

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes

Numéro spécial

Surveillance du chikungunya et de la dengue Bilan de la saison 2014

[Page 1](#) | [Contexte](#) |

[Page 3](#) | [Pourquoi l'émergence de ces arboviroses en métropole ?](#) |

[Page 3](#) | [Un système de surveillance mixte](#) |

[Page 5](#) | [Modalités de gestion](#) |

[Page 6](#) | [Résultats surveillance renforcée Rhône-Alpes 2014](#) |

[Page 9](#) | [Conclusions et perspectives](#) |

[Page 10](#) | [Rappel des modalités de signalement en département de niveau 1](#) |

[Page 11](#) | [Partenaires de la surveillance 2014](#) |

| Contexte |

Arbovirus dérive de l'anglais « arthropode borne virus », il s'agit d'un virus transmis par un vecteur arthropode hématophage. Le mécanisme de transmission s'effectue au cours du repas sanguin (piqûre) du moustique femelle. En piquant un hôte contaminé (l'homme), la femelle va s'infecter. A l'issue d'une période de développement du virus, appelée « cycle extrinsèque » ce dernier se répliquera. Ainsi, lors des repas sanguins suivants, le vecteur transmettra le virus à un nouvel hôte.

Le chikungunya et la dengue sont deux arboviroses causées par des virus de familles différentes. Le virus de la dengue appartient à la famille des *Flaviviridae* (genre *flavivirus*) alors que celui du chikungunya appartient à celle des *Togaviridae* (genre *alphavirus*).

Leur vecteur commun, originaire d'Asie, est le moustique de type *Aedes*, espèce *aegypti* ou *albopictus*. C'est un moustique urbain dont le rayon d'action ne dépasse pas 200 mètres.

- ◆ *Aedes Aegypti* est présent en zone intertropicale;
- ◆ *Aedes Albopictus* appelé communément « moustique tigre » est retrouvé en zone intertropicale mais aussi en zone plus tempérée du fait de sa capacité d'adaptation au milieu et au climat ;
- ◆ Il fractionne ses repas de façon à fragmenter la ponte. Ainsi un même moustique infecté qui a piqué un membre d'une famille peut, sans difficulté dans la même journée, piquer d'autres membres de la famille ou du voisinage.

La **Dengue** est l'arbovirose la plus répandue dans le monde. L'incidence de cette pathologie a été multipliée par 30 au cours des cinquante dernières années et l'OMS estime que la moitié de la population mondiale y est exposée. Chaque année, cela représente entre 50 et 100 millions de nouveaux cas par an avec 500 000 hospitalisations et 20 à 25 000 décès.

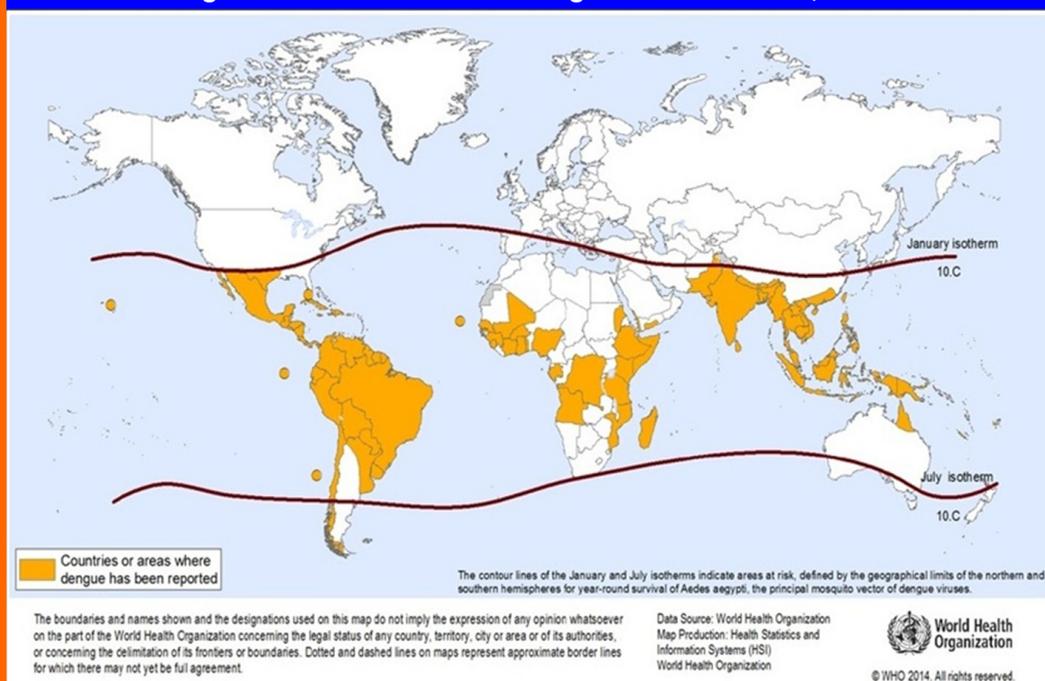
Jusqu'aux années 1970, seuls 9 pays étaient concernés par des épidémies sévères de dengue. Depuis, plus d'une centaine de pays ont connu des épidémies de dengue. Ils sont répartis essentiellement en Afrique, sur le continent américain, en Méditerranée orientale, en Asie du sud-est et dans le Pacifique occidental. Ces 2 dernières zones sont particulièrement concernées.

Depuis 2010 en Europe, des cas autochtones ont été identifiés en Croatie (2010) et en France (2010 et 2014). En 2012, une flambée se déclara sur l'archipel portugais de Madère où 2 000 cas furent recensés.

En 2013, la Chine et les Etats-Unis d'Amérique (Floride) rapportaient également un nombre important de cas.

Il existe quatre sérotypes du virus de la dengue : DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Il n'y a pas d'immunité croisée ce qui signifie que l'infection par un sérotype donné apporte une immunité contre ce sérotype mais ne protège pas vis-à-vis des autres.

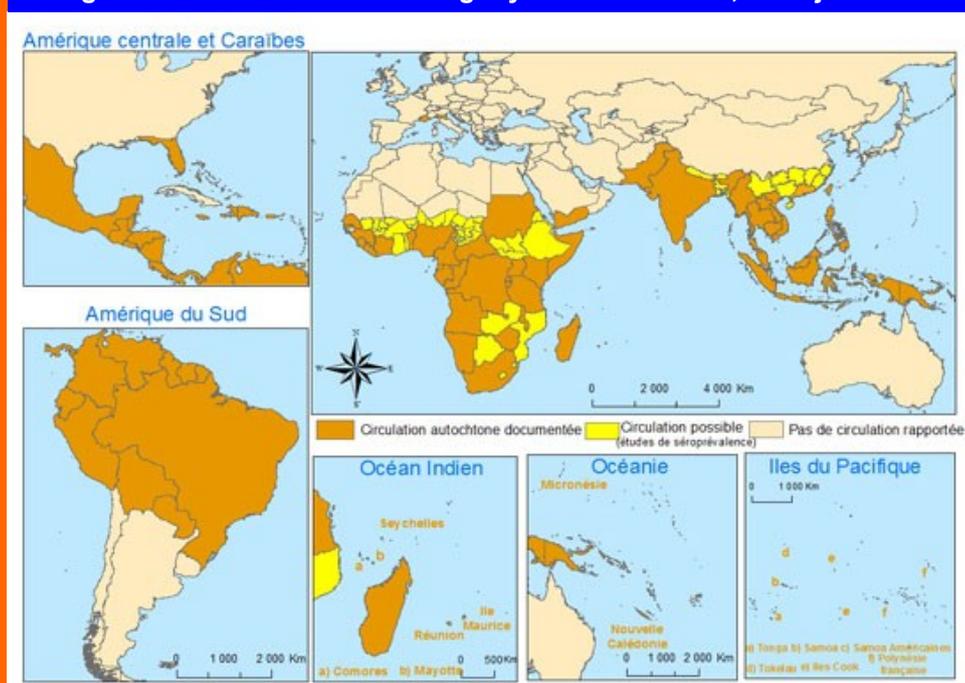
Figure 1 : Circulation de la dengue dans le monde, 2014



Source: OMS

Le **chikungunya** a été identifié en 1952 en Tanzanie. Il n'existe qu'un seul sérotype de ce virus ce qui confère une immunité aux personnes ayant présenté la maladie. Le chikungunya a d'abord circulé en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Ouest, avec parfois des périodes de silence de 20 à 30 ans entre les épidémies. La solide immunité de groupe acquise lors des épidémies massives peut en être une explication. En 2005-2006 la Réunion a connu une épidémie de grande ampleur (près de 40% de la population touchée) dans un contexte de circulation particulièrement intense en Afrique de l'Est et dans l'Océan Indien. Plus récemment, fin 2013, une épidémie a débuté à Saint-Martin aux Antilles Française et s'est étendue à l'ensemble de la Caraïbe, incluant Saint-Barthélemy, la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane jusque dans la région des Amériques préalablement indemne. L'Europe n'est pas épargnée puisque des foyers autochtones ont émergé dans des zones jusque là indemnes avec notamment 250 cas en Italie en 2007, 2 cas en France en 2010 à Fréjus et plus récemment un foyer de 11 cas autochtones à Montpellier en 2014.

Figure 2 : Circulation du chikungunya dans le Monde, bilan juin 2015



Source: InVS, DCAR-VICAR

| Pourquoi l'émergence de ces arboviroses en métropole ? |

La survenue en 2010 et 2014 de cas autochtones de dengue et de chikungunya dans les départements du sud de la France, a confirmé la possibilité de voir se développer un cycle de transmission en métropole.

La transmission de ces arboviroses est aujourd'hui possible du fait de la conjonction de plusieurs facteurs:

⇒ **un vecteur : moustique du type Aedes:**

Le moustique tigre a une compétence vectorielle importante, ce qui permet une transmission efficace des virus de la dengue et du chikungunya. Il possède également une grande capacité d'adaptation à différents milieux et climats et peut ainsi coloniser de nouvelles zones géographiques. Ainsi, il a commencé à s'implanter dans le Sud de la France avec une première détection en 2004 dans le département des Alpes-Maritimes et a étendu ensuite sa zone d'implantation. En Rhône-Alpes, le moustique tigre a été détecté pour la première fois en 2009. Son introduction dans la région s'est faite depuis l'Italie et les régions PACA et Languedoc-Roussillon et est favorisée par la forte densité des réseaux de transports. Depuis 2013, il est considéré comme implanté dans la Drôme, l'Ardèche, l'Isère et le Rhône.

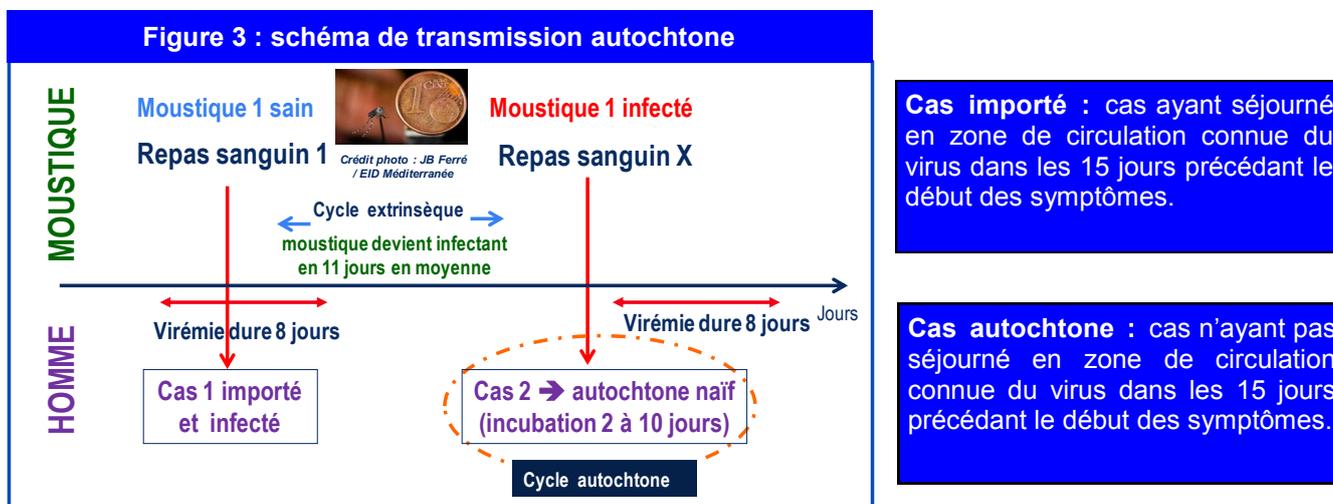
⇒ **le virus :**

Il est introduit en métropole via des voyageurs qui reviennent infectés de zones endémiques ou épidémiques. Ainsi, en piquant une personne infectée pendant sa période de virémie (j-1 avant l'apparition des symptômes à j+7 après l'apparition des symptômes) le moustique tigre va s'infecter et devenir infectant. Lors de ses prochains repas sanguins il sera ainsi capable de transmettre le virus.

⇒ **un hôte non immun :**

En métropole, la population n'est pas immunisée et la susceptibilité de cette dernière vis-à-vis de ces deux arboviroses est importante.

Depuis 2006, un plan national « anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole » est mis en œuvre chaque année de mai à novembre. Cela implique la mise en place d'un dispositif de surveillance renforcée des cas, dès leur suspicion, dans les départements où le vecteur est implanté, **afin de lutter contre l'initiation d'un cycle de transmission autochtone** (figure 3).



La saison 2014 a nécessité une vigilance particulière du fait de l'épidémie de chikungunya en cours dans les départements français d'Amérique et une circulation concomitante du virus du chikungunya et de la dengue dans certaines zones. En effet, la période d'activité du vecteur métropolitain coïncidait avec les périodes épidémiques dans les DFA et le retour de vacances de voyageurs en provenance de ces zones.

| Un système de surveillance mixte |

Le plan national « anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole » associe un dispositif de surveillance et des mesures de prévention et de contrôle. L'objectif de ce plan est de limiter d'une part l'importation de maladies vectorielles en France métropolitaine (chikungunya et dengue en particulier) et d'autre part, de limiter l'initiation d'une transmission autochtone. La surveillance comporte 2 volets : une surveillance entomologique menée par des opérateurs publics de démoustication (OPD) et une surveillance épidémiologique renforcée menée par les Agences régionales de santé (ARS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) et ses cellules en région (Cire).

Un système de surveillance mixte (suite) |

Des niveaux de risques sont définis pour chaque département en fonction de l'implantation ou non du moustique tigre et de la présence de cas autochtone. La surveillance mise en place dépend du niveau de risque associé.

Tableau I : Définition des niveaux de risque dans le plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en France métropolitaine.

Niveau 0	0.a Absence d' <i>Aedes albopictus</i> 0.b Présence contrôlée d' <i>Aedes albopictus</i> : détection(s) ponctuelle(s) d' <i>Aedes albopictus</i> au cours de sa période d'activité pour l'année en cours et/ou pour l'année précédente
Niveau 1	<i>Aedes albopictus</i> implantés et actifs
Niveau 2	<i>Aedes albopictus</i> implantés et actifs et présence d'un cas humain autochtone confirmé de transmission vectorielle de chikungunya ou dengue
Niveau 3	<i>Aedes albopictus</i> implantés et actifs et présence d'un foyer de cas humains autochtones (au moins 2 cas groupés dans le temps et l'espace)
Niveau 4	<i>Aedes albopictus</i> implantés et actifs et présence de plusieurs foyers de cas humains autochtones (foyers distincts sans lien épidémiologique ni géographique entre eux)
Niveau 5	<i>Aedes albopictus</i> implantés et actifs et épidémie 5.a Répartition diffuse de cas humains autochtones au-delà des foyers déjà individualisés 5.b Épidémie sur une zone élargie avec un taux d'attaques élevé qui dépasse les capacités de surveillance épidémiologique et entomologique mises en place pour les niveaux antérieurs et nécessite une adaptation des modalités de surveillance et d'action.

En 2014, pour la région Rhône-Alpes, l'Ardèche, la Drôme, l'Isère et le Rhône étaient en niveau 1. La Loire et la Haute-Savoie étaient en niveau 0a et l'Ain et la Savoie étaient en niveau 0b.

- La surveillance entomologique

En 1999, le Ministère de la santé a mis en place un réseau de surveillance du moustique exotique *Aedes albopictus*. A partir de 2006, le plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue a renforcé la surveillance entomologique, la lutte contre les moustiques vecteurs ainsi que la mobilisation et l'information de la population et des professionnels de santé.

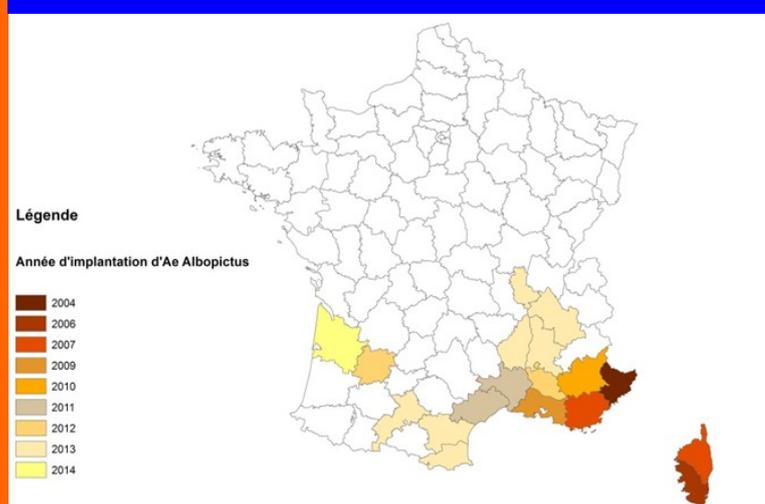
Une surveillance entomologique renforcée est ainsi mise en œuvre dans les zones où le moustique est présent ou susceptible de s'implanter.

Cette surveillance vise à détecter la présence du moustique afin d'agir le plus précocement possible pour ralentir la progression de son implantation géographique. Elle repose sur des réseaux de pièges pondoirs suivis par l'Entente interdépartementale Rhône-Alpes pour la démoustication (EIRAD). L'objectif est de détecter la présence du moustique *Aedes albopictus* et de fournir des données sur son introduction, sa dispersion et la densité des populations présentes et plus particulièrement :

- Pour les départements en niveau 0, d'éviter son implantation en détectant précocement la présence d'*Aedes albopictus*
- Pour les départements en niveau 1, de limiter la densification et l'expansion géographique du moustique et de réaliser des enquêtes entomologiques autour des cas suspects.
- Pour les départements de niveau 2 et plus, de confirmer l'implication d'*Aedes albopictus* et éventuellement d'incriminer d'autres espèces.

Détecté pour la première fois en métropole en 2004 et dans la région Rhône-Alpes, en 2009, le moustique tigre s'est depuis développé de manière significative et continue et, en 2014, était implanté dans 18 départements, dont ceux de l'Ardèche, la Drôme, l'Isère et le Rhône. Dans les départements de niveau 1, les modalités de surveillance sont fixées par arrêté préfectoral.

Figure 4 : Carte d'implantation du moustique tigre par année d'implantation de 2004 à 2014



- La surveillance épidémiologique renforcée

En complément de la déclaration obligatoire (DO) des cas confirmés (importés et autochtones) qui s'applique toute l'année à l'ensemble de la France métropolitaine, **une surveillance renforcée est mise en place du 1^{er} mai au 30 novembre (période d'activité du moustique) dans les départements à partir du niveau 1.**

Elle a pour objectif de recenser tous les cas de dengue ou de chikungunya afin de mettre en place des mesures de lutte antivectorielle adaptée autour des cas importés pour limiter l'instauration d'un cycle de transmission autochtone de chikungunya ou de dengue. Elle permet également de décrire les tendances nationales et régionales. Elle repose sur 2 systèmes de recueil d'informations complémentaires à la DO :

- **Fiche de signalement accéléré (FSA)** des cas suspects importés. Ce signalement est fait à l'ARS par les médecins et les biologistes, dans les départements d'implantation du moustique (départements de niveau 1 : Ardèche, Drôme, Isère, Rhône). Le signalement se fait dès la suspicion de cas importé avant même la confirmation biologique afin de déclencher l'enquête entomologique précocement et éviter l'instauration d'un cycle autochtone.

- **« Rattrapage »** des résultats biologiques issus d'un **réseau de laboratoires volontaires** qui transmettent quotidiennement à l'InVS tous leurs résultats d'examen de sérologie et de biologie moléculaire sur chikungunya et dengue réalisés dans la région. Ainsi, sont identifiés les cas qui n'auraient pas fait l'objet d'un signalement accéléré ou d'une DO.

Le Centre National de Référence (CNR— Institut de Recherche Biomédicale des Armées à Marseille) est sollicité à chaque fois qu'une confirmation de diagnostic s'avère nécessaire. Lors d'une suspicion de cas autochtone, seul le CNR sera en mesure de confirmer ou d'infirmer le cas.

Les cas suspects ou confirmés de chikungunya et de dengue répondent à la définition suivante :

	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) en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.	Fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et douleurs articulaires invalidantes en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.
Cas confirmé	Cas suspect et confirmation biologique : séroconversion ou multiplication par 4 des IgG sur 2 prélèvements distants de plus de 10 jours ou RT-PCR positive ou test NS1 positif.	Cas suspect et confirmation biologique : séroconversion ou RT-PCR positive ou isolement viral.

| Modalités de gestion |

L'ARS et la Cire travaillent conjointement autour de la gestion des signalements. Une application dédiée (Voozarbo) facilite le partage d'informations épidémiologiques entre les différents partenaires.

Lorsqu'un cas suspect importé est signalé, l'ARS l'enregistre dans Voozarbo et débute l'investigation pour vérifier la date de début des signes, la date de retour de voyage, le ou les pays visités et retracer les déplacements du cas pendant sa période de virémie. Ces données sont ensuite transmises par l'ARS aux agents de l'EIRAD. Ces derniers, chargés de l'enquête entomologique, prennent contact avec le cas avant de se rendre sur les lieux qu'il a fréquentés pendant sa période de virémie, explorant la présence de gîtes larvaires, de moustiques à l'état de larves et d'adultes. Des actions de lutte antivectorielle (destruction des gîtes larvaires, traitements larvicides, traitements adulticides) sont déployées chaque fois que nécessaire. Les mairies des communes où une prospection entomologique est prévue sont prévenues initialement par le service Environnement-Santé de l'ARS. Lorsqu'un traitement adulticide est programmé, les services du Département, la Mairie, les médecins généralistes du secteur et le Centre Anti-Poison sont informés, au préalable, par les services de l'ARS.

De son côté, l'EIRAD prévient les riverains, au moins 24 heures avant l'intervention, en déposant un message d'informations dans leurs boîtes aux lettres.

Modalités de gestion (suite)

A l'issue de ces différentes actions, la base voozarbo est renseignée. L'actualisation quotidienne du nombre de signalements, de cas confirmés et leur répartition géographique permet à la Cire d'assurer le suivi épidémiologique.

Dès la confirmation par le CNR d'un cas autochtone, le plan passe en niveau 2. En plus des actions sus-citées, sont mises en place:

- ⇒ une recherche active de cas dans l'entourage du cas confirmé (porte à porte autour du lieu de résidence et des lieux visités pendant sa période de virémie)
- ⇒ une recherche du cas index
- ⇒ l'identification de la ou des chaîne(s) de transmission
- ⇒ une sensibilisation des médecins généralistes et des biologistes.

Résultats surveillance renforcée Rhône-Alpes 2014

Résultats de la surveillance entomologique

Au cours de la saison 2014, 387 pièges ont été installés dans 131 communes de la région. L'EIRAD a relevé 129 pièges positifs au niveau de 63 sites différents répartis dans 29 communes. Ce réseau de pièges a mis en évidence l'extension de l'aire d'implantation du moustique dans 15 nouvelles communes (dont 7 situées en Ardèche) ainsi qu'une aire d'implantation continue importante au niveau de l'agglomération grenobloise (8 communes concernées).

En Savoie, suite au relevé de pièges pondoirs positif, un traitement anti-adultes a été mis en œuvre afin de retarder l'implantation du moustique. Cependant, la détection d'*Aedes albopictus* dans un secteur où il est impossible de mettre en œuvre des traitements anti-adultes (proximité d'un lac) a conduit à l'inscription de la Savoie dans la liste des départements de niveau 1 (Arrêté ministériel du 9 décembre 2014).

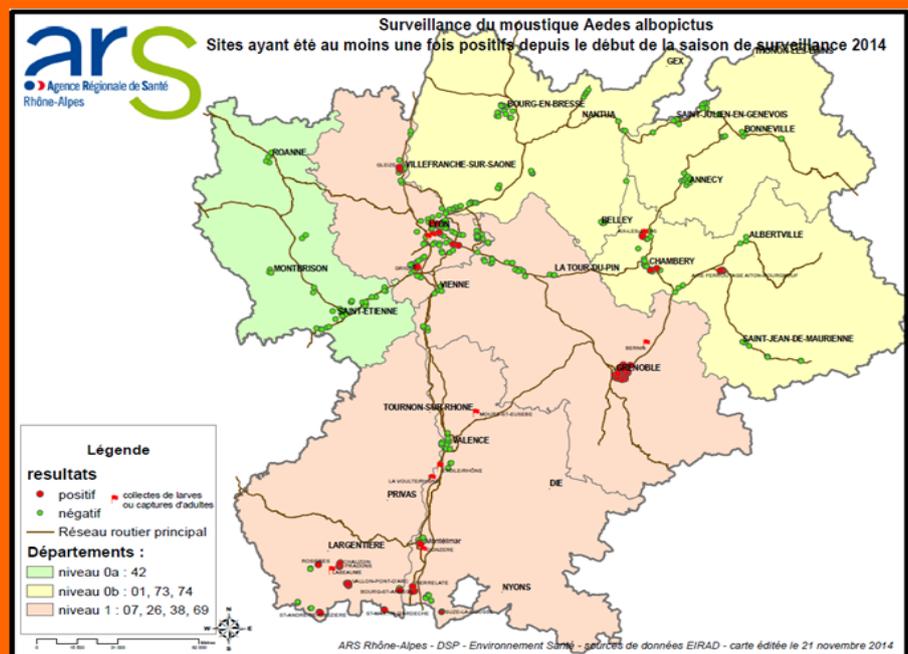
Aucune détection de piège positif n'a été observée dans les départements de l'Ain, la Loire et la Haute-Savoie en 2014. Ces derniers sont ainsi restés en niveau 0 pour la saison 2015.

Dans les départements en niveau 1, les signalements des cas suspects de dengue ou de chikungunya ont été à l'origine de 114 sollicitations de l'EIRAD par l'ARS. Onze cas ayant été exclus rapidement, l'EIRAD a réalisé 103 investigations. Elles ont donné lieu, compte-tenu des multiples déplacements des patients, à 207 prospections périfocales autour des lieux fréquentés par les patients.

Ces explorations entomologiques ont conduit à la mise en œuvre de mesures de lutte anti-vectorielle avec notamment la réalisation de destruction de gîtes larvaires. Deux de ces explorations ont été à l'origine de la réalisation de traitements adulticides : l'un dans la Drôme, en bordure de l'aire d'autoroute de Valence Sud, l'autre dans un secteur couvrant les communes de Lyon (8^{ème} arrondissement) et de Vénissieux.

Lors de ces prospections entomologiques, l'EIRAD a informé la population rencontrée pour permettre la destruction des gîtes larvaires.

Figure 5 : Carte des pièges pour la détection de moustique tigre, saison 2014



Crédit photo : JB Ferré / EID Méditerranée

Résultats de la surveillance épidémiologique

Entre le 1^{er} mai et le 30 novembre 2014, 233 signalements de cas suspects ont été reçus par l'ARS Rhône-Alpes. Parmi ceux-ci, 101 cas de chikungunya et 41 cas de dengue ont été confirmés, aucun cas de co-infection n'a été rapporté. Près de 3 sur 4 de ces cas confirmés étaient virémiques lors de leur séjour ou passage en département de niveau 1. Les cas de chikungunya revenaient très majoritairement de la zone caraïbe; en effet 86% (n=87) d'entre eux s'étaient infectés en Guadeloupe ou en Martinique. Près de la moitié (n=20) des cas de dengue faisaient suite à un séjour en Thaïlande ou en Indonésie, l'autre moitié avait séjourné dans des zones diverses telles que la Polynésie française, la Guadeloupe, l'Amérique du sud, certains pays d'Afrique ou d'Asie. Les signalements ont été réalisés dès le début de la période de surveillance avec un pic au retour des vacanciers, à partir de la mi-août puis ensuite, une franche diminution (Graph 1). Deux départements rhônalpins en niveau 1 ont concentré la majorité de ces signalements, le Rhône et l'Isère (Tableau II).

Graph 1 Répartition hebdomadaire des signalements de cas suspects et confirmés importés de chikungunya et dengue, mai-novembre 2014, Rhône-Alpes.

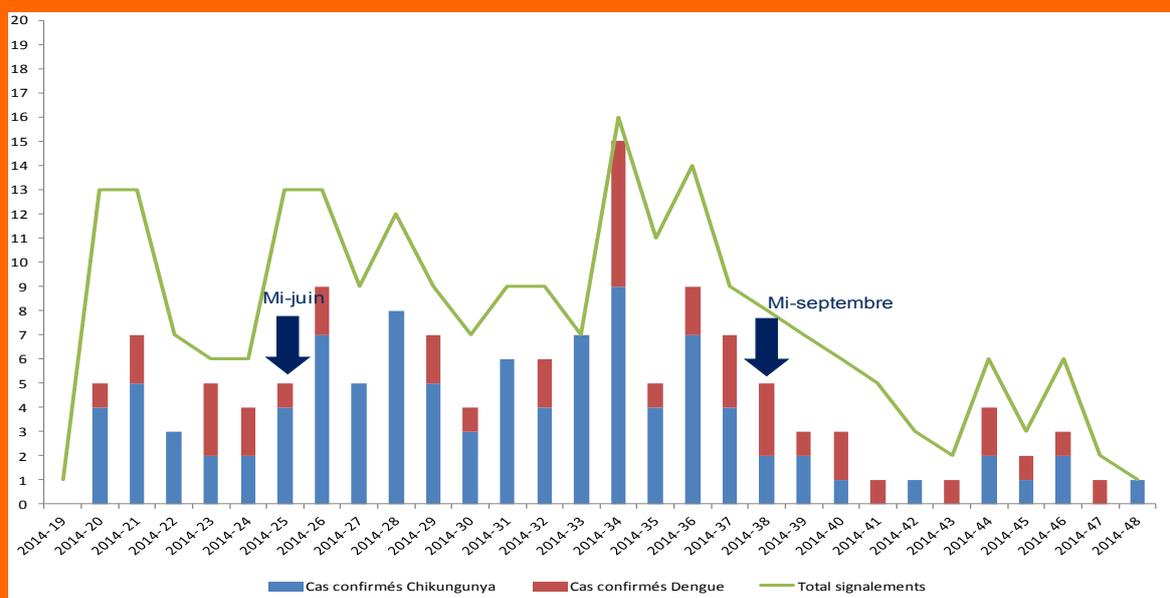


Tableau II : Répartition des signalements par département rhônalpin de niveau 1, mai à novembre 2014, Rhône-Alpes.

Département	Cas suspects signalés	Cas confirmés importés dengue	Cas confirmés importés chikungunya
Ardèche	13	3	5
Drôme	22	4	10
Isère	59	11	31
Rhône	139	23	55
Total	233	41	101

Sur l'ensemble des signalements reçus en métropole, 1 signalement sur 6 provenait de la Région-Rhône Alpes. Les cas importés confirmés rhônalpins représentaient près d'un quart des cas confirmés de dengue et 20% de ceux de chikungunya enregistrés à l'échelle de la métropole ([BEH 13-14 du 28 avril 2015](#)).

La période de surveillance renforcée incite les médecins et biologistes à réaliser un signalement accéléré à l'ARS, dès l'identification d'un cas suspect importé. Cependant, au cours de cette seconde saison de surveillance, 39% (n=91) des signalements ont suivi cette procédure (60% au niveau national) alors que 56% (n= 131) ont été identifiés par le réseau de laboratoires (34% au niveau national). Les autres signalements (5%, n=11) ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire (3% au niveau national).

Description clinique des cas confirmés (tableau III)

Parmi les 94 cas de chikungunya confirmés ayant présenté de la fièvre, 25 n'étaient que fébriles, 50 souffraient aussi de myalgies et 16 de lombalgies. Deux cas présentaient fièvre, lombalgies et myalgie associées. Un seul cas présentait l'ensemble des symptômes associés (fièvre, lombalgies, myalgies et douleurs rétro orbitaires).

Concernant les 7 patients confirmés chikungunya apyrétiques, 2 présentaient des lombalgies et des myalgies associées dont l'un évoquait également une asthénie, 1 n'avait que des lombalgies, 1 autre cas se plaignait de myalgies et présentait des ganglions cervicaux et axillaires et 3 cas étaient asymptomatiques.

Parmi les sept cas de chikungunya apyrétiques, 2 présentaient lombalgies, myalgies et douleurs rétro orbitaires associées et un ne rapportait que lombalgies et myalgies.

Parmi les 40 cas de dengue confirmés présentant de la fièvre, 21 étaient associées à des myalgies. Parmi eux, 2 avaient également des lombalgies et 8 des douleurs rétro orbitaires. Un seul cas présentait l'ensemble des symptômes associés (fièvre, lombalgies, myalgies et douleurs rétro orbitaires). Treize cas avaient pour seul symptôme, une fièvre supérieure à 38,5°C, cinq présentaient fièvre et douleurs orbitaires associées, un cas combinait fièvre et lombalgie.

L'unique cas confirmé de dengue apyrétique était asymptomatique.

Les autres signes cliniques les plus fréquemment rapportés étaient des réactions cutanées, des œdèmes, des signes digestifs de type de vomissements ou diarrhée.

Tableau III Signes cliniques des cas confirmés de chikungunya et dengue, mai à novembre 2014, Rhône-Alpes.

	Fièvre (N)	Douleurs lombaires(N)	Myalgies (N)	Douleurs rétro orbitaires (N)	Asymptomatique (N)
Chikungunya (N=101)	94	19	50	3	3
Dengue (N= 41)	40	3	21	14	1

Le délai médian de signalement par rapport à la date de début des signes était de 17 jours pour l'ensemble des cas confirmés renseignés (1-159). Il était de 18 jours pour les cas confirmés de chikungunya et de 17 jours pour ceux confirmés de dengue. Selon le mode de signalement, les délais médians de signalement étaient différents et notamment rallongés si l'identification des cas s'opérait par le «rattrapage laboratoires » (25,5 jours pour le chikungunya et 14,5 jours pour la dengue *versus* 5 jours pour le chikungunya et 6 jours pour la dengue avec le signalement accéléré) (Tableau IV).

Tableau IV Délai médian de signalement des cas confirmés de chikungunya et dengue après la date de début des signes, mai à novembre 2014, Rhône-Alpes.

	Délai médian (jour)		
	Général	Signalement accéléré	Rattrapage laboratoires
Chikungunya	18	5	25,5
Dengue	17	6	14,5

Comme attendu, du fait des épidémies de chikungunya dans les Départements Français d'Amérique (DFA), le nombre de cas importés en Rhône-Alpes a été particulièrement élevé avec 101 cas confirmés de chikungunya en 2014, alors qu'aucun cas n'avait été identifié en 2013, première année de surveillance renforcée.

Les indicateurs de surveillance montrent que la procédure de signalement accéléré n'est pas encore utilisée de façon optimale en Rhône Alpes, ce qui peut retarder l'intervention de l'EID et les actions de lutte anti vectorielle.

Par ailleurs, l'extension de la zone d'implantation d'*Aedes albopictus* avec 14 communes supplémentaires colonisées en 2014 par rapport à 2013, est de nature à augmenter le risque d'initiation d'un cycle de transmission autochtone comme ce fut le cas dans le Sud de la France (4 cas autochtones de dengue en région PACA et 11 cas autochtones de chikungunya en Languedoc-Roussillon, [BEH N°13-14-28](#) avril 2015).

Il est donc nécessaire de poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé déclarants pour favoriser la détection et la déclaration précoce des cas suspects qui permet la mise en place des mesures de gestion et de contrôle adaptées dans les meilleurs délais.

Enfin, il faut rappeler que le meilleur moyen de lutter contre le moustique *Aedes albopictus* est d'empêcher son installation par la destruction systématique de tout gîte larvaire. L'implication de la population est essentielle pour atteindre cet objectif. Le dispositif du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole monte en puissance, d'année en année et implique progressivement professionnels de santé et acteurs communaux.

Rappel des modalités de signalement en département de niveau 1 |

Procédure de signalement pour les départements de niveau 1 (Ardèche, Drome, Isère, Rhône auxquels s'ajoute la Savoie, depuis 2015)

Quand signaler?

- Suspicion de cas importé de dengue ou de chikungunya
- Cas autochtone confirmé de dengue ou de chikungunya

Les symptômes cliniques de ces 2 maladies étant similaires, la définition de cas est maintenant unique pour la saison 2015:

Cas suspect : fièvre > à 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

Quels examens réaliser?

Etant donné la similitude de la clinique et de la zone d'endémie pour ces deux maladies, il est nécessaire de toujours rechercher simultanément le chikungunya et la dengue.

Prescription biologique adaptée

	DDS*	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10	J+11	J+12	J+13	J+14	J+15
RT-PCR	X	X	X	X	X	X	X	X								
Sérologie						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* date début des signes

Comment signaler? [FSA téléchargeable sur le site de l'ARS Rhône-Alpes](#) et de [l'InVS](#)




Fiche de signalement et de renseignements cliniques
cas suspect de chikungunya ou de dengue

Surveillance renforcée en région Rhône-Alpes
(départements 07, 26, 38, 69 et 73)

1^{er} mai au 30 novembre 2015

- à compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur
- à joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant le diagnostic
- à envoyer sans délai, si cas suspect importé à :

ars69-alerte@ars.sante.fr

Tel. plateforme VSS : 08 10 22 42 62

Fax plateforme VSS : 04 72 34 41 27

Il convient de toujours demander les 2 diagnostics chikungunya et dengue

Cas suspect : fièvre > à 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.

MEDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE DECLARANT

Médecin prescripteur

Nom :
Hôpital / Service :
Téléphone : ____/____/____
Fax : ____/____/____
Mél :
Date de signalement : ____/____/____

Cachet :

Laboratoire préleveur

Nom :
 Hôpital (CH/CHU) LABM
Téléphone : ____/____/____
Fax : ____/____/____
Mél :
Date de signalement : ____/____/____

Cachet :

PATIENT

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance : ____/____/____ Sexe : H F
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone : ____/____/____ Portable : ____/____/____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de début des signes (DDS) : ____/____/____

Fièvre > 38°5 Céphalée(s) Arthralgie(s) Myalgie(s) Lombalgie(s)
 Douleur(s) rétro orbitaire Asthénie Eruption cutanée Autre, spécifiez :

Dans les 15 jours précédant le début des signes, le patient a-t-il voyagé ? OUI NON NSP
Si OUI dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d'outremer ?

Date de retour dans le département : ____/____/____

PRELEVEMENT(S)/ ANALYSES : CHIKUNGUNYA ET DENGUE A RECHERCHER SYSTEMATIQUEMENT

Date du prélèvement : ____/____/____

Cocher les examens prescrits :

RT-PCR (≤ 7j après DDS) RT-PCR + sérologie (entre J5 et J7 après DDS) sérologie (> 7j après DDS)
S'il s'agit d'un deuxième prélèvement : sérologie (≥ 15j après 1^{er})

Veuillez préciser si le patient s'oppose ou ne s'oppose pas à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, le patient est informé de son droit d'accéder aux informations qui le concernent en s'adressant à son médecin ou au médecin de son choix, qui transmet alors ses coordonnées auprès de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le patient peut également faire connaître son refus de participation à la surveillance à son médecin qui effectuera le diagnostic auprès de l'InVS. (Articles 26, 27, 34 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Pour toutes informations, contacter le Centre de l'InVS en région (CIR).

Nous tenons à remercier les partenaires qui nous permettent d'exploiter les données pour réaliser cette surveillance :

- le service de virologie de l'Hôpital de la Croix Rousse (Hospices Civils de Lyon)
- les laboratoires Cerba et Biomnis
- les biologistes des Laboratoires d'Analyses Médicales de Rhône-Alpes
- le CNR arbovirus (IRBA Marseille)
- l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans cette surveillance
- l'Entente Interdépartementale pour la démoustication Rhône-Alpes (EIRAD)
- les équipes de l'ARS notamment celles chargées de la veille sanitaire et de la santé environnementale

Responsable CIRE
Christine SAURA

Equipe de la Cire Rhône-Alpes
Sarah BURDET
Delphine CASAMATTA
Jean-Loup CHAPPERT
Sylvette FERRY
Hervé LE PERFF
Isabelle POUJOL
Hélène TREHARD
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