

# Point hebdomadaire du 24 avril 2013

## (Semaine 2013-16)

| En résumé |

## | Bronchiolite |

Page 2

- **SOS Médecins** : En baisse, restant légèrement au dessus du seuil épidémique.
- **Réseau Oscour®** : Stable et à un niveau faible.
- **Virologie** : Aucune donnée virologique n'est disponible.

## | Rhinopharyngite |

Page 3

- **SOS Médecins** : En forte baisse cette semaine.
- **Virologie** : Aucune donnée virologique n'est disponible.

## | Syndromes grippaux |

Page 3

- **SOS Médecins** : A un niveau faible ces quatre dernières semaines.
- **Réseau Oscour®** : Stable et à un niveau très faible.
- **Virologie** : Aucune donnée virologique n'est disponible.
- **Dispositif de surveillance des cas graves** : 3 cas graves ont été signalés cette semaine.
- **Ehpad** : Aucun épisode d'Ira signalé cette semaine.

## | Gastro-entérites aiguës (GEA) |

Page 6

- **SOS Médecins** : En forte baisse et sous le seuil épidémique.
- **Réseau Oscour®** : En nette diminution.
- **Virologie** : Aucune donnée virologique n'est disponible.
- **Ehpad** : Un épisode de GEA touchant des Ehpad signalé cette semaine.

## | Intoxication au monoxyde de carbone (CO) |

Page 7

- Le nombre de foyer d'intoxication accidentelle dans l'habitat est stable.

## | Passages aux urgences de moins de 1 an et plus de 75 ans |

Page 8

- **Passages de moins de 1 an** : En augmentation dans le Nord et stable dans le Pas-de-Calais.
- **Passages de plus de 75 ans** : En baisse dans les deux départements.

## | Décès des plus de 75 ans et plus de 85 ans |

Page 8

- **Décès de plus de 75 ans et plus de 85 ans** : En baisse et en-deçà des seuils d'alerte.

| Sources de données |

- **SOS Médecins** : Associations de Dunkerque, Lille et Roubaix-Tourcoing
- **Réseau Oscour® – Surveillance syndromique** : Centres hospitaliers d'Arras, Boulogne-sur-Mer, Calais, Douai, Dunkerque, Lens, Saint-Philibert (Lomme), Saint-Vincent de Paul (Lille), Tourcoing, Valenciennes, le CHRU de Lille et la Clinique Saint-Amé (Lambres-lez-Douai)<sup>1</sup>.
- **Réseau Oscour® – Surveillance des activités de soins** :
  - ✓ **Pas-de-Calais** : Centres hospitaliers d'Arras, Boulogne-sur-Mer, Calais et Lens.
  - ✓ **Nord** : Centres hospitaliers de Douai, Dunkerque, Saint-Philibert (Lomme), Saint-Vincent de Paul (Lille), Tourcoing, Valenciennes, le CHRU de Lille et la Clinique Saint-Amé (Lambres-lez-Douai)<sup>1</sup>.
- Réseau Bronchiolites 59
- Laboratoire de virologie du CHRU de Lille
- Réseaux Sentinelles, Grog et Unifié Sentinelles-Grog-InVS
- Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) de la région
- Insee : 66 communes informatisées de la région<sup>2</sup> disposant d'un historique suffisant
- Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CRVAGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais

<sup>1</sup> En raison d'un problème informatique, les données des urgences du CH de Denain ne sont pas intégrées à ce bulletin.

<sup>2</sup> Sur les 183 états-civils informatisés de la région au 1<sup>er</sup> mai 2010.

**Point de situation**  
**A(H5N1), A(H7N9), nouveau coronavirus**

Nous proposons un point de situation sur les trois virus respiratoires A(H5N1), A(H7N9) et le nouveau coronavirus, qui font actuellement l'objet d'un renforcement de la vigilance et d'une surveillance particulière.  
Une unification des modalités de signalement et de confirmation de ces trois infections respiratoires est en cours (InVS, HCSP et DGS).

Des trois virus, le virus grippal **A(H5N1)** est le plus ancien (près de 15 ans de diffusion). Il s'agit d'une grippe aviaire typique avec une morbidité importante chez les animaux et des formes sévères chez l'homme. Il n'y a pas d'évidence de transmission interhumaine. Depuis 2003, 600 cas humains avec 350 décès ont été recensés par l'OMS. Même si ce virus a circulé en France en 2006 (canards sauvages), aucun cas humain n'a été observé. Une définition de cas humain possible de grippe aviaire est régulièrement mise à jour en tenant compte des pays avec circulation du virus chez des oiseaux et avec des cas humains (**mise à jour au 16/04/2013**: <http://www.invs.sante.fr/Media/Files/Dossiers-thematiques/Grippe/grippe-H5N1/Definition-de-cas-possible-de-grippe-aviaire-H5N1-au-16-04-13>)

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-aviaire-A-H5N1>

Le **nouveau coronavirus (NCoV)** identifié en septembre 2012 est relativement proche du coronavirus humain (CoV) du Sras identifié en 2003. Au 25 avril 2013, 17 cas confirmés d'infections respiratoires liées au nouveau coronavirus ont été identifiés, 11 sont décédés dont 1 coinfecté par un virus grippal de type A. Les âges des patients varient entre 25 et 73 ans. Treize cas sont des hommes (information indisponible pour un cas). Les zones géographiques identifiées à risque incluent la Jordanie, l'Arabie Saoudite, le Qatar et Abu Dhabi. Deux des derniers cas, rapportés par les autorités sanitaires britanniques, n'avaient pas voyagé dans les pays à risque. Ils avaient été en contact avec un même cas confirmé, qui avait voyagé au Pakistan et en Arabie Saoudite. Ces éléments suggèrent très fortement l'existence d'une transmission interhumaine de l'infection. L'un de ces deux cas a développé une forme bénigne de la maladie (syndrome pseudo-grippal), ce qui pourrait suggérer que des cas peu symptomatiques ont pu échapper à la surveillance mise en place. Cependant, les données recueillies à ce jour ne font pas état d'une transmission interhumaine importante de ce nouveau virus dans la communauté.

