

Point hebdomadaire du 27 mars 2013 (Semaine 2013-12)

| En résumé |

| Bronchiolite |

Page 2

- **SOS Médecins** : Stable et sous le seuil épidémique.
- **Réseau Oscour®** : En légère hausse mais à un niveau faible.
- **Virologie** : Aucun prélèvement positif pour un VRS parmi les 6 testés.

| Rhinopharyngite |

Page 2

- **SOS Médecins** : En légère baisse mais à un niveau élevé.
- **Virologie** : Les 6 prélèvements testés pour un rhinovirus étaient positifs.

| Syndromes grippaux |

Page 3

- **SOS Médecins** : Stable; au dessus du seuil épidémique pour la 15ème semaine consécutive.
- **Réseau Oscour®** : Poursuit sa baisse.
- **Virologie** : 15% de virus grippaux isolés cette semaine; stable.
- **Dispositif de surveillance des cas graves** : Aucun cas grave n'a été signalé cette semaine.
- **Ehpad** : Un épisode d'Ira signalé cette semaine.

| Gastro-entérites aiguës (GEA) |

Page 6

- **SOS Médecins** : Stable et sous le seuil épidémique.
- **Réseau Oscour®** : En légère hausse.
- **Virologie** : 6 rotavirus et 2 adénovirus isolés cette semaine; en légère baisse.
- **Ehpad** : 2 épisodes de GEA touchant des Ehpad signalés cette semaine.

| Intoxication au monoxyde de carbone (CO) |

Page 7

- Le nombre d'intoxication au CO signalées au dispositif de surveillance est en baisse cette semaine par rapport à la semaine précédente avec 1 signalement d'intoxication au CO.

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

Page 8

- **Passages de moins de 1 an** : Stable dans le Nord et en légère hausse dans le Pas-de-Calais.
- **Passages de plus de 75 ans** : Stable dans le Nord et en baisse dans le Pas-de-Calais.

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

Page 8

- **Décès de plus de 75 ans** : Stable et en-deçà du seuil d'alerte.
- **Décès de plus de 85 ans** : En hausse et repasse au dessus du seuil 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)¹.
- **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)¹.
- Réseau Bronchiolites 59
- Laboratoire de virologie du CHRU de Lille
- Réseaux Sentinelles, Grog et Unifié Sentinelles-Grog-InVS
- Services de réanimation du Nord-Pas-de-Calais
- Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) de la région

¹ En raison d'un problème informatique, les données des urgences du CH de Saint-Vincent et Saint-Philibert ne sont pas intégrées à ce bulletin.

→ Insee : 66 communes informatisées de la région² 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

² Sur les 183 états-civils informatisés de la région au 1^{er} mai 2010.

| Informations |

Si vous souhaitez recevoir – ou, ne plus recevoir – les publications de la Cire Nord, merci d'envoyer un e-mail à ARS-NPDC-CIRE@ars.sante.fr

| Bronchiolite |

[Retour au résumé](#)

Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

Surveillance ambulatoire

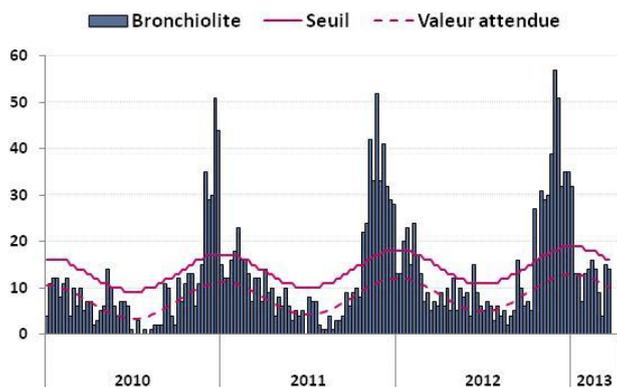
| Réseau des associations SOS Médecins |

Le nombre de bronchiolites diagnostiquées par les SOS Médecins de la région est stable cette semaine (14 diagnostics contre 15 la semaine précédente); restant sous le seuil épidémique.

