

- Généralités

The Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV) a été identifié en septembre 2012 chez deux patients ayant contracté une infection respiratoire sévère mortelle, l'un au Royaume d'Arabie saoudite et l'autre au Qatar. L'infection à MERS-CoV se manifeste le plus souvent par une fièvre et des signes respiratoires de sévérité variable pouvant évoluer vers un tableau de détresse respiratoire aiguë.

La source de contamination et les modalités de transmission restent à l'heure actuelle mal connues. Cependant, le principal réservoir animal à l'origine de cette émergence chez l'homme est probablement représenté par les camélidés. La transmission interhumaine apparaît limitée et se fait essentiellement par voie respiratoire dès lors que la personne infectée est symptomatique, dans un contexte de contacts prolongés avec le patient index. La période d'incubation est comprise entre 2 et 14 jours. Le traitement est essentiellement symptomatique de la détresse respiratoire et éventuellement d'une insuffisance rénale associée.

- Point de situation international et national

Au 17 juin 2015 et depuis le début de l'épidémie en avril 2012, 1 321 cas confirmés de MERS-CoV dont 467 décès (létalité de 35,3 %) ont été rapportés par l'OMS dans 25 pays différents. La plupart de ces cas ont été identifiés dans la péninsule arabique, notamment en Arabie saoudite qui a rapporté à elle seule 87 % des cas notifiés à l'OMS. Les foyers épidémiques les plus importants décrits sont survenus dans des contextes nosocomiaux et familiaux. Depuis le 20 mai 2015, la Corée du Sud a notifié à l'OMS le plus important cluster de cas de MERS-CoV en dehors de la péninsule arabique (162 cas dont 19 décès confirmés par les autorités au 16 juin 2015), comptant plusieurs dizaines de cas secondaires. Tous les cas ont un lien épidémiologique direct ou indirect avec le cas index.

Le nombre de cas exportés en dehors de la péninsule arabique représente une proportion faible (9 %) du nombre de cas déclarés à l'OMS et la transmission autochtone secondaire à partir de cas exportés, en dehors du cluster en Corée du Sud, est restée très limitée car cette transmission nécessite des contacts proches et prolongés. En France, depuis octobre 2012, 2 cas d'infection à MERS-CoV ont été confirmés en mai 2013. Le premier cas avait été hospitalisé à la suite d'un séjour touristique aux Emirats arabes unis. Le deuxième cas n'avait pas voyagé mais avait partagé la chambre d'hôpital du premier cas.

- **Signalement**

La surveillance épidémiologique des infections à MERS-CoV est réalisée par les autorités sanitaires nationales de chaque pays et est centralisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En France, l'InVS, en s'appuyant sur un réseau territorial constitué par les cellules de l'InVS en région (Cire), est en charge de la surveillance épidémiologique et de la validation du classement des cas possibles d'une infection à MERS-CoV.

Toute identification d'un patient suspect d'infection à MERS-CoV (selon les définitions de cas et de la zone à risque adaptées à l'évolution de la situation*), par un professionnel de santé en ambulatoire, doit systématiquement faire l'objet d'un appel au Samu-Centre 15 territorialement compétent, afin d'organiser le classement du patient en cas possible ou non. Dès lors que le patient suspect est signalé au point focal régional de l'Agence régionale de santé (ARS - 02 32 18 31 69), ce classement est réalisé par la Cire Normandie en lien avec l'ARS et l'inféctiologue référent lorsque le cas est à l'hôpital. Le signalement permet également de préciser l'existence de personnes co-exposées ou de contacts étroits à investiguer.

Le classement comme cas possible d'un patient suspect conduit à la réalisation de prélèvements par l'un des laboratoires régionaux habilités à réaliser le diagnostic pour la confirmation du diagnostic microbiologique. L'ARS est chargée de la mise en œuvre des mesures de contrôle autour des cas.

