

Reprise de la surveillance des cas probables de dengue compte tenu de l'absence de PCR positive sang et urines au Zika depuis plus de 10 semaines dans l'ensemble des territoires

I Martinique I

Dengue

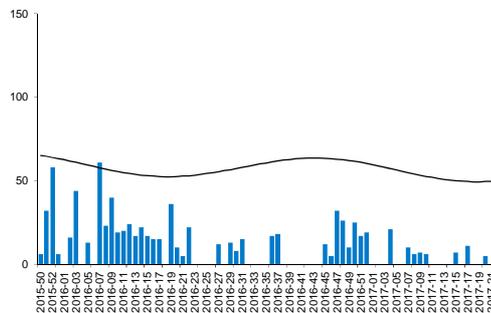
Entre juin 2016 et juin 2017, le nombre hebdomadaire moyen de cas cliniquement évocateurs de dengue estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est de 6. Au total, 320 cas ont été estimés sur l'ensemble de la période.

Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), environ 20 cas ont été estimés (Figure 1). Ce nombre reste inférieur aux valeurs maximales attendues pour la saison. Sur la même période, sept visites pour dengue ont été réalisées par SOS Médecins.

Durant les huit dernières semaines, deux cas biologiquement probables de dengue ont été identifiés (présence d'IgM en sérologie). Le dernier cas biologiquement confirmé de dengue remonte au 1^{er} août 2016 (Figure 2).

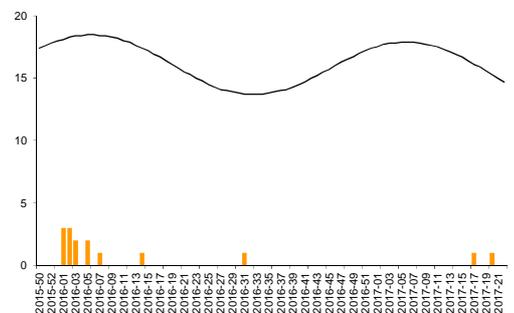
| Figure 1 |

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



| Figure 2 |

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



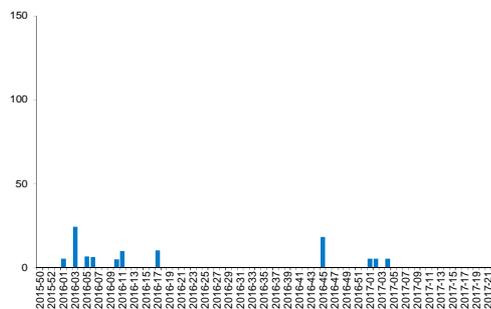
Chikungunya

Entre juin 2016 et juin 2017, le nombre total de cas cliniquement évocateurs de chikungunya estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est très faible (1 cas estimé par semaine en moyenne).

Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), aucun cas évocateur n'a été signalé par un médecin sentinelle (Figure 3). Aucune visite pour fièvre du chikungunya n'a été réalisée par SOS Médecins pendant les huit dernières semaines. Enfin, sur cette période, aucun cas biologiquement confirmé par RT-PCR ou séroconversion n'a été enregistré et trois cas probables ont été recensés (Figure 4). Le dernier cas biologiquement confirmé par RT-PCR a été enregistré en février 2016 (S2016-08).

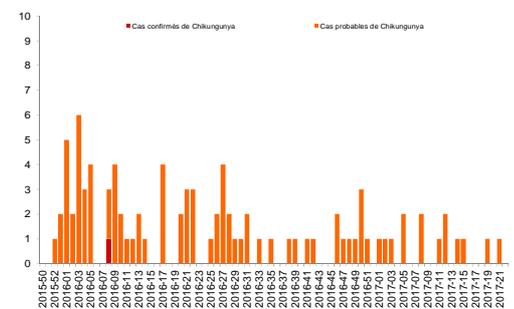
| Figure 3 |

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



| Figure 4 |

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



Analyse de la situation épidémiologique

Durant les huit dernières semaines, les indicateurs épidémiologiques de la dengue et du chikungunya sont stables et restent très en-deçà des valeurs maximales attendues pour la saison. Aucun foyer n'a été identifié sur cette période.

La situation épidémiologique correspond toujours à la Phase 1 du Psage* : « transmission sporadique ».

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

Zika

En Martinique, les critères de fin d'épidémie ont été atteints début septembre 2016 (S2016-36). Depuis, le nombre de cas cliniquement évocateurs estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles diminue et reste très faible.

Au cours des huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), ce nombre varie entre 0 et 10 consultations hebdomadaires estimés (Figure 5). Sur cette période, seules trois visites pour Zika ont été réalisées par SOS Médecins.

