

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

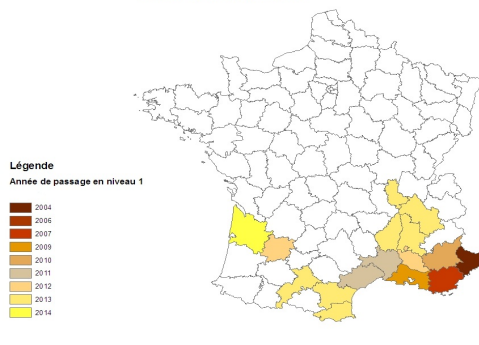
Point de situation n° 2014/29 du 16 octobre 2014

Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya en Rhône Alpes



Crédit photo : JB Ferré / EID Méditerranée

Représentation géographique des zones d'implantation du vecteur *Aedes Albopictus* en fonction de l'année de passage en niveau 1



Le plan national de lutte anti dissémination du chikungunya et de la dengue initié en 2006, concerne cette année 18 départements métropolitains où le vecteur de ces arboviroses, *Aedes Albopictus* ou moustique tigre, est désormais implanté et actif.

Quatre de nos départements rhônalpins, l'Ardèche, la Drôme, l'Isère et le Rhône sont concernés.

En application de ce plan, une surveillance entomologique et épidémiologique renforcée est mise en place dans ces départements pendant la période d'activité du vecteur qui débute le 1er mai.

Nous faisons appel à la vigilance des professionnels de santé car ce plan est activé jusqu'au 30 novembre 2014.

Dans ce cadre, tous les cas suspects importés de dengue et de chikungunya sont à signaler sans délai à l'ARS Rhône-Alpes qui coordonne les investigations. Ce signalement permet de déclencher une confirmation biologique rapide de ces cas suspects afin de mettre en place des mesures adaptées de lutte anti-vectorielle autour de ces cas. L'objectif de ce dispositif est d'éviter l'initiation d'une chaîne de transmission de ces arbovirus et la survenue de foyers autochtones sur le territoire métropolitain.

Les cas confirmés de dengue ou de chikungunya qui n'auraient pas voyagé sont également à signaler à l'ARS dans le cadre de la déclaration obligatoire (DO).

Par ailleurs, l'InVS a accès aux résultats des diagnostics de dengue et de chikungunya des laboratoires, qui pratiquent ces diagnostics en France métropolitaine, afin de rattraper les cas non signalés en amont. Les résultats positifs résidant en région Rhône-Alpes sont communiqués à la Cire qui réalise une investigation en lien avec l'ARS pour déclencher, le cas échéant, des mesures de lutte anti-vectorielle autour des cas confirmés.

Depuis son identification en Tanzanie en 1952, la situation épidémiologique du virus du chikungunya a évolué vers un mode endémo-épidémique en Afrique et en Asie, puis depuis 2005-2006, dans l'Océan Indien.

En décembre 2013, une circulation autochtone du chikungunya a été observée dans l'île de Saint Martin pour la première fois dans la région des Amériques, jusque-là indemne. Le virus a rapidement diffusé en Martinique, Guadeloupe et Saint Barthélemy fin 2013 et a gagné la Guyane en février 2014. Depuis, l'épidémie de chikungunya continue sa progression dans la région.

Situation dans les territoires français d'Amérique :

