

Surveillance épidémiologique en Lorraine

Point de situation au 5 octobre 2012 (semaines 38 et 39)

| Sommaire |

La transmission quotidienne des données des associations SOS Médecins a repris depuis le 10 septembre et les données manquantes du 27 juillet au 10 septembre ont pu être récupérées permettant ainsi de vous proposer à nouveau dans ce bulletin un suivi des données de l'association de Meurthe-et-Moselle.

L'arrivée de l'automne et de la saison hivernale met fin au suivi de l'asthme, des allergies et des pathologies pouvant être liées à la chaleur. En conséquence, une nouvelle formule de bulletin vous est proposée à partir de cette semaine avec un suivi de pathologies adapté à la période de l'année.

Les différents chapitres développés dans ce bulletin sont les suivants :

- L'analyse de l'activité des services d'urgence au cours des 4 dernières semaines (p.2)
- L'analyse du nombre d'affaires traitées par les SAMU au cours des 4 dernières semaines (p.3)
- L'analyse de l'activité de l'association SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle au cours des 4 dernières semaines (p.3)
- Le suivi épidémiologique :
 - de la grippe et des syndromes grippaux (p.4)
 - des bronchites et bronchiolites chez les enfants de moins de deux ans (p.5)
 - des gastro-entérites et diarrhées (p.6)
- Un point de situation sur la surveillance de la coqueluche (p.7)
- Une présentation des surveillances spécifiques suivies par la Cire en période hivernale (p.8)
- Un rappel des modalités de signalement des MDO et signaux sanitaires à la Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS Lorraine (p.9)

| Faits marquants |

- ⇒ Le nombre de diagnostics de grippe est très faible en Lorraine.
- ⇒ Depuis le début du mois de septembre, le nombre de diagnostics de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans a tendance à augmenter aux urgences en Lorraine. Par ailleurs, il représente une faible proportion dans l'activité de l'association de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.
- ⇒ Après une période de plus faible activité, le nombre de diagnostics de gastro-entérite et de diarrhée posés par l'associations SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle progresse à nouveau.

| Actualités |

Bulletin hebdomadaire international (BHI), en ligne sur le site de l'InVS:

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-hebdomadaire-international>

Bulletin national d'information du système de veille sanitaire SOS médecins :

http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/urgences/bulletins_surveillance.htm

Bulletin de surveillance des intoxications au CO. Point au 1^{er} octobre 2012 :

<http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Intoxications-au-monoxyle-de-carbone/Bulletin-de-surveillance-des-intoxications-au-CO>

Passages dans les services d'accueil des urgences (SAU)

Ptot = nombre total de passages

P<1 = nombre de passages pour des enfants de moins de 1 an

P>75 = nombre de passages pour des adultes de plus de 75 ans

Phosp= nombre d'hospitalisations

		Semaine			
		S36	S37	S38	S39
Meurthe-et-Moselle 54	Ptot	3144 →	3350 ↗	3311 →	3312 →
	P<1	58 →	68 ↗	74 →	71 →
	P>75	471 →	465 →	468 →	491 ↗
	Phosp	730 →	757 ↗	737 →	746 →
Moselle 57	Ptot	4488 →	4577 →	4818 ↗	4195 →
	P<1	104 ↗	97 →	141 ↗	109 →
	P>75	622 →	643 →	669 →	554 ↘
	Phosp	1039 →	1087 →	1115 →	967 →
Meuse 55	Ptot	802 ↗	814 →	861 →	792 →
	P<1	7 →	7 →	13 ↗	11 →
	P>75	132 ↗	140 →	147 →	159 →
	Phosp	192 ↗	188 →	205 →	228 ↗
Vosges 88	Ptot	1542 →	1729 →	1701 →	1660 →
	P<1	37 →	54 ↗	53 →	53 →
	P>75	268 →	291 ↗	293 →	267 →
	Phosp	491 →	534 ↗	522 →	508 →

Le nombre total de passages dans un service d'accueil des urgences (SAU) est stable en semaine 38 et 39, dans les départements de la Meurthe-et-Moselle et des Vosges. Les variations observées pour le département de la Meuse sont essentiellement dues à l'intégration des données du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc.

En Moselle, l'augmentation du nombre total de passages et du nombre de passage d'enfants âgés de moins de 1 an observé en semaine 38, ne se confirme pas en semaine 39.