- Perspectives

Bien que le risque d'une transmission soutenue d'humain à humain en Europe reste très faible selon l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), la vigilance reste de mise et la surveillance des infections à l'échelle mondiale se poursuit, en particulier dans le contexte d'une recrudescence saisonnière des cas en Arabie saoudite. Par ailleurs, la péninsule arabique est un lieu de grands pèlerinages musulmans. Le pèlerinage du Hadj, qui aura lieu en septembre en 2015 et durant lequel plusieurs millions de pèlerins de tous les pays se rassemblent, ainsi que celui pendant la période du Ramadan, peuvent accroître le risque d'exportation de la maladie lors du retour des pèlerins dans leurs pays d'origine. La surveillance mise en place pour identifier au plus vite les cas possibles d'infections liées au MERS-CoV, assurer leur prise en charge rapide et s'assurer qu'il n'y a pas eu de transmission humaine à partir de ces cas demeure ainsi indispensable.

* Les définitions de cas et la liste des pays ou zones à risque sont mises à jour régulièrement sur le site de l'InVS :

Depuis l'épisode caniculaire exceptionnel de l'été 2003, un plan national canicule (PNC) visant à réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur est mis en place chaque année entre le 1^{er} juin et le 31 août, selon 4 niveaux progressifs en adéquation avec les niveaux de vigilance météorologique de Météo France : « veille saisonnière » (vigilance verte), « avertissement chaleur » (vigilance jaune), « alerte canicule » (vigilance orange) et « mobilisation maximale » (vigilance rouge).

Le PNC prévoit la mise en place d'une surveillance sanitaire de la population aux niveaux régional et départemental par l'InVS, à travers le système d'alerte canicule et santé (Sacs). Ce système repose sur l'évaluation des risques météorologiques par Météo-France et des risques sanitaires par l'InVS. L'analyse de la situation météorologique réalisée par Météo-France permet de prévoir les risques de dépassement des seuils de températures propres à chacun des départements métropolitains (diurne et nocturne). En cas de canicule, l'InVS (conjointement national et régional *via* les Cire) réalise une analyse quotidienne de la situation sanitaire, à partir du lendemain du jour proposé de passage en alerte canicule et ce tant que la proposition d'alerte n'est pas levée. Cette analyse permet d'évaluer rapidement l'impact sanitaire d'un épisode de canicule, d'apporter une aide aux pouvoirs publics concernant le déclenchement ou la levée des différents niveaux du PNC et de surveiller l'évolution des conséquences sanitaires d'une vague de chaleur pour adapter les stratégies de gestion.

Au niveau local, dans le cadre d'un épisode de canicule, la Cire Normandie a ainsi pour mission de (i) centraliser et interpréter des indicateurs de mortalité et de morbidité et (ii) transmettre un point de situation au niveau national de l'InVS, aux ARS de Basse-Normandie et de Haute-Normandie et aux différents partenaires de la veille sanitaire dans les deux régions.

La surveillance sanitaire repose sur l'analyse :

- des données globales de morbidité issues (i) de l'activité des structures d'urgence adhérent au réseau OSCOUR®, (ii) de l'activité des associations SOS médecins de Caen, Cherbourg et Rouen et (iii) de l'activité des Samu de Haute-Normandie disponible *via* le serveur régional de veille et d'alerte de Haute-Normandie (Servahn) ;
- des affections liées à la chaleur (hyperthermies, hyponatrémies, déshydratations, malaises) à partir des données des associations SOS médecins de Caen, Cherbourg et Rouen et des structures d'urgence adhérent au réseau OSCOUR® dont la transmission des données est effective sur la période d'analyse (du 1/06 au 31/08) et dont le taux de codage des diagnostics est supérieur à 70 % ;
- des données de mortalité enregistrées par les services de l'état civil des communes informatisées *via* l'Insee).

Afin que la Cire Normandie assure au mieux cette surveillance, il est important de redoubler de vigilance sur le codage des diagnostics cliniques des RPU dans le cadre du dispositif SurSaUD®, notamment ceux en lien avec la chaleur, durant toute cette période estivale.



