



INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE



VEILLE HEBDO

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR / CORSE

Point n°2014-42 publié le 16 octobre 2014

Période analysée : du vendredi 10 au mercredi 15 octobre 2014*

| CHIKUNGUNYA, DENGUE |

Depuis le début de la surveillance renforcée, dans les 7 départements des régions Paca et Corse colonisés par *Aedes albopictus*, **584 cas suspects ont été signalés**.

Parmi ces cas, **133 cas de chikungunya, 51 cas de dengue et 1 co-infection ont été confirmés. Tous étaient importés à l'exception de 4 cas de dengue autochtone : 2 dans le Var et 2 dans les Bouches-du-Rhône.**

Les services de lutte anti-vectorielle ont effectué autour des cas suspects importés 164 prospections entomologiques dont 60 traitements adulecticides.

Le 4^{ème} cas autochtone a été confirmé vendredi 3 octobre. Si les 3 premiers n'étaient pas liés, ce 4^{ème} cas est voisin du précédent cas de dengue autochtone domicilié à Aubagne (Bouches-du-Rhône). La contamination de ce nouveau cas est antérieure à la démoustication réalisée dans le quartier le 20 septembre.

Suite à la détection de ce foyer de cas autochtones, le département des Bouches-du-Rhône a été placé en niveau 3 du plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue.

Plus d'infos sur le dispositif en [page 2](#). Plus d'informations sur les cas autochtones en [page 3](#).

| WEST-NILE, TOSCANA |

Depuis le 1^{er} juin, dans les régions Paca et Corse, 34 cas ont été signalés dont 21 répondent à la définition de cas suspects (forme clinique neuro-invasive fébrile avec âge >15 ans).

Aucun cas confirmé d'infection à virus West-Nile n'a été détecté.

Trois cas de Toscana ont été confirmés : 1 en Corse et 2 dans les Bouches-du-Rhône. Deux des 3 cas ne répondaient pas à la définition de cas.

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

| ASTHME |

En semaine 42, la proportion de passages aux urgences pour asthme est toujours élevée en Paca. Cette hausse est observée depuis la semaine 38.

| FHV à virus EBOLA |

La plus importante épidémie liée au virus Ebola sévit actuellement en Afrique de l'Ouest. Une seconde épidémie distincte est en cours en République Démocratique du Congo.

Un dispositif de surveillance a été mis en place par l'InVS afin d'identifier précocement les cas suspects en provenance des zones à risque.

Plus d'informations en [page 5](#).

| MERS-COV |

Depuis avril 2012, 855 cas et 302 décès ont été rapportés à l'OMS dont plus de 88% par les états de la péninsule arabique.

Le Hajj 2014 a pris fin le 6 octobre dernier, un nombre important de fidèles de retour du Hajj est attendu en France. Le risque d'exportation de cas pourrait augmenter.

Plus d'informations en [page 6](#).

| SURVEILLANCE NON SPECIFIQUE (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 7](#).

Analyse des données de **mortalité toutes causes** présentée en [page 8](#).

| ORAGES |

Point hebdomadaire des signalements en [page 10](#).

* Les semaines présentées dans la SNS sont des semaines décalées (du vendredi au jeudi). Exceptionnellement cette semaine le Veille-Hebdo porte sur les données du vendredi au mercredi.

| CHIKUNGUNYA - DENGUE / Dispositif de surveillance |

Dispositif de surveillance des cas humains

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

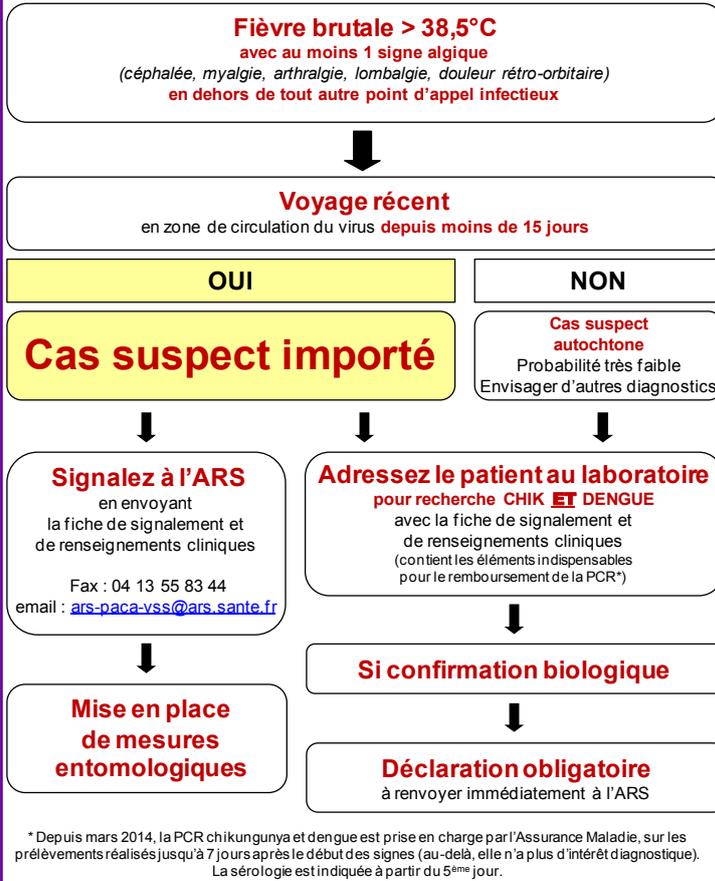
- **La déclaration obligatoire (DO) des cas confirmés** de dengue et de chikungunya avec signalement immédiat à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS ;
- **Un dispositif régional de surveillance renforcée**, mis en œuvre dans les départements d'implantation du moustique pendant sa période d'activité (estimée **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 (logigramme ci-contre) à l'aide d'une [fiche de signalement et de renseignements cliniques](#). Ce signalement à l'ARS est couplé à la confirmation accélérée du diagnostic. 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.
- **Comme en 2013, le signalement reste axé en priorité sur les cas suspects importés (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 Moustique tigre](#)

