

Surveillances régionales

Allergies : activité des associations SOS Médecins toujours présente mais revenue dans les normes, plus d'informations en [page 2](#)

Légionellose : recrudescence des cas de légionelloses en Auvergne-Rhône-Alpes, plus d'informations en [pages 3-4](#)

Méningites virales : l'activité pour méningites à entérovirus aux urgences dans la région est élevée, plus d'informations en [page 5](#)

Arboviroses : 39 signalements dont 10 cas confirmés importés de dengue ont été reçus depuis le début de la surveillance renforcée, plus d'informations en [pages 6-7](#).

Gastro-entérites : Activité stable, plus d'informations en [pages 8-9](#).

Surveillance de l'hépatite A : bilan au premier semestre 2018. Plus d'informations en [page 10](#)

Rougeole : point de situation en [page 11](#)

Canicule : un épisode de canicule a touché notre région du vendredi 29/06/2018 au mardi 03/07/2018. Plus d'informations en [page 11](#).

Mortalité toutes causes (données Insee, [page 12](#)) : La mortalité toutes causes se situe dans des valeurs attendues pour la saison. → Pour plus d'informations, se reporter au Point Epidémiologique national [ici](#)

Actualités

Epidémies en France et dans le monde :

Epidémie de syndrome hémolytique et urémique pédiatrique à Escherichia coli O26 en France métropolitaine en lien avec la consommation de reblochon : [point au 15 juin 2018](#)

Epidémie de maladie à virus Ebola (MVE) en République Démocratique du Congo (RDC) :

Depuis le début du mois de mai, les autorités sanitaires de la RDC ont signalé à l'OMS plusieurs cas de MVE dans le Nord-Ouest du pays. Il s'agit de la 9^{ème} épidémie d'Ebola dans le pays. Au 28 juin 2018, le dernier bilan de l'OMS fait état de 55 cas de MVE dont 29 décès dans 3 zones de la province de l'Equateur. Le dernier cas remonte au 2 juin et la période de suivi de ses contacts s'est achevée le 27 juin. En l'absence de nouveau cas confirmé, la fin de l'épidémie pourrait être déclarée mi-juillet. Une campagne de vaccination auprès des professionnels de santé a été mise en place depuis le 21/05 avec plus de 3200 personnes vaccinées.

Autres actualités

Avis du HCSP en défaveur de la mise en place d'une déclaration obligatoire des infections à Mers-CoV : [lien vers le document](#)

Avis du HCSP : Détermination d'un seuil de haute endémicité tuberculeuse : [lien vers le document](#)

Avis du HCSP : Actualisation de la conduite à tenir vis-à-vis de personnes exposées aux virus influenza aviaire : [lien vers le document](#)

ALLERGIES

L'activité pour allergies des associations SOS Médecins de la région revient dans les normes saisonnières à la fin du mois de juin.

- L'exposition allergique reste principalement due aux pollens de graminées, avec une gêne allergique exacerbée par les fortes chaleurs mais atténuée par les épisodes orageux. Bien qu'en diminution globale, le risque d'exposition allergique reste conséquent surtout dans le Puy-de-Dôme et l'Ain et la survenue de symptômes allergiques reste attendue.

Surveillance environnementale

Bulletin allergo-pollinique du Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA)

- Lien vers le bulletin : [Cliquer ici](#)
- Carte de vigilance des pollens valable jusqu'au 6 juillet 2018 : [Cliquer ici](#)

Cartographie d'Atmo Auvergne-Rhône-Alpes sur le risque d'exposition aux pollens

- Indices polliniques du 29 juin au 6 juillet 2018 : [Cliquer ici](#)

Surveillance sanitaire

Surveillance ambulatoire

- Le nombre de cas d'allergies diagnostiqués par les associations SOS Médecins **revient dans les normes saisonnières (1,7% de l'activité globale)** sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpe **après une nette décroissance en juin suivant le pic du mois de mai (4,8% d'activité).**

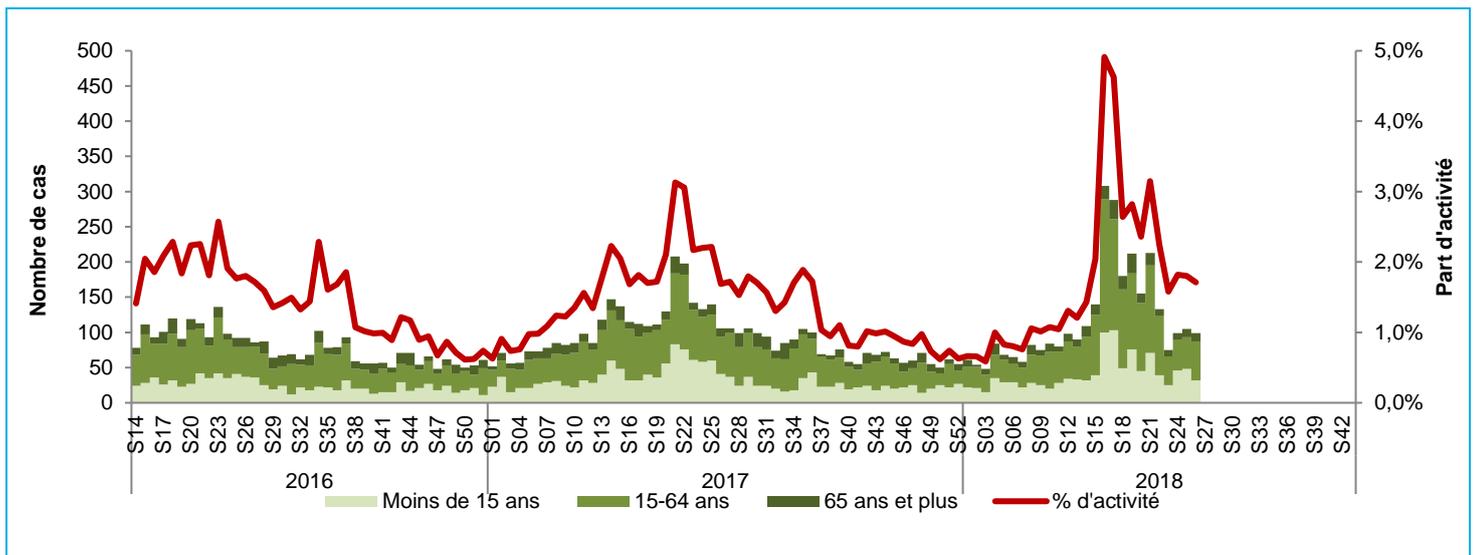


Figure 1- Nombre hebdomadaire des consultations diagnostiquées « allergies » par les associations SOS Médecins depuis le 1er avril 2016 (2016-S14) en Auvergne-Rhône-Alpes - SOS Médecins, Santé publique France

Informations et recommandations du ministère de la santé

Informations générales sur les Pollens et Allergies

- Lien vers la page du Ministère de la santé : [Cliquer ici](#)

Recommandations sanitaires

- Liens vers les conseils de prévention : [Cliquer ici](#).

Une recrudescence de cas de légionellose est observée en Auvergne-Rhône-Alpes depuis mi-avril avec une augmentation très importante au mois de juin

Activité

Au niveau national

Une augmentation du nombre de cas de légionellose est observée depuis 2017, qui a constitué une année record depuis le début de la surveillance avec 1 630 cas notifiés (cf [bilan national 2017](#)). Cette augmentation s'est encore accentuée au premier semestre 2018. Ainsi, à la date du 5 juillet 2018, 1 047 cas ont été enregistrés dans la base nationale (données non consolidées, voir Figure 1).

Au niveau régional

L'incidence de la légionellose en Auvergne-Rhône-Alpes est plus élevée que l'incidence nationale, cette pathologie étant marquée par un gradient Est-Ouest (les régions de l'Est de la France ayant les incidences les plus fortes). Au niveau régional, le nombre de cas annuel est relativement stable depuis 2005 (en moyenne 250 cas notifiés par an sur la période 2005-2017). Comme au niveau national, le nombre de cas est en recrudescence en ce premier semestre 2018 (cf [PE spécial](#) du 12/06/2018), avec 214 cas notifiés depuis le début d'année. Le nombre de cas sur le premier semestre 2018 est donc déjà supérieur au nombre de cas annuel de 2015 (182 cas) et de 2016 (212 cas) et s'approche de celui de 2017 (248 cas). Cette augmentation était déjà visible au mois de janvier, puis a repris à partir de la mi-avril pour s'accroître plus fortement en mai et en juin (Figure 3). Un début d'inflexion du nombre de cas déclarés semble s'amorcer depuis fin juin mais reste à confirmer.

Il y a peu de différence en termes de caractéristiques des cas déclarés depuis début 2018. Les cas recensés aux mois de mai et juin sont en moyenne un peu plus jeunes et comportent plus d'hommes.

Au niveau départemental

La répartition des 214 cas de légionellose n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire régional. Certains départements sont plus impactés, en particulier le Cantal, la Loire, le Puy-de-Dôme, la Savoie et la Haute-Savoie (Tableau 1).

Plusieurs suspicions de cas groupés sont actuellement en cours d'investigations dans la région : dans le Cantal, le Puy-de-Dôme, le Rhône et la Haute-Savoie.

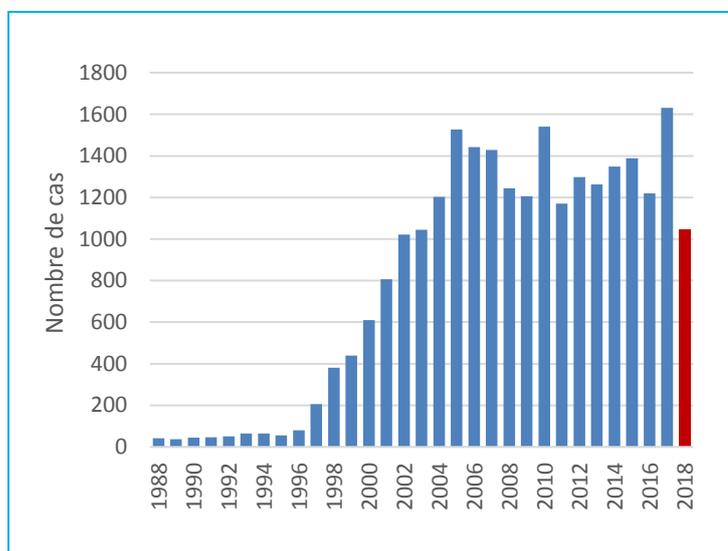


Figure 1- Evolution du nombre de cas de légionellose notifiés en France depuis le début de la surveillance (année 2018 incomplète). La période d'augmentation entre 1997 et 2005 correspond à la montée en charge du système de surveillance

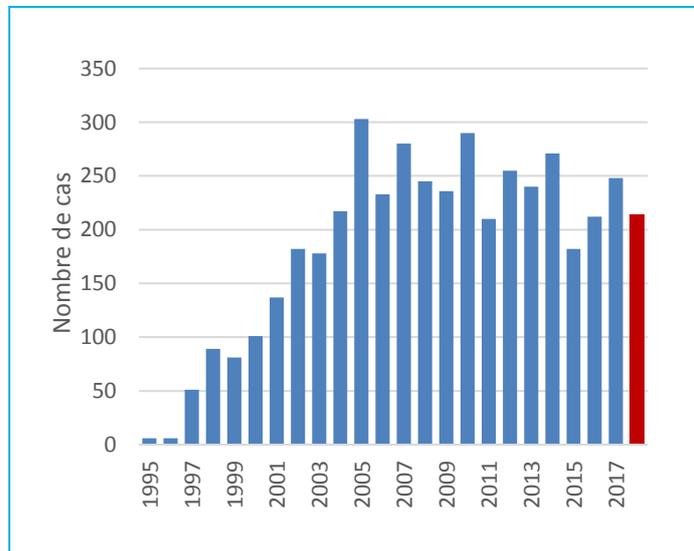


Figure 2- Evolution du nombre de cas de légionellose notifiés en ARA depuis le début de la surveillance (année 2018 incomplète). La période d'augmentation entre 1997 et 2005 correspond à la montée en charge du système de surveillance

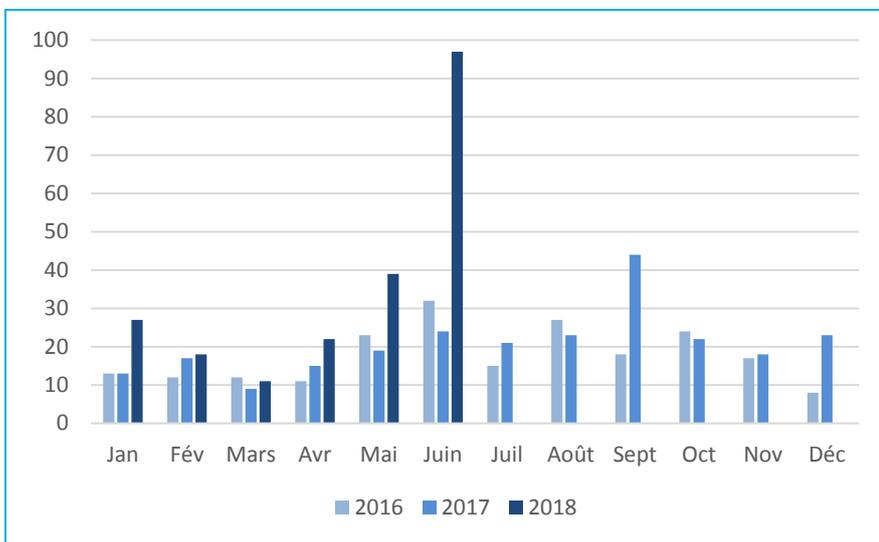


Figure 3- Distribution mensuelle du nombre de cas de légionellose en ARA 2016-2018* (données provisoires)

	2017	1er semestre 2018*
Département	Nb de cas	Nb de cas
01-Ain	24	9
03-Allier	7	2
07-Ardèche	9	6
15-Cantal	3	7
26-Drôme	11	8
38-Isère	46	39
42-Loire	12	28
43-Haute-Loire	3	3
63-Puy-De-Dôme	24	27
69-Rhône	63	36
73-Savoie	16	18
74-Haute-Savoie	30	31
ARA	248	214

Tableau 1 - Nombre de cas par département en 2017 et sur la période du 1er janvier au 5 juillet 2018 (données non consolidées)

IMPORTANCE DES PRELEVEMENTS CLINIQUES

L'analyse de souches cliniques de *L. pneumophila* par le CNR-L permet de suivre l'évolution épidémiologique de cette bactérie, l'émergence de clones et leur répartition sur le territoire. La comparaison de ces souches à des souches environnementales permet de préciser une source de contamination possible. Cette caractérisation des souches ne peut conclure à elle seule quant à la source de l'infection mais apporte des arguments aux enquêtes des ARS. En Auvergne-Rhône-Alpes, une souche de *Legionella* est isolée pour moins d'un tiers des cas déclarés de légionellose. Afin d'améliorer ce suivi, **le centre national de référence des légionelloses (CNR-L) recommande :**

- la réalisation d'un prélèvement respiratoire bas (lavage broncho-alvéolaire, aspiration ou expectoration) pour culture face à tout diagnostic de légionellose. La mise en culture du prélèvement peut être réalisée par les laboratoires de biologie médicale ou par le CNR-L lui-même.
- En cas de culture positive, la souche isolée doit être envoyée au CNR-L pour typage épidémiologique et conservation.
- En cas de culture négative, le prélèvement initial peut être envoyé au CNR-L qui réalisera alors des techniques complémentaires de culture telle que la co-culture sur tapis ambien et une méthode de typage par SBT directement à partir du prélèvement.
- Enfin, en présence d'une antigénurie négative et d'une suspicion de légionellose, il est recommandé de réaliser une PCR *Legionella* sur prélèvement respiratoire bas afin de diagnostiquer les cas de légionelloses non couverts par les tests de détection des antigènes urinaires.

Pour en savoir plus

- Site de Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Legionellose>
- Site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/legionelles-et-legionellose>
- Site du CNR-L : <http://cnr-legionelles.univ-lyon1.fr/webapp/website/website.html?id=2021393>

MENINGITES A ENTEROVIRUS

L'activité pour méningites à entérovirus aux urgences dans la région est élevée.

Activité régionale

En 2018, les SAU ont commencé à observer une augmentation progressive du nombre de passages aux urgences pour méningites virales à partir de la semaine 16 (16 au 22 avril), s'accroissant légèrement en semaine 22 (28 mai au 3 juin) puis de manière marquée en semaine 24 (11 au 17 juin) pour atteindre un pic d'activité en semaine 25 (18 au 24 juin). La décroissance a été amorcée dès la semaine 26 (25 juin au 1^{er} juillet).

A ce jour, le nombre hebdomadaire de cas observés en 2018 est équivalent à celui observé sur la même période en 2017.

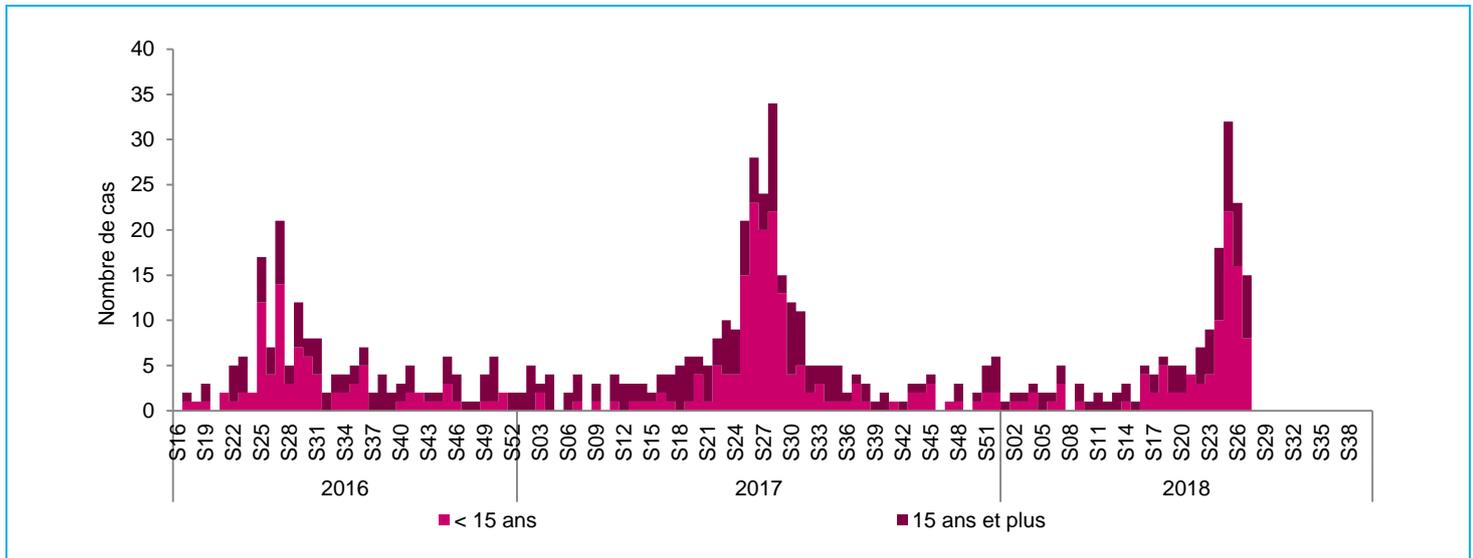


Figure 1- Nombre hebdomadaire des consultations diagnostiquées « méningite à entérovirus » dans les SAU en Auvergne-Rhône-Alpes depuis le 18 avril 2016 (2016-S16) - Oscour®, Santé publique France

Activité nationale

Jusqu'au 10 juin 2018 (dernières données publiées), la tendance dans les SAU au niveau national était similaire à celle observée en Auvergne-Rhône-Alpes : augmentation progressive du nombre de passages aux urgences pour méningites virales à partir de la semaine 15 (9 au 15 avril), suivie d'un plateau en semaines 17 à 20 puis d'une nouvelle augmentation des cas en semaines 21-23 (21 mai au 8 juin). Une ascension du nombre des cas étant attendue fin juin-début juillet, période où le pic estival est habituellement observé. Le nombre hebdomadaire de cas était inférieur à celui observé sur la même période au cours de l'année 2017.

Pour plus d'information : [Point sur les infections à entérovirus au 20 juin 2018](#)

En pratique

Les infections à entérovirus restent le plus souvent bénignes, avec un nombre important de cas asymptomatiques. Toutefois, toute symptomatologie fébrile associée à une symptomatologie neurologique doit faire évoquer le diagnostic d'infection à entérovirus et impose une consultation médicale. L'évolution des méningites à entérovirus, symptomatologie la plus fréquente, se fait en règle générale vers la guérison, et le traitement antibiotique est inutile.

Dans l'entourage des patients, le renforcement des règles d'hygiène familiale et/ou collective (lavage des mains notamment) est impératif afin de limiter la transmission de ces virus, notamment aux personnes immunodéprimées ou aux femmes enceintes.

SURVEILLANCE RENFORCEE DES ARBOVIROSES

| Résultats de la surveillance |

Depuis le début de la surveillance renforcée au 01/05/2018, 39 signalements d'arboviroses ont été reçus à l'ARS, parmi lesquels ont été confirmés **10 cas de dengue importés** provenant de Thaïlande (6), de la Réunion (3) et du Sri Lanka (1).

Seuls des traitements larvicides autour du domicile des patients ont été effectués dans le cadre des prospections réalisées suite à ces signalements (Résumé au Tableau 1).

Ces 2 premiers mois de surveillance n'ont pas montré de réelle augmentation des signalements entre mai et juin (cf. Figure 1), et restent donc marqués par une activité modérée, comparable à celle de la surveillance de 2017 (cf. Figure 2).

Tableau 1:

Semaine 27 (données arrêtées au 04/07/2018)

Département	Cas signalés	Cas confirmés importés			En cours d'analyse biologique	Cas exclus	Investigations entomologiques	
		dengue	zika	Flavivirus*			Prospection**	Traitement***
Ain	1	1	-	-	-	-	1	
Ardèche	6	2	-	-	-	4	2	
Drôme	2	-	-	-	-	2	-	
Isère	9	1	-	-	-	8	1	
Rhône	22	5	-	-	-	17	7	
Savoie	2	1	-	-	-	1	1	
Total	42	10	0	0	0	32	12	0

*arbovirose identifiée pour laquelle, la distinction dengue ou zika n'a pas été possible.

** certaines en cours non enregistrées: *** adulticide

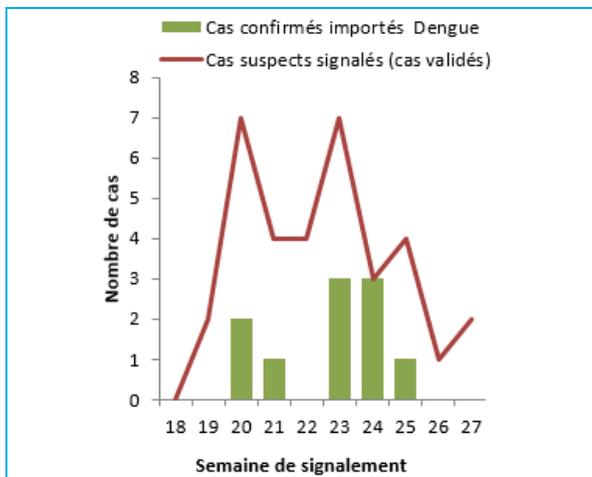


Figure 1 - Répartition des cas suspects signalés et des cas de dengue confirmés (importés) par semaine, 2018

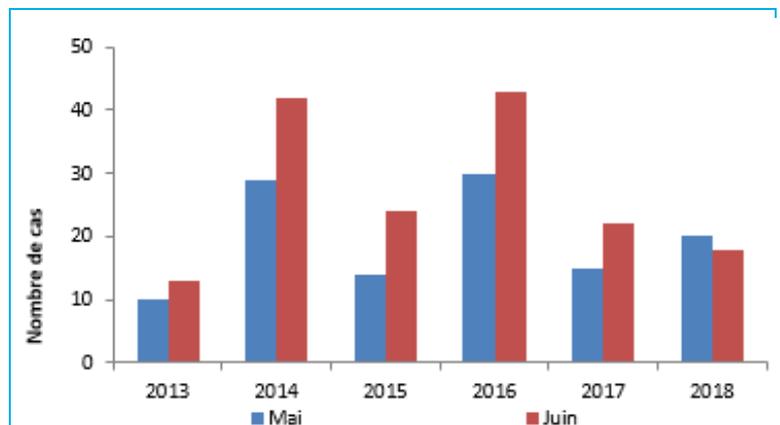


Figure 2 - Répartition du nombre de signalements de cas suspects, selon l'année, mai-juin 2013-2018*, région Auvergne-Rhône-Alpes
*Chikungunya-dengue 2013-2015
Chikungunya-dengue-zika 2016-2018

| Signalement à l'ARS |

Tous les **cas suspects importés de dengue, chikungunya et zika** revenant de pays de la zone inter-tropicale sont à signaler sans délai à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui coordonne les investigations, à l'aide de la [Fiche de signalement accéléré](#).

Tout cas suspect importé de fièvre jaune est à **signaler sans délai** à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes au moyen de la fiche de [DO](#).

Le signalement permet de déclencher une série de mesures dont l'objectif est d'éviter l'initiation d'une chaîne de transmission de ces arbovirus et la survenue de foyers autochtones sur le territoire métropolitain. Cette procédure entraîne, dès le stade de la suspicion, la mise en place des mesures adaptées de lutte anti-vectorielle autour des cas et permet une confirmation biologique accélérée des cas suspects.

Définition de cas

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

Cas suspect de chikungunya et de dengue : cas ayant présenté une fièvre > à 38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe parmi les suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleur rétro-orbitaire, sans autre point d'appel infectieux.

Cas suspect de zika : cas ayant présenté une éruption cutanée à type d'exanthème avec ou sans fièvre même modérée et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies, myalgies, en l'absence d'autres étiologies.

Cas suspect de fièvre jaune : personne non vaccinée en provenance d'une zone de circulation de la fièvre jaune depuis moins de 6 jours avant l'apparition des premiers symptômes, présentant un tableau clinique évocateur de fièvre jaune.

Diagnostic du chikungunya, de la dengue et du zika

Les analyses de diagnostic dengue, chikungunya et Zika (RT-PCR et sérologie) ont été introduites dans la nomenclature des actes de biologie et sont remboursées par l'Assurance Maladie sous réserve des conditions suivantes :

- Présence d'une symptomatologie évocatrice chez un patient.
- Retour d'une zone touchée par le virus l'un de ces 3 virus
- Séjour dans un des 42 départements où le moustique est implanté pendant sa période d'activité du 1^{er} mai au 30 novembre

Il est recommandé de demander systématiquement les diagnostics de ces 3 arboviroses.

Les analyses biologiques recommandées en fonction de la date de début des signes, sont précisées dans le tableau ci-dessous. Il est à noter que la virémie dans une infection par le virus zika, est courte alors que la virurie est prolongée jusqu'à 10 jours.

Le tableau, ci-après rappelle la période de virémie induite par ces arboviroses :

	J-3	J-2	J-1	DDS*	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10
Virémie														

* date de début des signes

Afin d'interpréter correctement les résultats biologiques, il est nécessaire de respecter les délais, à partir de la DDS, indiqués dans le tableau, ci-après, pour prescrire le type d'analyse biologique souhaité. Ces indications sont valables pour les 3 arboviroses.

	DDS*	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10	J+11	J+12	J+13	J+14	J+15	...
RT-PCR Sang chik-dengue-zika																	
RT-PCR Urine zika																	
SEROLOGIE (IgM et IgG) chik-dengue-zika																	

* date de début des signes

Pour en savoir plus

- Actuellement, une **épidémie de dengue** est en cours sur l'île de **la Réunion** avec fin juin, [5750 cas autochtones](#) signalés depuis début 2018 répartis majoritairement dans l'Ouest et le sud de l'île.
En **Nouvelle Calédonie**, l'épidémie de dengue est effective depuis février dernier et au 29/06/2018, 1633 cas de dengue ont été recensés dont 80% avec un sérotype 2.

Sur la situation épidémiologique actualisée sur l'île de la [Réunion](#)

Sur la situation épidémiologique actualisée en [Nouvelle-Calédonie](#)

- **Numéro spécial** : [Surveillance renforcée des arboviroses en ARA 2016-2017](#)

GASTRO-ENTERITES ET DIARRHEES AIGUES

L'activité pour GEA est stable sur la région Auvergne-Rhône-Alpes pour le réseau Oscour® et les associations SOS Médecins et en baisse pour le réseau Sentinelles.

Synthèse des données disponibles

- **SOS Médecins** : Activité stable sur les 3 dernières semaines avec 294 consultations pour GEA la semaine précédente soit **5,1%** de l'activité totale; activité légèrement en dessous de celle observée l'année précédente à la même période. La part des moins de 5 ans représente 16% (n=47) des consultations.
- **Oscour®** : Activité stable les 3 dernières semaines avec 311 passages pour GEA soit **0,9%** de l'activité totale ; activité stable par rapport à celle observée l'année précédente à la même période. La part des moins de 5 ans représente 36,3% (n=113) des passages.
- **Réseau Sentinelles** : Incidence régionale des diarrhées aiguës vues en consultation de médecine générale en baisse, avec en semaine 26 : **49 cas pour 100 000 habitants (IC [25 – 73])**.
- **Surveillance des GEA en EHPAD** : Depuis début octobre 2017, 202 cas groupés de GEA ont été signalés en ARA, soit 18 épisodes supplémentaires depuis le dernier bilan le mois précédent.
- **Données de virologie** : Depuis la semaine 40, 39 norovirus et 11 rotavirus ont été isolés parmi les épisodes survenus en Ehpad.

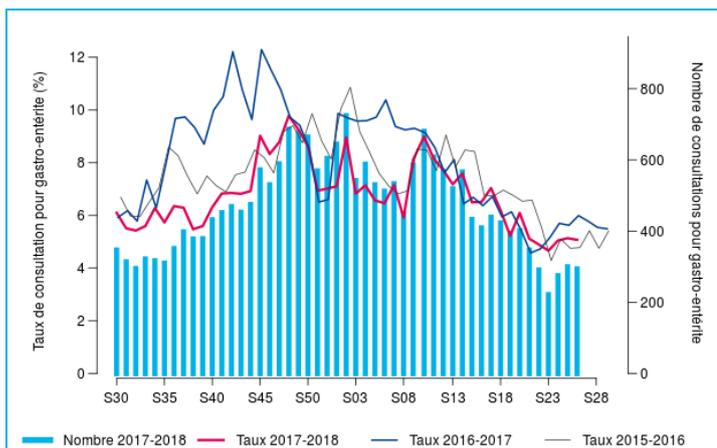


Figure 1- Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, ARA, 2015-2018.

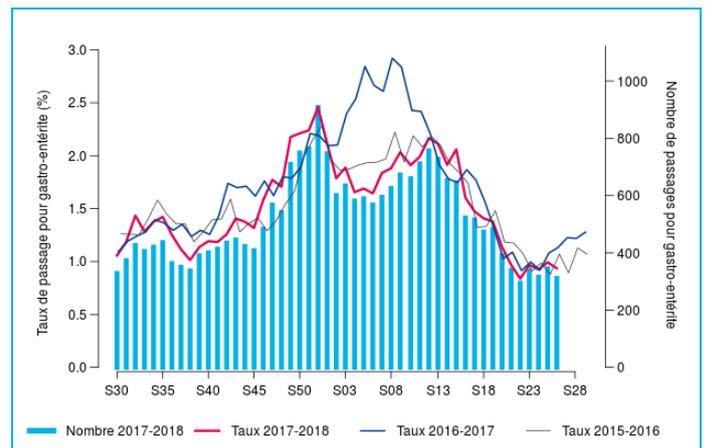


Figure 2- Evolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, ARA, 2015-2018.

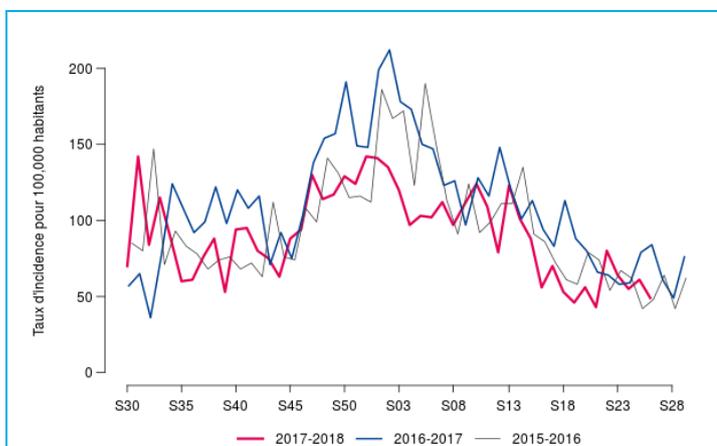


Figure 3- Incidence hebdomadaire régionale (pour 100 000 hab.) des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, ARA, 2015-2018.

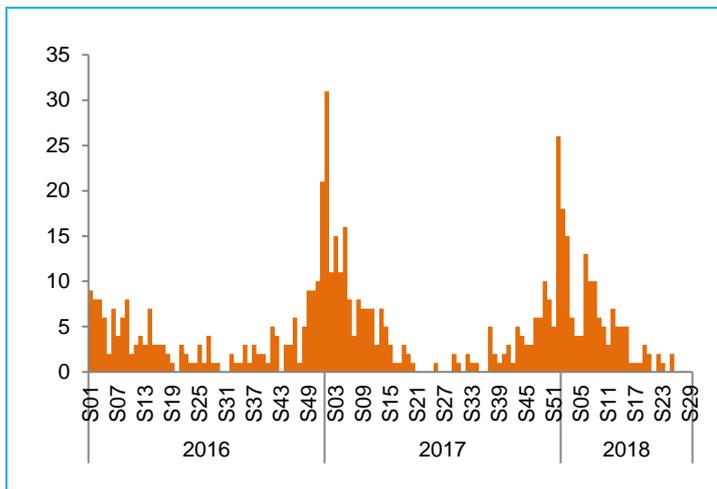


Figure 4 - Nombre hebdomadaire de cas groupés de GEA signalés par les Ehpads, ARA, 2015-2018.

GEA en Ehpads	
Episodes	
Nombre de foyers signalés	202
Nombre de foyers clôturés	195
Taux de foyer clôturés	96,50 %
Recherche étiologique	
Recherche effectuée	110
Norovirus confirmé	39
Rotavirus confirmé	11
Résidents - Episodes clôturés	
Nombre total de résidents malades	4924
Taux d'attaque moyen	29,50 %
Nombre d'hospitalisations en unité de soins	35
Taux d'hospitalisation moyen	0,70%
Nombre de décès	15
Létalité moyenne	0,30%
Personnel - Episodes clôturés	
Nombre total de membres du personnel malades	1062
Taux d'attaque moyen	8,00%

Tableau 1 - Caractéristiques des cas groupés de GEA signalés par les Ehpads, ARA, saison 2017-2018.

[Consulter les données nationales :](#)

Surveillance de la gastro-entérite : [cliquez ici](#)

Prévention de la gastro-entérite

La prévention des GEA repose sur les mesures d'hygiène :

Hygiène des mains et des surfaces : le mode de transmission oro-fécal principal des virus conditionne en grande partie les mesures de prévention et de contrôle des gastro-entérites virales basées sur l'application de mesures d'hygiène. Les mains constituent le vecteur le plus important de la transmission et nécessitent de ce fait un nettoyage au savon soigneux et fréquent. De même, certains virus (rotavirus et norovirus) étant très résistants dans l'environnement et présents sur les surfaces, celles-ci doivent être nettoyées soigneusement et régulièrement dans les lieux à risque élevé de transmission (services de pédiatrie, institutions accueillant les personnes âgées) ([Guide HCSP 2010](#)).

Lors de la préparation des repas : application de mesures d'hygiène strictes (lavage soigneux des mains) avant la préparation des aliments et à la sortie des toilettes, en particulier dans les collectivités (institutions accueillant des personnes âgées, services hospitaliers, crèches), ainsi que l'éviction des personnels malades (cuisines, soignants, etc.) permet d'éviter ou de limiter les épidémies d'origine alimentaire.

[Recommandation sur les mesures de prévention de la déshydratation chez les jeunes enfants : cliquez ici](#)

EPIDEMIE D'HEPATITE A : POINT AU 4 JUILLET 2018

Suite à l'épidémie d'hépatite A observée en Europe à compter de l'automne 2016, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), qui a concerné trois pays européens sur quatre en 2017, nous proposons un point de situation régionale, à l'issue du premier semestre 2018 (données des 15 derniers jours restant provisoires).

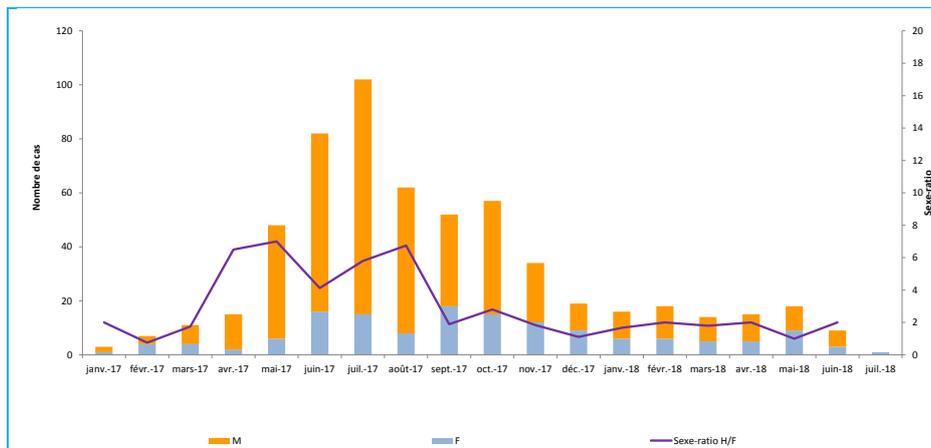


Figure 1 - Répartition mensuelle des cas d'hépatite A, Auvergne-Rhône-Alpes, 2017-2018, (N=583).

Au cours du second trimestre 2018, 40 nouveaux cas ont été identifiés portant à 90, le nombre de cas d'hépatite A survenus dans notre région, en 2018. Ils étaient répartis dans 10 de nos départements ; seuls l'Ardèche et la Haute-Loire en étaient exempts. Le sexe-ratio rapporté était identique à celui du premier trimestre, soit 1,9, encore élevé (Tableau 1). La part des hommes de 18 à 55 ans restait importante (75%) et parmi eux, 48% ne présentaient aucun facteur de risque listé dans le formulaire de déclaration (notion de séjour à l'étranger, cas dans l'entourage, présence d'un enfant de moins de 3 ans dans l'entourage proche, travail dans une collectivité à risque, consommation de fruits de mer). Cette proportion était supérieure aux valeurs moyennes relevées sur la période 2014-2016.

Départements	Période 2010-16*		2017*			2018**		
	Nombre moyen de cas/an	Incidence moyenne***	Nombre de cas	Incidence**	Sexe-ratio H/F	Nombre de cas	Incidence***	Sexe-ratio H/F
Ain	5	0,7	44	6,8	3,4	4	1,5	NC
Allier	2	0,6	13	3,8	3,3	3	2,1	NC
Ardèche	2	0,8	15	4,6	1,1	0	0,0	0
Cantal	0	0,2	1	0,7	NC	1	1,6	0
Drôme	6	1,2	11	2,1	NC	5	2,3	0
Isère	18	1,4	67	5,3	3,2	16	3,0	1,25
Loire	8	1,0	50	6,6	11,5	7	2,2	3
Haute-Loire	0	0,1	3	1,3	NC	0	0,0	0
Puy-de-Dôme	12	1,9	20	3,4	1,9	7	2,5	1
Rhône	33	1,9	202	10,9	4,6	24	3,0	0,4
Savoie	6	1,3	41	9,5	1,9	16	8,7	3,3
Haute-Savoie	8	1,1	25	3,1	1,5	7	2,0	NC
Auvergne-Rhône-Alpes	100	1,3	492	6,2	3,5	90	2,6	1,9

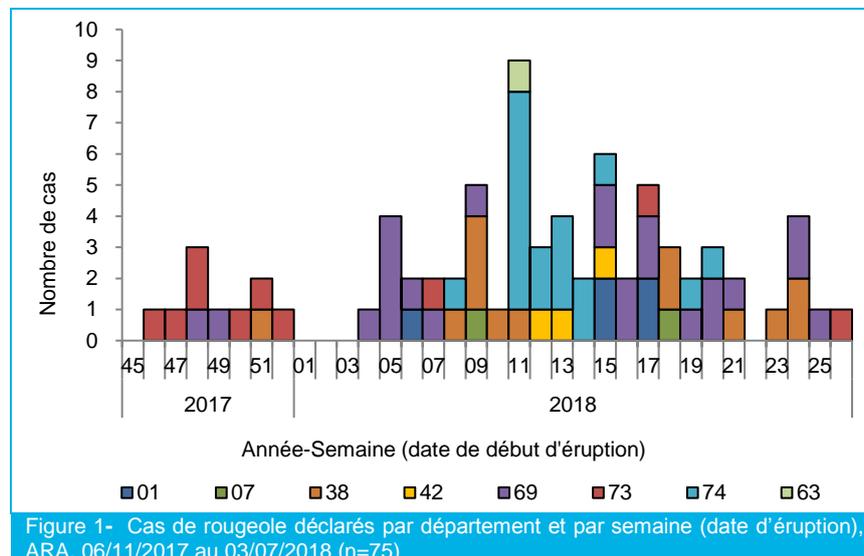
* année pleine
 ** année en cours
 ***incidence pour 100 000 habitants
 NC non calculable

Tableau 1 - Comparaison des données départementales 2017 et 2018 vs période 2010-2016, Auvergne-Rhône-Alpes.

Le nombre cumulé de cas au premier semestre 2018 reste élevé, correspondant à un peu moins de l'effectif annuel régional recensé sur la période 2010-2016. L'incidence régionale a diminué entre le premier et le deuxième trimestre passant de 3,2 à 2,6 pour 100 000 habitants. La baisse de l'incidence régionale se poursuit, pour rappel, en 2017, elle était de 6,2 pour 100 000 habitants. Ces chiffres actualisés sont cependant en faveur de la circulation persistante du virus de l'hépatite A au sein de la communauté HSH et de la population générale.

ROUGEOLE — DONNEES DU 6 NOVEMBRE 2017 AU 3 JUILLET 2018 EN AUVERGNE-RHONE-ALPES

- Au 3 juillet 2018, **75 cas** de rougeole ont été recensés en région ARA depuis le 6 novembre 2017 (cas résidant dans la région), soit 7 nouveaux cas pour le mois de juin.
- **Quinze cas** (soit 20%) ont été **hospitalisés** dont **une complication** (autre qu'encéphalite ou pneumopathie) signalée.
- Pour les cas nés depuis 1980 dont le statut vaccinal était connu (n=59), 39 (66%) n'étaient pas vaccinés, 10 avaient reçu 1 seule dose (soit 17%) et 10 (soit 17%) étaient correctement vaccinés.
- **Huit** des 12 départements de la région ont déclarés des cas : **23 cas dans le Rhône, 18 en Haute-Savoie, 13 en Isère, 10 en Savoie, 5 dans l'Ain, 3 dans la Loire, 2 dans l'Ardèche et 1 dans le Puy-de-Dôme.**



Informations et recommandations

Santé publique France rappelle que la vaccination est le seul moyen de se protéger contre la rougeole.

Actuellement, aucun département n'atteint le taux requis de 95% de couverture vaccinale (CV) à 2 ans pour les 2 doses de vaccin permettant d'interrompre la circulation du virus. Même si une diminution du nombre de cas est observée depuis le mois de mai en Auvergne-Rhône-Alpes mais également sur l'ensemble du territoire national, la France n'est donc toujours pas à l'abri de nouvelles vagues épidémiques d'ampleur importante au cours des années à venir, comme cela a été observé en métropole entre 2008 et 2012 ou dans plusieurs autres pays européens au cours de ces dernières années.

CANICULE

Le niveau orange du plan national canicule a été déclenché du vendredi 29/06/2018 à 16h au mardi 03/07/2018 à 6h pour le département du Rhône. Six autres départements de la région ont été placés en vigilance jaune entre le vendredi 29/06/2018 et le lundi 02/07/2018 : Ain, Allier, Isère, Puy-de-Dôme, Savoie, Haute-Savoie. Au total, en France métropolitaine, 30 départements étaient placés en vigilance jaune au cours de cet épisode et seul le Rhône était en vigilance orange.

Entre le 29/06/2018 et le 03/07/2018, 47 consultations SOS Médecins (1,1% activité) pour pathologie en lien avec la chaleur (PLC) ont été recensées sur la région. Ces consultations concernaient pour 42,6% des personnes âgées de 75 ans et plus et pour 25,5% des enfants de moins de 15 ans.

Sur cette même période, 113 passages aux urgences (0,5% activité) pour PLC ont été recensés sur la région. Ces consultations concernaient pour 41,6% des personnes âgées de 75 ans et plus et pour 19,5% des enfants de moins de 15 ans. La part des hospitalisations représentait 61,9%. Les personnes âgées de 75 ans et plus passant aux urgences pour PLC ont été hospitalisées dans 85,1% des cas.

Pour en savoir plus

Dossiers et rapports de Santé publique France :

[Canicule et changement climatique : bilan des fortes chaleurs en 2017 et impacts sanitaires de la chaleur](#)

MORTALITE TOUTES CAUSES

Synthèse des données disponibles

En **ARA**, la mortalité quelle que soit la cause de décès est à un niveau attendu pour la saison ces dernières semaines.

Au **plan national**, le nombre de décès observé reste dans les marges de fluctuations habituelles.

Compte-tenu des délais habituels de transmission des données, les effectifs de mortalité observés pour les 3 semaines précédentes sont encore incomplets. Il convient donc de rester prudent dans l'interprétation de ces observations.

Consulter les données nationales :

- Surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (Oscour, SOS Médecins, Mortalité) : [cliquez ici](#)
- Surveillance de la mortalité : [cliquez ici](#)

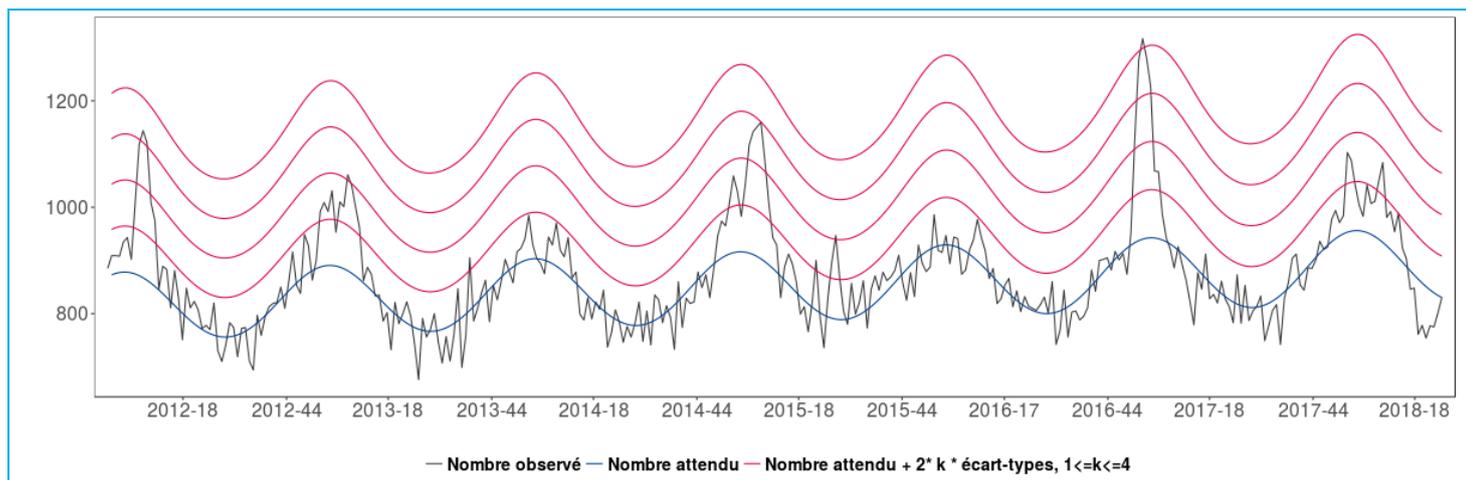


Figure 1 - Nombre hebdomadaire de décès toutes causes et tous âges confondus.

Dispositif SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès)

Ce système de surveillance sanitaire dit syndromique a vu le jour en 2003 et est coordonné par Santé Publique France. Il couvre actuellement environ 88% de l'activité des services d'urgences en France, 90% de l'activité SOS Médecins, 80% des décès quotidiens et 6% de la certification électronique des décès. Les données des consultations sont transmises quotidiennement à Santé Publique France selon un format standardisé :

- **les données des associations SOS Médecins de Grenoble, St Etienne, Clermont-Ferrand, Lyon, Chambéry et Annecy** : Ces associations assurent une activité de continuité et de permanence de soins en collaboration avec le centre 15 et les médecins traitants. Ses médecins interviennent 24h/24, en visite à domicile ou en centre de consultation.

- **les données des services d'urgences des établissements hospitaliers** (Oscour - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) : Les urgentistes consultent 24h/24 au sein de l'établissement de santé. Chaque passage aux urgences fait l'objet d'un envoi des données à Santé Publique France sous forme de Résumé de Passage aux Urgences (RPU).

- **la mortalité « toutes causes » est suivie à partir de l'enregistrement des décès par les services d'Etat-civil dans les communes informatisées de la région (qui représente près de 80 % des décès de la région) :**

Un projet européen de surveillance de la mortalité, baptisé Euromomo (<http://www.euromomo.eu>), permet d'assurer un suivi de la mortalité en temps réel et de coordonner une analyse normalisée afin que les signaux entre les pays soient comparables. Les données proviennent des services d'état-civil et nécessitent un délai de consolidation de plusieurs semaines. Ce modèle permet notamment de décrire « l'excès » du nombre de décès observés pendant les saisons estivales et hivernales. Ces « excès » sont variables selon les saisons et sont à mettre en regard de ceux calculés les années précédentes.

- **les données de certification des décès (CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm) :** Le volet médical du certificat de décès contient les causes médicales de décès. Il est transmis aux agences régionales de santé (ARS) et au CépiDc de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) par voie papier ou voie électronique puis à Santé Publique France.

Liens utiles :

- [Santé Publique France](#)
- [BVS SurSaUD Rhône-Alpes](#) (2015)
- [BVS SurSaUD Auvergne](#) (2014)

□ Les regroupements syndromiques suivi sont composés :

- Pour la grippe ou syndrome grippal : codes J09, J10, J11 et leurs dérivés selon la classification CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé ;
- Pour la bronchiolite : codes J210, J218 et J219, chez les enfants de moins de 2 ans ;
- Pour la GEA : codes A08, A09 et leurs dérivés.

□ **Pour les regroupements syndromiques précédents, depuis la saison hivernale 2016-2017, la définition des périodes épidémiques est basée sur la combinaison de méthodes statistiques appliquées à deux ou trois sources de données (SOS Médecins, Oscour® et, selon la pathologie, réseau Sentinelles). Sont appliquées jusqu'à trois méthodes statistiques, selon les conditions d'application : (i) un modèle de régression périodique (dit de « Serfling ») sur 5 ans d'historique avec écrêtage des journées présentant les valeurs les plus élevées (ii) un modèle de régression périodique « robuste » avec pondération des journées selon leur valeur et (iii) un modèle**

Nombre d'associations et de structures d'urgence participant sur la semaine 26 et taux de codage des diagnostics au niveau régional :

Semaine	SOS Médecins	Réseau Oscour®
Etablissements inclus dans l'analyse des tendances	7/7 associations	80/88 structures d'urgence
Taux de codage du diagnostic sur la semaine précédente sur ces établissements	86,3 %	71,1 %

Le point épidémiologique

Remerciements à nos partenaires :

- Services d'urgences du réseau Oscour®,
- Associations SOS Médecins de Grenoble, St Etienne, Clermont-Ferrand, Lyon, Chambéry, Annecy, Thonon-Chablais
- Services de réanimation (Cas graves de grippe hospitalisés en réanimation),
- Le Réseau Sentinelles de l'Inserm et son antenne régionale en ARA basée au CH de Firminy,
- Le CNR Virus des infections respiratoires (Laboratoire de Virologie-Institut des Agents Infectieux, Lyon)
- Les établissements hébergeant des personnes âgées
- Les SAMU
- Les mairies et leur service d'état civil qui transmettent en continu les déclarations de décès à l'INSEE
- L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)
- Le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA)
- L'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance
- Les équipes de l'ARS ARA notamment celles chargées de la veille sanitaire et de la santé environnementale

Retrouvez nous sur : santepubliquefrance.fr

Twitter : @sante-prevention



Directeur de la publication

François Bourdillon
Directeur général
Santé publique France

Responsable de la Cire

Christine SAURA

Comité de rédaction

Elise BROTTE
Delphine CASAMATTA
Marc CHARLES
Sylvette FERRY
Erica FOUGERE
My-Anh LE THIEN
Philippe PEPIN
Isabelle POUJOL
Guillaume SPACCAFERRI
Garance TERPANT
Alexandra THABUIS
Emmanuelle VAISSIERE
Jean-Marc YVON

Diffusion

Cire Auvergne-Rhône-Alpes
Tél. 04.72.34.31.15
Cire-ara@santepubliquefrance.fr