

Bilan de la surveillance hivernale Saison 2014-2015, Poitou-Charentes

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) Poitou-Charentes, a concerné la grippe et les syndromes grippaux, la bronchiolite du nourrisson, les gastro-entérites, 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 gastro-entérites aiguës en collectivités de personnes âgées,
- activité de SOS Médecins 17,
- 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 Poitou-Charentes, 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, 5 fois plus de consultations SOS Médecins et aux urgences au moment du pic, 3 fois plus de foyers d'IRA et un doublement du nombre de cas graves 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 et 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 17 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>

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 (1ère 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 épidémiologiques et virologiques issues 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 Poitou-Charentes ce dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants (Figure 1) :

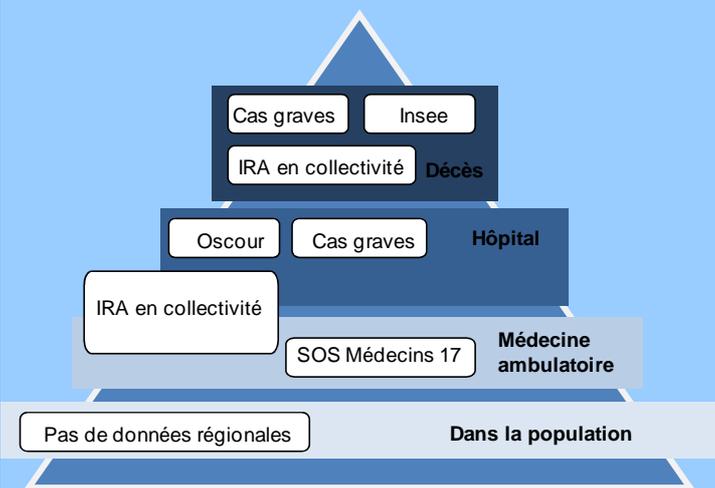


Figure 1. Dispositif de surveillance de la grippe en Poitou-Charentes du général aux cas particuliers, hiver 2014-2015.

Surveillance en médecine ambulatoire

SOS Médecins 17

La surveillance de la grippe inclut le suivi du nombre de diagnostic clinique de grippe ou syndrome grippal posé par SOS Médecins 17.

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® (11 services d'urgences)

L'analyse des données permet de suivre la dynamique de l'épidémie par l'observation des variations hebdomadaires du nombre de patients consultant aux urgences ou hospitalisés 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 exhaustive 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

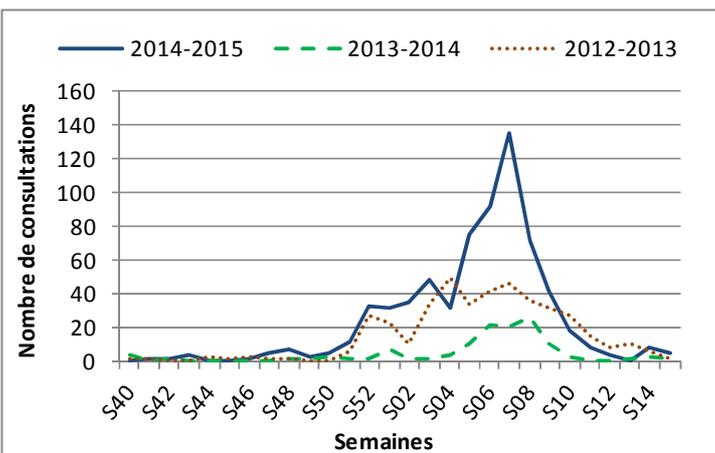
Surveillance dans la communauté

Données SOS Médecins 17

Pour l'hiver 2014-2015, la fréquentation de SOS Médecins 17 pour grippe et syndrome grippal a augmenté fin décembre à partir de la semaine 52 pour atteindre une période de plateau pendant 4 semaines (Figure 1). Le pic d'activité a été observé en semaine 07 (du 9/02 au 15/02/15) avec 135 consultations.

