

de la dengue, du chikungunya et du Zika

Le point épidémiologique — N° 2 / 2017

CIRE
ANTILLES

Le point épidémiologique

I Martinique I

Dengue

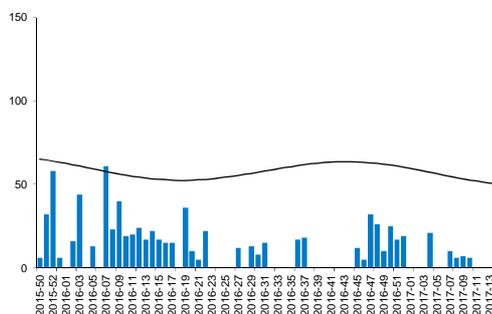
Entre avril 2016 et avril 2017, le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de dengue estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est en moyenne de 8, totalisant près de 420 cas estimés sur la période. Durant les huit dernières semaines (S2017-07 à S2017-14), ce nombre total de cas estimé est de 30 cas (Figure 1). Ce nombre reste inférieur aux valeurs maximales attendues pour la saison.

Le nombre de visites pour dengue réalisées par SOS Médecins est faible depuis mi-décembre 2016 avec, un total de six visites.

Sur cette même période, aucun cas confirmé de dengue par RT-PCR ou NS1 n'a été identifié. Le dernier cas biologiquement confirmé de dengue remonte au 1^{er} août 2016 (Figure 2).

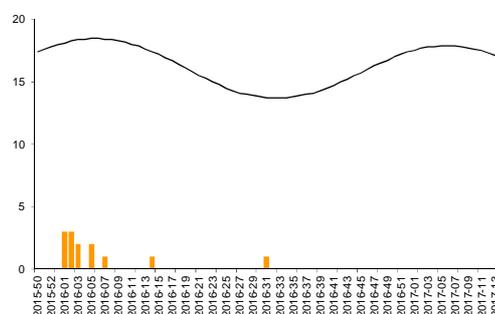
| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à avril 2017, Martinique.



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à avril 2017, Martinique.



Chikungunya

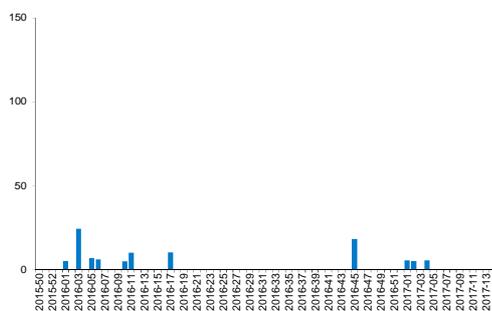
Entre avril 2016 et avril 2017, le nombre total de cas cliniquement évocateurs de chikungunya estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est très faible (8 cas estimés). Durant les huit dernières semaines (S2017-07 à S2017-14), aucun cas évocateur n'a été signalé par un médecin sentinelle (Figure 3).

Aucune visite pour fièvre du chikungunya n'a été réalisée par SOS Médecins pendant les huit dernières semaines.

Enfin, sur cette période, aucun cas biologiquement confirmé par RT-PCR ou séroconversion n'a été enregistré et quatre cas probables ont été recensés (Figure 4). Le dernier cas biologiquement confirmé par RT-PCR a été enregistré en février 2016 (S2016-08).

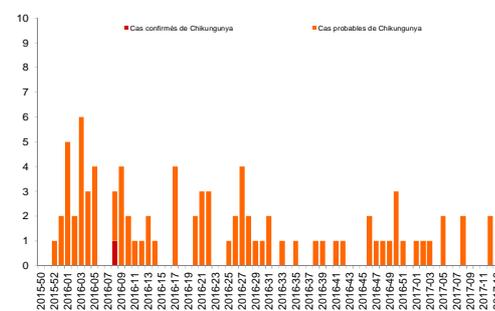
| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya, décembre 2015 à avril 2017, Martinique



| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire de cas probables et confirmés de chikungunya, décembre 2015 à avril 2017, Martinique



Analyse de la situation épidémiologique

Durant les huit dernières semaines, les indicateurs épidémiologiques de la dengue et du chikungunya sont stables et restent très en-deçà des valeurs maximales attendues pour la saison. Aucun foyer n'a été identifié sur cette période. La situation épidémiologique correspond toujours à la Phase 1 du Pstage* : « transmission sporadique ».

* Pstage : Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies

Zika

En Martinique, les critères de fin d'épidémie ont été atteints début septembre 2016 (S2016-36). Depuis, le nombre de cas cliniquement évocateurs estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles diminue et reste faible. Au cours des huit dernières semaines (S2017-07 à S2017-14), ce nombre varie entre 0 et 6 consultations hebdomadaires (Figure 5).

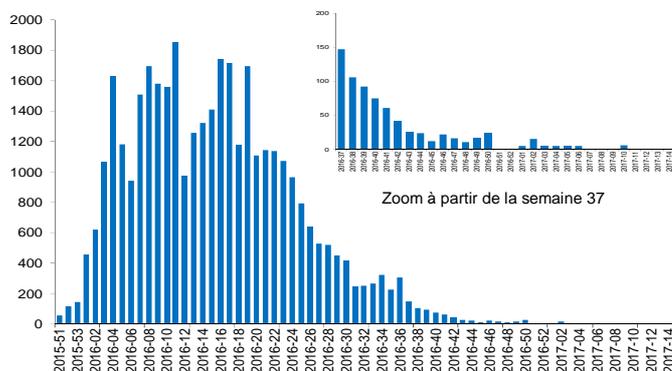
Durant les huit dernières semaines (S2017-07 à S2017-14), 690 demandes de confirmations biologiques pour le Zika ont été réalisées. Aucun cas n'a été biologiquement confirmé par RT-PCR parmi ces demandes (taux de positivité de 0%) (Figure 6).

