



Source : Jean-Baptiste Ferré (EID)

Page 2

Surveillance renforcée de la dengue et du chikungunya en Haute-Garonne

Page 5

Foyer de cas autochtones de chikungunya, Montpellier, septembre-octobre 2014

Page 7

Fiche de signalement

| Editorial |

Pr Bruno Marchou, service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Toulouse

« La vie use des moindres possibilités pour se perpétuer. Il n'est pas d'essai qu'elle ne tente.

Si rarement qu'elle y réussisse, elle échoue piteusement le plus souvent n'ayant pour conseiller que le hasard et pour associé que le temps, elle y réussit parfois et la forme qui survit sauve l'avenir... La maladie infectieuse porte les caractères de la vie. Elle les doit à la fois à sa cause animée et à la réaction des cellules de nos organes qui elles aussi, sont des êtres vivants.

Les essais de la nature dans la voie de la création de maladies infectieuses nouvelles sont aussi constants qu'ordinairement vains. Ce qui s'est passé aux époques anciennes où par exception la nature a réussi un essai, se répète à tous les instants présents et se répètera de même toujours. Il y aura donc des maladies nouvelles, c'est un fait fatal. »

Ces quelques lignes sont extraites d'un magnifique ouvrage écrit par Charles Nicolle : Naissance, vie et mort des maladies infectieuses ; on peut les lire aussi dans le Destin des maladies infectieuses du même auteur. Bien que publiés au début des années 1930, ces morceaux choisis n'en gardent pas moins toute leur actualité. On pourrait presque y voir une prophétie quand on pense aux Maladies Infectieuses Emergentes (MIE) de ces dernières décennies : VIH, virus grippaux émergents, coronaviridae, filoviridae (Marburg, Ebola), arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika...),...

Dans le rapport du Haut Conseil de Santé Publique sur les MIE publié en juin 2011, le Pr HH Mollaret apporte un éclairage essentiel à la compréhension de ces MIE : « *tout dépend des rencontres entre le microbe et l'hôte humain... Inutile d'invoquer l'apparition de nouveaux agents pathogènes, il faut plutôt rechercher quels changements, même infimes, dans les relations de l'homme avec son environnement peuvent entraîner un contact jusqu'alors non établi.* » Ces facteurs humains sont principalement de trois ordres : i. croissance démographique exponentielle depuis le début du XXème siècle ; ii. exode rural et urbanisation galopante ; iii. intensification et accélération des migrations internationales. Encore Charles Nicolle : « *les*

maladies infectieuses augmenteront de nombre dans toutes les régions du globe : les échanges, les migrations importeront en tous pays les maladies humaines et animales de chaque région. L'œuvre est déjà très avancée, elle est assurée d'avenir. »

Vivre c'est vivre ensemble, grands (vous et moi) et petits (les « microbes ») en bonne intelligence (*inter-ligence*). La loi du plus fort restant la « meilleure » il nous appartient de nous défendre car ce sont eux, du moins par leur nombre et leur capacité répliquative, qui sont les plus forts. Averti de cette *fatalité*, les cliniciens de terrain doivent rester en alerte c'est-à-dire signaler tout cas suspect d'une maladie nouvelle aux autorités sanitaires afin de prendre les mesures *ad hoc* pour prévenir, autant que faire se peut, l'apparition des cas secondaires.

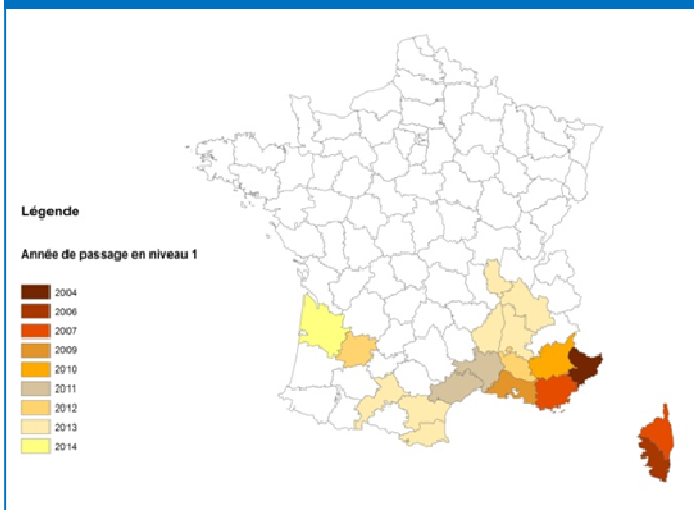
Aujourd'hui l'implantation du vecteur de la dengue et du virus Chikungunya *Aedes albopictus*, moustique « tigre », dans notre département fait courir le risque de survenue de cas autochtones comme ce fut le cas dans la région de Montpellier en septembre-octobre 2014 (12 cas autochtones à partir d'un cas d'importation venant du Cameroun). Le foyer s'est éteint au prix d'une organisation logistique intense, d'une lutte antivectorielle soutenue pendant trois semaines autour des lieux fréquentés par les cas secondaires. Autant d'énergie déployée qui aurait pu être évitée si le cas importé de virose Chikungunya avait été signalé d'emblée à l'ARS. Il est donc essentiel de signaler à l'ARS sans délai tout cas importé, suspect de dengue ou virose chikungunya.

