

Bulletin de veille sanitaire — N° 2 / Février-mars 2013



Page 2 | Veille sanitaire |
Épidémie de bronchiolite en Martinique, saison 2012-2013

Page 7 | Veille sanitaire |
Bilan de la saison grippale 2012-2013 aux Antilles : Guadeloupe, Martinique,
Saint Martin et Saint Barthélemy

Page 13 | Investigations |
Investigation d'un foyer de dengue dans la commune de Trinité, Martinique

| Éditorial |

Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire Antilles Guyane

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 17 avril (1) rapporte que le nouveau variant d'influenza aviaire A(H7N9) a, au 16 avril 2013, provoqué 72 cas humains dans six provinces chinoises. Parmi eux, 14 sont décédés ce qui porte la létalité à 19%. Il s'agit d'un virus réassorti avec des gènes des virus A(H7N9) et A(H9N2). Le virus a été retrouvé chez des oiseaux d'élevage (poulets, pigeons) et un pigeon sauvage a aussi été testé positif. L'investigation de ces cas et de leurs contacts suggère que la transmission interhumaine, si elle existe, n'est pas soutenue. Cependant, la vigilance reste de mise et des recommandations ont été formulées pour la détection précoce et la prise en charge des cas suspects (2).

Depuis plusieurs semaines, l'attention est aussi portée sur des infections dues au nouveau coronavirus (HCoV-EMC). Quinze cas ont été documentés en Arabie Saoudite, Qatar, Jordanie et Grande-Bretagne, dont 9 décès, de septembre 2012 au 12 mars 2013. Tous les cas avaient voyagé ou résidaient en péninsule arabique sauf deux cas qui correspondent à une transmission intrafamiliale d'un cas importé en Grande-Bretagne. Un des cas intrafamiliaux, paucisymptomatique, laisse supposer que des cas ont pu échapper au diagnostic. Des recommandations ont aussi été formulées pour la détection précoce (3) et la prise en charge des cas suspects d'infection à Coronavirus (4).

Avec le virus d'influenza aviaire A(H5N1) dont les émergences humaine et aviaire sont suivies avec attention au niveau mondial, depuis maintenant 10 ans, nous avons là l'émergence de 3 virus à tropisme respiratoire dont la gravité de l'infection humaine est une source de préoccupation. Ceci incite à rappeler que dans le cadre de la détection de ces émergences, tout regroupement de cas d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées, avec ou sans notion de voyage ou résidence en zone géographique à risque, doit être signalé et investigué.

Ce bulletin présente deux articles qui concernent les principales infections virales respiratoires qui circulent sur un mode épidémique

dans les Antilles et en Guyane. Le premier fait le point sur la récente épidémie de bronchiolite en Martinique. Il est à noter qu'au cours de l'épidémie, un clinicien a signalé à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires que l'épidémie pouvait présenter une sévérité plus importante qu'à l'accoutumée. L'ampleur de cette épidémie mesurée par le nombre de cas évocateurs est comparable à celle des épidémies précédentes. Des données sont également présentées sur les cas hospitalisés. Le bilan de la saison grippale 2012-2013 est aussi dressé pour les Antilles. Des épidémies sont survenues à Saint Barthélemy, en Guadeloupe et en Martinique ; elles ont été caractérisées par une durée plus longue qu'habituellement dans ces deux derniers territoires à l'image de celle qui vient de s'achever en métropole.

Dans le numéro du BVS n°2 de 2010, une nouvelle stratégie de lutte chimique expérimentée contre les moustiques en Martinique, basée sur une « opération coup de poing » à l'échelle d'un lotissement était présentée. Il s'agissait de lutter contre un foyer de dengue au lotissement de la Distillerie à Tartane sur la commune de Trinité. Ce numéro relate l'investigation d'un foyer de dengue également sur des quartiers de Tartane avec la mise en place d'actions de lutte antivectorielle qui ont permis de circonscrire ce foyer pendant plusieurs semaines. Néanmoins, l'apparition récente de nouveaux cas à Tartane incite donc à persévérer dans les stratégies de lutte déployées.

1. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-hebdomadaire-international/Tous-les-numeros/2013/Bulletin-hebdomadaire-international-du-10-au-16-avril-2013.-N-395>

2. <http://www.invs.sante.fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-virus-aviaire-A-H7N9.-Point-au-5-avril-2013>

3. <http://www.invs.sante.fr/fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-coronavirus-NCoV.-Point-au-20-fevrier-2013>

4. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=314>

Épidémie de bronchiolite en Martinique, saison 2012-2013

Elise Daudens¹, Fatiha Najjoulah², Marion Petit-Sinturel¹, Marie-José Romagne³, Corinne Locatelli-Jouans³, Christian Lassalle³, Jérôme Pignol², Martine Ledrans¹

¹ Cire Antilles Guyane, ² Centre hospitalier universitaire de Martinique, ³ ARS de Martinique

1/ CONTEXTE

La bronchiolite est une infection virale respiratoire épidémique saisonnière du nourrisson. Le virus respiratoire syncytial humain (VRS) est l'agent infectieux principal de la bronchiolite, en cause dans 60 à 90 % des cas, mais d'autres virus peuvent être retrouvés, notamment le virus parainfluenzae (5 à 20 % des cas). Il circule habituellement en France métropolitaine entre octobre et février. Le VRS se transmet soit directement, par les sécrétions contaminées, soit indirectement, par les mains ou le matériel souillé. L'incubation est de 2 à 8 jours, l'élimination du virus dure en général 3 à 7 jours mais peut être prolongée jusqu'à 4 semaines. La maladie est favorisée par la promiscuité, l'urbanisation et la mise en collectivité précoce des enfants. Chaque année, la bronchiolite touche près de 30 % des nourrissons (460 000 cas en France métropolitaine soit 30 % de la population des nourrissons). Bien que la majorité de ces enfants soit prise en charge en ville, on observe un nombre grandissant de consultations à l'hôpital et d'hospitalisation. Ceci entraîne l'encombrement du système de soins et notamment des services d'accueil des urgences, ainsi que des difficultés sérieuses pour trouver des lits d'hospitalisation. Environ 2 % des nourrissons de moins de 1 an sont hospitalisés pour une bronchiolite par an et les décès imputables à la bronchiolite aiguë sont rares (inférieurs à 1 %) [1,2,3].

En Martinique, depuis 2005, la surveillance de la bronchiolite est basée sur plusieurs indicateurs dont le nombre de cas cliniquement évocateurs de bronchiolite vus en médecine de ville, par l'intermédiaire du réseau de médecins sentinelles. L'activité de l'association SOS Médecins pour la bronchiolite complète ce dispositif (nombre de visites réalisées à domicile pour bronchiolite) ainsi que le nombre de passages pour bronchiolite aux urgences pédiatriques de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME). Le laboratoire de Virologie du CHUM participe à cette surveillance en signalant les premiers cas de VRS positifs de la saison, dès qu'ils sont détectés.

Le 24 octobre 2012 (S 2012-43), un médecin du Service de réanimation pédiatrique de la MFME, signale à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Martinique un nombre d'hospitalisations en réanimation pour bronchiolite anormalement élevé. Il indique que les signes cliniques associés à cette pathologie semblent être plus sévères cette année que l'année précédente et rapporte qu'un enfant atteint d'une bronchiolite est décédé avant son admission à l'hôpital.

Dans ce contexte, il a été décidé de décrire l'ampleur et la sévérité de l'épidémie de bronchiolite en Martinique en exploitant les données de la surveillance épidémiologique de la maladie et en mettant en œuvre des investigations complémentaires.

2/ OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- Décrire la dynamique et l'ampleur de l'épidémie et la comparer aux épidémies précédentes ;
- Décrire la sévérité de la maladie et la comparer aux précédentes épidémies ;
- Décrire les cas graves en termes d'évolution clinique, de prise en

charge et de facteurs de risque.

3/ METHODES

3.1./ Définition de cas utilisée dans le cadre de la surveillance

Un cas cliniquement évocateur de bronchiolite dyspnéisante du nourrisson est défini par un enfant âgé de 0 à 2 ans présentant une dyspnée expiratoire avec signes obstructifs et difficultés à tousser survenant dans un contexte infectieux (définition utilisée par les GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) ; <http://www.grog.org/>).

3.2. Dynamique et ampleur du phénomène

Pour évaluer l'ampleur de l'épidémie de bronchiolite, les indicateurs épidémiologiques recueillis dans le cadre de la surveillance ont été calculés pour l'épidémie de 2012-2013 et comparés à ceux des épidémies précédentes. Ces indicateurs sont :

- Le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville pour bronchiolite : ce nombre est obtenu par une estimation à partir des données recueillies chaque semaine auprès du réseau de médecins sentinelles de Martinique dans le cadre de la surveillance de cette pathologie ;
- Le nombre hebdomadaire de visites effectuées par l'association SOS médecins de Martinique pour bronchiolite (cas cliniquement évocateurs) ;
- Le nombre hebdomadaire de passages aux urgences pédiatriques de la MFME pour bronchiolite (cas cliniquement évocateurs) ;
- Le nombre hebdomadaire d'hospitalisations consécutives à un passage aux urgences pédiatriques de la MFME pour bronchiolite (cas cliniquement évocateurs).

Le laboratoire de virologie du CHU de Martinique a fourni, de manière rétrospective, le nombre de cas positifs à VRS sur la période janvier 2012 à janvier 2013 ainsi que le nombre de total de demande de prélèvement.

3.3./ Description de la sévérité de la maladie

Les indicateurs de sévérité sont le nombre de cas graves hospitalisés et le nombre de décès survenus pendant l'épidémie.

Pour 2012, les données ont été recueillies directement auprès du service de réanimation et en analysant les certificats de décès arrivant à la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de l'ARS Martinique. Les données concernant les éventuels décès des suites de bronchiolite en dehors du service de réanimation pédiatrique ont été recherchées auprès du CépiciDC pour les années antérieures à 2010.

Afin de vérifier le signal transmis par le médecin du service de réanimation pédiatrique de la MFME, une investigation rétrospective a été menée le 6 novembre 2012 dans le service de réanimation néonatale et de pédiatrie de la MFME. Celle-ci avait pour objectif de décrire les cas graves survenus entre le 10 septembre 2012 (semaine où les premiers enfants atteints de bronchiolite ont été hospitalisés) et le 4 novembre 2012 (S 2012-37 à S 2012-44).

Un cas grave de bronchiolite était défini comme un enfant de moins de 2 ans décédé des suites d'une bronchiolite dyspnéisante du nourrisson ou hospitalisé en service de réanimation pédiatrique pour bronchiolite dyspnéisante du nourrisson, entre le 10 septembre 2012 et le 4 novembre 2012 ; un cas probable présentait une forme clinique grave sans autre étiologie identifiée, dont le tableau clinique et l'anamnèse évoquaient le diagnostic de bronchiolite même si la confirmation biologique ne pouvait être obtenue. Une fiche de recueil a été élaborée par la Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire en région Antilles-Guyane (Cire-AG) en lien avec le service de réanimation pédiatrique. Les informations ont été recueillies à partir :

- Des dossiers médicaux ;
- Des données disponibles dans les laboratoires de virologie et de bactériologie du CHU de Martinique, afin d'identifier, notamment, de potentielles co-infections.

