

Surveillance des épidémies hivernales

Phases épidémiques :



Pas d'épidémie

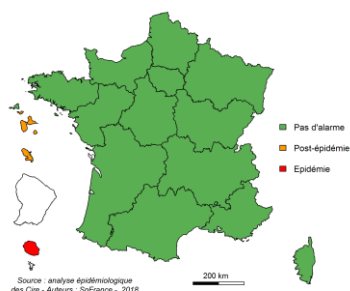


pré ou post épidémie



épidémie

BRONCHIOLITE (MOINS DE 2 ANS)

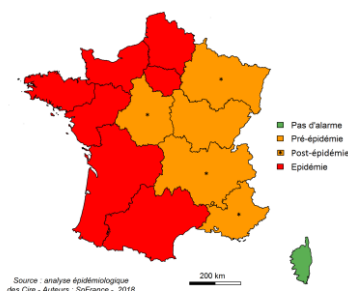


Evolution régionale :



Page 2

GASTRO-ENTERITE

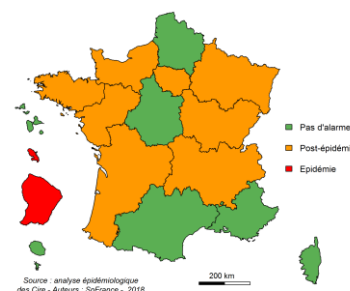


Evolution régionale :



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, une surmortalité a été observée en semaine 01-2018 et en semaines 09, 10, 11 et 12 -2018, à un niveau comparable à celui observé lors de la saison hivernale précédente dans la région. → [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 2018-13, pour un total de 307 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 mi-janvier, 5 cas groupés de rougeole ont été confirmés sur le campus de l'université de Lille (Cité scientifique à Villeneuve-d'Ascq), en lien avec l'épidémie qui touche le milieu étudiant de Bordeaux depuis novembre 2017. ([Plus d'informations sur cet épisode](#)). En semaines 2018-09, 11 et 13, 4 cas isolés ont été confirmés en milieu communautaire, il s'agissait de 3 jeunes enfants et d'un jeune adulte, sans lien avec le milieu étudiant lillois. En semaine 13, 2 cas groupés ont été déclarés chez des enfants âgés de 4 ans, scolarisés dans la même école du Pas-de-Calais. La circulation du virus de la rougeole semble 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**

BRONCHIOLITE (chez les moins de 2 ans)

Synthèse des données disponibles

Phase non épidémique, activité stable

- **SOS Médecins** : activité¹ stable par rapport à la semaine précédente (3,7% de l'activité contre 3,6% la semaine précédente). L'activité est globalement similaire à celle observée les semaines précédentes à la même période.
- **Oscour®** : activité¹ en légère hausse par rapport à la semaine précédente (4,9 % vs 3,8 %) probablement en lien avec une augmentation de la circulation de rhinovirus. Le niveau observé est légèrement supérieur aux deux semaines précédentes à la même période. Sur les 76 recours pour bronchiolite relevés, 28 ont dû être hospitalisés². La bronchiolite était ainsi responsable de 11% des hospitalisations d'enfants de moins de 2 ans, un chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (7%).
- **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 (3/169 prélèvements soit 1,8 % en semaine 2018-14 versus 4/162 soit 2,5 % en semaine 2018-13). La circulation des rhinovirus, elle, est en hausse importante (27/66 – 41% % - contre 9/92 – 9,8 % la semaine précédente).

Consulter les données nationales :

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

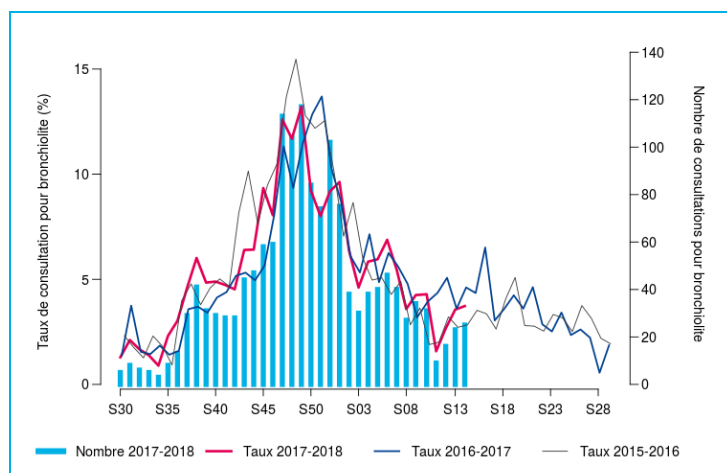


Figure 1 - Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2015-2018.