La surveillance épidémiologique de l'activité à l'hôpital s'appuie sur le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Les services d'accueil des urgences (SAU) qui participent au réseau OSCOUR® transmettent quotidiennement à l'InVS, via l'Orulor (Observatoire régional des urgences de Lorraine), leurs résumés de passages aux urgences (RPU), c'est-à-dire une information et un codage diagnostique de chaque passage aux urgences.

Les graphiques et tableaux présentés dans ce bulletin sont réalisés avec les données des 22 SAU de Lorraine qui transmettent leurs RPU depuis le 01 septembre 2012. Ces établissements sont les suivants :

- Meurthe-et-Moselle :

CHU de Nancy—Brabois Hôpital Pédiatrique, CH de Lunéville, Polyclinique de Gentilly, CH de Maillot Briey, CH de Mont-Saint-Martin, CHU de Nancy—Hôpital Central, CH de Pont-à-Mousson, CH de Toul

- Moselle :

CH de Forbach, CH de Sarrebourg, CH de Saint Avold, CHR Metz-Thionville-Hôpital Bel Air, CHR Metz-Thionville-Hôpital Bon Secours, Clinique Claude Bernard, CH de Sarreguemines, HIA Legouest

- Meuse :

CH de Verdun, CH de Bar-le-Duc

- Vosges :

CH intercommunal Emile Durkheim, CH de Remiremont, CH de Saint-Dié, CH de Neufchâteau

Légende des tableaux :

↗	Augmentation significative par rapport aux 3 semaines précédentes
→	Stabilité par rapport aux 3 semaines précédentes
↘	Diminution significative par rapport aux 3 semaines précédentes
⊕	Données insuffisantes pour calculer la tendance

| Affaires traitées par les SAMU (Source : ARDAH) |

Atot = nombre total d'affaires traitées par le SAMU

		Semaine			
		S36	S37	S38	S39
SAMU 54	Atot	2353 →	2318 →	2406 →	2447 →
SAMU 57	Atot	4714 →	4914 →	4784 →	⊖ ⊖
SAMU 55	Atot	519 →	456 →	501 →	530 →
SAMU 88	Atot	1731 →	1796 →	1846 →	1755 →

Au cours des quatre dernières semaines, l'activité des quatre SAMU en Lorraine reste stable. Cependant, les données du SAMU 57 ne sont plus disponibles depuis le 27 septembre 2012.

Les données d'activité des SAMU proviennent du serveur ARDAH géré par l'Agence régionale de santé (ARS), dans lequel les 4 SAMU de la région renseignent quotidiennement leur volume d'activité.

| Médecine de ville (Source : SOS Médecins Meurthe-et-Moselle) |

Dtot = total des diagnostics codés

D<1 = total des diagnostics codés pour des enfants de moins de 1 an

D>75 = total des diagnostics codés pour des adultes de plus de 75 ans

Dhosp= nombre d'hospitalisations après consultation

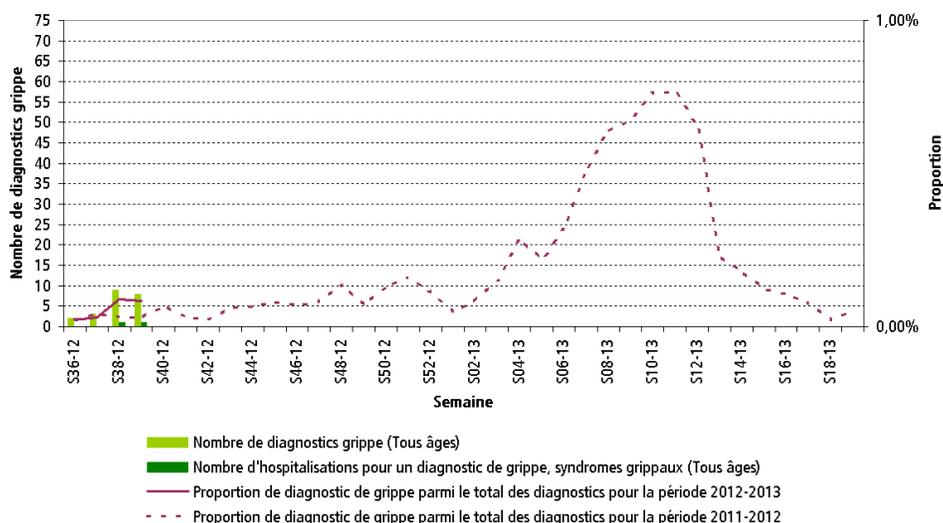
		Semaine			
		S36	S37	S38	S39
SOS Médecins Meurthe-et-Moselle 54	Dtot	623 →	647 →	718 →	714 →
	D<1	26 →	29 →	22 →	34 →
	D>75	116 →	132 ↗	102 →	111 →
	Dhosp	72 ↗	80 →	69 →	74 →

L'activité totale de l'association SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle est stable sur les deux dernières semaines.

