

L'Institut de veille sanitaire est en charge de la surveillance épidémiologique et de la validation du classement des cas possibles d'une infection à des agents infectieux émergents en France. Dans ce cadre, il est en charge des liens avec les autorités nationales et internationales et s'appuie sur un réseau territorial constitué par les cellules de l'InVS en région (Cire), qui relayent au niveau régional les missions de l'InVS. Regroupées avec les Cire au sein des plateformes de veille régionales, les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de la mise en œuvre des mesures de contrôle autour des cas.

I. MERS-CoV

• Contexte

Depuis la découverte en septembre 2012 du nouveau coronavirus (Middle East Respiratory Syndrome coronavirus, MERS-CoV) en Arabie Saoudite, identifié chez deux patients qui avaient présenté une pneumopathie sévère, une surveillance a été mise en place sous la coordination de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

Au 30 avril 2014 (données les plus récentes), cette surveillance a permis d'identifier 261 cas dans le monde dont 93 sont décédés. Par ailleurs, 156 cas et 30 décès ont été rapportés par les autorités saoudiennes et non encore notifiés à l'OMS. Le bilan mondial s'élèverait donc à 417 cas et 123 décès. Seuls les pays de la péninsule arabique ont rapporté des cas autochtones. Les cas identifiés dans d'autres pays sont tous des cas qui ont été exposés dans la péninsule arabique ou des cas secondaires à ces cas importés. Cela témoigne que le foyer de transmission reste à ce jour localisé dans la péninsule arabique¹.

En France, deux patients infectés par le MERS-CoV ont été identifiés, en mai 2013. Le premier patient avait effectué un séjour touristique aux Emirats Arabes Unis dans les 14 jours précédant les signes cliniques. Les investigations menées autour de ce patient ont permis d'identifier, parmi ses contacts, un autre cas de MERS-CoV².

Les virus de la famille des coronavirus sont nombreux et variés. Ils peuvent infecter l'homme et les animaux. Chez l'homme, les symptômes sont variables. Des coronavirus peuvent provoquer des infections respiratoires bénignes et d'autres des infections respiratoires sévères. Le nouveau coronavirus identifié en septembre 2012 est relativement proche du coronavirus humain du Sras (syndrome respiratoire aigu sévère), identifié en 2003, qui avait provoqué une épidémie mondiale. L'infection à MERS-CoV se manifeste le plus souvent par une fièvre et des signes respiratoires pouvant se compliquer par un syndrome de détresse respiratoire aiguë. La période d'incubation est actuellement estimée à 14 jours maximum¹.

• Signalement

Dans la situation actuelle, les cliniciens prenant en charge un patient et suspectant un cas possible d'infection au MERS-CoV doivent toujours **signaler ces situations**, par téléphone au point focal régional de l'ARS (**02 32 18 31 69**) pour validation de la classification du cas possible d'infection à MERS-CoV par la Cire. Ce signalement permettra notamment de préciser l'existence de personnes co-exposées ou de contacts étroits à investiguer. Le clinicien signalera ces situations également :

- au directeur de l'établissement de santé concerné ;
- au laboratoire de microbiologie référent (organisation de la gestion des prélèvements) ;
- à l'équipe opérationnelle d'hygiène (mise en place des précautions d'hygiène) ;
- aux référents en infectiologie ;
- au(x) médecin(s) traitant(s).

Pour la gestion et la prévention des infections à MERS-CoV, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a publié un avis relatif à la gestion et à la prévention des infections à MERS-CoV ([avis du HCSP du 28 juin 2013](#)). Les modalités de prise en charge des sujets contacts asymptomatiques et paucisymptomatiques de cas confirmés d'infections à MERS-CoV sont précisées dans l'[avis du HCSP du 30 octobre 2013](#).

II. Fièvre hémorragique virale (FHV) à Ebola

• Contexte

Les autorités sanitaires de la République de Guinée ont confirmé le 21 mars 2014 l'existence d'une épidémie d'infections par le virus Ebola sur leur territoire national. Le suivi de l'épidémie fait état d'une probable extension en Sierra Leone et au Libéria².

