RETEX ZIKA

LES RÉPONSES FACE À L'ÉPIDÉMIE DE ZIKA EN GUADELOUPE, SAINT MARTIN ET SAINT BARTHÉLEMY

BILAN DE LA GESTION DU ZIKA

BILAN GÉNÉRAL DE LA GESTION

Le virus zika a circulé pour la première fois sur le continent Américain au Brésil en mai 2015 où il a été à l'origine d'une épidémie majeure. Le premier cas de zika a été signalé en Guadeloupe le 20 janvier 2016, l'épidémie a été déclarée le 28 avril 2016.

Au total, 30 500 cas cliniquement évocateurs ont été estimés à partir du réseau de médecins sentinelles, soit une incidence de 7,6%. Si l'on tient compte des non consultants, l'incidence des cas symptômatiques peut être estimée à 23%. Par ailleurs, l'épidémie a provoqué 8 microcéphalies, 65 syndromes neurologiques graves dont 37 Syndrômes de Guillain Barré.

La gestion de cette épidémie a été marquée par des réponses réactives, en grande partie du fait de l'expérience tirée de la gestion de l'épidémie de chikungunya, pour la première fois par une implication des Communautés d'Agglomération et par une forte implication des professionnels de santé.

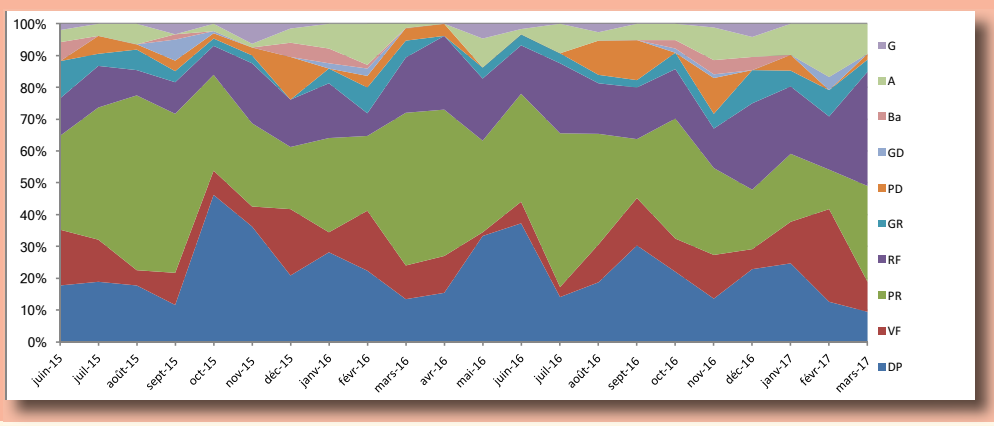
AEDES AEGYPTI, LE SEUL VECTEUR DE LA MALADIE

• UN MOUSTIQUE DOMESTIQUE :

Aedes aegypti, vecteur de la dengue et du chikungunya est également le seul vecteur connu du virus du zika en Guadeloupe. Il s'agit d'un moustique domestique qui se reproduit essentiellement dans les petites collections d'eau claire. Les parts relatives de ses lieux de pontes varient un peu au cours de l'année, les petits récipients et les dessous de pots en constituant globalement les principaux (fig. 1). Ils représentent à eux deux plus de la moitié des gîtes de reproduction du vecteur.



Fig. 1 : typologie des gîtes larvaire d'Ae.aegypti en Guadeloupe entre juin 2015 et mars 2017.