Les associations SOS Médecins assurent une médecine d'urgence et la permanence des soins en zone urbaine et périurbaine . En Lorraine, il existe une association SOS Médecins en Meurthe-et-Moselle qui intervient sur une grande partie du département (450 communes et environ 80% de la population).

> A l'hôpital

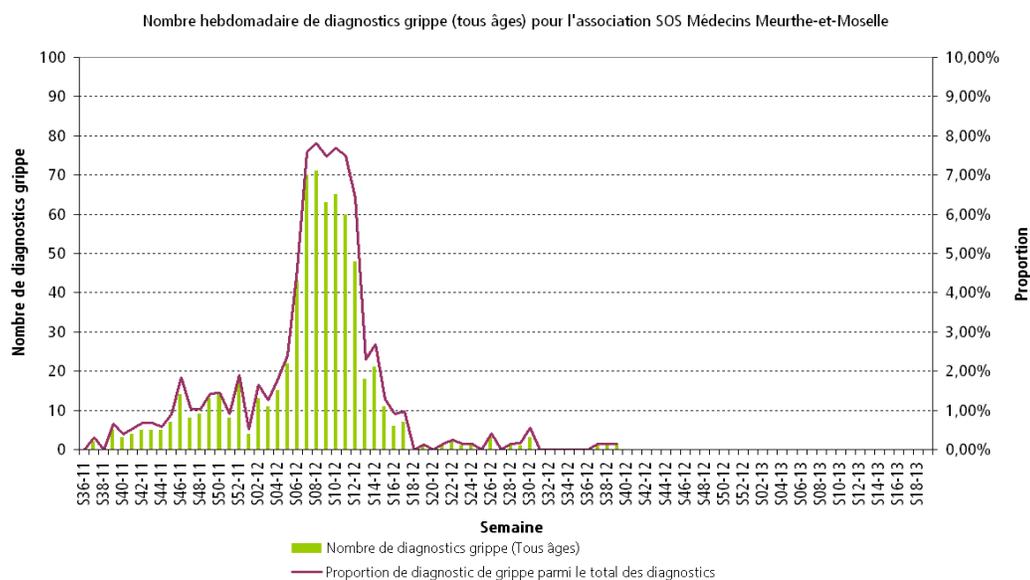
| Figure 1 | Distribution du nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisations de grippe, tous âges, dans les SAU participant au réseau OSCOUR® depuis le 01 septembre 2012 en Lorraine (Source : réseau Oscour®)



Depuis le 01 septembre 2012, 25 diagnostics de grippe ont été posés en Lorraine. Parmi ces diagnostics, 15 ont été observés en Moselle, 5 en Meurthe-et-Moselle, 5 dans les Vosges et aucun pour le département de la Meuse. Par ailleurs, la proportion de diagnostics de grippe parmi le total des diagnostics posés aux urgences reste très faible.