A la date du 31 mai 2014, le bilan provisoire était de 291 cas suspects de fièvre hémorragique virale en République de Guinée (172 ont fait l'objet d'une confirmation biologique), dont 193 personnes sont décédées (létalité 66%). En Guinée, l'épicentre de l'épidémie se situe dans le district de Guekedou. Cinquante trois cas (40 confirmés) ont par ailleurs été identifiés dans la capitale (Conakry) et 27 sont décédés. Au Libéria, pays frontalier de la République de Guinée, 13 cas suspects (6 confirmés) ont été recensés dont 12 sont décédés ; des personnes parmi les cas revenaient de Guinée où elles avaient assisté à des funérailles. Cinquante cas suspects, dont 6 décédés, sont par ailleurs en cours d'investigation dans la région de Sierra Leone frontalière de la République de Guinée (14 confirmés pour le moment). Le CNR a identifié une souche de virus présentant des homologies avec la souche EBOLA ZAIRE. C'est la première fois que le virus Ebola est décrit et rapporté en Guinée. Le risque de survenue en France d'un cas importé de FHV Ebola, contaminé au cours de cette épidémie, est très faible mais ne peut pas être complètement exclu².

• Signalement

Les suspicions de FHV sont à déclaration obligatoire en France et la suspicion clinique est le seul critère de signalement. Tout signalement de cas suspect reçu par une ARS doit être transmis à l'InVS à l'aide de la fiche de déclaration obligatoire.

Toute fièvre supérieure à 38,5°C doit être considérée comme suspecte et la personne doit se signaler au Centre 15. Lors d'une suspicion de FHV à Ebola, une investigation est immédiatement mise en place au niveau régional, coordonnée par la Cire, afin de recueillir les informations nécessaires pour le classement du cas. Dans le même temps, le médecin hospitalier signalant, en lien avec son infectiologue référent, réalise une évaluation clinique, en considérant tous les diagnostics différentiels.

Pour tout patient suspect de FHV Ebola, seule une concertation entre le clinicien impliqué dans la prise en charge du patient, l'infectiologue référent, le microbiologiste, l'hygiéniste et l'épidémiologiste de l'InVS, en lien avec le CNR, doit conclure au classement en « cas possible ». Le cas possible est transféré vers l'hôpital référent de la zone de défense, en suivant les procédures de précaution et d'isolement nécessaires, et le CNR FHV est informé par l'hôpital prenant en charge le patient afin d'organiser l'envoi des échantillons cliniques. Les conditions de prise en charge ainsi que les précautions à prendre sont décrites dans l'[avis du HCSP du 10 avril 2014](#).

III. Actualités

La saison estivale est propice aux départs à l'étranger (vacances, visites de la famille...). Les professionnels de santé doivent être sensibilisés à une augmentation éventuelle de cas suspects de FHV à Ebola et de MERS-CoV. De plus, cette année, le ramadan se déroulera du 28 juin au 28 juillet 2014 et le petit pèlerinage à la Mecque (*Omra*) a lieu durant celui-ci. Ces éléments imposent une vigilance renforcée internationale.

Pour en savoir plus:

- ¹ <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau-coronavirus-MERS-CoV/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-coronavirus-MERS-CoV--Point-au-30-avril-2014>
- ² <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Fievre-hemorragique-virale-FHV-a-virus-Ebola/Fievre-hemorragique-virale-FHV-a-virus-Ebola-Point-de-situation-au-10-juin-2014>

VEILLE INFO



Cire Normandie

Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie

Veille Info n°33 - Juin 2014

Suivi des indicateurs d'activité des services d'urgences et des Samu en Haute-Normandie