Le dernier cas confirmé de Zika par RT-PCR indiquant une infection récente a été enregistré en février 2017 (S2017-05). Depuis la confirmation de ce dernier cas aigu, 244 demandes de RT-PCR ont été testées, toutes négatives.

Compte tenu des indicateurs épidémiologiques, la circulation virale sur l'île est très faible au cours des huit dernières semaines (S2017-07 à S2017-14). Aucun foyer d'infection à virus Zika n'a été identifié.

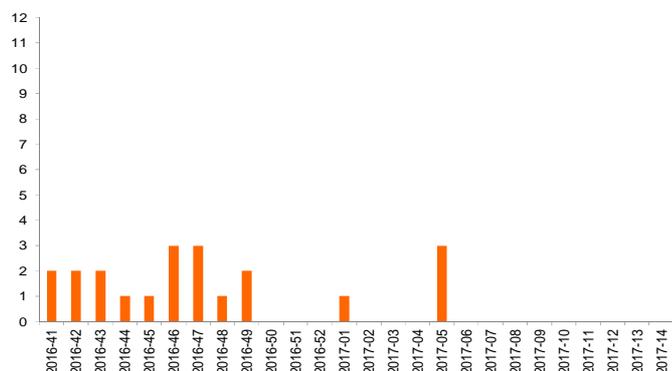
| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, décembre 2015 à avril 2017, Martinique



| Figure 6 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés de Zika par RT-PCR, octobre 2016 à avril 2017, Martinique



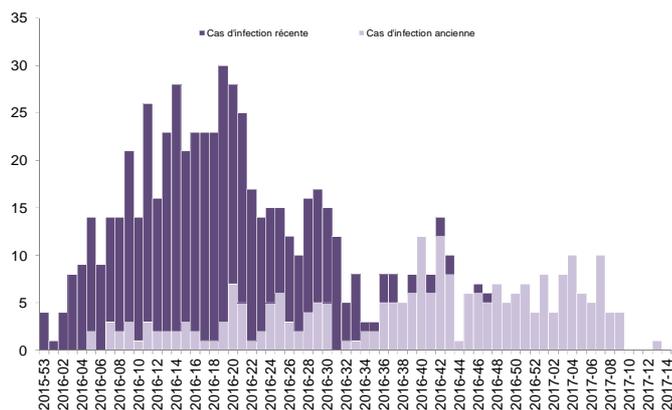
Depuis l'émergence virale en Martinique, l'infection a été confirmée biologiquement chez 732 femmes enceintes dont certaines ont déjà accouché. L'évolution du nombre hebdomadaire de nouvelles femmes enceintes diagnostiquées par RT-PCR (c'est-à-dire au moment de l'infection) a suivi la courbe épidémique (Figure 7).

La surveillance des complications survenant chez le fœtus d'une de ces femmes compte à ce jour onze microcéphalies et onze autres malformations cérébrales fœtales détectées à l'échographie chez des femmes enceintes confirmées biologiquement. Deux anomalies détectées après la naissance chez le bébé d'une mère confirmée biologiquement a été rapportée au dispositif de surveillance, dont une microcéphalie.

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

| Figure 7 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes biologiquement confirmées au virus Zika, décembre 2015 à avril 2017, Martinique



Analyse de la situation épidémiologique

Les indicateurs épidémiologiques recueillis par le dispositif de surveillance montrent que la circulation virale du Zika reste très faible. Le Comité d'experts des maladies infectieuses et émergentes (CEMIE) de Martinique propose un passage en phase 1 du Psage « transmission sporadique » sur l'ensemble du département. Néanmoins, dans le cadre de la surveillance de l'épidémie de Zika et de son impact sanitaire retardé dans le temps, toutes les anomalies cérébrales détectées avant et après la naissance sont toujours suivies avec attention.

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

Dengue

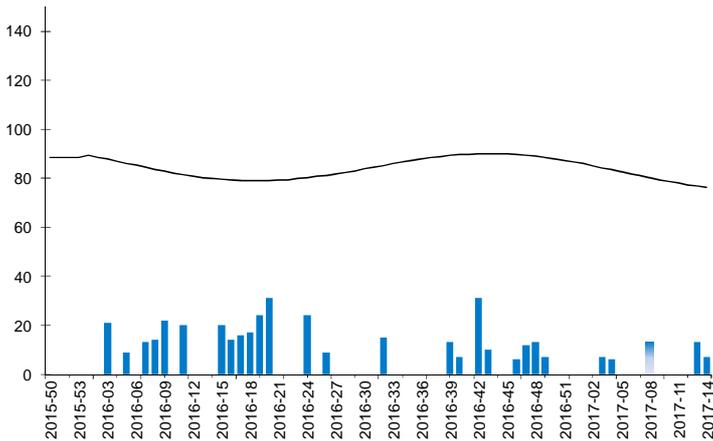
Depuis la troisième semaine de février, le nombre de cas cliniquement évocateurs de dengue estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est inférieur à 35 cas hebdomadaires sur l'ensemble de la période (Figure 8).

Ce nombre reste très inférieur aux valeurs maximales attendues pour la saison.

Sur la même période, aucun nouveau cas biologiquement confirmé d'infection récente (test NS1 ou RT-PCR) n'a été identifié. Le dernier cas biologiquement confirmé remonte au mois d'avril 2016 (S2016-15) (Figure 9).

