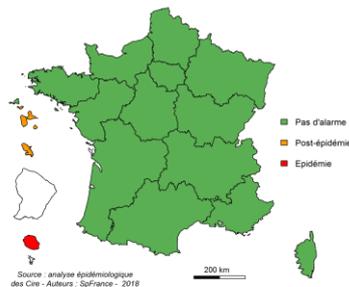


Surveillance des épidémies hivernales

Phases épidémiques : ■ Pas d'épidémie ■ pré ou post épidémie ■ épidémie

BRONCHIOLITE (MOINS DE 2 ANS)

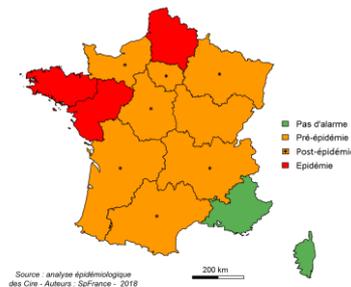


Evolution régionale :



[Page 2](#)

GASTRO-ENTERITE

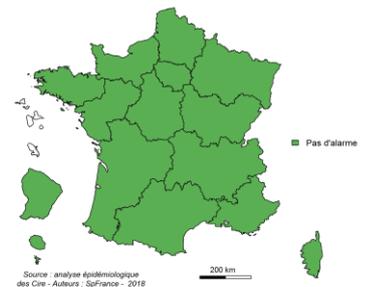


Evolution régionale :



[Page 3](#)

GRIPPE ET SYNDROME GRIPPAL



Evolution régionale :



[Page 4](#)

Autres surveillances régionales

Mortalité toutes causes (données Insee)

Au niveau national, entre les semaines 2017-49 et 2018-11, un excès de mortalité, estimé à 9,2 % soit environ 16 600 décès toutes causes confondues, a été observé. On estime que 12 000 de ces décès (72%) sont attribuables à la grippe.

Au niveau régional, au cours de la même période, un excès de mortalité de 11,2 % est observé toutes causes confondues. La part attribuable à la grippe n'est pas encore connue. → [Pour plus d'informations, voir le bulletin national accessible ici.](#)

Surveillance des cas graves de grippe

1 cas sévère a été admis en réanimation en semaine 2018-14, pour un total de 318 cas depuis le début de la surveillance (*données non consolidées*)

Faits marquants

Epidémie de rougeole

Une recrudescence de cas de rougeole, maladie très contagieuse, touche actuellement plusieurs pays européens.

En France, l'augmentation rapide du nombre de cas et l'identification de foyers épidémiques dans plusieurs régions font craindre une épidémie sur l'ensemble du territoire. → [Pour plus d'informations, cliquer ici](#)

Dans les Hauts-de-France, depuis la semaine 13-2018, 2 foyers actifs de cas groupés sont survenus. Il s'agit de 2 cas groupés chez des enfants âgés de 4 ans, scolarisés dans la même école du Pas-de-Calais et de 4 enfants de moins de 2 ans dans une crèche de l'Oise. Au total, entre la semaine 45-2017 et 15-2018, 15 cas confirmés de rougeole ont été déclarés dans les Hauts-de-France, dont 9 (60%) avaient moins de 5 ans et 10 (67%) n'étaient pas vaccinés. La circulation du virus de la rougeole est en augmentation dans les Hauts-de-France où la couverture vaccinale est encore insuffisante pour éviter l'intensification de la circulation du virus dans la région. La rougeole est une maladie extrêmement contagieuse, dont l'évolution peut être sévère (complications respiratoires, neurologiques, décès). **En l'absence d'antécédent certain de rougeole, il est recommandé à toute personne de vérifier et compléter, le cas échéant, son statut vaccinal. Une protection efficace correspond à deux doses de vaccin.**

→ [Pour aller plus loin en région : Annexe Rougeole](#)

Allergies aux pollens

Le risque d'allergie est en ce moment maximal dans la région à cause d'une arrivée massive des pollens de bouleau. La météo des prochains jours continuera de favoriser l'envol des pollens dans l'air.

BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique, activité stable

- **Activité** : Elle reste stable à un niveau bas depuis quelques semaines à la fois pour le réseau Sos médecin et Oscore.
- **Données de virologie** : Le nombre de virus respiratoires syncytiaux (VRS) isolés par les laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens chez des patients hospitalisés est faible et stable cette semaine (7/172 prélèvements soit 4,0 % en semaine 2018-15 versus 3/169 soit 1,8 % en semaine 2018-14). La circulation des rhinovirus, elle, est en baisse (28/87 – 32% contre 27/66 – 41% la semaine précédente).
- **Bilan de l'année** : L'épidémie de bronchiolite de l'hiver 2017-2018 a été très similaire des épidémies des deux années précédentes. Elle a duré 18 semaines. La phase épidémique a commencé en semaine 45 de l'année 2017. L'épidémie a atteint son pic en semaine 48 avec 13% des recours pour SOS médecin, 22% des recours aux urgences pour les moins de 2 ans et 47% des hospitalisations chez les moins de 2 ans. La région est sortie de la phase épidémique en semaine 10 de l'année 2018.

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès, SurSaUD® (Oscore®, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la bronchiolite : [cliquez ici](#)



Figure 1 - Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2015-2018.

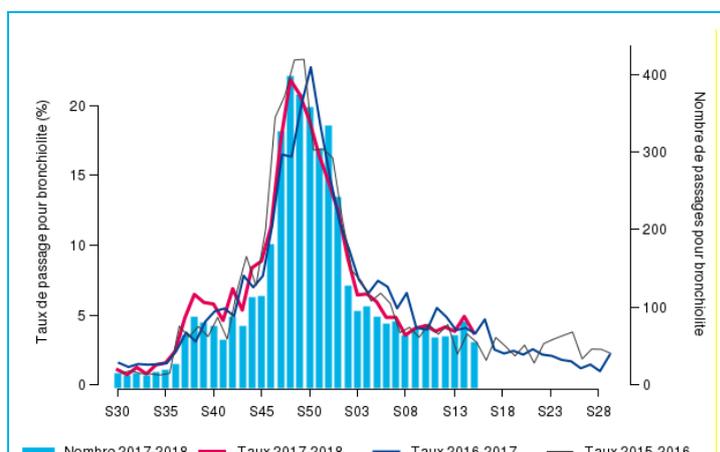


Figure 2 - Evolution hebdomadaire du nombre de passage (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscore®, Hauts-de-France, 2015-2018.

Semaine	Nombre d'hospitalisations	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales (moins de 2 ans)
S14-18	29	38.1 %	11.6 %
S15-18	19	-34.5 %	7.5 %

Tableau 1 - Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans*, Oscore®, Hauts-de-France, ces deux dernières semaines.

* Nombre d'hospitalisations à l'issue d'une consultation pour bronchiolite, pourcentage de variation par rapport à la semaine précédente et part d'hospitalisation pour bronchiolite chez les moins de 2 ans parmi l'ensemble des hospitalisations chez les enfants de moins de 2 ans pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné.

GASTRO-ENTERITES AIGUES

Synthèse des données disponibles

Phase épidémique, activité en baisse

- **SOS Médecins** : activité en baisse mais qui reste à un niveau élevé (8,2 % contre 9,1 % de l'activité totale¹ la semaine dernière), supérieure à celle des deux saisons précédentes. Les recours pour GEA représentent près de 10% de l'activité chez les moins de 5 ans.
- **Oscour®** : L'activité est en nette baisse cette semaine et demeure à un niveau élevé (1,9% contre 2,4 % de l'activité totale¹ la semaine dernière) et similaire à celle observée la saison précédente. Elle est stable chez les moins de 5 ans, chez lesquels les GEA représentent environ 11 % des recours ces 2 dernières semaines.
- **Données de virologie** : Le nombre de virus entériques isolés par le laboratoire de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens chez des patients hospitalisés, est en nette hausse cette semaine (12/38 prélèvements – 31,5 % en semaine 2018-15, 4/46 – 8,7 % en semaine 2018-14). Ainsi 12 rotavirus ont été isolés la semaine dernière dans les laboratoires de virologie des 2 CHU.
- **Surveillance des GEA en EHPAD** : 106 épisodes de GEA ont été signalés depuis le début de la surveillance, dont 2 la semaine dernière. Le nombre d'épisodes de GEA signalés à l'ARS est élevé par rapport aux saisons précédentes.