Période du 01/03/14 au 31/05/14

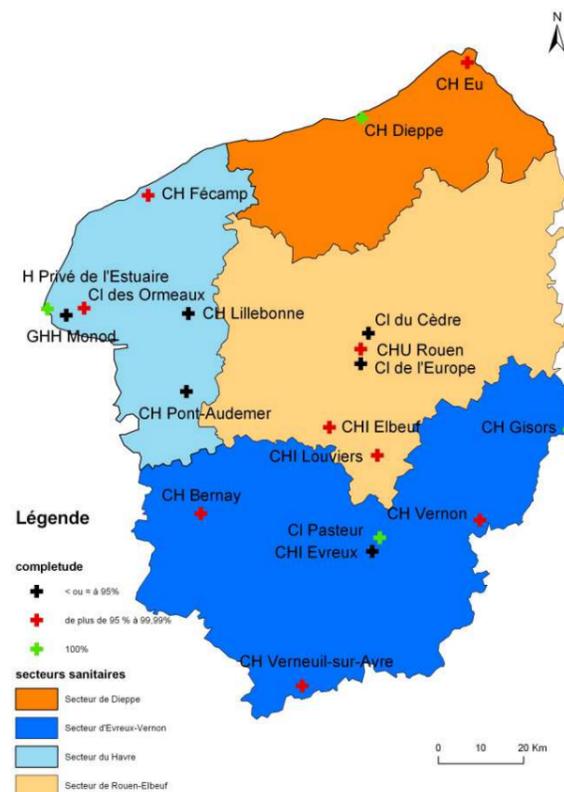
Source de données SRVA

Les données présentées dans ce document (pages 1 à 3) sont issues du serveur régional de veille et d'alerte (SRVA), alimenté par l'ensemble des structures d'urgence de la région. La Cire Normandie exploite uniquement les données relatives au nombre de passages totaux et par classe d'âge (< 1 an et > 75 ans) et au nombre d'hospitalisations suite à des passages dans les structures d'urgence (tab 1). Ces données permettent uniquement un suivi quantitatif de l'activité des structures d'urgence concernées et ne permettent pas de qualifier les motifs de recours aux structures d'urgence.

| Complétude des données et activité déclarée par les services sur la période du 01/03/14 au 31/05/14 |

Le niveau de complétude des données transmises par les structures d'urgence pour la période du 01/03/14 au 31/05/14 était de 95,1%. Sur cette même période, la complétude était comprise entre 63% et 100% selon les établissements (fig 1).

Fig 1. Carte de complétude des données transmises par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/03/14 au 31/05/14 (source : SRVA de Haute-Normandie).



Tab 1. Activité déclarée par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/03/14 au 31/05/14 (source : SRVA de Haute-Normandie).

Etablissements	Primo passage	< 1 an	> 75 ans	Hospit
CH DIEPPE	8 903	259	1 362	3 036
CHEU	4 344	89	241	348
Total Territoire de Dieppe	13 247	348	1 603	3 384
CH BERNAY	4 835	24	758	1 278
CH EVREUX - CHI EURE-SEINE	13 365	747	1 163	2 133
CH GISORS	4 268	42	508	880
CH VERNEUIL-SUR-AVRE	3 184	23	269	395
CH VERNON - CHI EURE-SEINE	5 441	50	662	1 098
CL CHIRURGICALE PASTEUR - EVREUX	4 750	4	248	525
Total Territoire Evreux - Vernon	35 843	890	3 608	6 309
CH FECAMP	5 222	117	683	1 264
CH LILLEBONNE	4 448	2	19	21
CH PONT-AUDEMER	2 838	11	291	297
CL LES ORMEAUX-VAUBAN - LE HAVRE	5 783	41	385	630
H PRIVE DE L'ESTUAIRE - LE HAVRE	6 661	36	698	1 407
H JACQUES MONOD POSU - CH LE HAVRE	8 539	1 280	0	1 067
H JACQUES MONOD SAU - CH LE HAVRE	9 982	0	1 841	2 304
Total Territoire Le Havre	43 473	1 487	3 917	6 990
CH LES FEUGRAIS - CHI ELBEUF	13 673	635	1 421	3 079
CH LOUVIERS - CHI ELBEUF	3 614	45	237	248
CL DU CEDRE - BOIS-GUILLAUME	3 578	1	283	290
H CHARLES NICOLLE POSU - CHU ROUEN	9 344	1 620	0	1 712
H CHARLES NICOLLE SAU - CHU ROUEN + SAINT JULIEN	23 132	0	4 515	11 480
POLYCLINIQUE DE L'EUROPE - ROUEN	8 901	8	531	490
Total Territoire Rouen - Elbeuf	62 242	2 309	6 987	17 299
Total Haute-Normandie	154 805	5 034	16 115	33 982

Suivi du nombre de primo-passages et d'hospitalisations dans les structures d'urgence, période du 01/03/14 au 31/05/14

Fig 2. Nombre de primo-passages quotidiens et d'hospitalisations dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (2012 à 2014, période du 01/03 au 31/05).