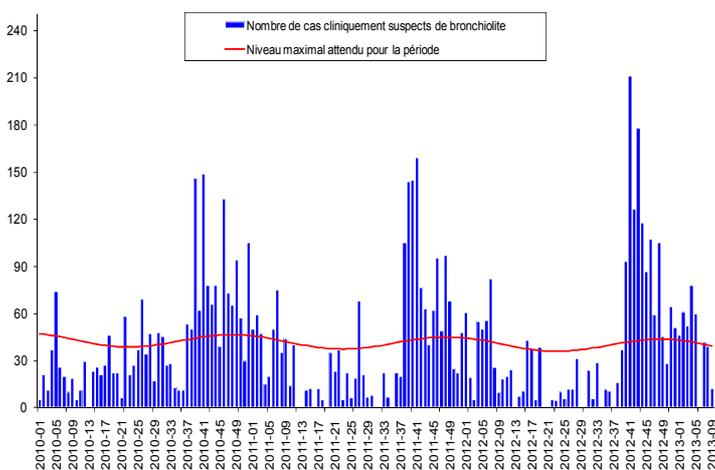
4/ RESULTATS

4.1./ Résultats de la surveillance épidémiologique de la bronchiolite. Dynamique et ampleur de l'épidémie

Début octobre (S 2012-40), le nombre de cas évocateurs de bronchiolites vus en médecine de ville a dépassé les valeurs maximales attendues pour la saison. Ce nombre a été estimé à 93 cas, soit plus de deux fois la valeur maximale attendue (Figure 1). Cette augmentation a marqué l'entrée en phase épidémique de la bronchiolite en Martinique. Le pic a été atteint en semaine 41 (8 au 14 octobre) avec environ 211 cas de bronchiolite estimés, ce nombre était cinq fois supérieur aux valeurs maximales attendues pour la saison. Une tendance à la baisse a été observée début novembre. L'épidémie s'est terminée mi-février (S 2013-07), le nombre de cas suspects vus en médecine de ville est passé en deçà de la valeur attendue pour la saison (Figure 1). Au total, le nombre de cas de bronchiolite vus en médecine générale de ville sur la totalité de l'épidémie est estimé à 1610.

| Figure 1 |

Nombre* hebdomadaire de patients ayant consulté un médecin généraliste de ville pour une bronchiolite, Martinique, janvier 2010 à mars 2013



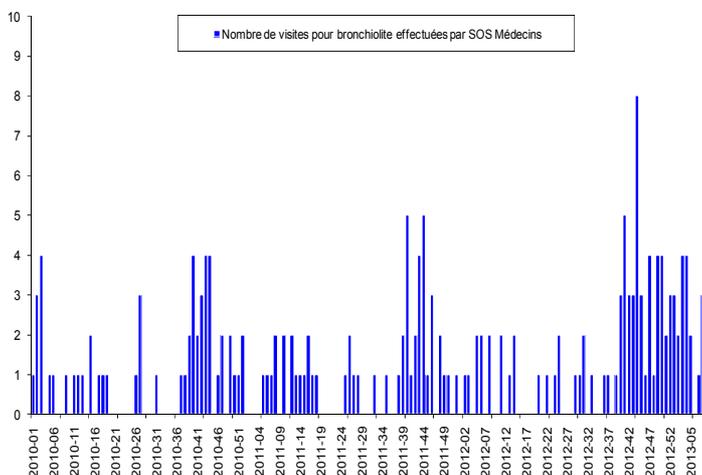
* Le nombre de cas est une estimation pour l'ensemble de la population martiniquaise du nombre de personnes ayant consulté un médecin généraliste pour un syndrome clinique évocateur de bronchiolite. Cette estimation est réalisée à partir des données recueillies par le réseau des médecins sentinelles.

La même tendance a été observée à partir des données de l'association SOS médecins (Figure 2). Par contre, le pic épidémique a été atteint début novembre (S 2012-44) avec 8 visites

médicales hebdomadaires pour bronchiolite effectuées à domicile (1,3 % de l'activité totale), soit une semaine plus tard que celui enregistré par le réseau sentinelle. Au total, sur la durée de l'épidémie, 60 visites pour bronchiolite ont été réalisées par les médecins de l'association SOS Médecins.

| Figure 2 |

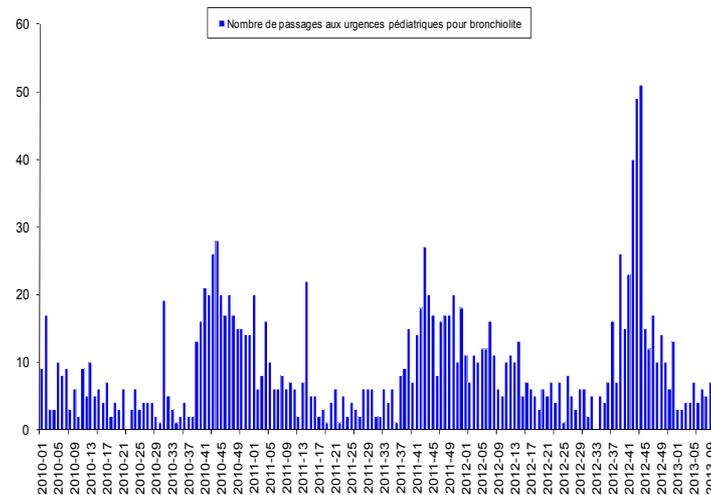
Nombre hebdomadaire de visites médicales pour bronchiolite réalisées par SOS médecins, Martinique, octobre 2009 - février 2013



Une augmentation des passages aux urgences pédiatriques pour bronchiolite a été détectée lors de la dernière semaine de septembre (S 2012-39). Par la suite, le nombre de passages a continué à augmenter. Début novembre, 51 passages pour bronchiolite ont été enregistrés à la MFME, cette valeur est la plus forte enregistrée depuis plus de deux ans, et correspond au pic de l'épidémie 2012-2013 aux urgences pédiatriques (S 2012-44). Une tendance à la baisse a été observée pendant les semaines suivantes. Au total, sur la durée de l'épidémie, 312 passages pour bronchiolite ont été enregistrés aux urgences pédiatriques de la MFME dont 83 ont été hospitalisés.

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pédiatriques pour bronchiolite au CHU de Fort de France, Martinique, janvier 2010 - mars 2013

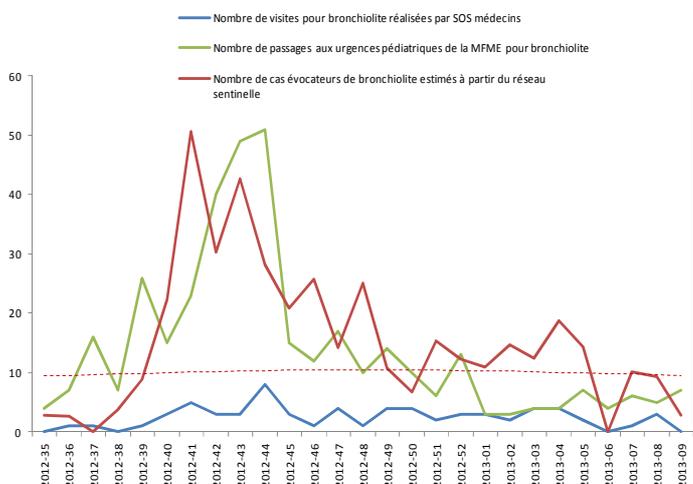


Ainsi, les données recueillies à travers les trois sources de données de surveillance sont cohérentes avec une augmentation du recours aux soins fin septembre - début octobre et une tendance à la baisse observée à partir de début novembre. Cependant, il faut noter que le

pic épidémique a d'abord été atteint en médecine de ville puis aux urgences pédiatriques de la MFME (Figure 4).

| Figure 4 |

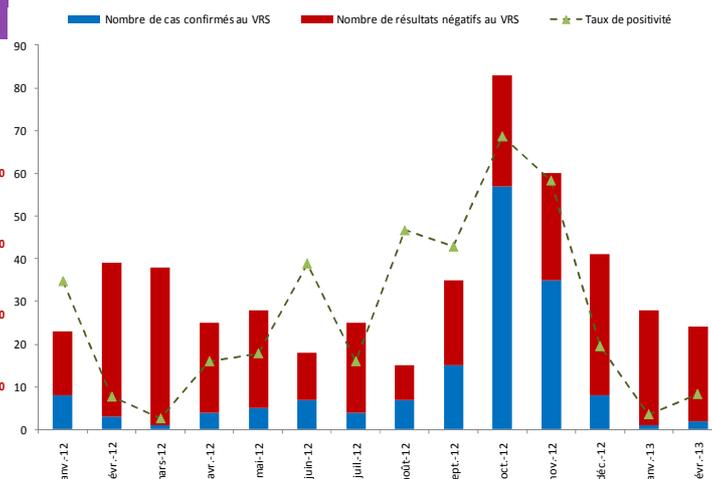
Mise en perspective des indicateurs de surveillance de la bronchiolite, saison 2012-2013



Au niveau de la surveillance virologique de la bronchiolite réalisée par le laboratoire de virologie du CHUM, le taux de positivité a augmenté à partir du mois d'août 2012 atteignant une valeur supérieure à 45 %. En octobre 2012, 69 % des demandes de prélèvement réalisées étaient positives au VRS, il s'agit de la valeur maximale enregistrée pendant l'épidémie 2012-2013 (Figure 5).

| Figure 5 |

Taux de positivité des prélèvements pour diagnostic de la bronchiolite, données du laboratoire de virologie du CHUM



L'épidémie de bronchiolite de la saison 2012-2013 a été comparée à celle des années précédentes pour l'ensemble des indicateurs disponibles (Tableau 1). Celle-ci a été d'ampleur comparable à celles des deux dernières saisons. Elle a cependant été plus courte (20 semaines) et le pic légèrement supérieur, en termes de nombre de cas estimés vus en médecine de ville. Par contre, le nombre de visites pour bronchiolite réalisées par SOS médecins était supérieur à celui des années précédentes (60 versus 35), expliquant l'augmentation globale de l'activité de l'association à cette période par rapport aux autres années.

| Tableau 1 |

Description des épidémies de bronchiolite de 2010 à 2013

	Saison		
	2012-2013	2011-2012	2010-2011
Début d'épidémie	S 2012-40	S 2011-38	S 2010-37
Date et nombre de cas évocateurs estimés pour le pic épidémique	S 2012-41 211 cas	S 2011-41 159 cas	S 2010-41 149 cas
Fin d'épidémie	S 2013-07	S 2012-07	S 2011-09
Durée totale de l'épidémie	20 semaines	22 semaines	25 semaines
Sur la durée totale de l'épidémie :			
• Nombre de cas évocateurs estimés	1610	1526	1673
• Nombre de visites pour bronchiolite réalisées par SOS Médecins	60	35	35
• Nombre de passages aux urgences pédiatriques	312	314	345
• Nombre d'hospitalisations pour bronchiolite suite à un passage aux urgences pédiatriques	83	83	105

4.2./ Description de la sévérité de la maladie

Concernant la base de données du CepiDC, un décès pour bronchiolite (J 21) a été enregistré en 2008, un en 2009 et aucun en 2010.

