

Point hebdomadaire du 24 avril 2013 (Semaine 2013-16)

| En résumé |

| Bronchiolites |

[Page 2](#)

- SOS Médecins : En légère hausse cette semaine.
- Virologie : Indisponible.

| Rhinopharyngites |

[Page 3](#)

- SOS Médecins : En baisse cette semaine.
- Virologie : Indisponible.

| Syndromes grippaux |

[Page 3](#)

- SOS Médecins : En baisse constante; en dessous du seuil épidémique régional depuis 4 semaines.
- Réseau Oscour® : Peu de diagnostics.
- Virologie : Indisponible.
- EMS : Un épisode d'Ira signalé cette semaine ; au total, 21 épisodes signalés cette saison.

| Gastro-entérites aiguës (GEA) |

[Page 6](#)

- SOS Médecins : Stables.
- Réseau Oscour® : En hausse ces deux dernières semaines ; les effectifs restent faibles.
- Au laboratoire : Indisponible.
- EMS : Aucun épisode de cas groupés de GEA signalé ces deux dernières semaines. Au total, 36 épisodes de cas groupés de GEA signalés depuis début novembre ; la circulation de rotavirus et l'incidence des GEA en population générale sont en augmentation ces dernières semaines. La vigilance et le maintien des mesures de prévention dans les collectivités hébergeant des personnes fragiles restent d'actualité.

| Passages aux urgences de moins de 1 an et plus de 75 ans |

[Page 8](#)

- Passages de moins de 1 an : Stables dans les 3 départements.
- Passages de plus de 75 ans : Stables dans les 3 départements.

| Surveillance non spécifique : décès de plus de 75 ans et plus de 85 ans |

[Page 9](#)

- Décès de plus de 75 ans : Stables les trois dernières semaines.
- Décès de plus de 85 ans : Stables.

| Sources de données |

- SOS Médecins : Associations d'Amiens et de Creil.
- Réseau Oscour® - Surveillance des pathologies saisonnières : Centres hospitaliers d'Amiens (hôpital Nord, hôpital Sud), Abbeville, Laon, Château-Thierry et Saint-Quentin¹.
- SRVA (*Veille Sanitaire Picardie*) – Surveillance non spécifique :
 - ✓ **Aisne** : Centres hospitaliers de Château-Thierry, Chauny, Laon, Saint-Quentin et Soissons
 - ✓ **Oise** : Centres hospitaliers de Beauvais, Compiègne, Creil, Noyon, Saint-Côme (Compiègne) et Senlis
 - ✓ **Somme** : Centres hospitaliers d'Abbeville, Amiens, Doullens, Montdidier et Péronne
- Laboratoire de virologie du CHU d'Amiens
- Réseau Sentinelles, Grog et Unifié Sentinelles-Grog-InVS
- Insee : 26 communes informatisées de la région
- Cellule de veille et de gestion sanitaire (CVGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) de Picardie

¹ En raison d'un problème de transmission, les données des urgences des centres hospitaliers de Beauvais ne sont pas intégrées à ce bulletin.

| Informations |

Si vous souhaitez recevoir – ou, ne plus recevoir – les publications de la Cire Nord, merci d'envoyer un e-mail à ARS-NPDC-CIRE@ars.sante.fr

Point de situation A(H5N1), A(H7N9), nouveau coronavirus

Nous proposons un point de situation sur les trois virus respiratoires A(H5N1), A(H7N9) et le nouveau coronavirus, qui font actuellement l'objet d'un renforcement de la vigilance et d'une surveillance particulière.

Une unification des modalités de signalement et de confirmation de ces trois infections respiratoires est en cours (InVS, HCSP et DGS).

Des trois virus, le virus grippal **A(H5N1)** est le plus ancien (près de 15 ans de diffusion). Il s'agit d'une grippe aviaire typique avec une morbidité importante chez les animaux et des formes sévères chez l'homme. Il n'y a pas d'évidence de transmission interhumaine. Depuis 2003, 600 cas humains avec 350 décès ont été recensés par l'OMS. Même si ce virus a circulé en France en 2006 (canards sauvages), aucun cas humain n'a été observé. Une définition de cas humain possible de grippe aviaire est régulièrement mise à jour en tenant compte des pays avec circulation du virus chez des oiseaux et avec des cas humains (**mise à jour au 16/04/2013**): <http://www.invs.sante.fr/Media/Files/Dossiers-thematiques/Grippe/grippe-H5N1/Definition-de-cas-possible-de-grippe-aviaire-H5N1-au-16-04-13>

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-aviaire-A-H5N1>

Le **nouveau coronavirus (NCoV)** identifié en septembre 2012 est relativement proche du coronavirus humain (**CoV**) du Sras identifié en 2003.

Au 25 avril 2013, 17 cas confirmés d'infections respiratoires liées au nouveau coronavirus ont été identifiés, 11 sont décédés dont 1 coinfecté par un virus grippal de type A. Les âges des patients varient entre 25 et 73 ans. Treize cas sont des hommes (information indisponible pour un cas). Les zones géographiques identifiées à risque incluent la Jordanie, l'Arabie Saoudite, le Qatar et Abu Dhabi. Deux des derniers cas, rapportés par les autorités sanitaires britanniques, n'avaient pas voyagé dans les pays à risque. Ils avaient été en contact avec un même cas confirmé, qui avait voyagé au Pakistan et en Arabie Saoudite. Ces éléments suggèrent très fortement l'existence d'une transmission interhumaine de l'infection. L'un de ces deux cas a développé une forme bénigne de la maladie (syndrome pseudo-grippal), ce qui pourrait suggérer que des cas peu symptomatiques ont pu échapper à la surveillance mise en place. Cependant, les données recueillies à ce jour ne font pas état d'une transmission interhumaine importante de ce nouveau virus dans la communauté.

<http://www.invs.sante.fr/fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-coronavirus-NCov-.Point-au-3-avril-2013>

Le Haut conseil de la santé publique a publié le 19 mars un document précisant la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=314>

Le récent virus grippal **A(H7N9)** a été identifié dans la région Est de la Chine depuis fin mars 2013. Les premiers éléments orientent vers une situation de grippe aviaire qui pourrait être plus ou moins similaire à celle du H5N1. La différence actuelle porte sur une absence de symptomatologie chez les oiseaux et une moindre sévérité chez l'homme avec de possibles cas asymptomatiques. Il n'y a toujours pas d'élément en faveur d'une transmission interhumaine. Les cas sont rares et peu sévères chez les enfants. L'évolution de l'épidémie va donc dépendre du réservoir animal et de la diffusion du virus dans ce réservoir.

