

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2013/33 du 24 octobre 2013

Page 2	Virus respiratoires émergents
Pages 3-4	Surveillance de la dengue et du chikungunya
Page 5	Intoxications au monoxyde de carbone
Page 6	Gastro-entérites
Page 7	Rhinopharyngites Bronchiolites
Page 8	Syndromes grippaux
Page 9	Circulation virale
Pages 10-11	Indicateurs non spécifiques
Page 12	Maladies à Déclaration Obligatoire

| Actualités |

• Syndrome hémolytique et urémique

Les *Escherichia coli* productrices de shigatoxines (STEC) sont responsables de diarrhées souvent sanglantes, évoluant vers un syndrome hémolytique et urémique (SHU) dans 5 à 8% des cas, principalement chez le jeune enfant. Il s'agit de la première cause d'insuffisance rénale aiguë chez l'enfant de moins de 3 ans en France. Le principal mode de contamination est la **consommation d'aliments contaminés crus ou peu cuits** (viandes, produits laitiers à base de lait cru, fruits et légumes, eau non traitée). Une transmission de personne à personne a été décrite dans certains cas.

Récemment, en Rhône-Alpes, plusieurs notifications de SHU pédiatriques chez de jeunes enfants résidant dans 5 départements différents ont été rapportées à l'InVS. Les enquêtes épidémiologiques réalisées par la Cire et l'étude des souches par le Centre National de Référence des *Escherichia coli* et Shigelles ont permis d'exclure l'hypothèse d'une source de contamination commune.

Les **principales recommandations alimentaires** permettant de prévenir le SHU chez l'enfant sont :

- cuire à cœur la viande de bœuf (et notamment les steaks hachés) ;
 - pas de produit laitier à base de lait cru (notamment fromages à pâte molle) avant 3 ans
 - bien laver les légumes et les fruits consommés crus ;
 - éviter les contacts des enfants de moins de 5 ans avec les vaches, les moutons, les chèvres, les daims et autres animaux porteurs et avec leur environnement ;
 - un bon lavage des mains afin de prévenir la transmission de personne à personne.
- L'InVS organise une surveillance nationale du SHU chez l'enfant de moins de 15 ans.
En savoir plus : site de l'[InVS](#)

• Pollution atmosphérique

Dans un [communiqué de presse du 17 octobre 2013](#), le Centre international de recherche contre le cancer (CIRC) a annoncé sa **décision de classer la pollution atmosphérique** extérieure dans son ensemble comme un complexe mélange cancérigène pour l'homme. Le CIRC classe la pollution liée aux particules fines également comme cancérigène pour l'homme.
Pour en savoir plus : [site Internet du CIRC](#)

| Sources des données du Point Epidémiologique |

- 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 et de la santé environnementale, 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 (MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus))

Définition de cas d'infection à nouveau coronavirus (MERS-CoV) (mise à jour le 19/06/2013) :

Cas possible :

a) Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les pays listés ci-dessous, qui, **au cours des 14 jours après son retour**, a présenté :

- des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou d'infection du parenchyme pulmonaire, avec une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et de la toux, sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie.

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

b) Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les **14 jours** suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e symptomatique). Pour les contacts immunodéprimés ou présentant une pathologie chronique, considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

Cas confirmé :

Cas possible avec prélèvements indiquant la présence du nouveau coronavirus.

Liste des pays considérés à risque :

Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yémen.

Au 22 octobre 2013, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, **139 cas** d'infection au nouveau coronavirus (MERS-CoV) ont été rapportés dans le monde dont **60 décès**. La grande majorité des cas, a été identifiée dans la péninsule arabique. Depuis le début de cette surveillance en France, 297 signalements de cas suspects d'infection à MERS-CoV ont été reçus dont 2 confirmés par le Centre National de Référence (CNR) des virus Influenzae de l'Institut Pasteur. Sur les deux cas confirmés français, un est décédé. Devant cette situation, l'InVS a maintenu le dispositif de surveillance mis en place début octobre 2012.

A noter que les premiers retours du pèlerinage du Hadj ont commencé.

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

Aucun signalement récent.

Virus A(H5N1)

Au 11 octobre 2013, le bilan est de 641 cas humains (dont 380 décès) confirmés biologiquement dans le monde (*source: OMS*).

Virus A(H7N9)

Un nouveau cas humain a été rapporté par l'Organisation Mondiale de la Santé **le 16 octobre 2013**.

Au 16 octobre 2013, le bilan est de 136 cas (dont 45 décès) du nouveau variant d'influenza aviaire A(H7N9) rapportés en Chine. Au total, 10 provinces sont touchées (Anhui, Henan, Beijing, Zhejiang, Jiangsu, Jiangxi, Shanghai, Shandong, Fujian et Hunan) ainsi que Taiwan où un cas a été importé.

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 MERS-CoV pour :

- une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée du malade,
- une confirmation virologique, avec caractérisation précise permettant le suivi de l'évolution du virus,
- l'alerte précoce des autorités sanitaires,
- la recherche active des personnes ayant partagé la même exposition,
- 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 définitions ainsi que la liste des pays ou zones à risque actualisées régulièrement sont disponibles sur le site de l'[InVS](#).

Aide à la prise en charge :

- grippe A(H5N1) et A(H7N9) : [Avis du Haut conseil de la santé publique du 25 avril 2013](#)
- MERS-CoV: [Avis du Haut conseil de la santé publique du 28 juin 2013](#)

Tout cas suspecté d'être contaminé par un virus aviaire ou par le nouveau coronavirus, doit faire l'objet d'un signalement sans délai 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 également 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 : Loire ;
- le niveau 0.b : Ain, Savoie et Haute Savoie ;
- le niveau 1 : 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 (EIRAD).
- 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 nos 4 départements (Ardèche, Drôme, Isère et Rhône) 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](#)
- [fiche de signalement](#)
- [étiquette de transmission CNR](#)

Pour en savoir plus :

- dossier Chikungunya-dengue sur le site de l'[ARS Rhône-Alpes](#)
- dossier Maladies à transmission vectorielle sur le site de l'[InVS](#)
- [CNR arboviroses](#)
- [EIRAD](#)

* 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

* Niveaux de risque du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en Métropole :

0 0a absence d'*Aedes albopictus*
0b présence contrôlée

1 *Aedes albopictus* implanté et actif

2 *Aedes albopictus* implanté et actif, un cas humain autochtone confirmé

3 *Aedes albopictus* implanté et actif, un foyer de cas humains autochtones (au moins 2 cas groupés dans le temps et l'espace)

4 *Aedes albopictus* implanté et actif, plusieurs foyers de cas humains autochtones (foyers distincts sans lien épidémiologique ni géographique entre eux)

5 *Aedes albopictus* implanté et actif et épidémie

5a répartition diffuse de cas humains autochtones au-delà des foyers déjà individualisés

5b épidémie sur une zone élargie avec un taux d'attaque

EIRAD (Entente Interdépartementale Rhône-Alpes pour la Démoustication)

Ses missions :

- Surveillance et investigations entomologiques
- Démoustication

CNR Arboviroses IRBA Marseille

Ses missions :

- Expertise microbiologique
- Identification et typage des souches
- Contribution à la surveillance épidémiologique
- Alerte

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Rhône-Alpes du 01/05/2013 au 24/10/2013

91 cas suspects de chikungunya ou de dengue ont été signalés dans les 4 départements de niveau 1 de la région.

