

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2014/24 du 11 septembre 2014

- Pages 2-3** Epidémies de Fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et en République Démocratique du Congo
- Pages 4-5** Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya en Rhône-Alpes
- Pages 6-7** Indicateurs non spécifiques (sources : services d'Etat-Civil, SOS Médecins, serveur « Oural »)
- Page 8** Maladies à Déclaration Obligatoire
- Page 9** Sources de données et partenaires

2^e Journée Régionale
de Veille Sanitaire
en région Rhône-Alpes



Mardi 9 décembre 2014
Espascaf-Lyon 3



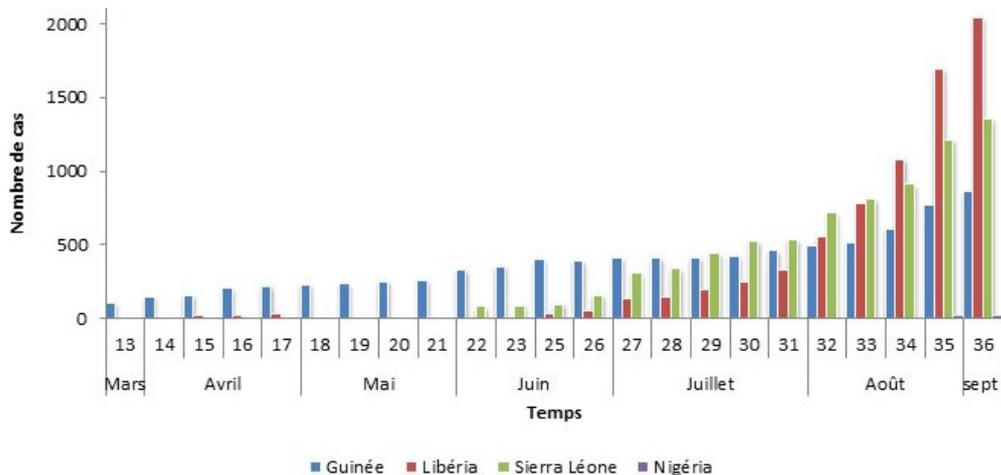
Actualités

- **Epidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest** : poursuite de l'extension de l'épidémie dans les 4 pays touchés (Guinée-Conakry, Libéria, Nigeria et Sierra-Léone). Au Sénégal, un premier cas confirmé importé de Guinée a été rapporté. De façon à prendre en compte les cas suspects pouvant revenir de la région « Equateur » de République Démocratique du Congo, où sévit actuellement un foyer épidémique, l'InVS a modifié la définition de cas. A ce stade et selon l'OMS, ces deux épidémies ne sont pas reliées.
- **Synthèse des résultats de la surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya** : Depuis le 1^{er} mai, **170** cas suspects importés de chikungunya ou de dengue ont été signalés. Parmi eux, **24** cas de dengue et **83** de chikungunya, tous importés, ont été confirmés.
- **Indicateurs non spécifiques** : depuis la mi-août, l'activité des services d'urgences, associations SOS médecins et SAMU reste stable
- **Indicateurs Allergie** : Le Réseau National de Surveillance Aérobiologique [RNSA](#) prévient les personnes allergiques aux pollens d'ambrosie de poursuivre leurs traitements prescrits, étant donné le risque allergique maximal lié à ce pollen, dans la vallée du Rhône et sur le Dauphiné, pour le week-end à venir et la semaine prochaine. Rappelons que plusieurs outils ont été mis à disposition pour permettre une meilleure participation à la lutte contre l'ambrosie notamment une application Smartphone Signalement Ambrosie (à télécharger sur AppleStore et Googleplay) et un site internet (www.signalement-ambrosie.fr).
- **Intoxications liés à la consommation de champignons** : Compte-tenu des conditions météorologiques estivales pluvieuses, la saison des champignons a commencé plus précocement par rapport à la saison 2013. Depuis le début de la surveillance, (30 juin 2014), 47 cas d'intoxication (parmi lesquels, 2 cas graves dont 1 décès) ont été recensés en Rhône-Alpes. [Pour en savoir plus](#)

Epidémie de fièvre hémorragique virale (FHV) liée au virus Ebola en Afrique de l'Ouest, point au 10 septembre 2014 :

Cette épidémie sans précédent, poursuit son extension dans les quatre pays d'Afrique touchés ; Guinée, Libéria, Sierra Léone et Nigéria (Carte 1, source InVS). Depuis quatre semaines, le Libéria est le pays qui rapporte le plus grand nombre de nouveaux cas. Ce pays est toujours confronté à des problèmes de sécurité affectant les centres de traitements (cf. figure 1).

