

# Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

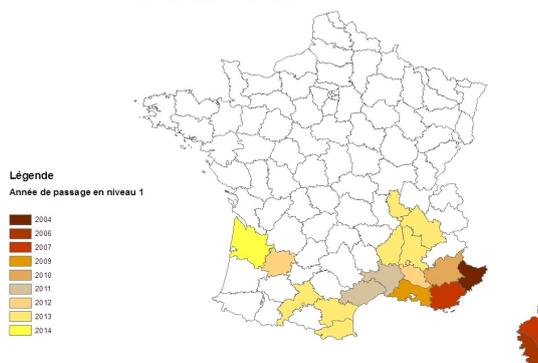
Point de situation n° 2014/23 du 04 septembre 2014

## 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 et se prolonge 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.

Cette année, compte tenu de l'épidémie de chikungunya en cours dans les départements français d'Amérique et dans la Caraïbe, le nombre attendu de cas virémiques importés et le risque de survenue de cas autochtones sont majorés et incitent à une vigilance accrue.

## Point sur la circulation du chikungunya dans la Caraïbe et en Amérique

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.

La situation dans les territoires français d'Amérique : la circulation virale est restée modérée et stable au cours des dix dernières semaines à Saint-Martin et une tendance à la baisse amorcée depuis 5 semaines est observée à Saint-Barthélemy.

En Martinique, l'épidémie se poursuit mais la tendance à la baisse débutée depuis 7 semaines marque le pas en semaine 2014-34 avec une augmentation des consultations entre le 18 et le 24 août.

En Guadeloupe et ses îles proches, malgré une diminution de la circulation virale observée depuis mi-juillet, le territoire reste en épidémie généralisée.

En Guyane, la circulation du virus du chikungunya continue sa progression, de nouveaux foyers épidémiques ont été identifiés. (source et lien : [Point épidémiologique du 28 août 2014](#)).

Des transmissions locales du virus ont également été rapportées au Guyana, au Salvador, au Suriname, au Costa Rica et plus récemment en Floride, au Venezuela et aux Bahamas. Ces extensions soulignent le risque d'introduction du chikungunya dans des zones jusque-là indemnes où l'un de ses vecteurs potentiels est présent.

Au total, du 6 décembre 2013 au 5 août 2014, 29 territoires (Caraïbes, en Amérique centrale/du sud et aux Etats-Unis) dont les Départements français d'Amérique ont rapporté des cas autochtones ([source InVS](#)).

**Figure 1 : Pays / Etat des Caraïbes et d'Amérique avec transmission autochtone de Chikungunya (semaine du 13 au 20 août 2014) Source : InVS**



**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.

**Situation au 04/09/2014, en région Rhône-Alpes** (Données de signalement disponibles, le 01/09/2014)

Du 1<sup>er</sup> mai au 31 août 2014, **158** cas suspects importés de chikungunya ou de dengue ont été signalés.

Le tableau, ci-après, en présente la synthèse.

Département	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés		Cas confirmés autochtones		En attente de confirmation biologique	Investigations entomologiques*		Cas exclus
		dengue	chikungunya	dengue	chikungunya		Prospection	Traitement LAV	
Ardèche	7	0	4	0	0	0	4	0	3
Drôme	17	4	6	0	0	1	10	0	6
Isère	38	6	21	0	0	1	9	0	10
Rhône	96	12	46	0	0	2	39	1	36
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>22</b>	<b>77</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>62</b>	<b>1</b>	<b>55</b>

\* des investigations sont en cours, mais non enregistrées

Les 22 cas confirmés de dengue provenaient, par ordre de fréquence, de : Thaïlande (7), Guadeloupe (5), Indonésie (4), Colombie (2), Cuba (1), Malaisie (1), Polynésie Française (1), Sénégal (1). Tous ceux investigués (22) étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Les 77 cas confirmés de chikungunya provenaient, par ordre de fréquence, de : Guadeloupe (38), Martinique (30), Haïti (7), République Dominicaine (1) et Guyane Française (1). Cinquante-huit cas (75%) étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Figure 2 : Nombre mensuel de signalements de cas importés suspects de dengue et de chikungunya par département de niveau 1, région Rhône-Alpes, Mai 2013-Août 2014.

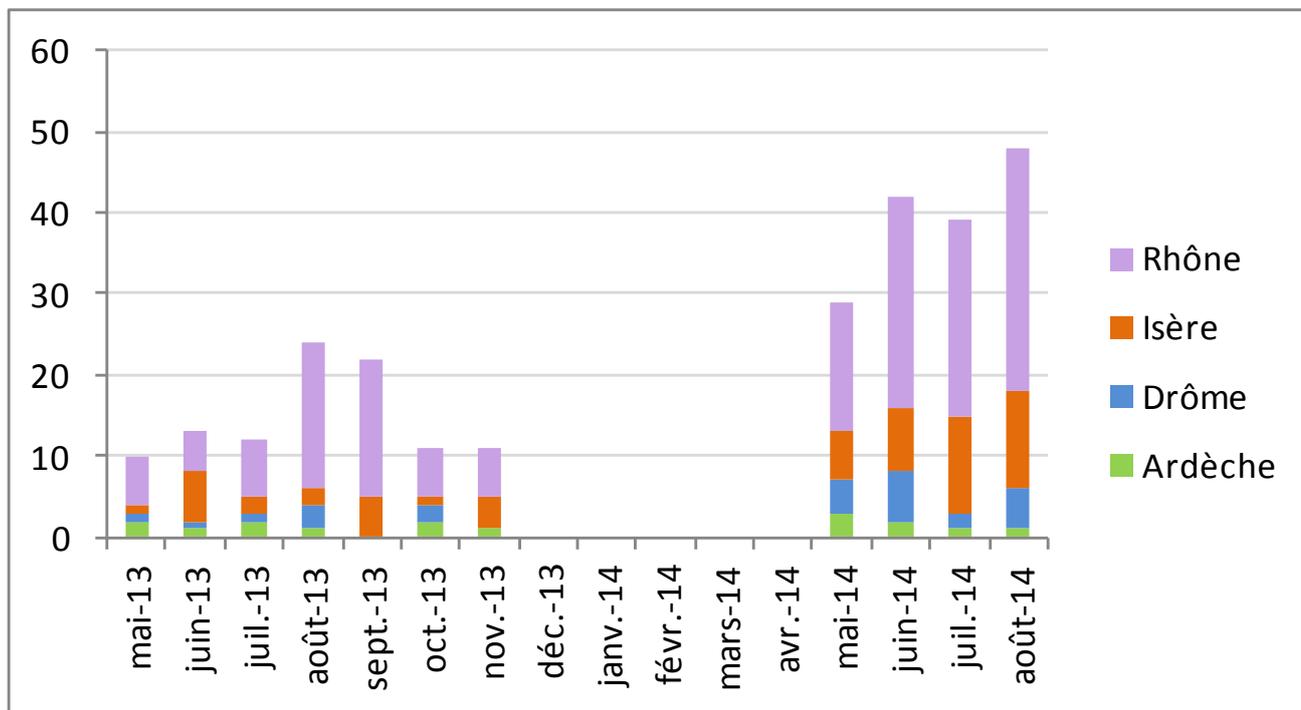


Figure 3 : Nombre mensuel de cas importés confirmés de dengue par département de niveau 1, région Rhône-Alpes, Mai 2013-Août 2014.

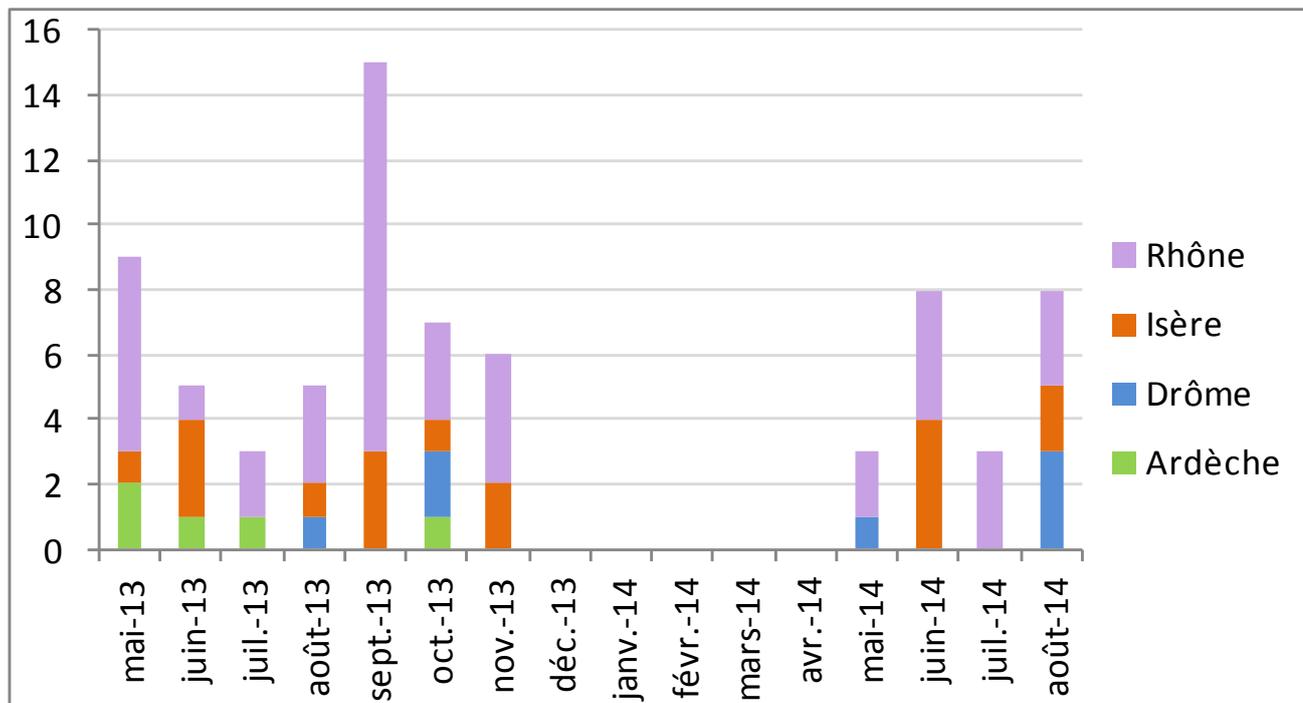


Figure 4 : Nombre mensuel de cas importés confirmés de chikungunya par département de niveau 1, région Rhône-Alpes, Mai-Août 2014.

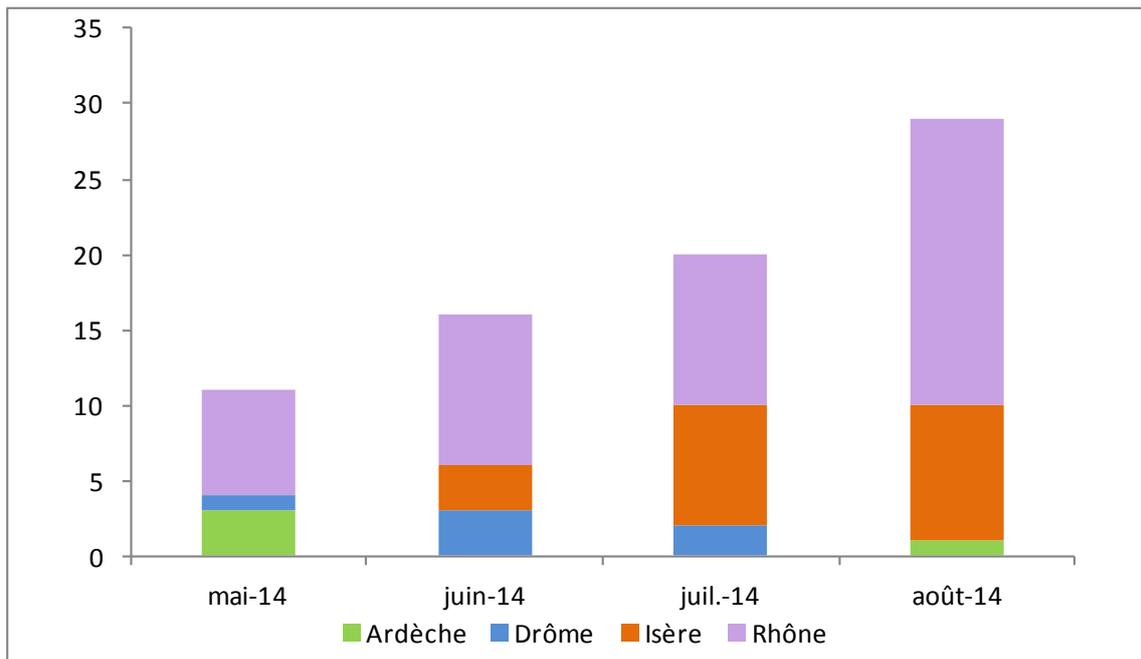
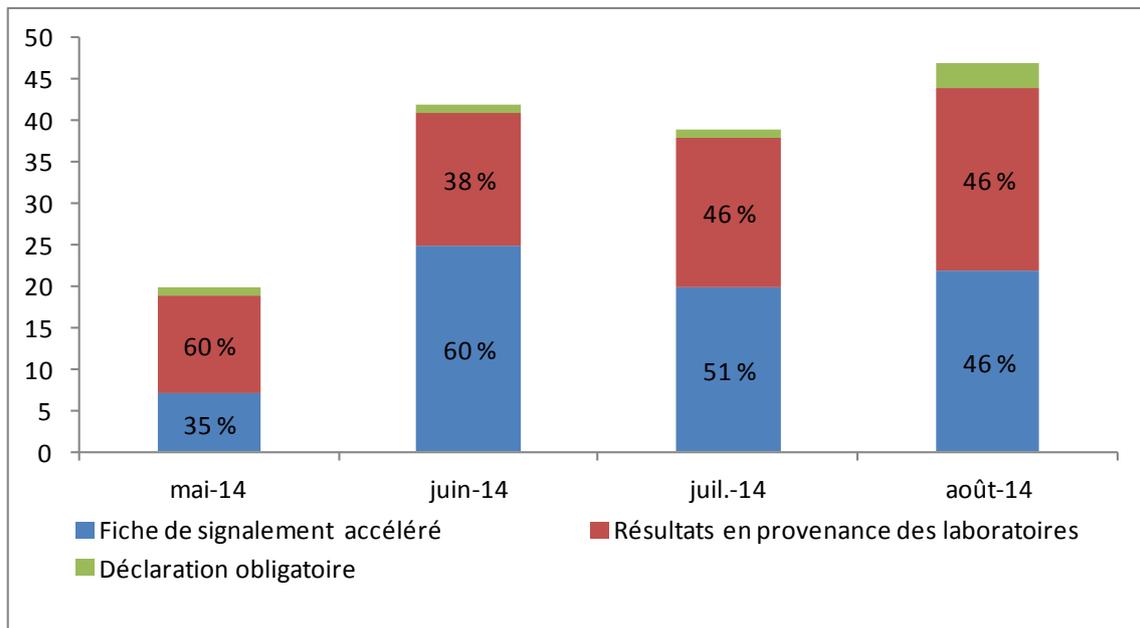


