Zone de Défense et de Sécurité Ouest
http://www3.chu-rouen.fr/internet/professionnelSante/NRBC

Magali DESCHOUVERT
Cadre de santé paramédical
CHU-Hôpitaux de Rouen
magali.deschouvert@chu-rouen.fr

Docteur C. DOLARD
Praticien hospitalier
CHU-Hôpitaux de Rouen
claude.dolard@chu-rouen.fr

Docteur P. LEMERLE
Praticien hospitalier
CHU-Hôpitaux de Rouen
patrick.lemerle@chu-rouen.fr

Docteur V. PELLETIER
Praticien hospitalier
CHU-Hôpitaux de Rouen
Valerie.pelletier@chu-rouen.fr

Guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole

Avril 2015

Synthèse personnelle de lecture

(Magali DESCHOUVERT)

Ce guide a pour objectif de décrire les actions à mettre en œuvre pour anticiper et limiter l'importation de maladies vectorielles en France métropolitaine et en particulier le Chikungunya (CHIK) et la dengue.

1. Présentation des actions de surveillance et de gestion

1.1 Surveillance entomologique

Cette surveillance est pratiquée pendant la période d'activité d'*Aedes albopictus*, moustique vecteur potentiel qui s'étend du 1er mai au 30 novembre.

1.1.1 Objectifs du réseau de surveillance

Plusieurs objectifs sont à atteindre :

- détecter la présence d'*Aedes albopictus* pour éviter son implantation sur les territoires non colonisés ;
- évaluer l'évolution de son aire d'implantation sur les territoires où l'espèce est implantée ;
- limiter la densification et l'expansion géographique du moustique en vue de protéger la population des risques vectoriels ;
- réaliser des enquêtes entomologiques autour des cas suspects, probables et confirmés importés et des cas probables et confirmés autochtones signalés par les ARS, pour faciliter la mise en place les de mesures de lutte anti-vectorielle adaptées et proportionnées au niveau de risque autour de cas suspects importés ou de cas confirmés de dengue ou de chikungunya signalés par les ARS.
- confirmer l'implication d'*Aedes albopictus* en cas de circulation autochtone, et éventuellement incriminer d'autres espèces.

1.1.2 Cadre d'intervention et coordination technique nationale

Niveau albopictus 0	0a absence d'*Aedes albopictus*. 0b Présence contrôlée d'*Aedes albopictus*
Niveau albopictus 1	*Aedes albopictus* implanté et actif.
Niveau albopictus 2	*Aedes albopictus* implanté et actif et présence d'**un cas humain autochtone confirmé** de transmission vectorielle de chikungunya ou dengue.
Niveau albopictus 3	*Aedes albopictus* implanté et actif et présence d'**un foyer de cas humains autochtones**. (Définition de foyer : au moins 2 cas groupés dans le temps et l'espace)
Niveau albopictus 4	*Aedes albopictus* implanté et actif et présence de **plusieurs foyers de cas humains autochtones**. (foyers distincts sans lien épidémiologique ni géographique entre eux)
Niveau albopictus 5	*Aedes albopictus* implanté et actif et épidémie 5a **répartition diffuse de cas humains autochtones** au-delà des foyers déjà individualisés. 5b **épidémie sur une zone élargie avec un taux d'attaque 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.

Dans les départements non colonisés, la surveillance est placée sous la responsabilité de la DGS.

Dans les départements colonisés, la surveillance est placée par arrêté préfectoral sous la responsabilité du Conseil départemental.

1.1.2.1 Détermination du niveau de risque en fonction des données entomologiques :

Les niveaux 0 et 1 sont définis uniquement sur des critères entomologiques et réalisé par l'observation d'œufs *Aedes albopictus* sur un piège à pondoir du réseau de surveillance.