Dép	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés Dengue	Cas confirmés autochtones	En attente de confirmation biologique	Investigations entomo		Cas infirmés
					Prospection*	Traitement LAV	
Ardèche	7	4	0	1	3	0	2
Drôme	8	3	0	0	4	0	5
Isère	17	9	0	0	6	0	8
Rhône	59	24	0	6	25	0	29
Total	91	40	0	7	38	0	44

* il s'agit des prospections réalisées et enregistrées, certaines étant en cours mais non encore comptabilisées. Une prospection est demandée à l'EIRAD si le cas suspect importé était en période virémique lors de son séjour ou passage en département de niveau 1.

Dengue

A ce jour, 40 cas importés ont été confirmés par le CNR. Ils avaient voyagé :

- en Thaïlande (11), en Indonésie (6), en Nouvelle-Calédonie (3), au Vietnam (1), en Inde (1),
- en Guadeloupe (6), en Martinique (5), au Brésil (2), au Mexique (2) en Guyane (1), au Costa Rica (1), et au Pérou (1).

Chikungunya

Depuis le 01/05/2013, aucun cas de chikungunya n'a été confirmé dans la région.

Situation en France métropolitaine

Au 18 octobre, 368 cas suspects ont été signalés dans les 17 départements classés en niveau 1 et parmi eux 146 cas importés de dengue et 2 cas importés de chikungunya ont été confirmés.

Pour plus d'information : [synthèse épidémiologique sur le site de l'InVS](#) *

* Les données de Rhône-Alpes rapportées au niveau national peuvent différer légèrement du fait d'une date de mise à jour différente.

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

Dengue

- Guyane : **L'épidémie de dengue est terminée, excepté dans le secteur de Kourou où elle se poursuit.** Ainsi, depuis fin septembre 2012, 15 2735 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 5 473 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 4 octobre 2013](#)

- Saint-Barthelemy : Depuis le début d'épidémie (mars 2013), 870 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 378 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 11 octobre 2013](#)

- Saint-Martin : Depuis janvier 2013 (début d'épidémie), 2 390 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés, dont 881 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 11 octobre 2013](#)

- Guadeloupe : Depuis le début de l'épidémie (fin mai 2013), 9 000 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 1 927 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 18 octobre 2013](#)

- Martinique : Depuis le début de l'épidémie, déclarée le 22 juillet 2013, 4 450 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 1 172 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 10 octobre 2013](#)

- La Réunion : 20 cas autochtones ont été recensés au cours du premier semestre 2013.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Océan Indien du 29 juillet 2013](#)

- Nouvelle Calédonie : Depuis le début de l'épidémie (septembre 2012), 10 987 cas ont été recensés au 18/10/2013. Le pic a été observé en mars (avec 2806 cas). Le nombre de cas diminue progressivement avec 117 cas recensés en juillet, 33 en août et 8 en septembre.

Pour plus d'information : [site internet de la DASS de Nouvelle Calédonie](#)

Chikungunya

- Nouvelle Calédonie : Au 1er octobre, 30 cas de chikungunya ont été confirmés. L'épidémie a été déclarée par les autorités sanitaires sur l'ensemble de l'île. La vigilance est d'autant plus

EIRAD (Entente Interdépartementale Rhône-Alpes pour la Démoustication)

Ses missions :

- Surveillance et investigations entomologiques
- Démoustication

CNR Arboviroses IRBA Marseille

Ses missions :

- Expertise microbiologique
- Identification et typage des souches
- Contribution à la surveillance épidémiologique
- Alerte

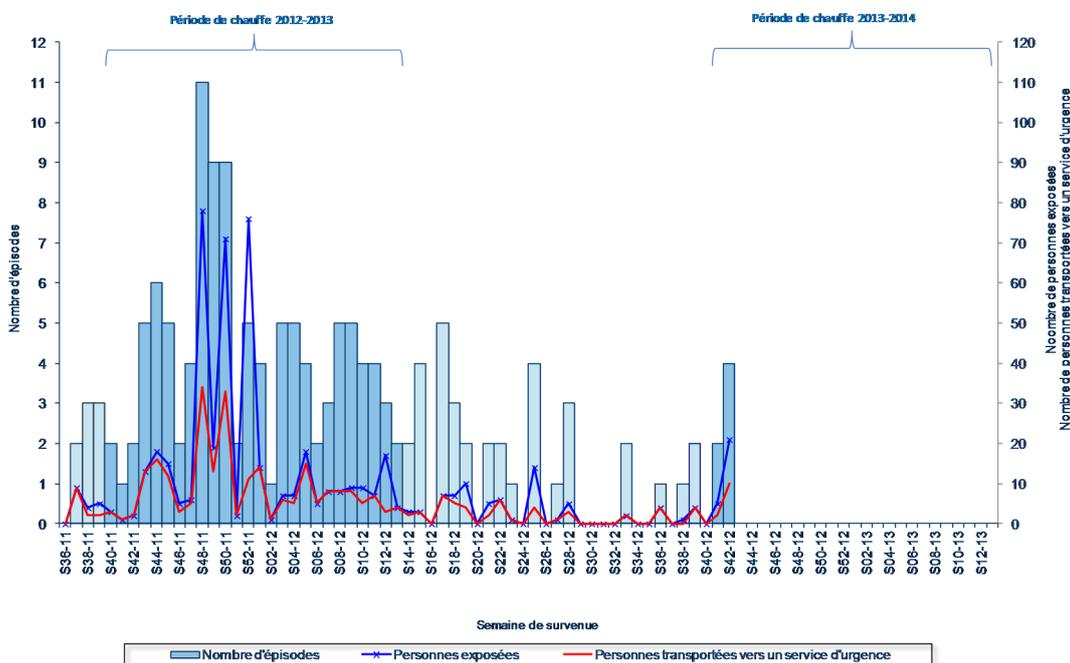
Les faits marquants au 20 octobre 2013

En Rhône-Alpes, depuis le 1^{er} octobre 2013 marquant le début de la saison de chauffe, 6 épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone ont été signalés. 26 personnes ont ainsi été exposées dont 12 transférées dans un service d'urgence hospitalière.

