

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2015/02 du 29 janvier 2015

Page 2 [Intoxications au monoxyde de carbone](#)

Pages 3-6 [Grippe - Bronchiolite - Gastro-entérites](#)

Pages 7-8 [Indicateurs non spécifiques](#)

Pages 9-10 [La certification électronique des décès](#)

Pages 11-12 [Méthodologie - Sources de données et partenaires](#)

Actualités

- **Epidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest** : le 23 janvier 2015, l'OMS rapporte un total de 21 797 cas et 8 675 décès dans les 3 pays actuellement affectés (Guinée, Liberia et Sierra Leone). Depuis ces 2 dernières semaines, on observe le déclin de l'épidémie dans les 3 pays avec une diminution du nombre de nouveaux cas rapportés. En Sierra Leone qui reste le pays le plus affecté, le nombre de nouveaux cas par semaine est en forte baisse depuis 4 semaines. La fin de l'épidémie au Mali a été déclarée par l'OMS le 18 janvier dernier. L'InVS a modifié en conséquence la définition de cas suspect. Selon le Règlement sanitaire international, cette épidémie constitue toujours une urgence de santé publique de portée internationale pour les 3 prochains mois. Pour en savoir plus : [BHI](#)
- **Grippe** : Au niveau national, les cas de grippe sont dus principalement à la circulation de virus A (H3N2) antigéniquement variants par rapport à la souche vaccinale et connue pour être à l'origine des complications sévères chez les personnes fragiles et particulièrement chez les personnes âgées. Les autres virus circulants sont le AH1N1 et le virus B. Dans ce contexte de début d'épidémie de grippe, la poursuite de la vaccination, qui demeure efficace sur les autres souches, est recommandée. L'utilisation précoce (dès les premières 48 heures) des traitements antiviraux pour les personnes fragiles symptomatiques, sans attendre la confirmation virologique du diagnostic, a mis en évidence chez ces patients une réduction de la durée d'hospitalisation, de la durée de la maladie ainsi que des formes sévères. [Conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées](#)
[Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 05/03/2012](#)
- **Qualité de l'air et Santé (Annecy)** : Publication le 28 janvier 2015 de l'étude réalisée par la Cire Rhône-Alpes sur l'évaluation de l'impact sanitaire de la **pollution atmosphérique** (EIS-PA) dans l'agglomération d'Annecy : [EIS-PA Annecy](#) ; [Communiqué](#) et [dossier de presse](#). Cette troisième étude menée en 2014 dans la région Rhône-Alpes confirme que les bénéfices sanitaires potentiels d'une diminution des niveaux de pollution sont notables et qu'il est essentiel de réduire les niveaux de fond, c'est-à-dire la pollution de tous les jours liée notamment aux particules, pour améliorer la qualité et l'espérance de vie des habitants.
Pour en savoir plus sur la pollution atmosphérique : [site internet ARS](#) ; [site internet InVS](#)
- **BVS CO** : Publication le 21 janvier 2015 du Bulletin de Veille Sanitaire portant sur le bilan des intoxications au monoxyde de carbone survenues en 2013 : [BVS CO 2013](#)
Pour en savoir plus sur les intoxications au CO : [site Internet de l'ARS](#) ; [site Internet de l'InVS](#)

Tendances

- **Intoxications au monoxyde de carbone** : stabilité du nombre d'épisodes
- **Gastro-entérites** : activité stable
- **Grippe et syndromes grippaux** : phase épidémique
- **Bronchiolite** : en décroissance
- **Mortalité** : forte ces dernières semaines
- **SOS Médecins** : activité soutenue
- **Services d'urgences** : activité stable ces deux dernières semaines et diminution de la proportion des personnes de plus de 75 ans.

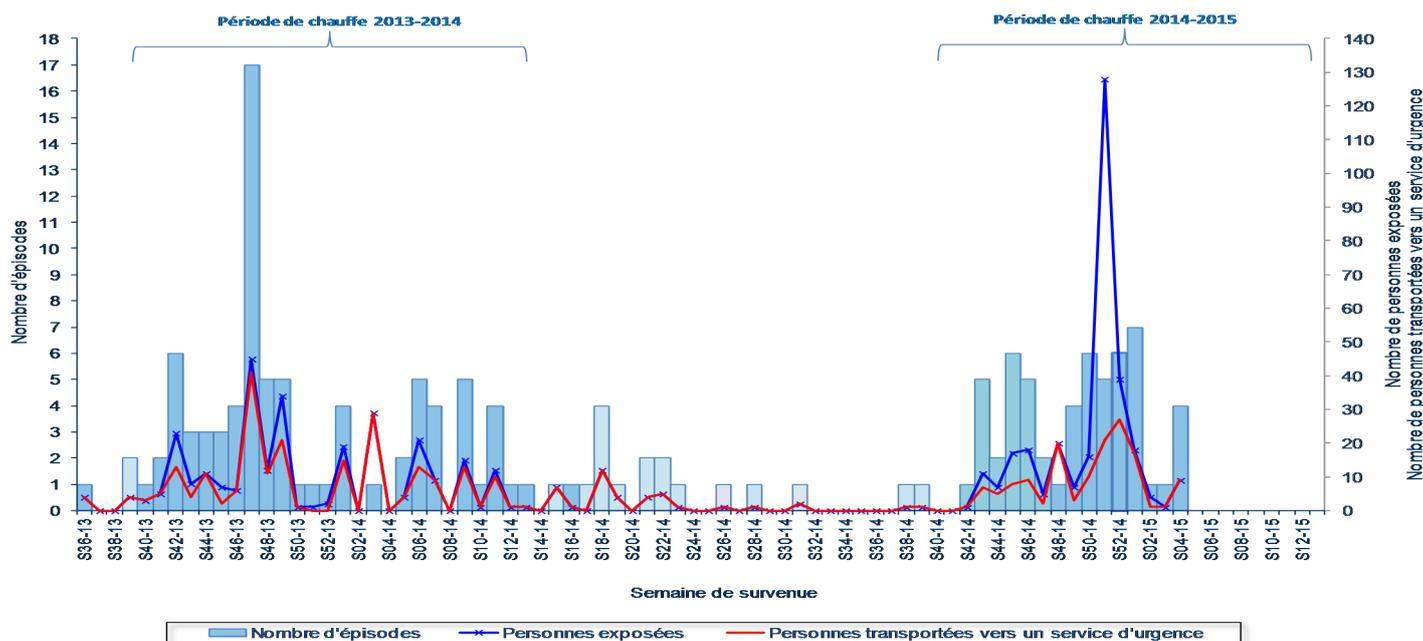
Depuis le 1^{er} octobre 2014, pour signaler à l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes un risque pour la santé publique, un numéro : **0 810 22 42 62**, un mail : ars69-alerte@ars.sante.fr, un fax : 04 72 34 41 27.