Cire Normandie

Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie

Veille Info n°37 - Juin 2015

Suivi des indicateurs d'activité des structures d'urgence et des Samu en Haute-Normandie

Période du 01/03/15 au 31/05/15

Source de données SRVA

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

| Complétude des données et activité déclarée par les services sur la période du 01/12/14 au 28/02/15 |

Le niveau de complétude des données transmises par les structures d'urgence pour la période du 01/03/15 au 31/05/15 était de 94,9%. Sur cette même période, la complétude était comprise entre 63% et 100% selon les établissements (fig 1).

Fig 1. Carte de complétude des données transmises par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/03/15 au 31/05/15 (source : SRVA de Haute-Normandie).

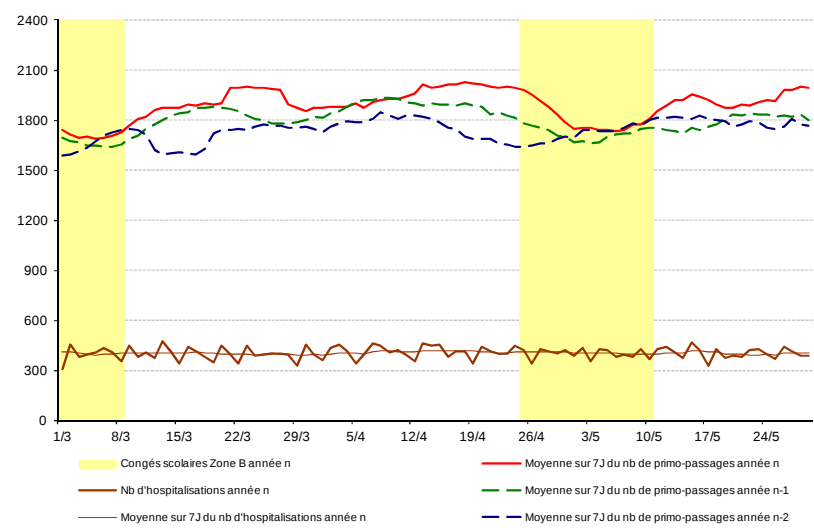


Tab 1. Activité déclarée par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/03/15 au 31/05/15 (source : SRVA de Haute-Normandie).

Etablissements	Primo passage	< 1 an	> 75 ans	Hospit
CH DIEPPE	9 013	265	1 371	3 046
CHEU	4 233	100	258	332
Total Territoire de Dieppe	13 246	365	1 629	3 378
CH BERNAY	5 025	27	719	1 101
CH EVREUX - CHI EURE-SEINE	14 597	762	1 316	2 297
CH GISORS	3 759	25	422	792
CH VERNEUIL-SUR-AVRE	3 780	42	383	413
CH VERNON - CHI EURE-SEINE	5 326	27	610	993
CL CHIRURGICALE PASTEUR - EVREUX	4 682	3	233	453
Total Territoire Evreux - Vernon	37 169	886	3 683	6 049
CH FECAMP	5 358	143	767	1 413
CH LILLEBONNE	5 527	67	457	755
CH PONT-AUDEMER	3 132	19	315	342
CL LES ORMEAUX-VAUBAN - LE HAVRE	6 017	21	409	648
H PRIVE DE L'ESTUAIRE - LE HAVRE	7 077	35	941	1 126
H JACQUES MONOD POSU - CH LE HAVRE	9 100	1 336	0	2 762
H JACQUES MONOD SAU - CH LE HAVRE	10 491	0	1 899	4 378
Total Territoire Le Havre	46 702	1 621	4 788	11 426
CH LES FEUGRAIS - CHI ELBEUF	14 689	708	1 640	3 469
CH LOUVIERS - CHI ELBEUF	3 762	45	310	285
CL DU CEDRE - BOIS-GUILAUME	4 018	1	360	2 025
H CHARLES NICOLLE POSU - CHU ROUEN	10 284	1 755	0	2 068
H CHARLES NICOLLE SAU - CHU ROUEN + SAINT JULIEN	24 682	0	5 181	8 785
POLYCLINIQUE DE L'EUROPE - ROUEN	10 156	26	549	611
Total Territoire Rouen - Elbeuf	67 591	2 535	8 040	17 247
Total Haute-Normandie	164 708	5 407	18 140	38 100

| Suivi du nombre de primo-passages et d'hospitalisations dans les structures d'urgence, période du 01/03/15 au 31/05/15 |