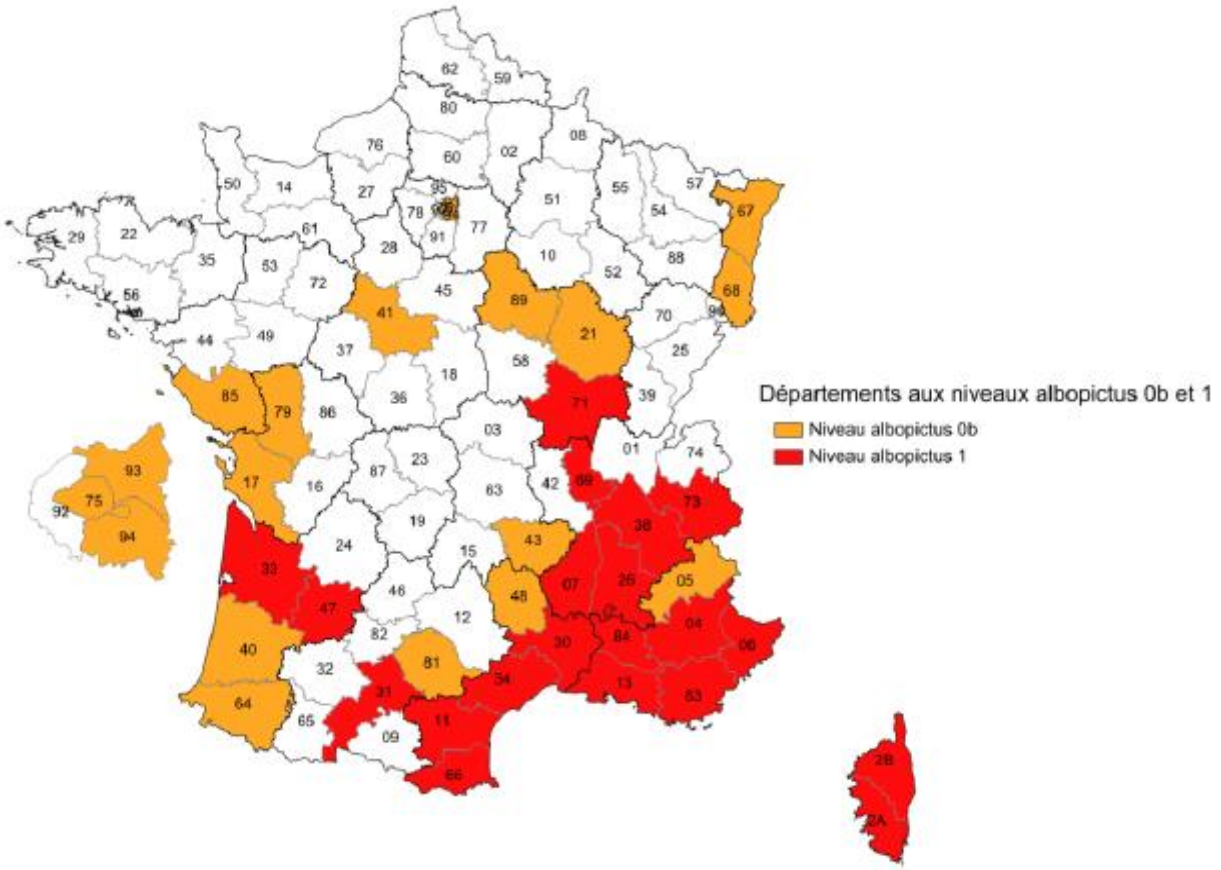
Les niveaux 2 à 5 sont définis par critères de surveillance humaine.

- Dans les départements classés niveau 0, le réseau de veille entomologique est mis en place chaque année selon un programme établi. En cas de présence d'œufs sur les pondoirs la mise en œuvre d'un traitement anti-larvaire et/ou anti-adulte est décidée en fonction de l'évaluation entomologique et des conditions environnementales.
- Dans les départements classés niveau 1, un arrêté préfectoral définit les modalités de la surveillance entomologique et des traitements mis en œuvre par le Conseil départemental, l'organisme de droit public habilité du département concerné.

1.1.2.2 Transmission des données de la surveillance entomologique

Elles sont transmises mensuellement par voie électronique à aux ARS concernées et à la DGS.

Figure 1 : Classement des départements en métropole au vu de la situation au 1er décembre 2014



1.1.3 Description indicative des opérations de surveillance pour 2015 pour les départements niveau 0 et 1

1.2 Surveillance des cas humains

La surveillance épidémiologique humaine consiste à détecter et caractériser les cas humains de CHIK et Dengue. Elle est essentielle dans les zones ou des vecteurs sont présents.

1.2.1 L'objectif de cette surveillance

C'est la prévention ou la limitation de l'instauration d'un cycle de transmission autochtone. Elle permet de décrire le risque de transmission et de dissémination.

1.2.2 Transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire

La Dengue et le CHIK sont des maladies relevant de la procédure de signalement et notification. Donc ceci implique la transmission obligatoire des données individuelles par les médecins et biologistes.

Critères de notification
Chikungunya : Fièvre >38,5 °C d'apparition brutale ET douleurs articulaires invalidantes
ET confirmation biologique IgM positive ou PCR positive ou séroconversion.

Dengue : Fièvre >38,5 °C de début brutal ET au moins un signe algique (myalgies ± arthralgies ± céphalées ± lombalgies ± douleur retro-orbitaire)
ET au moins un des critères biologiques suivants : RT-PCR ou test NS 1 ou IgM positifs OU séroconversion OU augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants.

1.2.3 Définition de cas

Cas importé : cas ayant séjourné en zone de circulation connue dans les 15 jours précédant le début des symptômes

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

	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 avec IgM positives isolées	Cas suspect avec IgM positives isolées
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

1.2.4 Le signalement et les investigations épidémiologiques

1.2.4.1 Le signalement, le médecin ou le biologiste signalent sans délai tous les cas suspects ou confirmés à la plate-forme régionale de veille et d'urgences sanitaire de l'ARS.

Ce signalement s'effectue de préférence au moyen du formulaire de signalement disponible auprès des ARS et des Cire concernées.

L'ARS évalue la nécessité de mettre en place des mesures de prévention individuelle et collective

Les signalements adressés à l'ARS font l'objet d'une validation et d'une investigation pour vérifier qu'ils correspondent à la définition de cas ; un entretien avec le patient et u le clinicien ayant effectué le signalement pour recueillir des informations complémentaire ; proposer des examens complémentaires en cas de besoin.

En cas, de cas autochtone, une enquête dans un périmètre de 150 à 200 m autour du domicile du cas est réalisée. L'ARS se doit de désensibiliser les professionnels de santé de la zone concernée.

1.2.5 Mise en œuvre des mesures de lutte anti-vectorielle (LAV)

Cette mise en place dépendant de la virémie du patient qui commence 1 jour avant et s'achève7 jours après le début des signes.