Au 25 avril 2013, 114 cas et 23 décès ont été recensés en Chine. Le 24 avril 2013, le CDC de Taïwan a rapporté le premier cas importé à Taïwan de grippe A(H7N9) (travailleur taiwanais de retour de Chine) : il s'agit du premier cas notifié en dehors de la Chine continentale.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-hebdomadaire-international/Tous-les-numeros/2013/Bulletin-hebdomadaire-international-du-17-au-23-avril-2013.-N-396>

<http://www.invs.sante.fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-virus-aviaire-A-H7N9-.Point-au-5-avril-2013>

| Bronchiolites |

[Retour au résumé](#)

Surveillance en Picardie

Surveillance ambulatoire

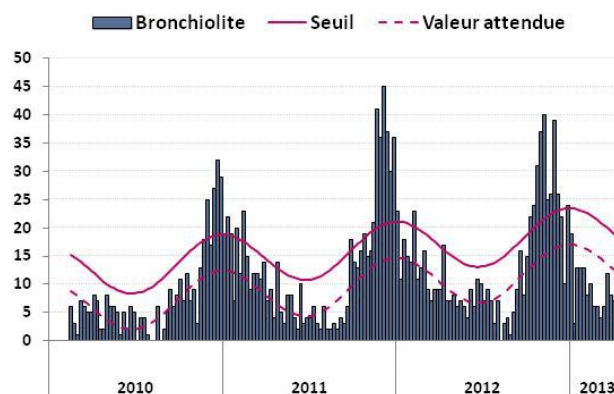
Après la baisse des diagnostics de bronchiolites ces 4 dernières semaines, le nombre de bronchiolites diagnostiquées par les SOS Médecins de la région est de nouveau en hausse cette semaine (11 diagnostics cette semaine contre 4 en semaine 2013-15), restant au niveau de la valeur attendue et en deçà du seuil épidémique régional.

| Bilan de la saison |

L'épidémie de bronchiolite en Picardie s'est étendue sur 9 semaines (2012-41 à 2012-49) et ce, de façon analogue à la saison 2011/2012. Au total, durant la vague épidémique, 270 bronchiolites ont été diagnostiqués par les SOS Médecins de la région. Le nombre moyen de diagnostics par semaine était de 30 (min : 22 ; max : 40). Le pic épidémique a été atteint en semaine 2012-45 avec 40 diagnostics.

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolites posés par les SOS Médecins de la région Picardie, depuis le 15 février 2010 [1].



Surveillance virologique

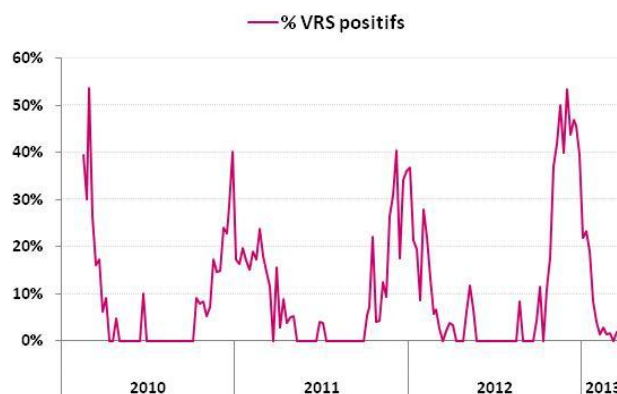
Données indisponibles cette semaine.

| Bilan de la saison |

Durant les 9 semaines d'épidémie, 162 VRS ont été isolés sur les 445 prélèvements testés, soit un taux de positivité de 36 %. Ce taux est supérieur à celui observé lors de la vague épidémique 2011-2012 (27 %). Le taux de positivité au moment du pic épidémique (semaine 2012-45) était de 42 %. Le taux de positivité maximal était de 54 %, en semaine 2012-48.

| Figure 2 |

Pourcentage hebdomadaire de virus respiratoires syncytiaux (VRS) détectés par le laboratoire de virologie du CHU d'Amiens parmi les prélèvements effectués chez des patients hospitalisés, depuis le 15 février 2010.



| Rhinopharyngites |

[Retour au résumé](#)

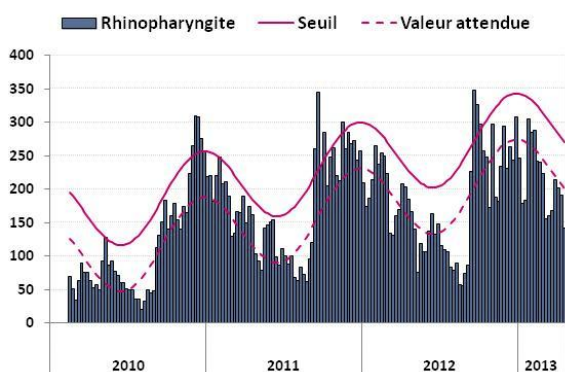
Surveillance en Picardie

Surveillance ambulatoire

Le nombre de rhinopharyngites diagnostiquées par les SOS Médecins de la région est en baisse cette semaine (142 diagnostics contre 191 la semaine précédente ; - 26 %).

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de rhinopharyngites diagnostiquées par les SOS Médecins de la région Picardie, depuis le 15 février 2010 [1].



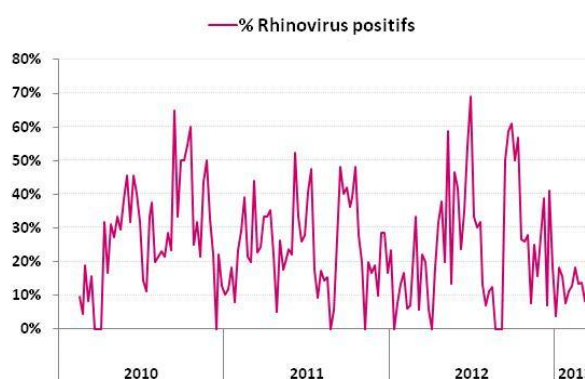
Surveillance virologique

Données virologiques indisponibles.

