

Au niveau national, la mortalité toutes causes confondues sur la semaine 2 de 2017 se stabilise à un niveau équivalent de celui de la première semaine et semble amorcer une décroissance sur la semaine 03. Cette dynamique s'observe essentiellement chez les personnes âgées de plus de 65 ans et en particulier chez les personnes de 85 ans ou plus (Figures 1 à 3).

Au niveau national, le nombre observé de décès tous âges confondus est supérieur au nombre attendu :

- sur la semaine 51 (du 19 au 25 décembre 2016) : de +12%,
- sur la semaine 52 (du 26 décembre 2016 au 1^{er} janvier 2017) : de +21%,
- sur la semaine 01 de 2017 (du 2 au 8 janvier) : de +29%,
- sur la semaine 02 de 2017 (du 9 au 15 janvier) : d'au moins +28%.

Sur les six premières semaines d'épidémie grippale (des semaines 49 à 02), le nombre de décès en excès toutes causes confondues est estimé à 11 400 (données extrapolées France entière) au 31 janvier 2017.

En région, la hausse de la mortalité a concerné essentiellement les régions de la façade Est, la Normandie et l'Île de France en semaine 51, avant de se généraliser à la totalité du territoire métropolitain sur les deux premières semaines de 2017 (Figure 4). Ainsi, un nombre observé de décès significativement supérieur au nombre attendu est noté :

- **sur la semaine 51, dans 6 régions**, avec un excès de +12% à 17% dans les régions Normandie, Grand-Est et Île de France et de 18% à 23% dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, PACA et Auvergne-Rhône-Alpes ;
- **sur la semaine 52, dans 10 régions** (toutes sauf Centre, Corse et Pays de la Loire), avec un excès plus marqué dans les régions de la façade Est (d'au moins +26% selon ces régions) ;
- **sur la 1^{ère} semaine de 2017, dans 12 régions** (toutes les régions sauf la Corse), avec un excès d'au moins +30% dans les 4 régions de la façade Est et l'Occitanie (dépassant 40% en Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté).
- **sur la 2^{ème} semaine de 2017** (toutes les régions), avec un excès d'au moins +36% dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Occitanie et Corse.

Sur la 3^{ème} semaine de 2017, une diminution semble s'amorcer dans la plupart des régions métropolitaines, mais les effectifs restent significativement supérieurs au nombre attendu dans 10 régions.

Les données de mortalité n'étant pas encore consolidées du fait des délais habituels de transmission, ces observations constituent des premières estimations, tant aux niveaux national que régional, qui vont évoluer au fur et à mesure de la consolidation.

Au niveau européen, parmi les pays participant au réseau EuroMomo (www.euromomo.eu), une hausse de la mortalité est également observée au Portugal, en Italie, en Espagne et en Grèce, dans une moindre mesure en Suisse (Figure 5).

A travers les données issues de la certification électronique, sur la 4^{ème} semaine de 2017 (du 23 au 29 janvier 2017), 1625 décès ont été enregistrés (Figure 6).

1. Mortalité issue des bureaux d'état-civil, transmise par l'Insee

Données disponibles

Le suivi de la mortalité s'appuie sur les données issues d'un échantillon de 3 000 communes transmettant leurs données d'état-civil (données administratives sans information sur les causes médicales de décès) sous forme dématérialisée à l'Insee. Ce réseau couvre près de 80 % de la mortalité nationale.

L'ensemble des résultats et estimations présentés dans ce bulletin (Figures 1 à 3) sont produits uniquement à partir des données de cet échantillon de communes et ne sont pas extrapolés à l'ensemble de la population.