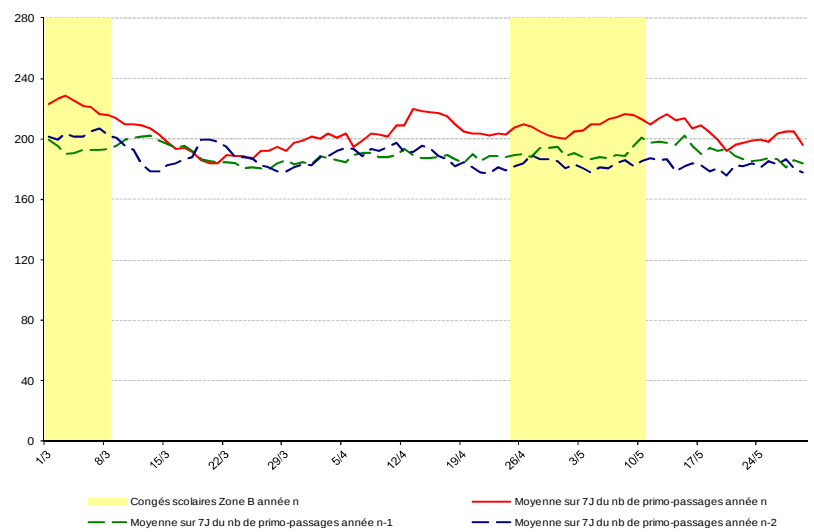
Fig 2. Nombre de primo-passages quotidiens et d'hospitalisations dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/03 au 31/05).



Sur la période du 01/03/15 au 31/05/15, le nombre de primo-passages quotidiens enregistrés par les structures d'urgence de Haute-Normandie a été supérieur à celui observé en 2013 et 2014 à la même période, en pourcentage (respectivement + 10% et + 5% sur la totalité de la période) et en nombre (respectivement + 15 647 et + 8 626 passages). Le nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences est resté globalement constant sur cette même période d'observation (fig 2). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens a dépassé les valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2014 pour les mois de mars à mai 2015 (fig 4). L'activité des structures d'urgence des quatre territoires de santé (Dieppe, Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon et Le Havre) a augmenté en pourcentage (de 2% à 6%) par rapport à celle observée en 2014 sur la même période, les territoires de Rouen-Elbeuf et du Havre étant ceux pour lesquels l'augmentation en nombre de passages a été la plus importante (respectivement 3 713 et 3 028 passages supplémentaires) (fig 3).

| Suivi du nombre de primo-passages concernant les plus de 75 ans, période du 01/03/15 au 31/05/15 |

Fig 5. Nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/03 au 31/05).



Considérant l'ensemble de la période (du 01/03/15 au 31/05/15), le nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans a été supérieur à ceux observés en 2013 et 2014 sur la même période, en pourcentage (respectivement + 10% et + 7%) et en nombre (respectivement 1 648 et 1 179 passages en plus) (fig 5). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens a dépassé les valeurs maximales observées à la même période au cours des années 2006 à 2014 pour les mois de mars à mai 2015 (fig 7). Pour les quatre territoires de santé, les données ont affiché une augmentation de l'activité de leurs structures d'urgence pour cette catégorie d'âge par rapport à celles enregistrées en 2014 sur la même période (allant de 2% pour les territoires de santé de Dieppe et d'Evreux-Vernon à 9% pour celui du Havre). Le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est celui qui a présenté l'augmentation en nombre de passages la plus importante (+ 629 passages par rapport à 2014) (fig 6).

Définition des termes utilisés

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

Fig 3. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2014 et 2015, période du 01/03 au 31/05.

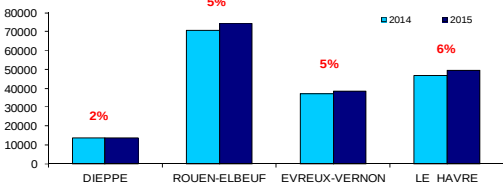


Fig 4. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.