En 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, 56 épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone ont été signalés. Au cours de ces épisodes, 301 personnes ont été exposées dont 141 ont été transportées aux urgences hospitalières. Au total, 2 personnes sont décédées.

Figure 1. Répartition hebdomadaire (du 1^{er} septembre 2013 au 25 janvier 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

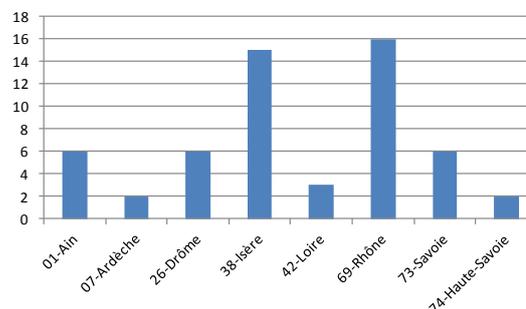


NB : Une adaptation dans l'analyse des données a modifié la distribution, depuis le dernier Point Epidémiologique.

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 25 janvier 2015)

Lieu d'intoxication	Nombre d'épisodes
Habitat individuel	44
Etablissements recevant du public	2
Milieu professionnel	9
Autre	1
Total	56

Figure 2. Répartition par département des épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone pour la période de chauffe 2014-2015 (du 1^{er} octobre 2014 au 25 janvier 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 :

La surveillance de la grippe par le Réseau Sentinelles montre une augmentation très importante (plus de 80%) de consultations pour syndrome grippal au cours de la semaine dernière (2015-04) par rapport à la semaine précédente (2015-03), avec un dépassement du seuil épidémique au cours des deux dernières semaines (Figure 3).

Le nombre de consultations pour syndrome grippal chez SOS médecins suit une dynamique similaire avec une hausse de plus de 50% au cours de la dernière semaine (2015-04) par rapport à la semaine précédente (Figure 4).

A l'hôpital, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour syndrome grippal, suit la même dynamique, avec une augmentation de 60 % au cours de la dernière semaine (2015-04), par rapport à la semaine précédente 2015-03 (Figure 5).

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

Depuis la première semaine d'octobre (2014-40), 13 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés par les Ehpad. Le nombre d'épisodes hebdomadaires signalés depuis début janvier jusqu'à la semaine (2015-4) est quasi-constant avec 1 à 2 épisodes par semaines (données non consolidées) (Figure 6). Le taux d'attaque moyen et le taux d'hospitalisation moyen par établissement étaient respectivement de 21 % et de 6 % parmi les résidents. Parmi le personnel, le taux d'attaque moyen par établissement était de 3 %. Aucun décès n'a été constaté. Les couvertures vaccinales chez les résidents et les personnels étaient respectivement de 81 % et 20 %. Le virus de la grippe était confirmé pour 2 épisodes sans précision sur le type.

Figure 3. Incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal en Rhône-Alpes estimée par le Réseau Sentinelles du 27/12/2013 au 25/01/2015

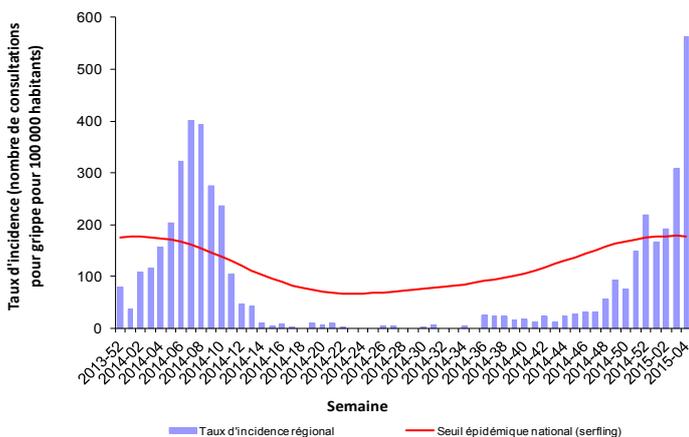


Figure 4. Nombre hebdomadaire de syndromes grippaux vus en consultation par les médecins des 5 associations SOS Médecins, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 25/01/2015

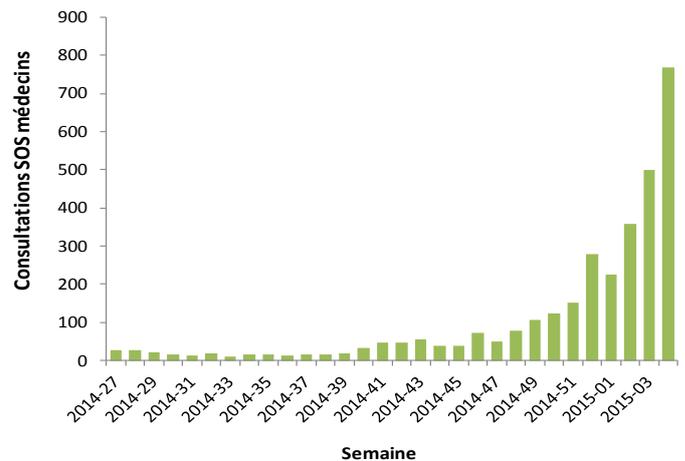


Figure 5. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour syndrome grippal et d'hospitalisations consécutives, tous âges confondus, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 25/01/2015

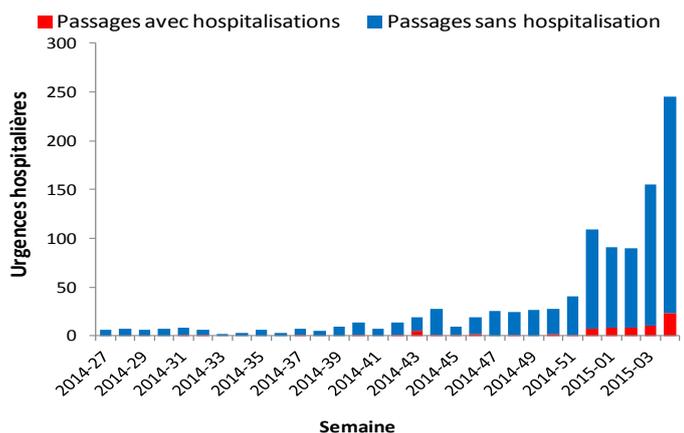
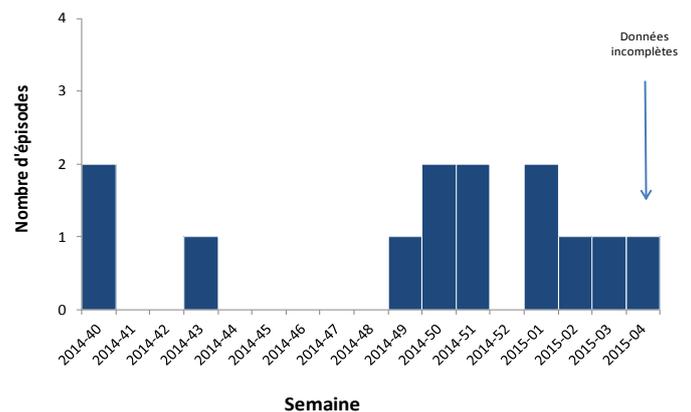