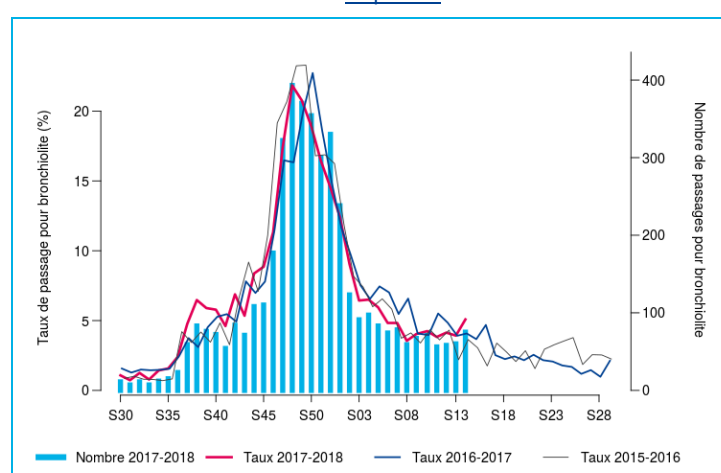


Figure 2 - Evolution hebdomadaire du nombre de passage (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2015-2018.

Semaine	Nombre d'hospitalisations	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales (moins de 2 ans)
S13-18	21	40 %	7 %
S14-18	28	33.3 %	11.4 %

Tableau 1 - Hospitalisations pour bronchiolite chez les moins de 2 ans*, Oscour®, 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.

Prévention de la bronchiolite

La **bronchiolite** est une maladie respiratoire qui touche les enfants de moins de 2 ans. Elle est due à un virus, le plus souvent le virus respiratoire syncytial (VRS), qui se transmet facilement d'une personne à une autre par la salive, la toux et les éternuements, et peut rester sur les mains et les objets (comme sur les jouets, les tétines, les « doudous »).

La prévention de la bronchiolite repose sur les mesures d'hygiène :

- le lavage des mains de toute personne qui approche le nourrisson, surtout avant de préparer les biberons et les repas ;
- éviter autant que possible d'emmener son enfant dans les lieux publics très fréquentés et confinés (centres commerciaux, transports en commun, hôpitaux, ...)
- le nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact (jeux, tétines, ...)
- l'aération régulière de la chambre
- éviter le contact avec les personnes enrhumées et les lieux enfumés.

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

¹ Consultations pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné

² Taux d'hospitalisation potentiellement sous-estimé légèrement, en raison du codage non exhaustif (environ 95 %) du mode de sortie dans la région.

GASTRO-ENTERITES AIGUES

Synthèse des données disponibles

Phase épidémique, activité stable

- **SOS Médecins** : activité stable ces dernières semaines à un niveau élevé (9,1 % de l'activité totale³), supérieure à celle des deux saisons précédentes. Les recours pour GEA représentent près de 11% de l'activité chez les moins de 5 ans.
- **Oscour®** : L'activité est stable cette semaine et demeure à un niveau élevé (2,4 % de l'activité totale³) et similaire à celle observée la saison précédente. Elle est stable chez les moins de 5 ans, chez lesquels les GEA représentent 13,5 % 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 baisse cette semaine (4/46 prélèvements – 8,7 % en semaine 2018-14, 9/52 – 17,3 % en semaine 2018-13). Seuls 4 rotavirus ont été isolés la semaine dernière dans les laboratoires de virologie des 2 CHU.
- **Surveillance des GEA en EHPAD** : 104 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.

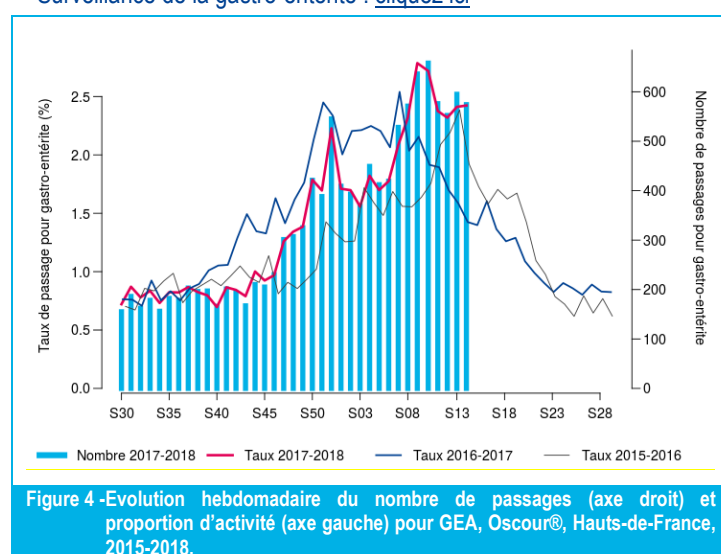
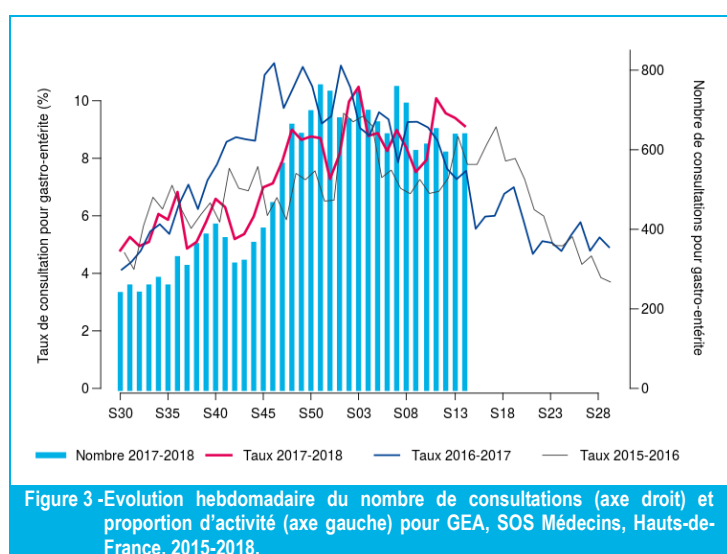
Pour aller plus loin en région :

- 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](#)

³ Consultations pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné.

GRIPPE ET SYNDROME GRIPPAL

Synthèse des données disponibles

Fin de l'épidémie, activité en baisse

- **SOS Médecins** : activité toujours en baisse cette semaine (2,3 % de l'activité totale⁴ contre 3,9 % la semaine précédente).
- **Réseau Sentinelles** : Incidence en baisse (8 cas pour 100 000 habitants - IC : [0; 20]).
- **Oscour®** : activité en légère baisse (0,2% contre 0,3 % la semaine précédente⁴). L'activité est plus importante que la saison 2016-2017 mais inférieure à la saison 2015-2016 à la même période.
- **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 est en diminution par rapport à la semaine précédente (14/260 -5,4 % - contre 64/280 - 23 % - la semaine précédente). 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. En semaine 2018-14, 13 virus de type B ont été isolés (72%) contre 21 (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 307 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, dont 2 la semaine dernière. Un virus grippal était en cause dans près de 59 % (26/44) des épisodes pour lesquels des recherches étiologiques ont été effectuées.

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](#)

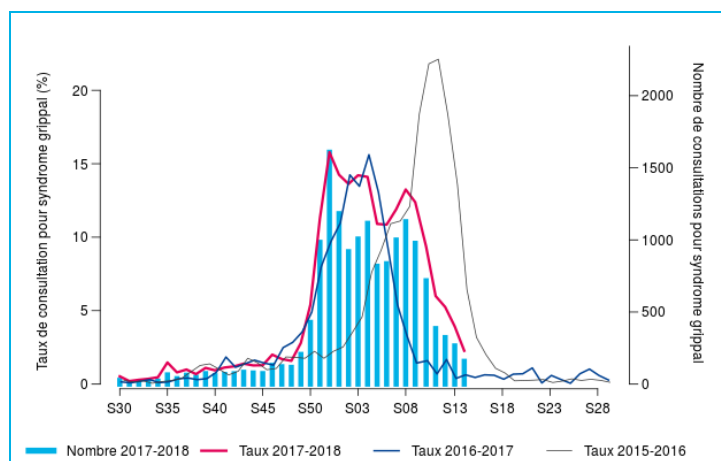


Figure 5 - Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2015-2018.

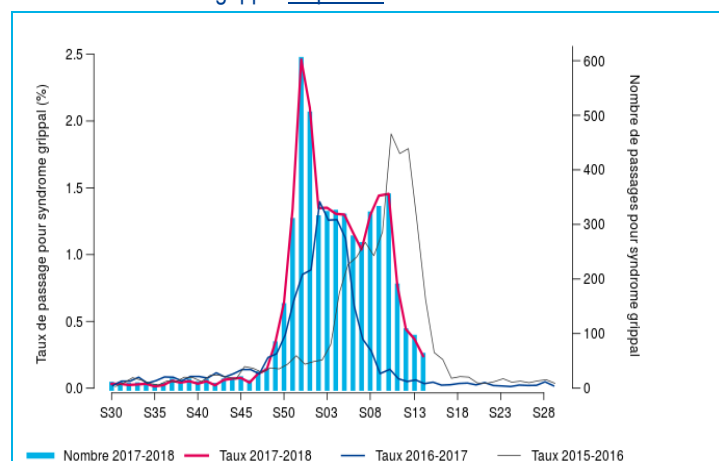


Figure 6 - Evolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe, Oscour®, Hauts-de-France, 2015-2018.

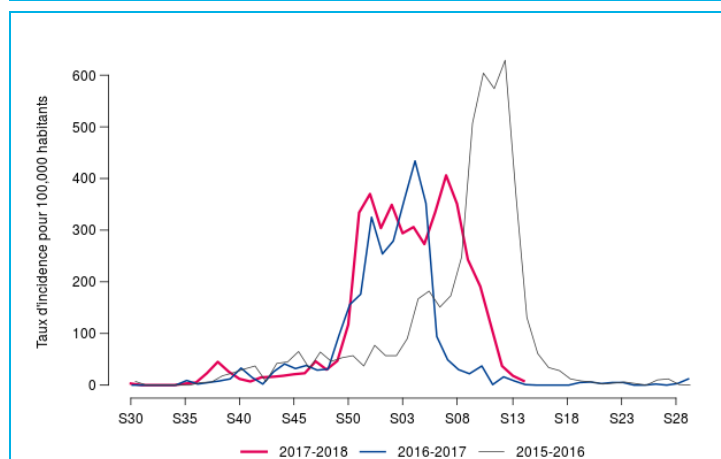


Figure 7 - Evolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2015-2018.

Prévention de la grippe et des syndromes grippaux

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus Influenzae. Les virus grippaux se répartissent essentiellement entre deux types : A et B, se divisant eux même en sous-types (A(H3N2) et A(H1N1)_{pdm09}) ou lignage (B/Victoria et B/Yamagata). Les virus de la grippe se transmettent de personne à personne par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux. Ils peuvent également se transmettre par contact à travers des objets contaminés. Les lieux confinés et très fréquentés (métro, bus, collectivités scolaires...) sont propices à la transmission

⁴ Consultations pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné.

de ces virus. La période d'incubation de la maladie varie de 1 à 3 jours.

La prévention de la grippe repose sur les mesures d'hygiène simples pouvant contribuer à limiter la transmission de personne à personne. Concernant le malade, dès le début des symptômes, il lui est recommandé de :

- limiter les contacts avec d'autres personnes et en particulier les personnes à risque ;
- se couvrir la bouche à chaque fois qu'il tousse ;
- se couvrir la bouche à chaque fois qu'il éternue ;
- se moucher dans des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle ;
- ne cracher que dans un mouchoir en papier à usage unique jeté dans une poubelle recouverte d'un couvercle.

Tous ces gestes doivent être suivis d'un lavage des mains à l'eau et au savon et à défaut, avec des solutions hydro-alcooliques.

Concernant l'entourage du malade, il est recommandé de :

- éviter les contacts rapprochés avec les personnes malades, en particulier quand on est une personne à risque ;
- se laver les mains à l'eau et au savon après contact avec le malade ou le matériel utilisé par le malade ;
- nettoyer les objets couramment utilisés par le malade.

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

Des vidéos pour comprendre la grippe : symptômes, transmission gestes de prévention pour se protéger et protéger les autres sont disponibles [ici](#)

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**, une surmortalité a aussi été observée en semaine 01-2018 et en semaines 09, 10, 11 et 12-2018, à un niveau comparable à celui observé lors de la saison hivernale précédente dans la région.

Consulter les données nationales :

