

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2014/01 du 30 avril 2014

Page 2 | Reprise de la surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya au 1^{er} mai

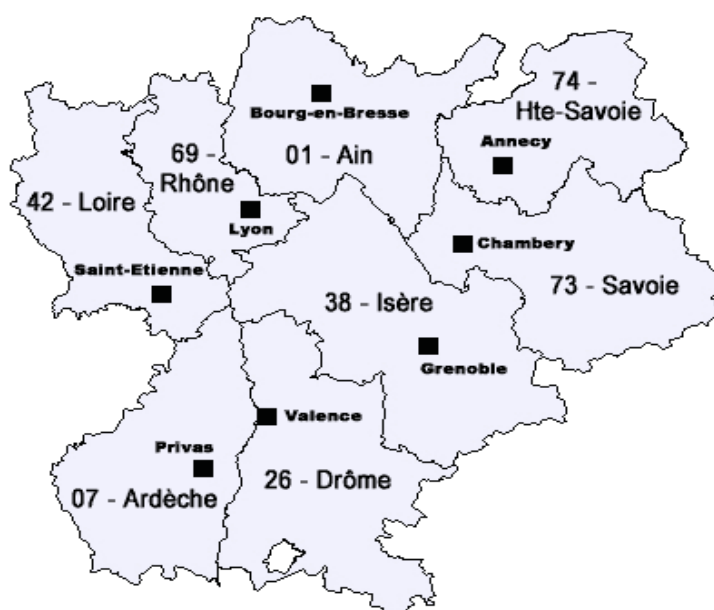
Page 3 | Situation épidémiologique inhabituelle des infections invasives à méningocoques B|

Page 4-5 | Bilan surveillance GEA et IRA en EHPAD |

Page 6-7 | Bilan surveillance grippe |

Page 8 | Maladies à déclaration obligatoire |

Page 9 | Indicateurs non spécifiques |



| 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.

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. Le dernier département nouvellement inclus est celui de Gironde, en région Aquitaine.

Quatre de nos départements rhônalpins, l'Ardèche, la Drôme, l'Isère et le Rhône sont concernés, depuis que l'arrêté ministériel du 31 janvier 2013 qui les a classé en niveau de risque 1 du fait de l'implantation effective du moustique dans ces départements.

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 1^{er} 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, [par arrêté du 5 mars 2014](#), les RT-PCR chikungunya et dengue ont été introduites dans la nomenclature et sont ainsi prises en charge par l'Assurance Maladie sous certaines conditions. Les prélèvements doivent être réalisés jusqu'à 7 jours après le début des signes (au-delà, elle n'a plus d'intérêt diagnostique) chez les patients présentant une symptomatologie évocatrice et revenant d'une zone touchée par le virus de la dengue et/ou du chikungunya ou ayant séjourné dans une zone d'activité du vecteur de mai à novembre.

Cette année, compte tenu de l'épidémie de chikungunya en cours dans nos départements français d'Amérique, le nombre 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 épidémiologiques 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 Epidémiologique Antilles-Guyane, du 24 avril](#)



Crédit photo : JB Ferré / EID Méditerranée

L'Agence régionale de santé (ARS) et la cellule de l'InVS (Cire) en région Rhône-Alpes ont identifié une augmentation de l'incidence des infections invasives à méningocoque B (IIM B) dans le nord de la région et plus particulièrement dans le département de l'Ain.

Sur les 52 dernières semaines (entre le 14 avril 2013 et le 14 avril 2014), 8 cas d'IIMB sont survenus dans le département de l'Ain et une commune limitrophe du Rhône.

Parmi ces 8 cas, 6 sont liés à un clone «B:P1.7-2,16:F3-3:32 » peu fréquent en France puisqu'il ne représente que 3% des souches isolées par le Centre national de référence des méningocoques (CNR) à l'Institut Pasteur. Le clone appartient au complexe clonal ST 32.