Figure 1. Nombre de cas cumulés rapportés à l'OMS, par date de déclaration et par pays touchés par l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (source InVS, données au 06/09/2014)



De plus, le 29 août 2014, un premier cas d'Ebola confirmé, importé de Guinée, a été rapporté par les autorités sanitaires sénégalaises. A ce jour, celles-ci assurent que toutes les personnes ayant été en contact avec lui (67 personnes) au Sénégal ont été identifiées et font actuellement l'objet d'un suivi rapproché. Deux de ces contacts ont été classés comme cas suspects par l'OMS.

Au 10 septembre 2014, 4293 cas et 2296 décès ont été rapportés (létalité observée de 49,9%) dans cinq pays affectés en Afrique de l'Ouest (cf. tableau 1).

Tous ces éléments témoignent de la persistance d'une transmission communautaire de l'infection au virus Ebola en Afrique de l'Ouest.

Tableau 1. Nombre de cas et de décès d'Ebola rapportés à l'OMS au 10/09/2014 (source OMS)

Pays	Nombre cas total	Nombre cas confirmés	Nombre de décès	Létalité observée
Guinée	862	664	555	64,4%
Libéria	2046	634	1224	59,8%
Sierra Léone	1361	1234	509	37,4%
Nigéria	21	19	8	38,1%

Epidémie de fièvre hémorragique virale (FHV) liée au virus Ebola en République Démocratique du Congo, point au 10 septembre 2014 :

Entre le 28 juillet et le 9 septembre 2014, les autorités sanitaires congolaises ont notifié à l'OMS un total de 62 cas (14 confirmés, 26 probables et 22 suspects) de fièvre hémorragique à virus Ebola dont 35 décès, dans le territoire de Boende, zone rurale et forestière de la province de l'Equateur, en République Démocratique du Congo (Carte 2, source BHI). D'après les informations disponibles à ce jour, tous les cas sont liés au cas index qui s'est contaminé par consommation de viande de brousse.

Des analyses réalisées sur des prélèvements envoyés à l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) à Kinshasa et du Centre Internationale de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) au Gabon, se sont révélées positives au virus Ebola, souche Zaïre. Des analyses complémentaires du virus révèlent une homologie à 99% avec des souches de Kikwit (épidémie de 1995-RDC), mais celui-ci diffère du virus circulant en Afrique de l'Ouest.

Selon l'OMS, cette nouvelle épidémie en RDC n'est pas reliée à celle sévissant actuellement en Afrique de l'Ouest.

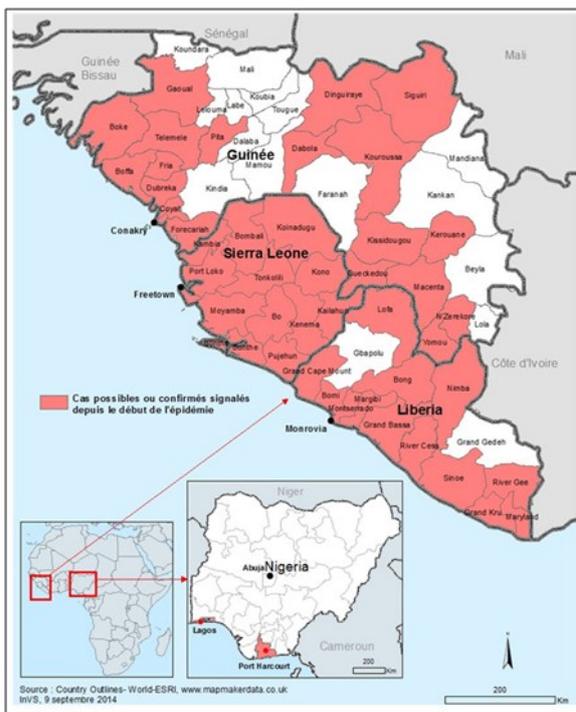
Dans ce contexte, la définition de cas de l'InVS, pour le signalement des cas suspects de fièvre hémorragique d'Ebola a été modifiée, le 25/08/2014, avec ajout de **la province de l'Equateur de la République Démocratique du Congo** : [définition de cas de l'InVS](#).

Tout cas suspect défini comme une personne présentant une fièvre > 38°C dans les 21 jours suivant son retour d'un pays touché par l'épidémie doit être signalé au Centre 15. Il doit être classé (exclu ou possible) le plus tôt possible par un contact entre le Centre 15, l'InVS et l'ARS.

Les recommandations détaillent également les modalités de la prise en charge en cabinet de ville et en établissement de santé en termes notamment de précautions spécifiques d'hygiène (précautions complémentaires de type « air » et « contact »), du transport et de l'hospitalisation, des examens biologiques pour le diagnostic, les diagnostics différentiels, de la gestion des excréta, des déchets d'activité de soins à risques infectieux, des matériels et de l'environnement.

