

CIRE
ARA

Le point épidémiologique

Surveillances régionales

Epidémie de rougeole

En France : point épidémiologique national au 2 mai 2018 et vaccination accessible [ici](#).

En Auvergne-Rhône-Alpes, 58 cas ont été déclarés depuis le 6 novembre 2017 dans 8 départements de la région. Depuis 2017, la région enregistre une **recrudescence des cas** sans foyer épidémique majeur à ce stade (plus d'information en [page 2](#)).

Allergies : activité des associations SOS Médecins en hausse, plus d'information en [page 3](#)

Début de la surveillance renforcée arbovirose, plus d'information en [page 5](#)

Mortalité toutes causes (données Insee, [page 8](#)) : La mortalité toutes causes est revenue dans des valeurs attendues pour la saison. → *Pour plus d'informations, se reporter au Point Epidémio national [ici](#)*

Faits marquants

Plan Régional de Santé-Environnement 3 (PRSE 3)

Le 3^{ème} plan régional santé-environnement a été approuvé le 18 avril 2018 par le Préfet de la région et le Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Il constitue une feuille de route des 4 prochaines années pour promouvoir un environnement toujours plus favorable à la santé, et réduire les inégalités de santé d'origine environnementale dans notre région.

Ce plan propose des outils structurants pour aider les collectivités locales à mieux intégrer la santé-environnement dans leur politique et leurs pratiques.

Retrouvez le PRSE 3 sur le site internet qui lui est dédié : www.auvergne-rhone-alpes.prse.fr

Rapport annuel 2017 de Santé publique France [Pour en savoir plus](#)

Les Rencontres de Santé publique France [Programme et inscription](#)

LES RENCONTRES DE
SANTÉ PUBLIQUE
FRANCE

29-30-31
MAI 2018

Paris - Centre
Universitaire des
Saints-Pères



ROUGEOLE — DONNEES DU 6 NOVEMBRE 2017 AU 2 MAI 2018 EN AUVERGNE-RHONE-ALPES

- Au 2 mai 2018, **58 cas** de rougeole ont été recensés en région ARA depuis le 6 novembre 2017 (cas résidant dans la région), soit **2,8%** des cas nationaux sur la même période. Comparativement sur la même période 2016-2017 (semaine 45-2016 à semaine 17-2017), seuls 17 cas de rougeole avaient été déclarés.
- **Huit** des 12 départements de la région ont actuellement déclaré des cas : **16 en Haute-Savoie, 16 dans le Rhône, 8 en Savoie, 7 en Isère, 5 dans l'Ain, 4 dans la Loire, 1 dans l'Ardèche et 1 dans le Puy-de-Dôme.**
- **Un cas groupé nosocomial** a été rapporté au mois de mars au sein d'un **centre hospitalier de Haute-Savoie** (n=6).
- Parmi ces 58 cas, **27 ont été confirmés biologiquement, 7 ont un lien épidémiologique** et les 24 autres restent des suspicions cliniques.
- **Quatorze cas** (24%) ont été **hospitalisés**. Aucune complication n'a été signalée.
- Pour les cas nés depuis 1980 dont le statut vaccinal était connu (n=46), 32 (71%) n'étaient pas vaccinés, 5 avaient reçu 1 seule dose et 9 étaient correctement vaccinés.
- Les dernières données de **couvertures vaccinales ROR départementales en ARA** pour l'année 2016 sont disponibles dans le dernier [Bulletin de santé publique](#) et le **bilan des cas de rougeole signalés en 2017** est accessible [ici](#).

