

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2013/13 du 30 mai 2013

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

Page 3-4 | [Surveillance de la dengue et du chikungunya](#) |

Page 5 | [Rhinopharyngites](#) |

Page 6-7 | [Indicateurs non spécifiques](#) |

Page 8 | [Maladies à Déclaration Obligatoire](#) |

| Situation en Rhône-Alpes |

• Dengue

Depuis le début de la période de surveillance renforcée dans quatre de nos départements, 5 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

La météorologie observée n'est pas favorable à la dispersion des pollens mais ceux-ci sont bien présents. Lors de l'apparition du soleil, ils tendent à se disséminer et le risque allergique augmente. Cependant, ce dernier est annoncé moyen, localement élevé (en Méditerranée). Il est recommandé aux personnes sensibles de rester vigilantes. Pour suivre l'évolution du risque allergique, consulter le site du RNSA : <http://www.pollens.fr/accueil.php>

• Journée nationale 2013 de lutte contre les hépatites

Les hépatites virales B et C constituent un problème de santé publique mondial : 500 millions de personnes ont une infection chronique due à l'un de ces virus. En France, près d'un demi million de personnes sont infectées mais seule, la moitié d'entre elles en est informée. Cependant, nous faisons partie des pays de faible endémie pour ces deux virus. La prévalence estimée est inférieure à 2 %.

Pour en savoir plus :

- site Internet de l'[ARS Rhône-Alpes](#)
- site Internet de l'[Institut de Veille Sanitaire](#)
- [Portail du Gouvernement](#)

• **Virus respiratoires émergents** ➔ page 2

| 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

Au 28 mai 2013, 49 cas d'infection au nouveau coronavirus (NCoV) ont été rapportés dans le monde dont 24 sont décédés. La grande majorité des cas, 37 cas, a été identifiée dans la péninsule arabique. Depuis le début de cette surveillance en France, 134 signalements de cas suspects d'infection à NCoV ont été reçus dont 2 confirmés par le Centre National de Référence (CNR) des virus Influenzae de l'Institut Pasteur. 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 NCoV identifié en septembre 2012 est relativement proche du coronavirus humain du Sras de 2003, qui avait provoqué une épidémie mondiale. L'infection à NCoV se manifeste, le plus souvent, par une fièvre et des signes respiratoires pouvant se compliquer par un syndrome de détresse respiratoire aiguë. 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.

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

Aucun signalement récent.

Virus A(H5N1)

Au 28 mai 2013, le bilan est de 629 cas humains (dont 374 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 28 mai 2013, le bilan est de 133 cas (dont 36 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 NCoV pour :

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

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

Les différentes définitions de cas retenues pour la surveillance des cas de grippe A(H7N9), A (H5N1) et des cas d'infections respiratoires aiguës à NCoV 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](#)
- NCoV : [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 aussi dans le Gard, l'Hérault (été 2011), le Vaucluse (automne 2011) et le Lot-et-Garonne en août 2012. La surveillance entomologique en place dans notre région, depuis plusieurs années, a permis d'estimer à la fin de l'année 2012 que 4 de nos départements (Ardèche, Drôme, Isère et Rhône) devaient être considérés comme colonisés par *Aedes albopictus*, élargissant ainsi sa zone d'implantation.

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

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

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

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

Ce dispositif, actualisé chaque année, consiste notamment en :

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

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

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

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

Quelques documents utiles :

- [procédure de signalement accéléré](#)
- [fiche de signalement](#)
- [étiquette de transmission CNR](#)

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

Pour en savoir plus :

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

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

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), 11 650 cas cliniquement évocateurs de dengue dont 3 905 cas biologiquement confirmés ont été rapportés.

Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 24 mai 2013](#)

- Saint-Barthélemy : Depuis le début d'épidémie (mars 2013), 150 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés dont 59 cas biologiquement confirmés. Le sérotype DEN-4 est prédominant. Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 7 mai 2013](#)

- Saint-Martin : L'épidémie de dengue reste active sur le territoire même si elle tend à décroître depuis début avril. A compter de janvier 2013, 1 100 cas cliniquement évocateurs de dengue ont été recensés, dont 360 cas biologiquement confirmés. Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 24 mai 2013](#)

- Guadeloupe : La situation actuelle correspond à une phase de foyers isolés de dengue. Les sérotypes DEN-1, DEN-2 et DEN-4 co-circulent depuis le début de l'année 2013, cependant le DEN-1 reste prédominant. Depuis début mars 2013, 360 cas cliniquement évocateurs de dengue vus en cabinet de médecine générale de ville ont été recensés dont 70 cas de dengue biologiquement confirmés. Pour plus d'information : [point épidémiologique de la Cire Antilles-Guyane du 17 mai 2013](#)

- Nouvelle Calédonie : Depuis le début de l'épidémie (septembre 2012), 10 438 cas ont été recensés (au 30/05/2013). 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 30 mai 2013, 23 cas de chikungunya ont été confirmés. A noter que plusieurs sérologies ont été expédiées à Marseille au Centre National de Référence des arboviroses et qu'après contrôle, elles se sont révélées être de faux positifs (ces résultats ont été retirés des statistiques).