Sur les 14 cas diagnostiqués cette semaine, 71 % étaient des garçons et l'âge moyen était de 1 an [3 mois ; 3 ans].

| 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

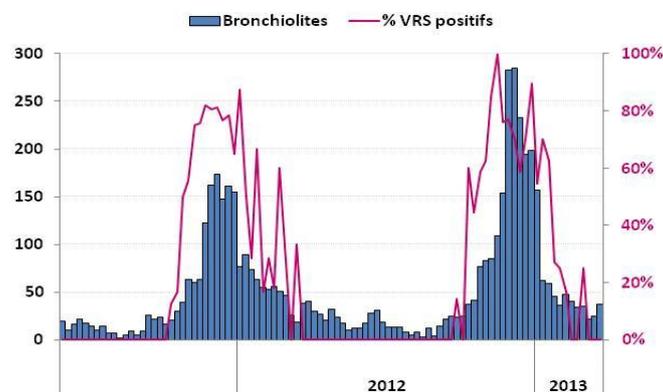
Les diagnostics de bronchiolites portés dans les services d'urgences de la région participant au réseau Oscour® sont en légère hausse cette semaine mais restent à un niveau faible (37 diagnostics posés cette semaine *versus* 25 la semaine précédente). Parmi les 37 cas diagnostiqués cette semaine, 68 % étaient des garçons et l'âge moyen était de 6 mois [2 semaines ; 18 mois].

Peu de prélèvements sont 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.

Cette semaine, sur les 6 prélèvements réalisés, chez des patients hospitalisés, aucun ne s'est avéré positif pour un VRS.

| 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](#)

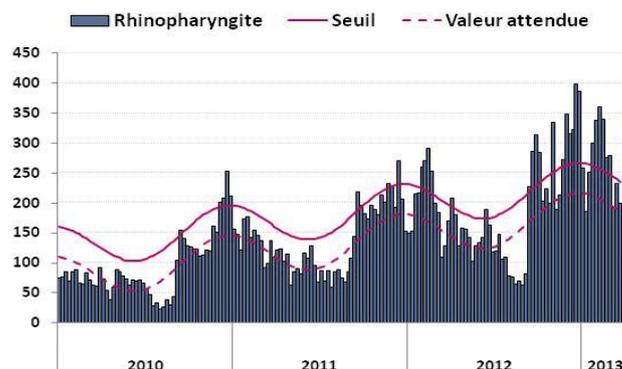
Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

Surveillance ambulatoire

Les rhinopharyngites diagnostiquées par les SOS Médecins de la région sont en légère baisse, sous le seuil épidémique pour la troisième semaine consécutive mais reste à un niveau élevé : 200 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].



Surveillance hospitalière

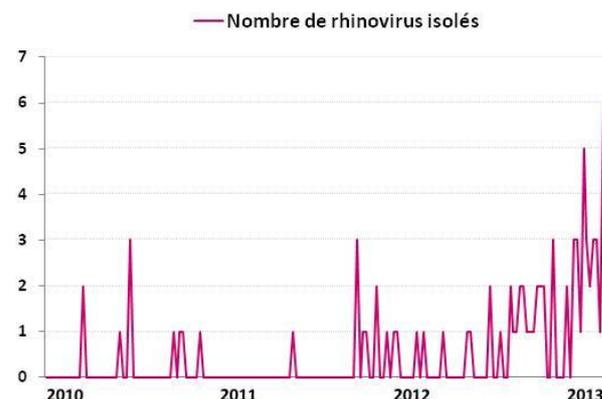
En raison du faible nombre de rhinopharyngites diagnostiquées dans les hôpitaux de la région Nord-Pas-de-Calais adhérant au réseau Oscour®, l'intérêt de présenter la surveillance des rhinopharyngites à l'hôpital est limité et ne sera pas présenté dans ce bulletin.

