

Actualités

Dengue :
Phase d'alerte

Grippe :
Reprise épidémique de grippe A

Tendances évolutives en S16

par rapport à la semaine précédente

Dengue	→
IRA*	↗
Grippe	↗
Leptospirose	↘
GEA**	→

Légende

*IRA : infection respiratoire aiguë

**GEA : Gastroentérite aiguë

Couleur des flèches correspond à l'activité de la pathologie ou du syndrome

→ : faible

↗ : modérée

↗ : élevée

↗ : épidémique

La direction des flèches correspond à la tendance évolutive de la pathologie ou du syndrome

→ : stable

↗ : tendance à la hausse

↘ : tendance à la baisse

Information à la Une L'encéphalite de Murray Valley

L'encéphalite de Murray Valley est une maladie rare causée par un virus du genre *Flavivirus*, comme le virus de la dengue, de la fièvre jaune, le virus West Nile. Cette maladie est également appelée encéphalite australienne. Le virus a été isolé pour la première fois chez l'Homme en 1951, au cours de l'épidémie dans la vallée de la rivière Murray en Australie. Les épidémies se produisent habituellement à cause de migrations d'oiseaux infectés venant de zones endémiques.

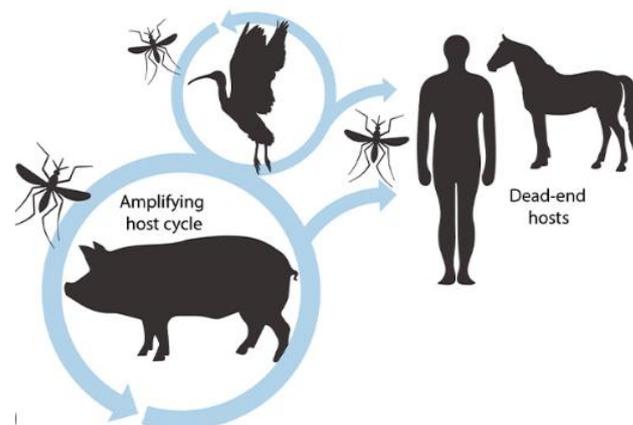
Le virus de l'encéphalite de Murray Valley (EMV) est présent en Australie et en Nouvelle-Guinée et est transmis à l'Homme par la piqûre d'un moustique. Il pourrait également être présent en Indonésie.

La période d'incubation varie de 5 à 28 jours. Seulement une fraction des personnes infectées développe des symptômes. La maladie dure habituellement 2 semaines et se caractérise par l'apparition soudaine de fièvre, de céphalées, de myalgies, de malaises, d'anorexie et de nausées qui perdurent de deux à cinq jours, avant que des complications neurologiques ne surviennent. Les complications au niveau du système nerveux central affectent le cerveau, le tronc cérébral et la moelle épinière, et se manifestent notamment par une photophobie, des engourdissements, une raideur de la nuque, une encéphalite, la paralysie (y compris des muscles respiratoires), un syndrome méningé, une quadriplégie spasmodique, un coma et des convulsions. La maladie peut mettre la vie en danger et est plus grave et courante chez les enfants et les populations aborigènes. Le taux de létalité atteint 20 %, et 50 % des sujets infectés conservent des séquelles neurologiques et psychologiques permanentes, par exemple des troubles du mouvement (syndromes cérébelleux et extrapyramidal) et des paralysies crâniennes. Les formes graves sont plus fréquentes chez les enfants.

Il n'existe pas de traitement spécifique ni de vaccin. La prévention repose sur le contrôle des populations de moustiques et la protection individuelle contre les piqûres de moustiques.

De 2001 à 2006, deux cas cliniques ont été rapportés chaque année en Australie. Toutefois, la plupart des cas sont asymptomatiques, le taux de cas cliniques étant de 1 pour 500 à 1 000 infections. Les infections se produisent habituellement entre février et avril. Les données les plus récentes sur l'encéphalite de la Murray Valley montrent que les cas sont principalement signalés en Australie, avec quelques occurrences sporadiques en Papouasie-Nouvelle-Guinée. De plus, en avril 2023, le décès chez un enfant des suites de l'EMV a été rapporté en Australie.