Le bilan présenté dans ce bulletin de veille sanitaire permet ainsi d'objectiver l'existence du risque en Haute-Garonne.

I Introduction

La dengue et le chikungunya sont deux arboviroses classiquement tropicales, transmises par les moustiques *Aedes*, notamment *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*, ce dernier étant présent en Europe. Depuis son identification en 2004 dans les Alpes-Maritimes, *Aedes albopictus* diffuse dans le sud de la France, s'est implanté en 2012 en Haute-Garonne, et était présent en 2014 dans 18 départements (Figure 1).

Figure 1 - Départements colonisés par *Aedes albopictus*, selon l'année de passage en niveau 1 – surveillance 2014



La présence simultanée du vecteur *Aedes albopictus* et de personnes infectées, virémiques, au retour de séjour en zone de circulation virale rend possible l'instauration d'une transmission locale du chikungunya et de la dengue.

Dans ce contexte, un dispositif de surveillance de la dengue et du chikungunya en France métropolitaine a été mis en place dès 2006 dans le cadre du plan ministériel anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole [1]. Ce plan s'appuie sur la surveillance épidémiologique et entomologique pour prévenir et évaluer les risques de dissémination, renforcer la lutte contre les moustiques vecteurs, informer et mobiliser la population et les professionnels de santé et développer la recherche et les connaissances.

La surveillance épidémiologique a pour objectifs de limiter le risque de transmission locale du chikungunya et de la dengue en détectant précocement tout cas importé ou autochtone.

Le dispositif repose 3 composantes en métropole : (i) déclaration obligatoire des cas confirmés de chikungunya et de dengue pour l'ensemble des départements, (ii) la surveillance virologique des diagnostics de chikungunya et de dengue par un réseau de laboratoires nationaux (Biomnis / Cerba / CNR) et (iii) la surveillance renforcée dès le stade de suspicion d'un cas de chikungunya ou de dengue (Tableau 1) dans les départements de niveau 1 du plan ministériel. Les cliniciens et les biologistes sont les 2 principales sources de signalement. Le circuit de signalement est synthétisé Figure 2.

II Le dispositif de surveillance du chikungunya et de la dengue

Tableau 1 - Définitions de cas pour la dengue et le chikungunya – surveillance 2014

	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 : – IgM positives ou séroconversion ou multiplication par 4 des IgG sur 2 prélèvements distants de plus de 10 jours ou – RT-PCR positive ou – Test NS1 positif ou – Isolement viral	Cas suspect et confirmation biologique : – IgM positives ou séroconversion ou – RT-PCR positive

Un cas importé est une personne de retour depuis moins de 15 jours d'un pays de circulation de la dengue ou du chikungunya.

Un cas autochtone est un cas n'ayant pas séjourné en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.

Figure 2 : Circuit de signalement accéléré des cas de chikungunya et de dengue (cliniciens et laboratoires de ville) en Haute-Garonne – surveillance 2014

Période d'activité du vecteur *Aedes albopictus* estimée du 1er mai au 30 novembre

Fièvre brutale > 38,5°C avec au moins 1 signe algique
(céphalée, myalgie, arthralgie, lombalgie, douleur rétro-orbitaire)
en dehors de tout autre point d'appel infectieux

Voyage récent en zone de circulation du virus **depuis moins de 15 jours**

OUI

NON

Cas suspect importé

Cas suspect autochtone

Signaler le cas à l'ARS
sans attendre les résultats biologiques
en envoyant la fiche de signalement et de renseignements cliniques
Fax **05 34 30 25 86**
email : ars31-alerte@ars.sante.fr

