

Emergence du virus Zika aux Antilles Guyane

Situation épidémiologique

Point épidémiologique du 18 février - N°6 / 2016

En décembre 2015, les premiers cas de Zika ont été identifiés en Martinique dans le cadre

d'une surveillance renforcée mise en place suite à la circulation active du virus au Brésil.

Synthèse épidémiologique par territoire jusqu'au 17 février 2016

	Cas cliniquement évocateurs*		Cas confirmés biologiquement*		Situations épidémiologiques
	Cas cumulés	Nouveaux cas depuis le dernier PE	Cas cumulés	Nouveaux cas depuis le dernier PE	
Guadeloupe	221	126	25	8	Circulation virale débutante
Guyane	790	355	99	5	Epidémie
Martinique	6050	2130	Arrêt en raison du passage en épidémie		Epidémie
St Barthélemy	-	-	0	0	Pas de cas identifiés
St Martin	-	-	7	6	Circulation virale débutante

* données en consolidation continue, arrêtées au 14 février pour les cas évocateurs et au 17 février pour les cas confirmés

Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique des cas cliniquement évocateurs repose sur un réseau de médecins généralistes sentinelles déclarant le nombre de patients correspondant à la définition de cas suivante.

| Définition de cas |

Un cas cliniquement suspect d'infection par le virus Zika est défini comme :

Une personne présentant depuis moins de 7 jours :

- **Exanthème maculo-papuleux avec ou sans fièvre**
- **Et au moins deux signes parmi les suivants :**
 - ✦ hyperhémie conjonctivale
 - ✦ arthralgies
 - ✦ myalgies

en l'absence d'autres étiologies.

Un cas confirmé est un cas suspect chez lequel le génome viral du Zika a été mis en évidence sur le sang ou l'urine par RT-PCR.

| Recherche diagnostique |

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

- de J1 à J5 après la date de début des signes: RT-PCR zika sur sang et urine ;
- de J6 à J10 : RT-PCR Zika sur urines ;
- de J1 à J7 : NS1, RT-PCR dengue et chikungunya sur sang ;
- à partir de J5, sérologies dengue et chikungunya : détection des IgM et des IgG.

Cependant, du fait de la brièveté de la virémie, un résultat négatif de la PCR n'infirmes pas le diagnostic de Zika.

Le CNR des arbovirus peut compléter ce schéma diagnostique par une recherche sérologique suivie ou non d'une séroneutralisation pour la surveillance des femmes enceintes.

Rappels sur la maladie

Les symptômes se caractérisent par une éruption cutanée (exanthème maculo-papuleux) avec ou sans fièvre. D'autres signes ont été décrits tels que : fatigue, douleurs musculaires et articulaires, conjonctivite, maux de tête et douleurs rétro-orbitaires.

Un grand nombre de personnes infectées ne vont présenter aucun symptôme (de l'ordre de 80 %). Le traitement est symptomatique et la guérison intervient au bout de quelques jours dans la grande majorité des cas. Cependant,

des complications neurologiques peuvent apparaître notamment le syndrome de Guillain-Barré, maladie caractérisée par une atteinte des nerfs périphériques, qui a été décrit au Brésil et en Polynésie française.

Dans ces territoires, des microcéphalies et des anomalies du développement cérébral intra-utérin ont également été observées chez des fœtus et des nouveaux nés de mères enceintes pendant la période épidémique.

Surveillance des cas biologiquement confirmés

La confirmation biologique d'une infection à Zika est désormais réservée aux femmes enceintes et aux patients avec des formes graves ou des complications (vus à l'hôpital). Par conséquent, les données de surveillance des cas biologiquement confirmés ne sont plus présentées au vu de la faible pertinence de cet indicateur à suivre l'ampleur et l'évolution de l'épidémie.

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Réseau de médecins sentinelles

Depuis la mise en place de cette surveillance (S2015-53) et jusqu'au 31 janvier 2016, le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de Zika vus en consultation par les médecins généralistes a rapidement augmenté (Figure 1). Les semaines S2016-05 et S2016-06 sont marquées par la période des vacances scolaires (Carnaval) avec un nombre important de cabinets de médecins libéraux fermés. Il convient donc d'interpréter avec prudence la tendance de cet indicateur.

Au 14 février, l'estimation du nombre cumulé de consultations pour Zika chez un médecin généraliste était de 6050.