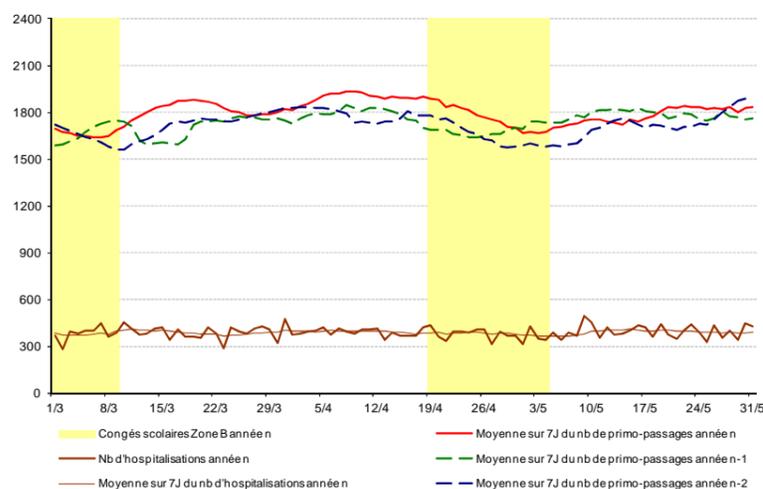


Fig 3. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2013 et 2014, période du 01/03 au 31/05.

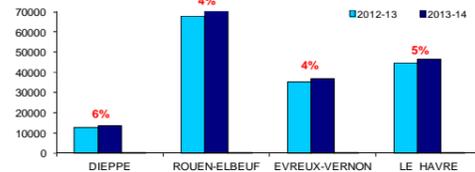
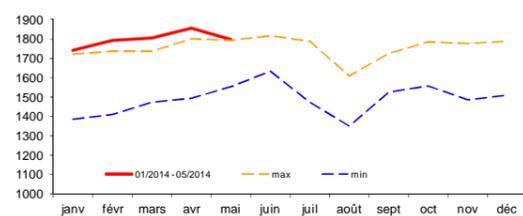


Fig 4. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2013.



Suivi du nombre de primo-passages concernant les moins de 1 an, période du 01/03/14 au 31/05/14

Fig 8. Evolution du nombre de primo-passages quotidiens des moins de 1 an dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (2012 à 2014, période du 01/03 au 31/05).

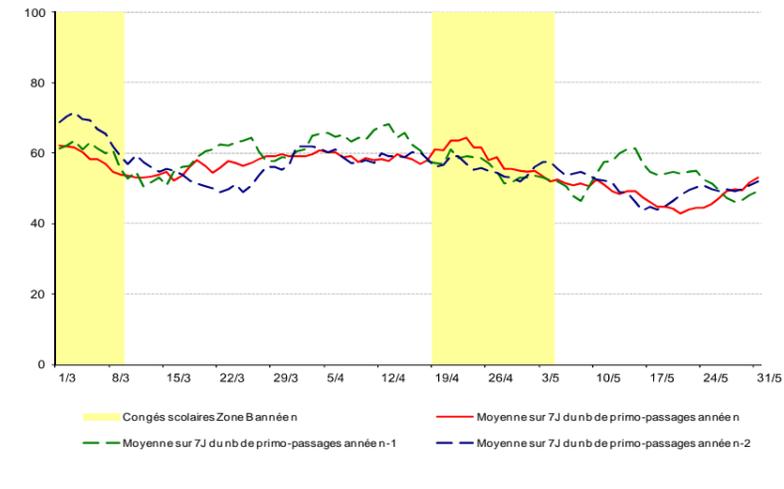


Fig 9. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2013 et 2014, période du 01/03 au 31/05.

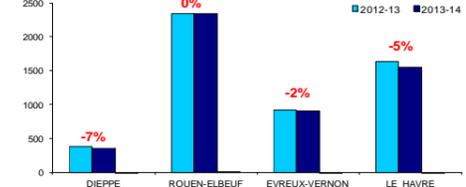
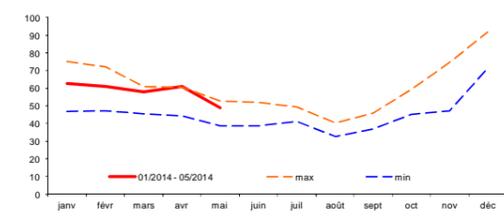


Fig 10. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2013.



