

VEILLE HEBDO

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR / CORSE

Point n°2013-19 publié le 10 mai 2013

Période analysée : du vendredi 3 au jeudi 9 mai 2013*

| ACTUALITES |

NOUVEAU CORONAVIRUS

Une surveillance a été mise en place par l'InVS en octobre 2012 afin de détecter les cas suspects d'être infectés par le nouveau coronavirus.

Le 7 mai 2013, le **1^{er} cas confirmé d'infection respiratoire aigüe à nouveau coronavirus (nCoV) diagnostiqué en France** a été signalé à l'InVS par le CNR des virus Influenzae de l'Institut Pasteur.

Plus d'informations en [page 2](#).

GRIPPE AVIAIRE A(H5N1) - A(H7N9)

Une surveillance spécifique a été mise en place en 2004 en France pour identifier au plus vite les cas possibles de grippe aviaire à virus A(H5N1), assurer leur prise en charge rapide et s'assurer qu'il n'y a pas eu de transmission humaine à partir de ces cas. Elle a été adaptée en 2013 à la surveillance de grippe aviaire à virus A(H7N9).

Plus d'informations en [page 3](#).

| CHIKUNGUNYA, DENGUE |

La surveillance renforcée du Chikungunya et de la Dengue a démarré le 1^{er} mai 2013 dans les départements d'implantation du vecteur en métropole. Pour les régions Paca et Corse, cette surveillance concerne les départements des Alpes de Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var, Vaucluse, Corse du Sud et Haute-Corse.

Les modalités de cette surveillance ont été modifiées cette année.

Tous les **cas suspects de chikungunya et dengue importés** (ayant séjourné dans une zone de transmission connue de ces virus dans les 15 jours précédant la date de début des symptômes) doivent

- être signalés par les médecins et les biologistes à la plateforme de veille sanitaire de l'ARS sans attendre confirmation biologique,
- faire l'objet d'une demande de confirmation biologique (les prélèvements sanguins sont adressés au CNR des arbovirus avec la fiche de signalement accéléré).

Les **cas suspects de chikungunya et dengue autochtones** (n'ayant pas séjourné dans une zone de transmission connue de ces virus dans les 15 jours précédant la date de début des symptômes)

- font l'objet d'une demande de confirmation biologique classique,
- les prélèvements avec résultats positifs sont adressés au CNR des arbovirus.

Plus d'infos sur le dispositif en [page 4](#).

| SNS - Synthèse sur la période analysée |

SAMU	PACA	CORSE
Total affaires	→	↗
Transports médicalisés	→	→
Transports non médicalisés	→	→
URGENCES		
Total passages	↑	↑
Passages moins de 1 an	→	→
Passages 75 ans et plus	→	→
SOS MEDECINS		
Total consultation	→	→
Consultations moins de 2 ans	→	→
Consultations 75 ans et plus	↗	→

Ensemble des résultats détaillés par département, et part des non résidents, en [page 5](#).

L'analyse des données de **mortalité toutes causes** est présentée en [page 6](#).

| ORAGES |

Point hebdomadaire des signalements en [page 7](#).

* Les semaines présentées dans le Veille-Hebdo sont des semaines décalées (du vendredi au jeudi), à l'exception des données du RUSMG et du réseau Sentinelles qui sont des semaines calendaires.

Contexte

Un nouveau coronavirus (nCoV) a été identifié en Arabie saoudite en septembre 2012, chez deux patients qui avaient présenté une pneumopathie sévère. Suite à cette découverte, une surveillance a été mise en place sous la coordination de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'European centre for disease prevention and control (ECDC) afin de détecter d'autres cas éventuels.

Le 7 mai 2013, un cas d'infection respiratoire aiguë à nCoV a été signalé à l'InVS par le Centre national de référence des virus Influenzae de l'Institut Pasteur. **Il s'agit du premier et seul cas confirmé en France à ce jour.** Ce patient a été hospitalisé à la suite d'un séjour aux Emirats-Arabs-Unis. Il est actuellement hospitalisé en réanimation et placé en isolement.

Au 8 mai 2013, 31 cas confirmés d'infections respiratoires liées au nCoV ont été identifiés dans le monde, dont 18 sont décédés. La majorité des cas ont été diagnostiqués dans la péninsule arabique et 7 en Europe (4 en Angleterre, 2 Allemagne et maintenant 1 en France). Deux cas, rapportés par les autorités sanitaires britanniques, n'avaient pas voyagé dans les pays à risque. Ils avaient été en contact avec le même cas confirmé. Ces éléments suggèrent très fortement l'existence d'une **transmission interhumaine de l'infection.**

Plus d'informations sur les sites Internet suivants : [OMS](#), [ECDC](#) et [InVS](#) (point au 8 mai).