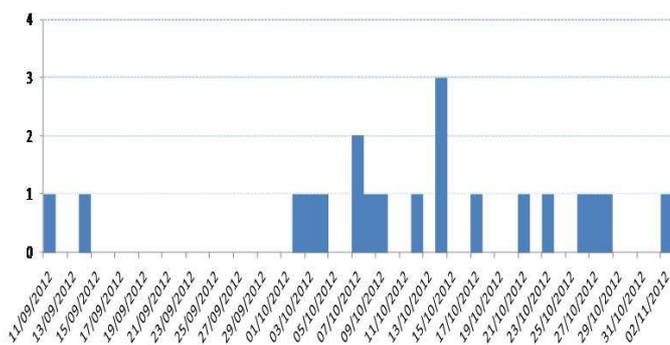
En 2012, aucun décès pour bronchiolite n'a été, au 31 décembre 2012, retrouvé dans les certificats de décès reçus à la CVAGS de l'ARS de Martinique. Le décès signalé par le CHU de Fort de France

en octobre 2012 a été retrouvé dans la base de données, mais codé « mort subite du nourrisson ».

L'investigation dans le service de réanimation néonatale et de pédiatrie de la MFME a permis de recueillir des informations sur 20 enfants hospitalisés pour bronchiolite entre le 10 septembre 2012 et le 4 novembre 2012. La distribution des cas par date de début des signes est représentée sur la Figure 6.

| Figure 6 |

Répartition quotidienne des 20 enfants hospitalisés selon la date de début des signes, saison 2012-2013



Le sex-ratio H/F était de 1,9 soit 13 garçons et 7 filles. L'âge moyen était de 148 jours (écart type = 146 jours) soit environ 5 mois. La moitié des enfants avaient moins de 88 jours, le plus jeune avait 12 jours et le plus âgé 544 jours. En moyenne, les enfants ont séjourné 5,5 jours en service de réanimation (écart type = 3,9 jours), l'hospitalisation dans ce service a duré 5 jours pour la moitié d'entre eux (minimum = 0 – maximum = 16 jours).

- Facteurs de risque
 - Trois enfants (15 %) étaient âgés de moins de 6 semaines lors de leur hospitalisation. Deux enfants étaient toujours hospitalisés lors de l'enquête ;
 - Six enfants étaient prématurés, soit 30 % (nés avant 37 SA) ;
 - Aucun enfant ne présentait de pathologie cardiaque, pulmonaire ou digestive grave.
- Éléments de gravité
 - 75 % (15/20) des enfants avaient un syndrome de détresse respiratoire aiguë ;
 - 20 % (4/20) étaient sous assistance cardiaque (remplissage et amines vasopressives) ;
 - 65 % (13/20) avaient des difficultés alimentaires sévères ;
 - 10 % (2/20) présentaient une défaillance hématologique ou neurologique ;
 - 14 enfants (70 %) étaient sous assistance respiratoire (non invasive, mécanique ou oxygénation par membrane extra corporelle) ;
 - Aucun enfant n'était décédé à la date de fin de recueil des données (4 novembre 2012) lors de son hospitalisation.

Le délai entre l'apparition des premiers signes cliniques et l'hospitalisation en réanimation était au maximum de 7 jours, la moitié des enfants a été hospitalisée 2 jours après le début des signes cliniques. Sur les 20 enfants investigués, 6 (30 %) ont présenté leurs premiers symptômes de bronchiolite le jour où ils ont été hospitalisés en réanimation.

Au total, la quasi-totalité des cas ont consulté avant leur hospitalisation en réanimation (18 cas), 8 se sont rendus en cabinet de médecine de ville (pédiatre - médecin généraliste).

Au niveau du diagnostic biologique, 90 % des cas ont été prélevés pour une recherche de virus à tropisme respiratoire (VRS, adénovirus, influenza A et B, para influenza demandés) : 13 cas étaient positifs au VRS (72 %), 3 cas étaient négatifs pour tous les types de virus demandés, 2 cas n'avaient pas reçu les résultats biologiques au moment de l'enquête. Chez 4 cas positifs au VRS, les résultats ont mis en évidence une association bactérienne ou virale avec :

- *Acinobacter baumani* et *Staphylococcus aureus* (1 cas) ;

- *E. coli* et *Haemophilus influenza* (1 cas) ;
- Staphylocoque à coagulase, *E. coli* et Streptocoque (1 cas) ;
- *Staphylococcus aureus* (1 cas).

5/ CONCLUSION

Cette étude a permis de caractériser l'épidémie de bronchiolite pour la saison 2012-2013. Celle-ci a débuté pendant la première semaine d'octobre et a duré 20 semaines. Au total, environ 1600 cas évocateurs de bronchiolite ont été estimés à partir du réseau de médecins sentinelles, ce chiffre est comparable à celui des épidémies précédentes.

La mise en perspective des sources de données (Réseau sentinelle, SOS Médecins et Urgences pédiatriques de la MFME) a mis en évidence à la fois la cohérence et une complémentarité de ces données. Toutefois, il est important de suivre et confronter en temps réel les différentes sources de données. Par ailleurs, l'utilité d'une surveillance virologique de la bronchiolite a été démontrée lors de cette épidémie, notamment à visée d'alerte ou de pré alerte. Il serait opportun de récolter ces données à partir du mois de juin pour détecter une recrudescence de la circulation du VRS.

Il n'a malheureusement pas été possible d'interroger le PMSI du CHU de Martinique pour évaluer la morbidité et mortalité hospitalière de la bronchiolite pendant cette épidémie. L'analyse de cette base de données pourrait permettre de dénombrer et caractériser les cas hospitaliers, d'étudier les évolutions dans le temps et de produire des estimations en population générale. Elle serait complémentaire aux sources de données existantes sur la bronchiolite. Aussi, nous recommandons son utilisation a posteriori afin de pouvoir décrire la gravité d'une épidémie et la comparer à celle des épidémies précédentes, comme le montre une étude réalisée en 2009 sur le PMSI en France [4].

L'investigation des cas graves hospitalisés a permis de mettre en évidence que près de la moitié des cas, avaient des facteurs de risques. La mise en place d'un dispositif de surveillance pédiatrique hospitalière de la bronchiolite n'est pas nécessaire dans un objectif d'alerte épidémique, une évaluation de la surveillance hospitalière en 2006 en Martinique était déjà arrivée à ces conclusions [5]. De plus, la caractérisation des personnes atteintes est déjà largement décrite dans la littérature scientifique et n'apportera pas de nouveaux éléments à l'élaboration de messages de prévention.

Ainsi, le système de surveillance de la bronchiolite en Martinique, basé sur les sources de données actuellement utilisées, permet d'assurer le suivi de l'épidémie en population générale et d'apporter des éléments complémentaires pour l'aide à la décision. Les informations issues de cette surveillance permettent d'informer les professionnels de santé et la population du département, et de contribuer à la prise de décision en santé publique. Ces données peuvent également contribuer à l'élaboration de messages de prévention pour éviter la transmission et à l'organisation des structures prenant en charge ces enfants, notamment les services d'urgences pour les cas les plus graves. Dès le début de la recrudescence saisonnière, nous recommandons de communiquer auprès de tous les intervenants du système de soins (médecins et pédiatres libéraux, kinésithérapeutes, services d'urgences et d'hospitalisations, PMI, crèches, etc.) afin de sensibiliser les parents de jeunes enfants au caractère habituellement bénin de la maladie et de la conduite à tenir en cas de survenue de signes de gravité et de la place centrale du médecin traitant dans la filière de soins. Le recours hospitalier doit rester une décision médicale, reposant sur des indications précises, et ne concerner qu'une minorité d'enfants.

CRITÈRES DE GRAVITÉ POUR UNE HOSPITALISATION [2]

L'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivant :

- aspect " toxique " (altération importante de l'état général) ;
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose ;
- fréquence respiratoire > 60/minute ;
- âge < 6 semaines ;
- prématurité < 34 semaines d'aménorrhée, âge corrigé < 3 mois ;
- cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave ;
- saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO₂tc) < 94 % sous air et au repos ou lors de la prise des biberons (cf. plus bas) ;
- troubles digestifs compromettant l'hydratation, déshydratation avec perte de poids > 5 % ;
- difficultés psychosociales ;
- présence d'un trouble ventilatoire détecté par une radiographie thoracique, pratiquée sur des arguments cliniques.

Références

1. Che D. surveillance et épidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France. Arch Pédiatr 2008;15:321-329.
2. ANAES-URML. Conférence de consensus, prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Texte des recommandations. 21 septembre 2000. Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271917/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson
3. Bush A, Thomson A. Acute bronchiolitis. BMJ 2007;335:1037-1041. 16 november 2007.
4. Che D, Nicolau J, Bergounioux J et al. Bronchiolite aigüe du nourrisson en France : bilan des cas hospitalisés en 2009 et facteurs de létalité. Archives de pédiatrie 2012;19:700-706.
5. Evaluation de la surveillance de la bronchiolite en milieu hospitalier en Martinique (épidémie 2006-2007). Bulletin d'Alerte et de Surveillance des Antilles Guyane. 2008-6.

La bronchiolite, qu'est-ce que c'est ?

- La bronchiolite est une maladie des petites bronches due à un virus répandu et très contagieux. Chaque hiver, elle touche près de 30 % des nourrissons.
- Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par ceux-ci et par les mains. Ainsi, le rhume de l'enfant et de l'adulte peut entraîner la bronchiolite du nourrisson.
- La bronchiolite débute par un simple rhume et une toux qui se transforment en gêne respiratoire souvent accompagnée d'une difficulté à s'alimenter.



Comment limiter les risques de transmission du virus ?

Les mesures préventives

- Se laver systématiquement les mains à l'eau et au savon avant de s'occuper d'un bébé.
- d'exposer le nourrisson à des environnements enfumés qui risquent d'aggraver la maladie.

Les mesures en période d'épidémie ou quand on est enrhumé.

- Veiller à une aération correcte de la chambre tous les jours.
- Si on a un rhume, porter un masque (en vente en pharmacie) avant de s'occuper d'un bébé de moins de trois mois.

Éviter :

- d'emmener le nourrisson dans des lieux publics où il pourra se trouver en contact avec des personnes enrhumées (transports en commun, centres commerciaux, hôpitaux, etc.) ;
- Éviter d'embrasser les enfants sur le visage (et en dissuader les frères et sœurs fréquentant une collectivité).




Que faut-il faire si l'enfant est malade ?

- Désencombrer le nez du nourrisson avec du sérum physiologique en cas de rhume.
- Si l'enfant présente des signes de bronchiolite (gêne respiratoire et difficulté à s'alimenter), il faut l'emmener voir rapidement votre médecin.