Surveillance virologique

Peu de rhinovirus sont détectés par le laboratoire de virologie du CHRU de Lille, chez des patients hospitalisés ; cette semaine les 6 prélèvements testés étaient positifs.

| 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 Sentinelles

D'après le réseau Sentinelles, en semaine 2013-12, l'incidence des cas de syndromes grippaux vus en consultation de médecine générale a été estimée à 115 cas pour 10^5 habitants, juste en dessous du seuil épidémique (120 cas pour 10^5 habitants).

Réseau des Grog

Les virus grippaux n'ont pas fini de circuler, même si, selon les critères utilisés par le Réseau des GROG, l'activité grippale n'est plus épidémique depuis le début du mois de mars. La grippe B est devenue dominante dans les prélèvements faits par les médecins vigies du Réseau des GROG.

Profitant de cette baisse d'activité grippale, d'autres virus respiratoires deviennent de plus en plus fréquents : rhinovirus (rhinites fébriles), adénovirus (infections respiratoires aiguës) et métapneumovirus (bronchiolite).

Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

Selon le réseau unifié, l'incidence des syndromes grippaux, vus en consultation de médecine générale en Nord-Pas-de-Calais, est estimée à 114 cas pour 10^5 habitants (intervalle de confiance : [57; 171]), poursuivant la baisse amorcée il y a 5 semaines et passant **en dessous** du seuil épidémique national (120 cas pour 10^5 habitants) pour la première fois depuis la semaine 2012-50.

En 14 semaines d'épidémie, plus de 271 190 personnes ont consulté un médecin pour syndrome grippal. Le taux d'attaque cumulé s'élève à 6 724 cas pour 10^5 habitants (intervalle de confiance : [3 832; 8 833]).

Le réseau unifié, regroupant davantage de médecins que le réseau Sentinelles, permet d'augmenter la précision et la fiabilité des estimations. Il convient donc de privilégier les estimations d'incidence du réseau unifié.

Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

Selon le réseau unifié – regroupant les médecins des réseaux Grog et Sentinelles – l'incidence des syndromes grippaux, vus en consultation de médecine générale en France métropolitaine, est estimée à 167 cas pour 10^5 habitants (intervalle de confiance : [150;184]), en dessous du seuil épidémique (120 cas pour 10^5 habitants) pour la **14^{ème} semaine consécutive**.

En 14 semaines d'épidémie, plus de 4 450 000 personnes auraient consulté un médecin pour syndrome grippal. Le taux d'attaque cumulé s'élève à 6 929 cas pour 10^5 habitants (intervalle de confiance : [6 630 ; 7 228]).