Adresser le patient au laboratoire pour recherche
chikungunya ET dengue
avec la fiche de signalement et de renseignements cliniques

Demander au patient de se protéger contre les piqures de moustiques
(répulsifs, moustiquaires,...)
Pour éviter d'être à l'origine de cas autochtone

Adresser le patient au laboratoire pour recherche
chikungunya ET dengue
avec la fiche de signalement et de renseignements cliniques

Mise en place de mesures entomologiques

Signaler le cas à l'ARS en présence d'un résultat positif

III Bilan 2014 de la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue en Haute-Garonne

Du 1^{er} mai au 30 novembre 2014, la surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue a été mise en œuvre en Haute-Garonne, seul département de Midi-Pyrénées pour lequel la présence a été confirmée du moustique *Aedes albopictus* depuis 2012 dans ce département.

Sur la période, 152 cas suspects de chikungunya et de dengue ont été signalés à l'ARS Midi-Pyrénées, représentant 10% des 1493 signalements recensés sur l'ensemble des départements de niveau 1 (Tableau 2) et 11% des cas importés. En comparaison en 2013, 45 signalements avaient été faits à l'ARS Midi-Pyrénées [2].

Tableau 2 : Données de la surveillance renforcée en France métropolitaine du 1er mai au 30 novembre 2014

Régions	Nombre de cas suspects signalés	Nombre de cas confirmés importés			Nombre de cas confirmés autochtones		
		Total	Dengue	Chikungunya	Co-infection	Dengue	Chikungunya
Provence-Alpes-Côte d'Azur	657	53	148	1	4	0	0
Corse	23	1	5	0	0	0	0
Languedoc-Roussillon	242	24	77	1	0	11	0
Rhône-Alpes	233	41	101	0	0	0	0
Aquitaine	185	27	64	3	0	0	0
Midi-Pyrénées	152	18	50	1	0	0	0
Total	1493	163	443	6	4	11	0

Le signalement des cas suspects importés à l'ARS Midi-Pyrénées représentait 91% des signalements (138/152) et celui des cas suspects autochtones représentait 9% des signalements (14/152).

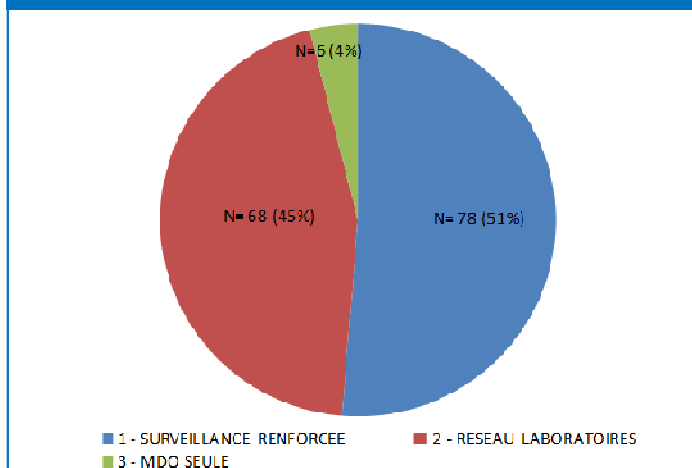
Parmi ces 152 signalements ont été confirmés 50 cas importés de chikungunya, 18 cas importés de dengue et 1 co-infection chikungunya-dengue. Parmi les cas confirmés, 75% (37 cas de chikungunya et 14 de dengue) étaient potentiellement virémiques en Haute-Garonne. Un cas virémique est un cas présent dans un département colonisé par *Aedes albopictus* dans les 7 jours suivant la date de début des signes de la maladie, période pendant laquelle l'agent pathogène est présent dans la circulation sanguine et donc à risque de transmettre la maladie en cas de pique par l'*Aedes albopictus* compétent peut entraîner la survenue de cas autochtones. Aucun cas autochtone n'a été identifié.

3.1. Origine de signalements des cas suspects

- 78 cas (soit 51% des cas suspects) provenaient directement du circuit de signalement accéléré, via les médecins et les laboratoires de ville et hospitaliers. Ce pourcentage pour l'ensemble des 18 départements de niveau 1 était de 60% des cas suspects,

- 68 cas (soit 45% des cas suspects) ont été détectés par le rattrapage des cas positifs de dengue et de chikungunya organisé par l'InVS auprès des laboratoires spécialisés nationaux (Biomnis et Cerba et CNR). Ce pourcentage pour les

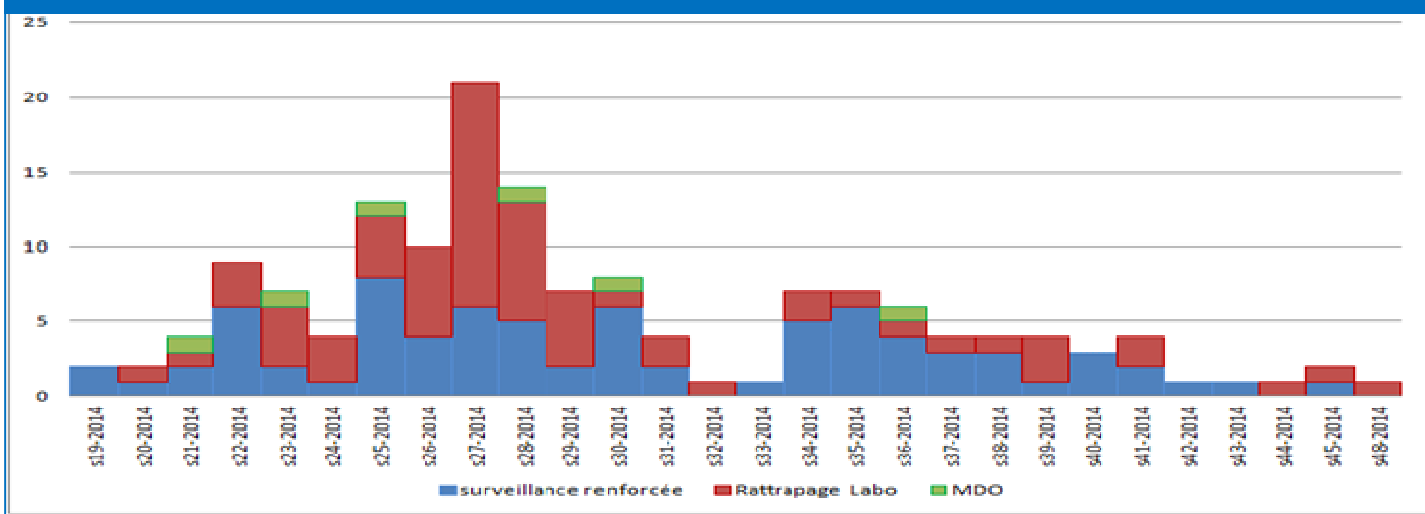
Figure 3 - Répartition des signalements en Haute-Garonne par origine des déclarants - 01/05/2014-30/11/2014



- départements de niveau 1 était de 34% des cas suspects, - 6 cas (soit 4% des cas suspects) ont été signalés par le dispositif de déclaration obligatoire des maladies (MDO).

La répartition du nombre de cas suspects de chikungunya ou de dengue selon la semaine de signalement et l'origine de signalement (Figures 3 et 4) montre une amélioration de la part des signalements accéléré à l'ARS Midi-Pyrénées au cours de la saison 2014.

Figure 4 - Nombre de signalements de chikungunya et de dengue en Midi-Pyrénées par semaine de surveillance, 01/05/2014 - 30/11/2014



3.2. Origine des signalements accélérés des cas suspects ou déclaration obligatoire selon le statut du déclarant public et privé

Parmi les 84 signalements enregistrés par l'ARS Midi-Pyrénées, la proportion de médecin déclarant est la suivante:

- 27 signalements étaient effectués par un médecin hospitalier (32% des cas suspects),
- 50 signalements étaient effectués par un médecin libéral (60% des cas suspects),
- 7 cas pour lesquels l'information n'était pas connue.

Parmi les 84 signalements enregistrés par l'ARS Midi-Pyrénées, la proportion de laboratoire déclarant est la suivante:

- 24 signalements étaient effectués par un laboratoire hospitalier (29% des cas suspects),
- 53 signalements étaient effectués par un laboratoire libéral (63% des cas suspects),
- 7 cas pour lesquels l'information n'était pas connue.

3.3 Pays d'importation des cas

Parmi les 50 cas importés de chikungunya, la majorité revenaient des Antilles (Martinique et Guadeloupe), où sévissait une épidémie depuis novembre 2013, soit 41 cas. Parmi les 18 cas importés confirmés de dengue, la répartition des cas se faisait principalement entre Asie du Sud-Est (Thaïlande...) et les Antilles.