Figure 6. Répartition hebdomadaire du nombre d'épisodes d'IRA en EHPAD signalés à l'ARS, selon la semaine de survenue du 1^{er} cas, Rhône-Alpes, du 29/09/2014 au 25/01/2015



Surveillance virologique :

Depuis la première semaine d'octobre, la quasi-totalité des virus identifiée (95%) 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. Parmi ceux-ci 51% sont de type AH3N2, 21% de type AH1N1, et 23% de type A non sous-typés (Figure 7). Seul 2 virus grippaux de type B ont été identifiés.

Au niveau national, la distribution des types et sous types identifiés montre une circulation prédominante de virus de sous type A (H3N2), antigéniquement variants par rapport à la souche vaccinale

Surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation :

Au cours de la semaine dernière (2015-04), 5 cas graves de grippe ont été signalés par les services de réanimation, portant à 27 le nombre total de cas graves notifiés depuis début octobre (Tableau 2).

L'âge des cas était compris entre 4 mois et 85 ans avec une médiane à 62 ans.

La majorité des patients était des hommes (sex ratio M/F=3,5).

Parmi ces 27 cas, 21 présentaient au moins un facteur de risque autre que grossesse et obésité, 4 cas présentaient une obésité sans autre comorbidité et aucune femme n'était enceinte.

Parmi les patients pour lesquels le statut vaccinal était connu (23), seuls 8 avaient été vaccinés, soit près d'un quart.

La plupart (26/27) des patients ont été infectés par un virus grippal de type A dont 3 AH1N1 et 1 AH3N2, les autres étant non sous-typés. Seul 1 cas était infecté avec un virus de type B.

Sur les 27 cas graves signalés, un cas qui présentait un facteur de risque est décédé, ce qui correspond à un taux de létalité de 4 %.

Au total, en région Rhône-Alpes, les indicateurs de surveillance épidémiologique indiquent que l'épidémie a bien débuté et montrent une augmentation importante au cours de la semaine dernière.

Figure 7. Nombre de cas des virus grippaux au 25/01/2015 recueillis en médecine générale par le réseau unique depuis la semaine 2014-40 (source : centre national de référence de virus influenzae).

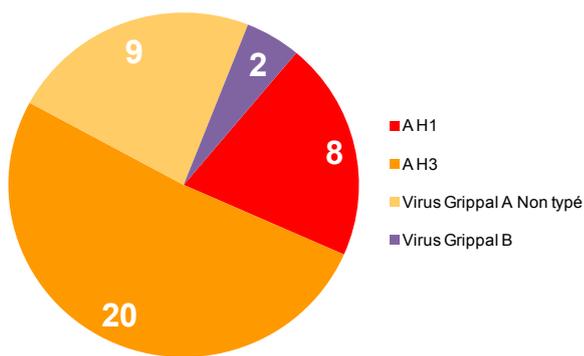


Tableau 2. Caractéristiques des cas graves de grippe admis en réanimation au 25/01/2015 à partir des données recueillies depuis la semaine 2014-45 en région Rhône-Alpes.

Statut virologique	Effectifs	%
A(H3N2)	1	4%
A(H1N1)pdm09	3	11%
A non sous-typé	22	81%
B	1	4%
Non Typés	0	0%
Non confirmé	0	0%
Classes d'âge		
0-4 ans	3	11%
5-14 ans	0	0%
15-64 ans	12	44%
65 ans et plus	12	44%
Non renseigné	0	0%
Sexe		
Sexe ratio MF - % d'hommes	3,5	78%
Facteurs de risque de complication		
Aucun	4	15%
Grossesse sans autre comorbidité	0	0%
Obésité (IMC≥40) sans autre comorbidité	1	4%
Autres cibles de la vaccination	21	78%
Non renseigné	1	4%
Statut vaccinal		
Non Vacciné	15	56%
vacciné	8	30%
Non renseigné	4	15%
Gravité		
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	10	37%
ECMO (Oxygénation par membrane extracorporelle)	1	4%
Ventilation mécanique	14	52%
Décès	1	4%
Total	27	100%

En médecine générale, après la forte décroissance observée au cours de la deuxième semaine de janvier, on observe depuis 3 semaines un nombre stable des consultations pour bronchiolite chez les 5 associations SOS Médecins de la région (Figures 8 et 9).

Une dynamique totalement similaire est observée **à l'hôpital**, avec un nombre de passages aux urgences stable depuis trois semaines qui fait suite à une forte décroissance au cours du début d'année (Figure 8). Les nourrissons de moins de 1 an restent les plus représentés (Figure 9).

Surveillance virologique : le CNR constate une circulation stable du VRS en région Rhône-Alpes.

Au total, l'ensemble des indicateurs de surveillance épidémiologique montre que le pic épidémique est passé et que l'épidémie de bronchiolite est en phase de décroissance.