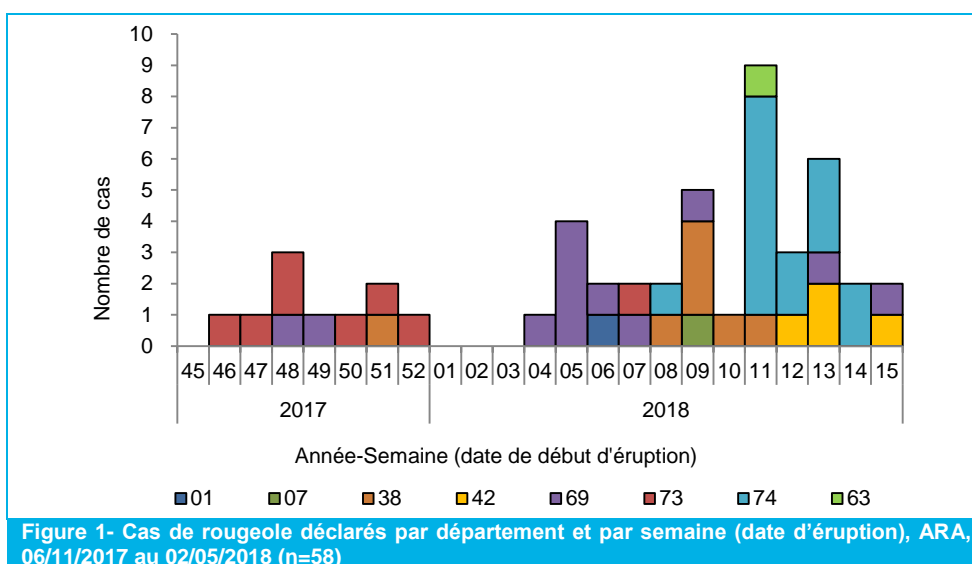


Figure 1- Cas de rougeole déclarés par département et par semaine (date d'éruption), ARA, 06/11/2017 au 02/05/2018 (n=58)

