

Bilan de la surveillance hivernale Saison 2013-2014, Limousin

Page 1	Editorial
Page 2	Grippe saisonnière
Page 5	Focus : Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière 2013-2014 en Limousin à partir des données du régime général de l'assurance maladie (CNAMTS)
Page 6	Bronchiolite
Page 7	Gastroentérites
Page 9	Hypothermie
Page 10	Mortalité

| Editorial |

Philippe Germonneau, Responsable de la Cire Limousin Poitou-Charentes

La surveillance épidémiologique de l'hiver 2013 - 2014 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 de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD), de surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation, de surveillance des infections respiratoires aiguës et des gastro-entérites aiguës en collectivités de personnes âgées, de l'activité de SOS médecin Limoges et de mortalité de l'Insee.

Si l'hiver 2012-2013 avait vu survenir des épidémies de grippe, de gastro-entérites d'ampleurs notables dans la région Limousin, l'hiver dernier a dessiné une situation épidémique d'impact modéré en termes de morbidité, de mortalité et de durée.

L'épidémie de gastro-entérite a débuté à la mi-novembre pour présenter un pic en fin d'année 2013 et s'éteindre en avril 2014. Le profil de l'épidémie était sensiblement le même au niveau national.

De même l'épidémie de grippe s'est développée de façon sensiblement synchrone à ce qui a été observé au plan national avec un début tardif (fin janvier) pour atteindre un pic en semaine 07 et se terminer début mars. Cinq cas graves ont été signalés par les services de réanimation de la région contre 9 la saison précédente.

Ce moindre impact sanitaire des épidémies hivernales est à rapprocher probablement du bilan climatique de l'hiver 2013-2014 dominé par les flux d'ouest apportant d'abondantes précipitations et une douceur exceptionnelle.

Les résultats de cette surveillance sont détaillés dans le présent BVS. Ils sont complétés des données de couverture vaccinale anti-grippale fournies par la CNAMTS qui montrent une baisse au fil des ans de la vaccination antigrippale chez les personnes cibles de la prévention.

Nous tenons à remercier tous les partenaires de cette surveillance : les services d'urgence et les services de réanimation des établissements de la région, les collectivités de personnes âgées, l'association SOS Médecins Limoges et les services de la CNAMTS et d'état civil. C'est grâce au concours de ces organismes 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

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 (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 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) :

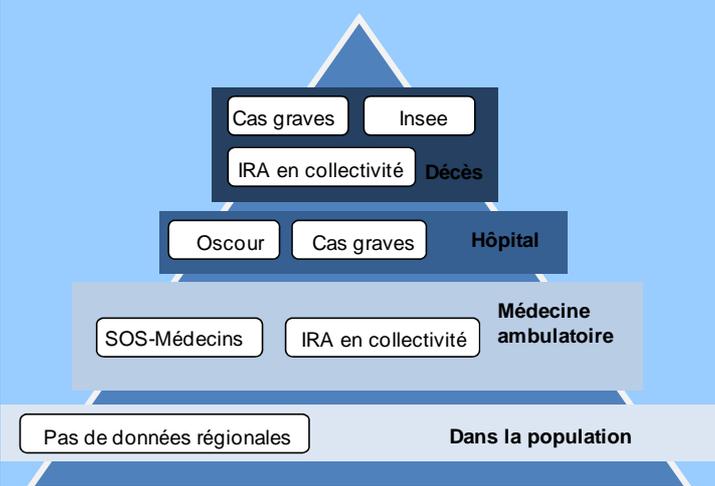


Figure 1. Dispositif de surveillance de la grippe en Limousin du général aux cas particuliers, hiver 2013-2014.