Les dernières données virologiques recueillies (semaine 2013-13) montraient une légère augmentation du nombre de rhinovirus détectés par le laboratoire de virologie du CHU d'Amiens.

| Figure 4 |

Pourcentage hebdomadaire de rhinovirus détectés par le laboratoire de virologie du CHU d'Amiens parmi les prélèvements effectués chez des patients hospitalisés, depuis le 15 février 2010.



| Syndromes grippaux |

[Retour au résumé](#)

Surveillance en France métropolitaine

Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

Selon le réseau unifié, l'incidence des syndromes grippaux, vus en consultation de médecine générale en France métropolitaine, est estimée à 17 cas pour 100 000 habitants (intervalle de confiance : [8 ; 26]), en baisse constante et sous le seuil épidémique national depuis 4 semaines (89 cas pour 100 000 habitants).

Le seuil épidémique fixé par le réseau unifié a été franchi pendant 14 semaines (semaine 2012-51 à semaine 2013-12) avec un pic en semaine 2013-04 (taux d'incidence : 701 cas pour 100 000 habitants). Durant ces 14 semaines, plus de 4 440 000 personnes auraient

consulté un médecin pour syndrome grippal. Le taux d'attaque cumulé s'élève à 6 905 cas pour 100 000 habitants (intervalle de confiance : [6 610 ; 7 200]).

Réseau des Grog

La saison a été marquée par une épidémie caractérisée par la co-circulation des trois types et sous-types de virus saisonniers (B, A(H1N1)pdm09 et A(H3N2)).

Le seuil épidémique fixé par le Réseau des GROG a été franchi pendant 11 semaines (de fin décembre à début mars) avec un pic fin janvier, début février. Durant la période de recueil (de septembre

2012 à avril 2013), le taux de positivité pour les virus grippaux dans les prélèvements faits par les médecins vigies du Réseau des GROG a été de 47% (contre 34 % en 2011/2012 et 37 % en 2010/2011), témoin de la forte circulation grippale de cet hiver. Le virus de type B a été légèrement majoritaire.

L'impact global de cette épidémie à 3 virus est supérieur à celui des deux saisons précédentes. Pendant la période épidémique, le Réseau des GROG estime à 10,2 millions le nombre de personnes ayant consulté un médecin généraliste ou un pédiatre pour une grippe (contre 3,5 millions durant la période épidémique de 2011/2012

Surveillance en Picardie

Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

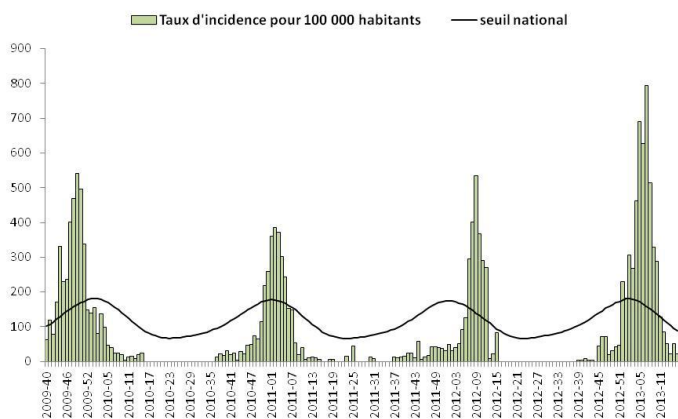
Selon le réseau unifié, l'incidence des syndromes grippaux, vus en consultation de médecine générale en Picardie, est estimée à 23 cas pour 100 000 habitants (intervalle de confiance : [0 ; 91]), en dessous du seuil épidémique national (89 cas pour 100 000 habitants).

Le seuil épidémique fixé par le réseau unifié a été franchi pendant 12 semaines en Picardie (2012-52 – 2013-11) avec un pic atteint en semaine 2013-07 (taux d'incidence : 793 cas pour 100 000 habitants). Durant ces 12 semaines, plus de 92 000 personnes auraient consulté un médecin pour syndrome grippal. Le taux d'attaque cumulé s'élève à 4 816 cas pour 100 000 habitants (intervalle de confiance : [3 863 ; 5 769]).

Le réseau unifié, regroupant davantage de médecins que le réseau Sentinelles, permet d'augmenter la précision et la fiabilité des estimations. Il convient donc de privilégier les estimations d'incidence du réseau unifié.

| Figure 5 |

Taux d'incidence des syndromes grippaux en Picardie estimé par le réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS, depuis le 28 septembre 2009.



Surveillance ambulatoire

Le nombre de syndromes grippaux diagnostiqués par les SOS Médecins de la région continue sa diminution (16 diagnostics contre 25 en semaine 2013-13) en étant conforme aux valeurs attendues et sous le seuil épidémique régional depuis maintenant 3 semaines.

| Bilan de la saison |

Les associations SOS Médecins Picardie (Amiens et Creil) ont connu un pic d'activité grippale fin janvier (semaine 2013-05, cf. Figure 6) avec 546 gripes cliniques diagnostiquées contre 388 au moment du pic épidémique de la saison 2011-2012, (+ 40 %).

L'épidémie grippale a débuté à la mi-décembre (semaine 2012-50) pour s'achever en semaine 2013-12, après 15 semaines d'épidémie ; un record de durée et d'intensité. La part d'activité grippale observée cette saison au moment du pic est supérieure à celle observée en 2011-2012 (19 % versus 15 %).

Durant les 15 semaines d'épidémie, 3628 diagnostics de gripes ont été posés (min : 63 – max : 546), 37 % des patients étaient âgés de

et 6,7 millions durant celle de 2010/2011). Toutes les tranches d'âge ont été concernées avec, comme d'habitude, un impact beaucoup plus fort chez les enfants (un enfant sur trois a été touché) et moindre chez les seniors. La période d'activité grippale a été comparable dans toutes les régions, mais son impact semble avoir été un peu moins fort dans le Nord-Ouest de la France.

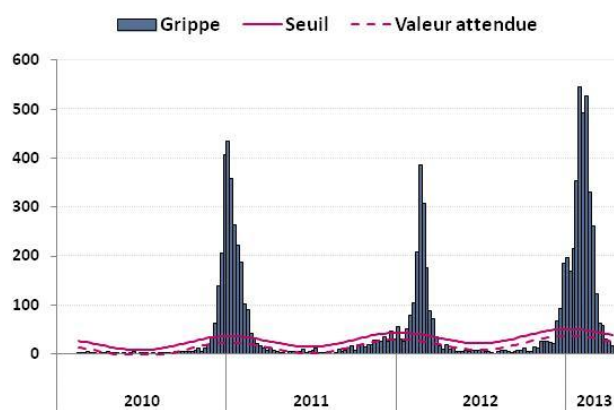
| Pour en savoir plus |

http://www.grog.org/cgi-files/db.cgi?action=bulletin_grog
<http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/>

moins de 15 ans et 3 % avaient 65 ans et plus (respectivement, 32 % et 4% pour la saison 2011-2012).