Des établissements de santé de référence (ESR) disposant des capacités opérationnelles pour accueillir un malade atteint par le virus Ebola ont été identifiés à l'issue d'évaluations réalisés par les Agences régionales de santé (ARS).

Carte 1. Epidémie de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest (CDC, adaptée InVS – MAJ le 09/09/2014)



Carte 2. Localisation de la RDC en Afrique (a) et de la Province de l'Equateur en RDC (b) (source: BHI)

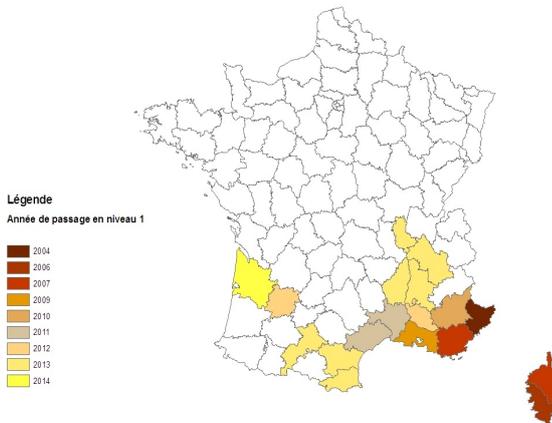


Pour en savoir plus :

- [Site du ministère de la Santé](#)
- [Bulletin Hebdomadaire International N°468 - 3 au 9 septembre 2014](#) et [Page Ebola du site InVS](#)
- [CNR FHV](#)
- dernier [Avis](#) du HCSP (10/04/2014)
- [Bulletin d'information de l'OMS -Ebola en Afrique de l'Ouest](#) et [Point de situation \(OMS\) en RDC, au 10 septembre 2014](#)
- Les voyageurs à destination ou de retour de ces pays peuvent trouver des informations sur les recommandations sanitaires dans le présent dossier ainsi que des informations "voyageurs" sur [le site du ministère des Affaires étrangères](#)

Le plan national de lutte anti-dissémination du chikungunya et de la dengue initié en 2006, concerne cette année 18 départements métropolitains où le vecteur de ces arboviroses, *Aedes Albopictus* ou moustique tigre, est désormais implanté et actif.

Représentation géographique des zones d'implantation du vecteur *Aedes Albopictus* en fonction de l'année de passage en niveau 1



Quatre de nos départements rhônalpins, l'Ardèche, la Drôme, l'Isère et le Rhône sont concernés.

En application de ce plan, une surveillance entomologique et épidémiologique renforcée est mise en place dans ces départements pendant la période d'activité du vecteur qui débute le 1er mai et se prolonge jusqu'au 30 novembre 2014.

Dans ce cadre, tous les cas suspects importés de dengue et de chikungunya sont à signaler sans délai à l'ARS Rhône-Alpes qui coordonne les investigations. Ce signalement permet de déclencher une confirmation biologique rapide de ces cas suspects afin de mettre en place des mesures adaptées de lutte anti-vectorielle autour de ces cas. L'objectif de ce dispositif est

d'éviter l'initiation d'une chaîne de transmission de ces arbovirus et la survenue de foyers autochtones sur le territoire métropolitain.

Les cas confirmés de dengue ou de chikungunya qui n'auraient pas voyagé sont également à signaler à l'ARS dans le cadre de la déclaration obligatoire (DO).

Par ailleurs, l'InVS a accès aux résultats des diagnostics de dengue et de chikungunya des laboratoires, qui pratiquent ces diagnostics en France métropolitaine, afin de rattraper les cas non signalés en amont. Les résultats positifs résidant en région Rhône-Alpes sont communiqués à la Cire qui réalise une investigation en lien avec l'ARS pour déclencher, le cas échéant, des mesures de lutte anti-vectorielle autour des cas confirmés.

Cette année, compte tenu de l'épidémie de chikungunya en cours dans les départements français d'Amérique, le nombre attendu de cas virémiques importés et le risque de survenue de cas autochtones sont majorés et incitent à une vigilance accrue.

Définition des cas suspects à signaler : [remplir très soigneusement la fiche de signalement accéléré \(lien\)](#)

Chikungunya : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et douleurs articulaires invalidantes sans autre point d'appel infectieux.

Dengue : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe algique (céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies ou douleur rétro-orbitaire) sans autre point d'appel infectieux.

Cas importé : personne ayant séjourné en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.

Rappel des analyses diagnostiques à réaliser en fonction de la date de début des signes cliniques (J0) :

- J0 à J4 : test direct RT-PCR.

