

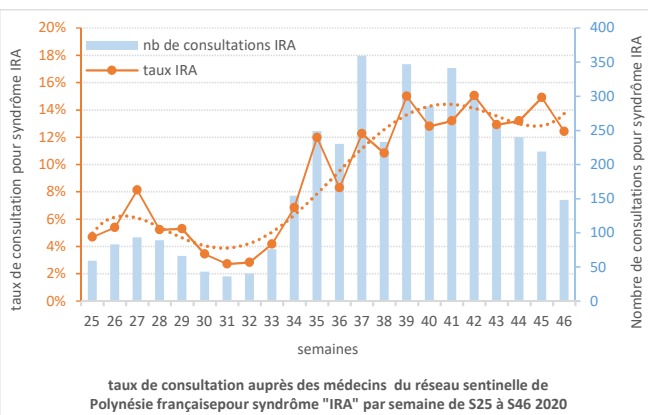


Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et CME), du Centre hospitalier du Taaone, des laboratoires privés et public et du service des armées.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES (IRA)

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

IRA ► 367 cas rapportés par les médecins sentinelles
Virus influenza ► aucun virus grippal identifié depuis le 27/03/2020



La proportion de consultations pour syndrome IRA auprès des médecins du réseau sentinelle, en augmentation de la semaine 33 à la semaine 39, semble se stabiliser, oscillant entre 12% et 15% de la semaine 39 à la semaine 46.

Protocole de surveillance des IRA

Depuis la semaine 36, 110 prélèvements réalisés dans le cadre du protocole de surveillance des IRA ont été analysés avec les résultats suivants :

Résultat	Effectif	%
RT-PCR SARS-CoV-2 positive	25	22,7%
PCR multiplex positive	46	41,8%
Prélèvements négatifs	39	35,5%
Total	110	100,0%

Les résultats montrent la circulation de virus respiratoires autres que les virus influenza et SARS-CoV-2 (rhinovirus identifié dans 32% des cas).

DENGUE

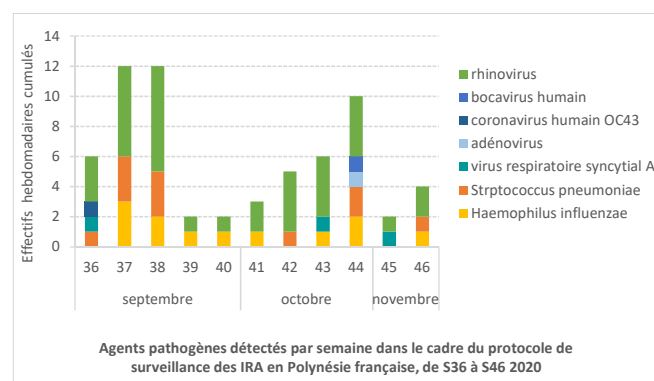
Syndrome dengue-like : fièvre élevée ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) d'apparition brutale ET syndrome algique (céphalées, arthralgies ou myalgies) ET absence de tout point d'appel infectieux (en particulier respiratoire)
 ⇒ Prescrire une RT-PCR (ou un test NS1) jusqu'à J7 du début des symptômes et une sérologie au-delà de cette période.
Cas confirmé : syndrome "dengue-like" confirmé virologiquement par un test diagnostic positif (RT-PCR / AgNS1)

La proportion de consultations pour syndrome dengue-like auprès des médecins du réseau sentinelle est faible depuis la fin du deuxième trimestre 2020 (<2%).

Cas confirmés ► 0 cas sur 54 demandes - 3 cas probables (IgM +)

Au total, 3329 cas de DENV-2 ont été notifiés depuis avril 2019. Au vu des données disponibles, la circulation de DENV-2 est actuellement de faible intensité.

Une bactérie est détectée dans 11% des cas (*Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae*) mais il s'agit de coinfections virus - bactérie dans la majorité des cas.