<http://www.invs.sante.fr/fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-coronavirus-NCov-.Point-au-3-avril-2013>

Le Haut conseil de la santé publique a publié le 19 mars un document précisant la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=314>

Le récent virus grippal **A(H7N9)** a été identifié dans la région Est de la Chine depuis fin mars 2013. Les premiers éléments orientent vers une situation de grippe aviaire qui pourrait être plus ou moins similaire à celle du H5N1. La différence actuelle porte sur une absence de symptomatologie chez les oiseaux et une moindre sévérité chez l'homme avec de possibles cas asymptomatiques. Il n'y a toujours pas d'élément en faveur d'une transmission interhumaine. Les cas sont rares et peu sévères chez les enfants. L'évolution de l'épidémie va donc dépendre du réservoir animal et de la diffusion du virus dans ce réservoir.

Au 25 avril 2013, 114 cas et 23 décès ont été recensés en Chine. Le 24 avril 2013, le CDC de Taiwan a rapporté le premier cas importé à Taiwan de grippe A(H7N9) (travailleur taiwanais de retour de Chine) : il s'agit du premier cas notifié en dehors de la Chine continentale. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-hebdomadaire-international/Tous-les-numeros/2013/Bulletin-hebdomadaire-international-du-17-au-23-avril-2013.-N-396>

<http://www.invs.sante.fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-virus-aviaire-A-H7N9-.Point-au-5-avril-2013>

**Surveillance en Nord-Pas-de-Calais**

**Surveillance ambulatoire**

| Réseau des associations SOS Médecins |

Le nombre de bronchiolites diagnostiquées par les SOS Médecins de la région est en baisse cette semaine : 15 diagnostics contre 19 la semaine précédente. Le seuil épidémique (seuil à 14 diagnostics cette semaine) est dépassé pour la troisième semaine consécutive.

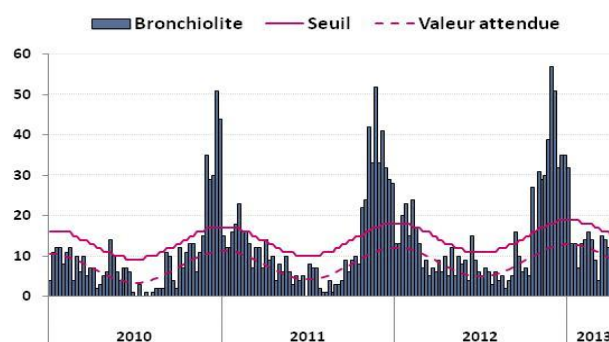
| Bilan de la saison |

L'épidémie de bronchiolite dans la région s'est étendue de la semaine 2012-41 à 2013-01, avec une légère recrudescence ces 3 dernières semaines.

Au total, durant les 12 semaines de la vague épidémique, 414 bronchiolites ont été diagnostiquées par les SOS Médecins de la région. Le nombre moyen de diagnostics par semaine était de 35 (min : 16 ; max : 57). Le pic épidémique a été atteint en semaine 2012-48 avec 57 diagnostics.

| Figure 1 |

**Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite posés par les SOS Médecins de la région Nord-Pas-de-Calais, depuis le 4 janvier 2010 [1].**



# Surveillance hospitalière et virologique

Les diagnostics de bronchiolites portés dans les services d'urgences de la région participant au réseau Oscour® sont stables ces trois dernières semaines et restent à un niveau relativement faible (32 diagnostics posés cette semaine *versus* 30 en semaine 2013-14).

**Peu de prélèvements sont actuellement testés pour un virus respiratoire syncytial (VRS) au laboratoire de virologie du CHRU de Lille rendant ininterprétable le taux de positivité des prélèvements pour un VRS.**

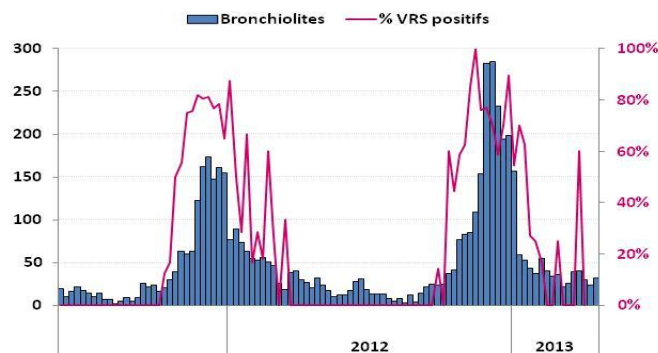
Aucune donnée virologique n'est disponible cette semaine.

## | Bilan de la saison |

Durant les 12 semaines d'épidémie, 191 VRS ont été isolés sur les 265 prélèvements testés, soit un taux de positivité de 72 %. Ce taux est analogue à celui observé lors de la vague épidémique 2011-2012 (75 %)

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite posés dans les SAU du Nord-Pas-de-Calais participant au Réseau Oscour®, depuis le 30 mai 2011.



## | Rhinopharyngite |

[Retour au résumé](#)

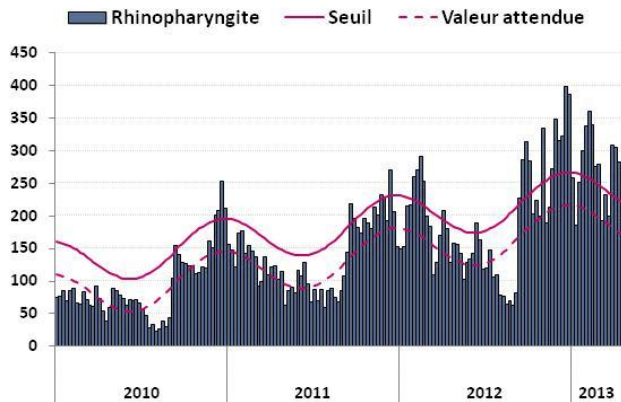
### Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

## Surveillance ambulatoire

Après la hausse observée ces trois dernières semaines, les rhinopharyngites diagnostiquées par les SOS Médecins de la région sont en forte baisse repassant ainsi sous le seuil épidémique bien que le nombre de diagnostics demeure à un niveau élevé ; 196 diagnostics ont été posés cette semaine.

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de diagnostics de rhinopharyngites posés par les SOS Médecins de la région Nord-Pas-de-Calais, depuis le 4 janvier 2010 [1].