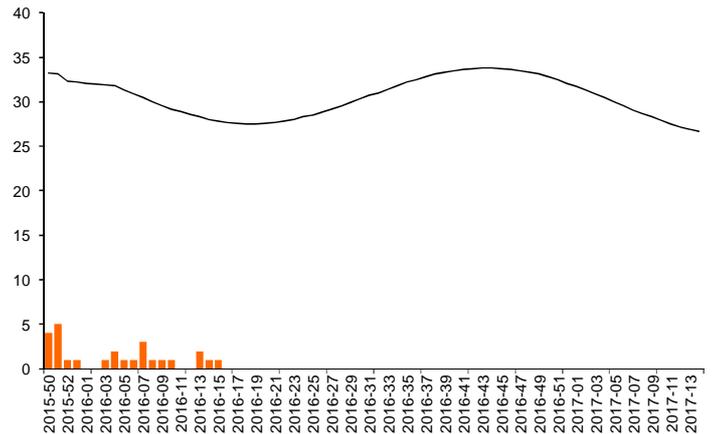
| Figure 8 |

Nombre hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à avril 2017, Guadeloupe continentale.



| Figure 9 |

Nombre hebdomadaire des cas biologiquement confirmés de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à avril 2017, Guadeloupe continentale.



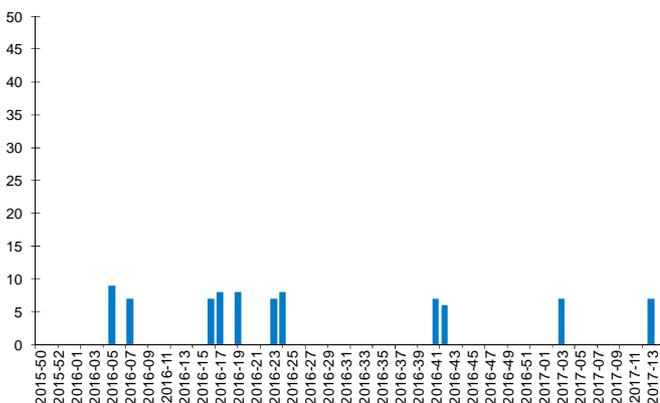
Chikungunya

Depuis la troisième semaine de février (2017-07), le nombre de cas cliniquement évocateurs de chikungunya estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est inférieur à 10 cas hebdomadaires (Figure 10).

Sur la même période, deux cas probables avec notion d'une infection peu ancienne (présence d'IgM et absence d'IgG) ont été identifiés respectivement en semaines S2017-08 et S2017-12 (Figure 11).

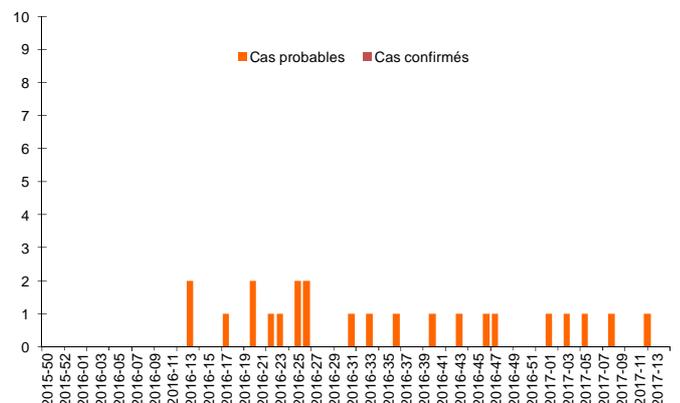
| Figure 10 |

Nombre hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de chikungunya, décembre 2015 à avril 2017 Guadeloupe continentale



| Figure 11 |

Nombre hebdomadaire des cas probables de chikungunya, décembre 2015 à avril 2017 Guadeloupe continentale



Analyse de la situation épidémiologique

Les situations épidémiologiques de la dengue et du chikungunya sont calmes en Guadeloupe. En effet, peu de cas cliniquement évocateurs de dengue ont été notifiés ces dernières semaines et seuls quelques cas probables de chikungunya ont été identifiés depuis le dernier point épidémiologique.

La situation correspond à la Phase 1 du Psage* pour ces deux arboviroses en Guadeloupe : « transmission sporadique ».

* Psage : Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies

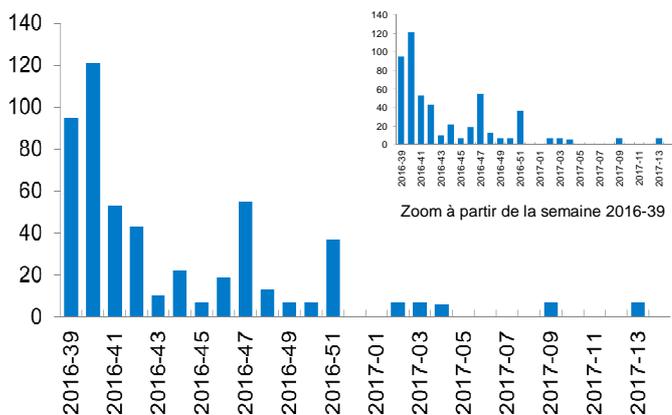
Zika

L'épidémie est terminée depuis la semaine 2016-38. Depuis la troisième semaine de février (2017-07), le nombre de cas cliniquement évocateurs estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est de 14 pour l'ensemble de la période (Figure 12).

