

Surveillance épidémiologique en Alsace

Point de situation au 04 février 2016, n°2016-04, Semaine 04

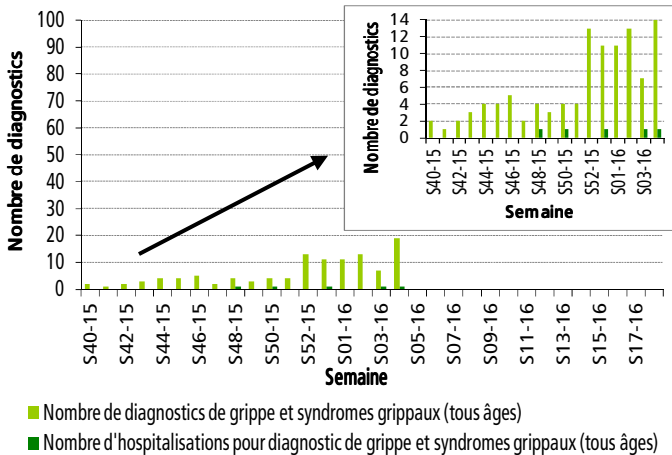
| Sommaire |

Surveillance par pathologie :	
- grippe, syndromes grippaux et virus circulants	2-4
- bronchiolites chez les enfants de moins de 2 ans	5
- données virologiques	6
- gastro-entérites	7-8
Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone en Alsace	8
Le point sur l'Infection au virus Zika au 29 janvier 2016.....	9-10
Pour approfondir	11
Partenaires de la surveillance en Alsace	11

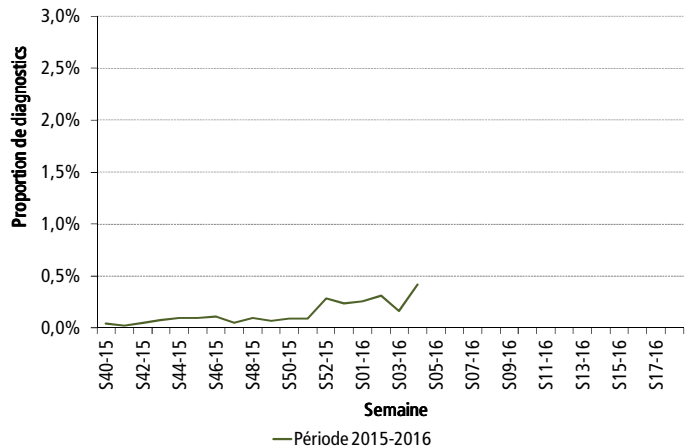
| Faits marquants |

- ⇒ Depuis le début de la surveillance en semaine 40, l'activité liée à la **grippe** et aux **syndromes grippaux** reste faible mais on note une tendance récente à l'augmentation. En semaine 4 (25-31 janvier), les médecins des services d'urgence du réseau OSCOUR® et des associations SOS Médecins ont posé respectivement 19 et 95 diagnostics. Cette augmentation d'activité touche l'ensemble du territoire, et plusieurs régions ont déjà atteint le seuil épidémique.
- ⇒ Depuis le point du 21 janvier, aucun nouveau foyer de cas groupés d'**IRA** en collectivité de personnes âgées n'a été signalé en Alsace. Six signalements ont été réalisés depuis le 1er septembre 2015.
- ⇒ L'activité de la **bronchiolite** chez les enfants de moins de 2 ans avait atteint un pic en semaine 52 pour les services d'urgence du réseau OSCOUR® et l'association SOS médecins. Depuis, l'épidémie est globalement en diminution en Alsace, même si on note des variations hebdomadaires. En semaine 4, les services d'urgence et les médecins des associations SOS Médecins ont posé respectivement 49 et 20 diagnostics de bronchiolite. Parmi les diagnostics posés aux urgences, 42% ont nécessité une hospitalisation. Cette pathologie représente 10% de l'activité des urgences chez les moins de deux ans.
- ⇒ D'après le laboratoire de virologie des HUS, le nombre de **virus respiratoires** détectés est stable par rapport aux semaines précédentes, avec deux principaux virus retrouvés: le rhino/entérovirus et le virus respiratoire syncytial (VRS).
- ⇒ Le nombre de diagnostics hebdomadaires de **gastro-entérites** et **diarrhées** est en augmentation progressive par rapport aux semaines précédentes pour les services d'urgence du réseau OSCOUR® : 136 diagnostics ont été posés en semaine 4, soit 3% des passages aux urgences. L'activité semble en revanche stabilisée à un niveau soutenu chez les médecins des associations SOS médecins, avec 302 diagnostics en semaine 4. Cette activité est proche de celle observée durant les années précédentes à la même période.
- ⇒ Depuis le point du 21 janvier, trois nouveaux foyers de cas groupés de **gastro-entérites aiguës** en collectivité de personnes âgées ont été signalés en Alsace, portant ainsi à 12 le nombre de signalements réalisés depuis le 1er septembre 2015.
- ⇒ Le rotavirus est le **virus entérique** le plus fréquemment identifié par le laboratoire de virologie des HUS en semaine 3.
- ⇒ Au cours de la semaine 04, un épisode **d'intoxication par le monoxyde de carbone** (suspectée ou avérée) a été déclaré en Alsace.
- ⇒ L'infection émergente du **Zika** virus est abordé à la fin de ce point épidémiologique.

| Figure 1 | Nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisations pour grippe et syndromes grippaux tous âges depuis la semaine 40-2015 (Source : réseau Oscour®)