## | Bilan de la saison |

L'épidémie de rhinopharyngite dans la région a été très soutenue cette année en comparaison aux années précédentes. Sur la période des semaines 2012-37 à 2013-15, le seuil épidémique a été dépassé 20 semaines mais de façon non consécutive.

## Surveillance hospitalière

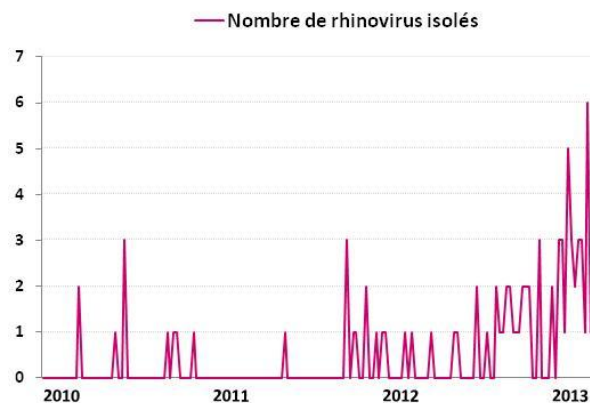
Peu de rhinopharyngites sont diagnostiquées dans les hôpitaux de la région Nord-Pas-de-Calais adhérant au réseau Oscour®, la surveillance des rhinopharyngites à l'hôpital ne sera pas présentée dans ce bulletin.

## Surveillance virologique

Aucune donnée virologique n'est disponible cette semaine.

| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire de rhinovirus détectés par le laboratoire de virologie du CHRU de Lille parmi les prélèvements effectués chez des patients hospitalisés, depuis le 4 janvier 2010.



## | Syndromes grippaux |

[Retour au résumé](#)

### Surveillance en France métropolitaine

## Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

Selon le réseau unifié, l'incidence des syndromes grippaux, vus en consultation de médecine générale en France métropolitaine, est estimée à 17 cas pour 100 000 habitants (intervalle de confiance : [8; 26]), en baisse constante et sous le seuil épidémique national depuis 4 semaines (89 cas pour 100 000 habitants).

Le seuil épidémique fixé par le réseau unifié a été franchi pendant 14 semaines (semaine 2012-51 à semaine 2013-12) avec un pic en semaine 2013-04 (taux d'incidence : 701 cas pour 100 000 habitants). Durant ces 14 semaines, plus de 4 440 000 personnes auraient

consulté un médecin pour syndrome grippal. Le taux d'attaque cumulé s'élève à 6 905 cas pour 100 000 habitants (intervalle de confiance : [6 610 ; 7 200]).

## Réseau des Grog

La saison a été marquée par une épidémie caractérisée par la co-circulation des trois types et sous-types de virus saisonniers (B, A(H1N1)pdm09 et A(H3N2)).

Le seuil épidémique fixé par le Réseau des GROG a été franchi pendant 11 semaines (de fin décembre à début mars) avec un pic fin

janvier, début février. Durant la période de recueil (de septembre 2012 à avril 2013), le taux de positivité pour les virus grippaux dans les prélèvements faits par les médecins vigies du Réseau des GROG a été de 47% (contre 34 % en 2011/2012 et 37 % en 2010/2011), témoin de la forte circulation grippale de cet hiver. Le virus de type B a été légèrement majoritaire.

L'impact global de cette épidémie à 3 virus est supérieur à celui des deux saisons précédentes. Pendant la période épidémique, le Réseau des GROG estime à 10,2 millions le nombre de personnes ayant consulté un médecin généraliste ou un pédiatre pour une grippe (contre 3,5 millions durant la période épidémique de 2011/2012

et 6,7 millions durant celle de 2010/2011). Toutes les tranches d'âge ont été concernées avec, comme d'habitude, un impact beaucoup plus fort chez les enfants (un enfant sur trois a été touché) et moindre chez les seniors. La période d'activité grippale a été comparable dans toutes les régions, mais son impact semble avoir été un peu moins fort dans le Nord-Ouest de la France.

## Pour en savoir plus

[http://www.grog.org/cgi-files/db.cgi?action=bulletin\\_grog](http://www.grog.org/cgi-files/db.cgi?action=bulletin_grog)  
<http://websenti.b3e.iussieu.fr/sentiweb/>

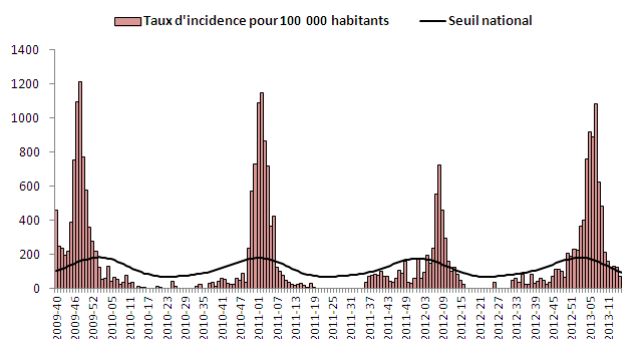
### Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

## Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

En raison des vacances scolaires et du faible nombre de médecins participant cette semaine, les données du réseau unifié sont ininterprétables et ne sont donc pas présentées dans ce bulletin.

### | Figure 5 |

**Incidence des syndromes grippaux en Nord-Pas-de-Calais estimée par le réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS depuis le 28 septembre 2009.**

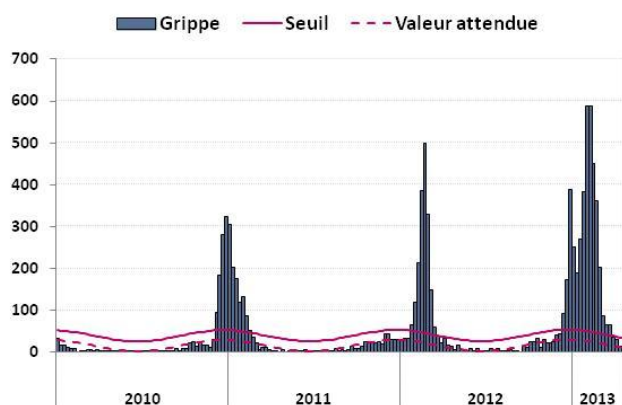


## Surveillance ambulatoire

Le nombre de syndromes grippaux diagnostiqués par les SOS Médecins de la région reste à un niveau faible ces quatre dernières semaines; 9 diagnostics ont été posés cette semaine.