Un épisode a concerné un ERP. En effet, le 15 octobre, une situation d'exposition au monoxyde de carbone a été mise en évidence par les pompiers en intervention dans un restaurant en Ardèche pour un autre motif. Douze personnes ont été exposées et 5 ont été transportées vers un service d'urgence. La chaudière de l'établissement pourrait être à l'origine de cette intoxication.

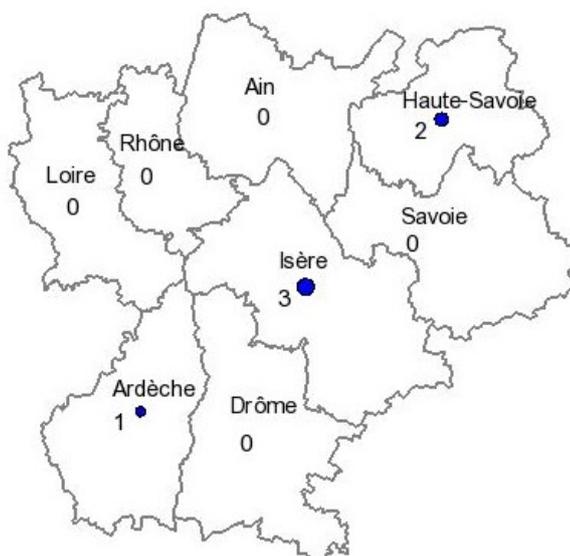
Le dispositif régional de surveillance en Rhône-Alpes prévoit que toute personne ayant connaissance d'une intoxication au CO suspectée ou avérée la signale dans les meilleurs délais aux Délégations Départementales (DD) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou aux Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS). Des prêt-à-faxer sont disponibles sur le site de l'ARS.

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone, personnes exposées et personnes transportées vers un service d'urgences du 1^{er} septembre 2012 au 20 octobre 2013



Répartition par département et par lieu des épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone pour la période de chauffe 2013-2014 (du 1^{er} octobre 2013 au 20 octobre 2013)

Lieu d'intoxication	Nombre d'épisodes
Habitat individuel	4
ERP	1
Milieu professionnel	0
Inconnu	1
Total	6



Pour en savoir plus sur le monoxyde de carbone :

- <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Monoxyde-de-carbone.105554.0.html>
- <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Intoxications-au-monoxyde-de-carbone>

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz inodore, incolore et non irritant, produit par la combustion incomplète de matière carbonée, le plus souvent lors d'un manque d'aération associé au dysfonctionnement d'un appareil de chauffage, de production d'eau chaude ou à l'utilisation inadaptée de moteurs thermiques. L'inhalation et le passage dans le sang du CO bloquent le transport d'oxygène vers les tissus.

Depuis 2005, le dispositif national de surveillance des intoxications au CO, coordonné par l'InVS, a été renforcé. La surveillance des intoxications au CO s'intéresse aux intoxications accidentelles survenues dans l'habitat, dans un établissement recevant du public (ERP), sur le lieu de travail ou dans un véhicule en mouvement ainsi qu'aux intoxications volontaires (tentatives de suicide).

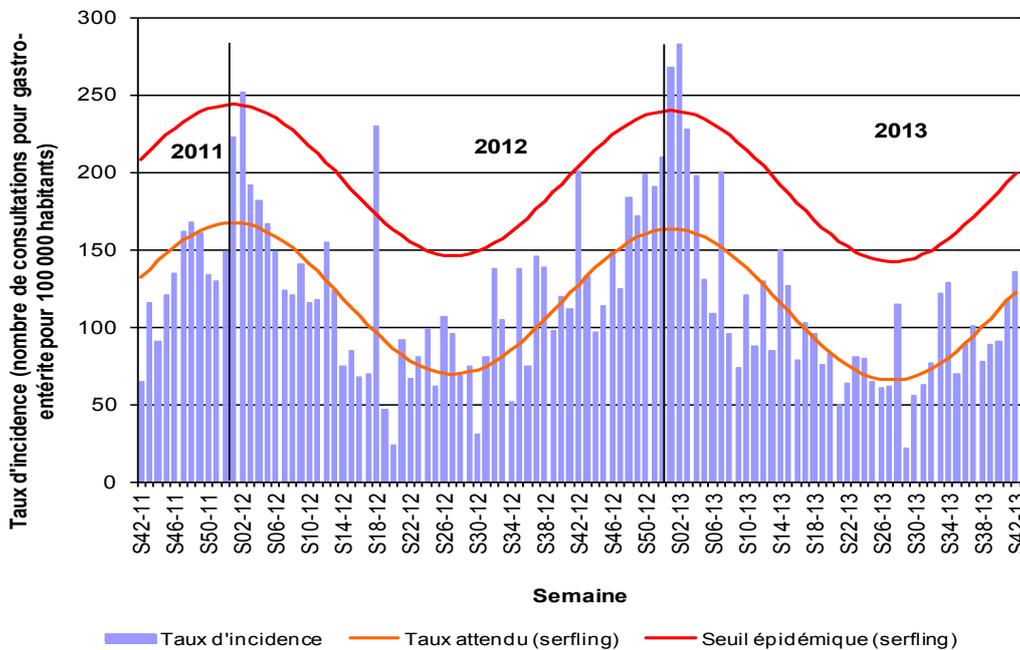
Ce dispositif repose sur une organisation régionale. La réception du signalement et les enquêtes environnementales sont assurées par les services environnement-santé des Délégations Départementales de l'ARS ou par les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS). L'enquête médicale est réalisée par le CTV de Grenoble.

Les données ainsi recueillies servent à la fois à la gestion du risque (supprimer les risques d'intoxication et éviter ainsi les récidives) et à la surveillance épidémiologique visant à guider les actions de santé publique et à en évaluer l'impact dans le temps et l'espace.

