

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2013/17 du 27 juin 2013

[Page 2-3](#) | Virus respiratoires émergents |

[Page 4-5](#) | Surveillance de la dengue et du chikungunya |

[Page 6](#) | Rhinopharyngites | Méningites virales |

[Page 7-8](#) | Indicateurs non spécifiques |

[Page 9](#) | Maladies à Déclaration Obligatoire |

| Situation en Rhône-Alpes |

• Dengue

Depuis le début de la période de surveillance renforcée dans quatre de nos départements, **11 cas importés** ont été **confirmés par le CNR**. Les enquêtes entomologiques menées n'ont pas identifié de population de moustique *Aedes albopictus* à proximité du domicile des cas. En conséquence, aucun traitement n'a été nécessaire.

| Actualités |

• Allergies

Le RNSA annonce, depuis plusieurs semaines, un **risque allergique élevé** dans la région, notamment pour les pollens de **graminées**. Il est recommandé aux personnes sensibles de rester vigilantes. Pour suivre l'évolution du risque allergique, consulter le site du [RNSA](#).

• Virus émergents → Page 2

Après discussion entre experts, la définition de cas d'infection à **nouveau coronavirus** (MERS-CoV) a été mise à jour. La durée d'incubation est allongée à **14 jours**.

• Varicelle

En Rhône-Alpes, en semaine 24 et 25 (du 10 au 23 juin), l'activité est notée **forte**, bien qu'une diminution du nombre de cas soit observée cette dernière semaine. Les chiffres rapportés étaient respectivement de 110 et 70 cas pour 100 000 habitants. Pour suivre la situation épidémiologique, consulter le site du [Réseau Sentinelles](#).

• 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. La bactérie est présente dans le tube digestif des ruminants. 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 les familles ou dans les collectivités d'enfants (crèches, écoles).

A l'occasion de la survenue récente dans notre région d'un cas sporadique chez un enfant de 3 ans et juste avant l'été, période de recrudescence du SHU, il est utile de rappeler les **principales recommandations alimentaires** permettant de prévenir le SHU chez l'enfant : cuire à cœur la viande de bœuf (et notamment les steaks hachés), ne pas donner aux enfants de moins de 3 ans des produits laitiers à base de lait cru (notamment des fromages à pâte molle), bien laver les légumes et les fruits consommés crus. Il est par ailleurs recommandé d'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. Enfin, un bon lavage des mains est essentiel pour 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](#)

| 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 (MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus))

La définition de cas d'infection à nouveau coronavirus (MERS-CoV) a été mise à jour le 19 juin 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.

Par ailleurs, dans le cadre de la détection des émergences, **tout regroupement de cas d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées, avec ou sans notion de voyage ou résidence en zone géographique à risque, doit être signalé et investigué, en particulier chez du personnel soignant.**

Au 25 juin 2013, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 70 cas d'infection au nouveau coronavirus (MERS-CoV) ont été rapportés dans le monde dont 39 sont décédés. La grande majorité des cas (57), a été identifiée dans la péninsule arabique. Depuis le début de cette surveillance en France, 208 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.

Le MERS-CoV, identifié en septembre 2012, est relativement proche du coronavirus humain du Sras de 2003, qui avait provoqué une épidémie mondiale. L'infection à MERS-CoV se manifeste, le plus souvent, par une fièvre et des signes respiratoires pouvant se compliquer par un syndrome de détresse respiratoire aiguë. A ce jour, le réservoir du virus, la période d'incubation et le mode de transmission ne sont pas strictement définis.

Au vu des analyses réalisées ces dernières semaines, les experts préconisent de réaliser en plus des prélèvements naso-pharyngés des prélèvements respiratoires profonds.

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

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

Aucun signalement récent.

Virus A(H5N1)

Au 18 juin 2013, le bilan est de 630 cas humains (dont 375 décès) 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.

