

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

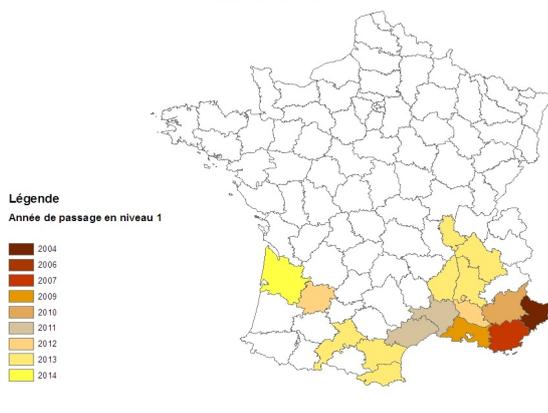
Point de situation n° 2014/19 du 07 août 2014

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 : en Martinique et en Guadeloupe, la situation correspond à une épidémie généralisée avec une tendance à la baisse; à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy la transmission autochtone est modérée; en Guyane la situation correspond à une transmission autochtone modérée, cependant les indicateurs épidémiologiques témoignent d'une accélération et d'une extension récentes du virus (source et lien : [Point épidémiologique du 31 juillet 2014](#)).

Des transmissions locales du virus ont également été rapportées au Guyana, au Salvador, au Suriname, au Costa Rica et dernièrement 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. Au 5 août 2014, le bilan des cas de chikungunya dans cette région s'élève à plus de 508 000 cas cliniquement évocateurs (source et lien : [Bulletin hebdomadaire international du 30 juillet au 5 août 2014](#)).

Figure 1 : Pays / Etat des Caraïbes et d'Amérique avec transmission autochtone de Chikungunya (semaine du 30 juillet au 5 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.

Pour en savoir plus

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

[Site InVS](#)

[Site ARS Rhône-Alpes](#)

Situation au 07/08/2014, en région Rhône-Alpes (Données de signalement disponibles, le 04/08/2014)

Du 1^{er} mai au 3 août 2014, **114** 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	6	0	3	0	0	0	4	0	3
Drôme	12	1	6	0	0	1	8	0	4
Isère	28	4	13	0	0	2	9	0	9
Rhône	68	9	27	0	0	5	31	0	27
Total	114	14	49	0	0	8	52	0	43

* des investigations sont en cours, mais non enregistrées

Les 14 cas confirmés de dengue provenaient, par ordre de fréquence, de : Thaïlande (5), Guadeloupe (4), Colombie (1), Cuba (1), Indonésie (1), Polynésie Française (1) et Sénégal (1). Tous étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté.

Les 49 cas confirmés de chikungunya provenaient, par ordre de fréquence, de : Guadeloupe (31), Martinique (12), Haïti (6). Trente-neuf cas étaient virémiques au moment de leur passage dans un département métropolitain où le moustique est implanté et dix ne l'étaient plus.

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-Juillet 2014.