Grippe en métropole ► niveau bas et stationnaire des indicateurs de la surveillance, absence de circulation active du virus

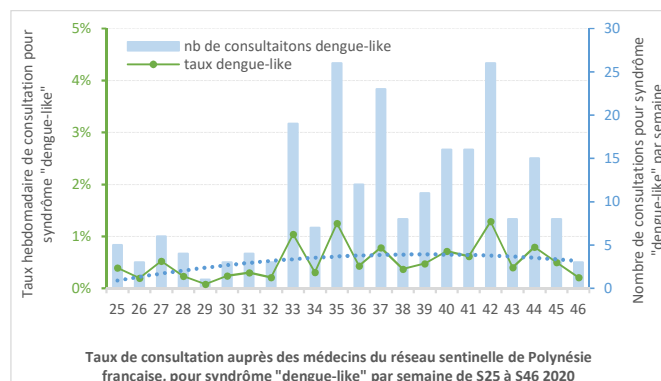
Prévention des infections respiratoires aiguës

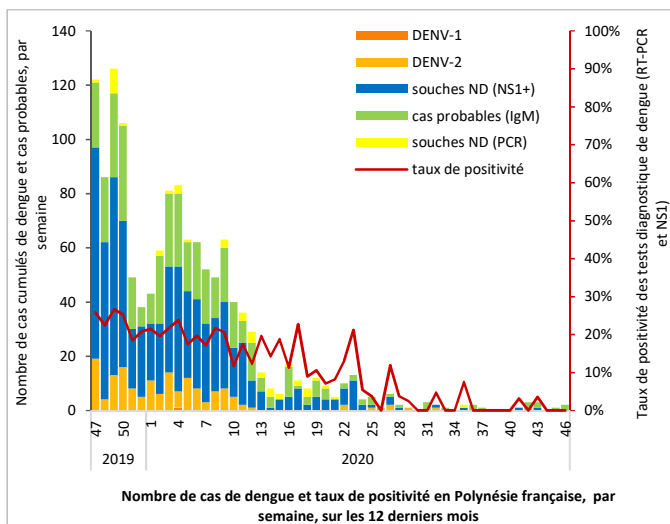
- Porter un masque en cas de toux.
- Se laver fréquemment les mains
- Utiliser des mouchoirs à usage unique, les jeter immédiatement dans une poubelle fermée puis se laver les mains.
- Limiter les contacts proches, maintenir une distance d'au moins 1 mètre avec les autres personnes
- Les sujets fragiles (nourrissons, personnes âgées ou à risque, femmes enceintes) doivent éviter tout contact avec les personnes symptomatiques.

! Grippe : le vaccin est le moyen de protection le plus efficace contre le virus. Les recommandations concernant les personnes âgées, les sujets à risque (présentant une maladie chronique cardiaque, pulmonaire, etc.) les femmes enceintes et l'ensemble des professionnels de santé.

! COVID-19 : appliquer strictement les mesures barrières est impératif pour se protéger et protéger ses proches.

Ces données permettent de considérer que la Polynésie française n'est plus en phase épidémique de dengue.





Prévention de la dengue

- **Se protéger contre les piqûres de moustiques**, particulièrement les personnes virémiques afin de réduire le risque de transmission secondaire du virus à son entourage (usage de moustiquaires)
- **Lutter contre les gîtes larvaires** en éliminant les eaux stagnantes dans son environnement au moins une fois par semaine (vider les soucoupes, vérifier l'écoulement des gouttières, etc.)
- **Consulter rapidement son médecin en cas d'apparition de symptômes**

! Ces mesures sont à renforcer en période de fortes pluies.

Surveillance zone Pacifique (DENV-1, DENV-2 et DENV-3)

Wallis et Futuna → DENV-2 (↗) à Futuna

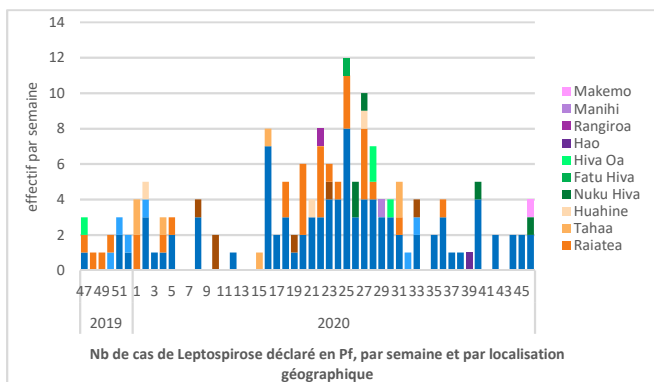
Iles Marshall → DENV-3 (↘)

Fidji → DENV-1 (↘) et DENV-2 (↘)

Source : Pacific Community <https://www.spc.int>

LEPTOSPIROSE

Cas confirmés ► 4 sur 62 demandes.