Virus A(H7N9)

Au 30 mai 2013, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le bilan est de 132 cas (dont 37 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. En France, 5 cas possibles ont été identifiés mais tous les résultats biologiques se sont révélés négatifs.

Pour l'instant, aucun lien épidémiologique entre les cas n'a été démontré et il n'y a pas de preuve de transmission interhumaine.

Depuis la mi-avril, le nombre de cas semble décroître. Deux hypothèses peuvent expliquer ce phénomène : l'augmentation actuelle des températures dans l'est de la Chine et la mise en place des mesures de contrôle (fermeture des marchés).

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 différentes définitions de cas retenues pour la surveillance des cas de grippe A(H7N9), A(H5N1) et des cas d'infections respiratoires aiguës à MERS-CoV sont données dans le tableau récapitulatif ci-dessous. Est également consignée la liste des pays ou zones à risque. Les définitions ainsi que la liste des pays ou zones à risque actualisées régulièrement sont disponibles sur le site de l'[InVS](#).

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](#)
- MERS-CoV: [Avis du Haut conseil de la santé publique du 19 mars 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

Dengue

- Guyane : L'épidémie de dengue se poursuit sur l'ensemble du territoire guyanais. Les sérotypes DEN-1, DEN-2, DEN-3 et DEN-4 co-circulent avec une large prédominance du sérotype DEN-2. Depuis le début de l'épidémie (fin septembre 2012), 13 510 cas cliniquement évocateurs de dengue dont 4 570 cas biologiquement confirmés ont été rapportés.

Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 21 juin 2013](#)

- Saint-Barthélemy : Depuis le début d'épidémie (mars 2013), 290 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 129 cas biologiquement confirmés. Le sérotype DEN-4 prédomine.

Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 13 juin 2013](#)

- Saint-Martin : L'épidémie se poursuit. Sa dynamique est caractérisée par une très lente décroissance. Depuis janvier 2013 (début d'épidémie), 1 300 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés, dont 400 cas biologiquement confirmés. Le sérotype DEN-4 prédomine.

Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 13 juin 2013](#)

- Guadeloupe : L'ensemble des indicateurs épidémiologiques témoigne de l'intensification de la circulation virale au cours des cinq dernières semaines. Les sérotypes DEN-1 et DEN-4 co-circulent mais le DEN-1 reste prédominant. Depuis début mars 2013, 460 cas cliniquement évocateurs de dengue vus en cabinet de médecine générale de ville ont été recensés dont 96 cas de dengue biologiquement confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 21 juin 2013](#)

- La Réunion : La survenue de nouveaux cas sur la commune d'Etang Salé révèle la poursuite d'une circulation autochtone du virus de la dengue dans ce secteur de l'île. Par ailleurs, la densité de moustiques est toujours favorable à une persistance d'une circulation virale et/ou à l'installation de nouvelles chaînes de transmission.

Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Océan Indien du 20 juin 2013](#)

- Nouvelle Calédonie : Depuis le début de l'épidémie (septembre 2012), 10 792 cas ont été recensés à ce jour. 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 24 juin, 26 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 grande que la population calédonienne n'est pas immunisée.

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Rhône-Alpes du 01/05/2013 au 27/06/2013

Dengue

Dép	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés	Cas confirmés autochtones	En attente de confirmation	Investigations entomo		Cas infirmés
					Prospection*	Traitement LAV	
Ardèche	3	2	0	1	1	0	0
Drôme	1	0	0	0	0	0	1
Isère	6	3	0	2	4	0	1
Rhône	10	6	0	2	7	0	2
Total	20	11	0	5	12	0	4

* 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.

A ce jour, 11 cas ont été confirmés par le CNR, 5 autres sont en cours d'analyse et 4 cas ont été infirmés.

Les 16 cas suspects importés (confirmés ou en attente de confirmation) avaient voyagé en Thaïlande (4), en Nouvelle-Calédonie (3), en Guyane (2), au Brésil (2), en Indonésie (1), en Guadeloupe (1), en République Dominicaine (1) et au Mexique (1). Un cas reste en cours d'investigation.

