

# Surveillance sanitaire en région Centre

## Point hebdomadaire –

### Période du 19 au 25 janvier 2015 (semaine 04)

Chaque semaine, la cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (CIRE) analyse les données des activités sanitaires et environnementales de la région et publie ces résultats dans un bulletin hebdomadaire, mis en ligne sur le site internet de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

## Points clés

### Comment signaler un cas de fièvre hémorragique virale à Ebola en région Centre

Par téléphone à la plateforme unique régionale d'alertes sanitaires de l'ARS :

**02 38 77 32 10**

[ars45-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars45-alerte@ars.sante.fr)

### Alertes nationales :

Page 12

- Situation épidémiologique des gastro-entérites aiguës
- Situation épidémiologique de la grippe
- Situation épidémiologique de la bronchiolite
- Cas de botulisme chez des usagers de drogue intraveineuse en Ecosse et en Norvège
- Chikungunya en Guyane
- TIAC en entreprise lors d'un buffet de 600 personnes (Haute Garonne)

### Alertes internationales :

Page 15

- Afrique de l'Ouest : Ebola
- Madagascar : Peste
- Australie: Virus Ross River

## Sommaire

Commentaire régional  .....	2
Surveillance environnementale.....	2
Analyse régionale des décès.....	2
Analyse régionale des signaux de veille et d'alertes sanitaires .....	3
Analyse régionale des résumés de passages aux urgences de tous les hôpitaux fournissant des données.....	4
Analyse des résumés de passages aux urgences du CHR d'Orléans, du CH de Dreux, du CH de St Amand Montrond et du CH de Vendôme* .....	5
Analyse des données des associations SOS Médecins pour la région Centre .....	7
Données national du réseau Sentinelles .....	9
Données de l'antenne Centre du réseau Sentinelles.....	9
Commentaires départementaux  .....	10
Cher.....	10
Eure-et-Loir.....	10
Indre .....	11
Indre-et-Loire .....	11
Loir-et-Cher .....	12
Loiret .....	12
Commentaire national  .....	13
Commentaire international  .....	16

# | Commentaire régional |

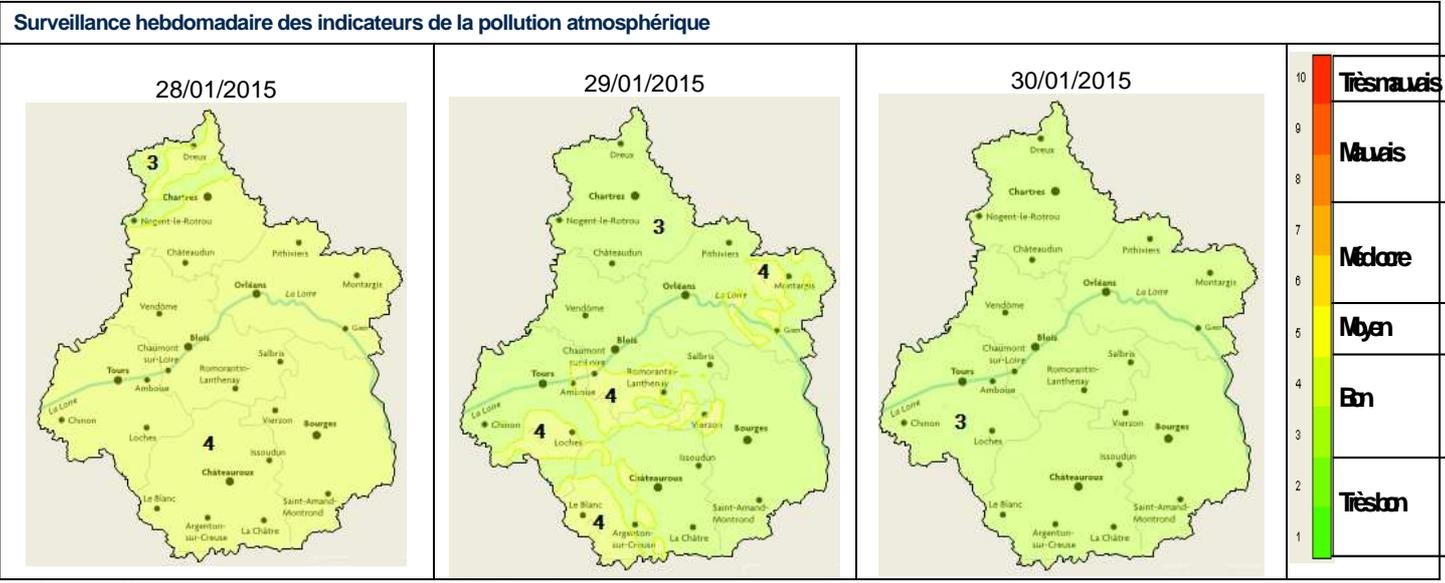
## Surveillance environnementale

### Analyse régionale de la pollution atmosphérique

Selon les prévisions, la qualité de l'air sera bonne sur toute la région en cette fin de semaine (Atmo 3-4).

| Figure 1 |

<http://www.ligair.fr/cartographies>



Source : Cartographie réalisée par lig'Air - Ocarina/Prevair

L'indice ATMO est calculé pour une journée et qualifie la qualité de l'air global pour une zone géographique.

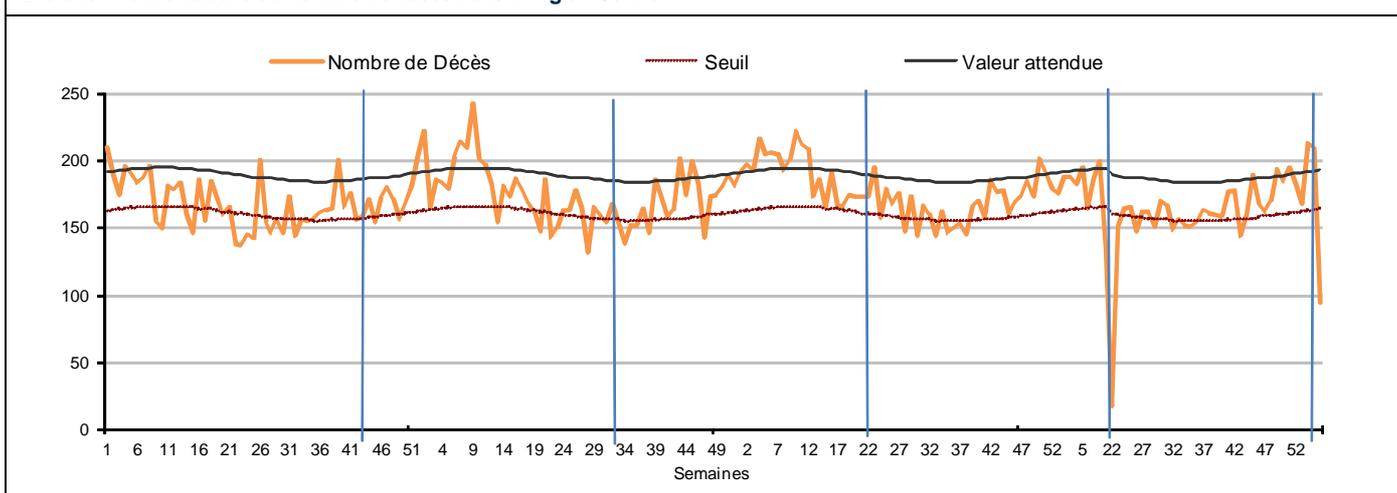
Le calcul est basé sur les concentrations de 4 indicateurs de la pollution atmosphérique : ozone, dioxyde d'azote, dioxyde de soufre, particules en suspension.

L'indice ATMO ou indicateur de la qualité de l'air est égal au plus grand des quatre sous-indices.

## Analyse régionale des décès

| Figure 2 |

### Evolution hebdomadaire du nombre de décès dans la région Centre



La liste des 8 communes informatisées est indiquée en dernière page. Etant donné que les délais de transmission sont supérieurs à 7 jours, les variations sont basées sur les données consolidées d'il y a 2 semaines.

Le nombre de décès, tous âges confondus enregistrés par les services d'Etat civil dans les communes sentinelles informatisées, est au dessus du seuil d'alerte à la semaine 02.

## Analyse régionale des signaux de veille et d'alertes sanitaires

| Tableau 1 |

Synthèse des signalements d'événements sanitaires dans la région Centre du 19 janvier au 25 janvier 2015 (ces événements peuvent être en cours de vérification ou d'investigation et les informations peuvent être incomplètes)