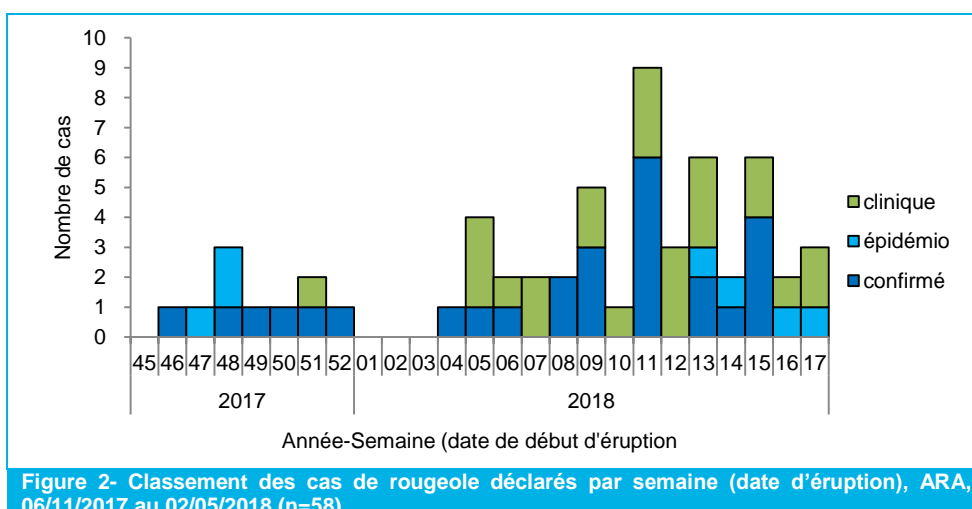
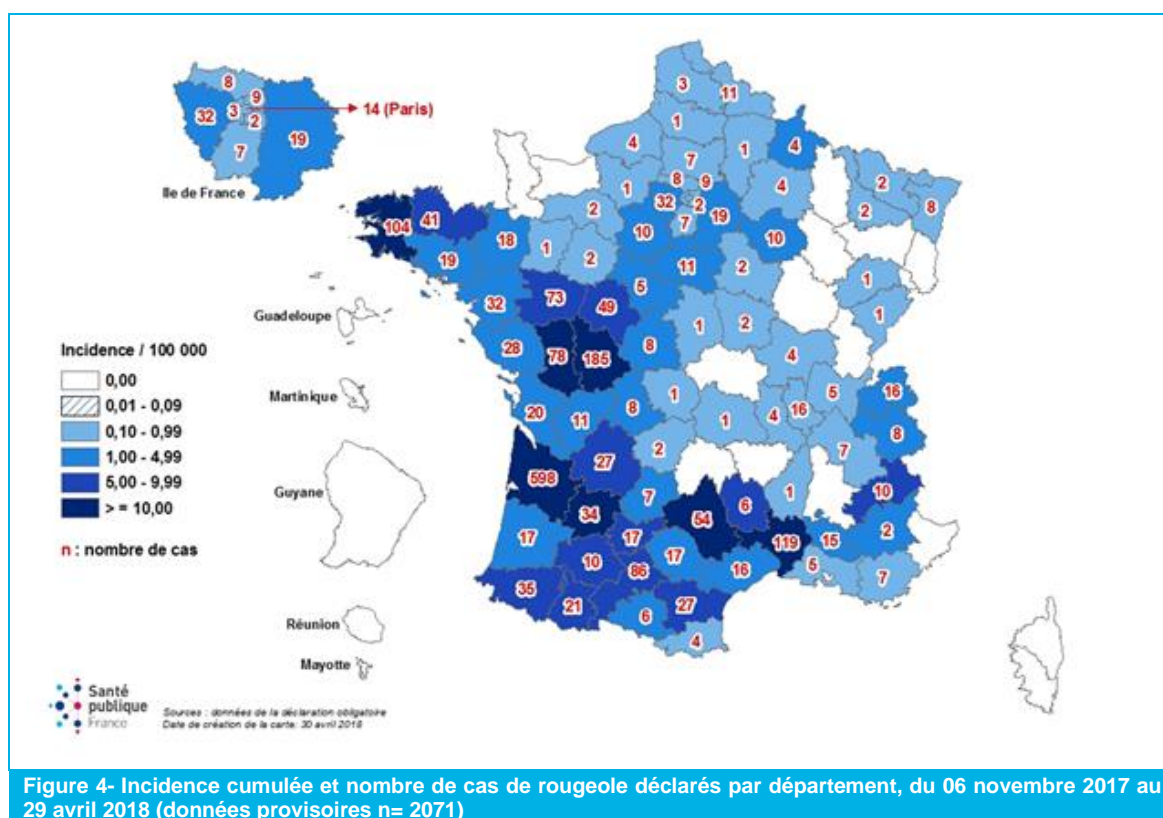
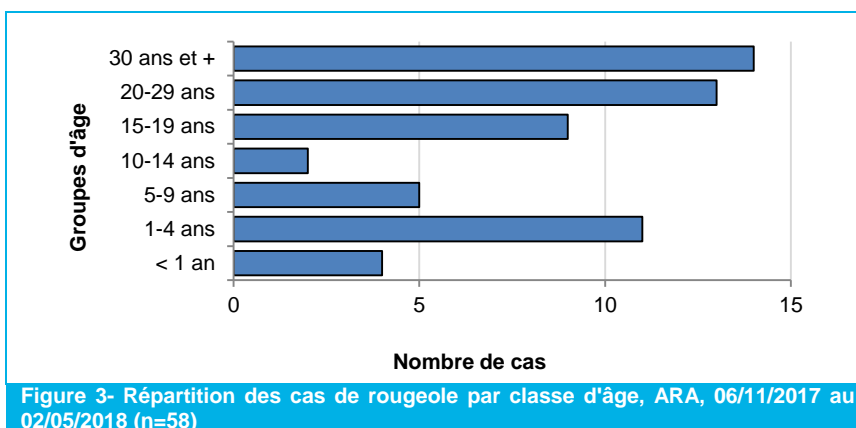


Figure 2- Classement des cas de rougeole déclarés par semaine (date d'éruption), ARA, 06/11/2017 au 02/05/2018 (n=58)



Informations et recommandations

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

Les départements aujourd'hui indemnes ne sont pas à l'abri d'une extension rapide de la transmission de la maladie, aucun département n'ayant atteint le taux requis pour interrompre la circulation du virus (95% de couverture vaccinale à 2 ans pour les 2 doses de vaccin).