Réseau SOS médecins

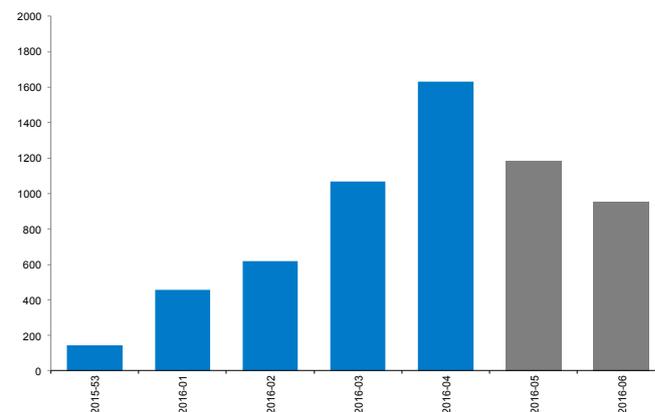
Le nombre de visites réalisées par SOS Médecins est rapporté sur la Figure 2. En semaines S2016-05 et S2016-06, respectivement 70 et 71 visites pour suspicion de Zika ont été réalisées par les médecins de l'association, soit 8% de l'activité totale de SOS Médecins. Ces données sont stables depuis 3 semaines.

Passage aux urgences adultes (PZQ) et pédiatriques (MFME)

Les passages pour Zika aux urgences pédiatriques (Figure 3) et adultes (Figure 4) sont surveillés depuis la semaine S2016-02. Ce nombre de passages est en augmentation pendant les deux premières semaines de février avec en moyenne 11 passages hebdomadaires à la MFME et 15 aux urgences adultes.

| Figure 1 |

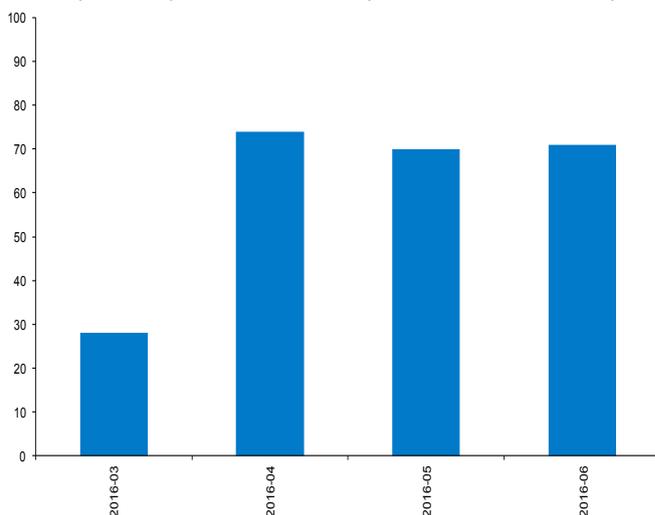
Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs Martinique, S-2015-53 à 2016-06 (nombre total cumulé sur la période=6050) - *Estimated weekly number of Zika syndromes, Martinique, December 2015 to February 2016*



Données non consolidées pour les semaines S-2016-05 et 2016-06

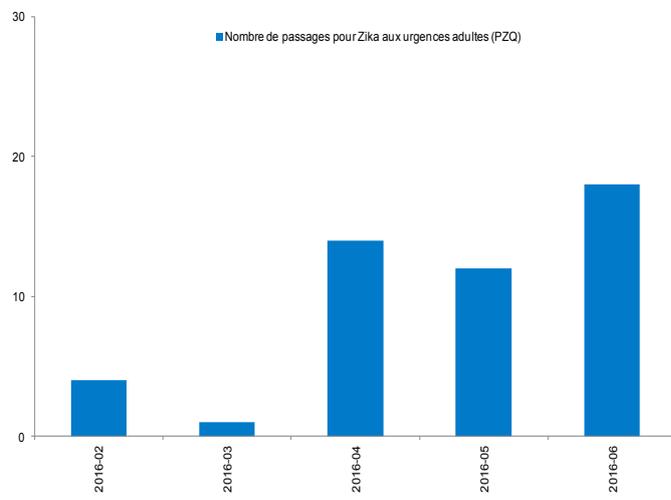
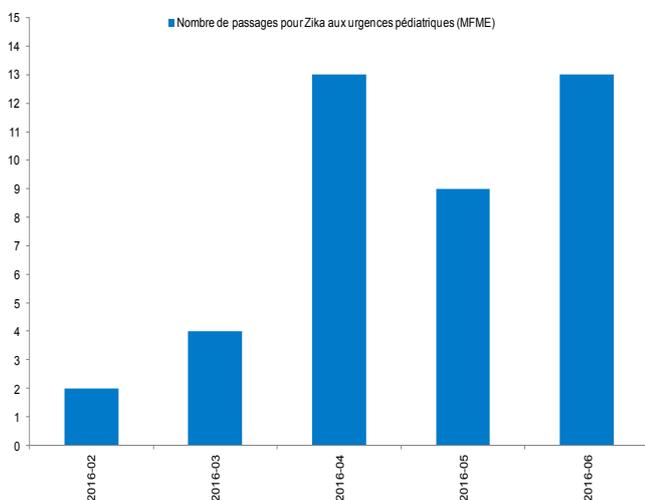
| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de visites à domicile réalisées par l'association SOS Médecins, Martinique, S-2016-03 à 2016-06 - *Weekly number of consultations for Zika syndromes by SOS-médecins, Martinique, December 2015 to February*