Délai de transmission

Compte tenu des délais légaux de déclaration d'un décès à l'état-civil (24h, hors week-end et jour férié) et du délai pris par le bureau d'état-civil pour saisir les informations, un délai entre la survenue du décès et l'arrivée des informations à Santé publique France est observé. On note ainsi, au niveau national et en moyenne sur l'ensemble de l'année, que les informations de 50% des décès survenus un jour J sont disponibles à Santé publique France à J+3. Cette part est de 90% à 7 jours et à près de 95% à 10 jours. Les délais de transmission peuvent être allongés ponctuellement; c'est notamment le cas lors de jours fériés, week-end prolongés, ponts, vacances scolaires, forte période épidémique...

Pour disposer d'une complétude et d'une validité suffisantes pour les analyses épidémiologiques, l'analyse des fluctuations de la mortalité d'une semaine complète ne peut être effectuée qu'avec un délai minimum de deux semaines (cas de la surveillance de routine). Pour l'évaluation d'impact sanitaire d'un événement, un délai minimum de trois semaines est nécessaire.

Indicateurs et méthode

Les fluctuations de la mortalité sont suivies à travers deux indicateurs : les effectifs bruts de décès et le ratio de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants). Le ratio de mortalité (Figure 1) permet de tenir compte des évolutions démographiques de la population.

Le nombre hebdomadaire attendu de décès est estimé à partir du modèle statistique développé dans le cadre du projet Européen EuroMomo et utilisé par 19 pays européens. Ce modèle prend en compte les données historiques sur 6 années, la tendance générale et les fluctuations saisonnières. Il exclut les périodes habituelles de survenue d'événements extrêmes pouvant avoir un impact sur la mortalité (chaleur/froid, épidémies).

Le modèle est appliqué :

- au niveau national, tous âges (Figure 2) et pour 4 classes d'âges : moins de 15 ans, 15-64 ans, 65-84 ans et 85 ans ou plus (Figure 3) ;
- au niveau régional, tous âges (figure 4) et chez les moins de 15 ans, 15-64 ans et 65 ans ou plus (graphiques non présentés).

2. Mortalité issue de la certification électronique, transmise par l'Inserm-CépiDc

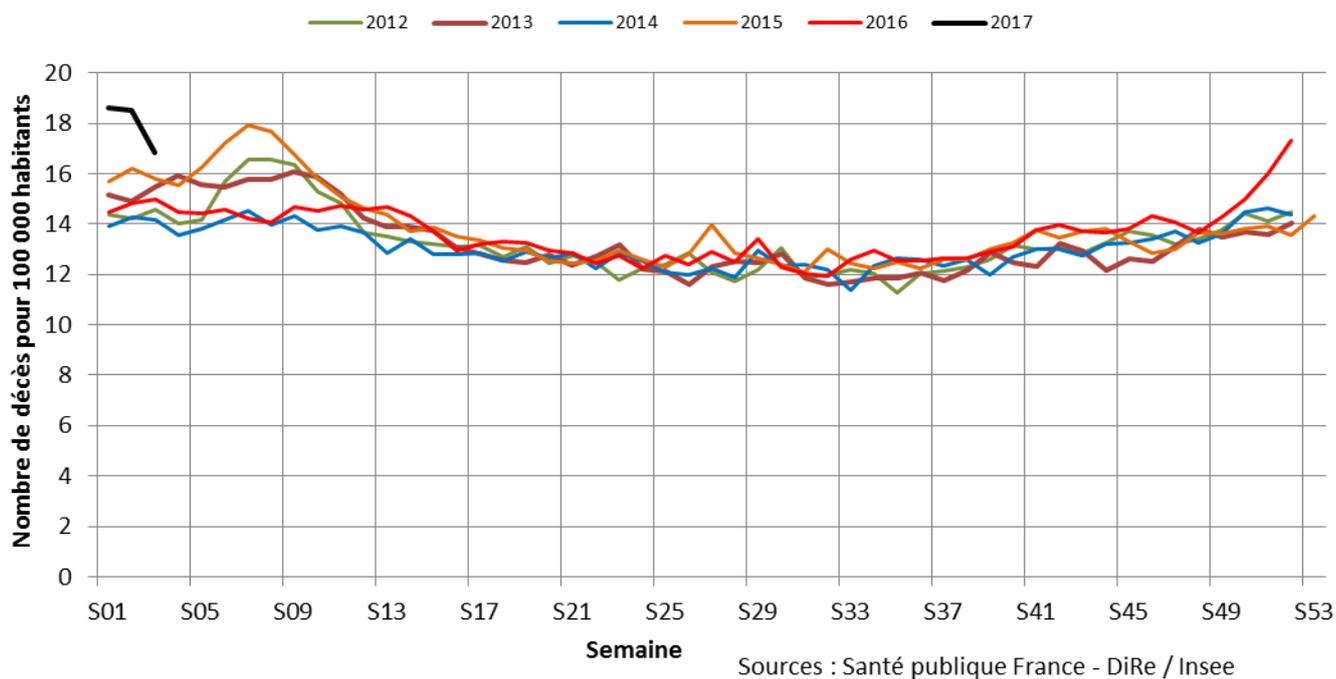
Depuis 2007, les médecins ont la possibilité de certifier les décès sous forme électronique à travers une application sécurisée (<https://sic.certdc.inserm.fr>) déployée par le CépiDc de l'Inserm. Les causes de décès sont disponibles à travers cette source de données, pour Santé publique France.

