

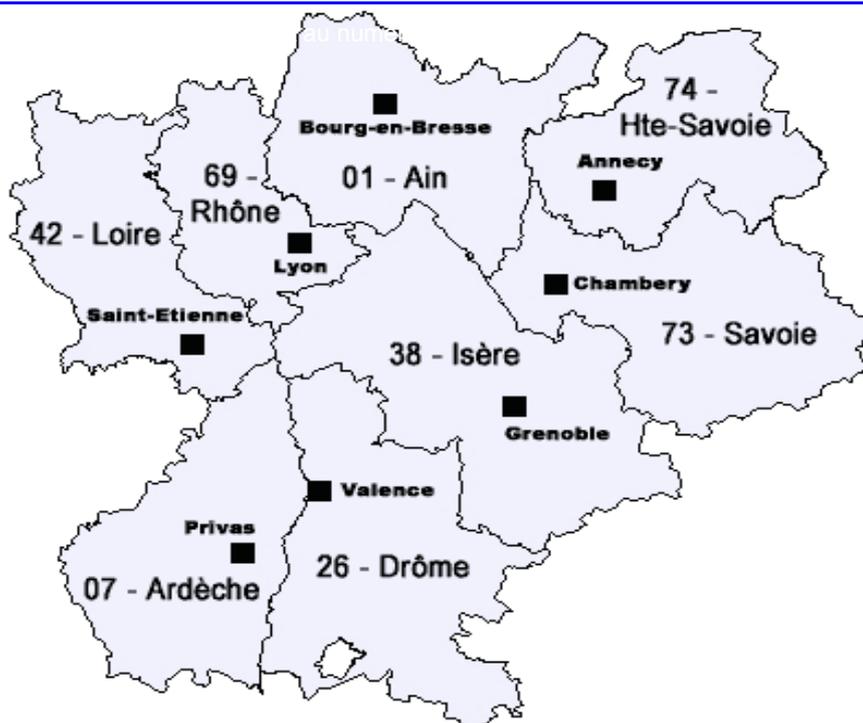
Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2014/10 du 15 mai 2014

Page 2 | Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya |

Page 3 | Situation épidémiologique du nouveau coronavirus MERS-CoV |

Page 4-5 | Indicateurs non spécifiques |



Actualités

- Journée nationale hépatites le 19 mai 2014

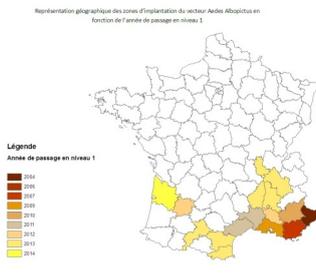
| Sources des données du Point Epidémiologique |

- 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.

Remerciements 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.

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.

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 des cas confirmés. 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.

Cette année, compte tenu de l'épidémie de chikungunya en cours dans nos 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.

Un bulletin de veille sanitaire sera prochainement consacré à cette thématique. Nos prochains points épidémiolo présenteront régulièrement les résultats de la surveillance renforcée au cours de la période.

Définition de cas

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

Dengue : fièvre > à 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.

Point Epidémiolo Antilles-Guyane, du 7 mai

Situation au 15/05/2014, en région Rhône-Alpes

Depuis le 1^{er} mai, 4 cas suspects ont été signalés. Les investigations épidémiologiques et biologiques sont en cours. Ils sont tous importés et reviennent respectivement de Guadeloupe, Indonésie, Nouvelle-Calédonie et Sénégal.

Rappel

Afin de rendre le dispositif aussi performant que possible, nous rappelons qu'il est essentiel pour les déclarants (médecin ou biologiste) de remplir très soigneusement la fiche de signalement accéléré. En effet, la documentation correcte de cette dernière conditionnera la réalisation adéquate des examens biologiques nécessaires. Etant donné la cinétique de la virémie et des anticorps viraux, l'indication des analyses est dépendante de la date de début des signes :