3.4 Délai de signalements et prescriptions

En Haute-Garonne, le délai de signalement médian était de 12 jours après la date de début des signes, ce délai était plus long que le délai de 9 jours de l'ensemble des départements de niveau 1. Ce délai varie selon l'origine du signalement puisqu'il est beaucoup plus court en cas de signalement accéléré (6,5 jours) alors qu'il est de 25 jours en cas de rattrapage laboratoire. Ces délais sont plus longs que ceux retrouvés pour l'ensemble des départements de niveau 1, respectivement 5 jours et 20 jours.

3.5 Investigations entomologiques

Du 1^{er} mai au 30 novembre 2014, l'Entente Interdépartementale de Démoustication-Méditerranée a réalisé 54 prospections mais aucune intervention de lutte antivectorielle pério-focale autour des cas importés (traitements adulticides et/ou larvicides) n'a été nécessaire.

5. Conclusion

L'année 2014 a vu une augmentation forte du nombre de cas de chikungunya importés, conséquence directe de l'épidémie sévissant dans les départements français d'Amérique depuis décembre 2013, augmentation constatée également en Haute-Garonne, le bilan régional montrant que la région contribue pour plus de 10% des signalements et des cas confirmés. De plus, l'extension de l'aire d'implantation du moustique et les expériences de 2014 ont confirmé le risque de transmission autochtone répétée en France métropolitaine (foyer de 12 cas autochtones de chikungunya à Montpellier et 3 épisodes de transmission autochtone de dengue en région Provence-Alpes-Côte d'Azur).

En région Midi-Pyrénées, le bilan de cette deuxième année de surveillance, souligne que l'adhésion des professionnels de santé au dispositif s'effectue de manière progressive. Comme le montre la répartition des signalements selon l'origine des déclarants, la part des cas identifiés par le rattrapage des cas positifs de dengue et de chikungunya via le réseau de laboratoire (Biomnis-Cerba-CNR) reste importante et supérieure pour notre région par rapport à l'ensemble des départements de niveau 1. Le dispositif doit donc s'améliorer pour gagner en efficacité, réduire les délais pour permettre de mettre en œuvre rapidement les mesures de lutte anti vectorielle afin d'éviter la survenue de cas autochtones et la diffusion de foyers autochtones (cf encart sur le foyer de cas autochtones de chikungunya en Languedoc Roussillon page 6).

Ce système de surveillance complexe, mise en place en métropole en 2006, permet grâce à ses différentes composantes de répondre à plusieurs objectifs opérationnels de surveillance de ces maladies : la surveillance des cas importés avec mise en place de mesures de prévention, la détection précoce des cas autochtones et mise en place de moyens de LAV et le suivi des tendances grâce aux données épidémiologiques régionales et nationales recueillies. Il doit néanmoins évoluer au fur et à mesure de l'extension du vecteur et du risque de transmission locale dans un souci de durabilité et d'efficacité.

Les nombreux échanges internationaux avec des pays de circulation du chikungunya et de la dengue, la présence du moustique *Aedes albopictus* dans nos régions et l'absence d'immunité de la population souligne le risque de transmission de ces virus. Il est donc nécessaire de renforcer la sensibilisation et l'information d'une part des cliniciens et biologistes au diagnostic et au signalement rapide à l'ARS de tout cas suspect importé, d'autre part de la population générale voyageant dans les zones à risque et enfin d'éviter la prolifération en éliminant régulièrement tous les lieux de reproduction des moustiques dans son lieu de vie.

Bibliographie

1 Instruction N° DGS/RI1/2013/182 du 30 avril 2013 mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.

2 BEH N° 13-14 | 28 avril 2015. Dengue et chikungunya en France métropolitaine, une surveillance nécessaire
http://www.invs.sante.fr/beh/2015/13-14/2015_13-14_0.html

3. Dengue, Chikungunya: des risques pour l'Outremer
http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/BVS/2015_26_BVS_thematique_Arbos.pdf

| SYNTHÈSE DU FOYER DE CAS AUTOCHTONES DE CHIKUNGUNYA À MONTPELLIER, SEPTEMBRE-OCTOBRE 2014 |

Les 1^{er} et 16 octobre 2014, 5 cas suspects de chikungunya autochtones ont été signalés à l'ARS Languedoc Roussillon, dont 4 au sein d'une même famille. Dès le signalement de ces cas des investigations épidémiologiques (recherche active de cas, enquête en porte-à-porte) ont été déclenchées.