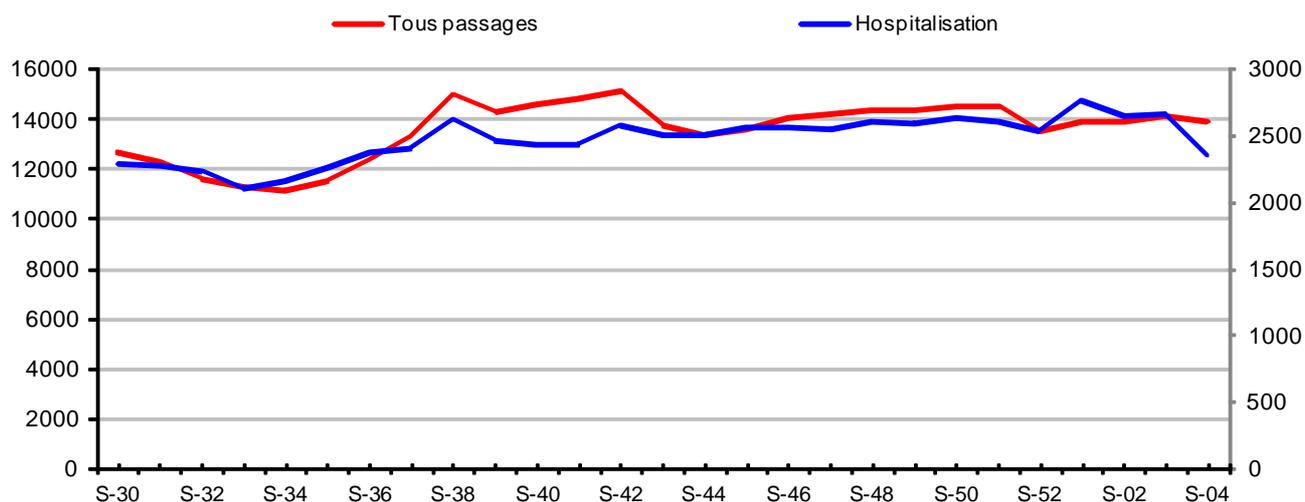
	Nombre de cas et localisation	Commentaires
<b>Maladies à déclaration obligatoire</b>		
<b>Infection invasive à méningocoque</b>	1 cas en Indre-et-Loire	1 femme de 61 ans
<b>Tuberculose</b>	1 cas dans le Cher 2 cas dans le Loiret	1 homme de 42 ans 1 femme de 81 ans 1 femme de 29 ans
<b>Infection tuberculeuse latente</b>	1 cas en Indre-et-Loire	1 fille de 10 ans
<b>Mésothéliome</b>	1 cas dans le Loir-et-Cher 1 cas dans le Loiret	1 homme de 80 ans 1 homme de 73 ans
<b>Légionellose</b>	1 cas dans le Loir-et-Cher	1 homme de 90 ans hospitalisé
<b>Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC)</b>	1 événement dans l'Indre 2 événements dans le Loiret	2 personnes malades après avoir consommé du saumon acheté en grande surface 5 personnes malades après avoir consommé du poisson acheté en grande surface 3 personnes (dont 1 enfant) malade après avoir consommé des plats commandés dans une pizzeria
<b>Saturnisme</b>	1 cas dans le Cher	1 enfant de 13 ans (notion loisir à risque: pêche)
<b>Hépatite B</b>	1 cas dans l'Indre	1 homme fréquentant un établissement spécialisé pour personne handicapée
<b>Maladies sans déclaration obligatoire</b>		
<b>Suspicion de Coronavirus</b>	2 cas en Eure-et-Loir	1 homme de 76 ans et une femme de 75 ans de retour d'Arabie Saoudite. Suspicion infirmée
<b>Gastro-entérite aigüe dans une collectivité</b>	1 événement en Indre-et-Loire 3 événements dans le Loiret	9 résidents malades dans un EHPAD 17 résidents malades dans un EHPAD 14 résidents et 2 membres du personnel malades dans un EHPAD 30 résidents et 2 membres du personnel malades dans un EHPAD
<b>Cas de gale</b>	1 événement en Eure-et-Loir	5 cas de gale déclarés dans un foyer d'accueil
<b>Expositions environnementales</b>		
<b>Exposition au plomb</b>	1 événement dans le Loiret	Présence de plomb sur le chantier d'un bâtiment. 6 salariés seraient en contact direct.
<b>Pollution atmosphérique: Dépassement du seuil d'information et de recommandation</b>	6 départements de la Région Centre	
<b>Intoxication au monoxyde de carbone</b>	2 événements dans le Cher 1 événement dans l'Indre	2 personnes intoxiquées et conduites aux urgences hospitalières. Cause probable : chaudière murale à gaz 6 personnes intoxiquées dont 1 personne conduite aux urgences hospitalières. Cause probable : poêle à bois 2 salariés intoxiqués et conduits aux urgences hospitalières. Cause probable : Fenwick à gaz et obstruction des portes en raison du froid

## Analyse régionale des résumés de passages aux urgences de tous les hôpitaux fournissant des données

Les nombres des passages aux urgences sont globalement stables pour toutes les classes d'âges malgré une hausse régulière dans la classe d'âge des 2-14 ans depuis la semaine 2. (**Figures 3 et 4**). Les nombres d'hospitalisations sont en baisse pour toutes les classes d'âge en semaine 4 (**Figure 2**).

| Figure 3 |

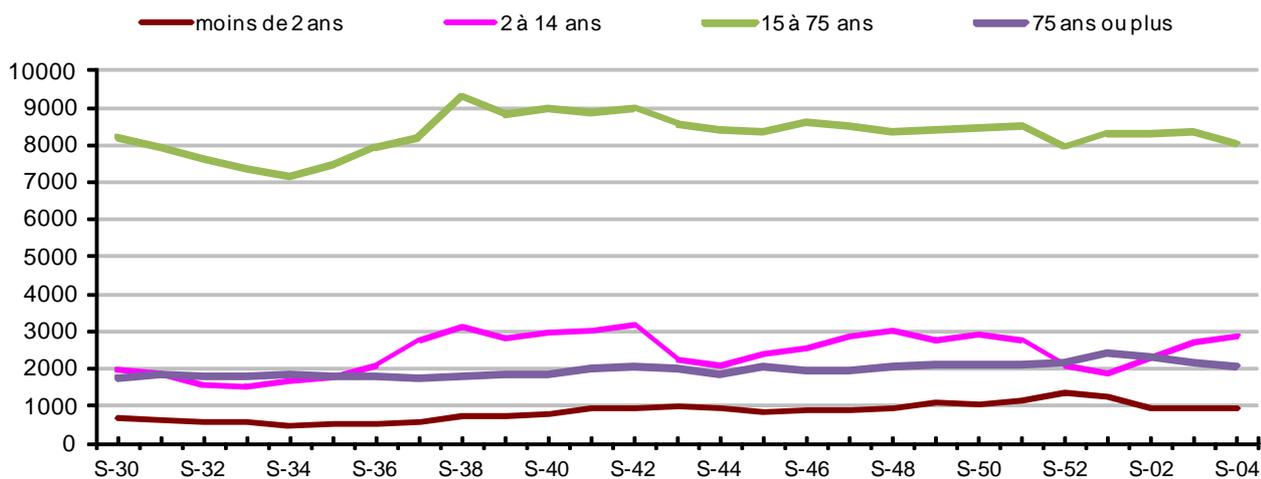
### Evolution hebdomadaire du nombre d'actes médicaux, tous âges confondus



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 4 |

### Evolution hebdomadaire du nombre d'actes médicaux par classes d'âge



Source : InVS/SurSaUD®

## Analyse des résumés de passages aux urgences du CHR d'Orléans, du CH de Dreux, du CH de St Amand Montrond et du CH de Vendôme

En focalisant sur les 4 établissements qui transmettent des données complètes, on observe un nombre de passages aux urgences stable malgré une hausse qui se stabilise en semaine 4 chez les jeunes de 2-14 ans. Le nombre de passages aux urgences est stable dans toutes les autres classes d'âges (figure 5 et 6).

Chez les enfants de moins de 2 ans, les passages aux urgences pour bronchiolite sont en baisse après le pic observé en fin d'année 2014 ; les proportions sont équivalente à celles observées sur la même période au cours de la saison précédente (figure 7). Malgré cette baisse entamée depuis le début de l'année les nombres de diagnostics de bronchiolite restent élevés dans la tranche d'âge des 0-6 mois (figure 8).

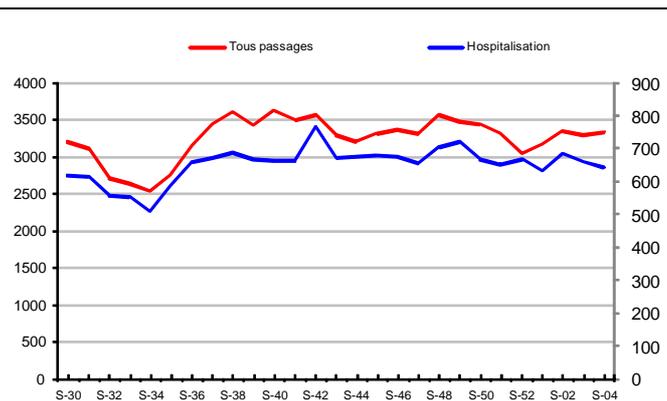
Les passages aux urgences pour gastro-entérite sont stables sauf pour les classes d'âge moins de 2 ans et 2-14 ans où on observe une augmentation (figures 9-10).

Les passages aux urgences pour grippe/syndrome grippal sont toujours élevés dans toutes les classes d'âge (figure 11 et 12).

La fréquentation des urgences pour asthme est toujours en légère hausse en semaine 4 chez les 2-14 ans (figures 13 et 14).

| Figure 5 |

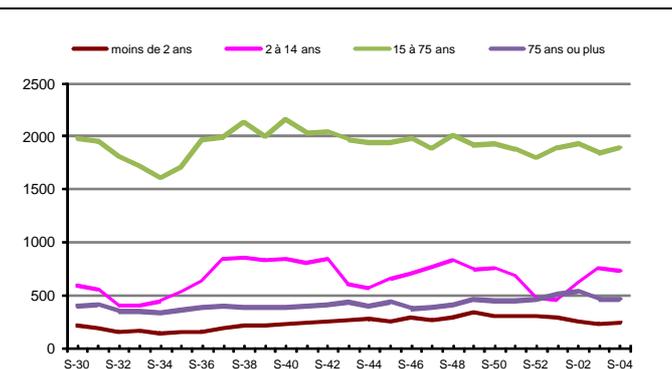
### Evolution hebdomadaire du nombre d'actes médicaux, tous âges confondus



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 6 |

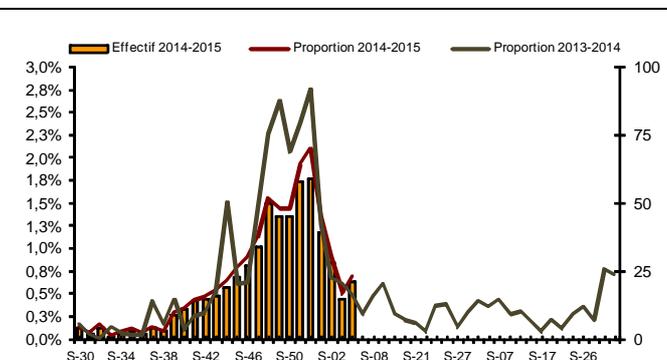
### Evolution hebdomadaire du nombre d'actes médicaux par classes d'âge



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 7 |

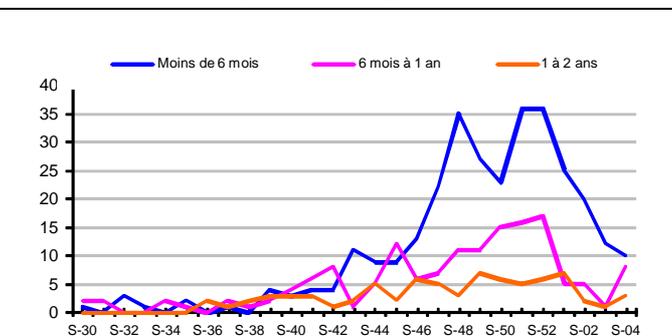
### Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 8 |

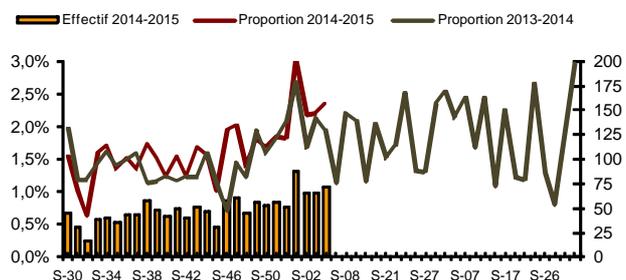
### Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans par classes d'âge