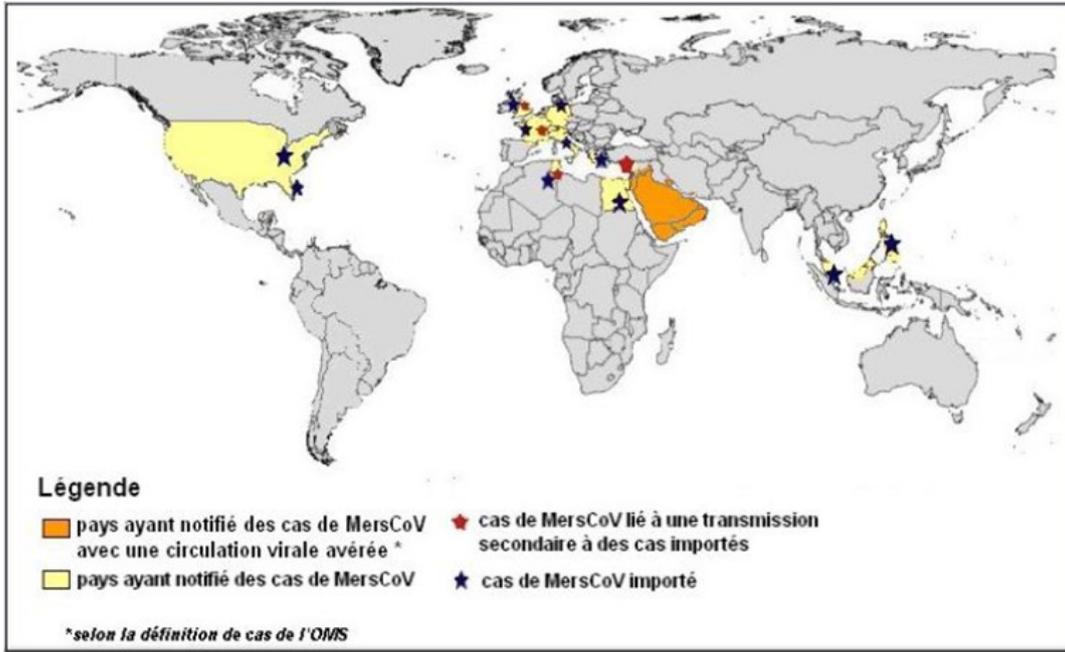
- Jusqu'à J4 après le début des signes : test direct RT-PCR.

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

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

L'arrêté du 5 mars 2014, a inscrit les RT-PCR chikungunya et dengue dans la nomenclature et ces analyses sont ainsi prises en charge par l'Assurance Maladie sous certaines conditions rappelées ci-dessus.

Au 13 mai 2014, 504 cas d'infection au nouveau coronavirus MERS-CoV ont été rapportés dans le monde, dont 175 décès. On note une recrudescence récente du nombre de cas avec près de 250 cas confirmés par l'OMS en avril, essentiellement en Arabie Saoudite et aux Emirats Arabes Unis., De nouveaux pays ont été récemment touchés par ce virus (Etats-Unis, Egypte, Grèce, Liban, Malaisie, Philippines et Yémen). Tous les cas notifiés en Amérique du Nord, en Europe et en Asie ont été infectés au Moyen-Orient.



Carte 1. Territoires affectés par l'épidémie de MERS-CoV au 13 mai 2014 (Source : Données personnelles InVS, fond de carte ESRI®)

L'[OMS](#) et l'[ECDC](#) expliquent cette recrudescence en Arabie Saoudite et aux Emirats Arabes Unis par des mesures de protection dans les hôpitaux qui n'étaient pas optimales, entraînant un nombre important de cas nosocomiaux secondaires. Aussi, un effet saisonnier dans la dynamique de l'épidémie et/ou un renforcement de la surveillance et de la recherche active de cas pourraient expliquer l'augmentation du nombre de cas dans la communauté.

Le mardi 13 mai 2014, l'OMS a tenu une [réunion d'urgence](#) sur le MERS-CoV et a conclu que les conditions d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) n'ont pas encore été remplies.

Compte tenu de cette augmentation du nombre de cas autochtones et importés dans le monde, la surveillance renforcée des personnes symptomatiques de retour de la Péninsule Arabique reste indispensable.