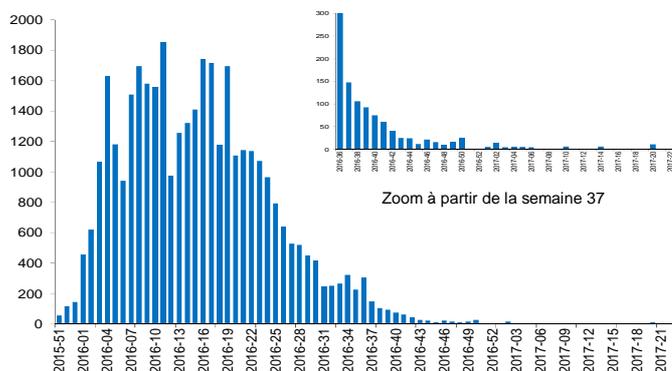
Durant les huit dernières semaines, 672 demandes de confirmations biologiques pour le Zika ont été réalisées dont 493 pour RT-PCR sang et urines. Parmi elles, aucun cas n'a été biologiquement confirmé par RT-PCR (taux de positivité = 0%) (Figure 6).

Le dernier cas confirmé de Zika par RT-PCR indiquant une infection récente a été enregistré en février 2017 (S2017-05).

Compte tenu des indicateurs épidémiologiques, la circulation virale sur l'île est très faible sur la période (S2017-15 à S2017-22), aucun foyer d'infection à virus Zika n'a été identifié.

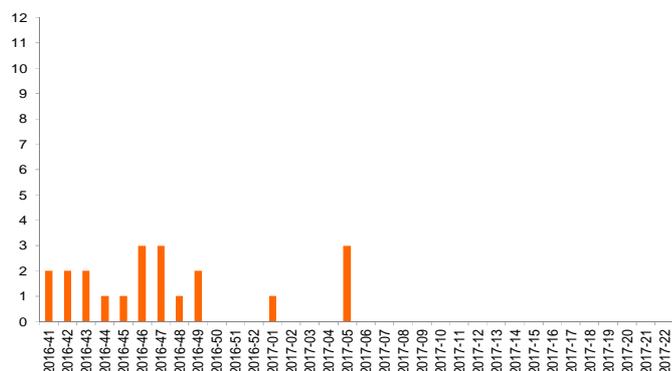
| Figure 5 |

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



| Figure 6 |

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



Depuis l'émergence virale en Martinique, l'infection a été confirmée biologiquement chez 787 femmes enceintes et plus de 500 d'entre elles ont depuis déjà accouché. L'évolution du nombre hebdomadaire de nouvelles femmes enceintes diagnostiquées par RT-PCR (c'est-à-dire au moment de l'infection) a suivi la courbe épidémique (Figure 7).

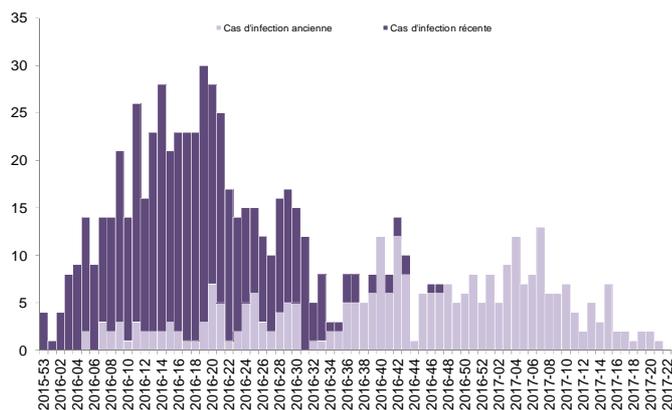
La surveillance des complications survenant chez le fœtus d'une de ces femmes compte à ce jour onze microcéphalies et onze autres malformations cérébrales fœtales détectées à l'échographie chez des femmes enceintes confirmées biologiquement.

Sept nourrissons présentant des malformations congénitales dont quatre microcéphalies, et dont la mère a été confirmée biologiquement au Zika au cours de sa grossesse, ont été recensés.

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

| Figure 7 |

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



Analyse de la situation épidémiologique

Les indicateurs épidémiologiques recueillis par le dispositif de surveillance montrent que la circulation virale du Zika reste très faible. Cette situation correspond à la phase 1 du Psage* « transmission sporadique ».

Néanmoins, dans le cadre de la surveillance de l'épidémie de Zika et de son impact sanitaire retardé dans le temps, toutes les anomalies cérébrales détectées avant et après la naissance sont toujours suivies avec attention.

