

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction prévention
des risques infectieux

Bureau des risques infectieux
et de la politique vaccinale (RI1-3)

Instruction DGS/RI1-3 n° 2012-168 du 23 avril 2012 mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole

NOR : ETSP1220968J

Validée par le CNP le 20 avril 2012. – Visa CNP 2012-114.

Date d'application : immédiate.

Résumé : la présente circulaire actualise les mesures à mettre en œuvre dans le but de limiter le risque de circulation des virus du chikungunya et de la dengue en métropole.

Mots clés : chikungunya – dengue – surveillance sanitaire – déclaration obligatoire – surveillance entomologique – contrôle sanitaire aux frontières – vecteurs – *Aedes albopictus* – produits du corps humain – communication.

Références :

- Règlement sanitaire international, OMS, 2005 ;
- Code de la santé publique, et notamment partie III, livre 1^{er}, titre 1^{er} relatif à la lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles ;
- Loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques ;
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;
- Décret n° 65-1046 du 1^{er} décembre 1965 modifié pris pour l'application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques (modifié par le décret n° 2005-1763 du 30 décembre 2005) ;
- Décret n° 2005-1763 du 30 décembre 2005 pris pour l'application des articles 71 et 72 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;
- Décret n° 2006-473 du 24 avril 2006 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire ;
- Arrêté du 23 avril 1987 concernant la lutte contre les maladies humaines transmises par des insectes ;
- Arrêté du 24 avril 2006 fixant la liste des départements mentionnés à l'article D. 3113-6 du code de la santé publique ;
- Arrêté du 7 juillet 2006 relatif à la notification obligatoire des cas de chikungunya ;
- Arrêté du 7 juillet 2006 relatif à la notification obligatoire des cas de dengue ;
- Arrêté du 26 août 2008 modifié fixant la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population ;
- Avis du 16 janvier 2004 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (section des maladies transmissibles) relatif au contrôle sanitaire aux frontières ;
- Avis du 13 mars 2009 du Haut Conseil de la santé publique relatif à la désinsectisation des aéronefs en provenance du Maroc et de l'Algérie ;

Plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue, ministère de la santé et des solidarités, 17 mars 2006 ;

Circulaire DPPR du 24 juillet 2006 relative à la prévention du développement de larves du moustique *Aedes albopictus* dans les stocks de pneumatiques usagés.

Circulaire DPPR-DGS-DGT du 21 juin 2007 relative aux méthodes de lutte contre les moustiques et notamment à l'utilisation de produits insecticides dans ce cadre ;

Texte abrogé : instruction DGS/RI1-3 2011-163 du 19 juin 2011 relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.

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

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour attribution).

Le moustique *Aedes albopictus* est un moustique originaire d'Asie implanté depuis de nombreuses années dans les départements français de l'océan Indien. En métropole, ce moustique s'est implanté durablement et développé de manière significative dans les départements des Alpes-Maritimes (depuis 2004), de la Haute-Corse (2006), de la Corse-du-Sud, du Var (2007), des Alpes-de-Haute-Provence (2010), des Bouches-du-Rhône (2010), et depuis l'été 2011 du Gard et de l'Hérault, et en automne 2011 de Vaucluse. Il est également régulièrement détecté et éliminé dans plusieurs communes de la région Rhône-Alpes et il a été détecté pour la première fois en 2011 sur la façade atlantique (Gironde et Lot-et-Garonne).

Ce moustique d'une espèce particulièrement agressive et nuisante peut, dans certaines conditions, transmettre des maladies telles que la dengue ou le chikungunya.

En 2010, les territoires des départements français d'Amérique (DFA) ont connu une épidémie de dengue de grande ampleur. De nombreux cas d'arbovirose importés ont été identifiés en métropole, et en particulier dans des zones où ce moustique potentiellement vecteur est implanté. La survenue de deux cas autochtones de dengue à Nice, puis de deux cas autochtones de chikungunya à Fréjus a concrétisé cette menace. Le déclenchement des mesures prévues de contrôle de la dissémination a permis de limiter la diffusion de ces arboviroses et de démontrer la pertinence du dispositif de contrôle mis en place depuis 2006.

Bien que la dengue et le chikungunya ne soient pas endémiques en métropole, le risque épidémique ne peut être écarté. Le risque que des voyageurs, provenant de zones d'endémie et présentant une de ces pathologies, puissent introduire le virus est particulièrement élevé dans les lieux et durant les périodes de l'année où le moustique vecteur *Aedes albopictus* est présent et actif.

La surveillance des cas humains est fondée sur la déclaration obligatoire. Les données épidémiologiques, notamment celles concernant le niveau de circulation des virus de la dengue et du chikungunya, sont suivies chaque année afin d'évaluer les risques d'importation en métropole et d'ajuster, le cas échéant, les mesures, notamment en ce qui concerne la communication.

Pour limiter le risque d'importation et d'implantation des maladies vectorielles en métropole, le ministère chargé de la santé a élaboré un plan national antidissémination du chikungunya et de la dengue dès mars 2006. Ce plan prévoit de (i) renforcer la surveillance entomologique et épidémiologique pour prévenir et évaluer les risques de dissémination, (ii) renforcer la lutte contre les moustiques vecteurs, (iii) informer et mobiliser la population et les professionnels de santé et (iv) développer la recherche et les connaissances.

Pour empêcher toute dissémination, il est donc essentiel de pouvoir détecter précocement la présence du vecteur *Aedes albopictus* et de patients potentiellement virémiques.

La présente instruction vise à préciser les modalités concrètes de mise en œuvre du plan et décrit les mesures de prévention, de surveillance et de gestion applicables en France métropolitaine. Les mesures de gestion ont pour objectif la mise en œuvre rapide et coordonnée d'actions de contrôle du vecteur quand il est présent et de protection des personnes, de façon graduelle et proportionnée au risque.

La détermination du niveau de risques s'appuie sur des données de surveillance entomologique et humaine.

Niveau <i>Albopictus</i> 0	0 (a) absence d' <i>Aedes albopictus</i> . 0 (b) présence contrôlée (observation d'introduction suivie de traitement puis d'une élimination ou d'une non-prolifération du moustique).
Niveau <i>Albopictus</i> 1	<i>Aedes albopictus</i> implanté et actif.
Niveau <i>Albopictus</i> 2	<i>Aedes albopictus</i> implanté et actif et présence d'un cas humain autochtone confirmé de transmission vectorielle de chikungunya ou dengue.

Niveau <i>Albopictus</i> 3	<i>Aedes albopictus</i> 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 <i>Albopictus</i> 4	<i>Aedes albopictus</i> implanté et actif et présence de plusieurs foyers de cas humains autochtones (foyers distincts sans lien épidémiologique ni géographique entre eux).
Niveau <i>Albopictus</i> 5	<i>Aedes albopictus</i> implanté et actif 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'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.

La période d'activité attendue d'*Aedes albopictus*, moustique vecteur potentiel de la dengue et du chikungunya, s'étend actuellement du 1^{er} mai au 30 novembre. Chaque année, l'entente inter-départementale pour la démoustication du littoral méditerranéen avec les autres organismes de démoustication, ainsi que l'ARS de Corse pour la Corse étudient l'entrée et la sortie de diapause du moustique (mécanisme permettant au moustique de résister à l'hiver sous forme d'œuf).

Une cellule nationale d'aide à la décision (CNAD) est spécifiquement mise en place et pilotée par la DGS. Elle sera activée en fonction de l'évolution des données épidémiologiques et entomologiques. Elle regroupe principalement des compétences en épidémiologie, clinique, virologie et entomologie autour de représentants des administrations et agences sanitaires concernées.

La CNAD analyse les données collectées et l'évolution de la situation. Elle propose au directeur général de la santé toute modification du niveau de risque d'un département, la modification éventuelle des modalités de gestion et, à partir du niveau 5, la délimitation des foyers actifs de transmission, ainsi que les mesures de gestion appropriées. Tout changement sera notifié au(x) département(s) concerné(s), par courrier du DGS sous format électronique adressé au préfet de département et à l'ARS correspondants. Avant de passer au niveau 1, le département doit préalablement être classé sur la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population. Cette liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'environnement (arrêté du 26 août 2008 modifié).

L'ensemble des départements métropolitains est concerné par la présente instruction. Toutefois, les zones géographiques présentant un potentiel de développement élevé d'*Aedes albopictus* recouvrent les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Corse.

Je vous informe par ailleurs que la surveillance de certaines activités d'importation (pneus usagés) est réalisée avec les ministères concernés afin d'identifier des sites potentiellement responsables d'introduction du vecteur, et de prendre, le cas échéant, les mesures d'encadrement nécessaires.

Le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole, que vous trouverez ci-joint, a été actualisé afin notamment de prendre en compte l'extension de l'aire d'implantation du moustique (fiche 1).

Je vous saurais gré de bien vouloir diffuser cette instruction accompagnée du guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole aux services et partenaires concernés, notamment aux présidents des conseils généraux de votre région et de bien vouloir m'informer des difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J.-Y. GRALL

ANNEXE I

GUIDE RELATIF AUX MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN ANTI-DISSÉMINATION
DU CHIKUNGUNYA ET DE LA DENGUE EN MÉTROPOLE

Mise à jour 2012

SOMMAIRE

Liste des sigles

Fiche 1 : Surveillance entomologique.

Annexe I. – Description indicative des opérations de surveillance d'*Aedes albopictus* prévues en 2012

Fiche 2 : Surveillance humaine

Fiche 3 : Repères pour le diagnostic de la dengue et du chikungunya

Fiche 4 : Niveaux de risque et instances

Fiche 5 : Cellule d'aide à la décision (CAD) « éléments et produits du corps humain »

Fiche 6 : Organisation de la prise en charge médicale des patients

Fiche 7 : Protection personnelle antivectorielle (PPAV)

Fiche 8 : Quelques principes de lutte antivectorielle et réglementation

Fiche 9 : Lutte contre l'importation et l'implantation des vecteurs

Fiche 10 : Information – communication

Fiche 11 : Présentation des missions des acteurs et des mesures de gestion par niveau de risques
Annuaire

Annexe : Quelques notions et termes utilisés en entomologie médicale

Liste des sigles

ABM : Agence de la biomédecine

ADEGE : Agence nationale pour la démoustication et la gestion des espaces naturels démoustiqués

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARN : acide ribonucléique

ARS : agence régionale de santé

BEH : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*

CAD : cellule d'aide à la décision

CAPTIV : centre antipoison et de toxicovigilance

Cespharm : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CHU : centre hospitalier universitaire

CGR : concentré de globules rouges

CIRE : cellule interrégionale d'épidémiologie

CME : commission médicale d'établissement

CNAD : Cellule nationale d'aide à la décision

CNEV : Centre national d'expertise sur les vecteurs

CNR : Centre national de référence

CoDERST : conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques

CP : communiqué de presse

CRH : coordonnateur régional d'hémovigilance

CSF : contrôle sanitaire aux frontières

CSHPF : Conseil supérieur d'hygiène publique de France

CSP : code de la santé publique

CTSA : centre de transfusion sanguine des armées

CVFJ : centre de vaccination de la fièvre jaune

DEET : diéthyl toluamide

DFA : départements français d'Amérique

DGS : direction générale de la santé

DMI : département des maladies infectieuses de l'InVS

DI : département international de l'InVS

DO : déclaration obligatoire

DOM : département d'outre-mer

DGPR : direction générale de la prévention des risques

DREAL : direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DSS : direction de la solidarité et de la santé (de Corse)
DUS : département des urgences sanitaires
EFS : établissement français du sang
EID : entente interdépartementale pour la démoustication
ETS : établissements de transfusion sanguine
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
RBA : Institut de recherche biomédicale des armées
INPES : Institut national de prévention et d'éducation en santé
InVS : Institut de veille sanitaire
IRD : Institut de recherche pour le développement
LAV : lutte antivectorielle
LBM : laboratoire de biologie médicale
MARS : message d'alerte rapide sanitaire
MISP : médecin inspecteur de santé publique
OMS : Organisation mondiale de la santé
PMO : prélèvement multiorganes
PSL : produits sanguins labiles
QBD : qualification biologique des dons
RPU : résumés de passages aux urgences
RT-PCR : *Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction*
RSI : Règlement sanitaire international
SIVU : syndicat intercommunal à vocation unique
URPS : union régionale des professionnels de santé

FICHE 1

SURVEILLANCE ENTOMOLOGIQUE

Objectifs du réseau de surveillance entomologique

La surveillance entomologique relative au risque de transmission de la dengue et du chikungunya en métropole a pour objectif de :

- 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 ;
- réaliser des enquêtes entomologiques autour de cas importés ou autochtones pour mettre en place les mesures de lutte antivectorielle adaptées et proportionnées au niveau de risque.

Cadre d'intervention et coordination technique nationale

Dans les départements non colonisés par *Aedes albopictus*, la surveillance entomologique de ce vecteur est placée sous la responsabilité de la DGS et mise en œuvre dans le cadre d'une convention nationale.

Cette convention-cadre est signée entre l'État et les différents organismes publics chargés de la surveillance entomologique (EID méditerranéen, EID Atlantique, EID Rhône-Alpes, ARS Corse, SIVU de démoustication du Bas-Rhin et service de lutte collective contre les moustiques dans le Haut-Rhin ou brigade verte du Haut-Rhin).

Détermination du niveau de risque en fonction des données entomologiques

Les niveaux 0 et 1 sont définis sur les seuls critères entomologiques. La détection de l'espèce est réalisée par l'observation d'œufs d'*Aedes albopictus* sur un piège pondoir :

- niveau 0 (a) : absence d'*Aedes albopictus* ;
- niveau 0 (b) : détection(s) ponctuelle(s).

Observation d'œufs sur un piège pondoir suivi d'une intensification du piégeage les semaines suivantes et d'un traitement visant à l'élimination du moustique ;

- niveau 1 et plus : *Aedes albopictus* implantés et actifs.

Observation d'œufs sur plusieurs pièges pondoirs à plusieurs reprises (pièges relevés au moins trois fois positifs sur des relevés successifs et observation de larves et/ou d'adultes aux alentours des pièges).

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

Dans les départements classés au niveau 0 (a) et (b), le réseau de veille entomologique est mis en place chaque année selon le programme établi dans la convention nationale entre la DGS et les organismes publics de démoustication. La surveillance entomologique est fondée sur le suivi de pièges pondoirs (pièges relevés au minimum une fois par mois) installés sur des sites à risque élevé d'importation de l'espèce à partir de zones ou de pays colonisés. Il s'agit essentiellement mais non limitativement :

- des aires d'autoroutes ;
- des plates-formes de ferroutage ;
- des aires de stockage des pneus usagés importés ;
- des points d'entrée internationaux (ports et aéroports) ;
- des marchés d'intérêt national (MIN).

En cas de détection d'*Aedes albopictus* (œufs, larves ou adultes), la surveillance entomologique par pièges pondoirs est renforcée aux alentours des sites surveillés (nombre de pièges et fréquences des relevés). La mise en œuvre de traitements antilarvaires et/ou antiadultes, décidée en tenant compte de l'évaluation entomologique et des conditions environnementales, est réalisée sur demande de la DGS, qui délivre une autorisation d'intervention.

Dans les départements classés en niveau 1, un arrêté préfectoral définit les modalités de la surveillance entomologique et des traitements, mis en œuvre par le conseil général ou l'organisme de droit public habilité du département concerné.

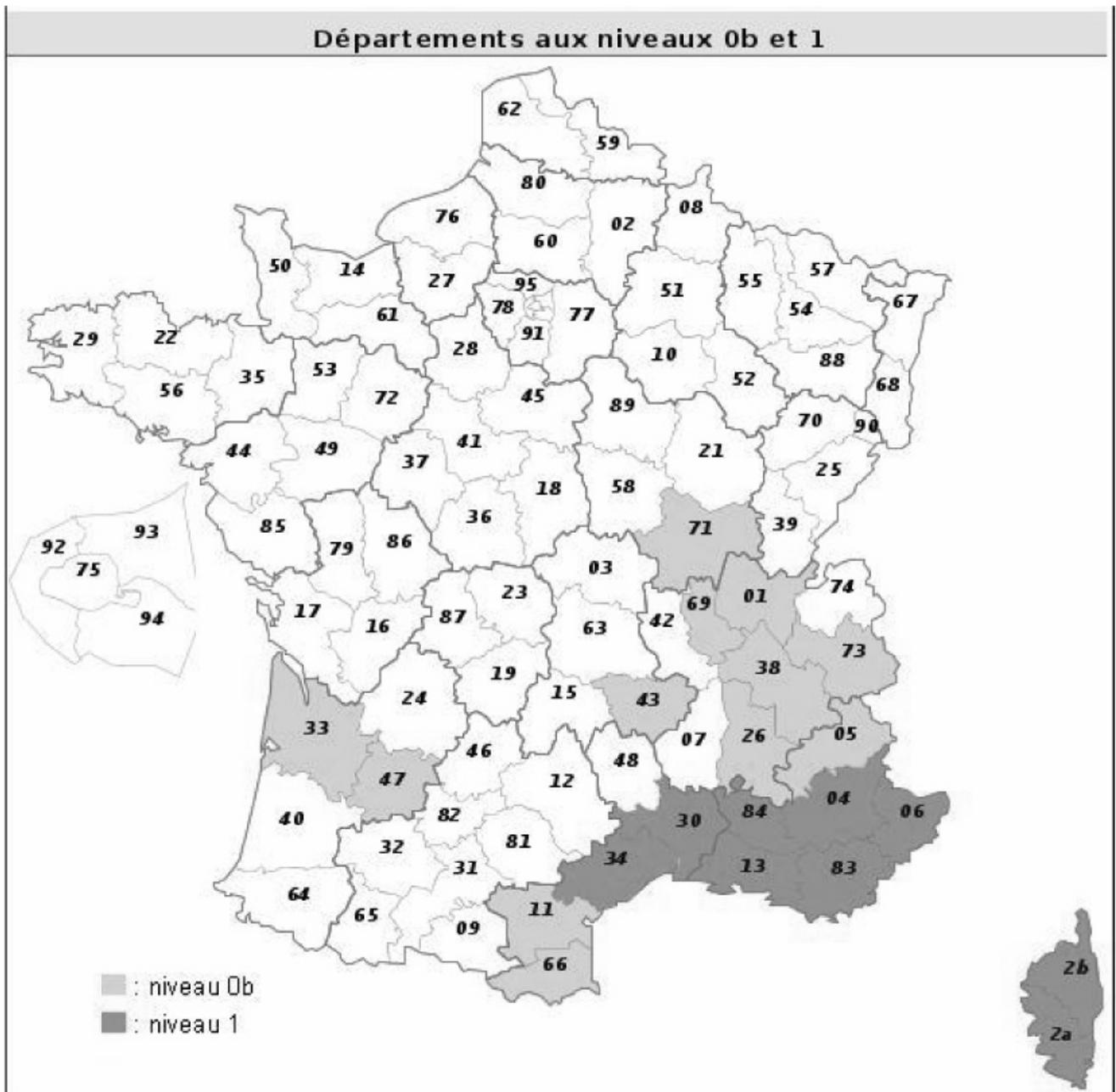
Les informations concernant la surveillance entomologique et les traitements réalisés sont transmises régulièrement à l'ARS et à la DGS.

En cas de signalement de cas suspect ou avéré de chikungunya ou de dengue, une enquête entomologique autour des cas (enquête pérfocale) est réalisée sans délais. Cette expertise permet d'évaluer la présence de moustiques potentiellement vecteurs et de définir les modalités de lutte antivectorielle nécessaires pour éviter le développement de foyers de transmission autochtones (information de la population, protection individuelle des malades virémiques, destruction ou traitement des gîtes larvaires péridomiciliaires, traitements antilarvaire et/ou antiadultes pérfocaux).

La description détaillée des opérations de surveillance entomologique pour l'ensemble de la métropole est disponible dans la note d'information DGS/RI1 relative à la surveillance du moustique *Aedes albopictus* en France métropolitaine transmise aux ARS par la DGS en début de saison de surveillance. Cette note d'information est adressée par les ARS à l'ensemble des communes concernées avant la mise en place des pièges pondoirs.

Ces modalités font l'objet d'une actualisation chaque année.

Carte 1 : classement actuel des départements en métropole



ANNEXE I

DESCRIPTION INDICATIVE DES OPÉRATIONS DE SURVEILLANCE
D'AEDES ALBOPICTUS PRÉVUES EN 2012

Déploiement du réseau de surveillance de la progression d'*Aedes albopictus* en métropole pour 2012.

1. Sélection et hiérarchisation des sites à surveiller.

La propagation du moustique *Aedes albopictus* est en constante progression depuis sa première détection à Menton en 2004. Son principal mode d'expansion est la diffusion « en tache d'huile » autour de ses lieux d'implantation *via* les transports de personnes, principalement par voies routières. Le transport de marchandises peut également contribuer au déplacement de stocks d'œufs pondus sur celles-ci. La distance entre les sites d'origine (œufs) et les sites d'éclosion peut être considérée comme un facteur de risque (relation négative), si ces sites ont des caractéristiques climatiques très différentes (adaptation). Le transport de proche en proche est donc particulièrement favorable à la diffusion d'*Aedes albopictus*, comme le prouvent les données historiques de surveillance.

Le transport de marchandise intranational est donc un élément à fort potentiel de diffusion d'*Aedes albopictus*. Si celui-ci peut se faire par voies routières, ferroviaires ou navigables, l'essentiel du transit reste dévolu au secteur routier, le fer et le fluvial restant plus anecdotiques. Le réseau routier est également le moyen de transport le plus utilisé pour les déplacements de personnes au niveau national. Compte tenu de ces deux facteurs de diffusion (personnes et marchandises), l'essentiel de l'effort de surveillance est basé sur le réseau autoroutier.

Les marchés d'intérêts nationaux, zones d'échanges intranationaux intenses pouvant contribuer à la propagation d'*Aedes albopictus* provenant de la zone colonisée (transport d'adultes ou de marchandises portant des œufs), sont inclus dans le réseau de surveillance (voir carte 2).

Les points d'entrée internationaux constituent le portail privilégié de diffusion transcontinental de l'espèce ; cependant, les populations transportées ne retrouvent pas forcément les conditions idéales à leur développement à leur arrivée, ce qui limite leur potentiel invasif. Ils doivent cependant être surveillés pour éviter toute introduction et diffusion potentielle éloignée de la zone colonisée.

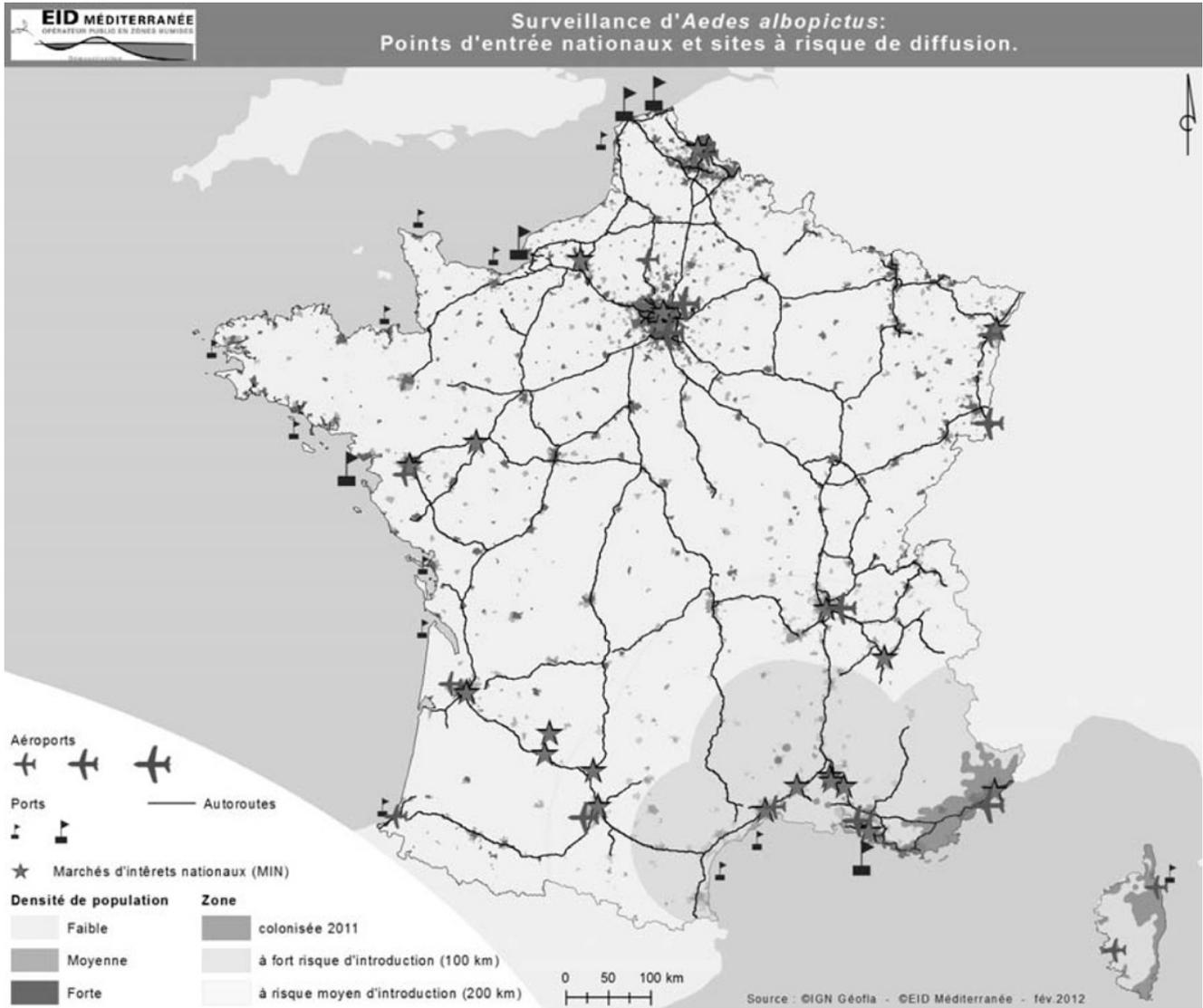
Les principaux ports de fret et aéroports internationaux identifiés à l'échelle nationale comme pouvant constituer un portail d'entrée pour de nouvelles souches d'*Aedes albopictus* de par les volumes transportés, la nature des marchandises ou le nombre de passagers et leur provenance sont : les ports de Marseille, Nantes - Saint-Nazaire, Le Havre, Calais et Dunkerque ; les aéroports de Nice, Marseille, Toulouse, Lyon, Bâle-Mulhouse, Paris-Roissy et Paris-Orly (carte 2).

Les priorités de choix des sites de surveillance sont définies comme suit :

- sites en bordure de la zone colonisée (année $n - 1$) ;
- principaux axes de transport routier en provenance de la zone colonisée ;
- communes et agglomérations un peu plus éloignées, mais à proximité de la zone colonisée ;
- points d'arrêts des axes de communication (tous types confondus) partant de la zone colonisée (française, italienne ou espagnole) ;
- grandes agglomérations sensibles (axes routiers, distance de la zone colonisée, fret, plates-formes logistiques, marché d'intérêts nationaux) ;
- points d'entrée internationaux (ports, aéroports, ferroutage, etc.)

Une fois ces principales zones couvertes, des sites sont ajoutés dans les zones non surveillées pour couvrir la plus large portion du territoire possible.

Carte 2 : zone colonisée par *Aedes albopictus* en 2011 et sites à risque d'introduction en métropole



FICHE 2
SURVEILLANCE HUMAINE

La surveillance épidémiologique humaine est adaptée au niveau de risque vectoriel.

La surveillance est essentielle dans les zones où des vecteurs potentiels sont présents et durant leur période d'activité afin d'éviter la dissémination des virus du chikungunya et de la dengue. Des mesures adaptées sont rapidement mises en œuvre pour empêcher les moustiques vecteurs d'être infectés par un arbovirus en piquant une personne malade en phase de virémie. La réactivité et l'exhaustivité des actions de surveillance permettent de circonscrire les cas observés et d'empêcher la transmission autochtone.

Dans les zones exemptes de moustique vecteur, sans possibilité d'implantation et de diffusion locale du virus, la surveillance a surtout un rôle de veille épidémiologique des cas importés et de documentation des sérotypes circulants de la dengue au niveau mondial. Lorsque les cas humains proviennent de pays ou territoires où se déroule une épidémie de dengue bien documentée, la surveillance des sérotypes n'est plus systématiquement indispensable.

Procédure de signalement et de notification

Trois situations sont distinguées :

I. – ENSEMBLE DU TERRITOIRE MÉTROPOLITAIN : SIGNALEMENT ET DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE TOUTE INFECTION CONFIRMÉE À VIRUS DU CHIKUNGUNYA OU DE LA DENGUE

Les infections à virus du chikungunya et de la dengue font partie des maladies à déclaration obligatoire depuis 2006 (article D. 3113-6 du code de la santé publique) dans l'ensemble des départements métropolitains et dans les départements de l'océan Indien.

Dans les départements français des Amériques (DFA), l'infection à chikungunya est à déclaration obligatoire (DO). En revanche, le caractère endémique et épidémique de la dengue y rend la DO inadaptée.

La déclaration obligatoire (DO) concerne les cas confirmés et a pour objectifs :

- la surveillance des cas importés afin de mettre en place les mesures visant à prévenir la transmission de la maladie autour de ces cas en fonction du risque vectoriel ;
- la détection rapide des cas autochtones de façon à identifier une transmission autochtone de virus et à orienter les mesures de lutte antivectorielle ;
- le suivi des tendances épidémiologiques et des sérotypes circulant dans les territoires de provenance des souches.

Doivent être immédiatement signalés à l'ARS (par tout moyen approprié, téléphone, fax, message électronique) puis notifiés, à l'aide de la fiche de notification de DO :

- tout cas de chikungunya (importé ou autochtone) défini par la mise en évidence d'une fièvre supérieure à 38,5 °C d'apparition brutale et de douleurs articulaires invalidantes et d'une confirmation biologique (IgM positives ou séroconversion ou RT-PCR positive) ;
- tout cas de dengue (importé ou autochtone) défini par la mise en évidence d'une fièvre supérieure à 38,5 °C d'apparition brutale, et d'au moins un signe algique (céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, douleur rétro-orbitaire) et d'une confirmation biologique (IgM positives ou séroconversion ou augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants d'au moins dix jours ou RT-PCR ou test NS1 positif ou isolement viral).

Le déclarant, médecin ou biologiste, doit envoyer la fiche de DO à la cellule de veille et alerte de l'ARS concernée sous pli confidentiel avec la mention « secret médical ». L'ARS est chargée, outre l'analyse et la gestion du risque sanitaire correspondant, de valider les notifications, d'éliminer les doublons, d'anonymiser les fiches et de les transmettre au département des maladies infectieuses (DMI) de l'InVS. Pour les départements bénéficiant d'une surveillance renforcée (présence avérée d'*Aedes albopictus*) et utilisant le logiciel Voozarbo, l'émission de la fiche de notification de DO reste indispensable.

L'InVS est chargé de saisir les fiches de notification de DO et d'effectuer périodiquement une analyse et une information sur les données recueillies.

Accès aux outils :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Dispositifs-de-surveillance-et-partenaires>

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Dengue/Dispositifs-de-surveillance-et-partenaires>

II. – DANS LES ZONES GÉOGRAPHIQUES AVEC UN POTENTIEL D'INSTALLATION D'*Aedes albopictus* (NIVEAU 0[b]) : INFORMATION RENFORCÉE DES DÉCLARANTS

La surveillance est fondée sur la déclaration obligatoire (DO) dont l'exhaustivité est essentielle. Au regard des données de surveillance entomologique de 2011, les régions concernées sont Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Corse, Rhône-Alpes, Aquitaine et Midi-Pyrénées. Dans ces régions, l'ARS assure une sensibilisation renforcée des déclarants (médecins et biologistes) au signalement et à la notification des cas confirmés de dengue et de chikungunya par l'envoi en début de saison à risque d'un courrier d'information.

