



INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE



VEILLE HEBDO

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR / CORSE

Point n°2014-37 publié le 12 septembre 2014

Période analysée : du vendredi 5 au jeudi 11 septembre 2014*

| CHIKUNGUNYA, DENGUE |

Depuis le début de la surveillance renforcée, dans les 7 départements des régions Paca et Corse colonisés par *Aedes albopictus*, **448 cas suspects ont été signalés.**

Parmi ces cas, **108 cas de chikungunya, 38 cas de dengue et 1 co-infection ont été confirmés.**

A l'exception des 2 cas de dengue autochtones, tous étaient importés.

Les services de lutte anti-vectorielle ont effectué autour des cas suspects importés 145 prospections entomologiques dont 51 traitements adulticides.

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

DÉTECTION D'UN DEUXIÈME CAS AUTOCHTONE DE DENGUE DANS LE VAR

Ce cas n'est pas lié au précédent signalé dans le Var car il est de sérotype différent.

Plus d'informations en [page 3](#).

| WEST-NILE, TOSCANA |

Depuis le 1^{er} juin, dans les régions Paca et Corse, 26 cas ont été signalés dont 19 répondent à la définition de cas suspects (forme clinique neuro-invasive fébrile avec âge >15 ans).

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

Deux cas de Toscana ont été confirmés : 1 en Corse et 1 dans les Bouches-du-Rhône.

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

| FHV à virus EBOLA |

En mars 2014, le ministère de la Santé guinéen a notifié à l'OMS une épidémie de fièvre hémorragique virale (FHV) liée au virus Ebola dans le sud de la Guinée. Depuis, le Liberia, la Sierra Leone et le Nigeria rapportent aussi des cas et décès liés au virus Ebola.

Une nouvelle épidémie d'Ebola, différente de celle responsable de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, a été déclarée à l'OMS par la République démocratique du Congo le 26 août 2014.

Plus d'informations en [page 7](#).

2^{ème} JRVS
Paca

17 octobre 2014

2^{ème} Journée régionale
de veille sanitaire
en région Paca

Il reste encore quelques places...

Cliquez [ICI](#) !

| SURVEILLANCE NON SPECIFIQUE (SNS) | Synthèse sur la période analysée

SAMU	PACA	CORSE
Total affaires	→	→
Transports médicalisés	→	→
Transports non médicalisés	→	→
URGENCES		
Total passages	→	↘
Passages moins de 1 an	↘	→
Passages 75 ans et plus	→	→
SOS MEDECINS		
Total consultation	→	→
Consultations moins de 2 ans	→	→
Consultations 75 ans et plus	↘	→

Ensemble des résultats détaillés par département, et part des non résidents, en [page 5](#).

Analyse des données de **mortalité toutes causes** présentée en [page 6](#).

| ORAGES |

Point hebdomadaire des signalements en [page 8](#).

* Les semaines présentées 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 :

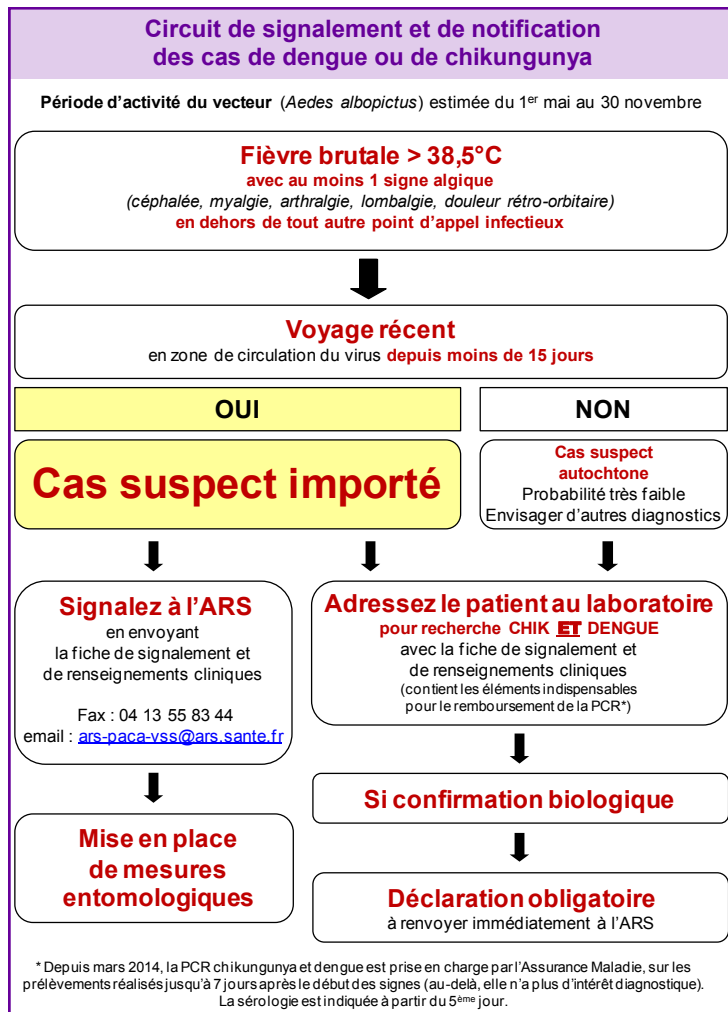
- **La déclaration obligatoire (DO) des cas confirmés** de dengue et de chikungunya avec signalement immédiat à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS ;
- **Un dispositif régional de surveillance renforcée**, mis en œuvre dans les départements d'implantation du moustique 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 des cas suspects autochtones ne rentre pas dans ce dispositif (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](#)



Situation en Paca-Corse

Depuis le début de la surveillance renforcée, **448 cas suspects ont été signalés**. Parmi ces cas, **108 cas de chikungunya, 38 cas de dengue et 1 co-infection ont été confirmés**. A l'exception de 2 cas de dengue autochtones (dans le Var), tous étaient importés.

Les services de lutte anti-vectorielle ont effectué autour des cas importés 145 prospections entomologiques dont 51 traitements adultes.

Principales origines des cas importés

- Chikungunya : 49 Guadeloupe, 40 Martinique, 8 Haïti, 6 République Dominicaine
- Dengue : 15 Thaïlande, 5 Indonésie, 3 Guadeloupe, 2 Polynésie française, 2 Cuba, 2 Costa-Rica et 2 Guyane
- Co-infection : 1 Indonésie

Situation en France dans les 17 départements de niveau 1 et 1 département de niveau 2 (Var)

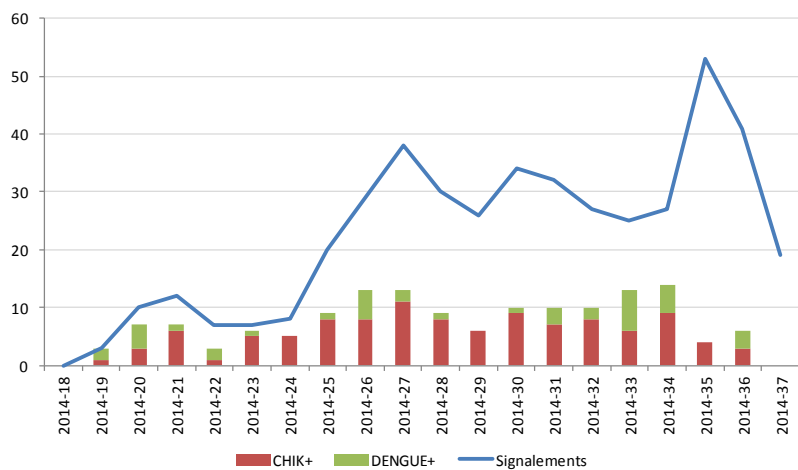
1 014 cas suspects ont été signalés dont 345 cas confirmés de chikungunya, 117 cas confirmés de dengue et 5 co-infections, tous importés à l'exception des 2 cas de dengue autochtones dans le Var.

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Paca et Corse (point au 12 septembre 2014)

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

départements	cas suspects	cas importés confirmés			cas autochtones confirmés		en cours d'investigation et/ou en attente de résultats biologiques	investigations entomologiques		
		dengue	chik	co-infection	dengue	chik		information	prospection	traitement LAV
Alpes-de-Haute-Provence	12	1	4	0	0	0	7	7	0	
Alpes Maritimes	69	8	20	1	0	0	31	28	16	
Bouches-du-Rhône	154	19	52	0	0	0	74	74	19	
Var	168	4	24	0	2	0	26	22	10	
Vaucluse	24	5	5	0	0	0	9	8	1	
Corse du Sud	13	1	2	0	0	0	3	3	2	
Haute-Corse	8	0	1	0	0	0	3	3	3	
Total	448	38	108	1	2	0	153	145	51	

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 12 septembre 2014 (semaine 37)



* Dernières semaines incomplètes
Semaines du lundi au dimanche

Point de situation sur l'épidémie de dengue au Japon

BHI n° 468 du 3 au 9 septembre 2014

Du 27/08/2014 au 09/09/2014, **94 cas confirmés de dengue autochtone** ont été rapportés par les autorités sanitaires japonaises (60 cas de plus que la semaine dernière).

Parmi ces 94 cas, 4 n'avaient pas visité le parc Yogyu (parc situé dans le centre de Tokyo, fréquenté par tous les cas précédemment rapportés). Parmi ces 4 cas, trois avaient visité d'autres parcs situés également dans Tokyo. Le quatrième a déclaré ne pas avoir quitté la ville de Chiba lors du dernier mois, située à 40 km du centre de Tokyo.

Ces cas de dengue autochtone sont les premiers rapportés par le Japon depuis 70 ans.

Le risque d'installation d'un cycle autochtone de transmission, saisonnière, existe pour cette île du Japon (Honshū), compte tenu de la présence de vecteurs compétents (*Aedes*), du nombre important de cas de dengue importés au Japon et de l'aspect touristique de cette zone, accueillant de nombreux visiteurs venant de pays endémiques pour la dengue.

Autres informations sur la situation internationale

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

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

| DENGUE / Deuxième cas autochtone détecté dans le Var |

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 le 10 septembre **un second cas de dengue autochtone dans le Var**.

Il s'agit d'une personne résidant dans le département du Var et n'ayant pas voyagé dans les 15 jours précédant sa contamination. Elle n'a pas eu non plus de contact avec des personnes fébriles ou ayant voyagé dans des zones à risque. Ce cas a été confirmé positif par le CNR des arboviroses. Il est guéri à ce jour.

Il s'agit donc du second cas dans ce département mais qui ne présente aucun lien avec le précédent. En effet, le premier cas était un cas de dengue de sérotype 1 alors que celui-ci s'avère être un cas de sérotype 2.

Suite à ce second cas autochtone, **le département du Var reste placé en niveau 2 du plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue.**

Les services de l'Etat, l'ARS Paca, l'entente interdépartementale pour la démoustication (EID) méditerranéenne, les collectivités territoriales ainsi que les médecins 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 (c'est-à-dire des populations de moustiques) prévues dans le cadre du plan national anti-dissémination ont été renforcées :

- La recherche active de cas est prolongée auprès des médecins, laboratoires et hôpitaux de la zone d'investigation (communes de Toulon, la Valette-du-Var, la Garde, le Pradet, Carqueiranne et Hyères).
- L'investigation épidémiologique en porte à porte autour de certaines zones fréquentées par la personne a été réalisée le 12 septembre.
- Une investigation entomologique des lieux fréquentés par le cas pendant sa période de contagion s'est déroulé le 11 septembre. Des actions de démoustication sont réalisées le 12 et 13 septembre dans certaines zones fréquentées par la personne au cours de sa période de virémie.

Il est demandé aux médecins et laboratoires de la zone de **signaler tous les cas suspects de dengue autochtones ou importés (voir encadré ci-dessous) du 1^{er} juillet au 15 octobre 2014**, venus ou qui viendront les consulter et cela sans attendre la confirmation biologique.

Définition de cas dans le cadre de l'investigation du cas autochtone du Var

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

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

en l'absence de tout point d'appel infectieux

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

dans les communes de Toulon, la Valette-du-Var, la Garde, le Pradet, Carqueiranne et Hyères.

| SURVEILLANCE WEST-NILE - TOSCANA |

Généralités

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

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

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

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

Dispositif de surveillance

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

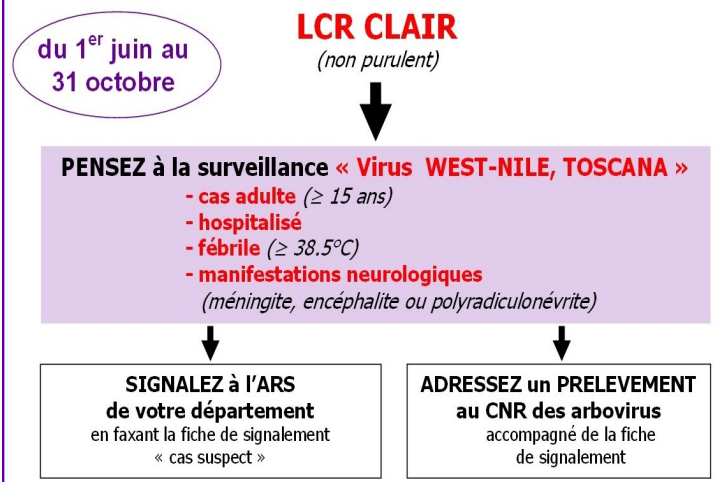
Cette surveillance est activée du 1^{er} juin au 31 octobre 2014.

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

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

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

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



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

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

Situation en Paca-Corse

Depuis le début de la surveillance, 26 signalements ont été effectués dont **19 cas suspects** (forme clinique neuro-invasive fébrile avec âge >15 ans) : 15 en région Paca (11 dans le Var, 2 dans les Bouches-du-Rhône et 2 dans les Alpes-Maritimes) et 4 en Corse.

Aucun cas confirmé d'infection à virus West-Nile n'a été détecté. Deux cas de Toscana ont été confirmés : 1 en Haute-Corse et 1 dans les Bouches-du-Rhône.

Bilan de la surveillance du West-Nile et du Toscana en Paca et Corse (point au 12 septembre 2014)

départements	nombre de signalements	cas suspects (forme clinique neuro-invasive fébrile avec âge >15 ans)	diagnostic		forme clinique des cas suspects			
			West-Nile	Toscana	encéphalite	méningite	PRN	autre
Alpes Maritimes	2	2	0	0	0	1	0	1
Bouches-du-Rhône	3	2	0	1	0	2	0	0
Var	17	11	0	0	3	6	0	2
Corse du Sud	2	2	0	0	1	1	0	0
Haute-Corse	2	2	0	1	0	2	0	0
Total	26	19	0	2	4	12	0	3

Situation internationale

[ECDC](#) [CDC](#) [BHI n° 468 du 3 au 9 septembre 2014](#)

Le 4 septembre 2014, les autorités sanitaires hongroises ont rapporté 2 cas humains autochtones de West Nile en Hongrie qui constituent les premiers cas autochtones rapportés par la Hongrie pour l'année 2014.

| SNS - PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITE SUIVIS |

Période analysée : du vendredi 5 au jeudi 11 septembre 2014

Source des données / Indicateur	04	05	06	13	83	84	2A	2B
SAMU / Total d'affaires	↘	↘	↘	→	↘	→	→	→
SAMU / Transports médicalisés	→	↘	→	↗	→	→	→	→
SAMU / Transports non médicalisés	→	→	→	→	→	→	→	→
SERVICES DES URGENCES* / Total de passages	→	↘	→	→	↘	→	↘	→
SERVICES DES URGENCES* / Passages d'enfants de moins de 1 an	NI	NI	→	→	↘	→	NI	NI
SERVICES DES URGENCES* / Passages de personnes de 75 ans et plus	→	→	→	→	→	→	→	→
SERVICES DES URGENCES* / Hospitalisations après un passage aux urgences	→	→	→	→	→	→	→	↘
SOS MEDECINS / Total consultations			→	↘	→	→	→	
SOS MEDECINS / Consultations d'enfants de moins de 2 ans			→	→	→	→	→	
SOS MEDECINS / Consultations d'enfants de moins de 15 ans			→	↘	→	→	→	
SOS MEDECINS / Consultations de personnes de 75 ans et plus			→	↘	→	↘	→	
SDIS-BMP / Total sorties pour secours à personne				→				

→ Pas de tendance particulière

↗ Tendance à la hausse (+2σ)

↘ Tendance à la baisse (-2σ)

↗ Forte hausse (+3σ)

↘ Forte baisse (-3σ)

ND : Donnée non disponible

NI : Donnée non interprétable en raison des faibles effectifs

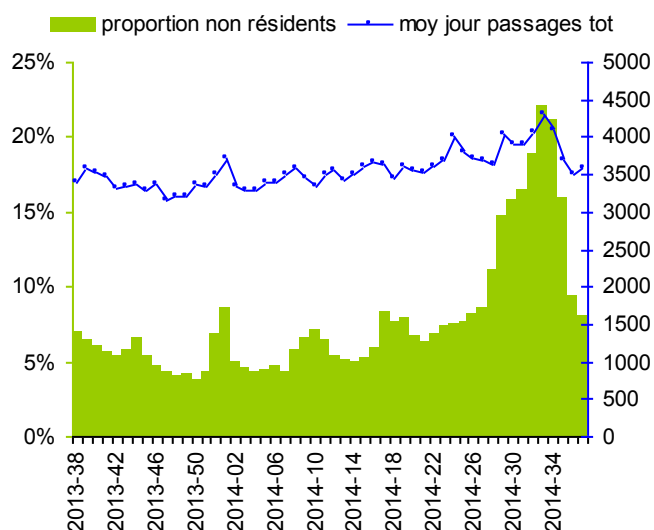
* établissements sentinelles (50 établissements sur l'inter région) / Informations sur la [méthode d'interprétation](#) en dernière page

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

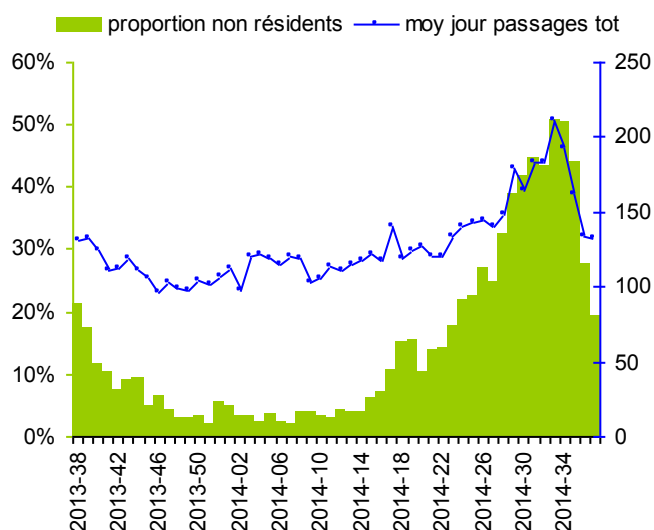
Les régions Paca et Corse sont des régions très touristiques. Certains départements voient leur population tripler à certains moments de l'année. Les activités suivies dans le cadre de la surveillance non spécifique sont impactées par le tourisme. Afin de faciliter l'analyse de ces données et l'interprétation des tendances observées, il est important de connaître les variations de la population présente dans l'inter région. Pour cela, à défaut de données récentes sur la mobilité touristique et la population présente, la Cire mesure et suit la part des passages aux urgences de personnes ne résidant pas dans les régions Paca et Corse (calculée à partir des codes postaux de résidence présents dans les RPU).

La proportion de passages aux urgences des personnes résidant habituellement hors de la région Paca cette semaine est de 8,1 % et de 19,1% en Corse.

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



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



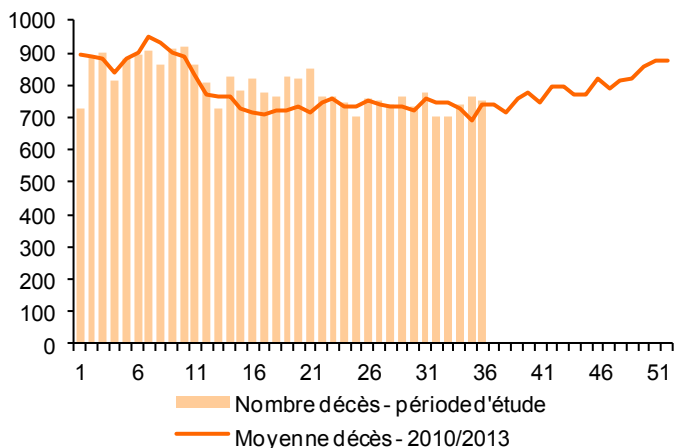
Résumé des observations depuis le 1^{er} janvier 2014

Paca - La mortalité mesurée en août à partir des données fournies par l'Insee est comparable à celle attendue (données non encore totalement consolidées), calculée sur la période de référence (2010-2013). Sur l'ensemble des 8 premiers mois de 2014, la mortalité est conforme à celle attendue (pas de différence significative).

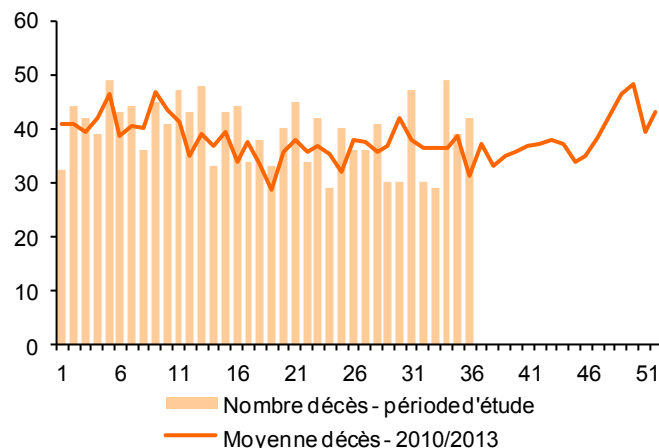
Corse - La mortalité mesurée en mars à partir des données fournies par l'Insee est supérieure à celle attendue, calculée sur la période de référence (2010-2013), sans que la différence soit significative. Les tendances sont cependant difficiles à mesurer en raison des effectifs observés.

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

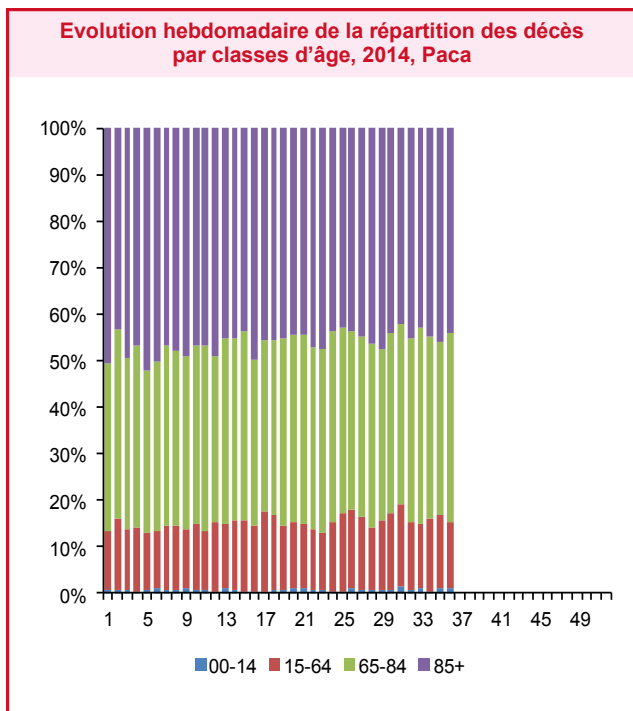


Comparaison par semaine des décès enregistrés en 2014 et du nombre de décès attendus calculés sur les années 2010 à 2013, Corse



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	3 252	-0,7%	158	171	8,1%
Septembre	3 133			152		
Octobre	3 438			163		
Novembre	3 421			158		
Décembre	3 753			194		



* 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).

Epidémie en Afrique de l'Ouest

En mars 2014, le ministère de la Santé guinéen a notifié à l'OMS une épidémie de fièvre hémorragique virale (FHV) liée au virus Ebola dans le sud de la Guinée. Depuis fin mars, le Liberia et la Sierra Leone rapportent aussi des cas et des décès liés au virus Ebola. Des cas ont été signalés très récemment au Nigéria (sans confirmation biologique pour l'instant).

C'est la première fois que des cas de FHV liés à Ebola sont rapportés dans ces pays ; cette FHV étant, en général, plutôt rapportée en Afrique centrale. Il est important de rappeler que, dans la région, d'autres pathologies endémiques telles que le paludisme ou d'autres virus responsables de FHV circulent (FHV de Lassa ou fièvre jaune) et peuvent compliquer le diagnostic. A ce jour, il s'agit de la plus importante épidémie liée au virus Ebola en termes de nombre de foyers actifs et de nombre de cas et de décès rapportés.

Au total, au 10 septembre, 4 290 cas et 2 296 décès ont été rapportés, soit une létalité observée de 54 %. La situation internationale détaillée est donnée dans le tableau ci-dessous.

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 dans ce contexte qu'un dispositif de surveillance a été mis en place par l'InVS avec comme objectif d'identifier précocement les cas suspects (voir encadré).

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

DGS : informations à destination des professionnels de santé (clinique, diagnostic biologique, prise en charge de la maladie à virus Ebola en France, mesures de prévention et d'hygiène...).

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

Situation en RDC (BHI n°467)

Entre le 28 juillet et le 29 août 2014, les autorités sanitaires congolaises ont notifié à l'OMS un total de 53 cas suspects de fièvre hémorragique virale dont 13 décès dans le territoire de Boende, zone rurale et forestière de la province de l'Equateur, en République Démocratique du Congo (RDC). Après analyses, il s'agit de FHV à virus Ebola. Au moins 185 personnes contact sont suivies et 12 personnes sont toujours isolément.