- Cette maladie est souvent bénigne mais, chez l'enfant de moins de 3 mois, elle peut être grave.
- Il faut suivre le traitement du médecin qui prescrira des séances de kinésithérapie respiratoire pour désencombrer les bronches.

→ L'enfant sera, dans la plupart des cas, guéri au bout de 5 à 10 jours et toussotera pendant 2 à 3 semaines.

Faut-il emmener l'enfant à l'hôpital ?

- Votre médecin traitant sait diagnostiquer et traiter la bronchiolite de votre enfant. Demandez-lui conseil sur les signes de gravité et comment surveiller votre enfant.
- Le kinésithérapeute est le principal acteur du traitement.
- Grâce à cette prise en charge, la consultation aux urgences ainsi que l'hospitalisation sont très rarement nécessaires.



→ Si vous avez le moindre doute sur l'état de votre enfant, consultez votre médecin.

Pendant la maladie :

- continuer à coucher le bébé sur le dos en mettant un petit coussin sous son matelas pour le surélever ;
- donner régulièrement à boire à l'enfant ;
- désencombrer régulièrement le nez, particulièrement avant les repas, et utiliser des mouchoirs jetables ;
- veiller à une aération correcte de la chambre et à ne pas trop couvrir l'enfant ;
- éviter l'exposition de l'enfant à la fumée du tabac.



→ L'enfant pourra retourner à la crèche quand les symptômes auront disparu.



Bilan de la saison grippale 2012-2013 aux Antilles : Guadeloupe, Martinique, Saint Martin et Saint Barthélemy

Marion Petit-Sinturel¹, Fatiha Najouillah², Cécile Hermann³, Antoine Enfissi⁴, Marie-José Romagne⁵, Frédérique De Saint Alary⁵, Séverine Boucau⁵, Jean-Loup Chappert¹, Martine Ledrans¹

¹ Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire en Région Antilles-Guyane, ² Laboratoire de virologie du CHU de Fort de France, Martinique, ³ Laboratoire de virologie du CHU de Pointe à Pitre, Guadeloupe, ⁴ Centre National de Référence des virus *Influenza*, Institut Pasteur de Cayenne, Guyane Française, ⁵ Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire, ARS, Martinique – Guadeloupe – Saint Martin

1/ CONTEXTE

Dans les Départements Français d'Amérique (DFA), la grippe fait partie des maladies infectieuses prioritaires à surveiller [1]. Les objectifs de cette surveillance sont de détecter les phases épidémiques de la grippe année après année et d'en suivre l'ampleur et la sévérité afin de prendre les mesures adéquates de gestion et de contrôle.

La surveillance de la grippe est double : syndromique et biologique. Elle s'appuie sur un recueil de données de nature clinique auprès des médecins généralistes sentinelles répartis sur l'ensemble des départements et des cliniciens hospitaliers, mais également sur des données biologiques provenant des laboratoires locaux ainsi que du Centre National de Référence des virus *Influenza*, laboratoire associé pour la zone Antilles-Guyane (CNR) situé à l'Institut Pasteur de Guyane (IP Guyane). Le dispositif complet de cette surveillance a été décrit dans un Bulletin de Veille Sanitaire datant de 2012 [2].

Cet article a pour objet de présenter le bilan de la saison grippale 2012-2013 dans les quatre territoires français des Antilles (Guadeloupe, Martinique, Saint Martin et Saint Barthélemy).

2/ METHODE

Aux Antilles, les dispositifs de surveillance de la grippe sont comparables d'un département à l'autre et reposent sur plusieurs indicateurs communs. Concernant la surveillance syndromique, utilisant une définition de cas commune, ils fournissent une série d'indicateurs épidémiologiques comparables.

2.1./ Définition de cas

Dans les quatre territoires français des Antilles, un syndrome grippal est défini par une fièvre égale ou supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires¹.

2.2./ Indicateurs de surveillance épidémiologique

Il existe différents indicateurs épidémiologiques sur lesquels s'appuie le dispositif de surveillance :

- *Le nombre hebdomadaire estimé de consultations pour syndrome grippal chez un médecin généraliste et répondant à la définition de cas*

Afin d'obtenir cet indicateur, chaque semaine, les infirmiers de la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de chaque département ou territoire contactent les médecins généralistes sentinelles. Les réseaux de médecins sentinelles ont été décrits à plusieurs reprises, notamment dans les Bulletins de Veilles Sanitaires édités par la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région Antilles Guyane [3,4].

- *La proportion d'interventions pour syndrome grippal sur l'ensemble des interventions effectuées chaque semaine par l'association SOS médecins en Martinique*

SOS médecins, chaque jour, enregistre le nombre de visites effectuées dans une base de données ainsi que le diagnostic

envisagé. Une extraction de cette base de données permet donc de recueillir le nombre de visites pour syndrome grippal réalisées par semaine en Martinique par l'association.

- *Le nombre hebdomadaire de passages aux urgences et d'hospitalisations suite à ces passages pour des cas évocateurs de grippe*

Cet indicateur est recueilli auprès des deux centres hospitaliers de Guadeloupe (Pointe à Pitre et Basse-Terre), du centre hospitalier Louis Constant Flemming de Saint Martin et du centre hospitalier de Bruyn à Saint Barthélemy. Le nombre de passages aux urgences pédiatriques pour syndrome grippal est, de plus, recueilli en Martinique auprès de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME).

2.3./ Indicateur de surveillance virologique

Nombre de cas de grippe biologiquement confirmés

Cet indicateur est calculé à l'aide des données transmises par les centres hospitaliers et les médecins sentinelles :

- Centres hospitaliers : en Guadeloupe et en Martinique, les laboratoires des deux CHU reçoivent l'ensemble des prélèvements des services des urgences (adultes et pédiatriques) et de la réanimation pour les analyser et déterminer s'il s'agit de virus *Influenza A* ou *B*, de *Para Influenza*, de VRS ou d'Adénovirus. Les échantillons positifs en *Influenza A* ou *B* sont envoyés au CNR de l'IP Guyane pour être de plus sous-typés.
- Médecins sentinelles : depuis 2011, un sous-groupe de médecins sentinelles de Guadeloupe et de Martinique effectue des prélèvements naso-pharyngés sur leurs deux premiers patients de chaque semaine répondant à la définition de cas. Tous ces prélèvements sont envoyés au CNR de l'IP Guyane pour identification virale.

A Saint Martin et Saint Barthélemy, il n'existe pas de surveillance biologique pour la grippe en raison de difficultés logistiques de stockage et de transport des prélèvements.

2.4./ Indicateur de sévérité

Nombre hebdomadaire de cas graves identifié en période épidémique

Le CHU de Pointe à Pitre et le Centre Hospitalier de Basse Terre (CHBT) en Guadeloupe d'une part, et le CHU de Fort de France d'autre part, sont sollicités en période épidémique afin de déclarer les cas graves correspondant aux cas hospitalisés en service de réanimation ou en soins intensifs pour syndrome grippal sévère biologiquement confirmé ou non.

¹ Définition utilisée par les GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) ; <http://www.grog.org/>

3/ RESULTATS

3.1./ Description du phénomène épidémique

En Guadeloupe, l'épidémie de grippe a duré 10 semaines (S 2012-52 à S 2013-09). Lors de cette période épidémique, environ 5200 personnes ont consulté leur médecin généraliste pour un syndrome grippal, soit presque trois fois plus que lors de la recrudescence de début 2012 (1900 cas estimés) et qui n'avait duré que 4 semaines (S 2012-07 à S 2012-10).

En Martinique, l'épidémie a duré 12 semaines (S 2012-52 à S 2013-11) et, au total, 20 100 cas évocateurs ont été estimés sur l'ensemble de la saison épidémique.

A Saint Barthélemy, l'épidémie a débuté la première semaine de janvier (S 2013-01) pour se terminer au début du mois de février (S

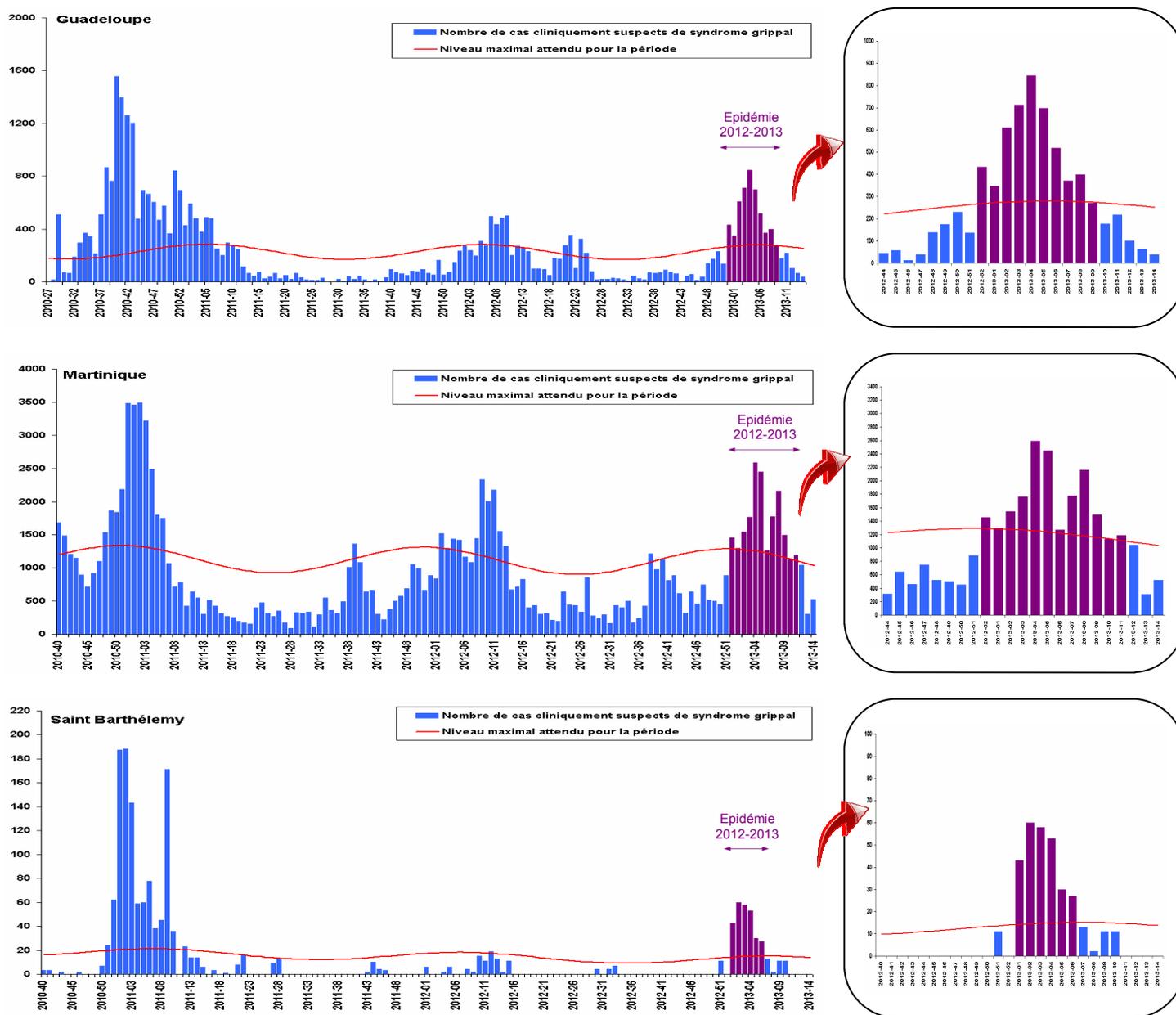
2013-06). 270 cas évocateurs estimés ont consulté leur médecin généraliste pour un syndrome grippal pendant cette période et le pic épidémique a été atteint une semaine après la déclaration de l'épidémie (S 2013-02) avec 60 cas évocateurs estimés en une semaine.