1.2.6 La confirmation biologique préalable à la notification

La confirmation biologique doit être particulièrement rapide dans les départements à risque de transmission vectorielle afin de permettre la réactivité nécessaire en terme de sécurité sanitaire.

Le centre national de référence des arboviroses assure sa mission de conseil auprès des laboratoires qui seront destinataires des prélèvements.

1.2.7 La notification

La confirmation d'un cas conduit à la transmission de la fiche de notification par le médecin ou biologiste ayant procédé au signalement initial à l'autorité de santé.

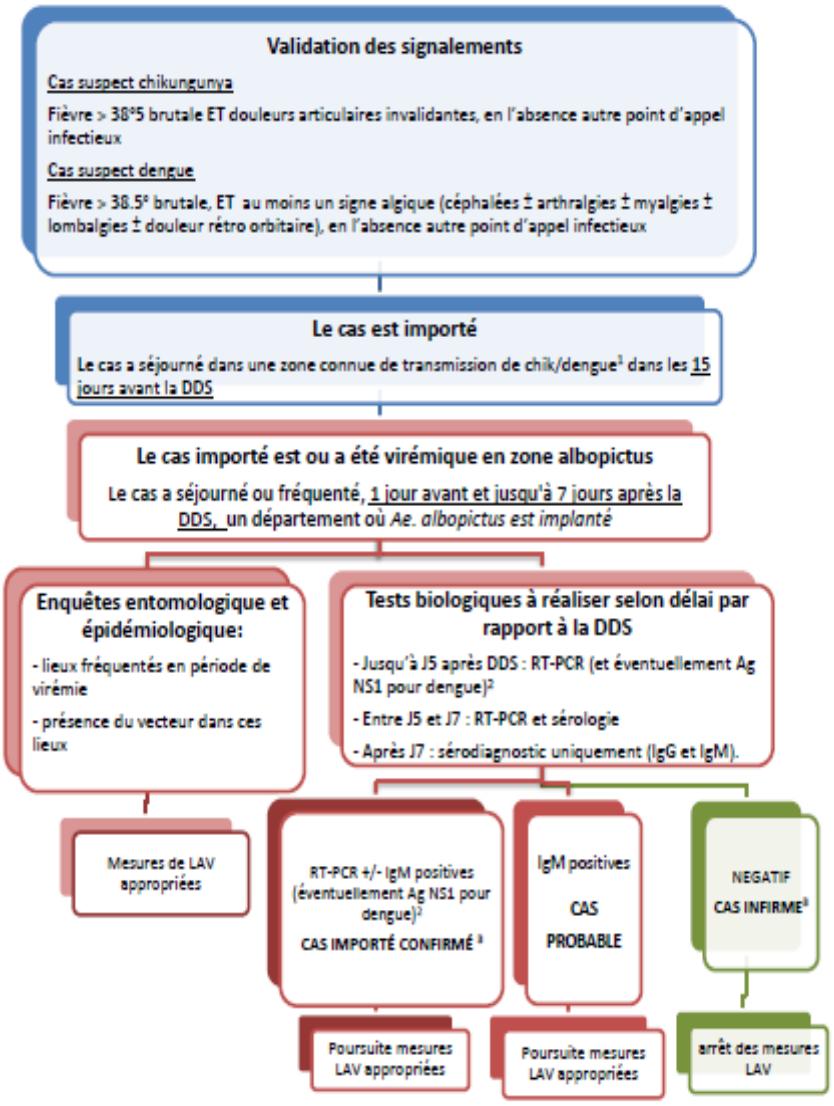
Les cas confirmés correspondent à des critères biologiques, associés aux critères cliniques, décrits ci-dessous :

- dengue : cas suspect et confirmation biologique : IgM positives ou séroconversion ou augmentation x4 des IgG sur 2 prélèvements distants d'au moins 10 jours ou RT-PCR ou test NS1 positif.
- chikungunya : cas suspect et confirmation biologique : IgM positives ou séroconversion ou RT-PCR positive

Dès lors que le cas est confirmé, l'ARS est chargée, outre l'analyse et la gestion du risque sanitaire de :