Le virus a été détecté chez des humains, des moustiques, des hérons, des pélicans, des bovins, des chevaux, certains marsupiaux, des singes, des moutons, des cochons sauvages, des souris et des hamsters. Ainsi, ces animaux peuvent servir de réservoir. Les animaux peuvent être porteur et ne présenter aucun symptôme. Cependant, ils peuvent transmettre le virus au moustique lors d'un repas sanguin. L'Homme est un hôte accidentel et constitue une impasse pour le virus, ce qui signifie qu'il ne peut pas le transmettre.



Le rôle des cochons dans la transmission du virus de l'encéphalite de Murray Valley (EMV) est similaire à celui qu'ils jouent dans la transmission d'autres arboviroses, tels que le virus de l'encéphalite japonaise. Les cochons peuvent servir d'amplificateurs du virus car ils peuvent développer une virémie assez élevée pour que les moustiques qui les piquent deviennent infectieux. Cela signifie que, bien que les cochons eux-mêmes ne montrent généralement pas de symptômes graves de la maladie, ils peuvent contribuer à la propagation du virus en servant de source pour les moustiques qui, à leur tour, infectent d'autres hôtes, y compris les humains.

En cas de présence du virus dans une région, la surveillance des populations de porcs, en plus de la surveillance des oiseaux aquatiques et entomologique, peut être un élément

complémentaire important des mesures de santé publique, car elle peut aider à évaluer le risque de transmission à l'homme. Toutefois, il est important de noter que la majorité des cycles naturels du virus impliquent principalement des oiseaux aquatiques et des moustiques, les cochons jouant un rôle plus limité dans la dynamique globale de la transmission du virus de l'encéphalite de Murray Valley.

La maladie se transmet par la piqûre d'un moustique infectieux. L'EMV est principalement transmise par les moustiques du genre *Culex*, en particulier *Culex annulirostris*. Cependant, les moustiques du genre *Aedes* peuvent également transmettre le virus. En Polynésie, le moustique du genre *Culex* et le moustique du genre *Aedes* sont présents. Si le risque de propagation à partir d'un cas humain importé reste très faible, en cas d'introduction d'oiseaux aquatiques contaminés et/ou de cochons contaminés, le risque de propagation serait réel.

Sources : [Gouvernement d'Australie](#), [Gouvernement du Canada](#)

RAPPEL : définitions de cas

Syndrome dengue-like : fièvre élevée ($\geq 38,5^\circ \text{C}$) d'apparition brutale ET syndrome algique (céphalées, arthralgies ou myalgies) ET absence de tout point d'appel infectieux (en particulier respiratoire).

→ Prescrire une RT-PCR jusqu'à J7 du début des symptômes et une sérologie IgM au-delà de cette période.

Cas confirmé : syndrome "dengue-like" confirmé virologiquement par un test diagnostic positif (RT-PCR ou AgNS1).

Dengue ► 4 nouveaux cas ont été rapportés au BVSO en S16 pour 63 prélèvements (ILM et CHPF), et 1 cas supplémentaire a été identifié en S17 au 25/04, ce qui porte à 47 le nombre total de cas déclarés.

Les 47 cas sont domiciliés à Tahiti (26), Moorea (10), Rangiroa (7), Bora Bora (1) et Fakarava (1). De plus, 2 cas sont des visiteurs n'ayant pas de résidence en Polynésie française.

Aucune nouvelle hospitalisation n'a été rapportée. Le sérotype DENV-1 a été identifié chez un cas autochtone en S13. Ce cas aurait pu se contaminer aux Marquises, à Moorea ou à Tahiti. Tous les autres cas sont DENV-2. Cette co-circulation de deux types du virus ne change pas les mesures de surveillance et de gestion d'alerte actuellement en cours.

A Tahiti, l'incidence cumulée depuis le 27/11/23 est de 54,5 pour 100 000 habitants et de 13,4 pour 100 000 habitants à Moorea. A Rangiroa, les cas confirmés représentent une incidence cumulée de 251,3 /100 000 habitants.

Parmi l'ensemble des cas, 11 cas ont moins de 20 ans. La moyenne d'âge est de 37 ans et la médiane de 37 ans.

Par souci de cohérence et dans le but de tenter de limiter au maximum la propagation du virus, depuis la S15 toutes les îles ayant été visitées par un cas confirmé lors de sa période de contagiosité seront rapportés dans la liste des îles en phase d'alerte.

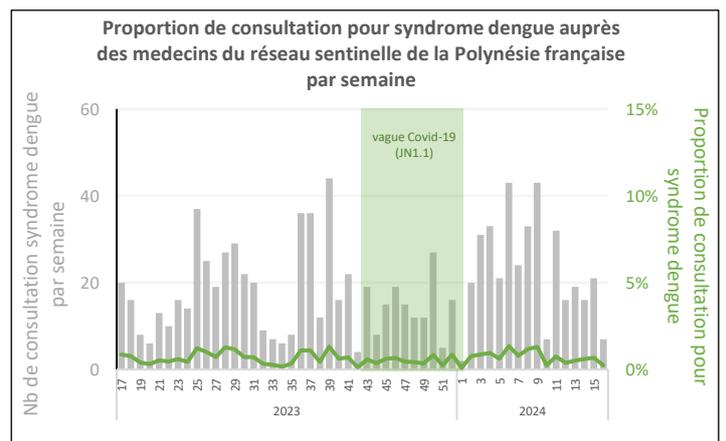
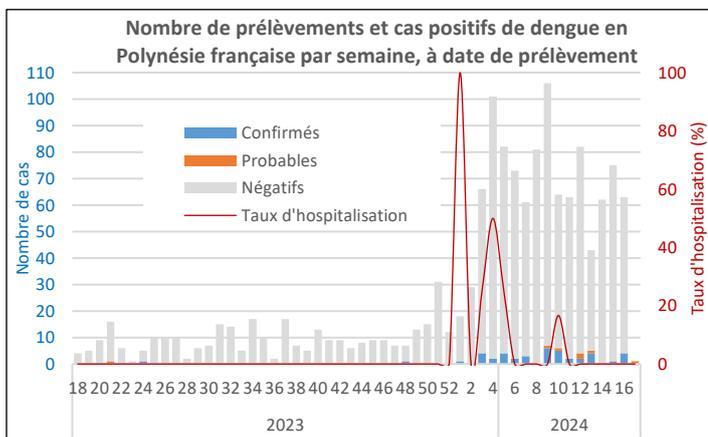
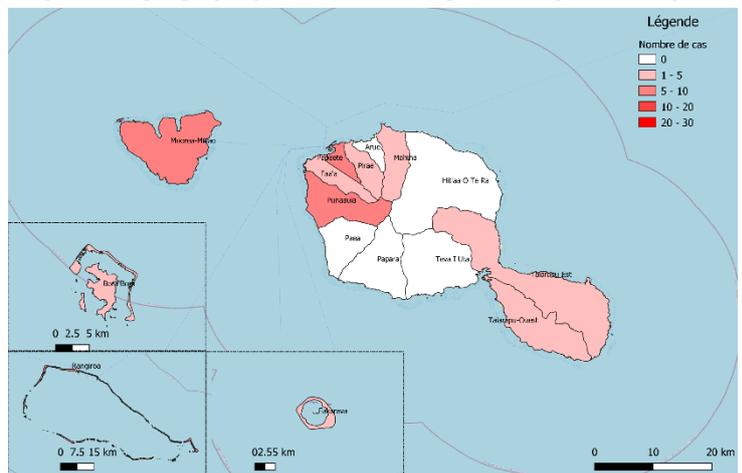
Depuis le 27/11/23

Cas confirmés	Cas probables
41	6
Hospitalisations	Cas sévères
5	0
Décès	
0	

Iles sur lesquelles au moins un cas résident ou de passage pendant sa période de contagiosité a été déclaré depuis le 27/11/2023

Ile de résidence	Nb de cas
Tahiti	26
Moorea	10
Rangiroa	7
Fakarava	1
Bora Bora	1
Raiatea	passage non résident
Huahine	passage non résident
Mataiva	passage non résident
ND/Visiteurs	2
Total	47

Répartition géographique des cas de dengue en Polynésie française

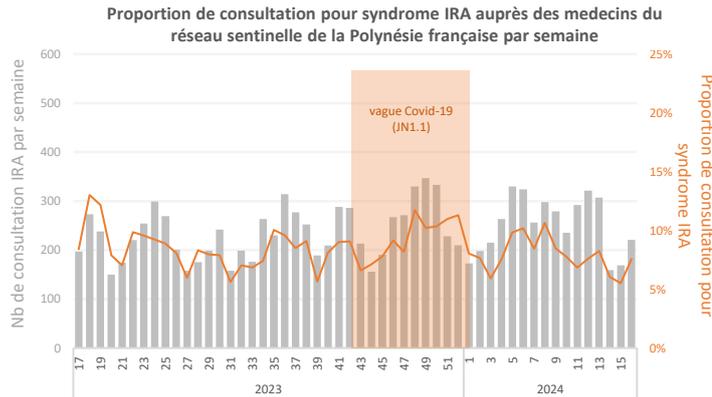


Dans ce contexte, il est recommandé de pratiquer une RT-PCR dengue devant tout cas suspect dans les 7 jours après le début des symptômes. Face à la haute validité du test PCR, la recherche d'anticorps (sérologie) n'est d'intérêt que pour les patients se présentant 7 jours après le début des symptômes. Les médecins et biologistes doivent contacter le BVSO pour alerter de tout nouveau cas possible, par téléphone d'astreinte ou par email.

Les mesures de prévention individuelles sont indispensables : se protéger contre les piqûres de moustiques et éliminer les gîtes larvaires.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES (IRA)

IRA : fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale, signes respiratoires ou ORL, courbatures/myalgies, asthénie, céphalée



➤ **IRA** ► 221 consultations pour syndrome IRA ont été rapportées par les médecins du réseau sentinelle en S16

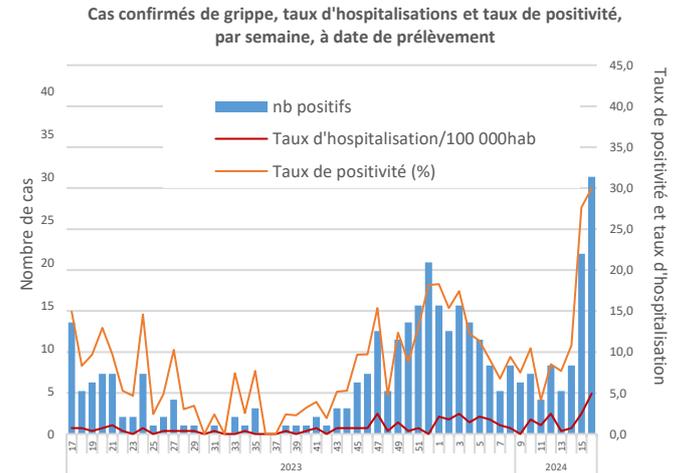
Le nombre et la proportion de consultations pour syndrome IRA sont en augmentation par rapport à la semaine précédente.

➤ **COVID** ► Aucun nouveau cas confirmé pour 28 résultats de tests rapportés durant la semaine S16.

➤ **Grippe** ► 30 nouveaux cas confirmés pour 109 résultats de tests rapportés durant la semaine S16.

30 nouveaux cas de grippe ont été rapporté (30 type A, 0 type B) dont 17 ont été hospitalisés et 1 décès est survenu, lié à H3N2. Huit des 16 cas hospitalisés ont plus de 60 ans. Parmi les 24 personnes investiguées, 30% ont déclaré être vaccinés contre la grippe et 9 ont indiqué présenter des comorbidités.

Le taux de positivité des tests est en augmentation par rapport à la semaine précédente. Une nouvelle vague épidémique de grippe A est en cours.



LEPTOSPIROSE

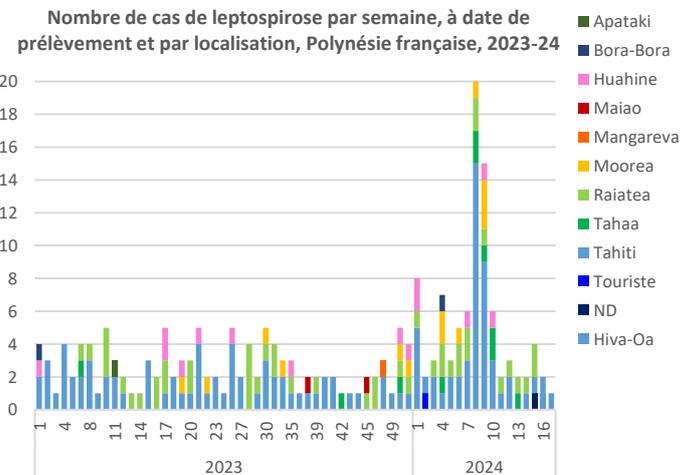
► 2 cas ont été déclarés sur 53 prélèvements réalisés en S16

En S16, 2 cas confirmés et 0 cas probable ont été déclarés. Ces 2 personnes résident à Tahiti.

Depuis le début de l'année, 91 cas ont été déclarés.

Parmi eux, 66 ont pu être investigués : 95,5 % déclarent la présence de rats au domicile ou sur le lieu de travail, 66,7 % indiquent pratiquer des activités de jardinage et/ou d'agriculture, 28,8 % des activités d'élevage, 24,2 % des baignades en eau douce, 24,2 % déclarent marcher régulièrement pieds nus et 10,6 % déclarent pratiquer des randonnées. 68 % des patients sont des hommes et l'âge moyen est de 44 ans, 3 cas ont moins de 15 ans.

La saison des pluies étant un facteur de risque majeur pour la leptospirose, il est recommandé aux professionnels de santé de prescrire une RT-PCR d'emblée devant toute suspicion de leptospirose, suivie d'une antibiothérapie probabiliste (amoxicilline).

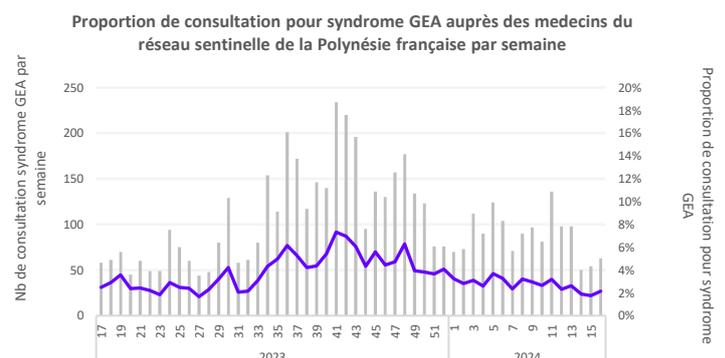


GASTROENTERITES AIGÜES (GEA) ET INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) : survenue d'au moins 2 cas d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Le nombre de consultation et le taux de consultation pour syndrome GEA sont en légère augmentation par rapport à la semaine précédente. Les *Salmonella* et *Campylobacter* sont les principaux germes identifiés. Aucun cas confirmé n'a été rapporté en S16.

Aucune TIAC n'a été déclarée en S16.



FRANCE (S14)

Grippe : fin de l'épidémie avec une durée classique de l'épidémie de fin décembre à fin février (10 semaines).

DOM-TOM-COM

Dengue

- En S16 - à Saint-Martin (SM) et à Saint-Barthélemy (SB), retour à la normale selon le PSAGE Dengue. En Guadeloupe et en Martinique, diminution des indicateurs mais la vigilance doit être maintenue. La Guadeloupe et la Martinique comptent respectivement **55 cas graves en réanimation dont 7 décès et 30 cas graves en réanimation dont 9 décès depuis le début de l'épidémie (S30-2023)**. DENV-2 majoritaire.
- En S14 - en Guyane, circulation de 3 sérotypes (DENV-1 détection récente, DENV-2 et DENV-3), DENV-2 étant majoritaire. La tendance épidémique est à la baisse dans toutes les zones.
- En S14 - à la Réunion, tendance à la stabilisation du nombre de cas avec progression de la dispersion géographique des cas. Le sérotype circulant est le DENV-2. Epidémie en cours à Maurice/Rodrigues.
- En Nouvelle Calédonie (NC), au 10 mars, 2 cas autochtones (DENV-1 et DENV-2), 2 cas de dengue importés provenant d'Indonésie (DENV-1) et 2 cas probables ont été recensés. Il n'y a pas d'épidémie en cours.

ROUGEOLE

- **Australie** : le 11 avril 2024, une nouvelle alerte dans le Sud de l'Australie suite à la notification de 2 cas.
- Epidémies en cours en **Malaisie, aux Etats Unis, dans les pays d'Europe et au Royaume-Uni**.
- Aucune transmission rapportée dans les **régions du Pacifique** depuis 2020 largement dû aux efforts pour améliorer la couverture vaccinale depuis l'épidémie de 2019.

La vigilance reste de mise. La surveillance doit être renforcée et les efforts de vaccinations doivent être poursuivis.

Tout cas suspect doit être déclaré au BVSO

AUTRES REGIONS

Dengue

- **A Samoa, en S14 et 15**, 82 nouveaux cas ont été signalés portant à 216 le nombre de cas confirmés.
- **A Kosrae (Etats fédérés de Micronésie), au 09 avril 2024**, 2 cas de dengue ont été signalés avec confirmation de la présence du vecteur. Des tests sont en cours pour confirmer le sérotype.
- **En Nouvelle Zélande, en S15**, 6 cas (4 confirmés, 2 probables) ayant voyagés en Indonésie (3 cas), en Argentine (1 cas), en Polynésie française (1 cas) et en Papouasie Nouvelle Guinée (1 cas) pendant la période d'incubation. Cela porte le nombre de cas importés à 32 en 2024.
- **Au Brésil, au 25 avril 2024, 3 852 901 cas ont été rapportés depuis le début de l'année dont 1792 décès**. 2216 autres décès suspects sont en cours d'authentification. On observe une circulation simultanée des 4 sérotypes sur le territoire national, avec une circulation plus importante des sérotypes DENV-1 et DENV-2.

Zika

- Nombreux cas confirmés en 2024 en Amérique : Brésil, Colombie, Bolivie, Pérou, Costa Rica, Puerto Rico.

Murray Valley Encephalitis

- **En Australie**, au 15 avril 2024, le virus a été détecté pour la première fois cette année dans la région de Pilbara, dans un échantillon de moustique servant de système d'alerte précoce de l'activité des virus qu'ils transmettent.

Coqueluche

- **A Hawaï'i**, en S15, une enquête est en cours autour de 2 cas confirmés avec 8 cas suspects identifiés dans ces ménages distincts. Pas d'hospitalisation pour l'instant.
- **En Australie, au 23 avril 2024**, 1537 cas ont été signalés en Nouvelle Galles du Sud, surtout chez les enfants de 5-14 ans et 0-4 ans.

Liens utiles

✓ Retrouvez tous les BSS sur le site de la Direction de la santé :
<https://www.service-public.pf/dsp/espace-pro-2/surveillance-epidemiologique>

Ainsi que sur le site de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale :
<https://www.service-public.pf/arass/>

✓ Les informations vaccinations Grippe et Covid en Polynésie française :
<https://www.service-public.pf/dsp/Covid-19/vaccination-Covid/>

✓ Les informations internationales sont accessibles sur les sites de :

L'Organisation Mondiale de la Santé OMS
<https://www.who.int>

The Pacific Community SPC
<https://www.spc.int/>

L'European Center for Disease Control and Prevention ecdc
<https://www.ecdc.europa.eu/en>

Center for Disease Control and Prevention CDC24/7
<https://www.cdc.gov/>

✓ Coordonnées du :

Centre de Lutte Contre la Tuberculose :
40.46.49.31 (médecin) ou 40.46.49.32 ou 33 (infirmière)
cellule.tuberculose@sante.gov.pf

Centre des Maladies Infectieuses et Tropicales :
40.48.62.05
cmit@cht.pf

Remerciements

Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la Direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et centres spécialisés), du Centre Hospitalier de Polynésie française, des laboratoires privés et publics, du service de santé des armées ainsi que la Plateforme Covid-19 et tous ses acteurs.



L'équipe du Bureau
de la Veille Sanitaire
et de l'Observation
(BVSO) :

Responsable

Dr Henri-Pierre MALLET

Pôle veille sanitaire

Dr André WATTIAUX
Mihiau MAPOTOEKE
Raihei WHITE
Tereva RENETEAUD

Pôle observation de la santé

Adjanie TUARIIHIONOA
Ethel TAURUA

Tel : 40 48 82 01

Fax : 40 48 82 12

E-mail :

[veille.sanitaire@
administration.gov.pf](mailto:veille.sanitaire@administration.gov.pf)