Chikungunya

A ce jour, aucun cas suspect importé de chikungunya n'a été signalé dans la région.

EIRAD (Entente Interdépartementale Rhône-Alpes pour la Démoustication)

Ses missions :

- Surveillance et investigations entomologiques
- Démoustication

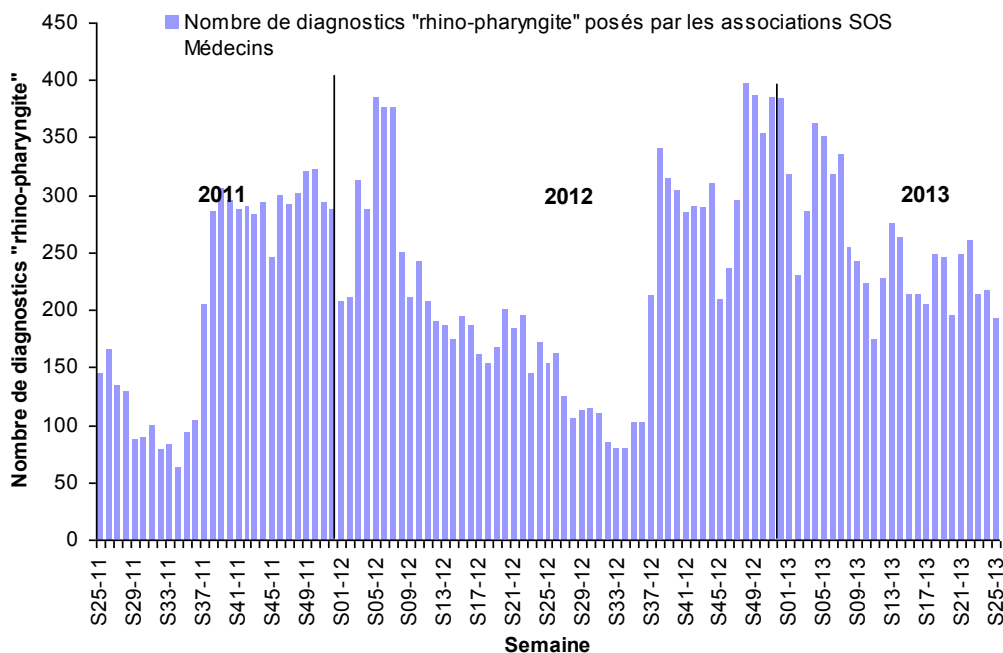
CNR Arboviroses IRBA Marseille

Ses missions :

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

| Rhinopharyngites (source : SOS Médecins) |

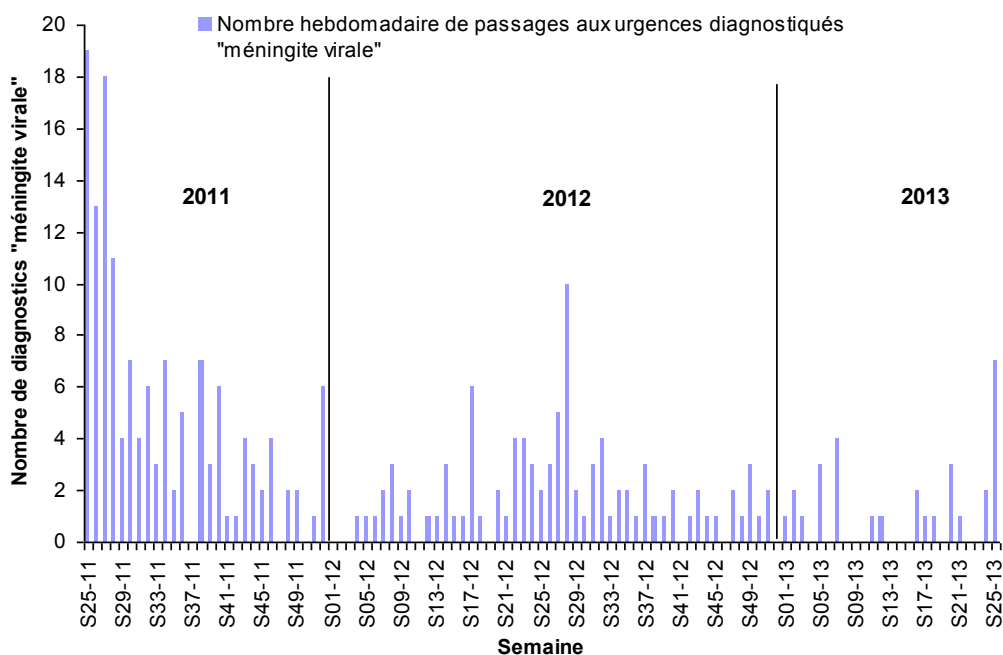
Diagnostiques de rhinopharyngite posés par les associations SOS Médecins² de Grenoble, Saint Etienne, Lyon et Annecy du 20/06/2011 au 23/06/2013