### | Figure 6 |

**Nombre hebdomadaire de syndromes grippaux diagnostiqués par les SOS Médecins de la région Nord-Pas-de-Calais, depuis le 4 janvier 2010 [1].**



### | Bilan de la saison |

L'épidémie grippale a été très soutenue, elle a débuté en semaine 2012-50 pour s'achever en semaine 2013-12, après 15 semaines d'épidémie. Sur cette période, 4155 diagnostics de gripes ont été posés (min : 64 – max : 587),

Les associations SOS Médecins ont connu un pic d'activité grippale en semaine 2013-05 et 2013-06, (cf. Figure 6) avec 587 gripes cliniques diagnostiquées contre 500 au moment du pic épidémique de la saison 2011-2012.

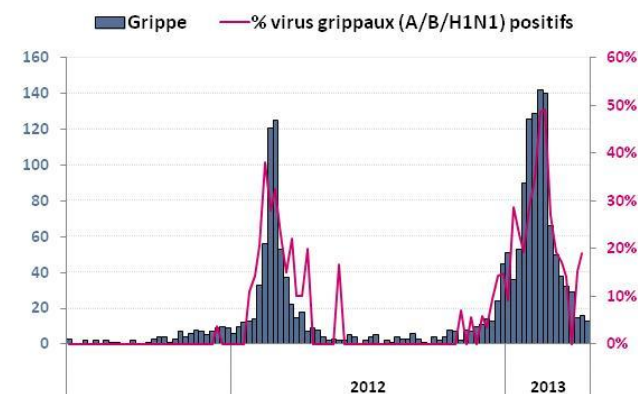
## Surveillance hospitalière

Le nombre de syndromes grippaux diagnostiqués dans les SAU de la région participant au réseau Oscour® reste stable et à un niveau faible; 13 diagnostics ont été posés cette semaine.

Aucune donnée virologique n'est disponible cette semaine.

### | Figure 7 |

**Nombre hebdomadaire de syndromes grippaux diagnostiqués dans les SAU du Nord-Pas-de-Calais participant au Réseau Oscour® et pourcentage hebdomadaire de virus grippaux détectés par le laboratoire de virologie du CHRU de Lille parmi les prélèvements effectués chez des patients hospitalisés, depuis le 30 mai 2011.**



## Surveillance des cas sévères de grippe

### | Contexte |

La surveillance des cas graves de grippe admis en services de réanimation pédiatrique et adulte en France est mise en place depuis 2009. Cette surveillance régionalisée et pilotée par les Cire et l'InVS a permis de mettre en évidence les différences de caractéristiques et du nombre de cas graves de grippe admis en réanimation en fonction des virus grippaux circulants.

Cette surveillance a également permis d'identifier les groupes de personnes les plus à risque de faire des gripes compliquées, comme les femmes enceintes et les personnes obèses (IMC>30). Ces derniers ont ainsi été inscrits dans la liste, établie par le HCSP, des personnes avec facteurs de risque, cibles de la vaccination contre la grippe

En 2011, 327 cas graves de grippe ont été signalés en France, dont 17 dans le Nord-Pas-de-Calais.

La surveillance des cas sévères de grippe a été reconduite cette saison et a débuté en semaine 2012-44. Les cas graves sont signalés aux Cire des régions concernées, par les services de réanimation.

Cette reconduction est justifiée par les résultats de la surveillance des saisons précédentes qui ont notamment permis de mettre en évidence une baisse de l'efficacité vaccinale lors de la dernière saison et qui ont contribué à l'évolution des recommandations vaccinales. En



outre, cette surveillance permet de répondre en temps quasi-réel aux interrogations des décideurs locaux ou nationaux ainsi qu'à celles des professionnels de santé et du grand public concernant la gravité de l'épidémie.

Une rétro-information sera réalisée chaque semaine dans le bulletin national spécial grippe de l'Institut de veille sanitaire et les « Points épidémiologiques » régionaux réalisés par la Cire.

#### | Pour en savoir plus |

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Surveillance-de-la-grippe-en-France>

#### | En France métropolitaine |

Selon les données arrêtées au 16 avril, depuis le **1er novembre 2012**, date de reprise de la surveillance, **751** cas graves de grippe admis en services de réanimation ont été signalés à l'InVS. Les cas graves ont été majoritairement infectés par un virus de type A (68%) et 77% d'entre eux présentaient un facteur de risque. L'âge des cas s'étendait de 15 jours à 97 ans avec une médiane à 58 ans

Parmi ces cas admis en réanimation, 128 décès sont survenus : l'âge variait de 5 mois à 97 ans (médiane à 61 ans), 83% avaient un facteur de risque et 72% ont été infectés par un virus A. La létalité à 17% reste significativement inférieure à celle observée pendant la pandémie.

#### | En Nord-Pas-de-Calais |

Cette semaine, 3 nouveaux cas graves de grippe ont été signalés dans la région. Parmi eux, 2 ont été admis dans un service de réanimation en semaine 2012-52 et le troisième en semaine 2013-07. Il s'agissait de 2 hommes et 1 femme, tous possédant des facteurs de risque. L'un d'eux a été confirmé positif pour le virus de type A(H1N1)pdm09, les deux autres sont confirmés positifs pour le virus du groupe A mais n'ont pas été sous typés. Deux sont sortis de réanimation, le troisième est décédé.

Au total, 18 cas sévères de grippe ont été signalés cette saison dans le Nord-Pas de Calais. Les caractéristiques des cas sont résumées dans le tableau 1

| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas graves de grippe déclarés par les services de réanimation du Nord-Pas-de-Calais\*.

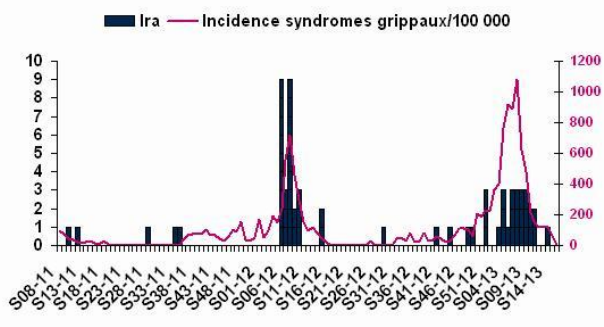
	Nombre	%
<b>Nombre de cas graves hospitalisés</b>	<b>18</b>	
Sortis de réanimation	13	72%
Décédés	5	28%
Encore hospitalisés en réanimation	0	0%
<b>Sexe</b>		
Homme	7	39%
Femme	11	61%
<b>Age</b>		
< 1 an	0	0%
1-14 ans	0	0%
15-39 ans	6	33%
40-64 ans	4	22%
≥ 65 ans	8	44%
<b>Vaccination</b>		
Non vacciné	1	6%
Vacciné	9	50%
Information inconnue	8	44%
<b>Facteur de risque*</b>		
Grossesse	3	17%
Obésité (IMC > 30)	3	17%
Personnes de 65 ans et plus	8	44%
Personnes séjournant en établissement	0	0%
Autres pathologies ciblées par la vaccination	6	33%
Aucun facteur de risque	3	17%
<b>Tableau clinique</b>		
SDRA	11	61%
<b>Prise en charge</b>		
Ventilation non invasive	2	11%
Ventilation mécanique	13	72%
Oxygénation par membrane extra-corporelle	1	6%
Autres ventilation	2	11%
<b>Analyse virologique (typage et sous-typage)</b>		
A(H1N1)pdm09	10	56%
A(H3N2)	0	0%
A non sous-typé	3	17%
B	4	22%
Négatif	0	0%

## Surveillance en Ehpad

Cette semaine, aucun épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (Ira) touchant un Ehpad du Nord n'a été signalé à la Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais.

| Figure 9 |

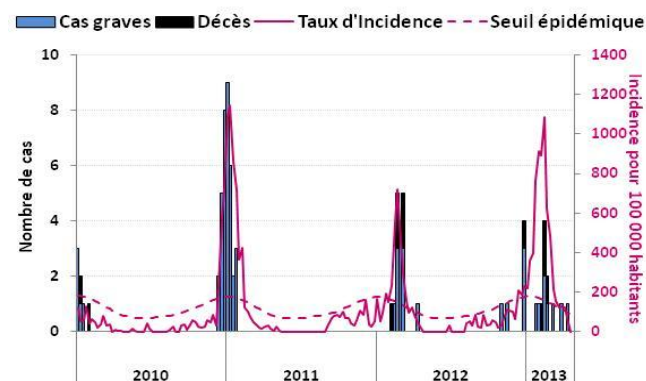
Incidence des syndromes grippaux estimée par le réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS et nombre hebdomadaire d'épisodes de cas groupés d'Ira signalés par les Ehpad de la région (Données agrégées sur la date de début des signes du premier cas).



\* Un patient peut présenter plusieurs facteurs de risque.

| Figure 8 |

Nombre hebdomadaire de patients hospitalisés en réanimation pour syndromes grippaux, taux d'incidence pour 100 000 habitants et seuil épidémique national estimé par le réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS, depuis le 4 janvier 2010.



Nouvelles recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) relative à l'utilisation des antiviraux en extra-hospitalier en période de grippe saisonnière

Les antiviraux ont une efficacité démontrée en traitement curatif sur la réduction du risque d'hospitalisation dans le cas de gripes saisonnières touchant des personnes à risque de complications. Toutefois, il existe un risque d'acquisition de résistance et des données récentes incitent à une

utilisation raisonnée de ces antiviraux.

En période de circulation des virus de la grippe saisonnières, le HCSP recommande donc une utilisation ciblée des antiviraux en population générale et dans les collectivités de personnes à risque aussi bien en traitement curatif qu'en post-exposition.

L'efficacité du traitement étant corrélée à la précocité de son administration, celui-ci doit être initié le plus rapidement possible, sans attendre le résultat du test de confirmation virologique du diagnostic s'il a été réalisé.

Le HCSP rappelle également l'importance de la vaccination grippale saisonnière pour les populations ciblées par les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur.

Le HCSP ne recommande pas l'utilisation des antiviraux en curatif ou en post-exposition chez les personnes sans facteur de risque de complications grippales graves.

| Pour en savoir plus |

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=297>

## Nouvelle instruction N°DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées.

La prévention des Ira dans les collectivités de personnes âgées est une priorité de santé publique, du fait de leur fréquence, du risque épidémique dans les structures d'hébergement et de la fragilité des résidents.

Les nouvelles recommandations du HCSP préconisent un renforcement de la surveillance tout au long de l'année dans les établissements hébergeant des personnes âgées, afin de détecter précocement les cas d'Ira et de mettre en place rapidement des mesures de contrôle, pour éviter ou réduire les foyers épidémiques naissants.

Les mesures de contrôle consistent au renforcement des mesures d'hygiène « standard » notamment par la mise en place précoce, dès l'apparition du premier cas, des mesures de type « gouttelettes ». Des mesures spécifiques (chimioprophylaxie antivirale) peuvent compléter les mesures standards si l'étiologie grippale est confirmée.

Les recommandations proposent donc une stratégie diagnostique en fonction de la période de circulation des virus grippaux. Les infections virales occupent une part importante et probablement sous-évaluée par l'absence de recherche spécifique. En l'absence de diagnostic microbiologique, la prescription d'antibiotiques est fréquente et le plus souvent inadaptée. Il est également souligné l'intérêt de récupérer les résultats des analyses effectuées chez les résidents hospitalisés pour renseigner l'étiologie des cas groupés.

Enfin, le signalement d'un foyer de cas groupés doit se faire à l'Agence régionale de santé qui proposera une vérification de la mise en place des mesures de contrôle, dès lors que le critère de signalement est présent : **survenue d'au moins 5 cas d'Ira dans un délai de quatre jours parmi les résidents.**

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir\\_36294.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36294.pdf)

| Gastro-entérites aiguës (GEA) |

[Retour au résumé](#)

## Surveillance en France métropolitaine

### Réseau Sentinelles

D'après le réseau Sentinelles, en semaine 2013-16, l'incidence des cas de diarrhée aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimée à 176 cas pour 10<sup>5</sup> habitants, au dessus du seuil épidémique (170 cas pour 10<sup>5</sup> habitants) depuis quatre semaines.