III. – DANS LES ZONES GÉOGRAPHIQUES AVEC PRÉSENCE AVÉRÉE D'*Aedes albopictus* (NIVEAU 1 ET PLUS) : SIGNALEMENT ACCÉLÉRÉ DES CAS SUSPECTS À L'ARS

Dans les zones de présence avérée d'*Aedes albopictus* (à partir du niveau 1), pendant la période d'activité attendue du vecteur du 1^{er} mai au 30 novembre, tous les cas suspects de dengue ou de chikungunya devront être signalés par les médecins ou les biologistes à la cellule veille et alerte de l'ARS et faire l'objet d'une demande de confirmation biologique (cf. « 1. Confirmation biologique » dont les modalités sont définies ci-après.

**Procédure de signalement accéléré des cas suspects à l'ARS
et de confirmation biologique par le CNR**

Définition des cas suspects :

- un cas suspect de chikungunya est défini par la présence d'une fièvre supérieure à 38,5 °C d'apparition brutale et de douleurs articulaires invalidantes en l'absence de tout autre point d'appel infectieux ;
- un cas suspect de dengue est défini par la présence d'une fièvre supérieure à 38,5 °C d'apparition brutale et d'au moins un signe algique (céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies ou douleur rétro-orbitaire) en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

1. Confirmation biologique

La transmission au CNR des arbovirus du prélèvement biologique par les laboratoires effectuant le prélèvement doit s'accompagner d'une fiche (1) intitulée « Fiche de signalement accéléré et demande de confirmation biologique », complétée par le médecin prescripteur des examens biologiques (RT-PCR et/ou sérologie) et/ou par le laboratoire effectuant le prélèvement.

Cette fiche doit être renseignée de façon précise et comporter la date de début des symptômes (fièvre) pour l'investigation virologique, l'interprétation des résultats et l'estimation des bornes de la période de virémie, de même que la notion de séjour à l'étranger et la date de retour dans le département.

La confirmation biologique des diagnostics est assurée par le CNR auquel sont adressés les prélèvements biologiques.

Une réflexion est en cours pour permettre d'augmenter la capacité diagnostique du dispositif en anticipation d'un éventuel épisode épidémique. Dans ce cadre, deux hôpitaux (CHU de Nîmes et hôpital La Timone, à Marseille) participent au dispositif de surveillance en lien avec le CNR (transmission de tous les résultats positifs pour confirmation) et informent rapidement l'ARS concernée de tout cas positif.

2. Gestion du signalement accéléré

Le laboratoire effectuant le prélèvement transmet la « fiche de signalement accéléré et demande de confirmation biologique » sans délai à la cellule veille et alerte de l'ARS par fax ou messagerie électronique et la confirmation secondaire par pli confidentiel.

Dès que l'ARS a été informée d'un cas suspect par le signalement ou la réception de la « Fiche de signalement accéléré et demande de confirmation biologique », elle s'assure que les prélèvements ayant fait l'objet d'une fiche de demande de confirmation biologique ont bien été envoyés dans les meilleurs délais au CNR.

Le CNR reçoit les prélèvements accompagnés de la fiche, effectue les analyses et transmet les résultats dans les meilleurs délais à l'ARS ainsi qu'au laboratoire demandeur.

En parallèle, l'ARS valide et complète les informations recueillies sur la fiche de signalement en procédant à l'investigation épidémiologique initiale du (des) cas suspect(s).

Dès le signalement d'un cas suspect, l'ARS mène des investigations autour du cas et évalue, entre autres, le statut d'exposition aux virus du chikungunya et de la dengue (importé ou autochtone). En fonction des données recueillies (notamment pour tout cas suspect importé, ayant séjourné durant la période de virémie dans un département où *Aedes albopictus* est implanté), l'ARS informe immédiatement les acteurs de la lutte antivectorielle (cf. fiche 5) pour entreprendre une prospection (enquête entomologique) et, le cas échéant, des mesures de contrôle autour des cas suspects (recherche et élimination ou traitement des gîtes larvaires, traitement adulticide). Cette information est faite à l'aide de la « Fiche de liaison ARS – LAV intervention autour d'un cas importé » (2).

Concernant les cas suspects autochtones, l'ARS recueille les données de l'investigation et attend le résultat des examens biologiques pour informer les acteurs de la LAV.

(1) Ces fiches sont accessibles aux adresses suivantes :

Pour les régions PACA et Corse :

http://www.invs.sante.fr/content/download/28785/149034/version/3/file/Fiche_conf_bio_Chik-Deng_version_2012_PACA_CORSE.pdf.

Pour la région Languedoc-Roussillon :

http://www.invs.sante.fr/content/download/28786/149058/version/2/file/Fiche_conf_bio_Chik-Deng_version_2012_LR.pdf.

(2) Cette « Fiche de liaison ARS – LAV intervention autour d'un cas importé » est accessible aux liens suivants :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/dengue/dispositif.htm>

ou <http://www.invs.sante.fr/surveillance/chikungunya/dispositif.htm>.

En cas de confirmation d'un cas autochtone ou de cas importés positifs signalés tardivement, l'ARS veille à l'information des acteurs en fonction de leur mission (cf. fiche 5).

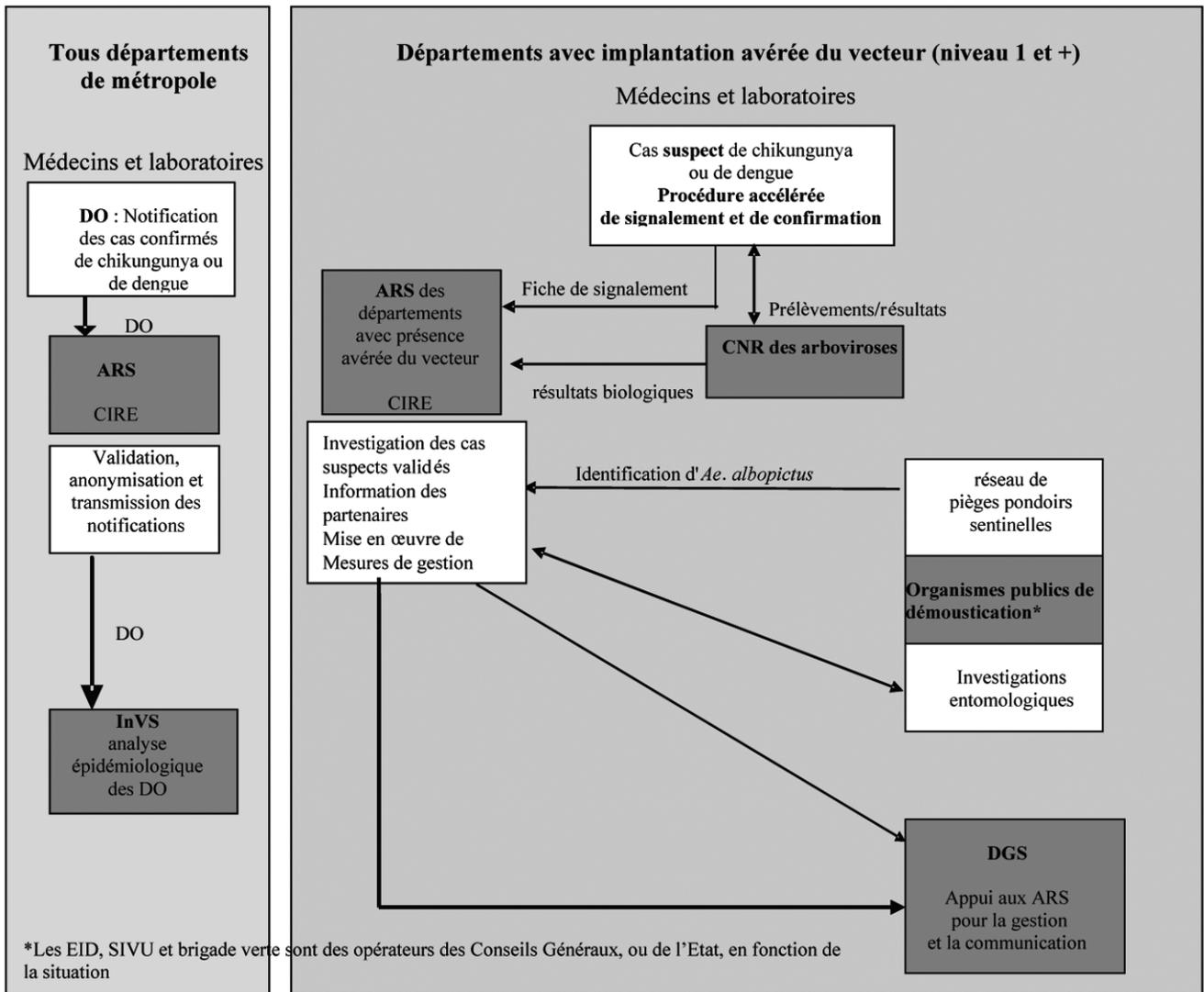
L'ARS partage régulièrement avec le CNR et le clinicien concerné les éléments liés au suivi de chaque cas. Par ailleurs, la CIRE de l'ARS concernée effectue un retour d'information (rétro-information) hebdomadaire destiné aux partenaires de la surveillance, la DGS, l'EID et les déclarants.

Référence : décret n° 2006-473 du 24 avril 2006 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANP0621551D>

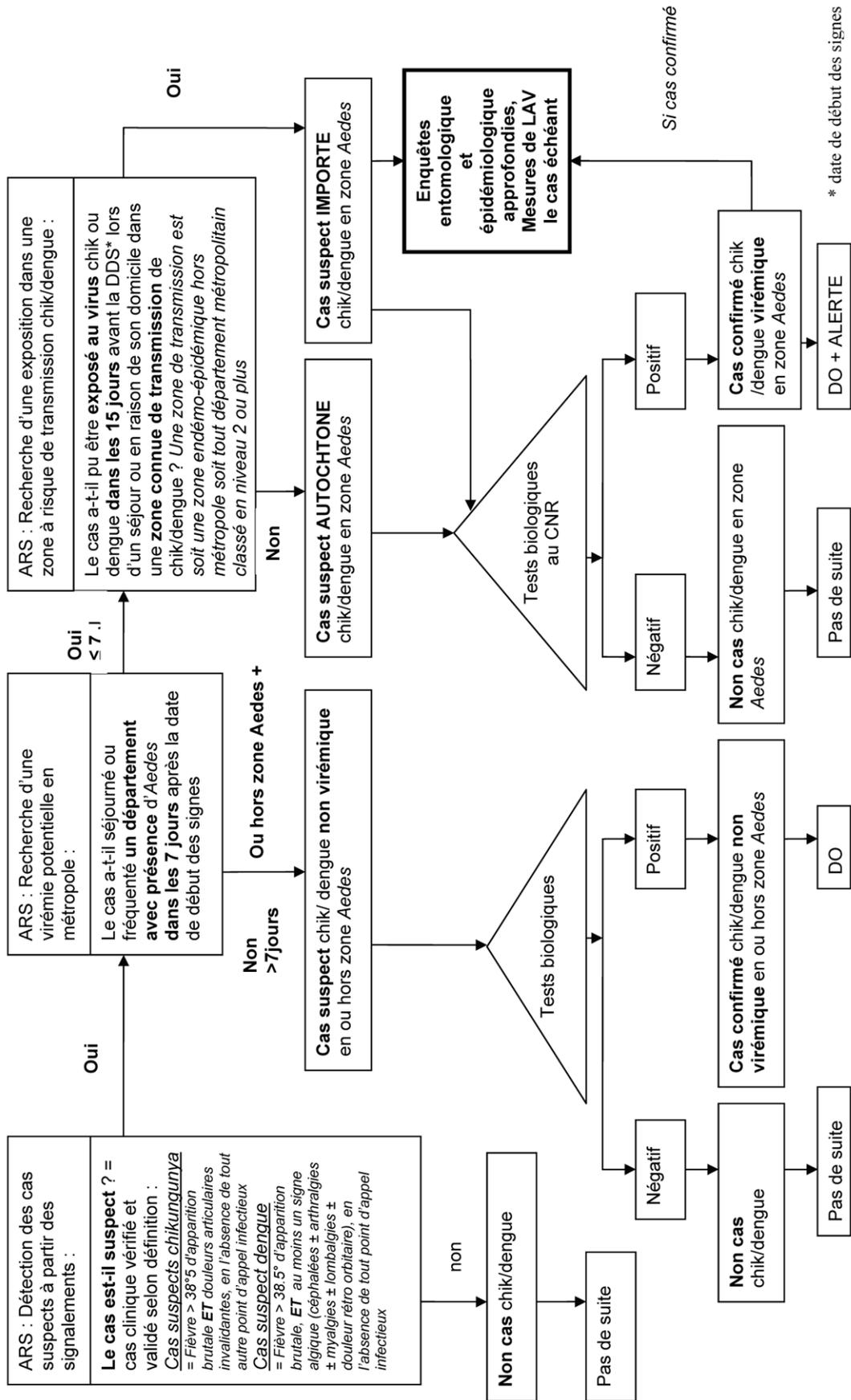
En résumé :

Ensemble du territoire métropolitain.	Déclaration obligatoire des cas confirmés biologiquement (signalement et notification).
Zone avec potentiel d'implantation du vecteur.	Déclaration obligatoire des cas confirmés biologiquement avec sensibilisation renforcée à la DO des déclarants potentiels.
Zone avec implantation avérée du vecteur : Alpes-Maritimes, Alpes-de-Haute-Provence, Var, Haute-Corse, Corse-du-Sud, Bouches-du-Rhône, Gard, Hérault et Vaucluse.	Signalement accéléré à l'ARS des cas suspects par tout déclarant en période d'activité du vecteur (mai-novembre). Confirmation du diagnostic par le Centre national de référence des Arboviroses (CNR). Recueil des données de la « Fiche de signalement accéléré et demande de confirmation biologique ». Investigation épidémiologique et, en fonction des données recueillies, investigation entomologique et mise en œuvre éventuelle des mesures de LAV.

Procédures de signalement et de notification



Conduite à tenir devant une suspicion de dengue ou de chikungunya dans un département métropolitain avec implantation d'*Aedes albopictus*



FICHE 3

REPÈRES POUR LE DIAGNOSTIC DE LA DENGUE ET DU CHIKUNGUNYA

Le chikungunya et la dengue sont des arboviroses dont la symptomatologie clinique souvent aspécifique est peu évocatrice en dehors d'un contexte épidémique.

Le diagnostic doit être évoqué devant toute personne présentant une symptomatologie clinique compatible, qu'elle revienne d'un voyage en zone d'endémie ou qu'elle ait séjourné dans une zone où l'*Aedes* est implanté.

Une confirmation biologique doit être systématiquement demandée. En situation épidémique avérée, le diagnostic clinique peut suffire le plus souvent (pour les formes cliniques non compliquées, vues en ambulatoire).

1. Diagnostic clinique

Chikungunya

Incubation de quatre à sept jours en moyenne (minimum un et maximum douze jours).

Apparition brutale d'une fièvre élevée accompagnée d'arthralgies qui peuvent être intenses touchant principalement les extrémités des membres (poignets, chevilles, phalanges). Surviennent également des myalgies (douleurs musculaires), des céphalées et parfois une éruption maculopapuleuse. Des hémorragies bénignes à type de gingivorragies sont aussi possibles, surtout chez les enfants.

Les infections asymptomatiques existent.

L'immunité acquise paraît durable.

L'évolution clinique est variable. Elle peut être rapidement favorable, le malade répondant bien au traitement symptomatique, mais la maladie peut aussi évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies persistantes et incapacitantes. Pendant la convalescence qui peut durer plusieurs semaines, le malade présente une asthénie importante.

Formes graves : sur l'ensemble des cas signalés depuis mars 2005 à La Réunion, des formes graves dont des atteintes neurologiques, hépatiques et des cas de transmission materno-néonatale ont été constatés chez un petit nombre de patients.

Virémie : de cinq à sept jours (jusqu'à douze jours dans de rares cas).

Dengue

Incubation de cinq à sept jours (minimum trois et maximum quinze jours).

Apparition brutale d'une fièvre élevée et de symptômes peu spécifiques : céphalées frontales, douleurs rétro-orbitaires, douleurs musculo-articulaires, asthénie et, de façon inconstante, éruption maculopapuleuse affectant le tronc et s'étendant vers le visage et les extrémités, vomissements. Des hémorragies limitées sont aussi possibles à type de pétéchies, purpura, gingivorragies, épistaxis ou saignement digestif.

Les infections sont souvent pauci-symptomatiques ou asymptomatiques.

L'infection par un sérotype donné (DEN-1 à 4) confère une immunité prolongée mais n'offre pas d'immunité croisée contre les autres sérotypes.

L'évolution clinique est variable. Dans certains cas, l'infection évolue, après deux à sept jours et la défervescence thermique, vers un tableau grave de dengue hémorragique (ecchymoses en nappe, saignements digestifs abondants) avec ou sans syndrome de choc, en particulier chez les enfants de moins de quinze ans.

Formes graves : hormis les formes évoluant vers une dengue hémorragique ou une dengue avec syndrome de choc, il existe, dans de rares cas, des formes neurologiques (encéphalites) ou des atteintes organiques (myocardite, pancréatite).

Virémie : de cinq à sept jours.

2. Diagnostic biologique

En raison de la similarité de la symptomatologie clinique, les deux infections doivent être recherchées pour les patients de retour d'une zone de circulation des virus dengue et chikungunya ou si l'on suspecte un cas autochtone. On parle communément de « syndrome dengue-like ». En termes de santé publique et de prévention de la dissémination des arboviroses, la confirmation biologique est de la plus haute importance dans toute la zone métropolitaine où *Aedes albopictus* est implanté ; en dehors de cette zone et de la période d'activité du vecteur, ou en cas d'épidémie avérée, la confirmation systématique n'est pas pertinente en termes de santé publique mais peut avoir un intérêt individuel clinique.

Les modalités du diagnostic biologique sont équivalentes pour les deux maladies et sont dictées par la cinétique de la virémie et des anticorps viraux (cf. schéma ci-dessous). Le diagnostic biologique fait appel à la détection du virus, de son génome ou, dans le cas de la dengue, d'antigènes

viraux, constituant un diagnostic direct, réservé au stade précoce de la maladie, en pratique la première semaine après le début des symptômes. La détection d'anticorps IgG et IgM, ou diagnostic indirect, est privilégiée à partir du cinquième jour (1). Entre J5 et J7, les tests directs et indirects peuvent contribuer au diagnostic et doivent y être pratiqués de concert (cf. algorithme p. 23).

L'isolement viral est une technique réservée au Centre national de référence (CNR).

Dans les cinq premiers jours de la maladie, le diagnostic direct de dengue peut être réalisé en première intention dans le cas d'une primo-infection par la mise en évidence de l'antigène NS1 pour assurer les diagnostics dans les zones d'épidémie avérée. Dans tous les cas, les résultats négatifs devront continuer à être investigués par un test d'amplification génique (RT-PCR en temps réel).

Ce test n'est pas indiqué en métropole dans les zones dans lesquelles *Aedes* est présent (département de niveau 1 ou plus) ou en cas de signe de gravité (recommandation HCSP).

Dans les zones sans implantation d'*Aedes*, ce test est réservé aux patients provenant d'une zone d'épidémie avérée (recommandation HCSP). Dans tous les cas, un test anti-NS1 négatif isolé ne peut exclure le diagnostic et doit être complété par une sérologie et/ou PCR.

L'indication de ces analyses dépend du moment où le prélèvement est réalisé par rapport à la date de début des signes :

- jusqu'à cinq jours après le début des signes (J5) : test direct RT-PCR ;
- entre J5 et J7 : test direct RT-PCR et sérologie ;
- après J7 : sérodiagnostic uniquement (IgG et IgM). Il est impératif de rappeler aux prescripteurs (cliniciens et biologistes) la nécessité de réaliser une deuxième sérologie de confirmation au plus tôt dix jours après le premier prélèvement.

Circuits des prélèvements pour la confirmation biologique

Dans les départements en niveau zéro ou en dehors de la période d'activité du vecteur, le cas suspect peut être prélevé dans tout laboratoire de biologie médicale (LBM) ou laboratoire hospitalier pour la sérologie et la RT-PCR. Ces laboratoires s'assurent ensuite de l'acheminement des prélèvements vers différents laboratoires réalisant le diagnostic sérologique et vers le CNR pour la réalisation de la RT-PCR, dans les plus brefs délais et dans les conditions décrites dans le tableau ci-dessous. Le CNR réalise également en seconde intention la confirmation des cas positifs de ces différents laboratoires.

Dans les départements en niveau 1, le cas suspect peut être prélevé dans tout laboratoire de biologie médicale (LBM) ou laboratoire hospitalier pour la sérologie et la RT-PCR.

Ces laboratoires s'assurent ensuite de l'acheminement des prélèvements au CNR dans les plus brefs délais et dans les conditions décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. – Modalités de prélèvement et d'expédition des prélèvements

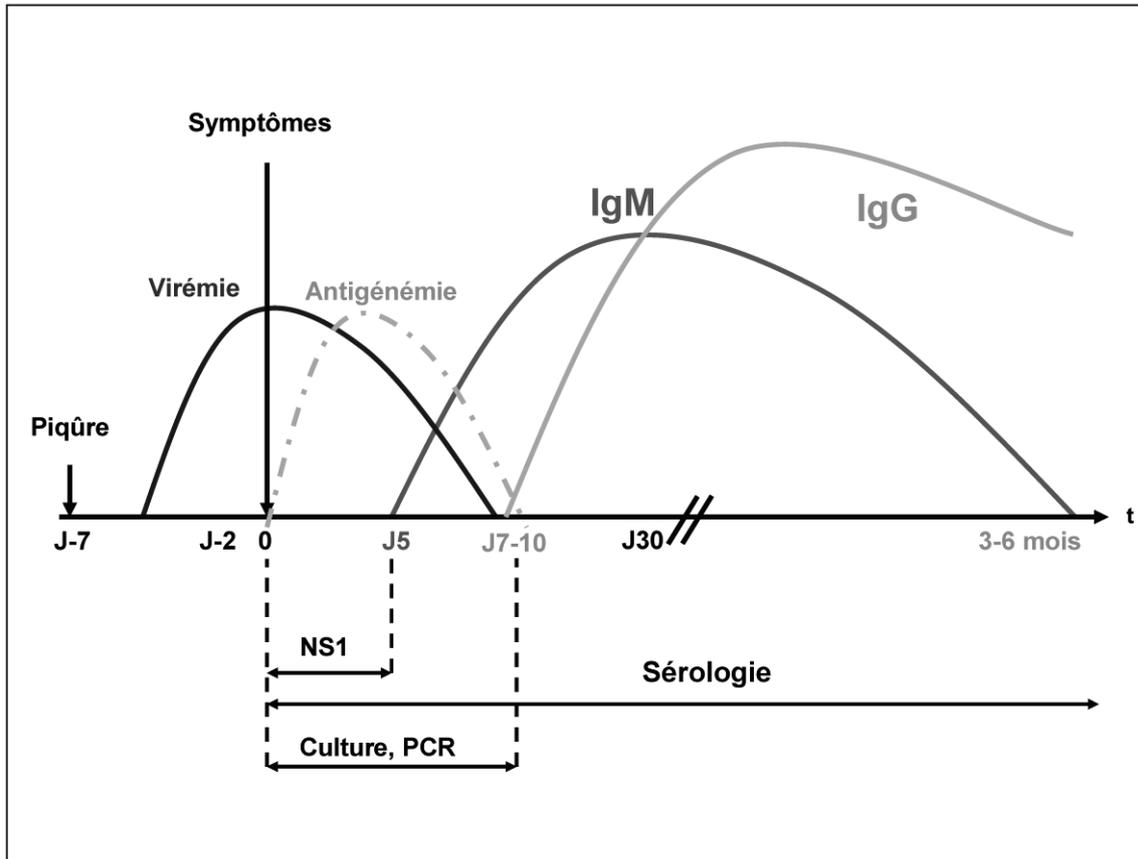
PRÉLÈVEMENT	TUBE (1 × 5 ml)	ANALYSES			ACHEMINEMENT
		Sérologie	RT-PCR	Isolement	
Sang total	EDTA	X	X	X	+ 4 °C
Sérum	Sec	X	X	X	+ 4 °C
Plasma	EDTA	X	X	X	+ 4 °C

Pour l'interprétation des résultats biologiques, chaque demande d'analyse doit être accompagnée d'une fiche de renseignements cliniques.

La fiche de renseignements à utiliser en saison de surveillance (du 1^{er} mai au 30 novembre) dans les départements en niveau 1 (implantation d'*Aedes albopictus*) est la « Fiche de signalement accéléré et demande de confirmation biologique » (cf. fiche 2).

(1) Une sérologie (IgG et IgM) est systématiquement réalisée sur le prélèvement initial afin d'établir un statut immunitaire de référence pour les analyses sérologiques de confirmation (mise en évidence de séroconversion ; titrage d'anticorps...) pratiquées sur un sérum tardif.

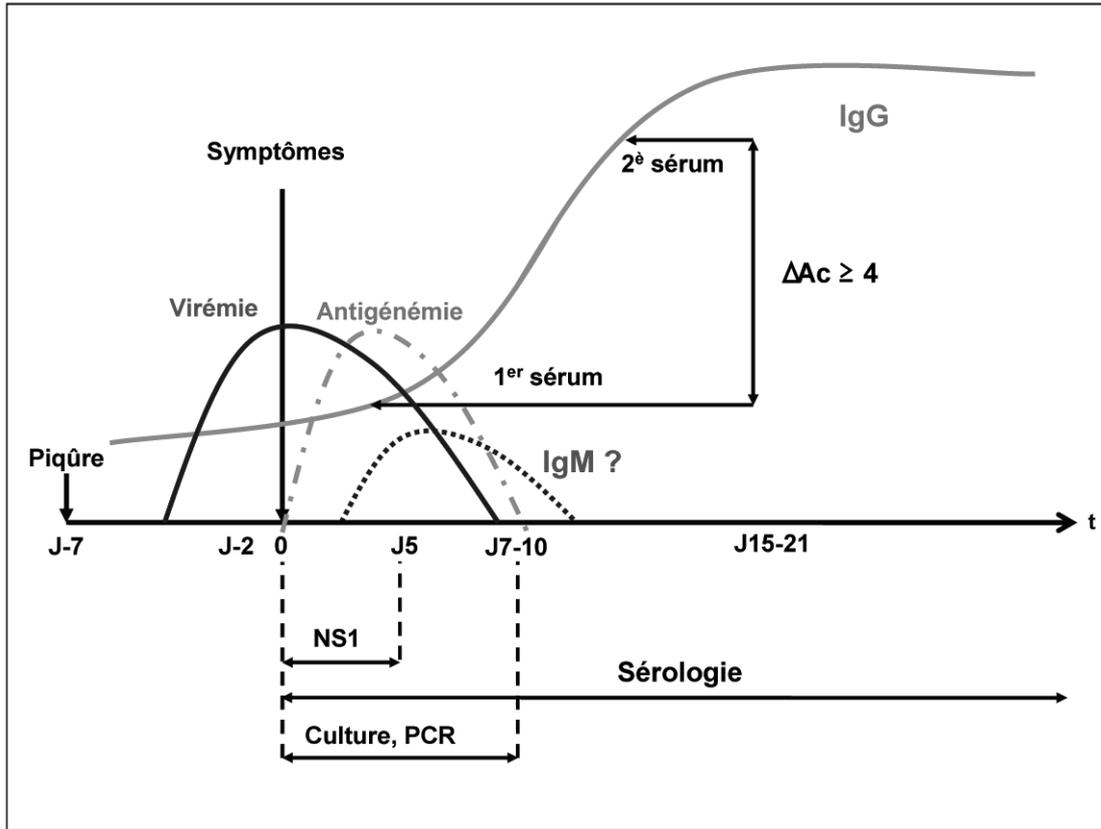
Cinétique des marqueurs biologiques des primo-infections par les virus de la dengue ou du chikungunya (source : IRBA Marseille, CNR des arbovirus)



Nota bene :

- les durées d'incubation et de virémie indiquées sont des durées moyennes ;
- pour la dengue :
 - i. La succession de l'apparition des marqueurs est perturbée en cas d'infection secondaire (cf. schéma suivant) ;
 - ii. la thrombocytopénie et les signes d'hémoconcentration sont constants en cas de formes sévères (dengue hémorragique, syndrome de choc hypovolémique).

Cinétique des marqueurs biologiques des dengues secondaires
(Source : IRBA Marseille, CNR des arbovirus)

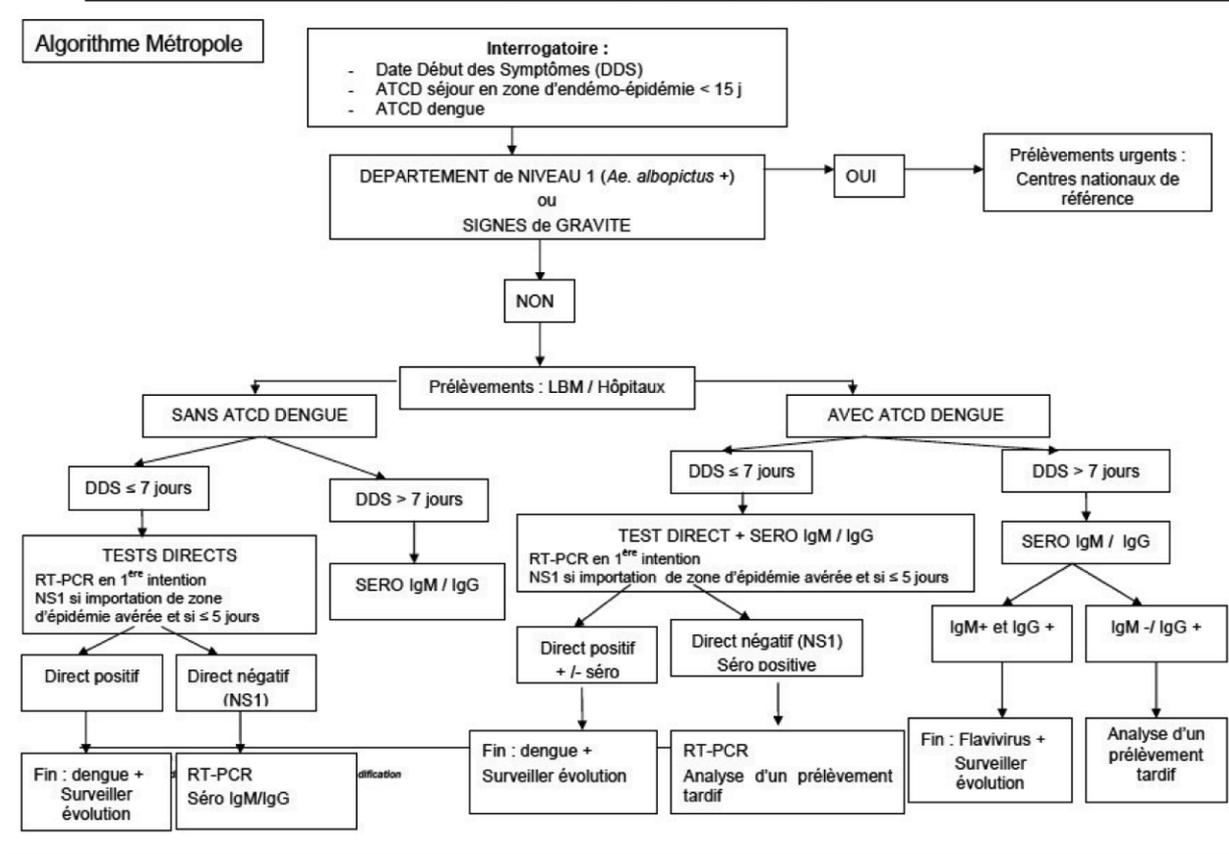


(privilégier la RT-PCR en temps réel).