Bilan de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Rhône-Alpes du 01/05/2013 au 30/05/2013

Dengue

Dép	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés	Cas confirmés autochtones	En attente de confirmation	Investigations entomo		Cas infirmés
					Prospection*	Traitement LAV	
Ardèche	1	1	0	0	0	0	0
Drôme	1	0	0	0	0	0	1
Isère	1	0	0	1	0	0	0
Rhône	6	4	0	2	3	0	0
Total	9	5	0	3	3	0	1

* il s'agit des prospections réalisées et enregistrées, certaines étant en cours mais non encore comptabilisées

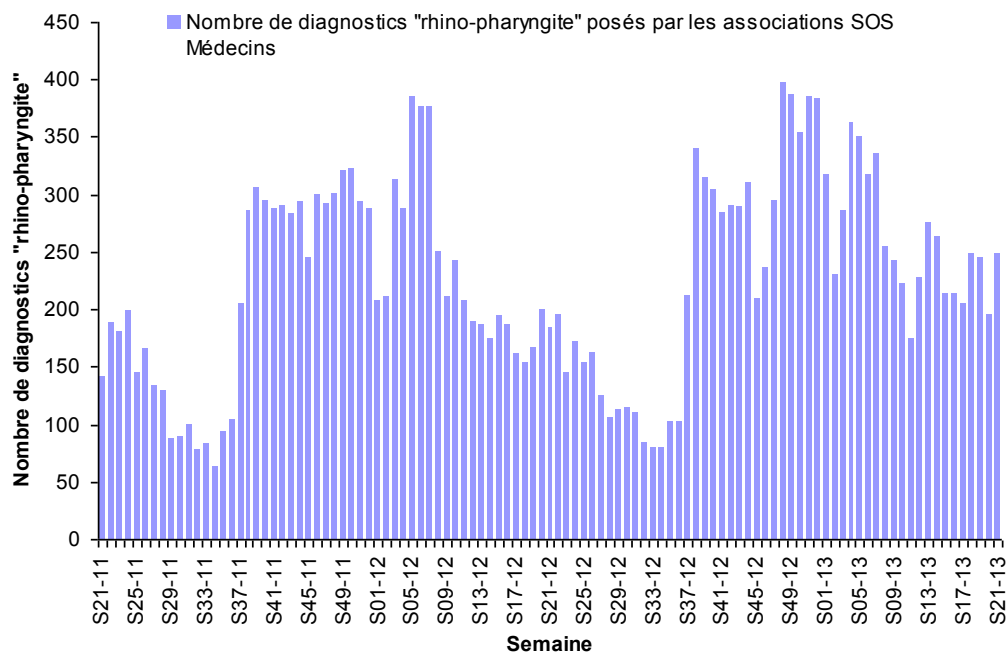
Au 30 mai, 5 cas ont été confirmés par le CNR, 3 autres sont en cours d'analyse et 1 cas a été infirmé.

Les 8 cas confirmés importés ou en attente de confirmation avaient voyagé en Nouvelle-Calédonie (3), en Thaïlande (2), en Guadeloupe (1), en Guyane (1) et au Brésil (1).

Chikungunya

Au 30 mai 2013, aucun cas suspect de chikungunya n'a été signalé dans la région.

Diagnostiques de rhinopharyngite posés par les associations SOS Médecins² de Grenoble, Saint Etienne, Lyon et Annecy du 23/05/2011 au 26/05/2013