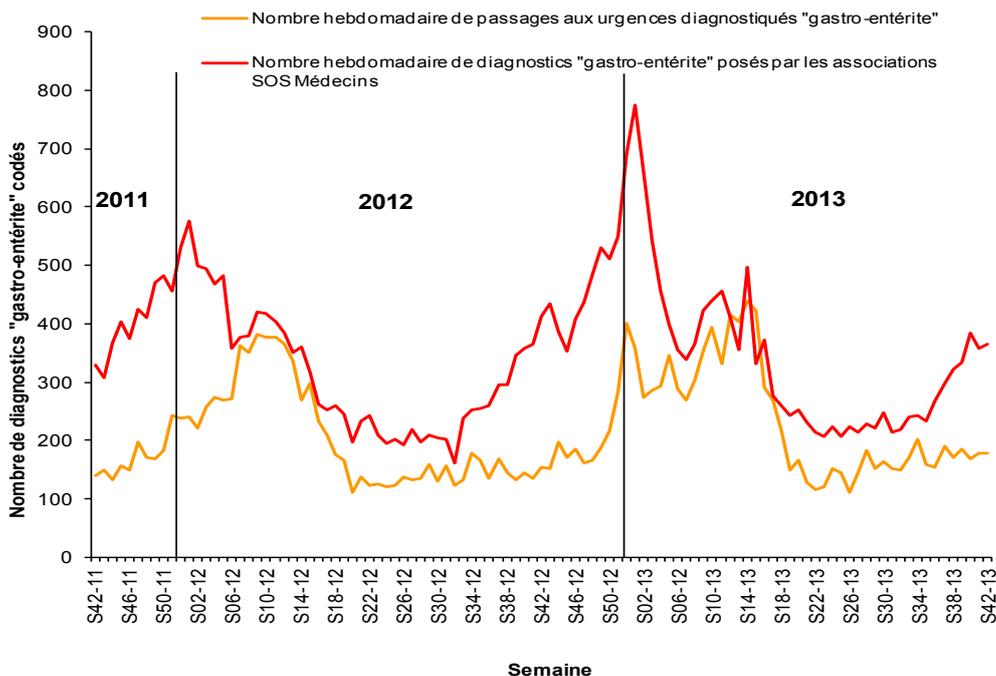
Ce dispositif repose sur la déclaration des intoxications par les partenaires que sont principalement les SDIS (Service Départementaux d'Incendie et de Secours), les services d'urgences des hôpitaux et le service de médecine hyperbare de Lyon.

Incidence des consultations pour diarrhée aiguë en Rhône-Alpes estimée par le réseau Sentinelles du 17/10/2011 au 20/10/2013

	semaine			
	S39	S40	S41	S42
Nombre estimé de consultations	5 629	5 781	7 442	8 604
Taux pour 100 000 habitants	89	91	118	136



Passages aux urgences pour gastro-entérite dans 34 services d'urgences¹ de Rhône-Alpes et diagnostics de gastro-entérite posés par les associations SOS Médecins² de Grenoble, Saint Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy du 17/10/2011 au 20/10/2013



Au cours des dernières semaines, on observe une augmentation régulière du nombre de consultations pour gastro-entérite en médecine de ville et à SOS Médecins. Sur cette même période, le nombre de passages pour gastro-entérite aux urgences est stable.

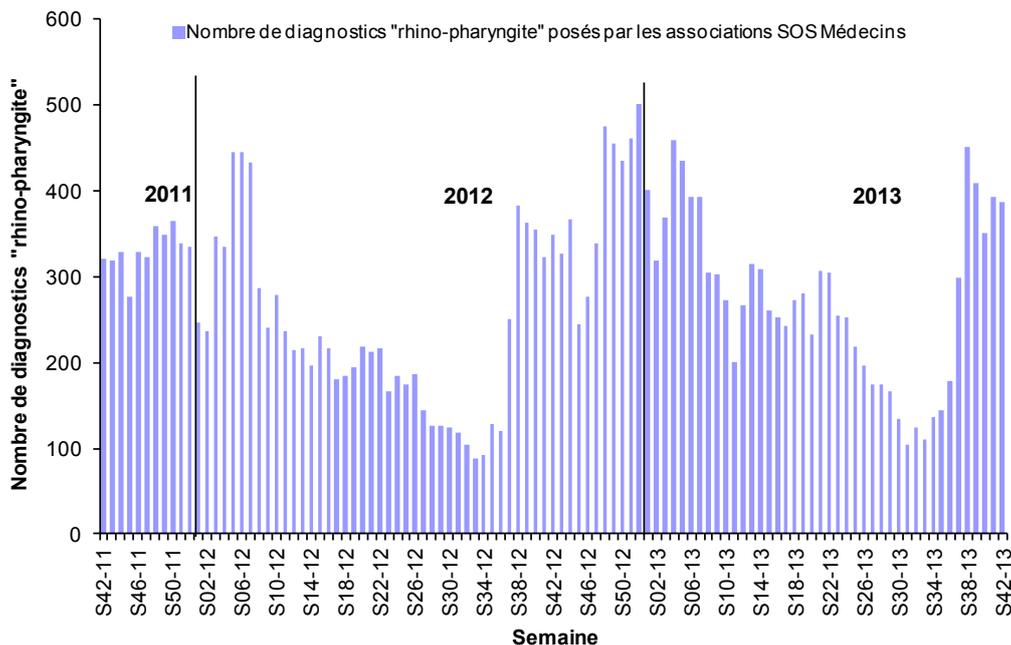
Les diarrhées aiguës surveillées par les médecins Sentinelles et vues en consultation, sont définies ainsi :
au moins 3 selles liquides ou molles par jour datant de moins de 14 jours, et motivant la consultation.

¹ Actuellement, 59 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 59 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.

| Rhinopharyngites (source : SOS Médecins) |

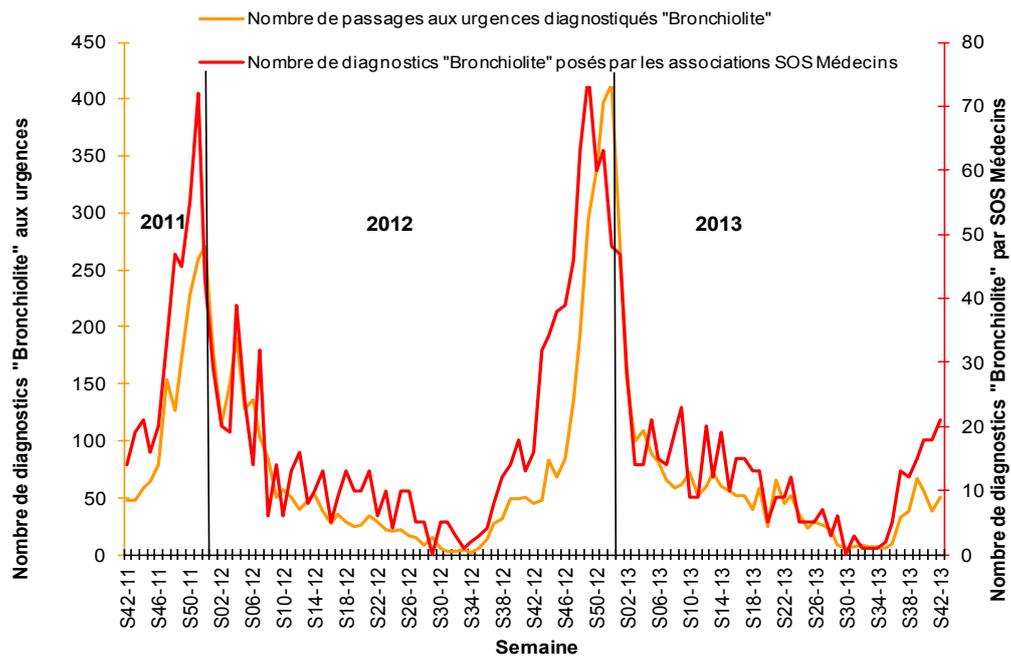
Diagnosics de rhinopharyngite posés par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes du 17/10/2011 au 20/10/2013



