

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2014/30 du 23 octobre 2014

- Page 2** Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya en Rhône-Alpes
- Page 3** Intoxications au monoxyde de carbone
- Pages 4-6** Grippe - Bronchiolite - Gastro-entérites
- Pages 7-8** Indicateurs non spécifiques (sources : services d'Etat-Civil, SOS Médecins, serveur « Oural »)
- Pages 9-10** Méthodologie - Sources de données et partenaires



Actualités

- **Grippe** : La campagne de vaccination contre la grippe est lancée. Elle se déroule du 10 octobre 2014 au 31 janvier 2015. Comme chaque année, [l'Assurance maladie](#) prend en charge à 100 % le vaccin pour les personnes ciblées par les recommandations vaccinales du Haut Conseil de la Santé Publique ([page 10 calendrier vaccinal 2014](#)). Le HCSP recommande la poursuite des campagnes de vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus, et de la vaccination des personnels de santé. Un dossier complet est dédié aux professionnels de santé sur le site du [ministère de la santé](#). Plus d'informations sur le site [InVS](#).
- **Gestion des épidémies hivernales en établissement pour personnes âgées** : A l'arrivée de la saison des épidémies hivernales de grippe et de gastro-entérites, les outils et documents utiles aux établissements pour personnes âgées pour la gestion de ces épidémies ont été mis à jour sur le [site Internet de l'ARS](#).
- **Epidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest** : L'OMS a officialisé le 17 et 20 octobre la fin de l'épidémie au Nigéria et Sénégal. La [définition de cas](#) a été modifiée en conséquence le 20 octobre. Trois pays rapportent toujours une transmission du virus Ebola soutenue : Guinée, Libéria, Sierra Leone. Au total, 9 212 cas et 4 554 décès ont été rapportés par l'OMS. Le 14 octobre, les Etats-Unis ont signalé un deuxième cas secondaire diagnostiqué sur leur territoire. Pour plus d'information : site de l'[InVS](#).
- **Infections à nouveau coronavirus (Mers CoV)** : Alors que les retours du pèlerinage du «Hadj» vont s'étaler jusqu'en semaine 45, il convient de maintenir une vigilance renforcée vis-à-vis des personnes de retour de la Péninsule Arabique présentant des symptômes respiratoires compatibles avec une infection à MERS CoV (cf [définition de cas de l'InVS](#)). La procédure de prise en charge ainsi que les mesures de protection à mettre en œuvre en présence d'un cas suspect sont en ligne sur le site du [Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes](#). Pour plus d'information : [Bulletin hebdomadaire internationale n° 474 du 15 au 21 octobre](#)
- **Surveillance des intoxications au CO** : début de la surveillance dans le point épidémiologique. Attention, les modalités de signalements ont évolué depuis le 1^{er} octobre 2014.
- **Intoxications liés à la consommation de champignons** : Depuis le début de la surveillance, (30 juin 2014), 76 cas d'intoxication (parmi lesquels, 2 cas graves dont 1 décès) ont été recensés en Rhône-Alpes. [Pour en savoir plus](#)

Tendances

- **Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya** : poursuite de la diminution du nombre de signalements
- **Intoxication au CO** : 1 épisode d'intoxication depuis le 1^{er} octobre 2014
- **Gastro-entérites** : activité faible, en discrète augmentation
- **Grippe et syndromes grippaux** : faible niveau d'activité
- **Bronchiolite** : activité en augmentation → [Le document grand public pour les mesures de prévention](#)
- **Mortalité** : en deçà des valeurs attendues
- **SOS Médecins et services d'urgence** : intensification de l'activité ces dernières semaines.

Depuis le 1^{er} octobre 2014, pour signaler à l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes un risque pour la santé publique, un numéro : 0 810 22 42 62, un mail : ars69-alerte@ars.sante.fr, un fax : 04 72 34 41 27.

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 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).

Situation au 23/10/2014, en région Rhône-Alpes (Données de signalement disponibles, le 20/10/14)

Depuis le 1^{er} mai au 19 octobre, **211** cas suspects importés de chikungunya ou de dengue ont été signalés dans les quatre départements de la région concernés par la surveillance renforcée.

Le tableau ci-dessous en présente la synthèse.

Tableau 1. Synthèse des signalements de Chikungunya et de Dengue

Département	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés		En attente de confirmation biologique	Investigations		Cas exclus
		dengue	chikungunya		Prospection	Traitement LAV	
Ardèche	10	1	4	0	5	0	5
Drôme	20	3	10	1	12	1	6
Isère	50	9	27	2	15	0	12
Rhône	131	22	54	4	64	1	51
Total	211	35	95	7	96	2	74

* des investigations entomologiques sont en cours, mais non enregistrées

Au cours des vingt-cinq semaines de surveillance, 35 cas importés de dengue et 95 de chikungunya ont été identifiés dans les quatre départements sous surveillance renforcée.

Les 35 cas confirmés de dengue provenaient, par ordre de fréquence, de : Indonésie (10), Thaïlande (9), Guadeloupe (5), Polynésie Française (4), Colombie (2), Costa Rica (1), Cuba (1), Laos (1), Malaisie (1), Sénégal (1). Trente et un d'entre eux étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Les 95 cas confirmés de chikungunya provenaient, par ordre de fréquence, de : Guadeloupe (49), Martinique (35), Haïti (7), Guyane Française (3) et République Dominicaine (1). Soixante cinq cas (68%) étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Tous les cas de chikungunya importés en 2014 ont donc été contaminés dans la région caribéenne ou en Guyane française dont plus de la moitié en Guadeloupe.

La diminution progressive du nombre de signalements de cas suspects notée ces dernières semaines, se poursuit. Toutefois, la surveillance reste activée jusqu'à la fin novembre. En effet, le vecteur est toujours présent dans les départements concernés et les épidémies dans la zone caribéenne sont toujours actives notamment en Guyane où la circulation virale poursuit son extension, même si celles-ci ont diminué en intensité et tendent à se stabiliser dans les îles des Antilles françaises.

Par ailleurs, cinq cas autochtones de chikungunya ont été identifiés à Montpellier cette semaine. La surveillance épidémiologique et entomologique a été renforcée et des actions de démoustication ont été mises en œuvre dans le quartier fréquenté par ces cinq cas. Le risque de développement d'une épidémie est considéré comme faible mais ne peut être exclu, en raison de l'implantation importante du moustique *Aedes albopictus* dans le département de l'Hérault. Pour plus d'informations : Site [ARS LR](#).

Pour en savoir plus

- [Point Epidémiologique Antilles-Guyane](#), du 09 octobre
- [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire](#), (Bilan saison 2013) du 23 juillet
- [Site InVS](#)
- [Site ARS Rhône-Alpes](#)

En période de chauffe (d'octobre à mars), la Cire Rhône-Alpes présente dans son point épidémiologique bimensuel un bilan régional des signalements des intoxications au monoxyde de carbone (CO) déclarés au système de surveillance.

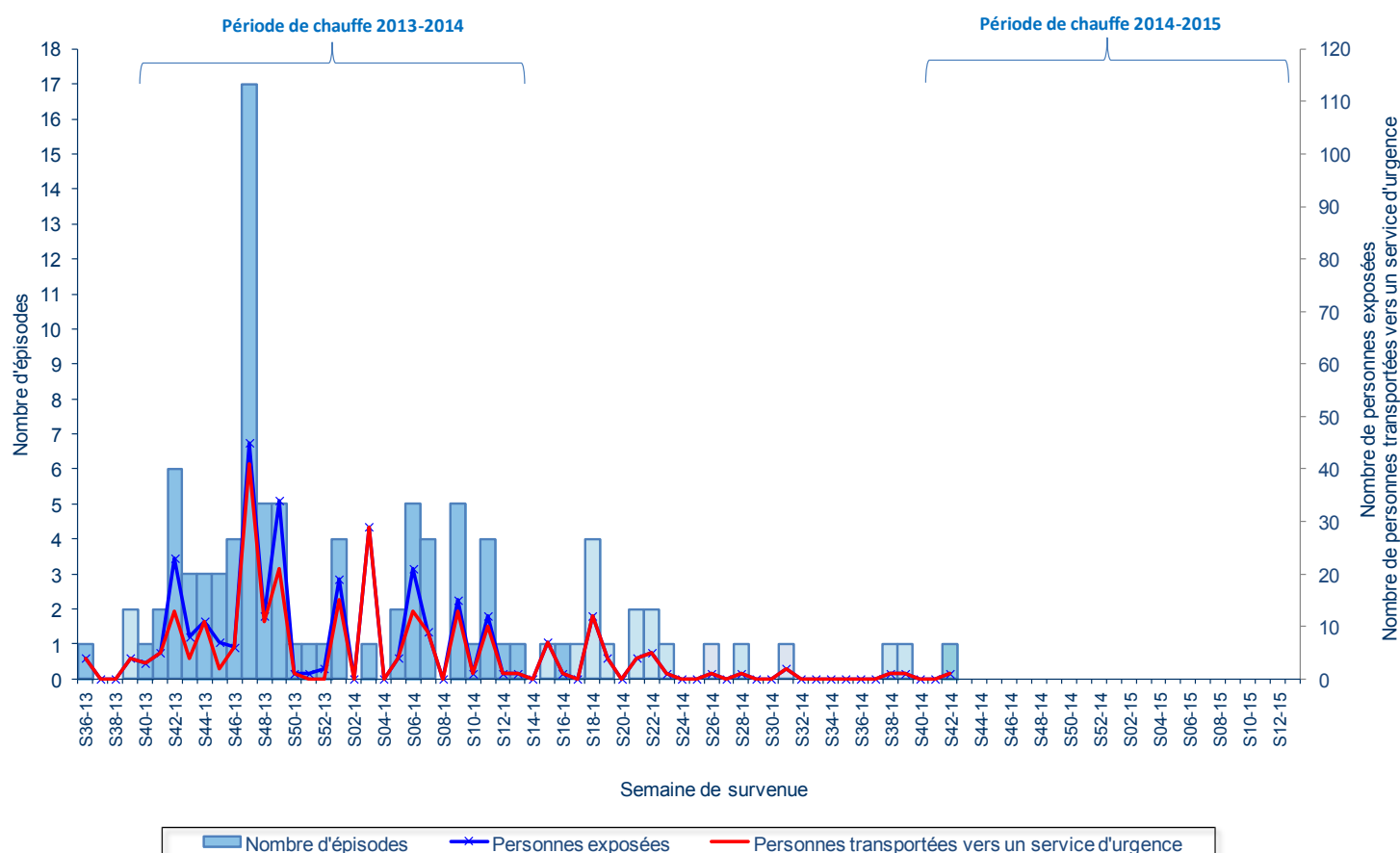
Bilan depuis le 1^{er} octobre 2014 :

En Rhône-Alpes, depuis le 1^{er} octobre 2014, un épisode d'intoxication au monoxyde de carbone concernant une personne a été signalé.

Faits marquants au 19 octobre 2014 :

Un seul épisode d'intoxication en lien avec les températures clémentes du moins d'octobre.

Figure 1. Répartition hebdomadaire (du 1^{er} septembre 2013 au 19 octobre 2014) du nombre d'épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone, du nombre de personnes exposées et du nombre de personnes transportées vers un service d'urgences



Le dispositif régional de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone a évolué depuis le 1^{er} octobre 2014.

Dorénavant, tous les signalements d'intoxication au monoxyde de carbone de la région doivent être transmis au point focal régional (PFR) de l'Agence Régionale de santé par fax (04 72 34 41 27) ou par mail (ars69-alerte@ars.sante.fr) à l'aide d'un [formulaire téléchargeable](#).

Pour en savoir plus :

[Site Internet de l'ARS Rhône-Alpes](#)

[Site Internet de l'InVS](#)

[Bulletin de surveillance nationale](#)

En médecine générale :

Depuis début septembre (semaine 2014-36), on constate une faible augmentation des consultations pour syndromes grippaux des médecins de la région Rhône Alpes appartenant au Réseau Unique (Sentinelles). Néanmoins, les valeurs observées restent bien en deçà des valeurs maximales attendues pour la période (Figure 2).

Depuis la deuxième semaine de septembre (semaine 2014-37), le nombre de consultations pour syndrome grippal de SOS médecins augmente chaque semaine, notamment au cours des deux dernières semaines (Figure 3).

A l'hôpital, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour syndrome grippal au sein du réseau Oscour suit la même dynamique, avec une augmentation progressive du nombre de passages depuis fin septembre (Figure 4).

Surveillance des Infections Respiratoires Aigües (IRA) en Ehpad:

On n'observe pas de recrudescence de signalements de cas groupés d'IRA en Ehpad au cours des dernières semaines (Figure 5). Sur les 7 derniers épisodes d'IRA signalés depuis juillet, le taux d'attaque moyen, le taux d'hospitalisation moyen et la létalité par établissement étaient respectivement de 25 %, 10 % et 1,8 % parmi les résidents. Parmi le personnel, le taux d'attaque moyen par établissement était de 0,4 %.

Surveillance virologique : Au cours des 3 premières semaines d'octobre, le Centre National de Référence de virus Influenzae a identifié en région Rhône Alpes 2 virus grippaux de type A sur des prélèvements hospitaliers. Aucun viral grippal n'a été identifié sur les prélèvements de patients consultant en ville. Par ailleurs, le CNR constate la circulation installée de Rhinovirus sur le sud de la France.

Au total, les indicateurs de surveillance épidémiologique montrent une discrète augmentation de la circulation virale au cours des dernières semaines sans lien direct avec le virus grippal.

Figure 2. Incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal en Rhône-Alpes estimée par le réseau Unique (Sentinelles) du 27/12/2013 au 19/10/2014

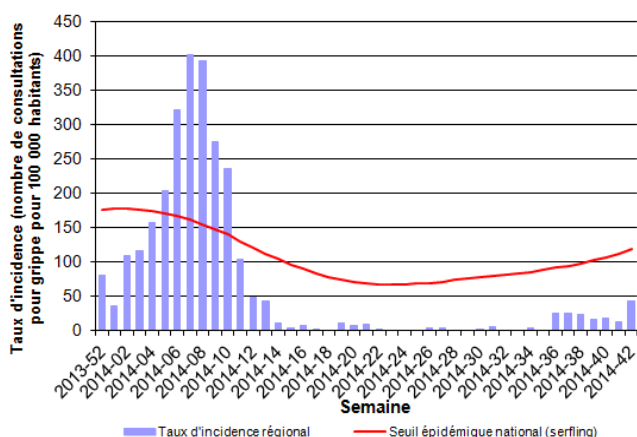


Figure 3. Nombre hebdomadaire de syndromes grippaux vus en consultation par les médecins des 5 associations SOS Médecins, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014

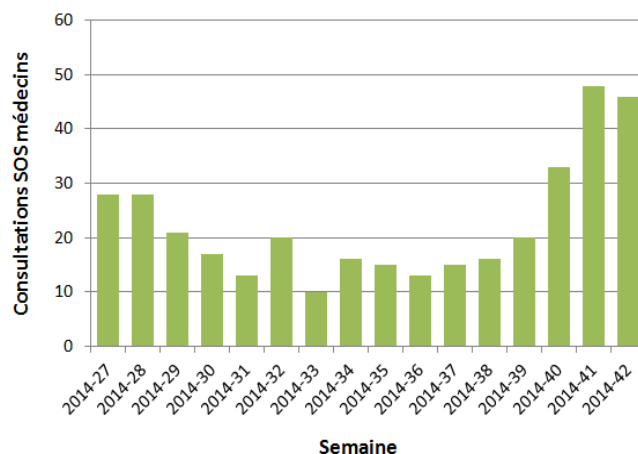


Figure 4. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour syndrome grippal et d'hospitalisations consécutives, tous âges confondus, Réseau Oscour, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014

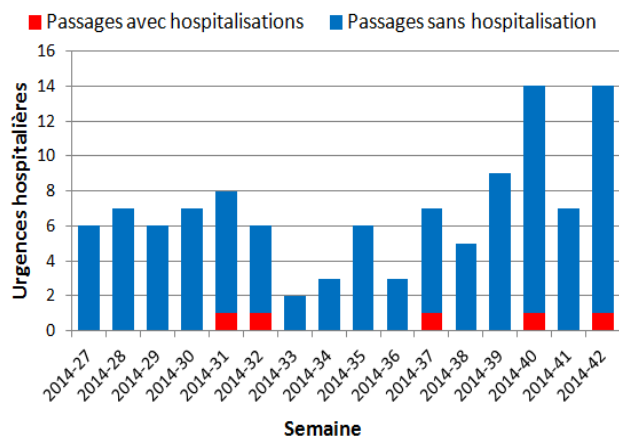
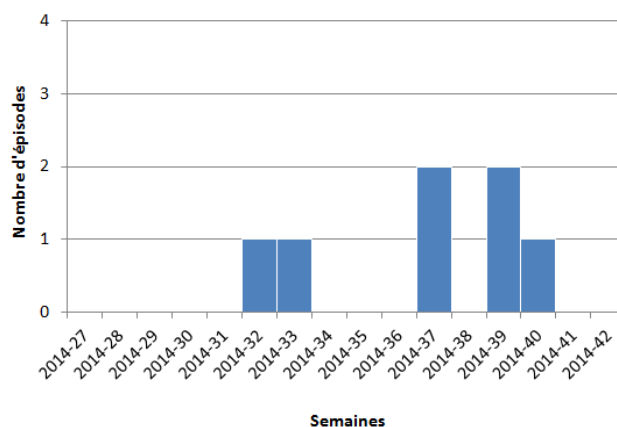


Figure 5. Répartition hebdomadaire du nombre d'épisodes d'IRA en EHPAD signalés à l'ARS, selon la semaine de survenue du 1er cas, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014



Pour en savoir plus : [Site InVS](#)

En médecine générale, on observe depuis la deuxième semaine de septembre (semaine 2014-37), une augmentation du nombre hebdomadaire des consultations pour bronchiolite chez les médecins des 5 associations SOS Médecins de la région (Figure 6).

A l'hôpital, sur la même période, on observe également une augmentation régulière du nombre de passages aux urgences pour bronchiolite avec un doublement des cas hebdomadaires (Figure 7). L'augmentation est surtout marquée dans la classe d'âge des moins de 1 an (Figure 8).

Au total, tous les indicateurs de surveillance épidémiologique témoignent de l'augmentation des consultations pour bronchiolite au cours des six dernières semaines.

Figure 6. Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite posés par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014

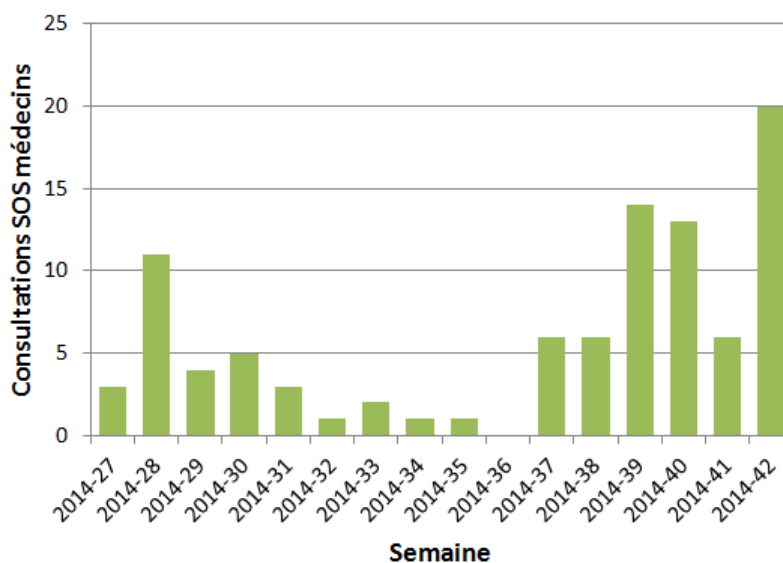
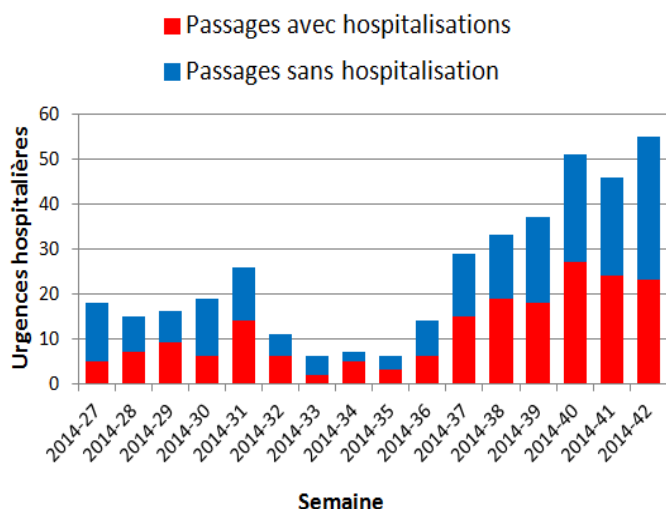
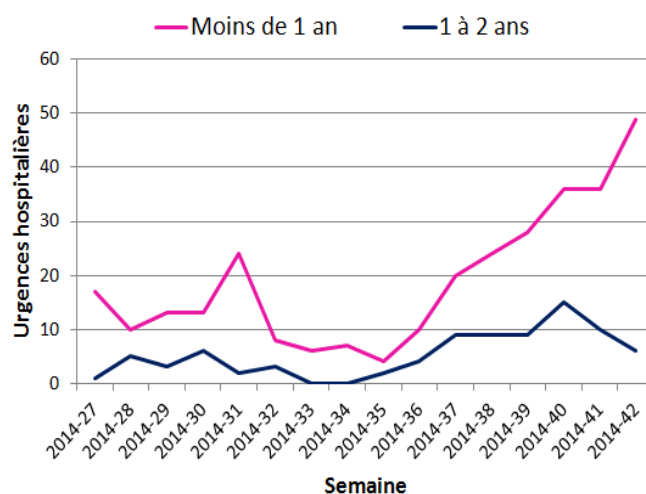


Figure 7. Nombres hebdomadaires de passages aux urgences pour bronchiolite et d'hospitalisations consécutives*, Réseau Oscour, Rhône-Alpes, 30/06/2014 au 19/10/2014



* Données de l'HFME non comptabilisées

Figure 8. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite par classes d'âge*, Réseau Oscour, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014



* Données de l'HFME non comptabilisées

Pour en savoir plus

[Site InVS](#)

[Site ARS](#)

En médecine générale, le nombre hebdomadaire de diarrhées aiguës vues en consultation par les médecins du réseau Sentinelles augmente faiblement depuis début septembre (semaine 2014-36) (Figure 9). On constate également une augmentation des consultations pour gastro-entérite chez les médecins des 5 associations SOS Médecins de la région depuis fin septembre (semaine 2014-39) (Figure 10).

A l'hôpital, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour gastro-entérites au sein du réseau Oscour reste stable sur la même période (Figure 10), quelle que soit la classe d'âge considérée (Figure 11).

La surveillance des Gastro-Entérites Aigües (GEA) en Ehpad:

On n'observe pas de recrudescence des signalements au cours des dernières semaines (Figure 12). Sur les 9 épisodes de GEA en Ehpad signalés depuis juillet, le taux d'attaque moyen et le taux d'hospitalisation moyen par établissement étaient respectivement de 12,5 % et 5 % parmi les résidents. Aucun décès liés à ces cas groupés de GEA n'a été rapporté. Parmi le personnel, le taux d'attaque moyen par établissement était de 5,4 %.

Au total, les indicateurs de surveillance épidémiologiques montrent une discrète augmentation du nombre de gastro-entérites en médecine générale.

Figure 9. Incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome diarrhéique en Rhône-Alpes estimée par le réseau Sentinelles du 30/06/2014 au 19/10/2014

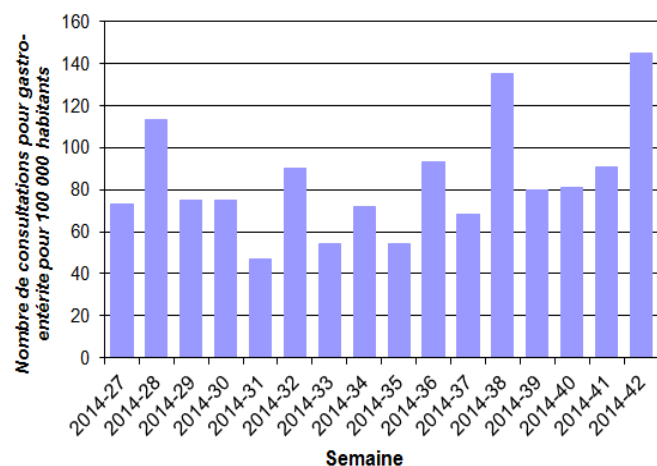
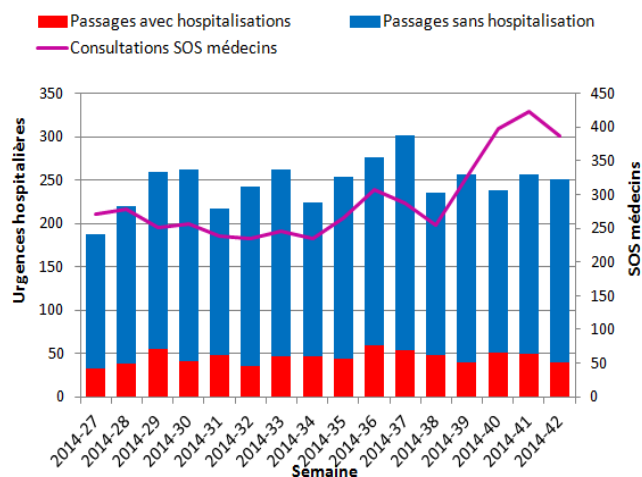


Figure 10. Nombres hebdomadaires de passages aux urgences, avec ou sans hospitalisations, et de consultations SOS Médecins pour gastro-entérites, tous âges confondus, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014



* Données de l'HFME non comptabilisées

Figure 11. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour gastro-entérite, par classe d'âge, Réseau Oscour, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014

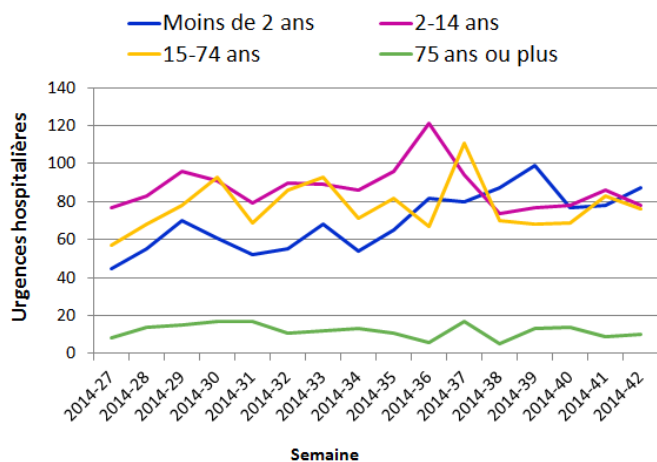
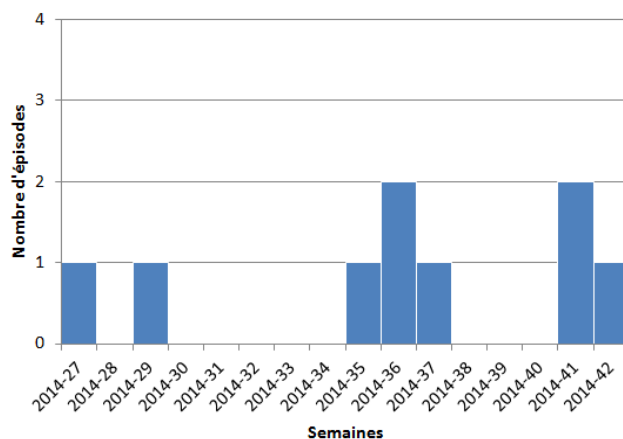


Figure 12. Nombre hebdomadaire d'épisodes de gastro-entérites aiguës en EHPAD signalés à l'ARS, selon la semaine de survenue du 1er cas, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 19/10/2014



Pour en savoir plus :

[Site InVS](#)
[Site ARS](#)

Figure 13. Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 74 communes informatisées en Rhône-Alpes du 15/10/2012 au 19/10/2014 (attention : les 2 dernières semaines sont incomplètes).

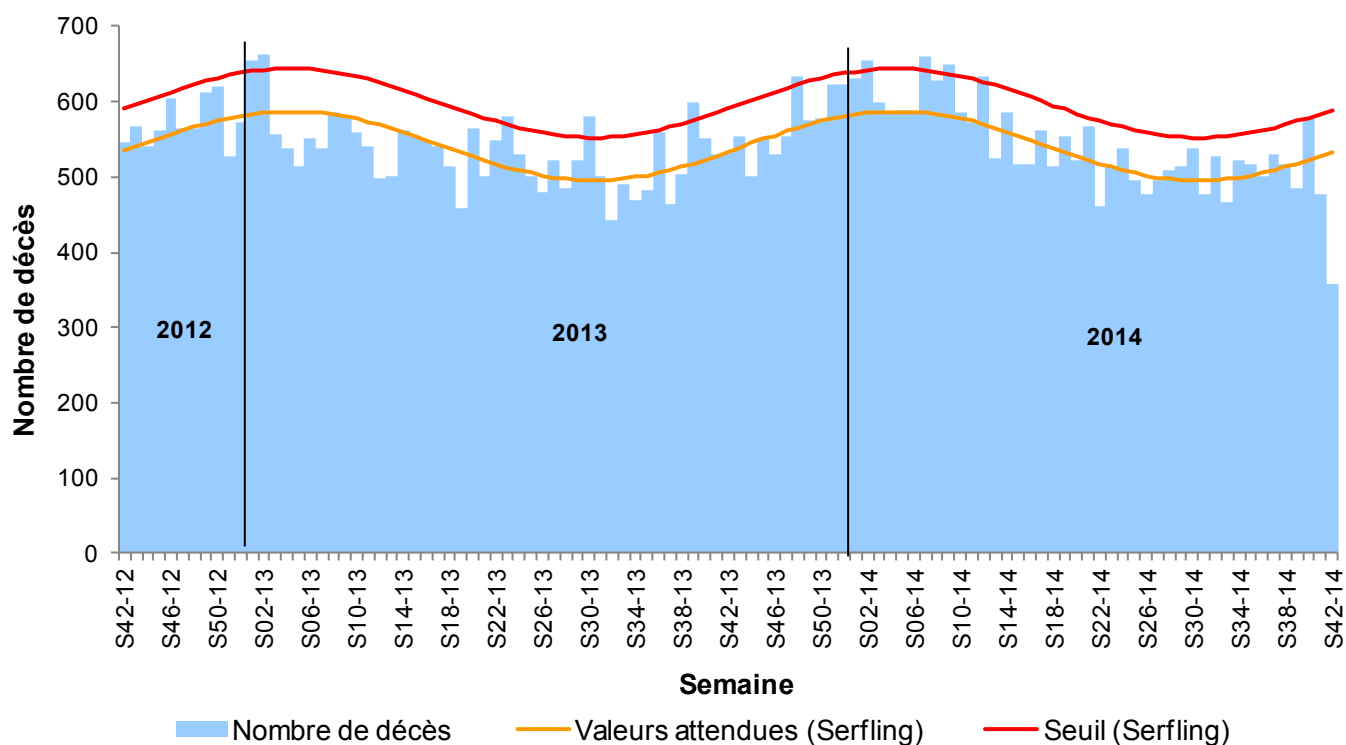


Figure 14. Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 15/10/2012 au 19/10/2014 (la semaine 38 est incomplète suite à un problème technique).

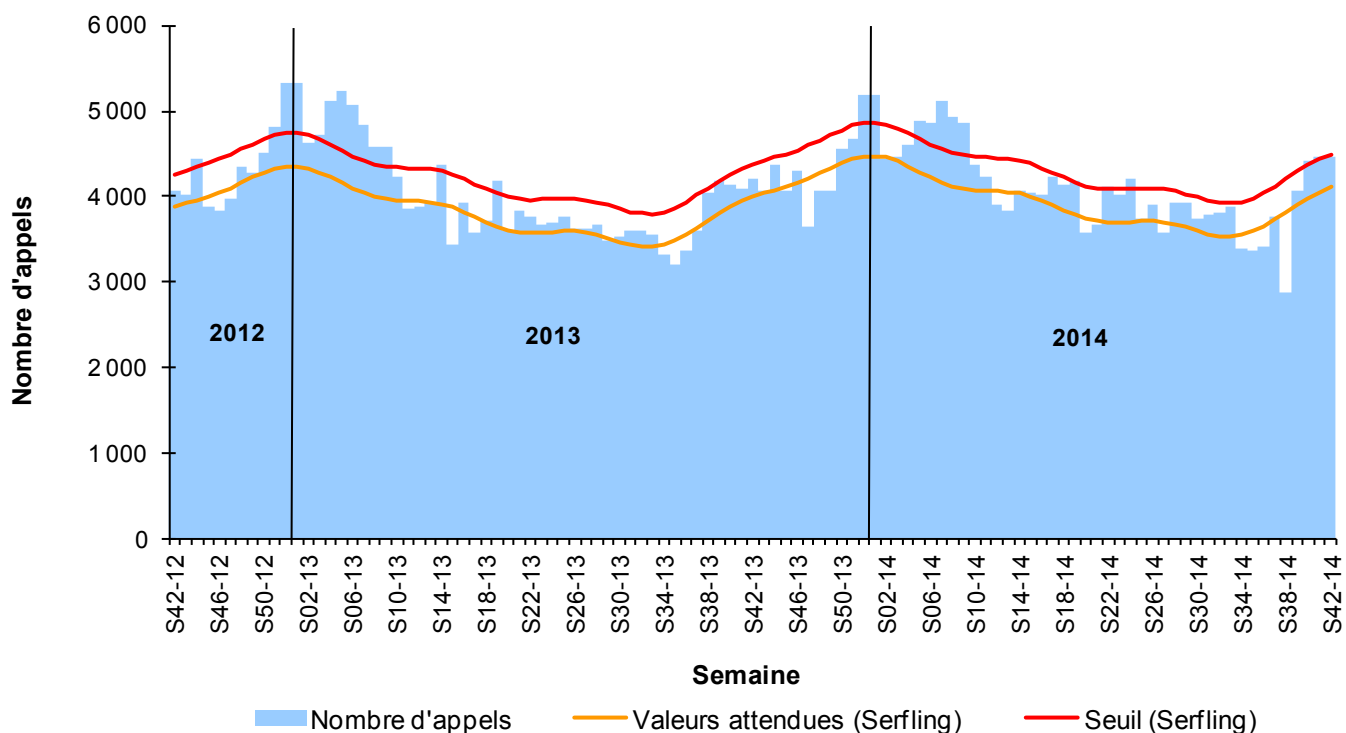


Figure 15. Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 15/10/2012 au 19/10/2014

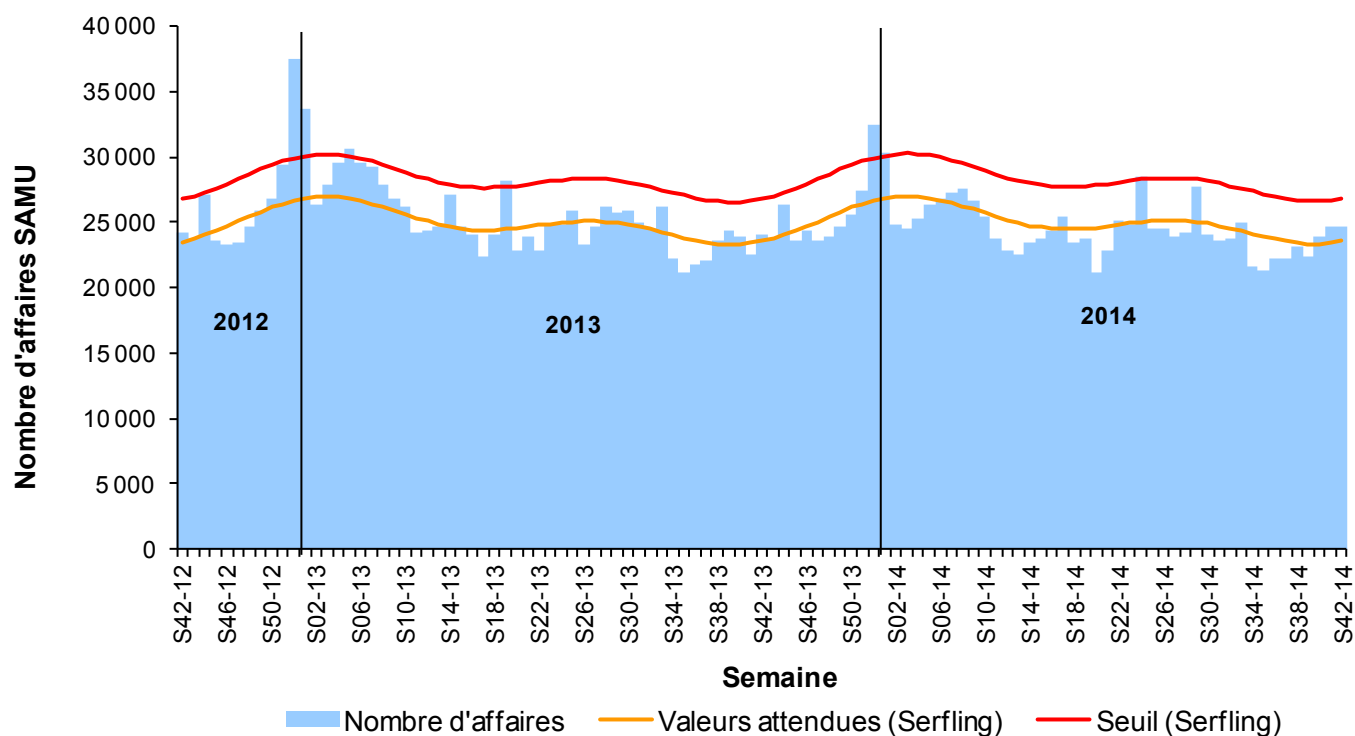
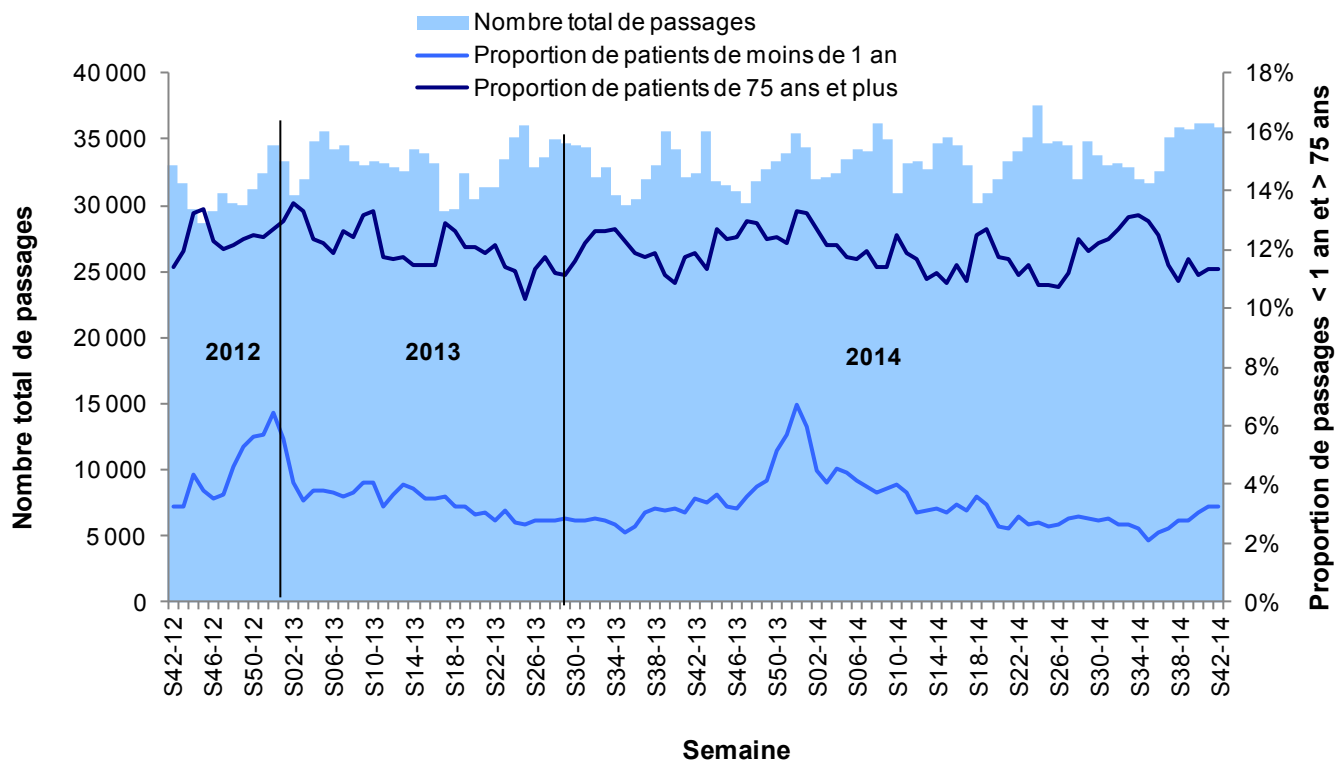


Figure 16. Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 15/10/2012 au 19/10/2014



| Dispositif de surveillance des intoxications au CO |

Le **monoxyde de carbone** (CO) est un gaz inodore, incolore et non irritant. Une fois inhalé, il se fixe à la place de l'oxygène et empêche son transport vers les tissus. Le CO est la première cause de mortalité accidentelle par toxique en France. On dénombre une centaine de décès en moyenne par an.

Il est issu le plus souvent du dysfonctionnement d'appareil de chauffage, du mésusage d'appareils de cuisine ou de chauffage et de l'utilisation d'appareil à moteur thermique en milieu clos (groupe électrogène, ...).

Depuis 2005, le dispositif national de surveillance des intoxications au CO est coordonné par l'InVS.

A quoi s'intéresse-t-on ?

Aux intoxications accidentelles survenues dans l'habitat, un établissement recevant du public, un lieu de travail, un véhicule en mouvement ou lors d'intoxication volontaire.

Cette surveillance ne prend pas en compte les incendies.

Dans quel but ?

- gestion des risques : éviter les récives
- épidémiologique : guider les actions de santé publique et en évaluer l'impact

Les **déclarants** peuvent être les SDIS, les services d'urgences, le service de médecine hyperbare de Lyon ou d'autres déclarants. Tous les signalements de la région doivent être transmis à l'ARS par **fax (04 72 34 41 27)** ou par **mail (ars69-alerte@ars.sante.fr)** à l'aide d'un [formulaire téléchargeable](#)

Pour chaque déclaration deux enquêtes sont menées :

- Environnementale : les services environnement et santé de l'ARS et les SCHS.
- Médicale : dispositif de toxicovigilance de Grenoble

| Dispositif de surveillance de la Grippe |

Le dispositif de surveillance permet de suivre les épidémies de grippe selon plusieurs niveaux de gravité de la simple infection, sans recours aux soins, jusqu'au décès. En France métropolitaine, il est activé en semaine 40 (début d'octobre) et se termine en semaine 15 de l'année suivante (mi-avril). Les systèmes de surveillance utilisés en région pour la surveillance de la grippe sont les suivants :

- Le Réseau Unique (Sentinelles) et SOS Médecins qui permettent de suivre les consultations pour syndromes grippaux en médecine générale,
- Le réseau Oscour de l'InVS qui permet de suivre les passages et les hospitalisations pour syndrome grippal dans les services d'urgence,
- Le signalement des cas groupés d'Infections respiratoires aiguës survenant en collectivités de personnes âgées
- La surveillance virologique des virus circulants exercée par le Centre national de référence Influenzae,
- La surveillance des cas graves de grippe à partir des services de réanimation de la région qui débute au 1er novembre.

Les données épidémiologiques et virologiques issues de la médecine ambulatoire, des collectivités de personnes âgées et de l'hôpital, ainsi que celles concernant les décès sont analysées chaque semaine.

Pour en savoir plus : site [InVS](#)

| Dispositif de surveillance des Gastro-entérites |

La surveillance des gastro-entérites aiguës (GEA) est assurée par plusieurs systèmes complémentaires. Les systèmes de surveillance utilisés en région pour cette surveillance sont les suivants :

- Le Réseau Sentinelles et SOS Médecins qui permettent de suivre les consultations pour diarrhées aiguës et GEA en médecine générale,
- Le réseau Oscour de l'InVS qui permet de suivre les passages aux urgences pour GEA,
- Le signalement des cas groupés de GEA en collectivités de personnes âgées.

Pour en savoir plus sur ces dispositifs de surveillance: site [InVS](#)

| 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).
- Le **Réseau Unique de surveillance de la grippe : Réseau Sentinelles**
- 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 (EIDRA)**
- L'Institut national de la statistique et des études économiques (**Insee**)
- **Météo-France**
- Le **CNR arbovirus** (IRBA Marseille)
- Le **CNR Influenzae**
- 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