Sur la période du 01/03/14 au 31/05/14, le nombre de primo-passages quotidiens enregistrés par les structures d'urgence de Haute-Normandie a été supérieur à celui observé en 2012 et 2013 à la même période, en pourcentage (respectivement +6% et +4% sur la totalité de la période) et en nombre (respectivement 8 840 et 7 021 passages en plus). Sur cette même période, le nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences est resté constant sur la période d'observation (fig 2). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens a dépassé les valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2013 pour les mois de mars et avril 2014 et s'est situé au niveau des valeurs maximales pour le mois de mai 2014 (fig 4). L'activité des structures d'urgence des quatre territoires de santé (Dieppe, Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon et Le Havre) a augmenté en pourcentage (de 4% à 6%) par rapport à celle observée en 2013 sur la même période, le territoire de Rouen-Elbeuf étant celui pour lequel l'augmentation en nombre de passages a été la plus importante (2751 passages supplémentaires) (fig 3).

Sur la période du 01/03/14 au 31/05/14, le nombre de primo-passages quotidiens chez les moins de 1 an a été globalement équivalent en pourcentage à celui observé en 2012 et 2013 à mois équivalents (respectivement -2% et +2%) (fig 8). Sur cette même période, l'activité s'est située au niveau des valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2013 (fig 10). Considérant l'activité des structures d'urgence par territoires de santé, les territoires de Dieppe, Evreux-Vernon et Le Havre ont présenté une diminution en pourcentage de l'activité des structures d'urgence (de -2% à -7% par rapport à l'activité observée en 2013 sur la même période). Le territoire de santé du Havre est celui pour lequel la diminution en nombre de passages a été la plus importante (83 passages de moins par rapport à la même période en 2013). L'activité des structures d'urgence du territoire de santé de Rouen-Elbeuf pour cette catégorie d'âge est restée stable par rapport à celle observée en 2013 à mois équivalents (fig 9).

Suivi du nombre de primo-passages concernant les plus de 75 ans, période du 01/03/14 au 31/05/14

Fig 5. Nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (2012 à 2014, période du 01/03 au 31/05).

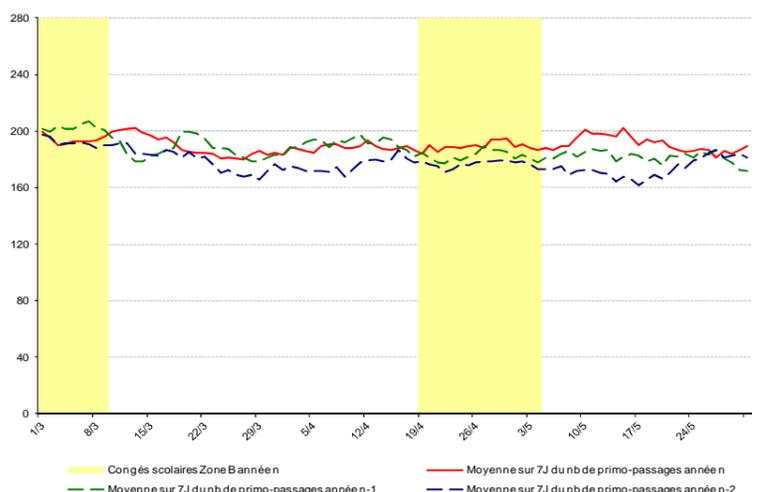


Fig 6. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2013 et 2014, période du 01/03 au 31/05.

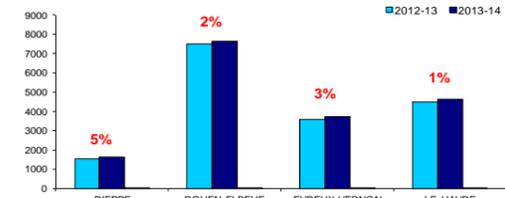
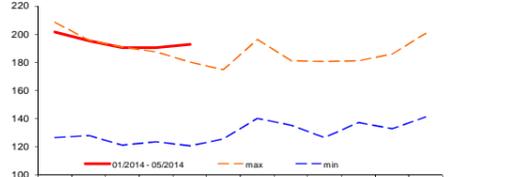


Fig 7. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2013.



Suivi de l'activité des Samu, période du 01/03/14 au 31/05/14

Fig 11. Nombre d'affaires traitées par les Samu de Haute-Normandie (2012 à 2014, période du 01/03 au 31/05).