Le nombre de rhinopharyngites diagnostiquées par les associations SOS Médecins reste stable en semaines 40, 41 et 42 (du 30 septembre au 20 octobre).

| Bronchiolites (source : SurSaUD®) |

Passages aux urgences pour bronchiolite dans 34 services d'urgences de Rhône-Alpes² et diagnostics de bronchiolite posés par les associations SOS Médecins¹ de Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy du 17/10/2011 au 20/10/2013



Les nombres de passages aux urgences et de consultations à SOS Médecins pour bronchiolite augmentent depuis la semaine 37 (début septembre).

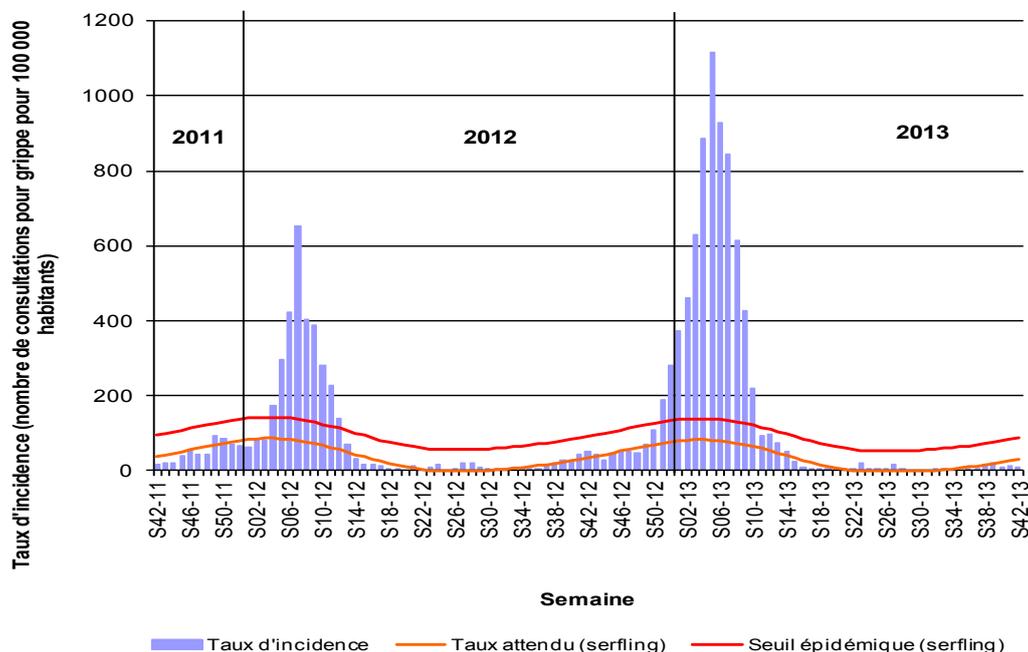
¹ En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

² Actuellement, 59 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 59 services, 13 ne codent pas ou peu les diagnostics. Les analyses portent sur 34 services qui transmettent leurs données correctement et qui couvrent l'ensemble de la période d'étude.

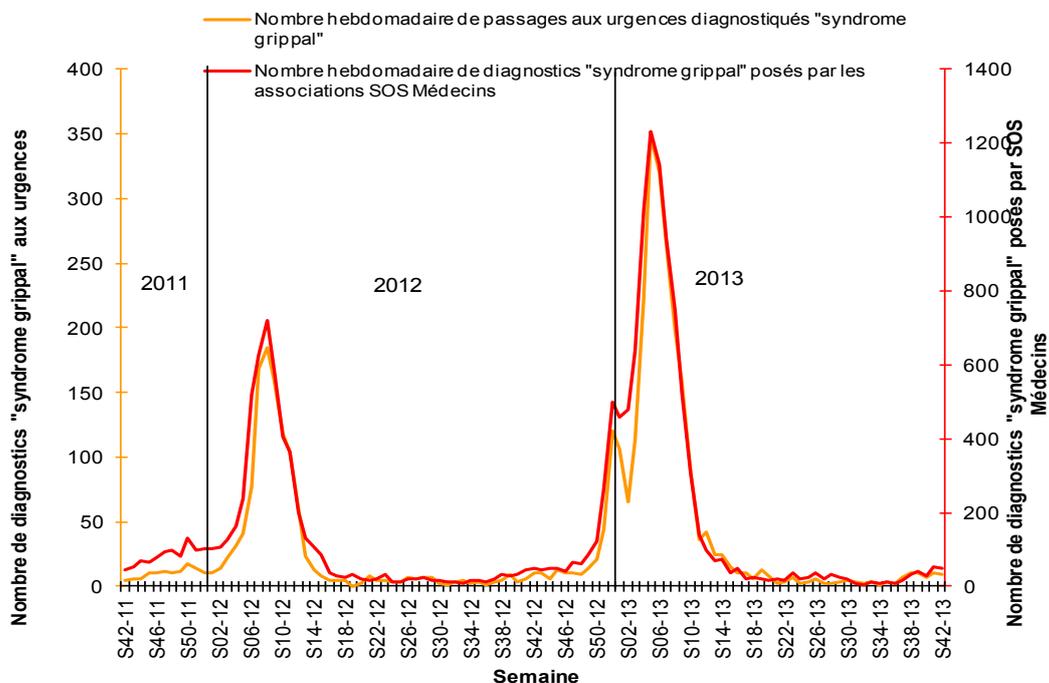
| Syndromes grippaux (sources : réseau Sentinelles, SurSaUD®) |

Incidence des consultations pour syndrome grippal en Rhône-Alpes estimée par le réseau Sentinelles du 17/10/2011 au 20/10/2013

	semaine			
	S39	S40	S41	S42
Nombre estimé de consultations	1 360	625	818	520
Taux pour 100 000 habitants	21	10	13	8