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

En 2014-2015, le nombre de consultations a représenté jusqu'à 25 % de l'activité totale de SOS Médecins 17 en période épidémique. La hausse de l'activité pour grippe a été plus importante que les hivers précédents.

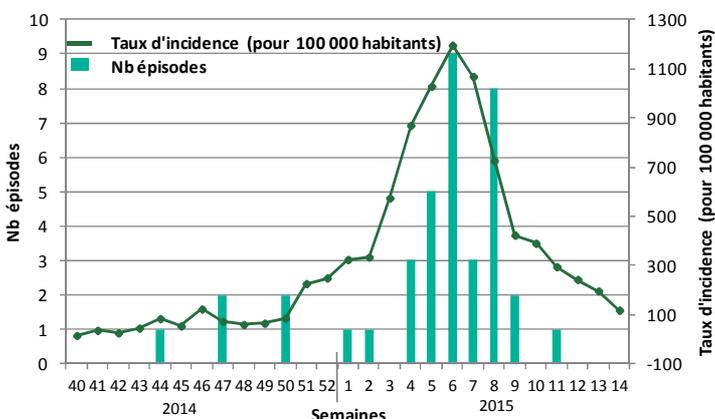


| Figure 1 |

Nombre de consultations à SOS Médecins 17 pour grippe et syndrome grippal les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015.

Surveillance des foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées et fragiles

Dans la période de surveillance de l'hiver 2014-2015, 38 épisodes d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées et fragiles ont été signalés à l'ARS (Figure 2) soit près de trois fois plus d'épisodes que lors de la saison hivernale 2013-2014 où 14 épisodes avaient été signalés [2]. La distribution dans le temps des signalements des cas



| Figure 2 |

Nombre d'épisodes d'Ira signalés selon la semaine de survenue du 1er cas et taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndromes grippaux dans la communauté, France entière (Réseau Unifié), hiver 2014-2015, région Poitou-Charentes.

groupés d'IRA suit la même tendance que l'évolution du taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal dans la communauté, avec un pic autour de la semaine 6-2015.

Les taux d'attaque moyens étaient de 27 % chez les résidents et 10 % chez les personnels. Vingt-neuf décès parmi les résidents ont été recensés.

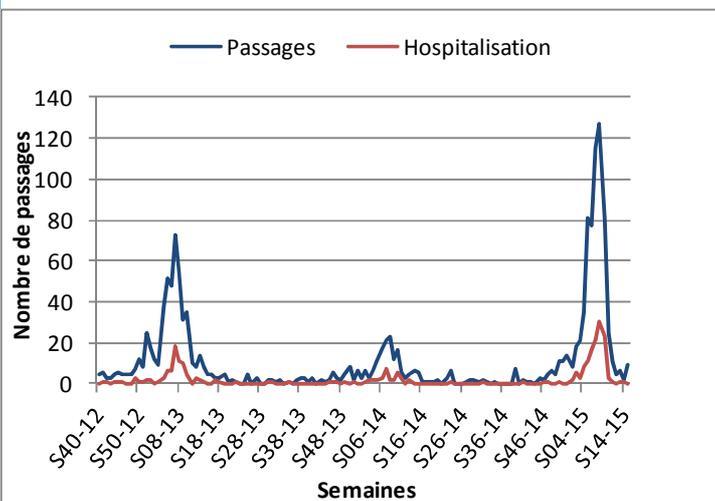
Parmi les établissements ayant répondu, les taux de couverture vaccinales moyens contre la grippe étaient de 84 % parmi les résidents et 23 % parmi les membres du personnel. Une recherche étiologique a été effectuée pour 14 épisodes, et 11 étiologies ont été déterminées, dont 10 mettant en évidence un virus grippal et 1 de la légionellose.

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 fin décembre à partir de la semaine 50 (Figure 3). Le pic a été observé en semaine 08 (du 16/02 au 22/02/15) comptabilisant 127 passages aux urgences dont 30 hospitalisations. L'activité pour grippe et syndrome grippal aux urgences en période épidémique a représenté jusqu'à 2,2 % de l'activité totale des urgences. Un retour à une activité faible et stable a été observé mi-avril comme les hivers précédents. La hausse d'activité pour grippe au cours de l'hiver 2014-2015 a été plus élevée que les deux hivers précédents.

