



# Deux saisons de surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya en Région RA

9 décembre 2014

- Rappels cliniques
- Epidémiologie de la Dengue et du Chikungunya dans le monde
- Le plan anti-dissémination en métropole
- Résultats de la surveillance renforcée en Rhône Alpes
  - Entomologique
  - Epidémiologique
- Discussion Conclusion

# Clinique

## la Dengue

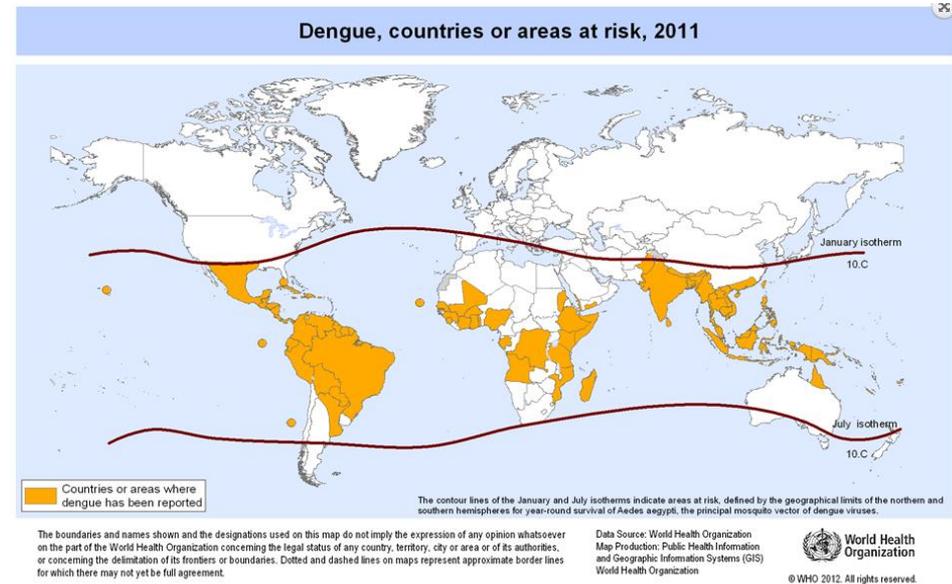
- Flavivirus, 4 sérotypes (DEN1-4)
- Incubation : 5 -7 jours (3 - 15)
- Tableau clinique classique (« dengue like ») :
  - Fièvre début brutal, céphalées, myalgies, éruption cutanée, asthénie, douleurs rétro-orbitaires, hémorragies bénignes.
  - Formes pauci – asymptomatiques : 40 – 75 %
  - Evolution le plus souvent favorable
- Formes graves et sévères (1%)
  - Syndrome de choc (fuite plasmatique, manifestations hémorragiques ...)
  - Atteintes d'organes (foie, SNC, cœur ...)
- Pas d'immunité croisée entre sérotypes
- Traitement
  - Pas médicament spécifique ou d'immunothérapie
  - Arrivée prochaine d'un vaccin

## Le Chikungunya

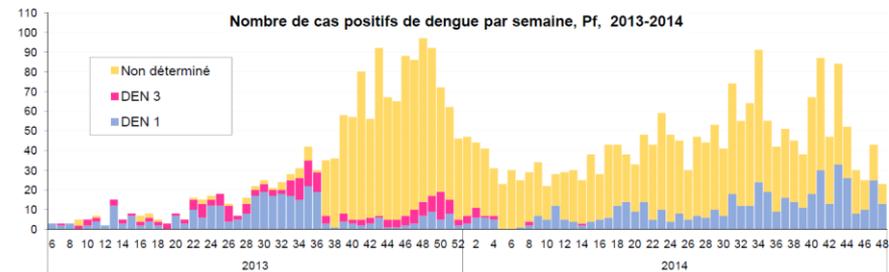
- Alphavirus de la famille des Togaviridae à ARN
- Incubation : 4 -7 jours (1 - 12)
- Formes pauci symptomatiques : 15% à la Réunion en 2006. En 2014 à Saint Martin : 39% ±15%
- Tableau clinique classique
  - fièvre début brutal, myalgies, céphalées, éruption cutanée, asthénie, arthralgies +++ surtout extrémités (chevilles, phalanges, poignets).
  - Evolution : généralement favorable, de façon non exceptionnelle marquée par des arthralgies persistantes et incapacitantes.
- Formes graves et sévères : 3,6/1000
- Létalité 0,1%
- Absence de traitement, pas de vaccin
- Immunité acquise durable

# La Dengue dans le Monde

- Virus identifié en 1940-1950
- Arbovirose la plus répandue dans le monde, poursuit son expansion
- Transmis par la piqûre d'un moustique infecté de type *Aedes*
  - *aegypti* : zone inter-tropicale
  - *albopictus* : zone inter-tropicale et zone tempérée
- Hyper-endémicité dans les départements français d'Amérique (DFA), épidémies récurrentes en Nouvelle Calédonie et en Polynésie française