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 9 |

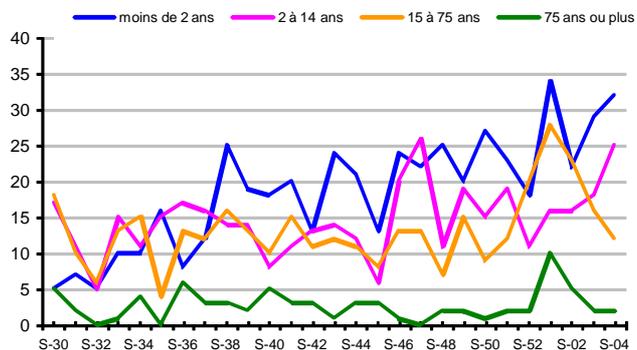
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de gastro-entérite**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 10 |

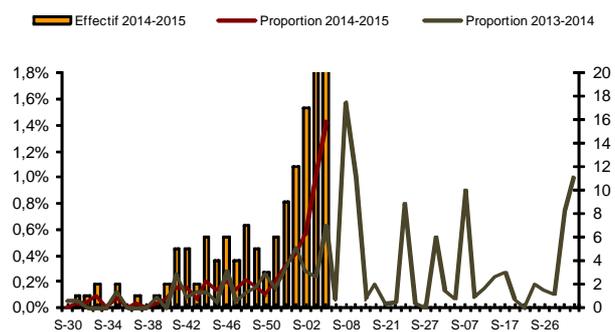
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics gastro-entérite par classes d'âge**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 11 |

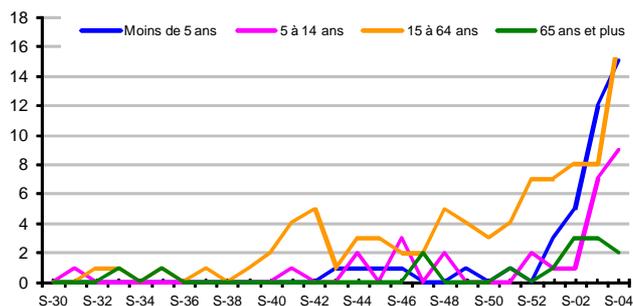
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostic de grippe**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 12 |

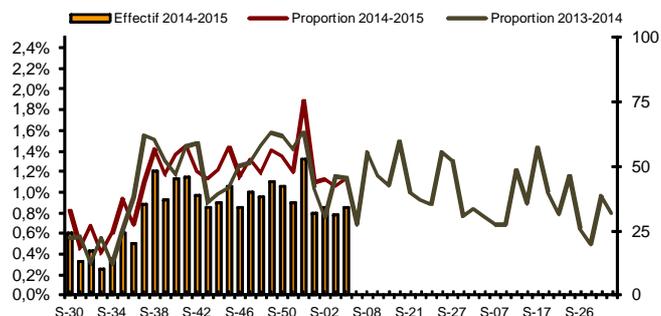
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics grippe par classes d'âge**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 13 |

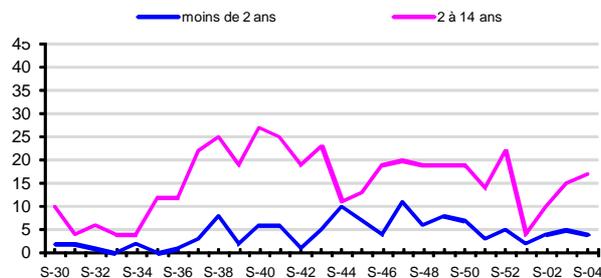
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de asthme chez les moins de 2 ans**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 14 |

**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de asthme par classes d'âge**



Source : InVS/SurSaUD®

## Analyse des données des associations SOS Médecins pour la région Centre

Les nombres d'actes médicaux réalisés par les 3 associations SOS Médecins de la région sont en légère hausse en semaine 4. Cette baisse est plus marquée pour les classes d'âge 2-14 ans et 15-74 (Figures 15 et 16).

L'évolution hebdomadaire du nombre de diagnostic de bronchiolite montre une stabilité depuis la semaine 2 (figure 17) sauf pour les moins d'un an où on observe une légère augmentation (figure 18).

L'activité en lien avec la gastro-entérite est en baisse pour toutes les classes d'âges en semaine 4 (figure 19) notamment chez les 15- 75 ans (figure 20).

Les indicateurs de grippe et de pathologies respiratoires tous âges confondus sont toujours en augmentation en semaine 4 avec une courbe de proportion plus haute par rapport à une période équivalente au cours de la saison précédente (figures 21 - 22).

| Figure 15 |

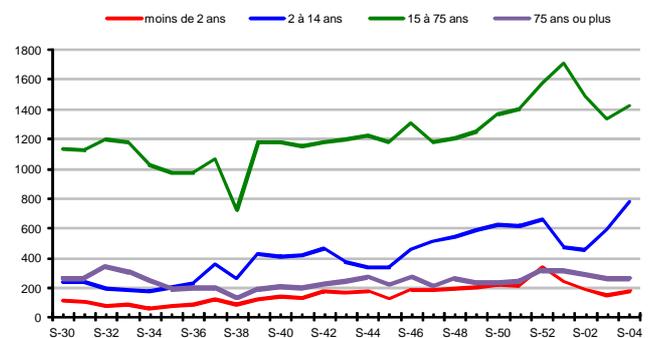
### Evolution hebdomadaire du nombre d'actes médicaux tous âges confondus



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 16 |

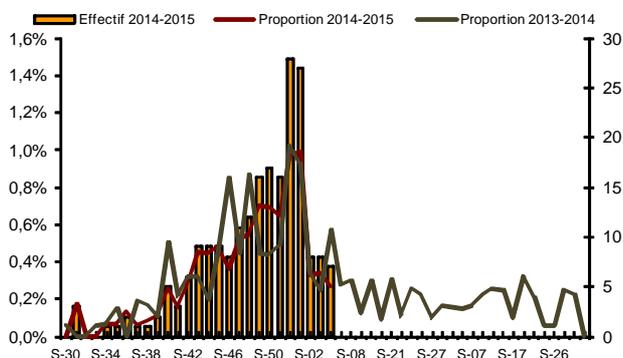
### Evolution hebdomadaire du nombre d'actes médicaux par classes d'âge



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 17 |

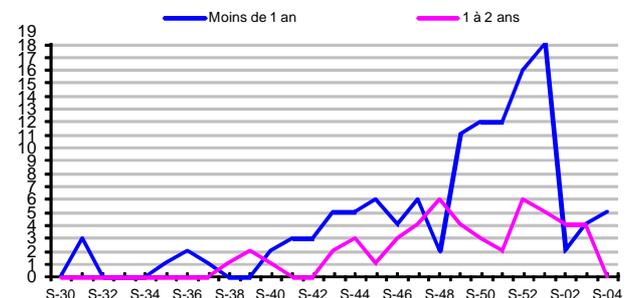
### Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 18 |

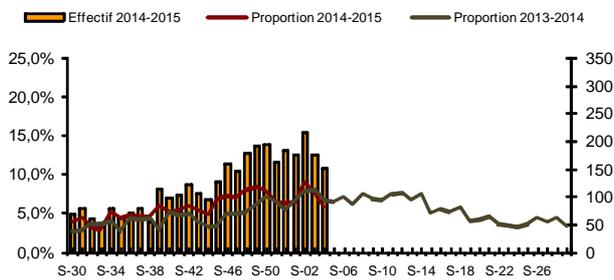
### Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans par classes d'âge



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 19 |

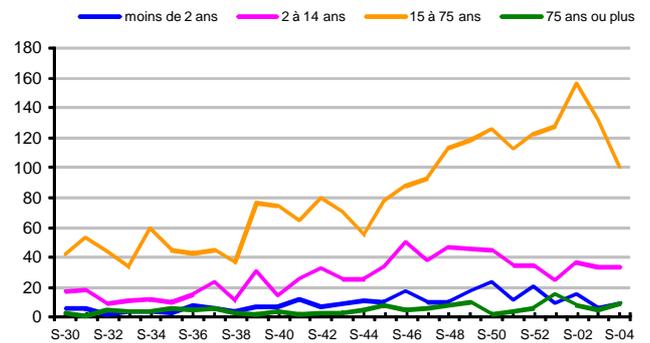
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de gastro-entérite**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 20 |

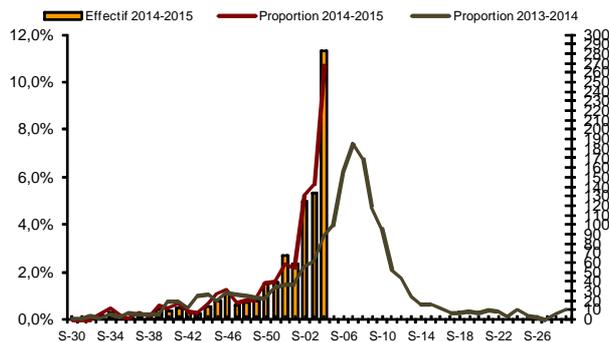
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics de gastro-entérite par classes d'âge**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 21 |

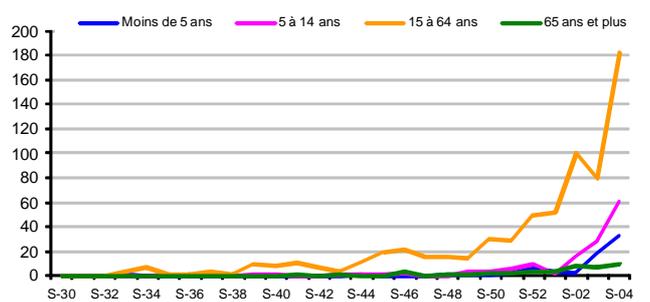
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics grippe**



Source : InVS/SurSaUD®

| Figure 22 |

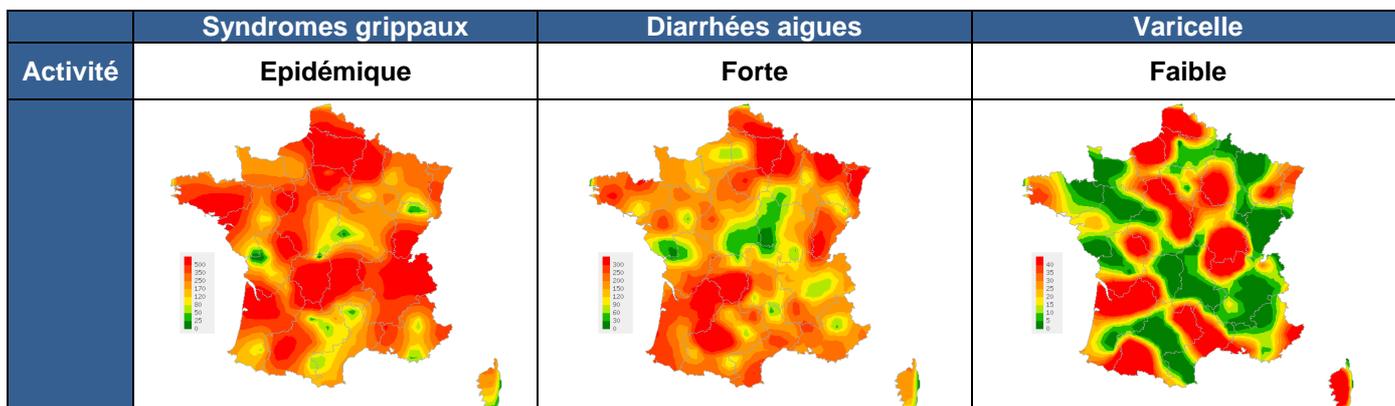
**Evolution hebdomadaire du nombre de diagnostics grippe par classes d'âge**



Source : InVS/SurSaUD®

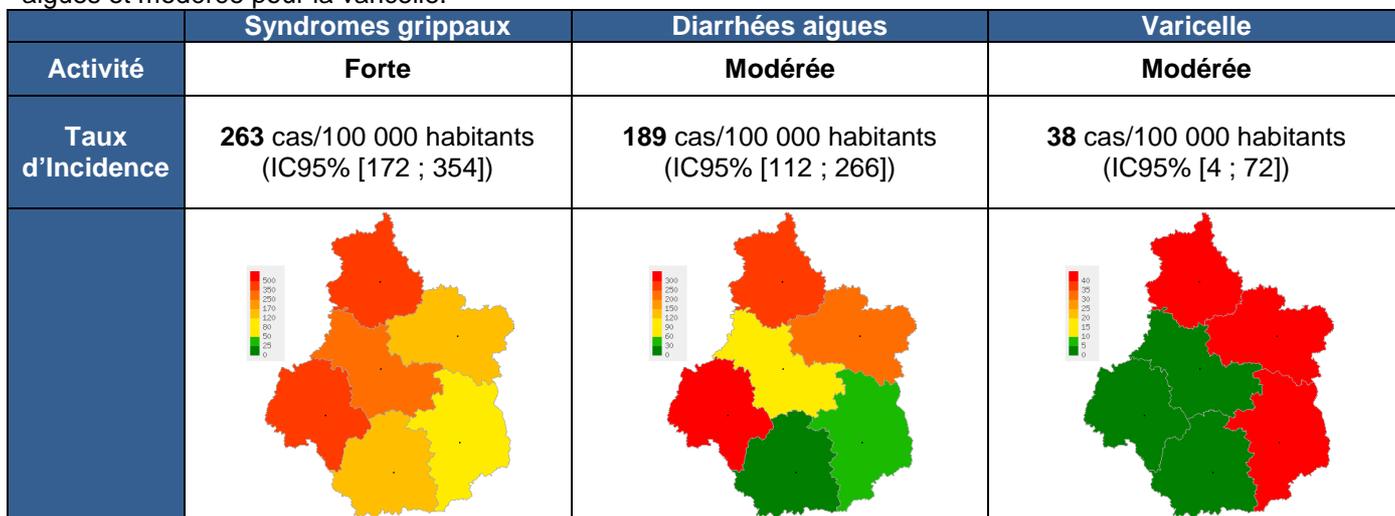
Le réseau Sentinelles, coordonné par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Université Pierre et Marie Curie (UPMC), et en collaboration avec l'Institut de Veille Sanitaire, permet le recueil, l'analyse, la prévision et la redistribution de données épidémiologiques hebdomadaires issues de l'activité des médecins généralistes libéraux sur le territoire métropolitain.

## Données national du réseau Sentinelles



## Données de l'antenne Centre du réseau Sentinelles

En semaine 04 (du 19/01/2015 au 25/01/2015), parmi les 60 médecins généralistes inscrits au réseau Sentinelles en région Centre, 15 ont participé à la surveillance des indicateurs du réseau. L'activité rapportée par ces médecins était forte et en augmentation pour les syndromes grippaux, modérée et en diminution pour les diarrhées aiguës et modérée pour la varicelle.



## Appel à participation

Vous êtes médecin généraliste et vous êtes sensible à l'épidémiologie et à la recherche en médecine générale, n'hésitez pas à nous contacter pour obtenir plus d'informations sur le réseau Sentinelles. (Vous pouvez contacter Mathieu Rivière, l'animateur du réseau pour votre région aux coordonnées ci-dessous)

A partir de la saison 2014-2015, le réseau unique a en charge l'organisation de la surveillance virologique de la grippe en plus de la surveillance clinique.

La surveillance virologique consiste à effectuer des prélèvements naso-pharyngés chez les deux premiers patients de la semaine présentant un syndrome grippal (fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires).

**Si vous souhaitez participer à cette surveillance virologique, merci de contacter par mail ou par téléphone :**

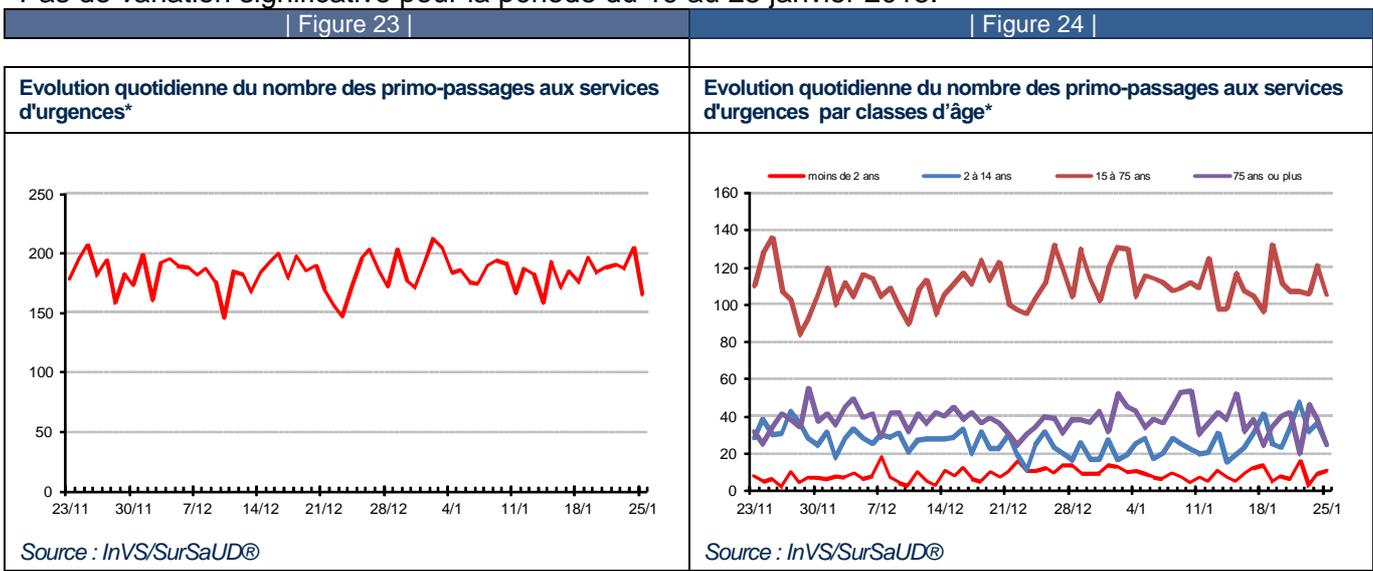
Mathieu Rivière : 02 38 74 40 05 : [mathieu.riviere@upmc.fr](mailto:mathieu.riviere@upmc.fr)

Lisandru Capai : 04 95 45 01 55 : [sentinelles@upmc.fr](mailto:sentinelles@upmc.fr)

# | Commentaires départementaux |

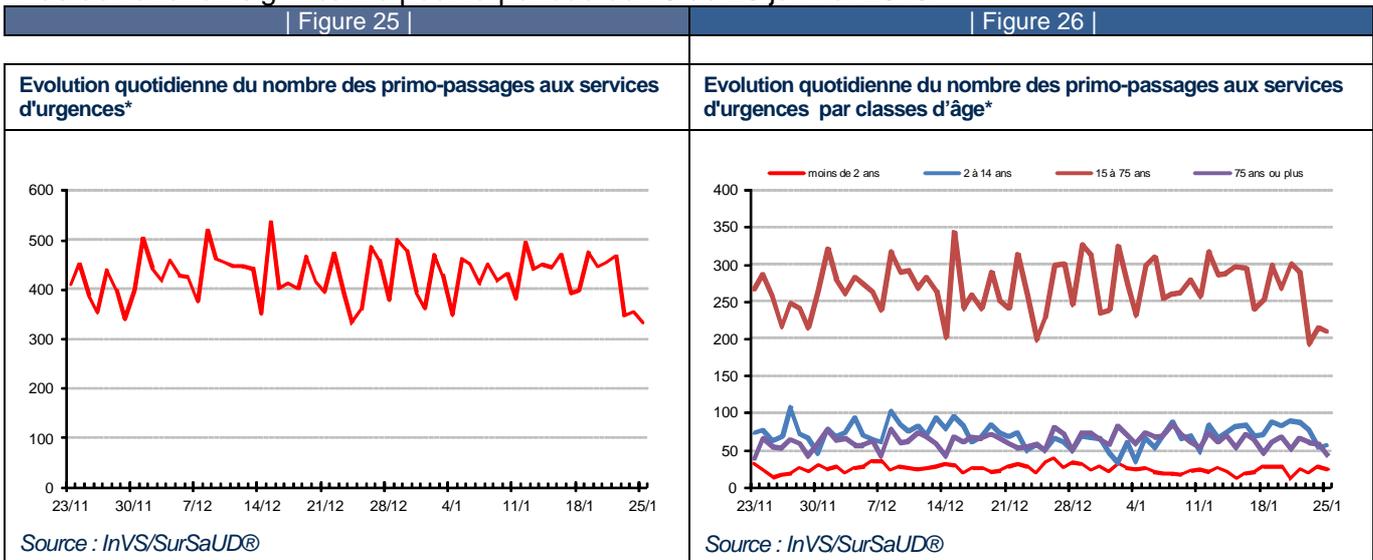
## Cher

Pas de variation significative pour la période du 19 au 25 janvier 2015.



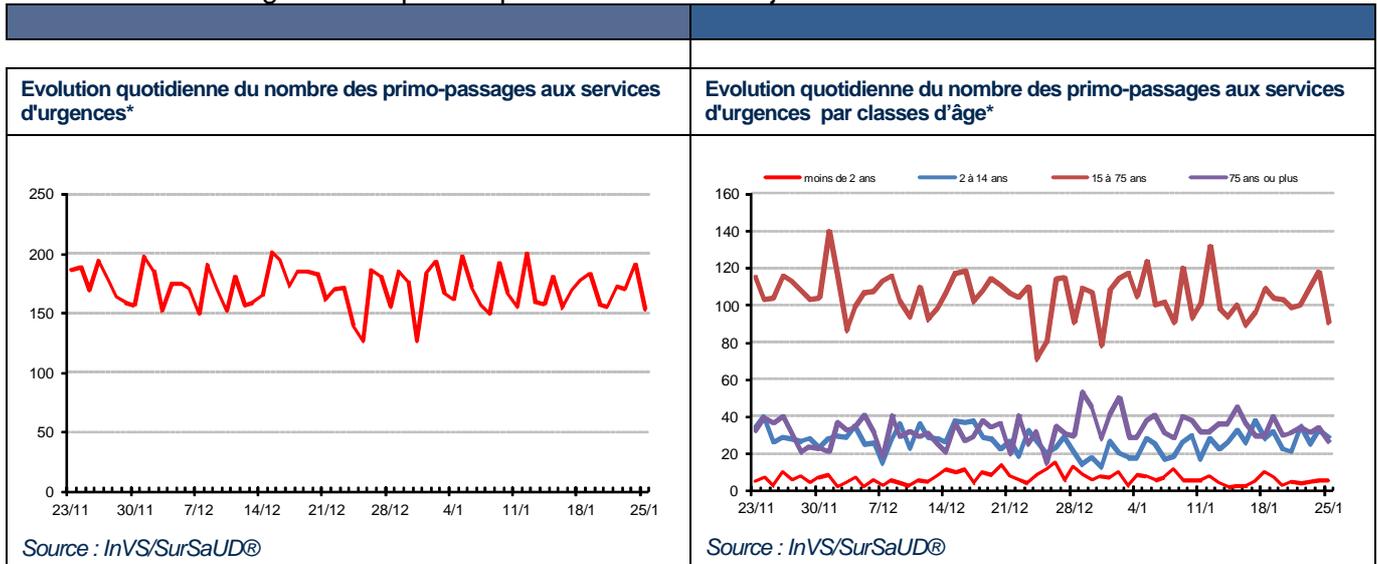
## Eure-et-Loir

Pas de variation significative pour la période du 19 au 25 janvier 2015.



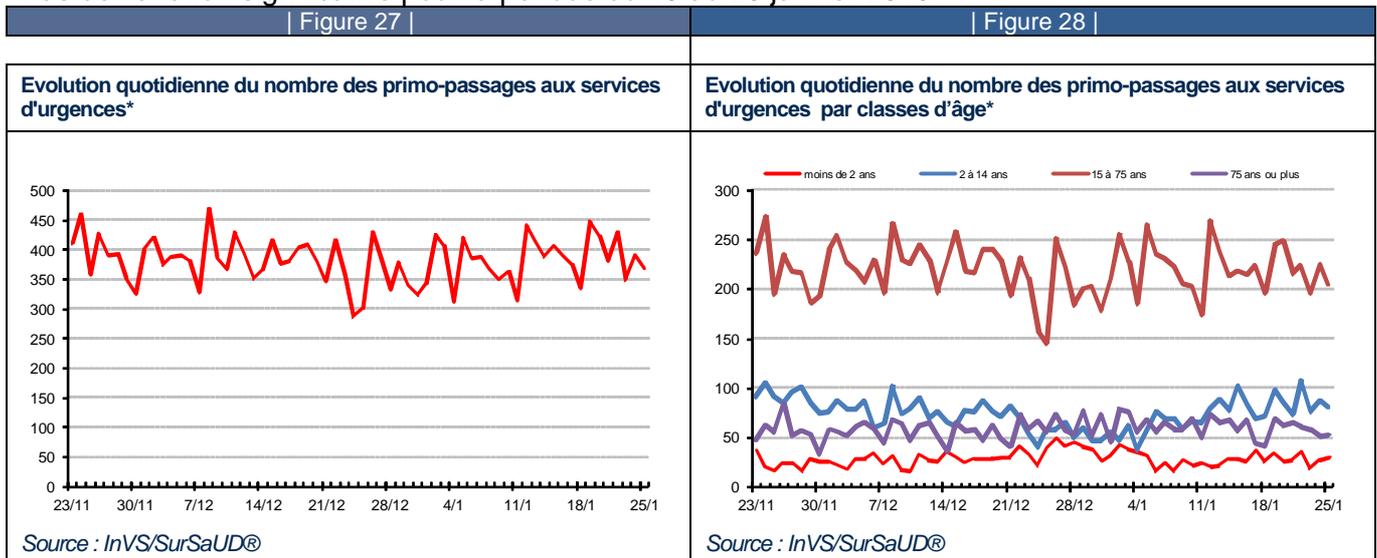
## Indre

Pas de variation significative pour la période du 19 au 25 janvier 2015.



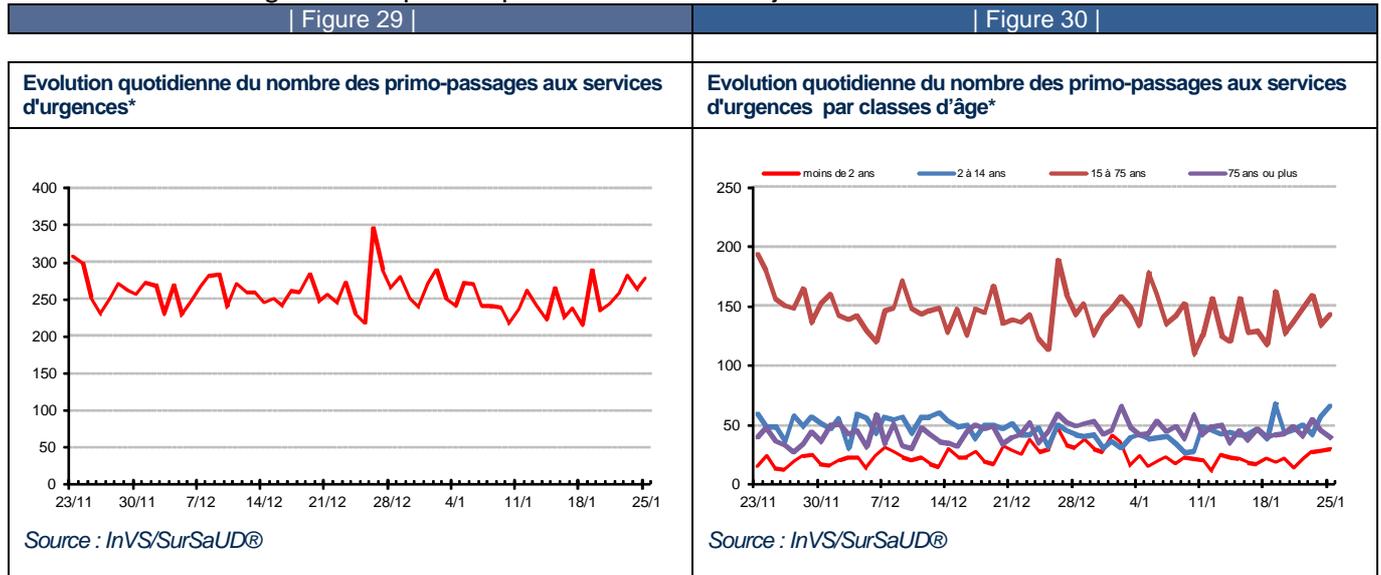
## Indre-et-Loire

Pas de variation significative pour la période du 19 au 25 janvier 2015.



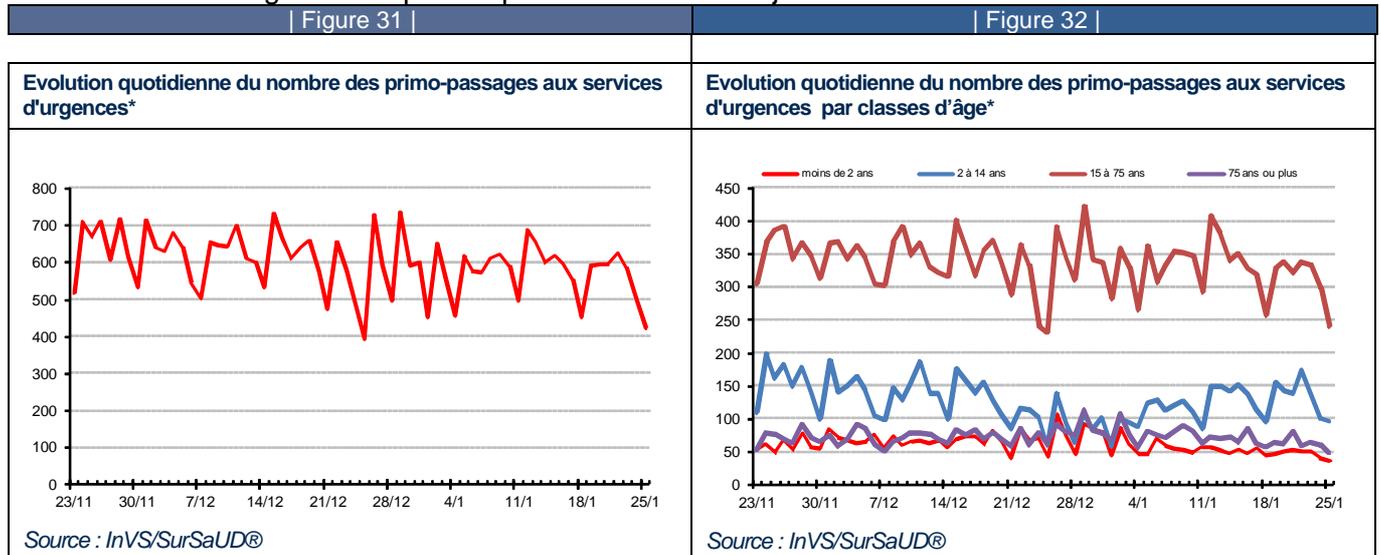
## Loir-et-Cher

Pas de variation significative pour la période du 19 au 25 janvier 2015



## Loiret

Pas de variation significative pour la période du 19 au 25 janvier 2015



## Situation épidémiologique des gastro-entérites aiguës en France métropolitaine (Situation au 28 janvier 2015)

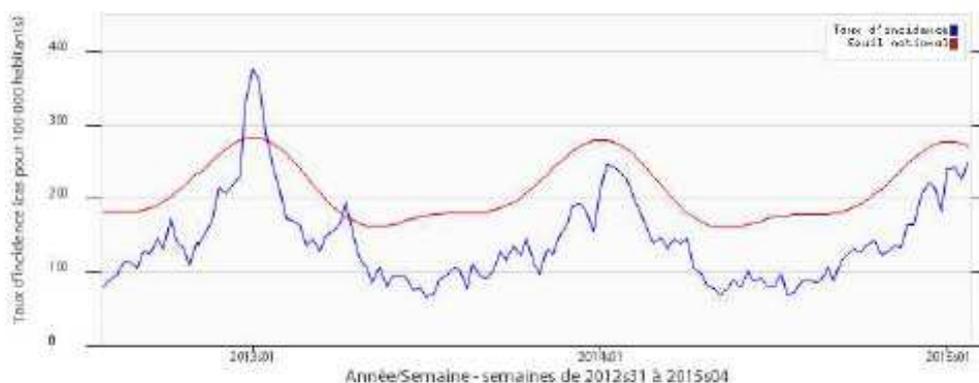
### Surveillance des consultations pour diarrhées aiguës par le Réseau Sentinelles :

Pour la semaine n° 04 (du 19 au 25 janvier 2015), d'après les données non consolidées du Réseau Sentinelles (<http://www.sentiweb.fr>), l'incidence nationale de la diarrhée aiguë ayant conduit à une consultation d'un médecin généraliste était de 250 cas/100 000 habitants, au-dessous du seuil épidémique (de 272 cas pour 100 000 habitants). (Figure 1)

Les régions avec les taux d'incidence les plus élevés sont : le Limousin, l'Alsace, la Lorraine, Midi-Pyrénées et la Franche-Comté.

Pour cette saison, jusqu'à aujourd'hui, après consolidation des données, le seuil épidémique n'a pas encore été franchi.

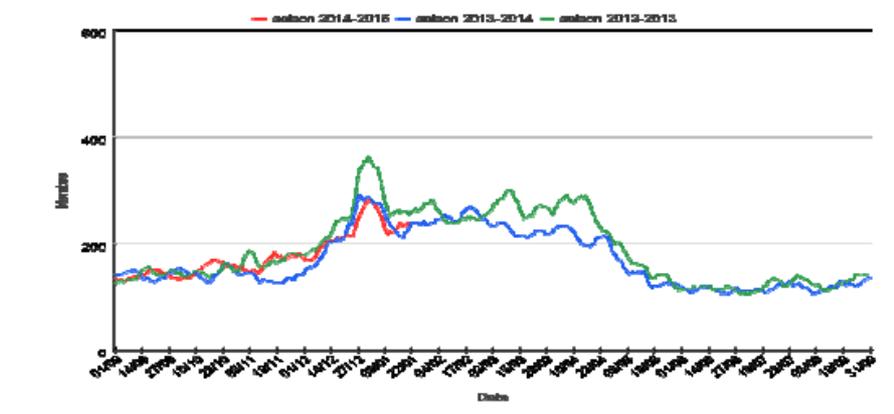
**| Figure 1 | Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) de diarrhée aiguë et seuil épidémique, août 2012 – janvier 2015, données du Réseau Sentinelles au 26 janvier 2015**



### Surveillance des gastro-entérites à partir des données Oscour des services d'urgence hospitaliers :

L'activité des services d'urgence hospitaliers pour gastro-entérite aiguë (GEA) est stable dans toutes les tranches d'âge. L'activité observée cette année est comparable à celle observée à la même période de la saison 2013-2014, et est inférieure à celle observée pour la saison 2012-2013 (figure 2)

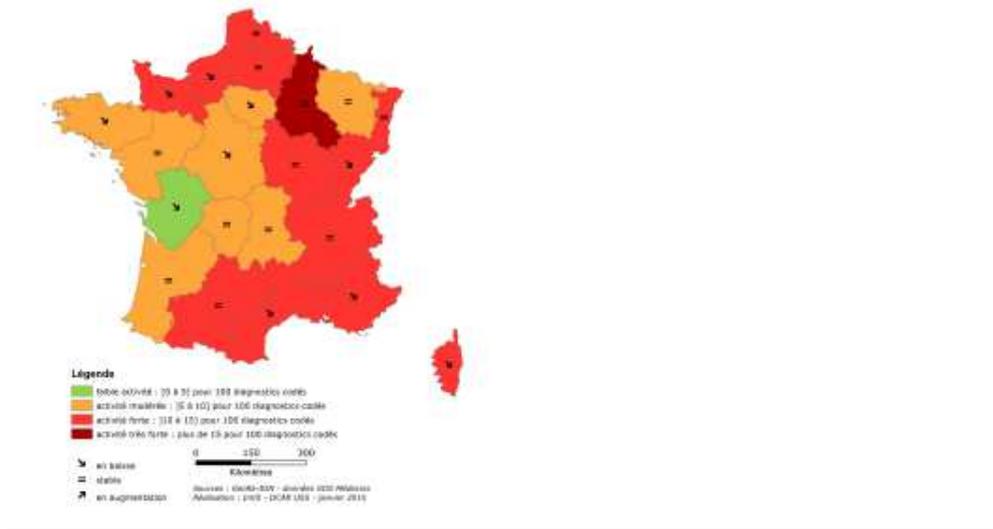
**| Figure 2 | Consultations journalières aux urgences hospitalières pour gastro-entérite aiguë dans les établissements hospitaliers métropolitains participant à la surveillance, hivers 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015 (moyennes mobiles sur 7 jours). Hôpitaux constants (N=355), données InVS au 25 janvier 2015**



## Surveillance régionale des gastro-entérites à partir des données SOS médecins :

La majorité des régions a une activité forte. Le nord et l'est du pays sont plus touchés (figure 3).

**| Figure 3 | Part hebdomadaire des gastro-entérites parmi les diagnostics codés de SOS médecins par région et tendance par comparaison avec la semaine précédente, semaine 04/2015**



## Épisodes de cas groupés de GEA virales signalés à l'InVS :

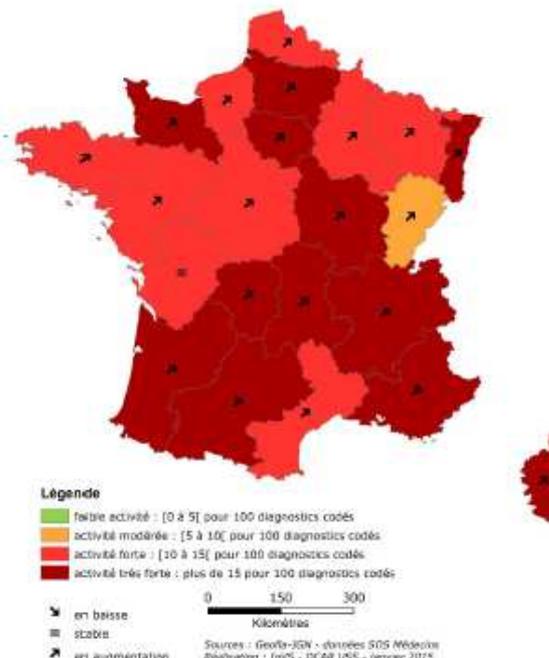
Depuis le début de la semaine 45 (03/11/2014), des échantillons ont été reçus au Centre national de référence (CNR) des virus entériques pour 99 foyers de gastro-entérites, survenus majoritairement en maison de retraite (73%). Un norovirus a été identifié dans 59 (76 %) des 78 foyers pour lesquels des résultats virologiques définitifs sont disponibles au CNR. Le génotype majeur des norovirus est le génotype GII4.

## **Situation épidémiologique de la grippe en France métropolitaine (*Situation au 28 janvier 2015*)**

### ❖ **En médecine générale :**

- ❖ En semaine 04 (du 19 au 25 janvier 2015), le taux d'incidence des consultations pour syndromes grippaux calculé à partir des données du Réseau unique est de 482/100 000 [Intervalle de confiance à 95% : 445-519] en très forte augmentation par rapport à celui de la semaine 03.
- ❖ Le seuil épidémique du réseau Sentinelles a été franchi pour la deuxième semaine consécutive, confirmant le début de l'épidémie.
- ❖ Selon SOS médecins, l'augmentation de la proportion de consultations pour grippe concerne l'ensemble des régions en France métropolitaine (Figure 1).

| **Figure 1** | Part hebdomadaire des syndromes grippaux parmi les actes de SOS médecins par région et tendance en comparaison avec la semaine précédente, semaine 04/2015



### ❖ Foyers de grippe dans les collectivités de personnes âgées :

En semaine 04, 45 foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'InVS, portant à 274 le nombre de foyers signalés depuis la semaine 40. Vingt-huit de ces foyers ont été attribués à la grippe dont 21 à la grippe A et 3 à la grippe B. Le nombre hebdomadaire de foyers continue d'augmenter (Figure 4), tout comme la part des épisodes avec critères de gravité. Pour autant, le taux d'attaque moyen par établissement reste stable et modéré (19%) par rapport à la semaine dernière, tout comme la létalité (1%).

### ❖ À l'hôpital :

#### ➤ Passages aux urgences et hospitalisations pour grippe

En semaine 04, le réseau Oscour® (qui représente 88% de l'ensemble des passages aux urgences en France métropolitaine) a rapporté 2 756 passages pour grippe dont 194 hospitalisations. Le nombre de passages pour grippe a augmenté de 55% par rapport à la semaine 03 et le nombre d'hospitalisations de 43%

#### ➤ Surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation

En semaine 04, 79 cas graves ont été signalés à l'InVS portant à 223 le nombre total de cas graves notifiés depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2014.

Les patients étaient âgés de 4 mois à 98 ans, avec une moyenne d'âge à 62 ans. La majorité de ces personnes avaient un facteur de risque de grippe compliquée. La plupart des patients ont été infectés par un virus grippal de type A.

### Cas de botulisme chez des usagers de drogue intraveineuse (UDIV) en Ecosse et en Norvège :

Le 26 janvier, la Norvège rapporte à nouveaux 2 cas cliniquement suspects de botulisme chez des UDIV, hospitalisés, s'étant procuré de l'héroïne dans la région d'Oslo, ce qui suggère la circulation persistante dans ce pays de drogue contaminée. Pas de nouveaux cas signalés en Ecosse, qui reste avec 1 cas confirmé et 3 probables. Au total 7 cas de botulisme (3 en Norvège et 4 en Ecosse) dont 2 confirmés (1 en Norvège et 1 en Ecosse). Aucun cas rapporté en France à ce jour.

### Chikungunya en Guyane :

Dans le secteur de l'ouest, le nombre de cas cliniquement évocateurs montre une tendance à la diminution de l'activité du virus. A l'inverse, sur le Maroni, la tendance est à l'augmentation alors que dans les secteurs de Kourou et de l'île de Cayenne, cet indicateur reste stable.

Le Comité de gestion a acté le 23 décembre le passage en phase 3 du Psage correspondant à une situation épidémique pour les communes du littoral allant de Papaïchton à Cayenne. Les autres communes sont restées en phase 2b correspondant à une transmission autochtone modérée du virus avec foyers épidémiques et chaînes locales de transmission.

## | Commentaire international |

Ce commentaire n'a aucune visée d'exhaustivité concernant les alertes sanitaires et les pathologies en cours dans les pays à destination touristique. Pour une information plus précise ou complète, vous pouvez consulter par exemple les sites suivants :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-hebdomadaire-international>

<http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/voyageurs/sommaire.htm>

### ■ Afrique de l'Ouest : Ebola

📄 L'OMS rapporte un total de 21 381 cas (suspects, probables et confirmés) et 8 474 décès dans les 4 pays actuellement affectés en Afrique de l'Ouest (Guinée, Liberia, Sierra Leone et Mali).

📄 L'Organisation mondiale de la santé a indiqué le 15/01/2015 que le nombre de nouveaux cas d'Ebola rapportés cette semaine en Guinée (42), au Liberia (8) et en Sierra Leone (184, dont 59 pour la ville de Freetown) était à son plus bas niveau depuis août dernier : **le nombre de nouveaux cas rapportés connaît une "baisse réelle" et constitue un "premier signe optimiste", a déclaré l'OMS.**

📄 A nouveau, les 3 pays les plus affectés (Guinée, Liberia et Sierra Leone) rapportent de nouveaux cas répartis de façon très hétérogène selon les districts. La Sierra Leone reste le pays le plus affecté bien que le nombre de nouveaux cas par semaine soit en forte baisse depuis 4 semaines. La transmission est toujours active dans les 3 capitales Conakry, Freetown et Monrovia.

📄 Au Mali, où une transmission locale a été déclarée depuis novembre 2014 dans la capitale Bamako, le bilan reste inchangé avec 8 cas et 6 décès. Aucun nouveau cas n'a été rapporté depuis le 25 novembre. La fin de l'épidémie au Mali a été annoncée le 18/01/2015, à Bamako, par le ministre malien de la Santé et le chef de la Mission UNMEER dans ce pays.

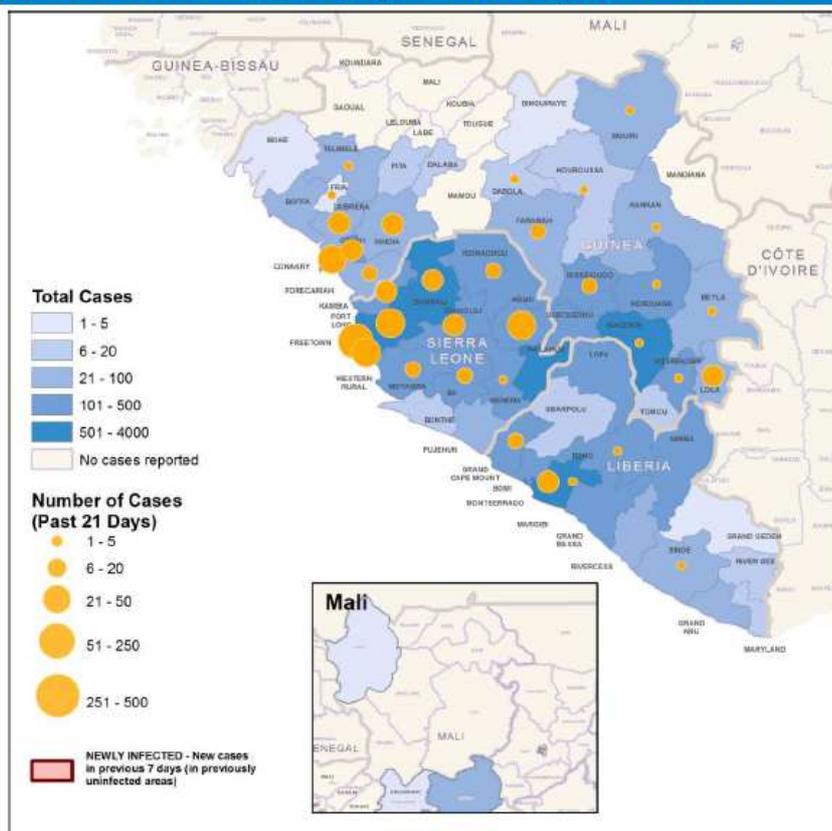
**Tableau 1. Nombre de cas et de décès rapportés par l'OMS le 16/01/2015**

Pays	Nombre de cas total *	Nombre cas confirmés	Nombre de décès †
Guinée	2 825	2 525	1 829
Liberia	8 362	3 127	3 538
Sierra Leone	10 186	7 825	3 083

\* Cas total = cas confirmés + probables + suspects <sup>(1)</sup>

† Inclus les décès parmi l'ensemble des cas (confirmés + probables + suspects)

Données au 13/01/15 (Guinée, Sierra Leone) au 12/01/2015 pour le Liberia.



Cette carte se base sur les informations disponibles à l'OMS à un temps donné : la situation épidémiologique étant évolutive, il se peut que certaines informations soient modifiées ou ne soient plus valables d'une semaine à l'autre.

### **En Guinée :**

La Guinée rapporte 42 nouveaux cas dans la semaine précédant le 12/01/15 (au cours des 10 dernières semaines, 74 à 156 nouveaux cas confirmés par semaine étaient rapportés). C'est la première fois depuis fin août 2014, que le nombre de nouveaux cas rapportés par semaine est si faible.

Le nombre de cas rapportés diminue dans tous les districts, y compris à Conakry (9 nouveaux cas). Aucun cas n'a été rapporté à Guéckédou et à Kérouané dans la semaine précédant le 11/01/15.

La Guinée s'apprête à rouvrir ses écoles et universités, le lundi 19/01/2015

### **Au Libéria :**

Le nombre de cas continue de diminuer depuis mi-novembre avec seulement 8 nouveaux cas confirmés rapportés pour l'ensemble du pays, dans la semaine précédant le 11/01/15. Pour rappel, en août et septembre 2014, le nombre de nouveaux cas rapportés par semaine était situé autour de 300.

Seuls 2 districts sur 15 rapportent des nouveaux cas : Montserrado (4 cas confirmés) et Grand Cape Mount (4 cas confirmés).

Au nord-est, le district de Lofa, frontalier avec le foyer initial de l'épidémie en Guinée n'a signalé aucun nouveau cas depuis 78 jours

### **En Sierra Leone :**

La Sierra Leone rapporte seulement 184 nouveaux cas cette semaine. Même si le nombre de nouveaux cas poursuit sa diminution, la Sierra Leone reste le pays le plus affecté.

La transmission est la plus active dans les districts situés à l'ouest du pays (59 nouveaux cas dans la capitale Freetown, 31 à Western Rural et 41 à Port Loko). Depuis 4 semaines, les autorités nationales en collaboration avec l'ONU et l'OMS ont renforcé les moyens dans ces régions (augmentation des capacités d'accueil et de traitement, formation du personnel soignant).

A l'est, le district de Kono, frontalier avec celui de Guéckédou en Guinée rapporte 14 nouveaux cas dans la semaine précédant le 11/01/15.

## **Madagascar : Peste**

Le 8 janvier 2015, les autorités sanitaires malgaches ont rapporté 7 nouveaux cas de peste dont 4 décès, pour la première semaine de janvier dans le district d'Amparafaravola (cf. figure 4), situé dans le Nord-Est de Madagascar) : 6 cas de peste pulmonaires (5 suspects, 1 probable) et 1 cas probable de peste bubonique.

Le 4 novembre 2014, les autorités sanitaires de Madagascar avaient notifié à l'OMS cette épidémie de peste qui évoluait depuis août 2014. Le 1er cas, décédé, a été rapporté le 31 août 2014 (district de Tsiroanomandidy).

Entre le 1er septembre 2014 et le 8 janvier 2015, un total de 220 cas dont 61 décès (létalité 28 %) a été rapporté avec 5 % des cas présentant une forme pneumonique dans 23 districts (sur 136 au total), de régions différentes (source BVOI - Cire océan Indien).

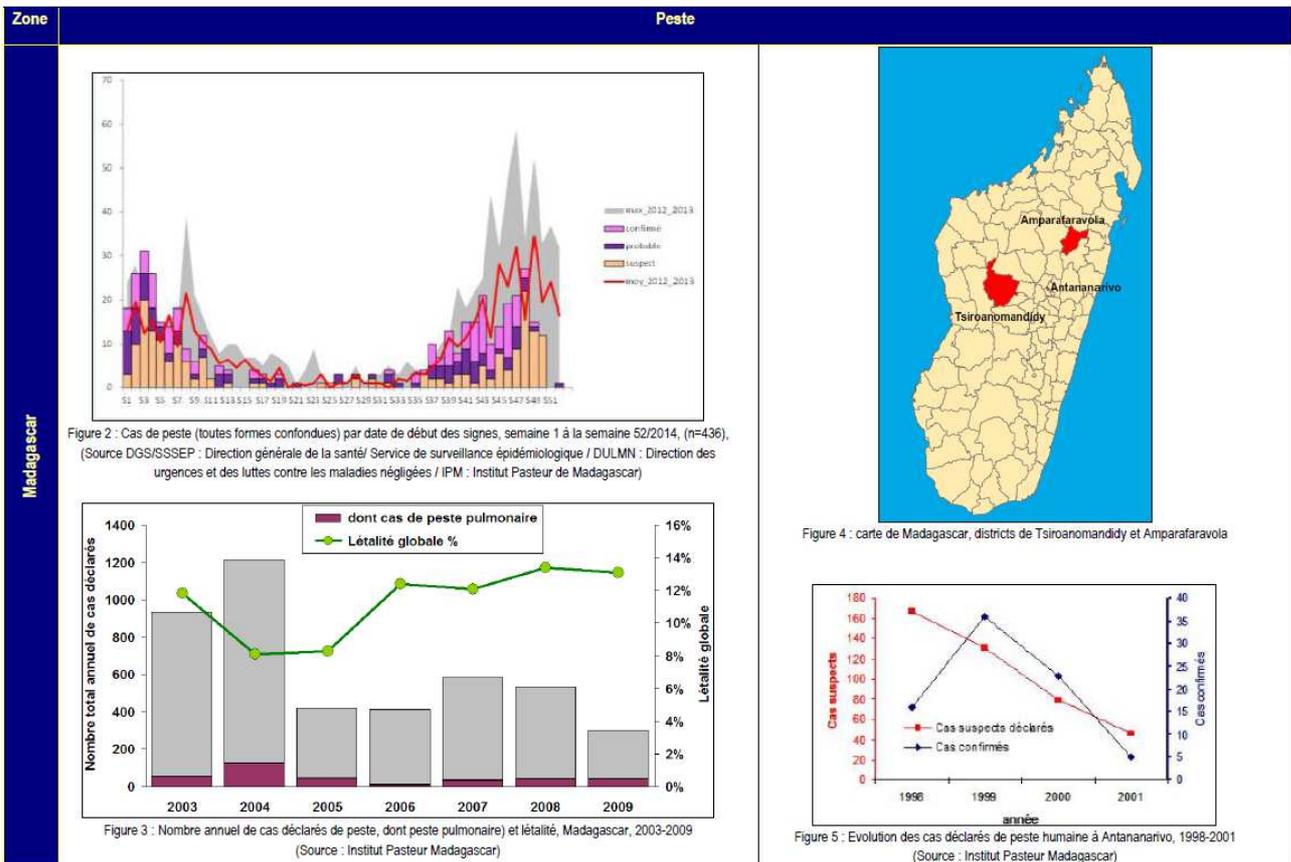
Dans la capitale, Antananarivo, 2 cas confirmés dont 1 décès ont été rapportés : 13 cas suspects ont été rapportés de source informelle (quartiers d'Anosibe, Anosimahavelona, 67Ha, Anosizato, Manjakaray, Antanimora et Ankasina ; quartiers souvent situés dans les zones inondables où vivent les populations les plus défavorisées)