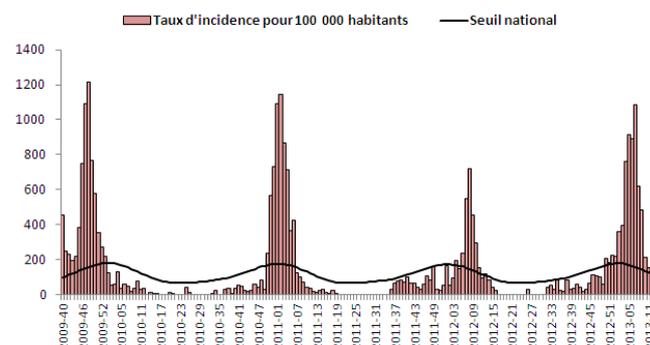
Pour en savoir plus

http://www.grog.org/cgi-files/db.cgi?action=bulletin_grog

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

| Figure 5 |

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

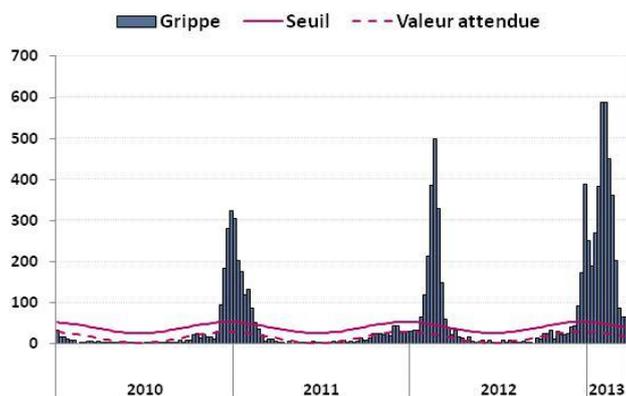


Surveillance ambulatoire

Après la diminution observée ces cinq dernières semaines, le nombre de syndromes grippaux diagnostiqués par les SOS Médecins de la région est stable (64 diagnostics cette semaine versus 66 en semaine 2013-11 ;). Le seuil épidémique régional reste légèrement dépassé pour la **15^{ème} semaine consécutive**. Parmi ces 64 cas, 84 % étaient âgés de 15 à 64 ans et aucun n'avait plus de 65 ans.

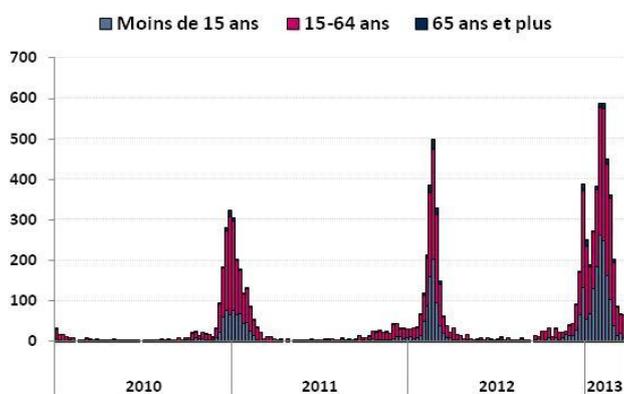
| Figure 6 |

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



| Figure 7 |

Nombre hebdomadaire, selon l'âge, de syndromes grippaux diagnostiqués par les SOS Médecins de la région Nord-Pas-de-Calais, depuis le 4 janvier 2010.



Surveillance hospitalière

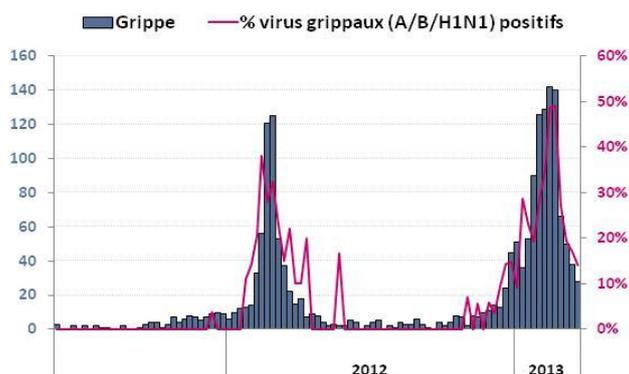
Le nombre de syndromes grippaux diagnostiqués dans les SAU de la région participant au réseau Oscour® poursuit sa baisse amorcée en semaine 2013-09 ; 28 diagnostics ont été posés cette semaine.

Parmi ces 28 cas, 54 % étaient âgés de 15 à 64 ans et aucun n'avait 65 ans ou plus.

Cette semaine, parmi les 43 prélèvements testés, 6 (15%) virus grippaux ont été isolés par le laboratoire de virologie du CHRU de Lille, chez des patients hospitalisés (5 étaient de type A dont 2 A H1N1 et 1 de type B).

| Figure 8 |

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 |

Depuis le **1er novembre 2012**, date de reprise de la surveillance, **706** cas de grippe admis en services de réanimation ont été signalés à l'InVS. La baisse du nombre hebdomadaire de cas graves de grippe admis en réanimation se poursuit depuis la semaine 2013-06

Les cas graves ont été majoritairement infectés par un virus de type A (69%) et 76% d'entre eux présentaient un facteur de risque. L'âge des cas s'étendait de 15 jours à 97 ans avec une médiane à 57 ans.