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

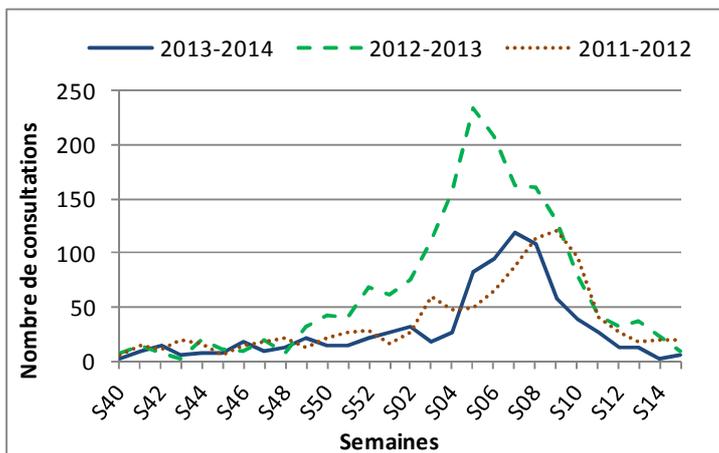
La surveillance de la mortalité liée à la grippe repose sur le suivi de la létalité des cas graves de grippe en réanimation et des résidents malades dans les foyers d'IRA ainsi que sur la mortalité globale toutes causes confondues. Cette surveillance permet de déterminer la gravité de l'épidémie et de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

Surveillance en médecine ambulatoire

Données SOS Médecins Limoges

Au cours de la saison 2013-2014, les diagnostics de grippe et syndrome grippal réalisés par SOS Médecins Limoges ont augmenté fortement à partir de la semaine 05-2014 (Figure 1). Le pic a été atteint en semaine 07-2014 avec 119 consultations. L'augmentation de l'activité a été observée pour toutes les classes d'âges.

En période épidémique, le nombre de consultations représentait jusqu'à 9 % de l'activité totale de SOS Médecins Limoges. La hausse d'activité pour grippe durant l'hiver 2013-2014 a été similaire à l'hiver 2011-2012 mais moins élevée et plus courte que l'hiver 2012-2013 (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de consultations à SOS-Médecins Limoges pour grippe et syndrome grippal les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014

Surveillance des foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées

Durant la période de surveillance de l'hiver 2013-2014, 2 foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS. Les épisodes sont survenus les semaines 3 et 5 de 2014.

Le taux d'attaque médian était de 40 % chez les résidents. Aucun décès n'a été rapporté. Une recherche étiologique a été effectuée pour 1 épisode à l'aide d'un test de diagnostic rapide (TDR). Aucune étiologie de grippe n'a été confirmée.

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

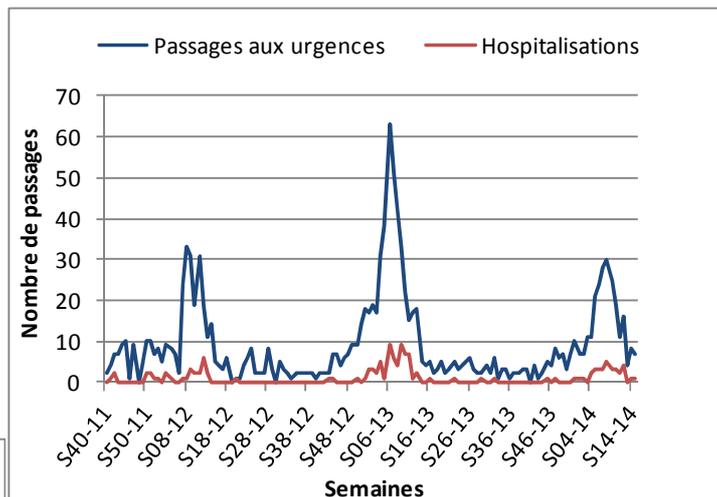
Surveillance à l'hôpital

Données OSCOUR®

Le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour grippe et syndrome grippal l'hiver 2013-2014 a augmenté à partir de la semaine 05-2014 (Figure 2). Un pic d'activité a été observé en semaine 08-2014 comptabilisant 30 passages aux urgences dont 5 hospitalisations. L'activité aux urgences en période épidémique représentait jusqu'à 0,8 % de l'activité totale (activité quasi nulle hors période épidémique). Un retour à une activité stable a été observé fin mars.

Le nombre de passages aux urgences pour grippe a augmenté dans toutes les classes d'âges.