Au total, 12 cas autochtones de chikungunya (11 confirmés et 1 probable) ont été identifiés au sein d'un quartier résidentiel de Montpellier (200m de rayon, environ 2000 habitants). Ces cas sont survenus entre le 9 septembre et le 12 octobre. L'âge médian était de 60 ans [22-80]. Tous les cas ont présenté de la fièvre et des arthralgies, majoritairement aux extrémités. Tous ont été apyrétiques en moins d'une semaine, certains ont présenté des arthralgies persistantes au-delà d'un mois. Les analyses virologiques réalisées sur les souches virales isolées montrent l'origine africaine de la souche circulante.

Ce foyer de cas de chikungunya autochtones, le premier en Europe depuis l'épidémie en Emilia Romagna, Italie en 2007, est survenu alors que toutes les conditions pour une transmission autochtone étaient réunies : (i) un quartier résidentiel dense avec une population naïve vis-à-vis du virus (ii) la présence du moustique *Aedes albopictus* en fortes densités (iii) l'introduction du virus par un voyageur en période de virémie. Les mesures prévues par le plan national, rapidement mises en place après l'identification des cas, ainsi que les conditions climatiques du mois d'octobre ont très certainement permis l'arrêt de la circulation virale au sein du quartier.

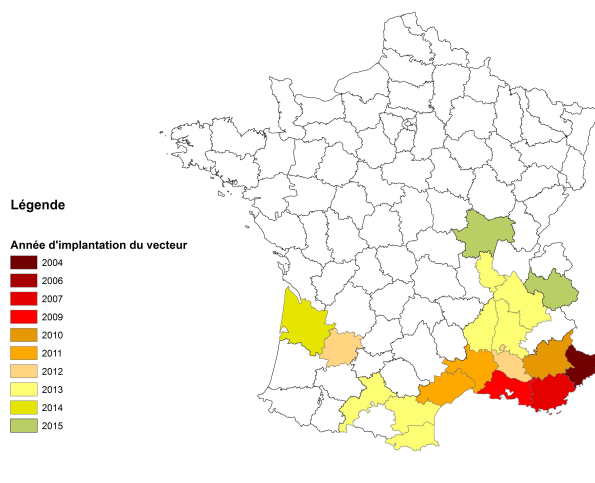
Source : BEH N° 13-14 | 28 avril 2015. Dengue et chikungunya en France métropolitaine, une surveillance nécessaire
http://www.invs.sante.fr/beh/2015/13-14/2015_13-14_0.html

Nouveauté en 2015 – 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) 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 probable	Cas suspect et IgM positives isolées	Cas suspect et IgM positives isolées
Cas confirmé	Cas suspect et confirmation biologique : – IgM positives ou séroconversion ou multiplication par 4 des IgG sur 2 prélèvements distants de plus de 10 jours ou – RT-PCR positive ou – Test NS1 positif ou – Isolement viral	Cas suspect et confirmation biologique : – IgM positives ou séroconversion ou – RT-PCR positive

Surveillance 2015 – Départements colonisés par *Aedes albopictus*, selon l'année de passage en niveau 1

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



Pour en savoir plus : http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Moustique-tigre_140237_0.html
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya>
 Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur :
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

Nous remercions tous les partenaires des systèmes de surveillance et des études pour leur participation et le temps consacré à ces travaux :

- Agence régionale de santé (ARS) Midi-Pyrénées
- Laboratoires de biologie médicale de Haute-Garonne
- Etablissements de santé de Haute-Garonne
- Centre national de référence des arboviroses (IRBA Marseille)
- Professionnels de santé de Haute-Garonne
- Laboratoire de virologie CHU Purpan
- URPS médecins généralistes
- EID Méditerranée
- URPS médecins biologistes
- Service communal d'hygiène et de santé de la ville de Toulouse
- Conseil Général de Haute-Garonne

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

Si vous désirez recevoir par mail les prochains Bulletins de Veille Sanitaire, merci de vous inscrire sur le site de l'InVS

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur Général de l'InVS
 Rédacteur en chef : Damien Mouly, responsable de la Cire Midi-Pyrénées
 Réalisation du numéro : Anne Guinard
 Diffusion : Cire Midi-Pyrénées, 10 chemin du Raisin, 31 050 Toulouse cedex
 Mail : ARS-MIDIPY-CIRE@ars.sante.fr Tel : 05 34 30 25 24 Fax : 05 34 30 25 32
<http://www.invs.sante.fr>

Fiche de signalement et de renseignements cliniques :

- à compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur
- à joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant le diagnostic
- à envoyer sans délai à l'ARS Midi-Pyrénées (Cellule de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires) :

☎ 05 34 30 25 86 / ars31-alerte@ars.sante.fr

Cas suspect : cas ayant présenté une 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 : cas ayant séjourné en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.