La proportion d'hospitalisation pour grippe sur l'ensemble de la période de surveillance est de 19 % (129 hospitalisations), similaire à celle observée l'hiver 2013-2014 (20 %) et supérieure à l'hiver 2012-2013 (15 %).



Surveillance des cas graves

Du 1er novembre 2014 au 17 avril 2015, 39 cas de grippe admis en réanimation dans la région Poitou-Charentes ont été signalés à l'InVS dont 38 sur les 11 premières semaines de l'année (Figure 4). Le nombre de cas graves admis dans un service de réanimation est le plus élevé depuis la mise en place de la surveillance des cas graves en 2009. Le pic d'admission a été atteint en semaine 8 (Figure 4), en même temps que le pic des passages aux urgences pour grippe en région et 2 semaines après le pic d'activité grippale en médecine ambulatoire observé à l'échelle nationale.

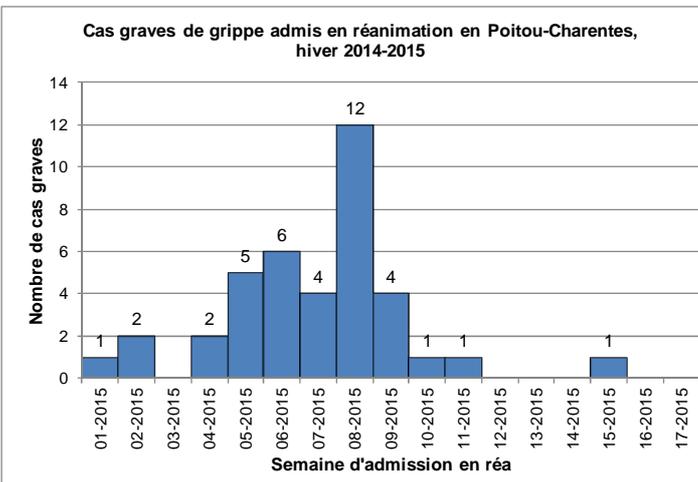


Figure 4

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

Parmi les 39 cas signalés dans la région, 12 ont été signalés dans le département de la Vienne, 10 en Charente, 10 dans les Deux-Sèvres et 7 en Charente-Maritime.

Tous les cas signalés étaient des adultes, 41% étaient âgés de moins de 65 ans et 59% de plus de 64 ans et plus (tableau 1). Le sex-ratio homme/femme était de 1,1. Comme observé à l'échelle nationale en

Conclusion

La saison 2014-2015 en région Poitou-Charentes 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 signalés en Poitou-Charentes, hiver 2014-2015

	Poitou-Charentes		France métropolitaine (N=1555)
	Effectifs	%	%
Statut virologique			
A(H3N2)	8	21%	17%
A(H1N1)pdm09	9	23%	13%
A non sous-typé	10	26%	54%
A en cours de typage / non typés	1	3%	1%
B	8	21%	15%
Autres	2	5%	0%
Non confirmés/non renseigné	1	3%	1%
Classes d'âge			
0-4 ans	0	0%	4%
5-14 ans	0	0%	2%
15-64 ans	16	41%	45%
65 ans et plus	23	59%	48%
Sexe			
Sexe ratio M/F - % d'hommes	1,1	51%	55%
Facteurs de risque de complication			
Aucun	10	25,6%	15%
Grossesse sans autre comorbidité	1	2,6%	1%
Obésité (IMC>=30) sans autre comorbidité	0	0,0%	0%
Autres ciblés de la vaccination	28	71,8%	82%
Statut vaccinal			
Non vacciné	19	49%	50%
Vacciné	8	21%	17%
Non renseigné ou ne sait pas	12	31%	33%
Gravité			
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	17	44%	46%
Ecmo (Oxygénation par membrane extracorporelle)	0	0%	4%
Ventilation mécanique	24	62%	55%
Décès	8	21%	15%
Total	39	100%	100%

métropole, la majorité des patients (73%) était infectée par un virus A dont 21% par du A(H3N2) et 23% par du A(H1N1)pdm09 (29% non typés). Au total, 72% des cas présentaient des facteurs de risque ciblés par la vaccination. La létalité (21%) était élevée et au-dessus de la moyenne nationale (15%).