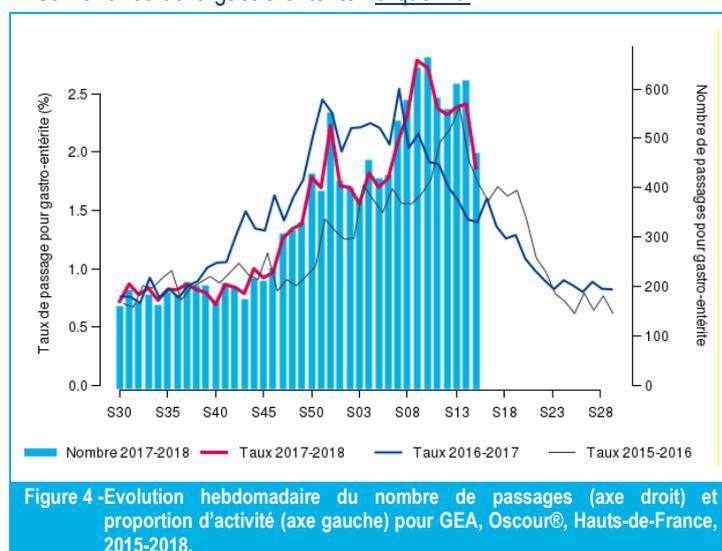
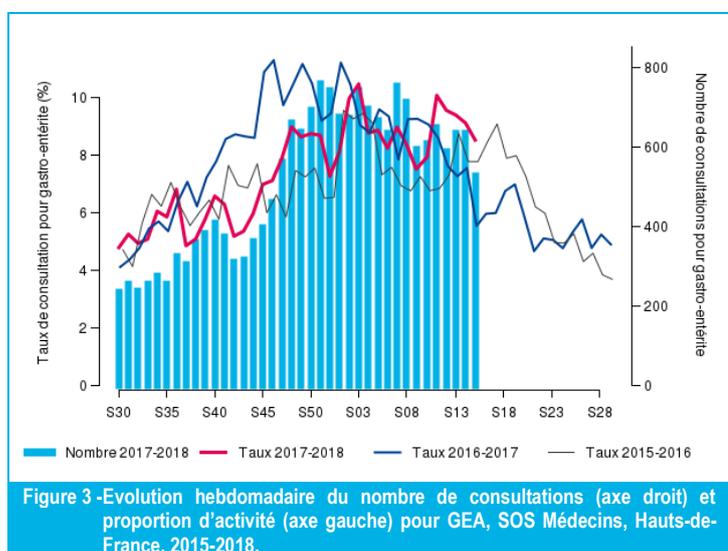
Pour aller plus loin en région :

- PE spécial IRA-GEA en Ehpad : [cliquez ici](#)

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)

- Surveillance de la gastro-entérite : [cliquez ici](#)



Prévention de la gastro-entérite

Les GEA hivernales sont surtout d'origine virale. Elles se manifestent, après une période d'incubation variant de 24 à 72 heures, par de la diarrhée et des vomissements qui peuvent s'accompagner de nausées, de douleurs abdominales et parfois de fièvre. La durée de la maladie est généralement brève, de l'ordre de quelques jours. La principale complication est la déshydratation aiguë qui survient le plus souvent aux âges extrêmes de la vie.

La prévention des GEA repose sur les mesures d'hygiène :

Hygiène des mains et des surfaces : le mode de transmission oro-fécal principal des virus conditionne en grande partie les mesures de prévention et de contrôle des gastro-entérites virales basées sur l'application de mesures d'hygiène. Les mains constituent le vecteur le plus important de la transmission et nécessite de ce fait un nettoyage au savon soigneux et fréquent. De même, certains virus (rotavirus et norovirus) étant très résistants dans l'environnement et présents sur les surfaces, celles-ci doivent être nettoyées soigneusement et régulièrement dans les lieux à risque élevé de transmission (services de pédiatrie, institutions accueillant les personnes âgées) (Guide HCSP 2010).

Lors de la préparation des repas : application de mesures d'hygiène strictes (lavage soigneux des mains) avant la préparation des aliments et à la sortie des toilettes, en particulier dans les collectivités (institutions accueillant des personnes âgées, services hospitaliers, crèches), ainsi que l'éviction des personnels malades (cuisines, soignants, etc.) permet d'éviter ou de limiter les épidémies d'origine alimentaire.

[Recommandation sur les mesures de prévention : cliquez ici](#)

¹ Consultations pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné.