La confirmation des cas de dengue secondaires est caractérisée par une augmentation par 4 du titre en IgG sur deux échantillons de sérum prélevés à au moins dix jours d'intervalle.

Algorithme décisionnel pour le diagnostic biologique de la dengue en métropole
 Source : annexe de l'avis du HCSP en date du 21 janvier 2011

Stratégie de diagnostic biologique de la dengue - 21 janvier 2011



3. Interprétation du diagnostic biologique lors d'une suspicion de cas autochtone en dehors d'un contexte épidémique ou d'un contexte de cas groupés

Un test biologique de confirmation doit être interprété avec prudence. En effet, des faux positifs existent, et la valeur prédictive positive d'un test est d'autant plus faible que la prévalence de la maladie est faible. En conséquence, en dehors d'un contexte épidémique ou de circulation virale documentée, un seul test biologique positif ne permet pas de conclure à un diagnostic de certitude. Il faut donc interpréter ces résultats en tenant compte de différents paramètres :

- contexte épidémiologique ;
- antécédents médicaux du patient et comorbidités ;
- contexte entomologique ;
- conditions climatiques ;
- description clinique ;
- modalités de diagnostic biologique (privilégier la RT-PCR en temps réel).

Cette interprétation doit toujours être réalisée en étroite concertation avec le CNR ainsi que les cliniciens, l'InVS et l'ARS (y compris la CIRE).

Liens utiles :

Déclaration obligatoire du chikungunya :

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12685.do.

Déclaration obligatoire de la dengue :

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12686.do.

Fiche de signalement accéléré et demande de confirmation biologique et guide de remplissage approprié :

PACA – Corse :

http://www.invs.sante.fr/content/download/28785/149034/version/2/file/Fiche_conf_bio_Chik-Deng_version_2012_PACA_CORSE.pdf.

Languedoc-Roussillon :

http://www.invs.sante.fr/content/download/28786/149058/version/2/file/Fiche_conf_bio_Chik-Deng_version_2012_LR.pdf.

Dossier spécial chikungunya et dengue – point sur les connaissances et la conduite à tenir à destination des professionnels de santé :

<http://www.sante.gouv.fr/chikungunya,959.html> ;

<http://www.sante.gouv.fr/la-dengue-information-prevention-historique.html>.

Stratégie de diagnostic biologique de la dengue (HCSP, 2011) :

<http://www.hcsp.fr/explorer.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdomaine=1&clefr=199>.

Instructions 2009 de l'OMS concernant la dengue : diagnostic, traitement, prévention et contrôle (en anglais)

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871_eng.pdf.

Point sur les connaissances dengue de l'INVS :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/dengue/default.htm>.

Point sur les connaissances chikungunya de l'INVS :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Points-sur-les-connaissances>.

Instructions 2009 de l'OMS concernant le chikungunya (bureau pour l'Asie du Sud-Est, en anglais) (i) prévention et contrôle

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Chikungunya_SEA-CD-182.pdf et (ii) prise en charge clinique

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Chikungunya_guidelines_clinical_mgmt_chikungunya_fv.pdf.

FICHE 4

NIVEAUX DE RISQUE ET INSTANCES

1. Définition de niveaux de risque à partir des données de la surveillance entomologique et humaine

Niveau <i>Albopictus</i> 0	0.a absence d' <i>Aedes Albopictus</i> 0.b présence contrôlée (observation d'introduction suivie de traitement puis d'une élimination ou d'une non-prolifération du moustique).
Niveau <i>Albopictus</i> 1	<i>Aedes Albopictus</i> implanté et actif.
Niveau <i>Albopictus</i> 2	<i>Aedes Albopictus</i> implanté et actif et présence d'un cas humain autochtone confirmé de transmission vectorielle de chikungunya ou dengue.
Niveau <i>Albopictus</i> 3	<i>Aedes Albopictus</i> implanté et actif et présence d'un foyer de cas humains autochtones (définition de foyer : au moins deux cas groupés dans le temps et l'espace).
Niveau <i>Albopictus</i> 4	<i>Aedes Albopictus</i> implanté et actif et présence de plusieurs foyers de cas humains autochtones (foyers distincts sans lien épidémiologique ni géographique entre eux).
Niveau <i>Albopictus</i> 5	<i>Aedes Albopictus</i> implanté et actif 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'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.

1.1. Activation d'un niveau supérieur du plan

Pour passer en niveau 1, un département préalablement être classé sur la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population. Cette liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'environnement (arrêté du 26 août 2008 modifié, cf. fiche 9).

Le DGS informe par courrier le préfet de département et l'ARS correspondante de chaque changement de niveau (niveau 1 ou niveaux supérieurs). La DGS envoie ce courrier aux destinataires précités dans un premier temps par courrier électronique, puis dans un deuxième temps par voie postale. La DGS en informe la direction de la prévention des risques (DGPR).

À noter qu'à partir du niveau 1, l'analyse de risque intègre la surveillance humaine.

Le niveau de risque s'applique à l'ensemble du département en se fondant sur le risque le plus élevé même si certaines communes du département font face à des situations différentes.

1.2. Retour au niveau 1

Le retour au niveau 1 dans un département intervient quarante-cinq jours après la date de début des signes du dernier cas humain déclaré, mais peut intervenir au-delà de ce délai en fonction de la situation entomologique et/ou épidémiologique. Cette durée correspond à deux fois le cycle moyen de transmission du virus depuis le repas infectant du moustique jusqu'à la fin de la virémie chez l'homme.

Ce changement de niveau est effectué par le DGS dans les mêmes conditions et par les mêmes modalités de mise en place.

2. Une coordination locale par le préfet

Le préfet met en place dès le niveau 1 une cellule départementale de gestion placée sous son autorité. Cette cellule réunit les différents acteurs concernés par la gestion de la situation et, en particulier : ARS, EID, collectivités territoriales et autres professionnels concernés, afin de définir des actions à mettre en œuvre en termes de surveillance épidémiologique, de lutte antivectorielle et de communication. Le préfet informe le DREAL des actions de lutte antivectorielle.

Par ailleurs, dans les régions concernées par la présence d'*Aedes Albopictus* (contrôlée ou pérenne), le préfet de région pourra réunir le comité régional de sécurité sanitaire (article R. 1435-6 CSP) à la demande du directeur général de l'ARS, avant le début de la saison à risque, afin de coordonner les interventions de LAV et d'apporter un appui et une expertise techniques auprès de la ou des cellules départementales de gestion, en réunissant les principaux acteurs concernés par l'organisation de la lutte antivectorielle (représentants des collectivités territoriales, des administrations déconcentrées de l'État – DREAL, rectorat, établissements de santé, URPS, EID).

3. Une coordination nationale par la DGS

La cellule nationale d'aide à la décision (CNAD)

Composition : elle regroupe les agences de sécurité sanitaires concernées, notamment l'InVS, l'ANSM et l'ANSES, les instances d'expertise spécialisées (CNR, EID, CNEV...), les ARS et ARS de zone, la DGPR ainsi que, le cas échéant, des représentants des collectivités territoriales.

Missions : la CNAD propose au DGS, pour décision, les changements de niveau du plan, des mesures de gestion appropriées à chaque niveau de risque, en fonction de la situation entomologique et épidémiologique, des modifications éventuelles des modalités de gestion et, à partir du niveau 5, la délimitation des foyers actifs de transmission.

Fonctionnement : la CNAD est activée par la DGS qui en assure le secrétariat. Elle est mise en alerte tout au long de la saison d'activité du vecteur en fonction de l'évolution des données épidémiologiques et entomologiques (critères d'activation : tout événement entomologique ou épidémiologique inhabituel, par exemple, signalement par un EID de l'implantation d'*Aedes Albopictus* dans un nouveau département, signalement du premier cas autochtone confirmé, d'un foyer de cas autochtones, etc.). Elle peut se réunir en dehors de la saison à risque, notamment lorsqu'un département est suspecté en fin de saison d'être colonisé par *Aedes Albopictus*, afin d'anticiper le passage en niveau 1 la saison suivante.

Cette activation est effectuée par la DGS au moyen d'un courrier électronique aux participants valant convocation. Elle se réunit sous forme de conférence téléphonique.

La DGS veille à sa bonne coordination avec la ou les cellules départementales de gestion impliquées.

Tableau : composition de la CNAD

<p>Direction générale de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - département des urgences sanitaires ; - sous-direction prévention des risques infectieux.
<p>Direction générale de la prévention des risques.</p>
<p>Institut de veille sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - département des maladies infectieuses : unités des maladies entériques, alimentaires et des zoonoses ; - département international.
<p>Agence nationale de sécurité du médicament (ex-Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - département de l'évaluation des produits biologiques ; - service de coordination de l'information des vigilances, des risques et des actions de santé publique.
<p>CNR des arbovirus : IRBA, antenne de Marseille.</p>
<p>Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).</p>
<p>Centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV).</p>
<p>Agence régionale de santé concernée (CVAGS, service santé-environnement, CIRE).</p>
<p>Organisme public de démoustication concerné : EID Méditerranée, EID Atlantique, EID Rhône-Alpes, SIVU du Bas-Rhin et brigade verte du Haut-Rhin.</p>
<p>En tant que de besoin, tout autre acteur (notamment local), dont la contribution est nécessaire à la bonne appréciation de la situation sera convié à participer à la CNAD.</p>

Tableau récapitulatif des actions à mener en fonction du niveau de risque

	NIVEAU 0 a		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5 a	NIVEAU 5 b
	NIVEAU 0 a	NIVEAU 0 b						
Surveillance DO	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui pour les nouveaux cas survenant en dehors des foyers existants et les cas hospitalisés	Non
Signalement accéléré et validation des cas suspects	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Procédure accélérée de confirmation du diagnostic	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui pour les nouveaux cas survenant en dehors des foyers existants et les cas hospitalisés	Uniquement pour les cas hospitalisés
Enquête épidémiologique sur les cas importés et autochtones	NA		Oui pour les cas importés	Oui avec recherche active des cas en périodomiciliaire	Oui avec recherche active des cas en périodomiciliaire	Oui avec recherche active des cas en périodomiciliaire	Oui pour les nouveaux cas survenant en dehors des foyers existants	Non
Recherche active de cas auprès des médecins généralistes et des LBM de la zone concernée (1)	Non		Non	Oui pour le cas autochtone	Oui	Oui	Oui activation progressive des dispositifs de surveillance sentinelle	Passage en surveillance sentinelle
Surveillance des passages aux urgences (RPU) (2)	Non		Non	Non	Oui	Oui	Oui	
Surveillance active des cas hospitalisés ou sévères (3)	Non		Non	Non	Non	Non	Oui	
Surveillance des décès à partir des certificats de décès et données Insee	Non		Non	Non	Non	Non	Oui	

	NIVEAU 0 a		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5 a	NIVEAU 5 b
	NIVEAU 0 b							
Toxicovigilance (cas groupés d'intoxication par les produits de la LAV)	Non		Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Enquête entomologique autour des cas suspects importés et validés par l'ARS (4) Recherche et élimination des gîtes	NA		Oui (4)	Oui	Oui	Oui		Non
Enquête entomologique autour des cas autochtones confirmés Recherche pérfocale et élimination des gîtes	NA		NA	Oui (5)	Oui	Oui		Non sauf nouveaux cas survenant en dehors des foyers existants
Protection individuelle et réduction des gîtes péridomestiques	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle des vecteurs par les professionnels de la démositication	NA		LAV pérfocale autour des cas si possible/nécessaire Définir les opérations préventives et curatives adéquates et le périmètre d'intervention (pérfocal) (6)	Définir les opérations préventives et curatives adéquates et le périmètre d'intervention (pérfocal) (7)	Définir les opérations préventives et curatives adéquates et le périmètre d'intervention (pérfocal) (7)	Définir les opérations préventives et curatives adéquates et les périmètres d'intervention (pérfocal) (7)	Définir les opérations préventives et curatives adéquates et les périmètres d'intervention (7) A considérer autour des nouveaux cas survenant en dehors des foyers existants	
	Traitement immédiat de tous les sites d'introduction avérée							
Cellule départementale de gestion (8)	Non mais installation possible suivant la situation locale		Mise en alerte	Activée	Activée	Activée	Activée	Activée

	NIVEAU 0 a		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5 a	NIVEAU 5 b
	NIVEAU 0 b							
Communication aux professionnels de santé	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	sensibilisation des déclarants						
Communication au public et aux voyageurs	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	à direction du grand public						
Communication aux collectivités territoriales	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui							
Mesures de contrôle sanitaire aux frontières. Désinsectisation des moyens de transport en provenance des zones à risque	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Programme de lutte contre les vecteurs autour des ports et aéroports (400 m)	Non		Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Alerte de la cellule « éléments et produits du corps humain » (7)	Non		Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Information des autorités sanitaires européennes et OMS	NA		NA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

NA : non applicable.
 (1) Recherche hebdomadaire des cas suspects.
 (2) Pour suspicion de chikungunya ou de dengue (dans les établissements de santé participant au réseau Oscour) plus des données agrégées pour l'ensemble des établissements de santé de la zone concernée (lorsque les RPJ seront fournies).
 (3) Les niveaux 2, 3 et 4 prévoient une investigation de chaque cas. Ces investigations fourniront les données concernant l'hospitalisation, les éventuelles formes graves et les décès.
 (4) Présence sur le territoire en période virémique (jusqu'à 7 jours après la date de début des signes).
 (5) Réalisé dans le cadre de la mission de surveillance d'Aedes albopictus confiée à l'EID par la DGS ou une collectivité territoriale.
 (6) Par les collectivités territoriales compétentes.
 (7) Par la cellule départementale de gestion.
 (8) Cette cellule présidée par le préfet de département réunit les différents acteurs concernés par la gestion de la situation et en particulier : ARS, CIRE, EID, collectivités territoriales concernées, afin de définir des actions à mettre en œuvre en termes de lutte antivectorielle et de communication.
 (9) Pour estimation du risque lié à la transfusion sanguine et à la greffe (voir fiche n° 6).

FICHE 5

CELLULE D'AIDE À LA DÉCISION (CAD) « ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS HUMAIN »

Activation et mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain en cas de nouvelle épidémie de chikungunya et de dengue

J. – CAD « ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS HUMAIN » :
ÉLÉMENT CENTRAL D'AIDE À LA DÉCISION DES MESURES

Il est impossible de prévoir la dynamique des prochaines épidémies de chikungunya ou de dengue. Il n'est donc pas possible d'établir un schéma précis et figé des mesures à appliquer *a priori* c'est-à-dire en dehors d'une alerte.

Dans ce contexte, il est constitué au niveau national une cellule d'aide à la décision (CAD) spécifique aux éléments et produits du corps humain qui sera activée lorsqu'un des critères définis ci-dessous sera rencontré. Ceci afin de proposer des mesures adaptées de prévention de la transmission de ces virus par les éléments et produits du corps humain dans le contexte particulier de l'alerte qui est signalée.

La cellule pourra se réunir aussi souvent que nécessaire à l'initiative d'au moins un des acteurs concernés, pour observer la dynamique de l'épidémie et ajuster si besoin les mesures. Son fonctionnement et sa composition sont communs à la CAD visant la prévention de la transmission du virus West Nile. Ils sont précisés en annexe 1.

II. – CRITÈRES POUR L'ACTIVATION DE LA CAD
« ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS HUMAIN »

Afin d'optimiser le fonctionnement de la CAD, des seuils d'activation ont été prédéterminés. Ces seuils qui tiennent compte des épisodes de circulation virale connus antérieurement dans chacun des territoires, n'aboutissent pas nécessairement à la mise en place de mesures de prévention, mais définissent les critères à partir desquels il est justifié de réunir la CAD.

Le critère d'activation le plus pertinent à prendre en compte est le nombre de cas humains. En effet, les signaux concernant la surveillance des vecteurs ne sont pas à eux seuls de bons indicateurs de la survenue d'une nouvelle épidémie ; ils ne sont donc pas adaptés pour estimer le nombre de donneurs potentiellement contaminés.

C'est l'InVS qui est chargé du relais de l'information visant à documenter ce critère. Les seuils d'activation de la CAD sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	MÉTROPOLE	ANTILLES	RÉUNION	ÉTRANGER
DENGUE	1 cas autochtone Niveau 2	Épidémie	Foyer de cas groupés	Selon la veille internationale et zone de présence du paludisme et de la maladie de Chagas
CHIKUNGUNYA	1 cas autochtone Niveau 2	1 cas autochtone	Épidémie	

Ainsi, la CAD sera systématiquement activée en présence d'un cas autochtone en métropole, ce qui correspond au niveau 2 défini dans la circulaire. Par ailleurs, elle sera activée si une ou plusieurs suspicions de transmission des virus par la transfusion ou la greffe sont déclarées (réseaux d'hémovigilance et de biovigilance *via* l'ANSM, l'EFS, le CTSA ou l'ABM).

Elle pourra aussi être activée en présence de cas de chikungunya et de dengue à l'étranger. Il est souvent difficile de suivre précisément la situation épidémiologique dans les pays et territoires endémo-épidémiques pour la dengue ou le chikungunya et de connaître dans le détail le développement spatio-temporel des épidémies. On peut considérer pour ces pays que le risque d'y acquérir la ou les pathologies existe en permanence, même s'il varie suivant la région visitée et la saison.

En revanche, pour les pays où la dengue et le chikungunya ne circulent pas sur un mode endémo-épidémique, la survenue d'un phénomène épidémique peut être assez sensiblement détectée et rapportée par les autorités nationales. L'information est ensuite captée par la veille internationale menée par l'InVS. De tels signaux, lorsqu'ils sont validés et documentés peuvent constituer un critère pour activer la CAD. Ainsi, la mise en place d'une exclusion des donneurs ayant voyagé dans ces pays et/ou des restrictions d'importation d'éléments et produits du corps humain sera discutée au cas par cas en fonction de la localisation géographique et de l'étendue de l'épidémie.

L'annexe 2 détaille les zones d'endémo-épidémie pour le chikungunya et la dengue, ainsi que les zones considérées comme *a priori* exemptes.

III. – LES MESURES DE PRÉVENTION

Selon la dynamique des prochaines épidémies de chikungunya ou de dengue, il pourra être envisagé des mesures graduelles en fonction de la situation géographique, de l'intensité de l'épidémie et de la circulation virale dans la zone touchée et de la date de l'alerte.

Aussi, alors que le rationnel détaillé des mesures a été discuté et précisé préalablement dans le cadre du groupe de travail arboviroses réuni par l'ANSM, les mesures de prévention envisageables sont regroupées dans les tableaux ci-dessous à titre indicatif et seront décidées dans le contexte de l'alerte traitée par la CAD.

Le choix des mesures doit dans la mesure du possible concilier la prévention de la transmission virale et le maintien des activités de collecte et de prélèvement pour assurer la continuité de l'approvisionnement des éléments et produits du corps humain.

Compte tenu des caractéristiques des virus responsables de la dengue et du chikungunya, il est rappelé que le risque de transmission par les médicaments dérivés du sang ne se pose pas *a priori* et que les produits de santé concernés sont les produits sanguins labiles et les greffons.

III.1. Tableau récapitulatif des mesures de prévention envisageables pour les produits sanguins labiles

ARBOVIROSES	COLLECTES EN ZONE D'ALERTE		COLLECTES EN DEHORS de la zone d'alerte	COLLECTES IMPACTÉES par une alerte à l'étranger
	Sélection des donneurs (tributaire du % des formes asymptomatiques)	Produits		
Dengue	<p>Contribution limitée : environ 50 % de formes pauci ou asymptomatiques</p> <p>Mesure non spécifique : en cas d'infection ou de fièvre >8°C au moment du don, contre-indication de 2 semaines après la disparition des symptômes</p> <p>Et</p> <p>Sensibilisation des donneurs à l'information post-don (IPD) si signes cliniques après don</p> <p>Exclusion des candidats au don se présentant avec un antécédent de dengue : 28 jours à compter de la disparition des signes cliniques</p>	<p>Mesure de première intention Quarantaine de 72 heures des CGR en l'attente d'une éventuelle IPD</p> <p>Mesure de seconde intention QBD (si disponible pour la transfusion) ou suspension de collecte en l'absence de QBD</p> <p>La situation des produits incluant une étape d'inactivation virale dans leur préparation sera discutée dans le cadre de la CAD</p>	<p>Donneurs à risque d'exposition au virus de la dengue du fait d'un séjour dans une zone de collecte en alerte : exclusion de 28 jours à compter du retour</p>	<p>Donneurs à risque d'exposition au virus de la dengue du fait d'un séjour à l'étranger (sauf si la zone d'alerte est déjà concernée par le paludisme ou la maladie de Chagas) : exclusion de 28 jours à compter du retour</p>
Chikungunya	<p>Contribution possible : 15 % de formes asymptomatiques</p> <p>Mesure non spécifique : en cas d'infection ou de fièvre >8°C au moment du don, contre indication de 2 semaines après la disparition des symptômes</p> <p>Et</p> <p>Sensibilisation des donneurs à l'information post-don (IPD) si signes cliniques après don</p> <p>Exclusion des candidats au don se présentant avec un antécédent de chikungunya : 28 jours à compter de la disparition des signes cliniques</p>	<p>Mesure de première intention Quarantaine de 72 heures des CGR en l'attente d'une éventuelle IPD</p> <p>Mesure de seconde intention QBD (si disponible pour la transfusion) ou suspension de collecte en l'absence de QBD</p> <p>La situation des produits incluant une étape d'inactivation virale dans leur préparation sera discutée dans le cadre de la CAD</p>	<p>Donneurs à risque d'exposition au virus chikungunya du fait d'un séjour dans une zone de collecte en alerte : exclusion de 28 jours à compter du retour</p>	<p>Donneurs à risque d'exposition au virus chikungunya du fait d'un séjour à l'étranger (sauf si la zone d'alerte est déjà concernée par le paludisme ou la maladie de Chagas) : exclusion de 28 jours à compter du retour</p>

* Qualification biologique des dons (QBD) : RT-PCR validée en transfusion en attente pour la dengue et le chikungunya.

III.2. Tableaux récapitulatifs des mesures de prévention envisageables pour les greffons

	PRÉLÈVEMENTS en zone d'alerte		PRÉLÈVEMENTS en dehors de la zone d'alerte		PRÉLÈVEMENTS impactés par une alerte à l'étranger	
	ARBOVIROSE	Donneurs à risque d'exposition aux virus de la dengue du fait d'une résidence dans une zone d'alerte :	Donneur décédé et donneur vivant	Donneurs à risque d'exposition aux virus de la dengue du fait d'un séjour dans une zone d'alerte :	Donneur vivant	Donneurs à risque d'exposition aux virus de la dengue du fait d'un séjour à l'étranger dans une zone d'alerte :
Dengue	Maintien des prélèvements avec mise en place d'une échantillonnière à visée rétrospective des sérums du donneur et du receveur Exclusion des cas confirmés ou suspects de dengue (contribution limitée : environ 50 % des formes sont pauci ou asymptomatiques) Mesures non appliquées aux prélèvements de cornées	Donneur décédé	Recherche de l'antécédent de séjour Et Décision d'exclure le donneur (sans signes cliniques évocateurs) après analyse de la balance bénéfice-risque pour le receveur	Donneur vivant	Recherche de l'antécédent de séjour Et Décision d'exclure le donneur (sans signes cliniques évocateurs) après analyse de la balance bénéfice-risque pour le receveur	Recherche de l'antécédent de séjour Et Report du prélèvement au-delà des 28 jours après le retour sauf impossibilité d'attendre

ARBOVIROSE	PRÉLÈVEMENTS en zone d'alerte	PRÉLÈVEMENTS en dehors de la zone d'alerte	PRÉLÈVEMENTS impactés par une alerte à l'étranger
	Chikungunya	<p>Donneurs à risque d'exposition aux virus chikungunya du fait d'une résidence dans une zone d'alerte :</p> <p>Donneur décédé et donneur vivant</p> <p>Exclusion des cas confirmés ou suspects de Chikungunya (contribution possible : 15 % de formes asymptomatiques)</p> <p>Dépistage des donneurs : sérologie + RT-PCR sur le sérum et le tissu prélevé</p> <p>Suivi du receveur</p>	<p>Donneurs à risque d'exposition aux virus chikungunya du fait d'un séjour dans une zone d'alerte :</p> <p>Donneur décédé</p> <p>Donneur vivant</p> <p>Recherche de l'antécédent de séjour</p> <p>Et</p> <p>Décision d'exclure le donneur (sans signes cliniques évocateurs) après analyse de la balance bénéfice-risque pour le receveur</p>

ANNEXE I

FONCTIONNEMENT ET COMPOSITION DE LA CELLULE D'AIDE À LA DÉCISION
« ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS HUMAIN »

La cellule d'aide à la décision (CAD) « Éléments et produits du corps humain » propose les mesures à mettre en place pour la sécurisation des produits sanguins labiles et des greffons (organes-tissus-cellules) en cas d'alerte.

Elle regroupe des représentants des administrations et agences concernées ainsi que des experts scientifiques et, en tant que de besoin, tout autre acteur nécessaire à l'examen de l'alerte signalée.

La CAD « Éléments et produits du corps humain » participe à la cellule nationale d'aide à la décision, mais se réunit indépendamment pour la proposition de décisions dans son domaine. Elle informe, en retour, la cellule nationale d'aide à la décision des mesures préconisées.

La CAD « Éléments et produits du corps humain » est activée par l'ANSM qui en assure le secrétariat. L'ANSM peut, en tant que de besoin, demander que l'EFS, le CTSA ou l'ABM mettent en place des mesures de prévention adaptées en lien avec l'alerte traitée, sur la base des propositions de la CAD.

1. Signalement de l'alerte et activation de la CAD par l'ANSM

L'alerte peut être signalée par :

- l'InVS à partir du niveau 2 de la circulaire ou en cas d'épidémie à l'étranger ou dans les DOM ;
- l'ANSM, l'EFS, le CTSA ou l'ABM si une suspicion de transmission par transfusion ou greffe est déclarée ;
- les autres membres de la cellule qui auraient eu connaissance d'un signal d'alerte.

L'activation de la CAD se fait par l'ANSM qui envoie un courrier électronique à ses participants pour convocation et organise une conférence téléphonique.

2. Décision et ajustement des mesures

Les propositions de mesure sont formulées dans le cadre des réunions téléphoniques de la cellule. Néanmoins, lorsque les alertes ne nécessitent pas de discussion, des propositions sont formulées par l'ANSM qui recueille par courrier électronique l'avis des membres de la CAD. En cas de divergence d'avis, la cellule se réunit.

Les propositions de la CAD sont transmises au directeur général de l'ANSM qui décide des mesures à mettre en place. Les décisions sont transmises par l'ANSM à l'EFS, à l'ABM et au CTSA (courrier postal ou courrier électronique en cas d'urgence) et à la DGS.

L'ANSM fait un retour d'information sur les mesures mises en œuvre après réception des notes de service communiquées par l'EFS, le CTSA et l'ABM : information restituée par courrier électronique aux membres de la CAD.

Les directeurs généraux des ARS concernées sont informés par la DGS (département des urgences sanitaires [DUS]).

Le suivi de la situation épidémiologique se fait par l'intermédiaire de l'InVS qui envoie des points de situation épidémiologique aux membres de la CAD.

En tant que de besoin, l'ANSM organise des nouvelles réunions téléphoniques pour l'ajustement des mesures si l'évolution de la situation épidémiologique le nécessite.

3. Levée de l'alerte

Dans le cas d'une circulation virale autochtone, la levée de l'alerte est transmise aux membres de la CAD, par la DGS. Si nécessaire, l'ANSM organise une réunion téléphonique de la CAD afin de proposer le délai à respecter pour l'arrêt des mesures mises en place dans le contexte de l'alerte.

Composition de la CAD « Éléments et produits du corps humain »

Direction générale de la santé :

- département des urgences sanitaires ;
- sous-direction prévention des risques infectieux ;
- sous-direction politique des pratiques et produits de santé.

Institut de veille sanitaire :

- département des maladies infectieuses : unités des maladies entériques, alimentaires et des zoonoses ;
- département international.

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
Établissement français du sang : - service de la personne responsable ; - direction médicale.
Agence de la biomédecine : direction médicale et scientifique.
Centre de transfusion sanguine des armées : direction ou un représentant désigné par la direction.
CNR des arbovirus : IRBA, antenne de Marseille.
Président du groupe d'experts de l'ANSM sur les arboviroses : CHU de Saint-Étienne, laboratoire de virologie.
Personnalité qualifiée : ARS Auvergne – coordonnateur régional d'Hémovigilance.
En tant que de besoin, tout autre acteur (notamment local), dont la contribution est nécessaire à la bonne appréciation de la situation (CRH, CIRE...) sera convié à participer à la CAD.

ANNEXE II

RÉPARTITION DE LA DENGUE ET DU CHIKUNGUNYA DANS LE MONDE

Zone d'endémo-épidémie pour le chikungunya ou la dengue, zones dans lesquelles des cas sont répartis, zones ayant donné lieu à l'importation de cas :

- l'Afrique subsaharienne et le sud de l'Égypte ;
- l'Amérique centrale, Amérique du Sud et Caraïbes à l'exception du Chili continental et de l'Uruguay ;
- l'océan Indien ;
- l'Asie, le Pacifique et l'Océanie, à l'exception :
 - de l'Asie centrale (Turkménistan, Afghanistan, Ouzbékistan, Kirghizistan, Tadjikistan) ;
 - du Proche-Orient et du Moyen-Orient (sauf Yémen et Arabie saoudite) ;
 - du Japon, de la Corée du Sud, de la Corée du Nord, nord de la Chine et de la Nouvelle-Zélande.

Zones considérés comme *a priori* exemptes pour le chikungunya ou la dengue :

- les États-Unis et le Canada (à noter : circulation autochtone d'ampleur limitée et épisodique en Floride et à Hawaii) ;
- le Chili continental et l'Uruguay ;
- l'Europe continentale y compris la Russie et le Caucase ;
- en Asie :
 - les pays d'Asie centrale (Turkménistan, Afghanistan, Ouzbékistan, Kirghizistan, Tadjikistan) ;
 - le Proche-Orient et le Moyen-Orient à l'exception du Yémen et de l'Arabie saoudite ;
 - le Japon, la Corée du Sud, la Corée du Nord, le nord de la Chine et la Nouvelle-Zélande.
 (données du département international de l'InVS, mars 2012.)

Cette liste est indicative et est susceptible d'évoluer au cours du temps. Les personnes chargées de l'enquête épidémiologique ne doivent pas se fonder sur cette seule liste pour déterminer si un cas suspect a séjourné dans une zone potentiellement à risque.

La dengue ou le chikungunya sont susceptibles de survenir dans les zones indiquées dans les cartes ci-dessous, dressées par l'OMS : ces données sont indicatives et il conviendra de se reporter aux systèmes de veille et alerte existants pour prendre en compte des zones/pays indemnes où une circulation autochtone serait nouvellement identifiée.

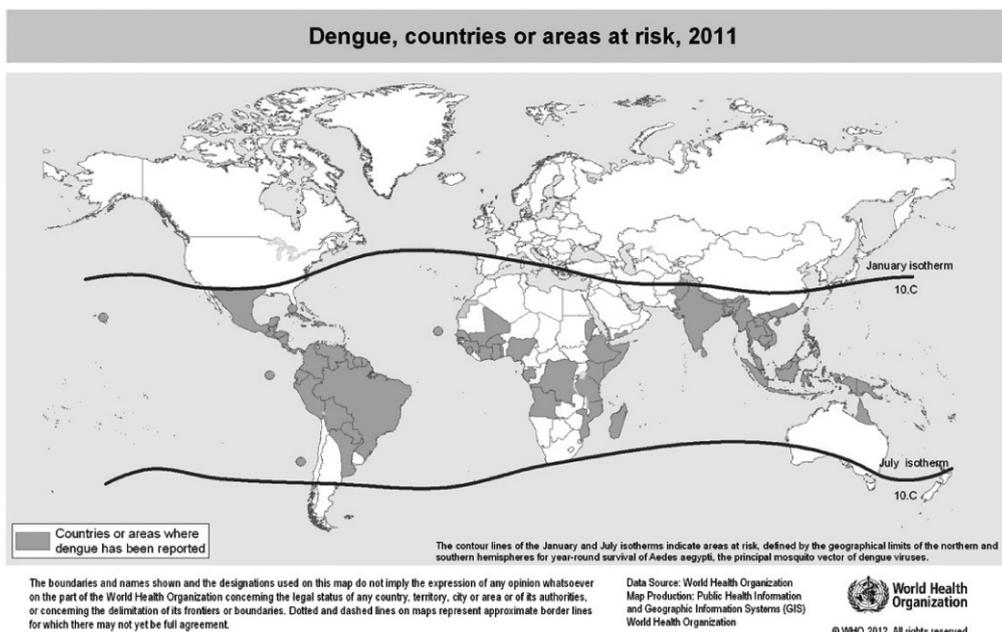
Dans beaucoup de pays, les systèmes de surveillance clinique et virologique ne permettent pas de détecter de nouveaux cas de dengue. L'absence de cas doit donc toujours être interprétée avec précaution.

Carte du risque dengue :

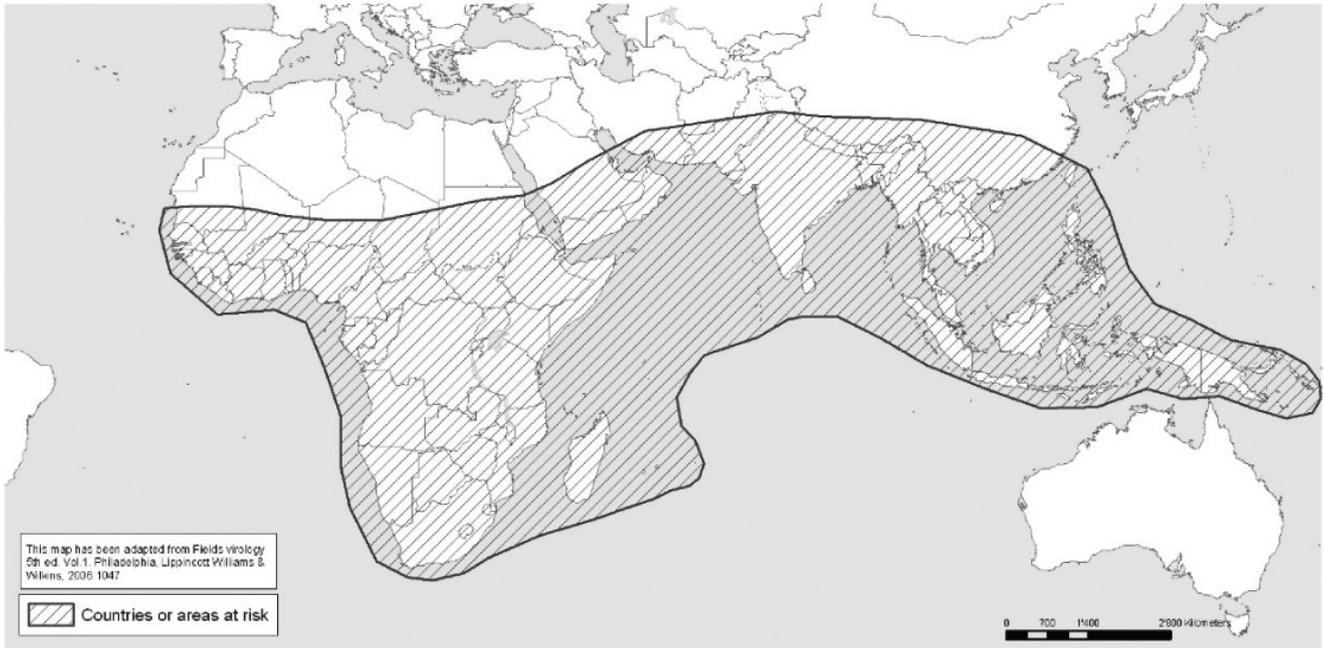
http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_DengueTransmission_ITHRiskMap.png.

Carte du risque chikungunya :

http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Chikungunya_ITHRiskMap.png.



Chikungunya, countries or areas at risk



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



© WHO 2012. All rights reserved.

FICHE 6

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PATIENTS

La prise en charge médicale des patients atteints de chikungunya ou de dengue ne nécessite pas d'hospitalisation pour la grande majorité des cas. Le maintien à domicile doit donc être privilégié. Tout professionnel de santé doit y concourir. Les formes les plus graves ou dans des populations à risque (enfants, femmes enceintes ou personnes âgées souffrant de graves pathologies sous-jacentes) peuvent en revanche nécessiter une prise en charge hospitalière.

Tant en établissement de santé qu'en secteur ambulatoire, il convient de s'assurer de l'opérationnalité des dispositifs de réponse sanitaire, notamment des dispositions de prise en charge épidémiques des plans blancs des établissements de santé et des mesures « hôpital en tension », ainsi que des possibilités de renforcement de la permanence des soins dans le secteur ambulatoire. La coordination des acteurs est essentielle.

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

Dès le niveau 1, les médecins libéraux, les médecins hospitaliers et les directions d'établissements de santé sont informés de la présence d'*Aedes albopictus* dans le département et des modalités de déclaration des cas suspects à l'autorité sanitaire. Ils sont ainsi sensibilisés au diagnostic.

En parallèle, les établissements doivent adopter une attitude de prévention se traduisant notamment par :

- un programme de lutte antivectorielle (repérage et élimination mécanique des gîtes larvaires, traitement par un opérateur conformément aux dispositions prévues par le ou les arrêtés préfectoraux relatifs à la lutte contre les moustiques en application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964, etc.) ;
- un plan de protection des usagers et des personnels contre les piqûres de moustiques (moustiquaires, diffuseurs, etc.) ;
- un plan d'information et de formation des personnels de l'établissement avec, au besoin, l'appui de l'ARS : à la fois des personnels de maintenance notamment pour la lutte antivectorielle et des personnels de santé susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (maternité, médecine néonatale et réanimation infantile, urgences, etc.) ;
- un renforcement des mesures de précaution universelles lors des soins afin d'éviter tout accident d'exposition au sang ou transmission nosocomiale lors de soins.

À partir du niveau 3: mesures d'adaptation et de préparation de l'offre de soins

À partir du niveau 3, il est nécessaire de s'assurer que la permanence des soins des professionnels de santé libéraux, notamment les médecins et les gardes des pharmaciens d'officine, telle qu'organisée dans le département concerné selon les dispositions en vigueur (1), est à même de prendre en charge les patients. Dans le cas contraire, leur renforcement doit être organisé afin de permettre un fonctionnement effectif. Dans le cadre de la permanence des soins des médecins, le DG ARS s'assure que les tableaux de permanence sont complets en lien avec le conseil départemental de l'Ordre des médecins et prend si besoin les mesures nécessaires à leur complément. Les professionnels de santé font l'objet, le cas échéant, d'une information spécifique sur la prise en charge des patients.

Il convient également de s'assurer de l'organisation effective de la garde ambulancière départementale selon un découpage géographique défini et des tableaux de garde trimestriels élaborés généralement par les associations professionnelles. En cas d'épidémie, malgré le principe de maintien à domicile, les transports sanitaires sont particulièrement importants afin que les patients isolés puissent consulter un médecin du fait notamment du caractère invalidant du chikungunya. L'ARS doit également s'assurer qu'une logistique adaptée est mise en place pour que les patients à domicile puissent être approvisionnés en médicaments.

Par ailleurs les établissements de santé doivent, dans le cadre de la mise en place du dispositif hôpital en tension ou du plan blanc, prévoir également des consultations spécialisées de suivi (rhumatologie et pédiatrie en particulier).

Il convient particulièrement d'attirer l'attention des établissements sur l'importance de renforcer prioritairement en cas de développement épidémique les secteurs de pédiatrie, les structures d'urgence, le laboratoire et le service de réanimation. Concernant la pédiatrie, afin de décharger les urgences pédiatriques des établissements, une consultation externe pourrait être organisée, avec filière dédiée et reconvoctions à quarante-huit heures.

Enfin, il est nécessaire de définir les besoins (profils et compétences nécessaires, locaux et matériels, zone géographique, etc.), notamment en termes de ressources médicales complémentaires, qui doivent être identifiés à ce stade. Ainsi, les médecins retraités depuis moins de trois ans doivent être recensés en amont. De même, les possibilités de recours aux services d'associations de bénévoles (Croix-Rouge française par exemple) doivent être évaluées.

(1) Code de la santé publique, notamment les articles L. 6314-1 et R. 6315-4 (PDSA), L. 5125-22 (garde pharmaceutique).

Ce recensement pourra être effectué à l'échelle de la zone de défense et de sécurité afin d'identifier les renforts locaux potentiels ou, le cas échéant, de préparer la régulation des renforts entre les départements.

À partir du niveau 4 : mobilisation de l'offre de soins en cas d'afflux de patients

L'adaptation de l'offre hospitalière sera évaluée par la cellule de crise hospitalière activée dans le cadre du plan blanc. Ainsi, si le foyer de cas autochtones est important, des mesures graduées et adaptées du plan blanc peuvent être déclenchées par le directeur d'établissement. Il en informe le préfet et l'ARS. L'établissement peut, le cas échéant, solliciter auprès de l'ARS, de façon argumentée, une demande de renforts identifiés en amont.

En fonction de l'évolution épidémique, le préfet peut déclencher le plan blanc élargi, qui a pour objectif la coordination de l'offre de soins, notamment quand il devient nécessaire de mobiliser plus particulièrement les secteurs ambulatoire et préhospitalier. Des actions de coopération inter-établissements peuvent être organisées dans ce cadre au niveau 4, afin de renforcer les filières de soins exposées à une forte tension.

En cas de nécessité, une mobilisation des ressources disponibles à l'échelle de la zone de défense et de sécurité peut être envisagée.

Enfin, si les ressources locales ne peuvent faire face à l'épidémie, l'ARS pourra adresser une demande argumentée à la DGS afin de prévoir un recours à la réserve sanitaire adapté et proportionné.

FICHE 7

PROTECTION PERSONNELLE ANTIVECTORIELLE (PPAV)

En complément de la nécessaire recherche et destruction des gîtes larvaires, la population exposée au risque de maladie transmise par les moustiques *Aedes albopictus* doit être sensibilisée afin qu'elle adopte des mesures de protection individuelle à l'égard des piqûres de moustiques :

- port de vêtements adéquats, amples et longs ;
- utilisation de répulsifs cutanés ;
- vérification de l'étanchéité des portes et fenêtres ;
- utilisation de moustiquaires, de préférence imprégnées : moustiquaires de lit, de porte ou de fenêtre ;
- imprégnations de tissus : rideaux, vêtements ;
- autres mesures complémentaires d'appoint ;
- limitation des activités en extérieur aux heures où les moustiques *Aedes albopictus* sont les plus actifs, c'est-à-dire l'aube et le crépuscule.

1. En population générale (voyageurs et résidents)

1.1. Les répulsifs cutanés

Dans la stratégie de protection contre les moustiques vecteurs, les répulsifs sont un complément à la tenue vestimentaire, à l'utilisation de moustiquaire et à l'entretien périodique contre les gîtes larvaires. Les répulsifs sont composés d'une substance active qui éloigne les insectes sans les tuer. Ils sont appliqués sur toutes les parties du corps non couvertes en évitant les muqueuses et les yeux. Ce sont des produits biocides de type TP 19.

Il est fortement recommandé d'utiliser comme répulsifs cutanés ceux dont les substances actives font actuellement l'objet d'une évaluation d'efficacité et d'innocuité dans le cadre de la directive européenne biocide 98/8/CE et d'en respecter les conditions d'utilisation. Les substances actives en cours d'évaluation et susceptibles d'être contenues dans des produits répulsifs cutanés sont :

- le NN-diéthyl-*m*-toluamide (DEET) ;
- le R. 3535 ou EBAAP ;
- la picaridine ou icaridine ;
- le PMDRBO (*cis* et *trans-p*-menthane-3,8-diol).

Leur durée de protection varie de quatre à huit heures selon la nature et la concentration de la substance active ainsi que des conditions d'utilisation (sudation, température et humidité ambiantes, usage concomitant d'une crème solaire...) :

- l'application doit être renouvelée après une baignade ;
- l'utilisation de crèmes solaires (anti-UV) diminue l'efficacité de protection des répulsifs et réciproquement un répulsif ne devrait être appliqué sur la peau qu'au moins trente minutes après une crème de protection solaire.

Ces produits sont à employer avec précaution, ils ne doivent pas être ingérés, ni appliqués sur les muqueuses ou sur des lésions cutanées étendues. Il est fortement recommandé aux porteurs de lentilles cornéennes de ne pas manipuler les lentilles de contact après application d'un répulsif en raison du risque irritatif des produits et de l'altération possible des lentilles, notamment par le DEET.

Ces produits ne doivent pas être manipulés ou appliqués par les enfants eux-mêmes. Pour les jeunes enfants de moins de trente mois, l'AFSSAPS recommande de ne pas appliquer de produit sur le visage et sur les mains en raison du risque d'ingestion orale.

Chez l'enfant et la femme enceinte leur utilisation doit respecter un mode d'emploi précis (voir les recommandations sanitaires pour les voyageurs).

Concentrations des substances actives entrant dans la composition de répulsifs corporels jugés efficaces en fonction des tranches d'âge et de population (1)

CATÉGORIE D'ÂGE et de population	NOMBRE MAXIMUM d'applications par jour	SUBSTANCE ACTIVE	CONCENTRATION (en pourcentage)
De 6 mois à l'âge de la marche	1	DEET (1)	10 à 30
	1	Mélange de <i>cis</i> et <i>trans-p</i> -menthane-3,8-diol (PMDRBO) = citrodiol (2)	20 à 30
	1	IR3535 (2)	20

(1) D'après les « Recommandations de bonne pratique pour la protection personnelle antivectorielle » organisées par la Société de médecine des voyages et la Société française de parasitologie, label HAS.

CATÉGORIE D'ÂGE et de population	NOMBRE MAXIMUM d'applications par jour	SUBSTANCE ACTIVE	CONCENTRATION (en pourcentage)
De l'âge de la marche à 24 mois	2	DEET	10 à 30
	2	Mélange de <i>cis</i> et <i>trans-p</i> -menthane-3,8-diol (PMDRBO) = citrodiol	20 à 30
	2	IR3535	20
De 24 mois à 12 ans	2	DEET	20 à 30
	2	Picaridine (2)	20 à 30
	2	Mélange de <i>cis</i> et <i>trans-p</i> -menthane-3,8-diol (PMDRBO) = citrodiol	20 à 30
	2	IR3535	20 à 35
Plus de 12 ans	3	DEET	20 à 50
	3	Picaridine	20 à 30
	3	Mélange de <i>cis</i> et <i>trans-p</i> -menthane-3,8-diol (PMDRBO) = citrodiol	20 à 30
	3	IR3535	20 à 35
Femmes enceintes	3	DEET	30
	3	Picaridine	20
	3	Mélange de <i>cis</i> et <i>trans-p</i> -menthane-3,8-diol (PMDRBO) = citrodiol	20
	3	IR3535	20

(1) Le DEET a fait l'objet de la première expertise au niveau européen, une restriction d'usage est émise chez l'enfant de moins de 2 ans. Cependant, en cas de risque élevé de transmission d'une maladie vectorielle, il est utilisable sur une période courte en respectant scrupuleusement le nombre d'applications maximum admis et les conditions pratiques d'usage chez l'enfant.

(2) L'IR3535, l'icaridine et le PMDRBO (*para*-menthane-3,8-diol Rich Botanical Oil) sont en cours d'évaluation au niveau européen.

NB : les recommandations d'utilisation figurant dans le tableau concernent l'usage de répulsifs cutanés dans les zones à risque de maladies graves à transmission vectorielle. En dehors de cette situation de risque grave, l'AFSSAPS précise qu'au vu des résultats des évaluations européennes en cours concernant les substances répulsives l'usage de l'IR3535 est à privilégier chez les jeunes enfants et les femmes enceintes.

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.

Signalement des effets secondaires

Les répulsifs n'étant ni des médicaments ni des produits cosmétiques, ils ne relèvent pas du système classique de pharmacovigilance ou de cosmétovigilance en place sur tout le territoire. Tout signalement d'éventuel effet secondaire lié à l'utilisation d'un répulsif cutané doit être fait auprès du centre antipoison et de toxicovigilance (CAP-TV) local.

1.2. Les produits d'imprégnation des tissus

Appliqués sur des tissus (vêtements, rideaux...), ils sont absorbés dans les fibres, s'évaporent très lentement, augmentant ainsi la rémanence du produit appliqué (le plus souvent : pyréthri-noïdes). Cela offre des avantages en termes de persistance, de coût et de sécurité d'emploi (contact avec la peau fortement réduit par rapport à une application cutanée). Lorsque des tissus sont imprégnés par des produits insecticides (moustiquaires ou tissus), ces derniers ont un double effet répulsif et insecticide, avec une efficacité variant en fonction des concentrations, des produits utilisés et des espèces de moustiques. L'utilisation éventuelle de produits répulsifs sur les vêtements ou de vêtements imprégnés de répulsif doit être complétée par l'application de répulsif sur les parties découvertes.

1.3. Les moustiquaires

La moustiquaire de lit constitue une barrière efficace pour les personnes contraintes à l'alitement. Il est préférable d'employer une moustiquaire imprégnée industriellement d'insecticide (pyréthri-noïde) qui agit également comme répulsif. De plus, elle est particulièrement recommandée pour toute les personnes virémiques ou susceptible de l'être afin de prévenir des cas secondaires.

En particulier, l'emploi de moustiquaires de berceau, si possible imprégnées d'insecticides pyréthri-noïdes (perméthrine, deltaméthrine), est le moyen prioritaire de protection pour les jeunes enfants. Ces produits sont d'une grande sécurité d'emploi et de longue durée d'action. Ils sont insecticides et insectifuges. En dehors des périodes de séjour au berceau, le port de vêtements couvrants imprégnés de d'insecticides pyréthri-noïdes constitue une protection.

Des moustiquaires peuvent également être posées avec profit sur les fenêtres et les portes.

1.4. Mesures d'appoint

En les considérant seulement comme mesure d'appoint de la protection personnelle, il est possible d'utiliser les méthodes insecticides suivantes : aérosols de confort pour une utilisation domestique ponctuelle, insecticide à diffusion continue sous forme de plaquette chauffante (prise électrique) ou sous forme liquide (diffuseur électrique) pour l'intérieur. Les serpentins fumigènes doivent être réservés à un usage extérieur qui devra rester limité dans le temps.

La climatisation ou de la ventilation (brasseur d'air) ne constituent également que des mesures d'appoint surtout si elles sont associées à une bonne qualité d'étanchéité des locaux et à l'usage d'insecticides. La place des pièges lumineux attractifs ne peut être précisée.

Il est conseillé de ne pas utiliser des méthodes dont l'efficacité n'est pas démontrée : appareils sonores à ultrasons, bracelets anti-insectes, vitamine B1, homéopathie, raquettes électriques, rubans, papiers et autocollants gluants sans insecticides.

En dehors d'un contexte épidémique de lutte contre les moustiques vecteurs de maladies, le recours à des moyens de protection autres que les serpentins fumigènes doit être préféré, notamment chez les enfants, les personnes âgées, les asthmatiques et autres personnes souffrant de troubles respiratoires chez qui l'utilisation de ces produits est déconseillée.

2. Dans les établissements de santé

Dans les établissements de santé, la protection des patients et du personnel contre les piqûres de moustique est à la charge de l'établissement qui l'organise en fonction de sa configuration (moustiquaires aux fenêtres, climatisation de certaines zones, diffuseurs électriques, répulsifs cutanés, moustiquaires de lit, etc.).

En particulier sont recommandées :

- des moustiquaires de lit et des répulsifs cutanés pour des patients en période de virémie ;
- des moustiquaires de berceau au niveau des maternités.

Il convient toutefois de rappeler que la protection individuelle doit impérativement s'accompagner de mesures de recherche, suppression ou traitement des gîtes larvaires aux abords de l'établissement.

Les répulsifs et produits d'imprégnation doivent être utilisés en tenant compte des recommandations établies par les experts et accessibles aux liens Internet indiqués ci-dessous.

Les recommandations sanitaires relatives aux répulsifs cutanés, élaborées par le Haut Conseil de la santé publique sont publiées, tous les ans au mois de juin, dans le *BEH* consacré à la santé des voyageurs, disponible sur le site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>.

Les recommandations détaillées de bonnes pratiques actuelles concernant la « Protection personnelle antivectorielle » ou protection contre les insectes piqueurs et les tiques ont été publiées le 29 septembre 2010 par la Société de médecine des voyages avec le label de la Haute Autorité de santé : ces recommandations (texte court) sont consultables à l'adresse suivante : <http://www.medecine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf>.

L'AFSSET a rendu un avis relatif à l'évaluation des risques liés à l'utilisation des produits insecticides d'imprégnation des moustiquaires dans le contexte de l'épidémie de chikungunya le 19 juillet 2007 :

http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/783167931934405015783997375439/impregnation_moustiquaires_avis_afsset_190707.pdf.

FICHE 8

QUELQUES PRINCIPES DE LUTTE ANTIVECTORIELLE ET RÉGLEMENTATION

I. – PRINCIPES

La lutte antivectorielle consiste à définir et mettre en œuvre des mesures de contrôle des moustiques susceptibles d'être vecteurs d'agents pathogènes. Ces mesures, préventives ou curatives, doivent être définies de manière proportionnée au risque sanitaire et adaptées à l'écologie du moustique cible. La lutte antivectorielle répond à des objectifs qui doivent être définis en lien avec, notamment, les experts (entomologistes en particulier), les administrations compétentes et les collectivités concernées.

Ceci implique :

- en priorité des actions préventives individuelles et collectives pour supprimer les gîtes larvaires (potentiels ou actifs) ;
- des actions curatives : traitements des gîtes larvaires, traitements adulticides.

Les produits utilisés dans le cadre de la lutte antivectorielle (larvicides, adulticides) sont des produits biocides qui doivent être choisis puis appliqués par des professionnels munis d'équipements de protection individuelle adaptés. En raison de l'impact non nul des traitements sur l'environnement, ces professionnels tiendront ainsi compte du milieu concerné afin de définir les méthodes, le calendrier et les doses d'application des produits.

Ces informations seront portées à la connaissance du préfet.

Remarque : le comportement exophile des *Aedes albopictus* ne justifie pas de traitements adulticides intradomiciliaires.

(i) Dans le cas d'*Aedes albopictus*, la lutte préventive est fondée sur :

La destruction mécanique des gîtes larvaires par la population et les collectivités territoriales au titre de leur responsabilité en matière de salubrité, de gestion des eaux usées et pluviales et d'élimination des déchets. La suppression des gîtes larvaires domestiques n'est possible qu'avec la participation communautaire qui repose sur l'organisation de campagnes de communication ciblant le grand public, ainsi que certains acteurs économiques (secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, établissements d'enseignement).

(ii) La lutte curative :

La lutte curative consiste en la mise en œuvre de traitements larvicides. Celle-ci intervient après repérage des gîtes potentiels et choix d'un produit larvicide adapté, complétée par des traitements adulticides (pyréthrinoides ou organophosphorés) réalisés par des professionnels. Les traitements larvicides ont un effet temporaire, c'est pourquoi ils peuvent être complétés par des traitements adulticides qui retardent la recolonisation du milieu. La lutte curative intervient dans les espaces publics et privés.

La lutte adulticide est réservée aux situations suivantes :

- circulation virale ;
- implantation de vecteur dans une nouvelle zone géographique, limitée, où l'éradication est encore possible ;
- densité vectorielle particulièrement importante.

Remarque :

Le comportement du moustique vecteur de l'espèce *Aedes albopictus* se caractérise également par un comportement de « moustique à forte capacité de nuisance » notamment lié au fait que l'espèce humaine constitue une cible privilégiée.

Aussi, la lutte larvicide est également mise en œuvre afin de réduire les incidences de cette forte nuisance, notamment sur des territoires pour lesquels l'activité touristique constitue un enjeu économique important.

II. – RAPPEL SUR LA RÉGLEMENTATION ACTUELLE DE LA LUTTE ANTIVECTORIELLE ET DE LA LUTTE ANTIMOUSTIQUES (1)

II.1. Les trois niveaux d'intervention

En fonction de la situation épidémiologique locale, et notamment de la circulation d'agents pathogènes transmissibles par voie vectorielle, on distingue les trois situations suivantes, emportant des niveaux d'intervention différents :

1. Existence de conditions entraînant un risque de développement de maladies humaines transmises par l'intermédiaire d'insectes et constituant une menace pour la santé de la population.

Dans les départements se trouvant dans cette situation :

- la définition des mesures de lutte nécessaires relève de la compétence de l'État ;

(1) Une réflexion est engagée pour une évolution de cette réglementation.

- l'exécution des mesures de LAV relève du département (conseil général) (depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales) ;
- la surveillance entomologique des insectes vecteurs et, en tant que de besoin, des résistances des insectes vecteurs aux produits biocides, et la définition de la stratégie et des contenus des actions d'information et d'éducation sanitaire de la population sont des missions exercées par l'agence régionale de santé (au titre du 1^o et du 2^o de l'article R. 3114-9 du code de la santé publique).

Les départements concernés figurent sur une liste fixée par l'arrêté du 23 avril 1987, qui comprend les départements de la Haute-Corse, de la Corse-du-Sud, de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion.

2. Présence de moustiques constituant une menace pour la santé de la population.

La liste des départements relevant d'une telle situation est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'environnement.

À ce jour, les départements concernés sont : le Var, les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, les Alpes-de-Haute-Provence, le Gard, l'Hérault et prochainement le Vaucluse (cf. arrêté du 26 août 2008 modifié).

3. En cas de besoin, dans les départements dont les conseils généraux le demanderaient.

Remarque : les maires, au titre de leurs pouvoirs de police générale et spéciale (dont le règlement sanitaire départemental), peuvent également mettre en place des mesures de lutte contre les moustiques (élimination des gîtes larvaires, traitement larvicide).

II.2. La politique de zonage et l'exécution des mesures de LAV

Que la lutte vise des moustiques vecteurs ou des moustiques nuisants, les règles suivantes s'appliquent (ces règles sont issues de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques (modifiée par la loi du 13 août 2004, du 9 décembre 2004) et de son décret d'application du 1^{er} décembre 1965 (décret n° 65-1046, modifié par le décret n° 2005-1763 du 30 décembre 2005) :

a) Définition des zones de lutte

Il revient au préfet de définir par arrêté les zones de lutte, d'une part, au titre de la lutte antivectorielle et, d'autre part, au titre de la « lutte de confort ». Cet arrêté doit prévoir la liste des communes concernées par la lutte. Il est conseillé de prévoir, dès la rédaction de l'arrêté, une liste large susceptible de couvrir l'ensemble des communes qui pourront être concernées à court, moyen et long terme par la lutte contre les moustiques lors de la campagne saisonnière.

En tant que de besoin, l'arrêté préfectoral fixe les procédés à utiliser en tenant compte de leurs effets sur la faune, la flore et les milieux naturels, la date du début des opérations et la durée des périodes pendant lesquelles les agents chargés de la lutte contre les moustiques pourront pénétrer avec leurs matériels dans les propriétés publiques et privées, même habitées, pour y entreprendre, s'il le faut d'office, les actions de prospection et de traitement, les travaux et les contrôles nécessaires.

b) Définition des mesures de lutte

La définition des mesures de lutte fait l'objet d'un arrêté préfectoral pris sur le rapport du directeur général de l'ARS, après avis du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques (CoDERST). Aussi, il est recommandé de nommer parmi les personnalités qualifiées membres du CoDERST une personne compétente en matière de lutte antivectorielle, le cas échéant membre de la commission départementale de la nature et des paysages.

Pour l'exécution des mesures de LAV dans les zones délimitées, les agents des services du département ou de l'organisme public auquel le département peut en avoir confié l'exercice, disposent de pouvoirs spécifiques, notamment celui de pénétrer sur des propriétés privées infestées de moustiques.

Les obligations pesant sur les propriétaires, locataires, exploitants ou occupants de terrains, bâtis ou non bâtis, à l'intérieur des agglomérations, d'immeubles bâtis et de leurs dépendances, de décharges et de dépôts situés hors agglomérations en vue de faire disparaître les gîtes à larves dans les zones de lutte contre les moustiques sont, quant à elles, prévues également par arrêté préfectoral, pris après avis du CoDERST et de la chambre d'agriculture, qui devra communiquer à la préfecture son avis dans le délai d'un mois.

En pratique, il est possible de ne faire qu'un seul arrêté annuel reprenant les trois points précités : zones de lutte ; début et durée des périodes pendant lesquelles les agents pourront pénétrer dans les propriétés ; obligations pesant sur les propriétaires, locataires, concessionnaires, exploitants ou occupants de terrains ou de retenues et étendues d'eau situés dans les zones de lutte.

c) Rapport sur la mise en œuvre

La mise en œuvre des opérations de lutte contre les moustiques fait l'objet d'un rapport annuel présenté au CoDERST. Il semble utile que l'arrêté préfectoral détaille le contenu souhaité de ce rapport.

III. – RÉGLEMENTATION SUR LES PRODUITS BIOCIDES

Les produits utilisés dans le cadre de la lutte antivectorielle (larvicides, adulticides) sont des produits biocides (TP 18) qui doivent être choisis puis appliqués par des professionnels munis d'équipements de protection individuelle adaptés. La liste des produits utilisables en pratique est réduite et les résistances des moustiques à ces produits sont en constante augmentation, en raison notamment d'une utilisation parfois inopportune de ces biocides.

La liste des produits insecticides utilisables en France est disponible à l'adresse suivante :

<http://simmbad.fr/public/servlet/produitList.html?>

Tout renseignement sur le statut réglementaire d'un produit insecticide peut être obtenu auprès du helpdesk biocides à l'adresse suivante :

http://www.helpdesk-biocides.fr/index.php?option=com_artforms&formid=2&Itemid=1&lang=fr.

Les produits insecticides doivent être utilisés par des opérateurs conformément aux dispositions prévues par le ou les arrêtés préfectoraux relatifs à la lutte antivectorielle ou de confort en application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964. Ils doivent être munis d'équipements de protection individuelle adaptés.

L'application des produits doit être ciblée en fonction des caractéristiques écologiques du moustique visé. Par ailleurs, des précautions relatives aux conditions d'application à respecter en fonction des techniques d'utilisation et des conditions climatiques locales pourront être prévues.

Un suivi environnemental doit être mis en place. À la demande de la DGPR, l'Institut national de l'environnement industriel et des risques a préparé un document technique relatif au suivi environnemental des opérations de démoustication.

Références

Circulaire DPPR-DGS-DGT du 21 juin 2007 relative aux méthodes de lutte contre les moustiques et notamment à l'utilisation de produits insecticides dans ce cadre (parue au *BO* environnement du 15 août 2007).

Site Internet du ministère chargé de l'environnement :

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/La-reglementation-biocide.html>

Avis AFSSET sur les produits insecticides en ligne sur le site Internet de l'ANSES :

<http://www.afsset.fr/index.php?pageid=452&newsid=268&MDLCODE=news>

http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_CDS_NTD_WHOPES_GCDPP_2006.1_eng.pdf

FICHE 9

LUTTE CONTRE L'IMPORTATION ET L'IMPLANTATION DES VECTEURS

Le règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé de 2005, entré en vigueur le 15 juin 2007, a pour objectif d'assurer le maximum de protection contre la propagation internationale des maladies, moyennant le minimum d'entraves au trafic international, et avec la prise de mesures de santé publique proportionnées et coordonnées entre les pays. Il met l'accent sur la lutte contre le risque de propagation des vecteurs :

1. Dans les moyens de transport réalisant des voyages internationaux.
2. Au niveau et autour des points d'entrée internationaux sur le territoire (ports, aéroports).

1. Dans les moyens de transport réalisant des voyages internationaux

Les moyens de transport en provenance de zones où sévissent des maladies à transmission vectorielle doivent être maintenus exempts de vecteurs par leurs exploitants (transports aériens).

L'accent est mis sur les transports aériens en raison de la rapidité des échanges, en particulier en provenance de zones où les virus de la dengue et du chikungunya circulent.

Néanmoins en cas de risque d'importation du vecteur par des navires, et notamment en fonction du contexte épidémiologique, des durées de transport et du port d'arrivée, des mesures et contrôles spécifiques pourront être envisagés au niveau des ports. À noter également que le risque vectoriel est pris en compte dans les nouveaux certificats de contrôle sanitaire des navires, délivrés tous les six mois, après inspection, aux capitaines de navires réalisant des voyages internationaux.

Il convient donc, en particulier, de rappeler aux exploitants de moyens de transport leurs obligations en la matière. Le cas échéant, le préfet organise le contrôle de la mise en œuvre effective de la désinsectisation des avions, voire des navires si la situation le justifie, en provenance des pays où sévissent des maladies à transmission vectorielle, en particulier pendant la période de mai à novembre propice à l'implantation et à la survie des vecteurs en métropole. Il s'appuie pour cela sur les agents mentionnés à l'article L. 3115-1 du code de la santé publique.

Base juridique : le RSI (2005) de l'OMS, et notamment son article 24 et l'annexe V

« Article 24

Exploitants de moyens de transport

1. Les États parties prennent toutes les mesures possibles compatibles avec le présent règlement pour assurer que les exploitants de moyens de transport :

[...]

c) Maintiennent en permanence les moyens de transport dont ils sont responsables exempts de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs.

L'application de mesures destinées à éliminer les sources d'infection ou de contamination peut être exigée si des signes de leur présence sont découverts.

2. Les dispositions particulières applicables aux moyens de transport et aux exploitants de moyens de transport en vertu du présent article figurent à l'annexe IV. Les mesures particulières applicables aux moyens de transport et aux exploitants de moyens de transport en ce qui concerne les maladies à transmission vectorielle figurent à l'annexe V. »

Méthodes : recommandations OMS sur la désinsectisation des aéronefs

(OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire n° 15, 10 avril 1998, p. 109-111 [www.who.int])

La surveillance des vecteurs et des maladies à transmission vectorielle dans les aéroports ouverts au trafic international et aux environs de ceux-ci doit être mise en œuvre et/ou améliorée.

Les critères de désinsectisation des aéronefs doivent être fondés sur les données de la surveillance internationale, de façon à limiter l'application de ces méthodes aux vols en provenance de régions où il existe un risque réel de transport de vecteurs pouvant poser des problèmes de santé publique.

Trois méthodes de désinsectisation des aéronefs se sont révélées efficaces et sont décrites ci-après :

a) « Cales enlevées »

Cette méthode est appliquée une fois que les passagers sont à bord, que les portes ont été fermées et que l'aéronef est prêt à décoller. L'aéronef est traité par des membres de l'équipage qui circulent dans la cabine en pulvérisant un insecticide à action rapide (« knockdown ») à la dose prescrite, à l'aide de bombes aérosols à usage unique de modèle approuvé.

Avant la désinsectisation, les passagers seront invités à fermer les yeux et/ou à se couvrir le visage pendant les quelques secondes que dure la pulvérisation s'ils craignent d'être incommodés. Pour que l'opération soit efficace, la climatisation de l'aéronef doit être arrêtée pendant la pulvérisation et

l'équipage doit traiter tous les endroits où les insectes sont susceptibles de s'abriter, comme les toilettes, les offices, les vestiaires, etc. Les bombes utilisées doivent être conservées pour pouvoir être inspectées par les autorités sanitaires à l'aéroport de destination. Les soutes et le poste de pilotage seront traités avant le départ, le poste de pilotage étant traité avant l'arrivée de l'équipage.

b) Pulvérisation avant le vol et en début de descente

Cette méthode est semblable à la précédente, si ce n'est que le traitement de la cabine est pratiqué au sol, avant l'embarquement des passagers, à l'aide d'un aérosol contenant un insecticide rémanent. Cette méthode permet d'ouvrir les compartiments à bagages, les toilettes et les vestiaires et de les traiter avec un minimum de dérangement pour les passagers.

La pulvérisation avant le vol sera suivie d'une deuxième pulvérisation avec un insecticide à action rapide (« *knockdown* »), pratiquée en cours de vol au moment où l'aéronef amorce sa descente vers l'aéroport de destination.

NB 1. – Après usage, les bombes vides devront être conservées dans l'aéronef pour être présentées aux autorités sanitaires de l'aéroport d'arrivée.

NB 2. – Le traitement doit être confirmé par une inscription dans la « déclaration de santé » de l'aéronef.

c) Traitement rémanent

Cette méthode consiste à pulvériser à intervalles réguliers un insecticide rémanent sur les surfaces internes de l'aéronef, à l'exclusion de celles qui servent à la préparation des repas. La fréquence des applications dépend de la durée d'efficacité de l'insecticide. Ce traitement doit être renouvelé chaque fois qu'une surface traitée subit un nettoyage complet ou une remise en état.

Produits insecticides

Les produits insecticides recommandés par l'OMS pour la désinsectisation des avions sont la perméthrine et la D-phenothrine. Les pyréthriinoïdes sont en effet largement utilisés dans le cadre d'actions de protection de la santé publique en raison de leur faible risque de toxicité pour l'homme, de leur fort potentiel insecticide à de faibles doses et de la rapidité des effets recherchés.

Les passagers s'inquiètent parfois du risque d'exposition aux aérosols insecticides lorsqu'ils voyagent en avion. Il peut arriver que certaines personnes ressentent un léger malaise après la pulvérisation d'un insecticide dans la cabine. L'OMS n'a toutefois pas trouvé d'éléments prouvant la nocivité pour la santé des aérosols insecticides utilisés de la façon recommandée (OMS, *Voyages internationaux et santé*, 2010).

Les produits insecticides les plus couramment utilisés sont des produits à base de pyrèthre. L'OMS recommande l'utilisation d'un aérosol de 35 g d'une formulation contenant 2 % de perméthrine ou de D-phenothrine pour un volume à traiter de 100 m³.

(OMS, *Safety of pyrethroids for public health use*, 2005.)

Modalités de contrôle

Le contrôle de la mise en œuvre effective de la désinsectisation des aéronefs sur le territoire national est généralement réalisé par les agents habilités des services des ARS qui assurent, sous l'autorité du préfet du département, les missions du contrôle sanitaire aux frontières. Il peut être également réalisé par des agents des douanes, des agents de la police aux frontières ou des agents des ministères chargés de la défense, des transports et de la mer, agréés à cet effet par le préfet. L'ensemble de ces agents peut dresser procès-verbal, en vue de sanctions, en cas de non-application des mesures prévues par le règlement sanitaire international. Ces mesures sont prévues aux articles L. 3115-1, L. 3116-3, L. 3116-5, R. 3115-1 à R. 3115-4, R. 3115-8, R. 3116-16 à R. 3116-19, du code de la santé publique.

Les aéroports concernés par la désinsectisation sont ceux ouverts au trafic international qui accueillent des vols en provenance d'une zone à risque (sur la base de la liste OMS, disponible sur son site www.who.int) ainsi que les pays où circulent de manière endémique ou épidémique les virus de la dengue et du chikungunya (cf. avis du CSHPF du 16 janvier 2004).

Le contrôle se fait à l'arrivée par les agents habilités pour le contrôle sanitaire aux frontières, qui demandent à l'équipage de remettre les bombes vides et la déclaration générale d'aéronef sur laquelle doivent être collées les étiquettes correspondant aux bombes aérosols. Quand les compagnies appliquent un traitement rémanent, elles doivent remettre le certificat de traitement précisant les dates de validité de celui-ci. Compte tenu du volume du trafic aérien, le contrôle pourra être fait par sondages au long de l'année et sera renforcé entre mai-juin (selon température) et fin octobre en métropole.

2. Au niveau et autour des points d'entrée internationaux sur le territoire (ports, aéroports)

L'annexe 5 du RSI précise que « les États parties doivent mettre sur pied des programmes pour lutter contre les vecteurs susceptibles de transporter un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique dans un périmètre d'au moins 400 mètres à partir des zones des installations au point d'entrée qui sont utilisées pour les opérations concernant les voyageurs, moyens de transport, conteneurs, cargaisons et colis postaux, voire davantage si les vecteurs présents ont un plus grand rayon d'action. »

FICHE 10

INFORMATION-COMMUNICATION

La stratégie d'information et de communication diffère selon le niveau de risque. Elle doit se faire en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés (services de l'État, collectivités locales et territoriales) afin de garantir une communication harmonisée et cohérente, notamment si plusieurs départements ou régions sont concernés.

Dès le niveau 0 (b)

L'ARS veille à informer et sensibiliser les collectivités territoriales (conseils généraux et communes) concernées par la présence d'*Aedes albopictus* et/ou concernées par le réseau de surveillance entomologique.

Le cas échéant, au niveau 0 (b), la cellule de gestion peut être installée sous l'autorité du préfet pour aider les acteurs à se coordonner et à partager une culture de prévention des risques.

Dès le niveau 0 (b), une communication destinée à sensibiliser le grand public notamment sur le moustique, ses nuisances et la LAV, et les professionnels de santé notamment vis-à-vis de la déclaration obligatoire, est indispensable au niveau local régional ou départemental.

Niveau 1

Compte tenu du contexte (implantation progressive et continue du vecteur dans le sud de la France, épisode épidémique en Émilie-Romagne en 2007), un plan de communication de prévention spécifique a été rédigé en 2008 par le ministère chargé de la santé en collaboration avec les services de l'État en région concernés. Ce document est actualisé régulièrement.

Il précise la stratégie et les actions de communication qui doivent être mises en œuvre en matière de lutte contre la dissémination du moustique *Aedes albopictus* en métropole et contre l'introduction du virus de la dengue et du chikungunya en métropole.

La communication a pour objectif final de prévenir le risque d'importation de ces maladies :

- en sensibilisant la population sur les moyens d'action simples qui permettent à chacun de réduire les gîtes larvaires autour et dans le domicile. Dans les zones de niveau de risque 0 (b) et 1, il ne s'agit plus de présenter uniquement le moustique *Aedes albopictus* comme un nuisible, mais comme un « vecteur » potentiel de transmission de certains virus comme celui du chikungunya ou de la dengue ;
- en sensibilisant la population aux mesures de protection individuelle à prendre pour les voyageurs se rendant en zone d'endémie et à conserver au retour en cas de manifestations cliniques ;
- en sensibilisant les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, centres habilités à effectuer la vaccination contre la fièvre jaune, etc.) sur les conseils à prodiguer pour les voyageurs mais également sur les mesures de lutte contre les gîtes larvaires ;
- en sensibilisant les professionnels de santé (médecins généralistes et biologistes des laboratoires d'analyse et de biologie médicale) au signalement rapide des cas suspects pour permettre une confirmation accélérée par le CNR et mettre en place des mesures de lutte antivectorielle adaptées quand le patient est en phase virémique.

Dès le niveau 1

Il est important de bien coordonner les actions de communication menées au niveau local (ARS, préfectures, conseils généraux et communes) ainsi que celles menées au niveau national. L'ensemble des acteurs (administration centrale, services de l'État en région, collectivités territoriales et agences sanitaires) doivent régulièrement se tenir mutuellement informés des actions de communication qu'ils entreprennent afin de garantir une cohérence de la communication. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

La mise en œuvre de la mobilisation sociale, en particulier à travers les relais d'opinions (élus, Education nationale, associations...) est essentielle.

La communication vers les professionnels de santé peut rentrer dans le cadre des enseignements postuniversitaires et de la formation médicale continue ou faire l'objet de séances de formation dédiées.

À partir du niveau 2

Après introduction du virus de la dengue et du chikungunya en métropole, la communication a pour objectif :

- de faire prendre conscience à la population (incluant les malades) de la nécessité d'adopter strictement les mesures destinées à limiter la multiplication des vecteurs, et surtout la circulation virale ;
- de sensibiliser les professionnels de santé à la déclaration obligatoire et au signalement rapide des cas suspects pour permettre une confirmation accélérée par le CNR et mettre en place des mesures de lutte antivectorielle adaptées quand le patient est en phase virémique ;

- d’informer la population sur les modalités de prise en charge, pour ne pas saturer le système de soin ;
- de donner aux professionnels de santé les informations nécessaires au diagnostic, à l’évolution et au traitement de la maladie. Ce dispositif doit intégrer une information/formation spécifique des pharmaciens sur les répulsifs et autres moyens de protection ;
- de sensibiliser les voyageurs, au départ des zones touchées, à partir du niveau 2 du plan, et se rendant dans des zones d’implantation des moustiques vecteurs, aux mesures de protection individuelle, notamment en cas de manifestations cliniques. L’objectif est de prévenir l’exportation des cas de chikungunya et de dengue dans les DOM-TOM (Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Saint-Martin...) ou d’autres pays.

À partir du niveau 3

Une stratégie de communication de crise ainsi que des outils spécifiques (spots radio, plaquettes, affiches...) ont été réalisés par le ministère chargé de la santé en lien, notamment, avec l’INPES. Ils seront mis à la disposition des services de l’État en région et de leurs partenaires en cas de besoin.

Le dispositif d’information et de communication devra être coordonné entre les différents partenaires, notamment si plusieurs départements ou régions sont touchés ou susceptibles de l’être. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

En cas d’épidémie, le ministère chargé de la santé pourra activer son numéro vert national pour répondre aux interrogations des populations et fournir des informations sur les moyens de se protéger et de prévenir la diffusion de l’épidémie. Dans ce cadre, les numéros verts mis en place localement, notamment par les conseils généraux, dès le début de la saison à risque, pour informer les populations sur la lutte antivectorielle et leur permettre de déclarer les nuisances liées aux moustiques peuvent :

- soit relayer les messages sanitaires élaborés par le ministère chargé de la santé sur la base du « guide » d’éléments de langage à disposition de la plate-forme téléphonique nationale. Ce document pourra leur être diffusé sur demande ;
- soit renvoyer tous les appels concernant l’épidémie ou des questions sanitaires vers le numéro vert national.

Rappel sur les outils disponibles en matière de prévention et en cas d’épidémie de chikungunya ou de dengue en métropole :

Il existe, en matière de prévention, divers outils développés au niveau local et rapidement mutualisables pour les scolaires, les professionnels de santé ou le grand public.

Il existe également plusieurs outils développés au niveau national et à la disposition des services de l’État en région et de leurs partenaires :

Les outils produits par le ministère chargé de la santé et l’INPES :

- affiche et dépliant voyageurs aux points d’entrée ;
- affiche et dépliant voyageurs au départ (principalement à partir du niveau 2, existent en anglais, italien) ;
- infographie expliquant comment pourrait survenir une épidémie dans le sud de la France ;
- repère pour votre pratique chikungunya à destination des professionnels de santé ;
- synthèse chikungunya-dengue pour les professionnels de santé.
- recommandations de bonne pratique sur la protection personnelle antivectorielle (PPAV).

Les outils produits par le ministère chargé de la santé (DGS/DICOM) :

- dépliant *Aedes albopictus* nuisances et maladies (existe en anglais) ;
- dossier de presse chikungunya ;
- dossier de presse dengue ;
- questions-réponses sur la dengue ;
- questions-réponses sur le chikungunya.

En matière de communication de crise, le dispositif d’information et de communication de crise rédigé par la DGS précise également les outils spécifiques (spots radio, plaquettes, affiches...) qui ont été réalisés par le ministère chargé de la santé, en lien notamment avec l’INPES. Ces outils seront mis à la disposition des services de l’État en région et de leurs partenaires en cas de besoin.

Sites Internet

www.sante.gouv.fr

www.invs.sante.fr

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1043.pdf>

www.albopictus.eid-med.org/

www.eid-med.org/

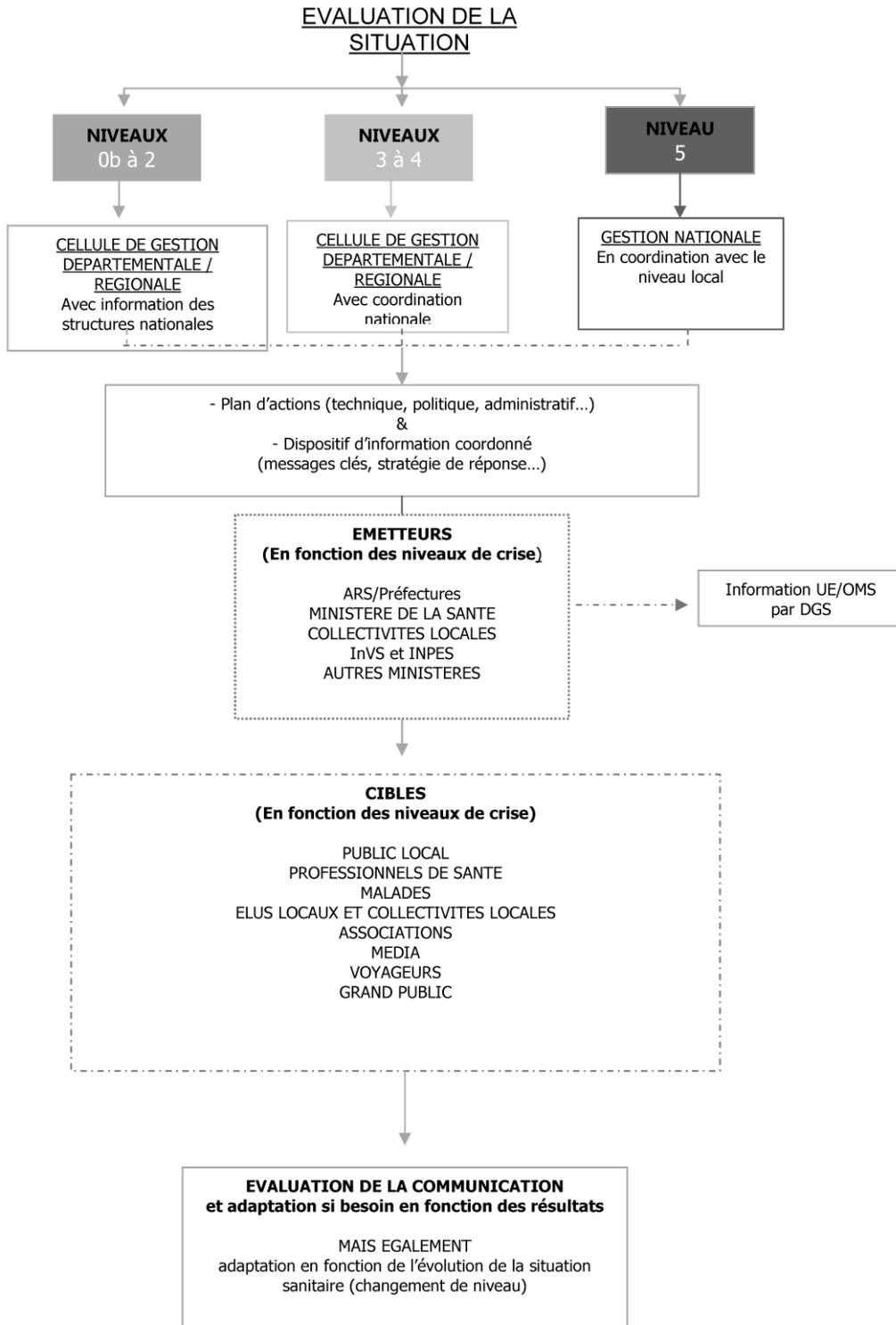
http://ecdc.europa.eu/en/Health_Topics/Chikungunya_Fever/toolkit/Default.aspx

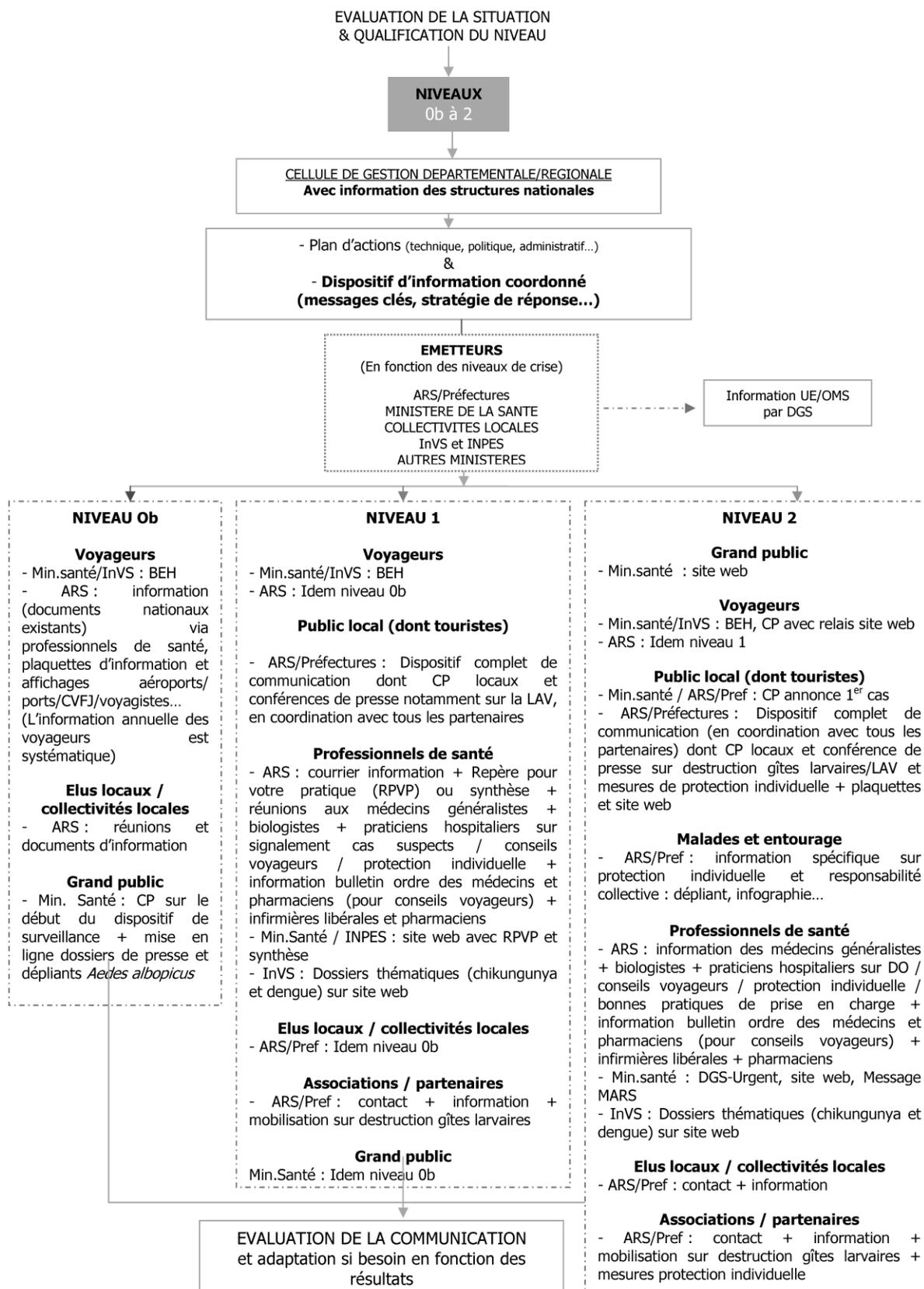
<http://www.medecine-voyages.fr/publications/flyerppav.pdf>

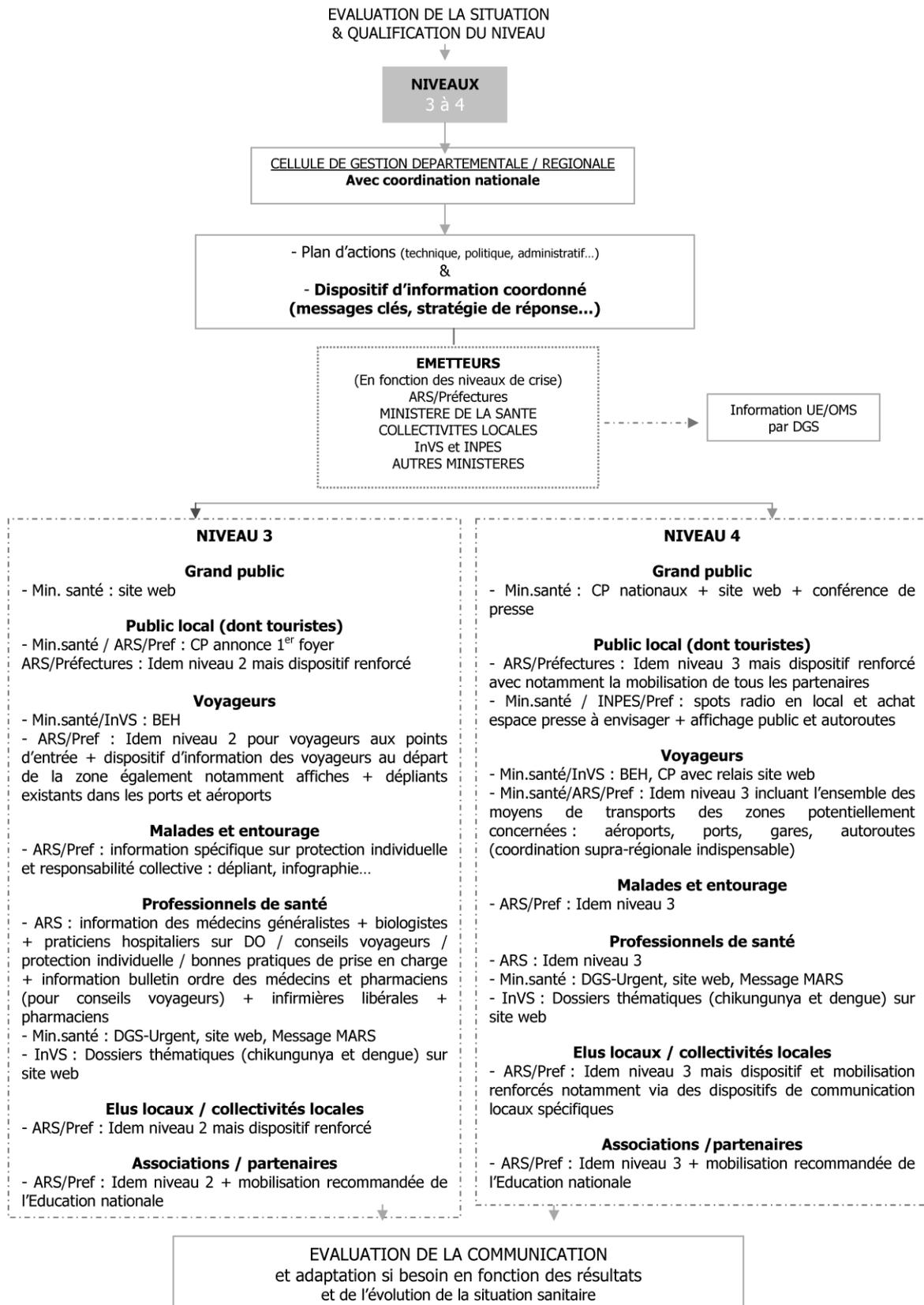
http://www.medecine-voyages.fr/index.php5?page=ressources_cvi

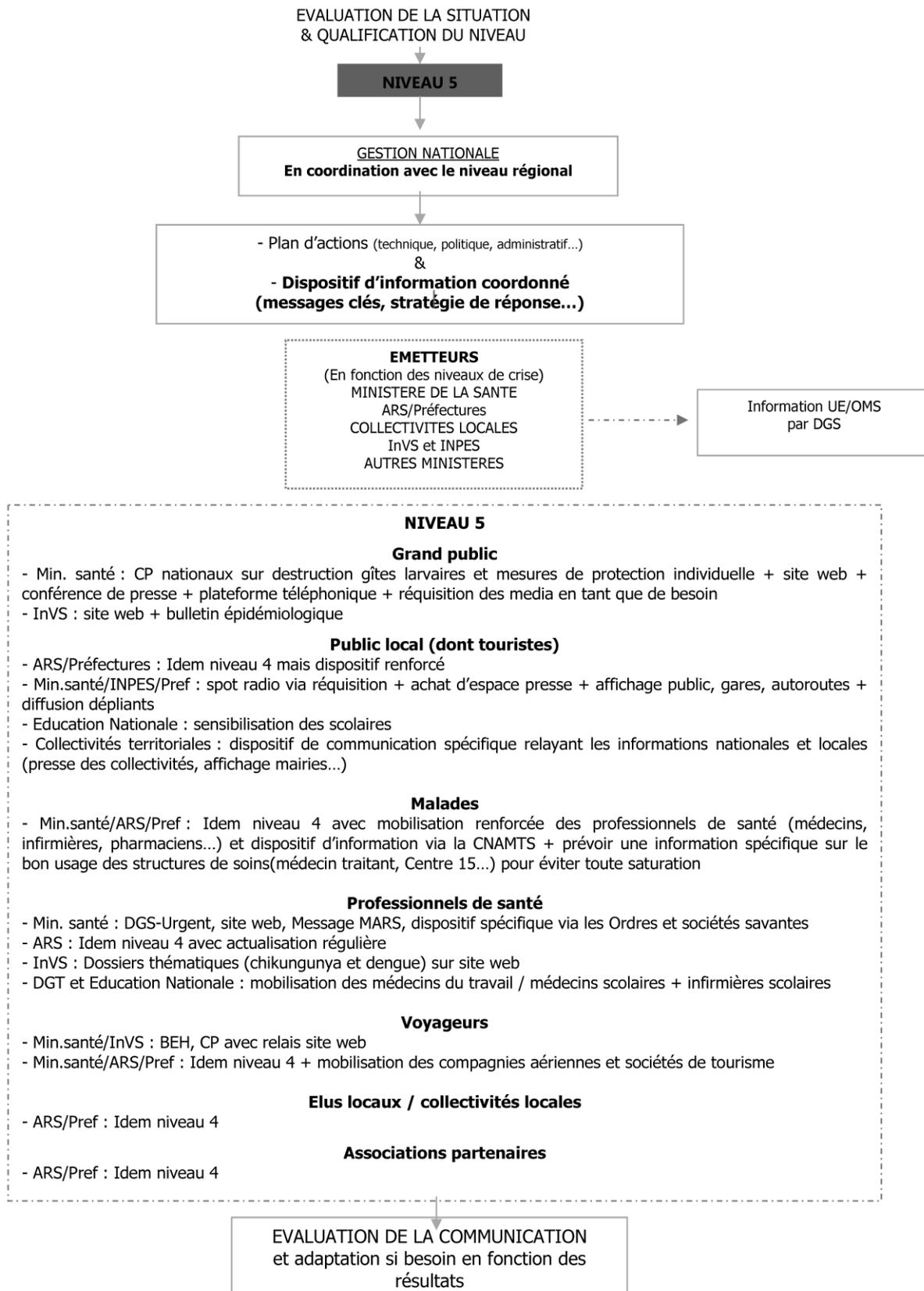
Chikungunya-dengue. – Phase et modalités de la communication

Ce dispositif pourra être adapté à chaque situation spécifique.
Les propositions d'actions et d'outils ne sont pas exhaustives.









FICHE 11

PRÉSENTATION DES MISSIONS DES ACTEURS
ET DES MESURES DE GESTION PAR NIVEAU DE RISQUE

MESURES DE GESTION AU NIVEAU 0A DU PLAN

Critères : absence de détection d'*Aedes albopictus*, du 1^{er} mai au 30 novembre.

1. Organisation, coordination

La DGS pilote la surveillance nationale des moustiques potentiellement vecteurs de maladies humaines dont les moustiques exotiques importés (*Aedes albopictus* notamment). Elle actualise chaque année le programme de surveillance des moustiques potentiellement vecteurs de maladies humaines *via* la convention nationale entre la DGS et les organismes publics de démoustication qui participent à cette surveillance. Elle demande une évaluation du programme annuel de surveillance des moustiques par le CNEV.

Dans chaque département, le préfet de département et le directeur général de l'agence régionale de santé établissent un protocole relatif aux actions et prestations mises en œuvre par l'agence pour le préfet (art. R. 1435-2 du CSP). Ce protocole départemental précise les modalités suivant lesquelles l'agence régionale de santé 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 de la salubrité et de l'hygiène publiques (art. R. 1435-3 du CSP), en particulier, les modalités de communication locale entre l'ARS et le préfet.

2. Surveillance entomologique

Responsabilité : DGS

Mise en œuvre : entente interdépartementale pour la démoustication sur le littoral méditerranéen (EID Méditerranée), EID Rhône-Alpes, EID Atlantique, le syndicat intercommunal à vocation unique pour la démoustication du Bas-Rhin (SIVU), la Brigade verte du Haut-Rhin et l'ARS de Corse.

La coordination des différents organismes publics de démoustication est assurée par l'EID Méditerranée et prévue dans la convention annuelle nationale (DGS – structures chargées de la surveillance entomologique) citée dans la fiche 1, relative au programme de surveillance des moustiques exotiques importés potentiellement vecteurs de maladies humaines (dont *Aedes albopictus*).

Modalités :

- déploiement d'un réseau de pièges pondoirs pendant la saison à risque, relevés à une fréquence mensuelle à bimensuelle dans différents sites à risque d'introduction : aires de stockages des pneus usagés importés, aires de service d'autoroutes/ferroviaires sur les grands axes routiers provenant des départements colonisés, d'Italie, d'Espagne, d'Allemagne et de Suisse, autres sites à risque identifiés par les structures chargées de la surveillance entomologique. La surveillance est actualisée chaque année en fonction de l'expansion de l'aire d'implantation d'*Aedes albopictus*. L'ARS facilite l'accès des structures chargées de la surveillance entomologique pour l'installation et le contrôle des pièges et participe à ces opérations sur les sites à accès protégés (ports, aéroports) ;
- envoi aux ARS d'une note d'information annuelle de la DGS relative à la surveillance du moustique *Aedes albopictus* en France métropolitaine comprenant la liste des communes où un ou plusieurs pièges pondoirs seront installés, en début de saison à risque ;
- les ARS informent de la présence de pièges pondoirs les conseils généraux et les maires des communes concernées en début de saison ;
- la structure chargée de la surveillance entomologique de chaque région concernée informe régulièrement l'ARS et la DGS (mensuellement) du suivi de cette surveillance ;
- la structure chargée de la surveillance entomologique de chaque région concernée informe systématiquement l'ARS et la DGS en cas de détection d'*Aedes albopictus* (œufs, larves, nymphes, adultes) ;
- l'ARS informe les partenaires locaux (communes, syndicats d'apiculteurs, etc.) en cas de détection d'*Aedes albopictus* (œufs, larves, nymphes, adultes).

3. Surveillance épidémiologique : déclaration obligatoire des cas de dengue et de chikungunya (cas importés)

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) et Cire).

Mise en œuvre : ARS (CVAGS et Cire), InVS, CNR, et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- déclaration obligatoire par les médecins ou les biologistes des cas confirmés biologiquement de chikungunya et de dengue, (procédure de signalement et de notification *cf.* fiche 2). L'ARS reçoit les signalements et les fiches de déclaration obligatoire et les transmet à l'InVS après validation, recherche de doublons et anonymisation ;

- l'InVS coordonne le dispositif de surveillance et d'investigation des cas humains et assure l'analyse de risque de dissémination du virus, assure l'appui aux ARS pour la surveillance et l'investigation ;
- Le CNR assure la confirmation des cas positifs des différents laboratoires du réseau réalisant le diagnostic biologique de la dengue et du chikungunya et le diagnostic virologique (RT-PCR). Le test NS1 est réservé aux patients provenant d'une zone d'épidémie avérée (cf. annexe II, fiche 5 du guide).

4. Toxicovigilance (Néant.)

5. Mesures de lutte contre le moustique vecteur *Aedes albopictus*

Responsabilité : DGS.

Mise en œuvre : entente interdépartementale pour la démoustication sur le littoral méditerranéen (EID Méditerranée), EID Rhône-Alpes, EID Atlantique, le SIVU du Bas-Rhin, la Brigade verte du Haut-Rhin.

Modalités :

- en cas de détection (pièges pondoirs positifs ou signalement par des particuliers), la 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 au préfet du département concerné ;
- l'ARS informe la ou les communes concernées (cf. recommandations si traitement biocide adulte) ;
- la structure chargée de la surveillance entomologique réalise le traitement du site d'introduction avérée et contrôle l'efficacité du traitement (larvicide voire adulteicide). Elle transmet un rapport d'intervention à la DGS, à l'ARS et au préfet concerné.

6. Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain (Néant.)

7. Organisation de la prise en charge des patients (Néant.)

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : le préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS pour le préfet rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9).

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Mise en œuvre : préfet, ARS, conseil général.

Modalités : toute stratégie d'information et de communication doit se faire en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés (services de l'État, collectivités locales et territoriales) afin de garantir une communication harmonisée et cohérente, notamment si plusieurs départements ou régions sont concernés. Les modalités de la communication locales sont précisées dans le protocole départemental relatif aux actions et prestations mises en œuvre par l'agence régionale de santé pour le préfet (art. R. 1435-2 du CSP).

MESURES DE GESTION AU NIVEAU 0B DU PLAN

Critères : présence contrôlée d'*Aedes albopictus*, du 1^{er} mai au 30 novembre.

Présence contrôlée = observation d'œufs sur un piège pondoir suivi d'une intensification du piégeage les semaines suivantes et d'un traitement visant à l'élimination ou à une non-prolifération du moustique.

1. Organisation, coordination

La DGS pilote la surveillance nationale des moustiques potentiellement vecteurs de maladies humaines dont les moustiques exotiques importés (*Aedes albopictus* notamment). Elle actualise chaque année le programme de surveillance des moustiques potentiellement vecteurs de maladies humaines via la Convention nationale entre la DGS et les organismes publics de démoustication qui participent à cette surveillance. Elle demande une évaluation du programme annuel de surveillance des moustiques par le CNEV.

Dans chaque département, le préfet de département et le directeur général de l'agence régionale de santé établissent un protocole relatif aux actions et prestations mises en œuvre par l'agence pour le préfet (art. R. 1435-2 du CSP). Ce protocole départemental précise les modalités suivant lesquelles l'agence régionale de santé 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 de la salubrité et de l'hygiène publiques (art. R. 1435-3 du CSP), en particulier, les modalités de communication locale entre l'ARS et le préfet.

Suivant la situation locale, une cellule de gestion (cf. fiche 4) peut être installée sous l'autorité du préfet pour aider les acteurs à se coordonner et à partager une culture de prévention des risques. Le préfet prévoit également la coordination des actions de communication.

L'ARS organise en collaboration avec les acteurs concernés, des formations à l'attention des professionnels de santé.

2. Surveillance entomologique

Responsabilité : DGS.

Mise en œuvre : entente interdépartementale pour la démoustication sur le littoral méditerranéen (EID Méditerranée), EID Rhône-Alpes, EID Atlantique, le syndicat intercommunal à vocation unique pour la démoustication du Bas-Rhin (SIVU), la Brigade verte du Haut-Rhin et l'ARS de Corse.

La coordination des différents organismes publics de démoustication est assurée par l'EID méditerranéenne et prévue dans la Convention annuelle nationale (DGS – structures chargées de la surveillance entomologique) citée dans la fiche 1, relative au programme de surveillance des moustiques exotiques importés potentiellement vecteurs de maladies humaines (dont *Aedes albopictus*).

Modalités :

- déploiement d'un réseau de pièges pondoires pendant la saison à risque, relevés à une fréquence mensuelle à bimensuelle dans différents sites à risque d'introduction : aires de stockages des pneus usagés importés, aires de service d'autoroutes/ferroutage sur les grands axes routiers provenant des départements colonisés, d'Italie, d'Espagne, d'Allemagne et de Suisse, autres sites à risque identifiés par les structures chargées de la surveillance entomologique. La surveillance est actualisée chaque année en fonction de l'expansion de l'aire d'implantation d'*Aedes albopictus*. L'ARS facilite l'accès des structures chargées de la surveillance entomologique pour l'installation et le contrôle des pièges et participe à ces opérations sur les sites à accès protégés (ports, aéroports) ;
- envoi aux ARS d'une note d'information annuelle de la DGS relative à la surveillance du moustique *Aedes albopictus* en France métropolitaine comprenant la liste des communes où un ou plusieurs pièges pondoires seront installés, en début de saison à risque ;
- les ARS informent de la présence de pièges pondoires les conseils généraux et les maires des communes concernées en début de saison ;
- la structure chargée de la surveillance entomologique de chaque région concernée informe régulièrement l'ARS et la DGS (mensuellement) sur le suivi de cette surveillance ;
- la structure chargée de la surveillance entomologique de chaque région concernée informe systématiquement l'ARS et la DGS en cas de détection d'*Aedes albopictus* (œufs, larves, nymphes, adultes) ;
- l'ARS informe les partenaires locaux (communes, syndicats d'apiculteurs, etc.) en cas de détection d'*Aedes albopictus* (œufs, larves, nymphes, adultes).

3. Surveillance épidémiologique : sensibilisation des déclarants à la déclaration obligatoire des cas de dengue et de chikungunya (cas importés)

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire [CVAGS] et Cire).

Mise en œuvre : ARS (CVAGS et Cire), InVS, CNR, et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- déclaration obligatoire par les médecins ou les biologistes des cas confirmés biologiquement de chikungunya et de dengue, (procédure de signalement et de notification cf. fiche 2). L'ARS reçoit les signalements et les fiches de déclaration obligatoire et les transmet à l'InVS après validation, recherche de doublons et anonymisation ;
- l'ARS assure une information renforcée des déclarants (professionnels de santé, biologistes) afin de les sensibiliser à la déclaration obligatoire du chikungunya et de la dengue (cf. fiche 2, point II) dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc Roussillon, Corse, Rhône-Alpes Aquitaine et Midi-Pyrénées. Elle envoie un courrier d'information chaque année en début de saison à risque ;
- l'InVS coordonne le dispositif de surveillance et d'investigation des cas humains et assure l'analyse de risque de dissémination du virus, assure l'appui aux ARS pour la surveillance et l'investigation ;
- le CNR assure la confirmation des cas positifs des différents laboratoires du réseau réalisant le diagnostic biologique de la dengue et du chikungunya. Il assure le diagnostic virologique (RT-PCR). Le test NS1 est réservé aux patients provenant d'une zone d'épidémie avérée (cf. annexe 2, fiche 5 du guide).

4. Toxicovigilance
(Néant.)

5. Mesures de lutte contre le moustique vecteur *Aedes albopictus*

En cas de détection (pièges pondoires positifs ou signalement par des particuliers), deux situations possibles :

Pas d'arrêté préfectoral, le département ne l'ayant pas demandé.

Responsabilité : DGS.

Mise en œuvre : entente interdépartementale pour la démoustication sur le littoral méditerranéen (EID Méditerranée), EID Rhône-Alpes, EID Atlantique, le SIVU, la Brigade verte.

Modalités : même procédure qu'en niveau 0a

En cas de détection (pièges pondoires positifs ou signalement par des particuliers), l'EID le signale à la DGS et à l'ARS. La DGS envoie une demande d'intervention à l'EID avec copie à l'ARS et au préfet du département concerné.

L'ARS informe la ou les communes concernées (cf. recommandations si traitement biocide adulte).

L'EID réalise le traitement du site d'introduction avérée et contrôle l'efficacité du traitement (larvicide voire adulteicide). Un rapport d'intervention est transmis à la DGS, à l'ARS et au préfet concerné.

Le ou les moyens de traitements choisis et leur mise en place dépendent de l'expertise entomologique (éradication possible ou seulement réduction de l'infestation), des conditions environnementales ainsi que de la faisabilité (espace public uniquement).

Un arrêté préfectoral, suite à la demande volontaire du département au préfet de mise en place d'une lutte contre *Aedes albopictus*, liste les communes concernées (cf. 3^e al. de l'art. 1^{er} de la loi n° 1964-1246 du 13 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques).

Responsabilité : le préfet sur demande du département.

Mise en œuvre : conseil général.

- rédaction d'un arrêté préfectoral annuel avant le début de la saison à risque en incluant l'ensemble des communes où la structure en charge de la surveillance entomologique a posé des pièges pondoires ;
- opérations de démoustication réalisées par les organismes publics identifiés dans l'arrêté préfectoral (entente interdépartementale pour la démoustication sur le littoral méditerranéen (EID Méditerranée), EID Rhône-Alpes, EID Atlantique, le SIVU, la Brigade verte).

Modalités définies dans l'arrêté préfectoral :

- délimitation des zones géographiques à traiter : énumération des communes ;
- date de début et durée des périodes pendant lesquelles les agents du département ou de l'organisme public habilité par le département pourront pénétrer dans les propriétés ;
- description des opérations de lutte à entreprendre : opérations de prospection, traitements, travaux et opérations de contrôle ;
- obligations pesant sur les propriétaires, locataires, concessionnaires, exploitants ou occupants de terrains ou de retenues et étendues d'eau situées dans les zones de lutte ;
- définition des procédés de lutte à utiliser : choix des techniques d'application et des insecticides dont les effets sur la santé humaine, la faune, la flore et les milieux naturels doivent être pris en compte ;
- organisme public auquel le préfet confie la mise en œuvre des opérations de lutte.

Contenu du rapport annuel transmis au Coderst, relatif à la mise en œuvre des opérations de lutte :

- produits insecticides utilisés : nom commercial, composition en substances actives ;
- doses de traitement ;
- zones traitées ;
- quantités utilisées ;
- information sur les précautions prises pour limiter les effets des opérations de lutte sur la santé humaine et la faune, la flore et les milieux naturels ;
- service déconcentré de l'État (de la région ou du département) compétent en matière de biocides et de leurs effets environnementaux, auquel le préfet confie la mise en œuvre du suivi environnemental.

6. Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain
(Néant.)

7. Organisation de la prise en charge des patients
(Néant.)

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : le préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS pour le préfet rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9).

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Responsabilité : DGS, InVS, ARS, conseils généraux, préfecture, EID.

Mise en œuvre : la stratégie d'information et de communication diffère selon le niveau de risque. Elle doit se faire en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés (services de l'État, collectivités locales et territoriales) afin de garantir une communication harmonisée et cohérente, notamment si plusieurs départements ou régions sont concernés.

Modalités (cf. plan de communication prévention détaillé produit par la DGS) :

- dès le niveau 0b, l'ARS veille à informer et sensibiliser les collectivités territoriales (conseils généraux et communes) concernées par la présence d'*Aedes albopictus* et/ou concernées par le réseau de surveillance entomologique ;
- dès le niveau 0b, une communication destinée à sensibiliser le grand public et les professionnels de santé, notamment sur le moustique, ses nuisances et la LAV est indispensable au niveau local, régional ou départemental.

Plusieurs cibles sont concernées par une information et une communication en niveau 0b et, notamment les voyageurs, les professionnels de santé, les élus et collectivités territoriales et le grand public.

MESURES DE GESTION AU NIVEAU 1 DU PLAN

Critères :

- *aedes albopictus* implanté et actif ;
- du 1^{er} mai au 30 novembre.

1. Organisation, coordination

Notification du niveau de risque par le DGS après avis de la cellule nationale d'aide à la décision, au préfet, au département concerné et à l'ARS concernée, par courrier électronique. La DGS informe également la DGPR. Le passage en niveau 1 implique d'ajouter le département concerné à la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé humaine (arrêté interministériel du 26 août 2008 modifié).

Mise en alerte de la cellule départementale de gestion par le préfet. Le préfet assure la mise en œuvre du plan antidissémination notamment en assurant la coordination interministérielle des actions de gestion, la mobilisation des compétences et la communication.

L'ARS assure l'identification d'un réseau de correspondants (points focaux arboviroses) au sein des collectivités territoriales et des établissements de santé et dispose de protocoles permettant de les informer rapidement.

Elle identifie en son sein un correspondant « arboviroses » susceptible d'apporter rapidement son appui aux organes de gestion de crise.

Elle prépare et, le cas échéant, met en œuvre les décisions relevant de la compétence du préfet relatives aux actions de veille, sécurité et police sanitaire dans le cadre du protocole prévu par l'article R. 1435-2 du CSP.

Devant tout cas confirmé (importé ou autochtone), l'ARS :

- alerte le préfet qui réunit, le cas échéant, sous son autorité la cellule départementale de gestion comportant les différents acteurs concernés par la gestion de la situation afin de définir et coordonner des actions à mettre en œuvre en termes de lutte antivectorielle, de prise en charge et de communication ;
- informe la DREAL et les centres antipoison des mesures de lutte retenues ;
- rend compte à la DGS des mesures décidées, celle-ci pouvant être sollicitée pour un appui à la gestion de la situation et à la communication si besoin ;
- s'assure de la mise en œuvre des actions entomologiques décidées.

2. Surveillance entomologique (cf. point 5 ci-dessous)

3. Surveillance épidémiologique

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) et Cire).

Mise en œuvre : ARS (CVAGS et Cire), InVS, CNR, et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- déclaration obligatoire des cas confirmés biologiquement de chikungunya et de dengue, (procédure de signalement et de notification) ; l'ARS reçoit les signalements et les fiches DO et les transmet à l'InVS après validation, recherche de doublons et anonymisation ;
- l'ARS assure une information des déclarants (professionnels de santé, biologistes) sur les modalités et procédures de la surveillance renforcée (dispositif de signalement des cas suspects). Elle envoie un courrier d'information chaque année en début de saison à risque ;
- procédure de signalement et de confirmation diagnostique accélérée (cf. point III, fiche 2) ;
- validation des signalements de cas suspects : l'ARS reçoit les signalements de cas suspects, les valide et assure le suivi des demandes de confirmation biologique ;
- enquête épidémiologique par l'ARS (CVAGS et Cire) sur les cas suspects importés afin d'orienter les mesures de LAV adaptées ;
- signalement par l'ARS des cas suspects importés potentiellement virémiques au conseil général et à son opérateur de LAV pour mise en œuvre des actions de contrôle entomologique adéquates sans attendre la confirmation biologique ;
- en cas de confirmation, l'ARS organise une interprétation multidisciplinaire des premiers cas autochtones avec le CNR, l'InVS et les cliniciens et informe la DGS des cas confirmés. Elle informe tous les partenaires concernés des mesures de gestion, réalise une investigation épidémiologique, signale ce cas confirmé aux acteurs de la LAV pour évaluation entomologique et mise en œuvre des actions de LAV adéquates (mesures périefocales) ;
- l'InVS coordonne le dispositif de surveillance et d'investigation des cas humains et l'analyse de risque de dissémination du virus. Il assure l'appui aux ARS pour la surveillance et l'investigation ;
- le CNR assure la confirmation biologique des cas suspects de chikungunya et de dengue.

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

Responsable : ARS, InVS.

Mise en œuvre : CAPTV.

Dès l'atteinte du niveau 1, dans les départements concernés, l'ARS a la faculté d'initier la mise en place d'un dispositif de toxicovigilance approprié afin de déceler les éventuels cas (individuels ou groupés) d'intoxication susceptibles d'intervenir dans le cadre des actions de travaux et traitements décrits ci-dessous.

5. Surveillance et lutte contre les moustiques

Objectifs :

- limiter la densification et l'expansion géographique du moustique en vue de protéger la population des risques vectoriels ;
- agir autour des cas importés, suspects ou confirmés, de dengue ou de chikungunya en vue d'éviter l'apparition et l'installation de cas autochtones.

Responsable de la définition des actions : le préfet.

Rédaction d'un arrêté préfectoral définissant :

- les zones géographiques à traiter : énumération des communes et des zones de lutte ;
- date de début et durée des périodes pendant lesquelles les agents du conseil général ou de l'organisme public habilité par le département pourront pénétrer dans les propriétés ;
- la description des opérations de lutte à entreprendre : opérations de prospection, traitements, travaux et opérations de contrôle ;
- obligations pesant sur les propriétaires, locataires, concessionnaires, exploitants ou occupants de terrains ou de retenues et étendues d'eau situées dans les zones de lutte ;
- les procédés de lutte à utiliser : choix des techniques d'application et des insecticides dont les effets sur la santé humaine, la faune, la flore et les milieux naturels doivent être pris en compte ;
- l'organisme public à qui le département confie la mise en œuvre des opérations de lutte ;
- le contenu du rapport annuel relatif à la mise en œuvre des opérations de lutte :
 - produits insecticides utilisés : nom commercial, composition en substances actives ;
 - doses de traitement ;
 - zones traitées ;
 - quantités utilisées ;
 - information sur les précautions prises pour limiter les effets des opérations de lutte sur la faune, la flore et les milieux naturels ;
- service déconcentré de l'État (de la région ou du département) compétent en matière de biocides et de leurs effets environnementaux, auquel le préfet confie la mise en œuvre du suivi environnemental ;
- responsable de la mise en œuvre des actions : conseil général ou son opérateur ;
- contenu des actions.

a) Prospection

Le département étant classé par arrêté interministériel dans la liste des départements où la présence du moustique présente une menace pour la santé, le conseil général ou son opérateur public met en place un dispositif de surveillance entomologique en dehors des zones (communes, quartiers) déjà reconnues infestées. Lorsque le relevé de ces pièges confirme la présence du moustique, ou lorsque le conseil général ou son opérateur public est informé de sa présence dans un nouveau secteur, des prospections complémentaires peuvent être réalisées dans l'environnement du lieu d'identification. Ces prospections visent à déterminer l'implantation spatiale du vecteur.

Le conseil général ou son opérateur public informe alors les services de l'ARS des nouvelles localisations de foyers d'*Aedes albopictus*.

En cas de signalement de cas suspects ou confirmés de chikungunya et de dengue importés, le conseil général ou son opérateur public réalise une enquête entomologique autour des cas validés et signalés par l'ARS.

b) Travaux et traitements dans les zones où la présence du moustique le nécessite

Le conseil général entreprend ou fait réaliser par un opérateur public les traitements de démoustication adaptés :

- soit parce que sa densité en zone habitée constitue un risque sanitaire (suppression ou traitement des gîtes larvaires péri-domestiques, participation à l'éducation sanitaire de la population) ;
- soit par nécessité d'intervention dans l'environnement des cas confirmés ou suspects de dengue ou de chikungunya, à la demande de l'ARS (traitement des gîtes larvaires et des adultes, rappel des mesures de protection individuelle). Notamment, devant un cas confirmé ayant séjourné dans un département où le moustique est implanté, dans les sept jours suivant le début des signes cliniques, une intervention de LAV peut être diligentée en fonction des éléments disponibles. Cette intervention est réalisée le plus rapidement possible et dans les soixante jours suivant le début des symptômes.

Les travaux nécessaires seront réalisés par les organismes et collectivités compétents (conseil général, mairies...).

Ces interventions peuvent être mises en œuvre tant dans le domaine public que dans le domaine privé.

Le conseil général s'appuie en tant que de besoin sur les mairies, notamment dans les situations où il doit être fait usage des pouvoirs de police du maire en matière de salubrité et de gestion des déchets.

c) Contrôle

Le conseil général s'assure après tout traitement de la bonne réalisation et de l'efficacité des mesures entreprises.

Le conseil général ou son opérateur public communique à l'avance au préfet et à l'ARS ses protocoles d'intervention LAV périfocale.

6. Mise en place des mesures spécifiques de prévention relatives aux éléments et produits du corps humain
(Néant.)

7. Organisation de la prise en charge des patients

Mesures d'information et de prévention par l'ARS :

- information et sensibilisation par l'ARS :
 - des médecins libéraux au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* et des modalités de diagnostic et de déclaration des cas suspects ;
 - des médecins hospitaliers et des directions d'établissements de santé au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* dans le département et des modalités de déclaration des cas suspects à l'autorité sanitaire et de diagnostic ;
- l'ARS s'assure que les établissements de santé prennent les mesures de protection individuelles des malades suspects ou confirmés et autour des cas hospitalisés en période virémique ;
- l'ARS s'assure de la transmission des informations par les établissements de santé (dossier clinique des formes graves, nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisation après passage aux urgences) ;
- en parallèle, les établissements doivent adopter une attitude de prévention se traduisant notamment par :
 - un programme de surveillance et de lutte antivectorielle (repérage et élimination mécanique des gîtes larvaires, traitement par un opérateur conformément aux dispositions prévues par le ou les arrêtés préfectoraux relatifs à la lutte contre les moustiques en application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964, etc.) ;
 - un plan de protection des usagers et des personnels contre les piqûres de moustiques (moustiquaires, diffuseurs, etc.) ;

- un plan d'information et de formation des personnels de l'établissement avec, au besoin, l'appui de l'ARS : à la fois des personnels de maintenance notamment pour la lutte antivectorielle et des personnels de santé susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (maternité, médecine néonatale et réanimation infantile, urgences, etc.) ;
- un renforcement des mesures de précaution universelles lors des soins afin d'éviter tout accident d'exposition au sang ou transmission nosocomiale lors de soins.

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : le préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS, pour le compte du préfet, rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9)

L'ARS s'assure de l'information des passagers à l'arrivée et au départ de/vers une zone d'endémie.

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Responsabilité : DGS, InVS, préfecture, ARS, conseils généraux, EID.

Mise en œuvre : dès le niveau 1, il est important de bien coordonner les actions de communication menées au niveau local (ARS, préfectures, conseils généraux et communes) ainsi que celles menées au niveau national. Tous les acteurs (administration centrale, services de l'État en région, collectivités territoriales et agences sanitaires) doivent régulièrement se tenir mutuellement informés des actions de communication qu'ils entreprennent afin de garantir une cohérence de la communication. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

La mise en œuvre de la mobilisation sociale, en particulier à travers les relais d'opinions (élus, Education nationale, associations...) est essentielle.

La communication vers les professionnels de santé peut rentrer dans le cadre des enseignements postuniversitaires et de la formation médicale continue ou faire l'objet de séances de formation dédiées.

Modalités : un dispositif d'information et de communication de prévention chikungunya-dengue a été rédigé par la DGS. Il précise les actions à mettre en œuvre localement pour atteindre les objectifs ci-après.

Le dispositif de communication a pour objectif final de prévenir le risque d'importation de ces maladies :

- en sensibilisant la population sur les moyens d'action simples qui permettent à chacun de réduire les gîtes larvaires autour et dans le domicile. Dans les zones de niveau de risque 0b et 1, il ne s'agit plus de présenter uniquement le moustique *Aedes albopictus* comme un nuisible mais comme un « vecteur » potentiel de transmission de certains virus comme celui du chikungunya ou de la dengue ;
- en sensibilisant la population aux mesures de protection individuelle à prendre pour les voyageurs se rendant en zone d'endémie et à conserver au retour en cas de manifestations cliniques ;
- en sensibilisant les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, centres habilités à effectuer la vaccination contre la fièvre jaune, etc.) sur les conseils à prodiguer pour les voyageurs mais également sur les mesures de lutte contre les gîtes larvaires ;
- en sensibilisant les professionnels de santé (médecins généralistes et biologistes des laboratoires d'analyse et de biologie médicale) au signalement accéléré des cas suspects pour permettre leur confirmation rapide par le CNR et guider des mesures de lutte antivectorielle adaptées autour de cas ayant séjourné dans le département pendant leur période de virémie potentielle.

MESURES DE GESTION AU NIVEAU 2 DU PLAN

Critères :

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

1. Organisation, coordination

Notification du niveau de risque par le DGS, après avis de la cellule nationale d'aide à la décision, au préfet, au département concerné et à l'ARS concernée, par courrier électronique. La DGS informe également la DGPR. Le retour au niveau 1 intervient quarante-cinq jours après la date de début des signes cliniques du dernier cas déclaré ou plus tard si la situation épidémiologique ou entomologique le justifie.

Information des autorités sanitaires européennes et OMS par le DGS.

Information par l'InVS en concertation avec la DGS de l'ECDC de la survenue du cas autochtone.

Activation de la cellule départementale de gestion par le préfet. Le préfet réunit et préside la cellule de gestion. Il assure la mise en œuvre du plan antidissémination, notamment en assurant la coordination interministérielle des actions de gestion, la mobilisation des compétences et la communication.

Devant tout cas confirmé (importé ou autochtone), l'ARS :

- réunit, le cas échéant, sous l'autorité du préfet la cellule départementale de gestion comportant les différents acteurs concernés par la gestion de la situation afin de définir et coordonner des actions à mettre en œuvre en termes de lutte antivectorielle, de prise en charge et de communication ;
- informe la DREAL et les centres antipoison des mesures de lutte retenues ;
- informe la DGS des mesures décidées, qui peut être sollicitée pour un appui à la gestion de la situation et à la communication si besoin ;
- s'assure de la mise en œuvre des actions entomologiques décidées ;

Activation et gestion de la cellule « éléments et produits du corps humain » par l'AFSSAPS.

2. Surveillance entomologique (cf. point 5 ci-dessous)

3. Surveillance épidémiologique

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire [CVAGS] et Cire).

Mise en œuvre : ARS (CVAGS et Cire), InVS, CNR et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- déclaration obligatoire des cas confirmés biologiquement de chikungunya et de dengue, (procédure de signalement et de notification) ; l'ARS reçoit les signalements et les fiches DO et les transmet à l'InVS après validation, recherche de doublons et anonymisation ;
- l'ARS assure une information des déclarants (professionnels de santé, biologistes) sur les modalités et procédures de la surveillance renforcée (dispositif de signalement des cas suspects). Elle envoie un courrier d'information chaque année en début de saison à risque ;
- procédure de signalement et de confirmation diagnostique accélérée (cf. point III, fiche 2) ;
- validation des signalements de cas suspects : l'ARS reçoit les signalements de cas suspects, les valide et assure le suivi des demandes de confirmation biologique ;
- enquête épidémiologique par l'ARS (CVAGS et Cire) sur les cas suspects importés afin d'orienter les mesures de LAV adaptées ;
- signalement par l'ARS des cas suspects importés potentiellement virémiques au conseil général et à son opérateur de LAV pour mise en œuvre des actions de contrôle entomologique adéquates sans attendre la confirmation biologique ;
- l'InVS coordonne le dispositif de surveillance et d'investigation des cas humains et l'analyse de risque de dissémination du virus. Il assure l'appui aux ARS pour la surveillance et l'investigation ;
- le CNR assure la confirmation biologique des cas suspects de chikungunya et de dengue.

Pour tout cas autochtone confirmé : l'ARS organise une interprétation multidisciplinaire des premiers cas autochtones avec le CNR, l'InVS et les cliniciens et informe la DGS des cas autochtones confirmés :

- recherche active de cas auprès des médecins généralistes et des laboratoires de la zone concernée par la Cire de l'ARS concernée ;
- enquête épidémiologique sur les cas importés et le cas autochtone par l'ARS afin d'orienter les mesures de LAV adaptées sur les lieux visités pendant les périodes probables d'exposition au virus chikungunya ou dengue et de virémie (respectivement dans les quinze jours précédant et dans les sept jours suivant la date de début des signes) ;
- signalement aux opérateurs de LAV pour évaluation entomologique et mise en œuvre des actions de LAV adéquates (mesures pérfocales).

L'ARS informe tous les partenaires concernés des mesures de gestion.

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

Responsable : ARS, InVS.

Mise en œuvre : CAPTV.

