CELLULE DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE EN RÉGION (CIRE) RHONE-ALPES

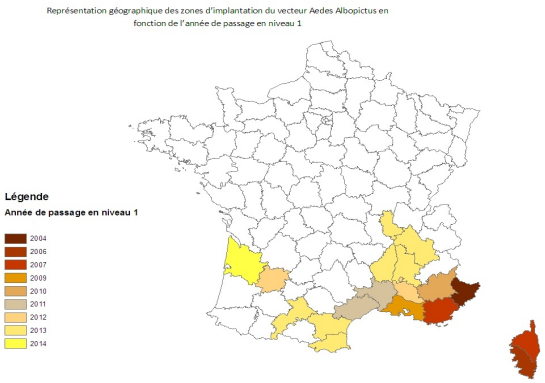
Le point épidémio

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Point de situation n° 2014/34 du 20 novembre 2014

Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya en Rhône Alpes

Crédit photo : JB Ferré / EID Méditerranée



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 et se termine le 30 novembre.

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 chaine 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.

| Point sur la circulation du chikungunya dans la Caraïbe, en Amérique et dans le Pacifique|

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'Ile 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 Barthélémy 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**, la circulation virale reste relativement modérée depuis plusieurs semaines alors qu'à **Saint-Barthélemy** la circulation virale semble augmenter; 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 Point au 23 octobre 2014. En **Guyane**, l'épidémie est installée sur l'île de Cayenne et dans l'Ouest Guyanais, ailleurs de nouveaux foyers de transmission apparaissent et d'autres restent actifs (source et lien : Point épidémiologique au 6 novembre 2014).

Depuis la dissémination du virus dans la région des Amériques, des transmissions locales du virus sont rapportées sur 40 états du continent américain, le plus récent étant le Mexique.

Depuis l'émergence le 12 octobre 2014 des premiers cas de chikungunya en polynésie française, l'épidémie de chikungunya a fortement progressé, touchant d'autres îles que Tahiti (Atuona dans l'archipel des Marquises, Rangiroa dans l'archipel des Tuamotu et Huahine et Tahaa (îles Sous-le-Vent).

Deux cas de chikungunya ont été exportés de Polynésie française vers la Nouvelle Calédonie où le vecteur est présent.

Bulletin hebdomadaire international, du 12 au 18 novembre 2014

Figure 1 ; Pays / Etat présentant une transmission autochtone de chikungunya dans les Caraïbes et les Amériques, semaine du 12/11/2014 au 18/11/2014 (source InVS, PAHO, Carpha)

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**

Situation au 20/11/2014, en région Rhône-Alpes (Données disponibles au 17/11/2014)

Depuis le 1er mai 2014, **227** 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.

Tableau 1 : Synthèse des signalements de Chikungunya et de Dengue

Département	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés		En attente de confirmation biologique	Investigations entomologiques*		Cas exclus
		dengue	chikungunya		Prospection	Traitement LAV	
Ardèche	12	2	5	0	5	0	5
Drôme	21	4	10	1	14	1	6
Isère	57	11	29	4	16	0	13
Rhône	137	23	55	6	64	1	53
Total	**227**	**40**	**99**	**11**	**99**	**2**	**77**

* des investigations sont en cours, mais non enregistrées

Les 40 cas confirmés de dengue provenaient, par ordre de fréquence, de : Indonésie (11), Thaïlande (9), Guadeloupe (5), Polynésie Française (5), Colombie (2), Costa Rica (2), Cuba (1), Laos (1), Malaisie (1), Sénégal (1), Burkina Faso (1), Haïti (1). Trente quatre d'entre eux étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Les 99 cas confirmés de chikungunya provenaient, par ordre de fréquence, de : Guadeloupe (49), Martinique (38), Haïti (7), Guyane Française (4) et République Dominicaine (1). Soixante sept cas (68%) étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Synthèse : Pratiquement au terme de cette surveillance, l'ensemble des cas recensés de dengue et de chikungunya ont tous été importés. L'épidémie qui a sévit dans la zone caribéenne a été à l'origine de la majorité des cas rhônalpins de chikungunya.

Un dernier bulletin de surveillance paraîtra la semaine prochaine, puis au cours du premier trimestre 2015, un bilan plus complet de la saison 2014 sera diffusé.

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

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

- 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)**