Surveillance des infections liées au nouveau coronavirus

L'objectif de la surveillance en France est d'assurer la détection précoce des cas d'infection à nouveau coronavirus pour :

- une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée du malade,
- une confirmation virologique, avec caractérisation précise, permettant le suivi de l'évolution du virus,
- l'alerte précoce des autorités sanitaires,
- la recherche active des personnes ayant partagé la même exposition,
- La recherche active de transmission interhumaine.

Tout cas suspect d'être contaminé par le nouveau coronavirus, doit faire l'objet d'un signalement à l'ARS.

A ce jour, **2 cas suspects ont été signalés à l'ARS Paca. Aucun ne répondait à la définition de cas** (encadré ci-dessous).

Les modalités pratiques de cette surveillance sont données sur le [site Internet de l'InVS](#) (point au 8 mai).

Définitions de cas

Cas possible :

- Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les zones exposées (liste ci-dessous), qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté : des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou d'infection du parenchyme pulmonaire, incluant une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et de la toux, sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie ;
- Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e symptomatique).

Cas confirmé :

Cas avec prélèvements respiratoires indiquant la présence du nouveau coronavirus.

Liste des pays : Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yémen.

Contexte

Début avril, les autorités chinoises ont informé l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de l'identification, depuis la mi-février, de plusieurs cas confirmés de grippe A(H7N9).

Au 6 mai (BHI n°398), le bilan s'élevait à 128 cas dont 24 décès (3 nouveaux cas et 7 nouveaux décès depuis le 29 avril). La létalité est estimée à 24 %.

Au total, 10 provinces sont touchées ainsi que Taiwan.

Aucun cas importé n'a été recensé à ce jour sur le territoire français.

C'est la première fois que cette souche de virus grippal d'origine aviaire est identifiée chez les êtres humains. Les investigations sont en cours pour identifier l'origine de ces contaminations et évaluer les risques potentiels de ce nouveau virus. Pour l'instant, aucun lien épidémiologique entre les cas n'a été démontré et il n'y a pas de preuve de transmission interhumaine.

Des mesures de contrôle ont été prises sur les marchés et zoos des provinces et municipalités concernées.

A ce jour, les autorités sanitaires internationales n'ont pas émis de restrictions ni de recommandations spécifiques en matière de voyages vers ou au retour de la Chine. Les recommandations d'hygiène de base sont efficaces pour prévenir la transmission de ces virus grippaux.

Plus d'informations sur les sites Internet suivants : [OMS](#), [ECDC](#), [Ministère de la santé](#) et [InVS](#).

Surveillance des infections liées aux virus aviaires A(H5N1) et A(H7N9)

L'objectif de la surveillance en France est d'assurer la détection précoce des cas de grippe aviaire pour :

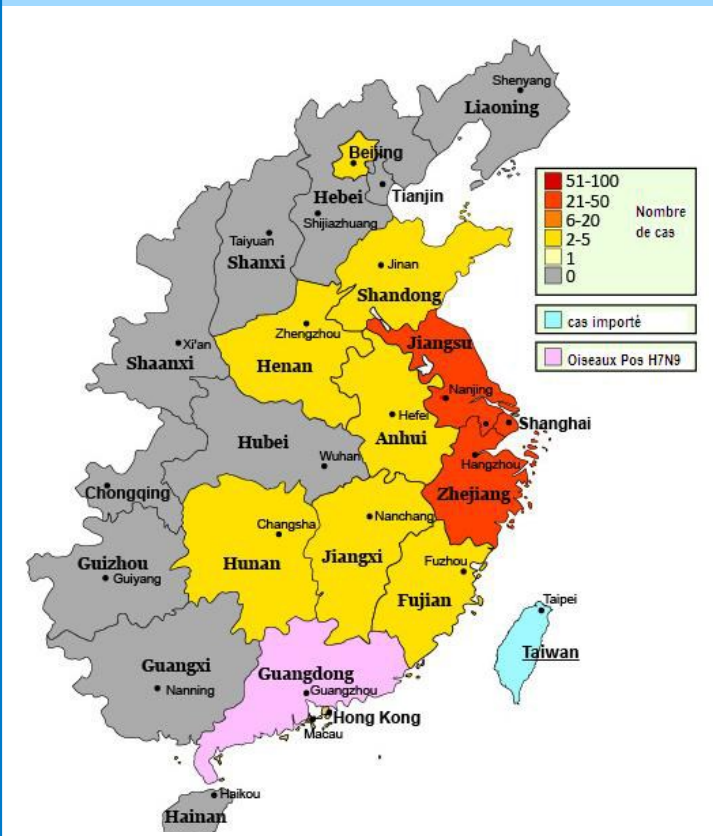
- une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée du malade,
- une confirmation virologique, avec caractérisation précise, permettant le suivi de l'évolution du virus,
- l'alerte précoce des autorités sanitaires,
- la recherche active des personnes ayant partagé la même exposition,
- La recherche active de transmission interhumaine.