| Figures 3 et 4 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pédiatriques de la MFME (Figure 3) et adultes de PZQ (Figure 4), Martinique - *Weekly number of emergency consultations for Zika syndromes (Pediatric and adults hospital), Martinique, December 2015 to February 2016*



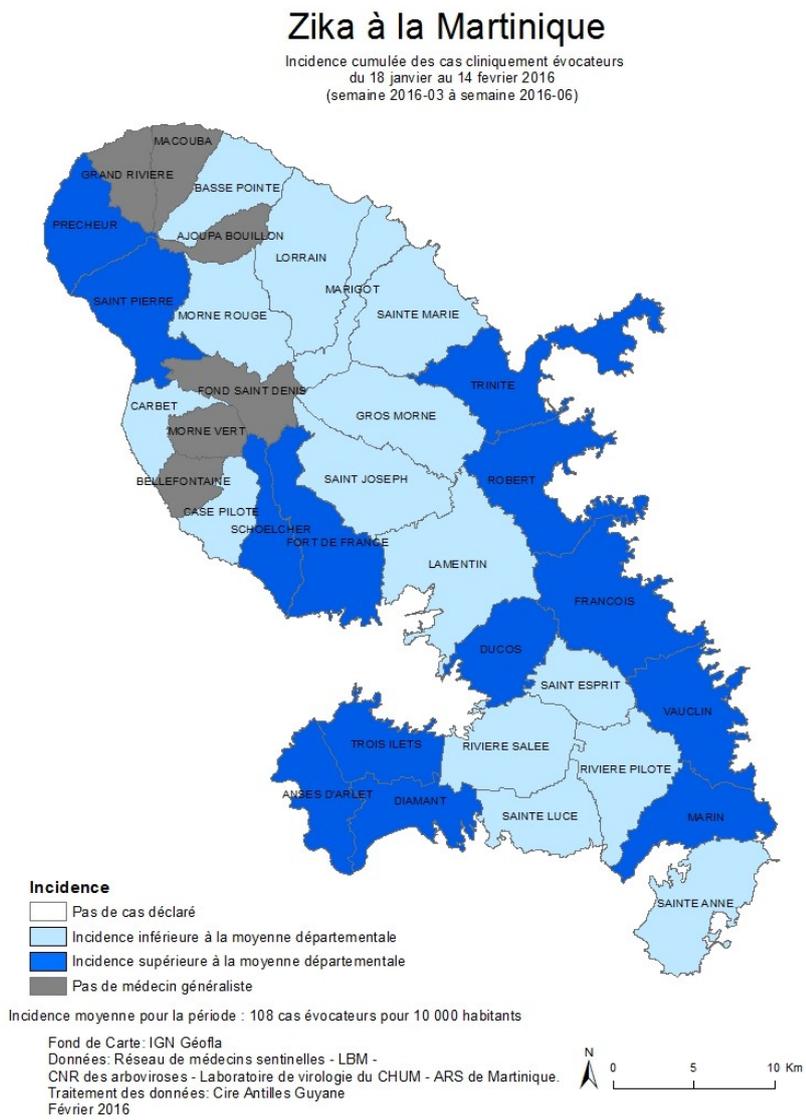
Depuis l'émergence virale à la Martinique, l'infection a été confirmée chez 28 femmes enceintes et chez deux patients atteints de syndromes de Guillain-Barré. Deux autres SGB ont été signalés mais les analyses biologiques de l'infection au virus Zika sont en cours.

