

- Page 2** [Mortalité hivernale](#)
- Page 3** [Intoxications au monoxyde de carbone](#)
- Pages 4-7** [Grippe - Bronchiolite - Gastro-entérites](#)
- Pages 8-9** [Indicateurs non spécifiques](#)
- Page 10** [Maladies à Déclaration Obligatoire](#)
- Pages 11-12** [Méthodologie - Sources de données et partenaires](#)

Actualités

- **Mortalité hivernale** : une augmentation de 19 % de la mortalité toutes causes soit 1 022 décès supplémentaires ont été enregistrés en région Rhône Alpes en janvier et février 2015 par rapport à la mortalité attendue. Les personnes âgées sont les plus touchées. La dynamique et l'ampleur de cet excès sont proches de celles observées à l'échelon national. [Pour en savoir plus](#)
- **Epidémie de grippe en région Rhône-Alpes** : les indicateurs de surveillance épidémiologique montrent la poursuite de la décroissance épidémique. Le virus circulant prédominant est le virus de type AH3N2 en partie non couvert par le vaccin. Dans ce contexte, l'utilisation précoce (dès les premières 48 heures) des traitements antiviraux pour les personnes fragiles symptomatiques, sans attendre la confirmation virologique du diagnostic, est recommandée. [Conduite à tenir devant des infections respiratoires aigues basses dans les collectivités de personnes âgées](#). [Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à l'utilisation des antiviraux du 09/11/2012](#)
- **Episode de pollution atmosphérique** : Un épisode de pollution atmosphérique aux particules fines PM10 a débuté le dimanche 8 mars 2015 et s'est terminé le jeudi 12 mars 2015, selon [Air Rhône-Alpes](#). Cet épisode a concerné l'ensemble de la région entraînant le déclenchement du niveau d'alerte dans le Bassin Lyonnais Nord-Isère, dans la vallée du Rhône, et dans l'Ouest de l'Ain. Le seuil d'information a été franchi pour le Bassin stéphanois et le Pays de Savoie. Les recommandations à destination des personnes sensibles sont disponibles sur le site de l'[ARS Rhône-Alpes](#).
- **Epidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest** : Le 6 mars 2015, l'OMS rapporte un total de 24 014 cas et 9 840 décès dans les 3 pays actuellement affectés en Afrique de l'Ouest (Guinée, Liberia et Sierra Leone). Aucun nouveau cas n'a été rapporté par le Libéria. Le nombre de nouveaux cas rapportés en Sierra Leone et en Guinée est en augmentation mais reste très inférieur à celui observé lors du 2^{ème} semestre 2014. La transmission est toujours active dans les capitales Conakry et Freetown. Pour en savoir plus : [BHI](#)
- **Coqueluche** : Depuis janvier 2015, des tensions ou ruptures d'approvisionnement en vaccins combinés contenant la valence coqueluche (Ca) sont annoncées sur les vaccins suivants : les vaccins tétravalents DTCaP (Infanrix Tetra® et Tetravac-acellulaire®) et pentavalents DTCaP-Hib (Infanrix Quinta® et Pentavac®). Ce phénomène peut concerner les marchés de ville et hospitalier durant toute l'année 2015. Dans ce cadre, le [HCSP](#) a produit un avis qui précise les recommandations d'utilisation des vaccins disponibles afin de respecter deux priorités vaccinales qui sont :
 - l'immunisation des nourrissons conformément au calendrier vaccinal (2 doses et 1 rappel) ; les vaccins contenant des doses réduites d'antigènes diphtérique, tétanique et/ou coquelucheux (dTP, dTCaP) ne doivent pas être utilisés pour la primo-vaccination du nourrisson ni pour le rappel de 11 mois ;
 - le maintien du rappel de 25 ans et des mesures de vaccination autour des cas.Des [fiches synthétiques](#) élaborées par le Ministère sont disponibles sur le site du Ministère de la santé.
- La prochaine **Journée nationale tuberculose** aura lieu le **19 mai 2015 à l'Amphithéâtre Charcot Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière**. Les modalités d'inscription seront disponibles fin mars et seront communiquées dans un prochain bulletin.
- **Eclipse partielle de soleil du 20 mars 2015** : cette éclipse sera observable en France métropolitaine entre 9h et 12h. Pour observer ce phénomène, il est impératif de se protéger les yeux avec des lunettes spéciales de protection complètement opaques à la lumière normale afin d'éviter des lésions oculaires. Les parents doivent particulièrement veiller à protéger leurs enfants. Pour en savoir plus : [site du Ministère de la santé](#)

Tendances

- **Intoxications au monoxyde de carbone** : stabilité du nombre d'épisodes (4 épisodes lors des deux dernières semaines)
- **Gastro-entérites** : activité modérée stable
- **Grippe et syndromes grippaux** : poursuite de la décroissance épidémique
- **Bronchiolite** : décroissance lente
- **Mortalité** : élevée ces dernières semaines
- **SOS Médecins** : activité soutenue
- **Services d'urgences** : activité stable ces deux dernières semaines.

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

En France métropolitaine, la saison hivernale est marquée habituellement par une hausse de la mortalité, notamment chez les personnes âgées.

La mortalité est suivie en routine à partir des données transmises par l'Insee dans le cadre du système de surveillance sanitaire des urgences et des décès SurSaUD® de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Au niveau national et pour les mois de janvier et février 2015, la mortalité hivernale est supérieure de 18 % à la mortalité attendue calculée à partir des données des 8 années précédentes, soit un excès estimé à 12 300 décès (dont 10 200 décès depuis le début de l'épidémie de grippe). Cet excès de mortalité est essentiellement observé chez les personnes de 65 ans ou plus et notamment les personnes de 85 ans ou plus. Le pic de mortalité semble avoir été atteint en semaine 7. On observe un léger recul du nombre de décès enregistrés sur les semaines 8 et 9 (cf. [bulletin national](#)).

En région Rhône-Alpes, la dynamique de la mortalité hivernale est proche de celle observée au niveau national avec une mortalité supérieure de 19 % à celle attendue sur les 2 premiers mois de l'année, soit un excès estimé à 1 022 décès. Les personnes les plus touchées sont également les plus âgées, l'excès de mortalité s'élevant à 28 % chez les plus de 85 ans sur la même période, ce qui correspond à 657 décès supplémentaires (cf. Figures 1 et 2).

Ces excès de mortalité sont également constatés dans toutes les régions françaises.

La situation française s'inscrit dans une hausse de la mortalité toutes causes également observée dans 10 des 16 autres pays ou régions participant au système européen de surveillance de la mortalité (www.euromomo.eu). A l'échelle de l'Europe, l'excès de mortalité toutes causes confondues estimé au 9 mars était de à 80 000 personnes tous âges confondus.

L'ampleur des excès de mortalité habituellement observés en hiver est variable, la mortalité étant influencée par différents facteurs. En particulier, la contribution de la grippe est connue pour être importante chez les sujets âgés. Plus généralement, les épidémies saisonnières ou encore la survenue de vagues de froid contribuent aux élévations de mortalité, même s'il est difficile d'évaluer précisément leur part respective.

L'excès de mortalité hivernale observé sur les 2 premiers mois de l'année 2015 est encore provisoire, la période hivernale n'étant pas terminée. Il apparaît néanmoins comme l'un des plus élevés de ces 8 dernières années.

Une plus large utilisation de la certification électronique des décès permettrait à l'InVS de disposer de manière plus réactive des causes médicales de décès pour documenter les épisodes de surmortalité.