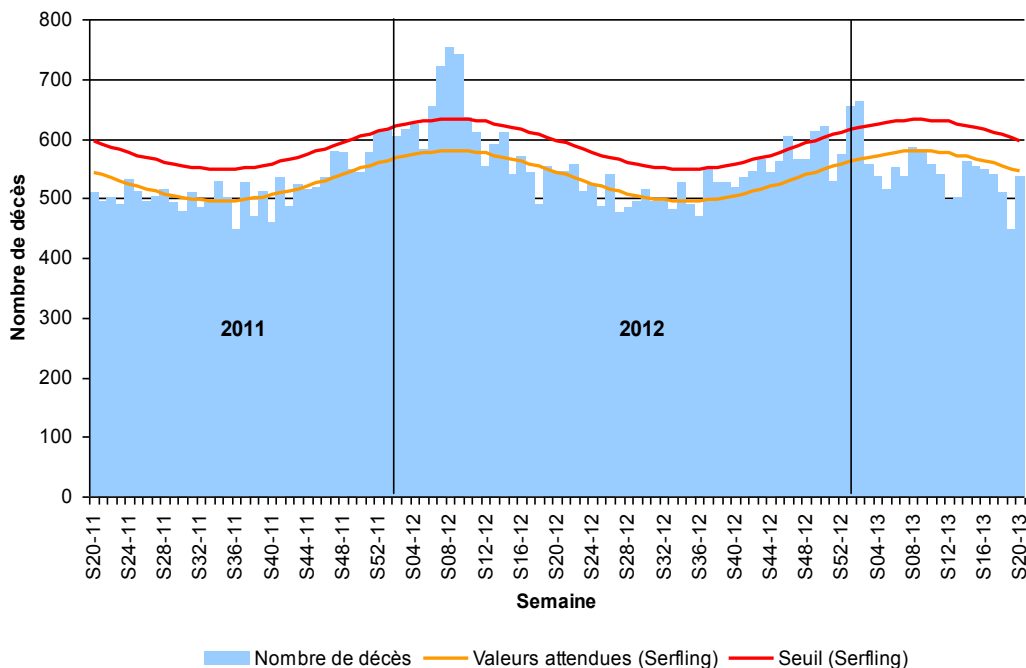


Après une diminution en semaine 20 (du 13 au 19 mai), le nombre de consultations pour rhinopharyngite, observé par les associations SOS Médecins, a augmenté en semaine 21 (du 20 au 26 mai).

²En 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.

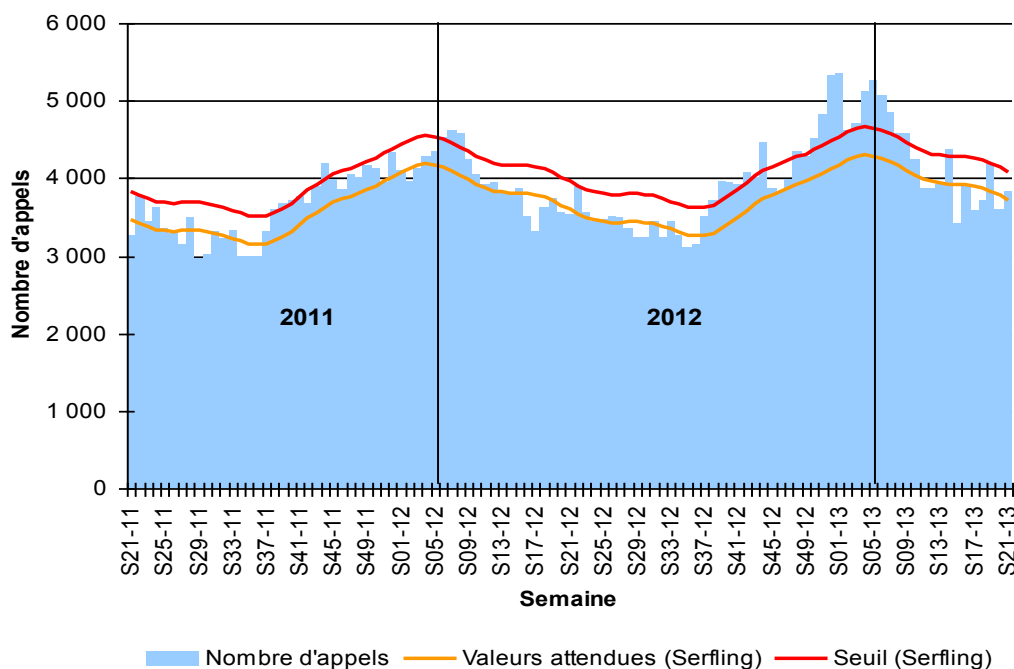
**| Indicateurs non spécifiques
(sources : services d'Etat-Civil, SOS Médecins, serveur « Oural ») |**

Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 65 communes informatisées en Rhône-Alpes du 16/05/2011 au 19/05/2013
(attention : la semaine du 20 au 26 mai est manquante car incomplète).