Prévention de la leptospirose

- Port de gants et de chaussures fermées/bottes lors des activités à risque (jardinage/ fa'a'apu, agriculture, élevage, pêche en eau douce)
- Évitez de se baigner en eau douce lorsqu'on est porteur de plaies et limiter les contacts des muqueuses avec l'eau
- Désinfection des plaies après exposition à risque
- Lutter contre les rongeurs, (gestion des déchets)

! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition des symptômes en signalant l'activité à risque pratiquée.

! Ces mesures sont à renforcer en période de fortes pluies.

GASTROENTERITES (GEA) ET INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

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

Source Santé Publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/toxi-infections-alimentaires-collectives>

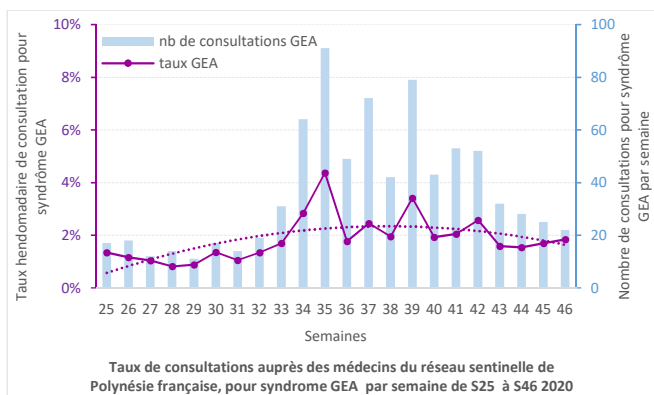
La proportion de consultations pour GEA auprès des médecins du réseau sentinelle reste faible (<3% depuis le mois de juin)

Nb de cas	S45	S46	Détail
Diarrhée / GEA	0	0	
TIAC	0	1	Déclarée à Hiva Oa

Prévention des GEA et TIAC

- Lavage systématique des mains après passage aux toilettes, manipulation de terre ou d'objets souillés et avant manipulation des aliments.
- Nettoyage et désinfection quotidienne des toilettes et poignées de portes dans l'entourage d'un malade.
- Conserver les aliments frais à température inférieure à 4°C et consommer viandes hachées et volailles cuites à cœur.
- Les préparations à base d'œuf non cuits (mayonnaises, crèmes, mousse au chocolat, pâtisseries) sont à maintenir à une température inférieure à 4°C et à consommer rapidement.

! En cas de diarrhées et/ou vomissements importants, réhydrater la personne et consulter un médecin.



BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Catherine Hinz, Anaïs Fadat, Tahia Chanzi, Christophe Ricard

Tel : 40 48 82 01

fax : 40 48 82 12

e-mail : veille@sante.gov.pf

Astreinte de veille sanitaire

Tel : 87 70 65 02

(Hors heures ouvrables)

GENERALITES

La leptospirose est une **anthropozoonose** due à des bactéries pathogènes du genre *Leptospira* et de l'espèce *Leptospira interrogans*. C'est une maladie de répartition mondiale, à dominante tropicale. Chaque année, plus d'un million de cas de leptospirose, dont 60 000 mortels, sont signalés dans le monde.

On distingue deux espèces de leptospires : *L. interrogans*, pathogène et *L. biflexa*, saprophyte. Les leptospires sont classés en sérovars et en sérogroupes (plus de 300 sérovars, une trentaine de sérogroupes).

Tous les sérogroupes et sérovars pathogènes pour les animaux peuvent être également pathogènes pour l'Homme. Les sérogroupes sont différents selon les zones géographiques. Pour la Polynésie française, *L. icterohaemorrhagiae* est le séro groupe le plus fréquemment retrouvé.