La peste évolue sur un mode endémo-épidémique à Madagascar (cf. figure 3) sur les Hautes-Terres du centre de l'île au-dessus de 800m d'altitude avec une saisonnalité marquée : transmission plus importante entre novembre et février

Une récente revue de la littérature rapporte qu'entre 1957 et 2001 un total de 20 900 cas suspects ont été décrits dans le monde, et Madagascar représente 30 % des cas mondiaux entre 2004 et 2009.

Madagascar connaît une recrudescence du nombre de foyers pesteux et du nombre de cas par épidémie, depuis presque 10 ans. (source réseau SEGA) Cette augmentation est probablement en lien avec la dégradation des conditions socio-économiques. D'autres foyers avaient émergé plus récemment en 2011 (district d'Ambilobe, région de Diana au nord du pays) et en 2013 (plusieurs épidémies de peste ont affecté l'île en novembre - décembre : le bilan au 12 décembre 2013 était de 160 cas de peste détectés dans cinq districts différents du pays. Au moins, 110 cas ont été rapportés et 50 personnes sont décédées). Entre 1980 et 2000, la peste avait ré-émergé dans la capitale avec une centaine de cas sporadiques annuels déclarés, pendant la saison chaude et humide, c'est à dire entre novembre et mars.

A ce stade, les foyers de peste sont localisés essentiellement dans des zones rurales. L'épidémie en cours constitue une épidémie saisonnière classique. Cependant, il est difficile de connaître la situation exacte à Antananarivo. La situation est suivie avec attention compte tenu de l'évolution possible de foyers pesteux vers des zones périurbaines et urbaines mais ne constitue pas une alerte à ce stade



## Australie: Virus Ross River

Une recrudescence saisonnière précoce des infections à virus Ross River a été signalée en Australie dans l'Etat du Territoire du Nord (cf. figure 6), régions de Barkly et Alice Springs. Un communiqué de presse a été publié mi-janvier pour rappeler aux habitants les mesures de prévention contre les vecteurs, moustiques de type *Aedes*.

D'après le site officiel du MOH australien, 93 cas ont été rapportés officiellement depuis le début de l'année comparé à une moyenne de 40 à la même date entre 2010 et 2014. Des mesures de lutte antivectorielle ont été renforcées dans ces 2 régions

L'infection à Ross River virus (Alphavirus) est l'arbovirose la plus fréquente en Australie (représente en moyenne 70% des notifications d'arboviroses) avec une clinique proche de celle du chikungunya (fièvre, arthralgie, rash), présentant néanmoins de fréquentes formes asymptomatiques.

Le virus Ross River est endémique en Australie, en Papouasie- Nouvelle Guinée et aux îles Salomon. La plupart des infections surviennent durant l'été et l'automne austral (généralement entre janvier et mai). La recrudescence de cette arbovirose peut aussi s'expliquer par un contexte climatique favorable à la pullulation des moustiques vecteurs.

En 2011 et 2012, on notait déjà des disparités géographiques (épidémie inhabituelle dans l'Etat d'Australie méridionale) pour les virus Ross River et Murray.

Il convient de rappeler le risque d'importation de cas dans les îles du Pacifique en lien avec la France.

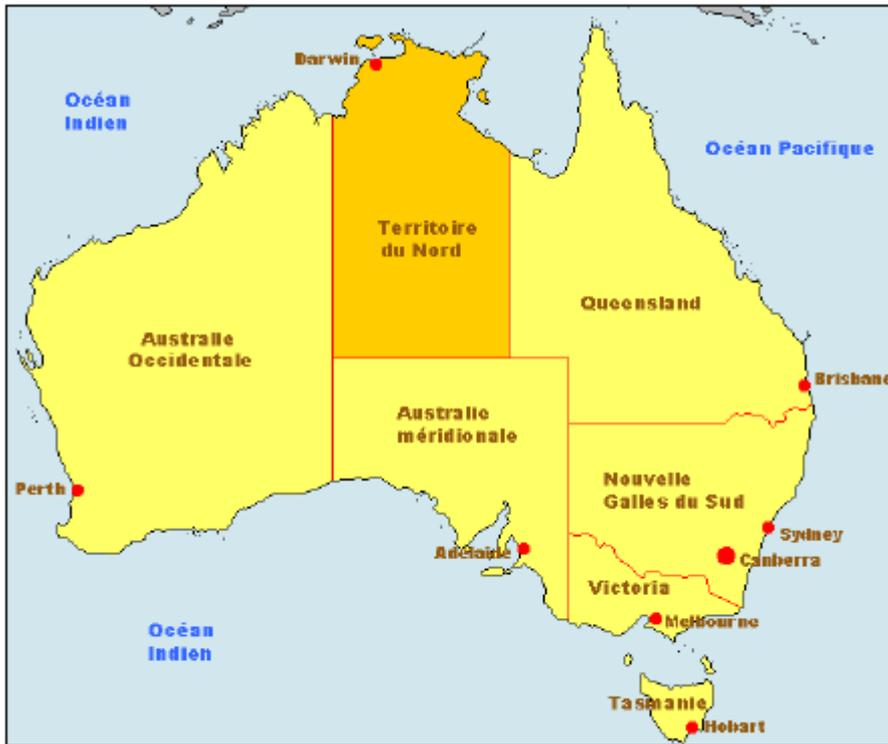


Figure 6 : carte de l'Australie, Etat du Territoire du Nord

(Source : InVS Bulletin Hebdomadaire International n°487)

## Remerciements aux partenaires régionaux

- L'Agence régionale  
de santé (ARS) du  
Centre et ses  
délégations  
territoriales,

- Les Centres  
Hospitaliers,

- GCS Télésanté  
Centre,

- Les Samu,

- Les Associations  
SOS médecins  
Bourges, Orléans et  
Tours

- Les services d'Etats  
civils des communes  
informatisées,

- Lig'air,

- Météo France,

- Réseau National de  
Surveillance  
Aérobiologique  
(RNSA)

### Comité de rédaction :

PhD Dominique Jeannel  
Elisabeth Kouvtanovitch  
PhD Luce Menuudier  
Esra Morvan  
Dr Gérard Roy  
Isa Palloure

### Diffusion

Cire Centre  
ARS du Centre  
131 Fbg Bannier  
BP 74409  
45044 Orléans cedex 1

Tel : 02.38.77.47.81

Fax : 02.38.77.47.41

E-mail : ars-centre-cire@ars.sante.fr

## Liste des 17 établissements hospitaliers sentinelles

Depuis l'été 2004, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a développé un réseau de surveillance à partir des différents intervenants de l'urgence. Ce réseau est constitué de structures capables de fournir des données quotidiennes détaillées sur leur activité. Ces structures sont :

- les centres hospitaliers
- les associations d'urgentistes de ville, **SOS Médecins**,
- les **services d'Etat-Civil** qui transmettent en continu les déclarations de décès à l'INSEE,
- **SAMU & SDIS**.

Les objectifs sont, d'une part, de suivre l'activité globale de ces services afin de pouvoir éventuellement détecter des situations anormales et, d'autre part, de mesurer l'impact d'événements connus, réguliers ou inattendus : épidémies saisonnières (grippe, gastroentérite, bronchiolite...), épisodes climatiques (canicule, grands froids...), événements environnementaux à impact sanitaire potentiel (inondation, pollution...).

## Liste des communes informatisées de la région Centre

Cher : Bourges

Eure-et-Loir : Chartres, Dreux, Le Coudray

Indre : Châteauroux

Indre-et-Loire : Tours, Saint Avertin

Loir-et-Cher : Blois

Loiret : Orléans

## Liste des établissements fournissant « résumé des passages aux urgences (RPU) »

Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges

Centre Hospitalier de St Amand Montrond

Centre Hospitalier de Vierzon

Clinique Saint-François les Grandes Ruelles

Centre Hospitalier de Châteaudun

Centre Hospitalier de Chartres Le Coudray

Centre Hospitalier de Dreux

Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou

Centre Hospitalier d'Issoudun La Tour Blanche

Centre Hospitalier du Blanc

Centre Hospitalier Paul Martinais de Loches

Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours

Centre Hospitalier Intercommunal Amboise-Châteaurenault

Clinique de l'Alliance

Centre Hospitalier de Blois

Centre Hospitalier de Romorantin Lanthenay

Centre Hospitalier de Vendôme

Centre Hospitalier Régional d'Orléans

Centre Hospitalier de Gien

Clinique de la Reine Blanche

Centre Hospitalier de Pithiviers

Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise

## Méthodes d'analyse des données

Pour le suivi régional des décès, un seuil d'alerte hebdomadaire a été déterminé par l'intervalle de confiance unilatéral à 95% d'un modèle de régression périodique. Le dépassement de seuil pendant deux semaines consécutives est considéré comme un signal statistique.

Pelat, C., P. Y. Boelle, et al. (2007). "Online detection and quantification of epidemics."  
\_BMC Med Inform Decis Mak\_ \*7\*: 29.

[www.u707.jussieu.fr/periodic\\_regression/](http://www.u707.jussieu.fr/periodic_regression/)