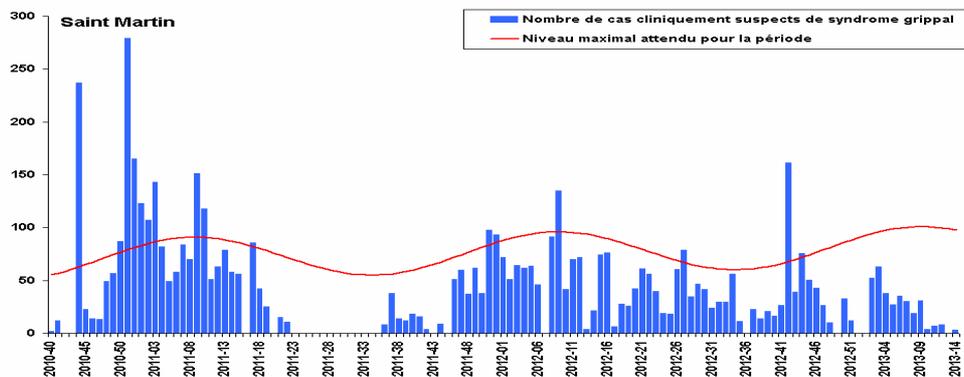
En Martinique et en Guadeloupe, le pic épidémique a été atteint au même moment à la fin du mois de janvier (S 2013-04) avec environ 840 cas évocateurs estimés en Guadeloupe et 2 590 cas en Martinique sur une semaine.

A Saint Martin, aucune épidémie ou recrudescence n'a été identifiée depuis la saison de 2010. En effet, le nombre de cas vus en médecine de ville chaque semaine n'a jamais dépassé les valeurs maximales attendues pour la saison (Figure 1).

| Figure 1 |

Nombre* hebdomadaire estimé de patients ayant présenté un syndrome grippal et ayant consulté un médecin généraliste – Guadeloupe, Martinique, Saint Martin et Saint Barthélemy - septembre 2010 à avril 2013 et focus en période épidémique novembre 2012 à avril 2013





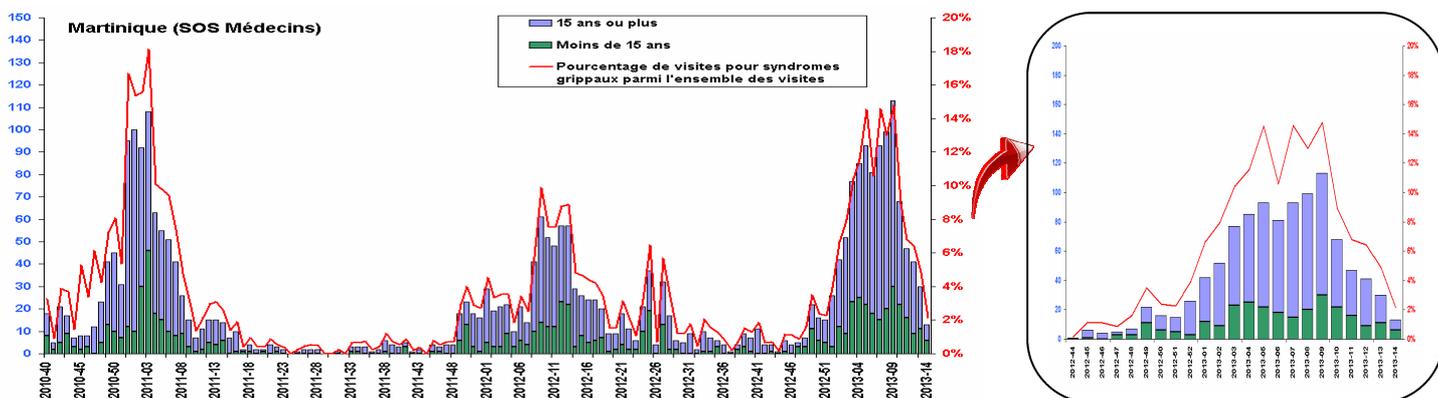
*Le nombre de cas est une estimation pour l'ensemble de la population de chaque département du nombre de personnes ayant consulté un médecin généraliste pour un syndrome clinique évocateur de grippe. Cette estimation est réalisée à partir des données recueillies auprès du réseau des médecins sentinelles.

En Martinique, pendant la période épidémique, sur les 8 456 interventions effectuées par SOS médecins, 876 visites concernaient un syndrome grippal, soit environ 10 % de la totalité des visites effectuées à domicile sur cette période. Parmi celles-ci, 661 (75 %) ont concerné des adultes et 215 (25 %) des enfants. Le

pic d'interventions a été enregistré à la fin du mois de février (S 2013-09) avec 113 consultations pour syndrome grippal en une semaine soit 15 % des visites qui concernaient cette pathologie (Figure 2).

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de visites médicales pour syndrome grippal réalisées par SOS Médecins, Martinique – septembre 2010 à avril 2013 et focus en période épidémique novembre 2012 à avril 2013



3.2./ Caractéristiques virologiques

Grâce à la surveillance virologique effectuée par les laboratoires de virologie du CHU de Fort de France et de Pointe à Pitre d'une part et par le CNR de l'IP Guyane d'autre part, une co-circulation virale de trois sous-types d'*Influenza* a pu être identifiée en Guadeloupe et en Martinique cette année.

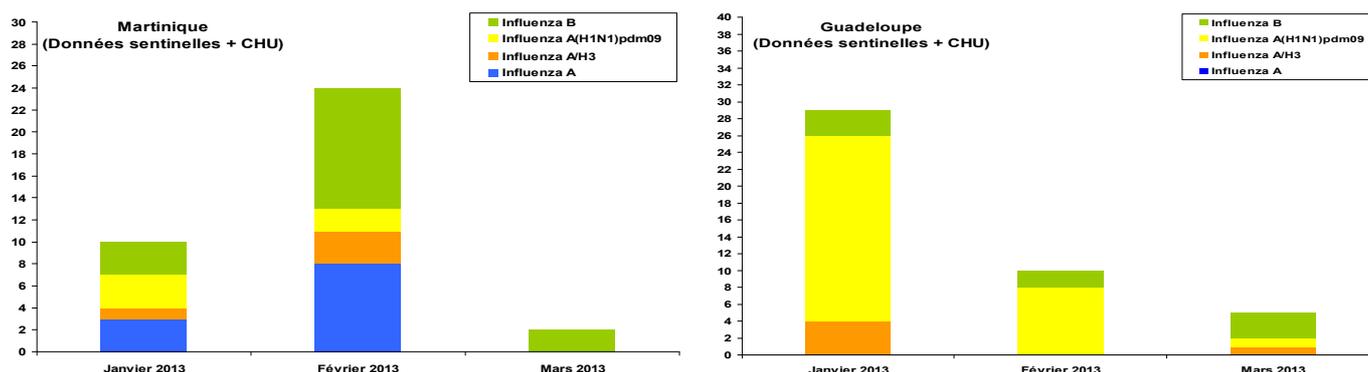
En Martinique, sur 36 prélèvements positifs pour les virus grippaux issus de l'hôpital ou de la médecine de ville, 16 (44 %) ont été

identifiés comme de l'*Influenza B* et 20 (56 %) comme *Influenza A*. Parmi les virus de type A, le sous type *Influenza A/H3* a été détecté 4 fois, le A(H1N1)pdm09, 5 fois et 11 n'ont pas été sous typés (Figure 3).

En Guadeloupe, sur 44 prélèvements positifs pour les virus grippaux issus de l'hôpital ou de la médecine de ville, 8 (18 %) ont été identifiés comme de l'*Influenza B*, 31 (70 %) étaient de l'*Influenza A* (H1N1)pdm09 et 5 (11 %) était de l'*Influenza A/H3*. (Figure 3).

| Figure 3 |

Répartition des virus *Influenza* identifiés lors de la saison épidémique (Source : CNR de l'IP Guyane et CHU de Fort de France et de Pointe à Pitre), Martinique et Guadeloupe, janvier 2013 à mars 2013



3.3./ Passage aux urgences pour syndrome grippal et cas graves de grippe hospitalisés

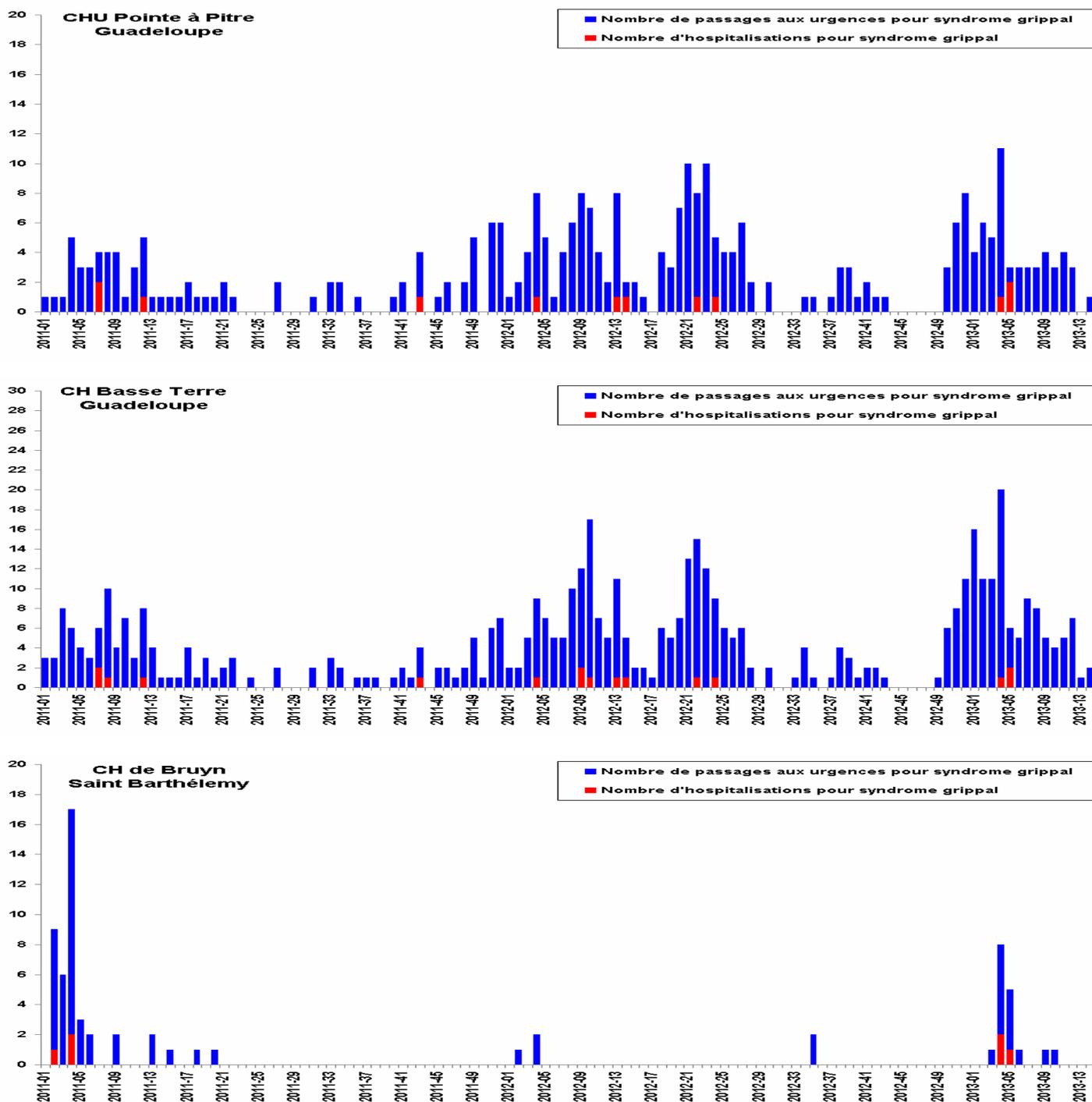
En Guadeloupe, lors de la période épidémique, au CHU de Pointe à Pitre, sur un total de 50 passages aux urgences pour un diagnostic de syndrome grippal, 3 personnes ont été hospitalisées à la suite de ce motif de consultation. Au centre hospitalier de Basse Terre, 52 personnes sont passées aux urgences pour syndrome grippal et aucune n'a été secondairement hospitalisée (Figure 4). La surveillance des cas sévères mise en place en lien avec les services