Réservoir : il est animal. Le réservoir primaire est constitué par les rongeurs (rats, souris) - réservoirs asymptomatiques - mais la plupart des mammifères domestiques et sauvages peuvent être infestés (chiens, bovins porcs, moutons, chèvres, chevaux, musaraignes, hérissons, chiroptères). Les leptospires sont hébergés pendant des années voire la vie entière dans l'appareil génito-urinaire des animaux.

Contamination : les sources d'infection de l'Homme sont les eaux et les sols souillés par les urines des animaux infestés. Les leptospires vivent longtemps dans les sols et les eaux douces.

La contamination se fait soit directement par exposition à l'urine d'animaux infestés, soit indirectement dans l'eau souillée par les urines. Chez l'Homme, la contamination est le plus souvent indirecte à travers les excoriations cutanées, les muqueuses conjonctivale, pharyngée, ou digestive.

Facteurs de risque : les professions exposées sont les agriculteurs, employés des abattoirs, employés de voirie, égoutiers, pisciculteurs, jardiniers ; Activités de loisirs en eau douce comme les baignades (rivières, étangs) et les sports nautiques (canoë-kayak, rafting, canyoning, pêche). Il existe une recrudescence des cas en saison humide.

La maladie est caractérisée par son polymorphisme clinique qui va de la forme asymptomatique ou modérément fébrile et spontanément résolutive, jusqu'à une forme fatale foudroyante.

Après une période d'incubation habituellement de 7 à 13 jours (extrêmes 2 à 21 jours), la phase initiale de la maladie est marquée par l'apparition brutale d'une fièvre élevée accompagnée de douleurs musculaires (dans les mollets et les cuisses, notamment) et de maux de tête (céphalées frontales ou rétro-orbitaires). D'autres symptômes peuvent être présents : nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, toux, photophobie, éruption prédominant au tronc ou sur les jambes. L'existence d'une suffusion conjonctivale, pathognomonique de la leptospirose, s'observe dans environ 30% des cas.

Lorsqu'elle existe, la deuxième phase apparaît entre 4 et 9 jours après la date de début des signes. Elle est caractérisée par une fièvre prolongée et peut s'accompagner de complications systémiques justifiant l'hospitalisation (jaunisse, défaillance rénale, saignements, insuffisance respiratoire, myocardite, méningite, etc.).

Les manifestations graves de la phase 2 ne représentent que 5 à 15 % des formes cliniques. La forme ictérique a en général un mauvais pronostic mais des complications sévères peuvent se voir aussi chez des malades anictériques.

La mort survient principalement dans un contexte de défaillance rénale, de détresse cardiorespiratoire, de syndrome hémorragique et, plus rarement, de défaillance hépatique

NB : en zone tropicale, il peut exister une confusion diagnostique avec la dengue, le paludisme, la fièvre typhoïde, les rickettsioses, les hépatites virales.

Diagnostic bactériologique et sérologique (Fig.1) : une PCR sur un échantillon de sang, de LCR ou d'urine permet un diagnostic précoce de la maladie mais ne permet pas d'identifier la souche responsable. Elle doit être complétée par une technique sérologique : le micro-agglutination test (MAT), qui reste la technique de référence et permet d'identifier la souche. Il existe un test sérologique ELISA qui peut servir au dépistage mais qui doit être confirmé par une PCR ou un MAT.

