

- Y a-t-il des différences dans les pratiques de prescriptions diagnostiques entre les deux régions ?
- S'agit-il d'une épidémie plus sévère en Martinique qu'en Guadeloupe, et si oui, quelles seraient les causes de cette différence de sévérité, notamment la circulation de sérotype différents ?
- Proposer toutes recommandations, notamment en termes d'outils méthodologiques pour améliorer la prise en charge clinique des patients et la surveillance épidémiologique.

Le séminaire s'est tenu les 9 et 10 novembre 2011. Il a réuni 33 participants venu des 3 DFA, de l'InVS et de l'Organisation panaméricaine de la santé qui a apporté son soutien à ce séminaire.

En amont, quatre groupes de travail avaient préparé les discussions, y compris en effectuant des analyses spécifiques des données cliniques, épidémiologiques et biologiques disponibles. Les thématiques de ces groupes étaient :

- La prise en charge clinique, hospitalière et ambulatoire,
- La surveillance des cas hospitalisés,
- L'identification, expertise et classification des décès en lien avec la dengue,
- Le diagnostic biologique de la dengue.

D'ores et déjà, les travaux préparatoires et ceux conduits lors du séminaire ont permis d'aboutir à des conclusions et recommandations concernant le diagnostic biologique de la dengue. Les Psage des diffé-

rents territoires de la zone devront être actualisés pour les prendre en compte.

Pour les 3 autres groupes, des résultats préliminaires ont été obtenus qui ont permis de définir les axes de travail devant être poursuivis par les groupes pérennisés en 2012.

Les différents travaux ainsi conduits feront l'objet d'articles dans de prochains BVS.

La Cire remercie tous les participants à ce séminaire et, en particulier, les animateurs et rapporteurs des groupes de travail : Laurent Thomas, Felix Djossou, Jacques Rosine, Sylvie Abel, Jean Loup Chappert, André Cabié, Isabelle Lamaury, Philippe Dussart et Sylvie Cassadou.



| Impact en métropole des épidémies de dengue dans les DFA en 2010 |

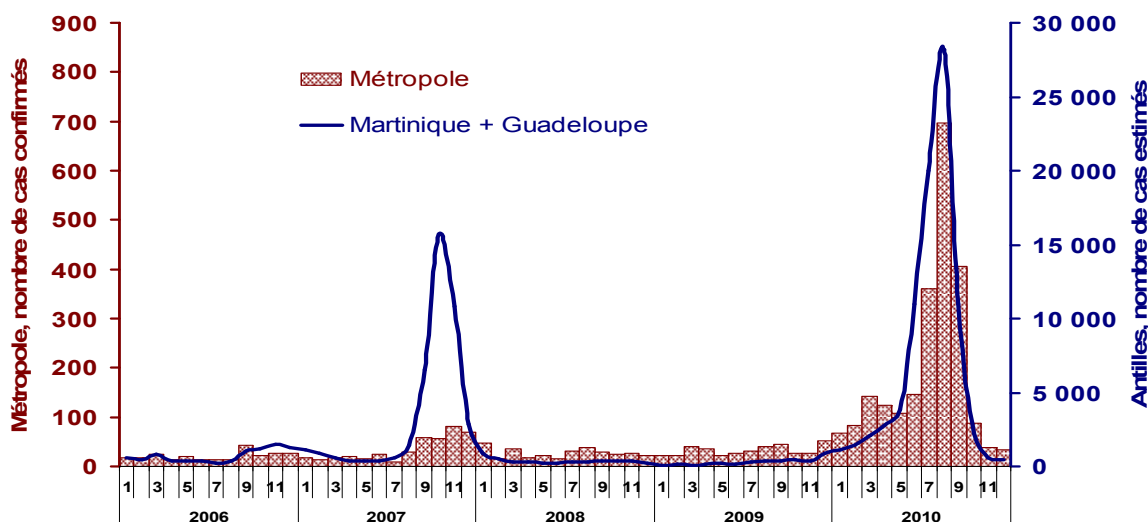
Dominique Dejour Salamanca, Guy La Ruche, Marc Gastellu Etchegorry
Département International de l'InVS

En métropole, les cas de dengue confirmés biologiquement sont colligés par l'institut de veille sanitaire (Département international et tropical jusqu'en 2010 puis Département des maladies Infectieuses) à partir de 3 sources : un réseau de laboratoires volontaires [1], la déclaration obligatoire des cas et la surveillance renforcée dans les départements de niveau 1 du plan anti-dissémination [2] (où le vecteur *Aedes albopictus* est implanté).

En 2010, 2 300 cas importés de dengue ont été rapportés contre 380 cas annuels en moyenne pour la période 2007-2009, soit 6 fois plus. La courbe mensuelle des cas en métropole sur la période 2006-2010 (figure 1) confirme cette importante augmentation enregistrée en 2010 par rapport aux années précédentes. Cette augmentation a débuté dès les premiers mois de 2010 puis elle s'est fortement accentuée à partir de juillet, durant la période estivale.

| Figure 1 |

Cas de dengue confirmés biologiquement importés en métropole et cas estimés de dengue cliniquement suspects en Martinique et en Guadeloupe par mois de survenue, 2006-2010, France



En 2010, la courbe des cas mensuels de dengue importés en métropole est superposable à celle des cas estimés en Martinique et Guadeloupe (Figure 1), le léger décalage observé est compatible avec la période d'incubation et le retour en métropole. Le pic en métropole a été atteint au mois d'août, il coïncide avec celui des épidémies de Martinique et de Guadeloupe. Cette superposition est plus probante qu'en 2007 où une épidémie de moindre ampleur était aussi survenue dans les Antilles françaises.