Figure 8. Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite posés par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 25/01/2015

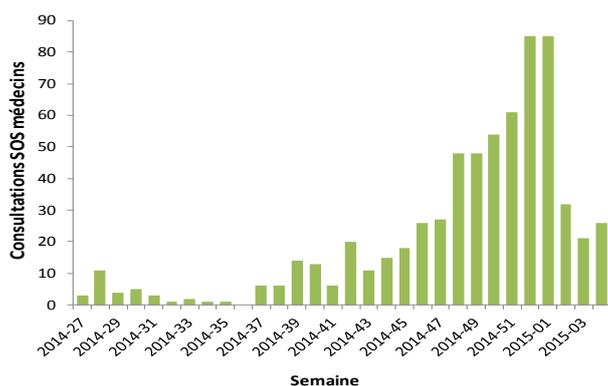


Figure 9. Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite posés par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 02/07/2012 au 25/01/2015

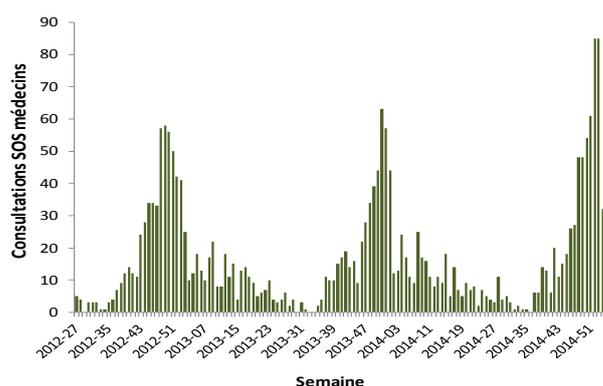


Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite et d'hospitalisations consécutives*, Rhône-Alpes, 30/06/2014 au 25/01/2015

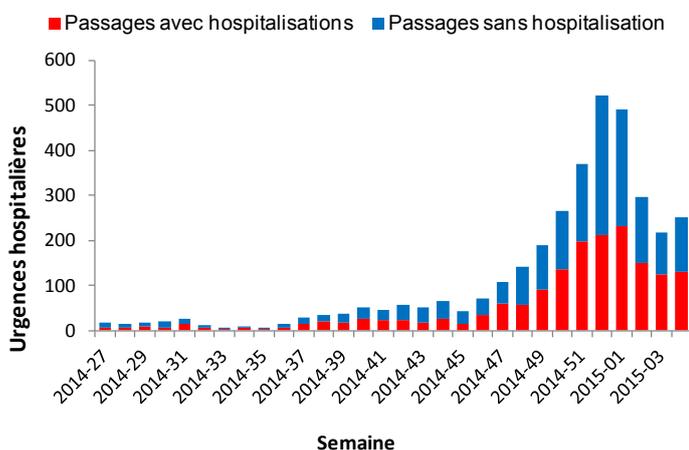
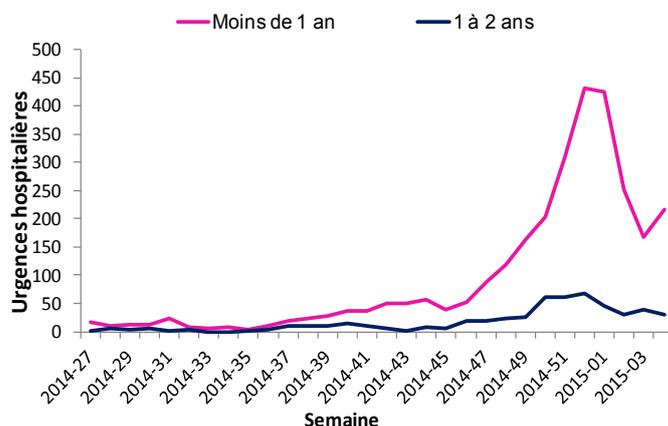


Figure 11. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite par classes d'âge*, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 25/01/2015



En médecine générale, au cours de la semaine dernière (2015-04), l'incidence des consultations pour syndromes diarrhéiques au sein du Réseau Sentinelles a diminué (Figure 10). Par ailleurs, on constate que le nombre de consultations pour gastro-entérites réalisées par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes reste stable depuis 6 semaines (Figure 13).

A l'hôpital, on observe au cours des 5 dernières semaines une stabilisation du nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour gastro-entérites au sein du réseau Oscour[®] (Figure 11). Ce sont les classes d'âge comprises entre 0 et 74 ans qui restent les plus représentées (Figure 12).

La surveillance des Gastro-Entérites Aigües (GEA) en Ehpad en saison hivernale :

Après une forte augmentation constatée la première semaine de l'année au cours de laquelle ont été signalés 18 épisodes de cas groupés de GEA en Ehpad, on observe une décroissance marquée suivie d'une stabilisation. Au cours de la semaine dernière, 5 épisodes ont été signalés (Figure 13). Parmi les résidents, le taux d'attaque et le taux d'hospitalisation moyens par établissement étaient respectivement de 21,5 % et 0,4 %, tandis que le taux d'attaque moyen chez le personnel par établissement était de 4%. Aucun décès n'a été rapporté. Sur les 72 épisodes signalés depuis début octobre, 40 ont fait l'objet d'une recherche étiologique. Le norovirus a été mis en cause dans 15 épisodes.

Au total, les indicateurs de surveillance épidémiologique des gastro-entérites témoignent d'une phase de stabilisation de l'épidémie de gastro-entérites.

Figure 12. Incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome diarrhéique en Rhône-Alpes estimée par le Réseau Sentinelles du 30/06/2014 au 25/01/2015

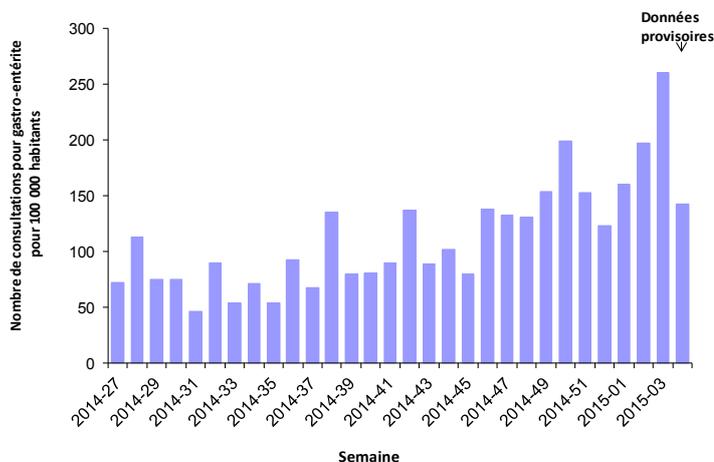


Figure 13. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences, avec ou sans hospitalisations, et de consultations de SOS médecins pour gastro-entérites, tous âges confondus, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 25/01/2015