Haut Conseil de la santé publique : [avis relatif à l'évolution de la stratégie de gestion en cas d'épidémie de rougeole.](#)

Recommandations de la Haute Autorité de Santé : [Vaccination contre la rougeole avant l'âge de 12 mois suite à l'arrêt de commercialisation du vaccin monovalent ROUVAX](#)

ALLERGIES

L'activité pour allergies des associations SOS Médecins de la région reste soutenue.

- Les concentrations de pollens de graminées devraient continuer d'augmenter tout au long du mois de mai.

Surveillance environnementale

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

- Lien vers le bulletin : [Cliquer ici](#)
- Carte de vigilance des pollens : [Cliquer ici](#)

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

- Indices polliniques du 27 avril au 4 mai 2018 : [Cliquer ici](#)

Surveillance sanitaire

Surveillance ambulatoire

- Le nombre de cas d'allergies diagnostiqués par les associations SOS Médecins **est en forte augmentation pour les 2 dernières semaines**, représentant 4,8% de l'activité SOS Médecins sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes soit une part élevée de leur activité.

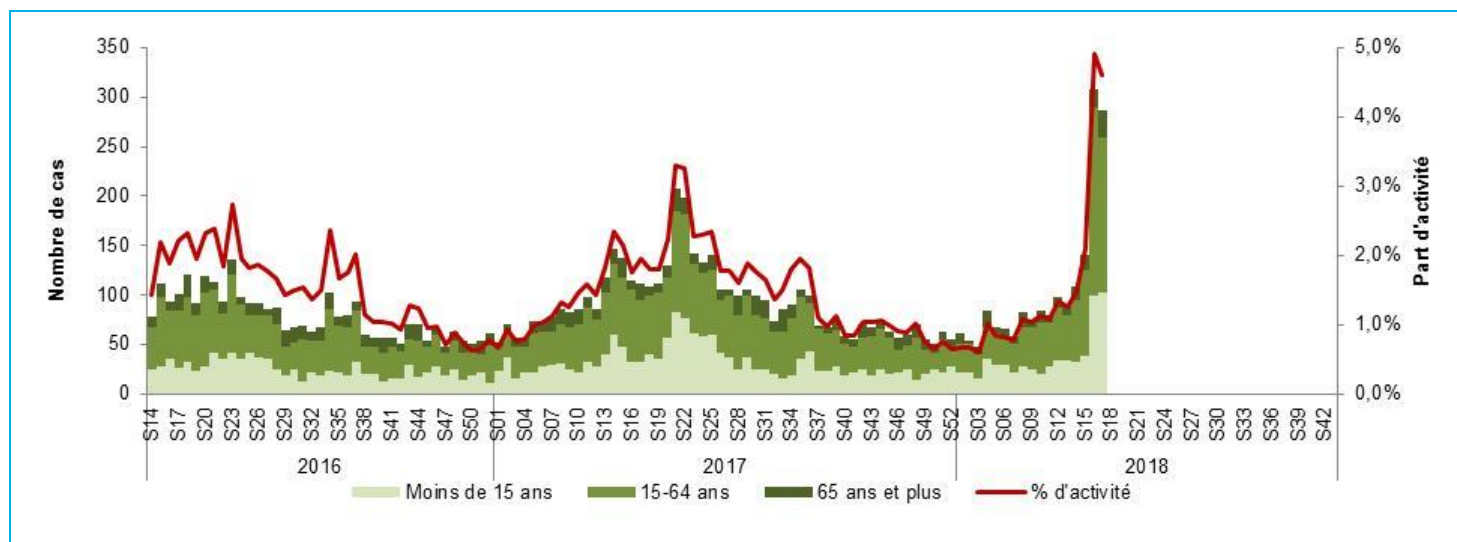


Figure 5- Nombre hebdomadaire des consultations diagnostiquées « allergies » par les associations SOS Médecins depuis le 1er avril 2015 (2015-S14) en Auvergne-Rhône-Alpes - SOS Médecins, Santé publique France