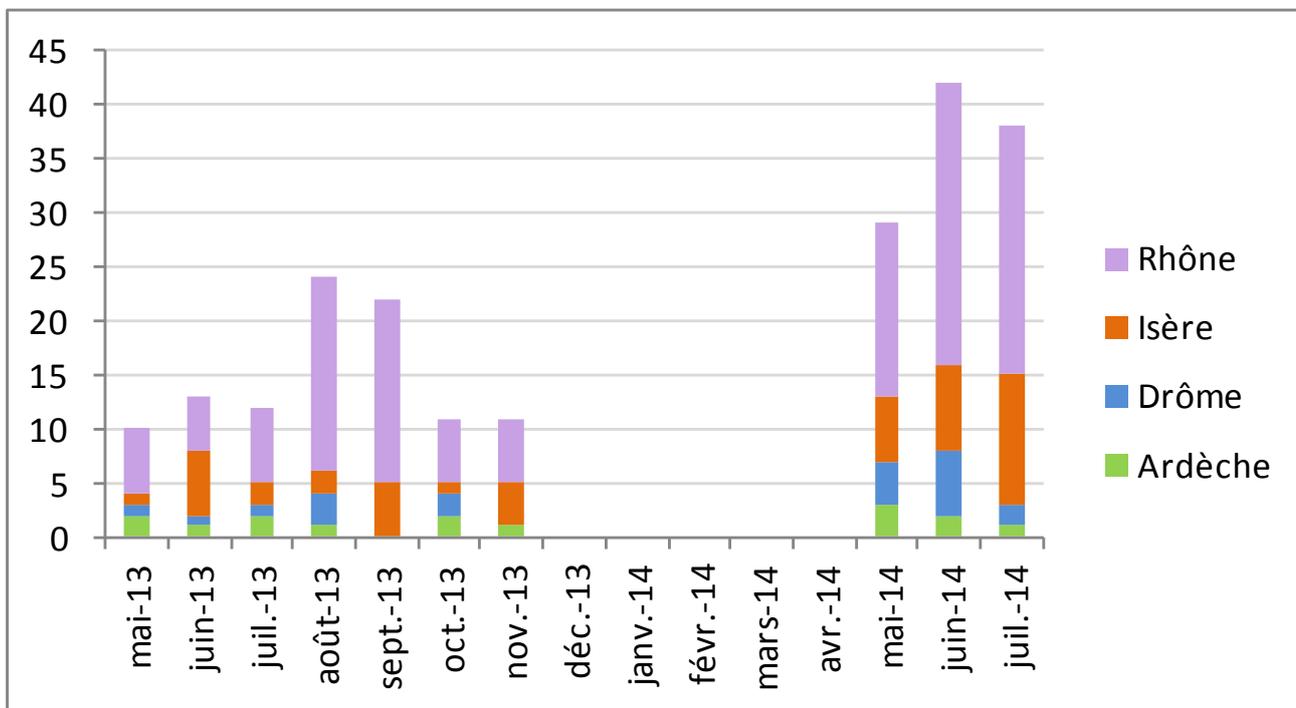


Figure 3 : Nombre mensuel de cas importés confirmés de dengue par département de niveau 1, région Rhône-Alpes, Mai 2013-Juillet 2014.

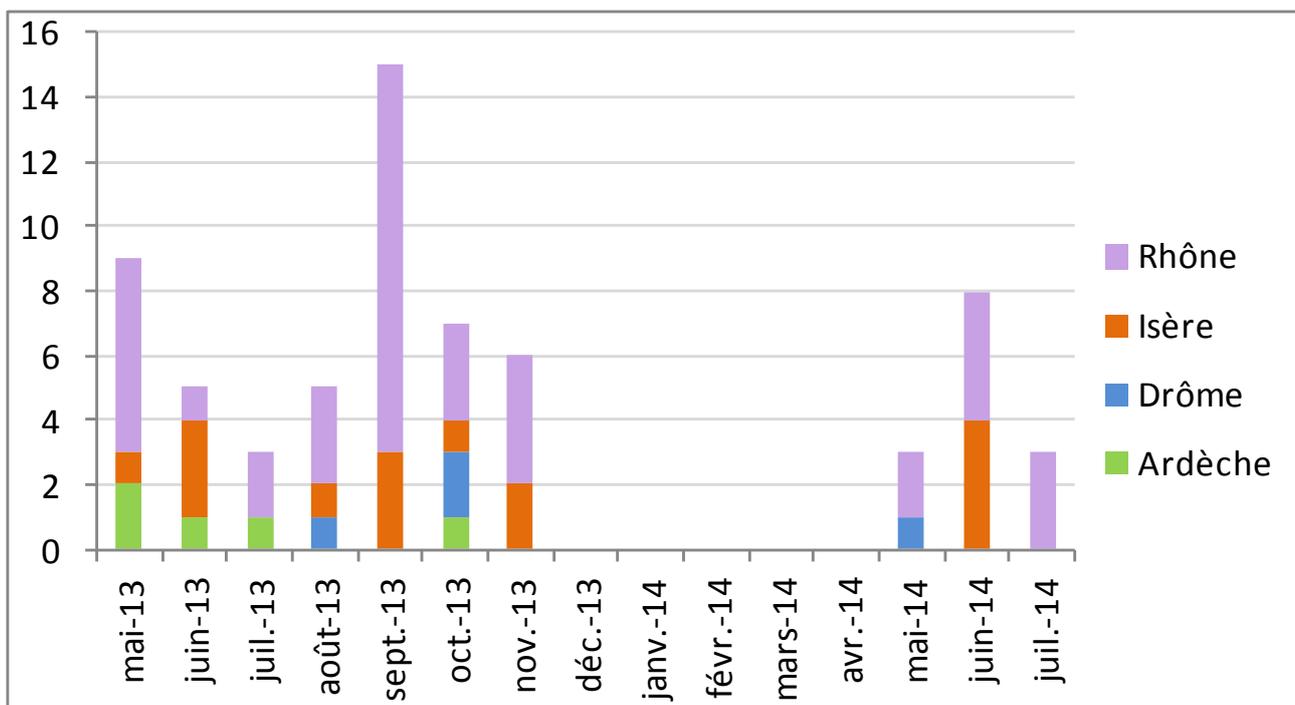


Figure 4 : Nombre mensuel de cas importés confirmés de chikungunya par département de niveau 1, région Rhône-Alpes, Mai-Juillet 2014.

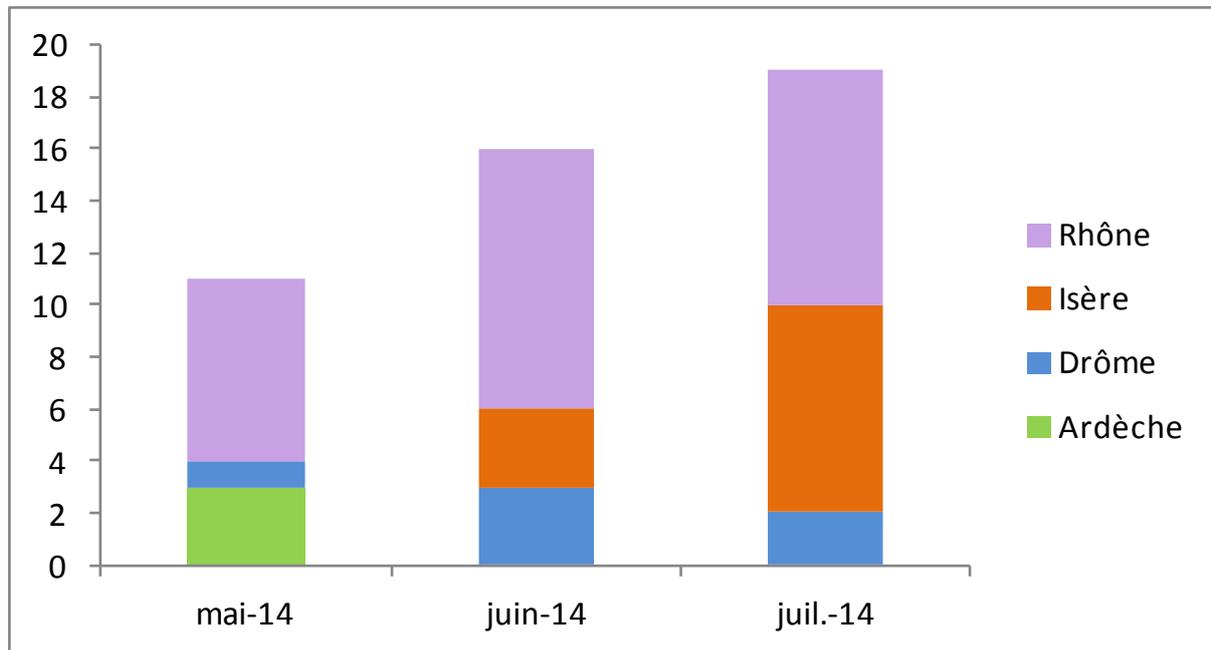
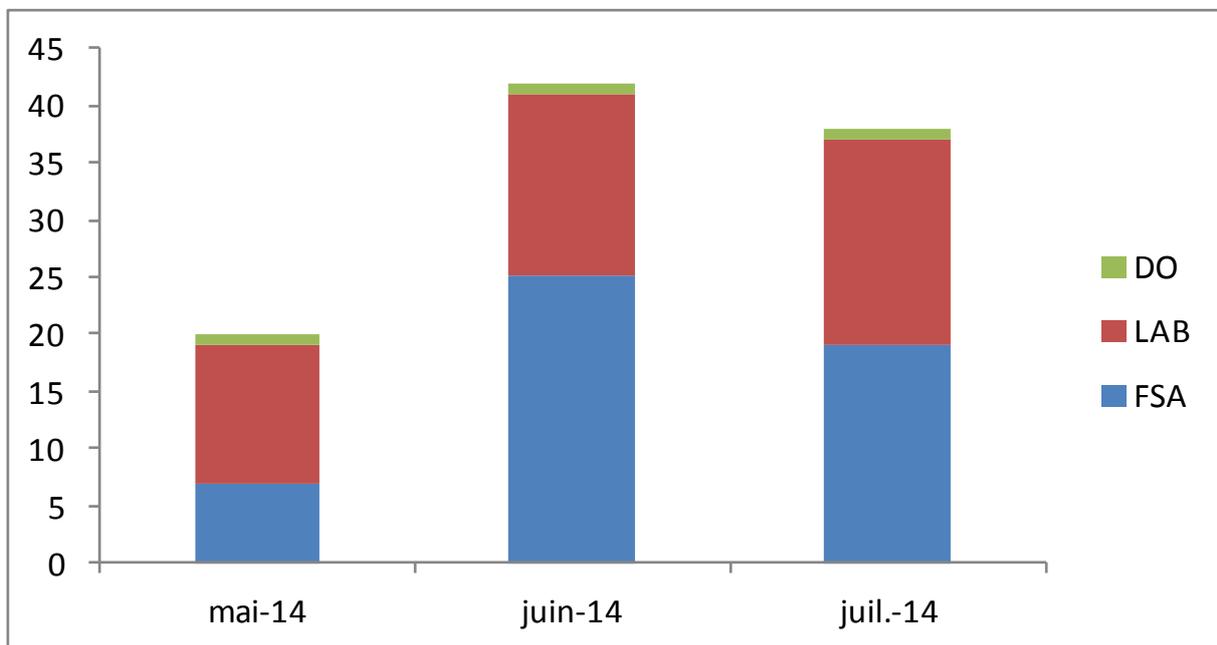