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

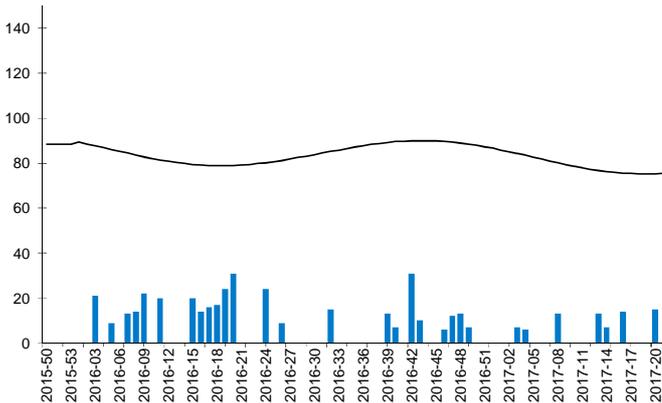
Dengue

Entre juin 2016 et juin 2017, le nombre hebdomadaire moyen de cas cliniquement évocateurs de dengue estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles, est de 4 (Figure 8). Au total, sur cette période, 220 cas ont été estimés.

Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), ce nombre total de cas estimé est de 30 (Figure 1). Ce nombre reste très inférieur aux valeurs maximales attendues pour la saison. Sur la même période, aucun nouveau cas biologiquement confirmé d'infection récente (test NS1 ou RT-PCR) ou d'infection peu ancienne (sérologie) n'a été identifié. Le dernier cas biologiquement confirmé remonte au mois d'avril 2016 (S2016-15) (Figure 9).

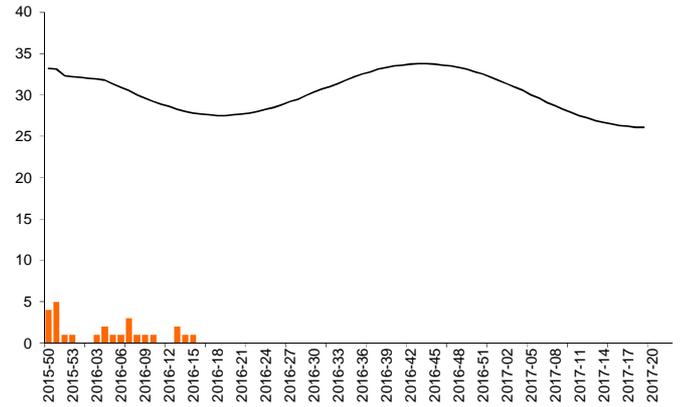
| Figure 8 |

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



| Figure 9 |

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



Chikungunya

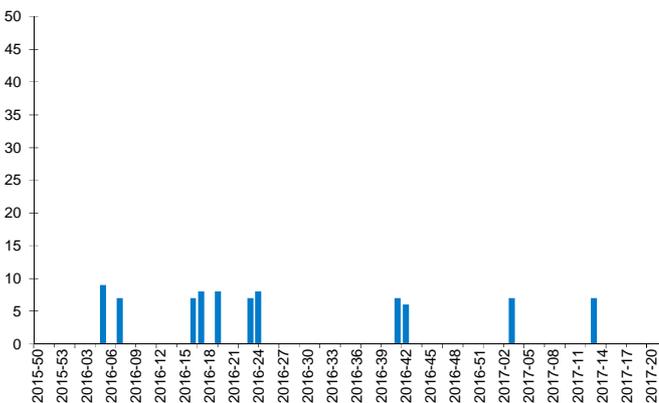
Entre juin 2016 et juin 2017, le nombre total de cas cliniquement évocateurs de chikungunya estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est très faible (1 cas estimé par semaine en moyenne). Au total, 40 cas ont été estimés sur cette période de 12 mois.

Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), aucun cas cliniquement évocateur de chikungunya aigu n'a été rapporté par les médecins sentinelles (Figure 10). Aucun cas biologiquement confirmé par RT-PCR ou séroconversion n'a été enregistré et trois cas probables avec notion d'une infection peu ancienne (présence d'IgM et absence d'IgG) ont été recensés sur les huit dernières semaines (Figure 11).

Le dernier cas biologiquement confirmé par RT-PCR a été enregistré en janvier 2015 (S2015-04).

