

Situation épidémiologique

Point épidémiologique du 09 juin 2016 - N° 22/ 2016

Ce point épidémiologique hebdomadaire présente l'évolution temporo-spatiale de l'épidémie de chikungunya aux Antilles et en Guyane. Il se base essentiellement sur le suivi des cas cliniquement évocateurs estimés à partir des cas signalés par les réseaux de médecins sentinelles et de SOS médecins. Chaque mois, le point épidémiologique présente l'ensemble des données de surveillance qui concerne l'activité médicale les cas confirmés par les laboratoires, les passages aux urgences, les complications.

Synthèse épidémiologique par territoire au 09 juin 2016

	Cas cliniquement évocateurs*		Cas confirmés biologiquement*		Situation épidémiologique
	Cas cumulés	Nouveaux cas de la semaine 22	Cas cumulés	Nouveaux cas depuis le dernier PE	
Guadeloupe	10 180	2 355		Arrêt en raison du passage en épidémie	Epidémie
Guyane	7 540	365		Arrêt en raison d'une circulation du virus sur l'ensemble du territoire**	Poursuite de l'épidémie
Martinique	28 910	1 120		Arrêt en raison du passage en épidémie	Poursuite de l'épidémie
St Barthélemy	50	12	14	2	Circulation virale débutante
St Martin	690	155	180	35	Circulation virale active

**sauf Saül et Camopi

Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique des cas cliniquement évocateurs repose sur un réseau de médecins généralistes sentinelles déclarant le nombre de patients correspondant à la définition de cas suivante.

| Définition de cas |

Un cas cliniquement évocateur de Zika est défini comme :

Une personne présentant depuis moins de 7 jours :

- Exanthème maculo-papuleux avec ou sans fièvre
- Et au moins deux signes parmi les suivants :
 - ✦ hyperhémie conjonctivale
 - ✦ arthralgies
 - ✦ myalgies

en l'absence d'autres étiologies.

Un cas confirmé est un cas suspect chez lequel le génome viral du Zika a été mis en évidence sur le sang ou l'urine par RT-PCR.

| Recherche diagnostique |

Compte tenu de la circulation de la dengue et du chikungunya aux Antilles-Guyane, tout cas suspect notifié dans les territoires qui ne sont pas en épidémie doit faire l'objet d'une recherche diagnostique des 3 virus selon le schéma suivant :

- de J1 à J5 après la date de début des signes: RT-PCR Zika sur sang et urine ;
- de J6 à J10 : RT-PCR Zika sur urines ;
- de J1 à J7 : NS1, RT-PCR dengue et chikungunya sur sang ;
- à partir de J5, sérologies dengue et chikungunya : détection des IgM et des IgG.

Cependant, du fait de la brièveté de la virémie, un résultat négatif de la PCR n'infirme pas le diagnostic de Zika. Le CNR des arbovirus peut compléter ce schéma diagnostique par une recherche sérologique suivie ou non d'une séroneutralisation pour la surveillance des femmes enceintes. Si le résultat d'analyse est positif le cas est alors défini comme probable.

Rappels sur la maladie

Les symptômes se caractérisent par une éruption cutanée (exanthème maculo-papuleux) avec ou sans fièvre. D'autres signes ont été décrits tels que : fatigue, douleurs musculaires et articulaires, conjonctivite, maux de tête et douleurs rétro-orbitaires.

Un grand nombre de personnes infectées ne vont présenter aucun symptôme. Le traitement est symptomatique et la guérison intervient au bout de quelques jours dans la grande majorité des cas. Cependant, des

complications neurologiques peuvent apparaître notamment le syndrome de Guillain-Barré, maladie caractérisée par une atteinte des nerfs périphériques, qui a été décrit au Brésil et en Polynésie française.

Dans ces territoires, des microcéphalies et des anomalies du développement cérébral intra-utérin ont également été observées chez des fœtus et des nouveaux nés de mères enceintes pendant la période épidémique.