GRIPPE ET SYNDROME GRIPPAL

Synthèse des données disponibles

Fin de l'épidémie, activité en baisse

- **Activité** : Elle reste stable ou en baisse à un niveau faible cette semaine à la fois pour SOS Médecin, Oscour et le réseau sentinelles. L'incidence de la grippe retrouve des taux similaires à la période pré-épidémique.
- **Données de virologie** : l'isolement de virus grippaux par les laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens chez des patients hospitalisés reste stable par rapport à la semaine précédente (16/228 – 7,0 % - contre 19/260 – 7,3 % - la semaine précédente). En semaine 2018-15, 12 virus de type B ont été isolés (75%) contre 13 (72%) la semaine précédente.
- **Cas graves de grippe** : 1 cas sévère à virus B a été admis en réanimation en semaine 2018-14, pour un total de 318 cas graves signalés depuis le début de la saison.
- **Surveillance des IRA en EHPAD** : 67 épisodes d'IRA ont été signalés depuis la reprise de la surveillance dans des Ehpad de la région. Aucun cette semaine. Un virus grippal était en cause dans près de 59 % (26/44) des épisodes pour lesquels des recherches étiologiques ont été effectuées.
- **Bilan de l'épidémie de Grippe** : L'épidémie de grippe de l'hiver 2017-2018 a été particulièrement longue comparée aux années précédentes. Elle a duré 15 semaines en phase épidémique contre 11 semaines l'an dernier et 13 semaines il y a deux ans. La région est entrée en phase épidémique en semaine 50 de l'année 2017 pour atteindre un premier pic en semaine 52 avec 15% de consultation SOS Médecin pour grippe et 2,5% des passages aux urgences. Puis, après une légère baisse des recours, un second pic a été observé autour de la semaine 9 de l'année 2018 avec 13% de consultations SOS Médecin pour grippe, 1,5% des recours aux urgences et une incidence de 400 consultations pour 100 000 habitants pour le réseau sentinelles. La région est sortie de la phase épidémique en semaine 13 de l'année 2018. La première partie de l'épidémie était liée à une circulation majoritaire du virus A (H1N1) qui, à partir de début février, a laissé la place au virus B dont la circulation est devenue majoritaire jusqu'à la fin de l'épidémie.

Pour aller plus loin en région :

- PE spécial IRA-GEA en Ehpad : [cliquez ici](#)
- Annexe cas graves de grippe : [cliquez ici](#)

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la grippe: [cliquez ici](#)

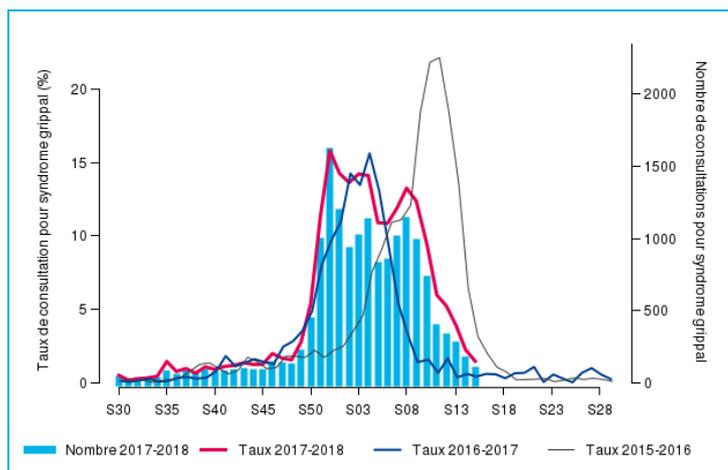


Figure 5 - Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2015-2018.

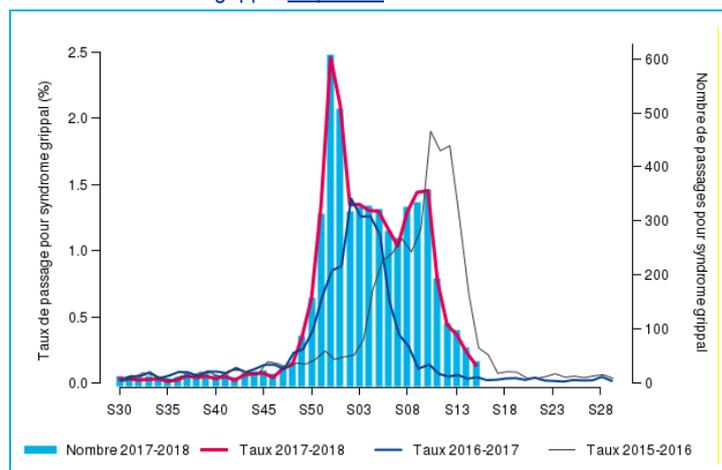


Figure 6 - Evolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe, Oscour®, Hauts-de-France, 2015-2018.