- J5 à J7 : test direct RT-PCR et sérologie (IgM et IgG).

- Après J7 : sérologie uniquement (IgM et IgG). Il est nécessaire de réaliser une 2ème sérologie de confirmation au plus tôt 15 jours après le premier prélèvement.

Pour en savoir plus

- [Point Epidémiologique Antilles-Guyane](#), du 11 septembre
- [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire](#), (Bilan saison 2013) du 23 juillet
- [Site InVS](#)
- [Site ARS Rhône-Alpes](#)

Situation au 11/09/2014, en région Rhône-Alpes (Données de signalement disponibles, le 08/09/14)

Depuis le 1^{er} mai au 07 septembre, **170** cas suspects importés de chikungunya ou de dengue ont été signalés.

Le tableau ci-dessous en présente la synthèse.

Département	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés		En attente de confirmation biologique	Investigations entomologiques*		Cas exclus
		dengue	chikungunya		Prospection	Traitement LAV	
Ardèche	9	1	4	1	5	0	3
Drôme	17	3	7	1	11	0	6
Isère	41	6	24	1	13	0	10
Rhône	103	14	48	1	49	1	40
Total	170	24	83	4	78	1	59

* des investigations entomologiques sont en cours, mais non enregistrées

Au cours des dix-neuf semaines de surveillance, 24 cas importés de dengue et 83 de chikungunya ont été identifiés dans notre région.

Les 24 cas confirmés de dengue provenaient, par ordre de fréquence, de : Thaïlande (7), Guadeloupe (5), Indonésie (5), Colombie (2), Cuba (1), République Démocratique Populaire du Lao (1), Malaisie (1), Polynésie Française (1) et Sénégal (1). Tous étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Les 83 cas confirmés de chikungunya provenaient, par ordre de fréquence, de : Guadeloupe (43), Martinique (31), Haïti (7) et République Dominicaine (1), Guyane Française (1). Soixante-deux cas étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Ces quatre mois de surveillance ont confirmé l'augmentation attendue de cas de chikungunya importés en lien avec les épidémies en cours dans la zone Caraïbe.

Comme prévu, le nombre de signalements de cas suspects a poursuivi sa progression au cours du mois d'août et début septembre.

Bien que l'année scolaire ait commencé et que la majorité des vacanciers soient déjà rentrés, la surveillance est toujours d'actualité. En effet, les épidémies dans la zone caribéenne sont toujours actives, même si celles-ci ont diminué en intensité et le vecteur est toujours présent dans les départements métropolitains concernés.

Figure 2. Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 74 communes informatisées en Rhône-Alpes du 03/09/2012 au 07/09/2014 (attention : les 2 dernières semaines sont incomplètes).

