

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2013/37 du 28 novembre 2013

Page 2	Retour d'investigation
Page 3	Intoxications au monoxyde de carbone
Page 4	Gastro-entérites
Page 5	Rhinopharyngites Bronchiolites
Page 6	Syndromes grippaux
Page 7	Surveillance des cas graves de grippe Surveillance des IRA en EHPAD
Page 8	Circulation virale
Pages 9-10	Surveillance de la dengue et du chikungunya
Page 11	Virus respiratoires émergents
Pages 12-13	Indicateurs non spécifiques
Page 14	Maladies à Déclaration Obligatoire

| Situation en Rhône-Alpes |

● Intoxications au monoxyde de carbone

Suite à l'épisode neigeux de la semaine 47 (entre le 18 et le 24 novembre), des coupures d'électricité ont été à l'origine d'un nombre **très élevé** d'intoxications au monoxyde de carbone. En effet, 17 épisodes d'intoxication ont été signalés lors de cette semaine, dont 60 % survenus en Isère. Quarante-cinq personnes ont été exposées dont 41 transférées dans un service d'urgence. En Isère, le phénomène a été exceptionnel par son ampleur avec 10 épisodes d'intoxication qui correspondent à 43 % des épisodes déclarés au cours de l'année 2012.

Le respect des bonnes pratiques, notamment pour l'utilisation des groupes électrogène est indispensable. ➡ page 3

[Communiqué de presse de l'ARS du 21 novembre 2013](#)

● Bronchiolite

Le nombre de bronchiolites recensé par les associations SOS Médecins de la région est en augmentation ces deux dernières semaines. ➡ page 5

| Actualités |

● Vaccination anti-grippale

La campagne de vaccination contre la grippe en France métropolitaine se déroule du 11 octobre 2013 au 31 janvier 2014. Conformément aux recommandations émises par l'OMS, les vaccins contre la grippe saisonnière sont trivalents et dirigés, pour la saison 2013-2014, contre deux souches de virus influenza A [A(H1N1) et A(H3N2)] et une souche de virus influenza B. En savoir plus : [Ministère des affaires sociales et de la santé](#)

● Pollution de l'air

Selon [Air Rhône-Alpes](#), les conditions météorologiques actuelles favorisent l'accumulation des poussières en suspension émises par les activités humaines, en particulier le chauffage et les transports, sur les zones urbanisées de la région. Un épisode de pollution est en cours avec une qualité de l'air médiocre sur la plupart des agglomérations surveillées, qui devrait peu évoluer dans les prochains jours.

| 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.

Cas groupés d'infections cutanées à *Staphylococcus aureus* producteur de PVL, Lyon, octobre 2013

Fin octobre 2013, la Cire Rhône-Alpes a été informée d'un signalement de plusieurs cas de staphylocoques cutanés au sein d'un groupe d'étudiants d'un IUT de Lyon. Une investigation a été rapidement mise en place avec l'interrogatoire des cas, à partir d'un questionnaire standardisé. Dès le signalement, un contact a été pris avec le CNR des staphylocoques (Lyon). En effet, ce dernier confirmait l'identification de deux prélèvements correspondant à ces deux étudiants. Ces souches de *Staphylococcus aureus* appartenaient à une même souche productrice de toxine PVL (Panton Valentine Leucocidine) sensible à la méticilline, et dont le profil toxinique révélait un lien de clonalité fort. Il s'agit de souches appartenant à un fond génétique rarement isolé au CNR; elles génèrent des formes cliniques de staphylocoques pouvant être très sévères.

L'investigation épidémiologique et bactériologique a permis d'identifier, au sein de ce groupe d'étudiants, 3 cas probables et 3 cas confirmés à *Staphylococcus aureus* appartenant à cette souche particulière, répartis sur une période d'un mois (fin septembre à fin octobre 2013).

Aucune source évidente de contamination, ni aucun cas index n'ont pu être rapportés. Seul, un rassemblement de ce groupe d'étudiants, dans un camping, pendant un week-end d'intégration, à une date antérieure à la survenue des premiers cas, a été reconnu comme ayant pu favoriser la transmission du germe. La recherche de pratique d'activités à risque, pouvant générer des micro-abrasions cutanées, a été réalisée mais n'a pas permis de conclure. Le rassemblement en lui-même, par la multiplicité d'activités de groupes, une certaine promiscuité et le partage de linge et de bungalows a contribué à favoriser la transmission croisée, à partir d'un cas index colonisé ou infecté inconnu.

Afin de contrôler la situation, plusieurs actions combinées ont été coordonnées par l'ARS et la Cire et mises en œuvre en lien avec les différents partenaires (CNR des staphylocoques, service d'inféctiologie de l'Hôpital de la Croix-Rousse, service de médecine de l'Université et Infirmerie de l'IUT) : prise en charge médico-chirurgicale des cas recensés associée à une décontamination cutanée à distance, diffusion d'une information aux étudiants avec les recommandations relatives aux précautions d'hygiène prévenant la transmission du staphylocoque, mise en place d'un système de surveillance rétroactive et prospective, en lien avec la médecine universitaire.

Cette situation, qui correspond à un petit nombre de cas et qui concerne des adultes, n'a pas fait l'objet d'un dépistage, le bénéfice de cette stratégie ayant été considéré comme incertain dans ce contexte. Il a été préféré une surveillance active des nouveaux cas et des mesures d'hygiène renforcées, et une réévaluation de la réponse de santé publique en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique.

L'ensemble de ces mesures et la bonne coordination et la réactivité des partenaires sont sans doute des facteurs essentiels du contrôle de l'épidémie. A ce jour, aucun nouveau cas n'a été identifié depuis le 28 octobre 2013.