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

Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes, du 23/05/2011 au 26/05/2013



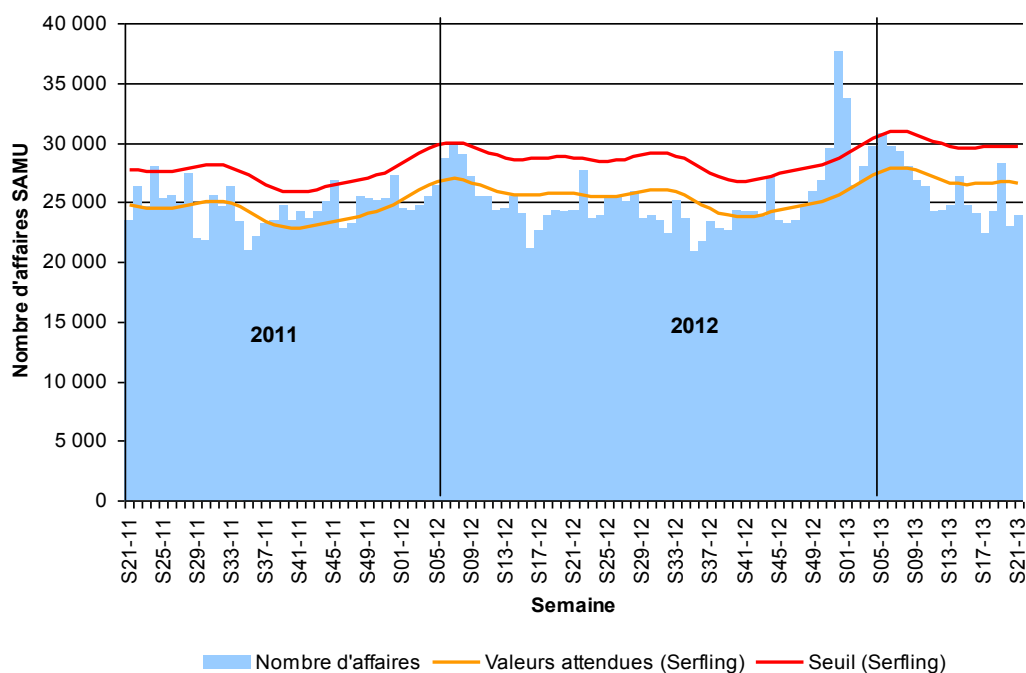
Le nombre d'appels observé en semaine 20 (13 au 19 mai) est inférieur aux valeurs attendues puis augmente de nouveau en semaine 21 (20 au 26 mai), sans dépasser, cependant, le seuil d'alerte.

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.

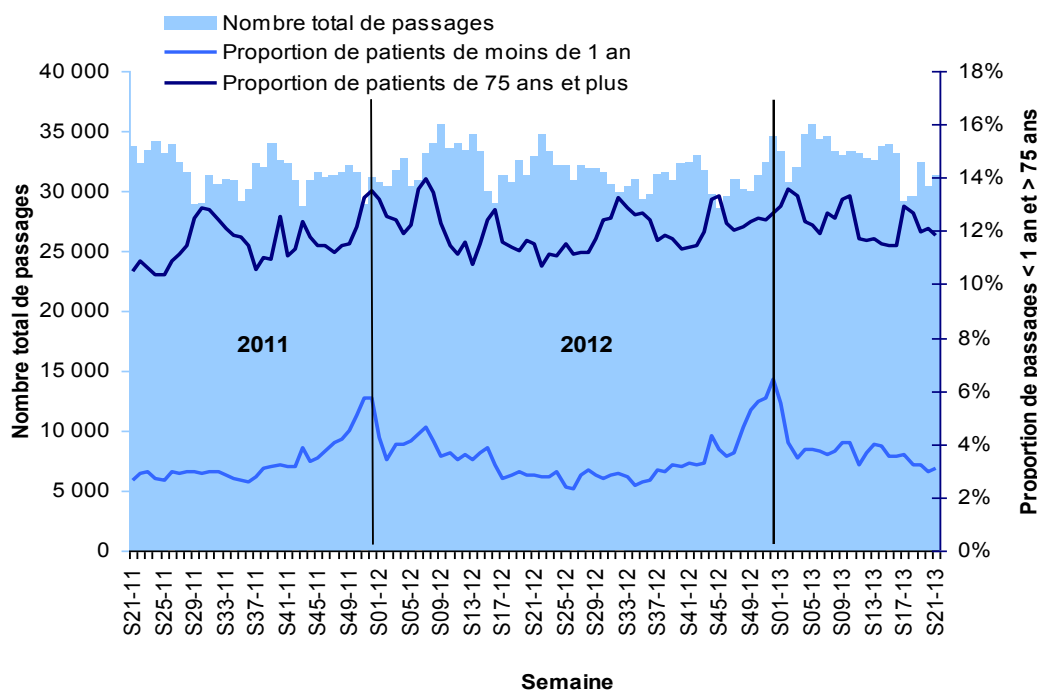
¹ En Rhône-Alpes, il existe 5 associations SOS Médecins situées à Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy.

Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 23/05/2011 au 26/05/2013



Le nombre d'affaires traitées par les SAMU de la région a diminué et est inférieur aux valeurs attendues en semaines 20 et 21 (du 13 au 26 mai).

Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 23/05/2011 au 26/05/2013



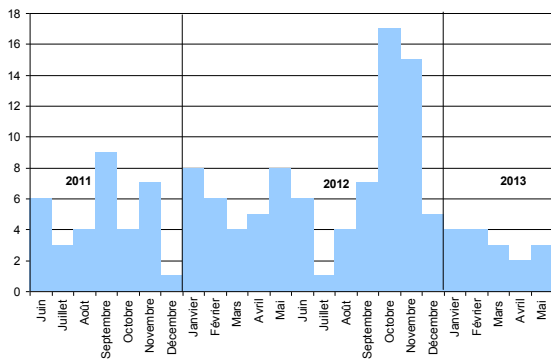
On observe une diminution de l'activité des services d'urgences dans les semaines qui ont suivi le pont de l'Ascension, soit en semaines 20 et 21 (du 13 au 26 mai).

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

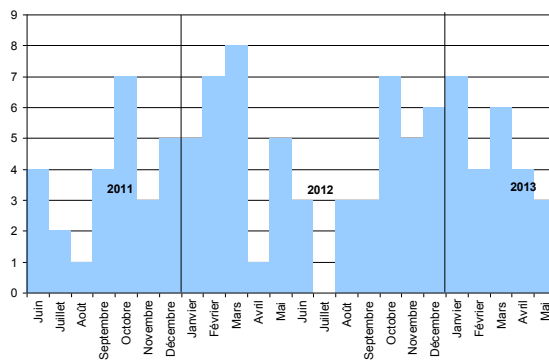
Maladies à Déclaration Obligatoire (source : déclarations obligatoires reçues par l'InVS)

Nombre de déclarations par mois de survenue du 01/06/2011 au 29/05/2013 en Rhône-Alpes

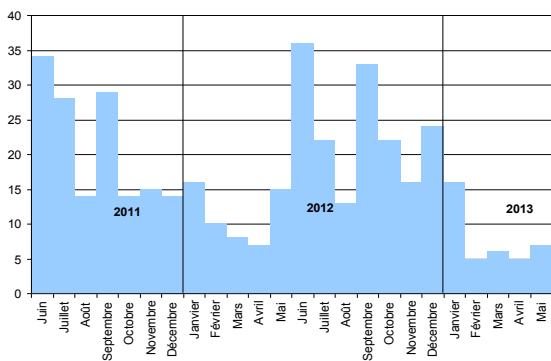
Hépatite A



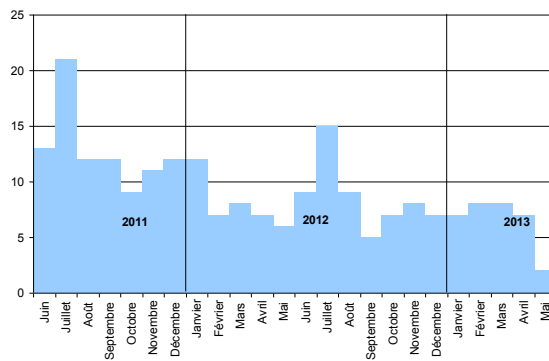
Infection invasive à méningocoque



Légionellose

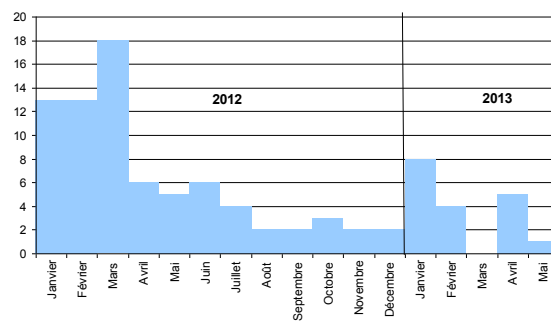


Toxi-Infection Alimentaire Collective



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 29/05/2013



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 mai 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