Figure 5 : Provenance des signalements de cas suspects ou confirmés de chikungunya et de dengue dans les départements de niveau 1, région Rhône-Alpes, Mai-Juillet 2014.



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.

Entre mai et juin 2014, la part des cas issus du signalement accéléré par les biologistes et les cliniciens tend à augmenter, témoignant de leur implication progressive dans le dispositif de surveillance renforcée.

Synthèse :

Entre mai et juillet 2014, 14 cas importés de dengue et 49 de chikungunya ont été identifiés dans notre région alors qu'aucun cas de chikungunya et 17 cas de dengue avaient été rapportés entre mai et juillet 2013.

Si on enregistre une stabilisation du nombre de signalements de cas suspects de chikungunya et de dengue en région Rhône Alpes entre juin et juillet, le nombre de cas de chikungunya confirmés importés continue de progresser.

Tous les cas de chikungunya importés en 2014 ont été contaminés dans la région caribéenne dont deux-tiers en Guadeloupe.

Ces trois premiers mois de surveillance confirment donc l'augmentation attendue de cas de chikungunya importés en lien avec les épidémies en cours dans la zone Caraïbe. Si ces épidémies toujours actives, marquent le pas dans les îles des DFA, la circulation du chikungunya concernent de nombreux territoires de la Caraïbe et plus récemment, d'Amérique centrale/du sud et des Etats Unis.

Dans ce contexte, il est probable que ces chiffres augmentent au cours des prochaines semaines avec les retours de congés à la fin de l'été.

Cette situation pourrait favoriser la survenue de cas autochtone et incite à la plus grande vigilance dans le signalement accéléré des cas suspects à l'ARS.

Jusqu'à présent, les enquêtes de prospection entomologique périfocales, au nombre de 52, portées à notre connaissance, n'ont pas nécessité la réalisation de traitement adulticide. Parmi ces 52 investigations entomologiques périfocales, des gîtes, pouvant potentiellement abriter des larves de moustique tigre, ont été détectés dans près de trois-quarts des investigations (38/52). Des traitements larvicides préventifs sont effectués de manière systématique en cas de présence d'eau dans ces gîtes.

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

Directrice 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)**