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

Période d'activité du vecteur (*Aedes albopictus*) estimée du 1^{er} mai au 30 novembre



Situation en Paca-Corse

Depuis le début de la surveillance renforcée, **584 cas suspects ont été signalés**. Parmi ces cas, **133 cas de chikungunya, 51 cas de dengue et 1 co-infection ont été confirmés**. Tous étaient importés à l'exception de **4 cas de dengue autochtones : 2 dans le Var et 2 dans les Bouches-du-Rhône**.

Les services de lutte anti-vectorielle ont effectué autour des cas importés 164 prospections entomologiques dont 60 traitements adultes.

Principales origines des cas importés

- Chikungunya : 57 Guadeloupe, 50 Martinique, 8 Haïti, 7 République Dominicaine
- Dengue : 18 Thaïlande, 5 Indonésie, 4 Guadeloupe, 3 Inde, 2 Polynésie française, 2 Cuba, 2 Costa-Rica et 2 Guyane
- Co-infection : 1 Indonésie

Situation en France dans les 16 départements où le vecteur *Aedes albopictus* est implanté

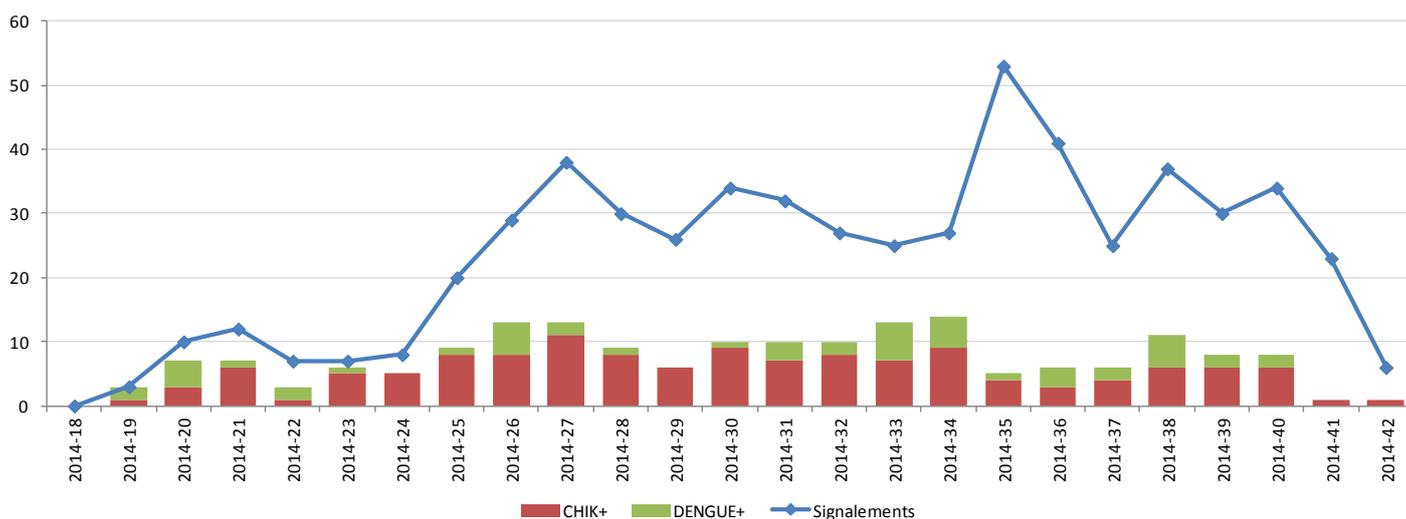
1 260 cas suspects ont été signalés dont 399 cas confirmés de chikungunya, 151 cas confirmés de dengue et 5 co-infections, tous importés à l'exception des 4 cas de dengue autochtones dans la région Paca.

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Paca et Corse (point au 16 octobre 2014)

Réseau de surveillance chikungunya et dengue associant les ARS Paca et Corse (Siège et Délégations territoriales), la Cire sud, le CNR arbovirus (IRBA-Marseille), l'EID-méditerranée, l'AP-HM-virologie, les hôpitaux, les cliniciens et LABM des départements concernés.

départements	cas suspects	cas importés confirmés			cas autochtones confirmés		en cours d'investigation et/ou en attente de résultats biologiques	investigations entomologiques		
		dengue	chik	co-infection	dengue	chik		information	prospection	traitement LAV
Alpes-de-Haute-Provence	12	1	4	0	0	0	7	7	0	
Alpes Maritimes	90	10	24	1	0	0	33	30	16	
Bouches-du-Rhône	198	24	61	0	2	0	84	82	24	
Var	229	4	31	0	2	0	33	28	12	
Vaucluse	32	7	8	0	0	0	10	10	2	
Corse du Sud	14	1	3	0	0	0	4	4	3	
Haute-Corse	9	0	2	0	0	0	4	3	3	
Total	584	47	133	1	4	0	175	164	60	

Evolution du nombre de signalements de cas suspects et du nombre de cas confirmés de chikungunya et de dengue par semaine de signalement, Paca-Corse, du 1^{er} mai (semaine 18) au 16 octobre 2014 (semaine 42)



Dernière semaine incomplète / Semaines du lundi au dimanche

| DENGUE / Cas autochtones détectés en région Paca |

Le système de surveillance renforcé des cas humains de chikungunya et de dengue en métropole mis en place du 1^{er} mai au 30 novembre a permis de détecter **un quatrième cas de dengue autochtone en région Paca**, le 3 octobre. Il s'agit **du deuxième dans les Bouches-du-Rhône**.

On ne retrouve pas de source de contamination commune à ces cas.

Si les 3 premiers n'étaient pas liés (le premier cas de dengue autochtone identifié était une dengue de sérotype 1, les deux autres cas, de sérotype 2, n'avaient pas fréquenté les mêmes zones), **ce 4^{ème} cas est voisin du précédent cas de dengue autochtone domicilié à Aubagne (Bouches-du-Rhône). La contamination de ce nouveau cas est antérieure à la démoustication réalisée dans le quartier le 20 septembre.**

Suite à la détection de ce foyer de cas autochtones, **le département des Bouches-du-Rhône a été placé en niveau 3** du plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue.

Les services de l'Etat, l'ARS Paca, l'Entente interdépartementale pour la démoustication (EID) Méditerranée, les collectivités territoriales ainsi que les médecins et les laboratoires de biologie médicale sont fortement mobilisés pour éviter la propagation du virus afin de protéger les populations.

A cet effet, les mesures de surveillance épidémiologique

(surveillance des autres cas suspects possibles) et entomologique (surveillance des populations de moustiques) prévues dans le cadre du plan national anti-dissémination ont été renforcées :

- La recherche active de cas a été lancée auprès des médecins, laboratoires et hôpitaux des 2 zones d'investigation (zone de Toulon-Hyères et zone d'Aubagne-La Destrousse).
- Des investigations épidémiologiques en porte à porte autour de certaines zones fréquentées par les cas ont été réalisées.
- Des investigations entomologiques des lieux fréquentés par les cas pendant leur période de contagion ont été réalisées. Des actions de démoustication ont été menées dans les zones fréquentées par les cas au cours de leur période de virémie et là où le vecteur a été détecté.

Il est demandé aux médecins et aux laboratoires de **signaler tous les cas suspects de dengue autochtones ou importés (voir encadré ci-dessous)** venus ou qui viendront les consulter et cela sans attendre la confirmation biologique :

- du 1^{er} juillet au 15 octobre 2014 dans les zones investiguées du Var ;
- du 1^{er} août au 31 octobre 2014 dans les zones investiguées des Bouches-du-Rhône.

Définition de cas dans le cadre des investigations des cas autochtones

Fièvre d'apparition brutale (> 38,5°C)

et au moins un signe algique (céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, douleurs rétro orbitaires) ou des douleurs articulaires invalidantes

en l'absence de tout point d'appel infectieux

(toux, écoulement nasal, maux de gorge, difficultés respiratoires, plaies infectées...),

dans les communes suivantes :

Cas autochtones du Var

Toulon, La Valette-du-Var, La Garde, Le Pradet, Carqueiranne et Hyères.

Cas autochtone des Bouches-du-Rhône

Aubagne, La Destrousse, Roquevaire, La Bouilladisse, Auriol, Peypin et Belcodène

Informations sur la situation internationale

Chikungunya : [CDC](#) - [ECDC](#) - [OMS](#) / Dengue : [CDC](#) - [ECDC](#) - [OMS](#)

| SURVEILLANCE WEST-NILE - TOSCANA |

Généralités

Le virus West-Nile (VWN) est un virus qui se transmet accidentellement aux hommes et aux chevaux par l'intermédiaire du moustique du genre *Culex*, le réservoir naturel étant constitué par les oiseaux et les moustiques.

Il n'y a **pas de transmission interhumaine, ni de transmission du virus d'homme à homme via le moustique.**

Les infections à VWN sont asymptomatiques dans 80 % des cas, et, lorsqu'elles sont symptomatiques, elles s'expriment le plus souvent par un syndrome pseudo grippal. Dans de rares cas (< 1 %), il y a des manifestations neuro-méningées à type de méningites ou méningo-encéphalites ou polyradiculonévrite PRN, parfois létales.

Le virus Toscana (VTOS) est transmis par les phlébotomes. Les infections à VTOS sont majoritairement asymptomatiques, mais peuvent donner des méningites estivales.

Dispositif de surveillance

L'objectif général de la surveillance des infections à virus West-Nile et Toscana est d'identifier précocement des cas neurologiques, c'est-à-dire les formes méningées, encéphaliques ou paralytiques aiguës, qui témoigneraient d'une circulation virale dans le territoire, dans des conditions propices à l'infection humaine. Cette mise en évidence précoce a pour but de mettre en place les mesures de contrôle adéquates.

Cette surveillance est activée du 1^{er} juin au 31 octobre 2014.

Le dispositif couvre tous les départements du pourtour méditerranéen des 3 régions : Paca, Corse et Languedoc-Roussillon.

Depuis 2010, on note une **augmentation du nombre d'infections neuro-invasives à VWN et une extension géographique en Europe et sur le bassin méditerranéen.** Cette intensification de la circulation du VWN en Europe méridionale et orientale fait craindre une réémergence à venir en France et il apparaît essentiel de maintenir une vigilance forte.

Outils ([fiches de signalement](#)) en téléchargement sur le [site de l'ARS Paca](#).

Circuit de signalement et de notification des infections à virus West-Nile et Toscana

du 1^{er} juin au 31 octobre

LCR CLAIR
(non purulent)

PENSEZ à la surveillance « Virus WEST-NILE, TOSCANA »

- cas adulte (≥ 15 ans)
- hospitalisé
- fébrile (≥ 38,5°C)
- manifestations neurologiques (méningite, encéphalite ou polyradiculonévrite)

SIGNEZ à l'ARS de votre département
en faxant la fiche de signalement
« cas suspect »

ADRESSEZ un PRELEVEMENT au CNR des arbovirus
accompagné de la fiche de signalement

Définition d'un cas suspect de West-Nile ou de Toscana

Un cas suspect est un adulte (≥ 15 ans) hospitalisé entre le 1^{er} juin et le 31 octobre 2014 dans les départements des Alpes-Maritimes, de l'Aude, des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault, du Gard, des Pyrénées-Orientales, du Var, de la Haute-Corse et de la Corse du Sud, et présentant un LCR clair (non purulent) prélevé (PL ponction lombaire) en raison d'un état fébrile (fièvre ≥ 38,5°C) associé à des manifestations neurologiques de type encéphalite, méningite, polyradiculonévrite, paralysie flasque aiguë, sans étiologie identifiée.

Situation en Paca-Corse

Depuis le début de la surveillance, 34 signalements ont été effectués dont **21 cas suspects** (forme clinique neuro-invasive fébrile avec âge >15 ans) : 30 en région Paca (23 dans le Var, 5 dans les Bouches-du-Rhône et 2 dans les Alpes-Maritimes) et 4 en Corse.

Aucun cas confirmé d'infection à virus West-Nile n'a été détecté. Trois cas de Toscana ont été confirmés dont 2 ne répondaient pas à la définition de cas suspects (un cas non fébrile et un cas âgé de 14 ans).

Bilan de la surveillance du West-Nile et du Toscana en Paca et Corse (point au 16 octobre 2014)

départements	nombre de signalements	cas suspects (forme clinique neuro-invasive fébrile avec âge >15 ans)	diagnostic		forme clinique des cas suspects			
			West-Nile	Toscana	encéphalite	méningite	PRN	autre
Alpes-Maritimes	2	2	0	0	0	1	0	1
Bouches-du-Rhône	5	1	0	2	0	1	0	0
Var	23	14	0	0	4	8	0	2
Corse du Sud	2	2	0	0	1	1	0	0
Haute-Corse	2	2	0	1	0	2	0	0
Total	34	21	0	3	5	13	0	3

Situation internationale

[ECDC](#) [CDC](#)

Au 18 septembre 2014, 42 cas humains de fièvre à virus West-Nile ont été rapportés dans les pays de l'Union européenne et 94 cas dans les pays voisins depuis le début de la période de transmission pour l'année 2014.

Epidémie en Afrique de l'Ouest (source : InVS)

L'épidémie qui sévit depuis mars 2014 en Afrique de l'Ouest est la plus importante épidémie liée au virus Ebola en termes de nombre de foyers actifs et de nombre de cas et de décès rapportés.

Au total, au 13 octobre 2014, 8 397 cas et 4 032 décès ont été rapportés (létalité observée de 48 %) dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest (détails dans le tableau ci-dessous).

L'épidémie est globalement en progression dans les 3 pays initialement touchés par la maladie à virus Ebola. Il n'y a pas eu de nouveau cas au Nigéria depuis le 5 septembre.

Au Sénégal, un cas importé a été confirmé à la fin août.

Epidémie en République démocratique du Congo (RDC)

Au 9 octobre, 68 cas et 49 décès ont été recensés en RDC (source CDC).

Risque d'importation

Le risque d'importation du virus Ebola par le biais des voyageurs au sein de l'Union européenne ou en France est très faible mais ne peut être totalement exclu. C'est pourquoi un dispositif de surveillance a été mis en place par l'InVS afin d'identifier précocement les cas suspects (voir encadré).

A ce jour, au niveau mondial, une dizaine de cas de maladie à virus Ebola ont été évacués vers des pays tels que l'Espagne, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne et les Etats-Unis.

En dehors de l'Afrique de l'Ouest, les Etats-Unis et l'Espagne ont déclaré des cas de transmission secondaire chez des professionnels de santé ayant pris en charge un malade rapatrié : 2 aux Etats-Unis et 1 en Espagne.

Plus d'informations sur la maladie et sa prise en charge sur les sites Internet suivants :

DGS : informations à destination des professionnels de santé

HCSP : Conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola.

DEFINITION DE CAS (InVS)

Actualisation de la définition le 2 octobre 2014

Cas suspect

Un cas suspect est défini comme toute personne présentant, dans un délai de **21 jours** après son retour de la **zone à risque***, une **fièvre mesurée par un soignant supérieure ou égale à 38°C**.

Cas possible

Un cas possible est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque*, une fièvre supérieure ou égale à 38°C ET :

- Pour laquelle une exposition à risque a pu être établie dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes OU
- Pour laquelle il est impossible d'évaluer l'existence d'expositions à risque (patient non interrogeable, ou opposant aux questions par exemple).

Les expositions à risque sont définies de la manière suivante :

- Contact avec le sang ou un autre fluide corporel d'un patient infecté, ou une personne suspectée d'être infectée par le virus Ebola, à titre personnel ou professionnel
- Prise en charge pour une autre pathologie ou visite dans un hôpital ayant reçu des patients infectés par le virus Ebola
- Contact direct avec une personne présentant un syndrome hémorragique ou avec le corps d'un défunt, dans la zone à risque*
- Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite, dans la zone à risque*
- Travail dans un laboratoire qui détient des souches de virus Ebola ou des échantillons contenant le virus Ebola
- Travail dans un laboratoire qui détient des chauves-souris, des rongeurs ou des primates non humains originaires d'une zone d'épidémie d'Ebola
- Contact direct avec une chauve-souris, des rongeurs, des primates non humains ou d'autres animaux sauvages dans la zone à risque*, ou en provenance de la zone à risque*
- Rapports sexuels avec une personne ayant développé une infection à virus Ebola, dans les 10 semaines suivant le début des symptômes du cas

Cas confirmé

Un cas confirmé est défini chez toute personne pour laquelle on dispose d'une confirmation biologique d'infection par le virus Ebola réalisée par le CNR des Fièvres hémorragiques virales (FHV).

* **La zone à risque** est définie au 02/10/2014 comme les pays suivants :

- en Afrique de l'Ouest : Sierra Leone, Guinée-Conakry, Libéria et Nigéria
- République démocratique du Congo (« Congo-Kinshasa ») : province de l'Equateur (Nord-Ouest du pays).

Ces 2 épidémies sont distinctes.

Situation en Afrique de l'Ouest (Source InVS - Point au 6 octobre 2014)

Pays	Nombre de cas	Nombre de décès	Létalité
Guinée	1 350	778	58 %
Libéria	4 076	2 316	57 %
Sierra Leone	2 950	930	32 %
Nigéria	20	8	40 %
Sénégal	1	0	0 %
Total	8 397	4 032	48 %

Zones touchées par l'épidémie de FHV à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (source CDC). Cliquer sur la carte :



Contexte

Depuis la découverte en septembre 2012 du nouveau coronavirus (Middle East Respiratory Syndrome coronavirus, MERS-CoV) en Arabie saoudite, une surveillance a été mise en place sous la coordination de l'OMS et de l'ECDC. En France, le dispositif de surveillance est coordonné par l'InVS. Il a pour but d'identifier précocement les cas possibles d'infections respiratoires à MERS-CoV (voir encadré).

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

DEFINITION DE CAS

Actualisation de la définition le 19 juin 2013

Cas possible :

- Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les zones exposées (liste ci-dessous), qui, au cours des **14 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 ; pour les **personnes immunodéprimées** ou présentant une pathologie chronique, considérer également la survenue d'un **syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère**.
- Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les **14 jours suivant le dernier contact** avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était symptomatique; pour les personnes immunodéprimées ou présentant une pathologie chronique, considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

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.

Situation internationale (au 14 octobre 2014)

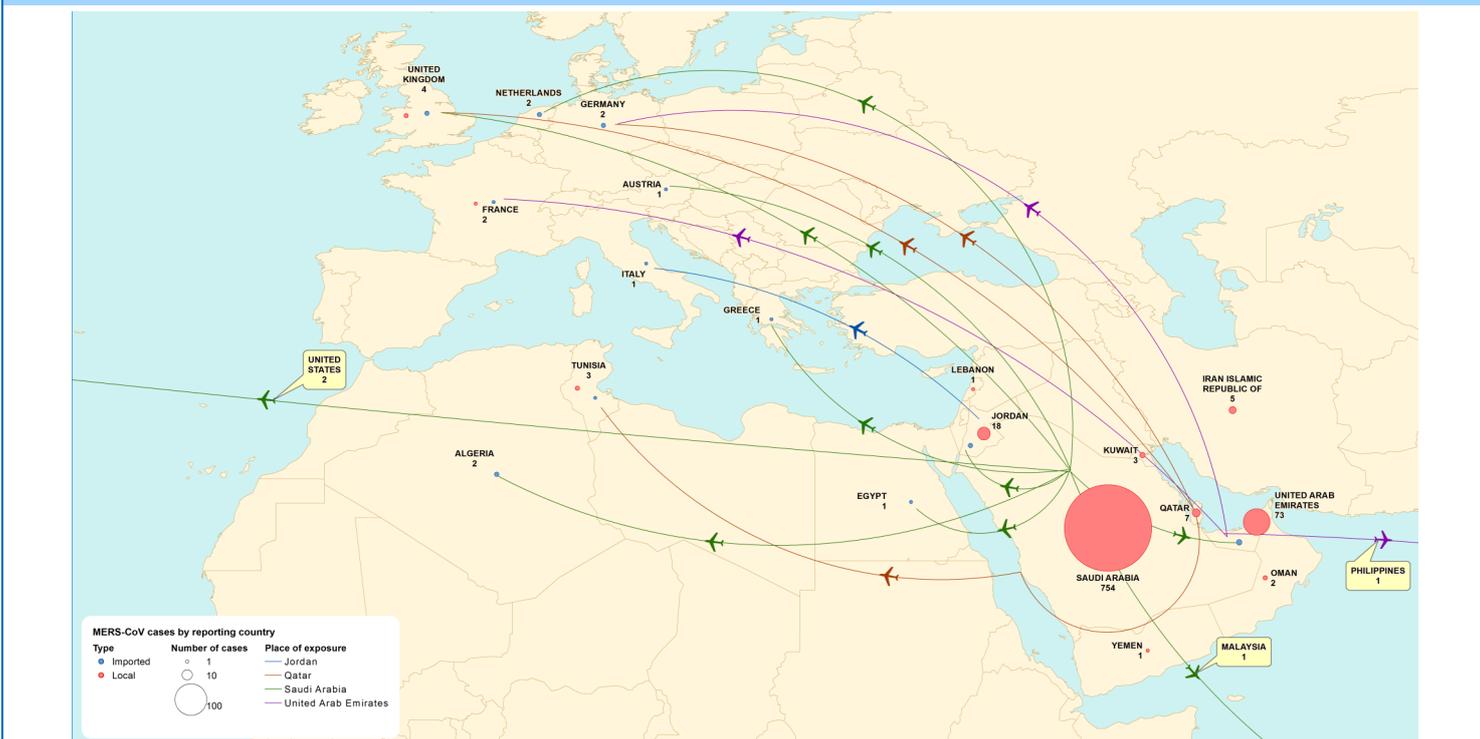
Le bilan mondial de cas de MERS-CoV s'élève à **872 cas dont 313 sont décédés** depuis avril 2012, soit une létalité de 35 % ([BHI](#)).

L'Arabie Saoudite est le lieu de grands pèlerinages des fidèles musulmans. Le Hajj 2014 a pris fin le 6 octobre dernier, un nombre important de fidèles de retour du Hajj est attendu en France. Il existe ainsi un risque d'importation de cas de MERS-CoV.

Situation en France (au 30 septembre 2014)

Le nombre total de signalements depuis octobre 2012 est de **671 cas suspects dont 208 répondaient à la définition de cas possible** justifiant l'envoi d'un prélèvement aux laboratoires habilités. Parmi eux, **2 cas confirmés d'infection à MERS-CoV** ont été diagnostiqués en mai 2013. En 2013, 438 signalements avaient été enregistrés. En 2014, 174 cas suspects ont été signalés au 30 septembre dont 61 étaient des cas possibles qui se sont avérés négatifs.

Distribution géographique des cas confirmés de MERS-CoV et lieux supposés de contamination - Point au 30/09/2014 ([ECDC](#))



| SNS - PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITE SUIVIS |

Période analysée : du vendredi 10 au mercredi 15 octobre 2014

Source des données / Indicateur	04	05	06	13	83	84	2A	2B
SAMU / Total d'affaires	ND	→	→	↗	↘	→	→	→
SAMU / Transports médicalisés	ND	→	→	→	↘	↗	→	→
SAMU / Transports non médicalisés	ND	→	→	↑	↘	→	↘	→
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				↑				

→ 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

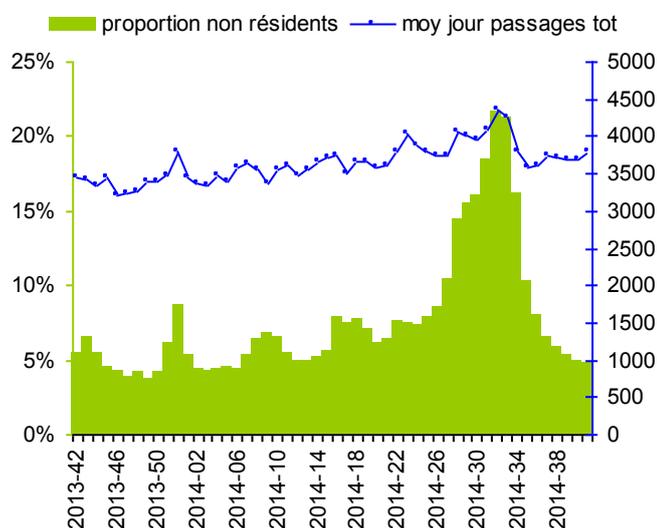
* établissements sentinelles (50 établissements sur l'inter région) / Informations sur la [méthode d'interprétation](#) en dernière page

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

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 mesure et suit la part des passages aux urgences de personnes ne résidant pas dans les régions Paca et Corse (calculée à partir des codes postaux de résidence présents dans les RPU).

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

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



La part des non-résidents parmi les passages dans les services des urgences de Corse n'est plus présentée du fait de l'arrêt depuis le 4 septembre 2014 de la transmission de l'origine géographique (code postal) des patients par le Centre Hospitalier de Bastia.

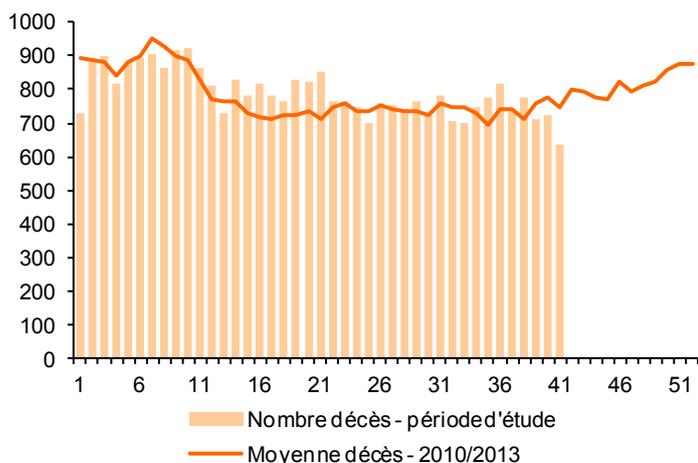
Résumé des observations depuis le 1^{er} janvier 2014 (point au 16 octobre 2014)

Paca - La mortalité mesurée en septembre à partir des données fournies par l'Insee est comparable à celle attendue, calculée sur la période de référence (2010-2013). Sur l'ensemble des 9 premiers mois de 2014, la mortalité est conforme à celle attendue (pas de différence significative).

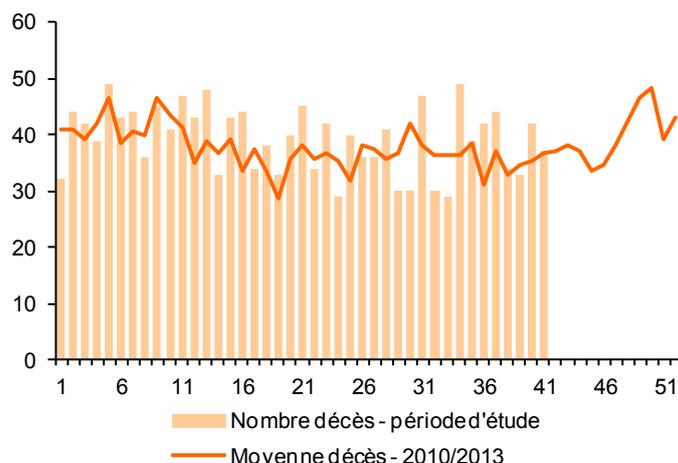
Corse - La mortalité mesurée en septembre à partir des données fournies par l'Insee est supérieure à celle attendue, calculée sur la période de référence (2010-2013), sans que la différence soit significative. Les tendances sont cependant difficiles à mesurer en raison des effectifs observés. Sur l'ensemble des 9 premiers mois de 2014, la mortalité est conforme à celle attendue (pas de différence significative).

Analyse basée sur 173 communes sentinelles de Paca et 20 de Corse, représentant respectivement 89 et 69 % de l'ensemble des décès.

Comparaison par semaine des décès enregistrés en 2014 et du nombre de décès attendus calculés sur les années 2010 à 2013, Paca



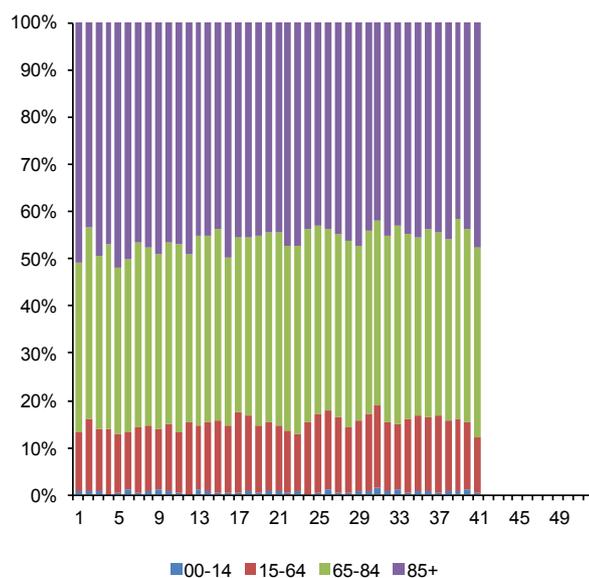
Comparaison par semaine des décès enregistrés en 2014 et du nombre de décès attendus calculés sur les années 2010 à 2013, Corse



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

Mois	Région Paca			Région Corse		
	Réf *	2014 **	Diff ***	Réf *	2014 **	Diff ***
Janvier	3 883	3 742	-3,6%	184	180	-2,0%
Février	3 680	3 591	-2,4%	161	169	4,8%
Mars	3 668	3 696	0,8%	183	203	10,8%
Avril	3 136	3 434	9,5%	158	163	3,2%
Mai	3 209	3 576	11,4%	148	171	15,7%
Juin	3 189	3 188	0,0%	157	156	-0,3%
Juillet	3 255	3 328	2,3%	168	153	-8,8%
Août	3 276	3 266	-0,3%	158	171	8,1%
Septembre	3 133	3 250	3,7%	152	167	10,2%
Octobre	3 438			163		
Novembre	3 421			158		
Décembre	3 753			194		

Evolution hebdomadaire de la répartition des décès par classes d'âge, 2014, Paca



* Réf : valeur attendue correspondant à la moyenne des décès enregistrés sur les années 2010 à 2013 sur des périodes équivalentes.