Informations et recommandations du ministère de la santé

Informations générales sur les Pollens et Allergies

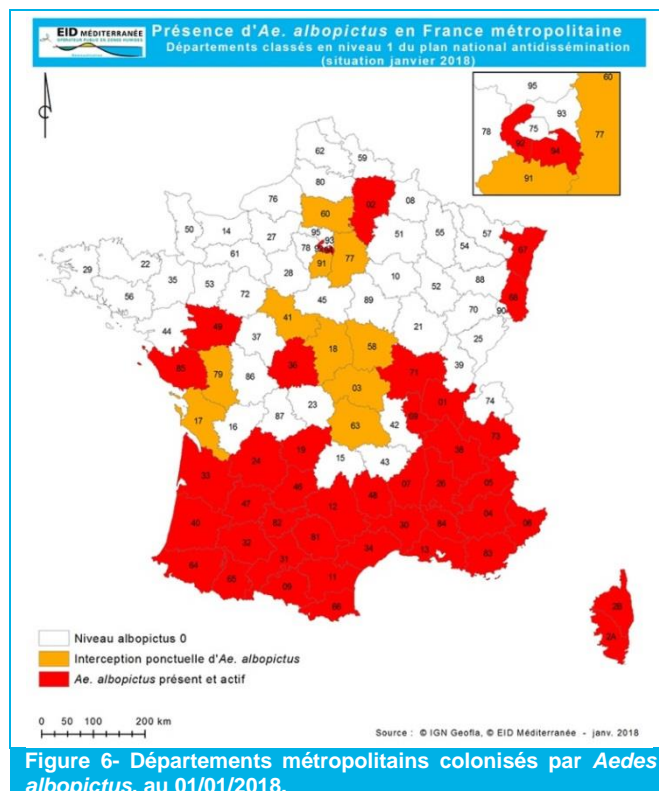
- Lien vers la page du Ministère de la santé : [Cliquer ici](#)

Recommandations sanitaires

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

SURVEILLANCE RENFORCEE DES ARBOVIROSES

Le plan national de lutte anti dissémination du chikungunya et de la dengue initié en 2006, reste d'actualité. Au cours de cette prochaine saison, 42 départements métropolitains sont considérés comme colonisés par le vecteur *Aedes Albopictus* (dit moustique tigre). Ainsi, l'Arrêté du 25 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 26 août 2008 fixant la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population (départements classés en niveau 1) a ajouté 9 nouveaux départements. Deux nouvelles régions (Centre Val de Loire et Hauts de France) intègrent le dispositif portant à 11 le nombre de régions métropolitaines concernées.



Au sein de notre région, le nombre de département reste inchangé, soit les 6 anciens rhônalpins : **Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Rhône et Savoie.**

Le plan de surveillance est identique à celui de l'année précédente. La période d'activité du vecteur débute **le 1^{er} mai** et se prolongera **jusqu'au 30 novembre 2018.** **Tout au long de celle-ci, il est demandé de surveiller activement tous les cas suspects de dengue, chikungunya et zika.** Une vigilance vis-à-vis des cas importés du Brésil est demandée du fait de l'épidémie persistante de fièvre jaune. Pour rappel, la fièvre jaune est une arbovirose transmise par la piqûre d'un insecte contaminé, appartenant à l'espèce *Aedes* ou *Haemogogus*. Des cas importés ont été identifiés récemment dans plusieurs pays européens dont la France.