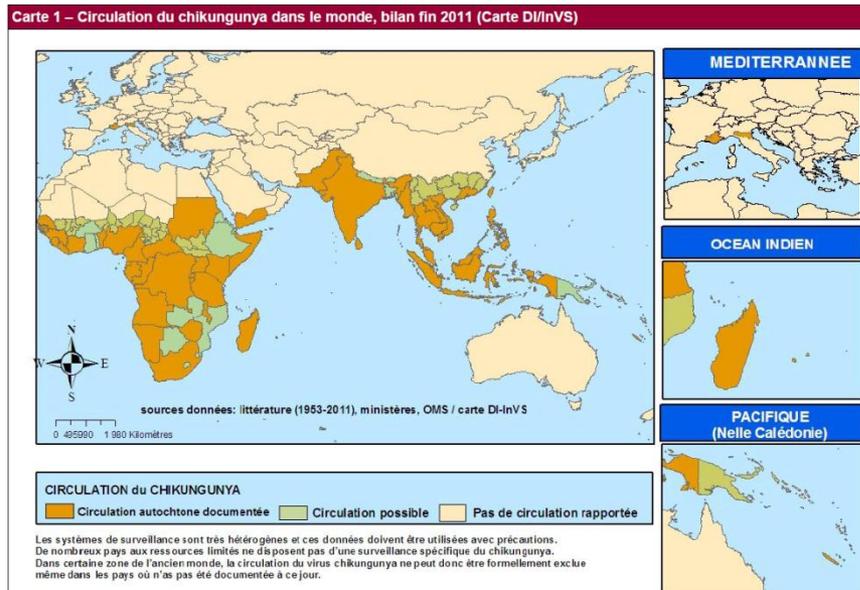


## L'épidémie en Polynésie française (2013-2014)

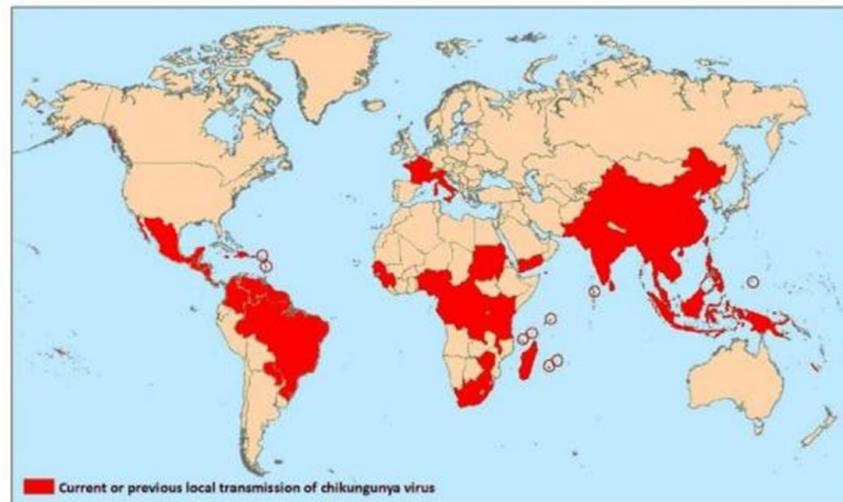


# Le chikungunya dans le monde

- Virus identifié en 1953 en Tanzanie
- Transmis à l'homme par la piqûre d'un moustique infecté de type Aedes
- Epidémies : Afrique, Asie. **Jusqu'à peu, absent sur le continent Américain**
  - En 2005-2006 : Océan indien (Réunion, Mayotte, Comores, Madagascar, Ile Maurice, Seychelles). En Inde (1,4 millions de cas) + Pakistan, Sri Lanka, Malaisie, Maldives.
- **En extension**
  - 2007 : 250 cas en Italie
  - Depuis 2010 : cas autochtones : France (2 en 2010), introduction en Nouvelle Calédonie en 2011
  - Polynésie française depuis octobre 2014 (27 000 cas estimés en 2 mois)
- **2013 : introduction aux Amériques (Ile de Saint Martin)**