Depuis le déploiement de la certification électronique en 2007, la participation des établissements de santé a été progressive. En particulier, depuis 2014 une reprise de la montée en charge est observée, en lien avec l'instruction aux ARS du 12 juillet 2013. Courant 2016, ces données couvrent environ 10 à 12% de la mortalité nationale.

L'évolution hebdomadaire du nombre de décès certifiés par voie électronique tous âges et par classe d'âges est présentée sur le graphique de la figure 4, à titre indicatif et ne fait pas l'objet d'analyse épidémiologique, compte tenu de la couverture insuffisante de cette source et de sa montée en charge progressive.

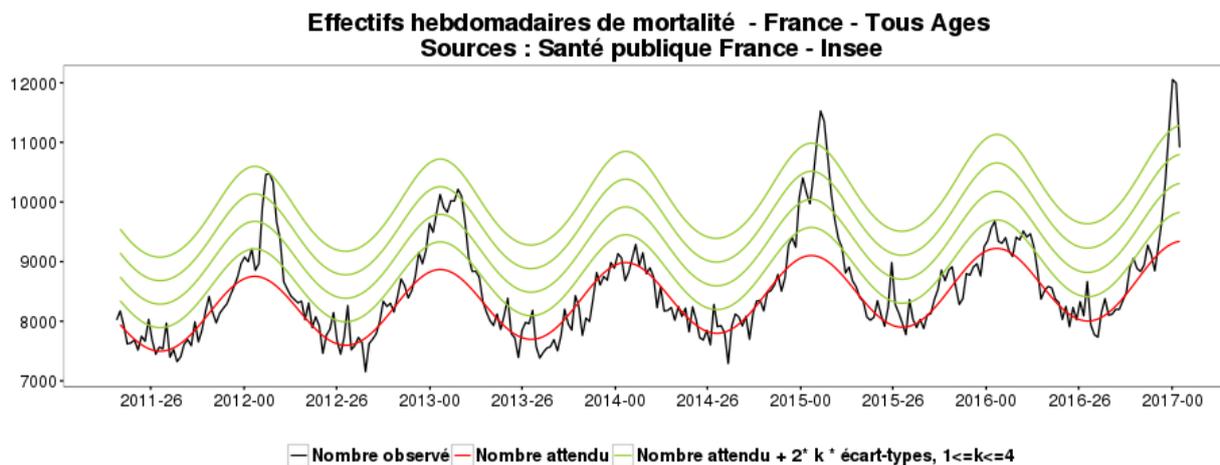
| Figure 1 |

Fluctuations hebdomadaires du nombre de décès pour 100 000 habitants (ratio), tous âges confondus, 2011 à 2017 - France entière (dernière semaine incomplète)