DP : Dessous de Pots ; VF : Vases à Fleurs ; PR : Petits Récipients ; RF : Réserves d'eau et Fûts ; GR : Grands Récipients ; PD : Petits Déchets ; GD : Grands Déchets ; Ba : gîtes du Bâtiments ; G : Gouttières ; A : Autres

ars Agence de Santé Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

RETEX ZIKA

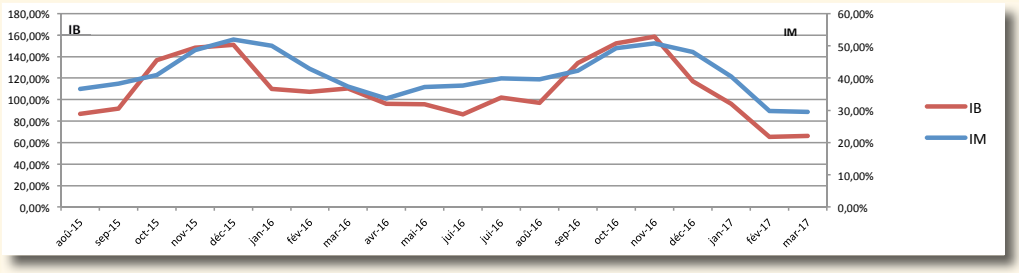
LES RÉPONSES FACE À L'ÉPIDÉMIE DE ZIKA EN GUADELOUPE, SAINT MARTIN ET SAINT BARTHÉLEMY

POINT SUR LA GESTION DU ZIKA

• UNE DISPERSION IMPORTANTE ET DES DENSITÉS DE VECTEURS ÉLEVÉES :

Les indices entomologiques sont élevés et varient en fonction des périodes de l'année. Ils sont plus importants au cours du dernier trimestre, durant la période pluvieuse (fig. 2). Le pourcentage de maisons où des larves d'Aedes aegypti sont mises en évidence (Indice de Maisons) varie de 30 à 50, soit près d'une maison sur 3 à une maison sur 2. Le nombre de gîtes contenant des larves d'Aedes aegypti pour 100 maisons contrôlées (Indice de Breteau) varie de 80 à 160. Par ailleurs, les échantillonnages de moustiques adultes réalisés à l'aide de pièges (BG Sentinelles) ont montré la présence d'Aedes aegypti adultes dans 70 à 90 % des maisons selon les mois, avec des densités moyennes comprises entre 2 et 7 femelles par piège. Un nombre limité d'habitants peut ainsi être à l'origine de la présence de moustiques adultes dans pratiquement l'ensemble d'un quartier. Cela montre bien que la lutte doit s'inscrire dans une démarche collective à l'échelle des quartiers.

Fig. 2 : évolution des Indices de Maisons (IM : % de maisons où des larves d'Ae aegypti ont été mises en évidence) et des Indices de Breteau (IB : nombre de gîtes contenant des larves d'Aedes aegypti pour 100 maisons contrôlées) en Guadeloupe entre aout 2015 et mars 2017. Données glissantes sur 3 mois.



Epidémie de zika en Guadeloupe : une réponse multiple, structurée et réactive :

Les DFA disposent d'un système de surveillance épidémiologique performant qui s'appuie sur un réseau de professionnels de santé fortement impliqués. En Guadeloupe, face à des virus émergents, l'objectif principal des mesures de gestion développées par l'ARS et ses partenaires est d'abord de retarder le passage en épidémie afin de permettre la préparation des acteurs chargés de la prise en charge des cas qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, ensuite de limiter l'ampleur de l'épidémie. En effet, dans un contexte où les populations humaines sont totalement naïves, où les populations de vecteurs sont denses et compétentes et où les conditions climatiques sont favorables à leur développement toute l'année, il est très peu probable d'éviter une épidémie dès lors qu'une chaîne locale de transmission est initiée. La dynamique de l'épidémie de chikungunya en 2014, brutale dans les îles du nord où la circulation du virus a été détectée tardivement, alors que le pic épidémique a sensiblement été décalé en Guadeloupe « continentale » suggère une bonne articulation entre surveillance et réponse. Pour le zika, des actions ciblées ont également été mises en œuvre pour limiter la gravité de la maladie (interventions ciblées autour des femmes enceintes). Enfin, un volet particulièrement important a concerné la prévention des malformations chez le fœtus et le suivi post-natal.