La proportion d'hospitalisation pour grippe sur toute la période de surveillance était de 12 % (35 hospitalisations), similaire à la valeur observée l'hiver précédent (13 % en 2012-2013) et supérieure à celles de 2011-2012 (9 %).



| Figure 2 |

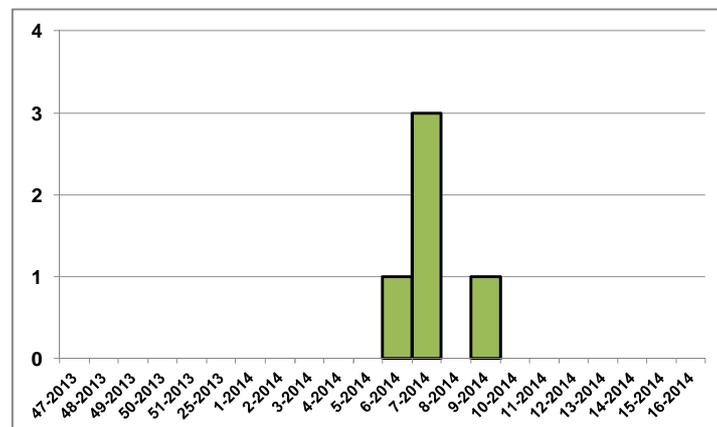
Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et d'hospitalisations pour une grippe ou un syndrome grippal, semaine 40/2011-15/2014, dans 10 établissements du Limousin participant à OSCOUR® entre octobre 2011 et avril 2014

La hausse d'activité pour grippe au cours de l'hiver 2013-2014 a été similaire à celle de l'hiver 2011-2012 mais moins importante que celle de l'hiver 2012-2013.

Surveillance des cas graves

Du 1er novembre 2013 au 16 avril 2014, 5 cas graves de grippe admis en réanimation dans la région Limousin ont été signalés à l'InVS.

Tous les signalements provenaient du département de la Haute-Vienne. Le pic d'admission a été atteint en semaine 7 coïncidant avec le pic d'activité pour la grippe en médecine ambulatoire (SOS Médecins Limoges) (Figure 3).



| Figure 3 |

Nombre de cas graves de grippe déclarés à l'InVS par semaine d'admission, Limousin, hiver 2013-2014

Le nombre de cas graves est inférieur à celui de la saison antérieure (9 cas signalés en Haute-Vienne et dans la Creuse).

Tous les patients étaient des adultes dont un seul avait plus de 64 ans (Tableau 1). Tous étaient infectés par un virus A (4 au virus A (H1N1)_{pdm09} et 1 non sous-typé). Aucun patient n'était vacciné alors que tous présentaient des facteurs de risque ciblés par la vaccination. Deux des 5 patients sont décédés.

| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas graves de grippe, Limousin, hiver 2013-2014

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

Conclusion

La saison 2013-2014 en région Limousin a été caractérisée par une épidémie grippale d'intensité faible, d'une durée courte, et sans gravité particulière. Cette épidémie a été moins importante que celle observée l'hiver précédent (2012-2013).

L'hiver 2013-2014, le taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal, au niveau national, a été supérieur au seuil épidémique pendant 5 semaines (semaines 5 à 9-2014).

Au niveau national, l'épidémie était dominée par une circulation majoritaire des virus A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) dans la communauté.

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 Grog n'était pas fonctionnel et le réseau de médecins Sentinelles peu représenté en Limousin, ce qui ne permit pas de suivre l'évolution de l'épidémie grippale en médecine de ville ni d'obtenir des données de surveillance virologique.

| Focus : Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière 2013-2014 en Limousin à partir des données du régime général de l'assurance maladie (CNAMTS) |

Anne Bernadou, Cire Limousin Poitou-Charentes

Chaque année, une campagne de vaccination est organisée en France. Elle a pour vocation de protéger des populations identifiées par les autorités sanitaires, pour lesquelles la maladie représente un danger et ce, dans l'objectif de réduire le risque avéré de complications graves ou de décès de grippe.

L'Assurance maladie invite notamment les assurés de plus de 65 ans, les femmes enceintes et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques (asthme, diabète, insuffisance cardiaque...) à se faire vacciner [1]. Le vaccin est pris en charge à 100 % pour ces populations à risque. Des courriers leur sont envoyés avec un bon de vaccination permettant la délivrance gratuite du vaccin.