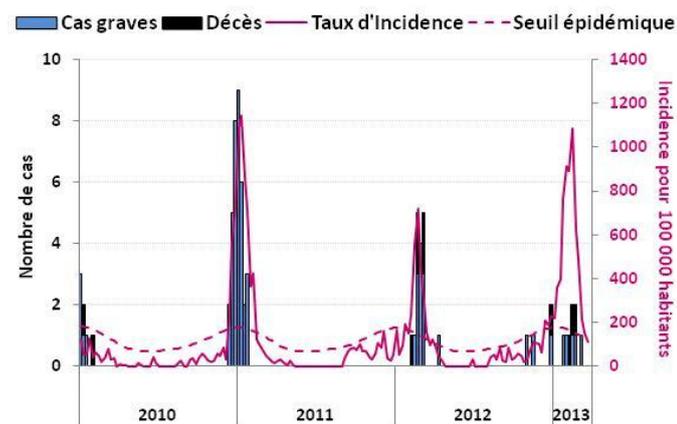
Parmi ces cas admis en réanimation, 111 décès sont survenus : l'âge variait de 5 mois à 97 ans (médiane à 61 ans), 83% avaient un facteur de risque, 70% ont été infectés par un virus A. La létalité à 16% reste significativement inférieure à celle observée pendant la pandémie.

| En Nord-Pas-de-Calais |

Cette semaine, aucun cas grave de grippe n'a été signalé dans la région et les deux cas toujours hospitalisés en réanimation la semaine dernière ont été transféré en service de médecine polyvalente et en service de néphrologie. Les caractéristiques des 12 cas graves sont présentés dans le tableau 1.

| Figure 9 |

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.



| Tableau 1 |

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

	Nombre	%
Nombre de cas graves hospitalisés	12	
Sortis de réanimation	6	50%
Décédés	4	33%
Encore hospitalisés en réanimation	2	17%
Sexe		
Homme	3	25%
Femme	9	75%
Age		
< 1 an	0	0%
1-14 ans	0	0%
15-39 ans	6	50%
40-64 ans	3	25%
≥ 65 ans	3	25%
Vaccination		
Non vacciné	1	8%
Vacciné	8	67%
Information inconnue	3	25%
Facteur de risque*		
Grossesse	3	25%
Obésité (IMC > 30)	2	17%
Personnes de 65 ans et plus	3	25%
Personnes séjournant en établissement	0	0%
Autres pathologies ciblées par la vaccination	4	33%
Aucun facteur de risque	3	25%
Tableau clinique		
SDRA	8	67%
Prise en charge		
Ventilation non invasive	1	8%
Ventilation mécanique	8	67%
Oxygénation par membrane extra-corporelle	1	8%
Autres ventilation	2	17%
Analyse virologique (typage et sous-typage)		
A(H1N1)pdm09	8	67%
A(H3N2)	0	0%
A non sous-typé	0	0%
B	3	25%
Négatif	0	0%

* Un patient peut présenter plusieurs facteurs de risque.

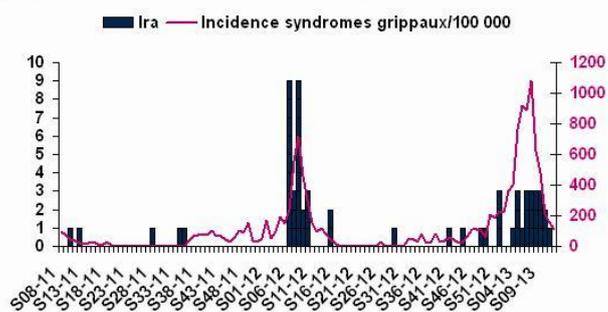
Surveillance en Ehpad

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

La date de début des signes du premier cas datait de la semaine 2013-11. Le taux d'attaque – chez les résidents – était de 5 % ; les tests de diagnostic rapide (TDR) de la grippe effectués se sont avérés positifs.

| Figure 10 |

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).



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/R11/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 (chimio prophylaxie 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

| Gastro-entérites aiguës (GEA) |

[Retour au résumé](#)

Surveillance en France métropolitaine

Réseau Sentinelles

D'après le réseau Sentinelles, en semaine 2013-12, l'incidence des cas de diarrhée aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimée à 169 cas pour 100 000 habitants, en dessous du seuil épidémique (198 cas pour 100 000 habitants).