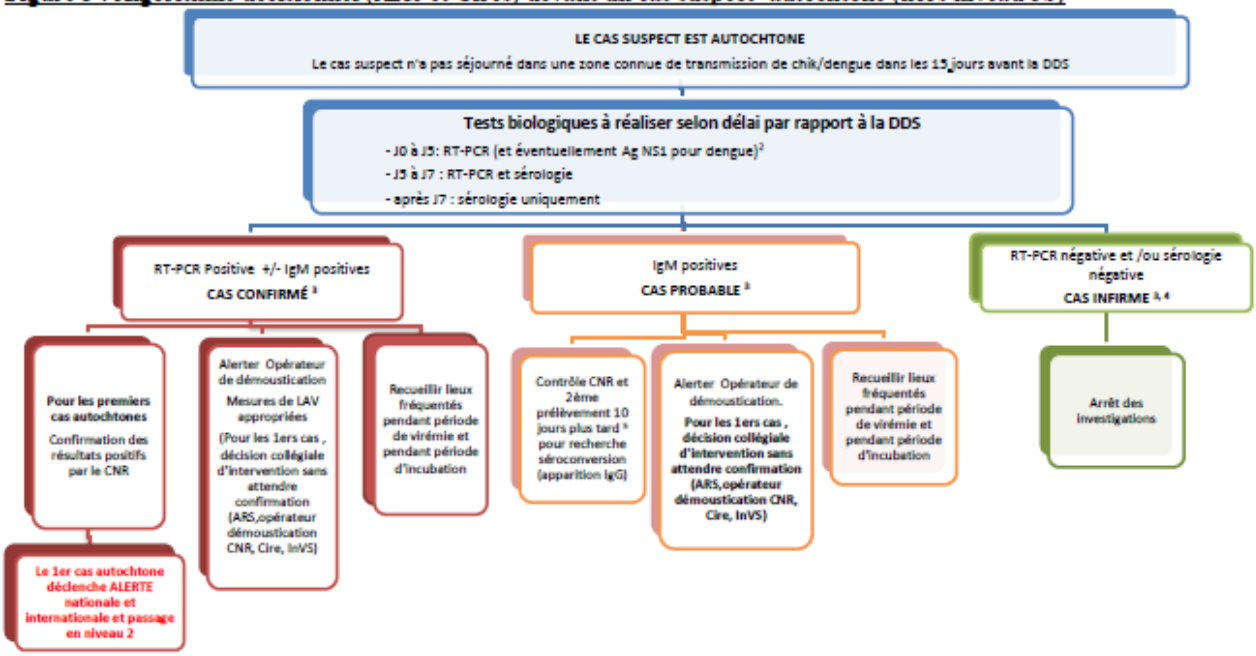
- valider les notifications ;
- éliminer les doublons ;
- anonymiser les fiches ;
- les transmettre au département des maladies infectieuses (DMI) de l'InVS.

Figure 2 : Algorithme décisionnel (ARS et Cires) devant un cas suspect importé
Valider le signalement et recueillir les informations qui vont guider les mesures lutte antivectorielle



[1] : Une zone de transmission connue est habituellement une zone endémo-épidémique hors métropole (cf. figures 6 et 7). A noter que lorsqu'une transmission autochtone est mise en évidence en métropole la zone géographique affectée par cette transmission devient aussi une zone de transmission connue (niveau 2 et plus)
[2] : Test non recommandé en zone non endémique mais pratiqué par certains laboratoires et qui a son intérêt au retour de zones endémo-épidémiques
[3] : les résultats des tests biologiques s'interprètent en fonction de la DDS

Figure 3 : Algorithme décisionnel (ARS et Cires) devant un cas suspect[1] autochtone (hors niveau 5b)



1 : En niveau 1 les cas autochtones ne sont pas signalés au stade de suspicion. L'ARS et la Cire ont connaissance de ces cas à l'étape du résultat biologique. A partir du niveau 1 les cas suspects probables autochtones doivent être signalés à l'ARS
2 : Test non recommandé en zone non endémique mais pratiqué par certains laboratoires
3 : Les résultats des tests biologiques s'interprètent en fonction de la DDS
4 : Si doute clinique et épidémiologique : Contrôle CNR et 2ème prélèvement 10 jours plus tard pour recherche séroconversion
5 : 10 jours après le 1er prélèvement

15

1.3 Lutte contre le moustique vecteur *Aedes albopictus* dans les départements où l'espèce est installée

1.3.1 Objectifs

La lutte anti vectorielle a pour mission de limiter le risque de circulation autochtone des virus de la dengue et du CHIK.

1.3.2 Responsabilités

La mise en œuvre des diverses actions incombe au Conseil départemental ou à son opérateur de démoustication.

1.3.3 Modalités de mise en œuvre des actions autour des cas signalés

Les actions de lutte sont mise en œuvre à la réception d'une déclaration de suspicion ou de confirmation de cas humain transmise par l'ARS ou de le Conseil départemental.

Elles visent à empêcher ou à freiner la circulation virale autour des cas et/ou dans les zones de circulation potentielle.

Un protocole est redirigé et intégré aux arrêtés préfectoraux dans la note relative à la lutte contre les moustiques.

2. Missions des acteurs et des mesures de gestion par niveau

2.1 Niveaux de risques et instances

2.1.1 Définition de niveaux de risque

Niveau albopictus 0 0a absence d'*Aedes albopictus*

0b Présence contrôlée *d'Aedes albopictus* du 1er mai au 30 novembre

Niveau albopictus 1 *Aedes albopictus* implanté et actif

Niveau albopictus 2 *Aedes albopictus* implanté et actif et présence d'un **cas humain autochtone confirmé** de transmission vectorielle de chikungunya ou dengue

Niveau albopictus 3 *Aedes albopictus* implanté et actif et présence d'un **foyer de cas humains autochtones**

(définition de foyer : au moins 2 cas groupés dans le temps et l'espace)

Niveau albopictus 4 *Aedes albopictus* implanté et actif et présence de **plusieurs foyers de cas humains autochtones**

(foyers distincts sans lien épidémiologique ni géographique entre eux)

Niveau albopictus 5 *Aedes albopictus* implanté et actif et épidémie

5a **répartition diffuse de cas humains autochtones** au-delà des foyers déjà individualisés

5b **épidémie sur une zone élargie avec un taux d'attaque 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.

2.1.2 Coordination locale par le préfet

Le préfet de département et le directeur général de l'ARS établissent un protocole relatif aux actions mises en œuvre par l'ARS pour le préfet. Ce protocole précise les modalités suivant lesquelles l'ARS intervient pour préparer et le cas échéant, mettre en œuvre les décisions relevant de la compétence du préfet au titre de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires, ainsi que la salubrité et de l'hygiène publique.