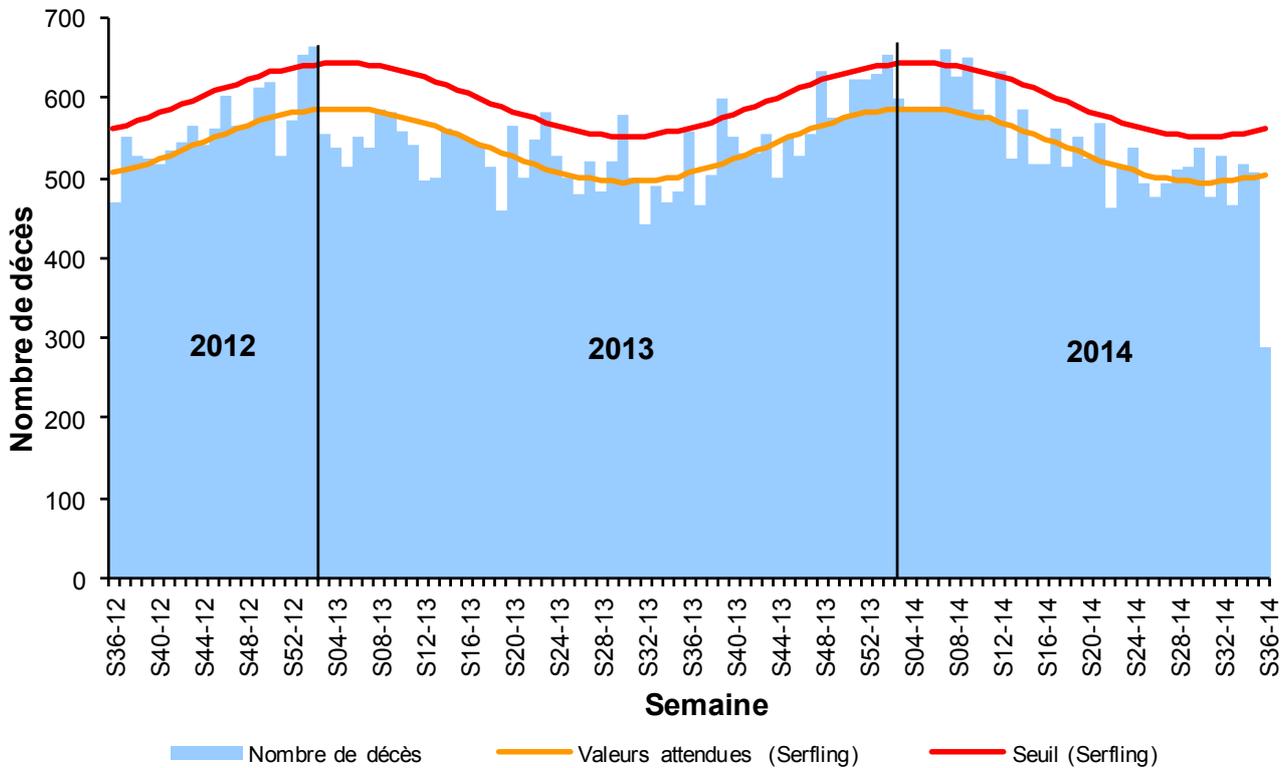


Figure 3. Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes, du 03/09/2012 au 07/09/2014

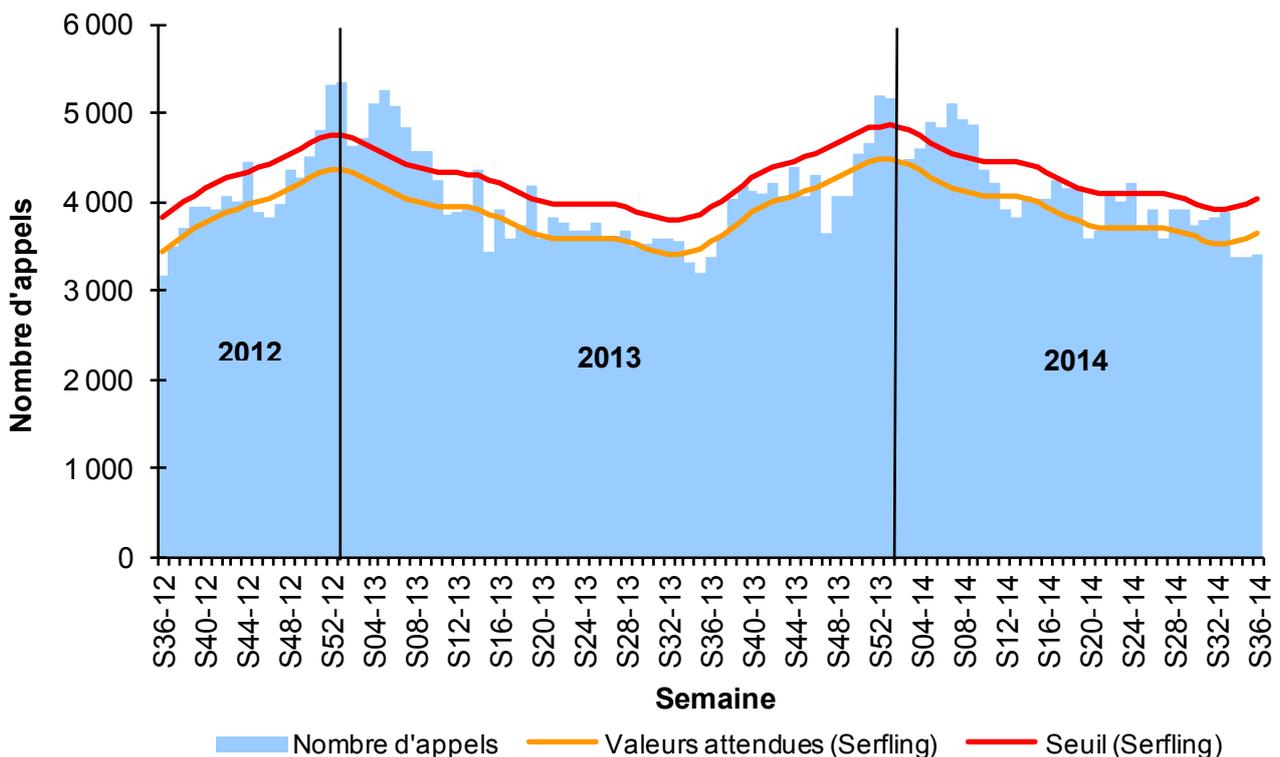


Figure 4. Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 03/09/2012 au 07/09/2014

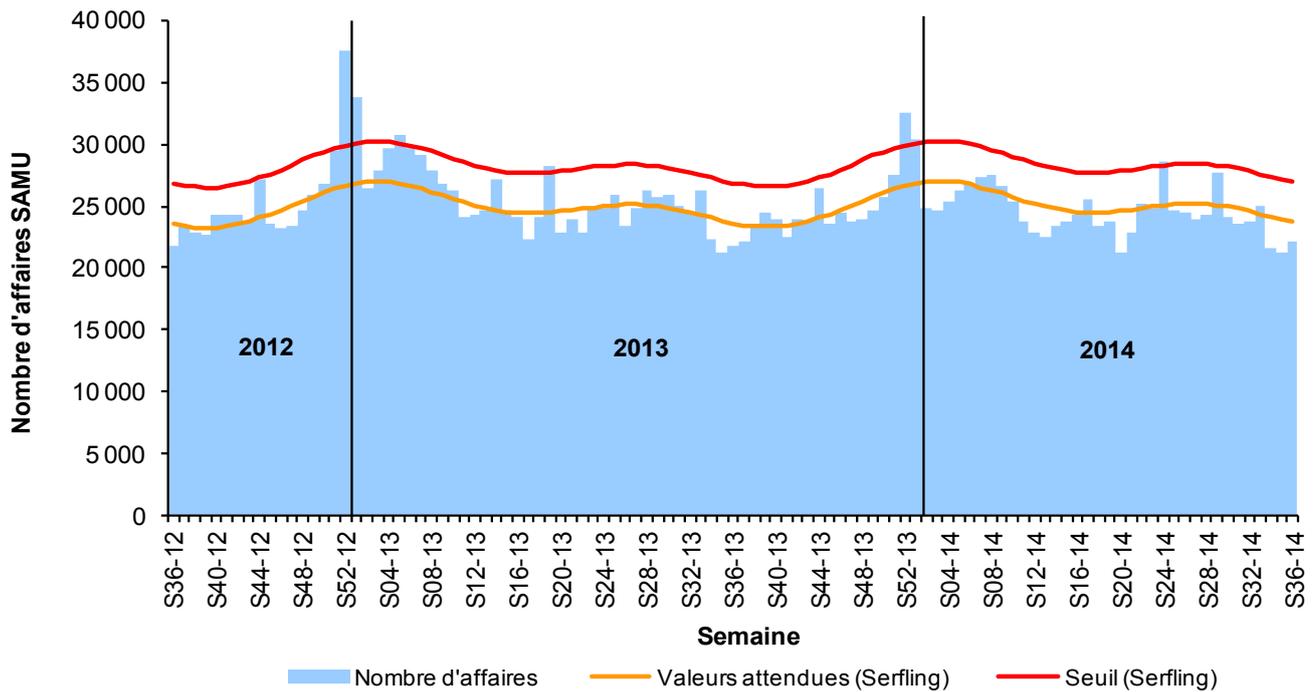


Figure 5. Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 03/09/2012 au 07/09/2014