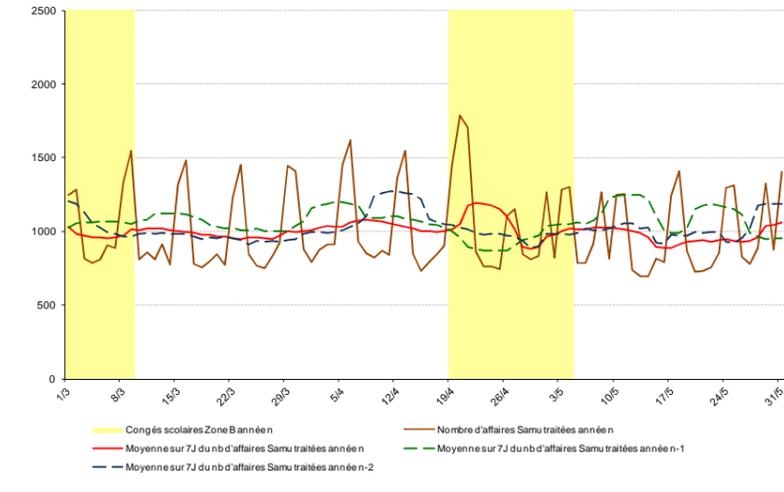


Fig 12. Variation (en %) de l'activité Samu entre 2013 et 2014, période du 01/03 au 31/05.

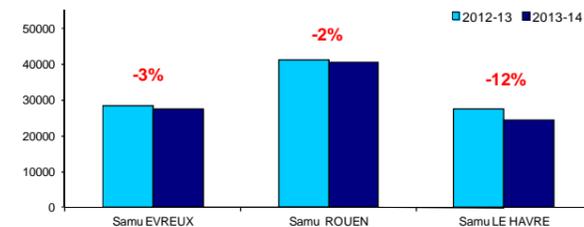
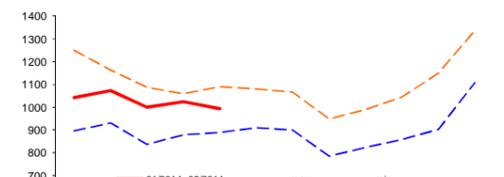


Fig 13. Nombre moyen d'affaires traitées quotidiennes par mois par les trois Samu de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2013.



Considérant l'ensemble de la période du 01/03/14 au 31/05/14, le nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans a été supérieur à celui observé en 2012 et 2013 sur la même période, en pourcentage (respectivement +7% et +3%) et en nombre (respectivement 1314 et 468 passages en plus) (fig 5). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens s'est situé à hauteur des valeurs maximales observées à la même période au cours des années 2006 à 2013 pour les mois de mars et avril et a dépassé les maxima observés pour le mois de mai 2014 (fig 7). Les données des 4 territoires de santé ont affiché une légère augmentation de l'activité de leurs structures d'urgence par rapport à celles enregistrées en 2013 sur la même période. Le territoire de santé de Dieppe est celui qui a présenté l'augmentation en pourcentage la plus importante (+5%), celui du Havre étant celui pour lequel l'augmentation en nombre de passages a été la plus importante (+164 passages par rapport à la même période en 2013) (fig 6).

Sur la période du 01/03/14 au 31/05/14, le nombre total quotidien d'affaires traitées par les 3 Samu de Haute-Normandie (n=92 530) a été inférieur à celui enregistré sur la même période en 2013 (4 829 passages de moins) mais supérieur à celui enregistré en 2012 (3 142 passages de plus), correspondant respectivement à une variation d'activité de -5% et +3% sur la totalité de la période (fig 11). Le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement pour les mois de mars à mai 2014 est resté dans l'intervalle des valeurs observées à mois équivalent au cours des années 2006 à 2013 (fig 13). Le Samu du Havre est celui qui a enregistré la diminution d'activité en nombre (3 310 affaires de moins) et en pourcentage (-12%) la plus importante par rapport à celle observée à mois équivalents en 2013 (fig 12).

Définition des termes utilisés

Complétude : nombre de jours où les indicateurs sont renseignés sur le serveur de l'ARH rapporté au nombre de jours de la période. **Données corrigées** : dans les graphiques ci-contre, les données manquantes pour certains hôpitaux sont remplacées par la moyenne des quatre jours identiques précédents (exemple : 4 mercredis). Ceci permet d'éliminer les artéfacts liés aux données manquantes. **Hospitalisation** : la somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD en provenance des structures d'urgence. **Taux d'hospitalisation** : le taux d'hospitalisation est le rapport de la somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD sur le nombre de passages aux urgences. **UHCD** : Unité d'hospitalisation de courte durée.