Tout cas suspect d'être contaminé par un virus aviaire, doit faire l'objet d'un signalement à l'ARS.

A ce jour, **aucun cas possible** (encadré ci-dessous) **n'a été signalé dans l'inter région.**

Les modalités pratiques de cette surveillance sont données sur le [site Internet de l'InVS](#).

Chine, provinces affectées par le virus A(H7N9) humain au 6 mai 2013
Source : InVS - [Bulletin Hebdomadaire International N°398](#)



Définitions de cas

Cas possible :

- Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les zones exposées (liste ci-dessous), qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté : des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë grave (nécessitant une hospitalisation), sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie ;
- Les personnes co-exposées, définies comme celles ayant séjourné dans les zones exposées avec un cas possible ou confirmé qui présentent une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant l'exposition ;
- Tout contact étroit d'un cas possible ou confirmé, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).

Cas confirmé :

Cas avec prélèvements respiratoires indiquant la présence du virus aviaire A(H7N9) ou A(H5N1).

Liste des pays pour le Virus A(H7N9) : Chine.

Liste des pays pour le Virus A(H5N1) : Bangladesh, Cambodge, Chine (dont Tibet), Egypte, Indonésie, Laos, Myanmar, Vietnam, Russie (Provinces entre la mer Noire et la mer Caspienne : de Volgograd aux frontières du Caucase et Kraï de Primorsk à l'extrême sud-est de la Russie), Iran (Province du Mazandaran), Népal, Hong-Kong, Bhoutan, Inde.

Contexte

Le « moustique tigre », dont le nom scientifique est *Aedes albopictus*, est un moustique originaire d'Asie implanté depuis de nombreuses années dans les départements français de l'Océan Indien. En métropole, ce moustique s'est implanté durablement et développé de manière significative dans les départements :

- des Alpes-Maritimes depuis 2004,
- de Haute-Corse en 2006,
- de Corse du Sud et du Var en 2007,
- des Alpes-de-Haute-Provence et des Bouches-du-Rhône en 2010,
- du Gard, de l'Hérault et du Vaucluse fin 2011,
- du Lot-et-Garonne en 2012, puis en fin de saison dans les Pyrénées-Orientales, l'Aude, la Haute-Garonne, la Drôme, l'Ardeche, l'Isère et le Rhône.

Il a également été détecté en 2012 en Gironde, Pyrénées-Atlantiques, Aveyron, Saône-et-Loire, Ain, Savoie et Haute-Savoie.

Ce moustique, particulièrement agressif et nuisant, peut, dans certaines conditions, transmettre des maladies telles que la dengue ou le chikungunya.

En 2010, les territoires des départements français d'Amérique ont connu une épidémie de dengue de grande ampleur. De nombreux cas d'arbovirose importés ont été identifiés en métropole, et en particulier dans des zones où ce moustique potentiellement vecteur est implanté. La survenue de deux cas autochtones de dengue à Nice, puis de deux cas autochtones de chikungunya à Fréjus a concrétisé cette menace. Le déclenchement des mesures prévues de contrôle de la dissémination a permis de limiter la diffusion de ces arboviroses et de démontrer la pertinence du dispositif de contrôle mis en place depuis 2006.

Bien que la dengue et le chikungunya ne soient pas endémiques en métropole, le risque épidémique ne peut être écarté. Le risque que des voyageurs, provenant de zones d'endémie et présentant une de ces pathologies, puissent introduire le virus est particulièrement élevé dans les lieux et durant les périodes de l'année où le moustique vecteur *Aedes albopictus* est présent et actif.