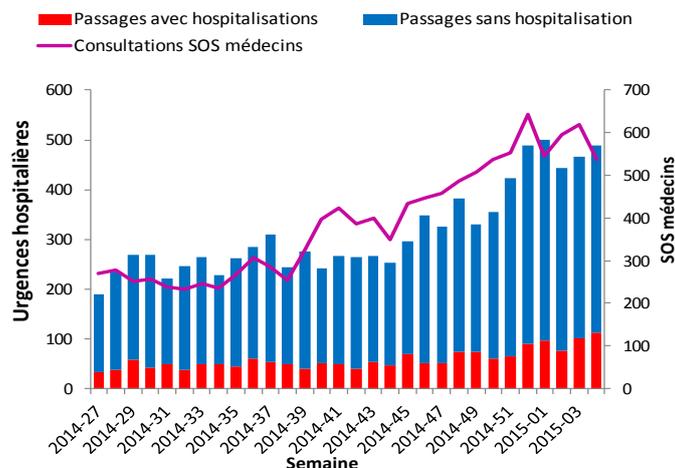


Figure 14. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour gastro-entérite, par classe d'âge, Rhône-Alpes, du 30/06/2014 au 25/01/2015

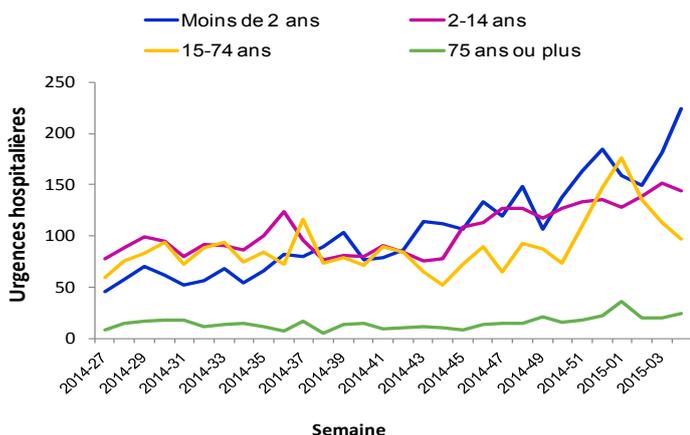


Figure 15. Nombre hebdomadaire d'épisodes de gastro-entérites aiguës en EHPAD signalés à l'ARS, selon la semaine de survenue du 1er cas, Rhône-Alpes, du 29/09/2014 au 25/01/2015

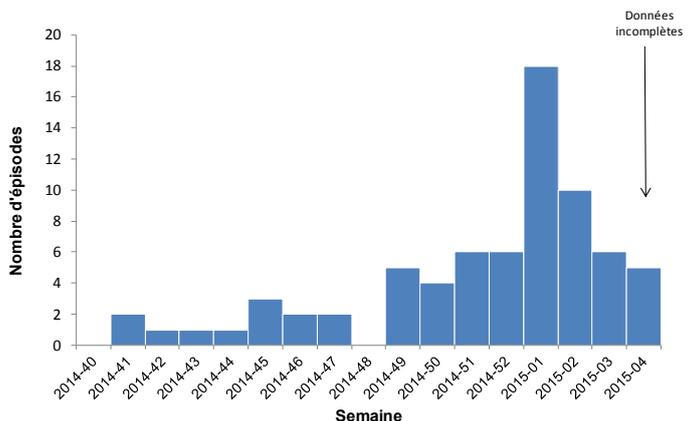


Figure 16. Nombre hebdomadaire de décès, toutes causes, enregistrés dans les services d'Etat-Civil de 74 communes informatisées en Rhône-Alpes du 28/01/2013 au 25/01/2015 (attention : les 2 dernières semaines sont incomplètes).

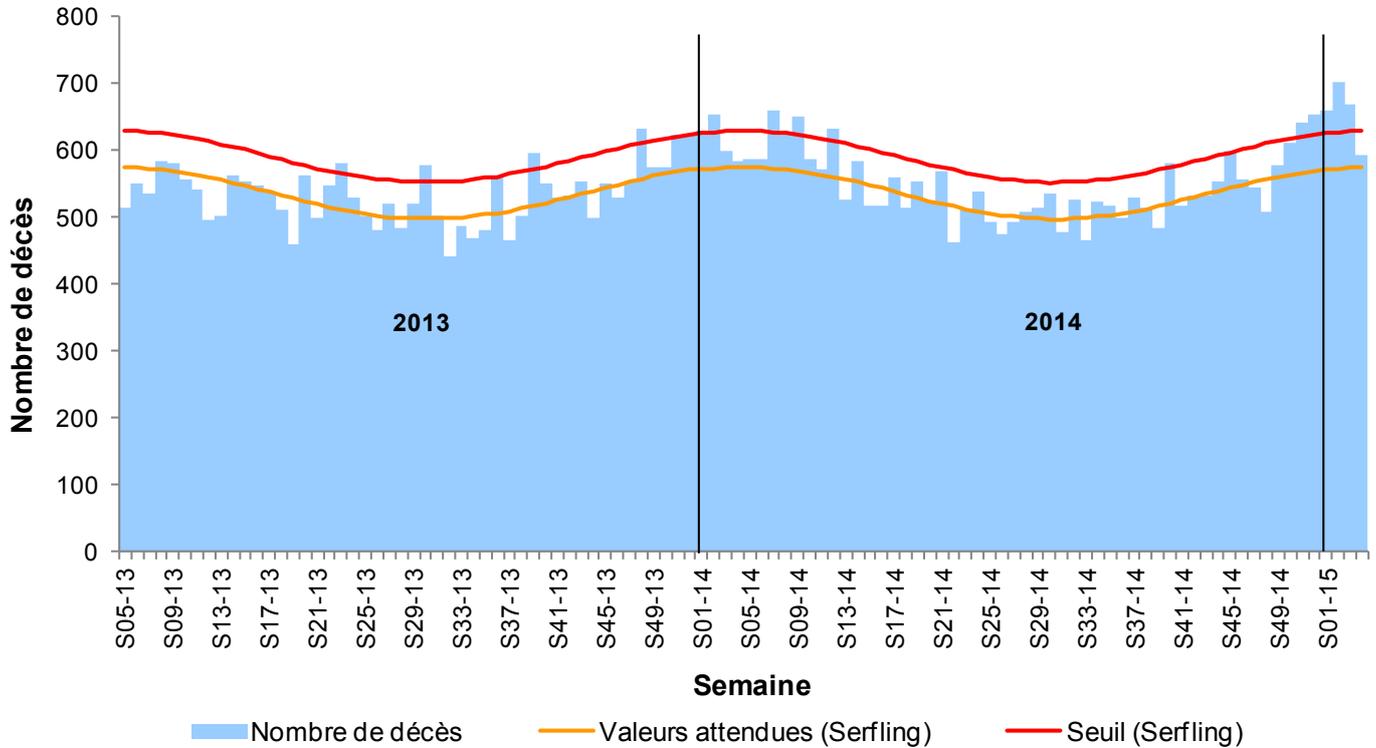


Figure 17. Nombre hebdomadaire d'appels pris en compte par les 5 associations SOS Médecins de Rhône-Alpes, du 28/01/2013 au 25/01/2015.