> En médecine de ville

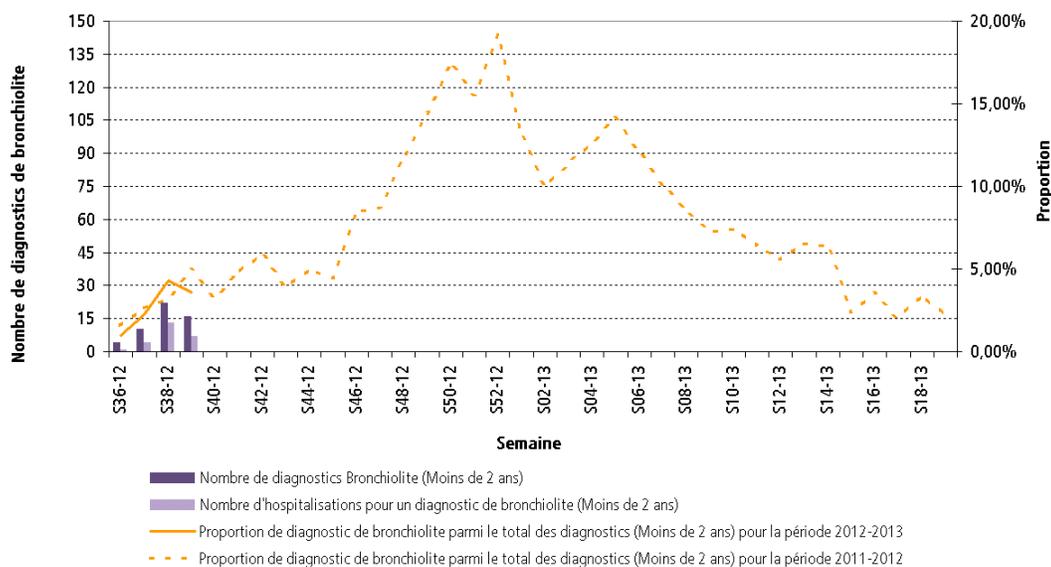
| Figure 2 | Distribution du nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe tous âges, pour l'association SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle (Source : Association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle)



Le nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe pour l'association SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle reste faible depuis plusieurs semaines. Seulement trois diagnostics de grippe ont été observés au cours des trois dernières semaines sur le département de la Meurthe-et-Moselle. Ces consultations concernaient des personnes âgées de moins de 65 ans.

> A l'hôpital

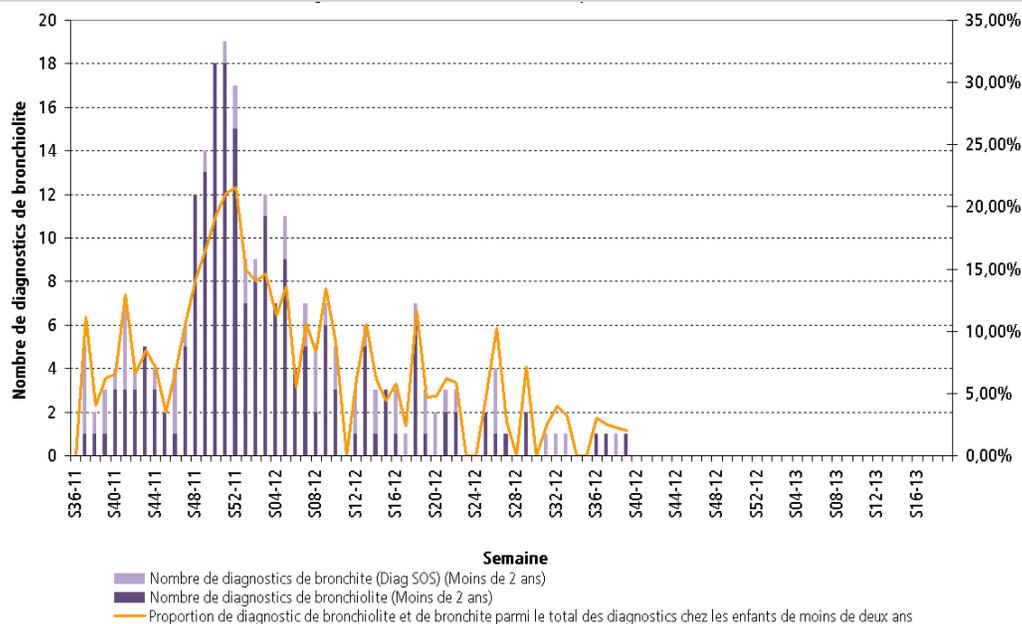
| Figure 3 | Distribution du nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisations de bronchiolite, chez les enfants de moins de 2 ans, dans les SAU participant au réseau OSCOUR® depuis le 01 septembre 2012 en Lorraine (Source : réseau Oscour®)



Le nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans a tendance à augmenter depuis mi-septembre. A cet effet, la proportion de diagnostics de bronchiolite parmi le total des diagnostics posés aux urgences représente moins de 5% des passages chez les moins de 2 ans.