Des épidémies ont également sévi en Guyane et à Madère en fin de saison 2012 sans apparition de cas autochtones en métropole. L'épidémie de dengue survenue en 2012 à Madère (Portugal), seulement 7 ans après l'introduction du moustique vecteur *Aedes aegypti*, illustre bien le risque épidémique en présence d'un moustique vecteur.

Pour limiter le risque d'importation et d'implantation des maladies vectorielles en métropole, le ministère chargé de la santé a élaboré un plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue dès mars 2006. Ce plan prévoit de renforcer la surveillance entomologique et épidémiologique pour prévenir et évaluer les risques de dissémination, renforcer la lutte contre les moustiques vecteurs, informer et mobiliser la population et les professionnels de santé et développer la recherche et les connaissances.

Dispositif de surveillance des cas humains

La surveillance du chikungunya et de la dengue repose sur 3 composantes :

- **La déclaration obligatoire (DO) des cas confirmés** de dengue et de chikungunya avec signalement immédiat à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS;
- **Un dispositif régional de surveillance renforcée**, mis en œuvre dans les départements d'implantation du vecteur, au cours de la période d'activité du moustique (**du 1^{er} mai au 30 novembre**). Il repose sur le signalement immédiat des **cas suspects importés** de dengue et de chikungunya à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS par les médecins cliniciens et les laboratoires. Ce signalement à l'ARS est couplé à la confirmation accélérée du diagnostic par le Centre national de référence des arbovirus (CNR). Ce signalement permet la mise en place de mesures de démoustication au domicile et de protection individuelle autour du cas afin d'éviter la transmission de la maladie à d'autres personnes.

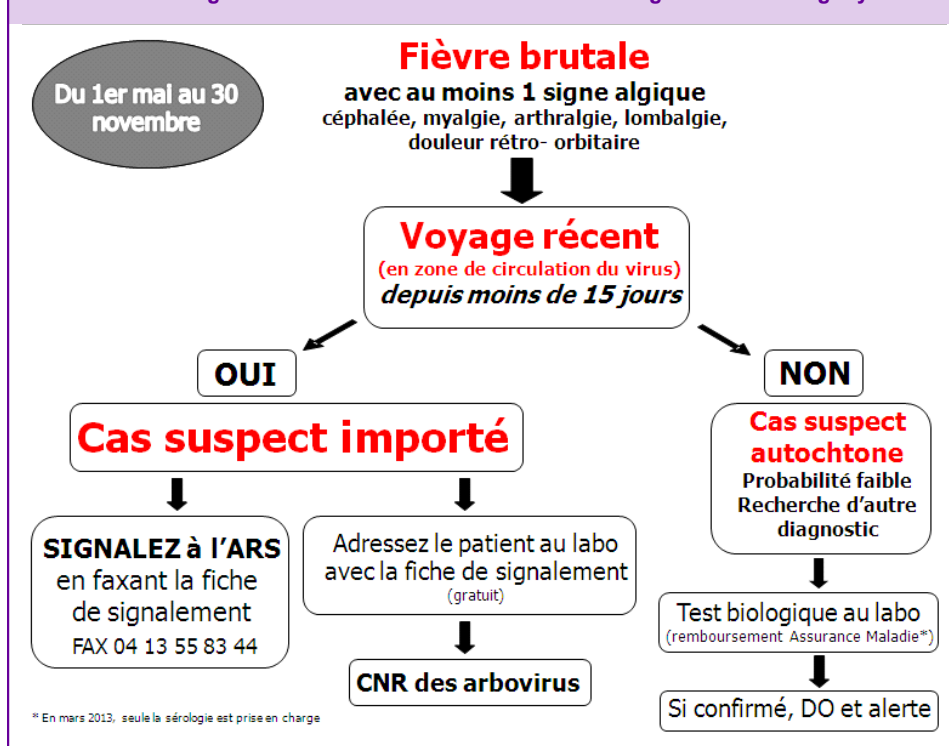
En 2013, le signalement des cas suspects autochtones ne rentre plus dans ce dispositif (voir circuit).

- En complément de ce dispositif, l'InVS assure une **collecte quotidienne des diagnostics positifs de dengue et de chikungunya auprès de laboratoires** réalisant ces diagnostics, dans les départements ciblés et relaie l'information aux ARS et Cire concernées.

Des informations actualisées sont disponibles sur le site de l'ARS Paca :

[Surveillance du chikungunya et de la dengue](#)

Circuit de signalement et de notification des cas de dengue et de chikungunya



| SNS - PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITE SUIVIS |

Période analysée : du vendredi 3 au jeudi 9 mai 2013

Source des données / Indicateur	04	05	06	13	83	84	2A	2B
SAMU / Total d'affaires	→	→	→	→	↗	↗	→	↑
SAMU / Transports médicalisés	→	→	→	→	→	→	→	↗
SAMU / Transports non médicalisés	→	→	→	→	→	→	→	↑
SERVICES DES URGENCES* / Total de passages	→	→	↑	↗	↑	↑	↑	↗
SERVICES DES URGENCES* / Passages d'enfants de moins de 1 an	NI	NI	→	→	→	→	NI	NI
SERVICES DES URGENCES* / Passages de personnes de 75 ans et plus	→	→	→	↘	→	→	→	↗
SERVICES DES URGENCES* / Hospitalisations après un passage aux urgences	→	→	→	→	→	→	→	→
SOS MEDECINS / Total consultations			↗	→	→	→	→	
SOS MEDECINS / Consultations d'enfants de moins de 2 ans			↗	↗	→	→	↑	
SOS MEDECINS / Consultations d'enfants de moins de 15 ans			→	→	→	→	→	
SOS MEDECINS / Consultations de personnes de 75 ans et plus			↑	↗	→	→	→	
SDIS - BMP / Total sorties pour secours à personne				→				
SDIS - BMP / Sorties pour affections médicales à domicile				→				

→ Pas de tendance particulière

↗ Tendance à la hausse (+2σ)

↘ Tendance à la baisse (-2σ)

↑ Forte hausse (+3σ)

↘ Forte baisse (-3σ)

ND : Donnée non disponible

NI : Donnée non interprétable en raison des faibles effectifs

* établissements sentinelles (51 établissements sur l'inter région) / Informations sur la [méthode d'interprétation](#) en dernière page

| SNS - ESTIMATION DE LA PART DES NON-RESIDENTS - PACA |

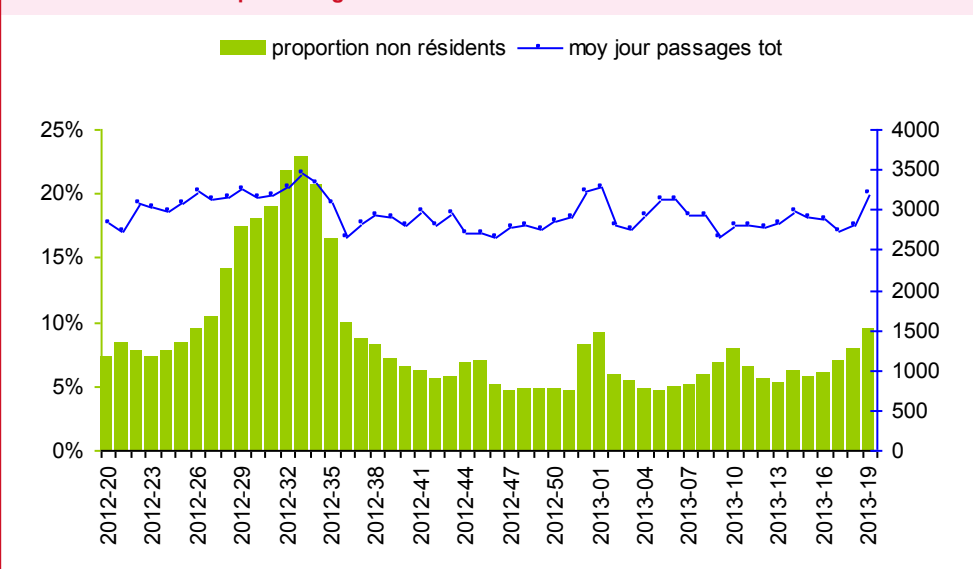
Introduction - Les régions Paca et Corse sont des régions très touristiques. Certains départements voient leur population tripler à certains moments de l'année. Les activités suivies dans le cadre de la surveillance non spécifique sont impactées par le tourisme. Afin de faciliter l'analyse de ces données et l'interprétation des tendances observées, il est important de connaître les variations de la population présente dans l'inter région. Pour cela, à défaut de données récentes sur la mobilité touristique et la population présente, la Cire a souhaité, à titre expérimental, mesurer et suivre au travers des résumés de passages aux urgences (RPU), la part des passages de personnes ne résidant pas dans l'inter région.

Méthodologie - L'étude est pour l'instant limitée à la région Paca. Pour la Corse, les services des urgences ont intégré le réseau Oscour® récemment. Les données RPU de ces 2 établissements seront analysées prochainement. L'étude en Paca est basée sur les 34 services des urgences fournissant des RPU en routine depuis plus d'un an. La part de passages aux urgences des personnes ne résidant pas dans la région Paca est calculée à partir des codes postaux de résidence présents dans les RPU.

Résultats - Comme le montre la figure ci-contre, la part des passages aux urgences de personnes ne résidant pas dans la région Paca est de l'ordre de 5 % tout au long de l'année, et peut atteindre les 20 % en plein été.

La proportion de passages aux urgences des personnes résidant habituellement hors de la région Paca est de 9,4 % cette semaine.

Proportion hebdomadaire de passages aux urgences de personnes ne résidant habituellement pas en région Paca sur les 52 dernières semaines



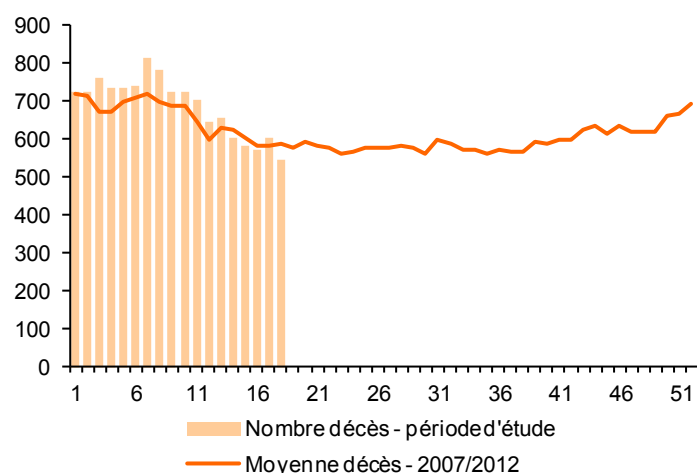
Résumé des observations depuis le 1^{er} janvier 2013

Paca - L'analyse des évolutions de la mortalité à partir des données fournies par l'Insee jusqu'à ce jour montre une légère augmentation de la mortalité observée en janvier, février et mars 2013, respectivement +5,7 %, +8,4 % et +6,4 % par rapport à la période de référence (2007-2012). Si cette évolution modérée de la mortalité concerne principalement les personnes de 85 ans ou plus, elle a été aussi observée chez les moins de 15 ans au mois de janvier et chez les 15-29 ans au mois de mars.

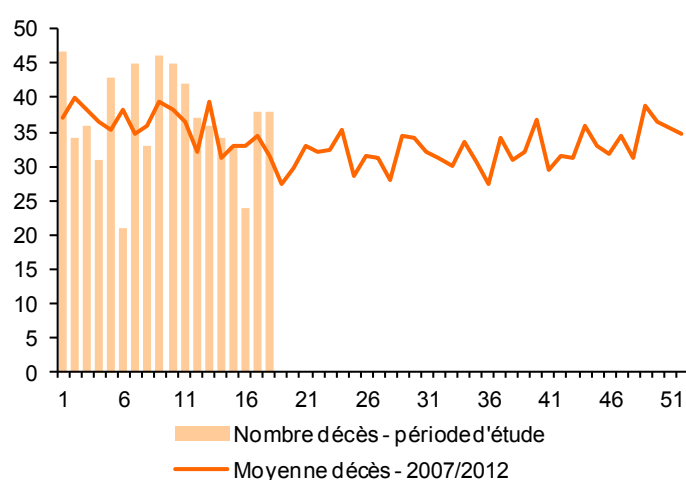
Corse - Cette même analyse menée sur la Corse montre une légère augmentation de la mortalité en mars, après une mortalité en février inférieure à celle attendue. Les tendances sont cependant difficiles à mesurer en raison des effectifs observés.

Analyse basée sur les 30 communes sentinelles de l'interrégion représentant environ 70 % de l'ensemble des décès.

Comparaison par semaine des décès enregistrés en 2013 et du nombre de décès attendus calculés sur les années 2007 à 2012, Paca



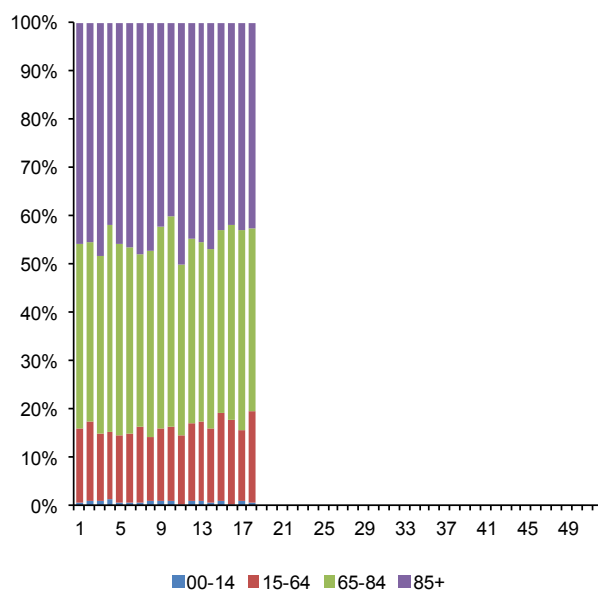
Comparaison par semaine des décès enregistrés en 2013 et du nombre de décès attendus calculés sur les années 2007 à 2012, Corse



Les données de la semaine en cours ne sont pas présentées car trop incomplètes

Mois	Région Paca			Région Corse		
	Réf *	2013 **	Diff ***	Réf *	2013 **	Diff ***
Janvier	3 081	3 256	5,7%	167	166	-0,6%
Février	2 829	3 066	8,4%	145	140	-3,2%
Mars	2 861	3 044	6,4%	165	183	10,7%
Avril	2 565	2 519	-1,8%	139	142	2,4%
Mai	2 588			136		
Juin	2 450			138		
Juillet	2 555			141		
Août	2 568			138		
septembre	2 441			136		
octobre	2 689			144		
Novembre	2 679			142		
Décembre	2 910			160		

Evolution hebdomadaire de la répartition des décès par classes d'âge, 2013, Paca



* Réf : valeur attendue correspondant à la moyenne des décès enregistrés sur les années 2007 à 2012 sur des périodes équivalentes.

** 2013 : nombre de décès enregistrés en 2013.

*** Diff : pourcentage de variation (augmentation ou diminution du nombre de décès observés par rapport au nombre de décès attendus).

| Signalements enregistrés dans ORAGES |

La veille sanitaire est menée au sein des Agences régionales de santé (ARS) via les plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaires à partir de signaux transmis par leurs partenaires et les signaux issus des systèmes de surveillance.

Le nécessaire partage en temps réel des signaux et des informations relatives à leur traitement entre les différents professionnels au sein des plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaires requiert la mise en place d'outils de partage d'informations.

Les ARS Paca et Corse se sont dotées d'un système d'information régional partagé, dénommé Orages (Outil de recueil, d'analyse et de gestion des événements sanitaires), dédié à l'enregistrement et au traitement des signalements et alertes sanitaires survenant sur leur territoire.

Les principaux objectifs d'un tel système sont de :

- permettre l'enregistrement et la traçabilité des signaux sanitaires ;
- partager en temps réel au niveau régional les informations relatives aux signaux sanitaires (réception, validation, évaluation et gestion) ;
- faciliter la rétro information des acteurs de la veille sanitaire.

Le tableau ci-dessous présente les différents signaux enregistrés dans l'application sur les régions Paca et Corse sur les 5 dernières semaines et pour le cumul des semaines précédentes depuis dé-

but 2012. Les MDO « tuberculose », « VIH », « Hépatite B » ne sont pas consignées dans ORAGES en raison d'outils spécifiques de suivi de ces maladies. L'utilisation de l'outil pour les signaux environnementaux est pour l'instant limitée.

Seuls les signaux validés sont présentés dans le tableau.

Les signaux présentés dans ce tableau ne sont pas uniquement des signaux notifiés dans les régions Paca et Corse. Il peut s'agir de signalements d'autres régions qui ont demandé une intervention des services de l'ARS Paca ou de l'ARS Corse (vérification d'expositions pour la légionellose, recherche de contacts pour un cas d'IIM...).

