

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2014/28 du 09 octobre 2014

- Pages 2-3** Epidémies de Fièvre hémorragique à virus Ebola
- Pages 4-5** Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya en Rhône-Alpes
- Page 6** Qualité de l'air et Santé
- Pages 7-8** Indicateurs non spécifiques (sources : services d'Etat-Civil, SOS Médecins, serveur « Oural »)
- Page 9** Maladies à Déclaration Obligatoire
- Page 10** Sources de données et partenaires



Actualités

- **Epidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest** : Poursuite de l'épidémie en Afrique de l'Ouest : Guinée, Libéria et en Sierra Léone. Situation stable au Nigéria et Sénégal. Un premier cas importé diagnostiqué hors Afrique a été confirmé aux Etats-Unis ainsi qu'une première contamination hors Afrique a été rapportée en Espagne. En France, l'InVS a modifié la définition de cas au 02 octobre.
- **Infections à nouveau coronavirus (Mers CoV)**: Alors que les retours du pèlerinage du «Hadj» vont s'étaler entre les semaines 40 et 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](#).
- **Synthèse des résultats de surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya** : Depuis le 1^{er} mai, **203** cas suspects importés de chikungunya ou de dengue ont été signalés. Parmi eux, **32** cas de dengue et **94** de chikungunya, tous importés, ont été confirmés.
- **Indicateurs non spécifiques** : Ces 4 dernières semaines, l'activité des services d'urgences et des associations SOS Médecins s'est intensifiée.
- **Qualité de l'air et Santé (page 6)** : Publication le 29 septembre 2014 de deux études réalisées par la Cire Rhône-Alpes sur l'évaluation de l'impact sanitaire de la **pollution atmosphérique** (EIS-PA) dans les agglomérations de **Valence** et de **Saint-Etienne** : [EIS-PA Valence](#) et [EIS-PA Saint Etienne](#) [Communiqué](#) et [dossier de presse](#)
- **Intoxications liées à la consommation de champignons** : Depuis le début de la surveillance, (30 juin 2014), 63 cas d'intoxication (parmi lesquels, 2 cas graves dont 1 décès) ont été recensés en Rhône-Alpes. [Pour en savoir plus](#)

Pour signaler à l'ARS Rhône-Alpes un risque pour la santé publique, nous vous remercions d'utiliser les nouvelles coordonnées du Point Focal Régional :

- numéro : **0 810 22 42 62**
- mail : ars69-alerte@ars.sante.fr
- fax : **04 72 34 41 27**

Pour mémoire, les signalements concernés sont les :

- Maladies à déclarations obligatoires,
- Cas groupés de pathologies infectieuses,
- Infections associés aux soins,
- Signaux ou pathologies liés à une exposition environnementale, y compris les intoxications au monoxyde de carbone,
- Événements indésirables au sein d'établissements sanitaires ou médico-sociaux, et plus généralement, tout événement inhabituel par sa nature, son ampleur ou sa gravité.

Epidémie de fièvre hémorragique virale (FHV) liée au virus Ebola en Afrique de l'Ouest, point au 06 octobre 2014 [Source : InVS](#)

Cette épidémie sans précédent, poursuit son extension dans les trois pays d'Afrique initialement touchés : Guinée, Libéria, Sierra Léone (Figure 1 & Carte 1, source InVS). Le Libéria est toujours à ce jour le pays le plus affecté par l'épidémie d'Ebola, cependant, depuis deux semaines, le nombre de nouveaux cas confirmés dans le pays est en baisse. La situation en Guinée reste stable, les districts frontaliers avec le Mali (dans le nord-ouest de la Guinée) n'ont pas enregistré de nouveau cas depuis plus de 21 jours. En Guinée, comme au Libéria, de nouveaux districts à l'Est, frontaliers avec la Côte d'Ivoire, rapportent pour la première fois des cas cette semaine. En Sierra Léone, l'épidémie continue sa progression. Aucun nouveau cas n'a été rapporté ces dernières semaines au Sénégal, et au Nigéria où le dernier cas a été rapporté le 05 septembre.

Au 05 octobre, 7 491 cas et 3 439 décès ont été rapportés (létalité observée de 45,9%) dans cinq pays affectés en Afrique de l'Ouest (cf. tableau 1). Les professionnels de santé sont particulièrement affectés, avec 382 cas dont 216 décès (létalité de 56,3%).

D'après l'OMS, la sous-notification dans les différentes zones affectées serait importante et la situation rapportée sous-estimée.

Carte 1. Epidémie de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest (InVS, données OMS au 03/10/2014)

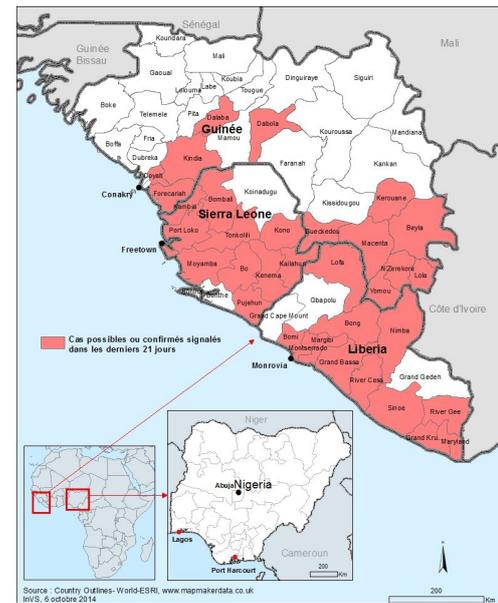


Figure 1. Nombre de cas cumulés rapportés à l'OMS, par date de déclaration et par pays touchés par l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (source InVS, données OMS au 03/10/2014)