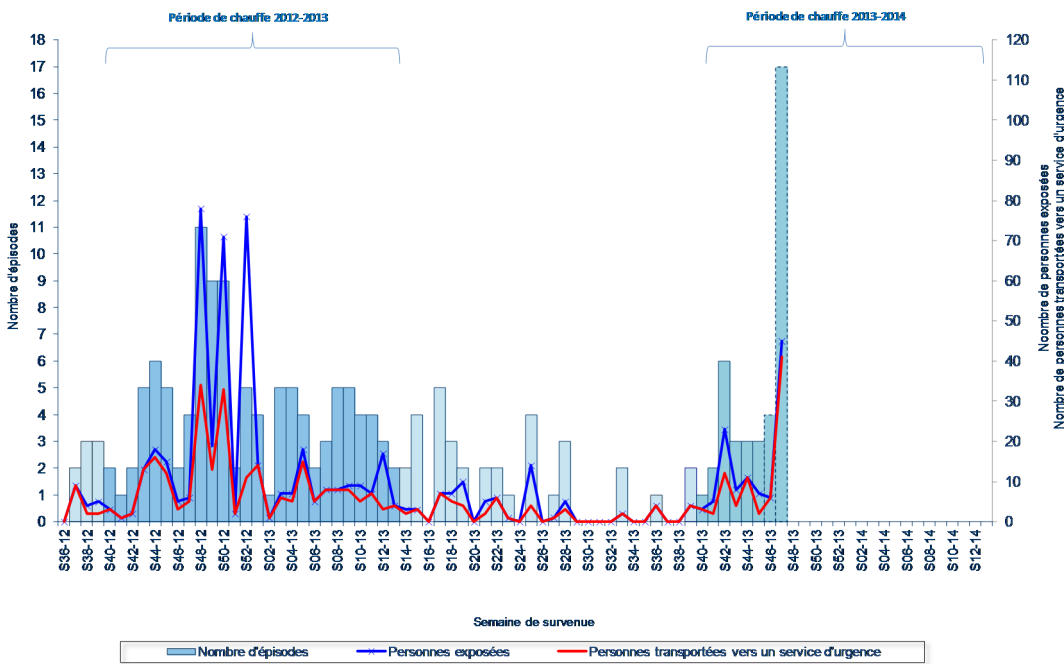
Les faits marquants au 28 novembre 2013

En Rhône-Alpes, depuis le 1^{er} octobre 2013, 38 épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone ont été signalés. Cent cinq personnes ont ainsi été exposées dont 67 transférées dans un service d'urgence hospitalière.

Dans la région, l'épisode neigeux du 20 novembre dernier a entraîné des coupures d'électricité, particulièrement en Isère. Au total, 14 épisodes ont intoxiqué 31 personnes. Dix épisodes ont eu pour cause un groupe électrogène utilisé en milieu clos. L'Isère a été le département le plus impacté avec 10 épisodes impliquant 26 personnes. Indépendamment de ce phénomène climatique, dans le Rhône, deux familles (huit personnes) ont été transportées aux urgences. Un dysfonctionnement au niveau de l'allumage de la chaudière à ventouse a provoqué une rupture de l'étanchéité.

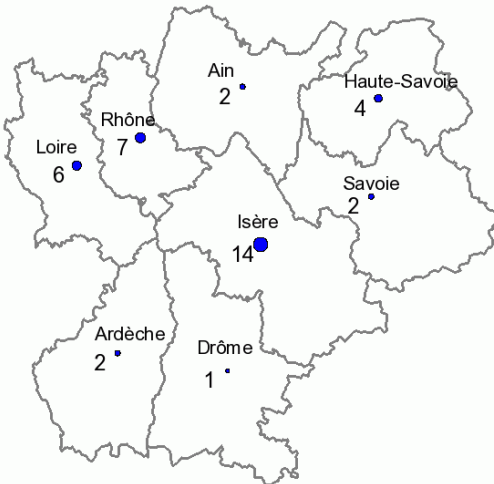
Le dispositif régional de surveillance en Rhône-Alpes prévoit que toute personne ayant connaissance d'une intoxication au CO suspectée ou avérée la signale dans les meilleurs délais aux Délégations Départementales (DD) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou aux Services Communaux d'Hygiène et de Santé (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 24 novembre 2013 (attention : les données des deux dernières semaines évoluent)



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 24 novembre 2013)

Lieu d'intoxication	Nombre d'épisodes
Habitat individuel	31
ERP	3
Milieu professionnel	4
Inconnu	0
Total	38



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.

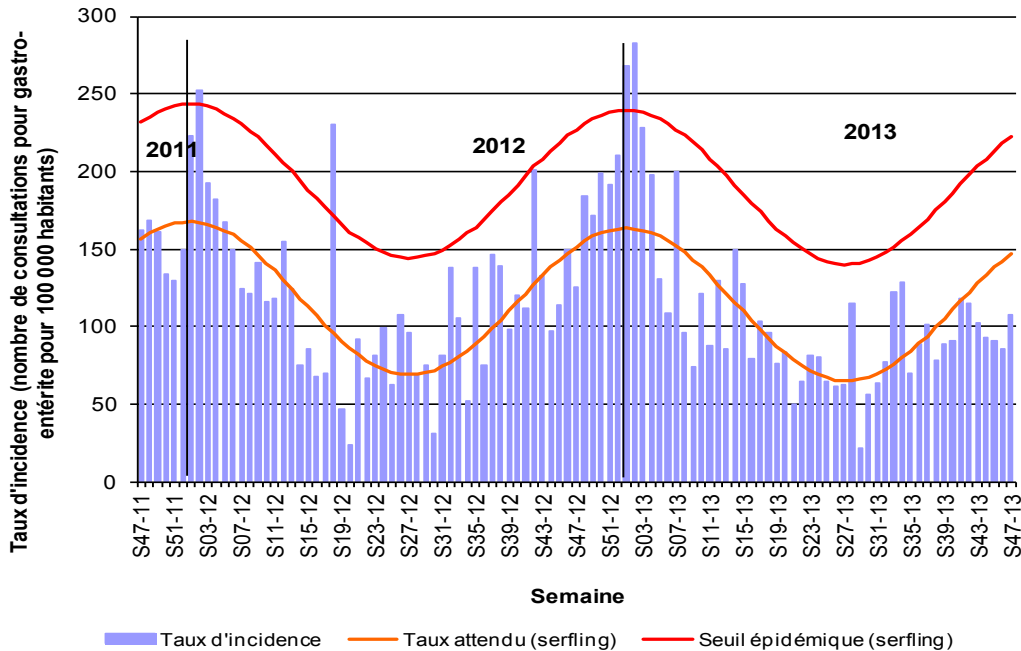
Ce dispositif repose sur la déclaration des intoxications par les partenaires que sont principalement les SDIS (Service Départementaux d'Incendie et de Secours), les services d'urgences des hôpitaux et le service de médecine hyperbare de Lyon.