Il convient de toujours demander les 2 diagnostics chikungunya et dengue

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 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) (un diagnostic sérologique nécessite 2 prélèvements à un minimum de 15 jours d'intervalle)

Premier prélèvement Date : __/__/__ sérologie (≥ 5j après DDS) RT-PCR (≤ 7j après DDS)

Deuxième prélèvement Date : __/__/__ sérologie (≥ 15j après 1^{er}) RT-PCR (≤ 7j après DDS)

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE CHIKUNGUNYA / DENGUE

Les modalités du diagnostic biologique sont équivalentes pour les deux maladies et sont dictées par la cinétique de la virémie et des anticorps viraux. L'indication de ces analyses dépend du moment où le prélèvement est réalisé par rapport à la date de début des signes :

- Jusqu'à J4 après le début des signes : test RT-PCR seul.
- Entre J5 et J7 : test RT-PCR et sérologie (IgM et IgG).
- Après J7 : sérologie uniquement (IgM et IgG). Il est nécessaire de réaliser une 2^{ème} sérologie de confirmation au plus tôt 15 jours après le premier prélèvement.

	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																	
Sérologie																	

* date de début des signes

Dans le cadre de cette surveillance, il est impératif de rechercher les diagnostics de chikungunya et de dengue simultanément.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DE LA RT-PCR

Depuis mars 2014, la RT-PCR chikungunya et dengue est prise en charge par l'Assurance Maladie pour les prélèvements réalisés jusqu'à 7 jours après le début des signes (au-delà, elle n'a plus d'intérêt diagnostique) dans les conditions suivantes :

- symptomatologie évocatrice chez un patient revenant d'une zone touchée par le virus de la dengue et/ou du chikungunya ;
- symptomatologie évocatrice chez un patient se trouvant dans une zone d'activité du vecteur pendant une période d'activité du vecteur.

Des renseignements cliniques et chronologiques (date de début des signes cliniques ; date du prélèvement) sont indispensables pour la réalisation (voir paragraphe précédent) et l'interprétation des résultats.

[JORF n° 0187 du 14 août 2014 page 13557 texte n°13](#) : décision du 27 mai 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

CONDITIONS DE TRANSPORTS DES PRELEVEMENTS

Le cas suspect peut être prélevé dans tout LABM ou laboratoire hospitalier pour la sérologie et la RT-PCR. Ces laboratoires s'assurent ensuite de l'acheminement des prélèvements vers les laboratoires réalisant le diagnostic sérologique et la RT-PCR, dans les plus brefs délais et dans les conditions décrites dans le tableau ci-dessous. Le CNR peut dans certains cas réaliser en seconde intention des analyses complémentaires.

Prélèvement	Tube (1x5 ml)	Analyses		acheminement
		Sérologie	RT-PCR	
Sang total	EDTA	X	X	+4°C
Sérum	Sec	X	X	+4°C
Plasma	EDTA	X	X	+4°C

Les prélèvements doivent être envoyés avec la fiche de renseignements cliniques.

COORDONNEES

ars Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées

Signaler, alerter, déclarer

à la **CVAGS** Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaire, point d'entrée unique de l'ARS Midi-Pyrénées

N°indisponible
0 820 226 101
N° réservé aux professionnels de santé et aux Établissements

ars31-alerte@ars.sante.fr
fax 05 34 30 25 86

24h/24 - 7j/7

CIRE MIDI-PYRENEES

Tél : 05 34 30 25 24 / Fax : 05 34 30 25 32

Mél : ars-midipy-cire@ars.sante.fr

CNR DES ARBOVIRUS

Tél : 04 91 61 79 10 / Fax : 04 91 61 75 53

Mél : cnrarbovirus@irba.fr

Site ARS Midi-Pyrénées : <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/>

Site InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle>

Site EID-Méditerranée : <http://www.eid-med.org/>