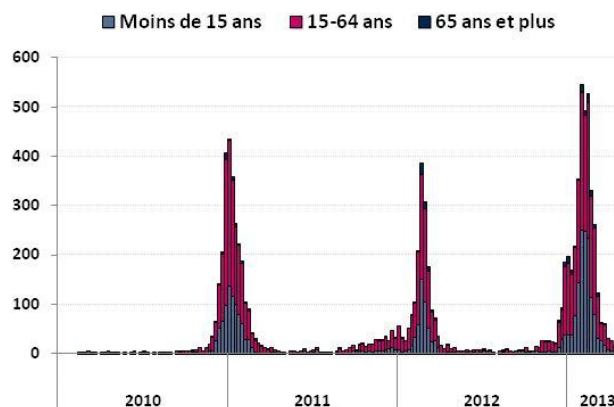
| Figure 6 |

Nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe posés par les SOS Médecins de la région Picardie, depuis le 15 février 2010 [1].



| Figure 7 |

Nombre hebdomadaire de gripes diagnostiquées par les SOS Médecins de la région Picardie selon l'âge, depuis le 15 février 2010.

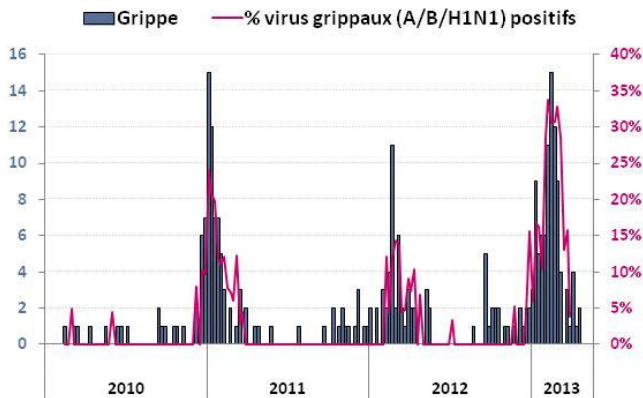


Surveillance hospitalière et virologique

Le nombre de syndromes grippaux diagnostiqués dans les SAU de Picardie participant au Réseau Oscour® reste faible ces dernières semaines (3 diagnostics ces deux dernières semaines).

| Figure 8 |

Nombre hebdomadaire de syndromes grippaux diagnostiqués dans les SAU de Picardie participant au Réseau Oscour® et pourcentage hebdomadaire de virus grippaux détectés par le laboratoire de virologie du CHU d'Amiens parmi les prélèvements effectués chez des patients hospitalisés, depuis le 15 février 2010.



| Bilan de la saison |

Contrairement à la saison 2011-2012 durant laquelle une majorité de virus de type A(H3N2) avaient circulé de façon exclusive dans la région, la saison épidémique 2012-2013 a été marquée par la co-circulation en France de 3 virus : A(H3N2), A(H1N1)_{pdm09} et B.

Parmi les 91 virus de type A isolés au laboratoire de virologie du CHU d'Amiens, 13 % étaient de sous-types A(H3N2). Aucun virus de type A(H1N1)_{pdm09} n'a été isolé, pareillement à la saison précédente (cf. Tableau ci-dessous).

| Tableau 1 |

Répartition, par type, des virus grippaux isolés durant les vagues épidémiques 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013². Données du laboratoire du CHU d'Amiens chez des patients hospitalisés, Picardie.

Virus	2010-2011		2011-2012		2012-2013	
	N	%	N	%	N	%
Type B	23	32%	0	0 %	65	42%
Type A hors A(H1N1) _{pdm09}	8	11%	28	100%	91	58%
Type A(H1N1) _{pdm09}	41	57%	0	0 %	0	0%

Surveillance des cas sévères de grippe

| Contexte |

La surveillance des cas graves de grippe admis en services de réanimation pédiatrique et adulte en France est mise en place depuis 2009. Cette surveillance régionalisée et pilotée par les Cire et l'InVS permet, à chaque saison, de suivre le nombre de cas graves et leurs caractéristiques.

Elle permet de décrire les principaux groupes à risque de développer des complications, comme les femmes enceintes et les personnes obèses (IMC>30) afin d'adapter les recommandations vaccinales et suivre l'efficacité vaccinale..Elle permet aussi de répondre en temps quasi-réel aux interrogations des décideurs locaux ou nationaux ainsi qu'à celles des professionnels de santé et du grand public concernant la gravité de l'épidémie.

En 2011, 327 cas graves de grippe avaient été signalés en France, dont 17 dans le Nord-Pas-de-Calais et 1 en Picardie.

Une rétro-information est réalisée chaque semaine dans le bulletin national spécial grippe de l'Institut de veille sanitaire et les « Points épidémiologiques » régionaux réalisés par la Cire.

| 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 France métropolitaine |

Selon les données arrêtées au 16 avril 2013, Depuis le 1er novembre 2012, date de reprise de la surveillance, 751 cas graves de grippe admis en services de réanimation ont été signalés à l'InVS. La baisse du nombre hebdomadaire de cas graves de grippe admis en réanimation se poursuit depuis la semaine 06/2013.

Les cas graves ont été majoritairement infectés par un virus de type A (68%) et 77% d'entre eux présentaient un facteur de risque. L'âge des cas s'étendait de 15 jours à 97 ans avec une médiane à 58 ans

Parmi ces cas admis en réanimation, 128 décès sont survenus : l'âge variait de 5 mois à 97 ans (médiane à 61 ans), 83% avaient un facteur de risque et 72% ont été infectés par un virus A. La létalité à 17% reste significativement inférieure à celle observée pendant la pandémie.

| En Picardie |

Trois cas graves de grippe, hospitalisés dans les services de réanimation de la région, ont été signalés depuis le début de la surveillance. Les caractéristiques de ces cas sont présentés dans le tableau 2.

Aucun nouveau cas grave de grippe hospitalisé en réanimation n'a été signalé cette semaine.

| Tableau 2 |

Caractéristiques des cas graves de grippe déclarés par les services de réanimation de Picardie*.