Dès le niveau albopictus 1, une cellule départementale de gestion placée sous l'autorité du préfet se met en place et elle réunit les différents acteurs en particulier l'ARS et les établissements de santé se trouvant dans la zone concernée.

2.1.3 Coordination nationale par la DGS

La DGS prend les décisions relatives aux changements de niveaux du plan à partir du niveau albopictus 1, aux mesures de gestion appropriées à chaque niveau de risque en fonction de la situation et partir du niveau albopictus 5, à l'élimination des foyers actifs de transmission.

2.1.4 Récapitulatif des actions à mener en fonction du niveau de risque

2.2 Présentation par niveau

A chaque niveau s'ajoute les mesures du niveau précédent.

2.2.1 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 0a : Absence de détection d'Aedes albopictus*

2.2.1.1 Organisation, coordination

La DGS pilote la surveillance nationale des moustiques potentiellement vecteurs de maladies humaines dont les moustiques importés. Ce plan est révisé annuellement.

Le préfet de département et le Direction de l'ARS établissent un protocole d'action à mettre en œuvre par l'agence pour le préfet.

2.2.1.2 Surveillance entomologique

Elle est sous la responsabilité de la DGS.

2.2.1.3 Surveillance épidémiologique : transmission obligatoire des données individuelles à l'autorité sanitaires des cas de dengue et de chikungunya

Sous la responsabilité de la DGS, InVS, ARS

2.2.1.4 Toxicovigilance (néant)

2.2.1.5 Mesures de lutte contre le vecteur

Sous la responsabilité de la DGS.

En cas de détection, las structure chargée de la surveillance entomologique le signale à la DGS et à l'ARS. LA DGS envoie une demande d'intervention à cette structure avec copie à l'ARS et Préfet concerné.

2.2.1.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention (Néant)

2.2.1.7 Organisation de la prise en charge (Néant)

2.2.1.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.1.9 Information et communication (Néant)

2.2.2 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 0b : Présence contrôlée d'Aedes albopictus*

Observation d'un ou plusieurs œufs sur un piège pondoir ne permettant pas de conclure quant à l'implantation définitive de l'espèce mais entrainant le classement à ce sous-niveau pour l'ensemble de la saison en cours.

2.2.2.1 Organisation, coordination

Suivant la situation locale, une cellule de gestion peut etre installée sus l'autorité du Préfet pour aider les acteurs à se coordonner et à partager la culture de prévention des risques.

L'ARS organise des formations à l'intention des professionnels de santé en collaboration avec les acteurs associés.

2.2.2.2 Surveillance entomologique

2.2.2.3 Surveillance épidémiologique : transmission obligatoire des données individuelles à l'autorité sanitaires des cas de dengue et de chikungunya

2.2.2.4 Toxicovigilance (néant)

2.2.2.5 Mesures de lutte contre le vecteur

2.2.2.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention (Néant)

2.2.2.7 Organisation de la prise en charge (Néant)

2.2.2.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.2.9 Information et communication

Sous la responsabilité de la DGS, InVS, ARS qui veille à informer met sensibiliser les collectivités territoriales concernées. Une communication vers les professionnels de santé est indispensable dès ce niveau.

2.2.3 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 1 : Aedes albopictus **implanté et actif** du 1er mai au 30 novembre*

2.2.3.1 Organisation, coordination

Le passage à ce niveau est consécutif à la prise d'un arrêté ajoutant le département concerné à la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé humaine.

2.2.3.2 Surveillance entomologique

2.2.3.3 Surveillance épidémiologique : transmission obligatoire des données individuelles à l'autorité sanitaires des cas de dengue et de chikungunya

2.2.3.4 Toxicovigilance

Dès ce niveau l'ARS peut mettre en place un dispositif de toxicovigilance approprié afin de déceler les éventuels cas d'intoxication susceptibles d'intervenir dans le cadre des actions de travaux et traitements.

2.2.3.5 Mesures de lutte contre le vecteur

Le but est de limiter la densification et l'expansion géographique du moustique en vue de protéger la population. Il faut aussi agir sans délai autour des cas suspects, probables et confirmés.

2.2.3.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention (Néant)

2.2.3.7 Organisation de la prise en charge

Des mesures d'information et de sensibilisation par l'ARS à l'égard des médecins libéraux et hospitaliers ainsi qu'auprès des directions d'établissement est indispensable. L'ARS s'assure que les établissements de santé prennent les mesures de protection individuelles des malades suspects ou confirmés. EN parallèle les établissements de santé doivent adopter une mesures de prévention en mettant en place un plan de lutte anti-vectorielle, de protection des usagers et professionnels ainsi qu'un plan de formation des personnels en insistant sur les mesures de précautions standard lors des soins (accident exposant au sang …).

2.2.3.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.3.9 Information et communication

Il est important de coordonner les actions de communication à ce stade. L'ensemble des acteurs doivent avoir le même niveau de connaissance.

2.2.4 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 2 : Aedes albopictus implanté et actif avec présence d'un **cas humain autochtone confirmé** par transmission vectorielle de dingue chikungunya*

2.2.4.1 Organisation, coordination

Activation de la cellule départementale de gestion par le Préfet.

2.2.4.2 Surveillance entomologique

2.2.4.3 Surveillance épidémiologique

L'analyse de l'apparition des cas autochtones est réalisée par l'ARS avec les différents partenaires concernés.

2.2.4.4 Toxicovigilance (cas groupés d'intoxication par les produits biocides)

2.2.4.5 Mesures de lutte contre le vecteur

2.2.4.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain

2.2.4.7 Organisation de la prise en charge

L'ARS assure l'adéquation de l'organisation des soins

Nouvelle information des professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

2.2.4.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.4.9 Information et communication

Nécessité absolue de faire prendre conscience à la population de l'obligation d'adopter des mesures destinées à limiter la multiplication des vecteurs.

Les professionnels de santé doivent être sensibilisés à la déclaration obligatoire et au signalement immédiat des cas suspect afin de mettre en place les moyens de lutte anti-vectorielle.

Il faut aussi informer la population sur les modalités de prise en charge pour ne pas saturer le système de soins.

2.2.5 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 3: Aedes albopictus implanté et actif avec présence d'un **foyer de cas humains autochtones** (au moins 2 cas groupés dans le temps et l'espace)*

2.2.5.1 Organisation, coordination

Mobilisation de renfort et formation de ces renforts.

2.2.5.2 Surveillance entomologique

2.2.5.3 Surveillance épidémiologique

Surveillance des passages aux urgences pour les suspicions dans les établissements, notamment participant réseau Oscour.

2.2.5.4 Toxicovigilance (cas groupés d'intoxication par les produits biocides)

2.2.5.5 Mesures de lutte contre le vecteur

2.2.5.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain

2.2.5.7 Organisation de la prise en charge

En cas d 'épidémie ou d'afflux de patients, les modalités d'organisation de la prise en charge des patients par les acteurs du système de santé, notamment les médecins libéraux et les établissements de santé, relève du schéma relatif à l'organisation du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle.

2.2.5.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.5.9 Information et communication

Le retour à la normal doit faire l'objet d'une communication auprès des professionnels de santé et à la presse.

2.2.6 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 4: Aedes albopictus implanté et actif avec présence de **plusieurs foyers de cas autochtones confirmés** (foyers distincts sans lien épidémiologiques et géographiques entre eux)*

2.2.6.1 Organisation, coordination

L'ARS de zone assure la coordination interdépartementale des moyens logistiques de la réponse lorsque ceux-ci sont dépassés au niveau du département.

2.2.6.2 Surveillance entomologique

2.2.6.3 Surveillance épidémiologique

L'ARS informe tous les partenaires concernés.

2.2.6.4 Toxicovigilance (cas groupés d'intoxication par les produits biocides)

2.2.6.5 Mesures de lutte contre le vecteur

2.2.6.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain

2.2.6.7 Organisation de la prise en charge

L'ARS s'assure de la mise en place de mesures adéquates concernant l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle.

2.2.6.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.6.9 Information et communication

2.2.7 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 5a : Aedes albopictus implanté et actif avec **répartition diffuse de cas humains autochtones** au-delà des foyers déjà individualisés*

2.2.7.1 Organisation, coordination

2.2.7.2 Surveillance entomologique

2.2.7.3 Surveillance épidémiologique

Surveillance active des cas hospitalisés ou sévères par l'ARS et la CIRE ainsi que la surveillance des décès à partir des certificats de décès et des données INSEE par l'ARS concernée.

2.2.7.4 Toxicovigilance (cas groupés d'intoxication par les produits biocides)

2.2.7.5 Mesures de lutte contre le vecteur

2.2.7.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain

2.2.7.7 Organisation de la prise en charge

2.2.7.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.7.9 Information et communication

2.2.8 *Mesures de gestion du plan pour le niveau albopictus 5b : Aedes albopictus implanté, actif et **épidémie sur une zone élargie avec un taux d'attaque 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*

2.2.8.1 Organisation, coordination

2.2.8.2 Surveillance entomologique

2.2.8.3 Surveillance épidémiologique

Procédure de confirmation biologique pour les cas grave, les cas hospitalisés, les patients atteints de co-morbidité, les formes atypiques, les femmes enceintes et les nouveau-nés.

2.2.8.4 Toxicovigilance (cas groupés d'intoxication par les produits biocides)

2.2.8.5 Mesures de lutte contre le vecteur

2.2.8.6 Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain

2.2.8.7 Organisation de la prise en charge

2.2.8.8 Mesures de contrôles sanitaires aux frontières

2.2.8.9 Information et communication

3. Repères pratiques

3.1 Repères pour le diagnostic de la dengue et du chikungunya

Arboviroses dont la symptomatologie clinique est souvent aspécifique et peu évocatrice en dehors d'un contexte épidémique.

Le diagnostic doit être évoqué chez une personne présentant une symptomatologie clinique compatible, qu'elle réside ou revienne d'un voyage en zone d'endémie ou qu'elle réside ou ait séjournée en zone où vit le virus.

3.1.1 Diagnostic clinique

3.1.1.1 Chikungunya

Incubation de 4 à 7 jours en moyenne

Apparition brutale d 'une fièvre élevée accompagnée d'arthralgies qui peuvent être intenses et qui touche principalement les extrémités des membres, céphalées.

L'évolution est variable : de façon favorable si le malade répond bien aux traitements symptomatiques mais peut évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies persistantes et incapacitantes.

La virémie : 5 à 7 jours.

3.1.1.2 Dengue

Incubation 5 à 7 jours

Apparition brutale d'une fièvre élevée et de symptômes peu spécifiques : céphalées frontales, douleurs rétro orbitaires, douleurs musculo articulaires, asthénie.

