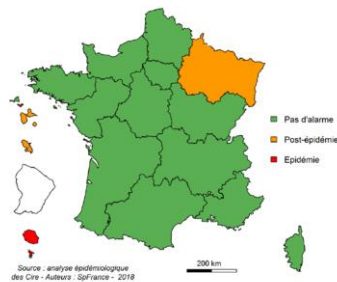


Surveillance des épidémies hivernales

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

BRONCHIOLITE (MOINS DE 2 ANS)

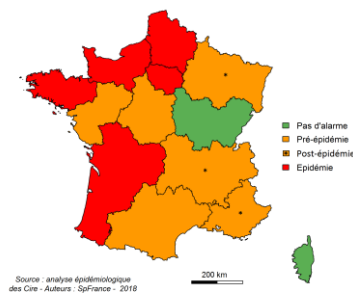


Evolution régionale :



[Page 2](#)

GASTRO-ENTERITE

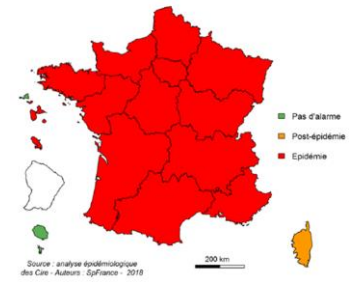


Evolution régionale :



[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 2018-07, un excès de mortalité a été observé et estimé à 7 % soit environ 9 300 décès toutes causes confondues. On estime que 6 800 de ces décès (73%) sont attribuables à la grippe. Près de 91% de ces décès 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.

Au niveau régional, une légère surmortalité ponctuelle a été observée en semaine 01-2018 et en semaine 09-2018, mais à un niveau bien inférieur à celui observé cette saison au niveau national ou 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

25 cas ont été admis en réanimation en semaine 2018-10, pour un total de 271 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 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](#)). Par ailleurs, en semaine 2018-09, 1 cas isolé a été confirmé en milieu communautaire, il s'agissait d'un jeune enfant sans lien avec le milieu étudiant lillois.

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 (4,3 % de l'activité). D'une manière générale, l'activité est globalement similaire à celle observée les semaines précédentes à la même période.
- **Oscour®** : activité¹ stable par rapport à la semaine précédente (4,1 % vs 4,0 %). Le niveau observé est similaire aux deux semaines précédentes à la même période. Sur les 69 recours pour bronchiolite relevés, 29 ont dû être hospitalisés². La bronchiolite était ainsi responsable de 9,3% des hospitalisations d'enfants de moins de 2 ans, un chiffre stable par rapport à la semaine précédente et plus élevé qu'en semaine 2018-08 (7%) mais inférieur à celui observé durant la phase épidémique.
- **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 stable cette semaine (8/463 prélèvements soit 1,7 % en semaine 2018-10 versus 5/382 soit 1,3 % en semaine 2018-09). La circulation des rhinovirus, elle, est globalement stable et modérée (17/116 – 14,7 % - contre 21/102 – 20,6 % 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](#)

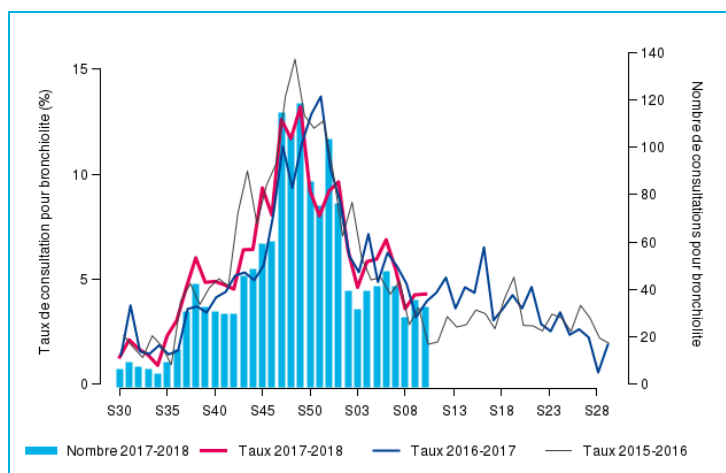


Figure 1 - Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2015-2018.