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Réseau de médecins sentinelles

La surveillance épidémiologique du virus Zika par le réseau de médecins sentinelles a été mise en place en décembre 2015 (S2015-53) (Figure 1). Depuis la semaine S2016-07, le nombre de cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville est stable avec une diminution observée en S2016-12 à S2016-15, liée aux vacances de Pâques. En semaines S2016-16 et S2016-17, les données étaient à un niveau comparable aux semaines précédant les vacances scolaires (en moyenne 1730 cas). Le mois de mai est marqué par deux périodes de vacances scolaires et/ou pont avec fermeture d'un certain nombre de cabinets médicaux, pendant lesquelles le nombre de cas évocateurs estimés était en moyenne de 1 140 versus 1 770 en semaine S2016-19. Pendant la première semaine de juin (S2016-22), un total de 1 120 cas évocateurs a été estimé, confirmant la tendance à la baisse enregistrée, il y a 2 semaines.

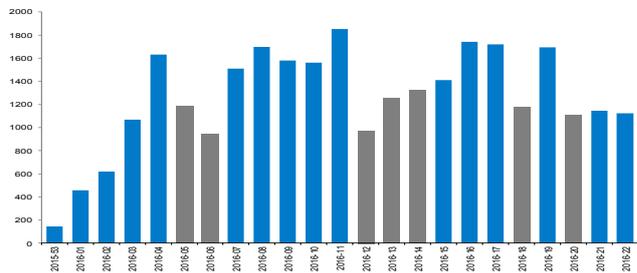
Au 5 juin, l'estimation du nombre cumulé de consultations pour Zika chez un médecin généraliste était de 28 910.

Réseau SOS médecins

En semaine S2016-22, 44 visites pour suspicion de Zika ont été réalisées par les médecins de l'association soit 6% de l'activité totale (Figure 2). Cet indicateur est en diminution par rapport à la semaine précédente.

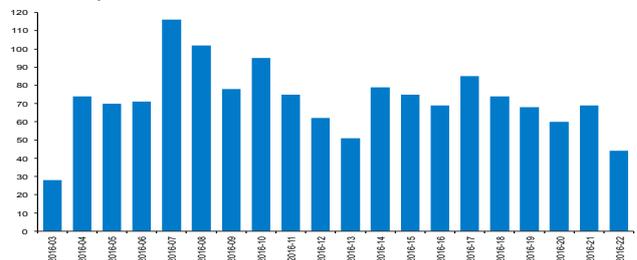
| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs, Martinique, S2015-53 à S2016-22 (nombre total cumulé sur la période=28 910) - Weekly estimated number of Zika syndromes, Martinique, December 2015 to May 2016



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de visites à domicile pour Zika réalisées par l'association SOS Médecins, Martinique, S2016-03 à S2016-22 - Weekly number of consultations for Zika syndromes by SOS-médecins, Martinique, December 2015 to May 2016



Répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs

La circulation virale reste active sur l'ensemble de l'île. L'incidence au cours des quatre dernières semaines est de 129 cas pour 10 000 habitants. La commune du Lorrain enregistre l'incidence la plus élevée avec 319 cas / 10 000 habitants. Les autres communes enregistrant une incidence supérieure à la moyenne sont, par ordre décroissant : Diamant, Rivière-Pilote, Trinité, Schœlcher, François, Robert, Fort-de-France, Sainte-Anne, Saint-Pierre et Trois-Ilets. Par opposition, les communes du Carbet et du Prêcheur ne rapportent pas de cas de Zika depuis quatre semaines et la commune des Anses d'Arlet enregistre également une faible incidence avec 13 cas / 10 000 habitants.

Surveillance des complications associées à une infection par le virus Zika

Depuis l'émergence virale en Martinique, l'infection a été confirmée biologiquement chez 321 femmes enceintes. Ce chiffre correspond au nombre cumulé, depuis l'émergence du virus, de femmes enceintes ayant contracté l'infection et certaines ont déjà accouché.

Par ailleurs, toute complication survenant chez le fœtus d'une mère contaminée par le virus est recensée par le dispositif de surveillance. A ce jour, deux microcéphalies et deux autres malformations cérébrales fœtales ont été détectées à l'échographie chez des femmes enceintes.

Vingt-et-un patients atteints de syndromes de Guillain-Barré (SGB) ont été détectés par le système de surveillance depuis

l'émergence du Zika dont dix-neuf avec confirmation biologique pour le virus Zika et deux en cours d'investigation biologique. Enfin, trois autres formes neurologiques sévères ont été biologiquement confirmées pour le virus Zika.

La responsabilité de l'infection dans la survenue des complications décrites ci-dessus n'est pas encore formellement établie pour toutes.

Un décès d'un patient atteint d'un syndrome de Guillain-Barré a été évalué comme directement imputable au Zika.

Analyse de la situation épidémiologique en Martinique

L'épidémie de Zika en Martinique se poursuit. En semaine S2016-22, la tendance à la baisse observée dès la semaine 2016-20 se confirme, témoignant d'un probable ralentissement de la transmission virale au sein de la population.

La Martinique est placée en phase 3a du Psage* « phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles » depuis le 20 janvier 2016.

*Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des émergences (arboviroses émergentes)

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de Zika estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles et des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) était en diminution la première semaine de juin (S2016-22) avec 365 cas cliniquement évocateurs enregistrés (Figure 3).

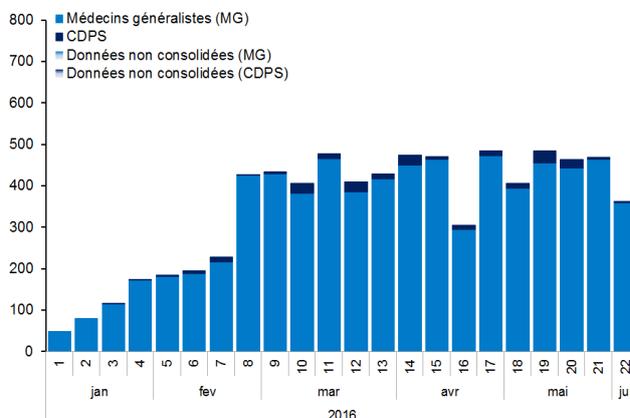
Cette diminution était observée sur les trois secteurs du littoral (secteur Ouest, secteur de Kourou et Ile de Cayenne), mais la majorité des cas de Guyane y reste recensée.

Au début du moins de juin (S2016-22), plusieurs cas ont également été enregistrés dans les secteurs hors épidémie, sur le Maroni avec 1 cas enregistré à Maripa-Soula et dans l'Intérieur-Est avec 2 cas notifiés à Cacao.

Depuis le début de la surveillance (S2016-01), un total de 7540 cas cliniquement évocateurs de Zika a été estimé sur le territoire.

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de Zika, vus en médecine de ville ou en CDPS, janvier à juin 2016 / *Estimated weekly number of Zika syndromes, French Guiana, January to June 2016*



Répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs

Les communes de Sinnamary, Kourou et Matoury sont celles où l'incidence cumulée des cas cliniquement évocateurs de Zika était la plus élevée au cours des quatre dernières semaines (S2016-19 à 22) avec respectivement des incidences égales à 178, 175 et 135 cas pour 10 000 habitants.

Sur cette même période, des cas cliniquement évocateurs de Zika ont également été recensés sur les secteurs hors

épidémie, sur le Maroni à Apatou (n=3), Grand-Santi (n=9), Papaïchton (n=1) et Maripa-Soula (n=9) et sur le secteur Intérieur-Est à Roura (n=7 dont 5 à Cacao).

Par ailleurs, un cas cliniquement évocateur de Zika a été enregistré à Trois-Sauts au début du mois juin (S2016-22) alors que le vecteur n'est pas présent dans cette zone. Après investigation, ce cas s'était déplacé sur St Georges dans les 15 jours précédents la date de début des signes.

Surveillance des complications associées à une infection par le virus Zika

Depuis le début de l'émergence du Zika en Guyane, 554 femmes enceintes ont eu un résultat biologique positif pour le virus Zika.

Par ailleurs, 3 cas de syndrome de Guillain-Barré positifs pour le Zika ont été répertoriés sur cette même période.

Enfin, à ce jour, aucun certificat de décès portant la mention « Zika » n'a été enregistré en Guyane.

Analyse de la situation épidémiologique en Guyane

Après une stabilité du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika observée de fin avril à fin mai (S2016-17 à 21), ce nombre était en diminution la première semaine de juin (S2016-22). L'épidémie se poursuit sur les secteurs du littoral guyanais (de St Laurent du Maroni à l'Ile de Cayenne) et de l'Oyapock (St Georges). L'impact sur l'activité hospitalière reste faible à modéré.

La situation épidémiologique est inchangée sur le Maroni et le secteur de l'Intérieur-Est avec une transmission autochtone.

Pour rappel, le Comité de gestion a acté le passage au niveau 3 (épidémie) du Psage* sur les secteurs du littoral le 22 janvier dernier et de l'Oyapock le 1^{er} avril. Il a aussi acté le passage au niveau 2 (transmission autochtone débutante) du Psage* sur le secteur du Maroni le 4 mars et de l'Intérieur-Est le 1^{er} avril.

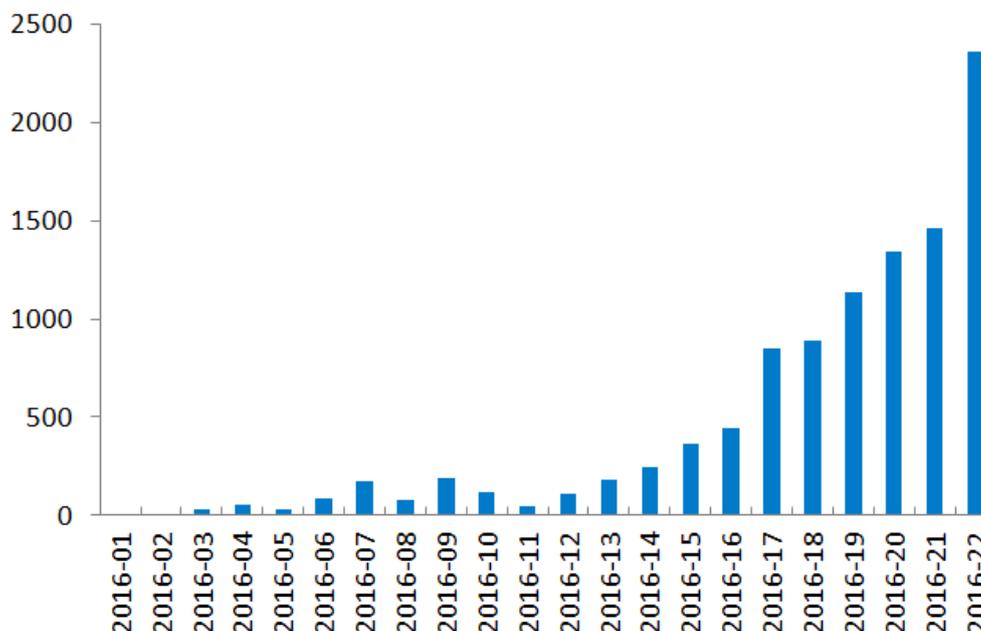
*Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des urgences

Surveillance des cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville

Le nombre de cas cliniquement évocateurs de Zika vus en médecine de ville poursuit sa croissance de façon plus rapide la semaine dernière avec 2 355 cas estimés (S2016-22) contre 1 460 la semaine précédente, soit une augmentation de 61 % (Figure 4). Depuis l'émergence, le nombre cumulé de cas cliniquement évocateurs est estimé à 10 180 .

| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs estimés de Zika. Guadeloupe, janvier-juin 2016 - *Estimated weekly numbers of Zika syndromes, Guadeloupe, January - June 2016*



Répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs

Ainsi, pour la période correspondant aux quatre dernières semaines (S2016-19 à 22), l'incidence communale moyenne est de 100 cas pour 10 000 habitants. Les incidences les plus élevées sont observées sur les communes de Vieux-Habitants, Terre-de-Bas, Petit-Canal, Saint-François, la Désirade et Pointe-à-Pitre.

Surveillance des complications associées à une infection par le virus Zika

Depuis l'émergence du Zika en Guadeloupe, 86 femmes enceintes ont eu une confirmation biologique, soit 34 nouvelles femmes enceintes identifiées cette semaine. Ce chiffre est le nombre cumulé, depuis l'émergence du virus, des femmes enceintes ayant contracté l'infection et certaines ont déjà accouché.

Parallèlement, toute complication cérébrale survenant chez le fœtus d'une mère contaminée par le virus est recensée par le dispositif de surveillance et aucune à ce jour n'a été détectée.

Concernant les complications neurologiques, quatre patients atteints de syndromes de Guillain-Barré (SGB) ont été détectés par le système de surveillance depuis janvier 2016 sans que l'infection par le virus du Zika n'ait pu être confirmée à ce jour pour aucun d'entre eux. En revanche, pour trois cas ayant eu une autre forme neurologique sévère, l'infection a été confirmée.

Analyse de la situation épidémiologique en Guadeloupe

L'augmentation du nombre de cas cliniquement évocateurs se poursuit : l'épidémie est toujours en phase de croissance en Guadeloupe.

La Guadeloupe est placée en phase 3a du Psage* « phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles » depuis le 29 avril 2016.

**Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des émergences*

| Situation épidémiologique actuelle à Saint-Martin |

Surveillance des cas biologiquement confirmés et des complications potentielles

À Saint-Martin, 35 cas confirmés de Zika ont été enregistrés depuis le dernier point épidémiologique, totalisant 180 cas depuis l'émergence. Le taux de positivité des prélèvements analysés au cours du mois de mai (2016-19 à 20) était élevé, supérieur à 50%. Le taux de positivité pour les deux dernières semaines S2016-21 et 22 n'est pas consolidé.

Parmi ces cas confirmés, six femmes enceintes ont été recensées et prises en charge selon les recommandations.

Concernant les complications neurologiques, une seule a été signalée, il s'agit de troubles neurologiques transitoires ayant conduit à l'hospitalisation, et survenu chez une personne dont l'infection par le virus a été biologiquement confirmée quelques semaines auparavant. La responsabilité de l'infection dans la survenue de cette complication n'est pas établie.

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Réseau de médecins sentinelles

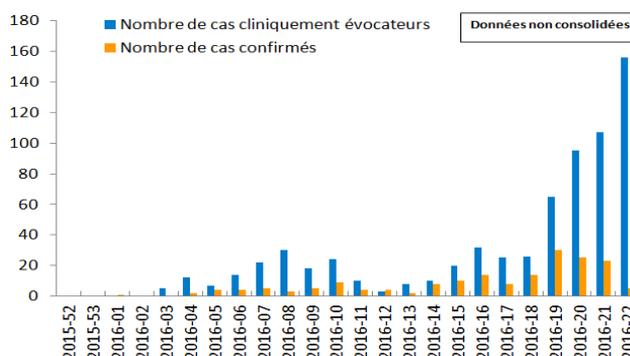
Le nombre de consultations chez le médecin généraliste pour des cas cliniquement évocateurs de Zika est toujours en augmentation avec un nombre de cas estimé à 155 en dernière semaine (S2016-22) (Figure 5).

Passages aux urgences

Au cours de la semaine S2016-22, deux passages aux urgences pour suspicion de Zika ont été enregistrés, un concernant un adulte et un concernant une personne de moins de 15 ans. Depuis le début de la circulation virale, neuf passages aux urgences ont été recensés dont six concernant des personnes de 15 ans et plus et trois concernant des personnes de moins de 15 ans.

| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés et de cas cliniquement évocateurs estimés de Zika. Saint-Martin, janvier– juin 2016 - Estimated weekly number of Zika syndromes and weekly number of confirmed cases, Saint-Martin, January - June 2016



| Situation épidémiologique actuelle à Saint-Barthélemy |

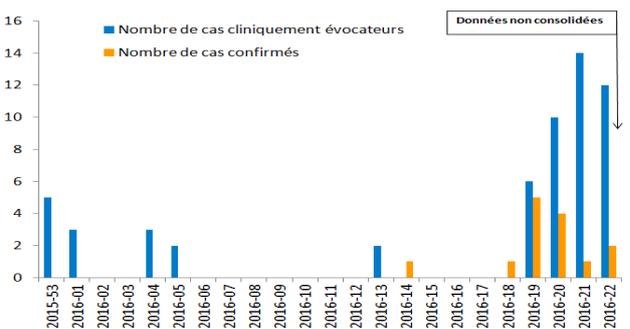
Surveillance des cas biologiquement confirmés

À Saint-Barthélemy, deux nouveaux cas biologiquement confirmés de Zika ont été identifiés depuis le dernier point épidémiologique, totalisant ainsi 14 cas depuis l'émergence.

Parallèlement, 12 cas cliniquement évocateurs de Zika ont été rapportés par les médecins sentinelles en dernière semaine (S2016-22), totalisant ainsi 52 cas enregistrés depuis l'émergence (Figure 6).

| Figure 6 |

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de Zika. Saint-Martin, janvier– juin 2016 - Estimated weekly number of Zika syndromes and weekly number of confirmed cases, Saint-Martin, January - June 2016



Analyse de la situation épidémiologique dans les Iles du Nord

A Saint Martin, les indicateurs épidémiologiques montrent la poursuite de l'augmentation du nombre de cas cliniquement évocateurs et du taux de positivité. Le comité d'expert réunit le 2 juin dernier a décidé de maintenir le territoire au niveau 2 du Psage : « circulation virale active » mais a prévu de se réunir la semaine prochaine pour discuter du changement de phase en fonction de l'évolution de la situation.

A Saint-Barthélemy, la situation épidémiologique est maintenue au niveau 2 du Psage : « circulation virale débutante » avec 14 cas confirmés depuis l'émergence.

*Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des émergences

Conclusions générales

L'épidémie de Zika en Martinique se poursuit avec un ralentissement de la transmission virale observé depuis 3 semaines qui se confirme en semaine 2016-22. La Martinique est placée en phase 3a du Psage* « phase épidémique » depuis le 20 janvier 2016.

L'épidémie poursuit sa phase croissante en Guadeloupe avec une augmentation du niveau des indicateurs. La situation correspond à la phase 3a du Psage* depuis le 29 avril 2016.

A Saint Martin, l'augmentation du nombre de cas cliniquement évocateurs et du taux de positivité des prélèvements biologiques se poursuit. Le territoire est maintenu en phase 2 du Psage* « circulation virale active » mais le Comité d'expert doit se réunir de nouveau la semaine prochaine pour discuter de l'évolution de la situation.

Saint-Barthélemy a enregistré de nouveaux cas confirmés de Zika et reste en phase 2 du Psage* : « circulation virale débutante ».

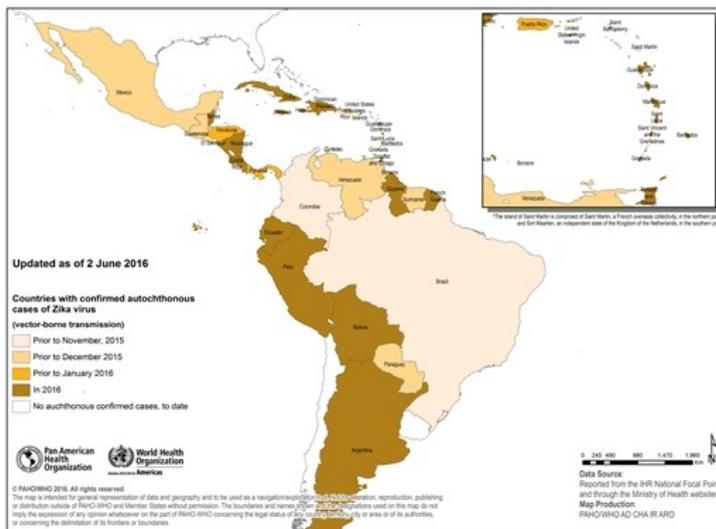
En Guyane, l'épidémie se poursuit sur les secteurs du littoral guyanais (de St Laurent du Maroni à l'Île de Cayenne) et de l'Oyapock (St Georges). La situation épidémiologique est inchangée sur le Maroni et le secteur de l'Intérieur-Est avec une transmission autochtone. Le Comité de gestion a acté le passage au niveau 3 du Psage* sur les secteurs du littoral le 22 janvier et de l'Oyapock le 1^{er} avril 2016. Il a aussi acté le passage au niveau 2 (transmission autochtone débutante) du Psage* sur le secteur du Maroni le 4 mars et de l'Intérieur-Est le 1^{er} avril.

*Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des émergences (arboviroses émergentes)

| Situation internationale dans la Zone Amérique |

| Figure 7 |

Pays et territoires d'Amérique avec des cas confirmés autochtones de Zika transmis par vecteur, 2015-2016.



Source données: PAHO

Pour Saint Martin et Saint-Barthélemy

Tout médecin (clinicien ou biologiste) voyant en consultation un CAS SUSPECT doit prescrire une recherche de Zika selon les modalités diagnostiques présentées en page 1

La protection contre les moustiques est la clé de la lutte contre le virus Zika :

Protection collective : lutte contre les gîtes larvaires c'est-à-dire suppression de toute eau stagnante au domicile et autour.

Protection individuelle contre les piqûres :

- Privilégier le port de vêtements longs et clairs
- Utiliser des répulsifs
- Renforcer la protection des femmes enceintes et des malades du Zika.

Remerciements à nos partenaires : les Cellules de Veille Sanitaire des ARS de Guadeloupe, de Guyane et de Martinique, aux Services de démolition, aux réseaux de médecins généralistes sentinelles, aux services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation), aux CNR de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées et de l'Institut Pasteur de Guyane, aux LABM, à l'EFS ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.

Le point épidémiolo Virus Zika

Les points clés

Martinique

Phase 3 : Epidémie appelant des mesures de gestion habituelles

Guyane

Phase 3 : Epidémie sur la zone littorale et Oyapock

Phase 2 : Transmission autochtone débutante, secteur Maroni et intérieur-Est

Saint Martin

Phase 2 : Circulation virale autochtone active

Guadeloupe

Phase 3 : Epidémie appelant des mesures de gestion habituelles

Saint Barthélemy

Phase 2 : Circulation virale débutante

Liens utiles

- Site de Santé Publique France :

www.santepubliquefrance.fr

- Le Haut Conseil de Santé Publique :

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=517>

- OPS/OMS:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=427&Itemid=41484

Directeur de la publication :

François Bourdillon
Santé publique France

Rédacteur en chef :

Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

Maquettiste

Claudine Suivant

Comité de rédaction

Audrey Andrieu, Vanessa Ardillon, Marie Barrau, Luisiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Audrey Diavolo, Frédérique Dorléans, Elise Emeville, Noëllie Gay, Céline Gentil, Marion Petit-Sinturel, Corinne Pioche

Diffusion

Cire Antilles Guyane
Centre d'Affaires AGORA

Pointe des Grives. CS 80656

97263 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54

Fax : 596 (0)596 39 44 14

<http://www.ars.martinique.sante.fr>

<http://www.ars.quadeloupe.sante.fr>

<http://www.ars.guyane.sante.fr>

Retrouvez-nous également sur :