de réanimation et de soins intensifs et les pédiatres hospitaliers a permis de recenser en Guadeloupe un cas sévère confirmé à A (H1N1)pdm09 chez un grand enfant.

A Saint Barthélemy, sur les six semaines d'épidémie identifiées, 15 personnes se sont présentées aux urgences de l'hôpital pour syndromes grippaux. 3 d'entre elles ont été hospitalisées suite à leur passage pour un diagnostic de grippe (Figure 4).

| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et d'hospitalisations suite à ces passages pour syndrome grippal – CHU de Pointe à Pitre et CH de Basse Terre, Guadeloupe, CH de Bruyn, Saint Barthélemy – janvier 2011 à avril 2013



Enfin, en Martinique, les passages aux urgences pédiatriques montrent que lors de la saison épidémique 2012-2013, sur 6 089 passages aux urgences pédiatriques, 501 ont concerné des syndromes grippaux, soit 8,2 % environ. D'autre part, quatre cas graves hospitalisés en services de réanimation ou en soins intensifs du CHU de Fort de France ont été identifiés en Martinique.

4/ DISCUSSION

En Guadeloupe, l'épidémie de syndrome grippal a donc duré 10 semaines, soit six semaines de plus que la recrudescence de la saison de 2011-2012. Le nombre de syndromes grippaux cumulés sur cette période vus en consultation de médecine générale a atteint environ 5 200 personnes, ce qui correspond à un peu plus de 1 % de la population guadeloupéenne. Lors du pic épidémique (S 2013-04), environ 840 consultations pour syndrome grippal en médecine de ville ont été estimés contre 500 lors du pic de la saison 2011-2012. L'épidémie 2012-2013 en Guadeloupe n'a pas présenté de caractère de sévérité particulier.

En Martinique, l'épidémie de syndromes grippaux a duré 4 semaines de plus que lors de la saison 2011-2012 et les cas évocateurs de syndromes grippaux se sont présentés chez leur médecin généraliste en nombre comparable (18 800 en 2011-2012 contre 20 100 en 2012-2013) soit près de 5 % de la population. La sévérité de l'épidémie est restée modérée cette année.

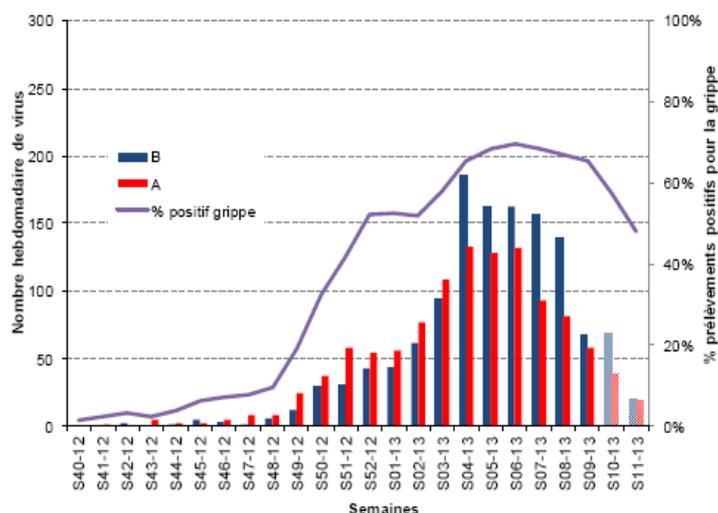
A Saint Barthélemy, à la différence de la saison 2011-2012 au cours de laquelle aucun phénomène épidémique n'avait été observé, un phénomène épidémique d'une durée de six semaines est survenu sur le territoire au cours de la saison 2012-2013.

Une co-circulation virale *Influenza A(H1N1)pdm09*, A/H3 et B a pu être mise en évidence en Martinique. Les virus *Influenza A* et B ont été identifiés dans des proportions relativement comparables, contrairement à la saison 2011-2012 pendant laquelle le virus *Influenza A(H1N1)pdm09* avait été prédominant. En Guadeloupe, le

virus *Influenza A* et en particulier, le sous type A(H1N1)pdm09 s'était, par contre, montré largement prédominant. Du point de vue de la circulation virale, la situation de la Martinique se rapproche donc de la situation métropolitaine où les médecins du réseau des GROG ont identifié que 53 % des virus circulants correspondaient à de l'*Influenza B* et 47 % à des virus *Influenza A* [5] (Figure 5). Celle de Guadeloupe est plus proche de la situation observée par l'OMS dans les Amériques où ont été identifiés, par ordre de fréquence, du virus *Influenza A(H1N1)pdm09*, du virus saisonnier *Influenza A/H3*, et du virus *Influenza B* [6] (Figure 6).

| Figure 5 |

Distribution hebdomadaire de la proportion de prélèvements positifs pour la grippe et du nombre de virus grippaux, issus des prélèvements du réseau et des GROG et analysés par le CNR, France métropolitaine, octobre 2012 à avril 2013 (Source : InVS, 2013)



| Figure 6 |

Répartition des sous-types de virus *Influenza* identifiés en région Amériques – mars 2012 à avril 2013 (Source : FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS, 16/04/2013)



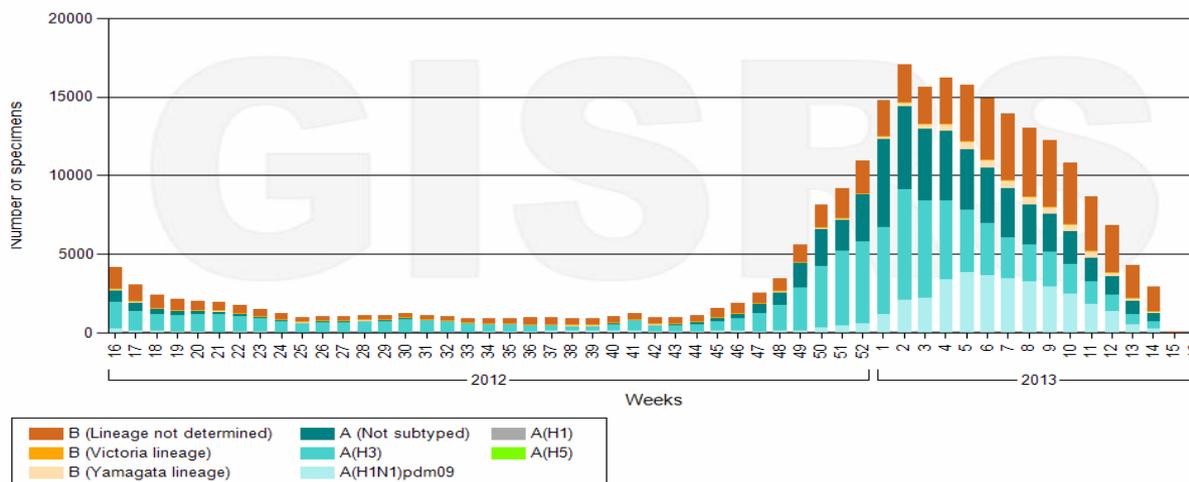
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 16/04/2013 18:50:46 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2011

Ainsi, la saison grippale 2012-2013 s'est déroulée en Martinique et en Guadeloupe avec une intensité plutôt modérée à l'image de la saison précédente. Cependant, son impact a été légèrement supérieur en raison, notamment, d'une durée plus longue de l'épidémie. A Saint Barthélemy, il n'y avait pas eu de phénomène épidémique identifié lors de la saison 2011-2012, cette année il a

été considéré comme modéré, a duré six semaines et a conduit environ 270 personnes à consulter leur médecin généraliste. A Saint Martin, aucune épidémie ou recrudescence n'ont été identifiées puisque le niveau maximal attendu pour la période n'a jamais été dépassé.

Quelques chiffres à retenir

	Guadeloupe continentale	Martinique	Saint Barthélemy
Semaine de début	2012-52	2012-52	2013-01
Semaine de fin	2013-09	2013-11	2013-06
Durée du phénomène	10 semaines	12 semaines	6 semaines
Nombre de cas cliniquement évocateurs vu en médecine de ville	5200	20 100	270
Nombre maximum de cas vu en une semaine	840	2 590	60
Nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences pour syndrome grippal	3	DM	3
Nombre de cas graves hospitalisés	1	4	DM*
Nombre de décès	0	0	DM*
Sous-types identifiés	Influenza B, Influenza A(H1N1)pdm09 et Influenza A/H3	Influenza B, Influenza A(H1N1)pdm09 et Influenza A/H3	DM*

* DM : donnée manquante

Références

1. Chaud P., Blateau A., Bazély P. La surveillance des maladies infectieuses et prioritaires aux Antilles et en Guyane. 2000. Pp 1 à 47
2. Petit-Sinturel M., Cassadou S., Rosine J., Matheus S., Quénel P., Blateau A., Chappert J.L., Ledrans M. *Bilan de la saison grippale 2011-2012 aux Antilles : Guadeloupe, Martinique, Saint Martin et Saint Barthélemy*. Bulletin de Veille Sanitaire n°6. Juin 2012. Pp 5-9
3. BASAG, 2008 : *Les réseaux de médecins sentinelles aux Antilles Guyane*. Bulletin de d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane. 2008. Numéro thématique n°10. Pp 1-11
4. Blateau A. Davidas M., Romagne MJ., Anglio J., Suivant C., Rosine J. *Le réseau de médecins sentinelles en Martinique*. Bulletin de Veille Sanitaire n°5. Pp 5-7
5. InVS. Bulletin Hebdomadaire Grippe. Point au 19/03/2013. Disponible sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance>
6. WHO 2013. Influenza update n°180. World Health Organization. 1 March 2013. Pp 1 to 6.

Investigation d'un foyer de dengue dans la commune de Trinité, Martinique

Élise Daudens¹, Marie-José Romagne², Monique Martinon³, Renélise Pélagie-Moutenda³, Marie-Michelle Yp-Tcha³, Fanny Labeau-Chavigny de Lachevrotière³, Corinne Locatelli-Jouans², Josselin Vincent², André Yébakima³, Martine Ledrans¹

¹Cire Antilles Guyane, ²Plateforme de veille sanitaire - ARS de Martinique, ³Service Démoustication / Lutte antivectorielle – ARS de Martinique, Conseil Général de Martinique

1/ CONTEXTE

Le 20 septembre 2012, le service de Lutte anti-vectorielle / Démoustication (LAV) informe la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Antilles-Guyane (Cire AG) de l'existence d'un foyer de dengue dans le lotissement Bonneville situé à Anse Dufour, quartier Tartane, commune de Trinité. Ce foyer avait été détecté à la suite d'une enquête entomo-épidémiologique autour d'un cas de dengue confirmé avec mise en évidence de cas suspects de dengue dans son entourage.

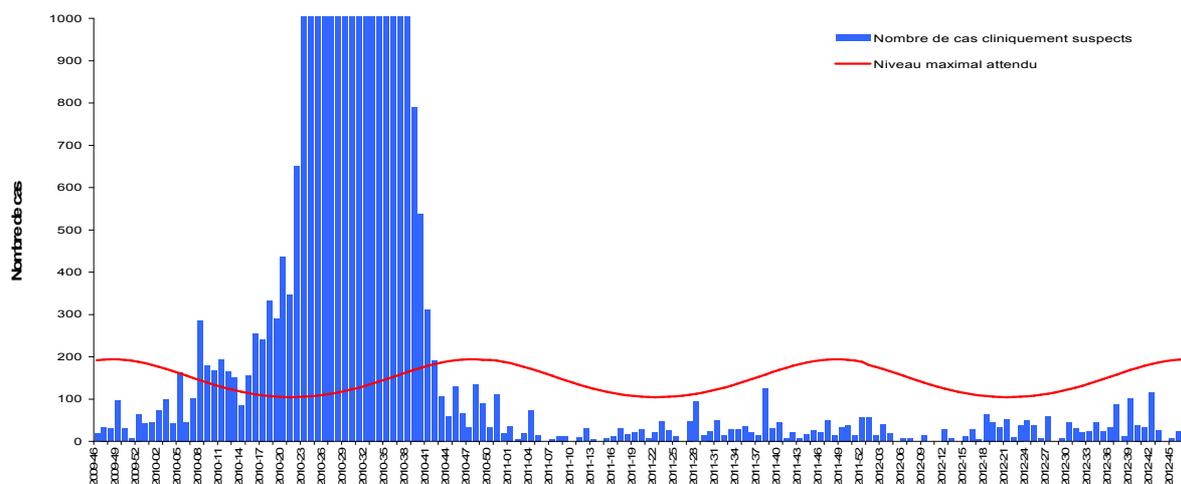
Dans le reste du département, la circulation du virus de la dengue en Martinique était faible et se faisait sur un mode sporadique depuis la fin de l'épidémie de 2010. La situation épidémiologique de la dengue en Martinique correspondait à la phase 1 du Programme

de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des épidémies de dengue (PSAGE) en Martinique, phase de transmission sporadique (existence de cas sporadiques sur le département).

Durant les mois de septembre, octobre et novembre 2012, une légère augmentation du nombre de cas cliniquement évocateurs de dengue (réseau de médecins sentinelles et SOS médecins) a été observée. Cependant, l'ensemble des valeurs enregistrées restait en deçà des valeurs maximales attendues pour la saison (Figure 1). Le nombre de cas confirmés sur cette période restait stable et également en dessous de la valeur maximale attendue pour la saison (Figure 2). Trois sérotypes circulaient en Martinique : DEN2 (86 % de la totalité des sérotypes), DEN1 (7 %) et DEN4 (7 %).

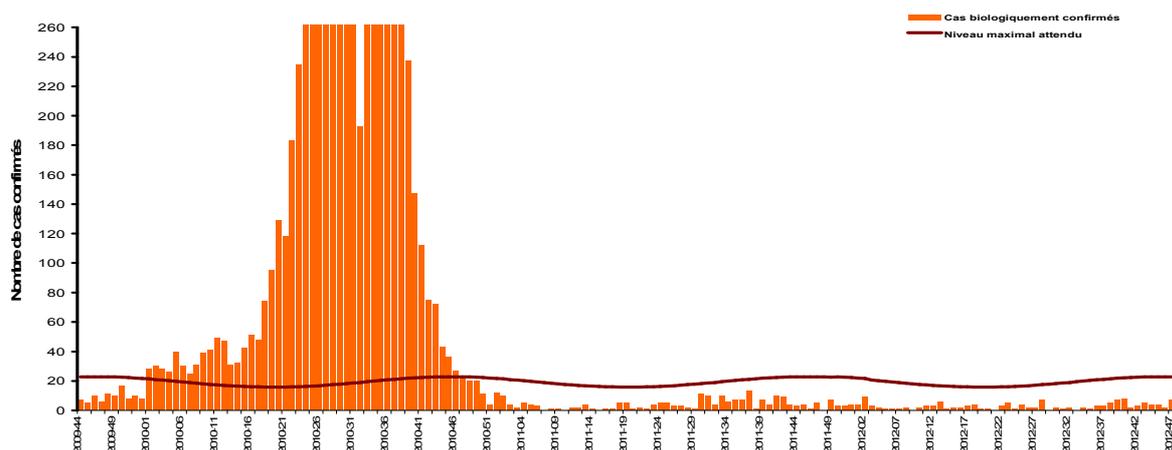
| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de dengue, novembre 2009 à novembre 2012, Martinique (Source : réseau de médecins généralistes sentinelles de la Martinique)



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire des cas biologiquement confirmés de dengue, novembre 2009 à novembre 2012, Martinique



2/ Renforcement de la surveillance épidémiologique de la dengue en Martinique

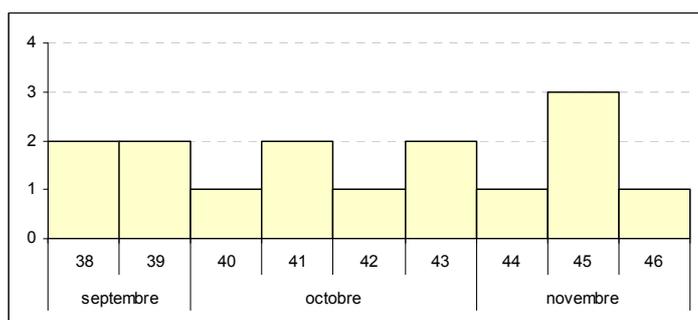
La détection de ce foyer a conduit à un renforcement de la surveillance : les médecins de la commune de Trinité ont été informés de la situation, il leur a été demandé de bien vouloir prescrire systématiquement une sérologie devant toute suspicion clinique de dengue. Les médecins du réseau sentinelle ont été particulièrement alertés, un nouveau médecin sentinelle a été recruté sur cette zone. La surveillance des résultats de sérologie avec suivi actif auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale a été engagée. La surveillance des sérotypes par PCR a également été renforcée.

3/ Renforcement des actions du service de démoustication autour du foyer d'Anse Dufour

Ce foyer a été suivi avec la plus grande attention et, du 20 septembre 2012 au 23 novembre 2012, 15 cas habitant le lotissement Bonneville ont été biologiquement confirmés pour le virus de la dengue (5 femmes et 10 hommes) dont 4 cas de DENV-2 (Figure 3).

| Figure 3 |

Répartition hebdomadaire des cas confirmés de dengue au lotissement Bonneville, commune de Trinité, septembre à novembre 2012, Martinique



Au cours des enquêtes entomo-épidémiologiques élargies réalisées dans ce foyer, de nombreux gîtes positifs ont été retrouvés (citernes, déchets, barques, dessous de pots, etc.) et supprimés. Néanmoins, beaucoup de maisons étant fermées, ces enquêtes n'ont pas pu être exhaustives dans l'ensemble du secteur.

Une opération « coup de poing » a été réalisée le 10 novembre 2012 en collaboration avec les services techniques de la mairie de Trinité : 34 maisons visitées (et 3 chambres dans une résidence saisonnière), 14 maisons fermées. Au total, 37 pulvérisations intra-domiciliaires ont pu être effectuées et les services techniques ont été confrontés à 4 refus.

Au total, les actions de lutte anti-vectorielle réalisées autour de ce foyer étaient les suivantes :

- traitements adulticides des maisons des patients ;
- traitements larvicides jugés nécessaires ;
- suppression physique des gîtes trouvés au domicile des patients et aux alentours ;
- pulvérisations intra-domiciliaires dans le lotissement Bonneville (opération « coup de poing » du 10 novembre). La même opération prévue pour le 1^{er} décembre 2012 à l'Anse l'Étang n'a pas pu être mise en place, faute d'agents disponibles au niveau du service de démoustication / Lutte Anti-Vectorielle, eu égard aux aspects réglementaires (travail le week-end, modalités de rétribution,...) ;

- pulvérisations spatiales dans les rues du bourg de Tartane et tous les quartiers (Lotissement Bonneville, Anse l'Étang, Lotissement La Distillerie, Fond Basile, Morne Pavillon).

D'autres actions complémentaires ont, de plus, été réalisées : diffusion de messages par voiture sonore par les soins de la mairie et le service démoustication / Lutte Anti-Vectorielle, visites domiciliaires renforcées au bourg de Tartane le 7 décembre 2012, causeries-débats au lotissement Bonneville et au quartier de l'Anse l'Étang, la semaine du 10 décembre 2012. Une distribution de dépliants aux élèves de l'école de Tartane a été effectuée.

4/ RECOMMANDATIONS

Le 4 décembre 2012, la situation épidémiologique de la dengue en Martinique ayant évolué au cours des semaines précédentes avec notamment la persistance du foyer d'Anse Dufour et son extension récente à Anse l'Étang (11 cas confirmés), Fond Basile (2 cas confirmés) et la Distillerie (1 cas confirmé), il a été décidé de réunir les membres du Comité d'Experts des Maladies Infectieuses Émergentes (CEMIE). Ceux-ci ont statué sur un changement de phase, passage en phase 2 niveau 1 du PSAGE Dengue, correspondant à la présence de cas non plus sporadiques mais regroupés en foyer(s) isolé(s).

Les membres du CEMIE ont recommandé :

- d'informer par courrier l'hôpital de Trinité de la persistance du foyer de dengue à Anse Dufour (lotissement Bonneville) et de son extension à Anse l'Étang ;
- de sensibiliser les laboratoires de ville de la zone (Le Robert, Trinité, Sainte Marie) sur l'importance d'envoyer régulièrement les données concernant les diagnostics de dengue ;
- d'étendre l'action de réponse à une « zone pare feu » au niveau du bourg de Tartane avec la mobilisation de la population autour de la lutte contre le moustique ;
- d'informer le grand public ;
- d'informer le Comité martiniquais du tourisme et l'office de tourisme de Trinité de l'existence du foyer de dengue, de sensibiliser les hôteliers et autres personnes accueillant des touristes dans le secteur de Tartane (gîtes, etc.) ;
- d'organiser une réunion pilotée par Mr le Sous-préfet avec Mr le Maire de la commune de Trinité, notamment pour trouver une solution à la mise en place d'une lutte anti-vectorielle au niveau des jardins des maisons fermées ;
- d'étudier la possibilité de distribuer des répulsifs corporels à la population de Tartane ;
- d'organiser une rencontre avec les associations de Tartane à laquelle le service de lutte anti-vectorielle participerait afin qu'ils puissent définir ensemble une stratégie d'intervention auprès de la population de Tartane.

Une cellule de gestion a été mise en place et s'est réunie le 10 décembre 2012, en présence de représentants de la Préfecture de Martinique, de l'ARS, du service de démoustication / Lutte Anti-Vectorielle, de la Cire AG et des Forces Armées. Pour anticiper un risque d'extension du foyer épidémique, ils ont examiné les propositions faites par les membres du CEMIE. Immédiatement après cette réunion, l'ensemble des recommandations ont été mises en place, un communiqué de presse a été diffusé à la population le 15 décembre 2012, une rencontre avec les élus et la police municipale a été organisée pour accroître l'implication de la population dans la mise en œuvre des actions de lutte anti-vectorielle. Enfin des répulsifs cutanés ont été distribués aux familles

bénéficiaires des minima sociaux de la commune début janvier 2013, avec l'appui du centre communal d'action sociale.

5/ CONCLUSION

Entre mi-décembre et début février 2013, les indicateurs épidémiologiques de la dengue sont restés stables, en dessous des valeurs maximales attendues pour la saison et la transmission de la

dengue est revenue à un mode sporadique. D'autre part, le dernier cas confirmé de dengue sur la commune de Trinité, appartenant au foyer isolé, a été signalé le 19 décembre 2012. Début février 2013, les membres du CEMIE ont donc statué sur un retour en phase 1 du PSAGE Dengue (cas sporadiques) et ont considéré ce foyer comme éteint.

Évolution récente de la situation sur la commune de Trinité

Début février, l'évolution épidémiologique de la dengue en Martinique avait donc permis de revenir à la phase 1 du PSAGE Dengue compte tenu de l'extinction du foyer de dengue de Trinité. Entre le 19 décembre 2012 et le 5 février, aucun nouveau cas n'y ayant été confirmé.

Depuis cette date et jusqu'au 18 mars 2013, de nouveaux cas de dengue ont été recensés sur cette même commune dont treize ont été confirmés, en particulier à Anse Bellune (5 cas) et Anse l'Étang (5 cas). Les actions de la LAV à Anse Bellune, à Anse L'Étang et à la Gendarmerie de Trinité ont eu lieu entre le 11 et le 21 mars 2013. Concernant Anse Bellune, 4 cas suspects ont été détectés au cours des visites domiciliaires (cf. Figure 4).

Au cours des enquêtes entomo-épidémiologiques réalisées, de nombreux gîtes positifs ont été retrouvés chez les particuliers (citernes, déchets, barques, dessous de pot, etc.) et la majorité ont été supprimés.

Compte tenu du grand nombre de maisons fermées (114), une battue a été organisée les 13 et 14 mars, en collaboration avec les services techniques de la municipalité de Trinité, où la plupart des gîtes positifs ont été supprimés.

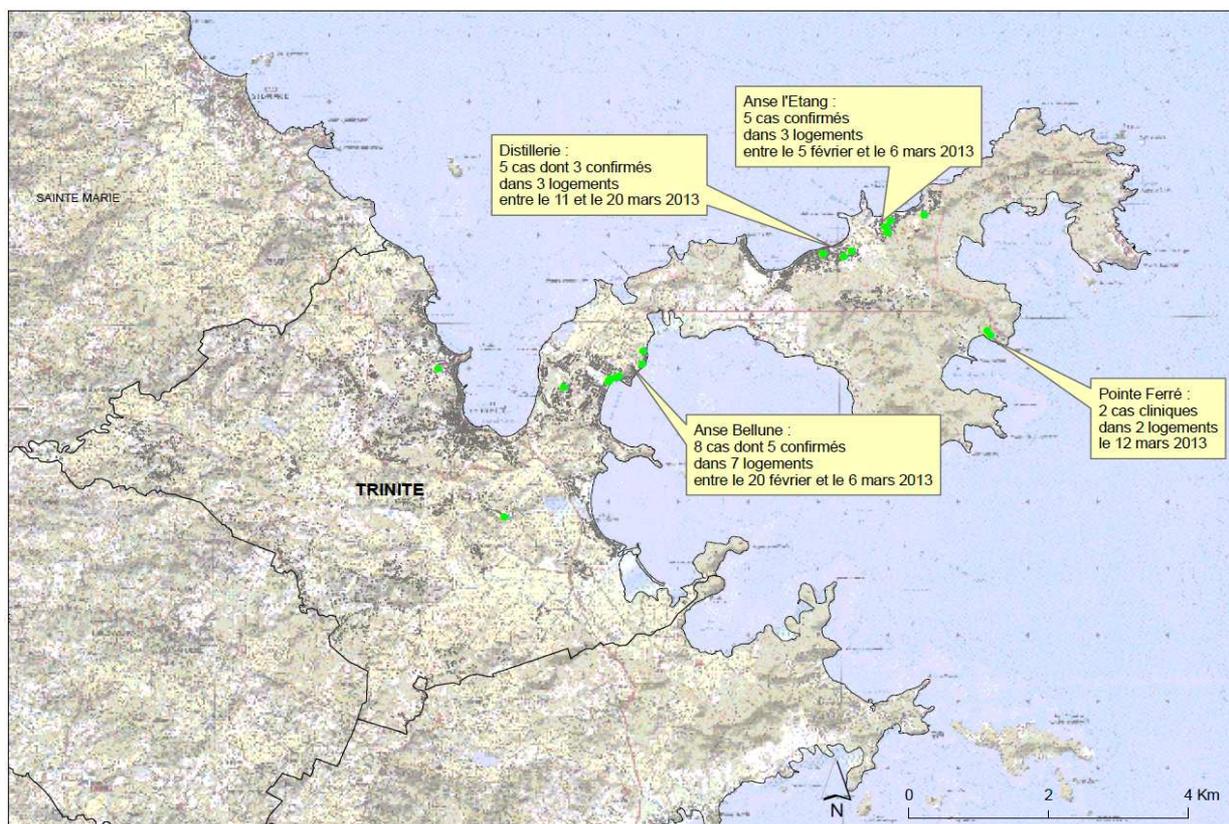
Sur l'ensemble du département, les indicateurs de surveillance épidémiologiques restent faibles, en dessous des valeurs maximales attendues pour la saison. Aucun autre foyer n'a été identifié dans les autres communes.

Compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique depuis plusieurs semaines sur la commune de Trinité, la Cire AG a sollicité les membres du CEMIE pour un changement de phase. Ces derniers ayant validé le changement de phase, la Cire AG a diffusé dans son point épidémiologique dengue du 25 mars 2013, un passage en phase 2 niveau 1 pour la Martinique (foyer(s) isolé(s)). Les mesures prévues pour cette phase, déjà mises en place pour le foyer du lotissement Bonneville, ont donc été reconduites.

Les actions de lutte anti-vectorielle réalisées par le service de démoustication ont permis de circonscrire et limiter la transmission du virus à d'autres communes. Cependant, l'apparition d'un nouveau foyer sur la même commune laisse à penser que ces actions doivent être suivies d'une véritable mobilisation sociale contre les gîtes larvaires pour éviter la propagation du virus.

| Figure 4 |

Géolocalisation des cas suspects et confirmés de dengue sur la commune de Trinité, Martinique entre le 5 février et le 20 mars 2013



Les phases du Psage dengue Martinique

Phases actuelles	Nouvelles dénominations des Phases	Interprétation épidémiologique	Couleurs et messages associés
Phase 1	Phase de transmission sporadique	Existence de cas sporadiques	Peu de danger
Phase 2 – niveau 1	Phase de foyers isolés	Foyer isolé ou foyers sans lien(s) épidémiologique(s)	Soyez attentifs
Phase 2 – niveau 2	Phase de circulation active du virus	Foyer(s) à potentiel évolutif ou foyers multiples avec lien(s) épidémiologique(s) entre eux	Soyez vigilants
Phase 3	Phase de risque épidémique	Franchissement par les cas cliniquement évocateurs du niveau maximum attendu	Protégez vous
Phase 4 – niveau 1	Phase épidémique	Epidémie confirmée (cf. critère épidémique d'alerte)	Alerte : Protégez vous au maximum
Phase 4 – niveau 2	Phase épidémique à formes sévères	Epidémie avec fréquence élevée de formes sévères	
Phase 5	Phase de retour à la normale	Dès le passage des cas cliniquement évocateurs en deçà du niveau maximum attendu, jusqu'à la fin de l'épidémie (cf. critère de fin d'épidémie) c'est-à-dire le passage en phase 1 ou 2.	Restez prudents

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54 — Fax : 05 96 39 44 14
Mail : martine.ledrans@ars.sante.fr

Guadeloupe

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07
Fax : 05 90 99 49 24
Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr
Mail : jean-loup.chappert@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 90 99 44 84
Fax : 05 90 99 49 24
Mail : patrick.saint-martin@ars.sante.fr

Guyane

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 94 25 72 49 / 72 50 / 72 52
Fax : 0594 25 72 95
Mail : vanessa.ardillon@ars.sante.fr
Mail : luisiane.carvalho@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 94 25 72 35
Fax : 05 94 25 72 95
Mail : francoise.eltges@ars.sante.fr

Martinique

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54
Fax : 05 96 39 44 14
Mail : alain.blateau@ars.sante.fr
Mail : elise.daudens@ars.sante.fr
Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr
Mail : marion.petit-sinturel@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 96 39 42 52
Fax : 0596 39 44 26
Mail : corinne.locatelli-jouans@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

Maquettiste : Claudine Suivant, Cire AG

Comité de rédaction : Vanessa Ardillon, Alain Blateau, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Dr Jean-Loup Chappert, Elise Daudens, Martine Ledrans, Marion Petit-Sinturel, Jacques Rosine.

Diffusion : Cire Antilles Guyane - Centre d'Affaires AGORA—Pointe des Grives. B.P. 656. 97261 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54 - Fax : 596 (0)596 39 44 14

<http://www.invs.sante.fr> — <http://www.ars.sante.fr>