** 2014 : nombre de décès enregistrés en 2014.

*** 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 2014. 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 16 octobre 2014 à 08:45)

	Total 2013		2014 Total Semaines antérieures		2014-38		2014-39		2014-40		2014-41		2014-42	
	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	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	99	2	43	2	6	0	3	0	0	0	4	0	1	0
Infections invasives à méningocoques	42	0	36	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Légionellose	160	2	124	3	3	0	5	0	6	0	4	1	1	0
Listériose	28	2	14	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Rougeole	89	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire collective	95	8	87	3	2	0	2	0	1	0	7	0	2	0
Epidémies de GEA	65	4	46	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Epidémies d'IRA	31	1	31	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Episodes de Gale (avérés ou suspectés)	36	3	27	1	1	0	1	0	2	0	3	0	3	2
Autres infectieux	118	15	91	32	3	1	1	2	1	0	0	1	3	2
Tensions hospitalières	88	1	131	0	3	0	3	0	1	0	3	0	5	0
Autres signaux	105	16	85	7	1	0	1	0	1	0	13	0	1	0

En juin 2005, la Cire Sud a mis en place pour les régions Paca et Corse un **système de surveillance non spécifique (SurSaUD®)** 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, durant les grands rassemblements et lors d'épidémies hivernales.

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 : Aix-en-Provence (Parc Rambot), Antibes, Apt, Arles, Aubagne (La Casamance), Avignon (2 services), Briançon, Brignoles, Cagnes-sur-Mer (Clinique Saint-Jean), Cannes, Carpentras, Cavaillon, Digne, Draguignan, Embrun, Fréjus, Gap, Grasse, Hyères, La Ciotat, Manosque, Marseille-APHM (5 services), Marseille Saint-Joseph (adultes), Martigues, Nice (St Roch, Lenval et St Georges), Orange, Pertuis, Saint-Laurent-du-Var (IAT), Saint-Tropez, Salon, la Seyne/Mer, Sisteron, Toulon (St Musse et HIA St Anne), Vaison-La-Romaine, Valréas, Bastia, Porto-Vecchio.

| Dispositif de surveillance des intoxications au CO |

Le système de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone a été mis en place au cours du 3^{ème} trimestre 2005. Il est piloté au niveau national par l'InVS.

Les objectifs du dispositif sont :

- **d'alerter** afin de prendre les mesures de gestion du risque immédiates en soustrayant les personnes exposées de la source et de prévenir les récidives ;
- **de décrire** la répartition spatio-temporelle des intoxications au CO, les circonstances de survenue de ces intoxications et leurs facteurs de risque ;
- **d'évaluer** l'efficacité générale de la politique de prévention.

Tout signalement d'intoxication au CO suspectée ou avérée (hors incendie) doit être transmis dans les meilleurs délais à l'Agence régionale de santé.

Il donne lieu à une **enquête environnementale** par les services Santé-Environnement des délégations territoriales de l'ARS ou les services communaux d'hygiène et de santé et à une **enquête médicale** par le Centre antipoison et de toxicovigilance de Marseille pour la région Paca et par les médecins et infirmières de l'ARS pour la Corse.

L'enquête médicale permet de confirmer l'intoxication au CO et de décrire la gravité des symptômes et la prise en charge des personnes intoxiquées.

L'enquête environnementale a pour but d'identifier la source d'intoxication, de mettre en sécurité l'installation, de définir les éventuels travaux à effectuer et d'éviter ainsi les récidives.

Pour signaler :

Pour signaler :

- [fiche de signalement](#) à transmettre par fax au 04 13 55 83 44 pour la région Paca
- signalement à transmettre par fax au 04 95 51 99 12 pour la Corse

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.

Associations SOS Médecins des régions Paca et Corse.

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

RUSMG Paca et Corse

ARBAM Paca

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

CNR arbovirus (IRBA-Marseille)

Laboratoire de virologie APHM

CNR influenza de Lyon

Equipe EA7310, antenne Corse du réseau Sentinelles, Université de Corse

EID-méditerranée

CAPTIV de Marseille

ARLIN Paca

ARS Paca et Corse

InVS

ORU Paca

SCHS de Paca et Corse

1^{RES} JOURNÉES SCIENTIFIQUES SURSAUD®/ASTER

« 10 ANS DE SURVEILLANCE SYNDROMIQUE EN FRANCE : REGARDS CROISÉS EN SANTÉ PUBLIQUE CIVILE ET MILITAIRE »



20 et 21 novembre 2014
Ecole du Val-de-Grâce

[Plus d'infos](#)



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