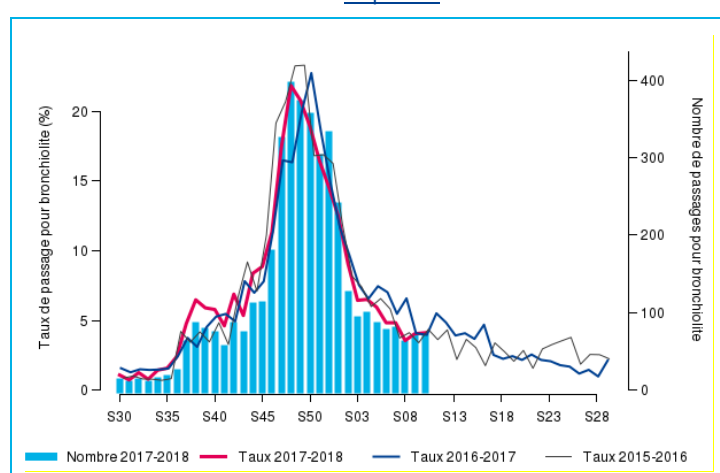


Figure 2 - Evolution hebdomadaire du nombre de passage (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour bronchiolite chez les moins de 2 ans, Oscour®, Hauts-de-France, 2015-2018.

Semaine	Nombre d'hospitalisations	Pourcentage de variation (S-1)	Part des hospitalisations totales (moins de 2 ans)
S09-18	29	70.6 %	10 %
S10-18	29	0 %	9.3 %

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 aux urgences et en légère hausse pour SOS Médecins

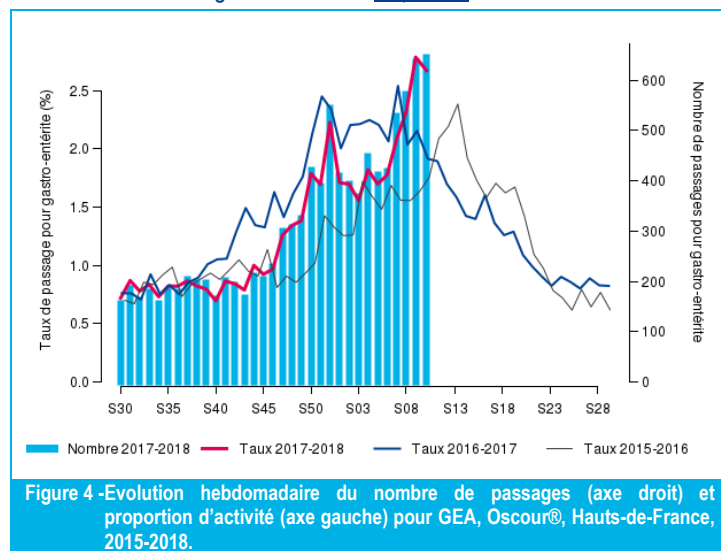
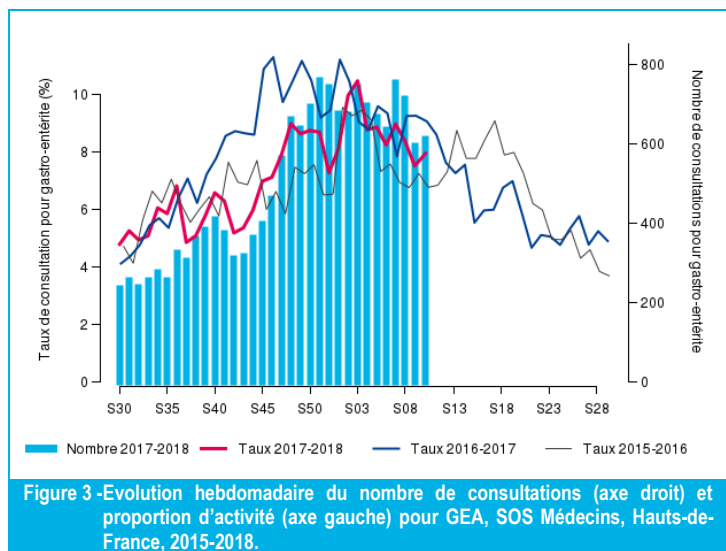
- **SOS Médecins** : activité fluctuante ces dernières semaines à un niveau élevé (7,9 % de l'activité totale³ contre 7,5% la semaine 2018-09 et 8,3 % la semaine 2018-08) ; similaire à celle des deux saisons précédentes. L'activité est légèrement plus marquée chez les moins de 5 ans (près de 13 % de l'activité).
- **Oscour®** : L'activité est stable cette semaine et demeure à un niveau élevé (2,7 % de l'activité totale³ comme la semaine précédente) et supérieur à celui observé au cours des deux saisons précédentes. Elle est augmentation chez les moins de 5 ans, chez lesquels les GEA représentent 12,5 % des recours (contre 10,7 % la semaine précédente).
- **Données de virologie** : Le nombre de virus entériques isolés par les laboratoires de virologie du CHRU de Lille et du CHU d'Amiens chez des patients hospitalisés est en forte augmentation depuis deux semaines (31/94 prélèvements – 33 % en semaine 2018-10, 30/88 – 34 % en semaine 2018-09 contre 15/53 -28% en semaine 2018-08). La grande majorité des virus isolés sont des rotavirus (21/31 soit 68%), dont le nombre d'isolements demeure important.
- **Surveillance des GEA en EHPAD** : 94 épisodes de GEA ont été signalés depuis le début de la surveillance dont 7 au cours de la dernière semaine. 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