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 Poitou-Charentes, il a été nécessaire de compléter les indicateurs de surveillance avec ceux du niveau national. En effet, l'arrêt du réseau de Médecins des Grog et le manque de représentation du réseau de Médecins Sentinelles en Poitou-Charentes, ne permettent pas de suivre l'évolution de l'épidémie grippale en médecine de ville (excepté pour La Rochelle où SOS Médecins est présent) ni d'obtenir des données de surveillance virologique.

Indicateurs de surveillance de la bronchiolite

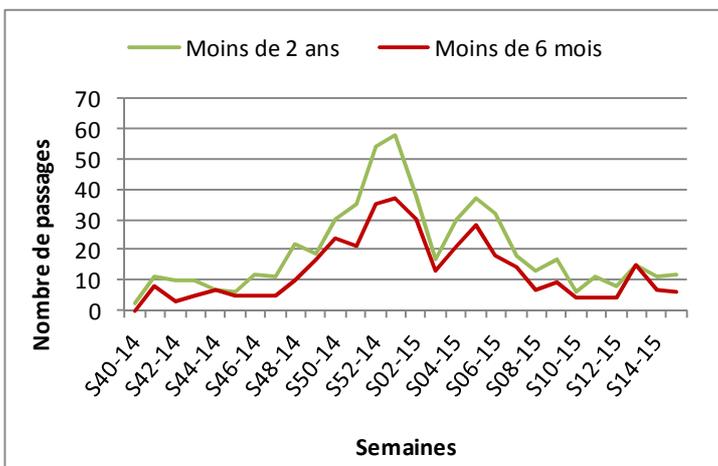
La surveillance de la bronchiolite en Poitou-Charentes est assurée à partir du réseau OSCOUR® auquel participent pour l'analyse des données, 11 services d'urgences de la région et de l'association SOS Médecins 17.

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

Surveillance à l'hôpital (Oscour)

En Poitou-Charentes, 552 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés entre la semaine 40-2014 et 15-2015 (du 29/09/2014 au 12/04/2015) chez les moins de 2 ans, 222 (40%) de sexe féminin et 330 (60%) de sexe masculin. Parmi les 552 passages, 362 (65 %) 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, début janvier, en semaine 01-2015 avec 58 passages. Il s'est suivi une deuxième augmentation en semaine 5 de 2015 et des 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 dans 11 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR, hiver 2014-2015.

Le nombre total de passages pour bronchiolite aux urgences hospitalières était inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes (552 passages contre 584 en 2013-2014 et 628 en 2012-2013) (Figure 2).

Surveillance en médecine de ville

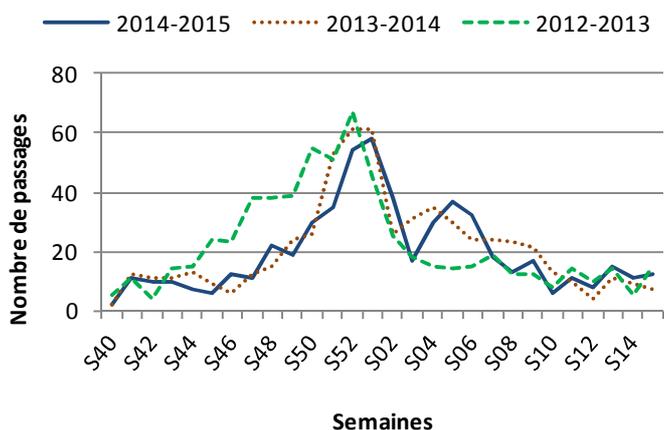
Près de 24 diagnostics de bronchiolite ont été posés par SOS Médecins 17 entre la semaine 40-2014 et 15-2015 (du 29/09/2014 au 12/04/2015). L'activité liée à la bronchiolite était similaire à celle de la saison précédente 2013-2014 (27 diagnostics) mais supérieure à celle de 2012-2013 (13 diagnostics).