Pour en savoir plus

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

Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

Surveillance ambulatoire

Après la nette baisse observée en semaine 2013-11, le nombre de gastro-entérites aiguës diagnostiquées par les SOS Médecins de la région est stable et sous le seuil épidémique pour la deuxième semaine consécutive (148 diagnostics posés cette semaine – seuil à 154 – contre 47 la semaine dernière).

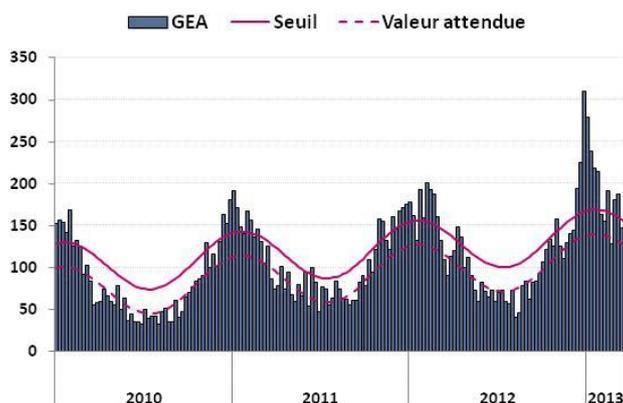
Surveillance hospitalière

Les passages pour GEA dans les services d'urgences de la région participant au réseau Oscour® sont en légère hausse : 175 diagnostics cette semaine versus 155 la semaine précédente.

Le nombre de virus entériques isolés parmi les prélèvements effectués chez des patients hospitalisés par le laboratoire de virologie du CHRU de Lille est en légère baisse : cette semaine, 6 rotavirus et 2 adénovirus ont été isolés sur les 50 prélèvements testés.

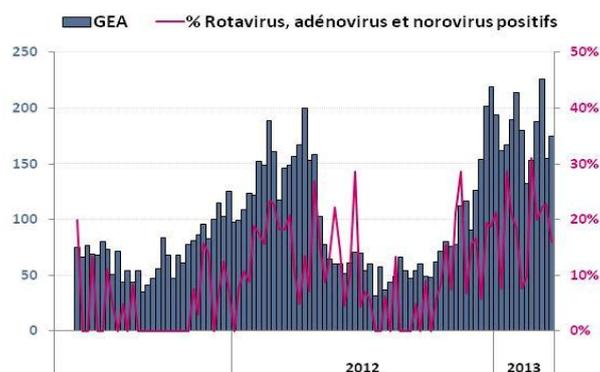
| Figure 11 |

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



| Figure 12 |

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.

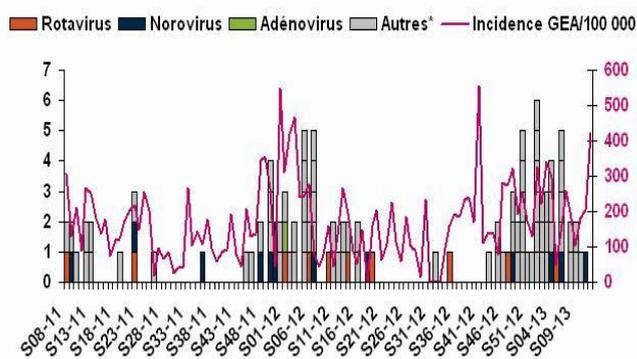


Surveillance en Ehpad

En semaine 2013-12, 2 nouveaux épisodes de cas groupés de gastro-entérite aiguë touchant un Ehpad ont été signalés à la Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais. La date de début des signes du premier cas datait de la semaine 2013-11. Les taux d'attaque chez les résidents étaient, respectivement de 15 % et 35 %.

| Figure 13 |

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.

