

Bilan de la surveillance hivernale Saison 2014-2015, Limousin

Page 1	Editorial
Page 2	Grippe saisonnière
Page 5	Bronchiolite
Page 6	Gastroentérites
Page 8	Hypothermie
Page 9	Mortalité

| Editorial |

Philippe Germonneau, Responsable de la Cire Limousin Poitou-Charentes

La surveillance épidémiologique de l'hiver 2014 - 2015 mise en place par la Cellule de l'InVS en Région (Cire) Limousin, a concerné la grippe et les syndromes grippaux, la bronchiolite du nourrisson, les gastroentérites, les hypothermies et les décès toutes causes. Cette surveillance s'est appuyée sur les dispositifs épidémiologiques suivants :

- surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD),
- surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation,
- surveillance des infections respiratoires aiguës et des gastroentérites aiguës en collectivités de personnes âgées,
- activité de SOS Médecins Limoges,
- mortalité de l'Insee.

Si l'hiver 2013-2014 avait vu survenir des épidémies de grippe, de gastro-entérites d'impact modéré dans la région Limousin, la surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la saison 2014-2015 a été marquée par une hausse spectaculaire de tous les indicateurs de l'activité grippale : consultations SOS médecins, foyers d'IRA en Ehpad, passages aux urgences, hospitalisations, cas graves et mortalité générale.

L'épidémie de grippe a été forte et sévère sur l'ensemble du territoire, particulièrement pour les personnes âgées, plaçant celle-ci parmi les plus intenses de ces dernières années. Ainsi on observait, dans notre région, par rapport à l'an passé, 4 fois plus de consultations SOS Médecins et aux urgences au moment du pic et 13 fois plus de foyers d'IRA pendant la période de surveillance.

Parmi les facteurs explicatifs on identifiera la circulation majoritaire de virus A(H3N2) avec une part de variants antigéniques non couverte par le vaccin proposé ainsi qu'une moindre couverture vaccinale. Cette

dernière voit son taux baisser d'année en année atteignant désormais moins de 50% chez le public cible des personnes de 65 ans et plus.

La perception négative de la campagne de vaccination contre le virus A(H1N1) en 2009 a probablement contribué à cette désaffection du public pour la vaccination antigrippale et la vaccination en général. Selon une première étude réalisée par l'InVS cette année¹, la vaccination aurait pourtant évité 2500 décès chaque année entre 2000 et 2009 et la baisse de la couverture vaccinale cette dernière saison aurait coûté 500 décès supplémentaires.

Il appartient aux professionnels de santé publique de s'emparer de ces informations et d'informer le public et les professionnels de santé afin de rappeler la gravité potentielle de cette maladie et l'existence du moyen de prévention efficace qu'est la vaccination.

Les résultats de la surveillance grippale ainsi que d'autres pathologies hivernales sont détaillés dans le présent BVS.

Nous tenons à remercier tous les partenaires de cette surveillance : les services d'urgence et les services de réanimation des établissements de santé de la région, les collectivités de personnes âgées, l'association SOS Médecins Limoges et les services d'état civil. C'est grâce au concours de ces partenaires que la Cire peut chaque jour, réaliser cette surveillance et éditer un Point Epidémiologique hebdomadaire afin d'informer les professionnels de santé de la situation épidémiologique de la région.

Bonne lecture.

¹ <http://www.invs.sante.fr/beh/2015/32-33/index.html>

Les Indicateurs de surveillance de la grippe

Le dispositif de surveillance permet de suivre les épidémies de grippe selon plusieurs niveaux de gravité de l'infection allant du signalement d'un cas non compliqué jusqu'au décès. Chaque année, il est activé en semaine 40 (1^{ère} semaine d'octobre) et se termine en semaine 15 de l'année suivante (mi-avril).

Au niveau national, le dispositif de surveillance s'appuie sur des données cliniques et virologiques provenant des patients de la médecine ambulatoire, des collectivités de personnes âgées, de l'hôpital ainsi que celles concernant les décès. A ces données sont associées des informations sur la grippe issue directement de la population (GrippeNet.fr).

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 région **Limousin** ce dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants (figure 1) :

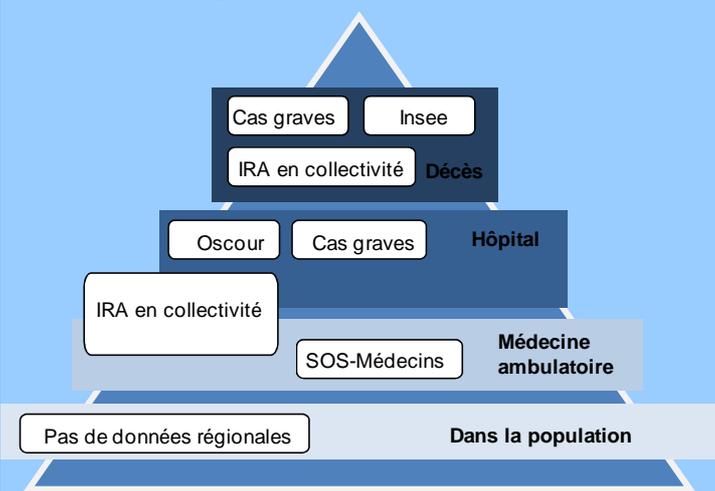


Figure 1. Dispositif de surveillance de la grippe en Limousin du général aux cas particuliers, hiver 2014-2015.

Surveillance en Médecine ambulatoire

-Données SOS Médecins Limoges

La surveillance de la grippe inclut le suivi du nombre de diagnostic clinique de grippe ou syndrome grippal posé par SOS Médecins Limoges.

-Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées

L'indicateur utilisé est le cas groupé d'infections respiratoires aiguës (IRA) défini comme la survenue d'au moins 5 cas d'IRA, dans un délai de 4 jours parmi les résidents et signalé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou au Centre de lutte Contre les infections nosocomiales (CCLin).

Une IRA est définie comme l'apparition d'au moins un signe fonctionnel ou physique d'atteinte respiratoire basse, associé à au moins un signe général suggestif d'infection.

Aide mémoire -sur la grippe

La grippe saisonnière est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus Influenzae (virus de type A et B) se transmettant de personne à personne par les sécrétions respiratoires ou par contact à travers des objets souillés. Les virus évoluent tous les ans, privant ainsi la population d'une immunité.

En moyenne en France, 2,5 millions de personnes seraient concernées chaque année par la grippe. Entre 25 % et 50 % des consultations concernent des jeunes de moins de 15 ans. En France métropolitaine, l'épidémie survient entre les mois de novembre et d'avril, débutant le plus fréquemment fin décembre - début janvier pour une durée moyenne de 9 semaines.

La grippe peut entraîner des complications graves chez les sujets à risque (personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente). La mortalité imputable à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (plus de 90 % des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus).

Pour en savoir plus :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Point-sur-les-connaissances>

Surveillance à l'hôpital

-Données du réseau OSCOUR® (10 services d'urgences)

La surveillance s'appuie sur le suivi des passages aux urgences et des hospitalisations pour grippe ou syndrome grippal. Le regroupement syndromique de grippe et syndrome grippal comprend les codes CIM-10 de diagnostics suivants : J09, J10, J11 et leurs dérivés.

-Surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation

Les cas de grippe (confirmés ou probables) hospitalisés en réanimation (cas graves) sont signalés à la Cire. La description de ces cas graves permet d'estimer la gravité de l'épidémie, d'identifier les facteurs de risque de grippe grave et d'évaluer l'efficacité du vaccin grippal pour éviter les formes graves.

Surveillance de la mortalité

La surveillance de la mortalité liée à la grippe repose sur le suivi de la létalité des cas graves de grippe en réanimation et des résidents malades dans les foyers d'IRA ainsi que sur la mortalité globale toutes causes confondues. Cette surveillance permet de déterminer la gravité de l'épidémie et de détecter un changement dans la distribution des caractéristiques épidémiologiques des personnes les plus gravement touchées par la maladie. Le bilan sur la mortalité toutes causes confondues est détaillé page 9.

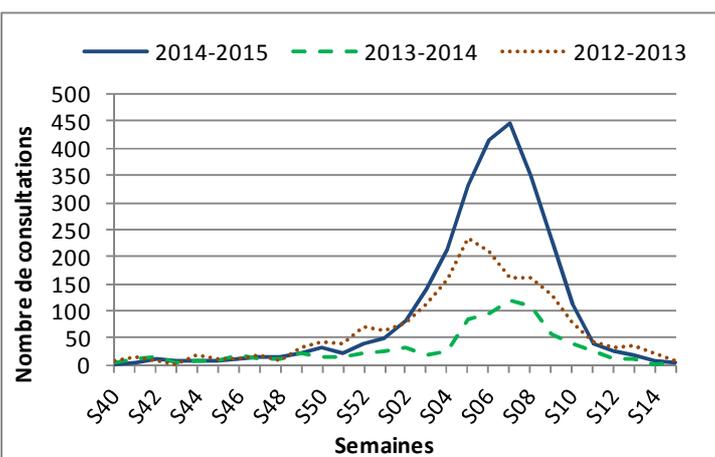
Surveillance en médecine ambulatoire

Données SOS Médecins Limoges

Au cours de la saison 2014-2015, les diagnostics de grippe et syndrome grippal réalisés par SOS Médecins Limoges ont augmenté fortement fin décembre à partir de la semaine 52 (Figure 1). Le pic a été atteint en semaine 07 (du 9/02 au 15/02/15) avec 445 consultations.

L'augmentation de l'activité a été observée pour toutes les classes d'âges. Cependant la part d'activité concernant les enfants de moins de 15 ans et les 65 ans ou plus a été plus élevée que les années précédentes.

En période épidémique, le nombre de consultations représentait jusqu'à 25 % de l'activité totale de SOS Médecins Limoges. La hausse d'activité pour grippe durant l'hiver 2014-2015 a été fortement plus élevée que les deux hivers précédents (Figure 1).

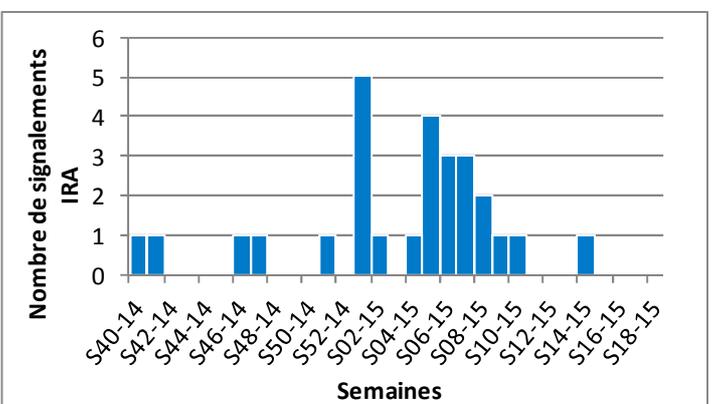


| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de consultations à SOS Médecins Limoges pour grippe et syndrome grippal les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015

Surveillance des foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées

Durant la période de surveillance de l'hiver 2014-2015, 27 foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS (Figure 2). Les épisodes sont survenus entre les semaines d'octobre 2014 à avril 2015 avec deux pics : en semaine 01 (du 29/12/14 au 4/01/15) et en semaine 05 (du 26/01 au 1/02/15).



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'infections respiratoires aiguës (IRA) selon la date de début des signes du 1er cas, signalés dans les collectivités de personnes âgées, semaine 40/2014 - 15/2015, Limousin

Parmi les 22 épisodes clôturés, les taux d'attaque moyens étaient de 26 % chez les résidents et 6 % chez les membres du personnel. Au total, 21 résidents ont été hospitalisés et 8 sont décédés.

Une recherche étiologique a été effectuée pour plus de la moitié des épisodes (14) et pour 9 une étiologie de grippe a été confirmée.

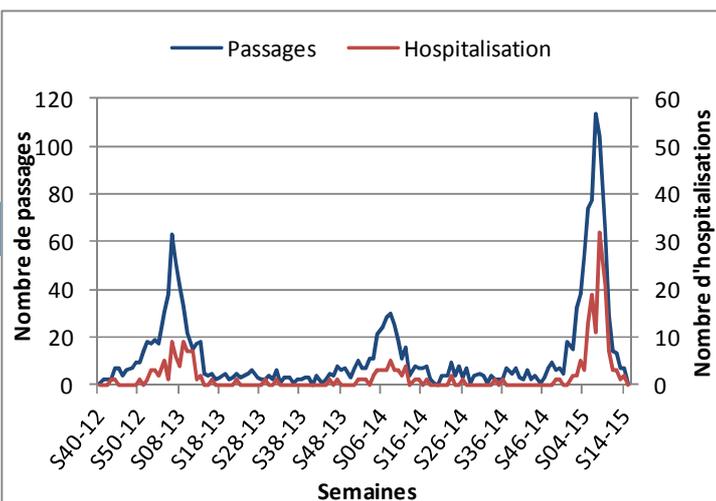
Parmi les établissements ayant répondu, les couvertures vaccinales moyennes contre la grippe étaient de 80 % parmi les résidents et 16 % parmi les membres du personnel.

Le nombre d'épisodes signalés l'hiver 2014-2015 est nettement supérieur à ceux des 2 années précédentes (3 épisodes en 2013-2014 et 8 épisodes en 2012-2013).

Surveillance à l'hôpital

Données OSCOUR®

Le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour grippe et syndrome grippal l'hiver 2014-2015 a augmenté début janvier à partir de la semaine 02 (Figure 3). Un pic d'activité a été observé en semaine 07 (du 9/02 au 15/02/15) comptabilisant 114 passages aux urgences dont 11 hospitalisations. L'activité aux urgences en période épidémique représentait jusqu'à 2,7 % de l'activité totale (activité quasi nulle hors période épidémique). Un retour à une activité stable a été observé fin mars.



| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et d'hospitalisations pour une grippe ou un syndrome grippal, semaine 40/2012-15/2015, dans 10 établissements du Limousin participant à OSCOUR® entre octobre 2012 et avril 2015

Le nombre de passages aux urgences pour grippe a augmenté dans toutes les classes d'âges. Une augmentation particulièrement élevée a été observée chez les 65 ans ou plus par rapport aux épidémies précédentes.

La proportion d'hospitalisation pour grippe sur toute la période de surveillance était de 18 % (125 hospitalisations), fortement supérieure aux valeurs observées les hivers précédents (12% en 2013-2014 et 13 % en 2012-2013). Plus de la moitié des hospitalisations (57%) concernait les personnes âgées de 65 ans ou plus.

La hausse d'activité pour grippe au cours de l'hiver 2014-2015 a été fortement supérieure aux 2 hivers précédents.

Surveillance des cas graves

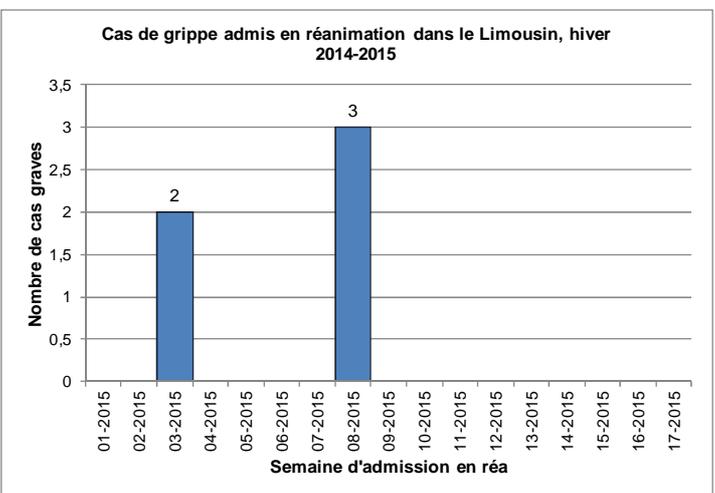
Du 1er novembre 2014 au 17 avril 2015, 5 cas de grippe admis en réanimation dans la région Limousin ont été signalés à l'InVS.

Trois signalements provenaient de la Creuse et 2 de la Haute-Vienne. Aucun signalement ne provenait de la Corrèze.

Le pic d'admission a été atteint en semaine 8 (figure 4), une semaine après le pic de consultations pour grippe (SOS Limoges) et 2 semaines après le pic épidémique pour la grippe observé en France métropolitaine.

Le nombre de cas graves est faible mais semblable à celui de la saison hivernale 2013-2014.

Parmi les 5 cas, il y avait un enfant de moins d'un an, 2 adultes de moins de 65 ans et 2 adultes de 65 ans et plus (Tableau 1). Les virus identifiés étaient le virus A(H3N2) (1 cas), le virus A(H1N1)pdm09 (2 cas) et le virus B. Aucun des 4 patients pour lesquels le statut vaccinal était connu n'était vacciné. Tous les (4) cas adultes présentaient au moins un facteur de risque ciblés par la vaccination. Deux des 5 patients sont décédés.



| Figure 4 |

Nombre de cas graves de grippe déclarés à l'InVS par semaine d'admission, Limousin, hiver 2014-2015

Conclusion

La saison 2014-2015 en région Limousin a été caractérisée par une épidémie grippale d'intensité forte, et de gravité importante, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Cette épidémie a été plus forte que celles observées les 4 hivers précédents.

Au niveau national, le taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal de l'hiver 2014-2015 a été supérieur au seuil épidémique pendant 9 semaines (du 12 janvier au 15 mars, de la semaines 3 à 11-2015) [2].

L'épidémie a été dominée par une circulation majoritaire des virus A(H3N2) dans la communauté.

Cette épidémie a été particulièrement sévère chez les personnes âgées, qui ont été plus souvent hospitalisées pour grippe que durant les saisons précédentes. L'excès de mortalité a également

| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas graves de grippe, Limousin, hiver 2014-2015

	Limousin Effectifs
Statut virologique	
A(H3N2)	1
A(H1N1)pdm09	2
B	2
Classes d'âge	
0-4 ans	1
5-14 ans	0
15-64 ans	2
65 ans et plus	2
Sexe	
Sexe ratio M/F	1,5
Facteurs de risque de complication	
Aucun	1
Grossesse <u>sans</u> autre comorbidité	0
Obésité (IMC>=30) <u>sans</u> autre comorbidité	0
Autres ciblés de la vaccination	4
Statut vaccinal	
Non vacciné	4
Vacciné	0
Non renseigné ou ne sait pas	1
Gravité	
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	2
Ecmo (Oxygénation par membrane extracorporelle)	0
Ventilation mécanique	3
Décès	2
Total	5

particulièrement concerné cette tranche d'âge. Ces conséquences de la grippe sont probablement dues au virus A(H3N2), connu pour donner des complications chez les personnes fragiles. Elles sont aussi liées à l'insuffisance de la vaccination chez les personnes à risque et à l'inadéquation entre les souches A(H3N2) circulantes et celles contenues dans le vaccin.

Afin de suivre tout au long de la saison hivernale l'évolution de l'épidémie en région Limousin, il a été nécessaire de compléter les indicateurs de surveillance avec ceux du niveau national. En effet, le réseau de Médecins Sentinelles est peu représenté en Limousin, ce qui ne permet pas de suivre l'évolution de l'épidémie grippale en médecine de ville (excepté à Limoges où SOS Médecins est présent) ni d'obtenir des données de surveillance virologique.

Indicateurs de surveillance de la bronchiolite

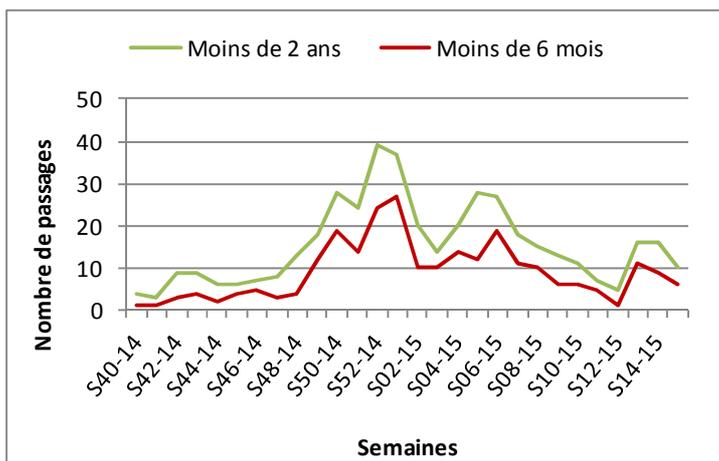
La surveillance de la bronchiolite en Limousin est assurée à partir des données du réseau OSCOUR® auquel participent l'ensemble des services d'urgences de la région et de l'association SOS Médecins Limoges.

Le regroupement syndromique de la bronchiolite comprend les codes CIM-10 des diagnostics suivants: J21, J210, J218 et J219.

Surveillance à l'hôpital (Données Oscour)

En Limousin, 431 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés entre la semaine 40-2014 et 15-2015 (du 29/09/14 au 12/04/15) chez les moins de 2 ans, 159 (37%) de sexe féminin et 272 (63%) de sexe masculin. Parmi les 431 passages, 253 (59%) enfants avaient moins de 6 mois (Figure 1).

Pour la saison 2014-2015, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier, fin décembre, en semaine 52 avec 39 passages, suivi d'une baisse et de fluctuations jusqu'à la mi-avril 2015 (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans et moins de 6 mois en Limousin, hiver 2014-2015.

Le nombre total de passages aux urgences pour bronchiolite était supérieur à celui de la saison 2013-2014 (393 passages) avec une tendance similaire. Ce nombre était en revanche moins élevé que la saison 2012-2013 (468 passages) (Figure 2).

Surveillance en médecine de ville

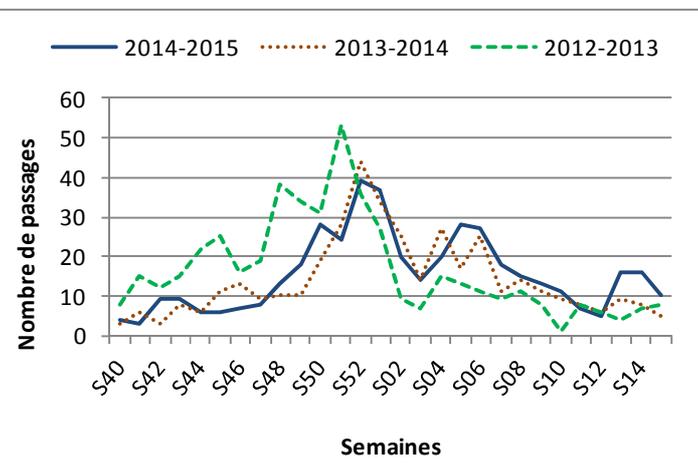
Au total, 128 diagnostics de bronchiolite ont été posés par SOS Médecins Limoges entre la semaine 40-2014 et 15-2015 (du 29/09/2014 au 12/04/2015). Légèrement plus tôt qu'aux urgences, le pic saisonnier des recours a été observé à partir de la semaine 51-2014 avec 10 diagnostics, suivi d'une nette baisse et de fluctuation jusqu'à la mi-avril. L'activité liée à la bronchiolite était inférieure à celle des saisons précédentes (118 diagnostics en 2013-2014 et 128 en 2012-2013).

Aide-mémoire sur la bronchiolite

La bronchiolite est une infection virale respiratoire épidémique saisonnière dont le principal responsable est le virus respiratoire syncytial (VRS) qui circule majoritairement en France entre octobre et février, avec un pic en décembre. En France, on estime que la bronchiolite touche chaque hiver près de 30 % des nourrissons, soit environ 460 000 cas par an. Deux pour cent des nourrissons de moins de 1 an seraient hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année et les décès imputables à la bronchiolite aiguë sont rares.

Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par une personne enrhumée et par les mains. Dans la majorité des cas, la bronchiolite évolue de manière favorable. Elle est facilement reconnue par le médecin ou le pédiatre et relève dans la très grande majorité des cas (95 %) d'une prise en charge en ville.

Pour de plus amples informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite>



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans en Limousin les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015.

Conclusion

Dès octobre 2014, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier fin décembre avec 39 passages. Ce nombre était inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes. Enfin, la dynamique de l'épidémie était similaire à celle observée sur le plan national.

Indicateurs de surveillance de gastro-entérite

En région Limousin, le dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants :

Surveillance à l'hôpital

- Données du réseau OSCOUR® (10 services d'urgences)

L'indicateur utilisé est le regroupement syndromique de la gastro-entérite comprenant les codes CIM-10 de diagnostics suivants : A08, A09 et leurs dérivés.

Surveillance ambulatoire

- Données SOS-Médecins Limoges

L'indicateur utilisé est le diagnostic clinique de gastro-entérite.

- En collectivités de personnes âgées : l'indicateur est le cas groupé de gastro-entérites aiguës (GEA)

Toute survenue d'au moins 5 cas de GEA, dans un délai de 4 jours parmi les résidents, doit être signalée à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou au Centre de lutte Contre les infections nosocomiales (CClin).

Un cas de GEA est défini par l'apparition soudaine au cours d'une période 24h d'au moins 2 selles de consistance molle ou liquide de plus que ce qui est considéré comme normal ; ou d'au moins 2 accès de vomissements.

La période de surveillance s'étend de la semaine 40 (1er semaine d'octobre) à semaine 20 (mi-mai).

Aide mémoire sur la gastro-entérite

Les gastro-entérites hivernales sont en majorité d'origine virale et parmi les principaux virus responsables, on compte les rotavirus, les norovirus, les astrovirus et les adénovirus. La transmission interhumaine est le mode principal de transmission des GEA hivernales.

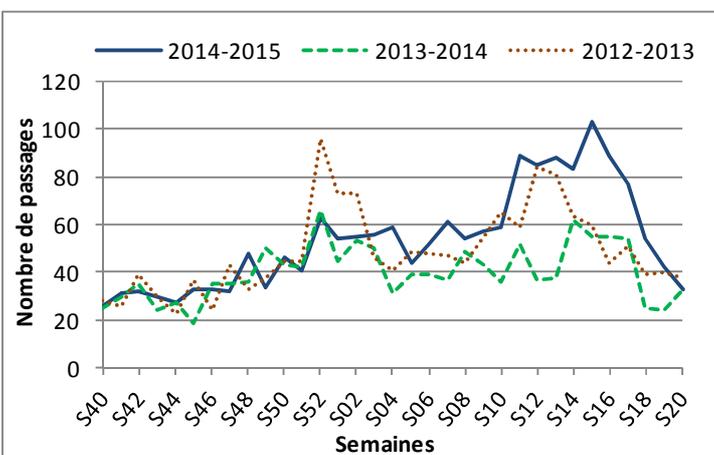
Il existe chaque année en France, comme dans tous les pays européens, une épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës virales (GEA). Les données du réseau Sentinelles permettent d'estimer que, chaque hiver ces GEA sont à l'origine de 700 000 à 3,7 millions de consultations en médecine générale. L'augmentation du nombre de consultations pour GEA s'observe habituellement entre décembre et janvier avec un pic, le plus souvent au cours des deux premières semaines de janvier. Ces épidémies durent en moyenne 7,5 semaines.

Pour plus d'informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Aide-memoire>

Au niveau national, la surveillance des GEA est assurée par plusieurs systèmes complémentaires : le réseau Sentinelles, le système OSCOUR® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) et le signalement des cas groupés de GEA en collectivités de personnes âgées (<http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales>)

Surveillance à l'hôpital

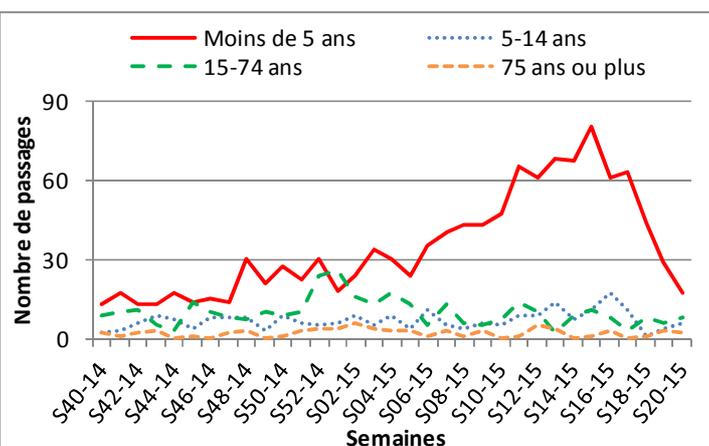
Lors de l'hiver 2014-2015, le recours aux urgences pour gastro-entérites a augmenté progressivement jusqu'en fin d'année 2014 à partir de la semaine 48 (Figure 1). Il s'en est suivi une période de plateau de fin décembre à début mars (semaines 52 à 10) avec une activité soutenue (une soixantaine de passages par semaine). Le pic a été atteint en semaine 15 (du 6/04 au 12/04/15) avec 103 passages. Un retour à une activité stable a été observé mi-mai.



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérites aiguës les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015, dans 10 établissements du Limousin participant à OSCOUR®, entre octobre 2012 et avril 2015

L'augmentation de l'activité pour gastro-entérites concernait majoritairement les enfants de moins de 5 ans (60% des diagnostics de gastro-entérites sur la période de surveillance) comme observée les années précédentes (Figure 2). Une augmentation de l'activité chez les adultes de 15 à 75 ans est également observée sur le début d'année 2015.



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérites aiguës l'hiver 2014-2015 par classes d'âges, dans 10 établissements du Limousin participant à OSCOUR®, entre octobre 2014 et avril 2015

L'activité pour gastro-entérites en période épidémique a représenté jusqu'à 2,5 % de l'activité totale des urgences. Cette hausse d'activité pour gastro-entérites l'hiver 2014-2015 était supérieure à celle observée l'hiver 2013-2014 (1,8 % de l'activité) et comparable à l'hiver 2012-2013 (2,7 % de l'activité).

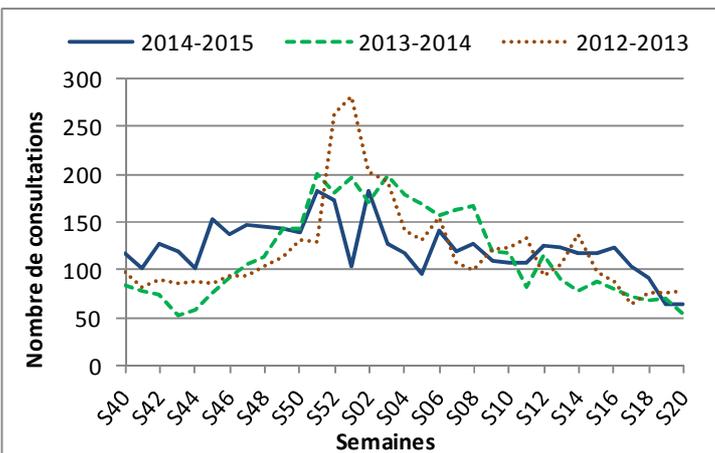
Surveillance en médecine ambulatoire

Données SOS Médecins Limoges

Pour la saison 2014-2015, la fréquentation de SOS Médecins Limoges pour gastro-entérites était soutenue dès le début de la surveillance en semaine 40 avec plus de 100 consultations par semaine (Figure 3). L'activité pour gastro-entérites s'est ensuite accentuée en semaine 45 (après les vacances scolaires d'automne). Le pic a été atteint en semaine 51 (du 15/12 au 21/12/14) avec 183 consultations. La fréquentation est restée à des valeurs élevées au cours des 3 semaines suivant le pic avant de se stabiliser à un niveau soutenu jusque mi-avril.

L'augmentation de l'activité pour gastro-entérites a été observée pour toutes les classes d'âges.

Pour l'hiver 2014-2015, l'activité pour gastro-entérites a représenté jusqu'à 15 % de l'activité totale de SOS Médecins Limoges. La hausse d'activité pour gastro-entérite l'hiver 2014-2015 a été inférieure à celles observées les deux hivers précédents.



| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de consultations à SOS Médecins Limoges pour gastro-entérites aiguës les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015

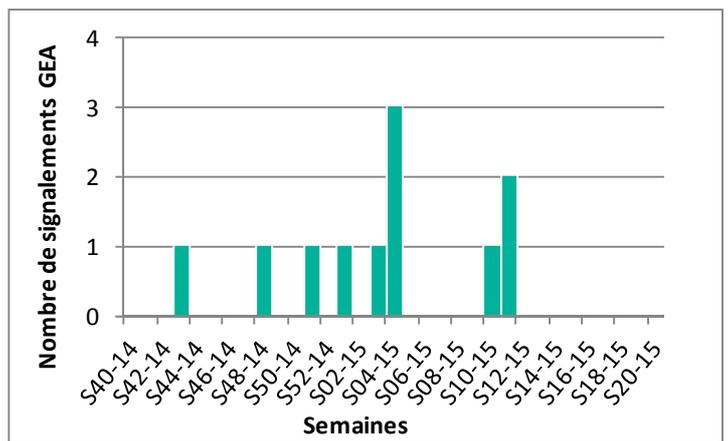
Cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA) en collectivités de personnes âgées

Durant la période de surveillance hivernale 2014-2015, 11 foyers de GEA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS. Les épisodes sont survenus entre les semaines 43-2014 et 11-2015 (Figure 4).

Les taux d'attaque moyens des épisodes étaient de 35 % chez les résidents et de 5 % chez les personnels.

L'étiologie a été recherchée pour plus de la moitié des épisodes et pour 3, une étiologie a été retrouvée (2 norovirus et 1 bactérie non précisé).

Le nombre d'épisodes signalés est supérieur à celui de la saison hivernale précédente (8 épisodes en 2013-2014) mais inférieur à celui de la saison 2012-2013 (23 épisodes).



| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes de gastro-entérites aiguës (GEA), selon la date de début des signes du 1er cas, signalés dans les collectivités de personnes âgées, semaine 40/2014 - 20/2015, Limousin

Conclusion

En Limousin, l'épidémie de gastro-entérites pendant l'hiver 2014-2015 a été soutenue sur une longue période de novembre 2014 à avril 2015. Un pic d'activité aux urgences a été observé chez les enfants de moins de 5 ans en avril, de manière plus importante que les hivers précédents.

Au niveau national, le taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour diarrhée aiguë n'a pas franchi le seuil épidémique au cours de l'hiver 2014-2015.

Le dispositif de surveillance de la gastro-entérites en région Limousin a permis de suivre tout au long de la saison hivernale l'évolution de l'épidémie. Toutefois, la faible participation des médecins généralistes à la surveillance ne permet pas aujourd'hui d'approcher avec précision les taux d'incidence des gastro-entérites dans la région.

Indicateur « Hypothermie »

Dans le cadre du dispositif « Froid extrême et santé » mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'un des indicateurs suivi au travers du réseau OSCOUR® pendant la période hivernale est le nombre de passages aux urgences pour « Hypothermie ». Cet indicateur est un regroupement syndromique de diagnostics qui comprend les hypothermies (code CIM-10 T68) mais aussi les gelures (codes CIM-10 T33, T34 et T35) et les autres effets d'une baisse de la température (code CIM-10 T69).

En Limousin, 47 passages aux urgences correspondant au regroupement syndromique « Hypothermie » ont été enregistrés dans OSCOUR® entre le 01/10/2014 et le 15/04/2015. Le nombre d'hypothermies a varié de façon notable pendant la saison hivernale. Le pic saisonnier a été observé en semaine 50 (du 8/12 au 14/12/14) avec 6 passages (figure 1).

Le nombre hebdomadaire d'hypothermies enregistré a été inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes (47 passages contre 53 en 2013-2014 et 59 en 2012-2013) (figure 2). En revanche, le pic a été observé plus précocement que les années précédentes.

Environ 77 % des cas d'hypothermies enregistrés aux urgences ont fait l'objet d'une hospitalisation.

Environ 26% des cas résidaient en Corrèze, 41% en Creuse, 26% en Haute-Vienne et 5% dans d'autres départements. Le sex-ratio était de 0,39 et l'âge médian des cas de 72 ans.

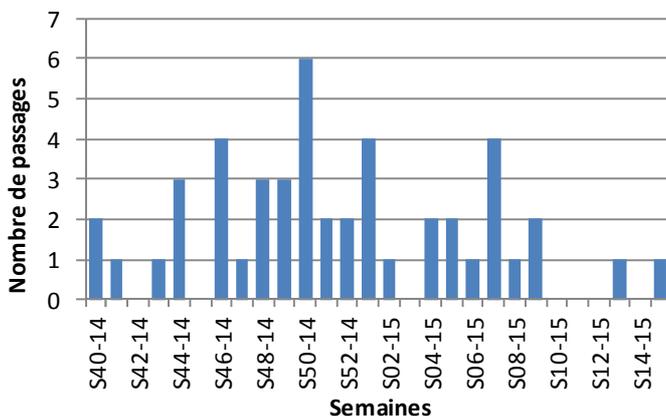
Conclusion

Durant la saison 2014-2015, le nombre des passages aux urgences pour hypothermie a varié de façon notable. Ce nombre était inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes. Enfin, la majorité des cas a fait l'objet d'une hospitalisation.

Aide-mémoire sur l'indicateur « Hypothermie »

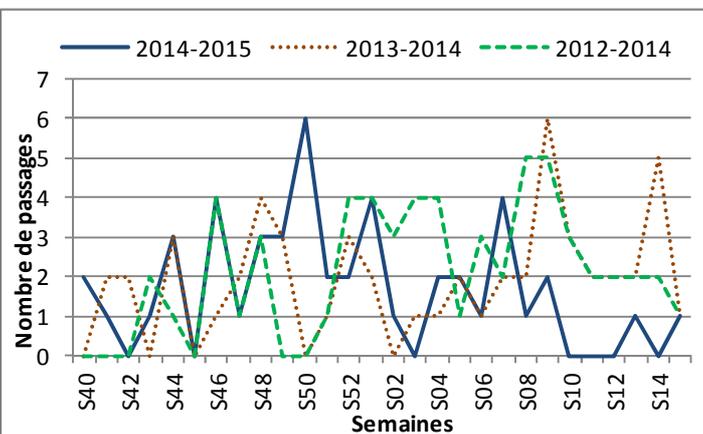
L'hypothermie est définie comme un refroidissement involontaire de la température interne du corps humain en dessous de 35°C. Elle est le résultat d'une baisse de la production de chaleur, d'une augmentation de la perte de chaleur ou d'un dysfonctionnement de la thermorégulation.

Pour de plus amples informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Climat-et-sante/Froid-et-sante>



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour Hypothermie en Limousin, du 01/10/2014 au 15/04/2015



| Figure 2 |

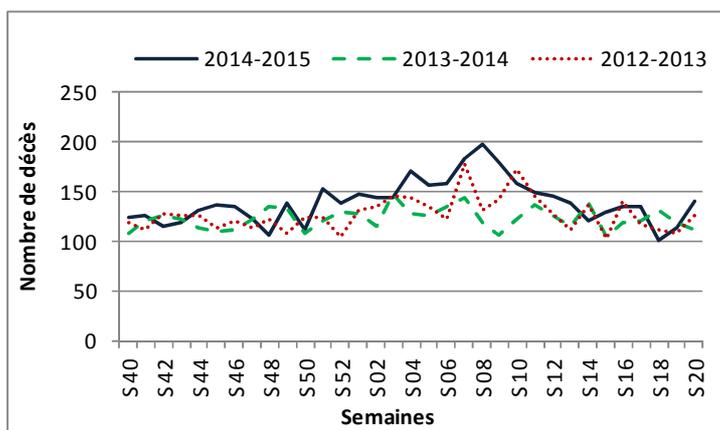
Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour hypothermie en Limousin les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015.

Indicateurs de surveillance de mortalité

L'évolution de la mortalité est suivie principalement à partir des données transmises au quotidien par l'Insee. Les données collectées sont issues du volet administratif des certificats de décès enregistrés par les bureaux d'état-civil informatisés et portent sur l'âge et le sexe de la personne décédée, la date et la commune de décès. Les 18 communes participant en Limousin à cette surveillance depuis 2010 couvrent près de 67 % de la mortalité totale (123 décès en moyenne par semaine). Les délais de transmission permettent un enregistrement de plus de 90 % des décès dans un délai moyen de 5 jours. Les informations sur les causes médicales de décès ne sont pas disponibles à travers cette source de données.

Fluctuation hebdomadaires de la mortalité

Durant l'hiver 2014-2015, le nombre de décès, tous âges confondus a progressé jusqu'en semaine 50-2014 en suivant l'évolution saisonnière habituelle de la mortalité. Une hausse modérée de la mortalité a été observée la semaine 51 (du 15/12 au 21/12/14), s'en est suivi une hausse plus marquée en semaine 04 (du 19/01 au 25/01/15). Le pic de mortalité a été observé en semaine 8 (du 16/02 au 22/02/15) avec 197 décès. Les effectifs de décès étaient supérieurs aux hivers précédents sur l'ensemble de la période étudiée (semaine 40 à semaine 20).



| Figure 1 |

Nombre de décès hebdomadaires à partir des données enregistrées dans les bureaux d'état-civil d'un échantillon de 18 communes (couvrant près de 67% de la mortalité du Limousin), hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015 en Limousin

Pendant l'hiver 2014-2015, le nombre de décès observés a été significativement au-dessus du nombre attendu durant 6 semaines (S51-2014, S04-2015, S05-2015 et S07 à S09-2015).

Références

- [1] Bernadou A, Ndong JR, Noury U, Ragueunaud ME. Bilan de la surveillance hivernale, saison 2013-2014, Limousin. Bulletin de Veille Sanitaire Limousin. n°33—Décembre 2014. <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Limousin-Poitou-Charentes/Bulletin-de-veille-sanitaire-Limousin.-n-33-Decembre-2014>
- [2] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2015; (32-33):593-8.

Comparaison de la mortalité observée sur l'hiver 2014-2015 à la mortalité attendue.

La mortalité observée au cours de l'hiver 2014-2015 est comparée à la mortalité attendue établi sur les données de décès enregistrées sur les neuf années précédentes et estimé à partir du modèle développé dans le cadre du projet Européen EuroMomo (Site de l'Invs : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Veille-et-alerte/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R/Projet-europeen-EuroMomo>

[page consulté le 03/08/2015]) . Ce modèle sélectionne uniquement les données disponibles depuis janvier 2006, soit 61% de la mortalité totale en limousin.

(Site internet du projet : <http://www.euromomo.eu/methods/methods.html> [page consultée le 03/08/2015])

L'excès de la mortalité estimé à près de 236 décès (+32%) pendant les 6 semaines était statistiquement significatif.

Cet excès de mortalité concernait majoritairement les personnes de 65 ans ou plus (95%). Dans cette tranche d'âge, l'excès de mortalité était similaire chez les personnes de 65-84 ans et les personnes de 85 ans ou plus. L'excès était estimé à +37% durant les 6 semaines et était statistiquement significatif.

Surmortalité et grippe saisonnière

Cette saison 2014-2015, l'épidémie de grippe saisonnière s'est étendue sur 9 semaines (semaine 3 à 11/2015). La forte hausse de la mortalité observée a débuté une semaine après le début de cette épidémie de grippe. Pendant ces 9 semaines d'épidémie de grippe, l'excès de mortalité est estimé à 287 décès (+27%), concentré essentiellement chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cet excès est supérieur à celui des saisons épidémiques de grippe précédentes qui ont connu un épisode de surmortalité (2008-2009, 2011-2012 et 2012-2013).

Conclusion

En Limousin, au cours de l'hiver 2014-2015, une augmentation significative de la mortalité a été mis en évidence. Cette hausse concernait plus particulièrement les personnes de 65 ans ou plus et était plus intense que les hivers précédents.

Au niveau national, un excès de la mortalité a également était observé [2]. Il s'agit de l'excès de mortalité le plus élevé depuis l'hiver 2006-2007. Une partie importante de ces décès, dont l'estimation est en cours, est probablement due à la grippe.