Au cours de l'hiver 2013-2014, la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière s'est déroulée du 11 octobre 2013 au 31 janvier 2014.

A partir des données CNAMTS, la couverture vaccinale (CV) a pu être calculée pour la population, affiliée au régime général, ciblée par les recommandations et à qui un bon de vaccination a été envoyé (CV = nombre de vaccins antigrippaux remboursés / nombre de bons de vaccination).

En Limousin, lors de la saison 2013-2014, la CV variait de 49,3 à 52 % selon les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) (Tableau 1).

Les CV chez les 65 ans et plus en 2013-14 étaient selon les CPAM, comprises entre 51,6 et 53,5 %, plus élevée que les CV des moins de 65 ans en affections de longue durée (ALD) comprises entre 33,2 % et 35,5 %.

Globalement, une baisse de la CV est observée par rapport aux deux saisons précédentes (comprise entre 50,9 et 53,2 % en 2012-13 et entre 53,7 et 55,5 % en 2011-12). Cette baisse est également observée en France métropolitaine, et cela, depuis la pandémie grippale A (H1N1) de 2009-10 (Tableau 2).

La CV en Limousin est légèrement supérieure à celle observée au niveau national (48,9 % en France) (Tableau 2). En revanche elle est bien inférieure à l'objectif de la loi de santé publique de 2004 qui est d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes cibles.

Référence

[1] Haut Conseil de Santé Publique. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013. Bull epidemiol Hebd 2013;14-15.

| Tableau 1 |

Couverture vaccinale antigrippale chez les personnes ciblées par la CNAMTS par CPAM et par âges, Limousin, saison 2011-12 à 2013-14.

	2011-12	2012-13	2013-14
CPAM Tulle			
65 ans et plus	56,6%	53,7%	51,6%
Moins de 65 ans en ALD	34,7%	32,1%	33,2%
Ensemble de la population	53,9%	50,9%	49,3%
CPAM Guéret			
65 ans et plus	55,7%	53,2%	51,6%
Moins de 65 ans en ALD	36,1%	35,4%	36,6%
Ensemble de la population	53,7%	51,4%	50,1%
CPAM Limoges			
65 ans et plus	57,3%	55,1%	53,5%
Moins de 65 ans en ALD	37,9%	35,5%	37,8%
Ensemble de la population	55,5%	53,2%	52,0%

Sources CNAMTS

| Tableau 2 |

Couverture vaccinale antigrippale chez les personnes ciblées par la CNAMTS par CPAM et par âges, France métropolitaine, saison 2009-10 à 2013-14.

	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
65 ans et plus	63,9%	56,2%	55,2%	53,1%	51,9%
Moins de 65 ans en ALD	54,4%	40,1%	33,0%	32,1%	33,3%
Ensemble de la population	60,2%	51,8%	51,7%	50,1%	48,9%

Sources CNAMTS

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.

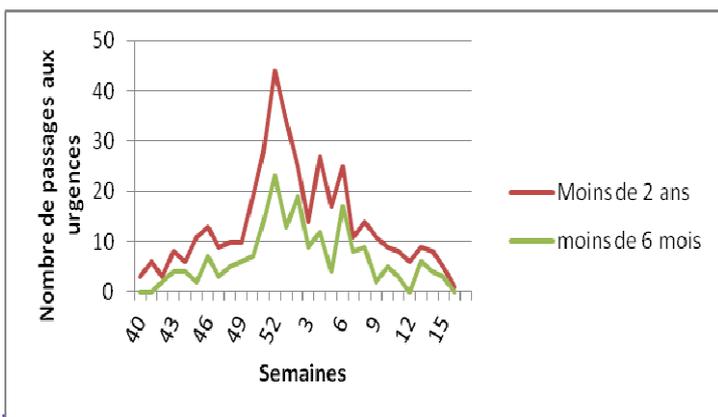
Au niveau national, ces deux sources de données sont complémentaires de celles des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog). Le réseau des Grog assure la surveillance de la circulation du VRS par le recueil du nombre de VRS isolés en France. Le réseau recense également les consultations de médecine de ville (médecins généralistes et pédiatres) pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans (<http://www.grog.org>).