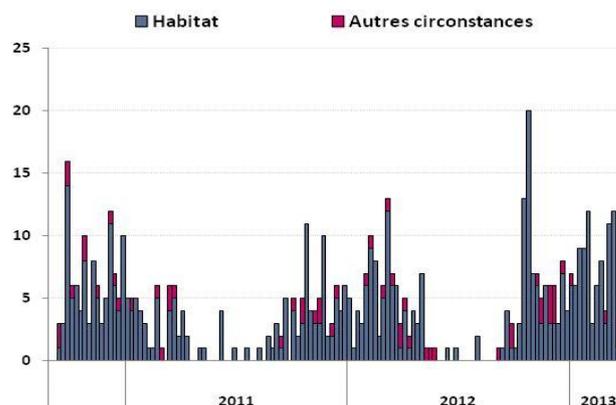
Selon les informations disponibles au 17 mars 2013, 1078 épisodes d'intoxication par le monoxyde de carbone ont été signalés au système de surveillance depuis le 1er septembre 2012, impliquant 3 409 personnes dont 35 décès. Au cours des deux dernières semaines, 75 épisodes d'intoxication au CO ont été signalés, exposant 199 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 (177 épisodes) et le Nord-Pas-de-Calais (172 épisodes).

Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

Au cours de la semaine 2013-12, 1 affaire d'intoxication accidentelle domestique au CO, en lien avec l'utilisation d'un appareil de chauffage au charbon, a été signalée au système de surveillance.

| Figure 14 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone* recensés dans le Nord-Pas-de-Calais, depuis le 1^{er} septembre 2010.



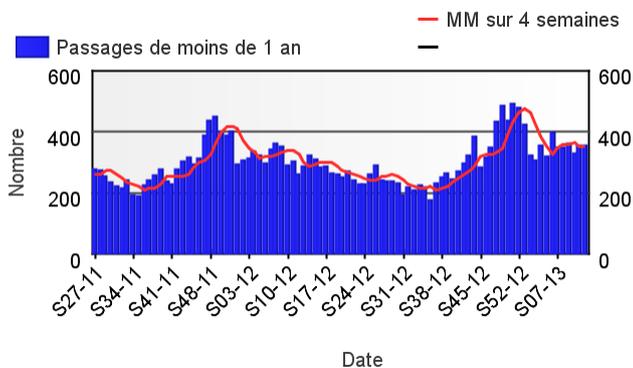
* Les données des quatre dernières semaines ne sont pas consolidées.

Surveillance dans le département du Nord

Les passages aux urgences de nourrissons de moins de 1 an sont stables cette semaine : 356 passages versus 354 la semaine dernière.

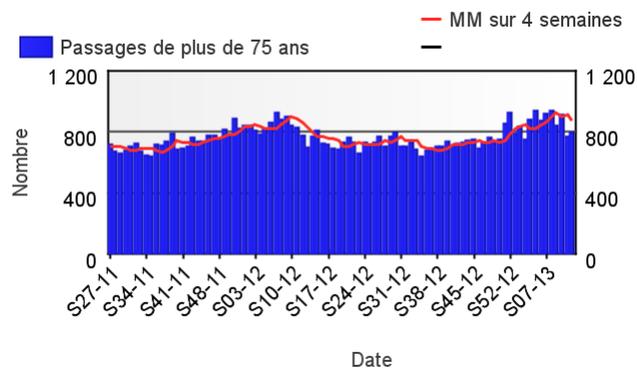
| Figure 15 |

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].



| Figure 16 |

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].

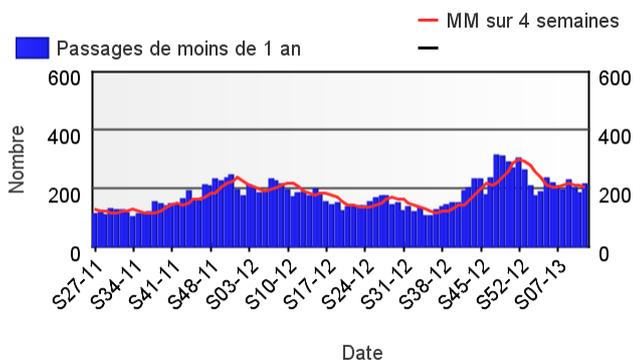


Surveillance dans le département du Pas-de-Calais

Après la baisse observée ces deux dernières semaines, les passages aux urgences de nourrissons de moins de 1 an sont en légère hausse (216 passages cette semaine versus 183 la semaine dernière).