Passages aux urgences pour syndrome grippal dans 34 services d'urgences¹ de Rhône-Alpes et diagnostics de syndrome grippal posés par les associations SOS Médecins² de Grenoble, Saint Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy du 17/10/2011 au 20/10/2013



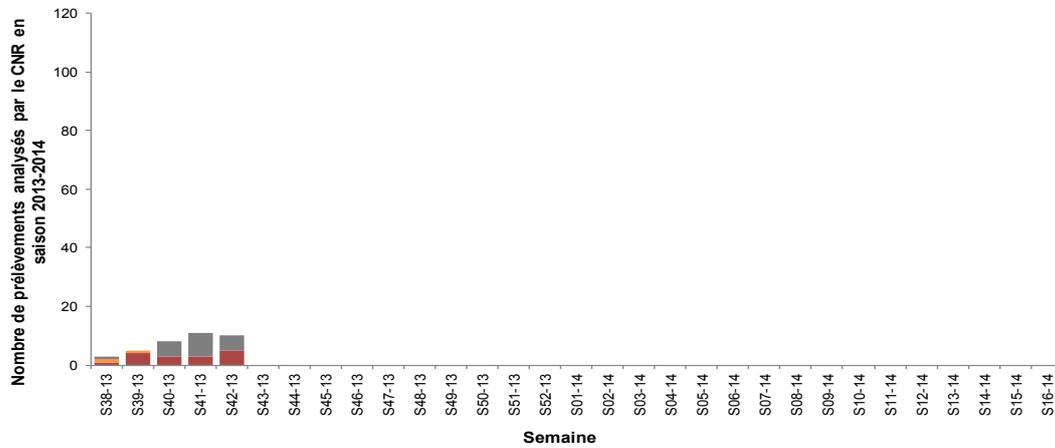
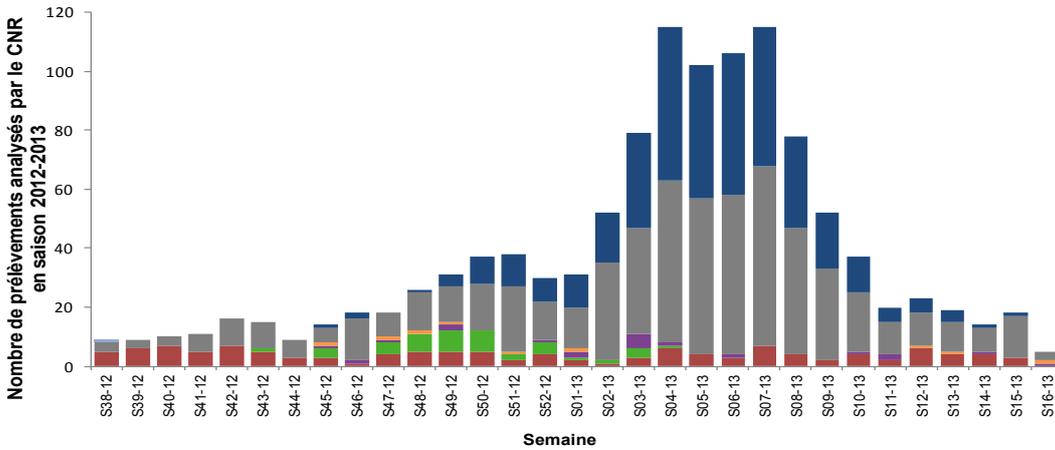
Les nombres de consultations en médecine de ville et à SOS Médecins, ainsi que le nombre de passages aux urgences pour syndromes grippaux restent faibles au cours des dernières semaines.

Les syndromes grippaux surveillés par les médecins Sentinelles et vus en consultation, sont définis ainsi :
fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires.

¹ Actuellement, 59 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 59 services, 13 ne codent pas ou peu les diagnostics. Les analyses portent sur 34 services qui transmettent leurs données correctement et qui couvrent l'ensemble de la période d'étude.

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.

Distribution hebdomadaire des résultats des analyses de prélèvements ambulatoires effectués par le CNR en Rhône-Alpes sur les saisons 2012-2013 et 2013-2014 (fin septembre à mi-avril)



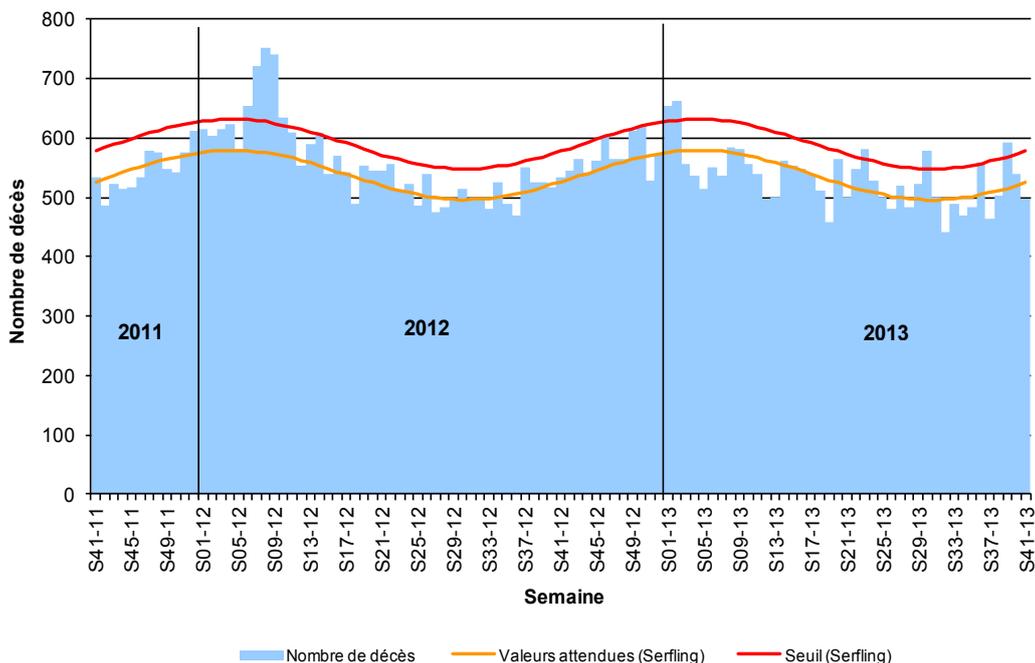
- Rhinovirus
- Picornavirus
- VRS
- Métapneumovirus
- ADV
- Négatifs
- Toutes grippes confondues
- V. Parainfluenza

Depuis plusieurs semaines, les Picornavirus circulent dans la région. Les autres virus respiratoires restent sporadiques.

