

| Analyse de la situation épidémiologique |

En Martinique, la circulation du virus Zika est très faible. Le département est en Phase 4 du Psage* « fin d'épidémie ».

En Guadeloupe, depuis la fin de l'épidémie, les indicateurs de la surveillance épidémiologique témoignent d'une circulation virale faible.

A Saint-Barthélemy, la fin d'épidémie a été actée le 26 janvier 2017 par le Comité de Gestion. Les critères de fin d'épidémie définis préalablement par les membres du CEMIE ont été atteints la première semaine de janvier.

A Saint-Martin, l'épidémie est terminée depuis fin décembre 2016. Le Comité de gestion s'est réuni le 21 février 2017 pour acter ce changement de phase

En Guyane, au cours des quatre dernières semaines, le nombre de cas cliniquement évocateurs de Zika était faible.

| Situation du Zika dans la région des Amériques |

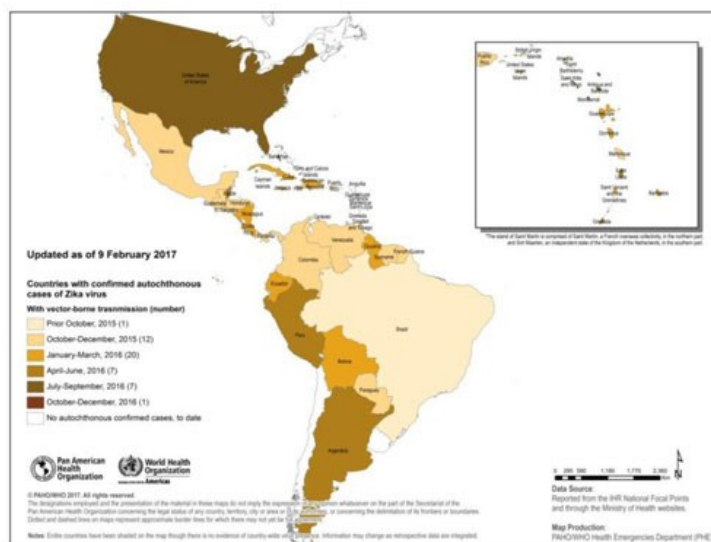
(Source: OMS-PAHO – données au 9 février 2017)

Depuis l'introduction du virus dans les Amériques en 2015, 48 pays et territoires ont déclaré des cas autochtone par transmission vectorielle. Il n'y a pas eu d'extension de l'épidémie Zika à un nouveau territoire ou pays depuis la semaine 44 de 2016. Globalement on observe une nette diminution du nombre de nouveaux cas rapportés. Toutefois, la circulation du virus reste encore active dans la Région des Amériques à des niveaux d'intensité variables :

- En Amérique du Nord, des cas autochtones isolés continuent d'être rapportés en Floride tandis que la tendance est à la décroissance au Mexique.
- Amérique Centrale : au Panama le nombre de cas confirmés et suspects continue d'augmenter et restent élevés par ailleurs.
- Dans la région Caraïbe, la tendance de la circulation du virus est à la stabilisation avec une augmentation à Montserrat.
- En Amérique du Sud, bien qu'une augmentation des suspicions et des confirmations de cas de Zika ait été observée entre octobre 2016 et janvier 2017 en Amazonie péruvienne, au Venezuela et au Paraguay, le nombre de cas rapportés dans les autres pays et territoires se stabilise.

Vingt pays et territoires des Amériques ont rapporté des cas de syndrome de Guillain-Barré en lien avec des infections à virus Zika.

Vingt-trois pays et territoires ont rapporté des cas de microcéphalie ou de malformations neurologiques potentiellement associées à des infections congénitales à virus Zika.



