

# Bilan au 29 juin 2009 du dispositif de détection et de prise en charge des cas importés de la nouvelle grippe A/H1N1 dans les Antilles Guyane

Philippe Quénel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Antilles Guyane

## 1/ OBJECTIFS

Au cours de la Phase 5 du plan pandémie grippale, l'objectif est de détecter et de prendre en charge les cas humains possibles importés pour prévenir la constitution de chaînes de transmission locale et la dissémination du virus.

Cet objectif vise essentiellement à « *gagner du temps* » afin de permettre le déploiement complet, en temps et en heure, de l'ensemble du dispositif de contrôle de l'épidémie de grippe dans les DFA.

Sur le plan opérationnel, le dispositif s'appuie d'une part, sur le renforcement du contrôle sanitaire aux frontières (CSF) et d'autre part, sur l'information des professionnels de santé et du grand public de l'existence d'un centre unique de régulation de tous les cas « suspects » : le centre 15.

## 2/ LE CONTRÔLE SANITAIRE AUX FRONTIÈRES

### 2.1. / Dans les aéroports

L'information des passagers est relayée par :

- des flyers qui sont distribués aux passagers au départ, à destination de zones à risque, les informant des mesures de prévention à adopter lors de leur séjour pour diminuer le risque de contamination ;
- des flyers qui sont distribués à l'arrivée aux passagers en provenance directe ou indirecte de zones à risque, ou d'aéroports clefs (St Martin dans les îles du Nord, St Lucie...) ;
- des affiches déployées dans les points de passage des frontières arrivée et départ.

Par ailleurs, un dispositif de traçabilité des voyageurs a été mis en place pour les vols en provenance directe ou indirecte des zones à risque (USA, Porto-Rico, Saint Domingue, Amérique centrale, Amérique du sud...). Celui-ci repose sur des questionnaires qui sont remis aux passagers de ces vols permettant, le cas échéant, d'identifier les voyageurs qui ont été en contact étroit avec un éventuel cas possible, probable ou confirmé.

Enfin, pour les voyageurs symptomatiques au cours d'un vol ou qui se signaleraient à l'arrivée au CSF, un circuit dédié et une salle d'isolement ont été prévus pour limiter les contacts possibles et les prendre en charge de manière appropriée (appel du Centre 15 – voir plus loin).

### 2.2. / Dans les ports

Il a été demandé à la capitainerie du port d'informer le CSF 24 heures à l'avance de tout mouvement de navires.

Lorsque les navires viennent de zones à risque, la capitainerie envoie 24 heures avant leur arrivée au CSF, une copie de la déclaration maritime de santé (DMS). Ce délai est mis à profit pour évaluer la situation sanitaire des passagers du navire et si nécessaire, saisir le Centre 15 pour prendre en charge les cas possibles à leur arrivée.

Par ailleurs, dans toutes les capitaineries, lors de la clearance, des flyers d'information sont remis au capitaine et aux équipages.

## 3/ INFORMATION DES PROFESSIONNELS ET DU GRAND PUBLIC

Concernant les professionnels de santé, le message « **Tout praticien faisant face à un cas suspect doit le signaler immédiatement au centre 15** » (y compris pour les Services d'accueil des Urgences hors Centre hospitalier de référence) a été largement diffusé et relayé par les Ordres professionnels, les Unions régionales, les syndicats...

Cette information a été également diffusée, notamment en Martinique, via des bulletins d'information spécial grippe A/H1N1.

En Martinique, l'information est également relayée via les écrans du réseau media-pharma : dans les pharmacies, les bureaux de la CGSS, de la DSDS et du CHU. Ces écrans représentent 10 900 contacts par jour (1900 dans les administrations, 3000 dans les pharmacies et 6000 au CHU).

## 4/ RÉCEPTION, ÉVALUATION, VALIDATION ET PRISE EN CHARGE DES SIGNALEMENTS

Toute personne signalée ou se signalant au centre 15 et présentant un syndrome respiratoire aigu brutal fait l'objet d'une évaluation par le médecin régulateur, permettant de classer le signal en cas exclu, possible, probable, ou confirmé.

Par ailleurs, pour tous les cas possibles, probables ou confirmés, les contacts étroits (i.e. particulièrement exposés aux contaminations par gouttelettes) sont recherchés et suivis par la Cire AG en lien avec les CVS (DSDS).

## 5/ BILAN DU DISPOSITIF AU 22 JUIN 2009

A la date du 29 juin, 234 signalements sont parvenus dans les trois centres 15/SAMU des DFA (Tableau 1). Parmi eux, 205 ont été exclus sur la base d'une évaluation épidémiologique (i.e. ne correspondant pas à la définition de cas) ; 28 ont été classés en cas possibles et ont fait l'objet d'un prélèvement naso-pharyngé expédié dans les 24/48 heures au CNR influenza de l'Institut Pasteur à Cayenne ; in fine, 4 ont été biologiquement confirmés A/H1N1 ; 1 signalement a été classé comme cas probable sans confirmation biologique possible (délai trop long entre la date de début des signes et le signalement). Par ailleurs, 1 cas biologiquement confirmé a été identifié par les autorités de Sint Maarten (ce cas était étudiant sur la partie hollandaise de l'île mais résidait du côté français). Au total, au 29 juin 2009, 5 cas biologiquement confirmés ont été détectés dans les DFA : 3 en Martinique, 1 en Guadeloupe et 1 à Saint-Martin.

### Remerciements

Avec la collaboration du SAMU des 3 DFA  
et des agents du contrôle sanitaire aux frontières des 3 DSDS.