Figure 1. Excès de mortalité tous âges en Rhône-Alpes et en France, 2015 (S01-S09), source Euromomo

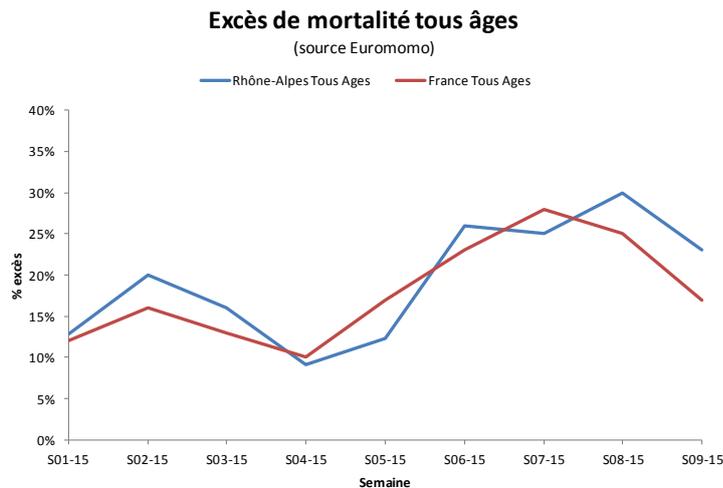
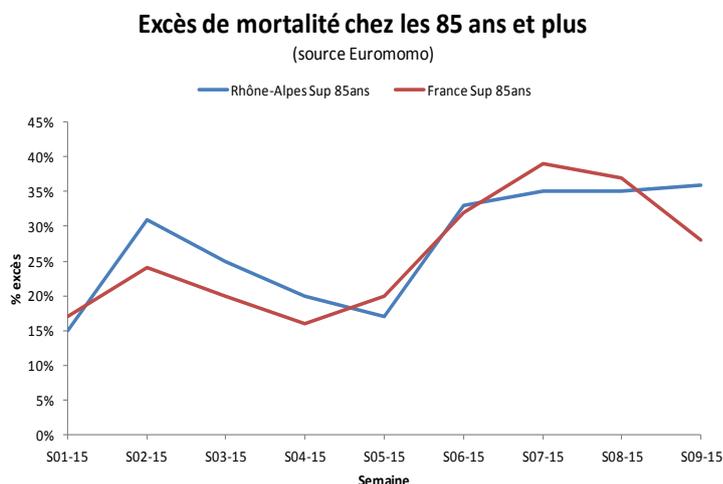


Figure 2. Excès de mortalité chez les 85 ans et plus en Rhône-Alpes et en France, 2015 (S01-S09), source Euromomo



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

Bilan depuis le 1^{er} octobre 2014 :

En Rhône-Alpes, 73 épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone ont été signalés. Au cours de ces épisodes, 380 personnes ont été exposées dont 196 ont été transportées aux urgences hospitalières. Au total, 3 personnes sont décédées.

Figure 3. Répartition hebdomadaire (du 1^{er} septembre 2013 au 8 mars 2015) du nombre d'épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone, du nombre de personnes exposées et de personnes transportées vers un service d'urgences

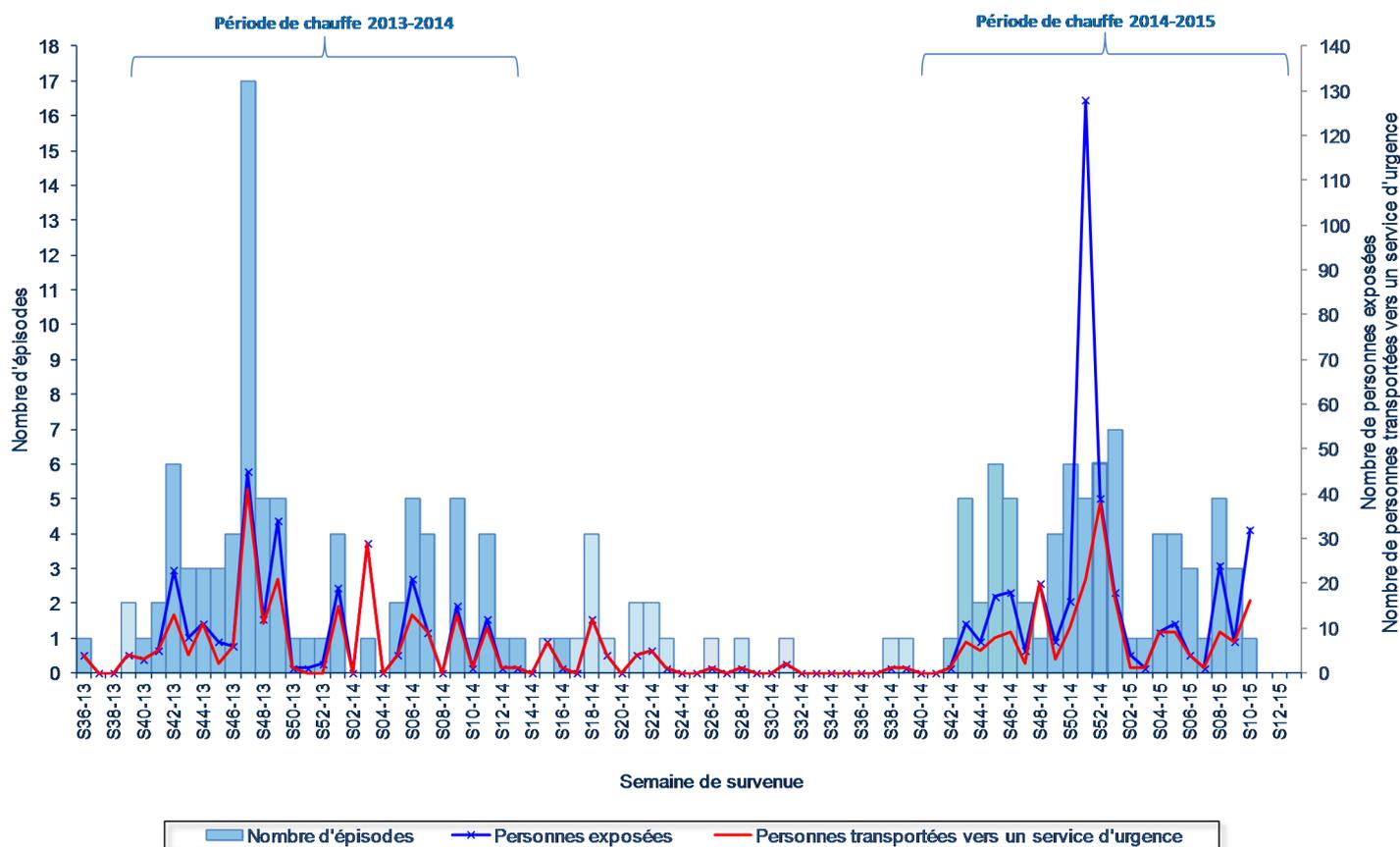
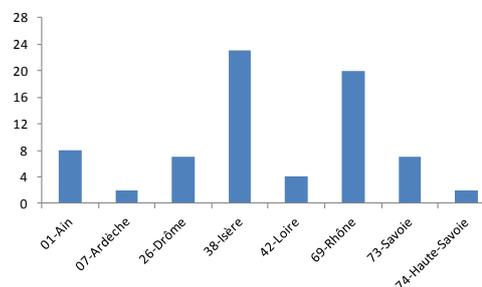


Tableau 1. Répartition par lieu des épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone pour la période de chauffe 2014-2015 (du 1^{er} octobre 2014 au 8 mars 2015)

Lieu d'intoxication	Nombre d'épisodes
Habitat individuel	55
Etablissements recevant du public	3
Milieu professionnel	14
Autre	1
Total	73

Figure 4. Répartition par département des épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone pour la période de chauffe 2014-2015 (du 1^{er} octobre 2014 au 8 mars 2015)



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

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

Pour en savoir plus :

- [Site Internet de l'ARS Rhône-Alpes](#)
- [Site Internet de l'InVS](#)
- [Bulletin de surveillance nationale](#)

En médecine générale :

Selon les données du réseau Sentinelles, l'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal a **diminué nettement sur les 2 dernières semaines** (2015-09 et 2015-10) (Figure 5).

Une **dynamique similaire** s'observe chez les associations de SOS médecins sur la même période (Figure 6).

A l'hôpital, aux urgences :

Au cours de la semaine dernière (2015-10), selon les données du réseau Oscour®, le nombre de passages aux urgences pour grippe a également **diminué de manière importante au cours des 2 dernières semaines** et le nombre d'hospitalisations consécutives a chuté de près de 60 % en semaine 2015-10 par rapport à la semaine qui précède (2015-09) (Figure 7).

Surveillance virologique ambulatoire :

Depuis la première semaine d'octobre, la quasi-totalité des virus identifiés (86 %) par le Centre National de Référence de virus *Influenzae* en région Rhône-Alpes sur les prélèvements de patients consultant en ville sont de type A, les 14 % restant étant de type B (Figure 8). Parmi les 129 virus de type A qui ont été sous typés, 88 sont de sous-type **A(H3N2)**, soit 68 %, et 41 sont de sous-type A (H1N1)pdm2009, soit 32 %.

Les virus A(H3N2) circulants cette année se distribuent en deux groupes : un groupe de virus antigéniquement proches de la souche vaccinale A(H3N2) utilisée cet hiver dans l'hémisphère nord (A/Texas/50/2012) et un second groupe de virus, non couvert par le vaccin et qui circulent en Amérique du Nord et en Europe.

Figure 5. Incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal en Rhône-Alpes estimée par le Réseau Sentinelles du 27/12/2013 au 08/03/2015

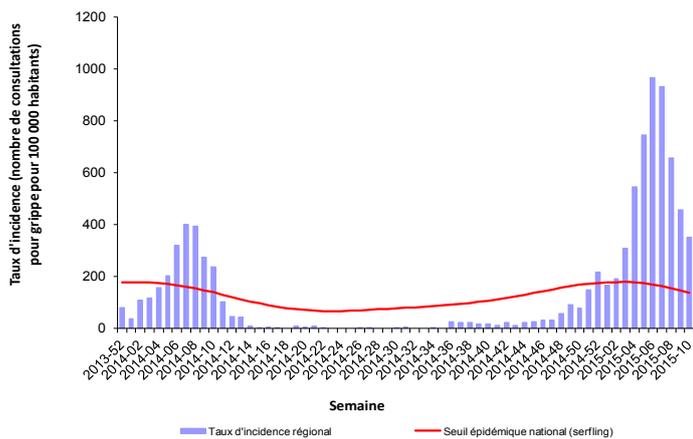


Figure 6. Nombre hebdomadaire de syndromes grippaux vus en consultation par les médecins des 5 associations SOS Médecins, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 08/03/2015

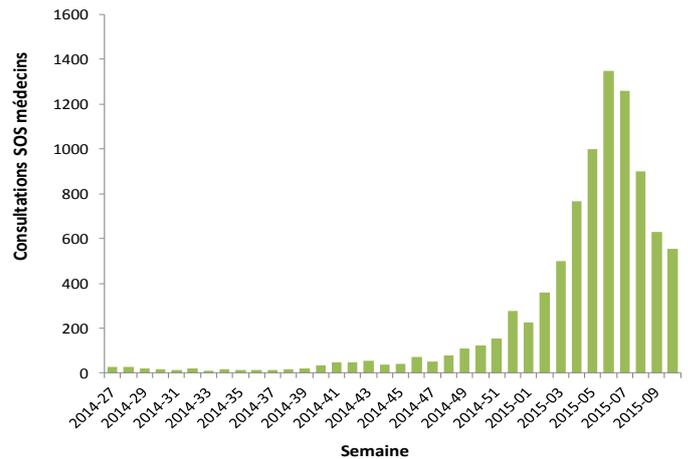


Figure 7. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour syndrome grippal et d'hospitalisations consécutives, tous âges confondus, Rhône-Alpes, du 08/03/2014 au 08/03/2015

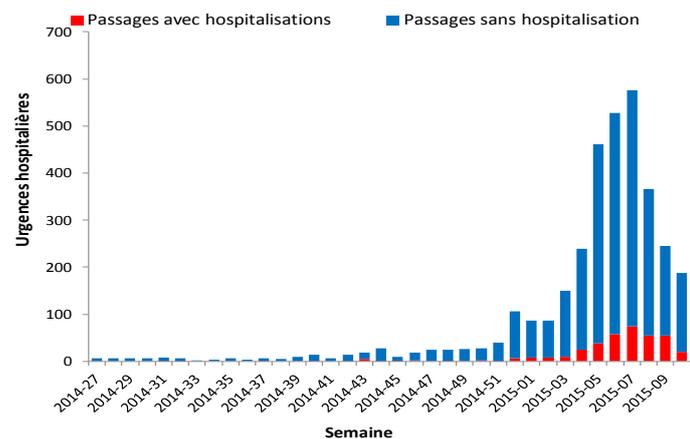
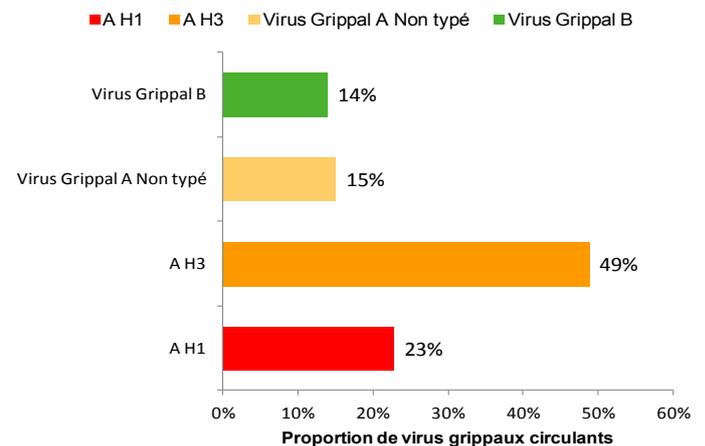


Figure 8. Proportion des virus grippaux circulants, par type et sous-type, de la semaine 2014-40 à la semaine 2015-10 recueillis en médecine générale par le Réseau Unique (source : centre national de référence de virus influenzae).



Surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation :

Au cours de la semaine dernière (2015-10), 8 cas graves de grippe ont été signalés par les services de réanimation, portant à **192** le nombre total de cas graves notifiés depuis début octobre (Tableau 2).

L'âge des cas était compris entre 4 mois et 95 ans avec une médiane à 62,5 ans. La majorité des patients était des hommes (sex ratio H/F=1,37). Parmi ces 192 cas, 153 (80 %) présentaient au moins un facteur de risque autre que grossesse et obésité et 2 (1 %) présentaient une obésité sans autre comorbidité. Aucune femme n'était enceinte. Parmi les patients pour lesquels le statut vaccinal était connu (n=125), seuls 37 avaient été vaccinés, soit moins d'un tiers.

La plupart des cas graves ont été biologiquement confirmés (190/192). Parmi les 190 virus typés, 175 sont de type A (92%). Parmi **les 85 virus A actuellement sous typés, environ 60 % sont de type A(H3N2)**. Quinze cas étaient infectés par un virus de type B (8%).

Sur les 192 cas graves signalés, 21 sont décédés, ce qui correspond à un taux de létalité de 11 %.

Surveillance des Infections Respiratoires Aigües (IRA) en Ehpad en saison hivernale :

Depuis début octobre (2014-40), **81 foyers** d'IRA ont été signalés par les Ehpad. Le nombre hebdomadaire d'épisodes diminue depuis mi-février (Semaine 2015-08 (Figure 9)). Parmi ces 81 épisodes, 53 ont fait l'objet d'une recherche étiologique. La grippe était en cause dans **39 épisodes** (17 épisodes liés au virus A, 3 épisodes liés au virus B, et 19 épisodes liés à un virus grippal sans précision).

