

VEILLE HEBDO

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR / CORSE

Point n°2014-48 publié le 28 novembre 2014

Période analysée : du vendredi 21 au jeudi 27 novembre 2014*

| CHIKUNGUNYA, DENGUE |

Depuis le début de la surveillance renforcée, dans les 7 départements des régions Paca et Corse colonisés par *Aedes albopictus*, **679 cas suspects ont été signalés**.

Parmi ces cas, **149 cas de chikungunya, 58 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 189 prospections entomologiques dont 66 traitements adulticides.

Plus d'infos sur le dispositif en [page 2](#).

| EPIDEMIES HIVERNALES | Synthèse sur la période analysée

BRONCHIOLITE

PACA

Service des urgences	P4 . Activité modérée, en hausse
Arbam Paca	P5 . Activité modérée, en hausse
SOS Médecins	P5 . Activité modérée

SYNDROMES GRIPPAUX

PACA

CORSE

Service des urgences	Activité faible	Activité faible
SOS Médecins	Activité faible	Activité faible
Réseau unique	Activité faible	Activité faible
Cas graves de grippe	0 cas signalé	0 cas signalé
Institutions pour personnes fragiles	0 nouveau foyer d'IRA / Total : 3 foyers depuis le 1/9	0 foyer signalé

GASTROENTERITES

PACA

CORSE

Service des urgences	Activité modérée, stable	Activité faible
SOS Médecins	Activité modérée, stable	Activité faible
Réseau Sentinelles	Activité modérée, stable	Activité modérée
Institutions pour personnes fragiles	0 nouveau foyer de GEA / Total : 6 foyers depuis le 1/9	0 foyer signalé

| FHV à virus EBOLA |

La définition de cas a été modifiée le 24 novembre 2014 : la république démocratique du Congo ne fait plus partie de la zone à risque ; ajout de « soins reçus d'un tradi-praticien dans les exposition à risque. Plus d'informations en [page 6](#).

| BILHARZIOSE URINAIRE |

En avril 2014, 3 cas de bilharziose urinaire n'ayant pas voyagé en zone endémique avaient été diagnostiqués en France métropolitaine. Le lieu d'exposition le plus probable était une rivière en Corse du Sud.

Au 26/11/2014, les investigations mises en œuvre ont permis de détecter **90 cas de bilharziose autochtone exposés au Cavu (Corse du sud) en été 2011 et 2013**. Plus d'infos en [page 7](#).

| SURSAUD® | 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 9](#).

Analyse des données de **mortalité toutes causes** présentée en [page 10](#).

| ORAGES |

Point hebdomadaire des signalements en [page 11](#).

* Les semaines présentées dans la SNS sont des semaines décalées (du vendredi au jeudi).

| 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

Fièvre brutale > 38,5°C

avec au moins 1 signe algique

(céphalée, myalgie, arthralgie, lombalgie, douleur rétro-orbitaire)
en dehors de tout autre point d'appel infectieux



Voyage récent

en zone de circulation du virus **depuis moins de 15 jours**

OUI

NON

Cas suspect importé

Cas suspect autochtone
 Probabilité très faible
 Envisager d'autres diagnostics



Signalez à l'ARS

en envoyant
 la fiche de signalement et
 de renseignements cliniques

Fax : 04 13 55 83 44
 email : ars-paca-vss@ars.sante.fr

Adressez le patient au laboratoire

pour recherche CHIK ET DENGUE

avec la fiche de signalement et
 de renseignements cliniques
 (contient les éléments indispensables
 pour le remboursement de la PCR*)



Si confirmation biologique



Déclaration obligatoire

à renvoyer immédiatement à l'ARS

**Mise en place
 de mesures
 entomologiques**

* Depuis mars 2014, la PCR chikungunya et dengue est prise en charge par l'Assurance Maladie, sur les prélèvements réalisés jusqu'à 7 jours après le début des signes (au-delà, elle n'a plus d'intérêt diagnostique). La sérologie est indiquée à partir du 5^{ème} jour.

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Paca et Corse (point au 28 novembre 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	14	1	4	0	0	0	0	7	7	0
Alpes Maritimes	113	10	29	1	0	0	6	44	40	18
Bouches-du-Rhône	230	29	67	0	2	0	8	91	87	25
Var	264	6	34	0	2	0	9	41	36	15
Vaucluse	35	7	10	0	0	0	0	12	12	2
Corse du Sud	14	1	3	0	0	0	0	4	4	3
Haute-Corse	9	0	2	0	0	0	0	4	3	3
Total	679	54	149	1	4	0	23	203	189	66

Situation en Paca-Corse

Depuis le début de la surveillance renforcée, **679 cas suspects ont été signalés**. Parmi ces cas, **149 cas de chikungunya, 58 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 189 prospections entomologiques dont 66 traitements adultes.