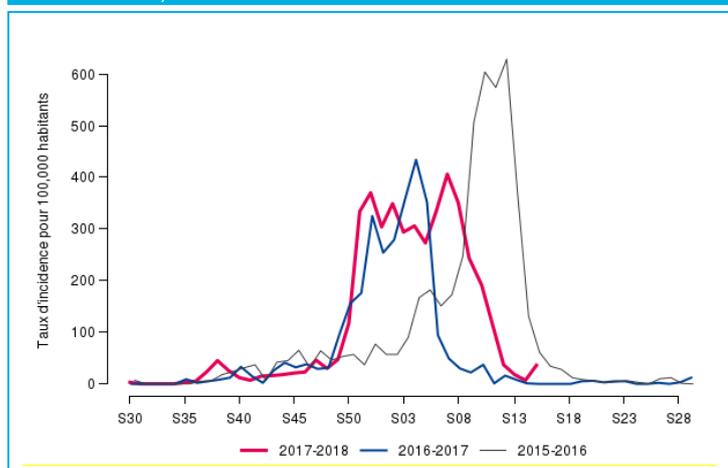


Figure 7 - Evolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2015-2018.

MORTALITE TOUTES CAUSES

Synthèse des données disponibles

- **Au niveau national**, entre les semaines 2017-49 et 2018-11, un excès de mortalité, estimé à 9,2 % soit environ 16 600 décès toutes causes confondues, a été observé. On estime que 12 000 de ces décès (72%) sont attribuables à la grippe et près de 92% concernent des personnes de 65 ans et plus. A ce stade de l'épidémie, ces premières estimations sont en faveur d'un excès de mortalité inférieur à celui observé lors de la saison précédente.
- **Dans la région**, pendant la même période, un excès de mortalité de 11,2 % est observé toutes causes confondues. La part attribuable à la grippe n'est pas encore connue.

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)

- Surveillance de la mortalité : [cliquez ici](#)

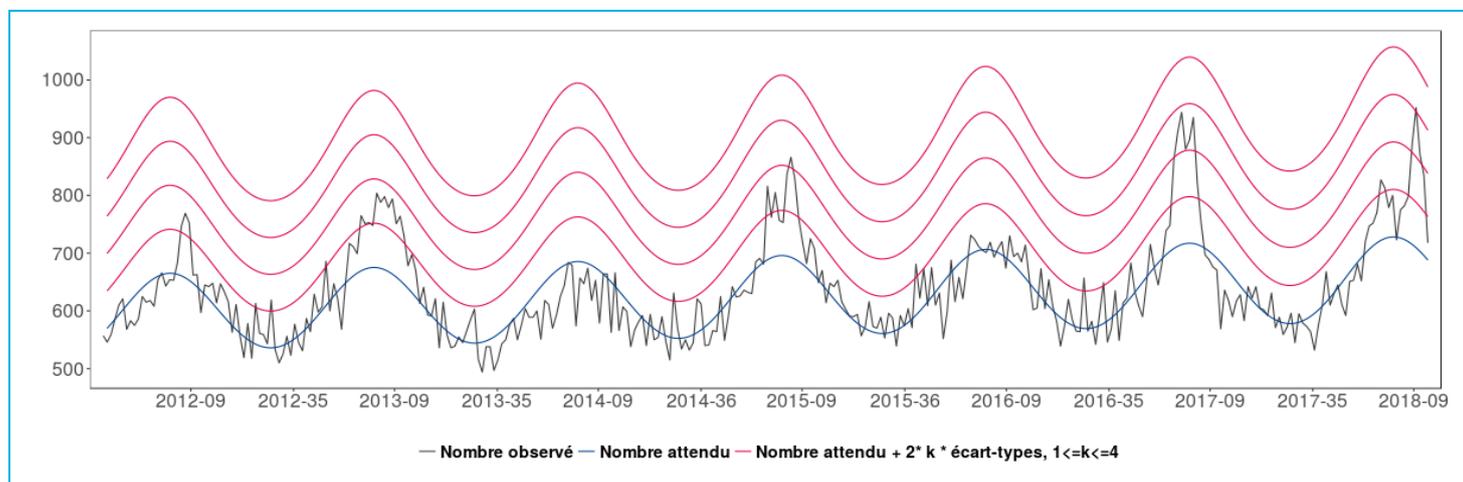


Figure 8 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2011.