Phase épidémique, activité stable

- **SOS Médecins** : activité en légère baisse cette semaine (9,4 % de l'activité totale⁴ contre 12,4 % la semaine précédente), mais demeure à un niveau élevé.
- **Réseau Sentinelles** : Incidence en légère baisse (233 cas pour 100 000 habitants - IC : [162 ; 304]) après la forte augmentation de la semaine 2018-08 (351 cas pour 100 000 habitants - IC : [279 ; 423]).
- **Oscour®** : activité en ré-augmentation ces trois dernières semaines (1,4 contre 1,0 % il y a trois semaines⁴). L'activité est plus importante que la saison 2016-2017 mais comparable 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 stable par rapport à la semaine précédente (163/531 – 30,7 % - contre 117/382 – 30,6 % - la semaine précédente). La circulation de virus de type H1N1, majoritaires depuis le début de l'épidémie, semble diminuer et laisser la place à la circulation de virus de type B ces dernières semaines, auquel les enfants sont particulièrement susceptibles. En semaine 2018-10, 104 virus de type B ont été isolés (64 %) contre 76 la semaine précédente (65 %).
- **Surveillance des IRA en EHPAD** : 63 épisodes d'IRA, dont 10 survenus la semaine dernière, ont été signalés depuis la reprise de la surveillance dans des Ehpads de la région. Un virus grippal était en cause dans près de 61 % (25/41) des épisodes pour lesquels des recherches étiologiques ont été effectuées.
- **Surveillance des cas graves de grippe** : 25 cas ont été admis en réanimation en semaine 2018-10, pour un total de 271 cas depuis le début de la surveillance (données non consolidées).

Pour aller plus loin en région :

- PE spécial IRA-GEA en Ehpads : [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](#)

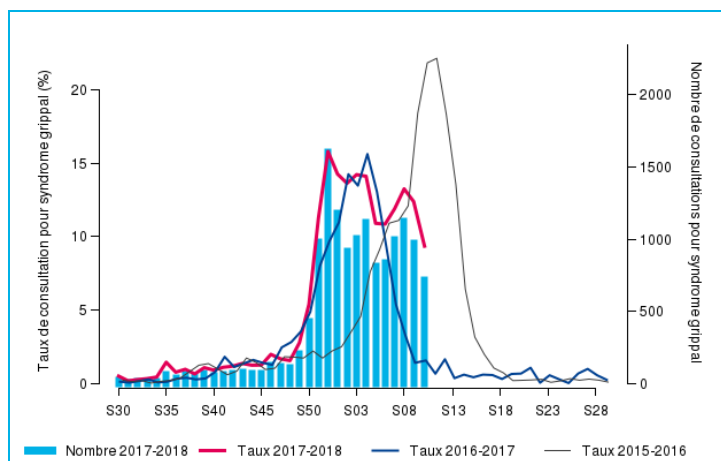


Figure 5 - Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe, SOS Médecins, Hauts-de-France, 2015-2018.