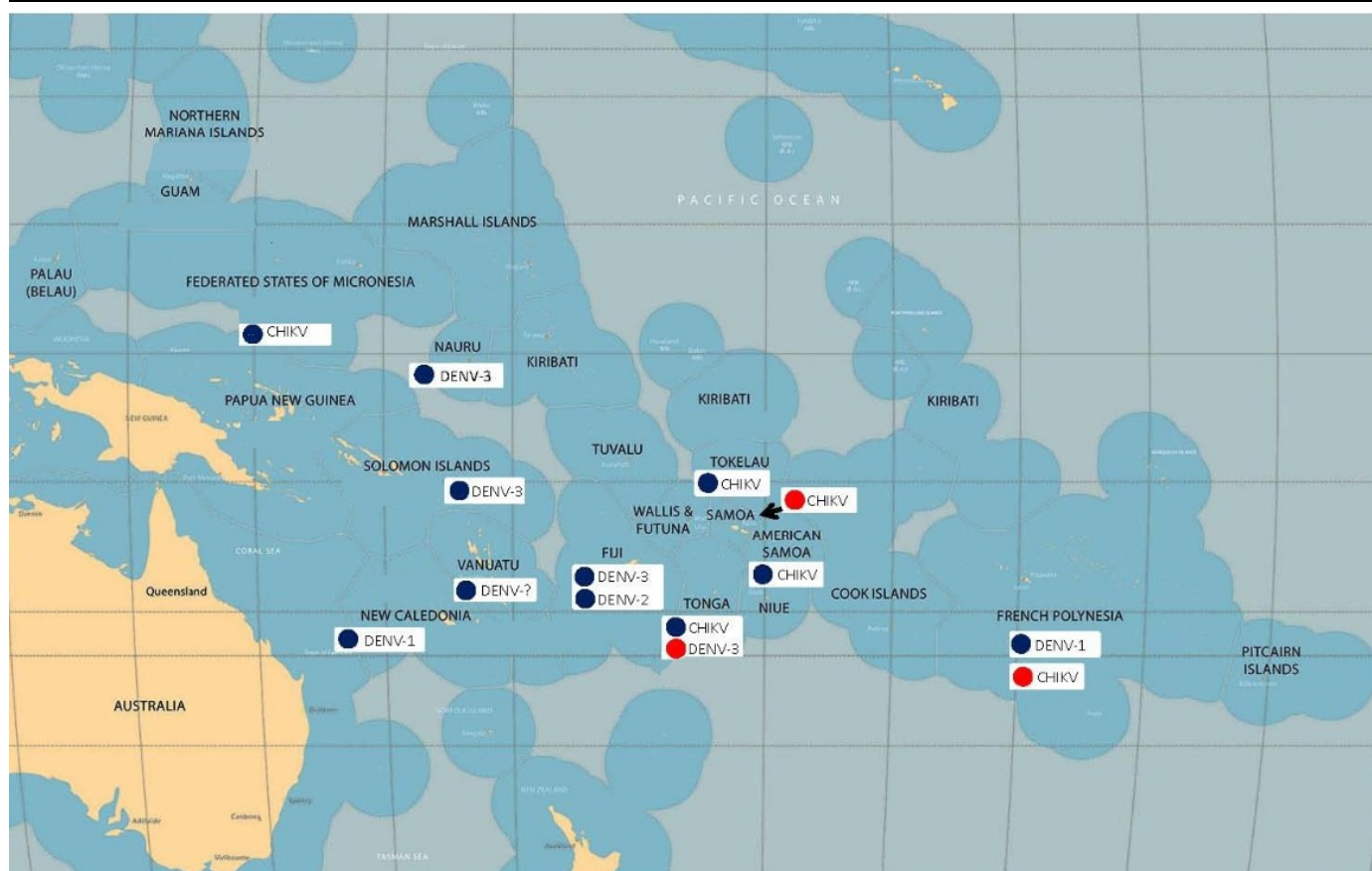
A **Saint-Martin et à Saint-Barthélemy**, la circulation virale reste relativement modérée depuis plusieurs semaines; en **Martinique**, l'épidémie est en phase décroissante; en **Guadeloupe et ses îles proches**, une décroissance généralisée du nombre de cas de chikungunya est observée; en **Guyane**, la circulation virale poursuit son extension géographique avec un début d'épidémie dans l'Ouest Guyanais (source et lien : [Point épidémiologique du 09 octobre 2014](#)).

Depuis la dissémination du virus dans la région des Amériques, des transmissions locales du virus sont rapportées sur 37 états du continent américain, les plus récents étant le Nicaragua et les Bermudes.