L'activité SOS Médecins pour rhino-pharyngite reste à un niveau modéré ces dernières semaines.

| Méningites (source : réseau OSCOUR®) |

Passages aux urgences pour méningites virales dans 39 services d'urgences¹ de Rhône-Alpes du 20/06/2011 au 23/06/2013



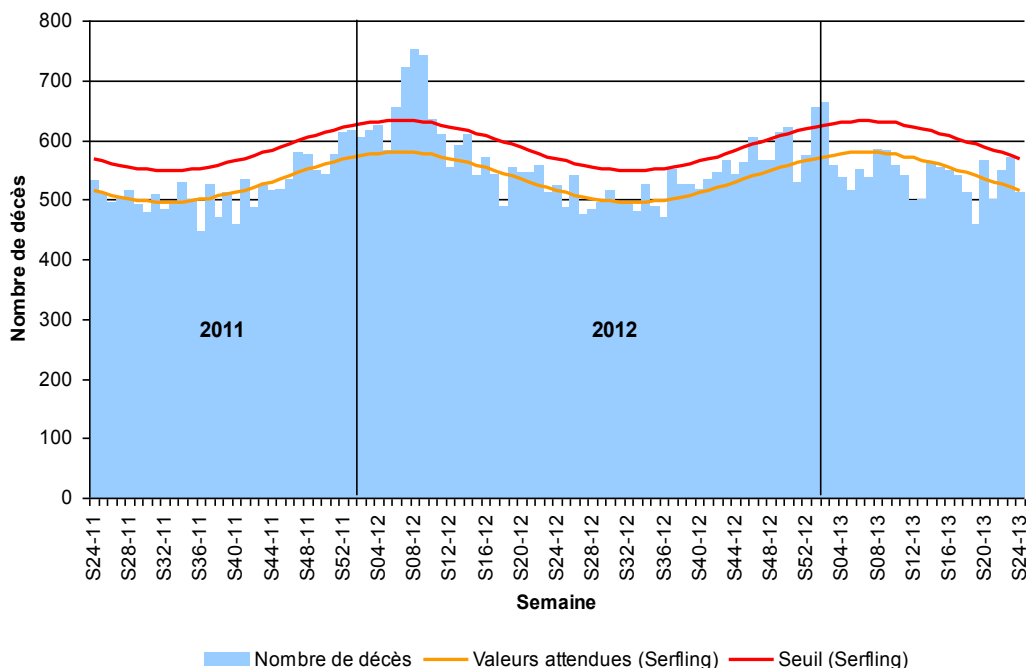
Depuis début juin, le nombre de passages aux urgences pour méningite virale augmente en Rhône-Alpes comme au niveau national. Pour rappel, en 2011, une épidémie relativement importante a été observée. Nous poursuivrons cette surveillance dans les semaines à venir.

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.