### Pour en savoir plus

<http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/>

## Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

### Surveillance ambulatoire

Le nombre de gastro-entérites aiguës diagnostiquées par les SOS Médecins de la région est en forte baisse cette semaine repassant sous le seuil épidémique régional (105 diagnostics posés cette semaine – seuil à 141 – contre 191 en semaine 2013-15).

| Bilan de la saison |

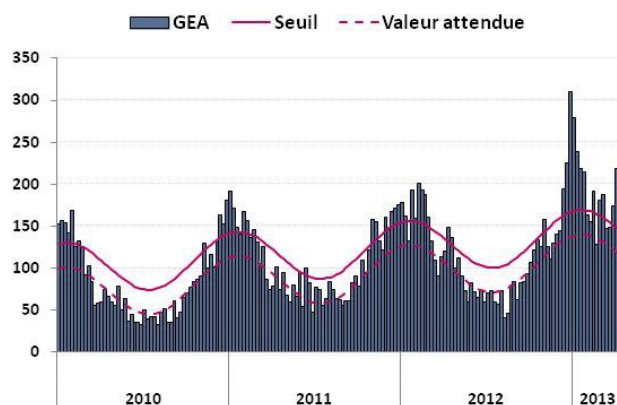
Selon les données SOS médecins, l'épidémie de gastro-entérites aiguës aura duré 7 semaines (semaine 2012-50 à 2013-04) mais avec une recrudescence ponctuelle.

Sur la période allant de la semaine 2012-50 à 2013-15, le seuil épidémique régional a été dépassé 13 semaines mais de façon non consécutive.

En 7 semaines d'épidémie, 1680 diagnostics de GEA ont été posés avec 240 diagnostics en moyenne par semaine [194 - 310]. Le pic épidémique a été atteint en semaine 2012-52 avec 310 diagnostics.

| Figure 10 |

Nombre hebdomadaire de GEA diagnostiquées par les SOS Médecins du Nord-Pas-de-Calais [1].



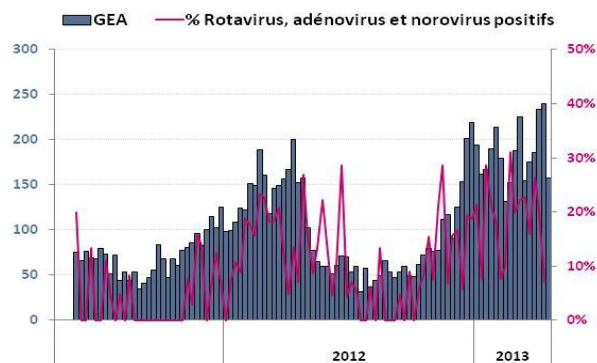
## Surveillance hospitalière

Après la hausse observée tout au long des cinq dernières semaines, les passages pour GEA dans les services d'urgences de la région participant au réseau Oscour® sont en nette baisse : 158 diagnostics cette semaine versus 240 la semaine précédente.

Aucune donnée virologique n'est disponible cette semaine.

### | Figure 11 |

**Nombre hebdomadaire de GEA diagnostiquées dans les SAU participant au Réseau Oscour® et pourcentage hebdomadaire de virus entériques détectés par le laboratoire de virologie du CHRU de Lille parmi les prélèvements effectués chez des patients hospitalisés.**

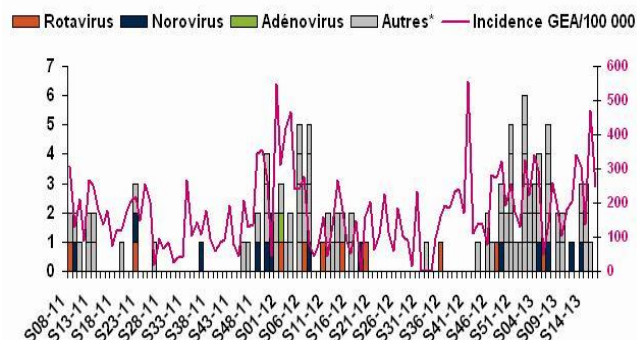


## Surveillance en Ehpad

Un nouvel épisode de cas groupés de gastro-entérite aiguë a été signalé à la Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais cette semaine. Le taux d'attaque était de 25% chez les résidents et de 6% parmi le personnel.

### | Figure 12 |

**Incidence GEA communautaires estimée par le réseau Sentinelles et nombre hebdomadaire d'épisodes de GEA signalés par les Ehpad de la région (Données agrégées sur la date de début des signes du premier cas)\*.**



\* Les « autres épisodes » correspondent à des épisodes n'ayant pas bénéficié de prélèvement ou dont les analyses se sont avérées négatives ou sont en cours de réalisation

## | Intoxication au monoxyde de carbone (CO) |

[Retour au résumé](#)

### Surveillance en France métropolitaine

#### Signalements

Sont signalées au système de surveillance toutes intoxications au CO, suspectées ou avérées, survenues de manière accidentelle ou volontaire (tentative de suicide) :

- dans l'habitat ;
- dans un local à usage collectif (ERP) ;
- en milieu professionnel ;
- en lien avec un engin à moteur thermique (dont véhicule) en dehors du logement.

#### | Pour en savoir plus |

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Intoxications-au-monoxyde-de-carbone>

Dans le cadre du système national de surveillance mis en place par l'Institut de veille sanitaire, toute suspicion d'intoxication au monoxyde de carbone doit faire l'objet d'un signalement (à l'exception des intoxications survenues lors d'un incendie). Ce dispositif a pour but de prévenir le risque de récurrence, d'évaluer l'incidence de ces intoxications et d'en décrire les circonstances et facteurs de risque afin de concevoir des politiques de prévention adaptées.