Carte 1 : Pays et territoires des Amériques ayant rapporté des cas de transmission autochtones du virus Zika, 2015-2017 (OMS-PAHO)

http://ais.paho.org/phi/viz/ed_zika_countrymap.asp

Surveillance des cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville

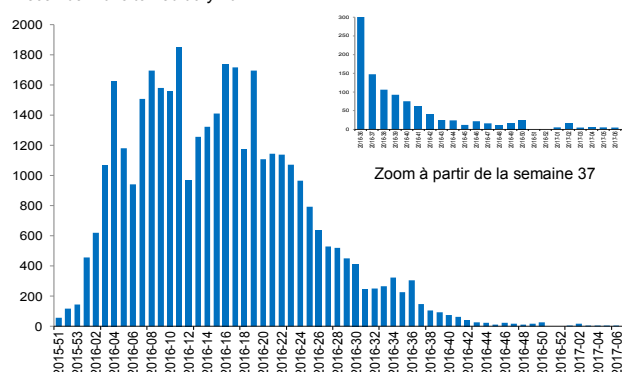
En Martinique, les critères de fin d'épidémie ont été atteints en semaine S2016-36.

Depuis, le nombre de cas cliniquement évocateurs estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles diminue et reste faible (Figure 1).

Au cours des 4 dernières semaines (S2017-04 à S2017-07), ce nombre varie de 0 à 5 consultations estimées par semaine en médecine de ville. Pour la première fois depuis l'émergence du Zika en Martinique, aucun cas évocateur n'a été estimé en semaine S2016-07 (13 au 19 février 2017).

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, Martinique, S2015-51 à S2017-07 - Weekly estimated number of Zika syndromes, Martinique, December 2015 to February 2017



Surveillance des cas confirmés

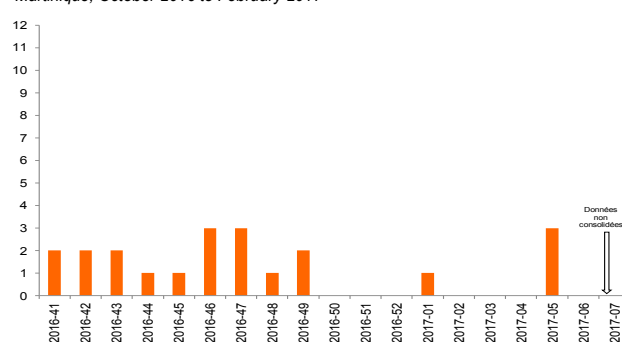
Durant les quatre dernières semaines (S2017-04 à S2017-07), 170 demandes de confirmations biologiques pour le Zika ont été réalisées avec, en moyenne, un taux de positivité sur RT-PCR égal à 1%.

Parmi ces demandes d'analyses biologiques, on enregistre trois cas biologiquement confirmé par RT-PCR (i.e. ayant récemment contracté l'infection) en semaine S2017-05 dont deux à Sainte-Luce et un à Morne-Vert (Figure 2).

La diminution de la circulation virale se confirme dans les autres communes de Martinique.

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de Zika par RT-PCR, Martinique, S2016-41 à S2017-07 - Weekly number of confirmed cases of Zika, Martinique, October 2016 to February 2017



Surveillance des complications congénitales associées à une infection par le virus Zika

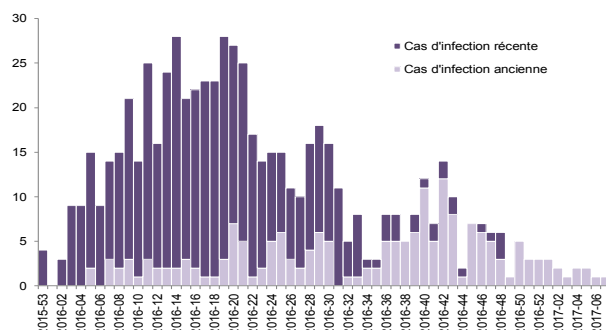
Depuis l'émergence virale en Martinique, l'infection a été confirmée biologiquement chez 669 femmes enceintes dont certaines ont accouché. L'évolution du nombre hebdomadaire de femmes enceintes chez lesquelles une infection a été diagnostiquée par RT-PCR (c'est-à-dire au moment de l'infection) a suivi la courbe épidémique (Figure 3).