	Nombre	%
Nombre de cas graves hospitalisés	3	
Sortis de réanimation	1	33%
Décédés	2	67%
Encore hospitalisés en réanimation	0	0%
Sexe		
Hommes	1	33%
Femmes	2	67%
Tranches d'âge		
< 1 an	0	0%
1-14 ans	0	0%
15-39 ans	1	33%
40-64 ans	1	33%
≥ 65 ans	1	33%
Vaccination		
Personne non vaccinée	0	0%
Personne vaccinée	1	33%
Information non connue	2	67%
Facteurs de risque*		
Grossesse	1	33%
Obésité (IMC > 30)	1	33%
Personnes de 65 ans et plus	1	33%
Personnes séjournant en établissement	0	0%
Autres pathologies ciblées par la vaccination	1	33%
Aucun facteur de risque	0	0%
Tableau clinique		
SDRA	3	100%
Prise en charge*		
Ventilation non invasive	0	0%
Ventilation mécanique	2	67%
Oxygénation par membrane extra-corporelle	2	67%
Autres ventilation	0	0%
Analyse virologique (typage et sous-typage)		
A(H1N1)	1	33%
A(H3N2)	0	0%
A non sous typé	1	33%
B	1	33%
Négatif	0	0%

* Un patient peut présenter plusieurs facteurs de risque et plusieurs prises en charge.

² Durant les semaines épidémiques basées sur le seuil du réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS (cf. Tableau 1)

Surveillance en EMS

Un nouvel épisode de cas groupés d'infection respiratoire aigüe (Ira) en EMS a été signalé cette semaine à la Cellule de veille et de gestion sanitaire de l'ARS de Picardie.

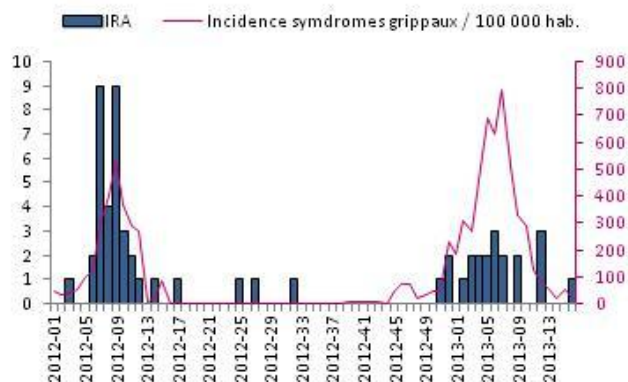
Sur la saison 2012-2013, 21 épisodes de cas groupés d'Ira ont été signalés. Le taux d'attaque moyen par épisode était de 34,9 % (min : 14,4 - max : 68,6) chez les résidents et 11,2 % (min : 0 - max : 39,1) chez le personnel soignant. Parmi les 12 épisodes ayant donné lieu à des recherches étiologiques, 5 épisodes étaient liés à un virus grippal de type A

La couverture vaccinale antigrippale des résidents (90,6 % [min - max : 78-100]) reste comparable à la saison précédente (86 %) et légèrement supérieure à celle du niveau national (83 %). La couverture vaccinale des personnels soignants demeure insuffisante (28 % [min-max : 4 - 60]).

En comparaison avec la saison 2012, l'impact de la grippe dans les collectivités de personnes âgées semble moindre (figure 9), probablement du fait d'une moindre circulation de virus A H3N2, alors que l'activité grippale dans la communauté était plus intense (cf. fig 5 et 6).

| Figure 9 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes de cas groupés d'Ira et taux d'incidence des syndromes grippaux pour 10⁵ habitants estimé par le réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS, depuis le 1^{er} janvier 2012.



Nouvelles recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) relative à l'utilisation des antiviraux en extra-hospitalier en période de grippe saisonnière

Les antiviraux ont une efficacité démontrée en traitement curatif sur la réduction du risque d'hospitalisation dans le cas de grippe saisonnière touchant des personnes à risque de complications. Toutefois, il existe un risque d'acquisition de résistance et des données récentes incitent à une utilisation raisonnée de ces antiviraux.

En période de circulation des virus de la grippe saisonnière, le HCSP recommande donc une utilisation ciblée des antiviraux en population générale et dans les collectivités de personnes à risque aussi bien en traitement curatif qu'en post-exposition.

L'efficacité du traitement étant corrélée à la précocité de son administration, celui-ci doit être initié le plus rapidement possible, sans attendre le résultat du test de confirmation virologique du diagnostic s'il a été réalisé.

Le HCSP rappelle également l'importance de la vaccination grippale saisonnière pour les populations ciblées par les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur.

Le HCSP ne recommande pas l'utilisation des antiviraux en curatif ou en post-exposition chez les personnes sans facteur de risque de complications grippales graves.

| Pour en savoir plus |

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=297>

Nouvelle instruction N°DGS/R11/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées.

La prévention des Ira dans les collectivités de personnes âgées est une priorité de santé publique, du fait de leur fréquence, du risque épidémique dans les structures d'hébergement et de la fragilité des résidents.

Les nouvelles recommandations du HCSP préconisent un renforcement de la surveillance tout au long de l'année dans les établissements hébergeant des personnes âgées, afin de détecter précocement les cas d'Ira et de mettre en place rapidement des mesures de contrôle, pour éviter ou réduire les foyers épidémiques naissants.

Les mesures de contrôle consistent au renforcement des mesures d'hygiène « standard » notamment par la mise en place précoce, dès l'apparition du premier cas, des mesures de type « gouttelettes ». Des mesures spécifiques (chimioprophylaxie antivirale) peuvent compléter les mesures standards si l'étiologie grippale est confirmée.

Les recommandations proposent donc une stratégie diagnostique en fonction de la période de circulation des virus grippaux. Les infections virales occupent une part importante et probablement sous-évaluée par l'absence de recherche spécifique. En l'absence de diagnostic microbiologique, la prescription d'antibiotiques est fréquente et le plus souvent inadaptée. Il est également souligné l'intérêt de récupérer les résultats des analyses effectuées chez les résidents hospitalisés pour renseigner l'étiologie des cas groupés.

Enfin, le signalement d'un foyer de cas groupés doit se faire à l'Agence régionale de santé qui proposera une vérification de la mise en place des mesures de contrôle, dès lors que le critère de signalement est présent : **survenue d'au moins 5 cas d'Ira dans un délai de quatre jours parmi les résidents.**

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36294.pdf

Surveillance en France métropolitaine

Réseau Sentinelles

D'après le réseau Sentinelles, en semaine 2013-16, l'incidence des cas de diarrhée aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimée à 176 cas pour 10⁵ habitants, au dessus du seuil épidémique (170 cas pour 10⁵ habitants) depuis quatre semaines.

| Pour en savoir plus |

<http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/>

Surveillance ambulatoire

Après la légère hausse du nombre de gastro-entérites aiguës diagnostiqués par les SOS Médecins de Picardie en semaine 2013-14, le nombre de diagnostics est en baisse cette semaine (124 diagnostics contre 175 en semaine 2013-15 ; - 29%), bien en dessous du seuil épidémique régional (seuil : 207).