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

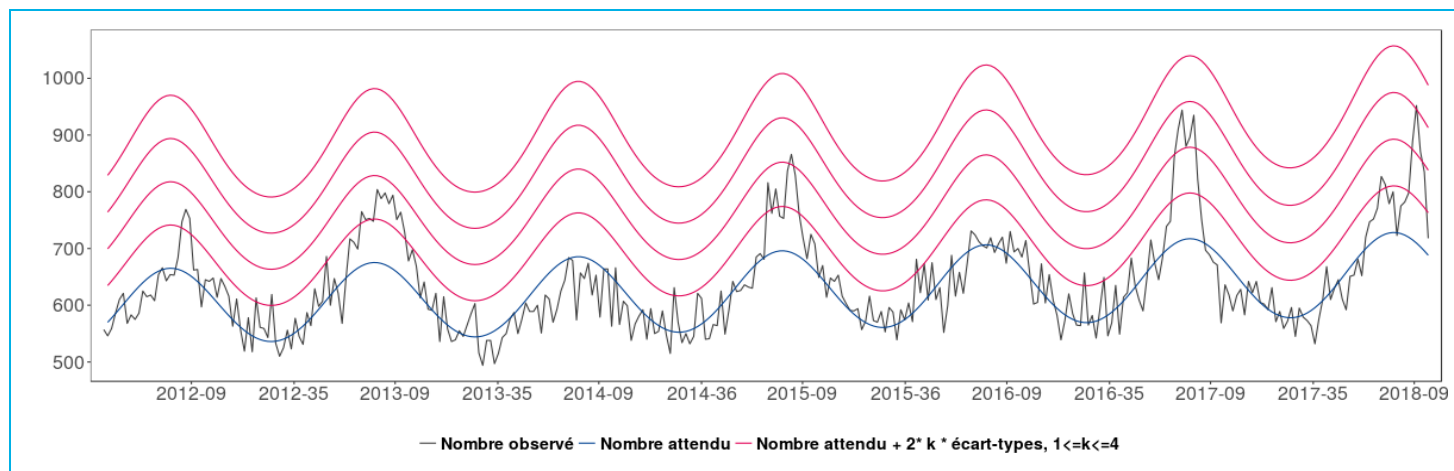


Figure 8 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2011.

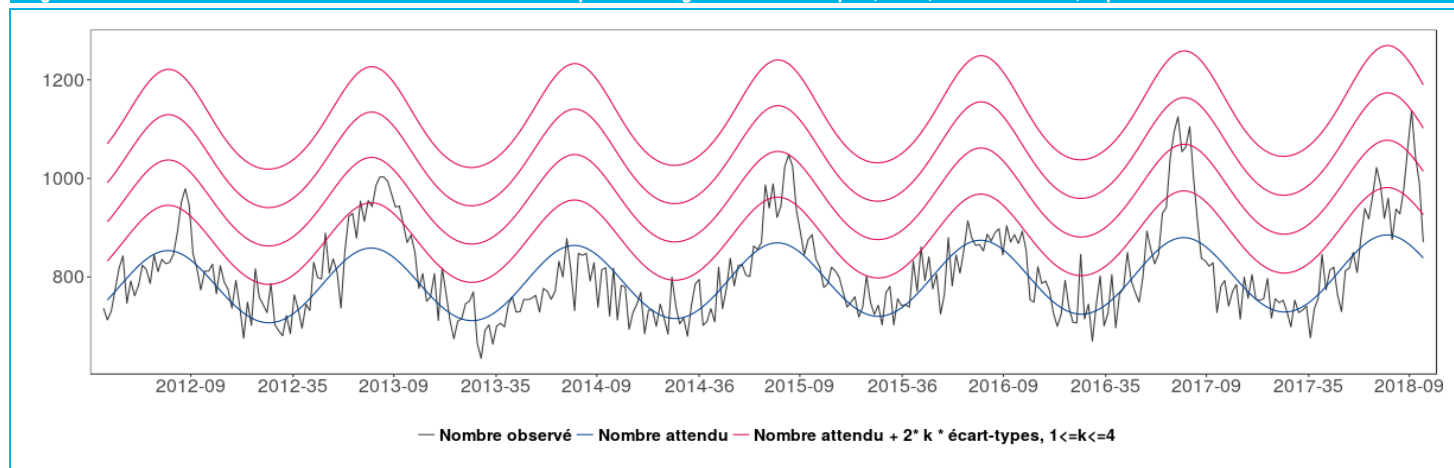


Figure 9 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2011.

Remerciements à nos partenaires :

- Services d'urgences du réseau Oscour® ;
- Associations SOS Médecins d'Amiens, Dunkerque, Lille, Roubaix-Tourcoing et Saint-Quentin ;
- Réseau Sentinelles ;
- 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 %	93,6 %	-	-	86,7 %
SAU - Nb de SU inclus (/ nombre total)	5/7	18/19	6/7	11/11	6/6
SAU - Taux de codage diagnostics moyen*	78,5 %	89,8 %	24,6 %	42,9 %	82,4 %

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

Directeur de la publication

François Bourdillon
Directeur général
Santé publique France

Comité de rédaction

Pascal Jehannin - Responsable
Véronique Allard
Sylvie Haeghebaert
Nicolas Lafosse
Magali Lainé
Ghislain Leduc
Bakhao Ndiaye
Hélène Prouvost
Caroline Vanbockstaël
Dr Karine Wyndels

Retrouvez nous sur : santepubliquefrance.fr
Twitter : @sante-prevention

Diffusion

Cire Hauts-de-France
Tél. 03.61.72.88.88