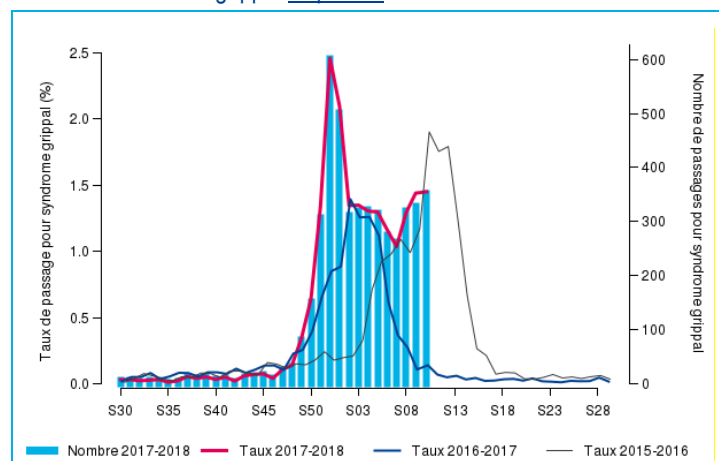


Figure 6 - Evolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour grippe, Oscour®, Hauts-de-France, 2015-2018.

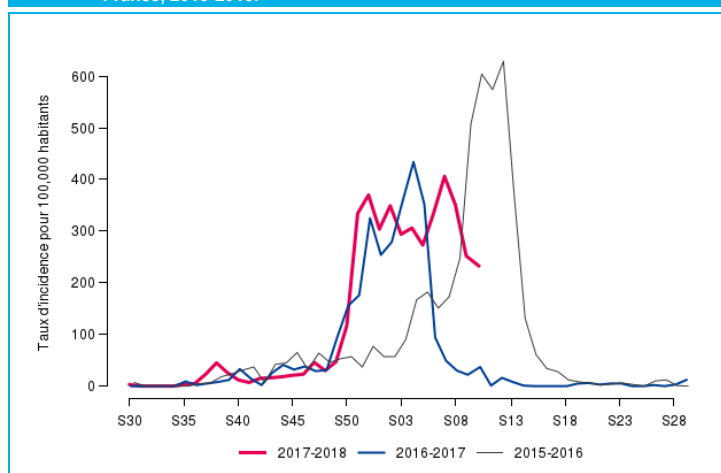


Figure 7 - Evolution hebdomadaire du taux d'incidence des syndromes grippaux, Réseau Sentinelles, Hauts-de-France, 2015-2018.

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

⁴ Consultations pour lesquelles au moins un diagnostic est renseigné.

par contact à travers des objets contaminés. Les lieux confinés et très fréquentés (métro, bus, collectivités scolaires...) sont propices à la transmission 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 2018-07, un excès de mortalité a été observé et estimé à 7 % soit environ 9 300 décès toutes causes confondus. On estime que 6 800 de ces décès (73%) sont attribuables à la grippe. Près de 91% de ces décès 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 légère surmortalité ponctuelle a été observée en semaine 01-2018 et en semaine 09-2018, mais à un niveau bien inférieur à celui observé cette saison au niveau national ou lors de la saison hivernale précédente dans la région.

Ces premières observations sont à interpréter avec prudence, les données étant encore non consolidées du fait des délais habituels de transmission. Pour rappel, ces analyses sont réalisées à partir des données d'état-civil et ne contiennent aucune information sur les causes médicales de décès.

Consulter les données nationales :