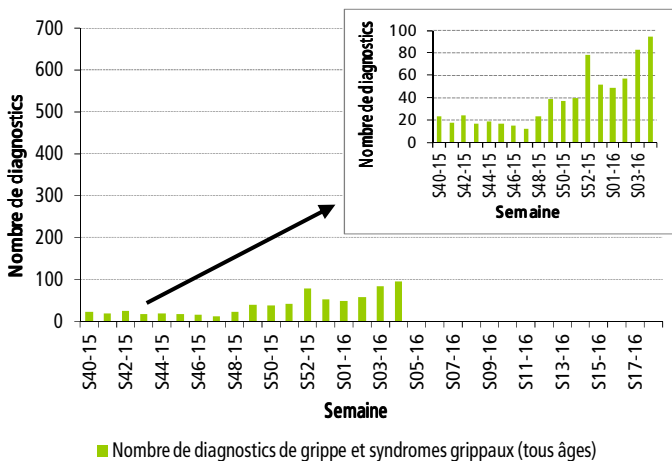


| Figure 2 | Proportion de diagnostics de grippe et syndromes grippaux parmi le total des diagnostics tous âges durant la saison hivernale 2015-2016 * (Source : réseau Oscour®)

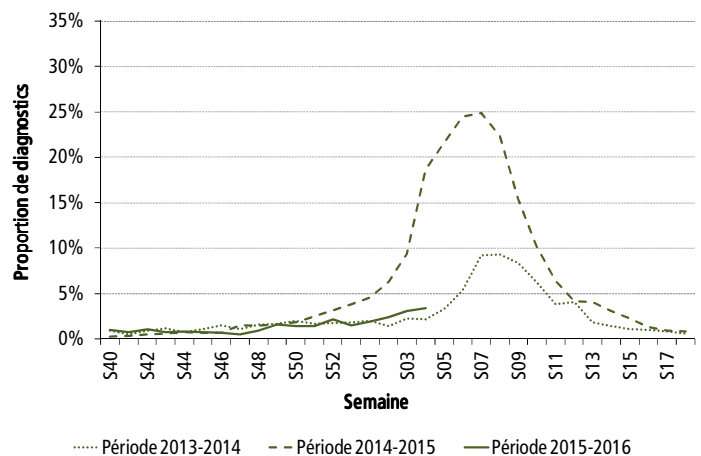


* En raison d'un historique de données insuffisant, les comparaisons avec les saisons précédentes ne peuvent pas être réalisées pour les données du réseau Oscour® en Alsace.

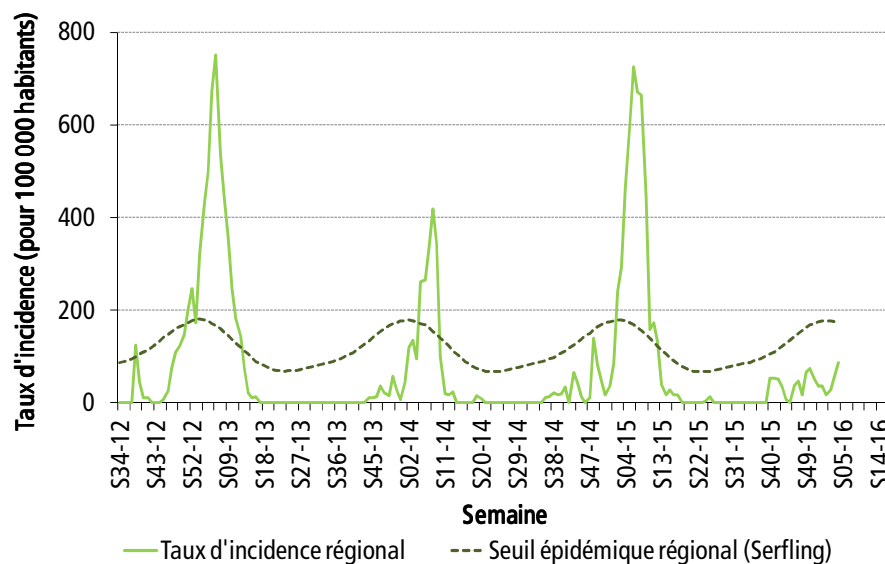
| Figure 3 | Nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe et syndromes grippaux tous âges depuis la semaine 40-2015 (Source : SOS Médecins Strasbourg et Mulhouse)



| Figure 4 | Proportion de diagnostics de grippe et syndromes grippaux parmi le total des diagnostics tous âges durant les saisons hivernales de 2013 à 2016 (Source : SOS Médecins Strasbourg et Mulhouse)