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>

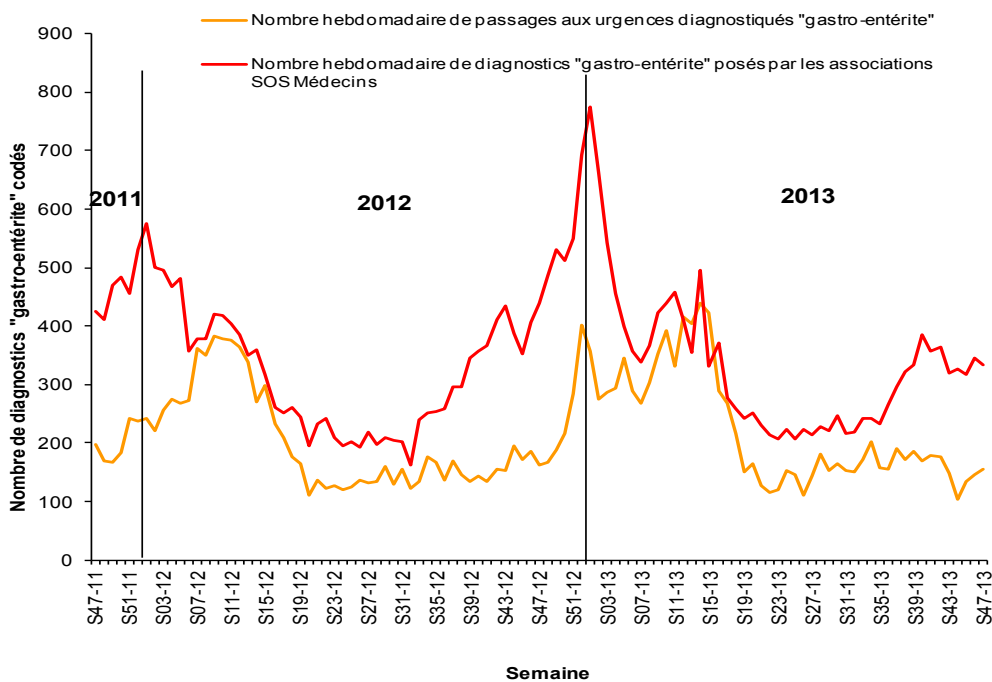
Incidence des consultations pour diarrhée aiguë en Rhône-Alpes estimée par le réseau Sentinelles du 21/11/2011 au 24/11/2013

	semaine			
	S44	S45	S46	S47
Nombre estimé de consultations	5 874	5 744	5 408	6 785
Taux pour 100 000 habitants	93	91	85	107



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.

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 21/11/2011 au 24/11/2013



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.

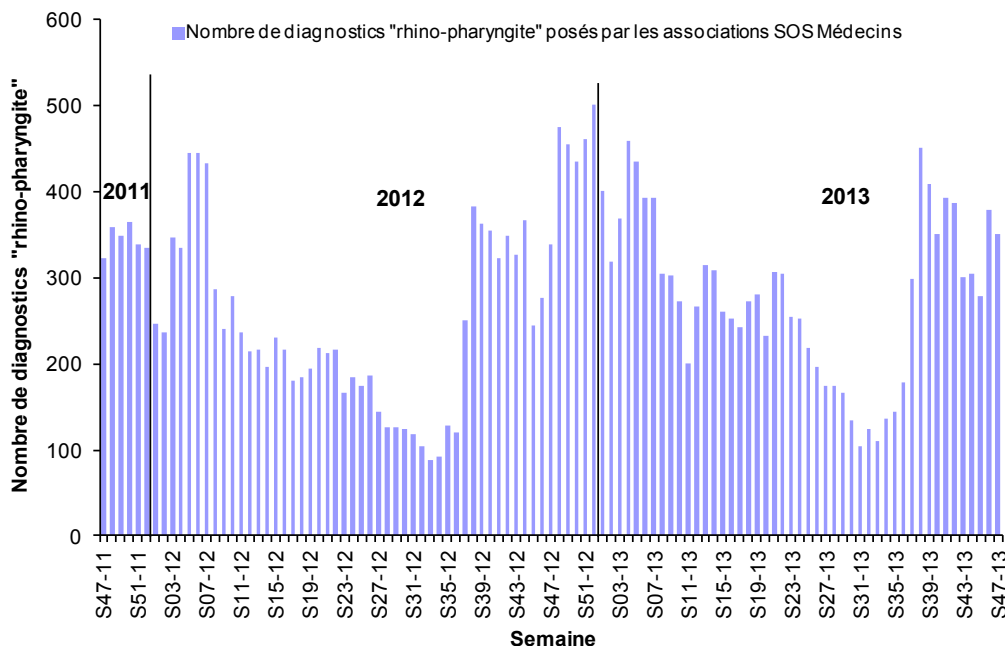
² En Rhône-Alpes, il existe 5 **associations SOS Médecins** situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

Au cours des deux dernières semaines, les différentes sources de données utilisées (Réseau Sentinelles, SOS Médecins et services d'urgences) montrent une activité liée aux gastro-entérites stable, et peu importante.

Attention, suite à un problème technique dans une association SOS Médecins, la semaine 47 (du 18 au 24 novembre) est incomplète.

| Rhinopharyngites (source : SOS Médecins) |

Diagnostiques de rhinopharyngite posés par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes du 21/11/2011 au 24/11/2013