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

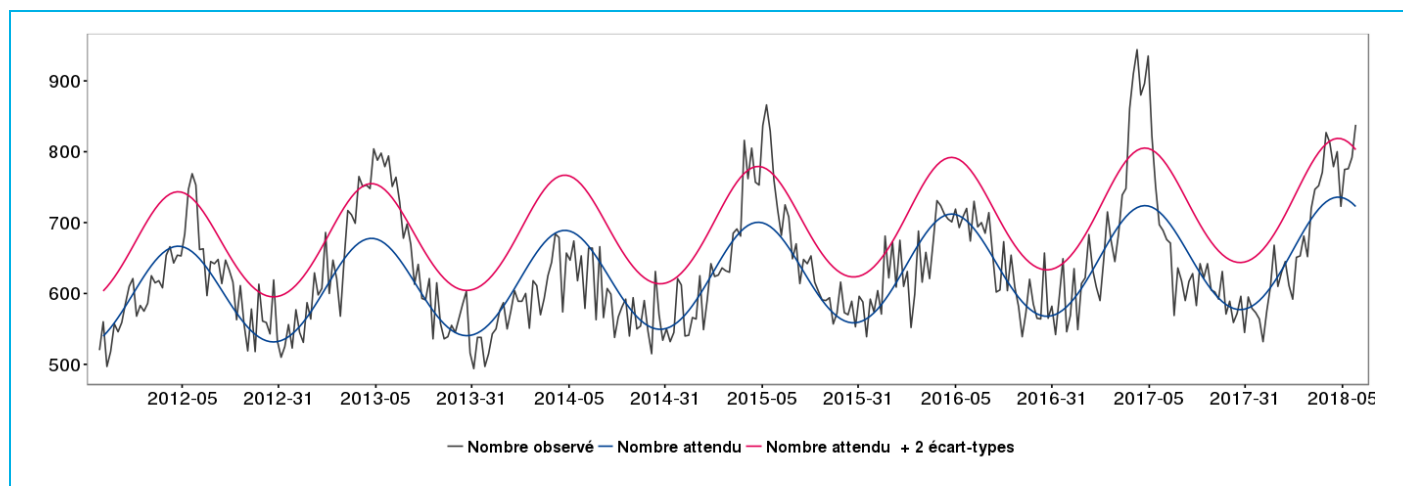


Figure 8 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, Insee, Hauts-de-France, depuis 2011.

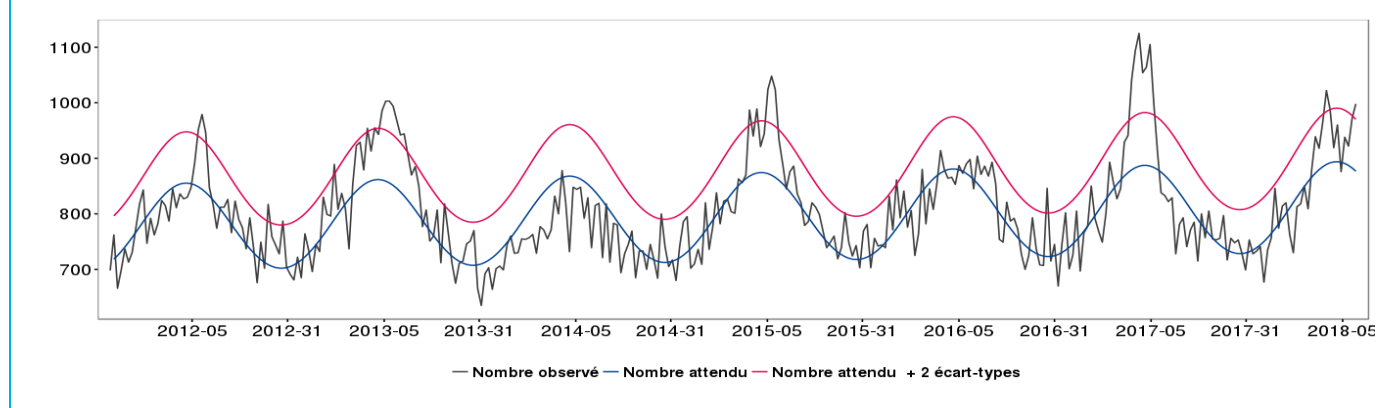


Figure 9 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes, tous âges, Insee, Hauts-de-France, depuis 2011.

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 de 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*	86,7 %	93,7 %	-	-	86,9 %
SAU - Nb de SU inclus (/ nombre total)	5/7	18/19	6/7	11/11	6/6
SAU - Taux de codage diagnostics moyen*	77,6 %	89,8 %	24,1 %	43,3 %	82,6 %

* 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

Diffusion

Cire Hauts-de-France
Tél. 03.61.72.88.88
hautsdefrance@santepubliquefrance.fr

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