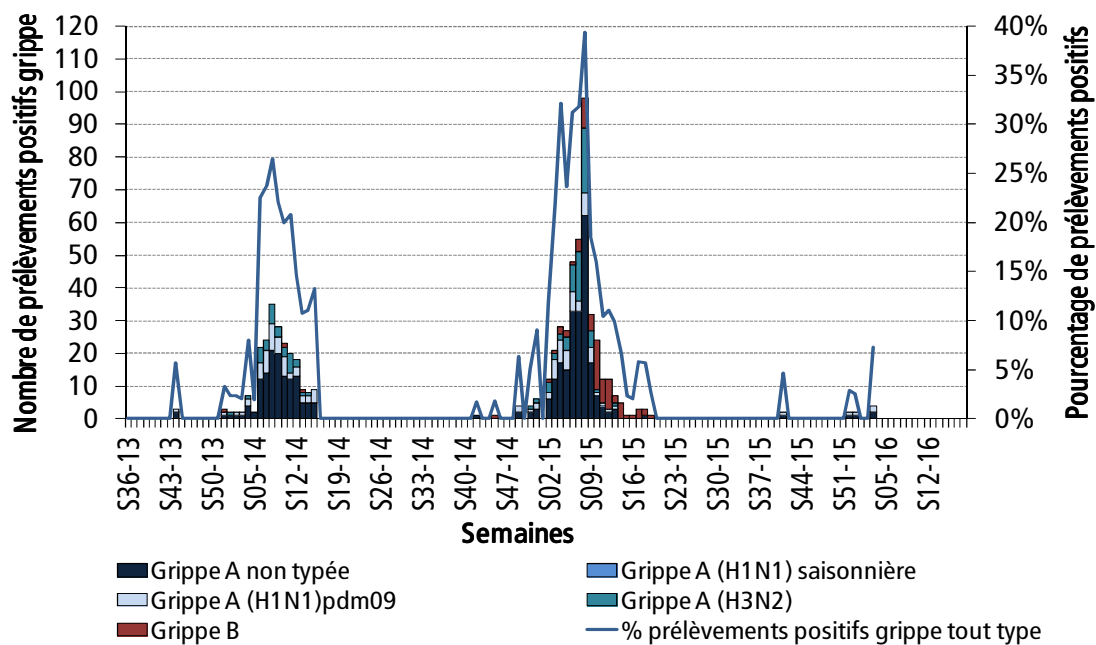


| Figure 5 | Taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal en Alsace depuis la semaine 34-2012 (Source : Réseau Sentinelles)



Le réseau Sentinelles est composé de médecins généralistes et pédiatres libéraux volontaires. Toute l'année, il estime le nombre hebdomadaire de patients consultant pour syndromes grippaux. Le taux d'incidence présenté dans le graphique ci-dessus correspond au nombre de consultations pour 100 000 habitants et le seuil épidémique est calculé selon la méthode du « Serfling ».

| Figure 6 | Nombre hebdomadaire de prélèvements respiratoires positifs pour les virus grippaux depuis la semaine 36-2013 (Source : laboratoire de virologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg)

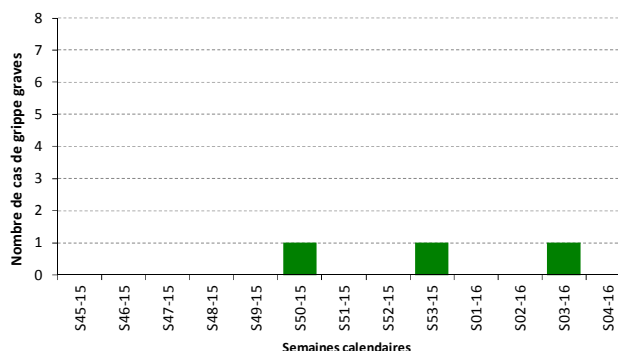


| Surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en services de réanimation en Alsace |

En semaine 3, un nouveau cas grave de grippe a été déclaré par les services de réanimation de la région.

Depuis le 1er novembre 2015, trois cas graves de grippe ont été signalés en Alsace. Les trois cas concernaient des hommes, âgés en moyenne de 83 ans, avec au moins trois facteurs de risque chacun.

| Figure 7 | Distribution du nombre hebdomadaire de cas graves de grippe hospitalisés en réanimation par semaine de début d'hospitalisation depuis le 1^{er} novembre 2015



| Surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) en collectivité de personnes âgées en Alsace |

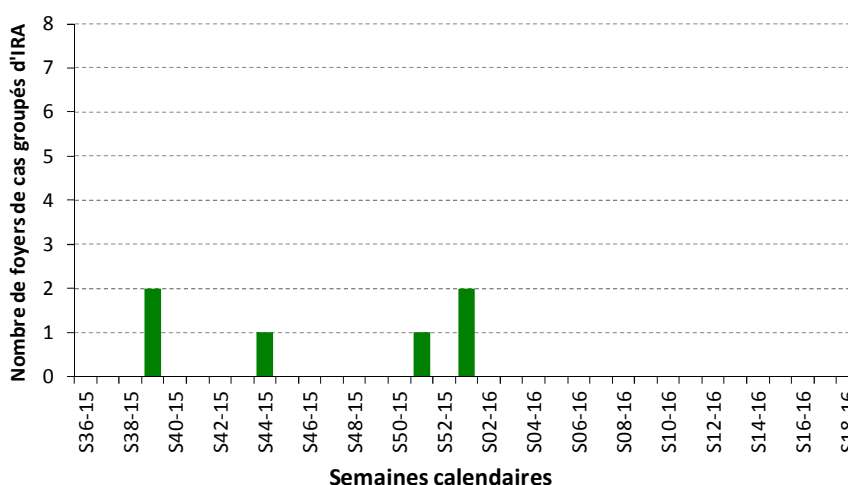
Depuis le point du 21 janvier, aucun nouveau foyer de cas groupés d'IRA en collectivité de personnes âgées n'a été signalé en Alsace.

Depuis le 1er septembre 2015, 6 foyers de cas groupés d'IRA en collectivité de personnes âgées ont été signalés en Alsace : 4 dans le Bas-Rhin et 2 dans le Haut-Rhin.

A ce jour, 5 épisodes sont terminés. D'après les bilans finaux, le taux d'attaque médian est de 26 % chez les résidents [min 16 % - max 37 %] et de 5 % chez les membres du personnel [min 0 % - max 23 %]. Des résidents ont été hospitalisés dans 3 des signalements et le taux d'hospitalisation moyen est de 8 %. Deux décès imputables à l'infection respiratoire ont été rapportés.

Une recherche de virus grippal a été réalisée mais le résultat était négatif.