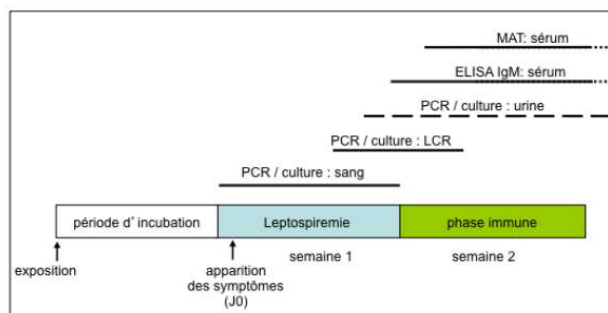


Figure 1 : Cinétique de la leptospirose au cours de l'infection

Source : CNR de la leptospirose

<https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/leptospirose>

Pour être pleinement efficace, l'antibiothérapie doit être instaurée dans les 5 jours qui suivent la date de début de signe. Le traitement doit être mis en route dès que les prélèvements ont été effectués, sans attendre les résultats des examens biologiques. Il est prescrit pour une durée de 7 à 8 jours. Pour les formes bénignes de la maladie, le traitement antibiotique de première intention est l'amoxicilline ou l'ampicilline *per os*. En cas d'allergie à la pénicilline, le traitement de choix est la doxycycline *per os*.

L'apparition de signes d'alerte nécessite une hospitalisation immédiate.

La leptospirose en Polynésie

D'après le rapport annuel d'activité 2019 du Centre national de référence de la leptospirose, l'incidence de la maladie en Polynésie est comparable à celle des autres territoires d'Outre-mer (Fig. 2).

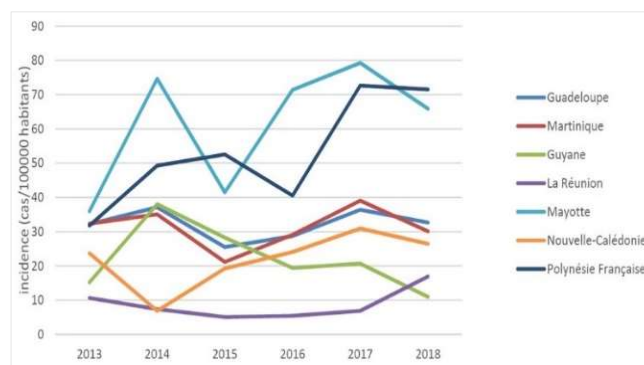


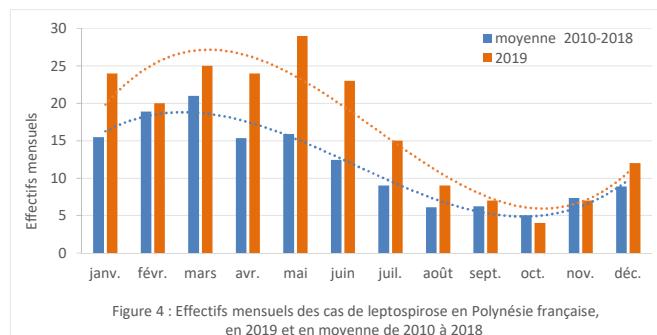
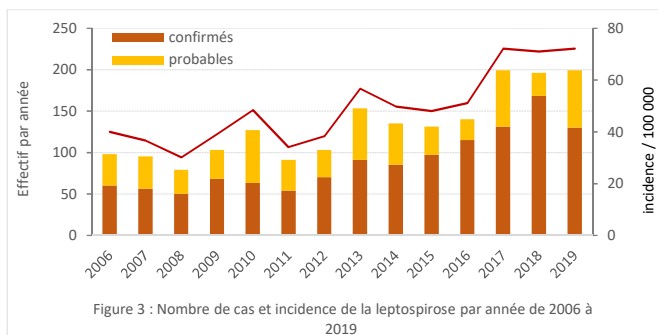
Figure 2 : Incidence de la leptospirose en Outre-Mer de 2013 à 2018

Source : CNR de la leptospirose

<https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/leptospirose>

L'incidence de la leptospirose est cependant en augmentation, passant de 40/100 000 habitants en 2006 à 72/10 000 habitants en 2019. (Fig. 3).

La forte saisonnalité d'apparition de la leptospirose (Fig. 4), avec un pic en mars - avril, soit quelques semaines après la fin de la saison des pluies, nécessite une vigilance accrue lors de cette période en Polynésie française.



MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE

La Leptospirose est une maladie à déclaration obligatoire (MDO). Tout cas confirmé biologiquement doit faire l'objet d'une déclaration au Bureau de veille sanitaire de la direction de la santé, à l'adresse veille@sante.gov.pf ou par fax au 40 488 212.

Téléchargement de la fiche de DO : <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/06/maladies-obligatoires-leptospirose.pdf>

La déclaration des cas de leptospirose permet la mise en œuvre d'une investigation épidémiologique ainsi que la prise de mesures de contrôle (éventuellement lutte contre les rongeurs et actions de sensibilisation).

STATISTIQUES 2020 (DU 01/01/2020 AU 15/11/2020)

Depuis le début de l'année 2020

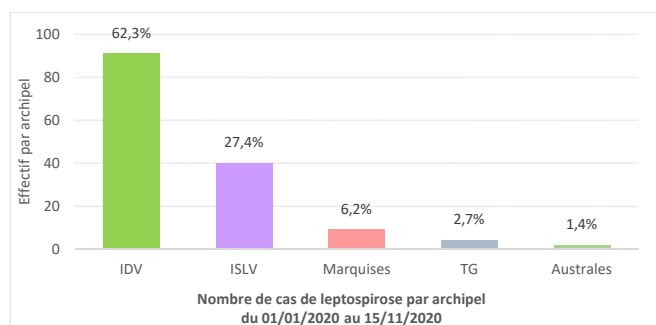
Sur les 146 cas de leptospirose rapportés on enregistre :

- 123 cas confirmés par RT-PCR
- 23 cas probable (sérologie IgM+ ou signes cliniques évocateurs)
- 61 hospitalisations dont 9 en réanimation
- Aucun décès

Répartition géographique

Les cas de leptospirose sont surtout présents aux IDV (dont 54,8% des cas à Tahiti), ce qui correspond aux zones à forte densité de population.

Archipel	Nb de cas	%	Incidence (/100 000 hab.)
IDV	91	62,3%	44
ISLV	40	27,4%	113
Marquises	9	6,2%	96
TG	4	2,7%	24
Australes	2	1,4%	29
Total	146	100,0%	53



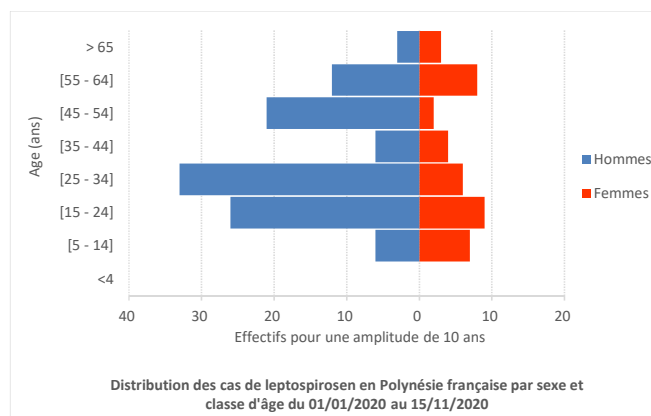
Répartition sexe / âge

La répartition du nombre de cas par tranches d'âges et par sexe montre que les hommes sont majoritairement touchés.

La moyenne d'âge des cas est de 35,1 ans (de 5 à 85 ans).

Sexe	Nb de cas	%
Hommes	107	73,3%
Femmes	39	26,7%

Sexe ratio (H/F) = 2,74



Formes cliniques

Sur les 146 cas de leptospirose rapportés en 2020, 86 ont fait l'objet d'une investigation du Bureau de veille sanitaire.

Symptômes	Nb de patients concernés	% de patients concernés
Fièvre	86	100,0%
Céphalées	63	73,3%
Myalgie / arthralgie	62	72,1%
Suffocation conjonctivale	12	14,0%
Atteinte rénale	12	14,0%
Choc	8	9,3%
Atteinte cardiaque	6	7,0%
Ictère	6	7,0%
Atteinte pulmonaire	5	5,8%
Syndrome hémorragique	3	3,5%
Atteinte méningée	1	1,2%

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Catherine Hinz, Anaïs Fadat, Tahia Chanzi, Christophe Ricard

Tel : 40 48 82 01

fax : 40 48 82 12

e-mail : veille@sante.gov.pf

Astreinte de veille sanitaire

Tel : 87 70 65 02

(Hors heures ouvrables)