Le déploiement du dispositif prévoit l'activation des 2 volets de surveillance, entomologique et épidémiologique, dès la survenue d'un cas suspect ou d'un cas confirmé ayant séjourné dans un de nos départements colonisés par *Aedes albopictus*.

Signalement à l'ARS

Dans ce cadre, tous les **cas suspects importés de dengue, chikungunya et zika** sont à signaler sans délai à l'ARS **Auvergne-Rhône-Alpes** qui coordonne les investigations, à l'aide de la [Fiche de signalement accéléré](#).

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.

Des cartes sont à disposition, concernant les zones de circulation active de la [dengue](#), [du chikungunya](#) et [du zika](#). **Actuellement, une épidémie de dengue est en cours sur l'île de la Réunion** avec au [23/04/2018](#), 1 816 cas de dengue biologiquement confirmés ou probables signalés en 2018 répartis majoritairement dans l'Ouest de l'île. En Nouvelle Calédonie, l'épidémie de dengue est effective depuis février dernier et au [27/04/2018](#), 939 cas de dengue ont été recensés dont 67% avec un sérotype 2. 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](#).

La liste des pays à risque et des recommandations de vaccination pour la fièvre jaune sont disponibles sur le site de l'[OMS](#). et des cartes sont à disposition sur les sites des [CDC](#) et de l'[ECDC](#). Du fait de la recommandation de vaccination lors de séjour en zone à risque, la probabilité de cas importé reste faible.

Le CNR des arbovirus est le seul laboratoire en France métropolitaine à réaliser le diagnostic de fièvre jaune. L'évocation de ce diagnostic ne dispense pas d'une recherche concomitante des virus de la dengue, du chikungunya et du zika.

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.

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 dans une infection par le virus zika, la virémie est courte alors que la virurie est prolongée jusqu'à 10 jours.

D'autre part, des réactions croisées en sérologie sont fréquentes rendant l'interprétation délicate entre dengue et zika. Ainsi, une séroneutralisation devient nécessaire. Cette technique reste complexe et n'est réalisée que par le CNR Arbovirus. Elle est réservée exclusivement aux femmes enceintes et aux formes graves neurologiques.

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

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

Synthèse des données disponibles

- **SOS Médecins** : Activité en hausse avec, en semaine 17, 439 consultations pour GEA soit **7%** de l'activité totale ; activité comparable à celle observée l'année précédente à la même période.
La part des moins de 5 ans augmentait, représentant 23,5% (n=103) des consultations.
- **Oscour®** : Activité en diminution avec 513 passages pour GEA, en semaine 17, soit près de **1,5%** de l'activité totale ; activité en-dessous de celle observée l'année précédente à la même période.
La part des moins de 5 ans était en baisse, représentant plus de la moitié des passages (54,1%, n=278).
- **Réseau Sentinelles** : Incidence régionale des diarrhées aiguës vues en consultation de médecine générale en hausse, avec en semaine 17 : **110 cas pour 100 000 habitants (IC [58 – 162])**.
- **Surveillance des GEA en EHPAD** : Depuis début octobre 2017, 181 cas groupés de GEA ont été signalés en ARA, soit 3 épisodes supplémentaires depuis le dernier bilan.
- **Données de virologie** : Depuis la semaine 40, 30 norovirus et 8 rotavirus ont été isolés parmi les épisodes survenus en Ehpad.



Figure 6- Evolution hebdomadaire du nombre de consultations (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, SOS Médecins, ARA, 2015-2018.