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 dans 11 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015.

Conclusion

En Poitou-Charentes, le nombre hebdomadaire des passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre un premier pic saisonnier début janvier, en semaines 01-2015 avec 58 passages et un deuxième moins important en semaine 05-2015 pendant l'épidémie de grippe [2]. 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 Poitou-Charentes, le dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants :

Surveillance à l'hôpital

-Données du réseau OSCOUR® (11 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

- Les consultations SOS-Médecins 17

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

- En collectivités de personnes âgées : l'indicateur est le cas groupés 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.

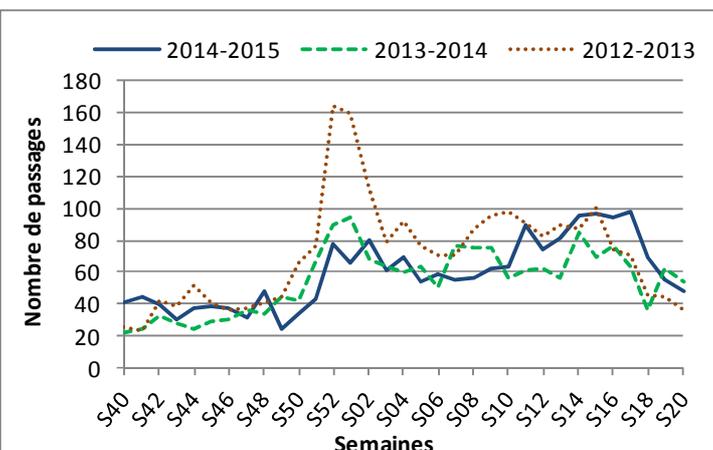
Il existe chaque année en France, comme dans tous les pays européens, une épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës virales (GEA). Les données du réseau Sentinelles permettent d'estimer que, chaque hiver ces GEA sont à l'origine de 700 000 à 3,7 millions de consultations en médecine générale. L'augmentation 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® 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

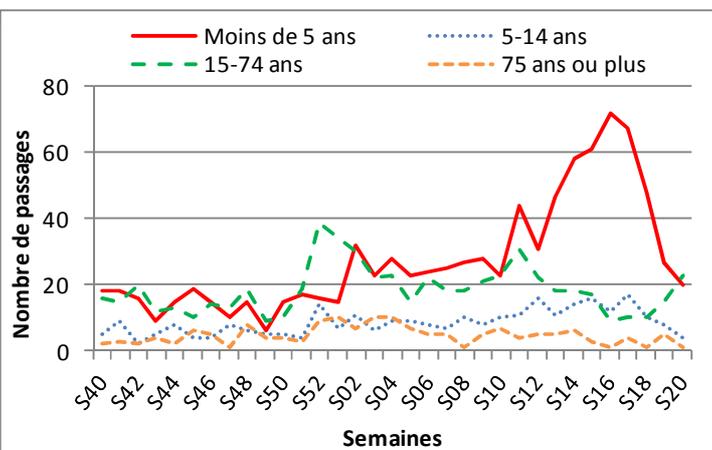
Au cours de l'hiver 2014-2015, le recours aux urgences pour gastro-entérites s'est accentué fin décembre à partir de la semaine 52 (Figure 1). L'activité est restée soutenue jusqu'en mars, elle a ensuite augmenté pour atteindre son activité maximale en semaine 17 (du 20/04 au 26/04/15) avec 98 passages. Après la semaine du pic, le recours aux urgences pour gastro-entérites a diminué pour se stabiliser à un niveau de base fin mai.



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérites aiguës les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015, dans 11 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR® entre octobre 2012 et avril 2015

Une augmentation a été observée dans toutes les classes d'âges à différents moments de l'épidémie : en début d'épidémie pour les adultes et les personnes âgées et en fin d'épidémie pour les enfants de moins de 15 ans (Figure 2). L'augmentation de l'activité pour gastro-entérites concernait majoritairement les enfants de moins de 5 ans (47% des diagnostics de gastro-entérites sur la période de surveillance) comme observée les années précédentes.



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérites aiguës l'hiver 2014-2015 par classes d'âges, dans 11 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR® entre octobre 2014 et avril 2015

L'activité pour gastro-entérite en période épidémique a représenté jusqu'à 1,7 % de l'activité totale des urgences (soit presque quatre fois plus qu'hors période épidémique).

La hausse d'activité pour gastro-entérites l'hiver 2014-2015 a été comparable à celle observée l'hiver 2013-2014 et inférieure à celle de l'hiver 2012-2013.

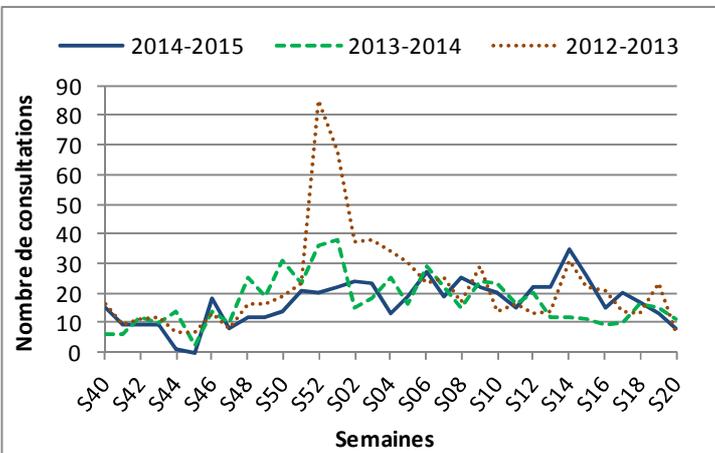
Surveillance en médecine ambulatoire

Données SOS Médecins 17

Pour la saison 2014-2015, la fréquentation de SOS Médecins 17 pour gastro-entérites a augmenté progressivement et faiblement mi-novembre à partir de la semaine 46 pour se stabiliser à 20 consultations en moyenne par semaine (Figure 3). Le pic a été observé en semaine 14 (du 30/03 au 5/04/15) avec 35 consultations.

L'augmentation de l'activité a été observée dans toutes les classes d'âges bien que plus élevée pour les adultes de 15 à 74 ans.

Pour l'hiver 2014-2015, le nombre de consultations pour gastro-entérites a représenté jusqu'à 11 % de l'activité totale de SOS Médecins 17, inférieur aux hivers précédents.



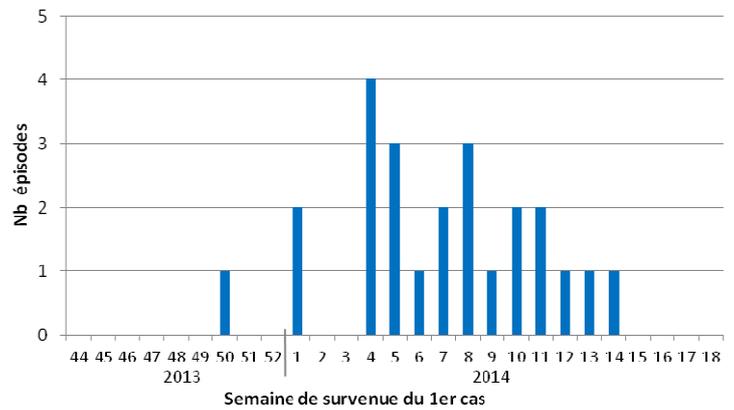
| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de consultations SOS Médecins 17 pour gastro-entérite aiguë les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015

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

Au cours de la période de surveillance de l'hiver 2014-2015, 28 épisodes de GEA survenus en collectivités de personnes âgées et fragiles ont été signalés à l'ARS (Figure 4) soit sensiblement le même nombre d'épisodes que lors de la saison hivernale 2013-2014 où 24 épisodes avaient été signalés [1].

Les taux d'attaque moyens parmi les 19 épisodes clôturés étaient de 26 % chez les résidents et 7 % chez les personnels. Ces épisodes ont donné lieu à l'hospitalisation de 3 cas, aucun décès n'a cependant été recensé.



| 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 et fragiles, hiver 2014-2015, Poitou-Charentes

Une étiologie a été recherchée pour 7 épisodes soit 25 % des épisodes et confirmée pour 4 épisodes. Il s'agissait de norovirus dans 3 épisodes et un adénovirus pour 1 épisode.

Conclusion

En Poitou-Charentes, l'épidémie de gastro-entérites pendant l'hiver 2014-2015 est resté stable de novembre à avril à un niveau d'activité soutenu. La plus forte activité a été atteinte en avril. La hausse d'activité pour gastro-entérites l'hiver 2014-2015 a été globalement comparable à celle de l'hiver précédent 2013-2014.

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-entérite en région Poitou-Charentes 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, 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 Poitou-Charentes, 33 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 6 (du 2/02 au 8/02/15) avec 6 passages (Figure 1).

Le nombre hebdomadaire d'hypothermies enregistré a été inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes (33 passages contre 56 en 2013-2014 et 85 en 2012-2013) (Figure 2).

Environ 82 % des cas d'hypothermies enregistrés aux urgences ont fait l'objet d'une hospitalisation.

Environ 73% des cas résidaient en Charente, 9% en Charente-Maritime, 6% dans les Deux-Sèvres, 6% dans la Vienne et 6% dans d'autres départements. Le sex-ratio était de 1,75 et l'âge médian des cas de 69 ans.

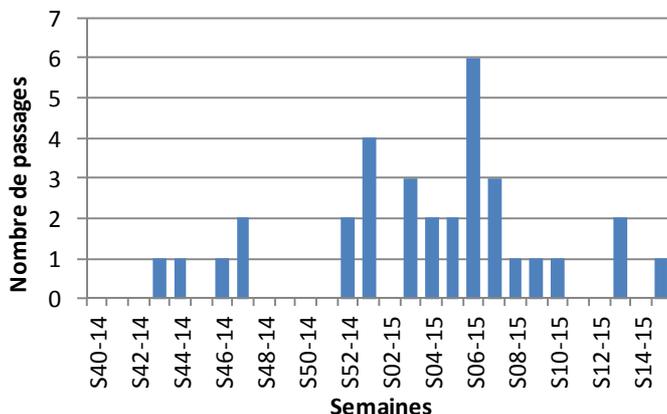
Conclusion

Durant l'hiver 2014-2015, le nombre de passages aux urgences pour hypothermie a varié de façon notable pour atteindre le pic saisonnier en semaine 6-2015 avec 6 passages. Le nombre de passages 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 »

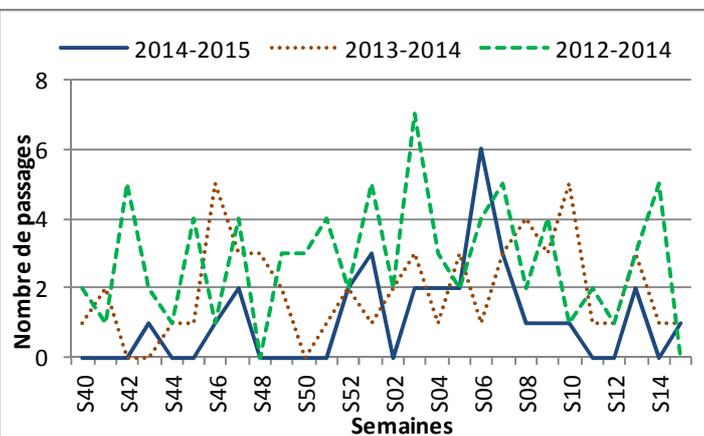
L'hypothermie est définie comme un refroidissement involontaire de la température interne du corps humain en dessous de 35°C. Elle est le résultat d'une baisse de la production de chaleur, d'une augmentation de la perte de chaleur ou d'un dysfonctionnement de la thermorégulation.