Depuis la date de fin de l'épidémie de Zika (S2016-38), les prescriptions biologiques devant tout cas suspect sont de nouveau recommandées à destination des professionnels de santé. Le dernier cas d'infection récente (analyse positive par RT-PCR) date de la première semaine de janvier (S2017-01). Depuis cette date, 372 analyses ont été réalisées par RT-PCR en population générale et 514 à l'hôpital. Les résultats de ces 886 RT-PCR sont tous négatifs (Figure 13).

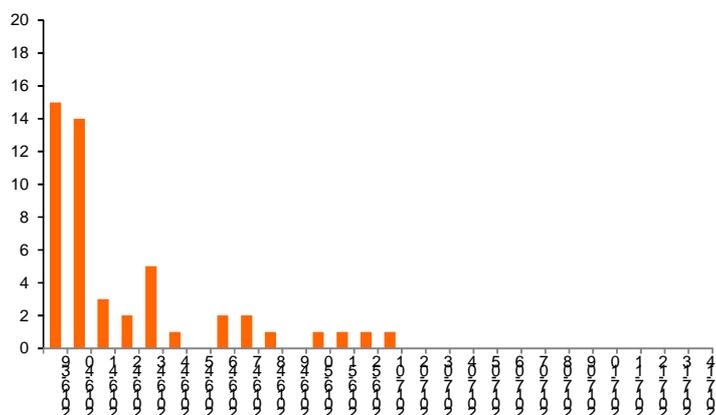
| Figure 12 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, Guadeloupe, Janvier 2016 à avril 2017, Guadeloupe



| Figure 13 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés de Zika par RT-PCR, octobre 2016 à avril 2017, Guadeloupe



Depuis l'émergence virale en Guadeloupe, l'infection a été confirmée biologiquement chez 753 femmes enceintes au total. L'évolution du nombre hebdomadaire des infections récentes (diagnostiquées par RT-PCR) a suivi la courbe épidémique (Figure 14). La dernière infection récente chez une femme enceinte a été confirmée fin décembre 2016.

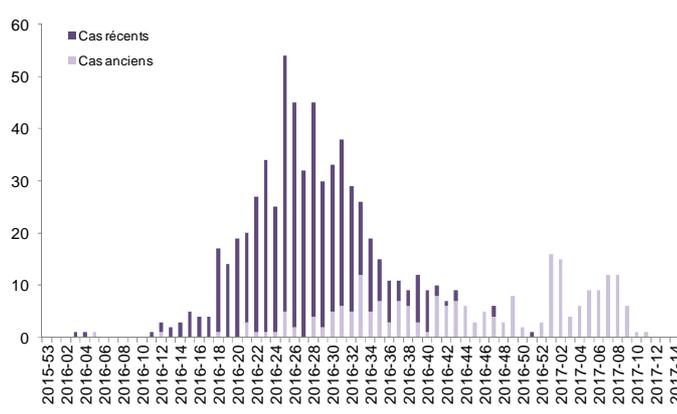
La surveillance des complications survenant chez le fœtus d'une femme confirmée biologiquement dénombre à ce jour huit microcéphalies et sept autres malformations cérébrales fœtales détectées à l'échographie.

La surveillance des complications chez les nouveau-nés a identifié trois enfants présentant une microcéphalie.

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

| Figure 14 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes biologiquement confirmés au virus Zika, décembre 2015 à avril 2017, Guadeloupe



Analyse de la situation épidémiologique

En Guadeloupe, depuis la fin du mois de février, les indicateurs de la surveillance épidémiologique témoignent d'une circulation virale de type sporadique. Le CEMIE de Guadeloupe propose un passage en phase 1 du Psage* « transmission sporadique ».

Néanmoins, dans le cadre de la surveillance de l'épidémie de Zika et de son impact sanitaire retardé dans le temps, toutes les anomalies cérébrales détectées avant et après la naissance sont toujours suivies avec attention. Quinze malformations cérébrales ont été recensées à l'échographie et à ce jour trois enfants sont nés avec une microcéphalie clinique.

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

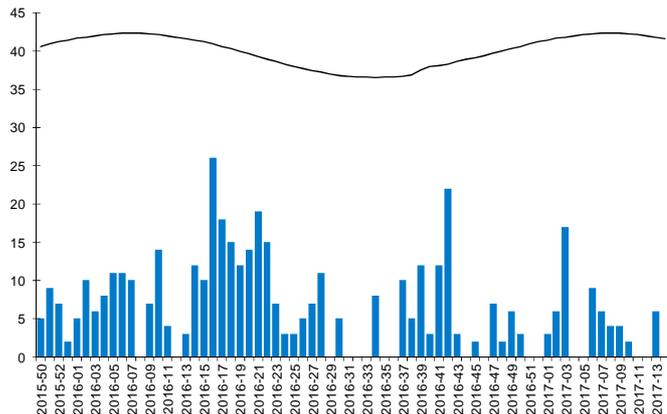
Dengue

Depuis la troisième semaine de février (2017-07), le nombre de cas cliniquement évocateurs de dengue estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est inférieur à 10 hebdomadaires, soit un total de 22 cas estimés sur cette période (Figure 15). Le nombre de consultations estimé reste largement inférieur aux valeurs maximales attendues pour la saison.

Sur la même période, aucune confirmation biologique par NS1 ou PCR n'a été recensé. Le dernier cas biologiquement confirmé date du début du mois de juin (S2016-23) (Figure 16).

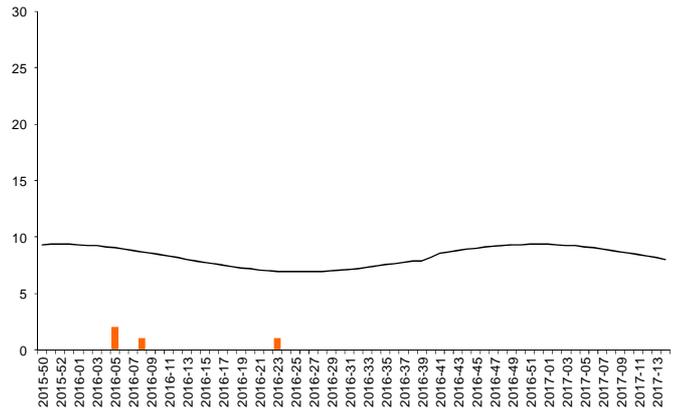
| Figure 15 |

Nombre hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à février 2017, Saint-Martin.



| Figure 16 |

Nombre hebdomadaire des cas confirmés de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à février 2017, Saint-Martin.



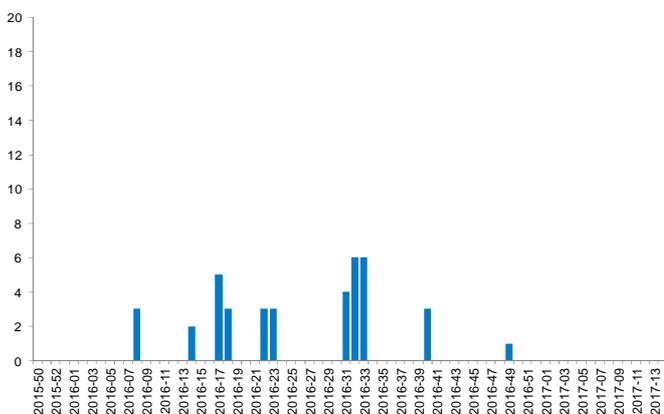
Chikungunya

Depuis la troisième semaine de février (2017-07), aucune consultation pour des signes cliniques évocateurs de chikungunya n'a été rapportée par les médecins généralistes du réseau sentinelle (Figure 17).

Sur la même période, un cas probable de chikungunya a été identifié en semaine 2017-09. Le dernier cas confirmé par PCR de chikungunya remonte au mois d'avril 2015 (S2015-16) (Figure 18).

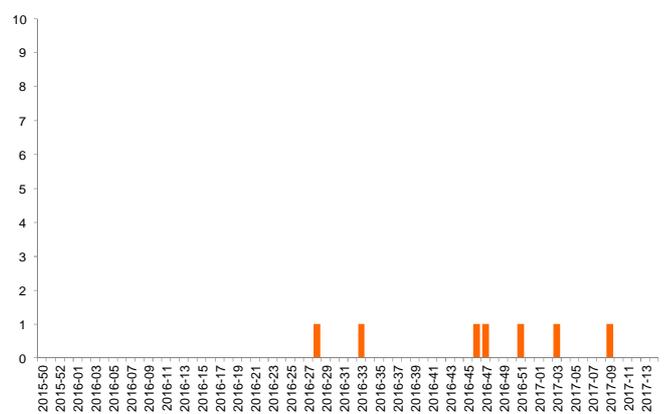
| Figure 17 |

Nombre hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de chikungunya, décembre 2015 à février 2017, Saint-Martin.



| Figure 18 |

Nombre hebdomadaire des cas probables de chikungunya, décembre 2015 à février 2017, Saint-Martin.



Analyse de la situation épidémiologique

Les indicateurs de surveillance pour la dengue et le chikungunya restent à des niveaux bas ces dernières semaines. La situation épidémiologique correspond toujours à la Phase 1 du Psage* pour ces deux arboviroses à Saint-Martin : « transmission sporadique ».

* Psage : Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies

Zika

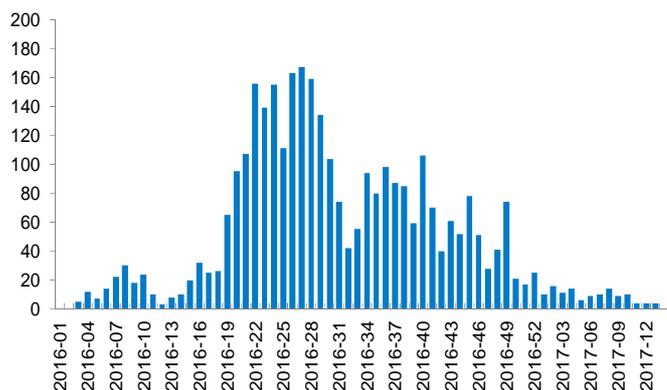
Depuis l'émergence du virus, 3 280 cas cliniquement évocateurs de Zika ont été vus en médecine de ville.

Depuis la troisième semaine de février (2017-07), le nombre hebdomadaire estimé de consultations pour un tableau cliniquement évocateur de Zika est inférieur à 15 et il est de 55 sur l'ensemble de la période (Figure 19).

Le dernier cas d'infection récente (analyse par RT-PCR) par le virus Zika a été confirmé en semaine 2017-08. Depuis, 66 analyses du même type ont été réalisées, tous les résultats sont négatifs (Figure 20)

| Figure 19 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, janvier 2016 à avril 2017, Saint-Martin



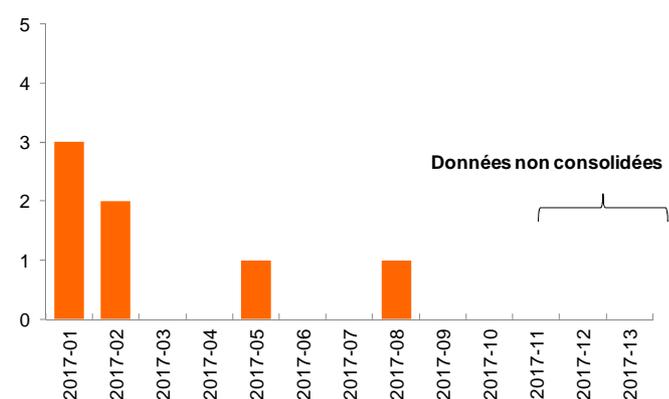
Depuis l'émergence du virus, deux complications neurologiques ont été confirmées biologiquement pour le Zika : un SGB et une autre forme neurologique grave. L'imputabilité au virus Zika n'a cependant pu être formellement établie pour ces cas.

L'infection au virus Zika a été confirmée chez 46 femmes enceintes. Ce chiffre est le nombre cumulé, depuis l'émergence du virus, des femmes enceintes ayant contracté l'infection et pour lesquelles une confirmation biologique a été prescrite par un professionnel de santé (Figure 21).

A ce jour, le système de surveillance n'a détecté aucune malformation fœtale ou chez un nouveau-né d'une mère ayant contracté l'infection.

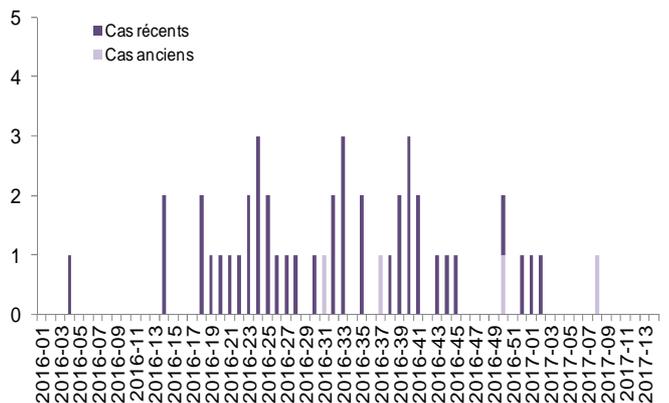
| Figure 20 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés de Zika par RT-PCR, janvier 2017 à avril 2017, Saint-Martin



| Figure 21 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes biologiquement confirmées au virus Zika. Janvier 2016 à avril 2017, Saint-Martin



Analyse de la situation épidémiologique

L'épidémie est terminée à Saint-Martin depuis la semaine 2016-52 et les indicateurs épidémiologiques ont poursuivi leur décroissance depuis cette date.

Le CEMIE propose un passage en phase 1 du Psage* « transmission sporadique ».

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

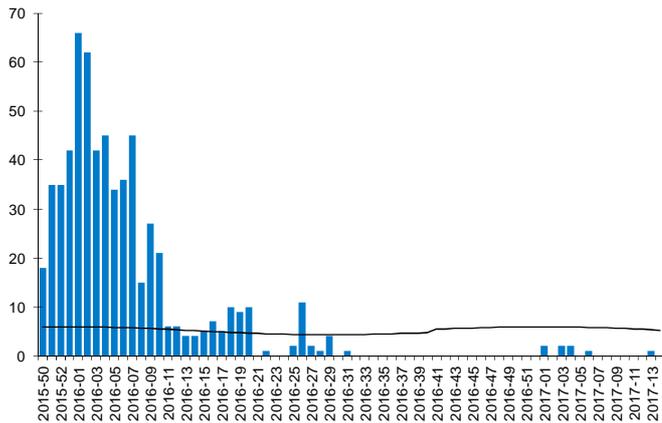
Dengue

Depuis la troisième semaine de février (S2017-07), un seul cas cliniquement évocateur de dengue a été rapporté par le réseau des médecins sentinelles, chiffre très inférieur au seuil des valeurs maximales attendues pour la saison.

Sur la même période, aucun cas biologiquement confirmé n'a été recensé. La dernière confirmation biologique de dengue remonte à la deuxième semaine du mois d'octobre (S2016-41) (Figure 23).

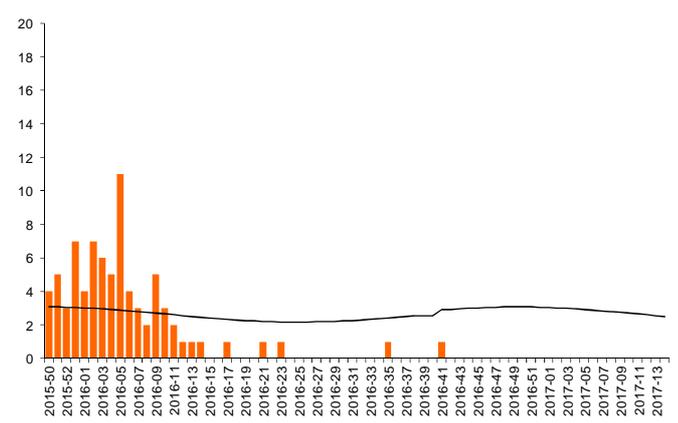
| Figure 22 |

Nombre hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à février 2017, Saint-Barthélemy.



| Figure 23 |

Nombre hebdomadaire des cas biologiquement confirmés de dengue et seuil saisonnier, décembre 2015 à février 2017 Saint-Barthélemy.



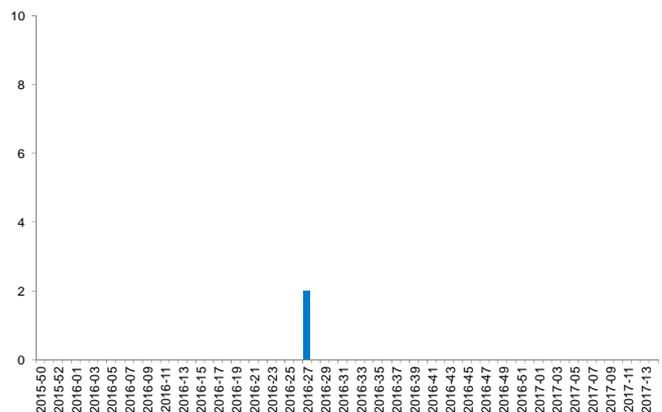
Chikungunya

Aucun cas cliniquement évocateur de chikungunya n'a été enregistré depuis juillet 2016 (S2016-27) (Figure 24).

En revanche, les analyses biologiques ont identifié deux cas probables en semaines 2017-09 et S2017-10 (Figure 25).

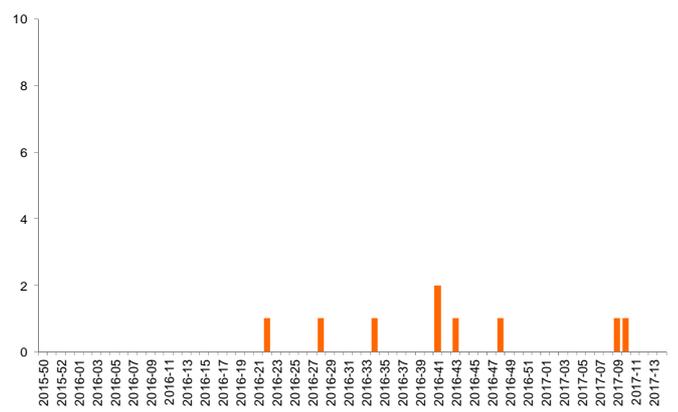
| Figure 24 |

Nombre hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de chikungunya, décembre 2015 à février 2017, Saint-Barthélemy.



| Figure 25 |

Nombre hebdomadaire des cas probables de chikungunya, décembre 2015 à février 2017, Saint-Barthélemy.



Analyse de la situation épidémiologique

A Saint-Barthélemy, aucun cas cliniquement évocateur de dengue ou de chikungunya n'a été signalé en médecine de ville depuis la troisième semaine de février 2017. Par ailleurs, aucun cas de dengue n'a été biologiquement confirmé et seuls deux cas probables de chikungunya ont été recensés ces dernières semaines.

La situation épidémiologique correspond à la Phase 1 du Psage* pour ces deux arboviroses à Saint-Barthélemy : « transmission sporadique ».

* Psage : Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies

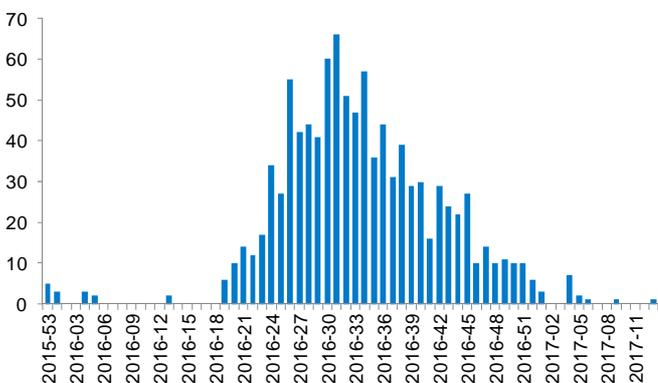
Zika

Depuis la troisième semaine de février, deux consultations pour tableau clinique évocateur de Zika ont été rapportées par le réseau des médecins sentinelles (Figure 26) et aucun cas d'infection récente n'a été confirmé par RT-PCR (Figure 27).

La dernière de ces infections récentes a été confirmée en semaine 2017-06. Depuis cette date, 34 analyses par RT-PCR ont été réalisées et leurs résultats étaient tous négatifs.

| Figure 26 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, décembre 2015 à avril 2017, Saint-Barthélemy

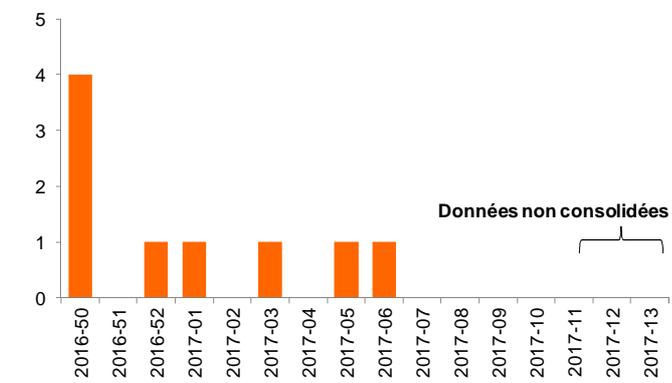


Depuis l'émergence du Zika, l'infection par le virus Zika a été biologiquement confirmée chez 10 femmes enceintes. Toutes ont été confirmées par RT-PCR (Figure 28).

Aucune malformation congénitale ni d'anomalie détectée à la naissance en lien avec le virus n'a été déclarée.