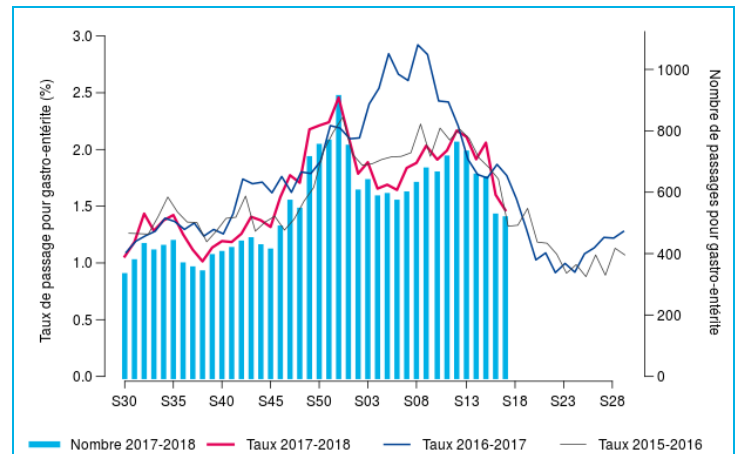


Figure 7- Evolution hebdomadaire du nombre de passages (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour GEA, Oscour®, ARA, 2015-2018.

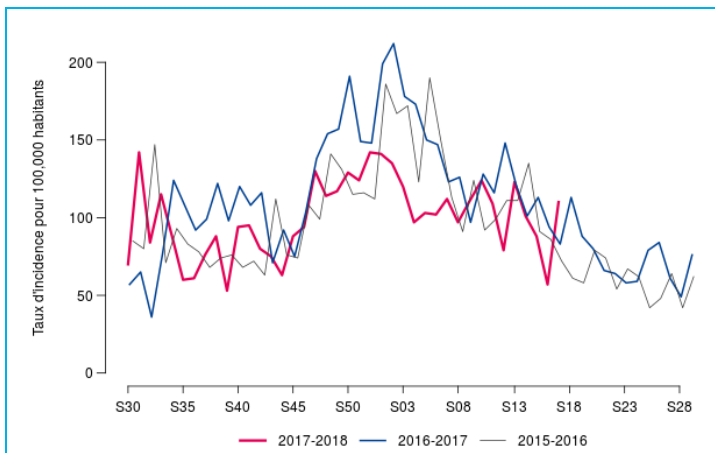


Figure 8- Incidence hebdomadaire régionale (pour 100 000 hab.) des diarrhées aiguës, Réseau Sentinelles, ARA, 2015-2018.

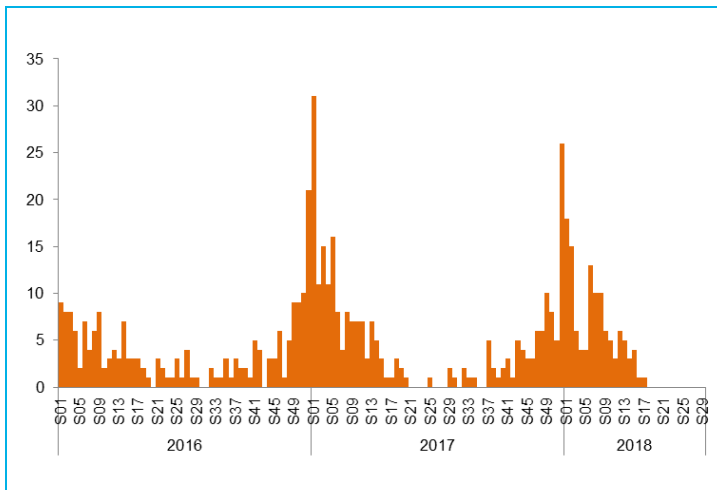


Figure 9- Nombre hebdomadaire de cas groupés de GEA signalés par les Ehpads, ARA, 2015-2018.