En France, cette surveillance est coordonnée par l'InVS et a été mise en place depuis le 1^{er} octobre 2012. Par ailleurs, le Haut Conseil de la Santé Publique publie régulièrement des mises à jour en fonction de l'état d'avancement des connaissances pour la prévention et la gestion des infections dues au MERS-CoV.

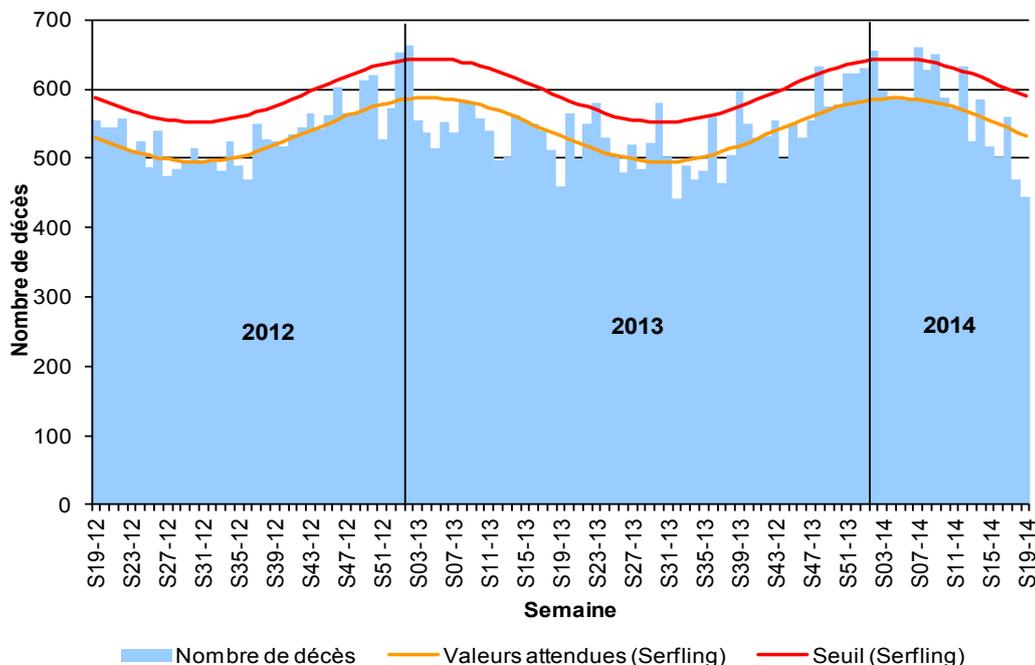
Pour en savoir plus :
[Page InVS sur le MERS-CoV](#)

[Bulletin Hebdomadaire International InVS](#)

[Recommandations HCSP](#)

Compte-tenu des jours fériés des 2 dernières semaines, les valeurs des indicateurs sont à consolider.