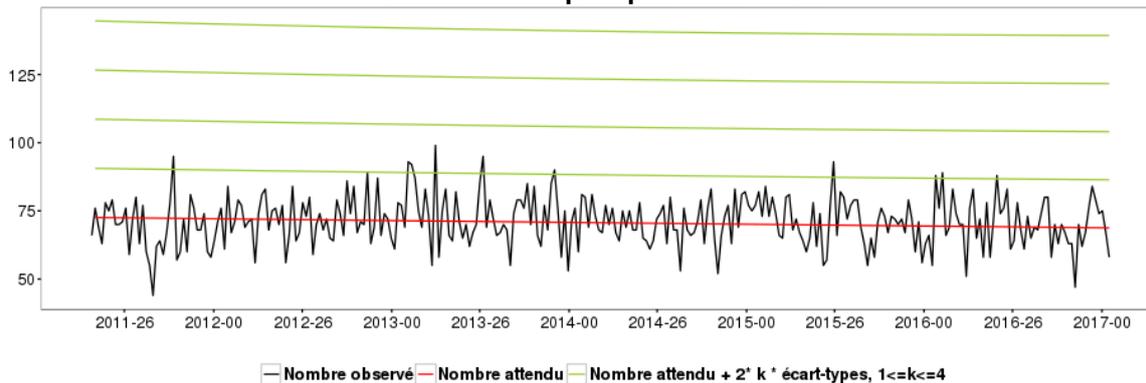
| Figure 2 |

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, Tous âges confondus, 2011 à 2017 - France métropolitaine (effectif incomplet sur la dernière semaine) – Semaine 03-2017

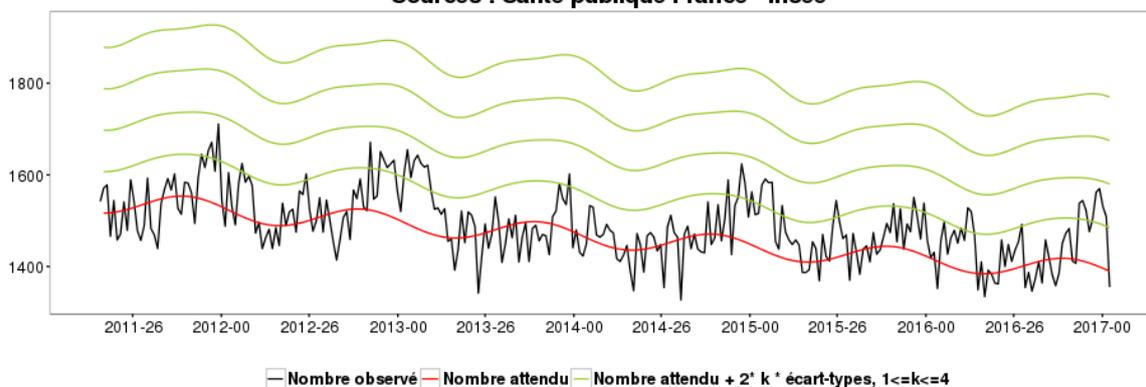


Fluctuations hebdomadaires de la mortalité par classe d'âges, 2011 à 2017 - France métropolitaine (effectif incomplet sur la dernière semaine) – Semaine 03-2017