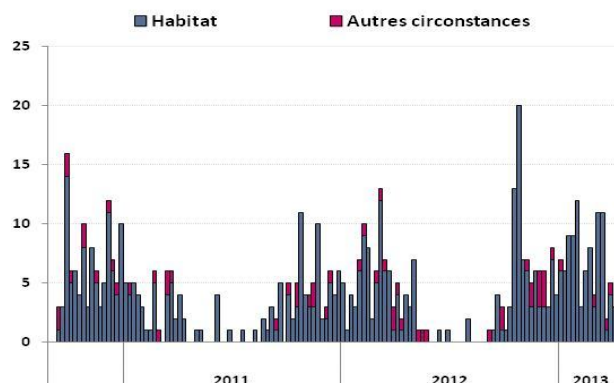
Selon les informations disponibles au 31 mars 2013, 1147 épisodes d'intoxication par le monoxyde de carbone ont été signalés au système de surveillance depuis le 1er septembre 2012, impliquant 3749 personnes dont 39 décès. Au cours des deux dernières semaines, 41 épisodes d'intoxication au CO ont été signalés, exposant 234 personnes à des émanations de CO. Depuis le 1er septembre 2012, les régions ayant déclaré le plus d'épisodes d'intoxication au CO sont l'Île-de-France (193 épisodes) et le Nord-Pas-de-Calais (178 épisodes).

### Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

Au cours de la semaine 2013-16, 4 affaires d'intoxication accidentelle au CO, dont 3 dans l'habitat et 1 dans un établissement recevant du public, ont été signalées au système de surveillance. Dans 3 cas, l'intoxication était en lien avec l'utilisation d'un appareil fonctionnant au gaz et dans 1 cas en lien avec un appareil de chauffage au charbon. Au cours de ces épisodes, 24 personnes ont été impliquées et 9 transportées vers un service d'urgences.

### | Figure 13 |

**Nombre hebdomadaire d'épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone\* recensés dans le Nord-Pas-de-Calais, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010 (Dernière semaine incomplète).**



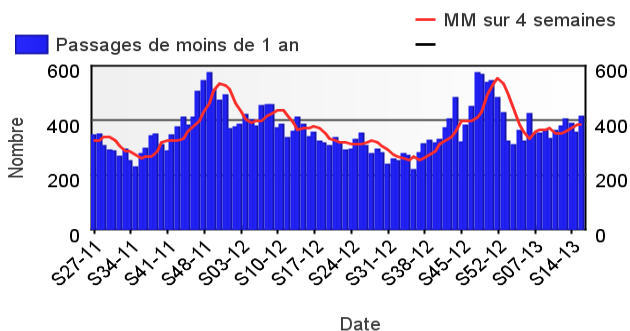
\* Les données des quatre dernières semaines ne sont pas consolidées et les données de la semaine en cours sont provisoires.

**Surveillance dans le département du Nord**

Après la baisse observée ces deux dernières semaines, les passages aux urgences de nourrissons de moins de 1 an sont en augmentation : 414 passages cette semaine *versus* 354 en semaine 2013-15.

| Figure 14 |

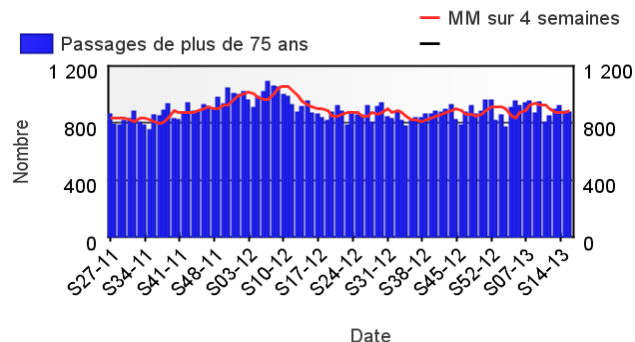
Evolution des passages de moins de 1 an dans les services d'urgences du département du Nord adhérent au Réseau Oscour® et moyenne mobile sur quatre semaines [2].



Après l'augmentation constante observée depuis début mars, les passages de patients de plus de 75 ans sont en baisse ces deux dernières semaines (872 passages ont été enregistrés cette semaine contre 919 en semaine 2013-14).

| Figure 15 |

Evolution des passages de plus de 75 ans dans les services d'urgences du département du Nord adhérent au réseau Oscour® et moyenne mobile sur quatre semaines [2].

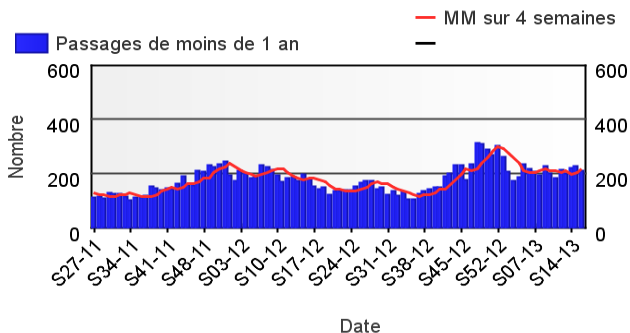


**Surveillance dans le département du Pas-de-Calais**

Les passages aux urgences de nourrissons de moins de 1 an sont stables ces cinq dernières semaines : 225 passages cette semaine *versus* 216 en semaine 2013-12.

| Figure 16 |

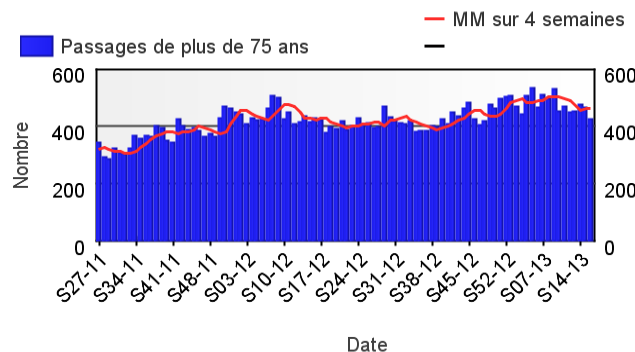
Evolution des passages de moins de 1 an dans les services d'urgences du département du Pas-de-Calais adhérent au réseau Oscour® et moyenne mobile sur quatre semaines [2].