¹ Actuellement, 57 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 57 services, 13 ne codent pas ou peu les diagnostics. Les analyses portent sur 39 services qui transmettent leurs données correctement et qui couvrent l'ensemble de la période d'étude.

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

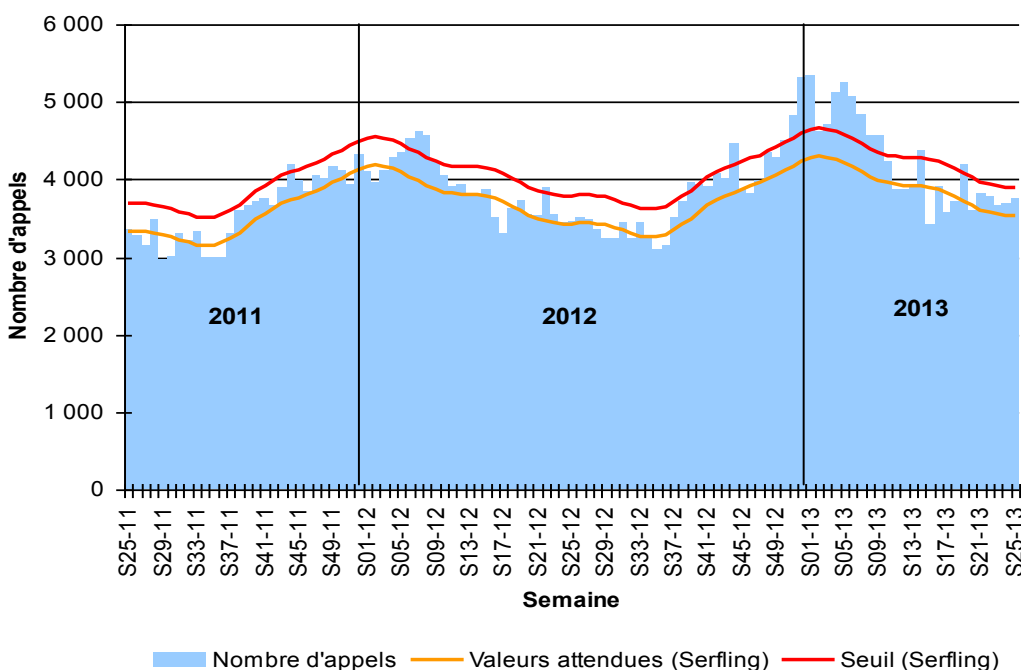
Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 65 communes informatisées en Rhône-Alpes du 13/06/2011 au 16/06/2013
(attention : la semaine du 17 au 23 juin est manquante car incomplète).



En semaine 23 (du 3 au 9 juin), le nombre de décès a atteint le seuil d'alerte. Cependant, les données des services d'état civil ne nous permettent pas de connaître les causes de ces décès. Grâce au développement de la certification électronique des décès, les causes médicales pourront être analysées.

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

Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes, du 20/06/2011 au 23/06/2013