L 'évolution clinique est variable : possible évolution vers un tableau grave de dengue hémorragique avec ou sans syndrome de choc.

3.1.2 Diagnostic biologique

Les 2 infections doivent être recherchées simultanément. Les modalités de diagnostic sont équivalents pour les 2 pathologies est sont dictés par la cinétique de la virémie et des anti-corps viraux.

La technique est réservée au CNR.

3.1.3 Interprétation du diagnostic biologique

En dehors d'un contexte épidémique, un seul test biologique positif ne permet pas de conclure à un diagnostic avec certitude.

3.2 Cellule d'aide à la décision »éléments et produits du corps humain »

3.3 Répartition de la dengue et du chikungunya dans le monde

Figure 6 : Dengue, pays or zones à risque, 2013

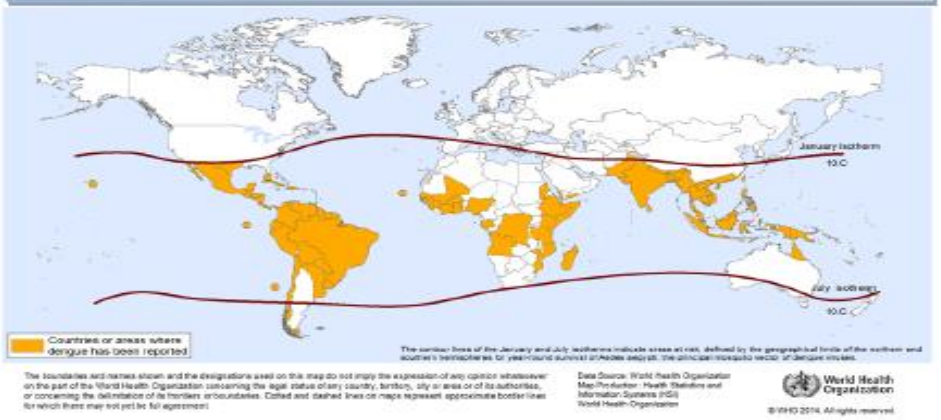
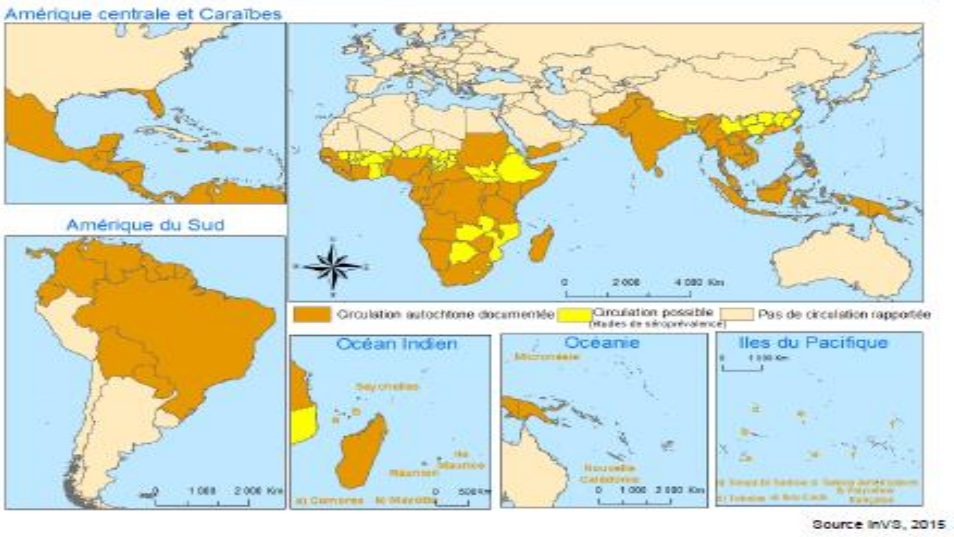


Figure 7 : Chikungunya, pays or zones à risque, 2015



3.4 Organisation de la prise en charge des patients

La prise en charge ne nécessite pas d'hospitalisation pour la majorité des cas, le maintien à domicile doit être privilégié.

3.4.1 A partir du niveau 1 : mesures d'information et de prévention

Les établissements de santé doivent adopter une attitude de prévention par :

- Un programme de lutte anti-vectorielle
- Un plan de protection des usagers et des personnels contre les piqures de moustiques
- Un plan d'information et de formation des personnels de l'établissement avec un appui de l'ARS
- Un renforcement des mesures de précautions standard lors de soins afin d'éviter tout accident exposant au sang

3.4.2 A partir du niveau 4 : mesures d'adaptation de l'offre de soins

L'adaptation relève à ce stade du schéma ORSA. Il permet de prévoir des consultations spécialisées de suivi, au sein des établissements de santé, et de garantir la permanence des soins des professionnels de santé libéraux.

3.5 Protection personnelle anti-vectorielle

La population exposée au risque doit être sensibilisée afin qu'elle adopte des mesures de protection individuelle à l'égard des piqures de moustiques

3.5.1 En population générale

3.5.1.1 Répulsifs cutanés

Ceux sont des compléments à la tenue vestimentaire, à l'utilisation de moustiquaires et aux aménagements et à l'entretien péri domiciliaire contre les gites larvaires.

Ceux sont des biocides qui ont une durée de protection qui varie de 4 à 8 heures selon la nature et la concentration de la substance active ainsi que les conditions d'utilisation. Cependant, il faut les employer avec précautions.