Ce clone circule en Rhône-Alpes et dans l'Ain en particulier, depuis 2011. Cette circulation s'est intensifiée en 2012-2013, ce qui a conduit la Cire et l'ARS Rhône Alpes à renforcer la surveillance épidémiologique des IIM en octobre 2013.

Entre juin 2013 et mars 2014, aucun cas d'IIM B liée à ce clone n'est survenu, évoquant une diminution de sa circulation dans le secteur. Cependant, entre le 7 mars et le 14 avril 2014, 5 cas très probablement liés à ce même clone (analyses du CNR en cours) sont survenus dans l'Ain et dans une commune du Rhône limitrophe, soit 5 cas en 6 semaines. La situation actuelle évoque une nouvelle phase de circulation active du clone localisée dans le quart sud-ouest de l'Ain.

Les 6 cas liés au clone (1 homme et 5 femmes) étaient âgés de 3 à 57 ans (âge médian 14 ans). Parmi eux, 3 ont présenté un *purpura fulminans* et 4 ont présenté des signes de choc ; 5 ont été hospitalisés en réanimation ; aucun n'est décédé mais 1 présente des séquelles.

L'analyse épidémiologique de la situation montre un excès de cas d'IIM B significatif sur la zone géographique regroupant les 6 cas liés au clone par rapport au reste de Rhône-Alpes et au reste de la France, en particulier sur la tranche d'âge 5-14 ans. Elle n'a pas identifié néanmoins de grappe de cas telle que définie dans l'avis du HCSP du 25 octobre 2013, ni de situation épidémique. L'analyse des taux d'incidence des IIM B liées au clone « B:P1.7-2,16:F3-3:cc32 » au cours des 52 dernières semaines n'évoque pas non plus de situation d'hyperendémicité.

Enfin, les investigations menées sur les cas survenus depuis début mars n'ont pas permis, à ce jour, de mettre en évidence de liens épidémiologiques entre les cas ni de collectivité de vie commune partagée par les cas.

A ce stade, la situation épidémiologique ne correspond pas aux critères de vaccination définis dans l'avis du haut Conseil Supérieur de la Santé Publique du 25 octobre 2013 relatif à l'utilisation du vaccin Bexsero. Cependant, bien que sur le plan national on n'observe pas de différence de létalité entre ce clone (9,5 %) et les autres souches d'IIM B (6,0 %), 4 sur les 6 cas liés au clone étaient des formes particulièrement sévères.

Au total, la situation nécessite de **maintenir une surveillance renforcée** avec signalement de tout nouveau cas d'IIM à l'ARS et **envoi sans délai** des souches et PCR positives **au CNR des Méningocoques** pour caractérisation. A cette fin, l'ARS Rhône-Alpes a adressé un courrier aux médecins généralistes, aux biologistes, aux SAMU et urgentistes des zones concernés.

Résultats provisoires : Période du 01/10/2013 au 27/04/2014

Un bilan détaillé de la surveillance saisonnière avec les données consolidées sera publié prochainement.

- Nombre d'épisodes signalés: **58**
- Répartition géographique : **Rhône 26%**, Loire 14% , Drôme 14%, Haute-Savoie 14%, Ain 10%, Isère 10%, Ardèche 7%, Savoie 5%
- Délai moyen de signalement à l'ARS après la date de début des signes du premier cas : **4,5 jours**
- Semaine de survenue maximale de cas déclarés : **Semaine 52-2013**
- Durée moyenne des épisodes : **10 jours**
- Nombre de malades (sur 51 épisodes clôturés) : **1208 résidents et 189 personnels**
- Nombre d'hospitalisations : **5 résidents**
- Nombre de décès : **2 résidents**
- Taux d'attaque moyen¹ résidents des établissements déclarants : **29 %**
- Taux d'attaque moyen¹ personnels des établissements déclarants : **7,8 %**
- Nombre de recherches étiologiques effectuées : **27 (47%)**
- Résultats des recherches étiologiques : **14 norovirus et 5 rotavirus**
- Taux d'attaque moyen selon l'étiologie : **Norovirus 39%, Rotavirus 35%**
- Mises en place des mesures de contrôle : **Tous les épisodes**
- Délai moyen entre le premier cas et la mise en place des mesures : **1,2 jours (Délai supérieur à 3 jours dans 14% des épisodes)**

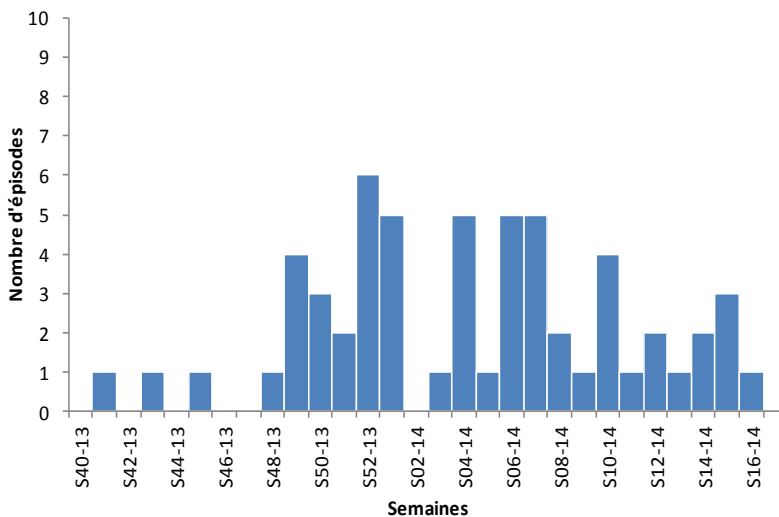
Rappel du dispositif

Les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique (HSCP) de janvier 2010 incitent les établissements accueillant des personnes âgées à déclarer à leur Agence Régionale de Santé (ARS) les cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA) survenant au sein de leur établissement.

La définition de cas groupés doit faire l'objet d'un signalement correspondant à la survenue de **cinq cas de résidents malades sur une période de quatre jours**.

Le suivi des épisodes de GEA 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)

Figure 1. Répartition du nombre d'épisodes de gastro-entérites aiguës en EHPAD signalés à l'ARS Rhône-Alpes entre le 01/10/2013 et le 27/04/2014



¹ Taux d'attaque moyen : rapport du nombre total de cas chez les résidents sur le nombre total de résidents des établissements déclarants.

Résultats provisoires : Période du 01/10/2013 au 27/04/2014

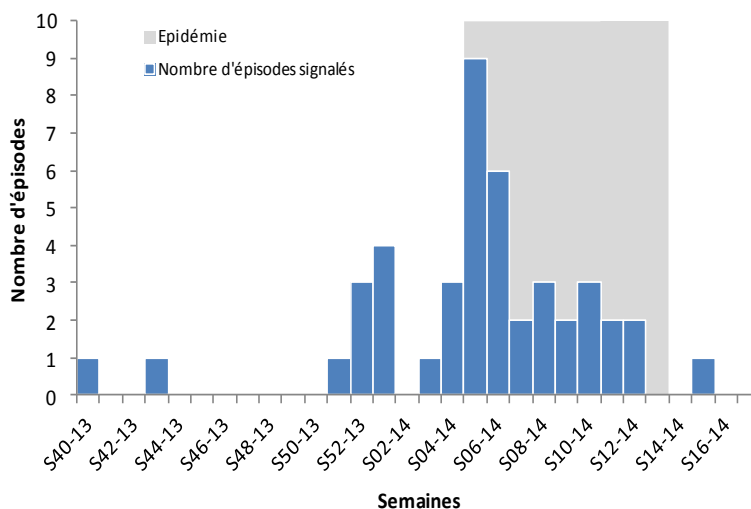
Les caractéristiques des épisodes d'infections respiratoires aiguës et des cas sont similaires aux résultats observés au niveau national.

En comparaison avec les résultats de la saison 2012/2013 en région Rhône-Alpes, le nombre d'épisodes déclarés est très proche et les caractéristiques des cas sont similaires. On constate une amélioration dans la vaccination antigrippale du personnel qui était de 16,5% l'année dernière contre 23,6% cette année.

- Nombre d'épisodes signalés: **44** (12% des épisodes recensés au national)
- Répartition géographique : **Rhône 39%**, Ain 16% , Drôme 9%, Haute-Savoie 9%, Ardèche 9%, Loire 9%, Isère 7%, Savoie 2%
- Délai moyen de signalement à l'ARS après la date de début des signes du premier cas : **9,4 jours**
- Semaine de survenue maximale de cas déclarés : **Semaine 05-2014**
- Nombre de malades (sur 41 épisodes clôturés) : **786 résidents et 131 personnels**
- Nombre d'hospitalisations : **62 résidents sur 25 épisodes (taux d'hospitalisation 7,6%) 1 personnel**
- Nombre de décès : **26 résidents sur 18 épisodes (létalité 3,7%)**
- Couverture vaccinale moyenne résidents : **86%**
- Couverture vaccinale moyenne personnels: **23,6 %**
- Taux d'attaque moyen¹ résidents des établissements déclarants : **25 %**
- Taux d'attaque moyen¹ personnels des établissements déclarants : **7,8 %**
- Critères d'intervention présents : **22 épisodes (18 épisodes avec 5 cas ou plus la même journée et 4 demandes d'établissements)**
- Nombre de recherches étiologiques effectuées : **33 (75 %)**
- Résultats des recherches étiologiques : **72,7% grippe (19 grippe A, 1 grippe B, 3 grippe non typée)**
- Mises en place des mesures de contrôle : **Tous les épisodes**
- Délai moyen entre le premier cas et la mise en place des mesures : **3,8 jours (Délai supérieur à 3 jours dans 47,7 % des épisodes)**

¹ Taux d'attaque moyen : rapport du nombre total de cas chez les résidents sur le nombre total de résidents des établissements déclarants.

Figure 2. Répartition du nombre d'épisodes d' infections respiratoires aiguës en EHPAD signalés à l'ARS Rhône-Alpes entre le 01/10/2013 et le 27/04/2014



Saison 2013-14 marquée par une épidémie grippale d'intensité faible, de durée moyenne, dominée par une circulation majoritaire des virus A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) à parts égales dans la communauté et sans gravité particulière.

Concernant les cas admis en réanimation, l'ampleur était plus faible que l'année précédente (96 cas cette année contre 140 en 2012/213)

L'âge médian des cas est de 61,5 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 94 ans. La majorité des cas sont des adultes, infectés par un virus A, présentant des facteurs de risque et ne sont pas vaccinés. Quatorze d'entre eux sont décédés, ce qui correspond à une létalité de 15 % parmi les cas graves. Un cas est encore hospitalisé en réanimation.

Les caractéristiques épidémiologiques des cas graves en Rhône-Alpes ne diffèrent pas de celles de l'ensemble des 647 cas graves de grippe admis en réanimation en France.

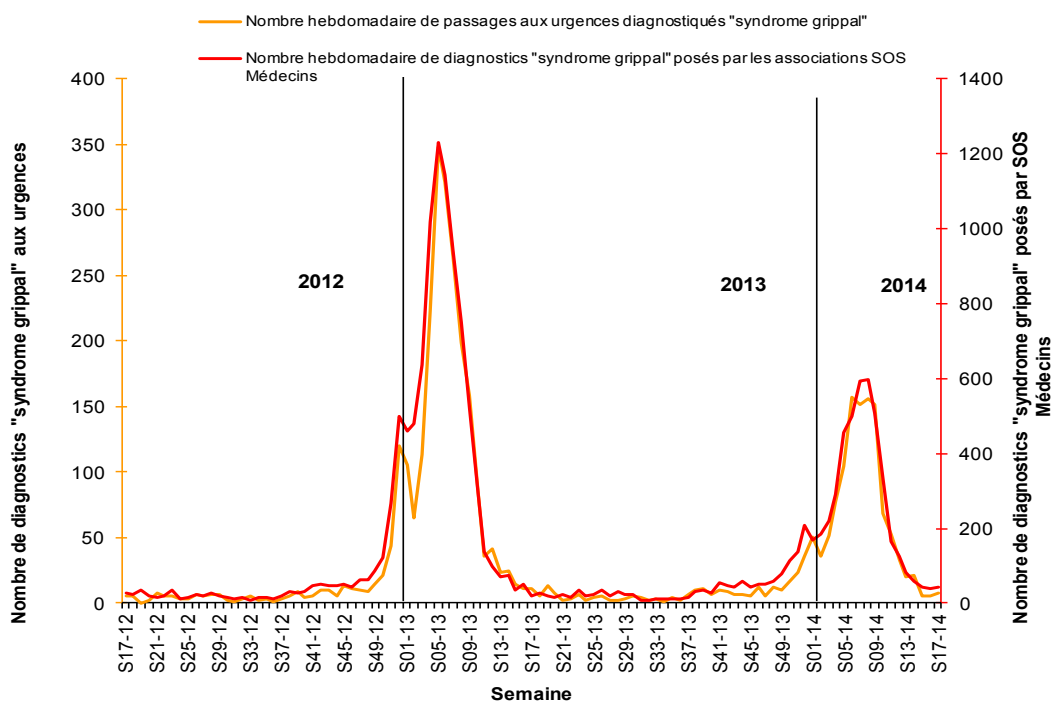
Dynamique épidémique régionale

Début de l'épidémie : **Semaine 4** (20 au 26 janvier)
 Pic épidémique : **Semaine 8** (17 au 23 février)
 Fin de l'épidémie : **Semaine 13** (24 au 30 mars)
 Durée de l'épidémie : **10 semaines**

Surveillance virologique en ambulatoire pendant l'épidémie

Pourcentage de virus influenzae positifs sur le nombre total de prélèvements : **50,8%**
 Pourcentage de virus influenzae A : **99,4 %**
 Pourcentage de virus influenzae B : **0,6%**
 Pourcentage de A(H1N1)pdm09 parmi les virus A : **44,4 %**
 Pourcentage de A(H3N2) parmi les virus A : **47 %**

Figure 4. Passages aux urgences pour syndrome grippal dans 34 services d'urgences¹ de Rhône-Alpes et diagnostics de syndrome grippal posés par les 5 associations SOS Médecins² de Rhône-Alpes du 26/03/2012 au 27/04/2014



Le réseau unifié est composé de médecins libéraux du Réseau Sentinelles et de médecins généralistes et pédiatres libéraux du Réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG).

Ce réseau estime auprès d'un échantillon de médecins libéraux le nombre hebdomadaire de patients consultant pour un syndrome grippal, défini par une fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale avec douleurs musculaires et signes respiratoires.

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.

¹ Actuellement, 63 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 63 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.

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.

Tableau 1. Description des cas graves de grippe admis en réanimation en Rhône-Alpes du 04/11/2013 au 15/04/2014

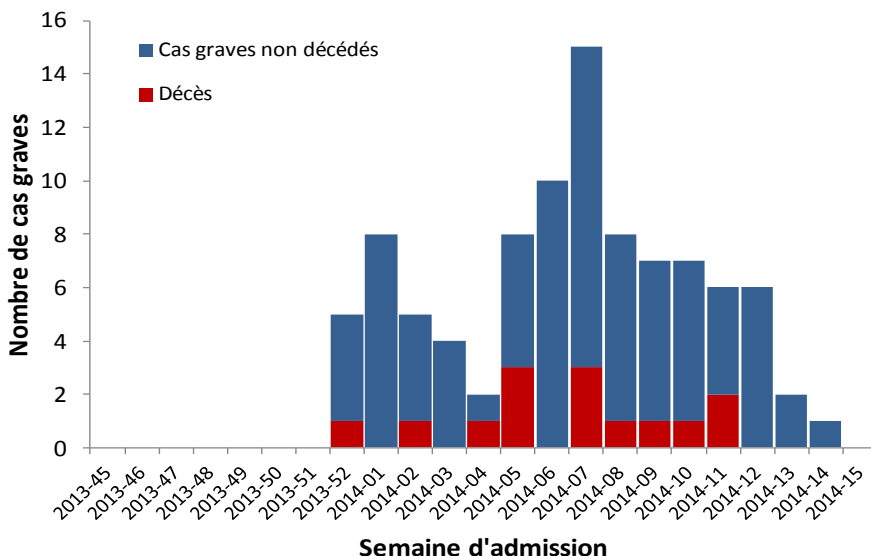
Statut virologique	Effectifs	%
A(H3N2)	7	7%
A(H1N1)pdm09	31	32%
A non sous-typé	56	58%
B	0	0%
Non Typés	2	2%
Non confirmé	1	1%
Classes d'âge		
0-4 ans	8	8%
5-14 ans	6	6%
15-64 ans	43	45%
65 ans et plus	39	41%
Non renseigné	0	0%
Sexe		
Sexe ratio M/F - % d'hommes	1,4	59%
Facteurs de risque de complication		
Aucun	15	16%
Grossesse sans autre comorbidité	2	2%
Obésité (IMC≥30) sans autre comorbidité	3	3%
Autres cibles de la vaccination	76	79%
Non renseigné	0	0%
Statut vaccinal		
Non Vacciné	60	63%
vacciné	15	16%
Non renseigné	21	22%
Gravité		
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	46	48%
ECMO (Oxygénation par membrane extracorporelle)	2	2%
Ventilation mécanique	41	43%
Décès	14	15%
Total	96	100%

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).

Figure 5. Nombre hebdomadaire de cas graves et de décès liés à la grippe et admis en réanimation, par semaine d'admission en Rhône-Alpes du 04/11/2013 au 15/04/2014

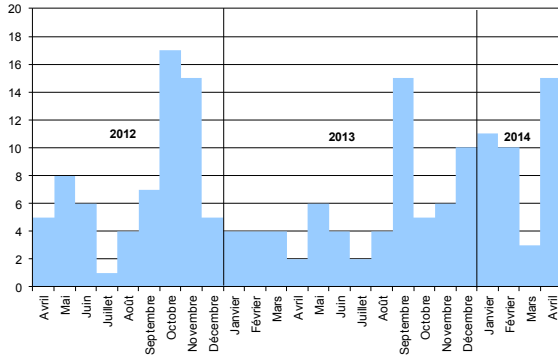


Maladies à Déclaration Obligatoire (source : déclarations obligatoires reçues par l'InVS)

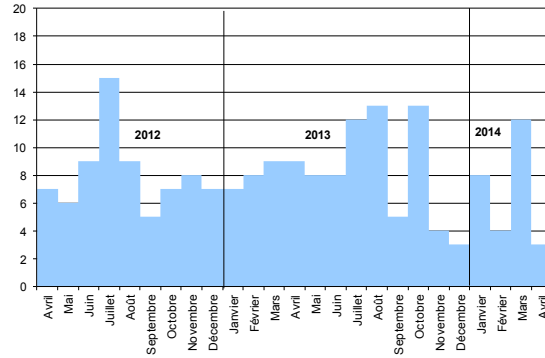
Résultats : Nombre de déclarations par mois de survenue du 01/04/2012 au 27/04/2014 en Rhône-Alpes

On recense un nombre élevé d'hépatite A au mois d'avril en lien avec un épisode de cas groupés survenu, dans le Rhône, au sein d'un institut médico-éducatif.

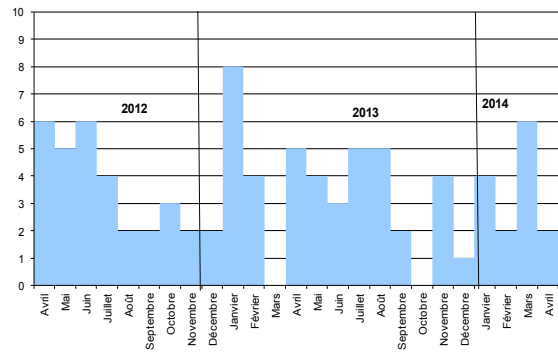
Hépatite A



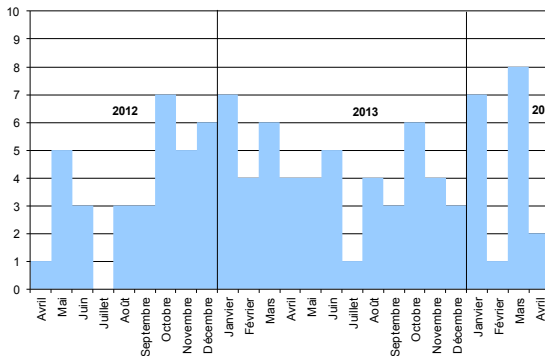
Toxi-Infection Alimentaire Collective



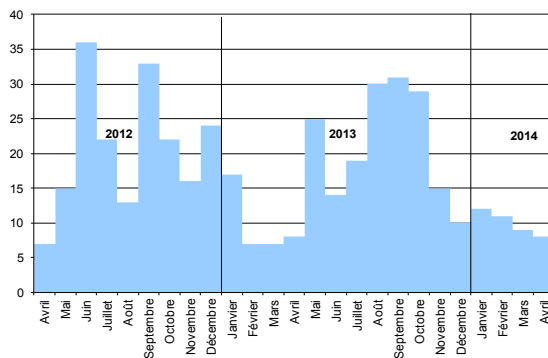
Rougeole



Infection invasive à méningocoque



Légionellose



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.

Pour en savoir plus sur les Maladies à Déclaration Obligatoire :
- site de l'InVS

Comment déclarer les Maladies à Déclaration Obligatoire :
- [fiches de notification](#)
- signaler à [l'ARS Rhône-Alpes](#)

Le nombre de décès enregistrés dans la région en semaine 15 et 16 n'excède pas les valeurs attendues.

Figure 9. Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 65 communes informatisées en Rhône-Alpes du 16/04/2012 au 20/04/2014 (attention : la semaine du 21 avril au 27 avril est manquante car incomplète).

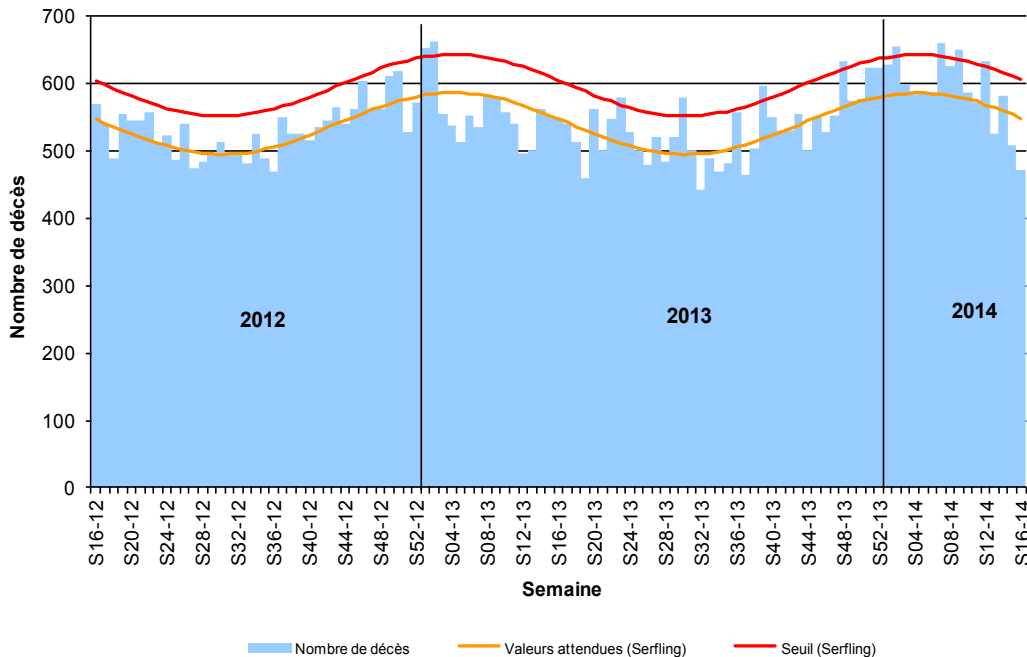
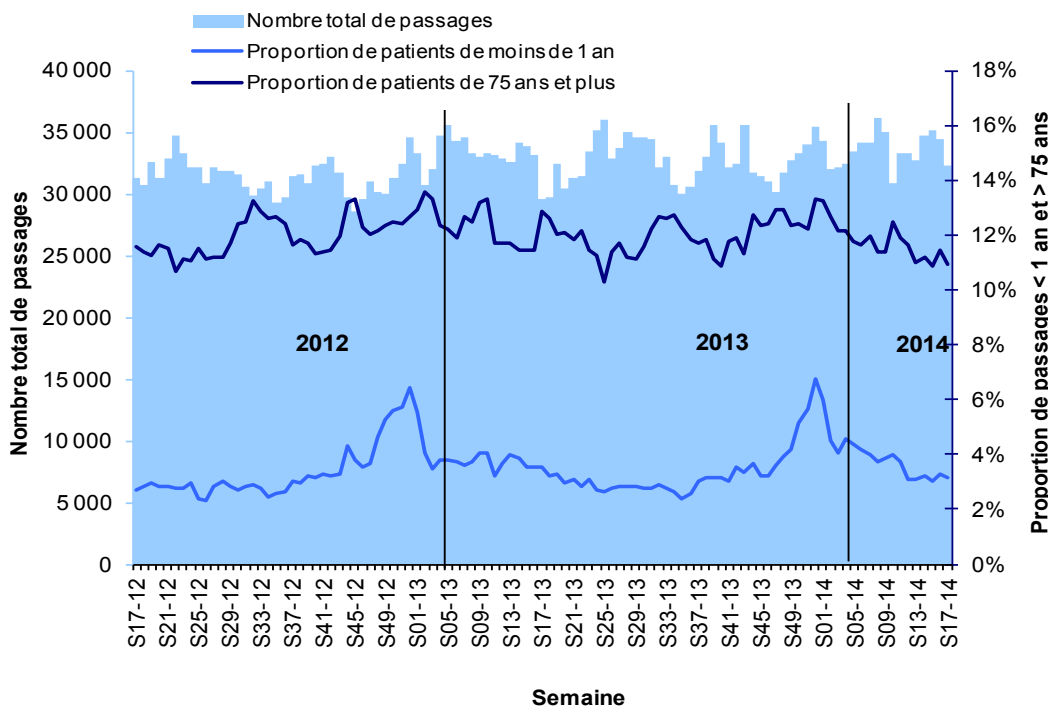


Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 09/04/2012 au 13/04/2014



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.

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

Responsable CIRE

Christine SAURA

Equipe de la Cire Rhône-Alpes

Delphine CASAMATTA
Jean-Loup CHAPPERT
Sylvette FERRY
Caroline HUCHET-KERVILLA
Hervé LE PERFF
Robin OHANNESSIAN
Isabelle POUJOL
Alexandra THABUIS
Jean-Marc YVON

Directrice de la publication :

Dr Françoise WEBER,
directrice générale 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