GEA en Ehpads	
Episodes	
Nombre de foyers signalés	181
Nombre de foyers clôturés	164
Taux de foyer clôturés	90,6 %
Recherche étiologique	
Recherche effectuée	96
Norovirus confirmé	30
Rotavirus confirmé	8
Résidents - Episodes clôturés	
Nombre total de résidents malades	4267
Taux d'attaque moyen	29,8 %
Nombre d'hospitalisations en unité de soins	28
Taux d'hospitalisation moyen	0,7%
Nombre de décès	12
Létalité moyenne	0,3%
Personnel - Episodes clôturés	
Nombre total de membres du personnel malades	893
Taux d'attaque moyen	7,9%

Tableau 4- 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

Les GEA hivernales sont surtout d'origine virale. Elles se manifestent, après une période d'incubation variant de 24 à 72 heures, par de la diarrhée et des vomissements qui peuvent s'accompagner de nausées, de douleurs abdominales et parfois de fièvre. La durée de la maladie est généralement brève, de l'ordre de quelques jours. La principale complication est la déshydratation aiguë qui survient le plus souvent aux âges extrêmes de la vie.

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](#)

MORTALITE TOUTES CAUSES

Synthèse des données disponibles

En ARA, seul, un excès de mortalité toutes causes est observé en semaine 14 (du 2 au 8 avril), concernant plus particulièrement la classe d'âge des 65 ans et plus.

Au plan national, la mortalité observée se situe dans les marges de fluctuation habituelle.

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](#)

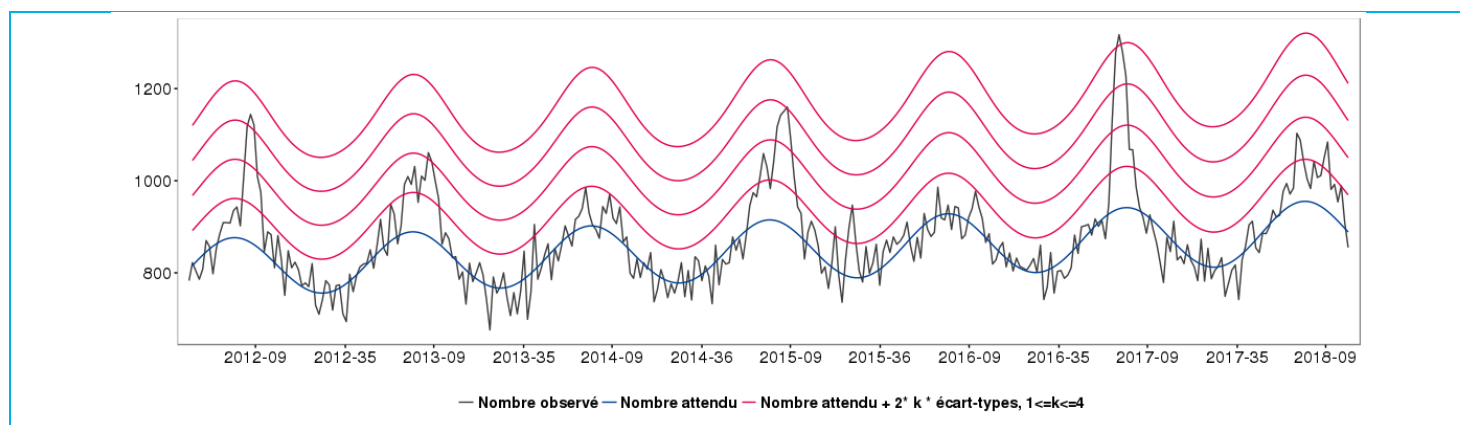


Figure 15- Nombre hebdomadaire de décès toutes causes et tous âges confondus.

QUALITE DES DONNEES

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 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 17 et taux de codage des diagnostics au niveau régional :

Semaine	SOS Médecins	Réseau Oscour®
Etablissements inclus dans l'analyse des tendances	7/7 associations	83/88 structures d'urgence
Taux de codage du diagnostic sur la semaine précédente sur ces établissements	96,7 %	72,0 %

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)
- Le CNR des Arboviroses (Institut de Recherche Biologique des Armées, Marseille)
- 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

Meghann GALLOUCHE

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