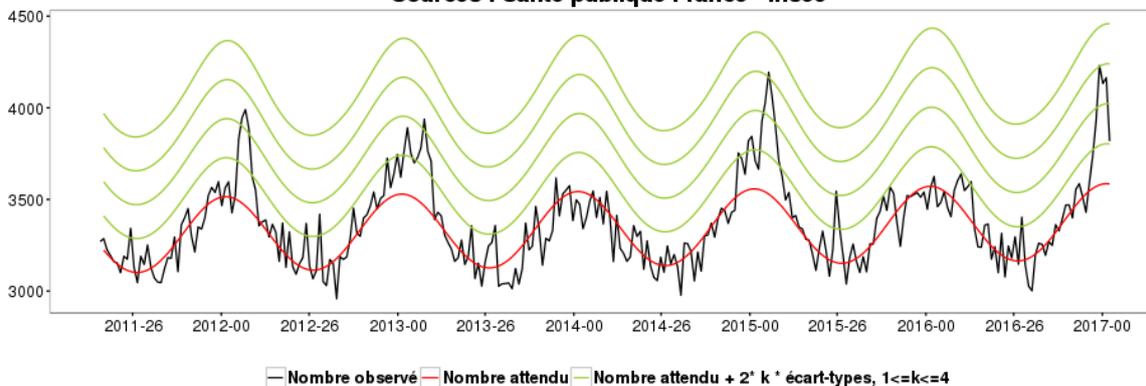
Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - 0-14 ans
Sources : Santé publique France - Insee



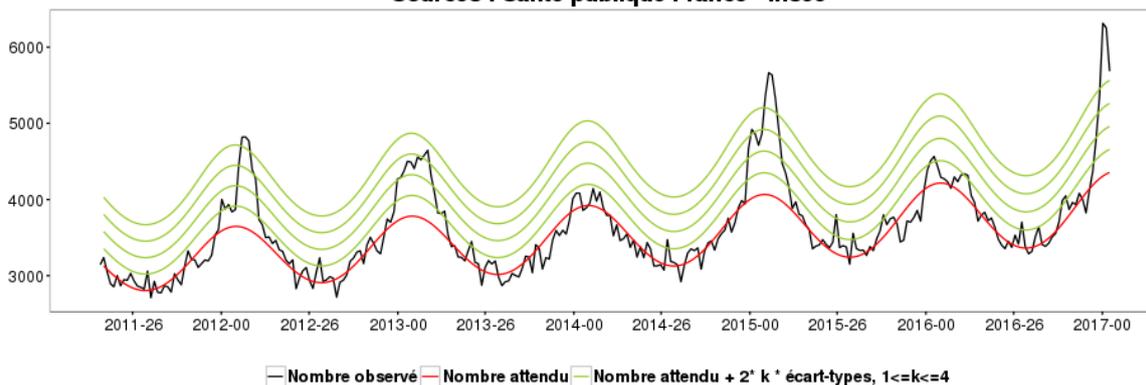
Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - 15-64 ans
Sources : Santé publique France - Insee



Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - 65-84 ans
Sources : Santé publique France - Insee