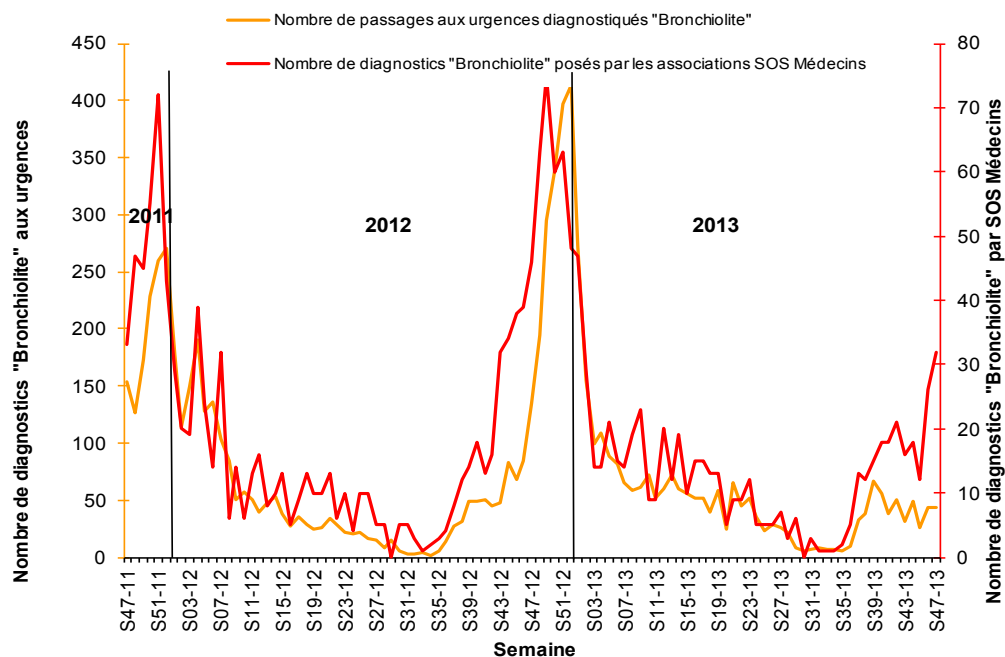


Le nombre de rhinopharyngites diagnostiquées par les associations SOS Médecins est de nouveau à la hausse en semaines 46 et 47 (du 11 novembre au 24 novembre) par rapport aux semaines précédentes.

Attention, suite à un problème technique dans une association SOS Médecins, la semaine 47 (du 18 au 24 novembre) est incomplète.

| 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 21/11/2011 au 24/11/2013



Le nombre de passages aux urgences pour bronchiolite est stable ces deux dernières semaines (du 11 au 24 novembre). En revanche, le nombre de consultations à SOS Médecins dont le diagnostic posé est bronchiolite, a **doublé** ces deux dernières semaines (du 11 au 24 novembre).

Attention, suite à un problème technique dans une association SOS Médecins, la semaine 47 (du 18 au 24 novembre) est incomplète.

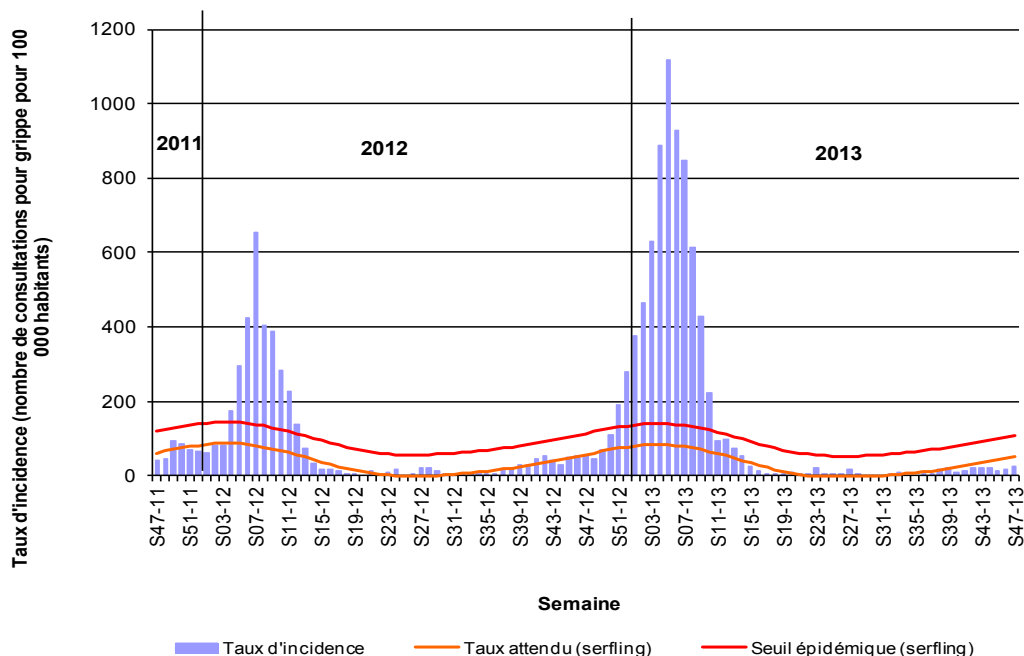
¹ En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

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.

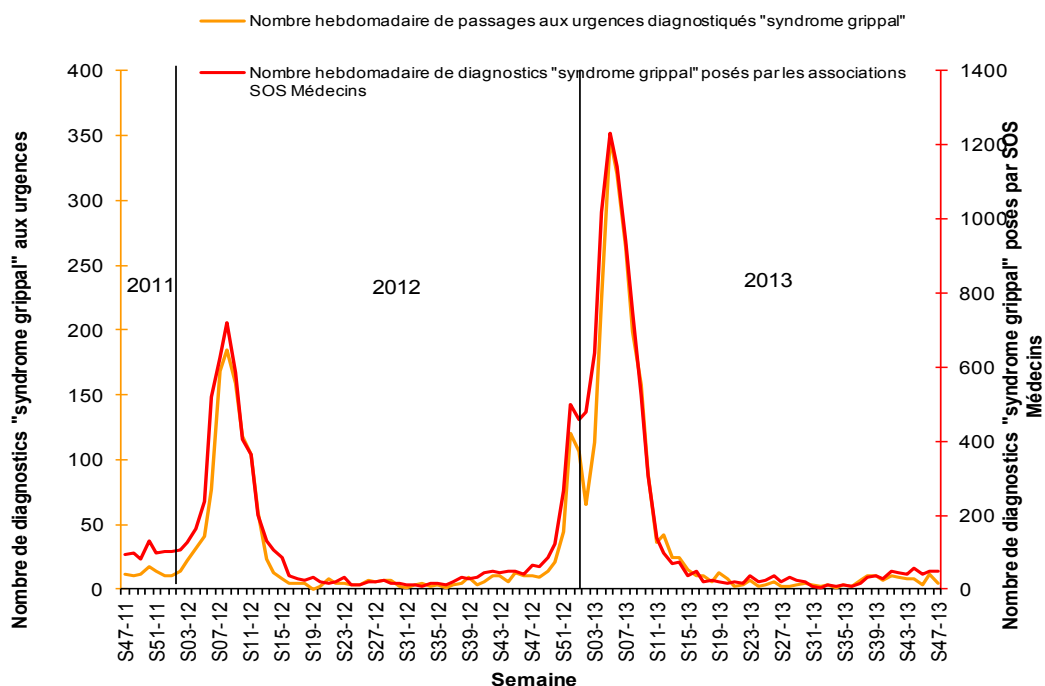
| Syndromes grippaux (sources : réseau Sentinelles, SurSaUD®) |

Incidence des consultations pour syndrome grippal en Rhône-Alpes estimée par le réseau Sentinelles du 21/11/2011 au 24/11/2013

	semaine			
	S44	S45	S46	S47
Nombre estimé de consultations	1 285	908	1 019	1 524
Taux pour 100 000 habitants	20	14	16	24



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 21/11/2011 au 24/11/2013



Peu de syndromes grippaux sont rapportés par les consultations en médecine de ville, celles des associations SOS Médecins ou par le nombre de passages aux urgences, au cours de ces deux dernières semaines.

Attention, suite à un problème technique dans une association SOS Médecins, la semaine 47 (du 18 au 24 novembre) est incomplète.

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.

| Surveillance des cas graves de grippe (source : déclarations reçues par la Cire) |

Rappel du dispositif

La surveillance exhaustive des cas graves de grippe admis en service de réanimation a été reconduite cette saison et a débuté le 4 novembre 2013.

Il s'agit d'un dispositif de surveillance national piloté par l'InVS, et animé au niveau régional par les Cire. Les objectifs de ce dispositif sont de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas graves pour adapter, si nécessaire, les mesures de contrôle et estimer l'efficacité d'une vaccination contre les formes graves de grippe. Les données recueillies sont issues des signalements de tous les services de réanimation de la région.

L'InVS réalise chaque mercredi une [synthèse hebdomadaire](#) de cette surveillance sur le plan national.

Depuis le début de la surveillance, dans notre région, aucun cas grave ne nous a été rapporté.

| Surveillance des IRA en EHPAD (source : VoozEhpad) |

Les dernières [recommandations](#) du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) de juillet 2012 incitent les établissements accueillant des personnes âgées à déclarer à leur Agence Régionale de Santé (ARS) les cas groupés d'Infections respiratoires aiguës (IRA) survenant au sein de leur établissement.

La définition de cas groupés a été modifiée puisque dorénavant, la survenue de cinq cas de résidents sur une période de quatre jours doit faire l'objet d'un signalement. Une [circulaire](#) de la DGS datée du 21 décembre 2012 rappelle les modalités du signalement et les mesures de contrôle et de prévention qui doivent alors s'ensuivre.

Afin de pouvoir identifier rapidement l'étiologie de ces épisodes, les établissements sont incités à se procurer une réserve de Tests de Diagnostics Rapides Grippe (TDR). Une [liste non exhaustive](#) de fournisseurs est disponible sur le site Internet de l'ARS.

Concernant les conditions d'utilisation des antiviraux, [un avis du HCSP](#) de novembre 2012 rend compte des conditions de délivrance de ces derniers pour les traitements curatifs et en post-exposition, en période de circulation du virus grippal saisonnier.

Le suivi des épisodes d'IRA survenant en collectivité de personnes âgées est assuré par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) au niveau national, et par les Cires au niveau régional. Une application dédiée sécurisée (VoozEhpad) permet aux ARS de renseigner les épisodes signalés.

Ainsi, l'InVS publie chaque mercredi, un [bulletin épidémiologique grippe](#), recensant les dernières données disponibles sur la circulation du virus. Un point est réalisé sur la situation particulière des collectivités de personnes âgées.

Depuis le 1^{er} octobre, en région Rhône-Alpes, 2 Ehpad ont signalé un épisode d'IRA. Un tableau récapitulatif des épisodes sera disponible prochainement.

Pour information, le bilan de l'année dernière (2012-2013) des IRA en Ehpad en Rhône-Alpes est accessible en cliquant [ici](#).

Définition des cas graves :

Les cas graves de grippe sont définis comme les patients hospitalisés dans un service de réanimation et présentant :

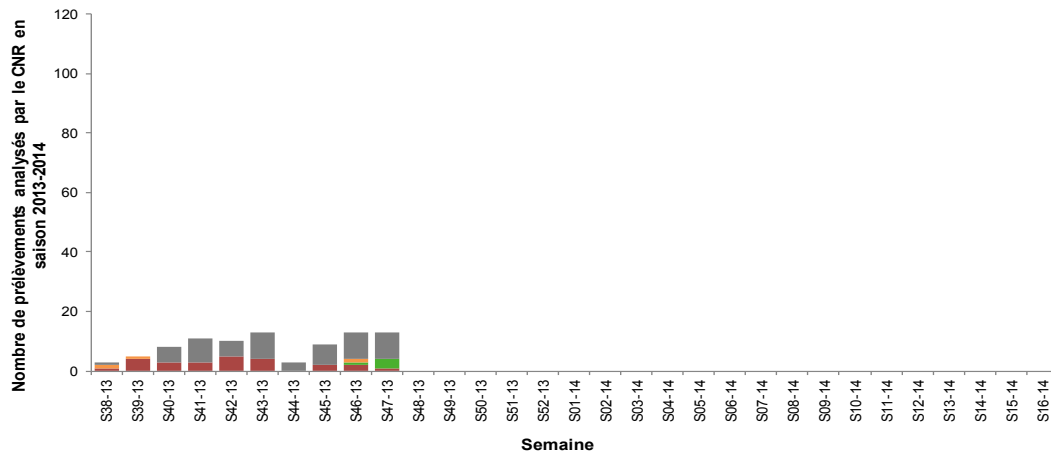
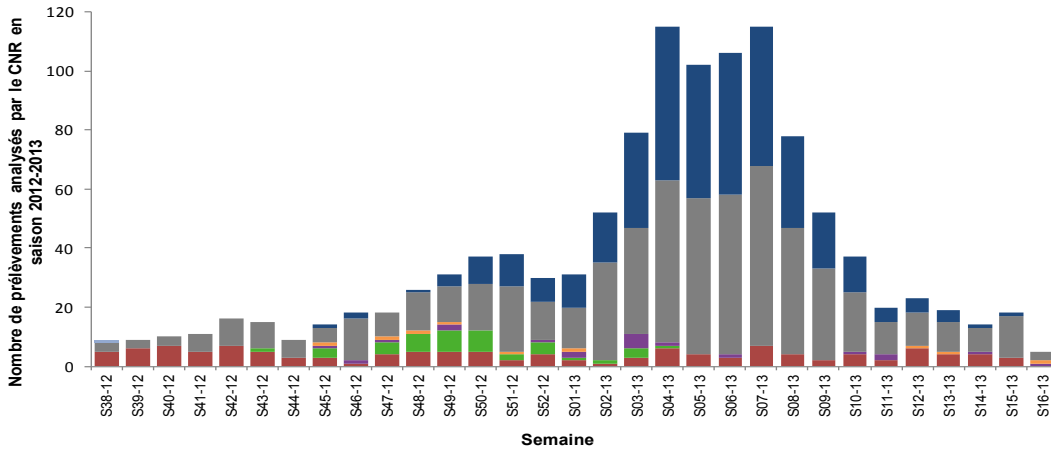
- soit un diagnostic de grippe confirmé biologiquement (cas certains),
- soit une forme grave sans autre étiologie identifiée et dont le tableau clinique et l'anamnèse évoquent le diagnostic de grippe même si la confirmation biologique ne peut être obtenue (cas probables).

Comment déclarer ?

Tout patient hospitalisé pour grippe dans un service de réanimation en Rhône-Alpes doit être déclaré à la Cire Rhône-Alpes. Des formulaires ont été mis à disposition auprès des services.

Vous pouvez déclarer vos patients par fax au numéro suivant :
04-72-34-41-55

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

Le VRS commence à circuler et peut expliquer les premiers cas recensés de bronchiolite.

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.

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 28/11/2013

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

* 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.

Dép	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés Dengue	Cas confirmés autochtones	En attente de confirmation biologique	Investigations entomo		Cas infirmés
					Prospection*	Traitement LAV	
Ardèche	9	5	0	0	3	0	4
Drôme	8	3	0	0	4	0	5
Isère	20	10	0	2	8	0	8
Rhône	64	27	0	6	27	0	31
Total	101	45	0	8	42	0	48

Dengue

A ce jour, 45 cas importés ont été confirmés par le CNR. Ils avaient voyagé :

- en Thaïlande (11), en Indonésie (6), en Nouvelle-Calédonie (3), en Inde (3), au Vietnam (1), Bangladesh (1)
- en Guadeloupe (7), en Martinique (6), 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 22 novembre, 405 cas suspects ont été signalés dans les 17 départements classés en niveau 1 et parmi eux 168 cas importés de dengue et 2 cas importés de chikungunya ont été confirmés. Un cas isolé de dengue autochtone (transmission locale) a été diagnostiqué dans le département des Bouches du Rhône... Le risque de survenue d'autres cas autochtones a été estimé comme minime, en raison de la faible implantation du moustique *Aedes albopictus* dans la zone et de l'arrivée de l'hiver.

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), 980 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 411 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 22 novembre 2013](#)

- Saint-Martin : Depuis janvier 2013 (début d'épidémie), 3 000 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés, dont 1074 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 22 novembre 2013](#)

- Guadeloupe : Depuis le début de l'épidémie (fin mai 2013), 11 040 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 2 526 cas probables ou confirmés.

Pour plus d'information : [point épidémi de la Cire Antilles-Guyane du 15 novembre 2013](#)

- Martinique : Depuis le début de l'épidémie, déclarée le 22 juillet 2013, 6 442 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 1 900 cas probables ou confirmés.

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

- La Réunion : Aucune circulation autochtone de dengue (depuis juillet 2013) n'a été identifiée par la surveillance.

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

- Nouvelle Calédonie : Depuis le début de l'épidémie (septembre 2012), 10 991 cas ont été recensés au 15/11/2013. 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, 8 en septembre et 2 en octobre.

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

Chikungunya

- Nouvelle Calédonie : Au 18 novembre, 31 cas de chikungunya ont été confirmés.

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

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 26 novembre 2013, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, **160 cas** d'infection au nouveau coronavirus (MERS-CoV) ont été rapportés dans le monde dont **68 décès**. La grande majorité des cas, a été identifiée dans la péninsule arabique.

Depuis le début de cette surveillance en France, 484 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.

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

Virus A(H5N1)

Au 25 novembre 2013, le bilan est de 647 cas humains (dont 383 décès) confirmés biologiquement dans le monde (*source: OMS*).

Virus A(H7N9)

Au 25 novembre 2013, le bilan est de 139 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.

Aide à la prise en charge :

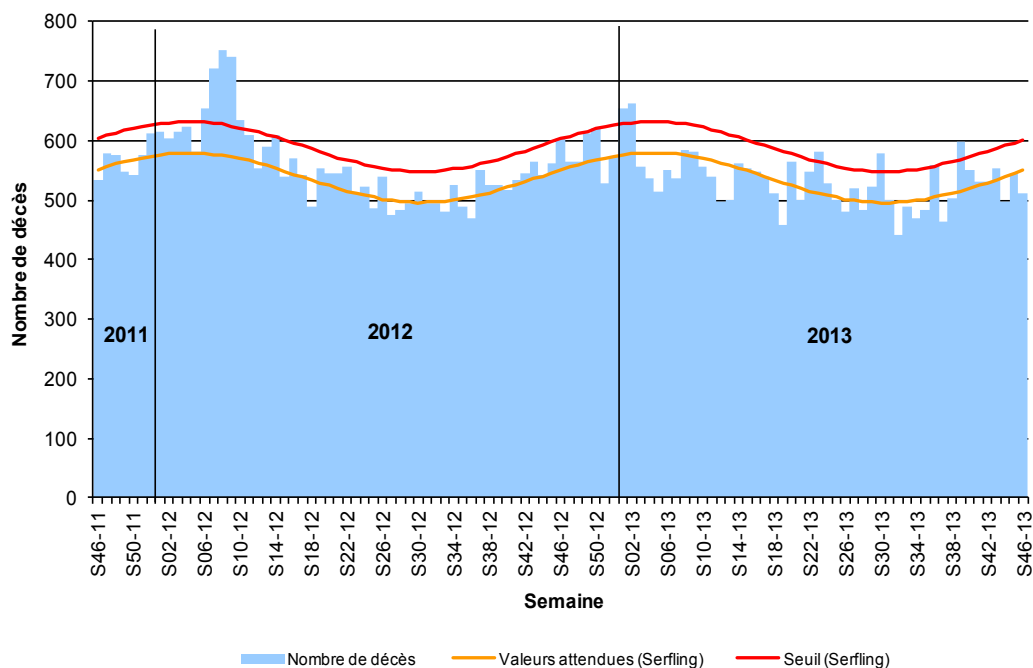
- grippe A(H5N1) et A(H7N9) : [Avis du Haut conseil de la santé publique du 25 avril 2013](#)
- MERS-CoV: [Avis du Haut conseil de la santé publique du 28 juin 2013](#)