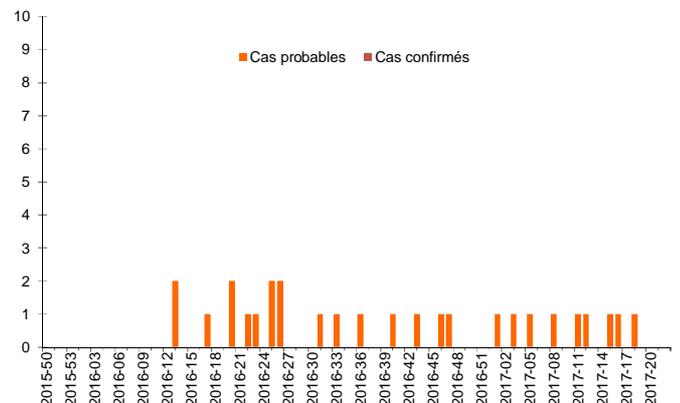
| Figure 10 |

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



| Figure 11 |

Nombre hebdomadaire des cas probables et confirmés de chikungunya, décembre 2015 à juin 2017, Guadeloupe continentale



Analyse de la situation épidémiologique

Les situations épidémiologiques de la dengue et du chikungunya sont calmes en Guadeloupe. Les deux virus circulent de façon très sporadique.

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

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

Zika

L'épidémie est terminée depuis la semaine 2016-38. Depuis, le nombre de cas cliniquement évocateurs estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles diminue et reste faible (Figure 12).

Au cours des huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), les médecins sentinelles ont déclaré des cas évocateurs de Zika uniquement au cours de la 3ème semaine de mai (S2017-20) soit 10 cas estimés (Figure 5).

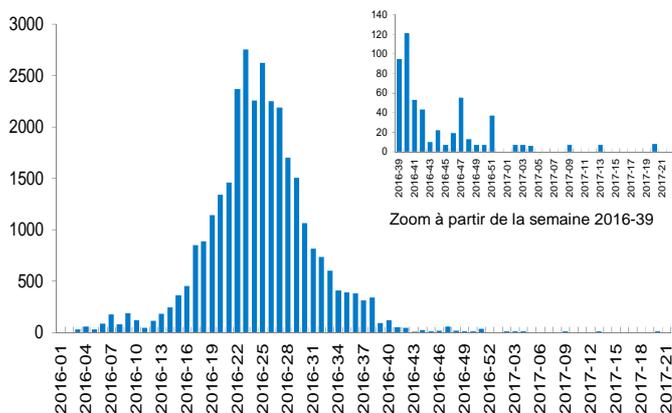
Le dernier cas d'infection récente (analyse positive par RT-PCR sang et urine) date de la première semaine de janvier (Figure 13).

Indépendamment des infections récentes par le virus, sa présence a été récemment confirmée dans le sperme d'un homme suivi dans le cadre de la procréation médicalement assistée.

Compte tenu des indicateurs épidémiologiques, la circulation virale sur l'île est très faible sur la période (S2017-15 à S2017-22), aucun foyer d'infection à virus Zika n'a été identifié.

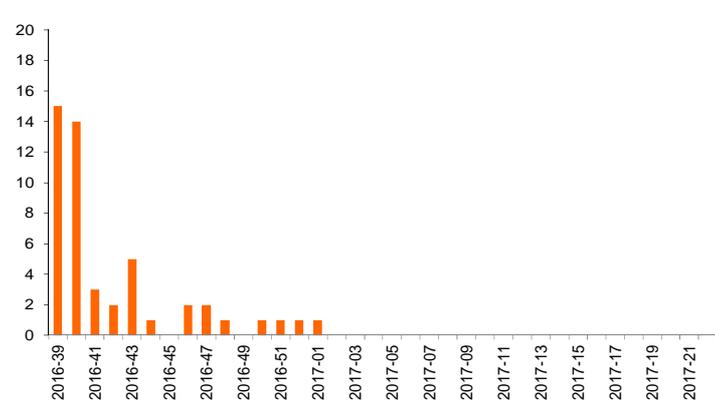
| Figure 12 |

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



| Figure 13 |

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



Depuis l'émergence virale en Guadeloupe, l'infection a été confirmée biologiquement chez 770 femmes enceintes au total. L'évolution du nombre hebdomadaire des infections récentes (diagnostiquées par RT-PCR) a suivi la courbe épidémique (Figure 14). La dernière infection récente chez une femme enceinte a été confirmée fin décembre 2016.

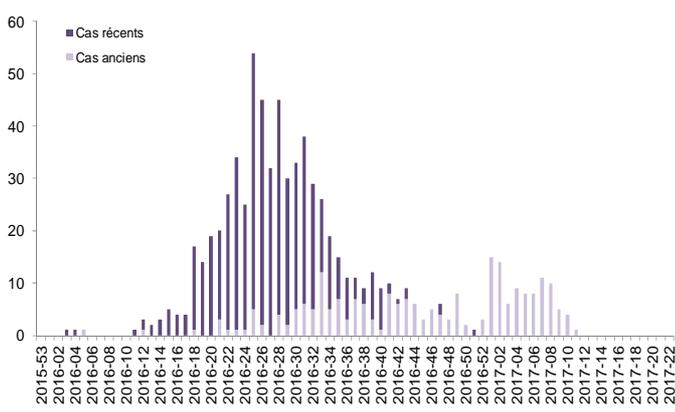
La surveillance des complications survenant chez le fœtus d'une femme confirmée biologiquement dénombre à ce jour 9 microcéphalies et 7 autres malformations cérébrales fœtales détectées à l'échographie.