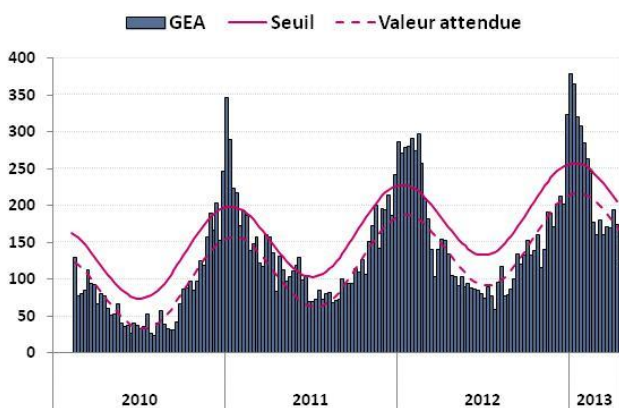
| Bilan de la saison |

Selon les données SOS médecins, l'épidémie de gastro-entérites aiguës en Picardie aura duré 7 semaines (semaine 2012-52 à 2013-06). Cette saison épidémique aura été de deux semaines plus courte que la précédente (semaine 2011-52 à 2012-08), plus intense avec un nombre moyen de 321 diagnostics (min : 264 – max : 379) contre 276 (min : 242 – max : 298) durant la saison 2011-2012.

En 7 semaines d'épidémie, 2247 diagnostics de GEA ont été posés (contre 2482 en 2011-2012). Le pic épidémique a été atteint en semaine 2013-01 avec 379 diagnostics. La part d'activité au moment du pic était 14 % ; la part d'activité maximal était de 17 %, en semaine 2013-04.

| Figure 10 |

Nombre hebdomadaire de GEA diagnostiquées par les SOS Médecins de Picardie, depuis le 15 février 2010 [1].



Surveillance en EMS

Aucun épisode de cas groupés de GEA en EMS n'a été signalé à l'ARS de Picardie ces deux dernières semaines.

La circulation de rotavirus et l'incidence des GEA en population générale est en augmentation ces trois dernières semaines. La vigilance et le maintien des mesures de prévention dans les collectivités hébergeant des personnes fragiles restent d'actualité.

Au total, depuis novembre 2012 (semaine 2012-47), 36 épisodes de GEA touchant des EMS – résidents et personnels soignants – ont été signalés à la CVGS. Le taux d'attaque moyen chez les résidents était de 35 % (min : 10 % ; max : 60 %). Le taux d'attaque moyen chez les personnels soignants était de 10 % (min : 0 – max : 37).

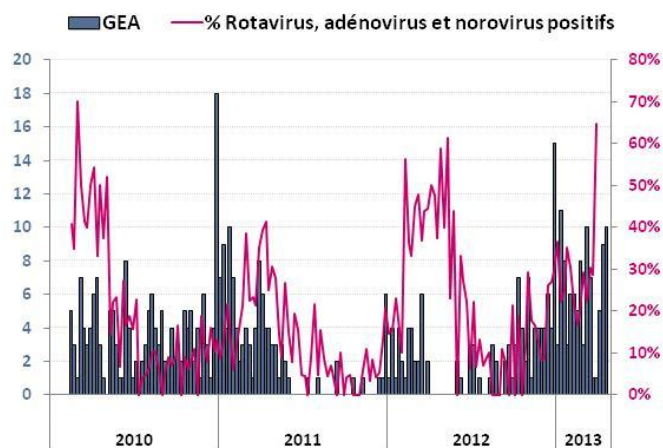
Surveillance hospitalière et virologique

Le nombre de gastro-entérites aiguës diagnostiquées dans les SAU de Picardie participant au Réseau Oscour® est en hausse ces trois dernières semaines (respectivement 5, 9 et 10 diagnostics contre 1 en semaine 2013-13).

Données virologiques indisponibles cette semaine mais circulation active de rotavirus ces dernières semaines.

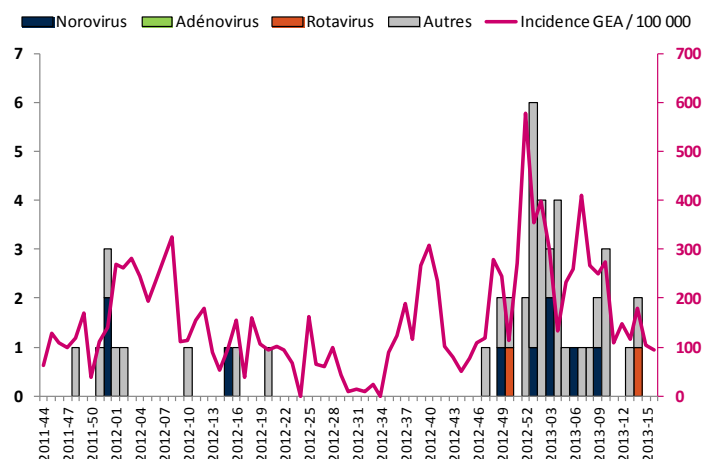
| Figure 11 |

Nombre hebdomadaire de GEA diagnostiquées dans les SAU de la région participant au Réseau Oscour® depuis le 15 février 2010.



| Figure 12 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes de GEA signalés dans les EMS de la région et incidence des GEA communautaires estimées par le réseau Sentinelles.



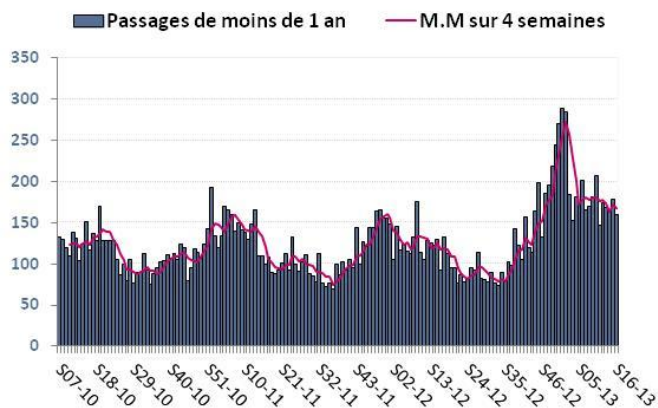
Surveillance dans le département de l'Aisne

Le nombre de passages aux urgences de nourrissons de moins de 1 an est globalement stable ces 4 dernières semaines (entre 160 et 178 passages hebdomadaires).

Après la forte augmentation des passages durant la saison hivernale, notamment dû à l'épidémie de bronchiolites, les passages des nourrissons de moins de 1 an ont nettement diminué en restant globalement stables depuis. On observe toutefois un nombre de passages moyen supérieur à celui des années précédentes à la même période.

| Figure 13 |

Evolution des passages de moins de 1 an dans les services d'urgences du département de l'Aisne [2].

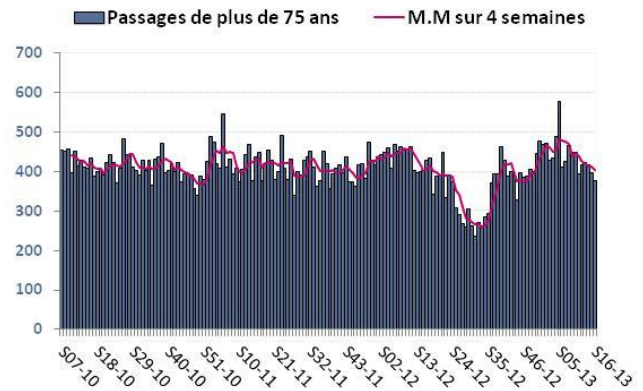


Les passages de plus de 75 ans sont stables ces quatre dernières semaines (entre 397 et 424).

On observe globalement une diminution des passages aux urgences des plus de 75 ans depuis la semaine 2013-05, où un pic de 578 passages avait été constaté.

| Figure 14 |

Evolution des passages de plus de 75 ans dans les services d'urgences du département de l'Aisne [2].

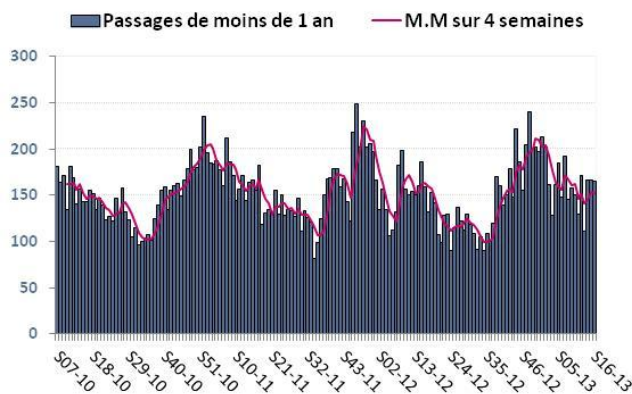


Surveillance dans le département de l'Oise

En nette hausse la semaine 2013-14, les passages aux urgences de nourrissons de moins de 1 an sont stables ces 3 dernières semaines (respectivement, 167, 166 et 165 passage). Cependant, il est à noter que le nombre de passage des dernières semaines reste supérieur à l'année précédente à la même période.

| Figure 15 |

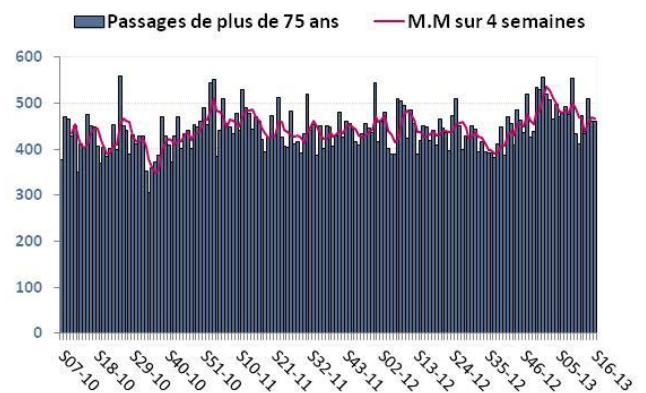
Evolution des passages de moins de 1 an dans les services d'urgences du département de l'Oise [2].



Les passages aux urgences de patients de plus de 75 ans sont stables ces deux dernières semaines avec 461 passages.

| Figure 16 |

Evolution des passages de plus de 75 ans dans les services d'urgences du département de l'Oise [2].

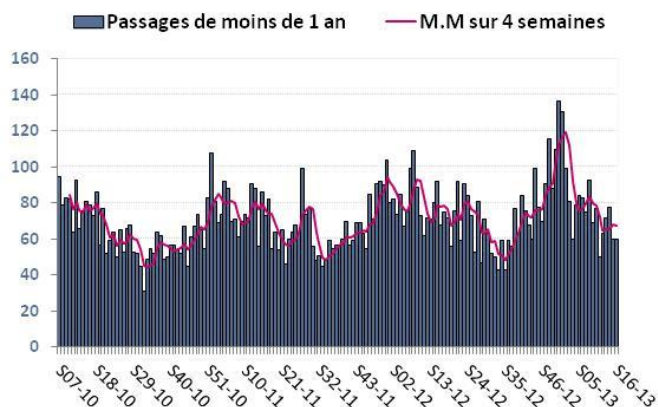


Surveillance dans le département de la Somme

Les passages aux urgences de nourrissons de moins de 1 an sont stables ces deux dernières semaines avec 60 passages *versus* 72 en semaine 2013-14).

| Figure 17 |

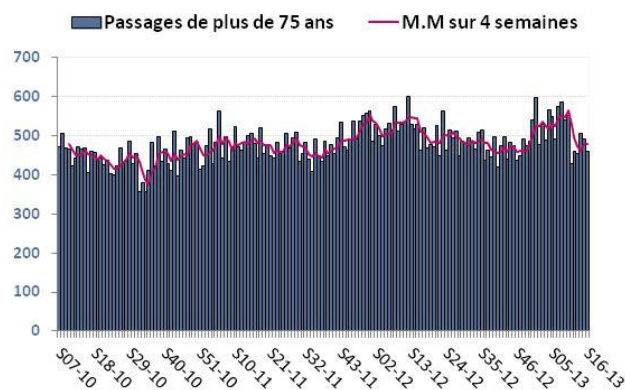
Evolution des passages de moins de 1 an dans les services d'urgences du département de la Somme [2].



Le nombre de passages aux urgences de patients de plus de 75 ans est globalement stable ces dernières semaines (460 passages contre 492 en semaine 2013-15).

| Figure 18 |

Evolution des passages de plus de 75 ans dans les services d'urgences du département de la Somme [2].



| Surveillance non spécifique : décès de plus de 75 ans et plus de 85 ans | [Retour au résumé](#)

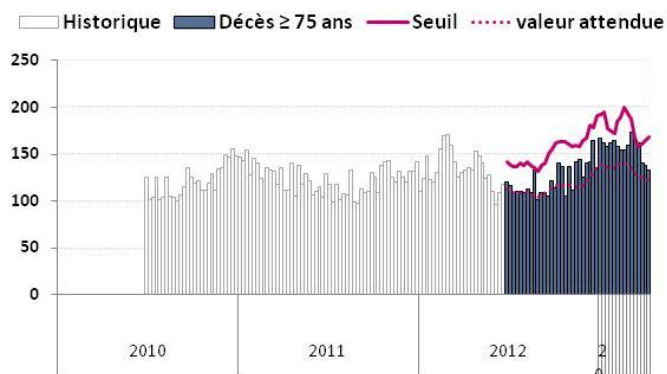
Décès des plus de 75 ans et plus de 85 ans

Du fait des délais d'enregistrement, les décès sont intégrés jusqu'à la semaine S-1. Afin de limiter les fluctuations dues aux faibles effectifs, les données de mortalité sont présentées pour l'ensemble de la région Picardie.

Les décès de personnes âgées de plus de 75 ans sont restés stables les trois dernières, après avoir entamé une baisse en semaine 2013-13 (respectivement, 141, 138 et 133 décès contre 162 en semaine 2013-12), en dessous du seuil d'alerte (seuil : 169).

| Figure 19 |

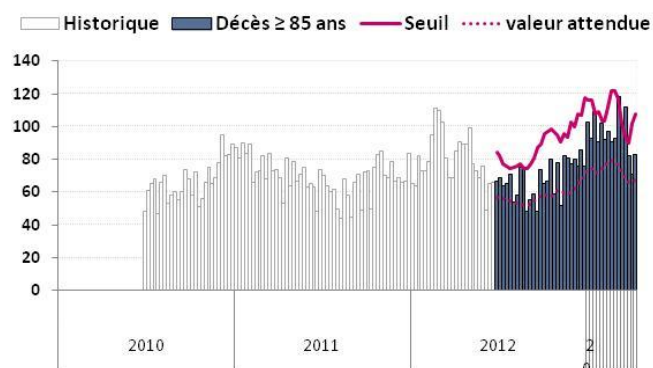
Evolution du nombre de décès de personnes âgées de plus de 75 ans recensés par les services d'Etat-civil informatisés de Picardie.



Après la forte hausse des décès des plus de 85 ans et le franchissement des seuils d'alerte deux semaines consécutives (semaines 2013-11 et 2013-12), une nette diminution s'est amorcée en semaine 13, en restant globalement stables depuis (83 décès en semaine 2013-15), en dessous du seuil d'alerte statistique (seuil : 108).

| Figure 20 |

Evolution du nombre de décès de personnes âgées de plus de 85 ans recensés par les services d'Etat-civil informatisés de Picardie.



| Méthodes d'analyse utilisées |

[1]Seuil épidémique : méthode de *Serfling*

Le seuil épidémique hebdomadaire est calculé via un modèle de régression périodique (*Serfling*). Ainsi, la valeur du seuil est déterminée par l'intervalle de confiance unilatéral à 95 % de la valeur attendue, déterminée à partir des données historiques. Le dépassement deux semaines consécutives du seuil d'alerte est considéré comme un signal statistique.

[2]Tendance : méthode des *moyennes mobiles*

Les moyennes mobiles permettent d'analyser les séries temporelles en supprimant les fluctuations transitoires afin de souligner les tendances à plus long terme, ici les tendances mensuelles (moyenne mobile sur quatre semaines). Elles sont dites mobiles car calculées uniquement sur un sous-ensemble de valeurs modifié à chaque temps t. Ainsi pour la semaine S la moyenne mobile est calculée comme la moyenne arithmétique des valeurs observées des semaines S-4 à S-1.

[3]Seuil d'alerte : méthode des *limites historiques*

Le seuil d'alerte hebdomadaire est calculé par la méthode des « limites historiques ». Ainsi la valeur de la semaine S est comparée à un seuil défini par la limite à trois écarts-types du nombre moyen de décès observés de S-1 à S+1 durant les saisons 2004-05 à 2011-12 à l'exclusion de la saison 2006-07 pour laquelle une surmortalité a été observée durant la saison estivale du fait de la vague de chaleur (une saison étant définie par la période comprise entre la semaine 26 et la semaine 25 de l'année suivante). Le dépassement, deux semaines consécutives, du seuil d'alerte est considéré comme un signal statistique.

Les données historiques correspondent aux données transmises par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).

Ce seuil d'alerte est actualisé avec les nouvelles données historiques chaque semaine 26 (dernière semaine de juin).

| Acronymes |

ARS : Agence régionale de santé

CIRE : Cellule de l'InVS en région

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CVGS : Cellule de veille et de gestion sanitaire

DO : déclaration obligatoire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GEA : gastro-entérite aiguë

IIM : infection invasive à méningocoque

IN : infection nosocomiale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de veille sanitaire

SAU : service d'accueil des urgences

SRVA : serveur régional de veille et d'alerte (*Veille Sanitaire Picardie*)

TIAC : toxi-infection alimentaire collective

| Remerciement à nos partenaires |

Aux équipes de veille sanitaire de l'ARS de Picardie, aux médecins des associations SOS Médecins, aux services hospitaliers (Samu, urgences, services d'hospitalisations en particulier, les services d'infectiologie et de réanimation), ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.



Directeur de la publication

Dr Françoise Weber
Directrice Générale de l'InVS

Comité de rédaction

Coordonnateur

Dr Pascal Chaud

Epidémiologistes

Audrey Andrieu
Alexis Balicco
Sylvie Haeghebaert
Christophe Heyman
Magali Lainé
Hélène Prouvost
Hélène Sarter
Caroline Vanbockstaël
Dr Karine Wyndels

Secrétariat

Véronique Allard
Grégory Bargibant

Diffusion

Cire Nord
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE

Tél. : 03.62.72.87.44
Fax : 03.20.86.02.38
Astreinte: 06.72.00.08.97
Mail : ARS-NPDC-CIRE@ars.sante.fr