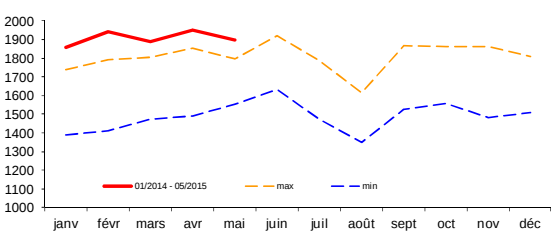


Fig 6. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2014 et 2015, période du 01/03 au 31/05.

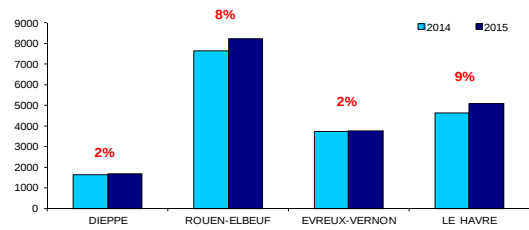
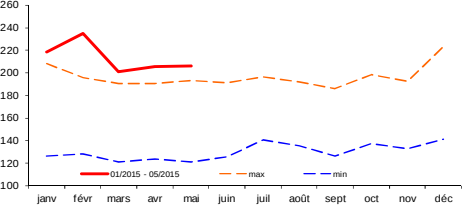
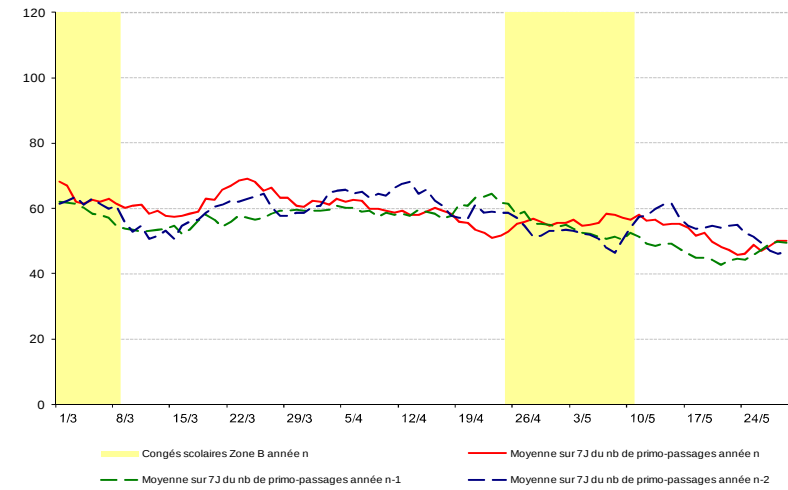


Fig 7. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.



| Suivi du nombre de primo-passages concernant les moins de 1 an, période du 01/03/15 au 31/05/15 |

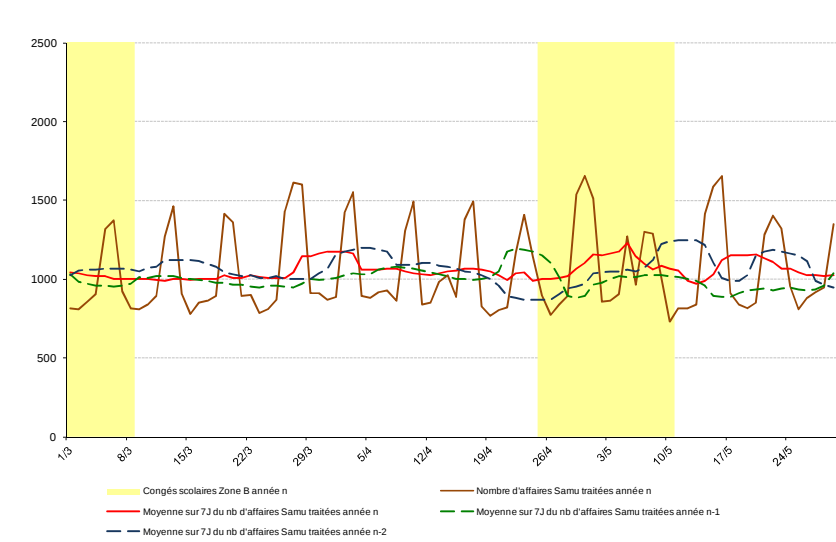
Fig 8. Evolution du nombre de primo-passages quotidiens des moins de 1 an dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/03 au 31/05).