Surveillance à l'hôpital (Oscour)

En Limousin, 394 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés entre le 01/10/2013 et le 15/04/2014 chez les moins de 2 ans, 180 (46%) de sexe féminin et 213 (54%) de sexe masculin. Environ 195 (50%) enfants avaient moins de 6 mois, 134 (34%) entre 6 mois et 1 an et 65 (16%) entre 1 et 2 ans.

Pour la saison 2013-2014 et dès la semaine 41-2013, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier en semaine 52-2013 avec 44 passages, suivi d'une baisse et de fluctuations jusqu'à la mi-avril 2014 (Figure 1).

Le nombre total de passages aux urgences pour bronchiolite était inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes (394 passages contre 468 en 2012-2013 et 424 en 2011-2012) (figure 2).



| 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, du 01/10/2013 au 15/04/2014.

Surveillance en médecine de ville

Près de 118 diagnostics de bronchiolite ont été posés par SOS-Médecins Limoges entre le 01/10/2013 et le 15/04/2014. Comme aux urgences, le pic saisonnier des recours a été observé en semaine 52-

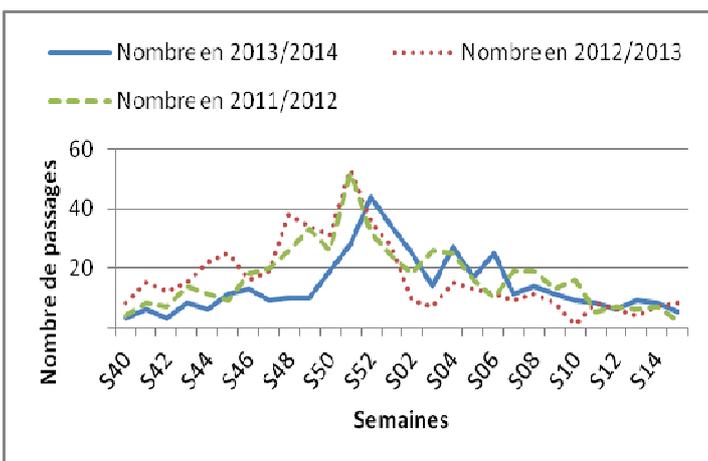
Aide-mémoire sur la bronchiolite

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>

2013 avec 18 diagnostics, suivi d'une nette baisse et de faibles fluctuations jusqu'à mi-avril 2014. L'activité liée à la bronchiolite était inférieure à celle de la saison précédente mais supérieure à celle de 2011-2012.



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans en Limousin les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014.

Conclusion

Dès octobre 2013, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier en semaine 52-2013 avec 44 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.

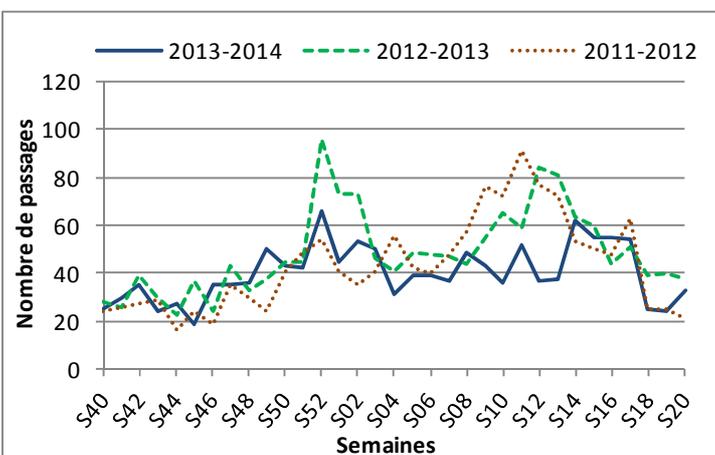
Il existe chaque année en France, comme dans tous les pays européens, une épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës virales (GEA). Les données du réseau Sentinelles permettent d'estimer que, chaque hiver ces GEA sont à l'origine de 700 000 à 3,7 millions de consultations en médecine générale. L'augmentation 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 2013-2014, le recours aux urgences pour gastro-entérite s'est accentué en fin d'année 2013 à partir de la semaine 49 (Figure 1). Un premier pic a été observé en semaine 52-2013 avec 66 passages. Il s'en est suivi une période de plateau (avec une quarantaine de passages par jour) avant d'observer un second pic en semaine 14-2014 avec 62 passages. Un retour à une activité stable a été observé début mai.



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérite aiguë les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014, dans 10 établissements du Limousin participant à OSCOUR®, entre octobre 2011 et avril 2014

L'augmentation de l'activité pour gastro-entérite a été observé pour les enfants et les adultes de moins de 75 ans. Elle a été nettement plus importante pour les enfants de moins de 5 ans.

L'activité pour gastro-entérite en période épidémique a représenté jusqu'à 1,8 % de l'activité totale des urgences. Cette hausse d'activité pour gastro-entérite l'hiver 2013-2014 était inférieure à celles observées les deux années précédentes.

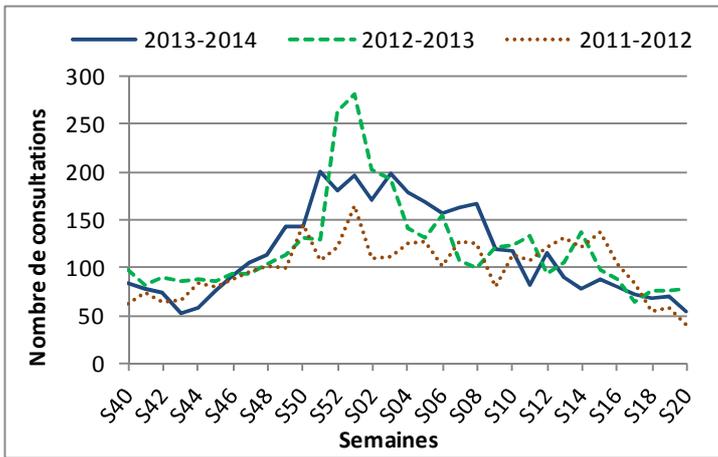
Surveillance en médecine ambulatoire

Données SOS Médecins Limoges

Pour la saison 2013-2014, la fréquentation de SOS Médecins Limoges pour gastro-entérite a progressivement augmenté à partir de la semaine 47-2013 (Figure 2). Le pic a été atteint en semaine 52-2013 avec 200 consultations. La fréquentation est restée à des valeurs élevées au cours des 4 semaines suivants le pic avant de diminuer progressivement jusque début avril.

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

Pour l'hiver 2013-2014, l'activité pour gastro-entérite a représenté jusqu'à 18 % de l'activité totale de SOS Médecins Limoges. La hausse d'activité pour gastro-entérite l'hiver 2013-2014 a été supérieure à celle de l'hiver 2011-2012 mais comparable à celle de 2012-2013 avec une dynamique différente (pic moins marqué, augmentation sur une période plus longue).



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de consultations à SOS-Médecins Limoges pour gastro-entérites aiguës les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014

Parmi les 7 épisodes clôturés, les taux d'attaque médians des épisodes étaient de 46 % chez les résidents et de 20 % chez les personnels.

L'étiologie a été recherchée pour 57 % des épisodes et pour un, une étiologie virale a été retrouvée (1 norovirus).

Le nombre d'épisodes signalés est nettement inférieur à celui de la saison hivernale précédente (24 épisodes en 2012-2013).

Conclusion

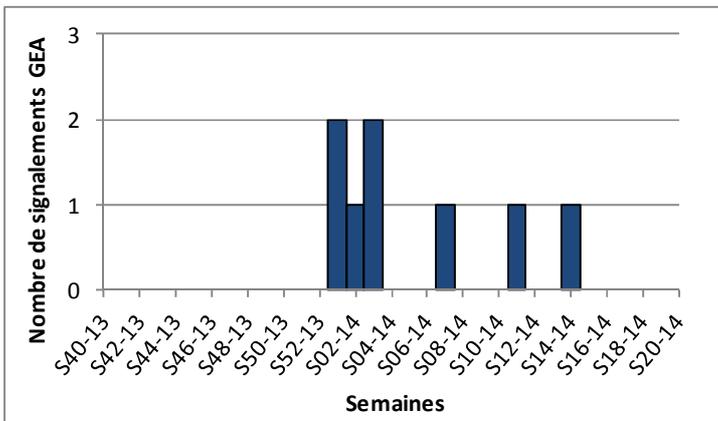
En Limousin, l'épidémie de gastro-entérites pendant l'hiver 2013-2014 a démarré fin décembre pour atteindre le pic en semaine 52-2013, inférieur à l'hiver précédent, et s'est ensuite prolongée jusqu'en avril.