> En médecine de ville

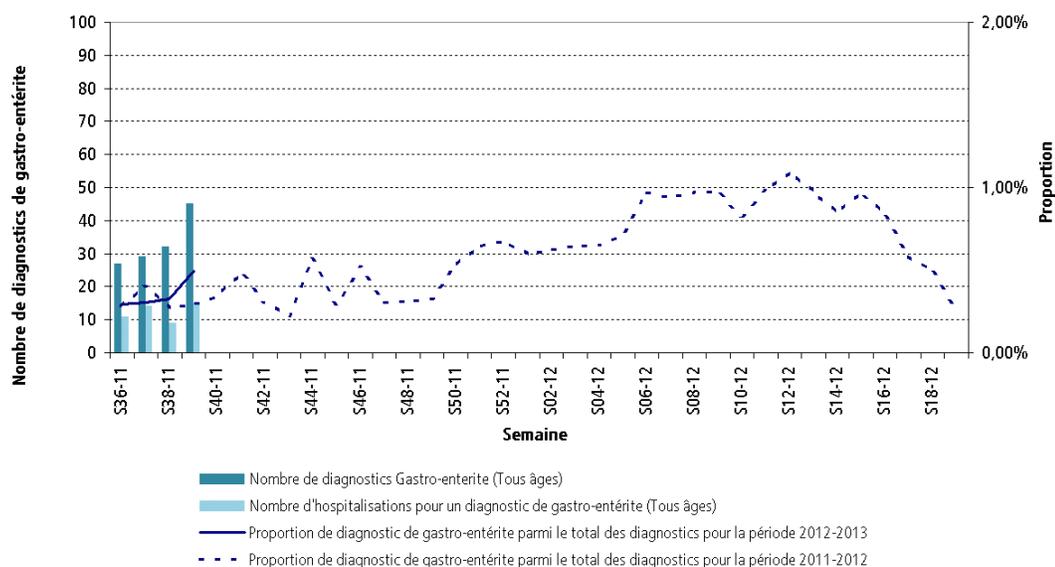
| Figure 4 | Distribution du nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite, chez les enfants de moins de 2 ans, pour l'association SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle (Source : Association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle)



Le nombre de diagnostics de bronchiolite posés par les médecins SOS de Meurthe-et-Moselle, chez les enfants de moins de 2 ans reste très faible.

> A l'hôpital

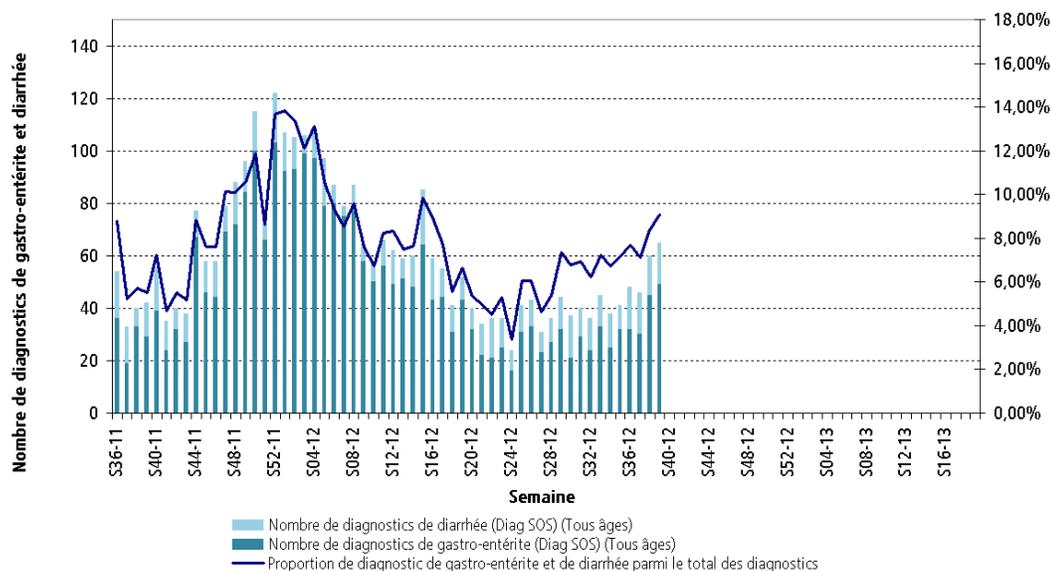
| Figure 5 | Distribution du nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisations pour gastro-entérite, tous âges, dans les SAU participant au réseau OSCOUR® depuis le 01 septembre 2012 en Lorraine (Source : Réseau Oscour®)



Le nombre de passages aux urgences pour gastro-entérite en semaine 39 suit une tendance à la hausse. Cependant, il ne représente qu'une très faible proportion parmi tous les diagnostics (moins de 1%).