La surveillance des complications survenant chez le fœtus d'une de ces femmes compte à ce jour neuf microcéphalies et douze autres malformations cérébrales fœtales détectées à l'échographie chez des femmes enceintes dont l'infection a été confirmée. Une anomalie détectée après la naissance chez le bébé d'une mère confirmée biologiquement a été rapportée au dispositif de surveillance.

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

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes ayant une infection récente ou ancienne au virus Zika, diagnostiquée par RT-PCR, sérologie ou séroneutralisation. Martinique, S2015-53 à S2017-07 - Weekly number of pregnant women with a Zika virus infection, Martinique, December 2015 to February 2017



Analyse de la situation épidémiologique en Martinique

Les indicateurs recueillis par le dispositif de surveillance montrent que la circulation virale du Zika reste très faible sur l'ensemble de la Martinique. Les derniers cas de Zika confirmés par RT-PCR, témoignant d'une infection récente, ont été identifiés en S2017-05.

La Martinique est en Phase 4 du Psage* « fin d'épidémie ».

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

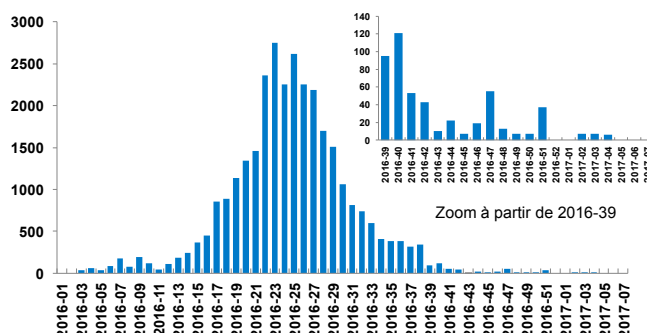
Surveillance des cas cliniquement évocateurs

En Guadeloupe, les critères de fin d'épidémie ont été atteints en semaine 2016-38 (Figure 4).

Depuis le début de l'année 2017, la circulation virale est très faible, avec moins de dix cas hebdomadaires estimés à partir des données du réseau des médecins sentinelles jusqu'à la dernière semaine de janvier (S2017-04), puis aucun cas à partir de la 1ère semaine de février (S2017-05).

| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, Guadeloupe, S2016-01 à S2017-07. - Weekly estimated number of Zika syndromes, Guadeloupe, January 2016 to February 2017



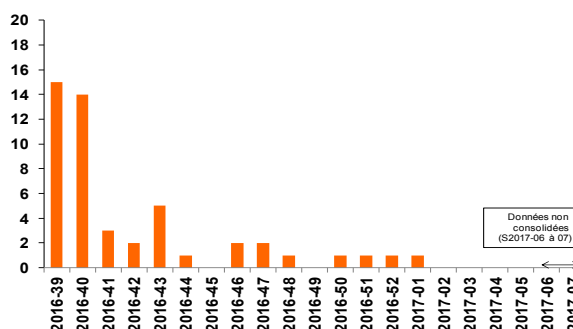
Surveillance des cas confirmés

Depuis la fin d'épidémie de Zika (S2016-38), les prescriptions de confirmation biologique par RT-PCR devant tout cas cliniquement suspect sont de nouveau recommandées aux professionnels de santé.

Le dernier cas biologiquement confirmé par RT-PCR (i.e. ayant récemment contracté l'infection) a été identifié au cours de la première semaine de janvier et le taux de positivité depuis le début de l'année 2017 est ainsi inférieur à 1%.

| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés de Zika par RT-PCR, Guadeloupe, S2016-39 à S2017-07. - Weekly number confirmed cases of Zika, Guadeloupe, September 2016 to February 2017



Surveillance des complications congénitales associées à une infection par le virus Zika

Depuis l'émergence virale, l'infection a été confirmée biologiquement chez 662 femmes enceintes. Parmi celles-ci, le nombre hebdomadaire de cas d'infection récente (diagnostic par RT-PCR) a suivi la même courbe épidémique que celle de la population générale (Figure 6). Ainsi, la dernière infection récente confirmée chez une femme enceinte a été identifiée en semaine 2016-51.

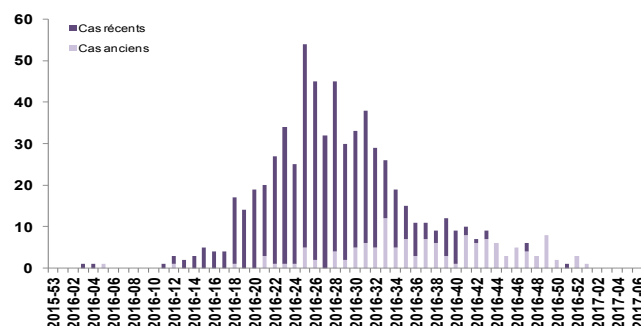
La surveillance échographique renforcée des femmes enceintes a détecté huit microcéphalies et six autres malformations cérébrales fœtales d'un autre type chez des mères biologiquement positives pour le Zika.

A ce jour, trois enfants présentant une microcéphalie sont nés.

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

| Figure 6 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes ayant une infection récente ou ancienne au virus Zika, diagnostiquée par RT-PCR, sérologie ou séroneutralisation. Guadeloupe, S2015-53 à S2017-07. - Weekly number of pregnant women with a Zika virus infection, Guadeloupe, December 2015 to February 2017



Analyse de la situation épidémiologique en Guadeloupe

Depuis le début de l'année 2017, les indicateurs de la surveillance épidémiologique témoignent d'une circulation virale de type sporadique. La Guadeloupe est en Phase 4 du Psage* « fin d'épidémie » depuis le 10 novembre 2016.

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

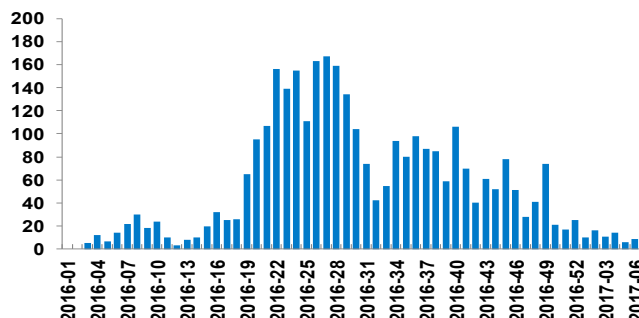
Surveillance des cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville

Le nombre hebdomadaire estimé de consultations chez un médecin généraliste pour un tableau cliniquement évocateur de Zika a diminué de façon irrégulière depuis mi-octobre (S2016-41).

Depuis le début de l'année 2017, ce nombre est compris entre 5 et 15 selon les semaines (Figure 7).

| Figure 7 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, Saint-Martin, S2016-01 à S2017-07 - Weekly estimated number of Zika syndromes, Saint-Martin, January 2016 to February 2017



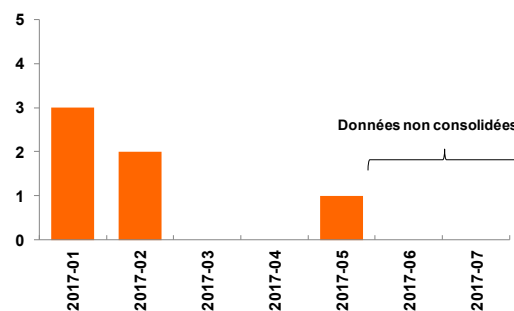
Surveillance des cas confirmés

Depuis le début de l'année 2017, six cas d'infection récente ont été biologiquement confirmés par RT-PCR (Figure 8).