• UN RENFORCEMENT CIBLÉ DE CONTRÔLE DE GÎTES LARVAIRES :

Dès décembre, des contrôles entomologiques ont été réalisés au niveau des établissements de santé disposant de services de gynécologie-obstétriques d'une part, et des centres de PMI du Département d'autre part. Les moyens humains n'ont pas permis un contrôle exhaustif des cabinets libéraux de gynécologues et de sages femmes.

• DES PULVÉRISATIONS INSECTICIDES CIBLÉES :

Compte tenu de l'importance des phénomènes de résistance, de l'importance des formes asymptomatiques indiquées par la littérature, du caractère relativement bénin de la maladie hormis les risques pour le fœtus et quelques complications neurologiques, il n'y a pas eu de pulvérisations de grande ampleur comme cela avait été le cas lors de l'épidémie de chikungunya. Seules ont été opérées des pulvérisations intra-domiciliaires chez pour les cas signalés par la Cellule de Veille Sanitaire.

ars Agence de Santé Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

• UNE COMMUNICATION ET DES ACTIONS DE MOBILISATION SOCIALE DYNAMIQUES ET COORDONNÉES :

Dès décembre, les premières actions de communication et de mobilisation sociale ont été mises en place. Elles concernaient en particulier les professionnels de santé, les femmes enceintes et le grand public. Elles ont essentiellement été mises en œuvre par l'ARS, les professionnels de santé ou des collectivités locales. Ces actions évolutives dont les principales figurent dans le tableau suivant ont fait l'objet d'évaluations qui ont permis de les ajuster : enquêtes IPSOS en population générale (avril et octobre 2016) ; enquête ORSaG femmes enceintes (juin 2016).



Information des professionnels de santé	☺	Décembre 2015 : généralistes, pédiatres, gynécologue-obstétriciens, sages-femmes
Campagne d'information grand public et femmes enceintes à l'initiative de l'ARS	☺	A partir de décembre 2015, premières actions de communication et d'information. Lancement de la campagne de communication mi janvier : affichage, diffusion de flyers, diffusion d'un guide (français / anglais), spots radio et TV, émissions radio et TV, réseaux sociaux, réunions d'information, articles presse, bande dessinée, ... Au total, 3 vagues de communication ont été développées en fonction de l'évolution de l'épidémie d'une part et de l'évolution des connaissances (scientifiques ou liées aux évaluations réalisées localement par l'IPSOS et l'ORSaG) d'autre part
Information pour la communauté sourde et malentendante	☺	Réunion d'information spécifique avec des interprètes LSF et un médecin signeur
Les professionnels de santé s'engagent	☺	Forte implication des professionnels de santé et en particulier du réseau Périnat. Relais d'information, diffusion d'une « ordonnance » prévention, mise en place d'un numéro de téléphone unique géré par le réseau Périnat, actions d'information de proximité assurées par une équipe d' infirmiers auprès des centres de PMI et de certains cabinets de gynécologie ou de sage femmes recevant un public défavorisé ou peu réceptif à l'information, ...
Les collectivités s'engagent	😐	Plus de la moitié des Communautés d'Agglomération et de nombreuses communes ont mis en place des actions de communication et de mobilisation sociale en lien avec l'ARS : campagnes d'information multi supports (flyers, spots radio, réseaux sociaux, écrans d'affichage urbain, ...), mise en place de visites domiciliaires par des agents formés, conférences débats, mobilisation de des ambassadeurs de l'environnement, ligne téléphonique dédiée à la prévention du zika, ...
Les professionnels s'engagent	😐	Opération « Ici je m'engage » mise en place par la CCI et l'ARS. Beaucoup d'actions originales et efficaces ont été mises en place (affichage de la charte de prévention, diffusion de spots dans les grandes surfaces, réalisation d'un guide de bonnes pratiques par une société assurant la vente et l'installation de système d'évacuation d'eau pluviales, mobilisation des professionnel de la coiffure, de l'onglerie et de l'esthétique à l'initiative de la Chambre des Métiers, ...), mais globalement le nombre d'entreprises ayant signé la charte est resté limité.
Les media s'engagent	☺	En plus des diffusions de spots financées par l'ARS, de nombreux media ont entrepris de leur propre initiative, des actions de prévention.

Tab. 1 : principales actions de communication et de mobilisation sociale réalisées en Guadeloupe dans le cadre de la prévention de l'épidémie de zika de 2016.

• DES EFFORTS POUR FACILITER L'ACCÈS DES FEMMES ENCEINTES AUX PROTECTIONS INDIVIDUELLES :

Un millier de répulsifs et 4.500 moustiquaires ont été mis à disposition gratuitement des femmes enceintes par l'intermédiaire des professionnels de santé. Par ailleurs, les CCAS ont été incités à réaliser une démarche similaire auprès des femmes enceintes en situation précaire de leur commune. De plus, la Région a accepté une exonération de l'octroi de mer sur les répulsifs durant l'épidémie. Enfin, une communication spécifique a été réalisée sur la transmission sexuelle et des préservatifs ont également été distribués gratuitement aux femmes enceintes.

• UNE COORDINATION GLOBALEMENT EFFICACE À L'ÉCHELON DES COMMUNAUTÉS D'AGGLOMÉRATIONS (CA) :

Pour la première fois, les communautés d'agglomérations ont été impliquées dans la gestion de l'épidémie. Cela a permis une diminution du nombre d'interlocuteurs pour l'ARS et la préfecture (de 32 à 6), la possibilité de mutualiser et de rationaliser certains moyens et actions, de créer des dynamiques intercommunales et d'opérer des économies d'échelle. Toutefois, les niveaux d'implication et d'organisation des différentes CA ont été assez différents. Par ailleurs, la diffusion de l'information ou la mise en œuvre à l'échelon communal ont parfois pu être difficiles.

• UNE MOBILISATION DE RENFORTS ET D'EXPERTISE IMPORTANTES :

Concernant la Lutte Anti-Vectorielle, l'effectif opérationnel a pratiquement été doublé au niveau de l'Agence de Santé passant de 45 à 84 agents.
Un appui essentiel et décisif a été porté par les agents du SDIS. Le détail des renforts impliqués figure dans le tableau 2.

NATURE DES RENFORTS	NOMBRE
ETABLISSEMENT PUBLIC DE RÉPONSE AUX URGENCES SANITAIRES	**2**
SDIS	**26** (DONT 8 AFFECTÉS AUX PULVÉRISATIONS INTRA DOMICILIAIRES)
CONTRATS UNIQUES D'INSERTION (CUI)	**7**
VOLONTAIRES DU SERVICE CIVIQUE (VSC)	**4**
TOTAL	**39**

Tab. 2 : détail des renforts mobilisés pour la LAV au niveau de l'ARS dans le cadre de la gestion de l'épidémie de zika de 2016

RETEX ZIKA

LES RÉPONSES FACE À L'ÉPIDÉMIE DE ZIKA EN GUADELOUPE, SAINT MARTIN ET SAINT BARTHÉLEMY

POINT SUR LA GESTION DU ZIKA

Par ailleurs, en plus des redéploiements effectués au niveau des EPCI et des communes (brigades vertes, ambassadeurs de l'environnement), 65 agents sous contrat CUI ont été recrutés. La logistique a été assurée par les collectivités, la formation et l'appui organisationnel assurés par l'ARS.
De plus, plusieurs expertises ou études ont été réalisées : EPRUS concernant la réponse LAV, CNEV concernant la compétence vectorielle de Culex quinquefasciatus.

• UN NOUVEL OUTIL RÉGLEMENTAIRE À LA DISPOSITION DES COMMUNES :

Outre l'actualisation de l'arrêté préfectoral portant réglementation sur le stockage et l'élimination des pneumatiques en vue de la prévention de la prolifération des moustiques, un arrêté de portée plus générale concernant les principaux gîtes de reproduction du vecteur du zika a été publié. Il a été en vigueur jusqu'à la fin de l'épidémie.

• L'OFFRE DE SOINS FORTEMENT MOBILISÉE FAIT FACE À L'AUGMENTATION DES SYNDROMES NEUROLOGIQUES :

S'appuyant sur l'expérience de la gestion de l'épidémie du Chikungunya et les organisations mises en place à cet effet, l'offre de soins hospitalière s'est particulièrement mobilisée et a su faire face à l'augmentation du nombre de patients atteints de syndromes neurologiques graves. En effet, 65 cas de complications neurologiques dues au Zika ont été dénombrés, dont 37 patients atteints d'un syndrome de Guillain-Barré. L'un d'entre eux est décédé. Le bilan de l'épidémie fait aussi état d'un autre décès, mais sans que la responsabilité liée au virus soit clairement établie (données de nov 2016). Au pic de l'épidémie et pour répondre à la forte augmentation de l'activité du laboratoire du CHU de Pointe-à-Pitre, l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) a été sollicité et l'équipe du laboratoire renforcée. La vigilance a été maintenue après la fin de l'épidémie déclarée car ces formes neurologiques, tels que le Syndrome de Guillain Barré ou les autres complications neurologiques, peuvent survenir plusieurs jours voire plusieurs semaines après l'infection.

• LA PRÉVENTION DES MALFORMATIONS CONGÉNITALES ET LE SUIVI POST-NATAL DES BÉBÉS EXPOSÉS AU VIRUS DURANT LA GROSSESSE :

Le comité de gestion convoqué le 10 novembre dernier par le Préfet de Région a entériné les conclusions du comité d'experts sur la fin de l'épidémie de Zika en Guadeloupe. En effet, durant les mois de septembre et d'octobre derniers, le nombre de cas recensés par le réseau sentinelle et les épidémiologistes chaque semaine, a continué de diminuer sur le territoire. Cette baisse concerne tous les indicateurs de suivi du phénomène (nombre de cas cliniquement évocateurs, nombre de cas confirmés notamment chez les femmes enceintes, taux de positivité des demandes d'analyses, nombre de syndrome de Guillain-Barré et de complications neurologiques).

Au total, la population estimée ayant contracté la maladie s'élève à plus de 30 845 personnes.

Le nombre de femmes enceintes ayant eu un diagnostic de confirmation de Zika, est de 659, au 31 décembre 2016. Une bonne moitié d'entre-elles ont déjà accouché, cependant. La vigilance parmi cette population doit rester de mise encore quelques mois, car certaines femmes découvrent qu'elles ont fait un Zika (complètement asymptomatique donc), durant leur séjour à la maternité lors de leur accouchement, quelques fois même après ce séjour lorsqu'elles sont déjà de retour à la maison. Conformément aux recommandations du Haut Conseil de Santé Publique, l'ARS et le GIP-RASPEG – Réseau Périnat ont mis en place dans toutes les maternités de la région un test sérologique de dépistage systématique des anticorps du virus Zika et une équipe mobile de coordination qui fait le lien entre les cliniciens de l'accouchement et la famille. Ce test doit permettre de retrouver notamment les mères ayant fait un Zika pendant leur grossesse sans le savoir. L'objectif unique de cette action reste le suivi du développement du bébé né après avoir été potentiellement exposé au virus.

C'est pour ces raisons que les mesures de prévention décrites doivent continuer d'être rigoureusement appliquées par chacun de nous durant quelques mois encore : emploi des protections individuelles (répulsif, port de vêtements longs, moustiquaire), utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels, signalement des symptômes éventuels au médecin ou à la sage-femme en cas de grossesse, suivi rigoureux des consultations post-natales jusqu'à 6 ans.

ars Agence de Santé Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy