

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2013/11 du 16 mai 2013

Page 2-3 | Virus respiratoires à la une |

Page 4-5 | Surveillance d'*Aedes Albopictus* |

Page 6 | Rhinopharyngites |

Page 7 | Gastro-entérites |

Page 8-9 | Indicateurs non spécifiques |

Page 10 | Maladies à Déclaration Obligatoire |

| Situation en Rhône-Alpes |

• Varicelle

Selon le réseau Sentinelles, en Rhône-Alpes, en semaine 18 (du 29 avril au 5 mai), le taux d'incidence des cas de varicelle vus en médecine générale était estimé à 56 cas pour 100 000 habitants, soit une activité forte. Puis, en semaine 19 (du 6 au 12 mai), le taux d'incidence a diminué à 19 cas pour 100 000 habitants, soit une activité faible. Pour suivre la situation épidémiologique, consulter le site du Réseau Sentinelles :

<http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/?site=ra>

• Dengue

Depuis le début de la période de surveillance renforcée dans quatre de nos départements, 2 cas importés ont été identifiés (Rhône et Ardèche) puis confirmés par le CNR.

| Actualités |

• Allergies

Depuis quelques semaines, le printemps est de retour accompagné comme chaque année des pollens. Le risque allergique sera élevé dans les semaines à venir et il est recommandé aux personnes sensibles de rester vigilantes. Cette semaine, le RNSA prévoyait un risque allergique pour les pollens de chêne et de graminées dans la région, risque plus marqué pour l'Ardèche et la Drôme. Pour suivre l'évolution du risque allergique, consulter le site du RNSA : <http://www.pollens.fr/accueil.php>

• Virus respiratoires émergents ➡ pages 2 et 3

| Sources de données |

- Les données agrégées d'activité collectées sur le serveur régional de veille et d'alerte « **Oural** » renseigné quotidiennement par l'ensemble des services d'urgence et des Samu de la région Rhône-Alpes (nombre de passages aux urgences, nombre d'affaires traitées par les Samu).
- Les données sur les diagnostics issues du dispositif de surveillance **SurSaUD**® regroupant les services d'urgences des hôpitaux participant au réseau **Oscour**® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) et les associations **SOS Médecins**.
- Les données de mortalité issues des **services d'Etat-Civil** qui transmettent en continu les déclarations de décès à l'INSEE.
- Les données de surveillance du **réseau Sentinelles** (réseau de médecins généralistes libéraux).
- Les données sur les Maladies à Déclaration Obligatoire signalées à l'Agence Régionale de Santé et validées par l'InVS.

Remerciements aux réseaux Sentinelles et GROG, aux associations SOS Médecins, aux services d'urgences et SAMU, aux équipes de l'ARS chargées de la veille sanitaire, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance.

Trois types d'infections respiratoires aiguës liées à des virus émergents font actuellement l'objet d'une surveillance à l'échelle internationale et sur le territoire français.

Nouveau coronavirus

Un nouveau coronavirus (NCoV) a été identifié en Arabie saoudite en septembre 2012 chez deux patients qui avaient présenté une pneumopathie sévère. Suite à cette découverte, une surveillance a été mise en place sous la coordination de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'European Centre for Disease prevention and Control (ECDC) afin de détecter d'autres cas éventuels. La France a mis en place depuis le 1^{er} octobre 2012 une surveillance coordonnée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Au 13 mai 2013, 34 cas d'infection à ce NCoV ont été rapportés dans le monde dont 20 sont décédés. La grande majorité des cas (n = 26) a été identifiée dans la péninsule arabique et 8 cas l'ont été en Europe : 4 au Royaume-Uni, 2 en Allemagne et 2 en France. Depuis le début de cette surveillance en France, 53 signalements de cas suspects d'infection à NCoV ont été reçus dont 2 confirmés par le Centre National de Référence (CNR) des virus Influenzae de l'Institut Pasteur. Devant cette situation, l'InVS a renforcé le dispositif de surveillance.

Le premier cas français d'infection respiratoire aiguë à NCoV a été signalé le 7 mai 2013 à l'InVS par le CNR. Le deuxième cas a été diagnostiqué le 12 mai 2013. A ce jour, ces deux patients sont hospitalisés en réanimation et sont considérés dans un état critique. Seul le premier cas a séjourné dans les Emirats Arabes Unis, le second a été son voisin de chambre au cours d'une hospitalisation commune quelques jours après son retour de la péninsule arabique. Ces éléments suggèrent l'existence d'une transmission interhumaine de l'infection. Cependant, les données recueillies à ce jour ne font pas état d'une transmission interhumaine importante de ce nouveau virus dans la communauté.

Les investigations sont en cours, supervisées par l'OMS et l'ECDC, dans les pays ayant rapporté des cas, pour approfondir les connaissances sur ce virus (réservoir, mode de transmission...).

Le NCoV identifié en septembre 2012 est relativement proche du coronavirus humain du Sras, identifié en 2003, qui avait provoqué une épidémie mondiale. L'infection à NCoV se manifeste, le plus souvent, par une fièvre et des signes respiratoires pouvant se compliquer par un syndrome de détresse respiratoire aiguë. La période d'incubation est actuellement estimée à 10 jours.

Grippe aviaire - Virus A (H5N1) et A (H7N9)

Virus A(H5N1)

En décembre 2003, une souche virale de type A(H5N1) hautement pathogène a été identifiée dans des foyers animaux de grippe aviaire en République de Corée et signalée à l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). Par la suite, de nombreux foyers animaux de grippe aviaire ont été signalés en Asie, Europe, Afrique et Moyen-Orient. Dès le mois de janvier 2004, des cas humains de grippe aviaire ont été déclarés dans les pays ayant signalé des foyers animaux de grippe aviaire.

Au 6 mai 2013, 628 cas humains (dont 374 décès) ont été confirmés biologiquement dans le monde. Au 12 avril 2013, l'InVS avait reçu 621 signalements, 46 ont été classés en cas possible mais tous les prélèvements sont revenus négatifs. Depuis 2009, les appels reçus se sont raréfiés. La létalité estimée est à ce jour de 60 %.

Virus A(H7N9)

Le 31 mars dernier, les autorités chinoises ont annoncé l'identification d'un nouveau virus A(H7N9), d'origine aviaire, isolé à partir de 3 cas humains présentant des infections respiratoires sévères.

Au 6 mai 2013, 131 cas (dont 31 décès) du nouveau variant d'influenza aviaire A(H7N9) sont rapportés en Chine. Au total, 10 provinces sont touchées (Anhui, Henan, Beijing, Zhejiang, Jiangsu, Jiangxi, Shanghai, Shandong, Fujian et Hunan) ainsi que Taiwan. La létalité estimée est à ce jour de 24 %. La majorité des cas sont des hommes avec un sexe ratio (H/F) de 2,5. En France, 5 cas possibles ont été identifiés mais tous les résultats biologiques se sont révélés négatifs.

Les investigations sont en cours pour identifier l'origine de ces contaminations et évaluer les risques potentiels de ce nouveau virus. La province de Guangdong a rapporté un prélèvement positif pour A(H7N9) chez des poulets sur un marché de volailles vivantes de la ville de Dongguan (aucun cas humain rapporté dans cette province à ce jour). Pour l'instant, aucun lien épidémiologique entre les cas n'a été démontré et il n'y a pas de preuve de transmission interhumaine.

Aucun cas importé n'a été recensé à ce jour sur le territoire français.

A ce jour, les autorités sanitaires internationales n'ont pas émis de restrictions ni de recommandations spécifiques en matière de voyages vers ou au retour de la Chine. Les recommandations d'hygiène de base sont efficaces pour prévenir la transmission de ces virus grippaux.

Organisation de la surveillance

L'objectif de la surveillance mise en place en France est d'assurer la détection précoce des cas de grippe aviaire ou d'infection à NCoV pour :

- une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée du malade,
- une confirmation virologique, avec caractérisation précise permettant le suivi de l'évolution du virus,
- l'alerte précoce des autorités sanitaires,
- la recherche active des personnes ayant partagé la même exposition,
- la recherche active de transmission inter-humaine.

L'InVS est en charge de la surveillance épidémiologique et de la validation des cas d'infection à nouveaux virus (exclusion des cas, classement en cas possible ou confirmé).

Les différentes définitions de cas retenues pour la surveillance des cas de grippe A(H7N9), A(H5N1) et des cas d'infections respiratoires aiguës à coronavirus sont données dans le tableau récapitulatif ci-dessous. Sont également consignés la liste des pays ou zones à risque ainsi que les documents officiels utiles à la prise en charge des malades potentiellement concernés. Les définitions ainsi que la liste des pays ou zones à risque actualisées en temps réel sont disponibles sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-aviaire/Surveillance-definitions-de-cas-et-conduite-a-tenir-pour-la-grippe-aviaire-a-virus-A-H5N1-et-A-H7N9>

Il est important de noter que les régions touchées à ce jour par la grippe aviaire peuvent être des régions où circulent à la fois le A(H7N9) et le A(H5N1) et que les symptômes ne permettent pas d'orienter d'emblée vers l'infection par l'un ou l'autre des virus.

Aide à la prise en charge :

- grippe A(H5N1) et A(H7N9) : Avis du Haut conseil de la santé publique du 25 avril 2013 <http://www.invs.sante.fr/content/download/64287/251658/version/1/file/HCSP+avis+Grippe+aviaire>
- Coronavirus : Avis du Haut conseil de la santé publique du 19 mars 2013 <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=314>

Définition des cas

grippe A(H5N1) et A(H7N9) (03/05/2013)

Coronavirus (08/05/2013)

Cas possible :

- Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les zones exposées (liste ci-dessous), qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté : des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë grave (nécessitant une hospitalisation), sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie ;
- Les personnes co-exposées, définies comme celles ayant séjourné dans les zones exposées avec un cas possible ou confirmé qui présentent une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant l'exposition ;
- Tout contact étroit d'un cas possible ou confirmé, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).

Cas confirmé :

- Cas avec prélèvements respiratoires indiquant la présence du virus aviaire A(H7N9) ou A(H5N1).

Cas possible :

- Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les zones exposées (liste ci-dessous), qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté : des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou d'infection du parenchyme pulmonaire, incluant une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et de la toux, sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie ;
- Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).

Cas confirmé :

- Cas avec prélèvements respiratoires indiquant la présence du nouveau coronavirus.

Pays ou zone à risque

grippe A(H5N1) et A(H7N9)

Coronavirus

Virus A(H7N9) : Chine (03/05/2013)

Virus A(H5N1) : Bangladesh, Cambodge, Chine (dont Tibet), Egypte, Indonésie, Laos, Myanmar, Vietnam, Russie (Provinces entre la mer Noire et la mer Caspienne : de Volgograd aux frontières du Caucase et Kraï de Primorsk à l'extrême sud-est de la Russie), Iran (Province du Mazandaran), Népal, Hong-Kong, Bhoutan, Inde, Corée (République Pop. Dem.). (13/05/2013)

Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yémen. (08/05/2013)

Tout cas suspect d'être contaminé par un virus aviaire ou par le nouveau coronavirus, doit faire l'objet d'un signalement à l'ARS (N° unique : 0810 22 42 62).

Nous assistons depuis une dizaine d'années à l'implantation progressive sur le territoire métropolitain du moustique *Aedes albopictus*, originaire d'Asie du sud-est, plus communément appelé « moustique tigre ». Sa zone d'implantation est en expansion continue. Arrivé dans les Alpes-Maritimes depuis 2004, puis en Haute-Corse (2006), Corse du Sud, Var (2007), Alpes de Haute-Provence (2010) et Bouches-du-Rhône (2010), il a fini par s'implanter de manière durable aussi dans le Gard, l'Hérault (été 2011), le Vaucluse (automne 2011) et le Lot-et-Garonne en août 2012. La surveillance entomologique en place dans notre région, depuis plusieurs années, a permis d'estimer à la fin de l'année 2012 que 4 de nos départements (Ardèche, Drôme, Isère et Rhône) devaient être considérés comme colonisés par *Aedes albopictus*, élargissant ainsi sa zone d'implantation.

Ce moustique, d'une espèce particulièrement agressive, peut dans certaines conditions, transmettre les virus du chikungunya et de la dengue. Aujourd'hui, le chikungunya et la dengue sont des arboviroses tropicales en expansion dans le monde. En effet, chaque année, des voyageurs, atteints de chikungunya ou de dengue, reviennent ou arrivent en France métropolitaine et peuvent introduire ces virus dans les départements d'implantation d'*Aedes albopictus*, par ailleurs hautement touristiques. Le potentiel d'émergence, voire d'implantation, de ces maladies en Europe et en France métropolitaine a pu être confirmé en 2007 avec une épidémie de chikungunya en Italie (avec plus de 250 cas), en 2010, l'émergence de 2 cas autochtones de chikungunya dans le Var et celle de 2 cas de dengue autochtones dans les Alpes Maritimes.

Ainsi, dès 2006, afin de prévenir et limiter la circulation de ces virus, le ministère de la santé a mis en place un dispositif de lutte contre le risque de dissémination de la dengue et du chikungunya en France métropolitaine.

Ce plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue a défini cinq niveaux de risque à partir de la surveillance entomologique et humaine : en région Rhône-Alpes, nous sommes concernés, suivant le département considéré par :

- le niveau 0.a : absence d'*Aedes albopictus* (Loire) ;
- le niveau 0.b : présence contrôlée d'*Aedes albopictus* (Ain, Savoie et Haute Savoie) ;
- le niveau 1 : implantation d'*Aedes albopictus* (Ardèche, Drôme, Isère et Rhône).

Ce dispositif, actualisé chaque année, consiste notamment en :

- Une surveillance entomologique (c'est-à-dire des populations de moustiques), renforcée à partir du 1^{er} mai dans les zones où le moustique est présent ou susceptible de s'implanter. Cette surveillance vise à détecter l'activité du moustique afin d'agir le plus précocement possible pour ralentir la progression de son implantation géographique. En Rhône-Alpes, la surveillance entomologique est assurée par l'entente interdépartementale pour la démoustication (EID).
- Une surveillance des cas humains, par la déclaration obligatoire des infections confirmées à virus chikungunya et dengue et, à partir du niveau 1 du plan, par la mise en place d'un dispositif de signalement accéléré des cas suspects importés.
- Une sensibilisation des personnes résidant dans les zones où le moustique est présent et actif, afin de détruire autour et dans leur habitat tous les gîtes potentiels de reproduction des moustiques.

Le passage en niveau 1 de certains départements a été décidé par la Direction Générale de la Santé, au vu des données de surveillance entomologique. Il a fait l'objet d'un Arrêté ministériel* daté du 31 janvier 2013 et un arrêté préfectoral définit pour chaque département concerné, les modalités de surveillance entomologique et celles des traitements à mettre en œuvre.

Au niveau 1 est activé le dispositif de signalement accéléré à l'ARS des cas suspects importés et de confirmation biologique par le CNR. L'objectif est la détection précoce de tout cas suspect cliniquement et la réalisation immédiate d'une investigation entomologique et, le cas échéant, d'un traitement contre les moustiques, pour prévenir l'installation d'un cycle autochtone.

Ainsi, pour les départements de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère et du Rhône, ce dispositif qui repose sur le signalement par les médecins et les laboratoires d'analyse des cas suspects importés est mis en place du 1^{er} mai au 30 novembre.

Quelques documents utiles :

- procédure de signalement accéléré :

http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_sante_publique/Veille_Gestion_Alertes_Sanitaires/CiRe/Acrobat/Aedes/RA_Procedure_signalement-INTERNET_2013.pdf

- fiche de signalement : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_sante_publique/Veille_Gestion_Alertes_Sanitaires/CiRe/Acrobat/Aedes/fiche_signalement_2013_V2_RAF.pdf

- étiquette de transmission CNR : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_sante_publique/Veille_Gestion_Alertes_Sanitaires/CiRe/Acrobat/Aedes/Info_transmission_echantillon_V2_2013.pdf

Un point de situation sur cette surveillance sera présenté dans les prochains points épidémi.

Pour en savoir plus :

- l'ARS Rhône-Alpes : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Chikungunya-Dengue.156943.0.html>
- l'InVS : www.invs.sante.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle
- l'EID Rhône-Alpes : <http://www.eid-rhonealpes.com/present.htm>

*Arrêté du 31 janvier 2013 modifiant l'arrêté du 26 août 2008 fixant la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Rhône-Alpes du 01/05/2013 au 16/05/2013

Départements	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés		Cas confirmés autochtones		En attente de confirmations biologiques	Investigations entomologiques		Cas infirmés
		dengue	chikungunya	dengue	chikungunya		Prospection	Traitement LAV	
Ardèche	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Drôme	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isère	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhône	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Total	2	2	0	0	0	0	1	0	0

Ces deux premiers cas importés avaient voyagé l'un en Nouvelle-Calédonie, l'autre en Guadeloupe.

Situation dans les départements, collectivités et pays d'outre-mer français

Dengue

- Guyane : Au cours du mois d'avril, l'épidémie de dengue s'est poursuivie sur l'ensemble du territoire guyanais. La diminution du nombre de cas cliniquement évocateurs et de cas biologiquement confirmés au cours des deux premières semaines d'avril ne s'est pas confirmée : les valeurs observées au cours des deux semaines suivantes sont restées élevées et proches des maxima atteints fin mars. Les 4 sérotypes circulent avec le sérotype DEN-2 majoritaire (92 %). Pour plus d'information : point épidémio de la Cire Antilles-Guyane du 3 mai 2013 : http://www.invs.sante.fr/content/download/64568/252500/version/28/file/pe_dengue_guyane_030513.pdf

- Saint-Barthelemy : Depuis le début d'épidémie (mars 2013), 150 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 59 cas biologiquement confirmés. Le sérotype DEN-4 est prédominant. Pour plus d'information : point épidémio de la Cire Antilles-Guyane du 7 mai 2013 : http://www.invs.sante.fr/fr/content/download/64808/253050/version/27/file/pe_dengue_st_barth_070513.pdf

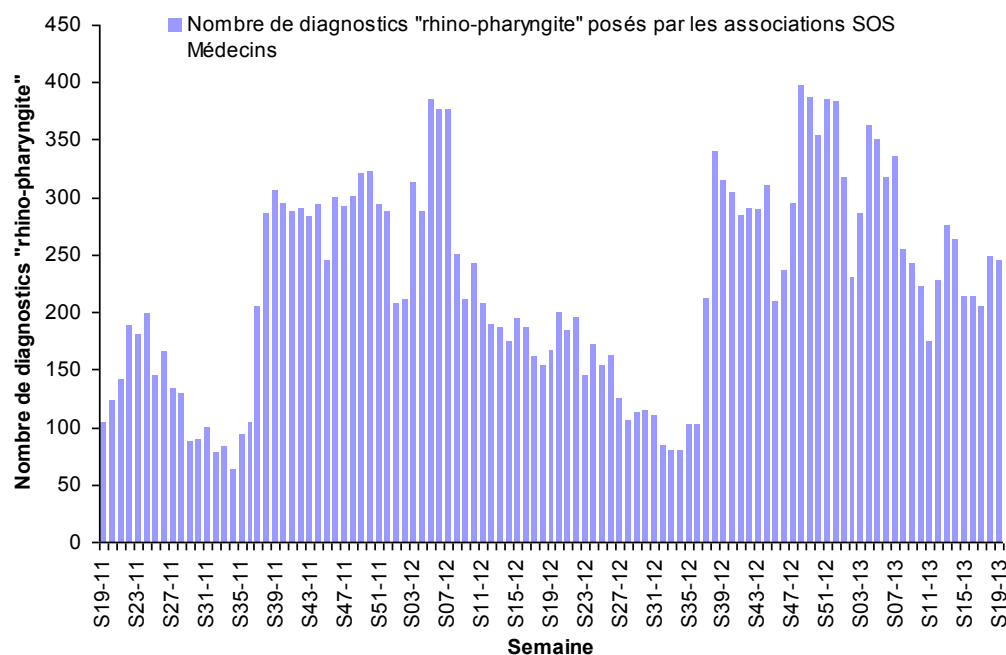
- Saint-Martin : Depuis le début de l'épidémie (janvier 2013), 1 057 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés, dont 315 cas biologiquement confirmés. Pour plus d'information : point épidémio de la Cire Antilles-Guyane du 7 mai 2013 : http://www.invs.sante.fr/fr/content/download/64811/253073/version/31/file/pe_dengue_st_martin_070513.pdf

- Nouvelle Calédonie : Depuis le début de l'épidémie (septembre 2012), 9 680 cas ont été recensés. Le pic a été observé en mars. Pour plus d'information : http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/observatoire_sante/veille_sanitaire/Dengue

Chikungunya

- Nouvelle Calédonie : Au 14/05/2013, 23 cas de chikungunya ont été confirmés.

Diagnostics de rhinopharyngite posés par les associations SOS Médecins² de Grenoble, Saint Etienne, Lyon et Annecy du 09/05/2011 au 12/05/2013

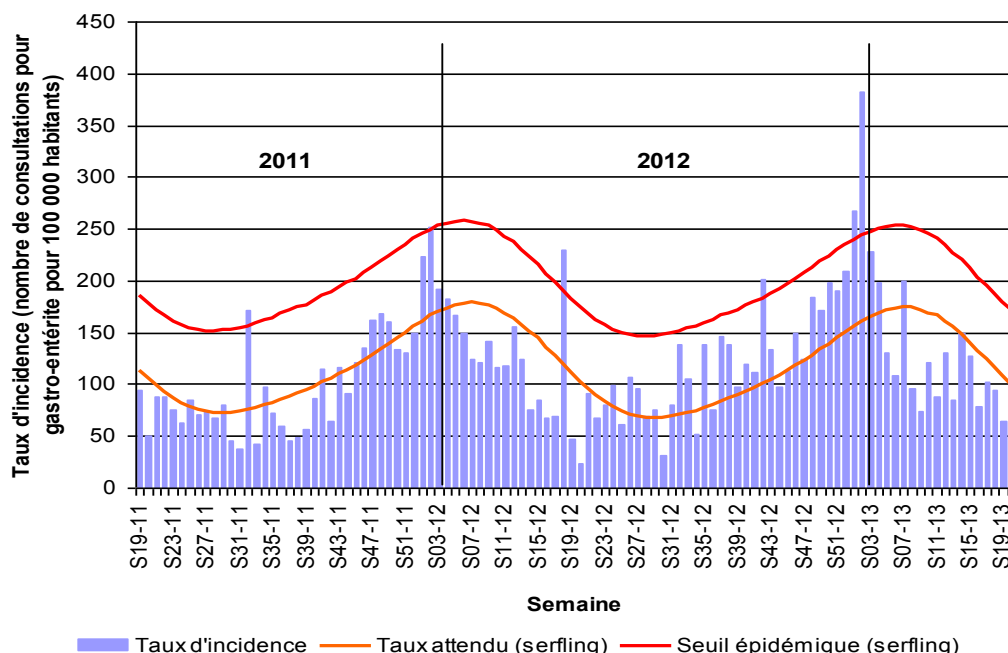


Le nombre de consultations pour rhinopharyngite, observé par les associations SOS Médecins, a augmenté en semaines 18 et 19 (du 29 avril au 12 mai) .

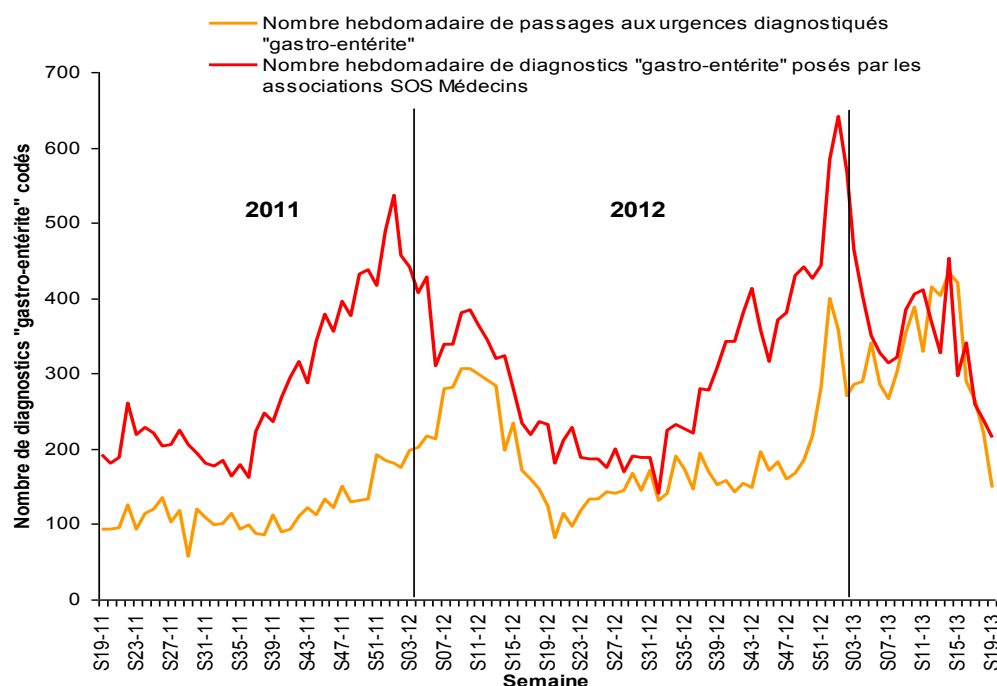
² En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy. SOS Médecins Chambéry ne code les diagnostics que depuis peu de temps, d'où l'absence de données pour cette association.

Incidence des consultations pour diarrhée aiguë en Rhône-Alpes estimée par le réseau Sentinelles du 09/05/2011 au 12/05/2013

	semaine			
	S16	S17	S18	S19
Nombre estimé de consultations	5 013	6 489	5 915	4 083
Taux pour 100 000 habitants	79	103	94	65



Passages aux urgences pour gastro-entérite dans 33 services d'urgences¹ de Rhône-Alpes et diagnostics de gastro-entérite posés par les associations SOS Médecins² de Grenoble, Saint Etienne, Lyon et Annecy du 09/05/2011 au 12/05/2013



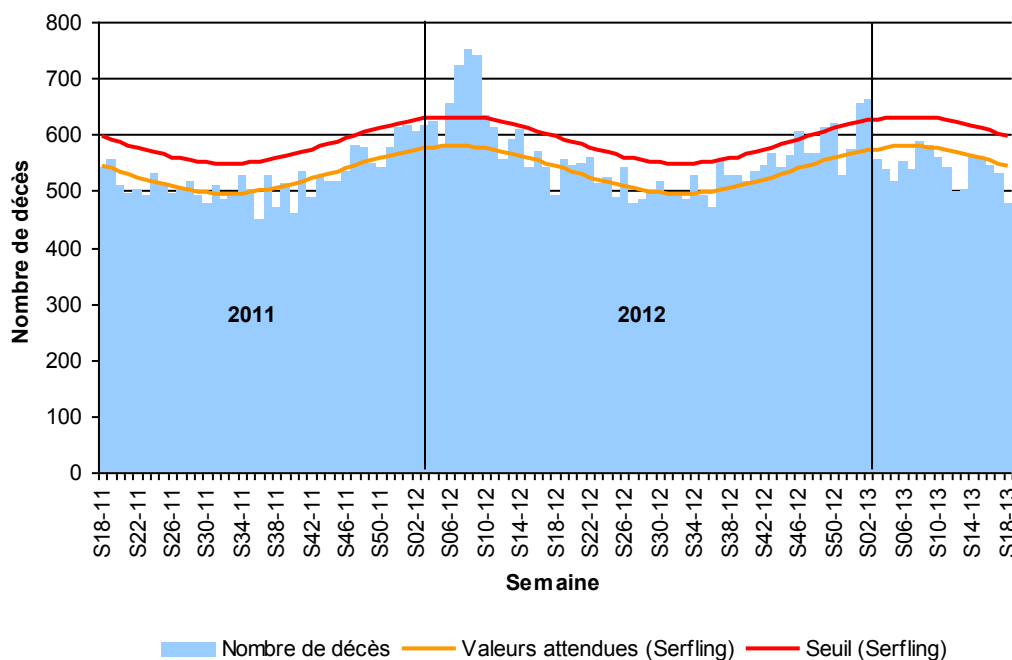
Les données du réseau Sentinelles et de la médecine d'urgences montrent la poursuite de la baisse du taux d'incidence de gastro-entérite en semaines 18 et 19 (du 29 avril au 12 mai).

Les médecins du réseau Sentinelles animé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) surveillent le nombre de diarrhées aiguës vues en consultation (définies par au moins 3 selles liquides ou molles par jour datant de moins de 14 jours, et motivant la consultation). En Rhône-Alpes, en 2011, 84 médecins généralistes participaient à la surveillance continue qui intègre celle des diarrhées aiguës (soit 1,1 % des médecins généralistes libéraux de la région).

¹ Actuellement, 56 services d'urgences en Rhône-Alpes participent au **réseau Oscour®** et transmettent quotidiennement à l'InVS leurs résumés de passages aux urgences (RPU). Sur ces 56 services, 13 ne codent pas ou peu les diagnostics. Les analyses portent sur 33 services qui transmettent leurs données correctement et qui couvrent l'ensemble de la période d'étude.

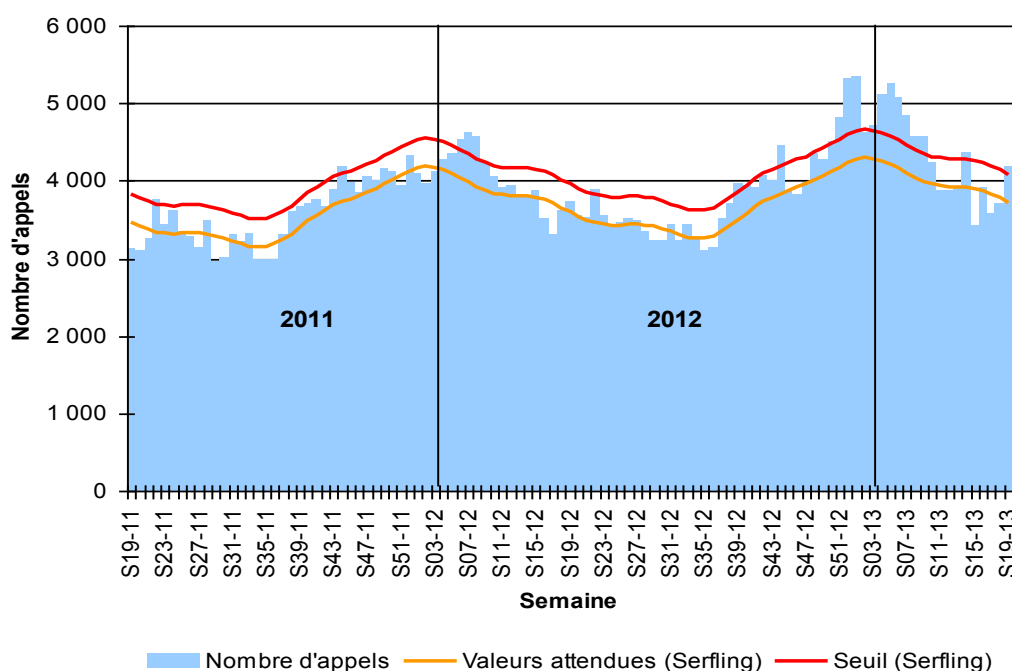
² En Rhône-Alpes, il existe 5 **associations SOS Médecins** situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy. SOS Médecins Chambéry ne code les diagnostics que depuis peu de temps, d'où l'absence de données pour cette association.

Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 65 communes informatisées en Rhône-Alpes du 02/05/2011 au 05/05/2013
(attention : la semaine du 6 au 12 mai est manquante car incomplète).



Depuis le début de l'année, le nombre de décès observé reste proche des valeurs attendues.

Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes, du 09/05/2011 au 12/05/2013



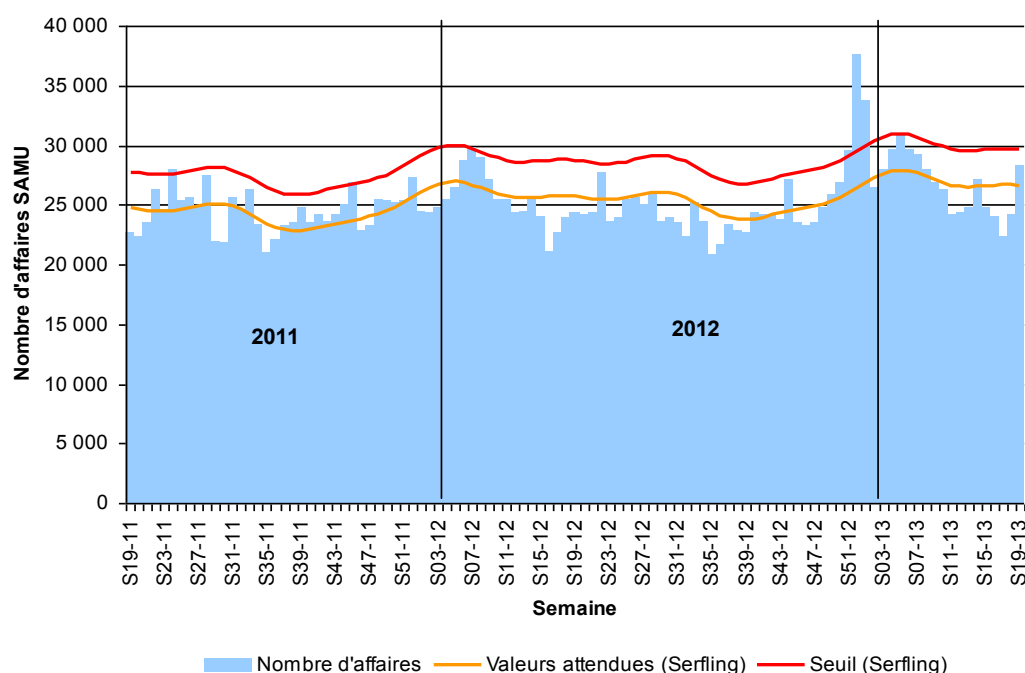
Le nombre d'appels observé en semaine 19 (du 6 au 12 mai) augmente et dépasse le seuil d'alerte, dans un contexte de jours fériés (week-end de l'Ascension).

214 services d'état civil de Rhône-Alpes saisissent sur un serveur de l'INSEE les décès survenus sur leur commune. Parmi ces services, seuls 65 sont retenus car justifiant d'un historique de données suffisant pour les analyses. Les communes les plus grandes et celles où sont localisés les grands centres hospitaliers sont informatisées et appartiennent aux 65 services en question, notamment :

- Belley, Bourg-en-Bresse et Viriat dans l'Ain ;
- Annonay et Aubenas dans l'Ardèche ;
- Montélimar, Romans-sur-Isère et Valence dans la Drôme ;
- Bourgoin-Jallieu, Grenoble et La Tronche dans l'Isère ;
- Roanne et Saint-Etienne dans la Loire ;
- Bron, Lyon et Villeurbanne dans le Rhône ;
- Chambéry en Savoie ;
- Ambilly, Annecy et Thonon-les-Bains en Haute-Savoie.

¹ En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

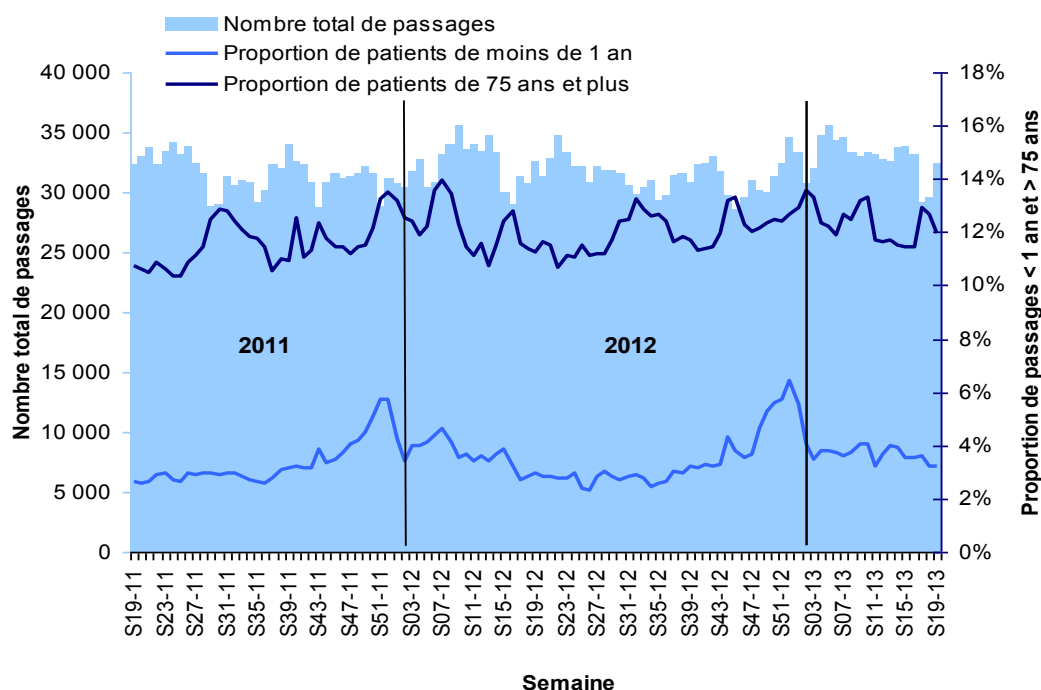
Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 09/05/2011 au 12/05/2013



La région Rhône-Alpes compte 71 services d'urgence et 9 SAMU qui renseignent quotidiennement leur volume d'activité sur le serveur « Oural ».

Le nombre d'affaires traitées par les SAMU de la région atteint des valeurs supérieures aux valeurs attendues pour la saison en semaine 19 (du 6 au 12 mai), sans pour autant atteindre le seuil d'alerte. Cette augmentation peut s'expliquer par la présence de deux jours fériés.

Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 09/05/2011 au 12/05/2013

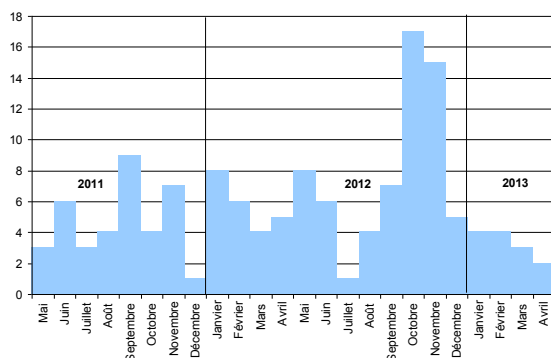


L'activité des services d'urgences augmente en semaine 19 (du 6 au 12 mai) et peut s'expliquer par le long week-end de l'Ascension.

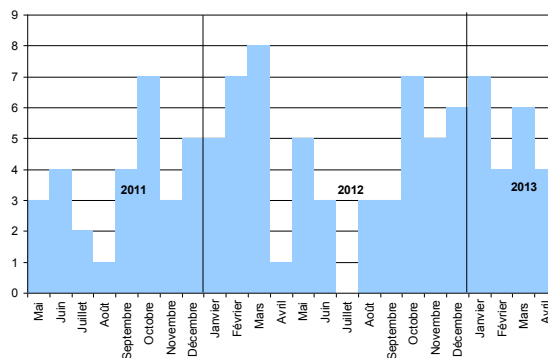
| Maladies à Déclaration Obligatoire (source : déclarations obligatoires reçues par l'InVS) |

Nombre de déclarations par mois de survenue du 01/05/2011 au 30/04/2013 en Rhône-Alpes

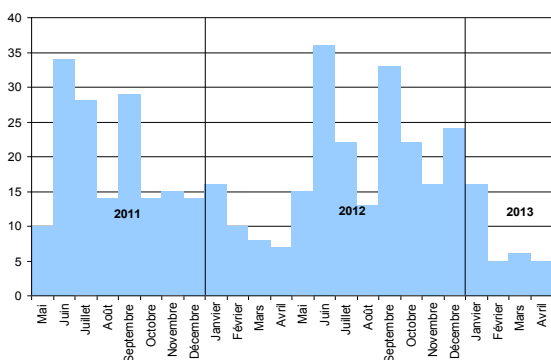
Hépatite A



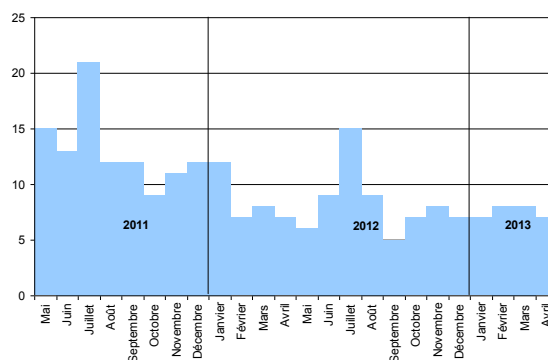
Infection invasive à méningocoque



Légionellose

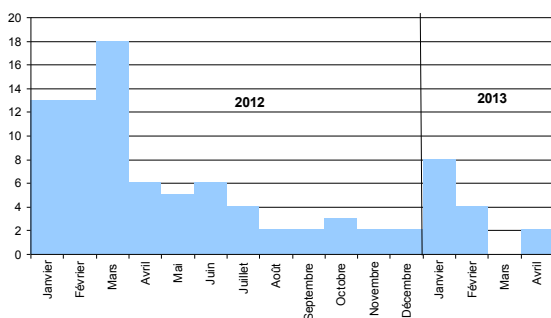


Toxi-Infection Alimentaire Collective



Les Maladies à Déclaration Obligatoire sont signalées aux médecins de la CRVGS (Cellule Régionale de Veille et Gestion Sanitaire) dans chaque Délégation Départementale de l'ARS par les cliniciens et biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent. Les équipes de la CRVGS transmettent les déclarations reçues à l'Institut de veille sanitaire et mettent en place les mesures de contrôle nécessaires.

Nombre de déclarations de cas de rougeole par mois de survenue du 01/01/2012 au 30/04/2013



Rougeole : seules les données à partir du 1^{er} janvier 2012 sont représentées, sachant que l'année 2011 a été l'année de l'épidémie de rougeole pour Rhône-Alpes.

Suite à un problème technique, les données ne sont pas disponibles actuellement et n'ont donc pas été mises à jour depuis la dernière parution.

Pour en savoir plus sur les Maladies à Déclaration Obligatoire :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>
<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Declarer-une-maladie-a-declara.94422.0.html>

Directrice de la publication :

Dr Françoise WEBER,
directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef :

Olivier Catelinois, responsable de la Cire Rhône-Alpes

Comité de rédaction :

Odile Boutou-Kempf
Delphine Casamatta
Coralie Gasc
Elodie Munier
Isabelle Poujol
Alexandra Thabuis
Jean-Marc Yvon

Diffusion :

CIRE Rhône-Alpes
ARS Rhône-Alpes
 129, rue Servient
 69 418 LYON Cedex 03
 Tel : 04 72 34 31 15
 Fax : 04 78 60 88 67
 Mail :
ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr

www.invs.sante.fr
www.ars.rhonealpes.sante.fr