Le taux de positivité sur cette période est de 6%.

| Figure 8 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de Zika au CH de Flerning, Saint-Martin, S2017-01 à S2017-07 - Weekly number of emergency consultations for Zika syndromes, Saint-Martin, January 2017 to February 2017



Surveillance des complications associées à une infection par le virus Zika

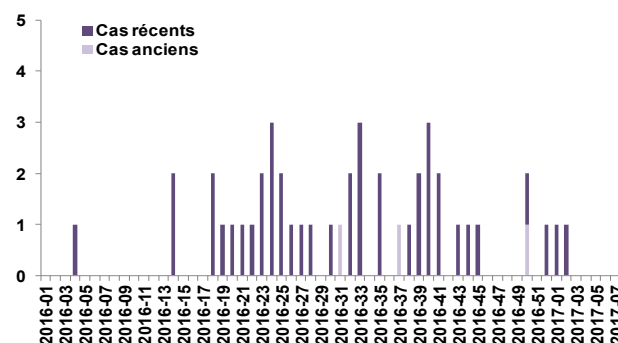
Depuis l'émergence du virus, une complication neurologique pouvant être liée au Zika a été enregistrée : une forme neurologique autre qu'un syndrome de Guillain et Barré (SGB) dont l'infection Zika avait été biologiquement confirmée. L'imputabilité au virus n'a cependant pu être formellement établie pour ce cas.

Par ailleurs, l'infection au virus Zika a été confirmée chez 45 femmes enceintes (Figure 9).

A ce jour, aucune malformation congénitale n'a été détectée chez l'enfant d'une mère ayant contracté l'infection.

| Figure 9 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes ayant une infection récente ou ancienne au virus Zika, diagnostiquée par RT-PCR, sérologie ou séroneutralisation. Saint-Martin, S2016-01 à S2017-07 - Weekly number of pregnant women with a Zika virus infection, Saint-Martin, January 2016 to February 2017



Analyse de la situation épidémiologique à Saint-Martin

L'épidémie s'est terminée à Saint-Martin en semaine S2016-52 et le Comité de gestion s'est réuni le 21 février pour acter ce changement de phase. Néanmoins, des cas cliniquement évocateurs sont encore vus en consultation par les médecins généralistes et un cas a été biologiquement confirmé au cours de la première semaine de février. Les mesures de protection individuelles contre les piqûres de moustiques sont toujours recommandées, en particulier chez les femmes enceintes

La situation épidémiologique de l'île correspond désormais à la phase 4 du Psage* « fin d'épidémie».

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

Surveillance des cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville

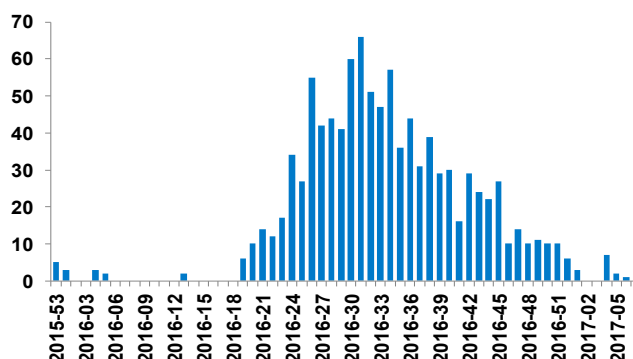
Les critères de déclaration de fin d'épidémie ont été atteints en début d'année 2017 (S2017-01) avec un nombre inférieur ou égal à dix cas hebdomadaires pendant quatre semaines consécutives (cf. PE n°42 du 22 décembre 2016). Rétrospectivement, on peut dater la fin d'épidémie au début du mois de décembre (S2016-49).

Depuis le début de l'année 2017, le nombre hebdomadaire estimé de consultations chez un médecin généraliste pour un tableau cliniquement évocateur de Zika est compris entre 0 et 4 (Figure 10).

Depuis l'émergence du virus, Saint-Barthélemy totalise un peu plus de 1 000 cas estimés cliniquement évocateurs.

| Figure 10 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de Zika, Saint-Barthélemy, S2015-53 à S2017-07 - Weekly estimated number of Zika syndromes, Saint-Barthélemy, December 2015 to February 2017



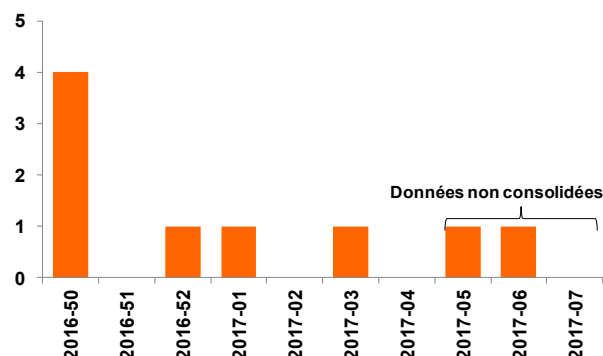
Surveillance des passages aux urgences du HL de Bruyn

Depuis le début de l'année 2017, quatre cas d'infection récente par le virus Zika ont été biologiquement confirmés (RT-PCR). Le dernier cas a été confirmé début février (S2017-06).

Sur cette période, le taux de positivité des prélèvements est encore supérieur à 20% mais ce taux doit être interprété avec prudence en raison du petit nombre de prélèvements réalisés, lui-même lié à la petite taille de la population de Saint-Barthélemy.

| Figure 11 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de Zika au HL de Bruyn, Saint-Barthélemy, S2016-50 à S2017-07 - Weekly number of emergency consultations for Zika syndromes, Saint-Barthélemy, December 2016 to February 2017



Surveillance des complications associées à une infection par le virus Zika

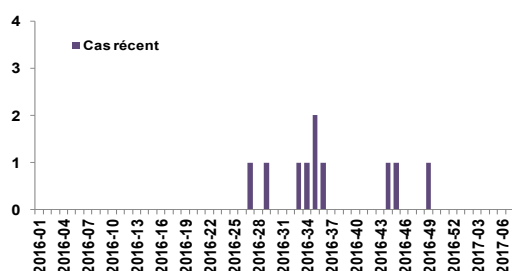
Aucun SGB ou autre forme neurologique n'a été détecté par le système de surveillance depuis l'émergence du virus sur l'île.

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 12). La dernière a été confirmée début décembre (S2016-49).

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

| Figure 12 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes ayant une infection récente ou ancienne au virus Zika, diagnostiquée par RT-PCR, sérologie ou séroneutralisation. Saint-Barthélemy, S2016-01 à S2017-07 - Weekly number of pregnant women with a Zika virus infection, Saint-Barthélemy, January 2016 to February 2017



Analyse de la situation épidémiologique à Saint-Barthélemy

L'épidémie s'est terminée à Saint-Barthélemy début décembre 2016 (S2016-49). La situation épidémiologique de l'île correspond depuis à la phase 4 du Psage* « fin d'épidémie».

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

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de Zika* était fluctuant au cours des quatre dernières semaines (S2017-04 à 07) tout en restant à un niveau faible avec un maximum de 35 cas hebdomadaires estimés sur le territoire (Figure 13).

Sur cette période, les cas enregistrés étaient tous localisés sur le littoral à l'exception de trois cas cliniquement évocateurs signalés par les CDPS de Maripa-Soula (n=2) et de St-Georges (n=1).

Depuis la fin de l'épidémie (S2016-37) jusqu'à la deuxième semaine de février (S2017-07), un total de 620 cas cliniquement évocateurs de Zika a été estimé sur le territoire.

* L'estimation du nombre de cas cliniquement évocateurs de Zika est la somme du nombre de consultations enregistrées pour ce motif par les Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) et de l'estimation du nombre de personnes ayant consulté un médecin généraliste pour ce motif (l'estimation est réalisée à partir des données recueillies par le réseau de médecins sentinelles).

Surveillance des cas confirmés

Au cours des quatre dernières semaines (S2017-04 à 07), le nombre de cas de Zika confirmés par RT-PCR est resté faible avec 10 cas recensés (Figure 14). Ces 10 cas concernaient des personnes résidant sur les secteurs de l'île de Cayenne (Cayenne (n=9)) et de Kourou (Tonate-Macouria (n=1)).

Par ailleurs, un foyer épidémique était actif sur le secteur de l'île de Cayenne sur cette période.

Au cours des cinq dernières semaines, le taux de positivité des cas confirmés par RT-PCR était compris entre 2 et 7 % chaque semaine. La circulation du virus Zika était donc très faible sur l'ensemble du territoire.

Surveillance des complications congénitales associées à une infection par le virus Zika

Depuis l'émergence du Zika en Guyane, 1 650 femmes enceintes ont eu un résultat biologique Zika positif (Figure 15). L'évolution du nombre hebdomadaire de femmes enceintes chez lesquelles une infection a été diagnostiquée par RT-PCR (c'est-à-dire au moment de l'infection) a suivi la courbe épidémique des cas cliniquement évocateurs (Figure 13).

Par ailleurs, toute malformation cérébrale confirmée chez le fœtus d'une mère contaminée par le virus est recensée par le dispositif de surveillance. A ce jour, 16 fœtus de mères infectées par le virus Zika ont présenté des malformations cérébrales. Parmi elles, quatre correspondaient à une microcéphalie.

De plus, une anomalie détectée après la naissance chez le bébé d'une mère confirmée biologiquement a été rapportée au dispositif de surveillance.

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

Analyse de la situation épidémiologique en Guyane

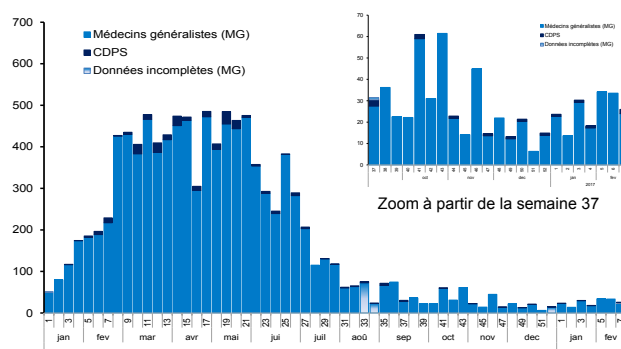
En Guyane, au cours des quatre dernières semaines le nombre de cas cliniquement évocateurs de Zika était faible. Seuls dix cas confirmés ont été enregistrés sur cette période. Un nouveau foyer a été identifié sur l'île de Cayenne pendant cette période.

Le Comité de gestion a acté le 1^{er} décembre dernier le passage au niveau 2 « foyers épidémiques » du Psage arboviroses* sur le secteur de l'île de Cayenne et le passage au niveau 1 « cas sporadiques » pour le reste du territoire.

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

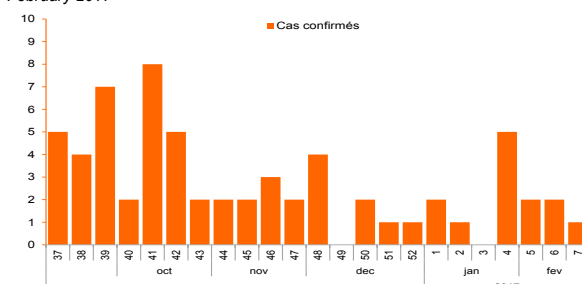
| Figure 13 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de Zika, Guyane, S2016-01 à S2017-07 - Weekly estimated number of Zika syndromes, Guyane, January 2016 to February 2017



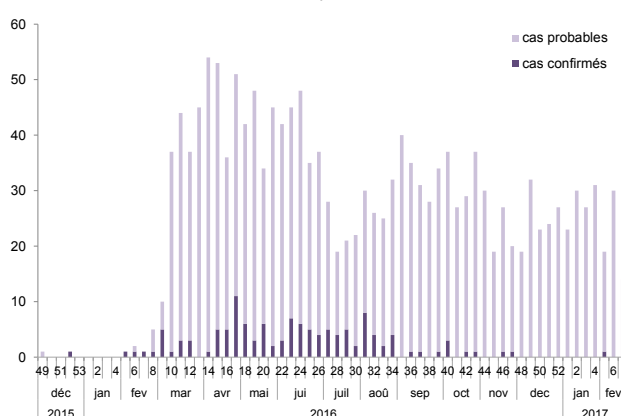
| Figure 14 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés de Zika par RT-PCR, Guyane, S2016-37 à S2017-07 - Weekly number confirmed cases of Zika, Guyane, September 2016 to February 2017



| Figure 15 |

Nombre hebdomadaire de femmes enceintes ayant une infection récente ou ancienne au virus Zika, diagnostiquée par RT-PCR, sérologie ou séroneutralisation. Guyane, S2015-49 à S2017-07 - Weekly number of pregnant women with a Zika virus infection, French Guiana, December 2015 to February 2017



| Bilan des surveillances des complications aux Antilles et en Guyane|

La surveillance des formes neurologiques sévères a été interrompue en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane où les critères de fin de cette surveillance ont été atteints. Le bilan de cette surveillance porte sur la période épidémique et s'appuie sur des données en cours de consolidation. Les résultats finaux seront préparés dans un bilan détaillé et exhaustif à paraître ultérieurement. La surveillance des formes neurologiques sévères se poursuit à Saint-Martin où et à Saint-Barthélemy où les critères de fin de surveillance ne sont pas encore atteints.

	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Résultats de la surveillance des complications neurologiques			
Nombre de cas de SGB (Zika+)	40	29	7
Nombre de cas de SGB avec hospitalisation en service de réanimation	8	14	2
Nombre d'autres formes neurologiques sévères (dont N avec hospitalisation en service de réanimation)	16 (5)	5 (1)	3
Nombre de décès			
Nombre de décès imputables ou non au Zika	3	1	0
Résultats de la surveillance des complications congénitales			
Nombre de femmes enceintes Zika+	662	669	1650
Nombre global d'anomalies cérébrales	14	22	17

| Recommandations |

| Recherche diagnostique |

Compte tenu de la circulation concomitante de la dengue, du chikungunya et du Zika aux Antilles-Guyane, 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 :

ZIKA*	DENGUE	CHIKUNGUNYA
- 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 sur sang ; - A partir de J5, sérologies dengue: détection des IgM et des IgG	- De J1 à J7 : RT-PCR chikungunya sur sang ; - A partir de J5, sérologies chikungunya: détection des IgM et des IgG

* Du fait de la brièveté de la virémie, un résultat négatif de la PCR n'infirme 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.

Les territoires des Antilles et de la Guyane sont sortis de la phase aiguë de l'épidémie mais la circulation virale perdure. 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, pour la dengue, la recherche des antigènes protéiques par NS1.

Par ailleurs, dans ces territoires, la surveillance des complications neurologiques possiblement liées au Zika est arrêtée compte tenu de la situation épidémiologique. La surveillance des complications pour le fœtus d'une femme enceinte ayant été infectée se poursuit.

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 Services de démolition, les réseaux de médecins généralistes sentinelles (dont le Dr Reltien Saint-Martin), l'association SOS Médecins de Martinique, les services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation, service des admissions), les CNR de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées et de l'Institut Pasteur de Guyane, les LABM, l'EFES 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 4 : Fin d'épidémie

Guadeloupe

Phase 4 : Fin d'épidémie

Saint-Martin

Phase 4 : Fin d'épidémie

Saint-Barthélemy

Phase 4 : Fin d'épidémie

Guyane

Phase 2 pour l'île de Cayenne : Présence de foyers épidémiques

Phase 1 pour le reste du territoire : Cas sporadiques

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

Rédacteurs en chef :

Caroline Six, Responsable de la Cire Antilles
Fabrice Quet, responsable de la Cire Guyane

Comité de rédaction

Cire : Audrey Andrieu, Vanessa Ardillon, Lyderic Aubert, Marie Barrau, Luisiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Frédérique Dorléans, Martine Ledrans, Marion Petit-Sinturel

CVAGS des ARS de Martinique, de

Guadeloupe : Yvette Adelaïde, Sylvie Boa, Maggy Davidas, Nathalie Duclouel-Pame, Mathilde Mellin, 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.quadeloupe.sante.fr>
<http://www.ars.guyane.sante.fr>
Retrouvez-nous également sur :
<http://www.santepubliquefrance.fr>