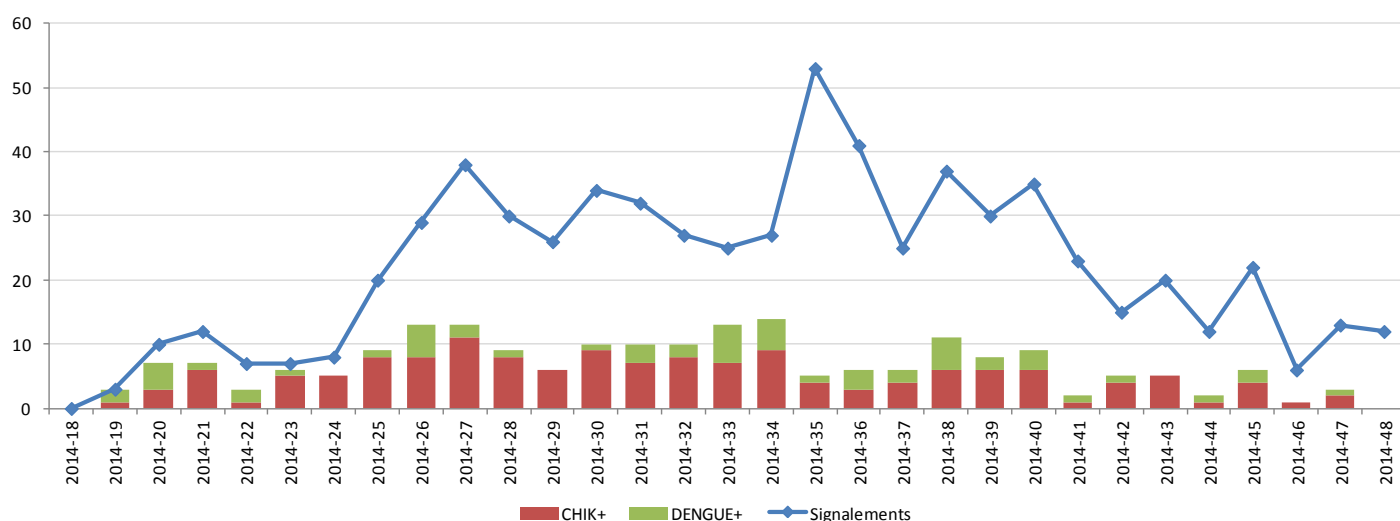
Principales origines des cas importés

- Chikungunya : 63 Guadeloupe, 59 Martinique, 8 Haïti, 7 République Dominicaine
- Dengue : 18 Thaïlande, 5 Indonésie, 5 Polynésie française, 4 Guadeloupe, 4 Inde, 3 Cuba, 2 Costa-Rica, 2 Guyane et 2 Comores
- Co-infection : 1 Indonésie

Situation en France dans les 18 départements où le vecteur *Aedes albopictus* est implanté

1 490 cas suspects ont été signalés dont 446 cas confirmés de chikungunya, 166 cas confirmés de dengue et 6 co-infections, tous importés à l'exception des **4 cas de dengue autochtones** dans la région Paca et de **11 cas de chikungunya autochtones** dans la région Languedoc-Roussillon.

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 28 novembre 2014 (semaine 48)



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 **quatre cas de dengue autochtones en région Paca : 2 dans le Var et 2 dans les Bouches-du-Rhône**.

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), **le 4^{ème} cas est voisin du précédent cas de dengue autochtone domicilié à Aubagne (Bouches-du-Rhône). La contamination de ce nouveau cas était antérieure à la déoustication réalisée dans le quartier le 20 septembre.**

Suite à la détection de ces cas, **le département du Var a été placé en niveau 2 et celui des Bouches-du-Rhône en niveau 3** (foyer de 2 cas) du plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue.

Les services de l'Etat, l'ARS Paca, l'Entente interdépartementale pour la déoustication (EID) Méditerranée, les collectivités territoriales ainsi que les médecins et les laboratoires de biologie médicale se 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 avaient été renforcées :

- La recherche active de cas avait 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 avaient été réalisées.
- Des investigations entomologiques des lieux fréquentés par les cas pendant leur période de contagion avaient été réalisées. Des actions de déoustication avaient été menées dans les zones fréquentées par les cas au cours de leur période de virémie et où le vecteur a été détecté.

Tous les cas suspects signalés dans le cadre des recherches actives de cas ont été infirmés.

Les départements du Var et des Bouches-du-Rhône ne sont plus en alerte depuis début novembre.

Informations sur la situation internationale

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

Epidémie de chikungunya en Polynésie-Française

Une épidémie de chikungunya est en cours en Polynésie Française, en particulier sur l'île de Tahiti.

En semaine 46, le Bureau de veille sanitaire estime à 11 229 le nombre total de cas ayant consulté pour Chikungunya en Polynésie française depuis le début de l'épidémie (début octobre), dont 95% à Tahiti et Moorea (estimation réalisée à partir des données des médecins du réseau sentinelle élargi - non consolidées).

L'épidémie est en pleine progression.

Plus d'infos dans les [bulletins du Bureau de la veille sanitaire](#) de la Direction de la santé publique.

Résumé des observations du vendredi 21 au jeudi 27 novembre 2014

Services des urgences - La proportion de passages pour bronchiolite (par rapport au nombre total de passages d'enfants de moins de 2 ans) est en hausse par rapport à la semaine précédente. Le taux d'hospitalisation est stable. Le niveau d'activité est comparable à celui de l'année dernière.

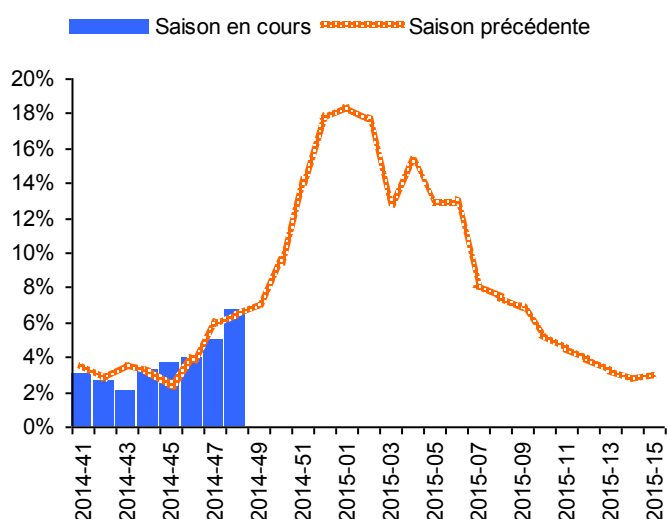
ARBAM Paca - Le nombre de nouveaux enfants suivis pendant le dernier week-end de garde est en nette augmentation par rapport au week-end précédent et est supérieur à celui observé la saison précédente à la même période. Cependant, le nombre de secteurs ouverts les 22-23 novembre était supérieur à celui du weekend du 15-16 novembre.

SOS Médecins - La proportion de consultations pour diagnostic bronchiolite est en baisse par rapport à la semaine précédente. Mais les faibles effectifs rencontrés rendent difficile l'appréciation des tendances.

SERVICES DES URGENCES

	2014-44	2014-45	2014-46	2014-47	2014-48
nombre total de passages d'enfants de moins de 2 ans	1 784	1 558	1 811	1 675	1 842
passages pour bronchiolite d'enfants de moins de 2 ans	57	58	71	83	123
% par rapport au nombre total de passages d'enfants de moins de 2 ans	3,2%	3,7%	3,9%	5,0%	6,7%
hospitalisations pour bronchiolite d'enfants de moins de 2 ans	16	25	24	35	49
% d'hospit. par rapport au nombre de bronchiolite d'enfants de moins de 2 ans	28%	43%	34%	42%	40%

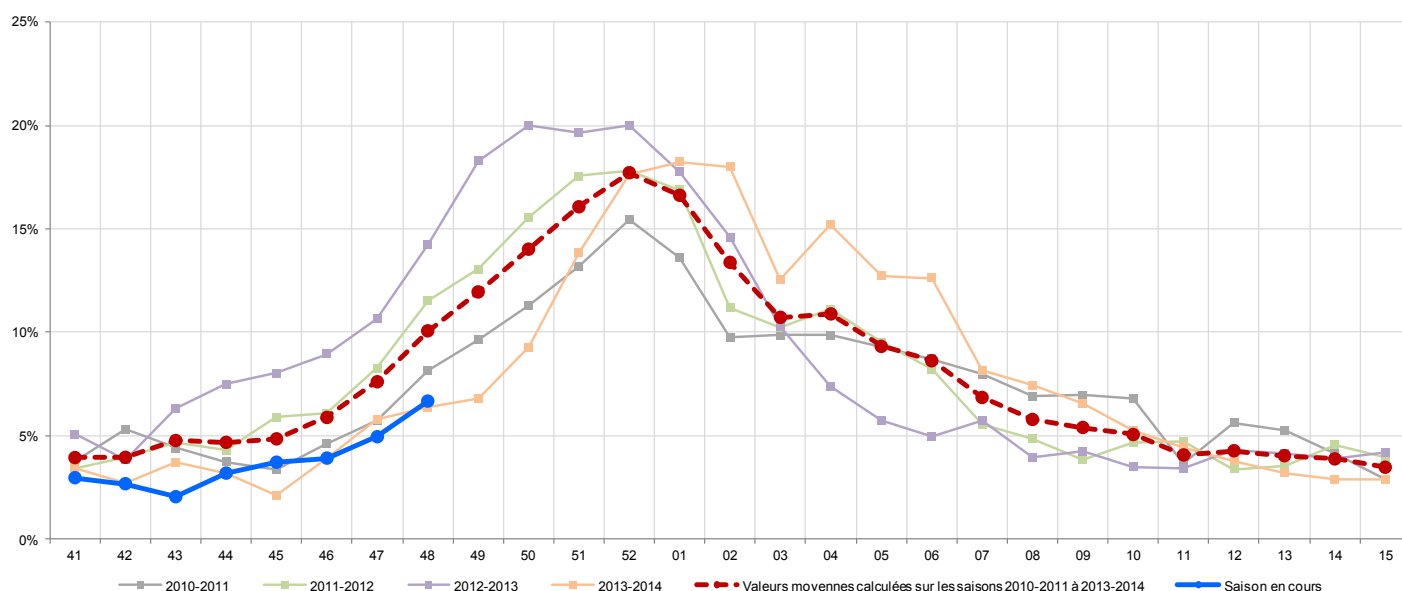
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite, enfants de moins de 2 ans, semaines 2014-41 à 2014-48, Paca



Analyse basée sur les 38 services des urgences accueillant des enfants et produisant des RPU codés (3 services de plus que pour la saison 2013-2014 ; liste en dernière page)

Passages pour bronchiolite : diagnostics principaux J21* pour les moins de 2 ans

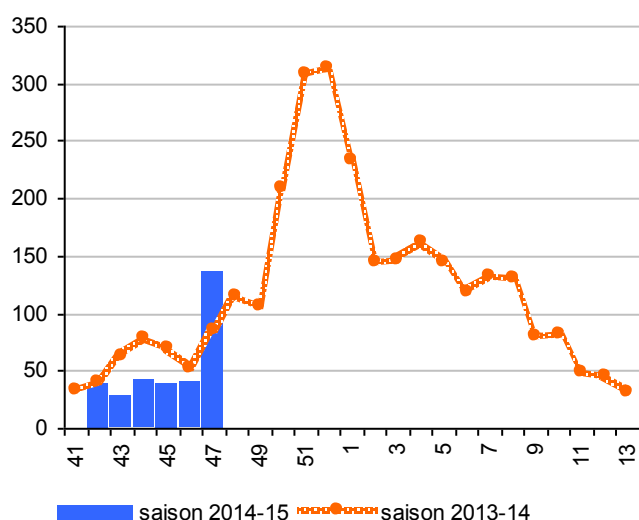
Proportion de passages aux urgences pour bronchiolite, enfants de moins de 2 ans, semaines 41 à 15, saisons 2010-11 à 2014-15, Paca



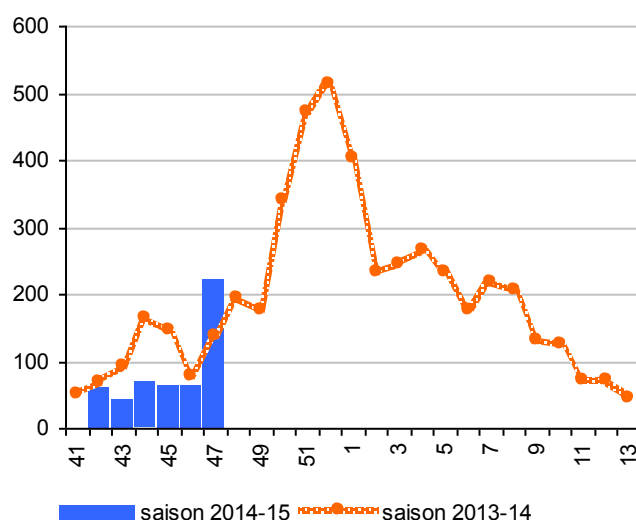
ARBAM PACA	25-26 oct.	1-2 nov.	8-9 nov.	15-16 nov.	22-23 nov.
nombre de jours de garde	2	2	2	2	2
nombre de secteurs ouverts	16	16	19	21	29
nombre de nouveaux patients vus	27	42	38	40	135
nombre de séances	41	69	64	64	222

Analyse basée sur les week-ends de gardes de l'association

Evolution du nombre de patients traités
par l'ARBAM Paca par week-end de garde,
11/10/2014 - 23/11/2014



Evolution du nombre de séances réalisées
par l'ARBAM Paca par week-end de garde,
11/10/2014 - 23/11/2014



Urgences en kinésithérapie respiratoire Pédiatrique
Appel 7/7 jrs Week end & Jours feries
Un seul numero unique : 04 91 75 7000



ASSOCIATIONS SOS MEDECINS	2014-44	2014-45	2014-46	2014-47	2014-48
nombre total de consultations d'enfants de moins de 2 ans	334	286	380	303	369
consultations pour diagnostic bronchiolite	13	6	16	14	11
% par rapport au nombre total de consultations d'enfants de moins de 2 ans	3,9%	2,1%	4,2%	4,6%	3,0%

Analyse basée sur les associations codant les diagnostics : SOS Toulon, Avignon, Nice, Cannes, Aix-Gardanne-Trets.

Sélection sur diagnostic bronchiolite chez les moins de 2 ans.

Retrouvez le **bilan de la surveillance 2013-2014** de la bronchiolite en Paca dans le
BVS n°12 - Spécial EPIDEMIES HIVERNALES

Epidémie en Afrique de l'Ouest

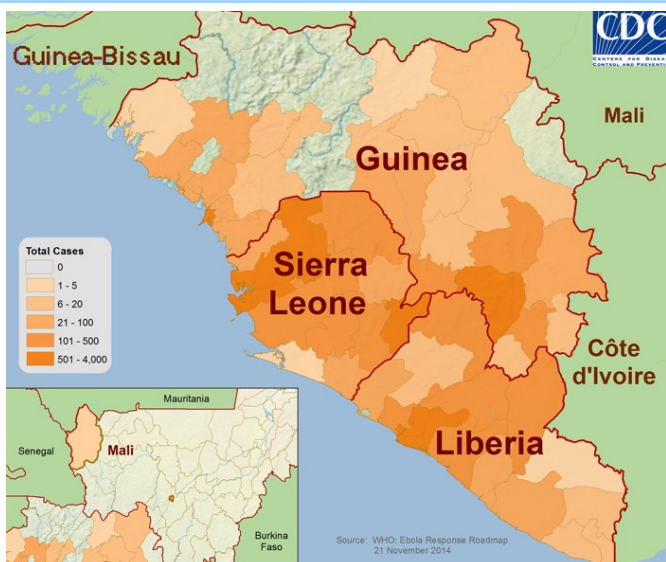
La plus importante épidémie liée au virus Ebola (en termes de nombre de foyers actifs et de nombre de cas et de décès rapportés) sévit depuis mars 2014 en Afrique de l'Ouest.

Au total (source InVS), au 24 novembre 2014, 15 319 cas et 5 444 décès (létalité observée de 35,5 %) ont été rapportés par l'OMS dans les pays où la transmission du virus Ebola est soutenue (Guinée, Libéria, Sierra-Léone). L'épidémie est toujours soutenue dans ces 3 pays.

Situation dans les pays rapportant une transmission soutenue du virus Ebola

Pays	Nombre de cas	Nombre de décès	Létalité
Guinée	2 047	1 214	59,3 %
Libéria	7 082	2 963	41,8 %
Sierra Léone	6 190	1 267	20,5 %
Total	15 319	5 444	35,5 %

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



Au Mali, où une transmission locale a été déclarée depuis 2 semaines dans la capitale Bamako, le bilan est de 6 cas et 6 décès. Pour rappel, ces cas ne sont pas épidémiologiquement liés au premier cas rapporté le 27 octobre.

L'OMS a officiellement déclaré les 17 et 19 octobre 2014 la fin de l'épidémie au Sénégal (1 cas) et au Nigéria (20 cas et 8 décès).

Depuis le 21 novembre 2014, la RDC ne fait plus partie de la zone à risque. Au total, 66 cas et 49 décès ont été recensés dans le cadre de cette épidémie (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).

En dehors de l'Afrique, des cas de transmission secondaire chez des professionnels de santé ayant pris en charge un malade rapatrié ont été déclarés aux Etats-Unis (4 cas) et en Espagne (1 cas).

DEFINITION DE CAS (InVS)

Actualisation de la définition le 24 novembre 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
- Soins reçus d'un tradi-praticien

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 24/11/2014 comme les pays suivants :

- Sierra Leone, Guinée-Conakry, Libéria, et le district de Bamako (Mali)

Situation en France (au 28 novembre 2014)

Le nombre total de cas suspects signalés depuis mars 2014 est de 627 dont 21 répondaient à la définition de cas possible. Par ailleurs, 2 cas confirmés ont été rapatriés en France.

Dans les régions Paca-Corse, 22 cas suspects ont été signalés (tous en Paca) : 2 cas répondaient à la définition de cas possible. Aucun n'a été confirmé.

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

DGS : informations à destination des professionnels de santé
HCSF : Conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola.

Contexte

Les bilharzioses (synonymes : schistosomias, schistosomoses) sont des affections parasitaires dues à des vers plats. Leur cycle inclut l'homme et un hôte intermédiaire, mollusque d'eau douce (Fig 1). L'homme se contamine par passage transcutané du parasite libéré dans l'eau par l'hôte intermédiaire.

Le 23 avril 2014, le chef du service de parasitologie-mycologie de Toulouse alertait le département des maladies infectieuses de l'Institut de veille sanitaire (DMI-InVS) du diagnostic de bilharziose urinaire à *Schistosoma haematobium* (Fig 2) chez 3 personnes d'une même famille (2 enfants et le père) sans notion de voyage en zone d'endémie, notamment chez les enfants de cette 1^{ère} famille et une exposition possible en Corse était évoquée.

Les premières investigations ont permis d'identifier 2 cas d'hématurie macroscopique dans une famille amie. Les 2 familles s'étaient rendues en vacances ensemble en Corse du Sud au cours des étés 2011 et 2013. Elles s'étaient baignées dans le même cours d'eau douce (Le Cavu). De plus, le clinicien de Toulouse avait identifié, via le réseau de parasitologues ANOFEL, une famille allemande où au moins un cas de bilharziose urinaire avait également été diagnostiqué au retour de Corse du Sud, en 2013.

Cette première investigation suggérerait que le lieu de contamination était en Corse. La présence de l'hôte intermédiaire l'escargot d'eau douce *Bullinus* ou bulin, nécessaire au cycle de transmission du parasite, était historiquement documenté en Corse.

Figure 1 : *Bullinus truncatus*



Figure 2 : *Schistosoma haematobium*



Mesures de gestion et investigation

Suite à cette alerte, la direction générale de la santé (DGS) a saisi le Haut conseil de santé publique (HCSP) afin qu'il donne une définition de cas, les modalités de dépistage, de diagnostic, de prise en charge thérapeutique et de prévention.

Au niveau local, l'Agence régionale de santé (ARS) de Corse a mis en place un groupe technique réunissant les professionnels concernés afin de mettre en place les mesures préconisées et assurer la gestion.

Le HCSP a préconisé, dans son avis du 23 mai 2014, de réaliser **un dépistage de la bilharziose urinaire en relation avec l'exposition à la rivière Cavu** en Corse pour toute personne ayant eu un contact avec les eaux de ce cours d'eau de **2011 à 2013** pendant la période à risque de **juin à septembre**. Il a également préconisé de réaliser un dépistage spécifique pour les personnes exposées par leur profession, et qui été souvent en contact avec l'eau douce de la rivière Cavu depuis plusieurs années pendant la période identifiée comme à risque :

- **encadrants et animateurs d'activités sportives nautiques et aquatiques ou de colonies de vacances, centres aérés, centres de loisirs et classes vertes, à proximité de la rivière Cavu ;**
- **personnels de structures ou d'administrations fréquemment en contact avec l'eau du Cavu (contrôle de la qualité de l'eau...).**

Le HCSP a, par ailleurs, mentionné dans son avis les tests sérologiques qui devaient être mis en œuvre pour ce dépistage, à savoir test Elisa et test d'hémagglutination. Enfin, il recommande d'interdire la baignade dans le Cavu.

Suite à l'avis du HCSP, la DGS et l'ARS de Corse ont informé la population que toute personne répondant à la définition de cas devait se faire dépister. En parallèle, **la baignade a été interdite sur le Cavu cette saison 2014.**

L'ARS a organisé le dépistage des professionnels exposés. Pour ceux-ci, en plus des tests recommandés par le HCSP, un prélève-

ment urinaire a également été réalisé afin d'obtenir des œufs de schistosome. Les prélèvements réalisés dans le cadre de cette investigation ont été analysés par le Dr Berry au laboratoire du CHU de Toulouse. Un questionnaire médical et un questionnaire environnemental ont permis de recueillir les informations nécessaires pour assurer un suivi épidémiologique.

Résultats de l'investigation

Professionnels de Corse

Le dépistage parmi les professionnels exposés au Cavu n'a pas mis en évidence de cas de bilharziose.

Population générale

Au 26 novembre 2014, en France, 90 cas autochtones de bilharziose urogénitale ont été recensés :

- 70 cas confirmés par sérologie ;
- 20 cas confirmés par la présence d'œufs dans les urines ou à l'examen histologique.

La moitié des cas avait moins de 16 ans. Le sex-ratio H/F était de 1.

De nombreux clusters familiaux ont été retrouvés.

24 cas (27%) rapportent des signes d'atteinte des voies urinaires et génitales compatibles avec une bilharziose.

19 résidaient en Corse et 17 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les autres cas se répartissaient sur 13 autres régions du continent.

L'ensemble des 90 cas signalés ont fréquenté au moins une fois un site de baignade sur le Cavu durant l'été 2011 ou 2013.

Il n'y a pas à ce stade d'éléments permettant d'incriminer un autre site aquatique en Corse.

| BILHARZIOSE URINAIRE : cas autochtones exposés au Cavu en Corse |

Investigations environnementales

Les collectes de bulins ont été réalisées cet été 2014 dans le Cavu. Les analyses des prélèvements par l'unité « Ecologie et Evolution des Interactions » du CNRS - Université de Perpignan, ont montré que les bulins collectés étaient bien porteurs du parasite.

Conclusion

Chez les professionnels potentiellement exposés à la rivière du Cavu, la **recherche de cas de bilharziose s'est révélée négative**. Les éléments de protection que certains professionnels peuvent utiliser (cuissarde, « waders ») ont pu contribuer à diminuer les contacts avec l'eau. Les horaires de travail ont pu jouer un rôle, car les professionnels ne travaillent en général pas aux heures les plus chaudes de la journée, plus propices à l'ensemencement des eaux par les cercaires rejetés par les bulins.

En population générale, 90 cas ont été détectés suite à une exposition à la baignade dans le Cavu seulement durant les étés 2011 et 2013. Ceci est en faveur d'une interruption de la transmission en 2012. Les conditions de contact avec l'eau, notamment les baignades prolongées et répétées pendant la période la plus chaude de la journée, semblent avoir joué un rôle déterminant dans la transmission du parasite.

Les résultats du CNRS sur les bulins du Cavu étayent l'existence d'une transmission active de *S. haematobium* sur certaines portions de cette rivière très fréquentées par les baigneurs en été.

Ces résultats attestent d'une transmission active de la bilharziose urinaire suite à une exposition à la baignade dans le Cavu, et justifient la poursuite et le renforcement du dépistage.

DEPISTAGE

Il est recommandé à toute personne ayant eu un contact cutané, même bref (baignade, trempage d'un membre, etc.), dans la rivière le Cavu près de Sainte Lucie de Porto Vecchio pendant la période juin-septembre entre 2011 et 2014, de pratiquer un dépistage de la bilharziose même en l'absence de signes urinaires.

En cas de doute les personnes concernées doivent contacter leur médecin traitant pour réaliser une sérologie de dépistage de la bilharziose (prise de sang au laboratoire).

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site de l'[ARS Corse](http://ars.corse.fr).



| SURSAUD® - PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITE SUIVIS |

Période analysée : du vendredi 21 au jeudi 27 novembre 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

↗ Tendence à la hausse (+2σ)

↘ Tendence à la baisse (-2σ)

↗ Forte hausse (+3σ)

↘ Forte baisse (-3σ)

ND : Donnée non disponible

NI : Donnée non interprétable en raison des faibles effectifs

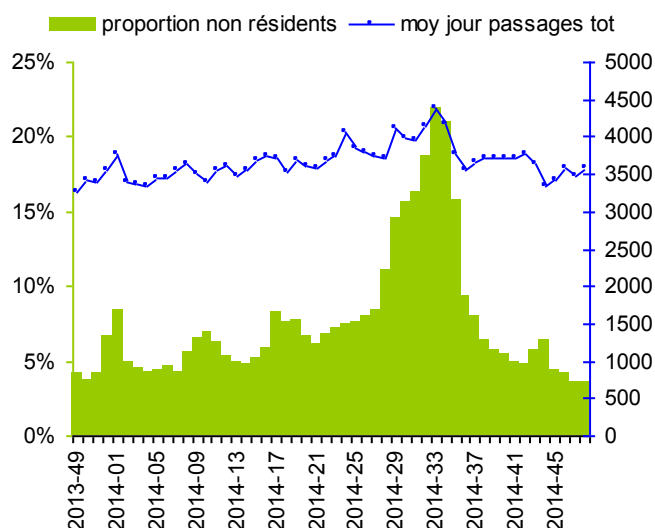
* établissements sentinelles (50 établissements sur l'inter région) / Informations sur la [méthode d'interprétation](#) en dernière page

| SURSAUD® - 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 3,6 %.

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 28 novembre 2014)

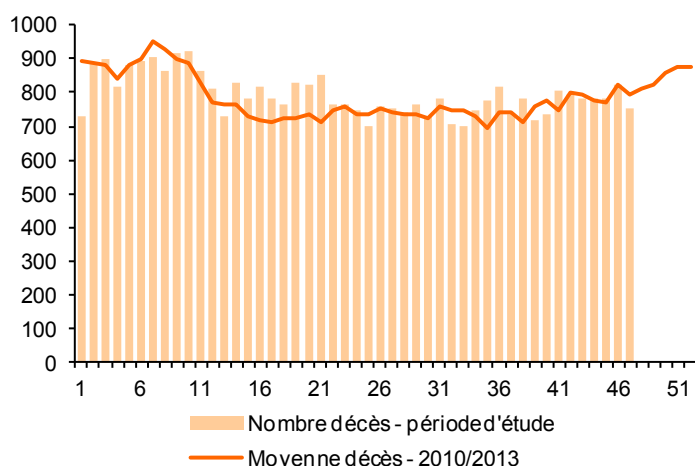
Paca - La mortalité mesurée en octobre à partir des données fournies par l'Insee est comparable à celle attendue, calculée sur la période de référence (2010-2013). Sur l'ensemble des 10 premiers mois de 2014, la mortalité est conforme à celle attendue (pas de différence significative).

Corse - La mortalité mesurée en octobre 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 10 premiers mois de 2014, la mortalité est conforme à celle attendue (pas de différence significative).

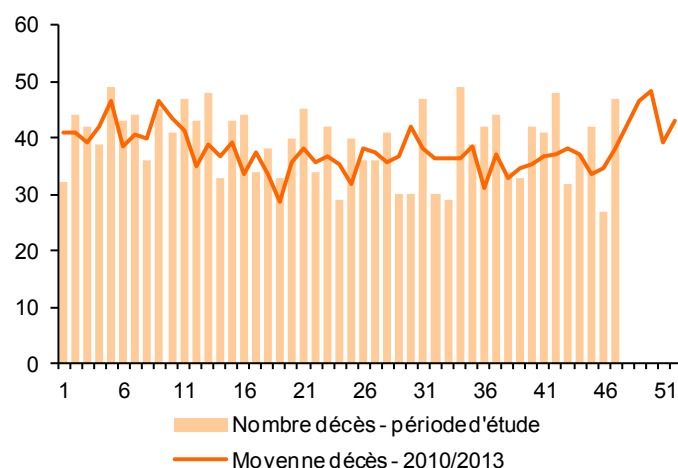
Les données du mois de novembre ne sont pas encore consolidées.

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



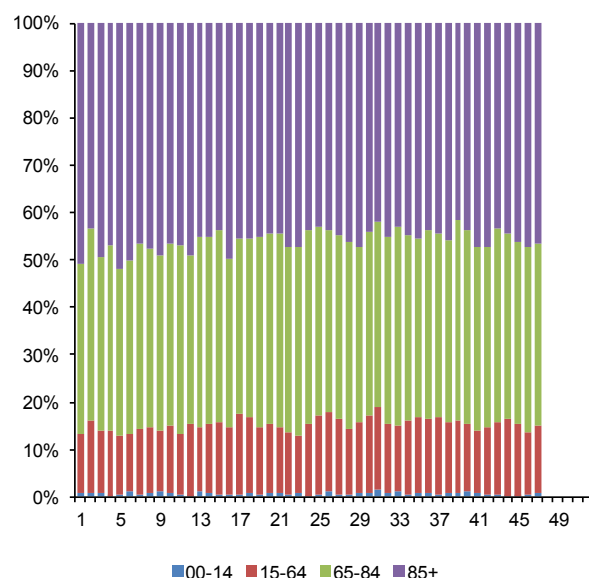
Comparaison par semaine des décès enregistrés en 2014 et du nombre de décès attendus calculés sur les années 2010 à 2013, Corse



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	3 267	-0,3%	158	171	8,1%
Septembre	3 133	3 257	4,0%	152	167	10,2%
Octobre	3 438	3 457	0,6%	163	177	8,4%
Novembre	3 421	2 759	-19,3%	158	138	-12,7%
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 28 novembre 2014 à 12:00)

	Total 2013		2014 Total semaines antérieures		2014-44		2014-45		2014-46		2014-47		2014-48	
	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	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite A	99	2	62	2	0	0	3	0	0	0	1	0	3	0
Infections invasives à méningocoques	42	0	40	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Légionellose	160	2	144	4	7	0	4	0	5	0	5	0	6	0
Listériose	28	2	17	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Rougeole	89	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire collective	95	8	106	3	5	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Epidémies de GEA	65	4	48	0	2	0	1	0	0	0	2	0	1	0
Epidémies d'IRA	31	1	34	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Episodes de Gale (avérés ou suspectés)	36	3	38	3	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0
Autres infectieux	118	15	113	38	2	1	1	0	2	0	1	0	2	0
Tensions hospitalières	88	1	150	0	4	0	4	0	4	0	7	0	4	0
Autres signaux	105	16	104	7	3	0	4	0	0	0	0	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, Ajaccio, 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 récides ;
- **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 récides.

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 AP-HM

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

Sentinelles
Réseau Sentinelles

Participez à la surveillance et à la recherche en soins primaires

A partir de la saison 2014-2015, le réseau Sentinelles (www.sentiweb.fr) a en charge l'organisation de la surveillance virologique de la grippe en plus de la surveillance clinique. La surveillance virologique consistera à effectuer des prélèvements naso-pharyngés chez 2 patients par semaine présentant un syndrome grippal selon la définition du réseau Sentinelles.

Si vous souhaitez participer à la surveillance de la grippe et aux travaux du réseau Sentinelles, merci de contacter par mail ou par téléphone :

Lisandru Capai (tél. : 04 95 45 01 55) / **Victoire Roussel** (tél. : 01 44 73 84 35)
sentinelles@upmc.fr

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