

Situation épidémiologique

Point épidémiologique du 16 juin 2016 - N° 23 / 2016

Ce point épidémiologique hebdomadaire présente l'évolution temporo-spatiale de l'épidémie de Zika 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. Une fois par mois, un point épidémiologique complet présentera 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 16 juin 2016 |

	Cas cliniquement évocateurs*		Cas confirmés biologiquement*		Situation épidémiologique
	Cas cumulés	Nouveaux cas semaine 23	Cas cumulés	Nouveaux cas depuis le dernier PE	
Guadeloupe	13 030	2 840	Arrêt en raison du passage en épidémie		Epidémie
Guyane	7 830	290	Arrêt en raison d'une circulation du virus sur l'ensemble du territoire**		Poursuite de l'épidémie
Martinique	30 000	1 070	Arrêt en raison du passage en épidémie		Poursuite de l'épidémie
St Barthélemy	70	17	21	7	Circulation virale débutante
St Martin	830	140	200	20	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 estimé de cas évocateurs estimés était en moyenne de 1 140 versus 1 770 en semaine S2016-19. Les deux premières semaines de juin (S2016-22 et 23) enregistrent respectivement 1 140 et 1 070 cas évocateurs de Zika. La tendance est stable depuis 4 semaines.

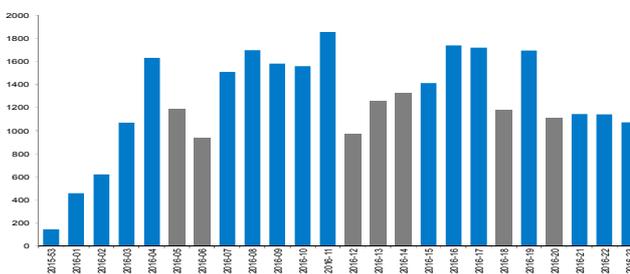
Au 12 juin, l'estimation du nombre cumulé de consultations pour Zika chez un médecin généraliste était de 30 000.

Réseau SOS médecins

En semaine S2016-23, 36 visites pour suspicion de Zika ont été réalisées par les médecins de l'association soit 4,5% de l'activité totale (Figure 2). Cet indicateur est en diminution par rapport à la semaine précédente.

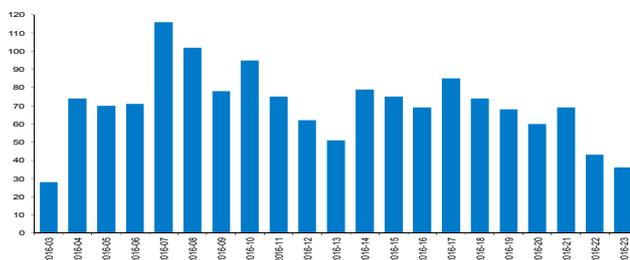
| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs, Martinique, S2015-53 à S2016-23 (nombre total cumulé sur la période=30 000) - *Weekly estimated number of Zika syndromes, Martinique, December 2015 to June 2016*



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de visites à domicile pour Zika réalisées par l'association SOS Médecins, Martinique, S2016-03 à S2016-23 - *Weekly number of consultations for Zika syndromes by SOS-médecins, Martinique, December 2015 to June 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 115 cas pour 10 000 habitants. La commune du Diamant enregistre l'incidence la plus élevée avec 285 cas / 10 000 habitants. Les autres communes enregistrant une incidence supérieure à la moyenne sont, par ordre décroissant : Rivière-Pilote, Lorrain, Robert, François, Schœlcher et Sainte-Anne.

Par opposition, les communes du Carbet et du Prêcheur ne rapportent pas de cas de Zika depuis quatre semaines et la commune de Case-Pilote enregistre également une faible incidence avec 11 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 342 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.

Vingt-trois 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 quatre 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

Après une diminution observée il y a quatre semaines, la tendance de l'épidémie de Zika en Martinique est stable et se poursuit avec une transmission virale active dans la majorité des communes de l'île. La Martinique est placée en phase 3a du Psage* « phase épidémique » depuis le 20 janvier 2016.

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

La diminution du 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) observée la 1^{ère} semaine de juin (S2016-22) s'est poursuivie la 2^{ème} semaine du mois (S2016-23) avec 290 cas cliniquement évocateurs enregistrés (Figure 3).