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

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

| Figure 14 |

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



Analyse de la situation épidémiologique

En Guadeloupe, depuis la fin du mois de mars, les indicateurs de la surveillance épidémiologique témoignent d'une circulation virale de type sporadique. Cette situation correspond à la phase 1 du Psage* « transmission sporadique ».

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

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

Dengue

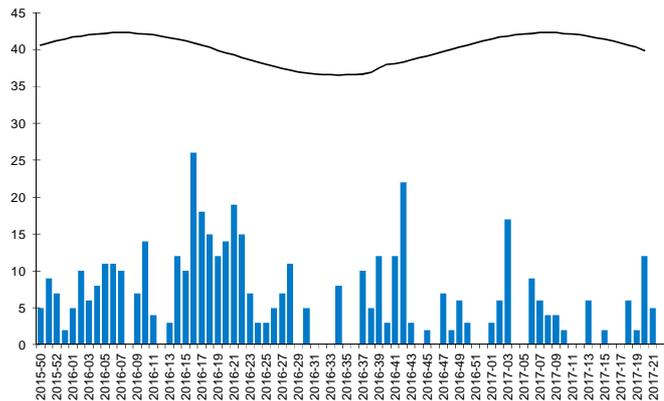
De juin 2016 à juin 2017, le nombre moyen hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de dengue estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles est de 4 (Figure 15).

Durant les huit dernières semaines, une trentaine de cas évocateurs ont été estimés, soit en moyenne 3 cas par semaine. Ce nombre reste largement inférieur aux valeurs maximales attendues pour la saison.

Le dernier cas biologiquement probable (présence d'IgM en sérologie) a été identifié fin mai 2016 (S2016-22) (Figure 16).

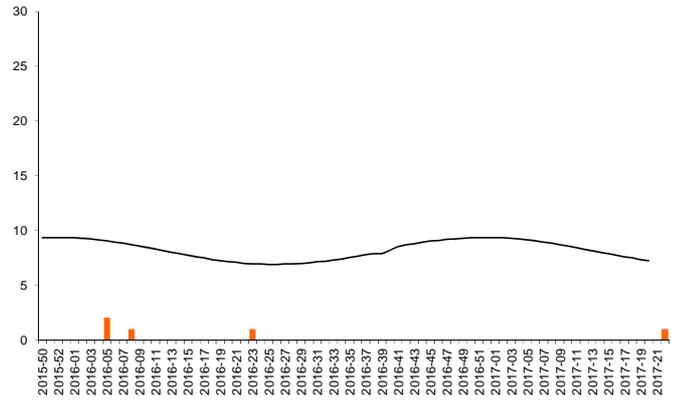
| Figure 15 |

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



| Figure 16 |

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



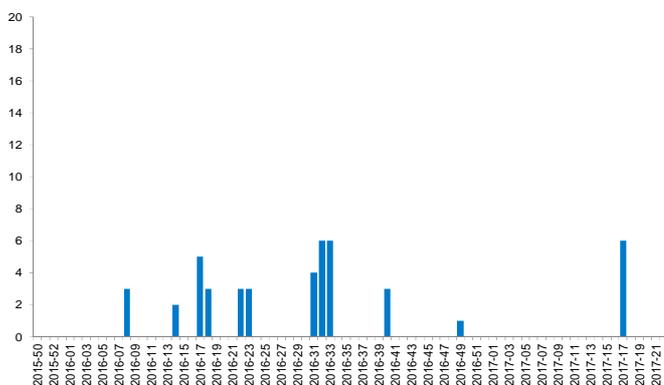
Chikungunya

De juin 2016 à juin 2017, on estime à 30 le nombre de consultations pour des signes cliniques évocateurs de chikungunya chez les médecins généralistes (Figure 17). Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), le nombre hebdomadaire de cas évocateurs est au total de 6.

Le dernier cas probable de chikungunya avec notion d'une infection peu ancienne (présence d'IgM et absence d'IgG) a été identifié en semaine 2017-14. Le dernier cas confirmé par PCR de chikungunya remonte au mois d'avril 2015 (S2015-16) (Figure 18).

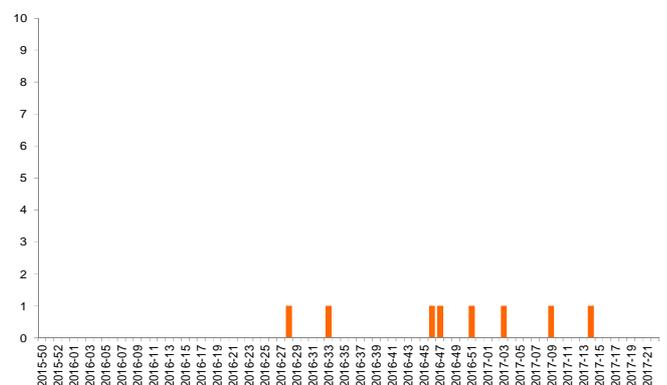
| Figure 17 |

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



| Figure 18 |

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



Analyse de la situation épidémiologique

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

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

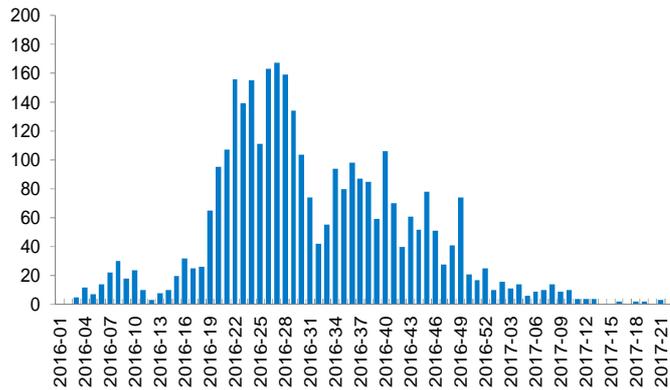
Zika

Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), le nombre hebdomadaire estimé de consultations pour un tableau cliniquement évocateur de Zika est égal à 9 (Figure 19).

Les derniers cas d'infection récente (analyse par RT-PCR sang et urine) par le virus Zika ont été confirmés en semaine S2017-08 (Figure 20).

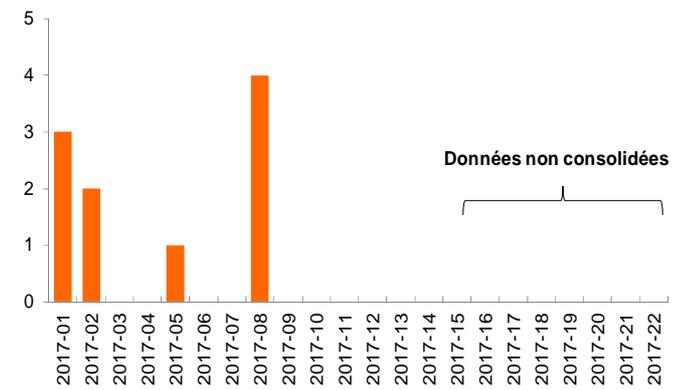
| Figure 19 |

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



| Figure 20 |

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

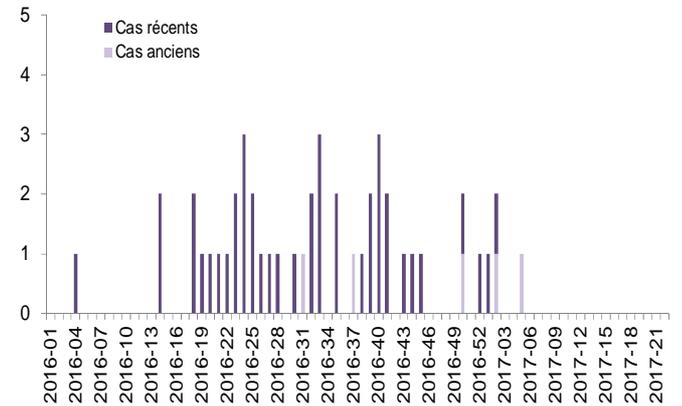


L'infection au virus Zika a été confirmée chez 47 femmes enceintes. Ce chiffre est le nombre cumulé, depuis l'émergence du virus, des femmes enceintes ayant contracté l'infection et pour lesquelles une confirmation biologique a été prescrite par un professionnel de santé (Figure 21).

La surveillance des complications survenant chez le fœtus d'une femme confirmée biologiquement a identifié un cas de malformation cérébrale, autre qu'une microcéphalie.

| Figure 21 |

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



Analyse de la situation épidémiologique

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

La situation correspond à la phase 1 du Psage* « transmission sporadique ».