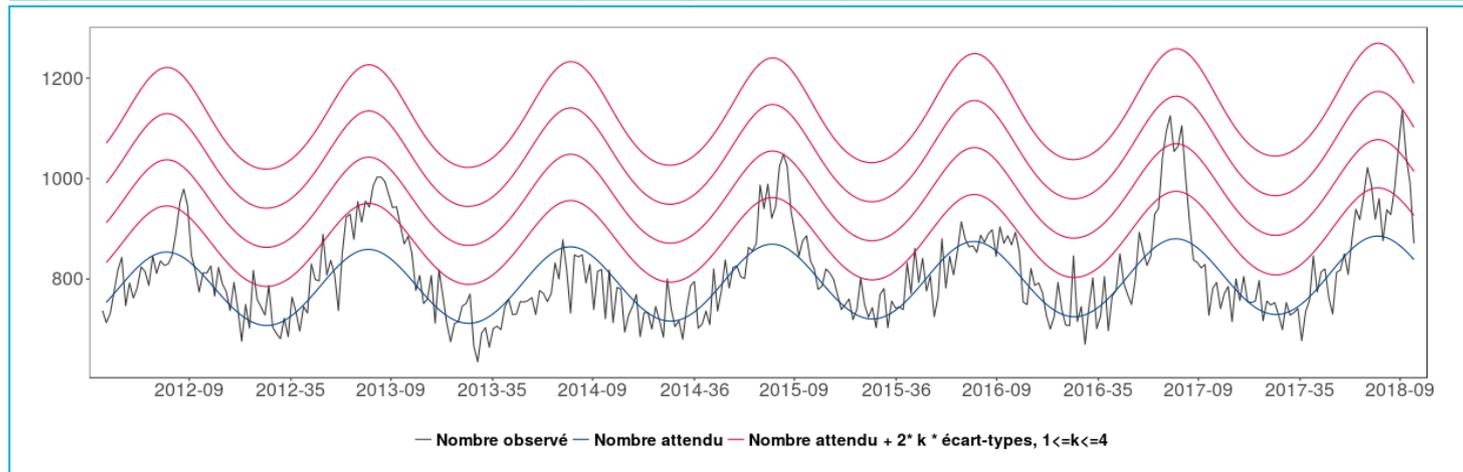


Figure 9 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2011.

Remerciements à nos partenaires :

- Services d'urgences du réseau Oscour® ;
- Associations SOS Médecins d'Amiens, Dunkerque, Lille, Roubaix-Tourcoing et Saint-Quentin ;
- Réseau Sentinelles ;
- Appa : Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique
- Systèmes de surveillance spécifique :
 - Cas graves de grippe hospitalisés en réanimation ;
 - Episodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites en Ehpad ;
 - Analyses virologiques réalisées aux CHRU de Lille et au CHU d'Amiens ;
 - Dispositif de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone.

Méthode :

- La mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'Etat-civil dans les communes informatisées de la région (qui représente près 80 % des décès de la région) :
 - Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé Euromomo (<http://www.euromomo.eu>), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de plusieurs semaines. Ce modèle permet notamment de décrire « l'excès » du nombre de décès observés pendant les saisons estivales et hivernales. Ces « excès » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux calculés les années précédentes.
- Les regroupements syndromiques suivis sont composés :
 - Pour la grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé ;
 - Pour la bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;
 - Pour la GEA : codes A08, A09 et leurs dérivés.
- Pour les regroupements syndromiques précédents, depuis la saison hivernale 2016-2017, la définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, réseau Sentinelles). Sont appliquées jusqu'à trois méthodes statistiques, selon les conditions d'application : (i) un modèle de régression périodique (dit de « Serfling ») sur 5 ans d'historique avec écrêtage des journées présentant les valeurs les plus élevées (ii) un modèle de régression périodique « robuste » avec pondération des journées selon leur valeur et (iii) un modèle de Markov caché. Pour chaque pathologie, un algorithme définit le niveau épidémique selon les alarmes statistiques observées.

Qualité des données :

	AISNE	NORD	OISE	PdC	SOMME
SOS - Nb associations incluses (/ nombre total)	1/1	3/3	0/0	0/0	1/1
SOS - Taux de codage diagnostics moyen*	86,6 %	93,5 %	-	-	86,8 %
SAU - Nb de SU inclus (/ nombre total)	5/7	18/19	6/7	11/11	6/6
SAU - Taux de codage diagnostics moyen*	78,6 %	89,8 %	32,5 %	42,8 %	82,3 %

* Moyenne des taux hebdomadaires observés depuis la reprise de la surveillance (2017-40).