Sur ces 81 foyers, 55 ont fait l'objet d'un bilan final. Pour ces derniers, le taux d'attaque moyen et le taux d'hospitalisation moyen par établissement sont respectivement de 28 % et de 5,6 % parmi les résidents. Parmi le personnel, le taux d'attaque moyen par établissement est de 8,5 %. **Quarante-sept décès** ont été recensés parmi les résidents, ce qui correspond à un taux de létalité moyen de 4 %. Les couvertures vaccinales chez les résidents et les personnels sont respectivement de 83 % et 20 %.

Avec 16 épisodes cumulés, l'Isère est le département ayant déclaré le plus grand nombre de foyers d'IRA en Ehpad (Figure 10).

AU TOTAL, en région Rhône-Alpes, les indicateurs de surveillance épidémiologique montrent la poursuite de la décroissance épidémique. Le virus circulant prédominant est le AH3N2.

Tableau 2. Caractéristiques des cas graves de grippe admis en réanimation jusqu'au 11/03/2015 à partir des données recueillies depuis la semaine 2014-45 en région Rhône-Alpes.

Statut virologique	Effectifs	%
A(H3N2)	49	26%
A(H1N1)pdm09	36	19%
A non sous-typé ou en cours	90	47%
B	15	8%
Non Typés	0	0%
Non confirmé	2	1%
Classes d'âge		
0-4 ans	20	10%
5-14 ans	7	4%
15-64 ans	74	39%
65 ans et plus	91	47%
Non renseigné	0	0%
Sexe		
Sexe ratio M/F - % d'hommes	1,37	58%
Facteurs de risque de complication		
Aucun	33	17%
Grossesse sans autre comorbidité	0	0%
Obésité (IMC>40) sans autre comorbidité	2	1%
Autres cibles de la vaccination	153	80%
Non renseigné	4	2%
Statut vaccinal		
Non Vacciné	88	46%
Vacciné	37	19%
Non renseigné	67	35%
Gravité		
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	75	39%
ECMO (Oxygénation par membrane extracorporelle)	5	3%
Ventilation mécanique	95	49%
Décès	21	11%
Total	192	100%

Figure 9. Répartition hebdomadaire du nombre d'épisodes d'IRA en EHPAD signalés à l'ARS, selon l'étiologie et la semaine de survenue du 1er cas, Rhône-Alpes, du 20/09/2014 au 08/03/2015

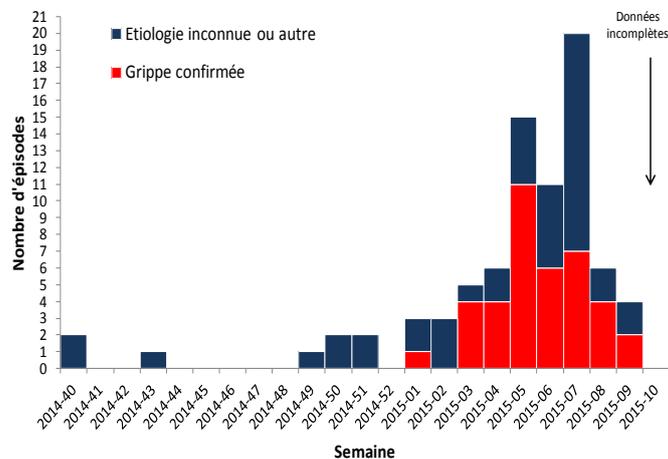
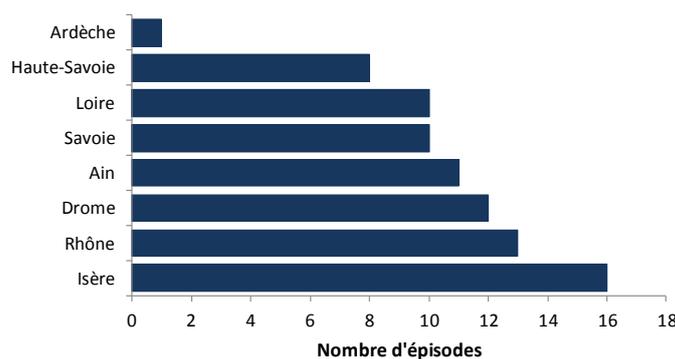


Figure 10. Répartition par département du nombre d'épisodes d'IRA en EHPAD signalés à l'ARS, Rhône-Alpes, du 20/09/2014 au 08/03/2015



En médecine générale:

En semaine 2015-10, les données des 5 associations de SOS Médecins de la région Rhône-Alpes montrent une décroissance très lente du nombre de consultations pour bronchiolite depuis début janvier (2015-02) (Figures 11 et 12).

A l'hôpital:

Au cours de la semaine dernière (2015-10), 102 passages pour bronchiolite ont été recensés dont 48 hospitalisations. Après une décroissance relativement constante observée depuis la dernière semaine de janvier (2015-05), le nombre de passage aux urgences est stable au cours des 2 dernières semaines (Figure 13). Les nourrissons de moins de 1 an restent les plus représentés (Figure 14).

Surveillance virologique :

Le CNR détecte sporadiquement du VRS en région Rhône-Alpes.

AU TOTAL, l'ensemble des indicateurs de surveillance épidémiologique montre que la décroissance épidémique se poursuit très lentement.

Figure 11. Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite posés par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 08/03/2015

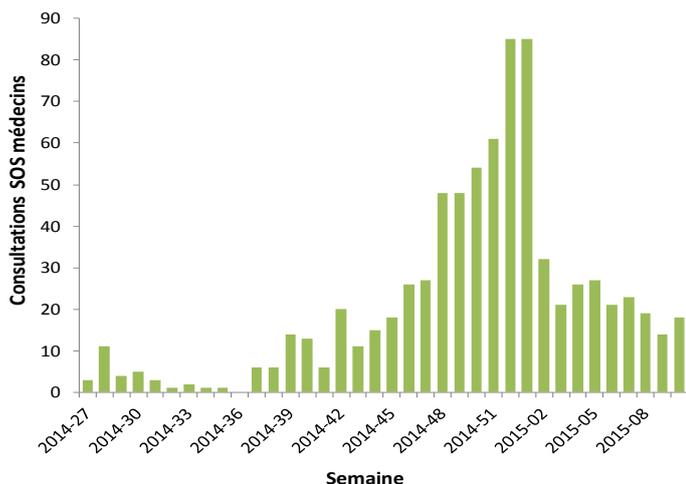


Figure 12. Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite posés par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 02/07/2012 au 08/03/2015

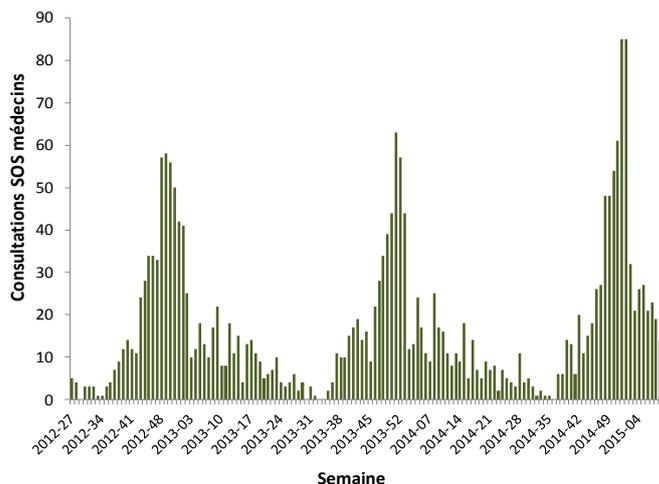


Figure 13. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite et d'hospitalisations consécutives, Rhône-Alpes, 30/06/2014 au 08/03/2015

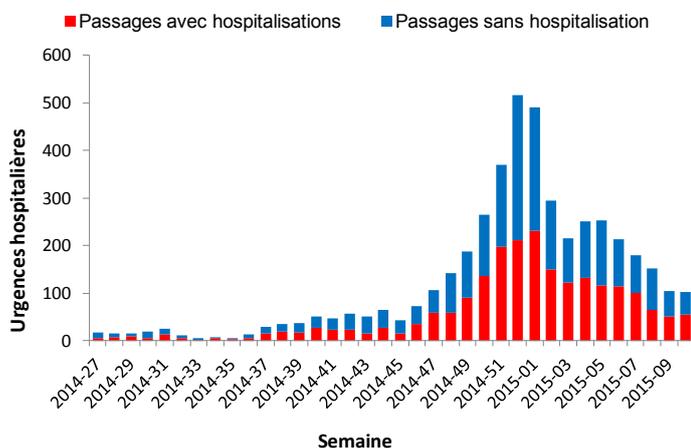
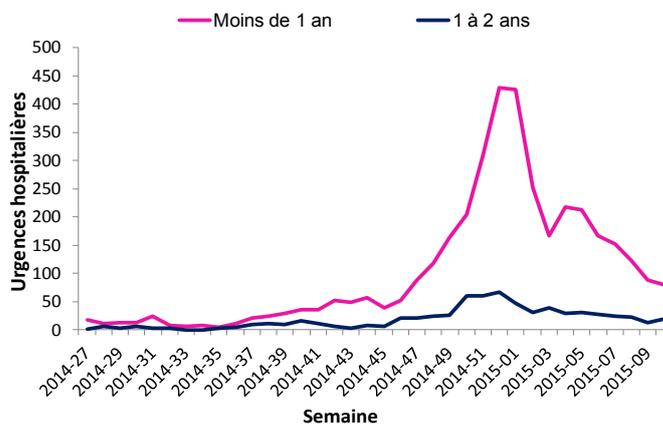


Figure 14. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite par classes d'âge, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 08/03/2015



En médecine générale :

Au cours des trois dernières semaines, l'incidence des consultations pour syndromes diarrhéiques au sein du Réseau Sentinelles est stable (Figure 15). Sur la même période, les données des 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes augmentent très légèrement (Figure 16).

A l'hôpital :

Selon les données du réseau Oscour[®], au cours des 4 dernières semaines, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour gastro-entérite montre une tendance à la stabilisation. Il est compris entre 585 et 621 chaque semaine (Figure 16). Ces passages concernent toujours en majorité les nourrissons de moins de 2 ans.

La surveillance des Gastro-entérites Aiguës (GEA) en Ehpad en saison hivernale :

Depuis début octobre (2014-40), **108** foyers de GEA ont été signalés par les Ehpad. Depuis le pic observé la première semaine de janvier (2015-01), le nombre d'épisode de GEA a diminué (Figure 17). Sur ces 108 épisodes, 57 ont fait l'objet d'une recherche étiologique. Le norovirus a été mis en cause dans 24 épisodes. Pour les autres, les recherches sont en cours ou n'ont pu conclure.

Pour les 22 signalements ayant fait l'objet d'un bilan final, parmi les résidents, les taux d'attaque et d'hospitalisation moyens par établissement étaient respectivement de 33 % et 0,7 %, tandis que le taux d'attaque moyen chez le personnel par établissement était de 10 %. Parmi les résidents, 6 décès ont été rapportés, ce qui correspond à un taux de létalité de 0,2 %.

Avec respectivement 23 et 24 épisodes, l'Isère et le Rhône sont les départements ayant déclarés le plus grand nombre de foyers de GEA en Ehpad (Figure 18).

AU TOTAL, les indicateurs de surveillance épidémiologique des gastro-entérites témoignent globalement d'une stabilisation de l'épidémie au cours des trois dernières semaines.

Figure 15. Incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome diarrhéique en Rhône-Alpes estimée par le réseau Sentinelles du 30/06/2014 au 08/03/2015

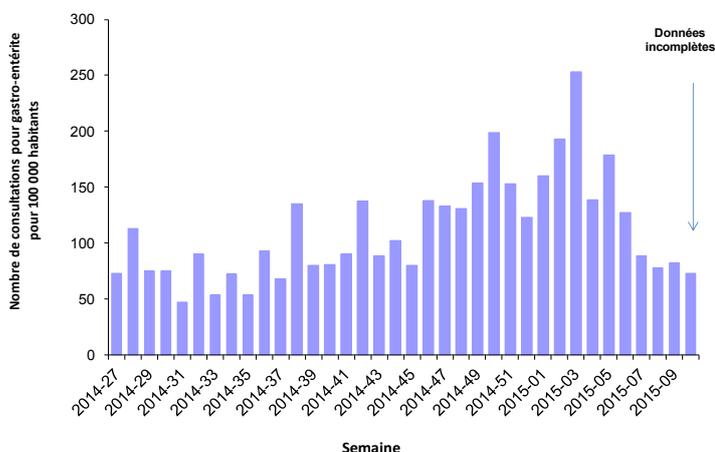


Figure 17. Nombre hebdomadaire d'épisodes de gastro-entérites aiguës en EHPAD signalés à l'ARS, selon l'étiologie et la semaine de survenue du 1er cas, Rhône-Alpes, du 29/09/2014 au 08/03/2015

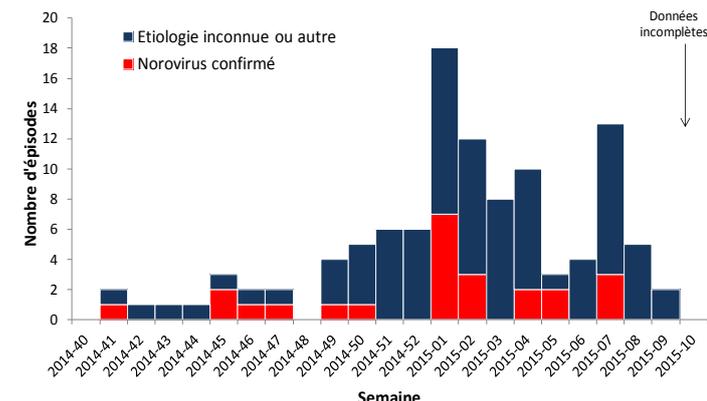


Figure 16. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences, avec ou sans hospitalisations, et de consultations de SOS médecins pour gastro-entérites, tous âges confondus, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 08/03/2015

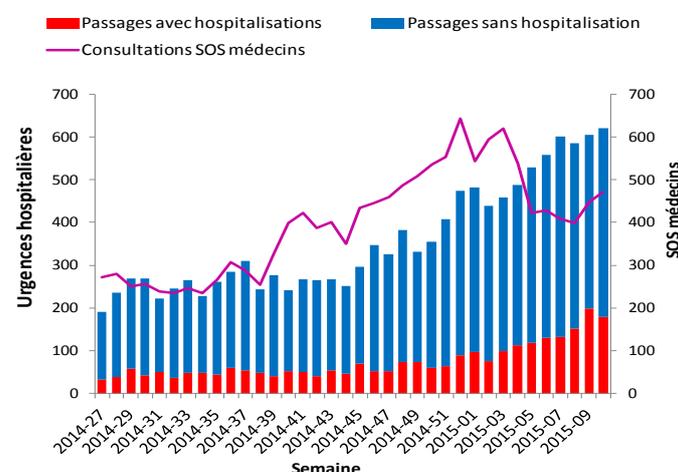


Figure 18. Répartition par départements du nombre d'épisodes de GEA en EHPAD signalés à l'ARS, Rhône-Alpes, du 20/09/2014 au 08/03/2015

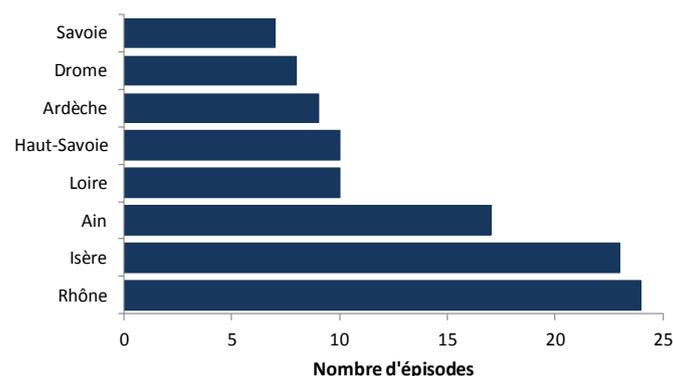


Figure 19. Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 74 communes informatisées en Rhône-Alpes du 11/03/2013 au 08/03/2015 (attention : les 2 dernières semaines sont incomplètes).

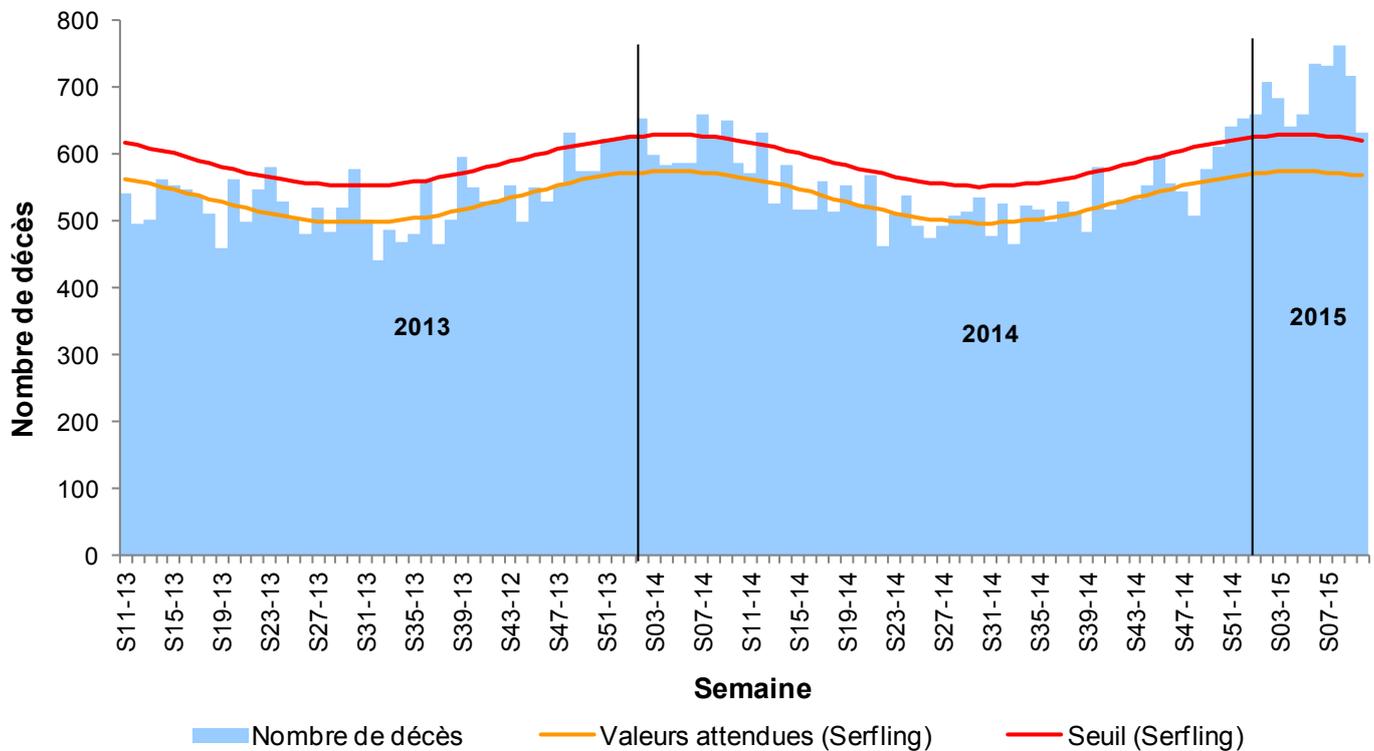


Figure 20. Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 11/03/2013 au 08/03/2015.

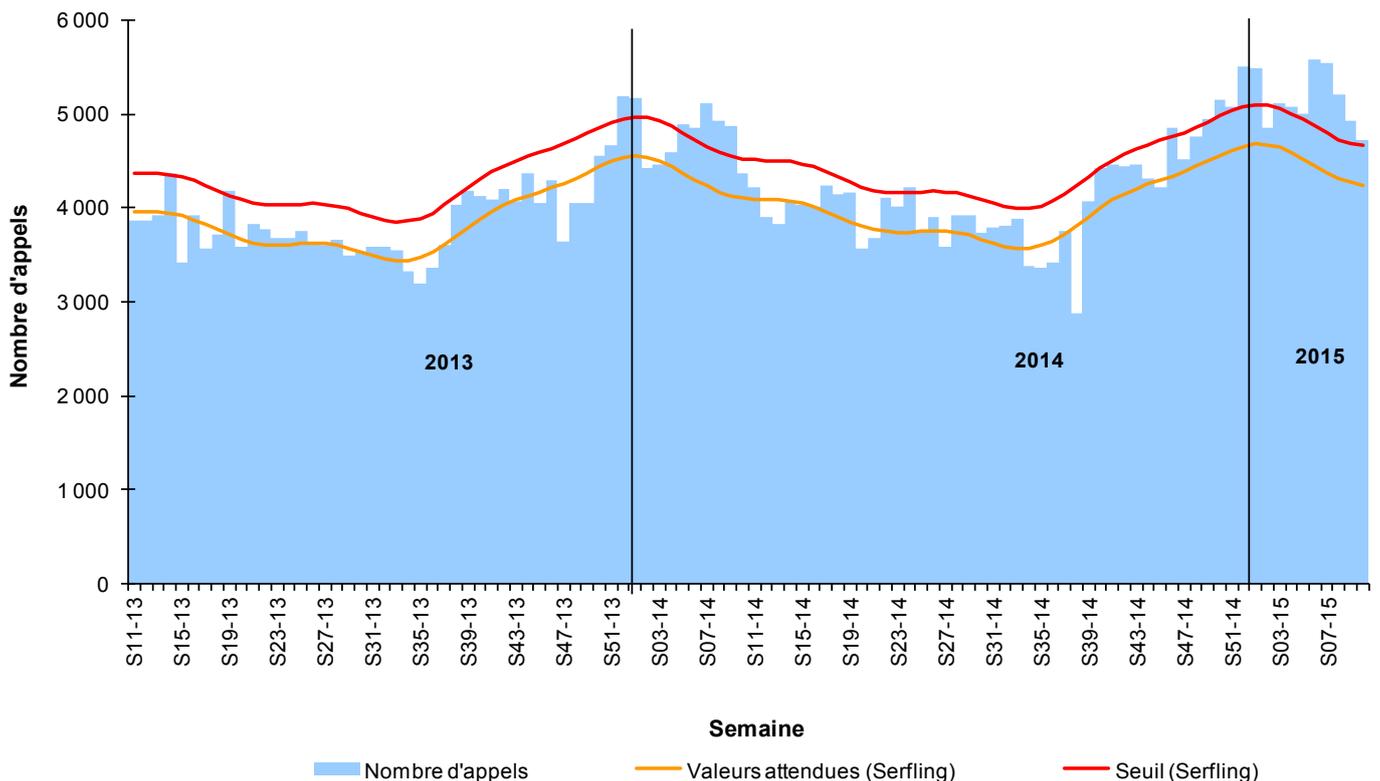


Figure 21. Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 11/03/2013 au 08/03/2015

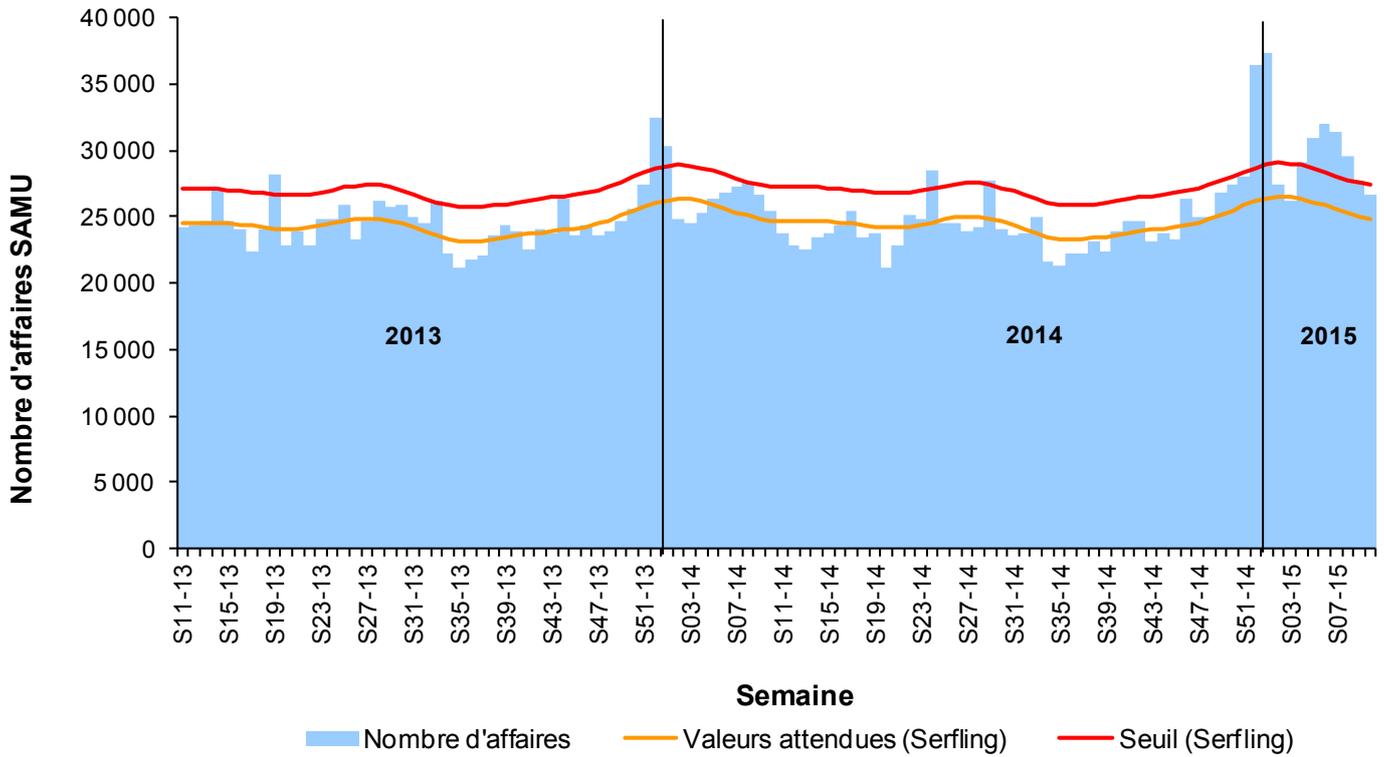


Figure 22. Nombre hebdomadaire de passages dans les 72 services d'urgences de Rhône-Alpes du 11/03/2013 au 08/03/2015

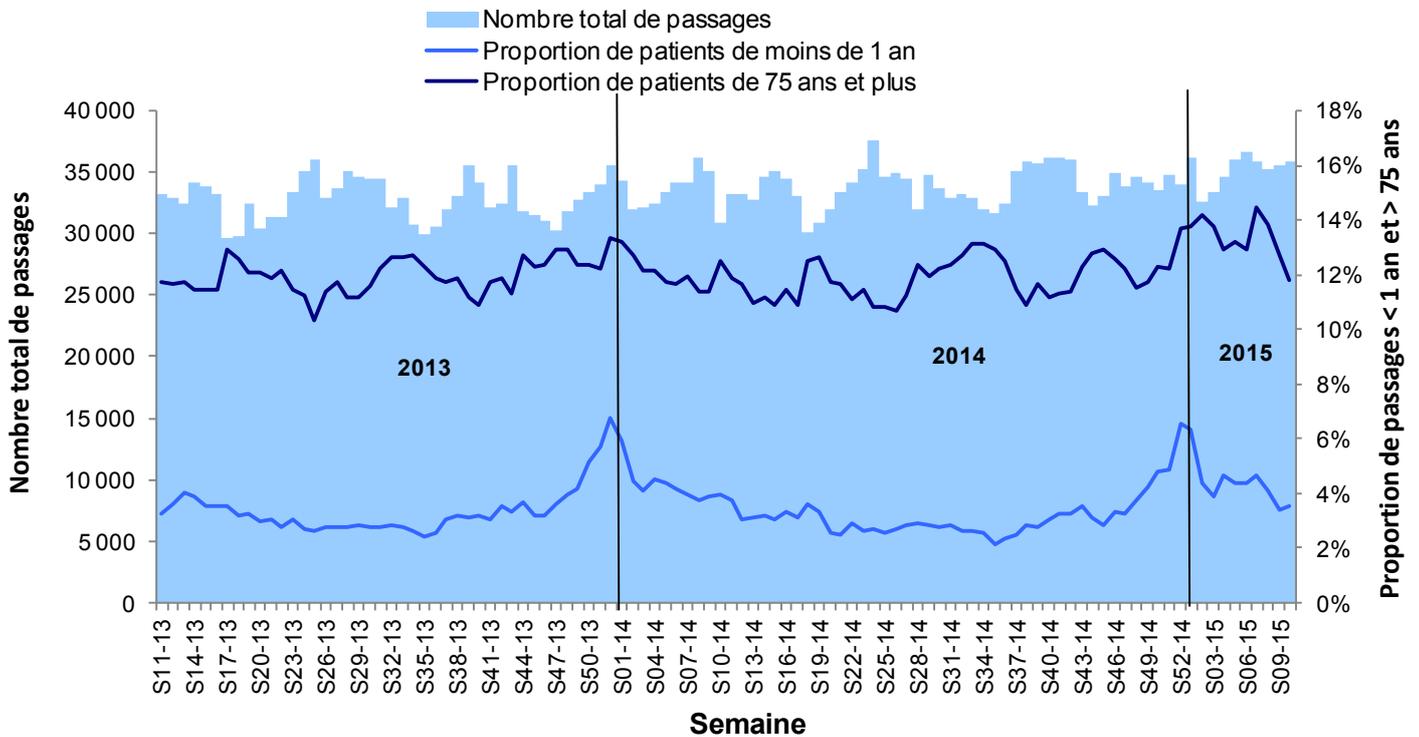
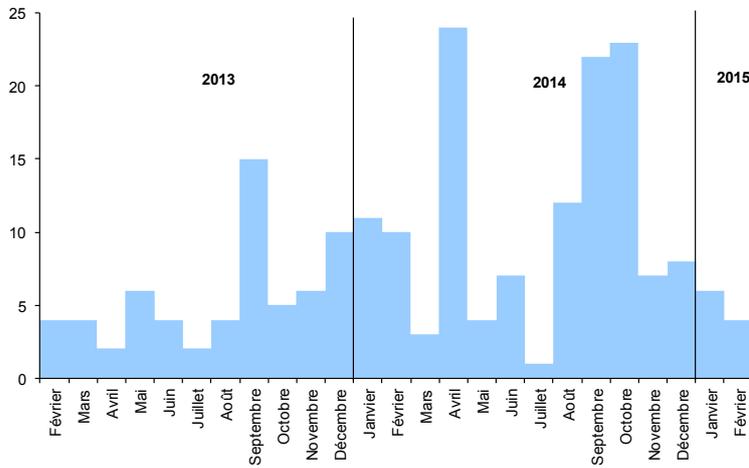
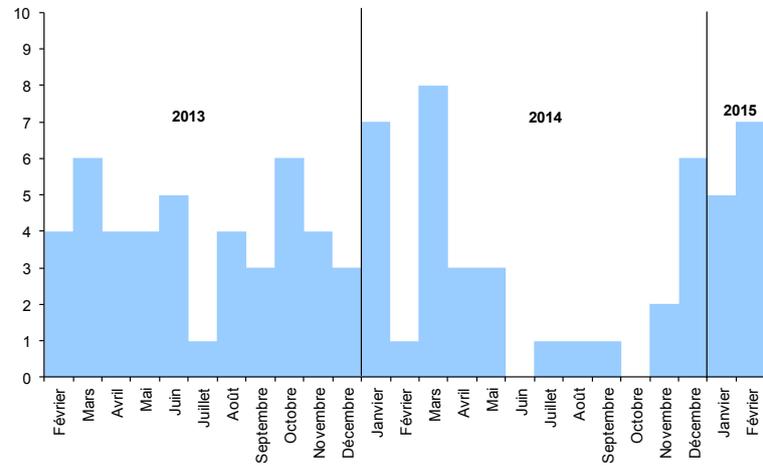


Figure 23. Nombre de pathologies déclarées par mois de survenue, du 01/02/2013 au 28/02/2015, Rhône-Alpes, pour les Maladies à Déclaration Obligatoire les plus fréquentes

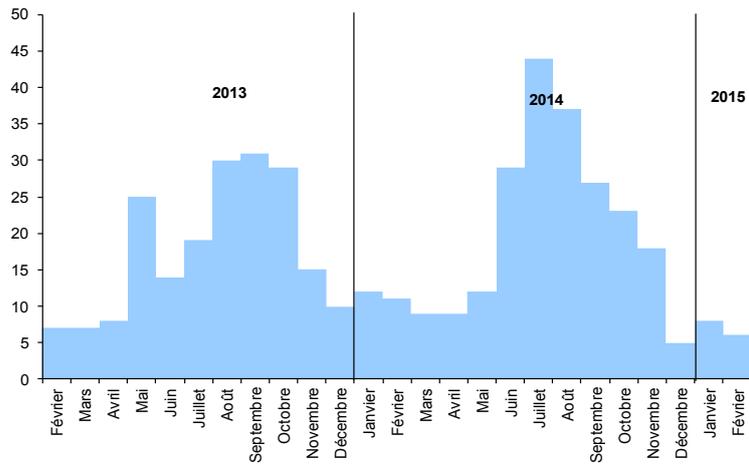
Hépatite A



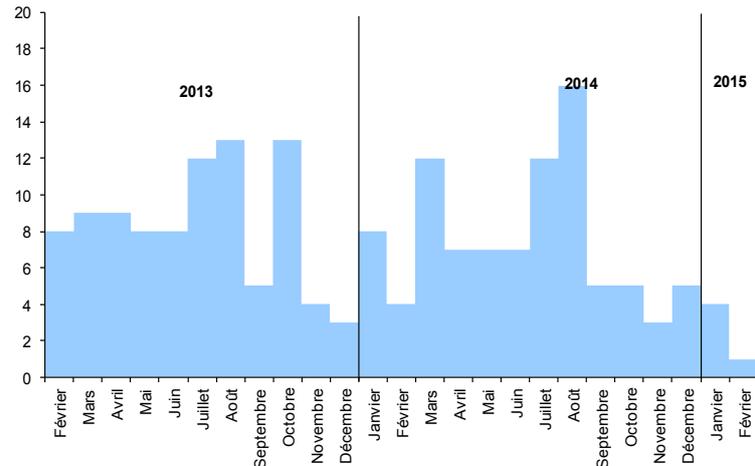
Infection invasive à méningocoque



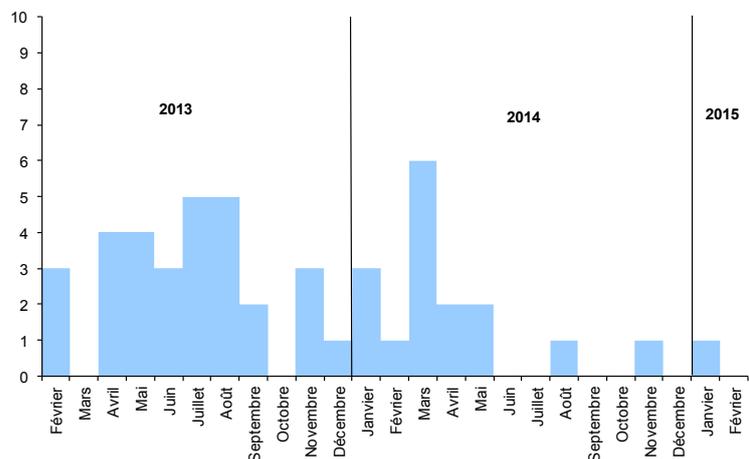
Légionellose



Toxi-Infection Alimentaire Collective



Rougeole



| Dispositif de surveillance des intoxications au CO |

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

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

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

A quoi s'intéresse-t-on ?

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

Cette surveillance ne prend pas en compte les incendies.

Dans quel but ?

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

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

Pour chaque déclaration deux enquêtes sont menées :

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

| Dispositif de surveillance de la Grippe |

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

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

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

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

| Dispositif de surveillance des Gastro-entérites |

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

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

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

| Sources des données du Point Epidémiologique |

- Les données d'activité d'urgences médicales agrégées sont recueillies sur le serveur régional de veille et d'alerte « **Oural** », serveur renseigné quotidiennement par l'ensemble des services d'urgences et des Samu de la région Rhône-Alpes (nombre de passages aux urgences, nombre d'affaires traitées par les Samu).
- Les données sur les diagnostics sont issues du dispositif de surveillance **SurSaUD**[®] regroupant notamment les services d'urgences des hôpitaux qui participent au réseau **Oscour**[®] (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) et les associations **SOS Médecins**.
- Les données de mortalité sont issues des **services d'Etat-Civil**. Les **214 services d'état civil** saisissent sur un serveur de l'INSEE les décès survenus sur leur commune. Parmi ces services, seuls 74 sont retenus car justifiant d'un historique de données suffisant pour les analyses. Les communes les plus grandes et celles où sont localisés les grands centres hospitaliers sont informatisées et constituent les 74 services en question. Cet échantillon de communes représente environ 60 % de la mortalité régionale.

| Méthode utilisée |

La **méthode de Serfling** permet de modéliser une série de données en prenant en compte la tendance, la saisonnalité ainsi qu'une fluctuation aléatoire. Un signal statistique est défini par un dépassement de seuil pendant deux semaines consécutives.

| Partenaires de la surveillance |

Nous tenons à remercier les partenaires qui nous permettent d'exploiter les données pour réaliser les surveillances présentées :

- Les **services d'urgences** qui fournissent leur nombre quotidien de passages toutes causes confondues.
- Les **services de réanimation** qui participent à la surveillance des cas graves de grippe.
- Les cinq **associations SOS Médecins** de la région (Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Chambéry et Annecy).
- Le **Réseau de surveillance de la grippe : Réseau Unique (Sentinelles)**.
- Les **mairies** de Rhône-Alpes et leur **service 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'Institut national de la statistique et des études économiques (**Insee**).
- **Météo-France**.
- Le **CNR Influenzae**.
- 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

Amaury BILLON
Sarah BURDET
Delphine CASAMATTA
Jean-Loup CHAPPERT
Sylvette FERRY
Karine LAUBRIAT
Hervé LE PERFF
Isabelle POUJOL
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