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 dans 11 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR®, du 01/10/2014 au 15/04/2015.



| Figure 2 |

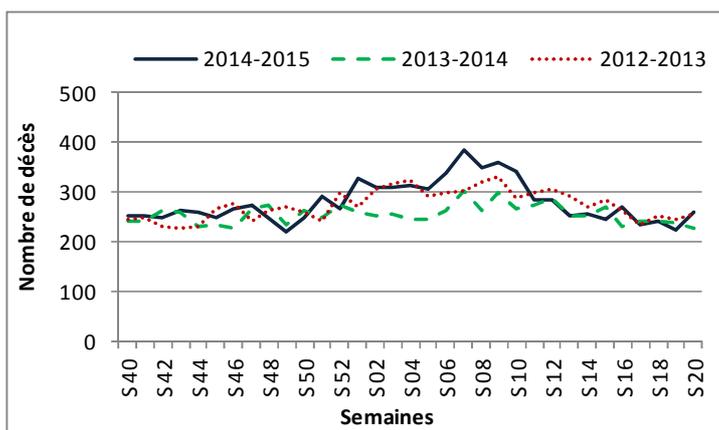
Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour hypothermie dans 11 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR® les hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015.

Indicateurs de surveillance de la 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 de décès et la commune de décès. Les 105 communes participant en Poitou-Charentes à cette surveillance depuis 2010 couvrent environ 71 % de la mortalité totale (254 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 52-2014 en suivant l'évolution saisonnière habituelle de la mortalité. Une hausse modérée de la mortalité a été observée la semaine 01 (du 29/12/14 au 4/01/15), s'en est suivie une hausse plus marquée en semaine 05 (du 26/01 au 31/01/15). Le pic de mortalité a été observé en semaine 7 (du 9/02 au 15/02/15) avec 385 décès. Les effectifs de décès étaient supérieurs aux hivers précédents sur l'ensemble de la période étudiée (semaine 40 à semaine 20) (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre de décès hebdomadaires à partir des données enregistrées dans les bureaux d'état-civil d'un échantillon de 105 communes (couvrant près de 71% de la mortalité du Poitou-Charentes), hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015 en Poitou-Charentes

Pendant l'hiver 2014-2015, le nombre de décès observés a été significativement au-dessus du nombre attendu durant 9 semaines (S01-2015 et S03 à S10-2015).

Références

- [1] Bernadou A, Ndong JR, Noury U, Raguenaud ME. Bilan de la surveillance hivernale, saison 2013-2014, Poitou-Charentes. Bulletin de Veille Sanitaire Poitou-Charentes. n°34—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-Poitou-Charentes.-n-34-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 57% de la mortalité totale du Poitou-Charentes.

(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 564 décès (+31%) durant les 9 semaines était statistiquement significatif.

Cet excès de mortalité concernait majoritairement les personnes de 65 ans ou plus (96%). Dans cette tranche d'âge, l'excès était observé principalement chez les personnes de 85 ans ou plus (+45% pendant les 9 semaines avec un excès significatif). Chez les personnes de 65 à 84 ans, l'excès de mortalité plus modéré était de +24% pendant les 9 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 deux semaines après le début de cette épidémie de grippe. Pendant ces 9 semaines d'épidémie de grippe, l'excès de mortalité est estimé à 447 décès (+24%), concentré essentiellement chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cet excès est supérieur à celui des saisons épidémiques précédentes qui ont connu un épisode de surmortalité (2008-2009, 2011-2012 et 2012-2013).

Conclusion

En Poitou-Charentes, au cours de l'hiver 2014-2015, une augmentation significative de la mortalité a été mise en évidence. Cette hausse concernait plus particulièrement les personnes de 85 ans ou plus et était plus intense que les hivers précédents.

Au niveau national, un excès de la mortalité a également été 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.