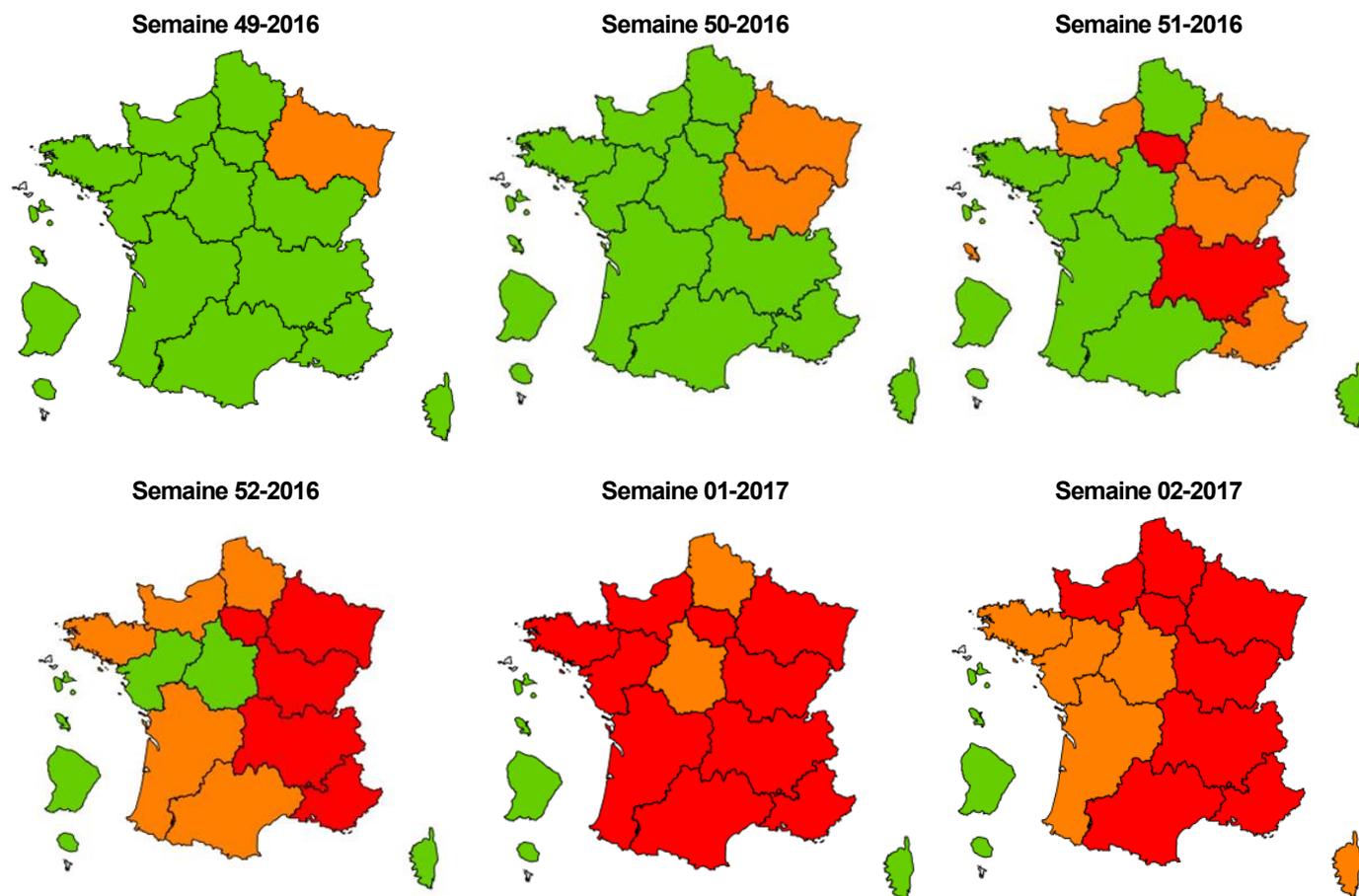


Effectifs hebdomadaires de mortalité - France - Plus de 85 ans
Sources : Santé publique France - Insee



Variations régionales de mortalité toutes causes confondues depuis la semaine 49 de 2016 - Tous âges

Données Insee communales représentant 80% de la mortalité nationale



Légende :

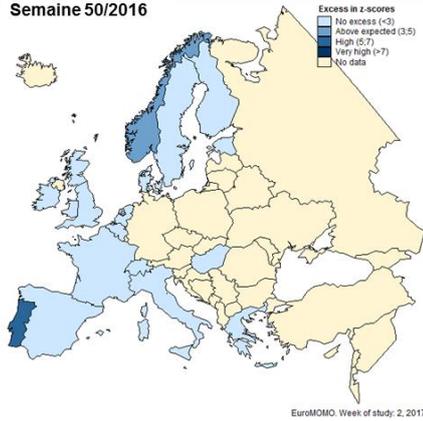
- Nombre observé < Nb attendu +2 écart-types
- Nombre observé compris entre Nb attendu +2 écart-types et Nb attendu +4 écart-types
- Nombre observé > Nb attendu +4 écart-types