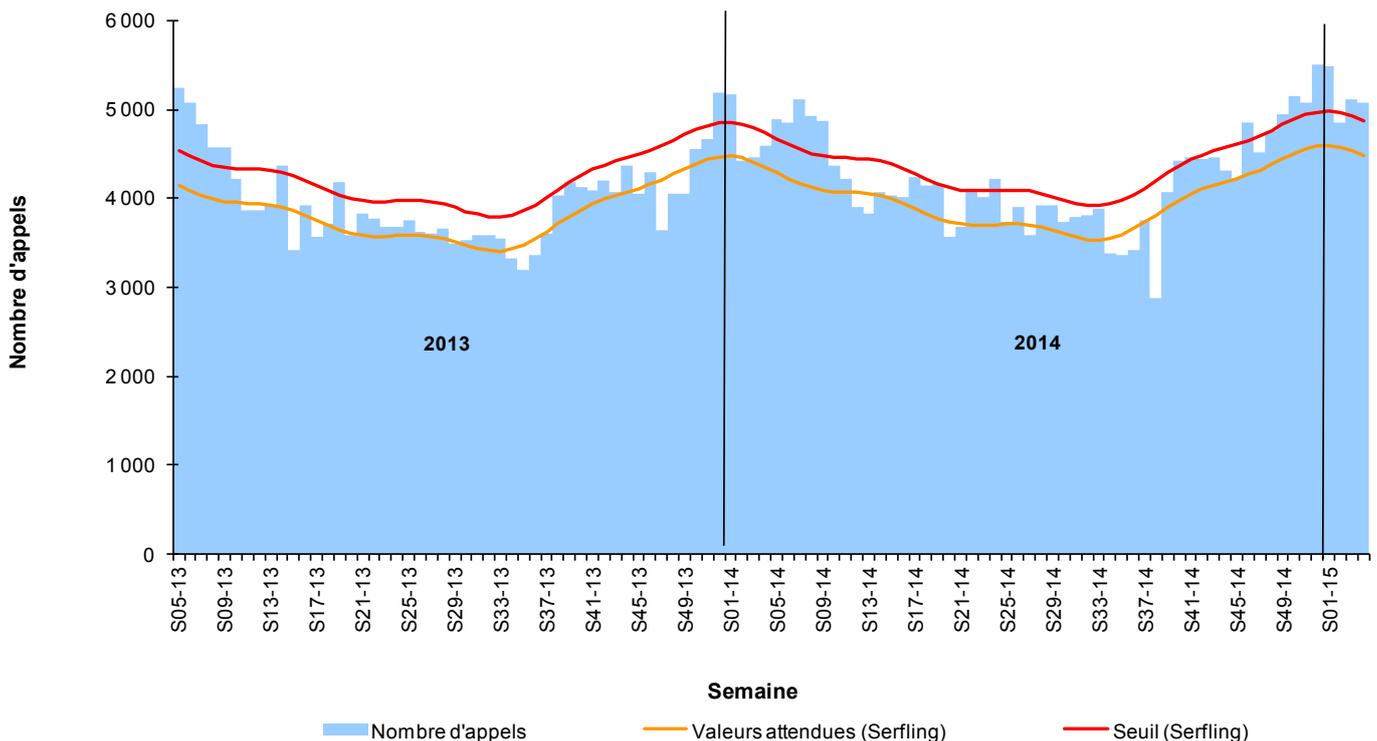


Figure 18. Nombre hebdomadaire d'affaires traitées par les 9 SAMU de Rhône-Alpes du 28/01/2013 au 25/01/2015

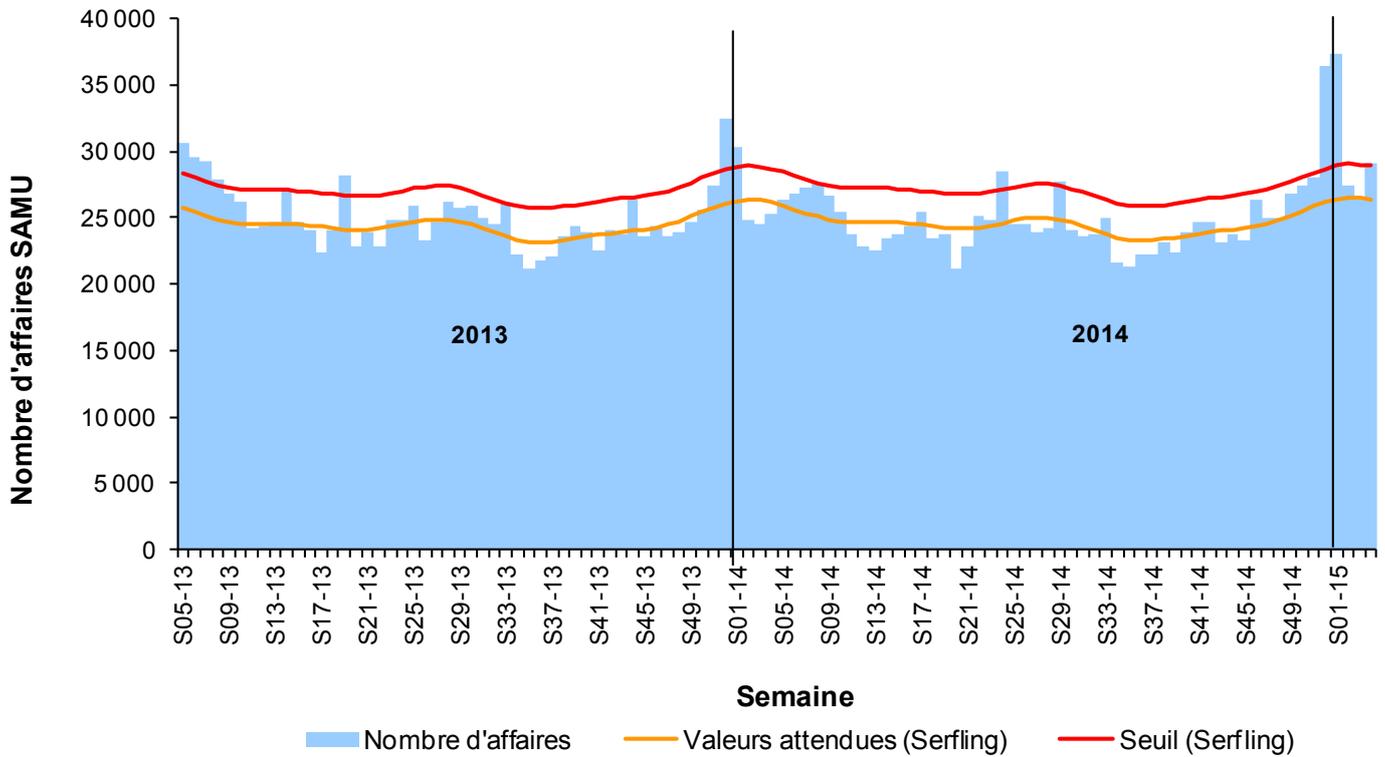
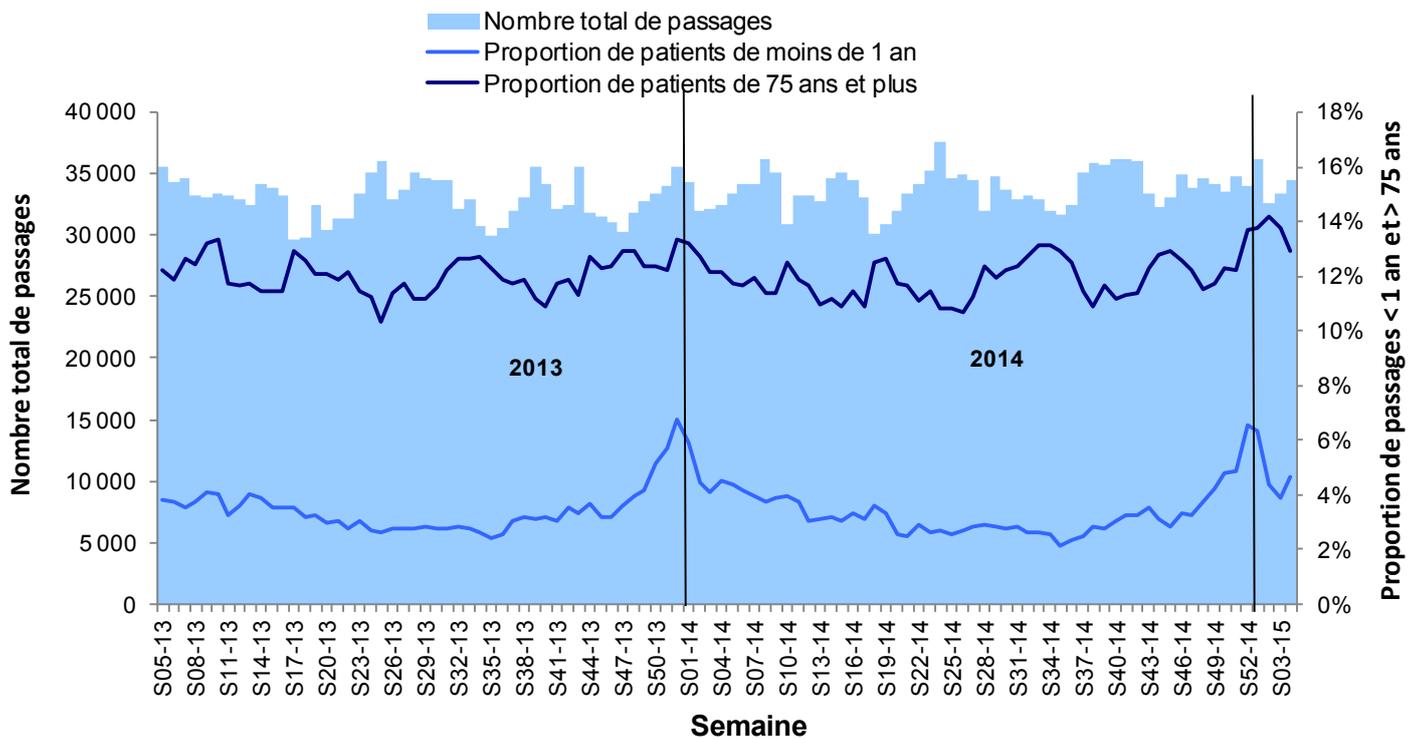


Figure 19. Nombre hebdomadaire de passages dans les 72 services d'urgences de Rhône-Alpes du 28/01/2013 au 25/01/2015



Contexte de la certification électronique

La canicule de 2003 a montré que les systèmes de surveillance sanitaire disponibles à l'époque n'avaient pas permis de détecter en temps opportun, l'ampleur de l'augmentation du nombre de décès et de suivre l'évolution du phénomène. Aussi, à partir de 2004, l'InVS a développé un système de surveillance syndromique intégrant des données de mortalité (SurSaUD® : Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès).

Depuis 2004, l'InVS reçoit chaque jour automatiquement de l'INSEE les données démographiques relatives aux personnes décédées collectées à partir du volet administratif du certificat de décès, issues des communes informatisées (état civil). A ce jour, la Cire Rhône-Alpes dispose des données de 214 communes, représentant 72 % de la mortalité régionale. Cela permet d'assurer un suivi régulier de la mortalité globale, par âge.