L'ARS met en place un dispositif de toxicovigilance approprié afin de détecter les éventuels cas (individuels ou groupés) d'intoxication susceptibles d'intervenir dans le cadre des actions de travaux et traitements décrits ci-dessous.

5. Surveillance et lutte contre les moustiques

Objetifs :

- limiter la densification et l'expansion géographique du moustique en vue de protéger la population des risques vectoriels ;
- agir autour des cas importés et autochtones, suspects ou confirmés, de dengue ou de chikungunya en vue d'éviter l'apparition de foyers de cas autochtones.

Responsable de la définition des actions : le préfet.

Responsable de la mise en œuvre des actions : le conseil général ou son opérateur.

Contenu des actions :

a) Prospection

Le département étant classé par arrêté interministériel dans la liste des départements où la présence du moustique présente une menace pour la santé, le conseil général ou son opérateur public met en place un dispositif de surveillance entomologique en dehors des zones (communes, quartiers) déjà reconnues infestées. Lorsque le relevé de ces pièges confirme la présence du moustique, ou lorsque le conseil général ou son opérateur public est informé de sa présence dans un nouveau secteur, des prospections complémentaires peuvent être réalisées dans l'environnement du lieu d'identification. Ces prospections visent à déterminer l'implantation spatiale du vecteur.

Le conseil général ou son opérateur public informe alors les services de l'ARS des nouvelles localisations de foyers d'*Aedes albopictus*.

En cas de signalement de cas suspects ou confirmés de chikungunya et de dengue (importés ou autochtones), le conseil général ou son opérateur public réalise une enquête entomologique autour des cas validés et signalés par l'ARS.

b) Travaux et traitements dans les zones où la présence du moustique le nécessite

Le conseil général entreprend ou fait réaliser par un opérateur public les travaux et traitements de démoustication adaptés :

- soit parce que sa densité en zone habitée constitue un risque sanitaire (suppression ou traitement des gîtes larvaires péri-domestiques, participation à l'éducation sanitaire de la population) ;
- soit par nécessité d'intervention dans l'environnement des cas suspects ou confirmés de dengue ou de chikungunya, à la demande de l'ARS (traitement des gîtes larvaires et des adultes, rappel des mesures de protection individuelle, réduction des gîtes péri-domestiques et sensibilisation de la population). Notamment, devant un cas confirmé ayant séjourné en métropole dans les sept jours suivant le début des signes cliniques dans un département où le moustique est implanté, une intervention de LAV peut être diligentée en fonction des éléments disponibles. Cette intervention est réalisée le plus rapidement possible et dans les soixante jours suivant le début des symptômes.

Les travaux nécessaires seront réalisés par les organismes et collectivités compétents (conseil général, mairies...).

Ces interventions peuvent être mises en œuvre tant dans le domaine public que dans le domaine privé.

Le conseil général s'appuie en tant que de besoin sur les mairies, notamment dans les situations où il doit être fait usage des pouvoirs de police du maire en matière de salubrité et de gestion des déchets.

c) Contrôle

Le conseil général s'assure après tout traitement de la bonne réalisation et de l'efficacité des mesures entreprises.

Le conseil général ou son opérateur public communique à l'avance au préfet et à l'ARS ses protocoles d'intervention LAV périefocale.

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

L'InVS informe les partenaires de la cellule « éléments et produits du corps humain » lors de la survenue du premier cas autochtone.

Mesures de gestion : cf. fiche 5 du guide « tableaux récapitulatifs des mesures de prévention envisageables pour les produits sanguins labiles et les greffons ».

7. Organisation de la prise en charge des patients

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

Mesures d'information et de prévention par l'ARS :

- information et sensibilisation par l'ARS :
 - des médecins libéraux au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* et des modalités de diagnostic et de déclaration des cas suspects ;
 - des médecins hospitaliers et des directions d'établissements de santé au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* dans le département et des modalités de déclaration des cas suspects à l'autorité sanitaire et de diagnostic ;
- l'ARS s'assure que les établissements de santé prennent les mesures de protection individuelles des malades suspects ou confirmés et autour des cas hospitalisés en période virémique ;

- l'ARS s'assure de la transmission des informations par les établissements de santé (dossier clinique des formes graves, nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisations après passage aux urgences) ;
- en parallèle, les établissements doivent adopter une attitude de prévention se traduisant notamment par :
 - un programme de surveillance et de lutte anti-vectorielle (repérage et élimination mécanique des gîtes larvaires, traitement par un opérateur conformément aux dispositions prévues par le ou les arrêtés préfectoraux relatifs à la lutte contre les moustiques en application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964, etc.) ;
 - un plan de protection des usagers et des personnels contre les piqûres de moustiques (moustiquaires, diffuseurs, etc.) ;
 - un plan d'information et de formation des personnels de l'établissement avec, au besoin, l'appui de l'ARS : à la fois des personnels de maintenance, notamment pour la lutte anti-vectorielle, et des personnels de santé susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (maternité, médecine néonatale et réanimation infantile, urgences, etc.) ;
 - un renforcement des mesures de précaution universelles lors des soins afin d'éviter tout accident d'exposition au sang ou transmission nosocomiale lors de soins.

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : le préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS, pour le compte du préfet, rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9).

L'ARS s'assure de l'information des passagers à l'arrivée et au départ de/vers une zone d'endémie.

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Responsabilité : cellule de gestion départementale (ARS, préfecture) en lien avec les conseils généraux et le niveau national.

Mise en œuvre : dès le niveau 1, il est important de bien coordonner les actions de communication menées au niveau local (ARS, préfectures, conseils généraux et communes) ainsi que celles menées au niveau national. Tous les acteurs (administration centrale, services de l'État en région, collectivités territoriales et agences sanitaires) doivent régulièrement se tenir mutuellement informés des actions de communication qu'ils entreprennent afin de garantir une cohérence de la communication. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

Modalités : un dispositif d'information et de communication de prévention chikungunya-dengue ainsi qu'un dispositif de communication de crise ont été rédigés par la DGS. Ils précisent les actions à mettre en œuvre localement et au niveau national pour atteindre les objectifs ci-après.

Après introduction du virus de la dengue et du chikungunya en métropole, la communication a pour objectif :

- de faire prendre conscience à la population (incluant les malades) de la nécessité d'adopter strictement les mesures destinées à limiter la multiplication des vecteurs et, surtout, la circulation virale ;
- de sensibiliser les professionnels de santé à la déclaration obligatoire et au signalement accéléré des cas suspects pour permettre une confirmation rapide par le CNR et mettre en place des mesures de lutte antivectorielle adaptées quand le patient est en phase virémique ;
- d'informer la population sur les modalités de prise en charge pour ne pas saturer le système de soins ;
- de donner aux professionnels de santé les informations nécessaires au diagnostic, à l'évolution et au traitement de la maladie. Ce dispositif doit intégrer une information-formation spécifique des pharmaciens sur les répulsifs et autres moyens de protection ;
- de sensibiliser les voyageurs, au départ des zones de transmission autochtone, et se rendant dans des zones d'implantation des moustiques vecteurs, aux mesures de protection individuelle, notamment en cas de manifestations cliniques. L'objectif est de prévenir l'exportation des cas de chikungunya et de dengue dans les DOM-TOM (Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Saint-Martin...), dans d'autres départements colonisés par *Aedes albopictus* (niveau 1) ou d'autres pays.

Mesures de gestion au niveau 3 du plan

Critères : Aedes albopictus implanté et actif. Présence d'un foyer de cas humains autochtones (au moins deux cas groupés dans le temps et l'espace) de dengue ou de chikungunya.

1. Organisation, coordination

Notification du niveau de risque par le DGS, après avis de la cellule nationale d'aide à la décision, au préfet, au département concerné et à l'ARS concernée, par courrier électronique. La DGS informe également la DGPR. Le retour au niveau 1 intervient 45 jours après la date de début des signes cliniques du dernier cas déclaré, ou plus tard si la situation épidémiologique ou entomologique le justifie.

Information des autorités sanitaires européennes et OMS par le DGS.

Information par l'InVS en concertation avec la DGS de l'ECDC de la survenue du cas autochtone.

Activation de la cellule départementale de gestion par le préfet. Le préfet réunit et préside la cellule de gestion. Il assure la mise en œuvre du plan antidissémination, notamment en assurant la coordination interministérielle des actions de gestion, la mobilisation des compétences et la communication.

Devant tout cas confirmé (importé ou autochtone), l'ARS :

- réunit, le cas échéant, sous l'autorité du préfet la cellule départementale de gestion comportant les différents acteurs concernés par la gestion de la situation afin de définir et coordonner des actions à mettre en œuvre en termes de lutte antivectorielle, de prise en charge et de communication ;
- informe la DREAL et les centres antipoison des mesures de lutte retenues ;
- informe la DGS des mesures décidées, qui peut être sollicitée pour un appui à la gestion de la situation et à la communication si besoin ;
- s'assure de la mise en œuvre des actions entomologiques décidées.

Activation et gestion de la cellule « éléments et produits du corps humain » par l'AFSSAPS.

2. Surveillance entomologique (cf. point 5 ci-dessous)

3. Surveillance épidémiologique

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire [CVAGS] et CIRE).

Mise en œuvre : ARS (CVAGS et CIRE), InVS, CNR, et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- déclaration obligatoire des cas confirmés biologiquement de chikungunya et de dengue, (procédure de signalement et de notification) ; l'ARS reçoit les signalements et les fiches DO et les transmet à l'InVS après validation, recherche de doublons et anonymisation ;
 - l'ARS assure une information des déclarants (professionnels de santé, biologistes) sur les modalités et procédures de la surveillance renforcée (dispositif de signalement des cas suspects). Elle envoie un courrier d'information chaque année en début de saison à risque ;
 - procédure de signalement et de confirmation diagnostique accélérée (cf. point III, fiche 2) ;
 - validation des signalements de cas suspects : l'ARS reçoit les signalements de cas suspects, les valide et assure le suivi des demandes de confirmation biologique ;
 - enquête épidémiologique par l'ARS (CVAGS en lien CIRE) sur les cas suspects afin d'orienter les mesures de LAV adaptées ;
 - signalement par l'ARS des cas suspects potentiellement virémiques au conseil général et à son opérateur de LAV pour mise en œuvre des actions de contrôle entomologique adéquates sans attendre la confirmation biologique si le cas suspect était en période virémique sur le territoire ;
- L'InVS coordonne le dispositif de surveillance et d'investigation des cas humains et l'analyse de risque de dissémination du virus. Il assure l'appui aux ARS pour la surveillance et l'investigation ;
- le CNR assure la confirmation biologique des cas suspects de chikungunya et de dengue ;
 - pour tout cas autochtone confirmé :
 - recherche active de cas auprès des médecins généralistes et des laboratoires de la zone concernée par la CIRE de l'ARS concernée ;
 - enquête épidémiologique sur les cas par l'ARS afin d'orienter les mesures de LAV adaptées sur les lieux visités pendant les périodes probables d'exposition au virus chikungunya ou dengue et de virémie (respectivement dans les 15 jours précédents et dans les 7 jours suivants la date de début des signes) ;
 - signalement aux opérateurs de LAV pour évaluation entomologique et mise en œuvre des actions de LAV adéquates (mesures périefocales) ;
 - recherche active hebdomadaire des cas suspects auprès des médecins généralistes et des laboratoires de la zone concernée ;
 - l'ARS informe tous les partenaires concernés des mesures de gestion ;
 - surveillance des passages aux urgences (RPU) pour les suspicions de chikungunya ou de dengue dans les établissements de santé participants au réseau OSCOUR et des données agrégées pour l'ensemble des établissements de santé de la zone concernée.

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

Responsables : ARS, InVS.

Mise en œuvre : CAPTV.

L'ARS met en place un dispositif de toxicovigilance approprié afin de déceler les éventuels cas (individuels ou groupés) d'intoxication susceptibles d'intervenir dans le cadre des actions de travaux et traitements décrits ci-dessous.

5. Surveillance et lutte contre les moustiques

Objectif :

- limiter la densification et l'expansion géographique du moustique en vue de protéger la population des risques vectoriels ;
- agir autour des cas importés et autochtones, suspects et confirmés, de dengue ou de chikungunya en vue d'éviter une épidémie.

Responsable de la définition des actions : préfet.

Responsable de la mise en œuvre des actions : conseil général ou son opérateur.

Contenu des actions :

a) Prospection : le département étant classé par arrêté interministériel dans la liste des départements où la présence du moustique présente une menace pour la santé, le conseil général ou son opérateur public met en place un dispositif de surveillance entomologique en dehors des zones (communes, quartiers) déjà reconnues infestées. Lorsque le relevé de ces pièges confirme la présence du moustique, ou lorsque le conseil général ou son opérateur public est informé de sa présence dans un nouveau secteur, des prospections complémentaires peuvent être réalisées dans l'environnement du lieu d'identification. Ces prospections visent à déterminer l'implantation spatiale du vecteur.

Le conseil général ou son opérateur public informe alors les services de l'ARS des nouvelles localisations de foyers d'*Aedes albopictus*.

En cas de signalement de cas suspects ou confirmés de chikungunya et de dengue (importés ou autochtones), le conseil général ou son opérateur public réalise une enquête entomologique autour des cas validés et signalés par l'ARS

b) Travaux et traitements dans les zones où la présence du moustique le nécessite :

Le conseil général entreprend ou fait réaliser par un opérateur public les travaux et traitements de démoustication adaptés :

- soit parce que sa densité en zone habitée constitue un risque sanitaire (suppression ou traitement des gîtes larvaires péri-domestiques, participation à l'éducation sanitaire de la population) ;
- soit par nécessité d'intervention dans l'environnement des cas suspects ou confirmés de dengue ou de chikungunya, à la demande de l'ARS (traitement des gîtes larvaires et des adultes, rappel des mesures de protection individuelle, réduction des gîtes péri-domestiques et sensibilisation de la population). Notamment, devant un cas confirmé ayant séjourné en métropole dans les 7 jours suivant le début des signes cliniques dans un département où le moustique est implanté, une intervention de LAV peut être diligentée en fonction des éléments disponibles. Cette intervention est réalisée le plus rapidement possible et dans les 60 jours suivant le début des symptômes.

Les travaux nécessaires seront réalisés par les organismes et collectivités compétents (conseil général, mairies...). Ces interventions peuvent être mises en œuvre tant dans le domaine public que dans le domaine privé.

Le conseil général s'appuie en tant que de besoin sur les mairies notamment dans les situations où il doit être fait usage des pouvoirs de police du maire en matière de salubrité et de gestion des déchets.

c) Contrôle :

Le conseil général s'assure après tout traitement de la bonne réalisation et de l'efficacité des mesures entreprises.

Le conseil général ou son opérateur public communique à l'avance au préfet et à l'ARS ses protocoles d'intervention LAV périmétrale.

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

L'InVS informe les partenaires de la cellule « éléments et produits du corps humain » lors de la survenue des cas autochtones.

Mesures de gestion : voir fiche 5 du guide : tableaux récapitulatifs des mesures de prévention envisageables pour les produits sanguins labiles et les greffons.

7. Organisation de la prise en charge des patients

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

Information et sensibilisation :

- des médecins libéraux au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* et des modalités de diagnostic et de déclaration des cas suspects ;

- des médecins hospitaliers et des directions d'établissements de santé au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* dans le département et des modalités de déclaration des cas suspects à l'autorité sanitaire et de diagnostic.

L'ARS s'assure que les établissements de santé prennent les mesures de protection individuelle des malades suspects ou confirmés et autour des cas hospitalisés en période virémique.

L'ARS s'assure de la transmission des informations par les établissements de santé (dossier clinique des formes graves, nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisation après passage aux urgences).

En parallèle, les établissements doivent adopter une attitude de prévention se traduisant notamment par :

- un programme de surveillance et de lutte antivectorielle (repérage et élimination mécanique des gîtes larvaires, traitement par un opérateur conformément aux dispositions prévues par le ou les arrêtés préfectoraux relatifs à la lutte contre les moustiques en application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964, etc.) ;
- un plan de protection des usagers et des personnels contre les piqûres de moustiques (moustiquaires, diffuseurs, etc.) ;
- un plan d'information et de formation des personnels de l'établissement avec, au besoin, l'appui de l'ARS : à la fois des personnels de maintenance, notamment pour la lutte antivectorielle, et des personnels de santé susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (maternité, médecine néonatale et réanimation infantile, urgences, etc.) ;
- un renforcement des mesures de précaution universelles lors des soins afin d'éviter tout accident d'exposition au sang ou transmission nosocomiale lors de soins.

Mesures d'adaptation et de préparation de l'offre de soins :

À partir du niveau 3, il est nécessaire de s'assurer que la permanence des soins des professionnels de santé libéraux, notamment les médecins, les paramédicaux (infirmiers, voire kinésithérapeutes) et les pharmaciens d'officine, telle qu'organisée dans le département concerné selon les dispositions en vigueur (1), est à même de prendre en charge les patients. Dans le cas contraire, son renforcement doit être organisé afin de permettre un fonctionnement effectif. Le préfet s'assure que les tableaux de permanence sont complets en prenant si besoin des mesures nécessaires. Les professionnels de santé font l'objet le cas échéant d'une information spécifique.

Il convient également de s'assurer de l'organisation effective de la permanence des transports sanitaires qui repose sur l'organisation de la garde ambulancière départementale selon un découpage géographique défini et des tableaux de garde trimestriels élaborés généralement par les associations professionnelles. En cas d'épidémie, malgré le principe de maintien à domicile, les transports sanitaires sont particulièrement importants, afin que les patients isolés puissent consulter un médecin ou s'approvisionner en médicaments, du fait notamment du caractère invalidant du chikungunya.

Par ailleurs, il convient de préparer le secteur hospitalier pour assurer la prise en charge d'un nombre important de malades. Ainsi, dans le cadre de leur plan blanc, les établissements de santé doivent :

- établir la liste des secteurs d'activité où des lits supplémentaires peuvent être installés, et définir l'ordre de montée en charge de ces installations ;
- dresser la liste des capacités supplémentaires qu'ils sont en mesure de mettre à disposition en cas de développement d'une épidémie (report de certaines fermetures de lit, hébergement, plan de déprogrammation, etc.) et évaluer les surcoûts financiers (à valider avec l'ARS) ;
- dresser et actualiser la liste des ressources humaines supplémentaires susceptibles d'être mobilisées sur place et celles nécessaires à la montée en charge des nouvelles capacités le cas échéant ;
- évaluer les besoins en équipements et consommables dont ils pourraient avoir besoin en cas de crise et de façon graduée, en fonction des différents niveaux du plan ;
- prévoir des consultations spécialisées de suivi (rhumatologie et pédiatrie en particulier).

Il convient d'attirer l'attention des établissements sur l'importance de renforcer prioritairement, en cas de développement épidémique, les secteurs de pédiatrie, les structures d'urgence, le laboratoire et le service de réanimation. Concernant la pédiatrie, afin de décharger les urgences pédiatriques des établissements, une consultation externe pourrait être organisée, avec filière dédiée et reconvoctions à 48 heures.

Enfin, il est nécessaire de définir les besoins (profils et compétences nécessaires, locaux et matériels, zone géographique, etc.), notamment en terme de ressources médicales complémentaires, les identifier à ce stade. Ainsi les médecins retraités depuis moins de 3 ans doivent être recensés en amont. De même, les possibilités de recours aux services d'associations de bénévoles (Croix-Rouge française, par exemple) doivent être évaluées.

Ce recensement pourra être effectué à l'échelle de la zone de défense et de sécurité par l'ARS de zone afin d'identifier les renforts locaux potentiels ou, le cas échéant, de préparer la régulation des renforts entre les départements.

(1) Code de la santé publique, notamment les articles L. 6314-1, L. 5125-22 et R. 6315-4.

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS pour le préfet rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et, met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9).

L'ARS s'assure de l'information des passagers à l'arrivée et au départ de/vers une zone d'endémie.

L'ARS s'assure de la mise en place du programme de lutte contre le vecteur autour des ports et des aéroports (en application du RSI) (cf. fiche 9).

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Responsabilité : cellule de gestion départementale/régionale avec coordination nationale.

Mise en œuvre :

Le dispositif d'information et de communication devra être coordonné entre les différents partenaires, notamment si plusieurs départements ou régions sont touchés ou susceptibles de l'être. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

Modalités : un dispositif d'information et de communication de crise a été rédigé par la DGS. Il précise les actions à mettre en œuvre localement et au niveau national pour atteindre les objectifs ci-après. Des outils spécifiques (spots radio, plaquettes, affiches...) ont également été réalisés par le ministère chargé de la santé en lien, notamment avec l'INPES. Ils seront mis à la disposition des services de l'État en région et de leurs partenaires en cas de besoin.

Après introduction du virus de la dengue et du chikungunya en métropole, la communication a pour objectif :

- de faire prendre conscience à la population (incluant les malades) de la nécessité d'adopter strictement les mesures destinées à limiter la multiplication des vecteurs et, surtout, la circulation virale ;
- de sensibiliser les professionnels de santé à la déclaration obligatoire et au signalement accéléré des cas suspects pour permettre une confirmation rapide par le CNR et mettre en place des mesures de lutte antivectorielle adaptées quand le patient est en phase virémique ;
- d'informer la population sur les modalités de prise en charge pour ne pas saturer le système de soin ;
- de donner aux professionnels de santé les informations nécessaires au diagnostic, à l'évolution et au traitement de la maladie. Ce dispositif doit intégrer une information/formation spécifique des pharmaciens sur les répulsifs et autres moyens de protection ;
- de sensibiliser les voyageurs, au départ des zones de transmission autochtone, et se rendant dans des zones d'implantation des moustiques vecteurs, aux mesures de protection individuelle, notamment en cas de manifestations cliniques. L'objectif est de prévenir l'exportation des cas de chikungunya et de dengue dans les DOM-TOM (Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Saint-Martin...), d'autres départements colonisés par *Aedes albopictus* (niveau 1) ou d'autres pays.

Mesures de gestion au niveau 4 du plan

Critères : Aedes albopictus implanté et actif. Présence de plusieurs foyers de cas humains autochtones confirmés de dengue ou de chikungunya (foyers distincts sans lien épidémiologique et géographique entre eux).

1. Organisation, coordination

Notification du niveau de risque par le DGS après avis de la Cellule nationale d'aide à la décision, au préfet, au département concerné et à l'ARS concernée, par courrier électronique. La DGS informe également la DGPR. Le retour au niveau 1 intervient 45 jours après la date de début des signes cliniques du dernier cas déclaré, ou plus tard si la situation épidémiologique ou entomologique le justifie.

Information des autorités sanitaires européennes et OMS par le DGS.

Information par l'InVS en concertation avec la DGS de l'ECDC de la survenue du cas autochtone.

Activation de la cellule départementale de gestion par le préfet. Le préfet réunit et préside la cellule de gestion. Il assure la mise en œuvre du plan antidissémination, notamment en assurant la coordination interministérielle des actions de gestion, la mobilisation des compétences et la communication.

L'ARS de zone assure la coordination interdépartementale des moyens logistiques de la réponse, lorsque ceux-ci sont dépassés au niveau d'un département, sur sollicitation du préfet de département concerné.

Devant tout cas confirmé autochtone, l'ARS :

- réunit, le cas échéant, sous l'autorité du préfet la cellule départementale de gestion comportant les différents acteurs concernés par la gestion de la situation, afin de définir et coordonner des actions à mettre en œuvre en termes de lutte antivectorielle, de prise en charge et de communication ;

- informe la DREAL et les centres antipoison des mesures de lutte retenues ;
- informe la DGS des mesures décidées, qui peut être sollicitée pour un appui à la gestion de la situation et à la communication si besoin ;
- s’assure de la mise en œuvre des actions entomologiques décidées.

Activation et gestion de la cellule « éléments et produits du corps humain » par l’AFSSAPS.

2. Surveillance entomologique (cf. point 5 ci-dessous)

3. Surveillance épidémiologique

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d’alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) et CIRE).
Mise en œuvre : ARS (CVAGS et CIRE), InVS, CNR, et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- déclaration obligatoire des cas confirmés biologiquement de chikungunya et de dengue, (procédure de signalement et de notification) ; l’ARS reçoit les signalements et les fiches DO et les transmet à l’InVS après validation, recherche de doublons et anonymisation ;
- l’ARS assure une information des déclarants (professionnels de santé, biologistes) sur les modalités et procédures de la surveillance renforcée (dispositif de signalement des cas suspects). Elle envoie un courrier d’information chaque année en début de saison à risque ;
- procédure de signalement et de confirmation diagnostique accélérée (cf. point III, fiche 2) ;
- validation des signalements de cas suspects : l’ARS reçoit les signalements de cas suspects, les valide et assure le suivi des demandes de confirmation biologique ;
- enquête épidémiologique par l’ARS (CVAGS en lien CIRE) sur les cas suspects afin d’orienter les mesures de LAV adaptées ;
- signalement par l’ARS des cas suspects potentiellement virémiques au conseil général et à son opérateur de LAV pour mise en œuvre des actions de contrôle entomologique adéquates sans attendre la confirmation biologique si le cas suspects était en période virémique sur le territoire ;
L’InVS coordonne le dispositif de surveillance et d’investigation des cas humains et l’analyse de risque de dissémination du virus. Il assure l’appui aux ARS pour la surveillance et l’investigation ;
- le CNR assure la confirmation biologique des cas suspects de chikungunya et de dengue ;
- pour tout cas autochtone confirmé :
 - recherche active de cas auprès des médecins généralistes et des laboratoires de la zone concernée par l’ARS (CIRE) concernée ;
 - enquête épidémiologique sur les cas par l’ARS afin d’orienter les mesures de LAV adaptées sur les lieux visités pendant les périodes probables d’exposition au virus chikungunya ou dengue et de virémie (respectivement dans les 15 jours précédents et dans les 7 jours suivants la date de début des signes) ;
 - signalement aux opérateurs de LAV pour évaluation entomologique et mise en œuvre des actions de LAV adéquates (mesures pérfocales) ;
- recherche active hebdomadaire des cas suspects auprès des médecins généralistes et des laboratoires de la zone concernée ;
- surveillance des passages aux urgences (RPU) pour les suspicions de chikungunya ou de dengue dans les établissements de santé participants au réseau OSCOUR et des données agrégées pour l’ensemble des établissements de santé de la zone concernée ;
- l’ARS informe tous les partenaires concernés des mesures de gestion.

4. Toxicovigilance (cas groupés d’intoxication par les produits biocides)

Responsables : ARS, InVS.

Mise en œuvre : CAPTV.

L’ARS met en place un dispositif de toxicovigilance approprié afin de déceler les éventuels cas (individuels ou groupés) d’intoxication susceptibles d’intervenir dans le cadre des actions de travaux et traitements décrits ci-dessous.

5. Surveillance et lutte contre les moustiques

Objectif :

- limiter la densification et l’expansion géographique du moustique en vue de protéger la population des risques vectoriels ;
- agir autour des cas importés et autochtones, suspects et confirmés, de dengue ou de chikungunya en vue d’éviter une épidémie.

Responsable de la définition des actions : préfet.

Responsable de la mise en œuvre des actions : conseil général ou son opérateur.

Contenu des actions :

a) Prospection : le département étant classé par arrêté interministériel dans la liste des départements où la présence du moustique présente une menace pour la santé, le conseil général ou son opérateur public met en place un dispositif de surveillance entomologique en dehors des zones

(communes, quartiers) déjà reconnues infestées. Lorsque le relevé de ces pièges confirme la présence du moustique, ou lorsque le conseil général ou son opérateur public est informé de sa présence dans un nouveau secteur, des prospections complémentaires peuvent être réalisées dans l'environnement du lieu d'identification. Ces prospections visent à déterminer l'implantation spatiale du vecteur.

Le conseil général ou son opérateur public informe alors les services de l'ARS des nouvelles localisations de foyers d'*Aedes albopictus*.

En cas de signalement de cas suspects ou confirmés de chikungunya ou de dengue (importés ou autochtones), le conseil général ou son opérateur public réalise une enquête entomologique autour des cas validés et signalés par l'ARS avec recherche et élimination des gîtes larvaires.

b) Travaux et traitements dans les zones où la présence du moustique le nécessite :

Le conseil général entreprend ou fait réaliser par un opérateur public les travaux et traitements de démoustication adaptés :

- soit parce que sa densité en zone habitée constitue un risque sanitaire (suppression ou traitement des gîtes larvaires péri-domestiques, participation à l'éducation sanitaire de la population) ;
- soit par nécessité d'intervention dans l'environnement des cas suspects ou confirmés de dengue ou de chikungunya, à la demande de l'ARS (traitement des gîtes larvaires et des adultes, rappel des mesures de protection individuelle, réduction des gîtes péri-domestiques et sensibilisation de la population). Notamment, devant un cas confirmé ayant séjourné en métropole dans les 7 jours suivant le début des signes cliniques dans un département où le moustique est implanté, une intervention de LAV peut être diligentée en fonction des éléments disponibles. Cette intervention est réalisée le plus rapidement possible et dans les 60 jours suivant le début des symptômes.

Les travaux nécessaires seront réalisés par les organismes et collectivités compétents (conseil général, mairies...).

Ces interventions peuvent être mises en œuvre tant dans le domaine public que dans le domaine privé.

Le conseil général s'appuie en tant que de besoin sur les mairies, notamment dans les situations où il doit être fait usage des pouvoirs de police du maire en matière de salubrité et de gestion des déchets.

c) Contrôle :

Le conseil général s'assure après tout traitement de la bonne réalisation et de l'efficacité des mesures entreprises.

Le conseil général ou son opérateur public communique à l'avance au préfet et à l'ARS ses protocoles d'intervention LAV périmétrale.

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

L'InVS informe les partenaires de la cellule « éléments et produits du corps humain » lors de la survenue des cas autochtones.

Mesures de gestion : voir la fiche 5 du guide : tableaux récapitulatifs des mesures de prévention envisageables pour les produits sanguins labiles et les greffons.

7. Organisation de la prise en charge des patients

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

Information et sensibilisation :

- des médecins libéraux au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* et des modalités de diagnostic et de déclaration des cas suspects ;
- des médecins hospitaliers et des directions d'établissements de santé au sujet de la présence d'*Aedes albopictus* dans le département et des modalités de déclaration des cas suspects à l'autorité sanitaire et de diagnostic.

L'ARS s'assure que les établissements de santé prennent les mesures de protection individuelle des malades suspects ou confirmés et autour des cas hospitalisés en période virémique.

L'ARS s'assure de la transmission des informations par les établissements de santé (dossier clinique des formes graves, nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisation après passage aux urgences).

En parallèle, les établissements doivent adopter une attitude de prévention se traduisant notamment par :

- un programme de surveillance et de lutte antivectorielle (repérage et élimination mécanique des gîtes larvaires, traitement par un opérateur conformément aux dispositions prévues par le ou les arrêtés préfectoraux relatifs à la lutte contre les moustiques en application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964, etc.) ;
- un plan de protection des usagers et des personnels contre les piqûres de moustiques (moustiquaires, diffuseurs, etc.) ;

- un plan d'information et de formation des personnels de l'établissement avec, au besoin, l'appui de l'ARS : à la fois des personnels de maintenance notamment pour la lutte antivectorielle et des personnels de santé susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (maternité, médecine néonatale et réanimation infantile, urgences, etc.) ;
- un renforcement des mesures de précaution universelles lors des soins afin d'éviter tout accident d'exposition au sang ou transmission nosocomiale lors de soins.

Mesures d'adaptation et de préparation de l'offre de soins :

À partir du niveau 3, il est nécessaire de s'assurer que la permanence des soins des professionnels de santé libéraux, notamment les médecins, les paramédicaux (infirmiers, voire kinésithérapeutes) et les pharmaciens d'officine, telle qu'organisée dans le département concerné selon les dispositions en vigueur (1), est à même de prendre en charge les patients. Dans le cas contraire, son renforcement doit être organisé afin de permettre un fonctionnement effectif. Le préfet s'assure que les tableaux de permanence sont complets en prenant, si besoin, des mesures nécessaires. Les professionnels de santé font l'objet, le cas échéant, d'une information spécifique.