En raison de leur durée d'efficacité généralement brève et des risques d'allergie ou de photosensibilisation, il n'est pas recommandé d'utiliser les huiles essentielles comme répulsif cutané.

3.5.1.2 Produits d'imprégnation des tissus

Absorbés dans es fibres, ils s'évaporent très lentement et augmentent ainsi la rémanence du produit appliqué.

Ils ont un double effet : répulsif et insecticides avec une efficacité variant en fonction des concentrations, des produits et des espèces de moustiques. Cependant, leur utilisation doit être complétée par l'application d'un répulsif sur les parties du corps découvertes.

3.5.1.3 Moustiquaires

La moustiquaire de lit est une barrière efficace pour les personnes contraintes à l'alitement. Il faut privilégier celles imprégnées industriellement d'insecticide. Elles sont très recommandées pour les personnes virémiques ou susceptibles de l'être pour prévenir des cas secondaires.

Les moustiquaires de berceau doivent être utilisées comme protection majoritaire chez les jeunes enfants.

3.5.1.4 Mesures d'appoint

D'autres méthodes insecticides peuvent être utilisées mais elles doivent être adaptées à la situation.

3.5.2 Dans les établissements de santé

Il est de la responsabilité de l'établissement de protéger ces patients et ces professionnels contre les piques de moustiques : utilisation de moustiquaires de lit, de berceau et utilisation de répulsif adaptés à l'architecture des bâtiments.

3.6 Quelques principes de lutte anti-vectorielle et réglementation

3.6.1 Principes

Il faut mettre en œuvre des mesures de contrôle des moustiques susceptible d'être vecteurs d'agents pathogènes.

Ces mesures préventives ou curatives doivent être définies de manière proportionnes au risque sanitaire.

3.6.2 Rappel sur la réglementation actuelle de la lutte anit-vectorielle et de la lutte anti-moustiques

3.6.2.1 Définition des zones de lutte

Il revient au préfet de définir par arrêté les zones de lutte.

3.6.2.2 Définition des mesures de lutte

La définition fait l'objet d'un arrêté préfectoral pris sur le rapport du DG de l'ARS

3.6.2.3 Rapport sur la mise en œuvre

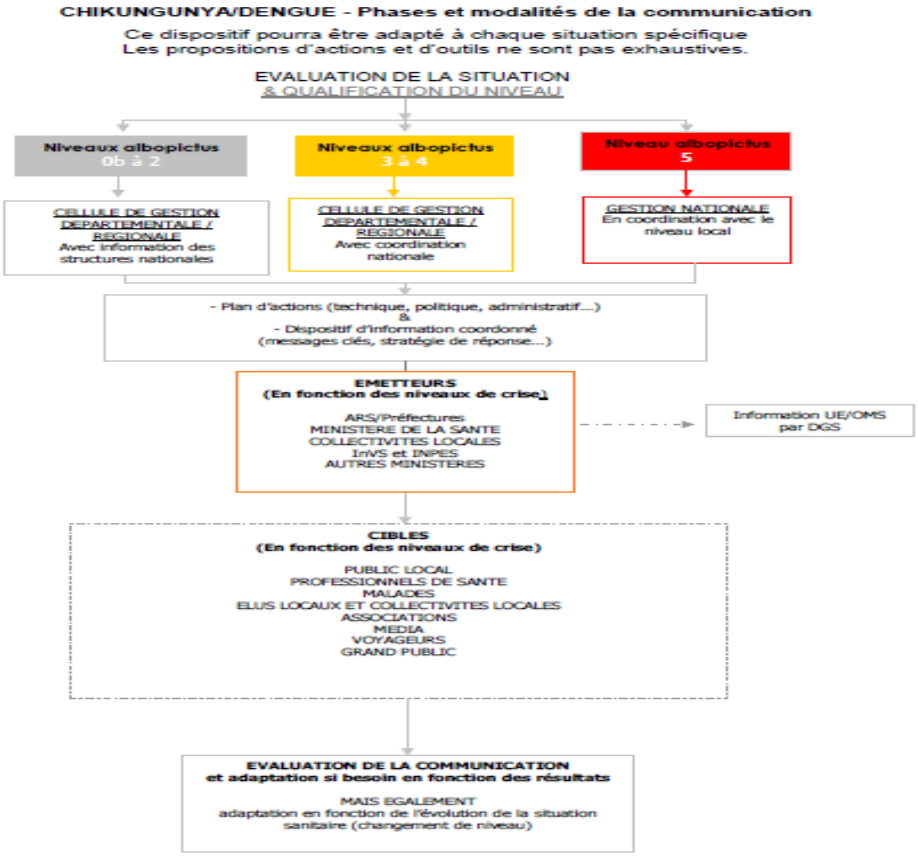
Ce rapport permet de rédiger l'arrêté préfectoral de l'année suivante car il est le résultat de plusieurs éléments de surveillance, bilan d'intervention, difficultés rencontrées.

3.6.3 Réglementation sur les produits biocides

Ces produits doivent être utilisés de façon adaptée à la situation.

3.7 Lutte contre l'importation et l'implantation des vecteurs

Cela relève du règlement sanitaire international qui a pour objet d'assurer le maximum de protection contre la propagation internationale des maladies.

3.8 Information et communication

Elle doit se faire selon les niveaux de risque et en coordination avec tous es acteurs concernés afin de garantir une communication harmonisée et cohérente.