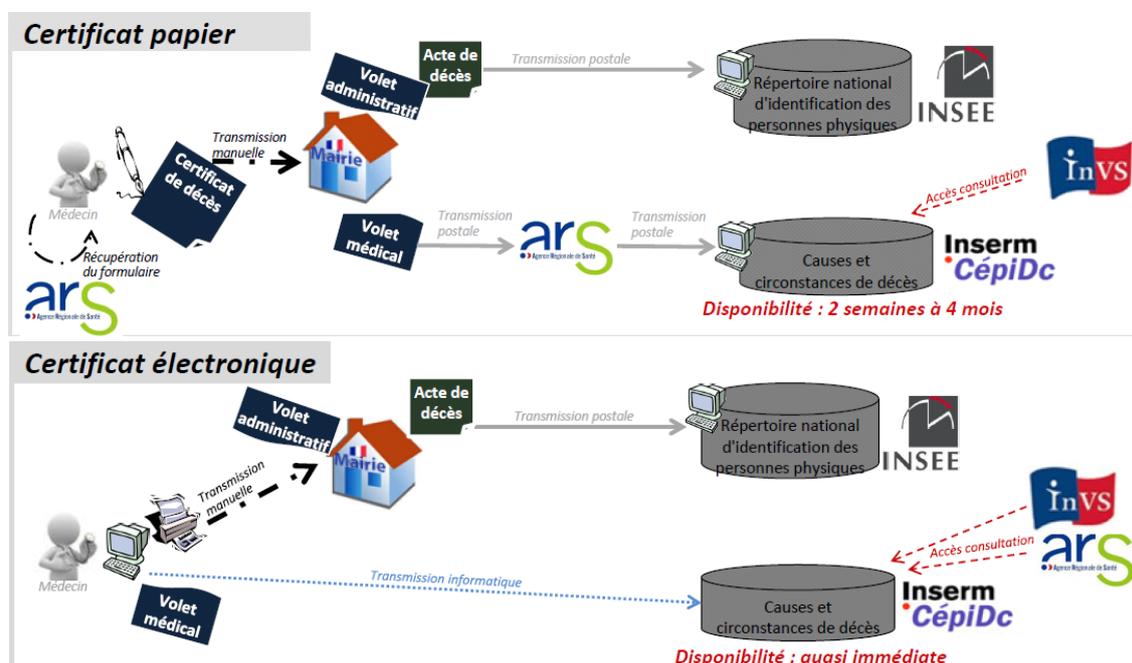
A partir de janvier 2008, le CégiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - Inserm) a lancé le déploiement via Internet de la certification électronique des décès. Ce dispositif permet de transmettre en temps réel les informations contenues dans le volet médical du certificat et ainsi de disposer des **causes médicales du décès**. Ces données sont consultables par les ARS et l'InVS.

Le 12 juillet 2013 est parue une instruction (N°DGS/DAD/BSIIP/2013/291) relative au déploiement dans les établissements de santé de la certification électronique des décès. Cette dernière fixe pour chaque région l'objectif d'atteindre, **dans les deux ans à venir**, le taux de **20 %** de certification électronique des décès. Ceci devant permettre un niveau de détection suffisant des variations régionales des taux de mortalité.

Au niveau national, en décembre 2014, la part de décès certifiés par voie électronique était estimée à 6 %. Cette proportion était de 8 % en Rhône-Alpes à la même période.

L'objectif est d'améliorer la réactivité et la qualité de la remontée d'informations pour une surveillance en temps réel.

Les deux circuits du certificat de décès



Objectifs de la dématérialisation

La dématérialisation du certificat de décès permet de :

- **simplifier la rédaction** des certificats de décès grâce à une aide en ligne.
- **raccourcir les délais d'obtention des causes de décès** pour la veille et l'alerte sanitaire
- **alléger certaines charges** liées au certificat papier, en termes de transmission/récupération/distribution des formulaires, frais de transmission, tâches de double saisie pour les différents acteurs concernés.
- **faciliter l'exploitation des données** pour tous : une synthèse automatisée des décès survenus est accessible par les différents acteurs autorisés.

The screenshot shows the 'Inserm CépIDc' website interface. At the top, there are two main navigation tabs: 'ESPACE PROFESSIONNEL' (selected) and 'ESPACE PUBLIC'. Under 'ESPACE PUBLIC', there is a menu with items: 'Aide à la certification', 'Statistiques', 'Aspects réglementaires', 'Foires aux questions', 'Liens utiles', and 'Code de dépôt'. The main content area is titled 'Identification' and contains a message: 'Je dispose d'un certificat électronique (carte CPS,...) et veux l'utiliser pour me connecter'. Below this, there is a link for 'Aide professionnelle'. A section titled 'Plier' is expanded to show 'Professionnels de santé'. It contains two sets of login fields: one for 'Identifiant CertDc ou N° RPPS' and 'Mot de passe', and another for 'Nom / Prénom' and 'Mot de passe'. Both sets have a 'Retenir mon Identifiant' or 'Retenir mon Nom' checkbox and a 'Valider' button.

Comment ça marche ?

Les **pré-requis d'ordre technique** sont :

- un ordinateur connecté à Internet
- un navigateur : Microsoft Internet Explorer, Mozilla Firefox, Safari ou Google Chrome
- une imprimante
- un logiciel (gratuit) permettant la lecture des fichiers .pdf (exemple : Acrobat reader)
- un lecteur de carte CPS (facultatif)

Les **pré-requis d'ordre organisationnel** sont :

- pour les professionnels exerçant dans un établissement de santé, prévoir un **référént CertDc** pour l'établissement : il sera l'interlocuteur privilégié du CépIDc. Il détiendra des droits d'administration pour paramétrer les accès aux différents utilisateurs de l'établissement . Il sera également chargé de la promotion de l'application au sein de son établissement.
- définir le **mode d'organisation** souhaité : organisation par médecin ou en équipe de médecins. Selon le volume de décès à déclarer, le choix d'une organisation par rapport à l'autre peut permettre de déléguer la saisie d'une partie du formulaire à des collègues de la même équipe.

L'application est accessible à l'adresse : <https://sic.certdc.inserm.fr>. La connexion se fait soit grâce à la carte CPS, soit grâce à un login et mot de passe fourni par le référént de l'établissement.

Le médecin peut alors remplir le certificat de décès, tout en disposant si besoin, de différentes aides en ligne.

Une fois que le médecin a validé le certificat électronique, les données du volet médical sont envoyées au CépIDc, à l'ARS et à l'InVS. La partie administrative reste à imprimer pour transmission à la mairie du décès.

Quelles évolutions de la nouvelle version de l'application (décembre 2012)

Déclaration d'un décès par un médecin :

- le délai pour modifier et valider un certificat est porté à 96h au lieu de 48h.
- une assistance au remplissage des contraintes relatives aux opérations funéraires est proposée de manière facultative.
- des documents complémentaires au certificat de décès : divers documents médico-administratifs pré-remplis avec l'identité du patient sont disponibles pour les établissements de santé.

Connexion des professionnels de santé :

- Les informations d'identification sont issues du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) au lieu du numéro ADELI.
- Authentification par nouvelle carte CPS (Carte de Professionnel de Santé) : les cartes CPS de dernière génération permettent une connexion directe à l'application sans avoir à utiliser d'identifiants de connexion.

Gestion des équipes par le référént d'établissement : le référént **CertDc** peut désormais définir les paramètres de première connexion sécurisée au niveau de l'établissement .

Suivi administratif en établissement : les synthèses ont été améliorées, proposant un fichier .csv exploitable informatiquement ainsi qu'un format de lecture des certificats, plus simple d'utilisation.

Une assistance téléphonique ou par mail sur l'application, dédiée aux référénts des établissements, peut être apportée par le CépIDc. Toutes leurs coordonnées sont disponibles sur l'application : <https://sic.certdc.inserm.fr>

| 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
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