La surveillance virologique en population générale s'appuie sur un partenariat entre les médecins participant au réseau des Groupes régionaux d'observation de la grippe (GROG), les laboratoires partenaires et le Centre national de référence (CNR) du virus influenza de la région sud (Hospices civils de Lyon). Au cours de la saison hivernale 2011-2012, 39 médecins généralistes et 22 pédiatres du réseau GROG en région Rhône-Alpes participaient à la surveillance des infections respiratoires aiguës. En période épidémique, ces médecins prélèvent, au sein d'une classe d'âge qui leur est préalablement attribuée, le premier patient de la semaine qui présente une infection respiratoire aiguë depuis moins de 48 heures et accepte la réalisation d'un prélèvement.

**| Indicateurs non spécifiques
(sources : services d'Etat-Civil, SOS Médecins, serveur « Oural ») |**

Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 65 communes informatisées en Rhône-Alpes du 10/10/2011 au 13/10/2013
(attention : la semaine du 14 au 20 octobre est manquante car incomplète).

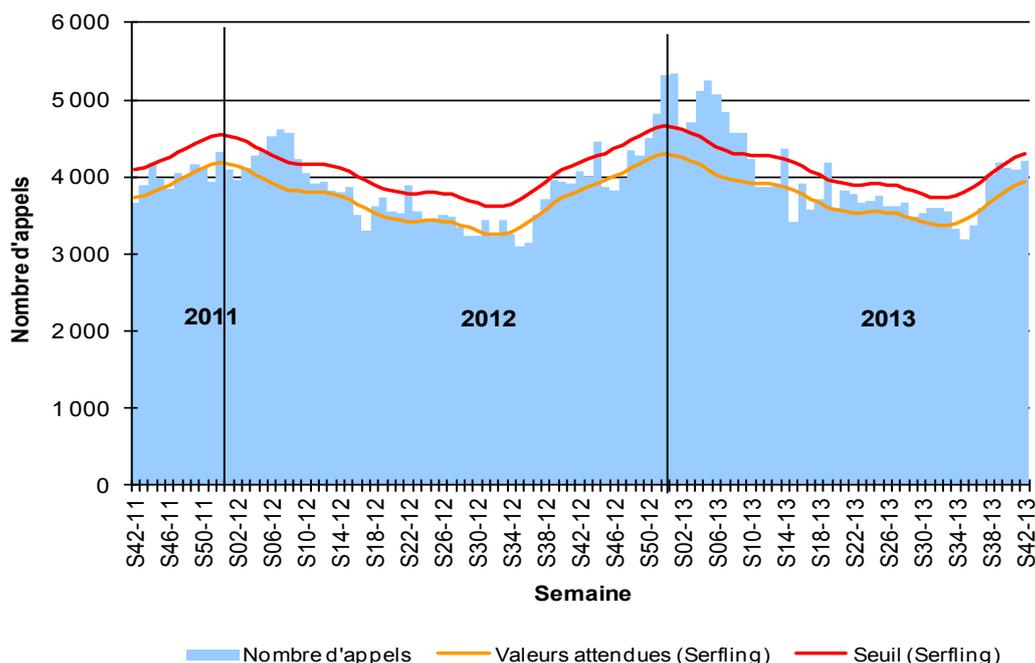


Après avoir dépassé le seuil d'alerte en semaine 39 (du 23 au 29 septembre), le nombre de décès enregistrés dans la région est redescendu sous ce seuil en semaines 40 et 41 (du 30 septembre au 13 octobre).

Les données des services d'état civil ne nous permettent pas de connaître les causes de ces décès. Seul le développement de la certification électronique des décès permettra une analyse en temps réel des causes médicales de décès.

La certification électronique est rendue possible grâce à l'application développée par l'Inserm : <https://sic.certdc.inserm.fr/login.php>

Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes, du 17/10/2011 au 20/10/2013



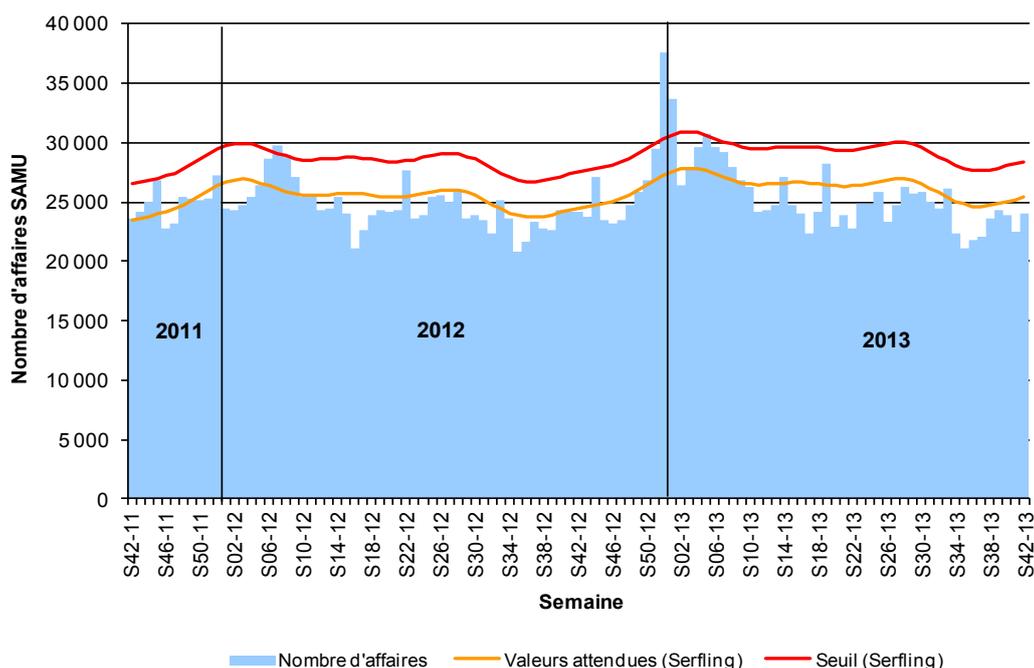
L'activité des associations de SOS Médecins reste toujours supérieure aux valeurs attendues mais en dessous du seuil d'alerte ces trois dernières semaines (du 30 septembre au 20 octobre).

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.