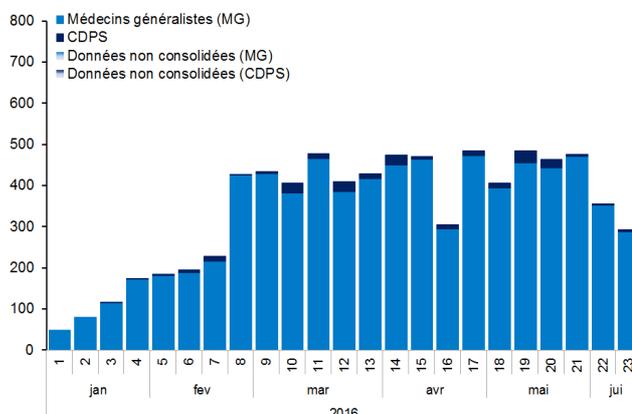
La majorité des cas de Guyane restait localisée sur les trois secteurs du littoral (secteur Ouest, secteur de Kourou et Ile de Cayenne).

Au cours de la 2^{ème} semaine de juin (S2016-23), 1 cas a également été enregistré à Apatou dans le secteur du Maroni situé en zone non épidémique.

Depuis le début de la surveillance (S2016-01), un total de 7 830 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 (S2016-20 à 23) avec respectivement des incidences égales à 152, 147 et 120 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=1), Grand-Santi (n=4) et Maripa-Soula (n=2) et sur le secteur Intérieur-Est à Roura (n=7 dont 3 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 précédant 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, 595 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

La diminution du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika enregistrée la première semaine de juin (S2016-22) s'est poursuivie la semaine suivante (S2016-23). 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). 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.

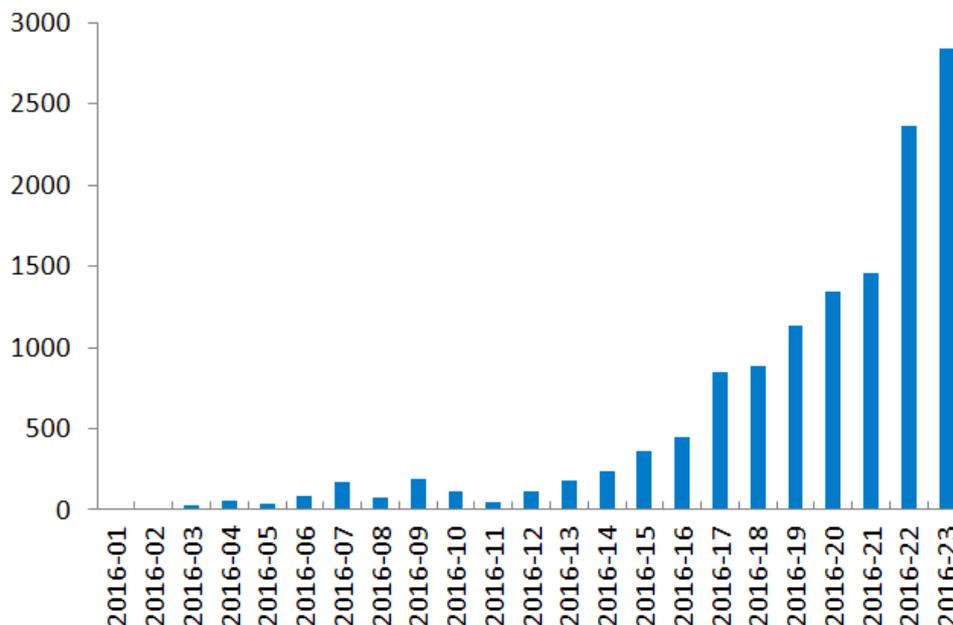
*Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des émergences

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 la semaine dernière avec 2 840 cas estimés (S2016-23) contre 2 360 cas la semaine précédente, soit une augmentation de 20 % (Figure 4). Depuis l'émergence, le nombre cumulé de cas cliniquement évocateurs est estimé à 13 030 .

| 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

Pour la période correspondant aux quatre dernières semaines (S2016-20 à 23), l'incidence communale moyenne est de 120 cas pour 10 000 habitants. Les incidences les plus élevées sont observées sur la Côte sous le vent, les communes de la

Désirade, Saint-François, les Saintes et le Nord de la Basse Terre ainsi que les communes de Petit-Canal, Anse Bertrand et Pointe-à-Pitre.