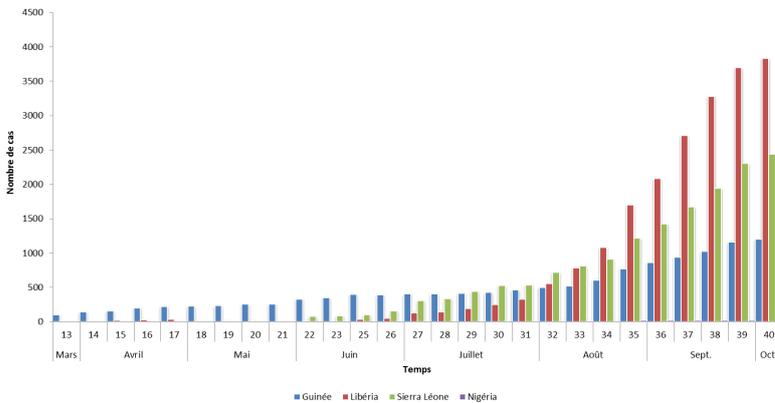
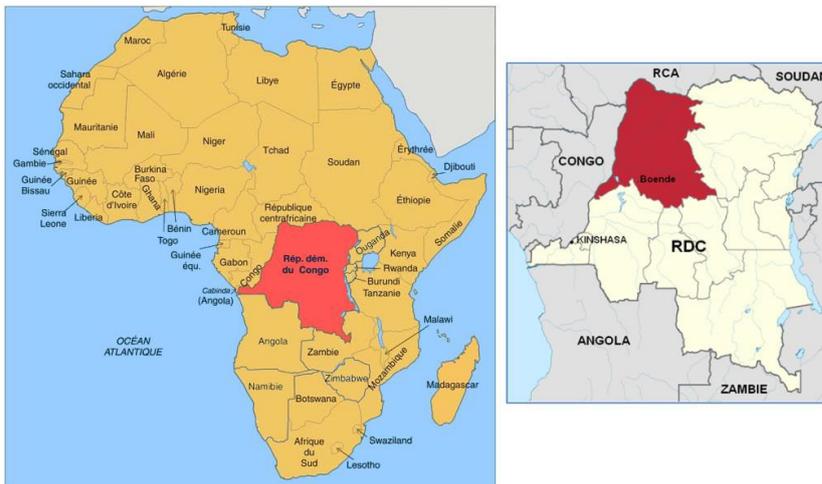


Tableau 1. Nombre de cas et de décès d'Ebola rapportés à l'OMS au 05/10/2014 (source OMS)

Pays	Nombre cas total*	Nombre cas confirmés	Nombre de décès	Létalité observée
Guinée	1199	977	739	61,6%
Libéria	3834	931	2069	54,0%
Sierra Léone	2437	2179	623	25,6%
Nigéria	20	19	8	40,0%
Sénégal	1	1	0	0,0%

*Cas total = cas confirmés + probables + suspects

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



Epidémie de fièvre hémorragique virale (FHV) liée au virus Ebola en République Démocratique du Congo, point au 26 septembre 2014 :

Au 24 septembre, la RDC avait notifié 70 cas (30 confirmés, 26 probables, 14 suspects) de la maladie d'Ebola, dont 8 concernant des agents de santé. Il y a eu au total 42 décès signalés, dont ces 8 agents.

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

A ce jour, d'après l'[InVS](#), au niveau mondial, une dizaine de cas de maladie à virus Ebola ont été évacués vers des pays tels que l'Espagne, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne et les Etats-Unis.

Le 30 septembre, le Pan American Health Organization / World Health Organization (PAHO/WHO) a confirmé le premier cas importé d'Afrique de l'Ouest et diagnostiqué aux Etats-Unis. Ce dernier est décédé le 08 octobre 2014 (cf. [CDC](#)).

Au 06 octobre, un premier cas d'Ebola contaminé hors Afrique a été confirmé par le ministère de la Santé espagnol. Il s'agit d'une aide soignante ayant apporté des soins à l'un des deux missionnaires rapatriés d'Afrique de l'Ouest, dans un hôpital de Madrid, pour maladie d'Ebola.

Pour faire face à l'inquiétude des populations, la [Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola](#) (MINUAUCE) rappelle que l'infection par le virus Ebola ne se transmet pas par voie aérienne.

L'apparition de nouveaux cas de fièvre Ebola en Europe est presque inévitable, d'après l'OMS, qui précise cependant que le continent est bien préparé face à la maladie.

Dans le contexte actuel de l'épidémie à virus Ebola qui sévit en Afrique et à la vue des récents cas diagnostiqués hors Afrique, la [définition de cas de l'InVS](#), pour le signalement des cas suspects de fièvre hémorragique d'Ebola, a été actualisée le 02/10/2014.

Tout cas suspect (selon la définition de cas, ci-contre) doit être signalé au Centre 15 et classé (exclu ou possible) le plus rapidement possible à l'issue d'un échange entre le Centre 15, l'InVS et l'ARS.

Le 03 octobre, une actualisation des recommandations concernant la prise en charge des cas suspects de maladie à virus Ebola a été effectuée. Dans ce cadre, une [fiche](#) spécifique concernant la conduite à tenir pour l'abord d'un patient cas suspect en ambulatoire est en ligne dans le dossier « Ebola » dédié aux professionnels de santé sur le [site Internet du ministère chargé de la santé](#)

Pour en savoir plus :

- [Site du ministère de la Santé](#)

- [Bulletin Hebdomadaire International N°472 - 1er au 07 octobre 2014](#) et [Page Ebola du site InVS](#)

- [CNR FHV](#)

- [HCSP : Recommandations complémentaires du 15/09/2014](#) à l'[Avis](#) du 10/04/2014

- [OMS](#), données au 03 octobre 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](#)*

DEFINITION DE CAS (InVS)

Actualisation de la définition le 02 octobre 2014

Cas suspect : Toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque*, une fièvre mesurée par un soignant supérieure ou égale à 38°C

Cas possible : Toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque*, une fièvre supérieure ou égale à 38°C et

1. Pour laquelle une exposition à risque a pu être établie dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes, Les expositions à risque sont définies de la manière suivante :
 - Contact avec le sang ou autre fluide corporel d'un patient infecté, ou une personne suspectée d'être infectée par le virus Ebola, à titre personnel ou professionnel
 - Prise en charge pour une autre pathologie ou visite dans un hôpital ayant reçu des patients infectés par le virus Ebola
 - Contact direct avec une personne présentant un syndrome hémorragique ou avec le corps d'un défunt, dans la zone à risque*
 - Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite, dans la zone à risque*
 - Travail dans un laboratoire qui détient des souches de virus Ebola ou des échantillons contenant le virus Ebola,
 - Travail dans un laboratoire qui détient des chauves-souris, des rongeurs ou des primates non humains originaires d'une zone d'épidémie d'Ebola,
 - Contact direct avec une chauve-souris, des rongeurs, des primates non humains ou d'autres animaux sauvages dans la zone à risque*, ou en provenance de la zone à risque*
 - Rapports sexuels avec une personne ayant développé une infection à virus Ebola, dans les 10 semaines suivant le début des symptômes du cas,
2. Ou pour laquelle il est impossible d'évaluer l'existence d'expositions à risque (patient non interrogeable quelle qu'en soit la raison, ou opposant aux questions par exemple).

Cas confirmé : Un patient confirmé est défini chez toute personne pour laquelle on dispose d'une confirmation biologique d'infection par le virus Ebola réalisée par le CNR des Fièvres hémorragiques virales (FHV).

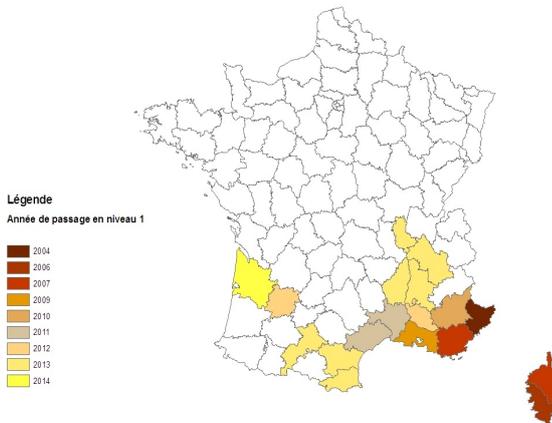
Cas exclu : Un patient est exclu :

- s'il ne remplit pas les critères pour être un cas suspect, ou
- s'il répond à la définition de cas suspect mais pas à celle de cas possible, ou
- si le diagnostic d'infection par le virus Ebola a été biologiquement écarté par le CNR

* Zone à risque : Sierra Léone, Guinée Conakry, Libéria, Nigéria et la province de l'Equateur en République Démocratique du Congo.

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.

Pour en savoir plus

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.

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

Situation au 09/10/2014, en région Rhône-Alpes (Données de signalement disponibles, le 06/10/14)

Depuis le 1^{er} mai au 05 octobre, **203** 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 2. Synthèse des signalements de Chikungunya et de Dengue

Département	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés		En attente de confirmation biologique	Investigations entomologiques*		Cas exclus
		dengue	chikungunya		Prospection	Traitement LAV	
Ardèche	10	1	4	0	5	0	5
Drôme	18	3	9	0	12	1	6
Isère	49	8	27	2	15	0	12
Rhône	126	20	54	5	64	1	47
Total	203	32	94	7	96	2	70

* des investigations entomologiques sont en cours, mais non enregistrées

Au cours des vingt-trois semaines de surveillance, 32 cas importés de dengue et 94 de chikungunya ont été identifiés dans les quatre départements sous surveillance renforcée.

Les 32 cas confirmés de dengue provenaient, par ordre de fréquence, de : Indonésie (9), Thaïlande (9), Guadeloupe (5), Colombie (2), Polynésie Française (2), Costa Rica (1), Cuba (1), Laos (1), Malaisie (1), Sénégal (1). Vingt neuf d'entre eux étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Les 94 cas confirmés de chikungunya provenaient, par ordre de fréquence, de : Guadeloupe (49), Martinique (34), Haïti (7), Guyane Française (3) et République Dominicaine (1). Soixante quatre 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.

Une diminution progressive du nombre de signalements de cas suspects a été constatée ces dernières semaines en Rhône-Alpes, en lien avec la baisse des flux de voyageurs. 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, même si celles-ci ont diminué en intensité et tendent à se stabiliser dans les îles des Antilles françaises.

La qualité de l'air extérieur constitue un **enjeu majeur de santé publique**. Les différentes études conduites, que ce soit au niveau mondial, au niveau européen ou plus localement au niveau régional convergent vers un même constat : les conséquences en termes de mortalité (décès prématurés) et de morbidité (pathologies respiratoires, pathologie cardio-vasculaire...) sont significatives et font de la pollution atmosphérique une des préoccupations premières de santé publique, de par son impact considérable sur la population.

En 2014, afin de matérialiser ce constat sur deux zones de son territoire en l'illustrant de manière chiffrée, l'ARS Rhône-Alpes a sollicité la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (Cire) Rhône-Alpes pour mener une **Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine (EIS-PA)** pour les agglomérations de **Valence** (Drôme) et de **Saint-Etienne** (Loire).

Ces évaluations consistent à calculer le nombre de **décès ou d'hospitalisations** attribuables à la pollution atmosphérique urbaine pour une variation donnée (scénario) du niveau de pollution. Elles utilisent les données de qualité de l'air mesurées par les stations d'Air Rhône-Alpes situées dans la zone d'étude et données sanitaires, collectées auprès de l'INSERM (décès) et des établissements hospitaliers du secteur (hospitalisations). Pour chacune des zones d'étude, des **scénarii de diminution des expositions à la pollution atmosphérique** ont été étudiés, pour les impacts sanitaires à court terme et à long terme.

Ces EIS-PA ont été conduites en 2014 et les résultats ont été publiés le 29 septembre 2014

La période d'étude retenue pour les deux études est de 3 années : 2009 à 2011

Les résultats de ces deux études concluent que les **bénéfices sanitaires** potentiels d'une **diminution des niveaux des particules les plus fines (PM2,5) à la valeur guide de l'OMS** sur les deux zones d'études sont notables : 200 décès pourraient être évités chaque année pour l'agglomération de Saint Etienne et 55 décès pour l'agglomération de Valence, la différence entre les deux nombres provenant principalement de la taille de la population de la zone d'étude.

Pour ces deux zones d'étude, le respect de cette valeur guide OMS se traduirait par un gain moyen de l'espérance de vie à l'âge de 30 ans de 8 mois.

Ces résultats confirment que les bénéfices sanitaires potentiels d'une diminution des niveaux de pollution sur les deux zones d'études sont notables et que le gain sanitaire associé à une diminution de **l'exposition chronique** est **plus important** que celui associé à une diminution de **l'exposition à court terme**.

Ainsi, il importe plus **d'agir au quotidien sur la pollution de fond**, notamment celle liée aux particules fines, qu'uniquement lors des épisodes de pics de pollution.

Pour en savoir plus :

[Communiqué](#) et [dossier de presse](#) diffusés le vendredi 3 octobre
[EIS-PA Valence](#)
[EIS-PA Saint Etienne](#)

Carte 3. Zone d'étude de Valence et de Saint-Etienne (sources : CORINE Land Cover, 2006 ; IGN-BD Topo, 2011 ; IGN-GéoFLA, 2011 ; InVS, 2014)

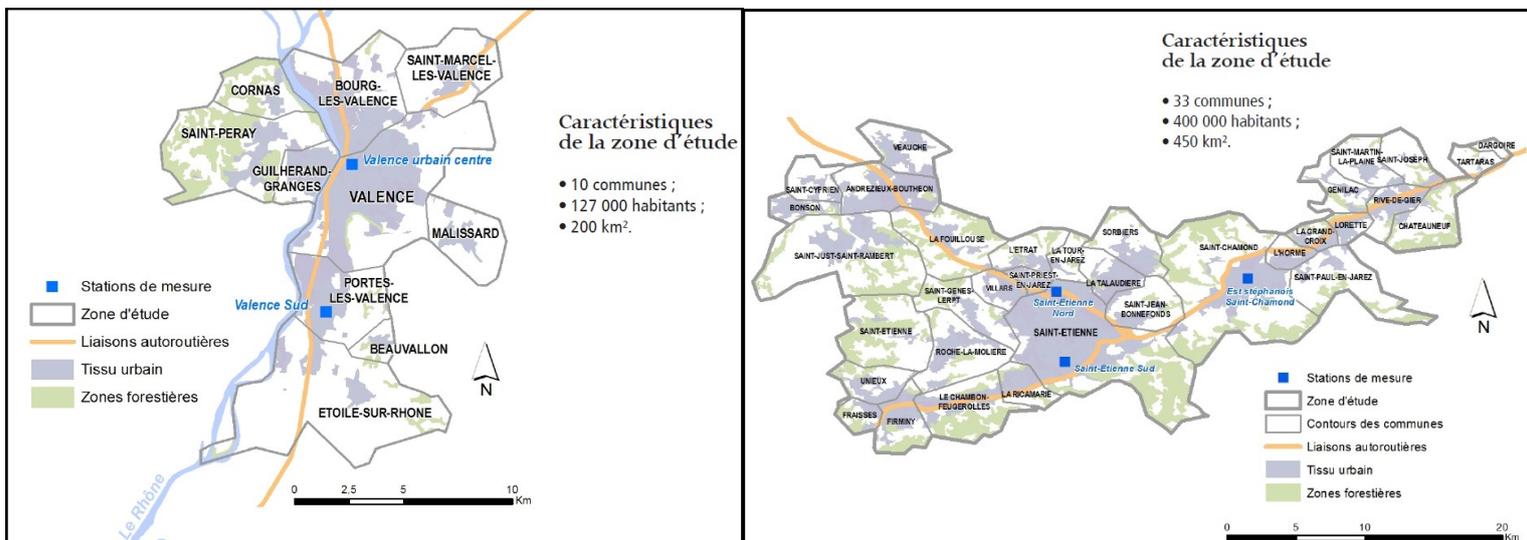


Figure 2. Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 74 communes informatisées en Rhône-Alpes du 01/10/2012 au 05/10/2014 (attention : les 2 dernières semaines sont incomplètes).

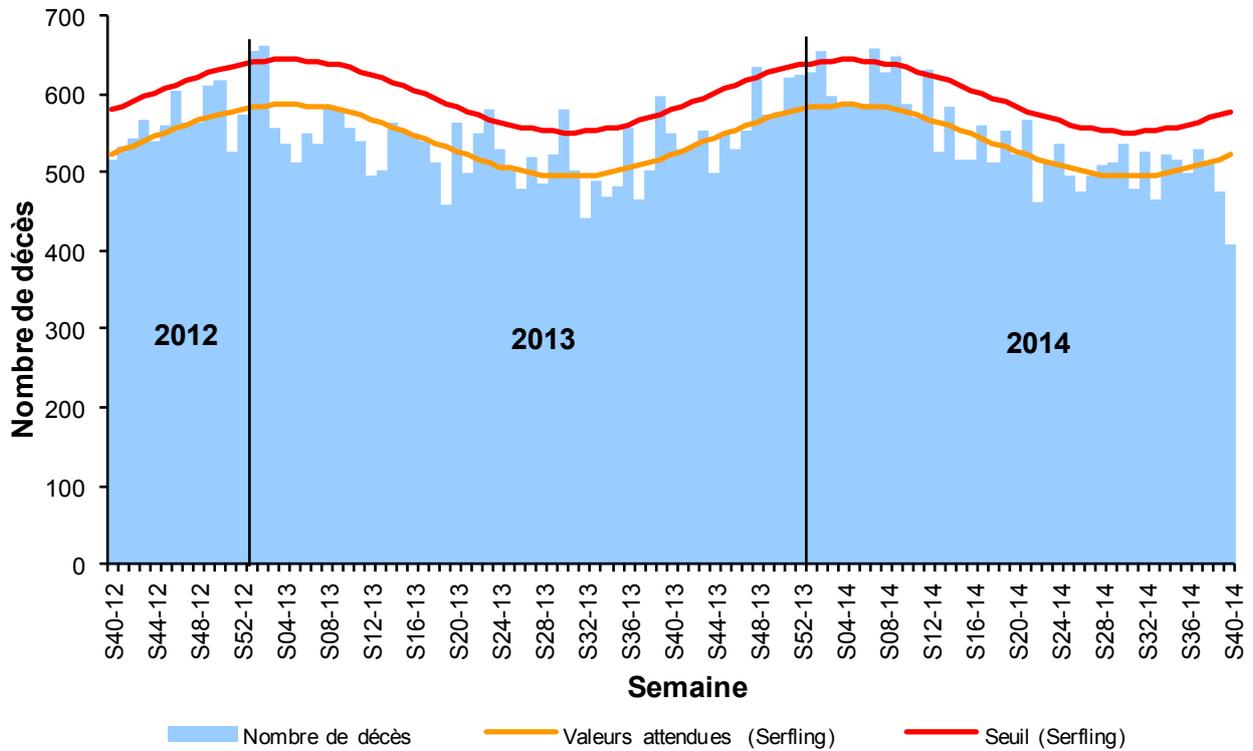


Figure 3. Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 01/10/2012 au 05/10/2014 (la semaine 38 est incomplète suite à un problème technique).

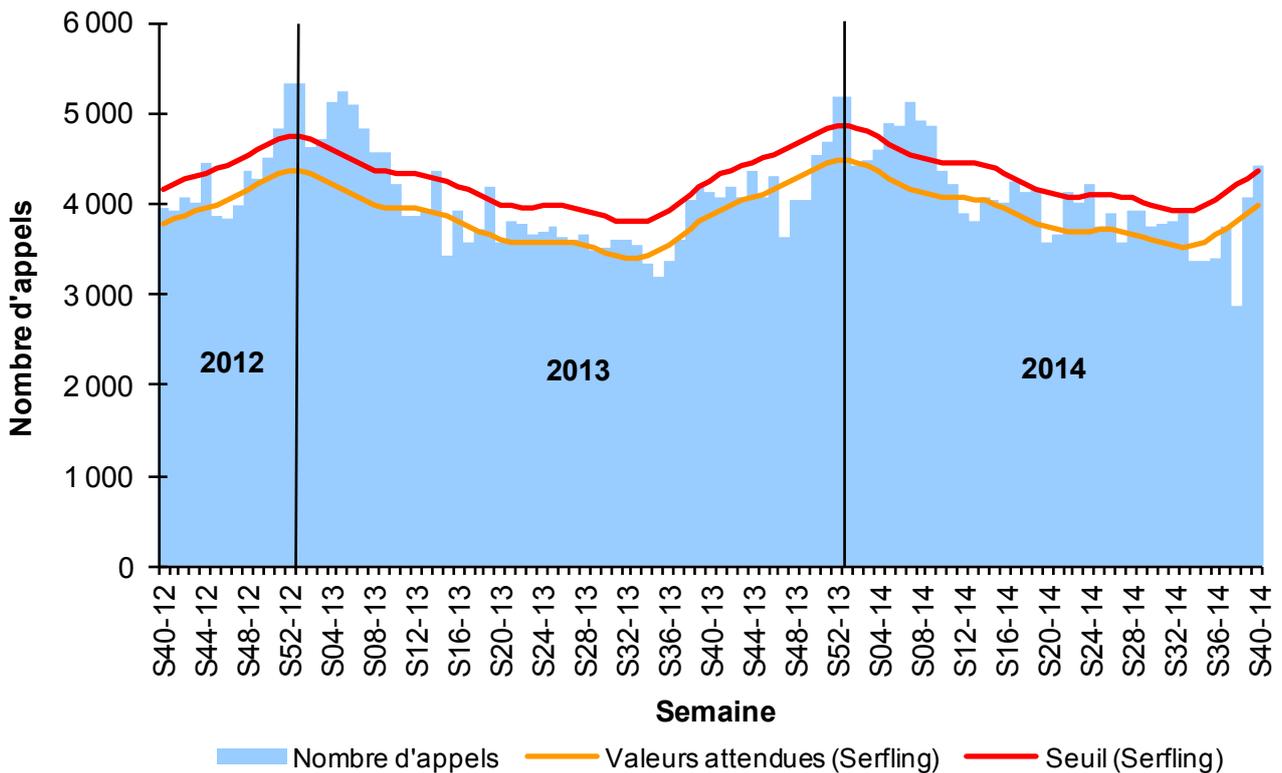


Figure 4. Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 01/10/2012 au 05/10/2014

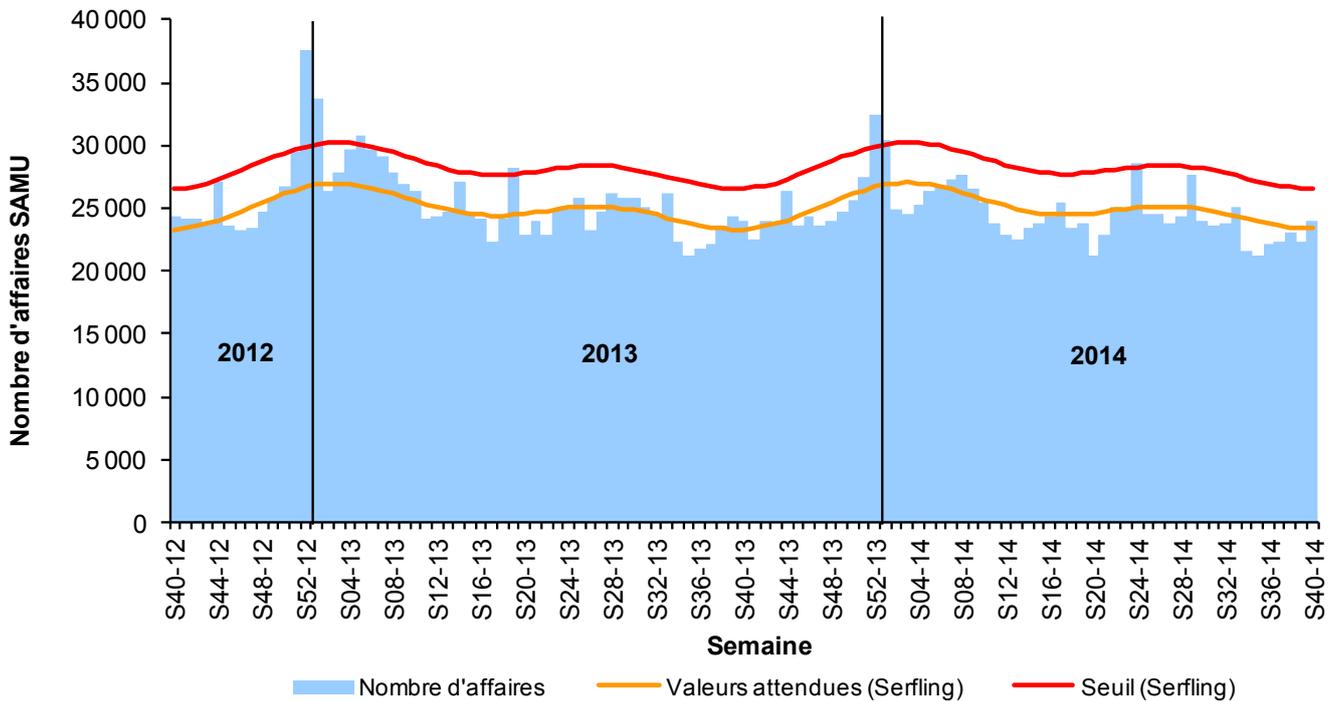


Figure 5. Nombre hebdomadaire de passages dans les 71 services d'urgences de Rhône-Alpes du 01/10/2012 au 05/10/2014

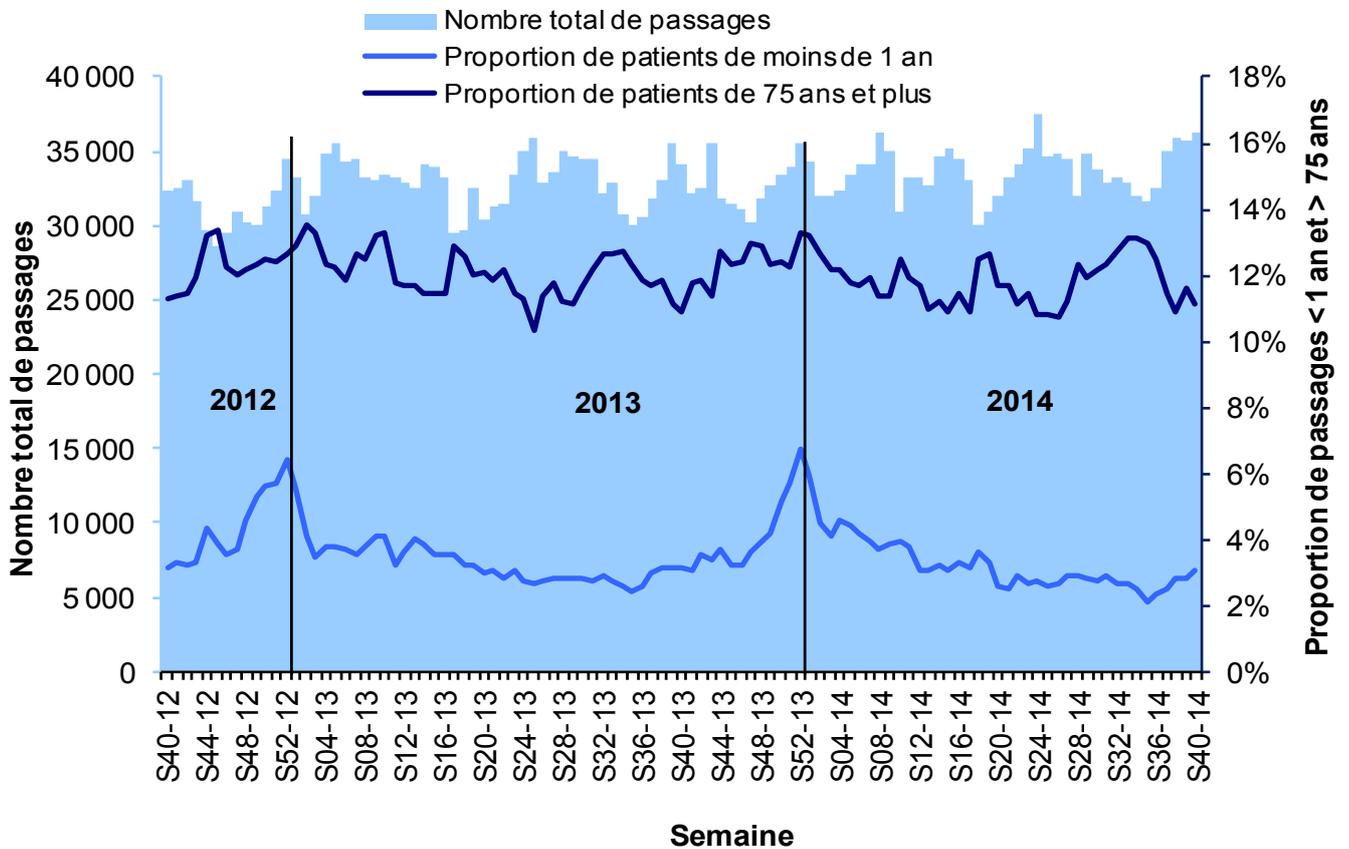
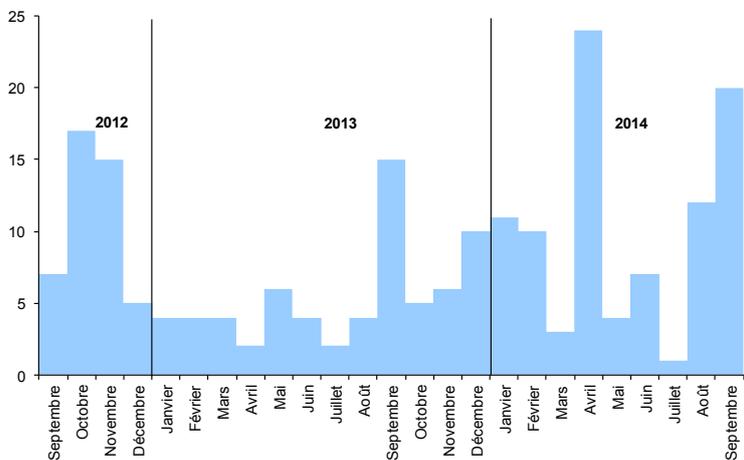
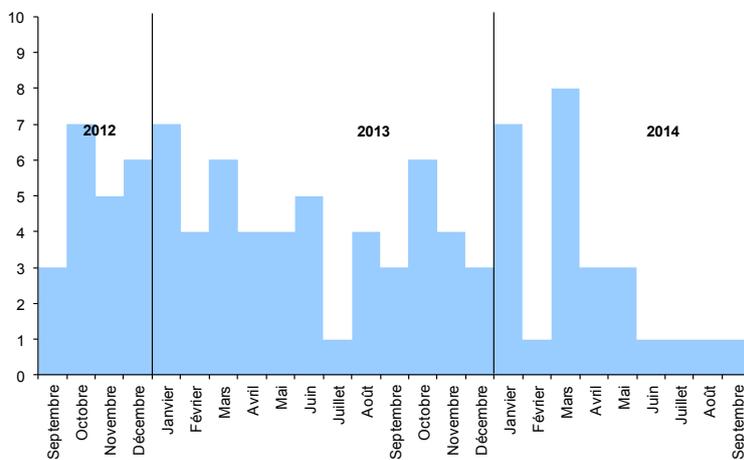


Figure 6. Nombre de pathologies déclarées par mois de survenue, du 01/09/2012 au 31/09/2014, Rhône-Alpes, pour les Maladies à Déclaration Obligatoire les plus fréquentes

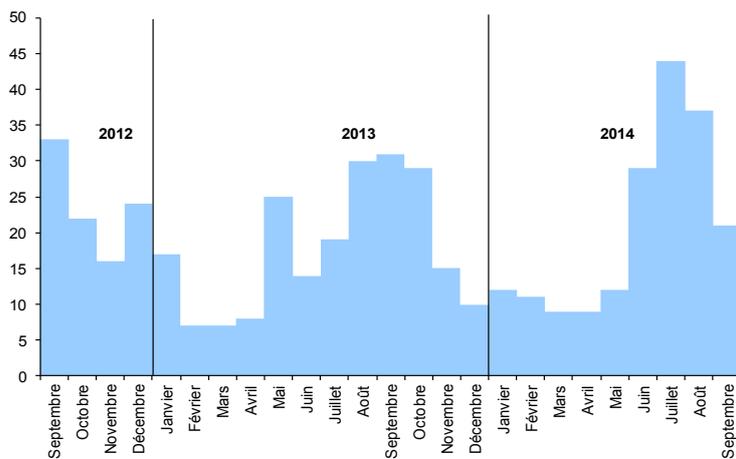
Hépatite A



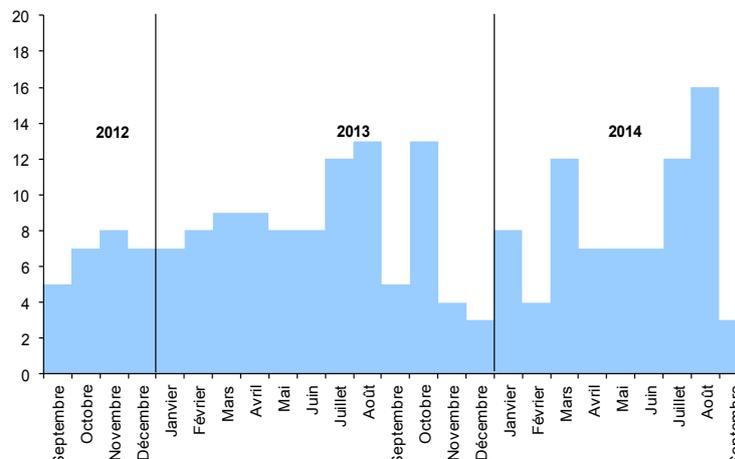
Infection invasive à méningocoque



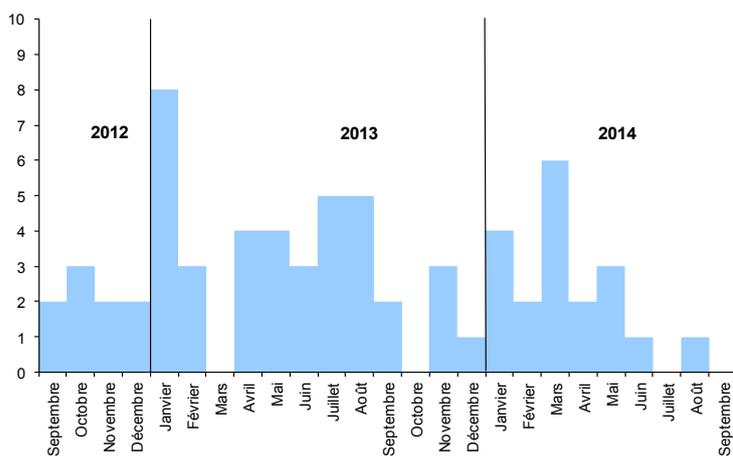
Légionellose



Toxi-Infection Alimentaire Collective



Rougeole



Point sur la hausse du nombre de cas d'hépatite A, en août et septembre :

Deux explications à ce phénomène marquant de ces 2 derniers mois :

- la survenue d'un épisode de cas groupés,
- le retour de vacances de pays à forte endémicité du virus de l'hépatite A, plus marqué à compter de la mi-août.

Le signalement à l'ARS de cas groupés survenus dans un camp de gens du voyage en Isère a permis la mise en œuvre d'une campagne de vaccination assurant la couverture de plus de 80% de cette communauté.

| 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 (EIDRA)**
- 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