A ce stade et selon l'OMS, cette nouvelle épidémie en RDC n'est pas reliée à celle sévissant actuellement en Afrique de l'Ouest.

DEFINITION DE CAS (InVS)

Actualisation de la définition le 25 août 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 supérieure ou égale à 38,5°C.

Cas possible

Un cas possible est défini comme toute personne présentant une fièvre supérieure ou égale à 38,5°C ET :

- Pour laquelle une exposition à risque avérée 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), OU
- Qui présente une forme clinique grave incluant des signes hémorragiques (y compris de type gingivorragie ou hyperémie conjonctivale).

Les expositions à risque sont définies de la manière suivante :

- Contact avec le sang ou un autre fluide corporel d'un patient infecté, ou suspecté d'être infecté 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* ,
- 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*,
- Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite, dans la zone à risque*,
- Rapports sexuels avec un cas d'Ebola confirmé, dans les 10 semaines suivant le début des symptômes du cas,
- Prise en charge pour une autre pathologie ou visite dans un hôpital ayant reçu des patients infectés par le virus Ebola.

Cas confirmé

Un cas confirmé est défini comme toute personne avec une confirmation biologique d'infection au virus Ebola réalisée par le CNR des Fièvres hémorragiques virales (FHV).

* La zone à risque est définie au 25/08/14 comme les pays suivants :

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

Ces 2 épidémies sont distinctes.

Situation internationale (Source InVS - Point au 10 septembre 2014)

Pays	Nombre de cas	Cas confirmés	Nombre de décès	Létalité
Guinée	862	664	555	64%
Sierra Léone	2 046	634	1 224	60%
Libéria	1 361	1 234	509	37%
Nigéria	21	19	8	38%
Total	4 290	2 551	2 296	54%

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



| 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 12 septembre 2014 à 12:00)

	Total 2013		2014 Total Semaines antérieures		2014-33		2014-34		2014-35		2014-36		2014-37	
	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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hépatite A	99	2	39	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Infections invasives à méningocoques	42	0	33	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Légionellose	160	2	101	3	8	0	4	0	5	0	3	0	1	0
Listériose	28	2	11	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Rougeole	89	0	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire collective	95	8	73	2	4	0	2	1	2	0	1	0	5	0
Epidémies de GEA	65	4	44	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Epidémies d'IRA	31	1	31	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Episodes de Gale (avérés ou suspectés)	36	3	23	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres infectieux	118	15	83	23	0	3	1	0	3	1	3	3	1	2
Tensions hospitalières	88	1	123	0	1	0	3	0	2	0	0	0	2	0
Autres signaux	105	16	78	7	2	0	0	0	1	0	4	0	0	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, Digne, Draguignan, Embrun, Fréjus, Gap, Grasse, Hyères, La Ciotat, Manosque, Marseille-APHM (5 services), Marseille Saint-Joseph (adultes), Martigues, Nice (St Roch, Lentral et St Georges), Orange, Pertuis, Saint-Laurent-du-Var (IAT), Saint-Tropez, Salon, la Seyne/Mer, Sisteron, Toulon (St Musse et HIA St Anne), Vaison-La-Romaine, Valréas, Bastia, Porto-Vecchio.

| Dispositif de surveillance des intoxications au CO |

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

Les objectifs du dispositif sont :

- **d'alerter** afin de prendre les mesures de gestion du risque immédiates en soustrayant les personnes exposées de la source et de prévenir les récurrences ;
- **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 récurrences.

Pour signaler :

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

La Cire Sud remercie vivement tous les partenaires pour leur collaboration et le temps consacré à ces surveillances :

Etats civils des régions Paca et Corse.

Régie municipale des pompes funèbres de Marseille.

Samu des régions Paca et Corse.

Etablissements de santé des régions Paca et Corse.

Etablissements médicaux-sociaux des régions Paca et Corse.

Associations SOS Médecins des régions Paca et Corse.

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

RUSMG Paca et Corse

ARBAM Paca

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

CNR arbovirus (IRBA-Marseille)

Laboratoire de virologie APHM

CNR influenza de Lyon

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

EID-méditerranée

CAPTIV de Marseille

ARLIN Paca

ARS Paca et Corse

InVS

ORU Paca

SCHS de Paca et Corse

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