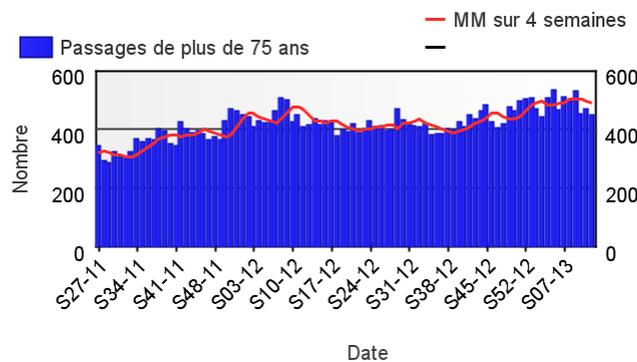
| Figure 17 |

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].



| Figure 18 |

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].



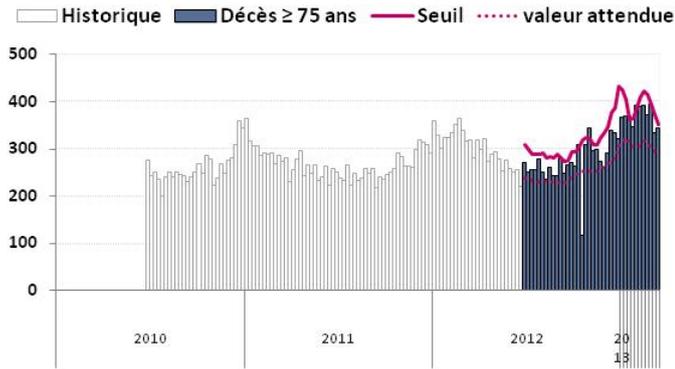
Surveillance en Nord-Pas-de-Calais

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 nette baisse observée en semaine 2013-10, le nombre de décès des personnes âgées de plus de 75 ans est stable cette semaine (344 décès en semaine 2013-11) et demeure en-deçà du seuil d'alerte.

| Figure 19 |

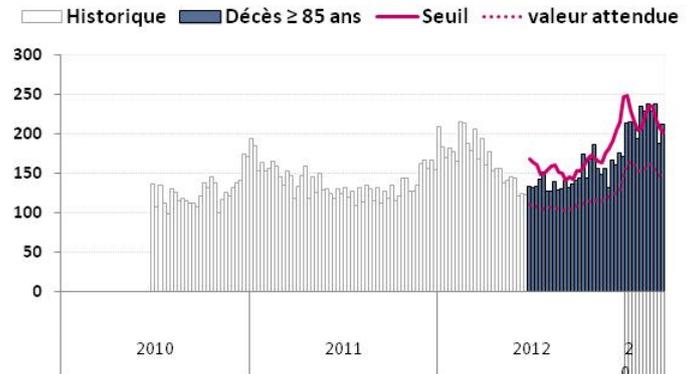
Evolution du nombre de décès de personnes âgées de plus de 75 ans recensés par les services d'Etat-civil informatisés du Nord-Pas-de-Calais [3].



Après une forte diminution en semaine 2013-10, le nombre de décès des personnes âgées de plus de 85 ans est en hausse cette semaine (212 décès versus 188 la semaine précédente) repassant au dessus du seuil d'alerte (seuil à 202 décès).

| Figure 20 |

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] Tendence : 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

DO : déclaration obligatoire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GEA : gastro-entérite aiguë

IIM : infection invasive à méningocoque

IN : infection nosocomiale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INVS : Institut de veille sanitaire

MDO : maladies à déclaration obligatoire

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
Guillaume Spaccaverri
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