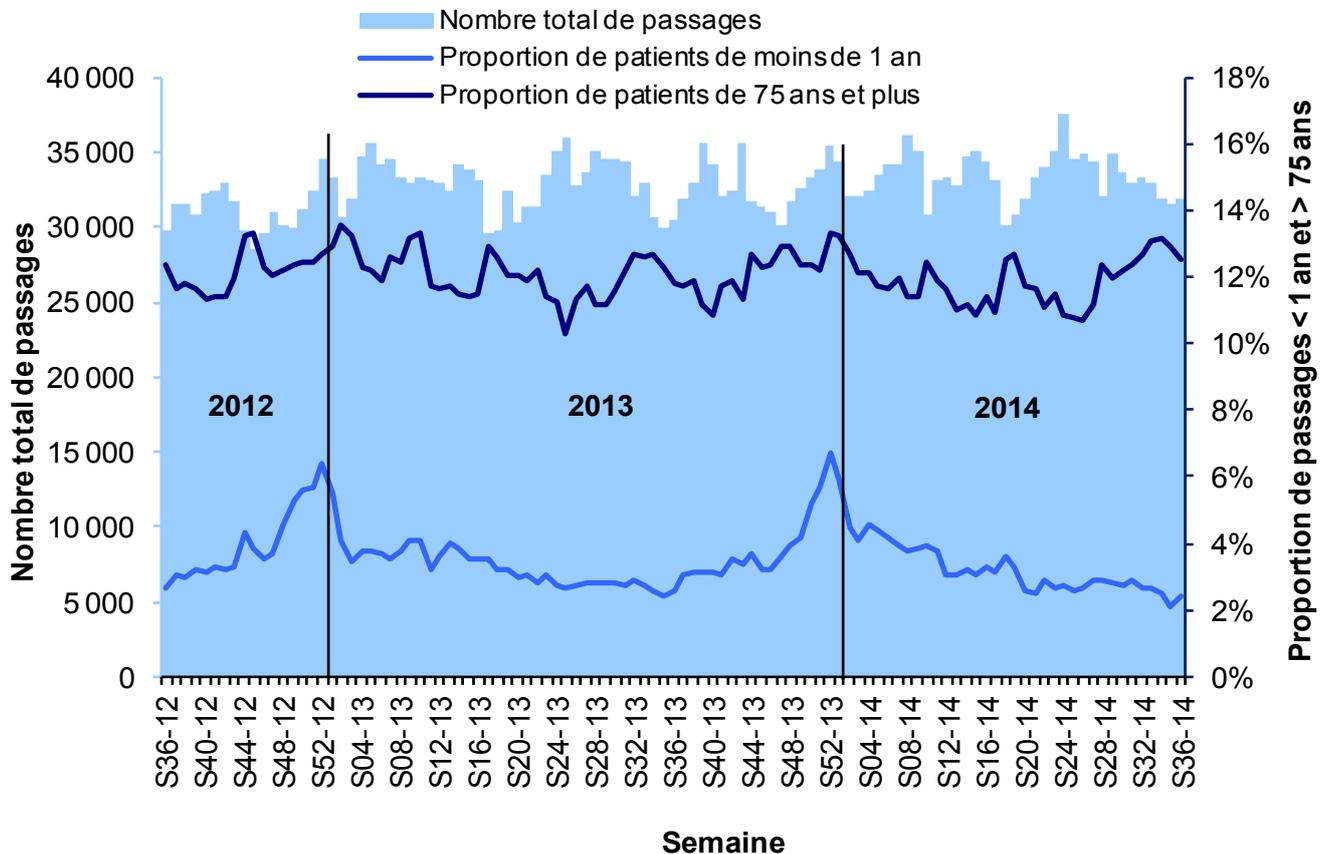
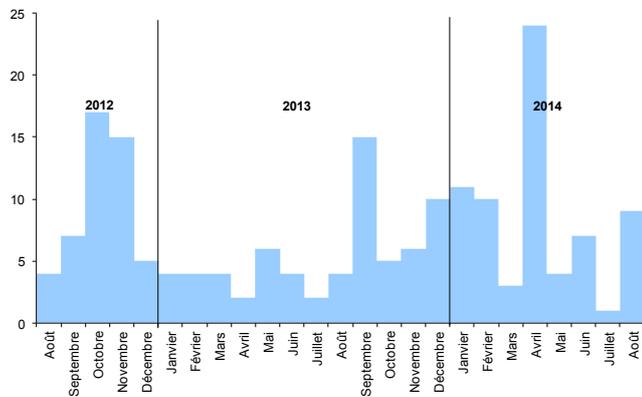
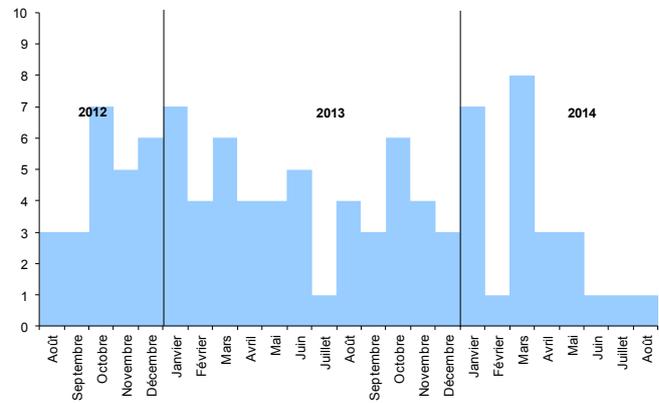


Figure 6. Nombre de pathologies déclarées par mois de survenue, du 01/08/2012 au 31/08/2014, Rhône-Alpes, pour les Maladies à Déclaration Obligatoire les plus fréquentes