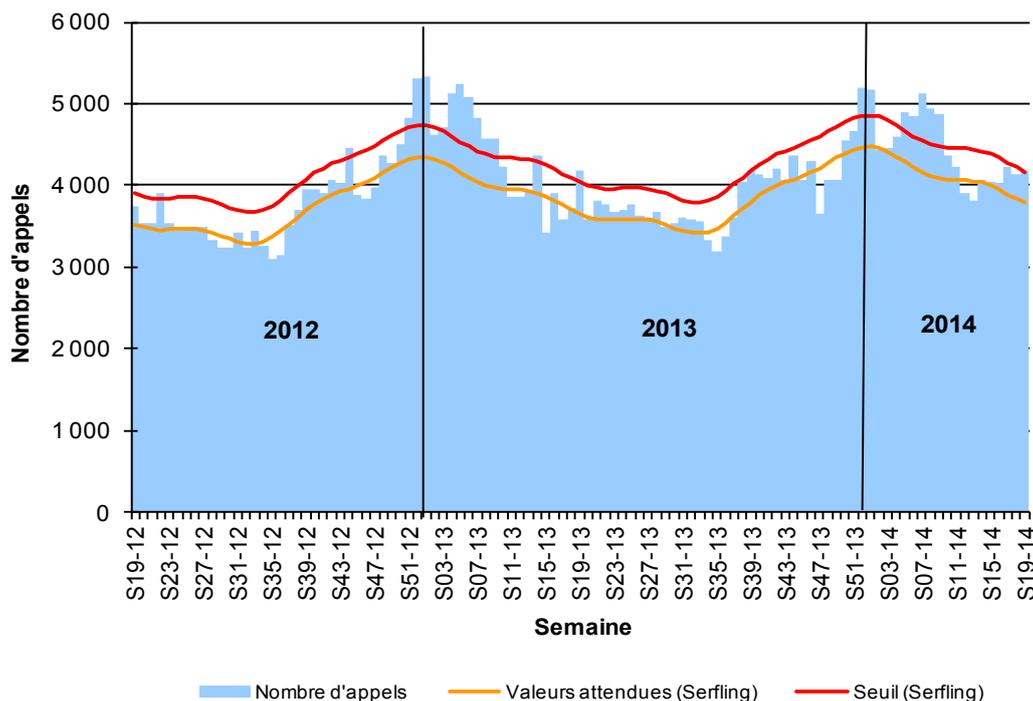
Figure 9. Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 65 communes informatisées en Rhône-Alpes du 07/05/2012 au 11/05/2014 (attention : les semaines du 28 avril au 11 mai sont incomplètes).



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.

Cet échantillon de communes représente environ 60 % de la mortalité régionale.

Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins¹ de Rhône-Alpes, du 14/05/2012 au 11/05/2014



L'activité des associations SOS Médecins est très soutenue ces dernières semaines, sans toutefois dépasser les seuils

L'activité des SAMU de la région est conforme à l'activité attendue pour la période.

Figure 11. Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 07/05/2012 au 11/05/2014

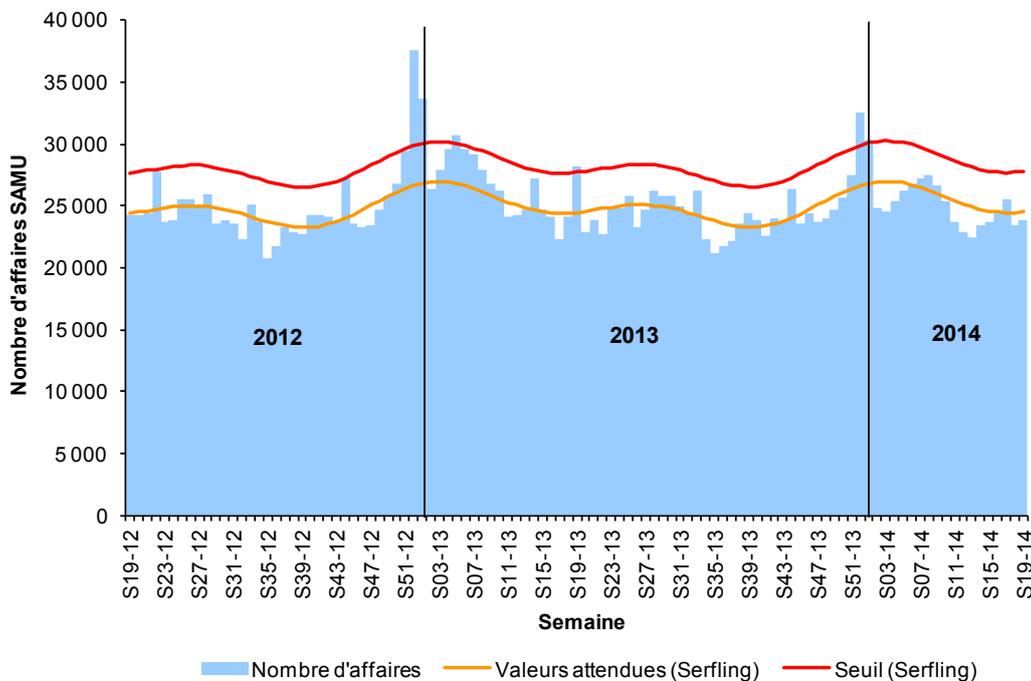


Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 07/05/2012 au 11/05/2014