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

**| 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 15/11/2011 au 17/11/2013
(attention : la semaine du 18 au 24 novembre est manquante car incomplète).

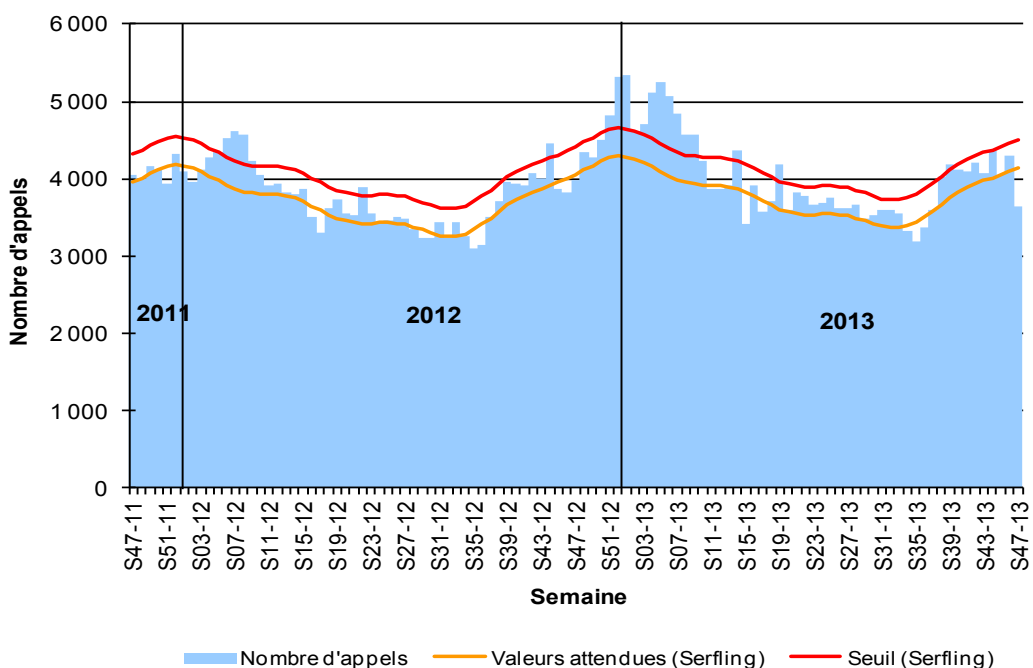


Le nombre de décès enregistrés dans la région reste proche ou en-dessous des valeurs attendues ces dernières semaines.

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 21/11/2011 au 24/11/2013



L'activité des associations de SOS Médecins reste toujours supérieure aux valeurs attendues pour la semaine du 11 au 17 novembre.

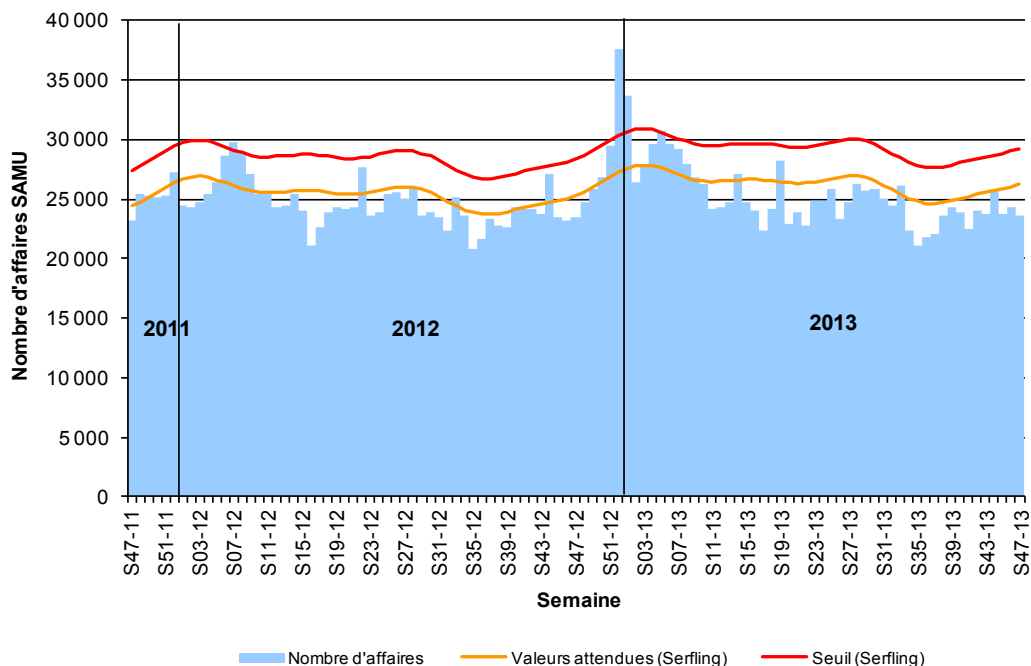
Attention, suite à un problème technique dans une association, la semaine 47 (du 18 au 24 novembre) est incomplète.

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.