Récapitulatif des signalements par type et par semaine de signalement sur les 5 dernières semaines en Paca et en Corse
(dernière interrogation de la base le 10 mai 2013 à 12:00)

	Total 2012		2013 Total semaines antérieures		2013-15		2013-16		2013-17		2013-18		2013-19	
	P A C A	C O R S E	P A C A	C O R S E	P A C A	C O R S E	P A C A	C O R S E	P A C A	C O R S E	P A C A	C O R S E	P A C A	C O R S E
Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	50	1	25	1	3	0	1	0	1	0	0	0	1	0
Infections invasives à méningocoques	34	3	10	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0
Légionellose	174	3	31	0	1	0	0	0	7	0	1	0	1	0
Listériose	21	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	50	0	18	0	3	0	10	0	9	0	3	0	5	0
Toxi-infection alimentaire collective	101	2	15	3	1	0	3	0	2	0	0	0	0	0
Epidémies de GEA	55	0	54	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidémies d'IRA	86	0	21	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Episodes de Gale	36	3	14	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre(s) infectieux	71	30	32	7	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Autre(s) signaux	97	7	97	4	4	2	4	1	7	0	1	0	2	0

En juin 2005, la Cire Sud a mis en place pour les régions Paca et Corse un **système de surveillance non spécifique basé sur un réseau pérenne de partenaires**. Ce système constitue le socle de la veille sanitaire régionale, adaptable à toutes situations particulières comme notamment lors des plans canicule (2005 à 2012), durant la coupe du monde de rugby à Marseille (2007) et lors d'épidémies hivernales (grippe, bronchiolite, GEA...).

Des **indicateurs de mortalité, de morbidité et d'activité**, collectés par les partenaires du système sont **analysés au quotidien**. Le noyau commun à tous les départements est constitué par les principaux états civils et hôpitaux (en particulier les services des urgences et les Samu).

Les **objectifs** du dispositif sont :

- d'identifier précocement des événements sanitaires pouvant nécessiter une réponse adaptée ;
- de fédérer autour de ce système de surveillance un réseau de partenaires pérenne ;
- de participer à tout système de surveillance spécifique mise en place dans le cadre de plans, d'événements exceptionnels ou lors d'épidémies.

Méthode d'interprétation

Les résultats de la surveillance présentés dans les tableaux sont issus d'une méthode statistique appelée « **cartes de contrôle pour données individuelles** ». Les seuils sont définis à partir de l'activité moyenne et la moyenne des différences d'activité des 12 semaines précédentes. Un intervalle est alors estimé pour cette moyenne dont les bornes constituent les seuils utilisés. Pour chaque indicateur, la valeur moyenne quotidienne de la semaine analysée est comparée aux valeurs seuils définies (seuils à 2 et 3 écarts-types).

D'autres outils complémentaires ont été développés par la Cire afin de faciliter l'interprétation des données de la surveillance.

Site Internet de l'ARS Paca : [Veille sanitaire](#)

Liste des services des urgences produisant des RPU codés et analysés dans le cadre du suivi des épidémies hivernales : Arles, Avignon (2 services), Briançon, Brignoles, Cannes, Carpentras, Digne, Draguignan, Embrun, Fréjus, Gap, Grasse, Hyères, Manosque, Marseille (APHM (5 services), Beauregard), Martigues, Nice (St Roch et Lenval), Orange, Pertuis, Saint-Laurent-du-Var (IAT), Saint-Tropez, Salon, la Seyne/Mer, Sisteron, Toulon (St Musse et HIA St Anne), Valréas, Bastia, Porto-Vecchio

La Cire Sud remercie vivement tous les partenaires pour leur collaboration et le temps consacré à ces surveillances :

Etats civils des régions Paca et Corse.

Régie municipale des pompes funèbres de Marseille.

Samu des régions Paca et Corse.

Etablissements de santé des régions Paca et Corse.

Etablissements médicaux -sociaux des régions Paca et Corse.

SOS Médecins de Cannes, Nice, Marseille, Aix-en-Provence, Gardanne-Trets, Toulon-Fréjus, Avignon, Ajaccio.

SDIS des régions Paca et Corse et **Bataillon des marins pompiers** de Marseille.

RUSMG Paca et Corse

ARBAM Paca

ARLIN Paca

ARS Paca et Corse

InVS

ORU Paca

Professionnels de santé, cliniciens et LABM des régions Paca et Corse

CNR arbovirus (IRBA-Marseille)

EID-méditerranée

CAPTIV de Marseille

Laboratoire de virologie AP-HM

SCHS de Paca et Corse

Si vous désirez recevoir par mail VEILLE HEBDO, merci d'envoyer un message à ars-paca-cire-veille@ars.sante.fr

Diffusion

ARS Paca - Cire Sud
132 boulevard de Paris,
CS 50039,
13331 Marseille Cedex 03
☎ 04 13 55 81 01
☎ 04 13 55 83 47
ars-paca-cire-veille@ars.sante.fr