Figure 5 : Provenance des signalements de cas suspects ou confirmés de chikungunya et de dengue dans les départements de niveau 1, région Rhône-Alpes, Mai-Août 2014.



Les signalements de cas suspects ou confirmés de Chikungunya et de Dengue proviennent de trois sources différentes : les **déclarations obligatoires** (DO), les **fiches de signalement accéléré** (FSA) remplies par les biologistes et les cliniciens devant tout cas suspect en zone de niveau 1 et le rattrapage par les **résultats en provenance des laboratoires** qui effectuent le diagnostic (LAB). Pour cette analyse, un ajustement des données du mois de mai a été réalisé, correspondant à la suppression des résultats négatifs transmis par les laboratoires (9 cas). En effet, à partir du 24 mai 2014, devant l'augmentation des signalements, il a été décidé de ne plus investiguer ces résultats négatifs.

La part des signalements accélérés réalisés par les biologistes et les cliniciens est stabilisée autour de 50 %. Ceci illustre leur implication progressive dans le dispositif de surveillance.

## Synthèse :

Entre mai et août 2014, 22 cas importés de dengue et 77 de chikungunya ont été identifiés dans notre région alors qu'aucun cas de chikungunya et 22 cas de dengue avaient été rapportés, sur la même période de 2013.

Le nombre de signalements de cas suspects a poursuivi sa progression au cours du mois d'août, de même que le nombre de cas confirmés de chikungunya.

Tous les cas de chikungunya importés en 2014 ont été contaminés dans la région caribéenne dont plus de la moitié en Guadeloupe.

Ces quatre mois de surveillance ont confirmé l'augmentation attendue de cas de chikungunya importés en lien avec les épidémies en cours dans la zone Caraïbe. Ces dernières, toujours actives, ont cependant diminué en intensité. La circulation du chikungunya concernent maintenant de nombreux territoires de la Caraïbe, d'Amérique centrale/du sud et des Etats Unis.

Ceci est cohérent avec l'augmentation du nombre de cas de chikungunya confirmés en Rhône-Alpes au cours du mois d'août.

Parmi les enquêtes de prospection entomologique périefocales enregistrées jusqu'alors, seule une, dans le Rhône, a nécessité la réalisation d'un traitement adulticide.

Parallèlement, au cours de ces investigations entomologiques périefocales, des gîtes, pouvant potentiellement abriter des larves de moustique tigre, ont été détectés (47/62). Ils ont été à l'origine de traitements larvicides préventifs.

## Pour en savoir plus :

[Site InVS](#)

[Site ARS Rhône-Alpes](#)

[Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire](#), du 23 juillet

[Bulletin hebdomadaire international](#), du 27 août au 2 septembre

Le BHI du 27 août au 2 septembre 2014 (cf. lien ci-dessus), signale la réapparition de la dengue au Japon après 60 ans d'absence, avec un risque d'installation d'un cycle autochtone de transmission, saisonnière pour l'île du Japon (Honshū, province principale), compte tenu de la présence de vecteurs compétents (*Aedes*), du nombre important de cas de dengue importés au Japon et de l'aspect touristique de cette zone.

## Responsable CIRE :

Christine SAURA

## Equipe de la CIRE Rhône-Alpes :

Delphine CASAMATTA  
Jean-Loup CHAPPERT  
Bastien CLERTANT  
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](mailto:ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr)

[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)  
[www.ars.rhonealpes.sante.fr](http://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)**