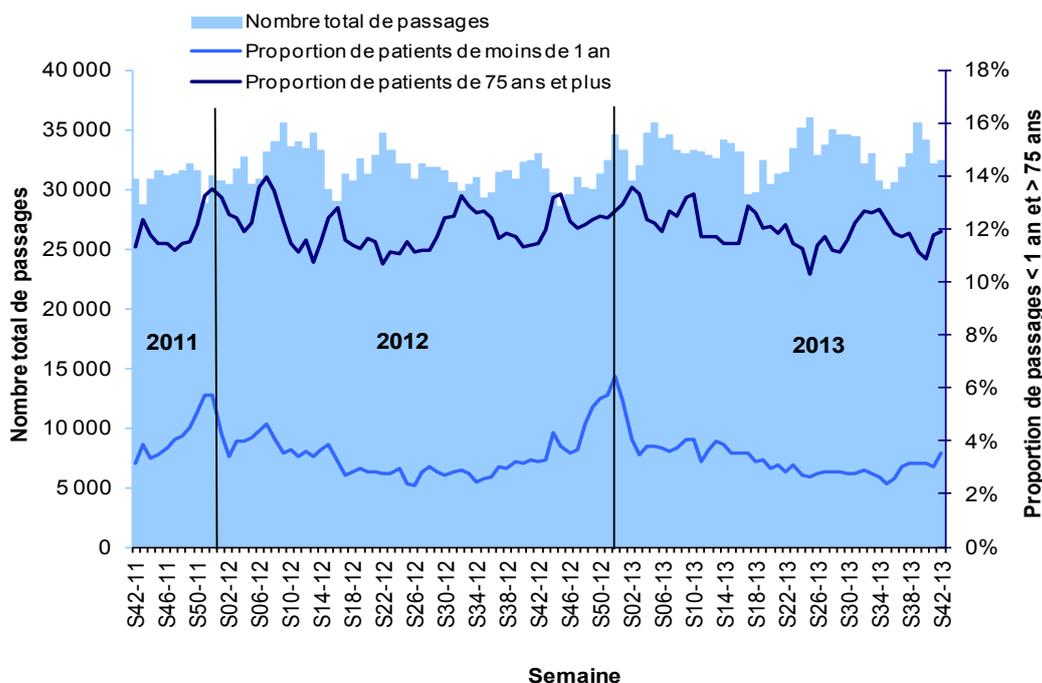
¹ En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 17/10/2011 au 20/10/2013



L'activité des SAMU de la région reste stable, en-dessous des valeurs attendues ces 3 dernières semaines (du 30 septembre au 20 octobre).

Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 17/10/2011 au 20/10/2013



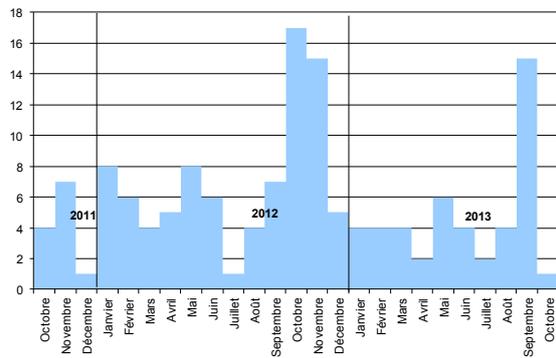
L'activité des services d'urgences diminue en semaines 41 et 42 (du 7 au 20 octobre). Cependant, la proportion de patients de 75 ans ou plus augmente au cours de ces 2 mêmes semaines 41 et 42.

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

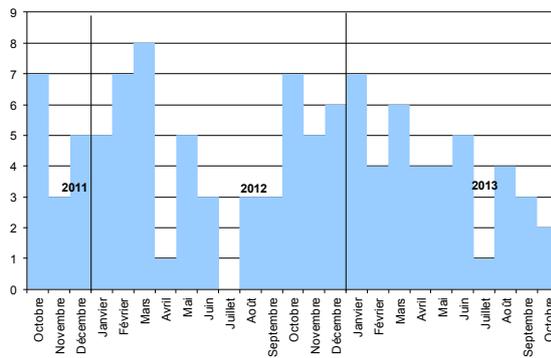
Maladies à Déclaration Obligatoire (source : déclarations obligatoires reçues par l'InVS)

Nombre de déclarations par mois de survenue du 01/10/2011 au 22/10/2013 en Rhône-Alpes

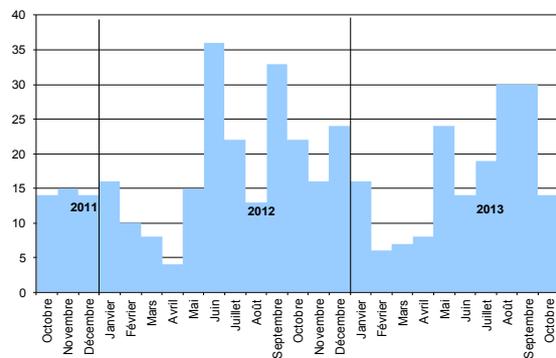
Hépatite A



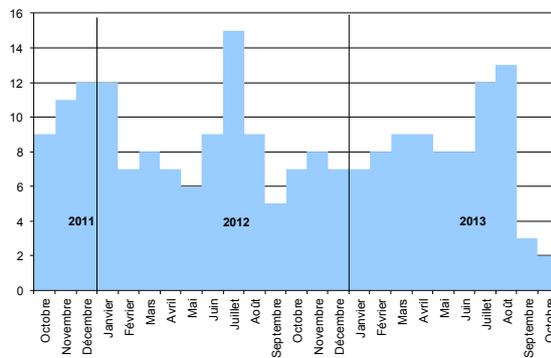
Infection invasive à méningocoque



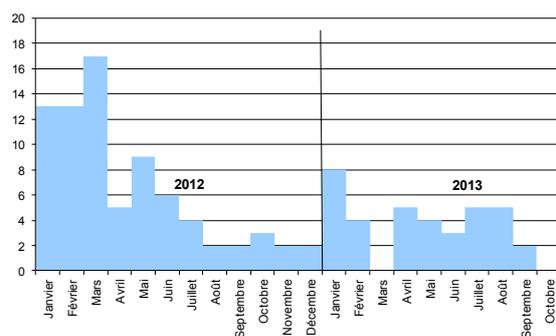
Légionellose



Toxi-Infection Alimentaire Collective



Nombre de déclarations de cas de rougeole par mois de survenue du 01/01/2012 au 22/10/2013



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.

Les données du mois d'octobre seront complétées ultérieurement.

On observe pour le mois de septembre une augmentation importante du nombre de cas d'hépatite A aigüe. Ce phénomène ne semble pas se poursuivre en octobre mais reste à surveiller.

Pour en savoir plus sur les Maladies à Déclaration Obligatoire :
- site de [l'InVS](http://invs.sante.fr)

Comment déclarer les Maladies à Déclaration Obligatoire :
- [fiches de notification](#)
- signaler à [l'ARS Rhône-Alpes](#)

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.

Directrice de la publication :

Dr Françoise WEBER,
directrice générale de l'InVS

Comité de rédaction :
Equipe de la Cire Rhône-Alpes

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