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 2013-2014.

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

Durant la période de surveillance hivernale 2013-2014, 8 foyers de GEA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS. Les épisodes sont survenus entre les semaines 1 et 14 de 2014 (Figure 4).

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.



| 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 40/2013 - 20/2014, Limousin

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, 53 passages aux urgences correspondant au regroupement syndromique « Hypothermie » ont été enregistrés dans OSCOUR® entre le 01/10/2013 et le 15/04/2014. Le nombre d'hypothermies a varié de façon notable pendant la saison hivernale. Le pic saisonnier a été observé en semaine 09-2014 avec 6 passages (figure 1).

Le nombre hebdomadaire d'hypothermies enregistré a été inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes (53 passages contre 59 en 2012-2013 et 76 en 2011-2012) (figure 2).

Environ 85 % des cas d'hypothermies enregistrés aux urgences ont fait l'objet d'une hospitalisation.

Parmi les 53 diagnostics enregistrés aux urgences hospitalières, 36 (68%) étaient des hypothermies et 17 (32%) des pathologies associées au froid. Environ 26% des cas résidaient en Corrèze, 38% en Creuse, 32% en Haute-Vienne et 4% dans d'autres départements. Le sex-ratio était de 0,56 et l'âge médian des cas de 78 ans.

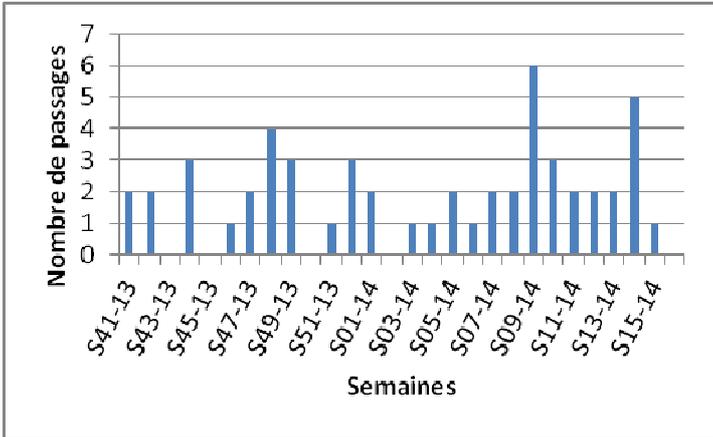
Conclusion

Durant la saison 2013-2014, 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 »

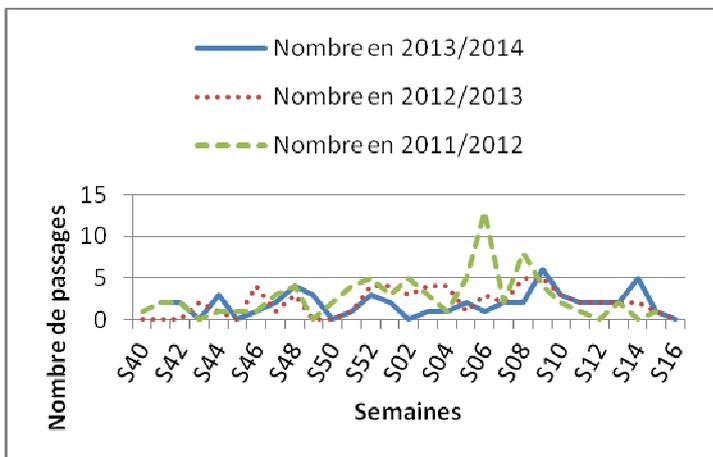
L'hypothermie est définie comme un refroidissement involontaire de la température interne du corps humain en dessous de 35°C. Elle est le résultat d'une baisse de la production de chaleur, d'une augmentation de la perte de chaleur ou d'un dysfonctionnement de la thermorégulation.