> En médecine de ville

| Figure 6 | Distribution du nombre hebdomadaire de diagnostics de gastro-entérite et diarrhée, tous âges, pour l'association SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle (Source : Association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle)



Le nombre hebdomadaire de diagnostics de gastro-entérite et de diarrhée pour l'association SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle augmente progressivement depuis le début du mois de septembre. En semaine 39, la proportion de diagnostic de gastro-entérite et de diarrhée atteint près de 10% de l'activité totale de l'association.

• Rappel

La coqueluche est une infection bactérienne peu ou pas fébrile de l'arbre respiratoire inférieur mais d'évolution longue et hautement contagieuse. La transmission est aérienne et se fait au contact d'un sujet malade (toux). Elle est essentiellement intrafamiliale ou bien au sein de collectivités. Dans tous les cas, une enquête doit être menée autour du sujet malade pour dépister les contaminateurs et les cas secondaires

Le nombre de cas de coqueluche a fortement baissé depuis l'introduction du vaccin, cependant la bactérie continue à circuler car le vaccin tout comme le fait d'avoir fait une coqueluche ne protège pas à vie. Les populations les plus touchées sont les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés et les adolescents et jeunes adultes qui ont perdu la protection conférée par le vaccin ou la maladie.

La surveillance de la coqueluche chez les enfants de moins de 16 ans se fait en France par un réseau de services hospitaliers pédiatriques volontaires, Renacoq, auquel participent 42 établissements.

La coqueluche n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. Par contre, la survenue de cas groupés doit être notifiée à l'Agence régionale de santé (ARS).

•Point sur la situation actuelle

La surveillance de la coqueluche dans certains états des Etats-Unis (Californie), en Australie, Nouvelle-Zélande, Maghreb, Europe et France montre une augmentation du nombre de cas en 2012 par rapport à 2011. Cependant, il faut rester prudent dans l'interprétation de ces données car toutes les situations épidémiologiques, en ce qui concerne la coqueluche, ne sont pas identiques. Elles dépendent des stratégies vaccinales, de la couverture vaccinale et des vaccins utilisés dans les années précédentes.

En France, le Réseau de surveillance hospitalier Renacoq, qui suit les tendances épidémiologiques depuis l'introduction des rappels vaccinaux et le changement de vaccin (vaccin à germes entiers remplacé par le vaccin acellulaire), montre également une augmentation du nombre de nourrissons hospitalisés pour coqueluche durant les 2 premiers trimestres de 2012 par rapport à ceux de 2011. **Cette augmentation indique qu'un nouveau cycle de la maladie se produit**, le dernier pic ayant été identifié en 2009 par le Réseau. Ces cycles sont régulièrement observés depuis des décennies.

Cette situation doit inciter à maintenir des couvertures vaccinales élevées pour les nourrissons, population la plus à risque de formes graves, et à mettre à jour celles des adolescents et des adultes qui restent leurs principaux contaminateurs. Le vaccin acellulaire disponible possède une très bonne efficacité mais qui diminue avec le temps, d'où la nécessité de bien faire les rappels vaccinaux selon le calendrier vaccinal en vigueur.

La confirmation des cas de coqueluche se fait désormais par PCR. Si la PCR est correctement effectuée dans les 3 semaines suivant le début des signes, elle permet de poser un diagnostic d'infection à *Bordetella spp.* Il peut arriver que certains cas vaccinés récemment et présentant un syndrome coquelucheux (surtout adolescents et adultes) se révèlent positifs par PCR, il peut s'agir alors d'une autre espèce que *B. pertussis* contre laquelle le vaccin ne protège pas. En cas de doute sur le résultat d'une PCR, l'avis du CNR peut être demandé.

En conclusion :

- la coqueluche connaît un nouveau cycle épidémique
- la PCR (examen remboursé par la sécurité sociale) est l'outil de diagnostic biologique de la coqueluche.
- la vaccination qui ne protège pas à vie, tout comme l'infection, est la meilleure mesure de prévention pour les populations les plus à

La saison hivernale arrivant, de nouvelles données vont être présentées dans les prochains Points Epidémiologiques. Ces données sont issues de différentes surveillances spécifiques suivies pendant la période hivernale : les intoxications au monoxyde de carbone, les épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de gastro-entérites aiguës (GEA) en collectivité de personnes âgées ainsi que les cas graves de grippe.

- **La surveillance des intoxications au monoxyde de carbone (CO) :**

Le CO est un gaz toxique, incolore, inodore, sans saveur et non irritant. Les intoxications au CO proviennent de la combustion incomplète de matières carbonées causée par une quantité insuffisante d'oxygène : une mauvaise évacuation des gaz de combustion, un dysfonctionnement de l'appareil de chauffage ou une utilisation inadaptée d'un appareil de combustion en sont les principales causes.

La surveillance est réalisée toute l'année et a pour objectif de collecter les données relatives aux circonstances de survenue des intoxications.

Chaque année durant la période la plus à risque (la saison de chauffe d'octobre à mars), les données recueillies au moment de la découverte de ces intoxications sont suivies et analysées régulièrement. Ces données permettent de suivre dans le temps et dans l'espace, le nombre hebdomadaire d'intoxications au CO et de détecter d'éventuelles circonstances inhabituelles de survenue.

- **La surveillance des épisodes de cas groupés d'IRA et de GEA dans les collectivités de personnes âgées :**

Les personnes âgées vivant en collectivité sont plus vulnérables aux infections en raison de leur fragilité et des facteurs de sensibilité propres aux personnes âgées ou liées aux structures les hébergeant. Dans cette population, les épidémies de GEA et d'IRA sont fréquentes et caractérisées par une morbidité élevée. Elles présentent des capacités d'extension rapide au sein des établissements mais des mesures de contrôle individuelles ou collectives peuvent être mises en œuvre dès l'apparition des premiers cas pour limiter ce phénomène.

Afin de réduire la mortalité et la morbidité, le signalement de ces épisodes permet d'identifier précocement des foyers et de mettre en place rapidement les mesures de contrôle appropriées. Le signalement doit être réalisé auprès de l'Agence régionale de santé. Ce signalement est actif toute l'année mais est suivi avec plus d'attention durant la période la plus à risque (du 1^{er} octobre au 30 avril).

- **La surveillance des cas graves :**

Débutée lors de l'épidémie de grippe H1N1-2009, la surveillance des cas graves de grippe (confirmé ou non) s'appuie sur l'ensemble des services de réanimation qui signalent tous les cas confirmés ou probables de grippe ayant été admis en réanimation.

Ce signalement est actif du 1^{er} octobre au 30 avril. Il a pour objet de préciser les facteurs de risque des cas graves de grippe et le cas échéant de générer une alerte en identifiant une fréquence élevée ou un changement des caractéristiques de ces cas.

| Modalités de signalement à l'ARS Lorraine, CVAGS |

Les signalements transmis à la Cellule de veille alerte et gestion sanitaire (CVAGS) concernent : toutes les maladies à déclaration obligatoire, tout évènement sanitaire susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population ainsi que la survenue en collectivité de cas groupés d'une pathologie transmissible.

Tous signalement peut se faire par **téléphone au numéro unique : 03 83 39 28 72**

Ainsi que par une notification écrite :

- par **fax au 03 83 39 29 73**
- par mail à l'adresse suivante : ARS-LORRAINE-CVGS@ars.sante.fr

Directeur de la publication :

Dr Françoise Weber,
Directrice générale de l'Institut de veille
sanitaire

Rédactrice en chef :

Christine Meffre,
Responsable scientifique de la Cire
Lorraine-Alsace

Comité de rédaction :

Virginie Bier
Benoît Bonfils
Oriane Broustal
Claire Janin
Sophie Raguet
Laurie Renaudin
Lucie Schapman
Frédérique Viller

Diffusion

Cire Lorraine-Alsace
ARS Lorraine
Immeuble « Les Thiers »
CO n°71
4 rue Piroux
54036 Nancy Cedex

Mail : ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr
Tél. : 03.83.39.29.43
Fax : 03.83.39.28.95

| Partenaires de la surveillance en Lorraine |



Si vous souhaitez être destinataire du point épidémiologique réalisé par la Cire, merci de nous en informer par mail à ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr