

Pèlerinage du Hadj 2015:

Situation de l'infection à Mers-Cov au 31 août 2015

Point épidémiologique - N°46 au 7 septembre 2015

| Etat des connaissances |

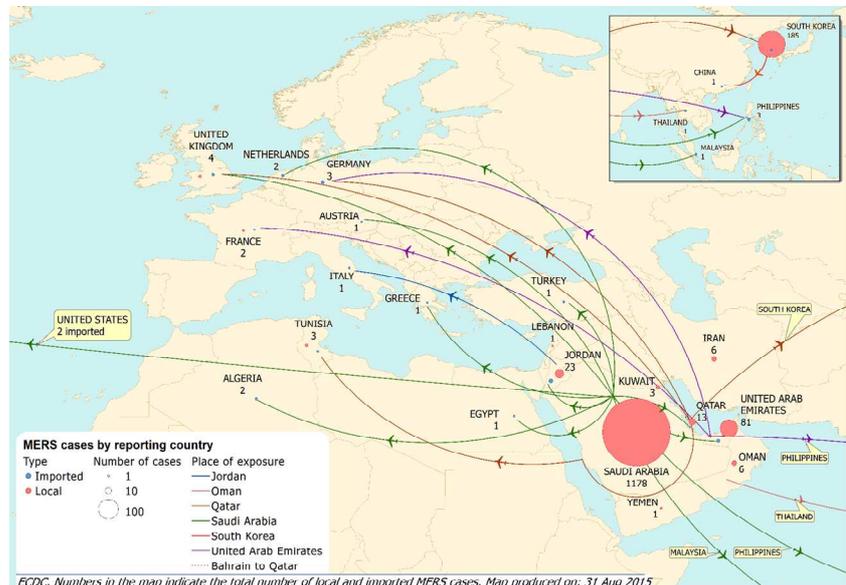
Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) est une maladie respiratoire virale due à un nouveau coronavirus (MERS-CoV) d'origine animale, détecté pour la première fois en 2012 en Arabie saoudite. Le tableau clinique est variable, de l'absence de symptômes, de symptômes respiratoires bénins, à une insuffisance respiratoire aiguë voire un décès (36% des cas notifiés). Les signes cliniques habituels de la maladie à MERS-CoV sont la fièvre, la toux et des difficultés respiratoires. La présence d'une pneumonie est fréquente. Des symptômes gastro intestinaux, dont la diarrhée, ont également été signalés. Le virus semble provoquer des formes plus graves chez les personnes âgées, les immunodéprimés et les personnes atteintes d'une maladie chronique (cancer, maladie pulmonaire chronique ou diabète).

Le virus circule dans toute la péninsule arabique, principalement en Arabie saoudite, où se trouve la majorité des cas signalés depuis 2012 (>85 %). De 2012 à 2015, des cas ont été notifiés en dehors du Moyen-Orient, mais la plupart de ces infections avaient été acquises au Moyen-Orient, puis exportées hors de la région (Figure 1). Le chameau semble être un hôte réservoir majeur du virus et une source d'infection chez l'homme. Si certains cas sont liés à des contacts avec des chameaux, la majorité des cas sont dus à une transmission interhumaine secondaire autour d'un cas d'origine animale. Néanmoins, le virus ne se transmet pas facilement d'homme à homme et un contact étroit est nécessaire comme dans le cadre de soins ou en intra familial. Ainsi, aucune transmission communautaire durable n'a été constatée alors que plusieurs épidémies hospitalières ont été documentées au Moyen-Orient (la majorité en Arabie saoudite) et qu'en Europe des cas nosocomiaux sont survenus autour de cas importés. Pour la première fois en 2015, une épidémie hospitalière de grande ampleur est survenue en dehors de la péninsule arabique en Corée du Sud suite à un cas importé.

Alors que le pèlerinage du Hadj va débiter, la possibilité de survenue d'infection à MERS-Cov chez des pèlerins au retour d'Arabie saoudite doit être envisagée par les professionnels de santé à la Réunion et à Mayotte. En effet, l'expérience montre qu'une suspicion et un isolement précoce des patients suspects permettent d'éviter la survenue de cas secondaires alors que l'errance médicale des patients et l'absence de précautions peuvent conduire à des épidémies hospitalières.

| Figure 1 |

Distribution des cas confirmés de Mers-Cov par lieu probable de contamination et par lieu de diagnostic de mars 2012 au 31 août 2015. (Source ECDC)



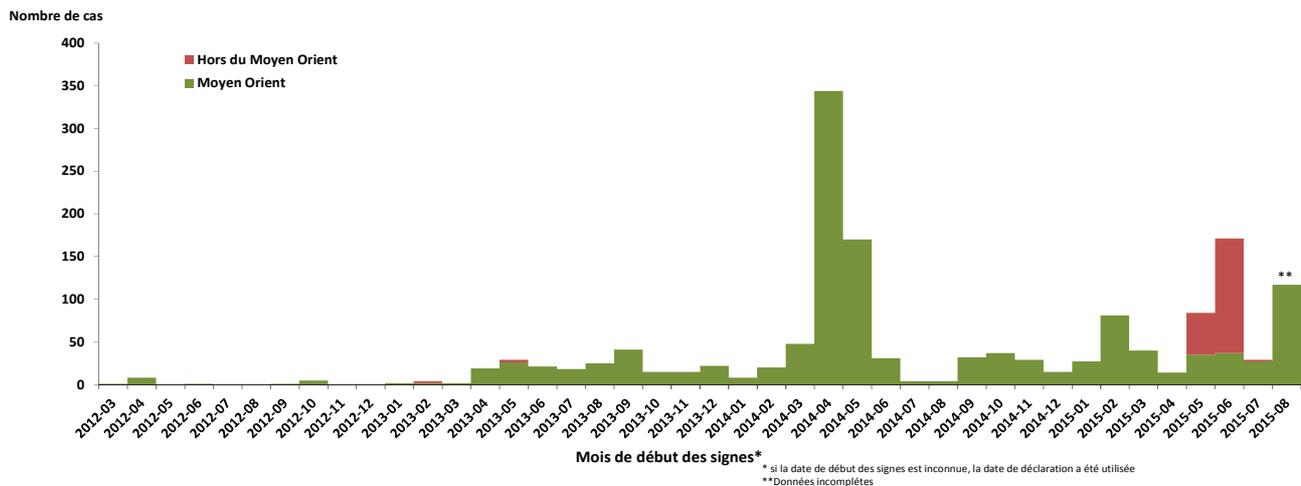
| Situation épidémiologique mondiale au 31 août 2015 |

Le virus a été isolé pour la première fois en septembre 2012 chez un patient saoudien mais son implication dans une première épidémie hospitalière en mars 2012 en Jordanie a rapidement été prouvée. Depuis des cas sont survenus dans de nombreux pays de la péninsule arabique sporadiquement ou sous la forme d'épidémies hospitalières. Ainsi plus d'une douzaine d'épidémies hospitalières sont survenues depuis 2012. Selon l'ECDC, au 31 août 2015, 1534 cas ont été rapportés dont seulement 190 en dehors du Moyen-Orient : 185 lors d'une épidémie en Corée du Sud et 5 autour de cas importés en Europe. La majorité des cas rapportés est survenue en Arabie Saoudite : 1184 cas dont 509 décès au 31 août 2015 selon les autorités saoudiennes soit une létalité de 42.9%.

Depuis 2012, 11 épidémies majeures ont été enregistrées, une en Corée du Sud (2015, 186 cas), une aux Emirats arabes unis (2014, 40 cas) et les autres en Arabie saoudite (Al Hofouf 2013, Djeddah 2014, Mecque 2014, Medina 2014, Ryad 2013, Ryad 2014, Ryad 2015 & 2015, Taif 2014).

| Figure 2 |

Distribution des cas confirmés de Mers-Cov par mois, lieu probable de contamination et lieu de diagnostic de mars 2012 au 31 août 2015 (Source ECDC).



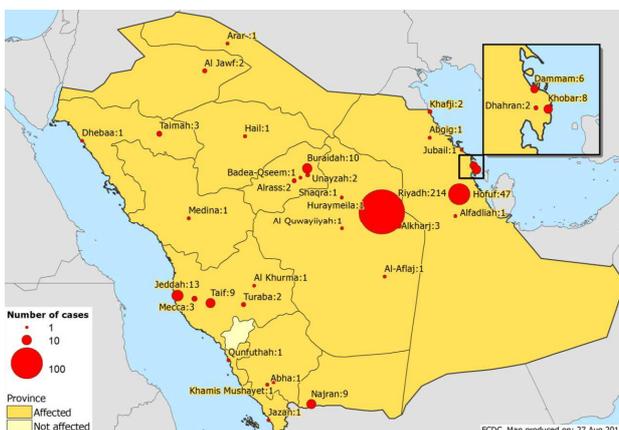
| Situation en Arabie Saoudite au 31 août 2015 |

Au mois d'août, 127 cas ont été rapportés en Arabie saoudite dont 120 cas à Riyad où une épidémie est en cours. L'épidémie a débuté en juillet à partir d'un homme en contact avec des chameaux et consommant du lait de chamelle. Des cas secondaires sont apparus dans sa famille puis une transmission hospitalière s'est installée. La plupart de ces cas hospitaliers sont liés à la fréquentation du service d'urgence (patients, visiteurs, soignants) de l'hôpital King Abdulaziz Medical city (KAMC). L'épidémie est toujours en cours.

C'est la deuxième épidémie à Riyad cette année après celle de janvier-mars (60 cas). Riyad est la région la plus touchée au monde par le Mers-Cov. Depuis 2012, plus de 400 cas y ont été rapportés incluant au moins 4 épidémies majeures.

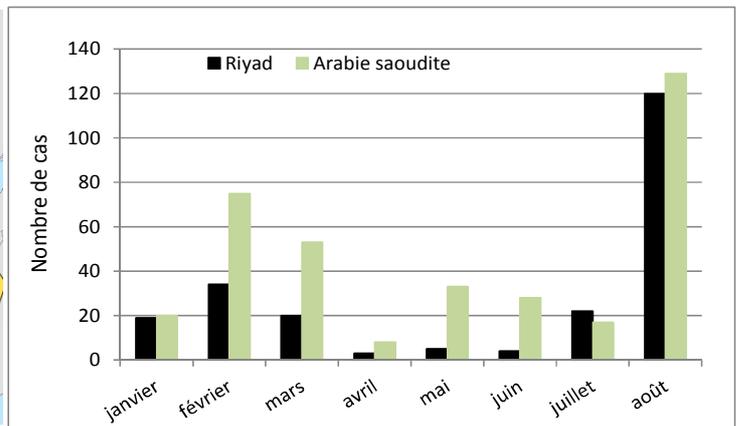
| Figure 3 |

Distribution géographique des cas confirmés de Mers-Cov en Arabie saoudite au mois d'août 2015 (Source ECDC)



| Figure 4 |

Distribution mensuelle des cas confirmés de Mers-Cov en Arabie saoudite et à Riyad en 2015 (Source ECDC)



| Epidémie de Mers-Cov en Corée du Sud , mai – juillet 2015 |

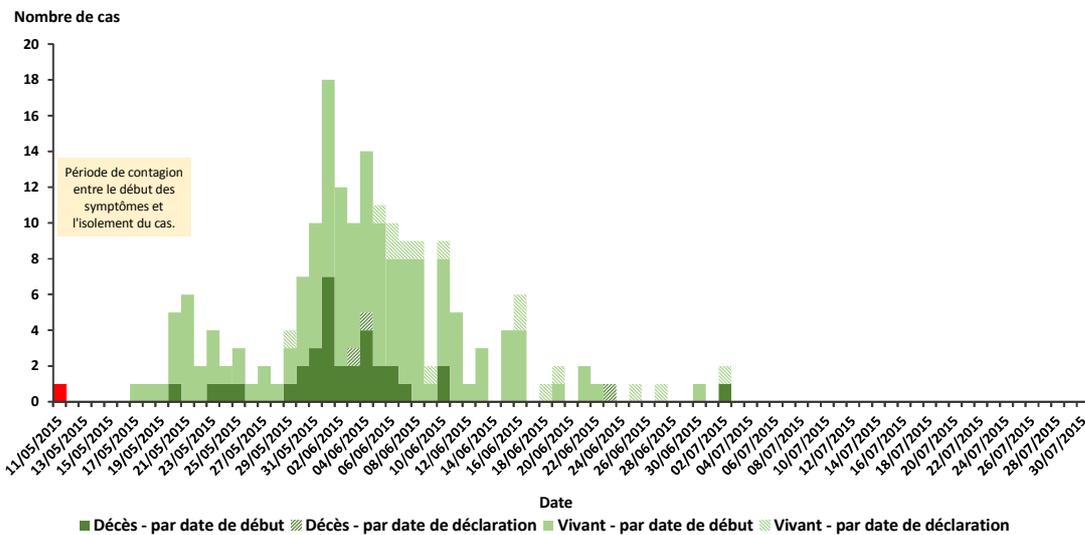
Une épidémie de syndrome respiratoire du Moyen-Orient est survenue en Corée du sud de mai à juillet 2015 suite à l'introduction d'un cas en provenance du Moyen-Orient . Cette épidémie majeure (186 personnes dont le cas index et 36 décès) a concerné 20 structures de santé dans 4 régions du pays.

Le cas index de retour du Moyen-Orient le 4 mai a présenté fièvre et toux à compter du 11 mai. Du 11 mai au 20 mai avant que le diagnostic soit évoqué et confirmé, le patient va rester en famille et consulter dans quatre structures de soins avant d'être isolé et que les personnels soignants et son entourage soient soumis aux mesures de précaution standards. Durant cette période, il va contaminer un parent, des professionnels de santé, d'autres patients consultants au même moment ou partageant sa chambre ainsi que leurs proches venus les accompagner. Le patient index va ainsi induire une première génération de cas (G1), puis 3 patients de G1 vont induire une deuxième génération de cas (G2) et 1 patient de G2 va induire une troisième génération (G3) (Figure 5). Au final des cas seront rapportés dans 20 structures de soins (Figure 6). On retrouve dans cette épidémie des facteurs déjà décrits dans les épidémies du Moyen-Orient : une transmission nosocomiale et des patients « super contagieux », ici des patients atteints de pneumopathie sans mesure d'isolement.

Si des épidémies hospitalières avaient déjà été décrites, cette épidémie présente plusieurs particularités : 1 - première de cette ampleur hors de la péninsule arabe 2- majorité des cas dus à une transmission hospitalière 3 - une transmission d'hôpital à hôpital et de régions à régions due aux mouvements de patients (Figure 6).

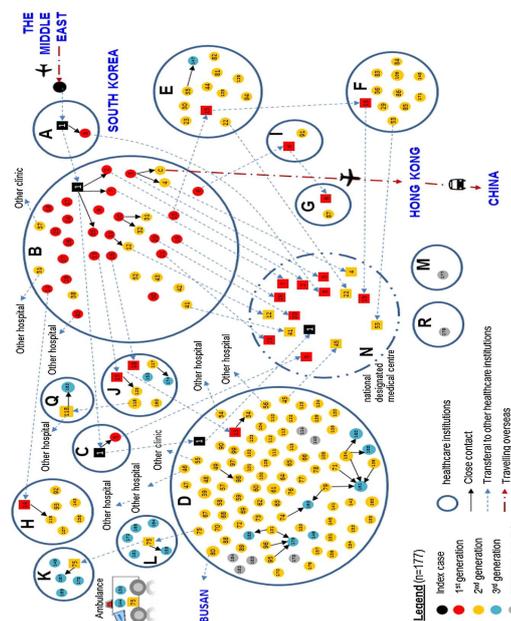
| Figure 5 |

Distribution par statut (décédé ou vivant) des cas confirmés de Mers-Cov en Corée du Sud , 2015 (Source ECDC)



| Figure 6 |

Diffusion de l'épidémie de Mers-Cov d'hôpital à hôpital à partir du cas index , Corée du Sud, 2015 (Source Shui Shan L, IJID 2015, 38, 65-67)



| Points clefs pour prévenir la transmission nosocomiale |

Les épidémies hospitalières sont dues à un défaut d'identification des cas possibles, à une mauvaise application des mesures d'isolement et au non respect des mesures de précaution pour la prise en charge des patients atteints d'infections respiratoires.

Les points clefs pour le contrôle sont :

- L'identification par l'interrogatoire des patients revenant d'une zone à risque.
- L'isolement systématique des patients fébriles avec syndrome respiratoire des autres patients
- La mise en place systématique des mesures de contrôle du risque respiratoire pour la prise en charge des patients fébriles avec syndrome respiratoire aux urgences et dans les services d'hospitalisation
- La limitation de la promiscuité des patients et accompagnants dans les services d'urgence (salle d'attente, salles d'examen).
- La limitation de la promiscuité des patients et accompagnants dans les services d'hospitalisation

L'objectif de la surveillance en France est d'assurer la détection précoce des cas d'infection à Mers-Cov 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

| Définition de cas |

Cas possible :

- Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les pays listés (Cf. 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, avec 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 14 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).
- Toute personne ayant travaillé ou ayant été hospitalisée dans un établissement hospitalier dans un des pays listés et ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant le dernier contact avec cet établissement.
- Toute personne ayant eu un contact proche avec un dromadaire ou un produit issu de l'animal (lait non pasteurisé, viande crue, urine) dans un des pays listés et ayant présenté une infection respiratoire aiguë, quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant ce contact.

Pour les personnes immunodéprimées ou présentant une pathologie chronique, il faut considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

Cas confirmé :

Cas possible avec prélèvements indiquant la présence du nouveau coronavirus MERS-CoV.

Liste des pays considérés à risque au 02/09/2015:

La liste des pays à risque inclut les pays qui ont rapporté des cas et où la circulation du virus a été documentée ainsi que les pays limitrophes et les pays du Moyen Orient qui ont rapporté des cas autochtones récemment : **Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Jordanie, Koweït, Oman, Qatar, Yémen.**

Par ailleurs, dans le cadre de la détection des émergences, tout regroupement de cas d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées, avec ou sans notion de voyage ou résidence en zone géographique à risque, doit être signalé et investi-gué, en particulier chez du personnel soignant.

► Quand signaler un cas à la Réunion et à Mayotte

Les médecins prenant en charge un patient et suspectant :

- soit un cas possible répondant aux définitions ci-dessus,
- soit un regroupement de cas d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées, **doivent signaler ces situations par téléphone** au SAMU pour validation de la classification en cas possible par la Cire. Ils préciseront s'il existe des personnes co-exposées ou des contacts étroits à investiguer.

► Comment signaler un cas à la Réunion et à Mayotte

Contactez le SAMU en appelant le 15

Epidémie de Mers-Cov en Corée du Sud

Epidémie en cours en Arabie saoudite

Vigilance accrue pour les retours du pèlerinage la Mecque

Des mesures simples pour éviter la transmission nosocomiale

Remerciements

Remerciements aux collègues de l'ECDC pour le partage de leur base de données et de leur infographie.

Remerciements à IJID pour l'autorisation de reproduction: open access CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Liste de diffusion

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à ars-oi-cire@ars.sante.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon, Directeur Général de l'InVS

Rédacteur en chef :
Laurent Filleul, Coordonnateur de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :
Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Elise Brottet
Sophie Larrieu
Nadège Marguerite
Isabelle Mathieu
Frédéric Pagès
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 61002
97743 Saint Denis Cedex 09
Tel : +262 (0)2 62 93 94 24
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57