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



| Figure 1 |

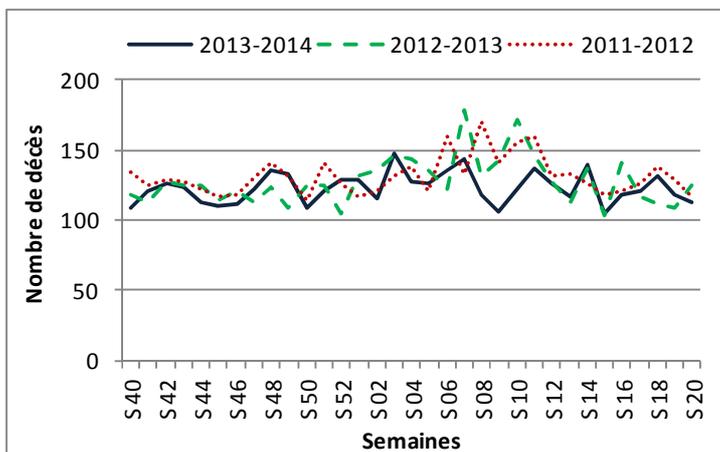
Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour Hypothermie en Limousin, du 01/10/2013 au 15/04/2014.



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 plus de 60 % 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.

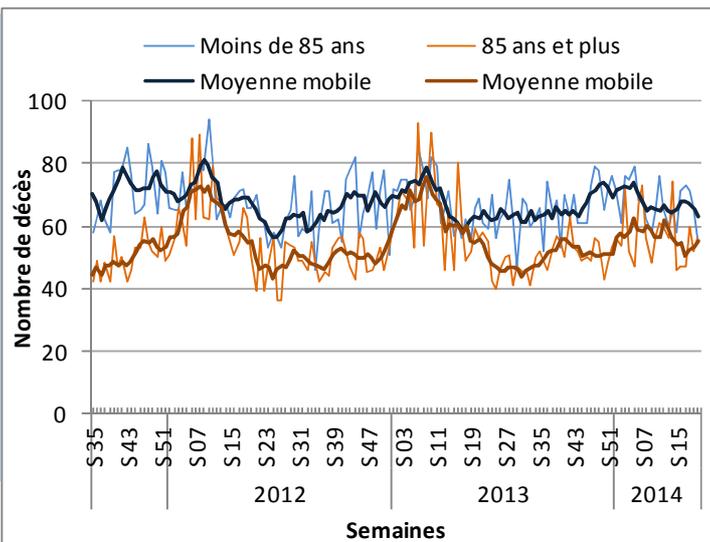
Durant l'hiver 2013-2014, le nombre de décès, tous âges confondus est resté stable (Figure 1). Les effectifs de décès étaient inférieurs à ceux observés les deux hivers précédents.



| Figure 1 |

Nombre de décès hebdomadaires, hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014 en Limousin

Par classes d'âges, on observe une légère augmentation de la mortalité dans un premier temps chez les moins de 85 ans entre les semaines 47-2013 et 06-2014 puis chez les 85 ans ou plus entre les semaines 01-2014 et 14-2014 (Figure 2).



| Figure 2 |

Nombre de décès hebdomadaires et moyenne mobile sur 5 semaines, de la semaine 35-2011 à la semaine 20-2014, Limousin

Contrairement à ce qui a été observé les hivers précédents, l'augmentation de la mortalité hivernale ne concernait pas plus particulièrement les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Conclusion

En Limousin, au cours de l'hiver 2013-2014, la mortalité était stable tous âges confondus, aucune augmentation significative n'a été observée contrairement aux deux hivers précédents. Une légère augmentation de la mortalité a été observée par classes d'âges (moins de 85 ans et 85 ans ou plus) décalée dans le temps.

Référence

Bernadou A, Ndong JR, Noury U, Ragueunaud ME. Bilan de la surveillance hivernale, saison 2012-2013, Limousin. Bulletin de Veille Sanitaire Limousin. n°23—Décembre 2013. <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-23-Decembre-2013>