## | Tableau 1 |

Suivi des signalements\* en rapport avec la grippe A/H1N1 survenus dans les trois DFA

DFA	Signalements	Cas exclus épidémiologiquement	Cas possibles en cours d'investigation	Cas exclus biologiquement	Cas possibles non confirmables	Cas probables clinique + virologique	Cas confirmés (A/H1N1)	Décès
29/06/2009								
French Overseas Territories	Cases notified	Cases epidemiologically excluded	Suspected cases under-investigation	Cases biologically excluded	Suspected cases with no possibility of biological confirmation	Probable cases	Cases biologically confirmed	Deaths
Martinique	76	70	0	3			3	
Guadeloupe	54	47	0	5	1		1	
St Barthélemy	28	19	0	9			0	
St Martin	15	13	0	1			1**	
Total Zone Antilles	3	149	0	18	1		5	
Guyane	61	56	0	5			0	
Total zone Antilles - Guyane	234	205	0	23	1		5	

\* actualisation incomplète à la date du 29/06/2009; \*\* cas commun avec Sint Marteen (patiente américaine vivant en partie française et étudiant en partie hollandaise)

## | Surveillance épidémiologique |

# Etude de séroprévalence de la dengue chez les femmes enceintes en Guyane, 2006

Jean-Baptiste Meynard<sup>1</sup>, Philippe Dussart<sup>1</sup>, Thierry Cardoso<sup>2</sup>, Sandrine Langevin<sup>1</sup>, Nicole Joly<sup>4</sup>, Vanessa Ardillon<sup>2</sup>, Mathieu Lamy<sup>1</sup>, Dominique Gaquière<sup>4</sup>, Séverine Matheus<sup>1</sup>, Julien Renner<sup>5</sup>, Claude Flamand<sup>2</sup>, Françoise Ravachol<sup>5</sup>, Philippe Quéné<sup>2</sup>, André Spiegel<sup>1</sup>, Isabelle Quatresous<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institut Pasteur de la Guyane, Cayenne, Guyane, <sup>2</sup> Cire Antilles Guyane, Fort-de-France, Martinique, <sup>3</sup> Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France, <sup>4</sup> Conseil Général de la Guyane, Cayenne, Guyane, <sup>5</sup> Direction de la santé et du développement social de la Guyane, Cayenne, Guyane

## 1/ INTRODUCTION

La dengue est une maladie virale transmise à l'homme par la piqûre du moustique *Aedes aegypti* (aussi dénommé *Stegomyia aegypti*). Le virus en cause appartient à la famille des *Flaviviridae*, au genre *Flavivirus* et comprend 4 sérotypes différents, désignés comme DEN-1 à 4. La maladie comprend une grande variété de formes cliniques, allant de formes inapparentes à des formes hémorragiques ou avec syndrome de choc. Elle est endémique dans plus de 100 pays et représente une menace pour plus de 2,5 milliards de personnes. Elle se développe dans les zones tropicales et est responsable annuellement de plus de 100 millions de cas, dont 500 000 formes hémorragiques et 25 000 morts, principalement des enfants (1). L'Organisation Mondiale de la Santé estime que l'incidence de cette maladie a été multipliée par 30 durant les 50 dernières années (2).

La dengue sévit en Guyane sur le même mode que dans la plupart des pays d'Amérique latine. Les premiers cas ont été décrits dans les années 1940 (3). Des cycles épidémiques répétés (tous les 4 à 6 ans) ont conduit à l'hyper-endémicité de l'infection et à l'émergence de formes hémorragiques. La première épidémie avec des cas de dengue hémorragique est survenue en 1991 (4). Depuis, les 4 sérotypes du virus ont circulé en Guyane et ont été responsables, en dehors du sérotype 4, d'épidémies dans toutes les villes du littoral de la Guyane. Jusqu'en 2005, aucune épidémie n'avait été décrite dans les communes de l'intérieur (5). La Guyane a été confrontée entre décembre 2005 et juillet 2006 à une nouvelle épidémie de

dengue, liée à la circulation du sérotype DEN-2, au cours de laquelle 16 200 personnes ont présenté un tableau clinique évocateur, 204 cas de dengue confirmés ont été hospitalisés dont 27 cas de dengue hémorragique, 100 cas de dengue sévère non hémorragique et 4 décès (5). C'est dans ce contexte que le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a demandé de conduire une enquête de séroprévalence. De telles études avaient déjà été réalisées dans d'autres pays de la région et dans le monde, comme en Thaïlande (6), au Brésil (7) ou en République Dominicaine (8), mais jamais en Guyane.

Les objectifs de l'étude de séroprévalence menée en Guyane étaient d'estimer (i) la proportion des femmes enceintes ayant eu un contact récent, pendant les derniers mois de l'épidémie de 2006, ou passé avec un virus de la dengue et (ii) celle ayant présenté un syndrome dengue-like pendant cette période, en documentant le recours aux soins ; (iii) estimer la proportion de sujets ayant fait une forme asymptomatique de la dengue durant cette période.

## 2/ METHODES

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive avec recueil des données sur plusieurs mois. La population cible était celle des femmes enceintes résidant en Guyane, recrutées au cours de leur accouchement au sein des 6 principaux centres de santé/maternités, ce qui permettait d'inclure des femmes des différentes populations et localités de Guyane. Un total de 1000 femmes devait être inclus (prévalence attendue de 20%, précision de 2,5 % et risque alpha de 5%). Les critères d'inclusion étaient : femme enceinte sur le point