Surveillance des complications associées à une infection par le virus Zika

Depuis l'émergence du Zika en Guadeloupe, 106 femmes enceintes ont eu une confirmation biologique, soit 20 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.

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 quatre cas ayant eu une autre forme neurologique sévère, l'infection a été confirmée.

Concernant les complications neurologiques, quatre patients atteints de syndromes de Guillain-Barré (SGB) ont été détectés par le système de surveillance depuis janvier 2016

Un patient biologiquement confirmé pour le virus Zika est décédé sans que la responsabilité de l'infection dans la survenue de ce décès n'ait pu être formellement établie.

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, 20 cas confirmés de Zika ont été enregistrés depuis le dernier point épidémiologique, totalisant 200 cas depuis l'émergence. Le taux de positivité des prélèvements analysés au cours du mois de mai (S2016-20 à 21) était élevé, supérieur à 55%. Le taux de positivité pour les deux dernières semaines S2016-22 et 23 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 survenus 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

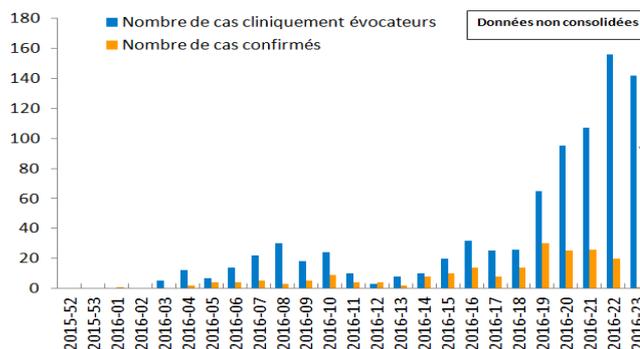
Le nombre de consultations chez le médecin généraliste pour des cas cliniquement évocateurs de Zika est toujours très élevé avec un nombre de cas estimé à 140 en dernière semaine (S2016-23) (Figure 5).

Passages aux urgences

Au cours de la semaine S2016-23, six passages aux urgences pour suspicion de Zika ont été enregistrés, chez des adultes. Depuis le début de la circulation virale, quinze passages aux urgences ont été recensés dont douze 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 |

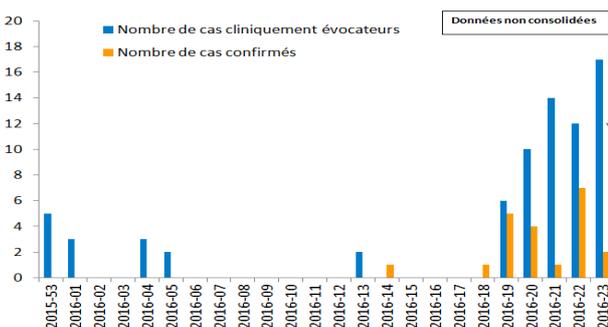
Surveillance des cas biologiquement confirmés

À Saint-Barthélemy, sept nouveaux cas biologiquement confirmés de Zika ont été identifiés depuis le dernier point épidémiologique, totalisant ainsi 21 cas depuis l'émergence.

Parallèlement, 17 cas cliniquement évocateurs de Zika ont été rapportés par les médecins sentinelles en dernière semaine (S2016-23), totalisant ainsi 69 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

Au 16 juin, le nombre de cas cliniquement évocateurs et le taux de positivité sont toujours très élevés à Saint Martin, aussi le comité d'expert considère que la situation épidémiologique correspond à la phase 3a du Psage* « phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles » depuis la semaine S2016-19.

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

A Saint-Barthélemy, la situation épidémiologique est maintenue au niveau 2 du Psage : « circulation virale débutante » avec 21 cas confirmés depuis l'émergence.

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

Conclusions générales

Après une diminution observée il y a quatre semaines, la tendance de l'épidémie de Zika en Martinique est stable et se poursuit avec une transmission virale active dans la majorité des communes de l'île. 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, le nombre de cas cliniquement évocateurs et le taux de positivité restent élevés, et le Comité d'expert considère que la situation épidémiologique de Saint-Martin correspond à la phase 3a du Psage* (« phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles ») depuis la semaine S2016-19.

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

En Guyane, bien que l'activité liée au virus Zika semble diminuer ces deux dernières semaines (S2016-22 et 23), 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.



Pour 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 épidémiologique 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 3 : Epidémie appelant des mesures de gestion habituelles

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.guadeloupe.sante.fr>

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

Retrouvez-nous également sur :