Sur la période du 01/03/15 au 31/05/15, le nombre de primo-passages quotidiens chez les moins de 1 an a été légèrement supérieur à celui observé en 2013 et 2014 à mois équivalents, en pourcentage (respectivement + 3% et + 6%) et en nombre (respectivement 177 et 292 passages en plus) (fig 8). Sur cette même période, le nombre moyen de primo-passages quotidiens a légèrement dépassé les *maxi*-ma observés à mois équivalent au cours des années 2006 à 2014 pour le mois de mars 2015 et s'est situé au niveau des valeurs maximales pour les mois d'avril à mai (fig 10). Pour cette catégorie d'âge, l'activité des structures d'urgence du territoire de santé d'Evreux-Vernon est restée stable par rapport à celle observée en 2014 à mois équivalents. L'activité des structures d'urgence des trois autres territoires de santé a augmenté en pourcentage par rapport à celle observée en 2014 sur la même période (de 5% à 8%). Le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est celui pour lequel l'augmentation en nombre de passages a été la plus importante (192 passages en plus par rapport à la même période en 2014) (fig 9).

| Suivi de l'activité des Samu, période du 01/03/15 au 31/05/15 |

Fig 11. Nombre d'affaires traitées par les Samu de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/03 au 31/05).



Sur la période du 01/03/15 au 31/05/15, le nombre total quotidien d'affaires traitées par les 3 Samu de Haute-Normandie (n=97 416) a été supérieur à celui enregistré sur la même période en 2014 (4 886 et passages en plus, correspondant à une variation d'activité de + 5% sur la totalité de la période), mais équivalent à celui observé en 2013 à mois similaires (fig 11). Le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement pour le mois de mars 2015 est resté dans l'intervalle des valeurs observées à mois équivalent au cours des années 2006 à 2014, mais au niveau des valeurs maximales observées sur cette période pour les mois d'avril et mai 2015 (fig 13). Les 3 Samu de la région ont enregistré une augmentation d'activité par rapport à celle observée en 2014 sur la même période (de 3% à 7%), le Samu de Rouen étant celui pour lequel l'augmentation en nombre d'affaires a été la plus importante (+ 2 431 passages) (fig 12).

Fig 9. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2014 et 2015, période du 01/03 au 31/05.

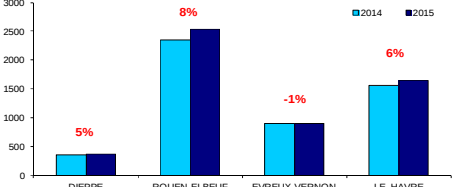


Fig 10. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.

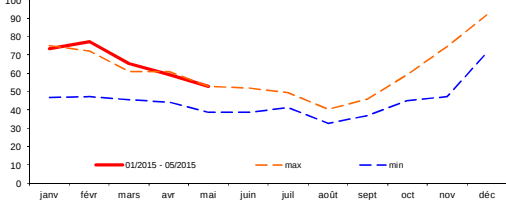


Fig 12. Variation (en %) de l'activité Samu entre 2014 et 2015, période du 01/03 au 31/05.

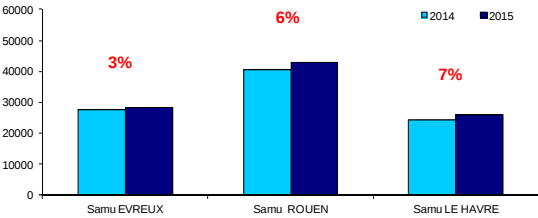


Fig 13. Nombre moyen d'affaires traitées quotidiennes par mois par les trois Samu de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.