Carte 1 - Circulation du chikungunya dans le Monde, bilan novembre 2014



# Situation dans les Antilles françaises, 1 an après l'introduction (Source : Cire AG au 16/11/2014)

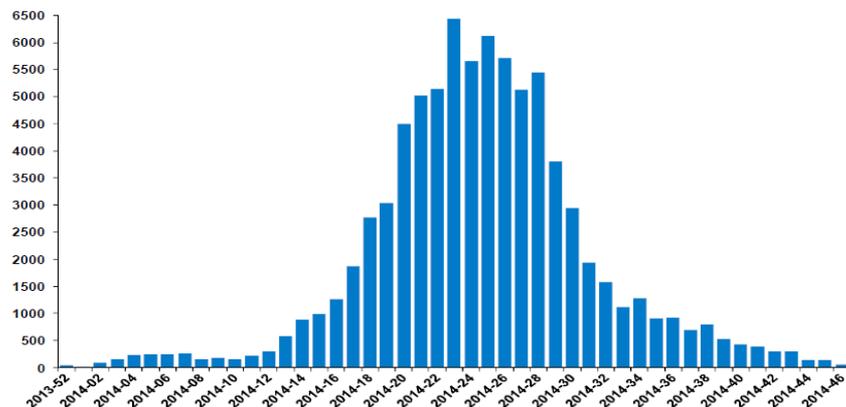
## Saint Martin

- **Oct. 2013 : première identification sur zone Amérique**

## Guadeloupe

- **Déc. 2013 : premiers cas**
- **80 962 cas estimés\* au 16/11/2014**

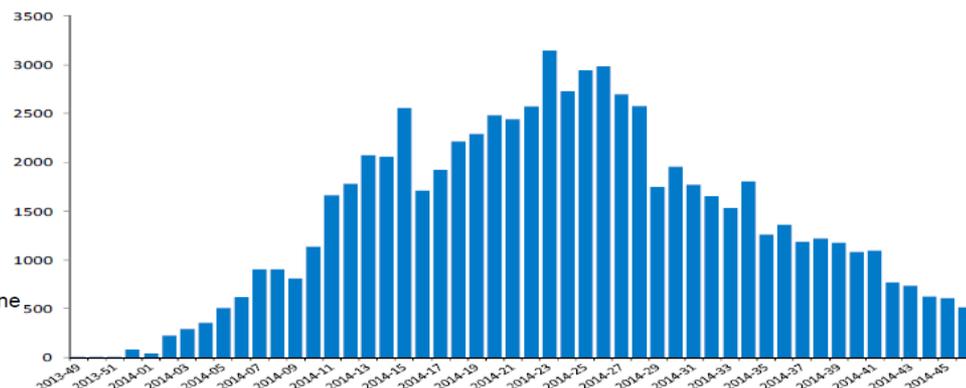
Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya, vus en médecine de ville, estimé à partir des données du réseau de médecins sentinelles - S2014-52 à S2014-46—Guadeloupe



## Martinique

- **Dec. 2013 : premiers cas**
- **70 860 cas estimés\* au 16/11/2014**

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya, vus en médecine de ville, estimé à partir des données du réseau de médecins sentinelles - Martinique—S2013-49 à S2014-46



## Guyane

- **Fev. 2014 : 1er cas**
- **7870 cas\* au 16/11**
- **Intensification depuis octobre**

\* Cas cliniquement évocateurs vus en consultation de médecine générale

En métropole, depuis 2006

## LE PLAN ANTI-DISSEMINATION

- Départements où le vecteur est implanté : Départements **en niveau 1 du plan**
- Du **1<sup>er</sup> mai au 30 novembre** : période d'activité du moustique

## LE DISPOSITIF DE SURVEILLANCE RENFORCEE

- entomologique
- épidémiologique

# Objectifs de la surveillance épidémiologique (InVS)

1. La détection rapide des **cas importés**, afin de mettre en place les mesures visant à prévenir la transmission de la maladie autour de ces cas, en fonction du risque vectoriel ;
2. La détection rapide des **cas autochtones**, de façon à identifier et investiguer une transmission autochtone de virus et orienter les mesures de contrôle ;
3. Le suivi des **tendances** de l'incidence des cas importés et autochtones (échelon départemental, régional, national).