Il convient également de s'assurer de l'organisation effective de la permanence des transports sanitaires, qui repose sur l'organisation de la garde ambulancière départementale selon un découpage géographique défini et des tableaux de garde trimestriels, élaborés généralement par les associations professionnelles. En cas d'épidémie, malgré le principe de maintien à domicile, les transports sanitaires sont particulièrement importants, afin que les patients isolés puissent consulter un médecin ou s'approvisionner en médicaments, du fait notamment du caractère invalidant du chikungunya.

Par ailleurs, il convient de préparer le secteur hospitalier pour assurer la prise en charge d'un nombre important de malades. Ainsi, dans le cadre de leur plan blanc, les établissements de santé doivent :

- établir la liste des secteurs d'activité où des lits supplémentaires peuvent être installés, et définir l'ordre de montée en charge de ces installations ;
- dresser la liste des capacités supplémentaires qu'ils sont en mesure de mettre à disposition en cas de développement d'une épidémie (report de certaines fermetures de lit, hébergement, plan de déprogrammation, etc.) et évaluer les surcoûts financiers (à valider avec l'ARS) ;
- dresser et actualiser la liste des ressources humaines supplémentaires susceptibles d'être mobilisées sur place et celles nécessaires à la montée en charge des nouvelles capacités, le cas échéant ;
- évaluer les besoins en équipements et consommables dont ils pourraient avoir besoin en cas de crise et de façon graduée, en fonction des différents niveaux du plan ;
- prévoir des consultations spécialisées de suivi (rhumatologie et pédiatrie en particulier).

Il convient d'attirer l'attention des établissements sur l'importance de renforcer prioritairement, en cas de développement épidémique, les secteurs de pédiatrie, les structures d'urgence, le laboratoire et le service de réanimation. Concernant la pédiatrie, afin de décharger les urgences pédiatriques des établissements, une consultation externe pourrait être organisée, avec filière dédiée et reconvoctions à 48 heures.

Enfin, il est nécessaire de définir les besoins (profils et compétences nécessaires, locaux et matériels, zone géographique, etc.), notamment en termes de ressources médicales complémentaires, les identifier à ce stade. Ainsi les médecins retraités depuis moins de trois ans doivent être recensés en amont. De même, les possibilités de recours aux services d'associations de bénévoles (Croix-Rouge française, par exemple) doivent être évaluées.

Ce recensement pourra être effectué à l'échelle de la zone de défense et de sécurité par l'ARS de zone afin d'identifier les renforts locaux potentiels ou, le cas échéant, de préparer la régulation des renforts entre les départements.

Mobilisation de l'offre de soins en cas d'afflux de patients :

L'adaptation de l'offre hospitalière sera évaluée par la cellule de crise hospitalière activée dans le cadre du plan blanc. Ainsi, si le foyer de cas autochtones est important, des mesures graduées et adaptées du plan blanc peuvent être déclenchées par le directeur d'établissement. Il en informe le préfet et l'ARS. L'établissement peut, le cas échéant, solliciter auprès de l'ARS, de façon argumentée, une demande de renforts identifiés en amont.

En fonction de l'évolution épidémique, le préfet peut déclencher le plan blanc élargi, qui a pour objectif la coordination de l'offre de soins, notamment quand il devient nécessaire de mobiliser plus particulièrement les secteurs ambulatoire et préhospitalier (SAMU, SMUR). Des actions de coopération interétablissements peuvent être organisées dans ce cadre au niveau 4, afin de renforcer les filières de soins exposées à une forte tension.

En cas de nécessité, une mobilisation des ressources disponibles à l'échelle de la zone de défense et de sécurité peut être envisagée.

Enfin, si les ressources locales ne peuvent faire face à l'épidémie, l'ARS pourra adresser une demande argumentée à la DGS afin de prévoir un recours à la réserve sanitaire adapté et proportionné.

(1) Code de la santé publique, notamment les articles L. 6314-1, L. 5125-22 et R. 6315-4.

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS pour le préfet rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et, met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9).

L'ARS s'assure de l'information des passagers à l'arrivée et au départ de/vers une zone d'endémie.

L'ARS s'assure de la mise en place du programme de lutte contre le vecteur autour des ports et des aéroports (en application du RSI) (cf. fiche 9).

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Responsabilité : cellule de gestion départementale/régionale avec coordination nationale.

Mise en œuvre : le dispositif d'information et de communication devra être coordonné entre les différents partenaires, notamment si plusieurs départements ou régions sont touchés ou susceptibles de l'être. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

Modalités : un dispositif d'information et de communication de crise a été rédigé par la DGS. Il précise les actions à mettre en œuvre localement et au niveau national pour atteindre les objectifs ci-après. Des outils spécifiques (spots radio, plaquettes, affiches...) ont également été réalisés par le ministère chargé de la santé, en lien notamment avec l'INPES. Ils seront mis à la disposition des services de l'État en région et de leurs partenaires, en cas de besoin.

Mesures de gestion au niveau 5 (a) du plan

Critères : Aedes albopictus implanté et actif, et épidémie. Répartition diffuse de cas humains autochtones au-delà des foyers déjà individualisés.

1. Organisation, coordination

Notification du niveau de risque par le DGS après avis de la cellule nationale d'aide à la décision, au préfet, au département concerné et à l'ARS concernée, par courrier électronique. La DGS informe également la DGPR. Le retour au niveau 1 intervient 45 jours après la date de début des signes cliniques du dernier cas déclaré, ou plus tard si la situation épidémiologique ou entomologique le justifie.

Information des autorités sanitaires européennes et OMS par le DGS.

Information par l'InVS en concertation avec la DGS de l'ECDC de la survenue du cas autochtone.

Activation de la cellule départementale de gestion par le préfet. Le préfet réunit et préside la cellule de gestion. Il assure la mise en œuvre du plan antidissémination, notamment en assurant la coordination interministérielle des actions de gestion, la mobilisation des compétences et la communication.

L'ARS de zone assure la coordination interdépartementale des moyens logistiques de la réponse, lorsque ceux-ci sont dépassés au niveau d'un département, sur sollicitation du préfet de département concerné.

Devant tout cas confirmé autochtone, L'ARS :

- réunit, le cas échéant, sous l'autorité du préfet la cellule départementale de gestion comportant les différents acteurs concernés par la gestion de la situation, afin de définir et coordonner des actions à mettre en œuvre en termes de lutte antivectorielle, de prise en charge et de communication ;
- informe la DREAL et les centres antipoison des mesures de lutte retenues ;
- informe la DGS des mesures décidées, qui peut être sollicitée pour un appui à la gestion de la situation et à la communication si besoin ;
- s'assure de la mise en œuvre des actions entomologiques décidées.

Activation et gestion de la cellule « éléments et produits du corps humain » par l'AFSSAPS.

2. Surveillance entomologique (cf. point 5 ci-dessous)

3. Surveillance épidémiologique

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) et CIRE).

Mise en œuvre : ARS (CVAGS et CIRE), InVS, CNR, et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- information renforcée des déclarants ;
- validation des signalements de cas suspects par ARS ;

- déclaration obligatoire pour les nouveaux cas survenant en dehors des foyers existants et les cas hospitalisés (procédure de signalement et de notification) ;
- procédure de signalement et de confirmation diagnostique accélérée en dehors des foyers existants et des cas hospitalisés ;
- signalement des suspects importés potentiellement virémiques aux opérateurs de LAV en dehors des foyers connus ;
- enquête épidémiologique pour les nouveaux cas survenant en dehors des foyers existants et des cas hospitalisés par l'ARS ;
- recherche active de cas auprès des médecins généralistes et des laboratoires de la zone concernée : activation progressive et étalonnage des dispositifs de surveillance sentinelle ;
- surveillance des passages aux urgences (RPU) pour les suspicions de chikungunya ou de dengue dans les établissements de santé participants au réseau OSCOUR et des données agrégées pour l'ensemble des établissements de santé de la zone concernée ;
- surveillance active des cas hospitalisés ou sévères par l'ARS (CIRE) concernée ;
- surveillance des décès à partir des certificats de décès et des données INSEE par l'ARS concernée.

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

Responsables : ARS, InVS.

Mise en œuvre : CAPTV.

L'ARS met en place un dispositif de toxicovigilance approprié afin de déceler les éventuels cas (individuels ou groupés) d'intoxication susceptibles d'intervenir dans le cadre des actions de travaux et traitements décrits ci-dessous.

5. Surveillance et lutte contre les moustiques

Objectif : enquête entomologique autour des nouveaux cas autochtones confirmés de dengue ou de chikungunya survenant en dehors des foyers existants en vue d'éviter l'expansion de l'épidémie.

Responsable de la définition des actions : préfet.

Responsable de la mise en œuvre des actions : conseil général ou son opérateur.

Contenu des actions :

a) Prospection : en cas de signalement de nouveaux cas de chikungunya ou de dengue autochtones confirmés survenant en dehors des foyers existants, le conseil général ou son opérateur public réalise une enquête entomologique autour des cas validés et signalés par l'ARS avec recherche et élimination des gîtes larvaires.

b) Travaux et traitements dans les zones où la présence du moustique le nécessite :

Le conseil général entreprend ou fait réaliser par un opérateur public les travaux et traitements de démoustication adaptés :

Intervention dans l'environnement des cas autochtones confirmés de dengue ou de chikungunya survenant en dehors des foyers existants, à la demande de l'ARS (recherche et élimination ou traitement des gîtes larvaires et des adultes, sensibilisation de la population aux mesures de protection individuelle).

Les travaux nécessaires seront réalisés par les organismes et collectivités compétents (conseil général, mairies...).

Ces interventions peuvent être mises en œuvre tant dans le domaine public que dans le domaine privé.

Le conseil général s'appuie en tant que de besoin sur les mairies, notamment dans les situations où il doit être fait usage des pouvoirs de police du maire en matière de salubrité et de gestion des déchets.

c) Contrôle : le conseil général s'assure après tout traitement de la bonne réalisation et de l'efficacité des mesures entreprises.

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

Voir fiche 5 du guide : tableaux récapitulatifs des mesures de prévention envisageables pour les produits sanguins labiles et les greffons.

7. Organisation de la prise en charge des patients

Mobilisation de l'offre de soins en cas d'afflux de patients.

L'adaptation de l'offre hospitalière sera évaluée par la cellule de crise hospitalière activée dans le cadre du plan blanc. Ainsi si le foyer de cas autochtones est important, des mesures graduées et adaptées du plan blanc peuvent être déclenchées par le directeur d'établissement. Il en informe le préfet et l'ARS. L'établissement peut, le cas échéant, solliciter auprès de l'ARS, de façon argumentée, une demande de renforts identifiés en amont.

En fonction de l'évolution épidémique, le préfet peut déclencher le plan blanc élargi, qui a pour objectif la coordination de l'offre de soins, notamment quand il devient nécessaire de mobiliser plus particulièrement les secteurs ambulatoire et préhospitalier (SAMU, SMUR). Des actions de coopération inter établissements peuvent être organisées dans ce cadre, afin de renforcer les filières de soins exposées à une forte tension.

En cas de nécessité, une mobilisation des ressources disponibles à l'échelle de la zone de défense et de sécurité peut être envisagée.

Enfin, si les ressources locales ne peuvent faire face à l'épidémie, l'ARS pourra adresser une demande argumentée à la DGS afin de prévoir un recours à la réserve sanitaire adapté et proportionné.

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS pour le préfet rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et, met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9).

L'ARS s'assure de l'information des passagers à l'arrivée et au départ de/vers une zone d'endémie.

L'ARS s'assure de la mise en place du programme de lutte contre le vecteur autour des ports et des aéroports (en application du RSI) (cf. fiche 9).

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Responsabilité : cellule de gestion nationale de crise en coordination avec les cellules de gestion départementales/régionales.

Mise en œuvre : le dispositif d'information et de communication devra être coordonné entre les différents partenaires, notamment si plusieurs départements ou régions sont touchés ou susceptibles de l'être. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

Modalités : un dispositif d'information et de communication de crise a été rédigé par la DGS. Il précise les actions à mettre en œuvre localement et au niveau national pour atteindre les objectifs ci-après. Des outils spécifiques (spots radio, plaquettes, affiches...) ont également été réalisés par le ministère chargé de la santé en lien, notamment avec l'INPES. Ils seront mis à la disposition des services de l'État en région et de leurs partenaires en cas de besoin.

Mesures de gestion au niveau 5 (b) du plan

Critères : Aedes albopictus implanté et actif, et épidémie. 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.

1. Organisation, coordination

Notification du niveau de risque par le DGS après avis de la cellule nationale d'aide à la décision, au préfet, au département concerné et à l'ARS concernée, par courrier électronique. La DGS informe également la DGPR. Le retour au niveau 1 intervient 45 jours après la date de début des signes cliniques du dernier cas déclaré, ou plus tard si la situation épidémiologique ou entomologique le justifie.

Information des autorités sanitaires européennes et OMS par le DGS.

Information par l'InVS en concertation avec la DGS de l'ECDC de la survenue du cas autochtone.

Activation de la cellule départementale de gestion par le préfet. Le préfet réunit et préside la cellule de gestion. Il assure la mise en œuvre du plan antidissémination notamment en assurant la coordination interministérielle des actions de gestion, la mobilisation des compétences et la communication.

L'ARS de zone assure la coordination interdépartementale des moyens logistiques de la réponse, lorsque ceux-ci sont dépassés au niveau d'un département, sur sollicitation du préfet de département concerné.

Devant tout cas confirmé autochtone, l'ARS :

- réunit, le cas échéant, sous l'autorité du préfet la cellule départementale de gestion comportant les différents acteurs concernés par la gestion de la situation afin de définir et coordonner des actions à mettre en œuvre en termes de lutte antivectorielle, de prise en charge et de communication ;
- informe la DREAL et les centres antipoison des mesures de lutte retenues ;
- informe la DGS des mesures décidées, qui peut être sollicitée pour un appui à la gestion de la situation et à la communication si besoin ;
- s'assure de la mise en œuvre des actions entomologiques décidées.

Activation et gestion de la cellule « éléments et produits du corps humain » par l'AFSSAPS.

2. Surveillance entomologique (cf. point 5 ci-dessous)

3. Surveillance épidémiologique

Responsabilité : DGS, InVS, ARS (cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) et CIRE).
Mise en œuvre : ARS (CVAGS et CIRE), InVS, CNR, et déclarants (médecins et biologistes).

Modalités :

- procédure accélérée de confirmation diagnostique uniquement pour les cas hospitalisés ;
- passage en surveillance sentinelle pour la recherche active des cas ;
- surveillance des passages aux urgences (RPU) pour les suspicions de chikungunya ou de dengue dans les établissements de santé participants au réseau OSCOUR et des données agrégées pour l'ensemble des établissements de santé de la zone concernée ;
- surveillance active des cas hospitalisés ou sévères par l'ARS (CIRE) concernée ;
- surveillance des décès à partir des certificats de décès et des données INSEE par l'ARS concernée.

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

Responsable : ARS, InVS.

Mise en œuvre : CAPTV.

L'ARS met en place un dispositif de toxicovigilance approprié afin de déceler les éventuels cas (individuels ou groupés) d'intoxication susceptibles d'intervenir dans le cadre des actions de travaux et traitements décrits ci-dessous.

5. Surveillance et lutte contre les moustiques

Objectif : enquête entomologique autour des nouveaux cas autochtones confirmés de dengue ou de chikungunya survenant en dehors des foyers existants en vue d'éviter l'expansion de l'épidémie.

Responsable de la définition des actions : le préfet.

Responsable de la mise en œuvre des actions : le conseil général ou son opérateur.

Contenu des actions :

a) Prospection : en cas de signalement de nouveaux cas de chikungunya ou de dengue autochtones confirmés survenant en dehors des foyers existants, le conseil général ou son opérateur public réalise une enquête entomologique autour des cas validés et signalés par l'ARS, avec recherche et élimination des gîtes larvaires.

b) Travaux et traitements dans les zones où la présence du moustique le nécessite :

Le conseil général entreprend ou fait réaliser par un opérateur public les travaux et traitements de démoustication adaptés :

Intervention dans l'environnement des cas autochtones confirmés de dengue ou de chikungunya survenant en dehors des foyers existants, à la demande de l'ARS (recherche et élimination ou traitement des gîtes larvaires et des adultes, sensibilisation de la population aux mesures de protection individuelle).

Les travaux nécessaires seront réalisés par les organismes (ex. : agences et services d'urbanisme, établissements publics d'aménagement, agences de l'eau, etc.) et collectivités compétents (conseil général, mairies...).

Ces interventions peuvent être mises en œuvre tant dans le domaine public que dans le domaine privé.

Le conseil général s'appuie en tant que de besoin sur les mairies notamment dans les situations où il doit être fait usage des pouvoirs de police du maire en matière de salubrité et de gestion des déchets.

c) Contrôle : le conseil général s'assure après tout traitement de la bonne réalisation et de l'efficacité des mesures entreprises.

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

Voir fiche 5 du guide : tableaux récapitulatifs des mesures de prévention envisageables pour les produits sanguins labiles et les greffons.

7. Organisation de la prise en charge des patients

L'adaptation de l'offre hospitalière sera évaluée par la cellule de crise hospitalière activée dans le cadre du plan blanc. Ainsi si le foyer de cas autochtones est important, des mesures graduées et

adaptées du plan blanc peuvent être déclenchées par le directeur d'établissement. Il en informe le préfet et l'ARS. L'établissement peut, le cas échéant, solliciter auprès de l'ARS, de façon argumentée, une demande de renforts identifiés en amont.

En fonction de l'évolution épidémique, le préfet peut déclencher le plan blanc élargi, qui a pour objectif la coordination de l'offre de soins, notamment quand il devient nécessaire de mobiliser plus particulièrement les secteurs ambulatoire et préhospitalier (SAMU, SMUR). Des actions de coopération interétablissements peuvent être organisées dans ce cadre au niveau 4, afin de renforcer les filières de soins exposées à une forte tension.

En cas de nécessité, une mobilisation des ressources disponibles à l'échelle de la zone de défense et de sécurité peut être envisagée.

Enfin, si les ressources locales ne peuvent faire face à l'épidémie, l'ARS pourra adresser une demande argumentée à la DGS afin de prévoir un recours à la réserve sanitaire adapté et proportionné.

8. Mesures de contrôle sanitaire aux frontières : désinsectisation des moyens de transport en provenance de zones à risque

Mise en œuvre : préfet.

Modalités : application du règlement sanitaire aux frontières (RSI).

L'ARS pour le préfet rappelle aux compagnies aériennes leurs obligations en matière de désinsectisation et, met en place des actions de contrôle de la désinsectisation des avions en provenance des zones à risque (cf. fiche 9).

L'ARS s'assure de l'information des passagers à l'arrivée et au départ de/vers une zone d'endémie.

L'ARS s'assure de la mise en place du programme de lutte contre le vecteur autour des ports et des aéroports (en application du RSI) (cf. fiche 9).

9. Information et communication (cf. fiche 10)

Responsabilité : cellule de gestion nationale de crise en coordination avec les cellules de gestion départementales/régionales.

Mise en œuvre : le dispositif d'information et de communication devra être coordonné entre les différents partenaires, notamment si plusieurs départements ou régions sont touchés ou susceptibles de l'être. La mutualisation des actions et des outils doit être privilégiée et recherchée quand cela est possible.

Modalités : un dispositif d'information et de communication de crise a été rédigé par la DGS. Il précise les actions à mettre en œuvre localement et au niveau national pour atteindre les objectifs ci-après. Des outils spécifiques (spots radio, plaquettes, affiches...) ont également été réalisés par le ministère chargé de la santé en lien, notamment avec l'INPES. Ils seront mis à la disposition des services de l'État en région et de leurs partenaires, en cas de besoin.

ANNUAIRE

Direction générale de la santé, département des urgences sanitaires, centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales	14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP	Ligne alerte : 01-40-56-57-84 Fax : 01-40-56-56-54 alerte@sante.gouv.fr
EID Méditerranée	165, avenue Paul-Rimbaud, 34184 Montpellier Cedex	Tél. : 04-67-63-67-63 Fax : 04-67-63-54-05 eid.med@eid-med.fr
EID Atlantique	1, rue Toufaire, 17300 Rochefort	Tél. : 05-46-88-12-34 Fax : 05-46-88-06-17 Courriel : contact@eidatlantique.eu
EID Rhône-Alpes (Ain-Isère-Rhône-Savoie)	BP 2, 73310 Chindrieux	Tél. : 04-79-54-21-58 Fax : 04-79-54-28-41 rfoussadier@eid-rhonealpes.com
CNR des Arbovirus, institut de recherche biomédicale des armées	Unité de virologie, IRBA, antenne de Marseille	Tél. : 04-91-15-01-18 Fax : 04-91-15-01-72 diagarbo@imtssa.fr
Institut de veille sanitaire	12, rue du Val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex	Tél. : 01-41-79-67-00 (standard) Fax : 01-41-79-67-67 DMI@invs.sante.fr
Centre national d'expertise sur les vecteurs	Centre IRD de Montpellier, 911, avenue Agropolis, BP 64501, 34394 Montpellier Cedex 5, France	Tél. : +33 (0)4-67-41-62-49 Fax : +33 (0)4-67-41-63-30
Centre hospitalier universitaire de Nice, entomologie médicale, parasitologie-mycologie	Hôpital de l'Archet, BP 3079, 06202 Nice Cedex 3	Tél. : 04-92-03-62-54 Fax : 04-92-03-62-58 DELAUNAY.P@CHU-NICE.fr

ANNEXE

QUELQUES NOTIONS ET TERMES UTILISÉS EN ENTOMOLOGIE MÉDICALE

Arbovirus : les arbovirus sont des virus ayant pour vecteur les arthropodes hématophages. Ce terme ne fait pas partie de la classification taxonomique des virus (ils rassemblent différentes classes de virus). Ce nom provient de la contraction de l'expression anglaise *arthropod-borne viruses*.

Arthropodes : embranchement d'animaux, lignée des invertébrés à squelette chitineux externe, caractérisés par un corps segmenté, un exosquelette et dont les membres ou appendices sont constitués d'articles (pattes articulées), comme les crustacés, amphipodes, copépodes, isopodes, myriapodes, limules, arachnidés, insectes, du grec *arthron* « articulation » et *podos* « pied ». Le corps des arthropodes est formé de segments (ou métamères) articulés, recouverts d'une cuticule rigide, qui constitue leur squelette externe, dans la plupart des cas constitué de chitine. Les insectes font partie de cet embranchement et appartiennent au sous-embranchement des hexapodes (trois paires de pattes).

Arthropodes hématophages : ce groupe rassemble l'ensemble des arthropodes ayant besoin d'un repas sanguin qui leur fournit les protéines nécessaires à la formation des œufs. Ainsi, dans la presque totalité des cas, seule la femelle prend un repas de sang. Les principaux arthropodes hématophages appartiennent au sous-embranchement des hexapodes (insectes). On y retrouve les puces (ordre des siphonaptères), les moustiques, mouches et moucherons (ordre des diptères, famille des culicidés, phlébotomidés, cératopogonidés, simuliidés et tabanidés) et les punaises (hémiptères). Les tiques (métastigmates) sont également hématophages mais font partie du sous-embranchement des arachnides.

Arthropodes vecteurs : arthropodes hématophage qui assurent, par un comportement spécifique, la transmission biologique (cycle indispensable de développement dans le vecteur) et active (le vecteur va jouer un rôle actif, c'est-à-dire qu'il amène l'agent à un vertébré réceptif) des agents pathogènes d'un hôte vertébré donneur à un autre hôte vertébré réceptif. On parle de spécificité parasitaire. Cet agent infectieux peut être une bactérie, un virus, un protozoaire ou un helminthe.

NB. – On distingue la transmission biologique de la transmission mécanique. Celle-ci se fait à l'occasion de deux repas sanguins séparés par un très faible intervalle de temps (repas interrompus). L'agent pathogène prélevé au cours du premier de ces repas demeure au niveau des pièces buccales et est aussitôt réinjecté lors du second repas. L'absence de phénomène biologique dans l'organisme du vecteur implique une absence de spécificité parasitaire.

Capacité vectorielle : c'est l'aptitude du vecteur à s'infecter sur un hôte vertébré, à assurer le développement d'un agent pathogène et à transmettre cet agent à un autre hôte dans les conditions du milieu. Cet indice indique le nombre d'infections qu'un vecteur donné va occasionner par malade (cas index ou nouveau cas autochtone) et par jour dans une population non immune. Ce paramètre dépend de la compétence, du taux de contact vecteur-hôte, lui-même dépendant de la préférence trophique (choix de l'espèce de vertébré pour le repas sanguin) et de l'abondance (densité de vecteurs), ainsi que de la longévité du vecteur (plus la longévité d'un vecteur et importante, plus il aura eu de chance de s'infecter lors d'un repas sanguin). La capacité vectorielle exprime également le degré de coadaptation parasite-vecteur et le fonctionnement du système dans un environnement donné à une saison précise.

Compétence vectorielle : c'est l'aptitude intrinsèque du vecteur à s'infecter sur un hôte vertébré, à assurer le développement d'un agent pathogène et à transmettre cet agent à un autre hôte. Ce paramètre se mesure en laboratoire et est déterminé par la physiologie de l'espèce.

Culicidés : les moustiques constituent la famille des culicidés. Ce sont des insectes de l'ordre des diptères (deux ailes) sous-ordre des nématocères (antennes longues). Les femelles de la plupart des espèces possèdent de longues pièces buccales de type piqueur-suceur. Il s'agit d'une longue trompe, ou proboscis. Le cycle de vie du moustique est composé de différents stades : l'œuf, la larve (quatre stades larvaires) aquatique et la nymphe également aquatique. L'adulte émerge de cette nymphe et ne s'accouple qu'une seule fois (les spermatozoïdes du mâle sont conservés dans la spermathèque de la femelle). Durant sa vie, la femelle culicidé va piquer plusieurs fois afin d'amener ses œufs à maturité. Ceux-ci seront fécondés *via* la spermathèque au moment de la ponte. L'espace-temps entre deux pontes est appelé cycle trophogonique ou gonotrophique.

Cycle extrinsèque : laps de temps qui sépare le repas de sang infectant du moment où le vecteur, une fois infecté, devient à son tour infectant. En effet, suite au repas de sang infectant, l'agent pathogène n'est pas tout de suite disponible et ne peut pas être injecté dans un nouvel hôte lors d'un nouveau repas de sang. Dans le cas des culicidés, l'agent pathogène doit franchir plusieurs barrières afin de passer du tractus digestif aux glandes salivaires pour être réinjecté.

La détermination de l'incubation extrinsèque revêt une grande importance en épidémiologie. En effet, sa durée dépend de l'espèce, de la souche du parasite, de l'arthropode et de facteurs liés au milieu (température, humidité...). Le cycle extrinsèque varie entre 2 et 15 jours en milieu tropical.

NB. – Si la durée est trop longue, l’insecte meurt avant de devenir infectant. À l’inverse si la durée du cycle extrinsèque est courte, la piqûre du vecteur infecté devient infectante, soit dès la piqure suivante si cette durée est plus courte que la durée du cycle trophogonique (voir ci-dessus), soit lors de la suivante. Plus le vecteur est âgé, plus celui-ci est dangereux, car il aura fait plusieurs repas sanguins, en augmentant le risque de s’infecter. On parle d’âge épidémiologiquement dangereux.

Diapause : terme désignant l’état de dormance des œufs de certaines espèces d’insectes durant l’hiver. Les conditions environnementales défavorables de l’hiver en région tempérée (baisse de la température et de la photopériode) provoquent la ponte d’œufs en diapause. Ces œufs passent l’hiver et éclosent au printemps lorsque les températures et la photopériode sont de nouveaux favorables au développement de l’insecte.

Gravide : se dit d’une femelle arthropode, ayant amené ses œufs à maturité, en recherche d’un (de) site(s) de ponte.

Piège pondoir : outil permettant la détection d’espèces de moustique ayant comme sites de ponte les creux d’arbres ou des contenants artificiels. Le but est de fournir un site de ponte attractif pour l’espèce cible, stable (restant en place) et régulièrement en eau, localisé dans un environnement lui-même attractif (végétation dense, proximité d’hôtes). Le piège est constitué d’un seau noir, étiqueté, contenant de l’eau (infusion préalable de bois sec), d’une pastille d’insecticide et d’un support de ponte constitué d’un carré de polystyrène. Ce support de ponte présente l’avantage de flotter et donc de suivre les variations du niveau d’eau ; les moustiques femelles gravides viennent pondre sur la tranche qui reste humide et les œufs ne sont pas submergés par la remontée du niveau d’eau, ce qui limite considérablement l’éclosion des œufs. L’insecticide est tout de même ajouté pour garantir l’absence de tout développement larvaire. Ce piège permet avant tout de détecter la présence d’une espèce dans une zone indemne. Il peut éventuellement fournir des données sur la densité de l’espèce en zone colonisée, si l’échantillonnage est correctement réalisé (densité suffisante de pièges pondoirs distribués aléatoirement).

Pièges à adultes : ces pièges ont pour but d’évaluer la densité de moustiques adultes en recherche de repas sanguin. Ils sont constitués d’un attractif, d’un système d’aspiration (hélice relié à un moteur alimenté par une batterie ou directement branché sur le secteur) et d’une nasse afin de récupérer les moustiques. Dans la plupart des cas, l’attractif utilisé est le CO₂ qui est le principal stimulus pour un moustique en recherche de repas sanguin. Celui-ci est obtenu soit par sublimation d’un « pain » de CO₂ congelé (modèle CDC)[®] soit par combustion de butane (modèle Mosquito Magnet[®]). D’autres pièges, comme le BG Sentinel[®], utilisent comme attractif diverses substances chimiques. Le recours à des attractifs chimiques s’avère indispensable lors de capture d’*Aedes albopictus* en milieu urbain (les pièges utilisant uniquement le CO₂ étant inefficaces).

Produit biocide (directive européenne 98/8/CE art. 2) : « les substances actives et les préparations contenant une ou plusieurs substances actives qui sont présentées sous la forme dans laquelle elles sont livrées à l’utilisateur, qui sont destinées à détruire, repousser ou rendre inoffensifs les organismes nuisibles, à en prévenir l’action ou à les combattre de toute autre manière, par une action chimique ou biologique ». Il existe 23 types de produits biocides : désinfectants, produits antiparasitaires, produits de protection et autres produits tels que les fluides de taxidermie...

Transmission verticale : la transmission verticale ou transmission trans-ovarienne décrit l’infection d’une femelle à sa descendance. Cette transmission possède une grande importance épidémiologique, car elle peut permettre le maintien d’un virus dans un environnement défavorable à la transmission (saison froide en zone tempérée, saison sèche en zone tropicale) ; elle se produit pour de nombreux arbovirus. Elle est à opposer à la transmission horizontale « traditionnelle » : hôte-vecteur-hôte.

NB. – Il existe également des cas de transmission trans-stadiale (persistance de l’infection malgré un changement de stade chez certaines tiques par exemple). Dans quelques rares cas, il existe aussi une transmission sexuelle (infection d’une femelle par un mâle infecté, lors de l’accouplement). Les mâles ne prenant pas de repas sanguin chez les moustiques, la transmission sexuelle implique une transmission verticale.

Vecteur : en épidémiologie, un vecteur est un organisme qui ne cause pas de maladie en lui-même mais qui transmet une infection en transmettant un pathogène entre deux hôtes ; dans le cas des arboviroses, les vecteurs sont des arthropodes transmettant un virus d’un vertébré à l’autre.

Virémie : période pendant laquelle l’agent pathogène est présent dans la circulation sanguine de l’hôte vertébré. Pour qu’un arthropode vecteur s’infecte lors d’un repas sanguin, la dose virale dans le sang doit atteindre un seuil d’infectivité donné.