Aucun certificat de décès portant la mention « Zika » n'a été rapporté à ce jour.

La répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs de Zika vus par les médecins sentinelles du 18 janvier au 14 février 2016 est présentée sur la Figure 5.

Cette carte témoigne d'une circulation virale homogène sur l'ensemble de l'île avec 13 communes dont l'incidence est supérieure à la moyenne départementale de 108 cas pour 10000 habitants.

| Figure 5 |



Conclusions pour la Martinique

Les indicateurs épidémiologiques de l'infection à virus Zika témoignent de la poursuite de l'épidémie en Martinique qui est placée en phase 3a du Psage « phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles » depuis le 20 janvier 2016.

Compte tenu de la fermeture d'un grand nombre de cabinets de médecine de ville (vacances scolaires de Carnaval), la tendance de l'épidémie sera confirmée dans les prochaines semaines.

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de Zika estimé à partir des données du réseau des médecins sentinelles et des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) est resté stable au cours des deux premières semaines de février, atteignant respectivement 185 et 170 cas (S2016-05 et S2016-06) (Figure 6). Cette période inclut les vacances scolaires et les jours gras, au cours desquels de nombreux médecins n'ont pas travaillé ou partiellement ; il convient donc d'interpréter avec prudence la tendance de cet indicateur.

Depuis le début de la surveillance (S2016-01), un total de 790 cas cliniquement évocateurs de Zika a été estimé sur le territoire.

Une très large majorité des cas est signalée sur les secteurs du littoral actuellement en épidémie (secteur Ouest, secteur de Kourou et Ile de Cayenne). Au cours des deux dernières semaines (S2016-05 et S2016-06), des cas ont été recensés sur le Maroni (1 à Apatou, 4 à Grand-Santi et 5 à Maripa-Soula) et un cas sur l'Oyapock (1 à St Georges).

Surveillance des cas confirmés

Le nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de Zika est resté stable au cours de la première semaine de février (S2016-05) puis il a diminué la 2^{ème} semaine de février (S2016-06) (Figure 6).

La circulation du virus a été mise en évidence à Maripa-Soula où 2 cas autochtones ont été confirmés biologiquement.

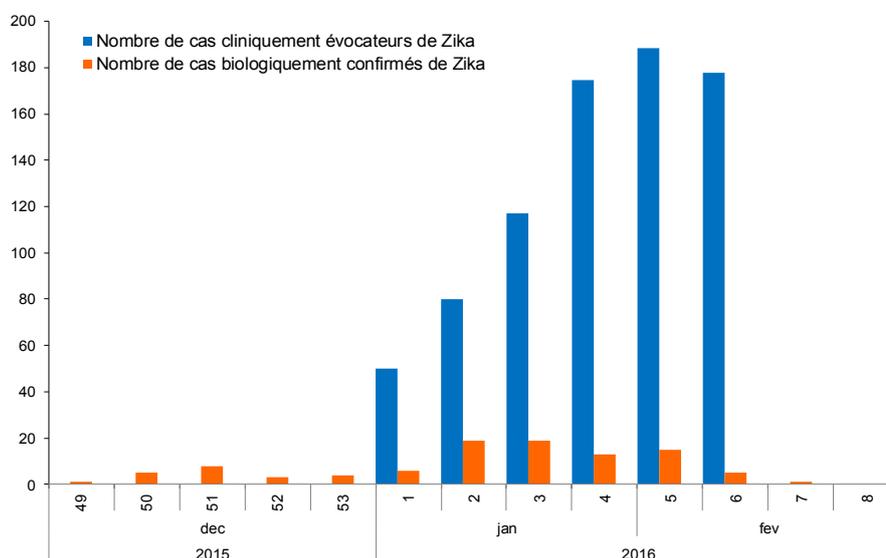
A noter que cet indicateur ne permet pas de suivre l'ampleur de l'épidémie mais apporte une information complémentaire sur la circulation du virus sur le territoire et sur les complications. En effet, la confirmation biologique est désormais réservée :

- aux patients résidant dans **les secteurs hors épidémie**
- aux femmes enceintes
- aux patients présentant des formes graves ou des complications
- aux nouveau-nés pour lesquels une infection au Zika de la mère est suspectée au cours de la grossesse ou une microcéphalie du fœtus est suspectée.

Au total, 99 cas confirmés de Zika ont été recensés en Guyane entre décembre 2015 et février 2016 (S2015-49 à S2016-07) par le CNR Arbovirus de l'Institut Pasteur de la Guyane.

| Figure 6 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville ou en CDPS et nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de Zika Guyane, décembre 2015 à février 2016 / Estimated weekly number of Zika syndromes and weekly number of biologically confirmed cases of Zika, French Guiana, December 2015 to February 2016



Surveillance des passages aux urgences et à la Garde médicale de Cayenne

Au Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR), aucun passage aux urgences pour Zika n'a été enregistré au cours des 2 dernières semaines.

Au Centre médico-chirurgical de Kourou, le nombre de passages aux urgences pour Zika reste faible avec 2 passages hebdomadaires répertoriés pour chacune des deux dernières semaines.

A la Garde médicale de Cayenne (GMC), la hausse des consultations pour Zika observée au cours de la dernière semaine de janvier (S2016-04) ne s'est pas confirmée et l'activité est faible depuis avec 1 et 2 consultations enregistrées pour respectivement la 1^{ère} et la 2^{ème} semaine de février.

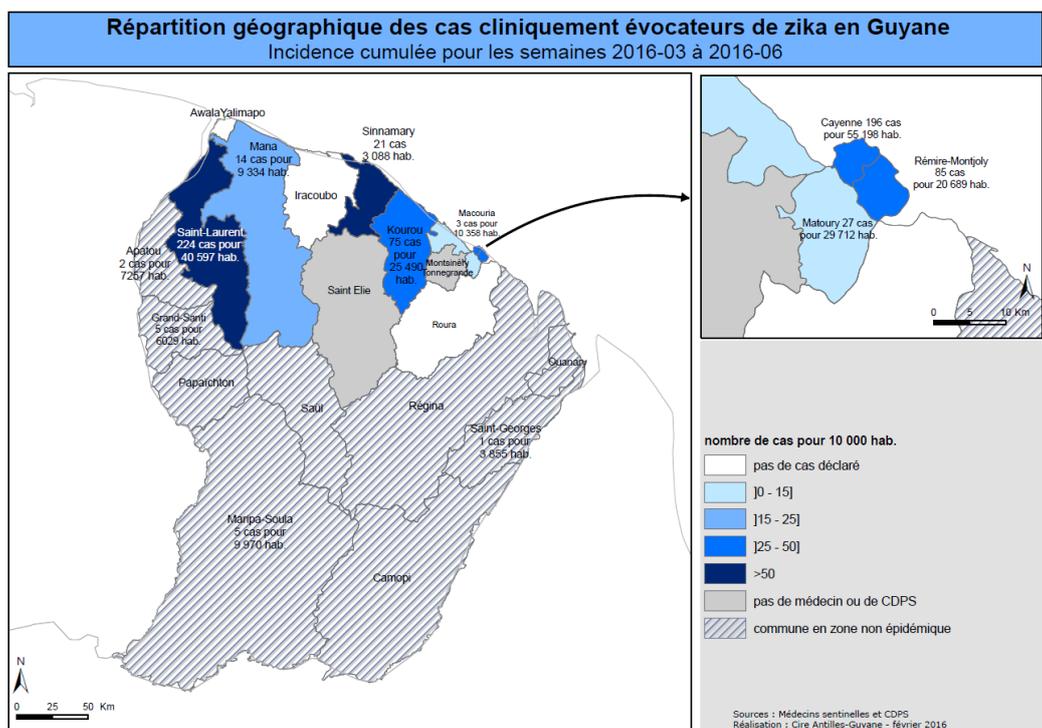
Répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs

Les communes de Sinnamary, St Laurent du Maroni et Rémire-Montjoly sont celles où l'incidence cumulée des cas cliniquement évocateurs de Zika était la plus élevée pour les quatre dernières semaines (S2016-03 à 06) et respectivement égale à 68, 55 et 41 cas pour 10 000 habitants (Figure 7).

Au cours des 4 dernières semaines (S2016-03 à S2016-06), des cas cliniquement évocateurs de Zika ont été recensés sur les secteurs hors épidémie : 5 à Grand-Santi, 2 à Apatou, 5 à Maripa-Soula et 1 à St Georges.

| Figure 7 |

Répartition géographique des cas cliniquement évocateurs et incidence cumulée pour les semaines S2016-03 à 06 - Guyane / Cumulative incidence of Zika syndromes, French Guiana, weeks 2016-03 to 06



Surveillance des complications associées à une infection par le virus Zika

Depuis le début de l'émergence du Zika en Guyane, l'infection par le virus a été confirmée chez 10 femmes enceintes.

La mise en place d'une surveillance des complications associées au virus Zika a permis d'identifier 3 suspicions de syndrome de Guillain-Barré survenues au cours du mois de janvier. L'infection par le Zika n'a pas pu être confirmée par RT-PCR, les résultats définitifs (sérologie) sont en attente.

A ce jour, aucun certificat de décès portant la mention « Zika » n'a été répertorié en Guyane.

Analyse de la situation épidémiologique en Guyane

L'épidémie se poursuit sur les secteurs du littoral guyanais (de St Laurent du Maroni à l'Île de Cayenne). Par ailleurs, la circulation du virus Zika a été mise en évidence à Maripa-Soula: la situation épidémiologique du Zika dans cette commune correspond à « une transmission autochtone débutante ». A noter que les CDPS d'Apatou, Grand Santi, Maripa-Soula et St Georges ont recensé des cas cliniquement évocateurs de Zika sur la période.

L'activité hospitalière reste calme sur les centres hospitaliers de Cayenne et de Kourou.

Le Comité de gestion a acté le 22 janvier le passage au niveau 3 du Psage* arbovirose émergente pour les communes du littoral correspondant à une situation épidémique.

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

| Situation épidémiologique actuelle en Guadeloupe |

Surveillance des cas biologiquement confirmés

Au 17 février, au total 25 cas de Zika biologiquement confirmés ont été signalés en Guadeloupe. Parmi eux, deux femmes enceintes et une forme neurologique (myélite) sont recensées. Ces 25 cas biologiquement confirmés sont répartis sur l'ensemble de la Guadeloupe (12 des 32 communes).

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Réseau de médecins sentinelles

Au vu de la circulation virale débutante et en augmentation en Guadeloupe, la surveillance des cas cliniquement évocateurs vus en consultation par les médecins du réseau sentinelle a été activée (45 médecins dont 28 participants en semaine S-2016-06). L'extrapolation du nombre de ces consultations à l'ensemble des médecins généralistes de Guadeloupe sera dorénavant présentée dans le Point Epidémio, en complément du nombre de cas biologiquement confirmés.

Depuis la semaine 2016-03, le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de Zika vus en consultation par les

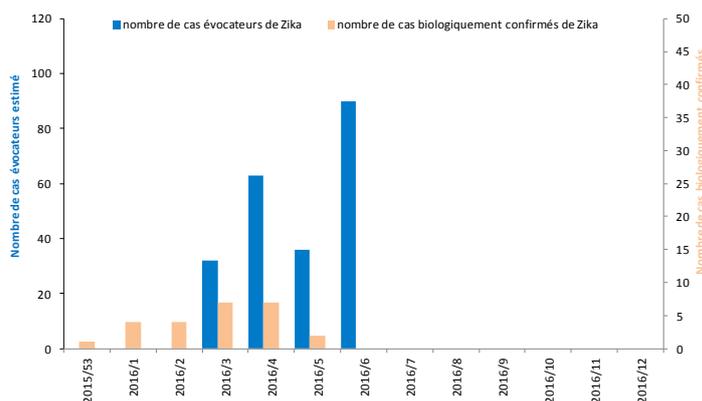
médecins généralistes augmente (Figure 8). Au 14 février, l'estimation du nombre cumulé de ces consultations était de 221, dont 126 au cours des deux dernières semaines (2016-05 et 06).

Passage aux urgences

Depuis la semaine 2016-01, le nombre de cas cumulé de passage aux urgences avec une suspicion de Zika (code CIM10 A92.8) est de 7 cas (tous adultes de plus de 15 ans ; 1 cas au CHU de Pointe à Pitre et 6 cas au CH de Basse-Terre), dont 4 en semaine 2016-06.

| Figure 8 |

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés selon la date de début des signes et de cas cliniquement évocateurs estimés. Guadeloupe, Janvier - Février 2016 - *Estimated weekly number of Zika syndromes and weekly number of confirmed cases, Guadeloupe, January - February 2016*



| Situation épidémiologique actuelle à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy |

Surveillance des cas biologiquement confirmés

Saint-Martin

A Saint-Martin, au 17 février, au total 7 cas de Zika biologiquement confirmés ont été signalés à Saint-Martin. Parmi eux, une femme enceinte est recensée.

Saint-Barthélemy

A Saint-Barthélemy, aucun cas de Zika biologiquement confirmé n'a été identifié à ce jour.

Sur ce territoire, l'épidémie de dengue (sérotypage DENV-1) se poursuit depuis la semaine 2016-01. Ce phénomène rend plus difficile le repérage clinique de cas suspects de Zika.

Conclusions pour la Guadeloupe et les Iles du Nord

Depuis le 25 janvier 2016, la Guadeloupe est passée au niveau 2 du Psage : « circulation virale autochtone débutante ». Les nombres hebdomadaires de cas confirmés et de cas cliniquement évocateurs augmentent progressivement.

Le 27 janvier 2016, Saint-Martin est également passé au niveau 2 du Psage : « circulation virale autochtone débutante ».

Saint-Barthélemy reste au niveau 1c : absence de cas autochtone, pas de circulation virale détectée.

Conclusions générales

L'épidémie de Zika se poursuit en Martinique. Elle est placée en phase 3a du Psage « phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles » depuis le 20 janvier 2016.

L'épidémie se poursuit sur les secteurs du littoral guyanais. Avec la mise en évidence de la circulation du virus Zika à Maripa-Soula, la situation épidémiologique du Zika dans cette commune correspond à « une transmission autochtone débutante ». A noter que les CDPS d'Apatou, Grand Santi, Maripa-Soula et St Georges ont recensé des cas cliniquement évocateurs de Zika sur la période.

La Guadeloupe est toujours placée en niveau 2 du Psage : « circulation virale autochtone débutante ».

Saint-Martin est toujours placée en niveau 2 du Psage : « circulation virale autochtone débutante ».

Saint-Barthélemy n'a pas mis en évidence de circulation virale.

| Situation internationale dans la Zone Amérique |

| Figure 5 |

Circulation autochtone du virus Zika dans la Zone Amériques au 18 février 2016



Depuis l'émergence du virus Zika au Brésil, 26 pays et territoires ont enregistré des cas autochtones de Zika entre les semaines 2015-17 et 2016-06:

Barbade, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Curaçao, République Dominicaine, Equateur, Le Salvador, Guyane, Guadeloupe, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Martinique, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Porto Rico, Saint-Martin, Suriname, Iles Vierges US, Venezuela

Pour la Guadeloupe, Saint Martin et Saint-Barthélemy

Tout médecin (clinicien ou biologiste) voyant en consultation un CAS SUSPECT doit prescrire une recherche de Zika selon les modalités diagnostiques présentées en page 1

La protection contre les moustiques est la clé de la lutte contre le virus Zika :

Protection collective : lutte contre les gîtes larvaires c'est-à-dire suppression de toute eau stagnante au domicile et autour.

Protection individuelle contre les piqûres :

- Privilégier le port de vêtements longs et clairs
- Utiliser des répulsifs
- Renforcer la protection des femmes enceintes et des malades du Zika.

Remerciements à nos partenaires : les Cellules de Veille Sanitaire des ARS de Guadeloupe, de Martinique, aux Services de démoustication, aux réseaux de médecins généralistes sentinelles, aux services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation), aux CNR de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées et de l'Institut Pasteur de Guyane, aux LABM, à l'EFS ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.

Le point épidémiologique Virus Zika

Les points clés

Martinique

Niveau 3 : Epidémie appelant des mesures de gestion habituelles

Guyane

Niveau 3 : Epidémie appelant des mesures de gestion habituelles

Saint Martin

Niveau 2: Circulation virale débutante

Guadeloupe

Niveau 2: Circulation virale débutante

Saint Barthélemy

Pas de circulation avérée

Liens utiles

• Site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Zika>

• Le Haut Conseil de Santé Publique :

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=517>

• OPS/OMS:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=427&Itemid=41484

Directeur de la publication :

François Bourdillon
Directeur Général de l'InVS

Rédacteur en chef :

Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

Maquettiste

Claudine Suivant

Comité de rédaction

Audrey Andrieu, Vanessa Ardillon, Luísiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Audrey Diavolo, Frédérique Dorléans, Cécile Durand, Laurent Filleul, Noëlle Gay, Céline Gentil, Mathilde Melin, Marion Petit-Sinturel, Jean-Louis Corazza, Sylvie Lancino

Diffusion

Cire Antilles Guyane

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>

<http://www.ars.guyane.sante.fr>