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

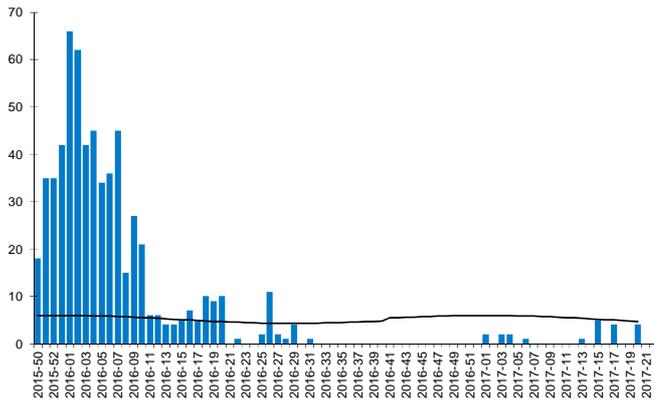
Dengue

Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), on estime à 13 le nombre de consultations chez le médecin généraliste pour des symptômes cliniquement évocateurs de dengue (Figure 22).

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

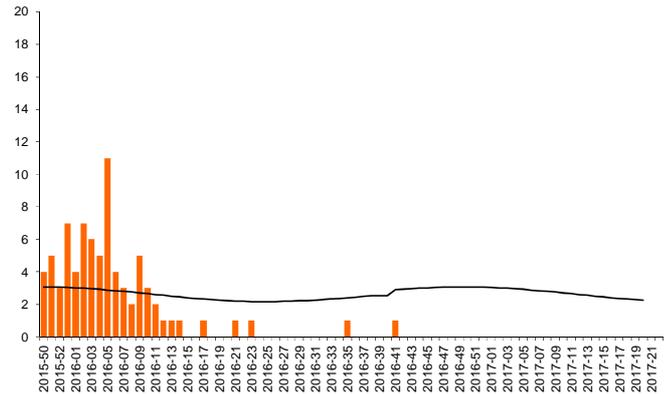
| Figure 22 |

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



| Figure 23 |

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



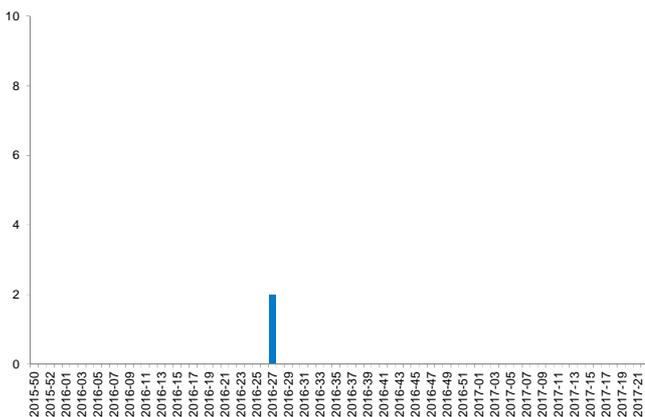
Chikungunya

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

En revanche, depuis le début de l'année 2017, les analyses biologiques ont identifié trois cas probables avec notion d'une infection peu ancienne (présence d'IgM et absence d'IgG) en semaines S2017-09, S2017-10 et S2017-20 (Figure 25).

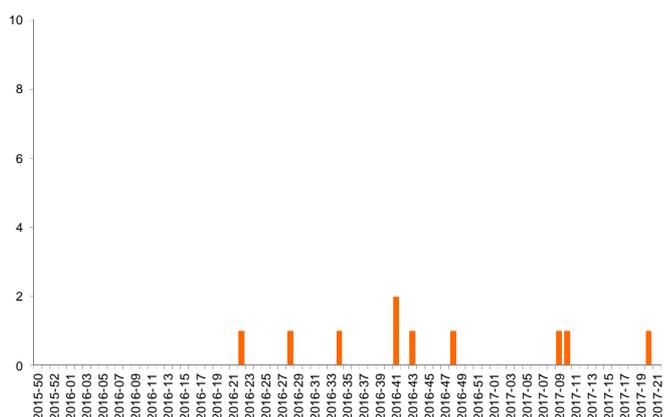
| Figure 24 |

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



| Figure 25 |

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



Analyse de la situation épidémiologique

A Saint-Barthélemy, les indicateurs épidémiologiques témoignent d'une circulation très faible des virus de la dengue et du chikungunya.

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

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

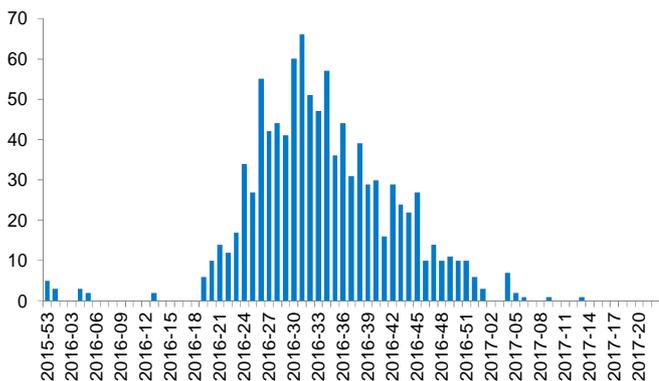
Zika

Durant les huit dernières semaines (S2017-15 à S2017-22), les médecins du réseau sentinelle n'ont signalé aucune consultation pour tableau clinique évocateur de Zika (Figure 26) et aucun cas d'infection récente n'a été confirmé par RT-PCR sang et urines (Figure 27).

La dernière de ces infections récentes a été confirmée début février 2017 (S2017-06).

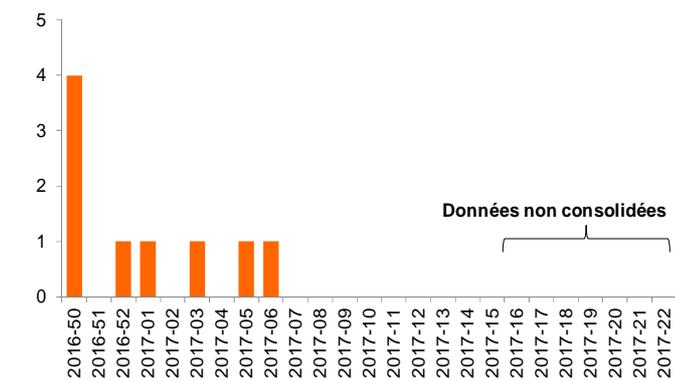
| Figure 26 |

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



| Figure 27 |

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

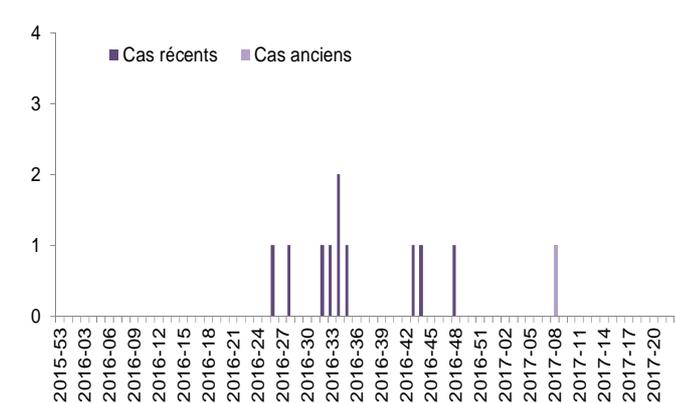


Depuis l'émergence du Zika, l'infection par le virus Zika a été biologiquement confirmée chez dix femmes enceintes par RT-PCR, la dernière de ces confirmations ayant été faite fin novembre 2016. Plus récemment, fin février (S2017-08), la trace sérologique d'une infection ancienne a été confirmée chez une onzième femme enceinte (Figure 28).

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

| Figure 28 |

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



Analyse de la situation épidémiologique

A Saint-Barthélemy, depuis la fin du mois de février, les indicateurs de la surveillance épidémiologique témoignent d'une circulation virale de type sporadique.

Cette situation correspond à la Phase 1 du Psage* « transmission sporadique ».

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

Situation aux Antilles (PSAGE)

Martinique

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

Guadeloupe

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

Saint-Martin

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

Saint-Barthélemy

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

Directeur de la publication :
François Bourdillon
Santé publique France

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

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

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

Diffusion
Cire Antilles
Centre d'Affaires AGORA
Pointe des Grives. CS 80656
97263 Fort-de-France
Tél. : 596 (0)596 39 43 54
Fax : 596 (0)596 39 44 14
<http://www.ars.martinique.sante.fr>
<http://www.ars.guadeloupe.sante.fr>

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

| Définitions de cas |

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

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

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

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

| Recherche diagnostique |

Compte tenu de la circulation très faible mais concomitante de la dengue, du chikungunya et du Zika aux Antilles, tout cas suspect identifié doit faire l'objet d'une **recherche diagnostique des 3 virus** selon le schéma suivant :

DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA*
<ul style="list-style-type: none"> • De J1 à J7 : NS1 et RT-PCR dengue sur sang ; • A partir de J5, sérologies dengue : détection des IgM et des IgG 	<ul style="list-style-type: none"> • De J1 à J7 : RT-PCR chikungunya sur sang ; • A partir de J5, sérologies chikungunya: détection des IgM et des IgG 	<ul style="list-style-type: none"> • De J1 à J5 après la date de début des signes: RT-PCR Zika sur sang et urine ; • De J6 à J10 : RT-PCR Zika sur urines ;

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

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

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

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

Remerciements à nos partenaires

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