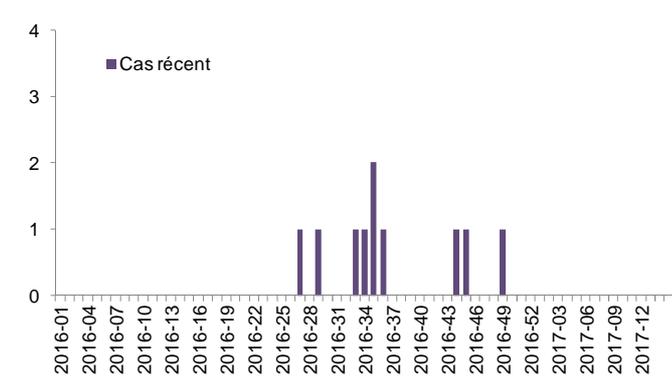
| Figure 27 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés de Zika par RT-PCR, octobre 2016 à avril 2017, Saint-Barthélemy



| Figure 28 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes biologiquement confirmées au virus Zika, Janvier 2016 à avril 2017, Saint-Barthélemy



Analyse de la situation épidémiologique

A Saint-Barthélemy, depuis la fin du mois de février, les indicateurs de la surveillance épidémiologique témoignent d'une circulation virale de type sporadique. Le CEMIE recommande un passage en Phase 1 du Psage* « transmission sporadique ».

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

Situation aux Antilles (PSAGE)

Martinique

- Dengue : Phase 1
- Chikungunya : Phase 1
- Zika : Phase 1

Guadeloupe

- Dengue : Phase 1
- Chikungunya : Phase 1
- Zika : Phase 1

Saint-Martin

- Dengue : Phase 1
- Chikungunya : Phase 1
- Zika : Phase 1

Saint-Barthélemy

- Dengue : Phase 1
- Chikungunya : Phase 1
- Zika : Phase 1

Directeur de la publication :
François Bourdillon
Santé publique France

Rédacteur en chef :
Caroline Six, Responsable de la Cire
Antilles

Comité de rédaction
Lyderic Aubert, Marie Barrau, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Audrey Diavolo, Frédérique Dorléans, Martine Ledrans, Claudine Suivart

CVAGS des ARS de Martinique et de Guadeloupe : Yvette Adelaide, Sylvie Boa, Maggy Davidas, Nathalie Duclouet-Pame, Mathilde Melin, Annabelle Preira, Marie-José Romagne, Anne-Lise Senes

Diffusion
Cire Antilles
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>

Retrouvez-nous également sur :
<http://www.santepubliquefrance.fr>

| Définitions de cas |

Une infection par la **dengue**, par le **chikungunya** ou le **Zika** doit être suspectée devant tout **syndrome dengue-like** que le patient ait voyagé ou non, car ces deux virus circulent sur nos territoires de manière endémo-épidémique.

« Cas suspect de dengue »	« Cas suspect de chikungunya »	« Cas suspect de Zika »
<p>FIEVRE élevée (39-40°C) de début brutal évoluant depuis moins de 10 jours</p> <p>ET</p> <p>au moins un des signes suivants : syndrome algique (céphalées ± arthralgies ± myalgies ± lombalgies) ± douleurs rétro orbitaires ± fatigue</p> <p>ET</p> <p>en l'absence de tout autre point d'appel infectieux</p>	<p>FIEVRE élevée (39-40°C) de début brutal</p> <p>ET</p> <p>douleurs articulaires des extrémités des membres (poignets, chevilles, phalanges) avec ou sans œdèmes</p> <p>ET</p> <p>en l'absence d'autre orientation diagnostique</p>	<p>Exanthème maculo-papuleux avec ou sans FIEVRE</p> <p>ET</p> <p>au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale arthralgies myalgies</p> <p>ET</p> <p>en l'absence d'autres étiologies</p>

Un cas biologiquement confirmé est un cas suspect chez lequel le génome viral de la dengue ou du chikungunya a été mis en évidence sur le sang par RT-PCR. La recherche des antigènes NS1 confirme également le cas de dengue.

Un cas probable de chikungunya est un cas suspect chez lequel une réaction de l'organisme face à l'infection a été mise en évidence par sérologie avec la détection d'IgM spécifiques à un niveau significatif sur un seul prélèvement biologique. L'absence d'IgG témoigne d'une infection récente.

| Recherche diagnostique |

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

DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA*
<p>De J1 à J7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • NS1, • RT-PCR dengue sur sang ; 	<ul style="list-style-type: none"> • De J1 à J7 : RT-PCR chikungunya sur sang ; • A partir de J5, sérologies chikungunya: détection des IgM et des IgG 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ;

* Du fait de la brièveté de la virémie, un résultat négatif de la PCR n'infirmes pas le diagnostic de Zika. Ce schéma diagnostique peut être complété par une recherche sérologique (à partir de J5) suivie ou non d'une séroneutralisation.

La Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et la Martinique sont définitivement sortis de l'épidémie de Zika, la circulation virale ne perdure que sur un mode très sporadique.

Les caractéristiques du Zika imposent le maintien des mesures de prévention habituelle (protection contre les piqûres de moustiques, rapports sexuels protégés chez les femmes enceintes...) et d'une surveillance active pour les complications associées et les populations à risque (femmes enceintes, nourrissons ...).

Tout médecin (clinicien ou biologiste) voyant en consultation un **CAS SUSPECT** d'arboviroses doit prescrire une recherche systématique de dengue, chikungunya et Zika selon les modalités diagnostiques présentées ci dessus, en privilégiant la technique diagnostique par **PCR ou la recherche des antigènes protéiques par NS1 pour la dengue** (au vu des réactions croisées des anticorps avec le Zika).

Remerciements à nos partenaires

Nous remercions les services de démolition, les réseaux de médecins généralistes sentinelles (dont le Dr Reltien à Saint-Martin); l'association SOS Médecins de Martinique; les services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation, service des admissions); le CNR de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées et associé de l'Institut Pasteur de Guyane; les LABM; l'EFS ainsi que l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.