## Définition de cas

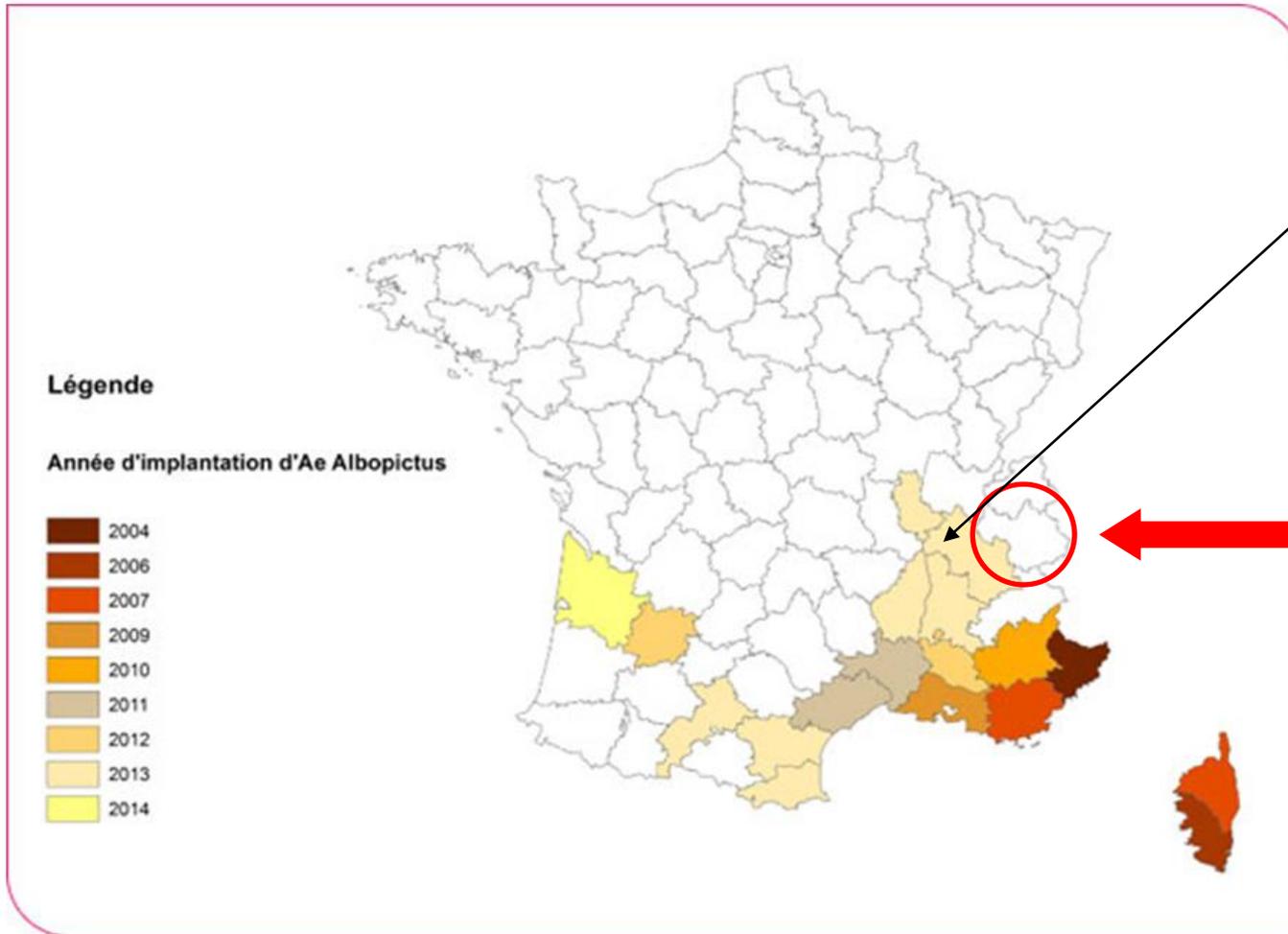
	Dengue	Chikungunya
Cas suspect	Fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe algique (céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies ou douleur rétro-orbitaire) <u>en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.</u>	Fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et douleurs articulaires invalidantes <u>en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.</u>
Cas confirmé	Cas suspect et confirmation biologique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- IgM + ou</li> <li>- séroconversion ou</li> <li>- IgG x4 sur 2 prélvts (&gt; 10 j) ou</li> <li>- RT-PCR + ou</li> <li>- test NS1 + ou</li> <li>- isolement viral</li> </ul>	Cas suspect et confirmation biologique : <ul style="list-style-type: none"> <li>-IgM + ou</li> <li>-séroconversion ou</li> <li>-RT-PCR positive</li> </ul>

# La surveillance épidémiologique : 3 dispositifs

- Déclaration Obligatoire (depuis juillet 2006)
  - sur tout le territoire métropolitain
  - Tout cas **confirmé** biologiquement et cliniquement plausible
- Réseau de Laboratoires (CNR, Cerba et Biomnis)
- **Surveillance renforcée** dans départements niveau 1 (plan anti-dissémination) entre 1<sup>er</sup> mai et 30 nov.
  - Signalement des cas **suspects** (**médecins prescripteurs et laboratoires préleveurs**)
  - « **Rattrapage des cas positifs** » non signalés à partir du réseau de laboratoires
  - **Investigation de chaque signalement** :  
Recensement déplacements (période virémique) : pour **enquête entomologique** par EID et actions de lutte anti-vectorielle

# Surveillance entomologique : les départements métropolitains en niveau 1 en 2014

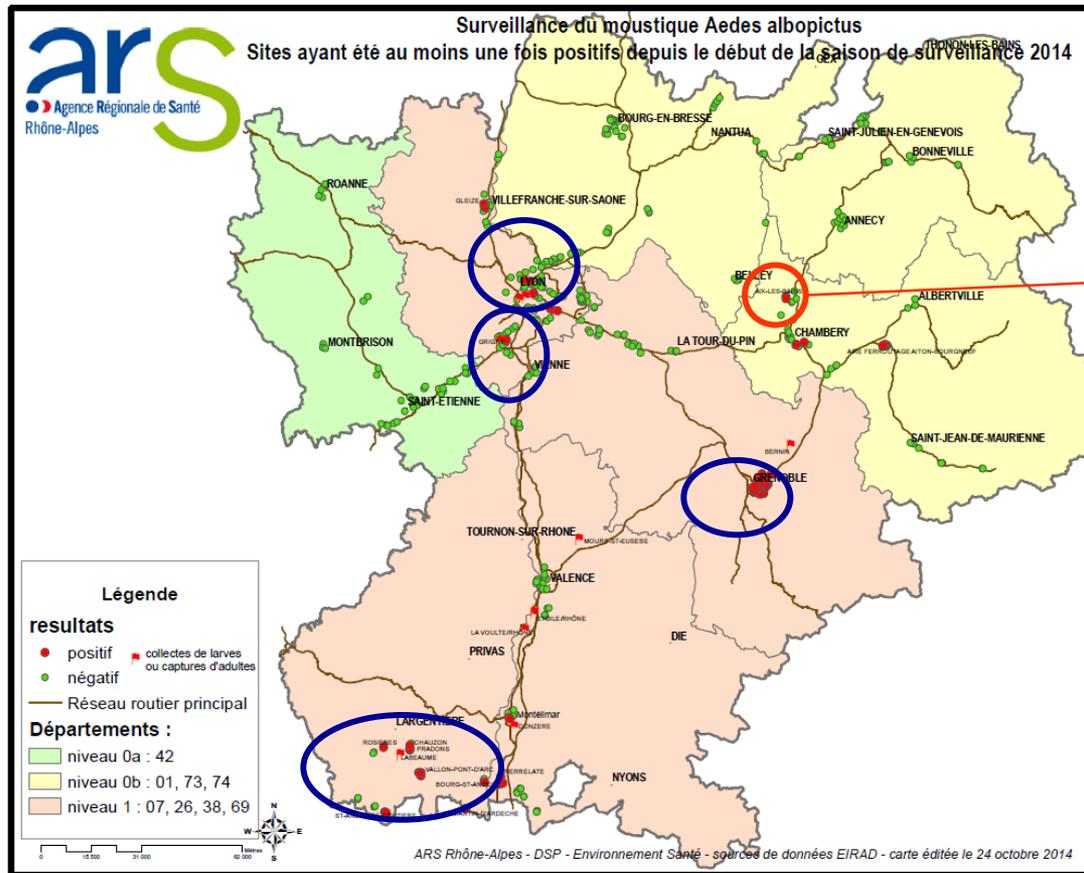
Département et année d'implantation du vecteur *Aedes albopictus* en France métropolitaine



RA depuis 2013  
Ardèche  
Drôme  
Isère  
Rhône

Savoie :  
2015

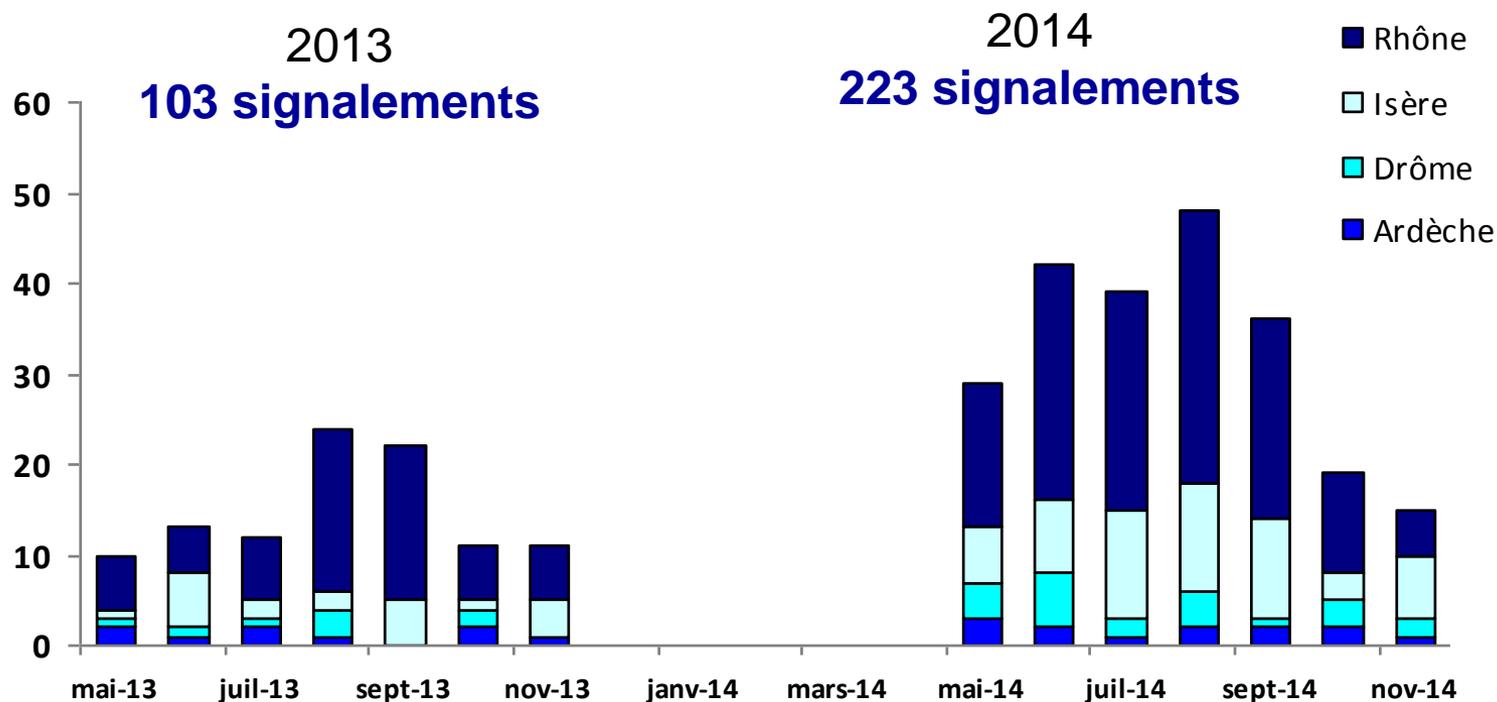
# Surveillance entomologique (EID Rhône Alpes): Résultats 2014 en Rhône-Alpes



Vecteur implanté  
à Aix-Les-Bains

# Surveillance épidémiologique - Résultats (1) :

## Chikungunya-dengue : nombre de signalements de cas suspects importés - Saison 2013-2014 - Rhône Alpes

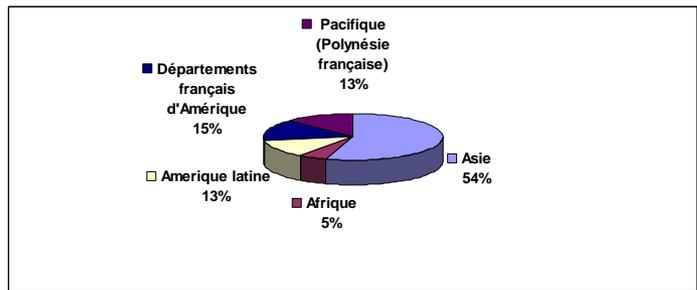
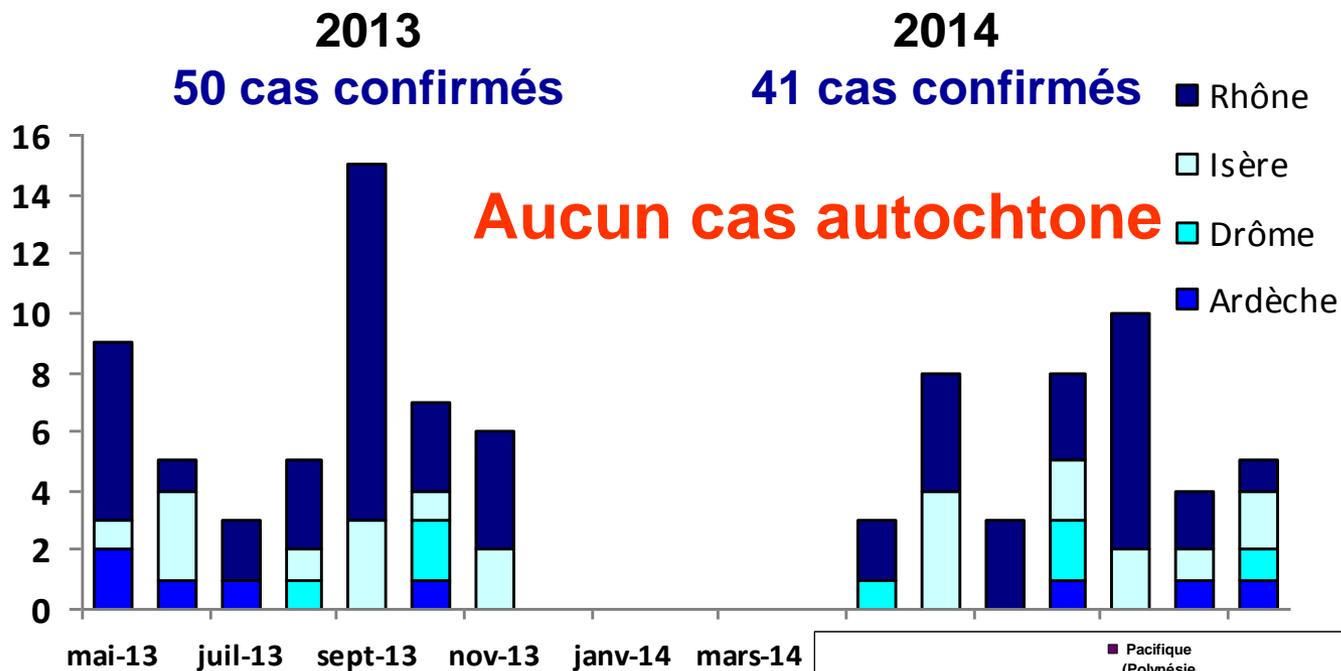


Source : Cire RA

# Surveillance épidémiologique - Résultats (2)

**Dengue** : nombre de cas confirmés

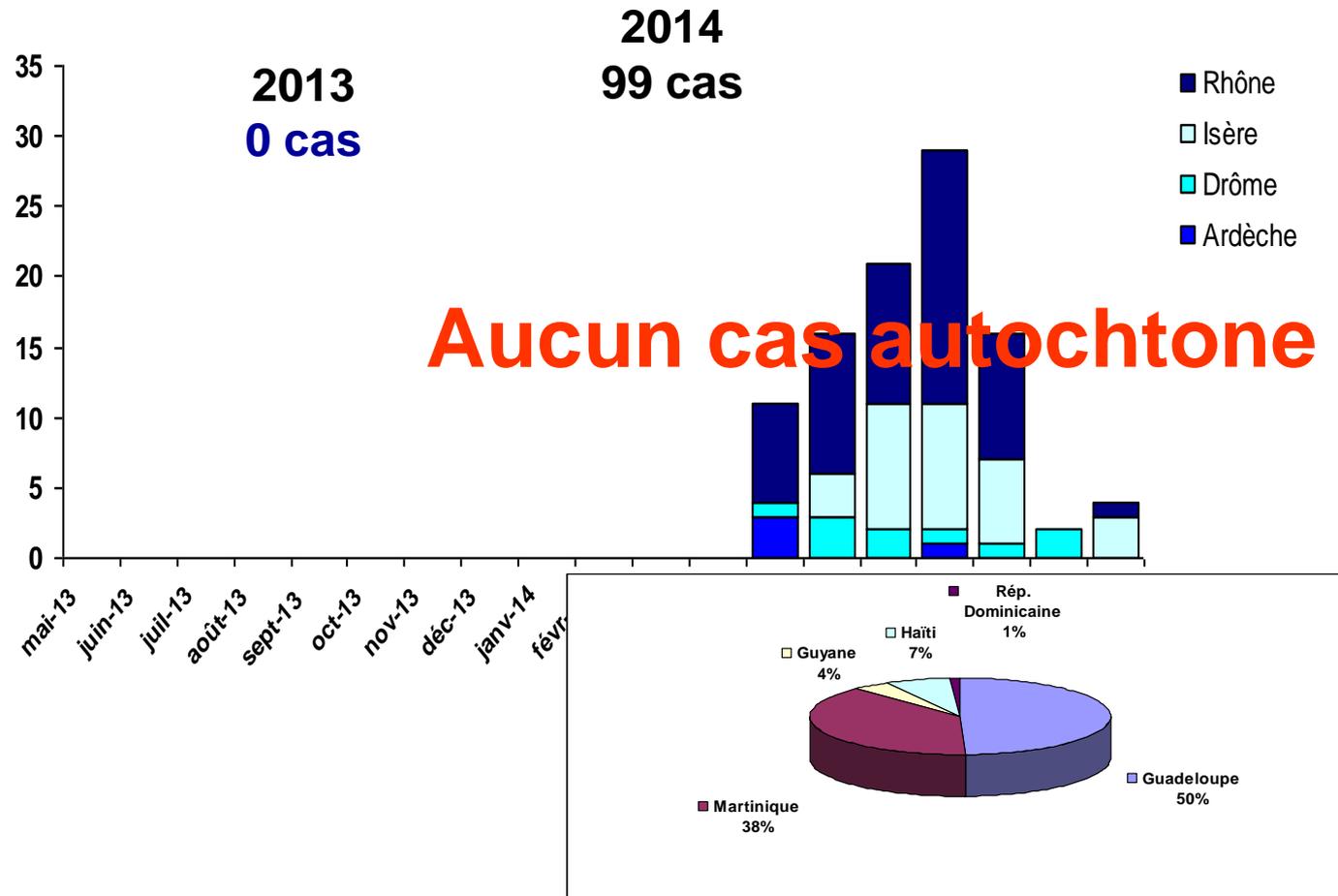
saison 2013-2014 – Rhône Alpes (source : CIRE RA)