Le 12 octobre 2014, les autorités sanitaires de Polynésie Française ont confirmé pour la première fois l'émergence du chikungunya sur leur territoire. A ce jour, 15 cas survenus dans la commune rurale de Tahiti depuis fin septembre ont été confirmés. Dans la région, des épidémies de chikungunya sont également rapportées dans les îles Samoa, Samoa Américaine, Tonga et Tokelau.

Pour mémoire, le virus de la dengue circule également en Polynésie Française (Figure 1).

Figure 1 : Arboviroses rapportées dans la région Pacifique au 13 octobre 2014 (source : Pacific Public Health Surveillance Net work (PPHSN))



Définition des cas suspects à signaler : [remplir très soigneusement la fiche de signalement accéléré \(lien\)](#)

Chikungunya : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et douleurs articulaires invalidantes sans autre point d'appel infectieux.

Dengue : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe algique (céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies ou douleur rétro-orbitaire) sans autre point d'appel infectieux.

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

Rappel des analyses diagnostiques à réaliser en fonction de la date de début des signes cliniques (J0) :

- J0 à J4 : test direct RT-PCR.

- J5 à J7 : test direct RT-PCR et sérologie (IgM et IgG).

- Après J7 : sérologie uniquement (IgM et IgG). Il est nécessaire de réaliser une 2ème sérologie de confirmation au plus tôt 15 jours après le premier prélèvement.

Pour en savoir plus :

[Site InVS](#)

[Site ARS Rhône-Alpes](#)

[Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire](#), (Bilan saison 2013) du 23 juillet 2014

[Bulletin hebdomadaire international](#), du 8 au 14 octobre 2014

Situation au 16/10/2014, en région Rhône-Alpes (Données disponibles au 13/10/2014)

Du 1^{er} mai au 12 octobre 2014, **207** cas suspects importés de chikungunya ou de dengue ont été signalés dans les quatre départements de la région concernés par la surveillance renforcée. Le tableau, ci-après, en présente la synthèse.

Département	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés		En attente de confirmation biologique	Investigations entomologiques*		Cas exclus
		dengue	chikungunya		Prospection	Traitement LAV	
Ardèche	10	1	4	0	5	0	5
Drôme	19	3	9	1	12	1	6
Isère	49	8	27	2	15	0	12
Rhône	129	22	54	6	64	1	47
Total	207	34	94	9	96	2	70

* des investigations sont en cours, mais non enregistrées

Les 34 cas confirmés de dengue provenaient, par ordre de fréquence, de : Indonésie (10), Thaïlande (9), Guadeloupe (5), Polynésie Française (3), Colombie (2), Costa Rica (1), Cuba (1), Laos (1), Malaisie (1), Sénégal (1). Trente et un d'entre eux étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Les 94 cas confirmés de chikungunya provenaient, par ordre de fréquence, de : Guadeloupe (49), Martinique (34), Haïti (7), Guyane Française (3) et République Dominicaine (1). Soixante quatre cas (68%) étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Synthèse : Cinq mois et demi de surveillance renforcée ont permis d'identifier 34 cas importés de dengue et 94 de chikungunya dans les 4 départements concernés. Les cas de chikungunya ont tous été contaminés dans la région caribéenne ou en Guyane française dont plus de la moitié en Guadeloupe. La diminution progressive du nombre de signalements de cas suspects notée ces dernières semaines, se poursuit. Parallèlement, la circulation virale observée dans les îles des Antilles françaises tend à la baisse ou à se stabiliser. Néanmoins, la circulation virale poursuit son extension en Guyane.

Responsable CIRE :

Christine SAURA

Equipe de la Cire Rhône-Alpes :

Delphine CASAMATTA
Jean-Loup CHAPPERT
Tristan DAGONNEAU
Sylvette FERRY
Hervé LE PERFF
Isabelle POUJOL
Héloïse SAVOLLE
Alexandra THABUIS
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

Nous tenons à remercier les partenaires qui nous permettent d'exploiter ces données pour exercer les surveillances présentes :

- l'ensemble des **professionnels de santé** qui participent à la surveillance.

- le **CNR arbovirus** (IRBA Marseille)

- l'**Entente Interdépartementale pour la démoustication Rhône-Alpes (EIDRA)**