Sources : Santé publique France /USS – Données: Insee

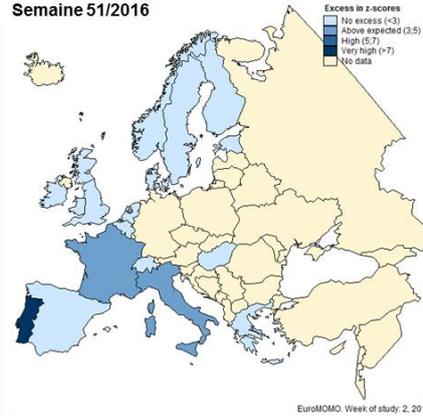
**Données européennes de mortalité hivernale (Toutes causes – Tous âges) –
 Décembre 2016 à janvier 2017 - Réseau Euromomo (France : Santé publique France)**



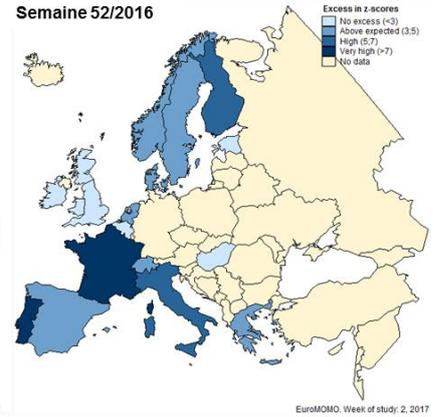
Semaine 50/2016



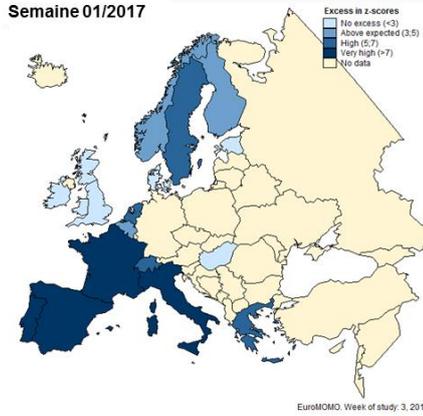
Semaine 51/2016



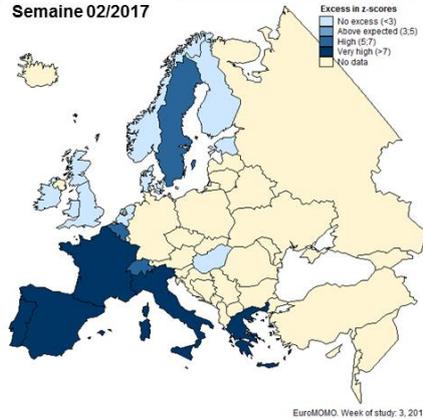
Semaine 52/2016



Semaine 01/2017



Semaine 02/2017



Légende : Excès standardisé par rapport à la mortalité moyenne annuelle des 5 dernières années de chaque pays (Zscore)

- Mortalité habituelle
- Excès faible
- Excès modéré
- Excès important
- Pays non participant

Mise à jour au 24/01/2017

Fluctuations hebdomadaires de la mortalité issue de la certification électronique des décès de 2011 à 2017 – France entière



A noter le graphique est établi sans tenir compte du déploiement progressif de la certification électronique dans les établissements de santé.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble de nos partenaires contribuant à la surveillance de la mortalité :

- L'Insee (Institut National de la statistique et des études économiques)
- L'Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès – Institut de la santé et de la recherche médicale)
- Les communes transmettant leurs données d'état-civil de façon dématérialisée à l'Insee
- Les médecins utilisant la certification électronique des décès
<https://sic.certdc.inserm.fr>

Directeur de la publication
François Bourdillon
Directeur général de l'ANSP

Rédaction :
Anne Fouillet
Dr Céline Caserio-Schönemann
Marc Ruello
Isabelle Pontais
Jérôme Naud
Dr Anne Gallay
Franck Golliot
Direction des régions (DiRe)

Diffusion :
Santé Publique France – Direction des régions
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. : 01 41 79 67 20
<http://www.invs.santepubliquefrance.fr>