# Surveillance épidémiologique - Résultats (3)

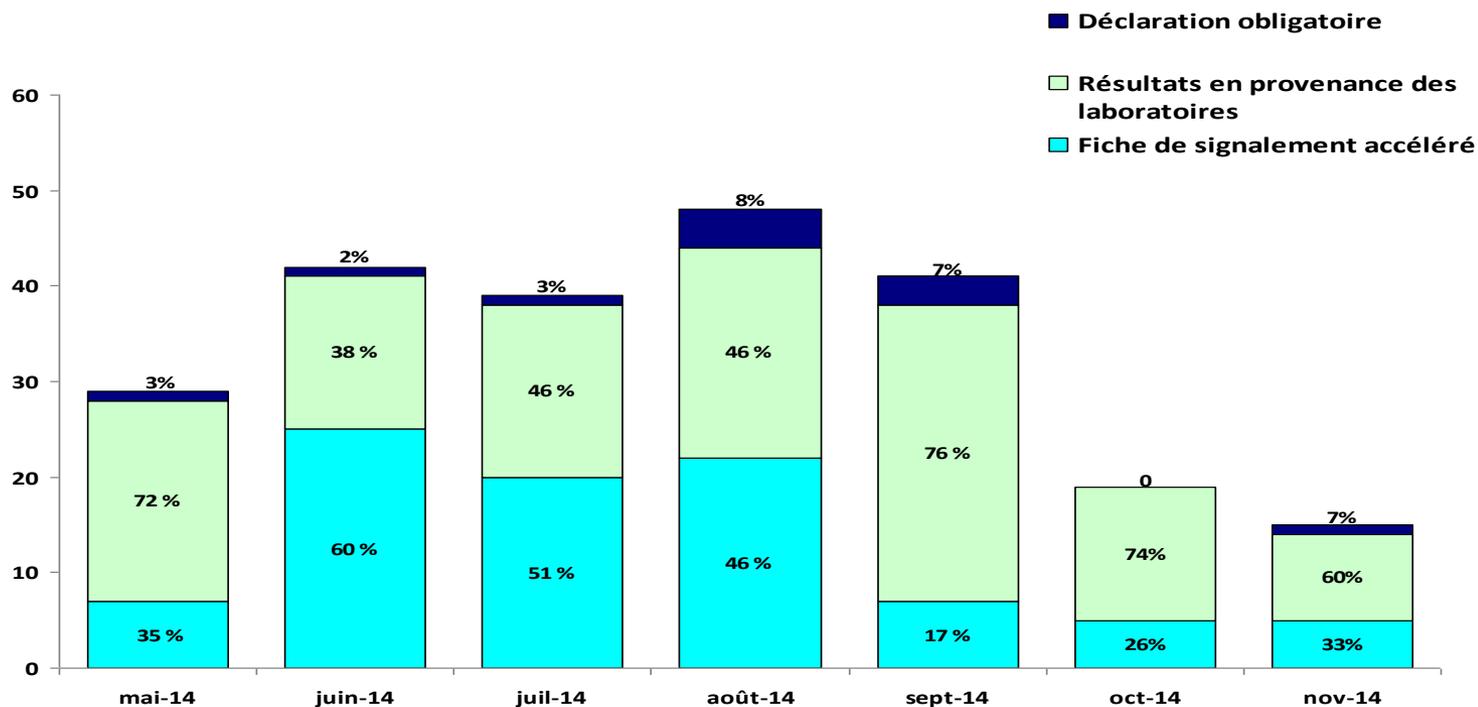
## Chikungunya : nombre de cas confirmés

saison 2013-2014 – Rhône Alpes (Source : CIRE RA)



## Surveillance épidémiologique - Résultats (4)

### Provenance des signalements de cas suspects de chikungunya et dengue en 2014 – Rhône Alpes (source : Cire RA)



## Résultats (5) :

# Actions de lutte anti vectorielle en RA

- Prospections réalisées par l'EID-RA
  - 2013 : 42
  - 2014 : 103
- 3 traitements adulticides en RA autour de cas virémique
  - 2013 : Villeurbanne
  - 2014 : Lyon 8<sup>e</sup> (quartier résidentiel) et Valence (jardins ouvriers)

## Discussion - conclusion

- *Aedes albopictus* s'étend : en 2015, la Savoie passe en niveau 1
- Cas autochtones en métropole
- **2010 - 2013** : dengue (2 cas) à Nice et chikungunya (2 cas) à Fréjus  
1 cas de dengue (Bouche du Rhône)
- **2014** :
  - Dengue : 2 foyers de 2 cas chacun (Var et Bouche du Rhône)
  - **Chikungunya : foyer de 11 cas à Montpellier**
    - 1<sup>er</sup> cas confirmé le **13/10/2014**
    - 10 autres cas confirmés rétrospectivement (enquête porte à porte):
    - Date début des signes : entre le 9 sept. et le 21 octobre
    - Cas importé en provenance du Cameroun dans le même quartier que le 1<sup>er</sup> cas autochtone identifié, souche porteuse de mutation 226 comme celle de la Réunion en 2006
- Ne pas relâcher la surveillance en septembre-octobre
- Poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé
- Poursuivre l'implication des élus et de la communauté dans la lutte anti-vectorielle

# Je vous remercie de votre attention

**PROFESSIONNELS,  
POUR SIGNALER  
24h/24**

à l'Agence régionale de santé  
Rhône-Alpes un risque pour  
la santé publique

 Un numéro\*  
**0 810 22 42 62**

 Un mail  
**ars69-alerte@ars.sante.fr**

 Un fax  
**04 72 34 41 27**

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Rhône-Alpes

\*prix d'un appel local  
depuis un poste fixe

## Remerciements

- *Médecins et biologistes signalants*
- *Laboratoire virologie Pr André  
Hôpital de la Croix Rousse, Biomnis  
et l'IRBA (CNR)*
- *L'Entente Interdépartementale pour  
la Démoustication Rhône-Alpes  
(EID-RA)*
- *Les services communaux d'hygiène  
et de santé*
- *Les communes et Conseils Généraux*