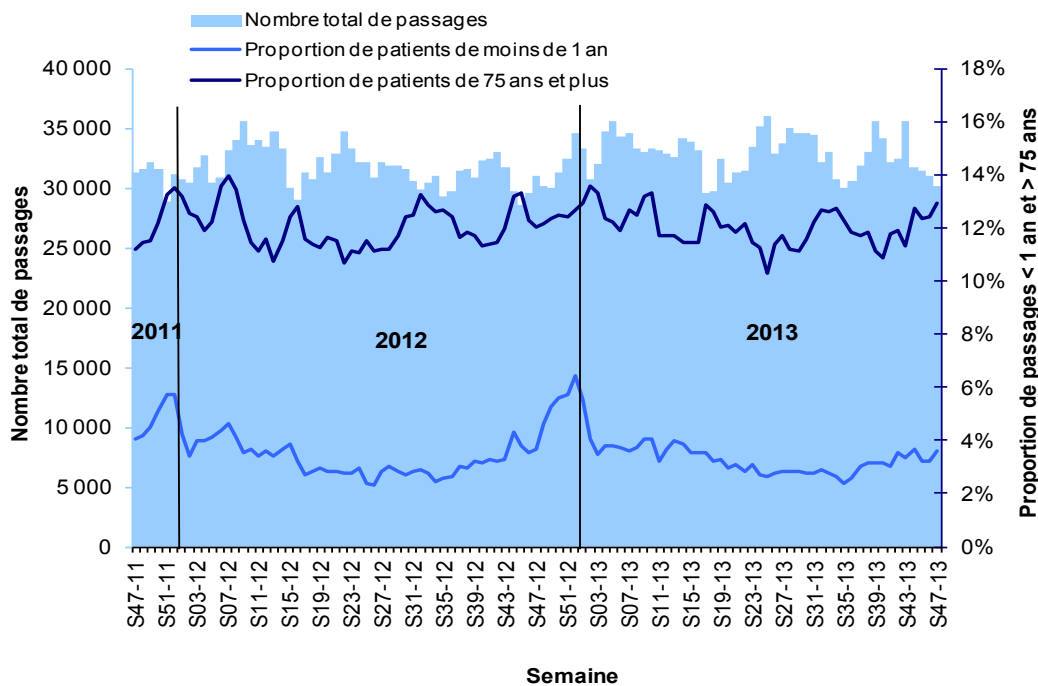
¹ En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 21/11/2011 au 24/11/2013



L'activité des SAMU de la région reste relativement stable ces dernières semaines.

Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 21/11/2011 au 24/11/2013



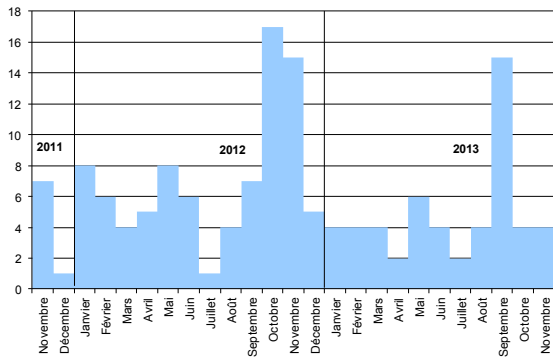
L'activité des services d'urgences a diminué en semaines 46 et 47 (du 11 au 24 novembre). Par ailleurs, la proportion de patients de 75 ans ou plus poursuit sa hausse.

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

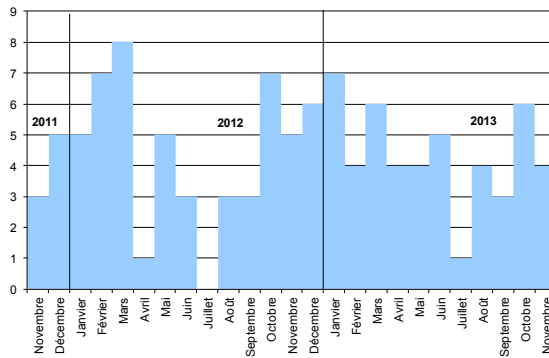
Maladies à Déclaration Obligatoire (source : déclarations obligatoires reçues par l'InVS)

Nombre de déclarations par mois de survenue du 01/11/2011 au 28/11/2013 en Rhône-Alpes

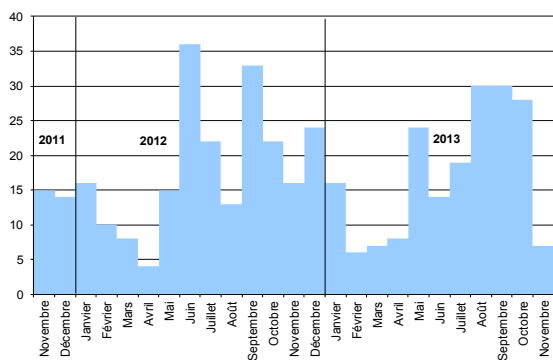
Hépatite A



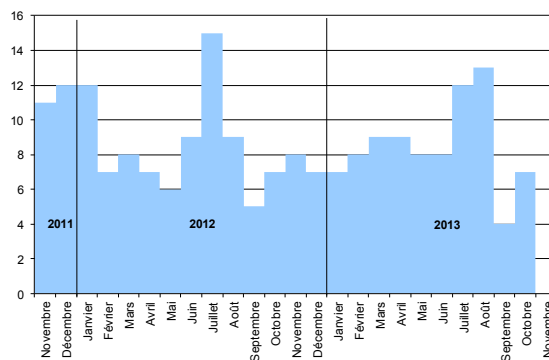
Infection invasive à méningocoque



Légionellose

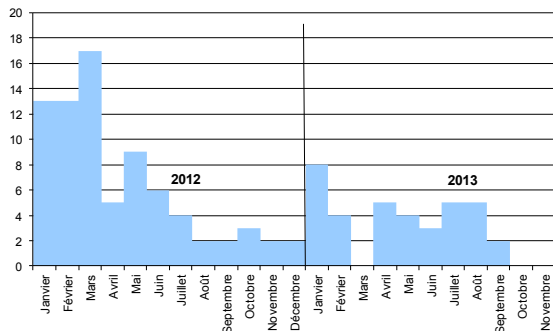


Toxi-Infection Alimentaire Collective



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 28/11/2013



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 de DO de TIAC seront mises à jour prochainement.

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](#)

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
241, rue Garibaldi
CS 93383
69 418 LYON Cedex 03
Tel : 04 72 34 31 15
Fax : 04 72 34 41 55
Mail : ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr

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