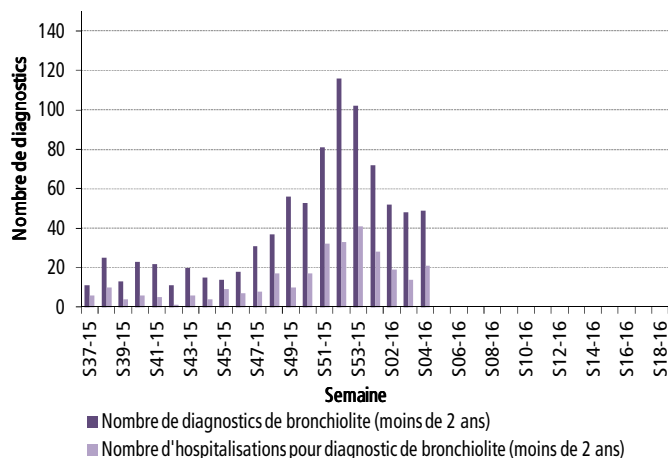
| Figure 8 | Nombre hebdomadaire de signalements de foyers de cas groupés d'IRA en collectivité de personnes âgées depuis la semaine 36-2015, en fonction de la date du 1er cas (Source : Surveillance des IRA et GEA en EHPAD)



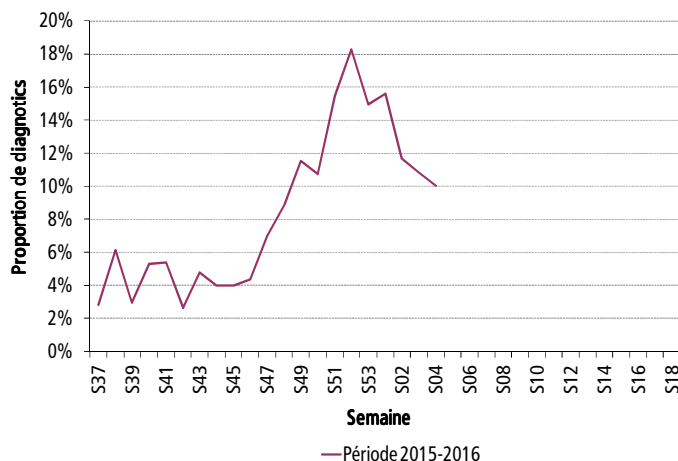
| Bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans |

| Services d'urgence |

| Figure 9 | Nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisations pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans depuis la semaine 37-2015 (Source : réseau Oscour®)



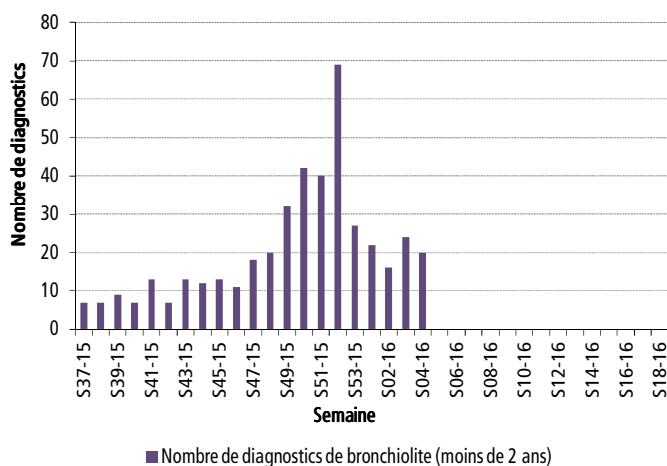
| Figure 10 | Proportion de diagnostics de bronchiolite parmi le total des diagnostics chez les enfants de moins de 2 ans durant la saison hivernale 2015-2016 * (Source : réseau Oscour®)



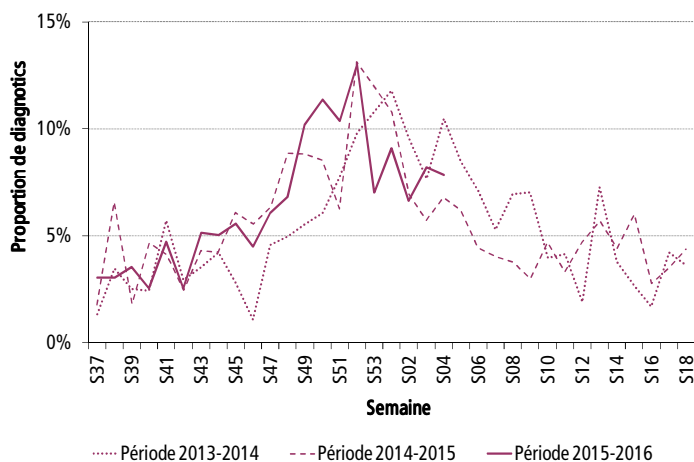
* En raison d'un historique de données insuffisant, les comparaisons avec les saisons précédentes ne peuvent pas être réalisées pour les données du réseau Oscour® en Alsace.

| Associations SOS Médecins |

| Figure 11 | Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans depuis la semaine 37-2014 (Source : SOS Médecins Strasbourg et Mulhouse)

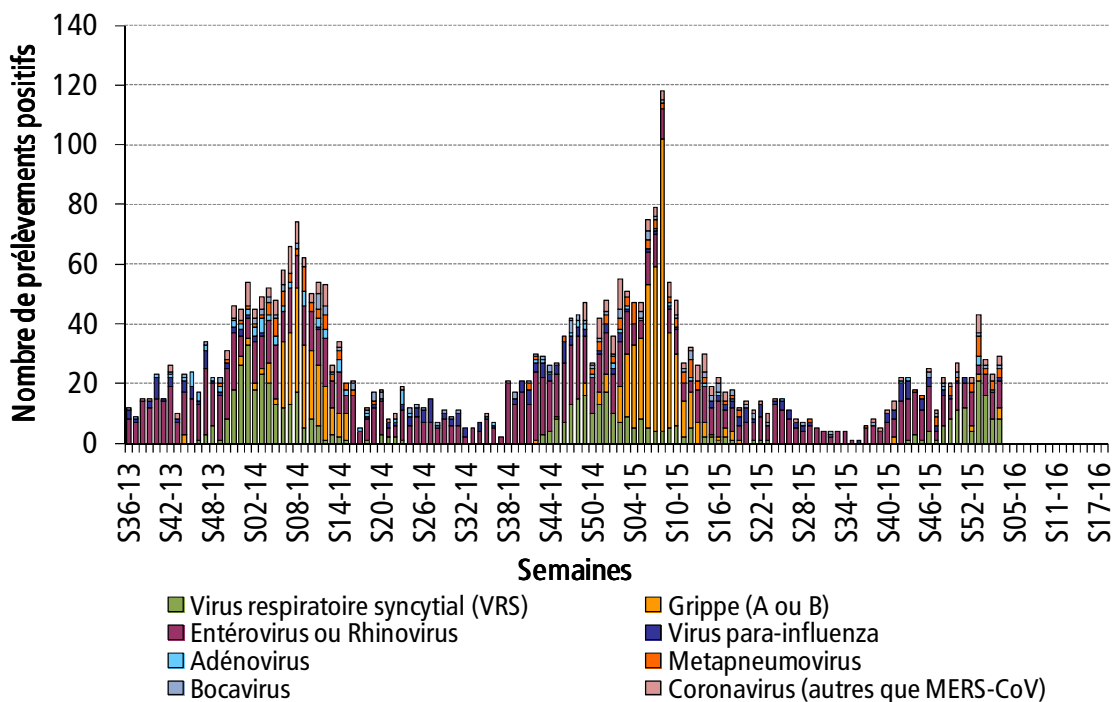


| Figure 12 | Proportion de diagnostics de bronchiolite parmi le total des diagnostics chez les enfants de moins de 2 ans durant les saisons hivernales de 2013 à 2016 (Source : SOS Médecins Strasbourg et Mulhouse)



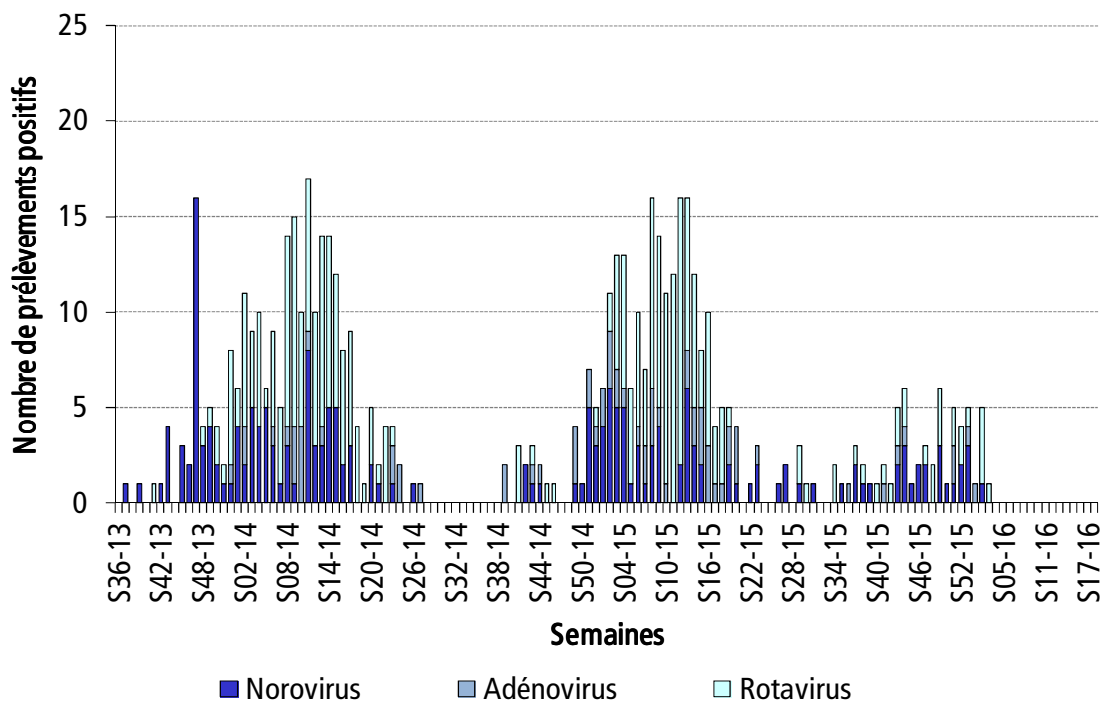
| Virus respiratoires |

| Figure 13 | Evolution hebdomadaire du nombre de prélèvements positifs pour les virus respiratoires, selon le type de virus, depuis la semaine 36-2013 (Source : Laboratoire de virologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg)



| Virus entériques |

| Figure 14 | Evolution hebdomadaire du nombre de prélèvements positifs pour les virus entériques, selon le type de virus, depuis la semaine 36-2013 (Source : Laboratoire de virologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg)

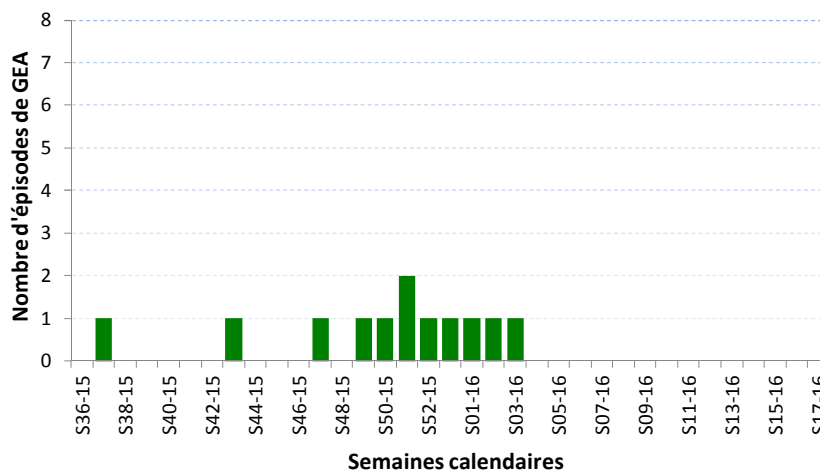


Depuis le point du 21 janvier, 3 nouveaux foyers de cas groupés de gastro-entérites aiguës en collectivité de personnes âgées ont été signalés en Alsace. Cela porte donc à 12 le nombre de signalements réalisés depuis le 1er septembre 2015 : 8 dans le Bas-Rhin et 4 dans le Haut-Rhin.

A ce jour, les 12 épisodes sont terminés. D'après les bilans finaux, le taux d'attaque médian est de 33 % chez les résidents [min 7 % - max 56 %] et de 8 % chez les membres du personnel [min 0 % - max 42 %]. Une hospitalisation et deux décès ont été signalés lors de ces épisodes.

Des recherches étiologiques ont été réalisées dans quatre des épisodes. Les résultats étaient positifs à norovirus pour un foyer et à rotavirus pour un autre.

| Figure 15 | Nombre hebdomadaire de signalements de foyers de cas groupés de GEA en collectivité de personnes âgées depuis la semaine 36-2015, en fonction de la date du 1er cas (Source : Surveillance des IRA et GEA en EHPAD)



| Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone (CO). Situation au 25 janvier 2016 |

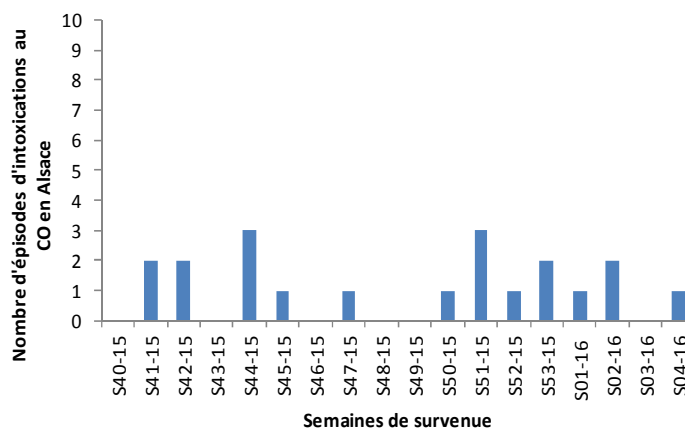
En semaine 04, un épisode d'intoxication au CO a été signalé dans le Bas-Rhin. Une personne a été exposée, elle n'a pas été transportée aux urgences. L'intoxication a été causé par un appareil de chauffe à domicile.

Depuis le début de la saison de chauffe datant du 01/10/2015, 20 épisodes d'intoxication au CO ont été signalés dans la région, dont 17 dans le Bas-Rhin et 3 dans le Haut-Rhin. Au total, 85 personnes ont été exposés : 33 ont été transportées aux urgences, 12 ont été hospitalisées et 4 personnes ont bénéficié d'une oxygénothérapie hyperbare. Aucun décès n'a été rapporté.

D'après les informations disponibles au moment de l'alerte, parmi les 20 épisodes : 13 sont survenus sur des lieux d'habitation, 3 dans des établissements recevant du public, 3 en milieu professionnel et 1 dans d'autres types de lieux.

Parmi les appareils en cause dans l'intoxication : 16 épisodes étaient causés par des appareils de chauffe, 2 par des moteurs thermiques et 2 par d'autres types d'appareils.

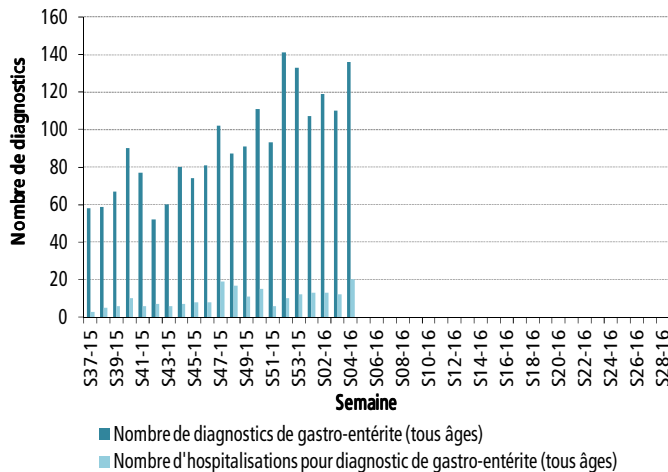
| Figure 16 | Nombre hebdomadaire d'épisodes d'intoxications au monoxyde de carbone depuis la semaine 40-15 en Alsace. Source Siroco



Pour plus d'informations sur les intoxications au CO: <http://www.ars.alsace.sante.fr/Monoxyde-de-carbone.175238.0.html>

<http://www.invs.sante.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Intoxications-au-monoxyde-de-carbone/Bulletin-de-surveillance-des-intoxications-au-CO>

| Figure 17 | Nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisations pour gastro-entérite tous âges depuis la semaine 37-2015 (Source : réseau Oscour®)



Caractéristiques du virus

Le virus Zika est un virus à ARN simple brin de la famille des *flaviviridae*, comme ceux de la dengue et de la fièvre jaune. Il existe deux lignages : un lignage africain et un lignage asiatique. Ce virus a été isolé pour la première fois en 1947 dans la forêt ZIKA en Ouganda chez un singe.

La transmission vectorielle s'effectue principalement par le biais des moustiques du genre *Aedes*, dont *Ae. aegypti* et *Ae. albopictus*. Lors du repas sanguin chez un individu contaminé, le virus est transmis au moustique, se multiplie sans l'affecter et reste présent durant toute sa vie puis est transmis à un individu sain au repas suivant.

D'autres modes de transmission ont été observés: transmission sexuelle (pour le moment relativement rare) périnatale (par voie transplacentaire ou lors de la délivrance) et par les liquides biologiques. La transmission sanguine n'a pour l'instant pas été mise en évidence.

Situation épidémiologique de l'infection à Zika virus au 29 janvier 2016

Depuis sa mise en évidence, le virus Zika a été responsable de 4 épidémies: île de Yap en Micronésie en 1957, Polynésie française en 2013-2014, Nouvelle Calédonie en 2014 puis 2015, Brésil depuis avril 2015.

En décembre 2015, sont apparus les premiers cas autochtones d'infections à Zika en Martinique et en Guyane; le passage en épidémie a été déclaré au 21 janvier 2016 avec respectivement 102 et 45 cas confirmés. A l'heure actuelle, un cas autochtone a

été confirmé à Saint Martin et un, en Guadeloupe. Aucune transmission n'a été retrouvée à Saint Barthélemy (figure 21).

A ce jour, aucun cas autochtone n'a été signalé en France métropolitaine.

Expression clinique du virus

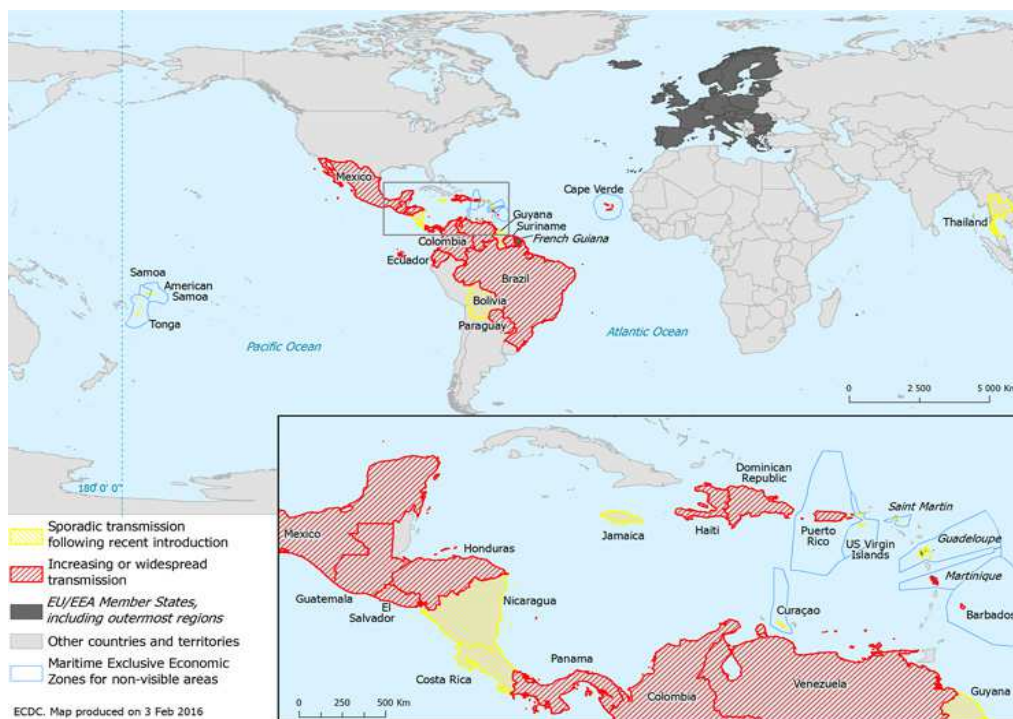
La durée d'incubation de la maladie est courte, de 3 à 12 jours.

Environ 70 à 80% des cas sont asymptomatiques. Les formes symptomatiques habituelles sont caractérisées par la présence d'une fièvre ou d'un fébricule (72%) accompagné d'une éruption cutanée diffuse de type exanthème maculo-papuleux prurigineux d'évolution descendante (92%), d'une asthénie (78%), d'arthralgies (65%), de céphalées rétro-orbitaires (46%), de conjonctivite ou une hyperhémie conjonctivale (63%).

La survenue de complications neurologiques conditionne la gravité de la maladie: un syndrome de Guillain-Barré peut apparaître 2 à 23 jours après le syndrome viral. D'autres complications auto-immunes (purpura) ou neurologiques (encéphalite, myélite, névrite optique, méningo-encéphalite) ont été décrites.

Chez les femmes enceintes infectées, la transmission materno-fœtale peut survenir à tous les stades de la grossesse et être responsable de microcéphalies et de dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral.

| Figure 21 | Pays rapportant des cas autochtones confirmés d'infection au virus Zika au cours des deux derniers mois, au 03 février 2016. Source ECDC

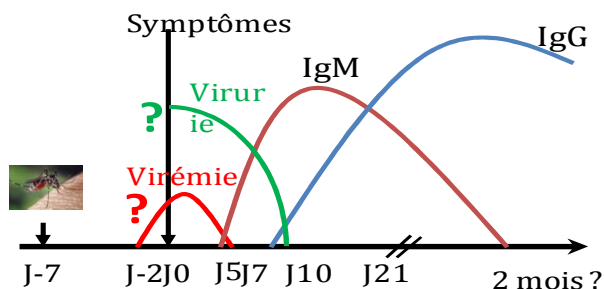


Diagnostic

Les moyens de diagnostic biologique sont le diagnostic direct par RT-PCR dans le sang ou dans les urines et la sérologie.

La détection de l'ARN viral par RT-PCR dans le sérum est possible jusqu'à 3 à 5 jours après la date de début des symptômes (figure 22). Dans les urines, la charge virale est plus élevée et est présente jusqu'à 10 jours après la date des premiers symptômes. La sérologie est complexe à mettre en œuvre car présente des réactions croisées avec d'autres anticorps dirigés contre les autres *flavivirus*, comme par exemple la dengue. C'est une technique réservée au CNR.

| Figure 22 | Evolution biologique de l'infection à Zika virus. Source: CNR arbovirus



Actions en métropole : Surveillance et Prévention

Le risque de transmission est plus important de Mai à Novembre en France métropolitaine, pendant la période d'activité d'*Ae. albopictus*.

Une stratégie de surveillance épidémiologique de la maladie Zika a été préconisée par le HCSP concernant les cas importés et les foyers de cas groupés autochtones de Zika, dont les définitions de cas sont les suivantes:

Cas suspect : exanthème maculo-papuleux 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 confirmé : RT-PCR Zika positive sur prélèvement sanguin ou urinaire.

Cas importé : personne dont les symptômes ont débuté moins de 15 jours après le retour d'un séjour en zone d'épidémie à virus Zika.

Cas groupés : survenue d'au moins deux cas suspects regroupés dans le temps et l'espace.

Les cas suspects doivent être signalés à l'ARS; la recherche simultanée d'infections par les virus Zika, de la dengue et du chikungunya est recommandée en raison de la co-circulation de ces trois arboviroses dans certaines zones à risque (Rapport HCSP, actualisé le 20 janvier 2016).

L'ECDC a émis des recommandations aux voyageurs :

- les mesures de lutte anti-vectorielle en particulier le matin et le soir (port de vêtements longs, usage de répulsifs et de moustiquaires).
- la consultation d'un médecin avant le départ en zones à risque en cas de maladie chronique, d'immunodépression, ou de grossesse. Par ailleurs, les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse doivent être informées des risques et envisager un report de leur voyage dans les zones à risque.
- Consulter un médecin en cas d'apparition de symptômes dans les trois semaines suivant le retour d'une zone à risque.
- Les femmes enceintes ayant séjourné en zone à risque doivent le signaler lors des consultations de suivi afin d'avoir une prise en charge appropriée.

Par ailleurs, d'autres actions seront progressivement mises en place par les autorités sanitaires et différentes agences (DGS, ARS, InVS, INPES): surveillance et confirmation de la transmission autochtone, discussion de l'instauration d'une déclaration obligatoire, investigation entomo-épidémiologique à la recherche de nouveaux cas suspects, sensibilisation au dispositif et aux signalements des professionnels de santé des zones concernées, informations des voyageurs sur les risques, préconisation des mesures de lutte anti-vectorielle, alerte de l'ANSM sur la sécurité transfusionnelle.

L'infection à Zika virus étant une pathologie émergente, plusieurs questions sont encore en suspens. Il est donc important de suivre l'actualisation des connaissances scientifiques permettant la mise à jour des recommandations sanitaires.

Bibliographie

1. European Center for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Zika virus epidemic: http://ecdc.europa.eu/en/press/news/layouts/forms/News_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=1348&ContentTypeld=0x010082EE625D0C434588A3E95C31FC12D7A70104000C92BA0F0E932049B9C0FB633C874119
2. Dossier thématique sur le virus Zika de l'Institut National de Veille Sanitaire: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Zika>.
3. Rapport du Haut Conseil de Santé Publique, revu en janvier 2016: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>
4. Repères pour votre pratique de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1708>
5. Situation épidémiologique du virus Zika aux Antilles-Guyane: point au 29 janvier 2016: <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/2016/Situation-epidemiologique-du-virus-Zika-aux-Antilles-Guyane.-Point-au-29-janvier-2016>

| Pour approfondir |

Sur le site internet de l'InVS:

- [Bulletin SurSaUD \(SOS Médecins, Oscour, Mortalité\)](#)
- [Bulletin épidémiologique grippe](#)
- [Bulletin épidémiologique bronchiolite](#)

| Partenaires de la surveillance en Alsace |

Nous remercions l'ensemble de nos partenaires régionaux :

- Les **mairies** d'Alsace 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**) ;
- Les **services d'urgence** participant au **réseau Oscour®** en Alsace : CH de Haguenau (données analysées), CH de Saverne, CH de Wissembourg (données analysées), CH de Sélestat, Clinique Ste Anne, Clinique Ste Odile, CH de Strasbourg-Nouvel Hôpital civil (données analysées), CH de Strasbourg-Hôpital Hautepierre (données analysées), Clinique Diaconat-Fonderie, CH d'Altkirch, CH de Mulhouse-Hôpital du Hasenrain (données analysées), CH de Mulhouse-Hôpital Emile Muller (données analysées), CH de Colmar (Données analysées), CH de Guebwiller (données analysées), Polyclinique des 3 frontières;
- **l'Agence Régionale de Santé d'Alsace**;
- le **laboratoire de virologie** des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg;
- les **associations SOS Médecins** de Strasbourg et Mulhouse;
- L'ensemble des **professionnels de santé** qui participent à la surveillance

| Modalités de signalement à l'ARS en Alsace, pôle VGAS |

Les signalements transmis au pôle de Veille et gestion des alertes sanitaires (VGAS) de l'ARS en Alsace concernent : toutes les maladies à déclaration obligatoire, tout événement sanitaire susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population ainsi que la survenue en collectivité de cas groupés d'une pathologie transmissible.

Tout signalement peut se faire par **téléphone au numéro unique : 03 88 88 93 33**

Ainsi que par une notification écrite :

- par **fax** au **03 59 81 37 19**
- par mail à l'adresse suivante : ARS-ALSACE-VEILLE-SANITAIRE@ars.sante.fr

Si vous souhaitez être destinataires du point épidémiologique réalisé par la Cire, merci de nous en informer par mail à ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr

Directeur de la publication :

François Bourdillon
Directeur général de l'Institut de veille sanitaire

Rédactrice en chef :

Christine Meffre,
Responsable de la Cire Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

Comité de rédaction :

Oriane Broustal
Caroline Fiet
Sophie Raguét
Isabelle Sahiner
Morgane Trouillet
Jenifer Yaï
Ngoc-Ha Nguyen-huu

Diffusion

Cire Alsace Champagne-Ardenne Lorraine
ARS Alsace Champagne-Ardenne Lorraine
3 boulevard Joffe
CS 80071
54036 Nancy Cedex

Mail : ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr
Tél. : 03.83.39.29.43
Fax : 03.83.39.28.95