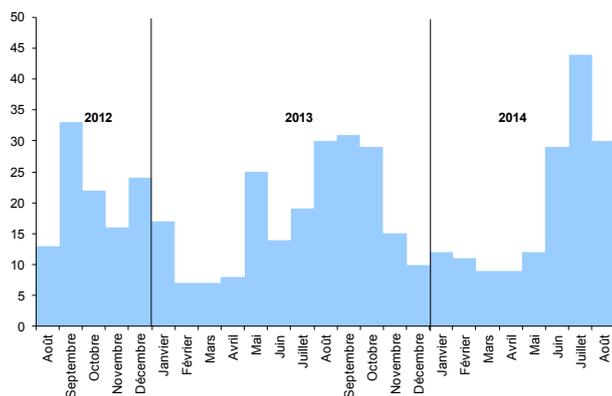
Hépatite A



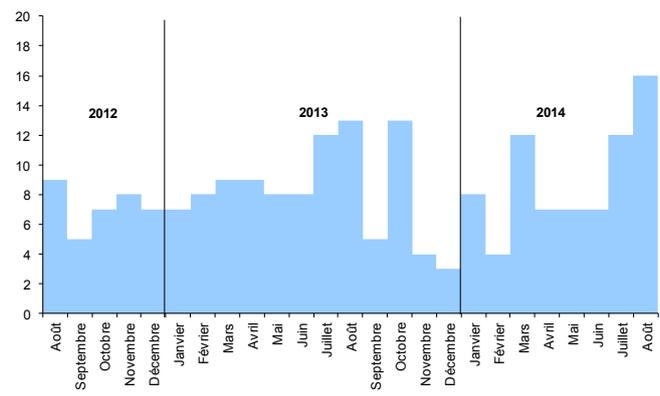
Infection invasive à méningocoque



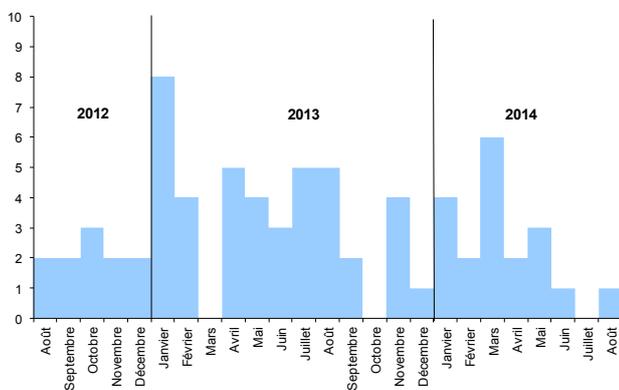
Légionellose



Toxi-Infection Alimentaire Collective



Rougeole



| Sources des données du Point Epidémiologique |

- Les données d'activité d'urgences médicales agrégées sont recueillies sur le serveur régional de veille et d'alerte « **Oural** », serveur renseigné quotidiennement par l'ensemble des services d'urgences 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 sont issues du dispositif de surveillance **SurSaUD**[®] regroupant notamment les services d'urgences des hôpitaux qui participent au réseau **Oscour**[®] (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) et les associations **SOS Médecins**.
- Les données de mortalité sont issues des **services d'Etat-Civil**. Les **214 services d'état civil** saisissent sur un serveur de l'INSEE les décès survenus sur leur commune.
Parmi ces services, seuls 74 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 constituent les 74 services en question.
Cet échantillon de communes représente environ 60 % de la mortalité régionale.

| Méthode utilisée |

La méthode de **Serfling** permet de modéliser une série de données en prenant en compte la tendance, la saisonnalité ainsi qu'une fluctuation aléatoire.

Un signal statistique est défini par un dépassement de seuil pendant deux semaines consécutives.

| Partenaires de la surveillance |

Nous tenons à remercier les partenaires qui nous permettent d'exploiter les données pour exercer les surveillances présentées :

- Les **services d'urgences** qui fournissent leur nombre quotidien de passages toutes causes confondues.
- Les cinq **associations SOS Médecins** de la région (Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy).
- Les **mairies** de Rhône-Alpes et leurs **services d'état civil** qui transmettent en continu les déclarations de décès à l'INSEE.
- Les **SAMU**
- L'ensemble des **professionnels de santé** qui participent à la surveillance
- L'**Entente Interdépartementale pour la démoustication Rhône-Alpes (EIRAD)**
- L'Institut national de la statistique et des études économiques (**Insee**)
- **Météo-France**
- Le **CNR arbovirus** (IRBA Marseille)
- Le **Réseau National de Surveillance Aérobiologique**
- Les **équipes de l'ARS** notamment celles chargées de la veille sanitaire et de la santé environnementale

Responsable CIRE

Christine SAURA

Equipe de la Cire Rhône-Alpes

Delphine CASAMATTA
Jean-Loup CHAPPERT
Tristan DAGONNEAU
Sylvette FERRY
Hervé LE PERFF
Isabelle POUJOL
Héloïse SAVOLLE
Alexandra THABUIS
Jean-Marc YVON

Directeur de la publication :

François Bourdillon
Directeur général de l'InVS

Comité de rédaction :

L'équipe 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