Les passages de patients de plus de 75 ans sont en légère baisse cette semaine (442 passages contre 466 la semaine précédente).

| Figure 17 |

Evolution des passages de plus de 75 ans dans les services d'urgences du département du Pas-de-Calais adhérent au réseau Oscour® et moyenne mobile sur quatre semaines [2].



| Décès des plus de 75 ans et plus de 85 ans |

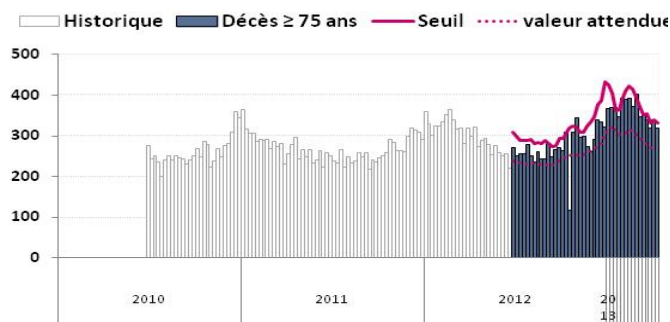
**Surveillance en Nord-Pas-de-Calais**

Du fait des délais d'enregistrement, les décès sont intégrés jusqu'à la semaine S-1. Afin de limiter les fluctuations dues aux faibles effectifs, les données de mortalité sont présentées pour l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais.

Après la légère hausse observée en semaine 2013-14, le nombre de décès des personnes âgées de plus de 75 ans est en baisse : 319 décès en semaine 2012- 15 *versus* 340 la semaine précédente. Il demeure en deça du seuil d'alerte.

| Figure 18 |

Evolution du nombre de décès de personnes âgées de plus de 75 ans recensés par les services d'Etat-civil informatisés du Nord-Pas-de-Calais [3].

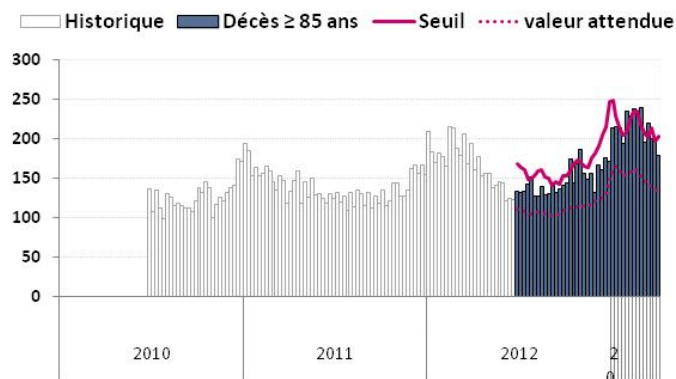




Le nombre de décès des personnes âgées de plus de 85 ans est en baisse ces quatre dernières semaines : 179 décès en semaine 2013-15 contre 220 en semaine 2013-11. Il est demeuré en-deçà du seuil d'alerte bien que le seuil fut à nouveau atteint en semaine 2013-11 et 2013-13.

| Figure 19 |

Evolution du nombre de décès de personnes âgées de plus de 85 ans recensés par les services d'Etat-civil informatisés du Nord-Pas-de-Calais [3].



### | Méthodes d'analyse utilisées |

## [1]Seuil épidémique : méthode de *Serfling*

Le seuil épidémique hebdomadaire est calculé par l'intervalle de confiance unilatéral à 95 % de la valeur attendue, déterminée à partir des données historiques (via un modèle de régression périodique, *Serfling*). Le dépassement deux semaines consécutives du seuil est considéré comme un signal statistique.

Ce seuil épidémique est actualisé, avec les nouvelles données historiques, chaque semaine 36 (début septembre).

## [2]Tendance : méthode des *moyennes mobiles*

Les moyennes mobiles permettent d'analyser les séries temporelles en supprimant les fluctuations transitoires afin de souligner les tendances à plus long terme, ici les tendances mensuelles (moyenne mobile sur quatre semaines). Elles sont dites mobiles car calculées uniquement sur un sous-ensemble de valeurs modifié à chaque temps  $t$ . Ainsi pour la semaine  $S$  la moyenne mobile est calculée comme la moyenne arithmétique des valeurs observées des semaines  $S-4$  à  $S-1$ .

## [3]Seuil d'alerte : méthode des *limites historiques*

Le seuil d'alerte hebdomadaire est calculé par la méthode des « limites historiques ». Ainsi la valeur de la semaine  $S$  est comparée à un seuil défini par la limite à trois écarts-types du nombre moyen de décès observés de  $S-1$  à  $S+1$  durant les saisons 2004-05 à 2011-12 à l'exclusion de la saison 2006-07 pour laquelle une surmortalité a été observée durant la saison estivale du fait de la vague de chaleur (une saison étant définie par la période comprise entre la semaine 26 et la semaine 25 de l'année suivante). Le dépassement, deux semaines consécutives, du seuil d'alerte est considéré comme un signal statistique.

Les données historiques correspondent aux données transmises par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).

Ce seuil d'alerte est actualisé avec les nouvelles données historiques chaque semaine 26 (dernière semaine de juin).

### | Acronymes |

**ARS** : Agence régionale de santé

**CAP** : Centre antipoison

**CIRE** : Cellule de l'InVS en région

**CH** : centre hospitalier

**CHRU** : centre hospitalier régional universitaire

**CRVAGS** : Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaire

**EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**GEA** : gastro-entérite aiguë

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**INVS** : Institut de veille sanitaire

**OSCOUR®** : organisation de la surveillance coordonnée des urgences

**SAU** : service d'accueil des urgences

Aux équipes de veille sanitaire de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais, aux médecins des associations SOS Médecins, aux services hospitaliers (Samu, urgences, services d'hospitalisations en particulier, les services d'infectiologie et de réanimation), ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.



#### Directeur de la publication

Dr Françoise Weber  
Directrice Générale de l'InVS

#### Comité de rédaction

##### Coordonnateur

Dr Pascal Chaud

##### Epidémiologistes

Audrey Andrieu  
Alexis Balicco  
Sylvie Haeghebaert  
Christophe Heyman  
Magali Lainé  
Bakhao Ndiaye  
Hélène Prouvost  
Hélène Sarter  
Caroline Vanbockstaël  
Dr Karine Wyndels

##### Secrétariat

Véronique Allard  
Grégory Bargibant

##### Diffusion

Cire Nord  
556 avenue Willy Brandt  
59777 EURALILLE

Tél. : 03.62.72.87.44  
Fax : 03.20.86.02.38  
Astreinte: 06.72.00.08.97  
Mail : ARS-NPDC-CIRE@ars.sante.fr