Le système des maladies à déclaration obligatoire permet de préciser la notion de voyage avant l'apparition des signes. L'analyse restreinte de ces déclarations (n=585) montre qu'en 2010 près de 75% des cas importés revenaient de ces 2 départements des Antilles (contre 56% en 2007 et 40% pendant la période 2006-2008 [3]).

Le nombre important de cas de dengue importés en métropole, durant la période où le vecteur *Aedes albopictus* est actif en métropole (de mai à novembre), s'est traduit par une forte « pression virale » dans les départements du sud-est de la France en niveau 1. De mai à novembre 2010, dans les 6 départements où le vecteur est implanté [4], 200 cas importés de dengue ont été rapportés par les trois systèmes de surveillance. C'est dans ce contexte qu'un cycle autochtone de transmission virale a été initié dans le département des Alpes-Maritimes, avec la survenue des 2 premiers cas de dengue autochtones métropolitains [5]. Les recherches réalisées dans le voisinage de ces 2 cas ont permis d'identifier la présence de cas importés potentiellement virémiques dans les 2-3 semaines précédant le début des signes des cas autochtones, de retour de Martinique. L'analyse génétique des souches des cas autochtones réalisée par l'Institut Pasteur de Paris a montré une importante similitude avec les souches circulant alors en Martinique.

La conjonction d'épidémies inhabituellement précoces dans la saison en Martinique et Guadeloupe (début des épidémies en période « sèche » avec des pics atteints en août au lieu d'octobre habituellement) et particulièrement intenses comparées à celles des années précédentes, s'est traduite par un afflux très important de personnes potentiellement virémiques sur le territoire métropolitain, en particulier dans les départements où le vecteur *Aedes albopictus* est implanté. L'instauration, depuis 2006, d'un système de surveillance

renforcée dans les départements métropolitains concernés (plan anti-dissémination) a permis la mise en place de mesures de contrôle anti-vectériel ciblées autour des cas importés tout au long de la période concernée. En dépit de ces mesures, un cycle autochtone de transmission virale, certes limité, a pu se dérouler ; ceci souligne la nécessité de renforcer le système métropolitain de détection et de gestion des cas importés dès lors qu'une épidémie de dengue (ou de chikungunya) est détectée dans les territoires français ultramarins.

Il est particulièrement important, lors des épidémies de dengue survenant dans les Antilles françaises, de réaliser une information à l'aller et au retour des voyageurs en provenance ou vers ces destinations pour faciliter le diagnostic, les mesures de protection individuelle contre le risque vectoriel et les mesures de contrôle en cas d'infection.

Références

1. La Ruche G, Dejour-Salamanca D, Debruyne M, et al. Surveillance par les laboratoires des cas de dengue et de chikungunya importés en France métropolitaine 2008-2009. Bull Epidemiol Hebdo. 2010;(31-32):325-9. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=269
2. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Instruction n°DGS/RI1/RI3/2011/163 du 19 juin 2011 relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole. Consultable à l'adresse suivante : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/INSTRUCTION_NoDGS-RI1-RI3-2011-163_du_19_juin_2011_relative_aux_modalites_de_mise_en_oeuvre.pdf
3. Dejour Salamanca D, La Ruche G, Tarantola A, et al. Cas de dengue déclarés en France métropolitaine 2006-2008 : une évolution souhaitable de la déclaration. Bull Epidemiol Hebdo 2010 (11):101-4. Consultable à l'adresse suivante : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=443
4. En 2010, *Ae. albopictus* était implanté durablement dans 6 départements du sud-est : Alpes-Maritimes (depuis 2005), Haute-Corse (2006), Corse-du-Sud et Var (2007), Bouches-du-Rhône (2009) et Alpes-de-Haute-Provence (2010).
5. La Ruche G, Souares Y, Armengaud A, et al. First two autochthonous dengue virus infections in metropolitan France, September 2010. Euro Surveill 2010 Sep 30;15(39). pii: 19676. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19676>

Remerciements aux laboratoires participant au réseau de surveillance des cas importés, au CNR des Arbovirus et à la Cire Provence Alpes Côte d'Azur

| Evolution de la surveillance de la dengue sur un petit territoire : l'exemple de Saint Barthélemy |

Sylvie Cassadou, Philippe Quénel
Cire Antilles Guyane

1/ CONTEXTE

L'île de Saint-Barthélemy (Figure 1), ancienne commune de Guadeloupe, a le statut de Collectivité d'Outremer depuis 2007. Sa population est de 8823 habitants au premier janvier 2011 sur une superficie de 21 km² et son activité économique est tournée vers le tourisme de luxe. De nombreuses résidences appartiennent à des citoyens des Etats-Unis.

En termes d'offre de soins, l'île dispose de six cabinets de médecine générale, d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et d'un hôpital local de 17 lits avec accueil des urgences.

Comme les autres territoires de la Caraïbes, elle est directement concernée par les épidémies de dengue qui sévissent régulièrement dans cette région. La surveillance en continu de cette pathologie y est tout aussi nécessaire que sur les territoires plus importants en taille et population, afin de détecter au plus tôt ces phénomènes et mettre en œuvre les actions de réponse appropriées.

| Figure 1 |

Carte de Saint-Barthélemy