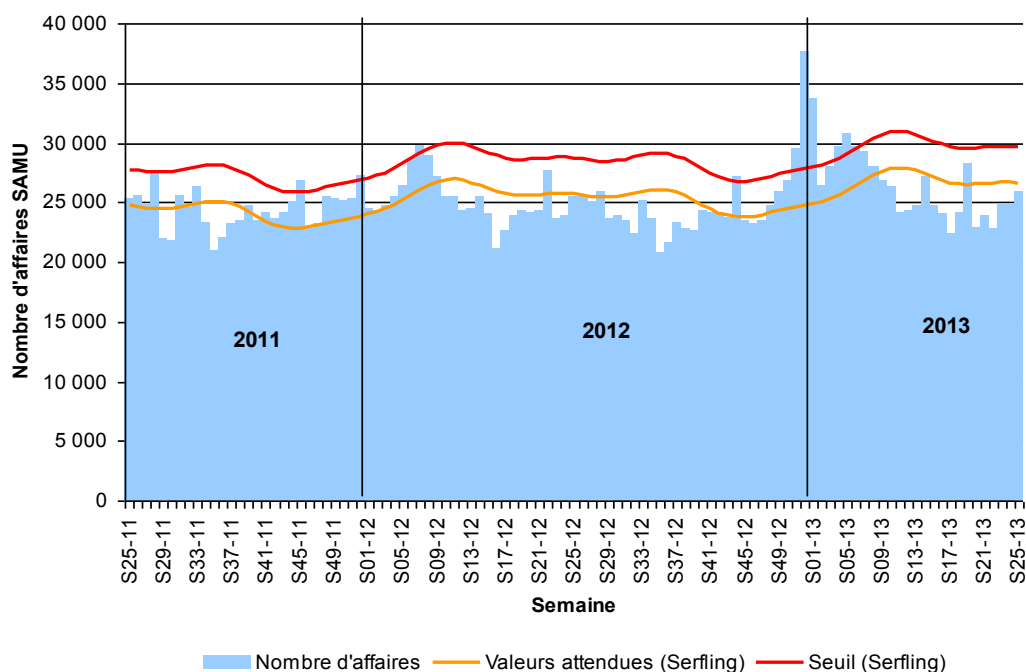
Le nombre d'appels observé ces dernières semaines reste inférieur au seuil d'alerte.

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.

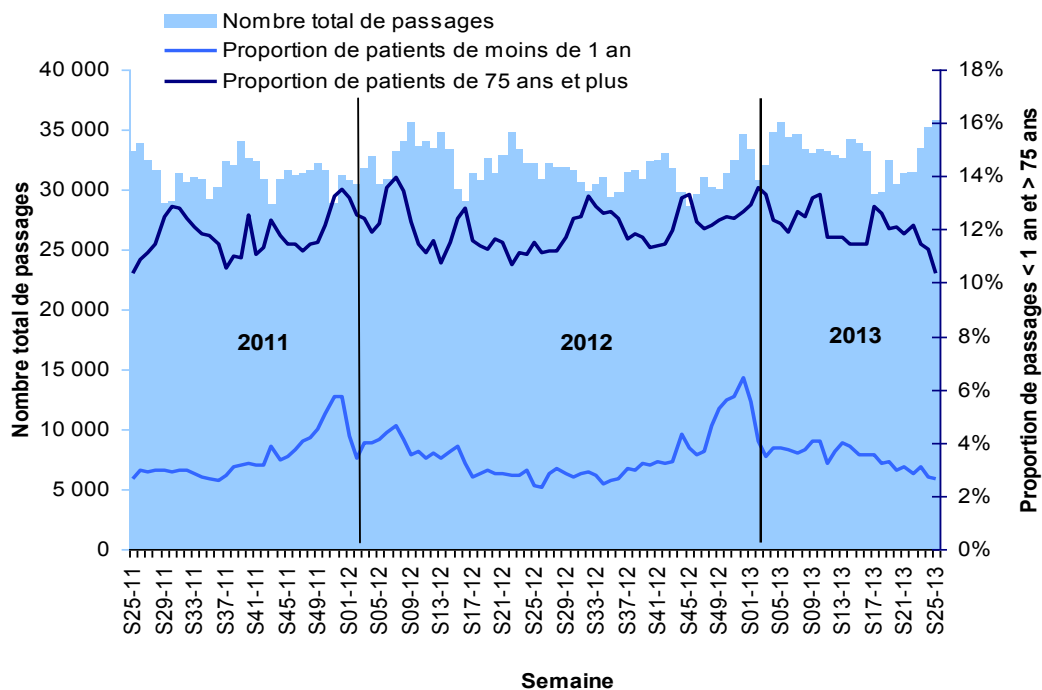
¹ En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 20/06/2011 au 23/06/2013



Le nombre d'affaires traitées par les SAMU de la région reste inférieur aux valeurs attendues ces dernières semaines.

Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 20/06/2011 au 23/06/2013



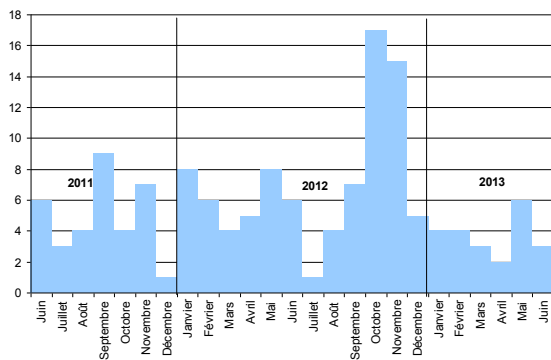
L'activité des services d'urgences est en hausse en semaine 24 et 25 (du 10 au 23 juin). La proportion du nombre de patients de 75 ans ou plus diminue tandis que la proportion de patients de moins de 1 an reste stable.

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

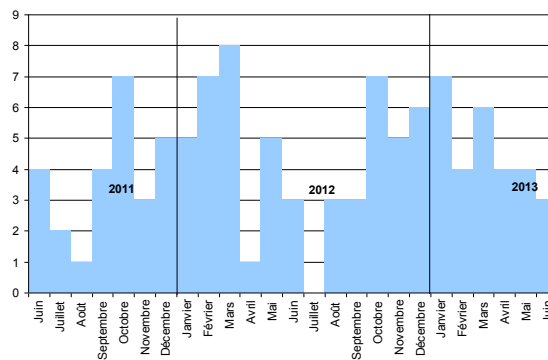
Maladies à Déclaration Obligatoire (source : déclarations obligatoires reçues par l'InVS)

Nombre de déclarations par mois de survenue du 01/06/2011 au 25/06/2013 en Rhône-Alpes

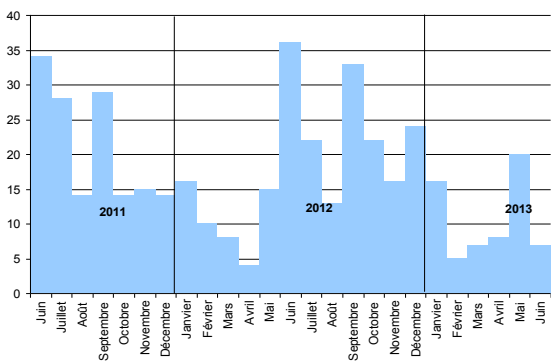
Hépatite A



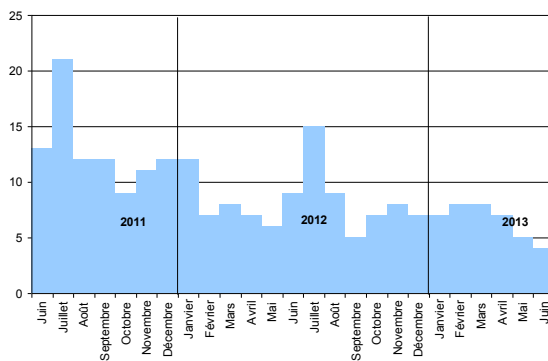
Infection invasive à méningocoque



Légionellose

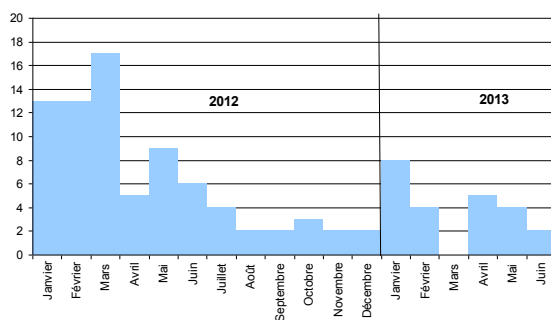


Toxi-Infection Alimentaire Collective



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 25/06/2013



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 de juin ne sont pas exhaustives et seront complétées ultérieurement.

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