

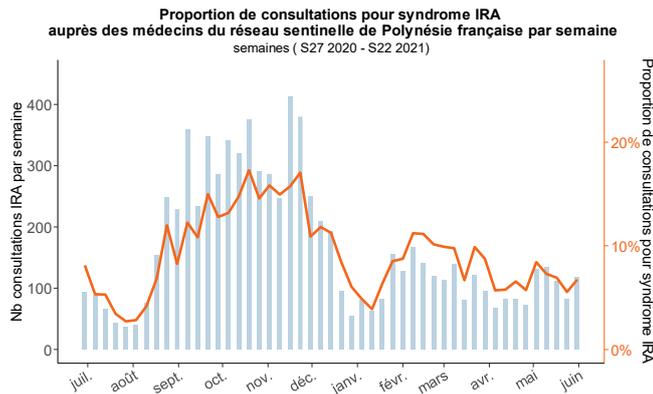


Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et CME), du Centre Hospitalier du Taaone, des laboratoires privés et public et du service des armées.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÛES (IRA)

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

IRA ► 201 consultations rapportés sur 3247 consultations par les médecins du réseau sentinelle



La proportion de consultations pour IRA se stabilise entre 5% et 6%, après une phase en plateau aux environs de 10 % de février à avril.

Cas confirmés de grippe ► 0 cas sur 13 demandes en S21 et S22

Absence de circulation du virus grippal ► aucune souche de virus influenza A/B détectée depuis mars 2020

Le laboratoire du CHP a mis en évidence des VRS (virus respiratoire syncytial), rhinovirus/entérovirus, virus Parainfluenza 2, adénovirus et coronavirus NL63 (CoV commun)

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
- Aération de l'espace de vie
- Les sujets fragiles (nourrissons, personnes âgées ou à risque, femmes enceintes) doivent éviter tout contact avec les personnes symptomatiques.

! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition de symptômes.

COVID-19

! En complément de la vaccination, appliquer strictement les mesures barrières pour se protéger, protéger ses proches et limiter la circulation du SARS-CoV-2, souche historique et ses variants, sur le fenua

Informations disponibles sur le site de la Direction de la santé : <https://www.service-public.pf/dsp/covid-19>

DENGUE

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

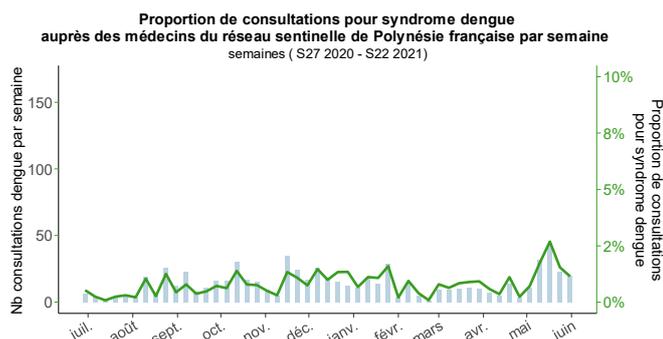
⇒ Prescrire une RT-PCR (ou un test NS1) jusqu'à J7 du début des symptômes et une sérologie au-delà de cette période.

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

Prévention de la dengue

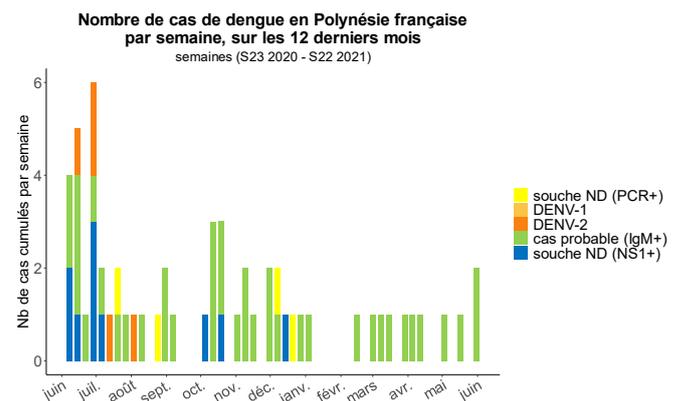
- Se protéger contre les piqûres de moustiques, particulièrement les personnes virémiques afin de réduire le risque de transmission secondaire du virus à son entourage (usage de moustiquaires)
- Lutter contre les gîtes larvaires en éliminant les eaux stagnantes dans son environnement au moins une fois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

! Ces mesures sont à renforcer en période de fortes pluies



Depuis la fin du deuxième trimestre 2020, la proportion de consultations pour syndrome dengue-like reste faible.

Cas confirmés de dengue ► 0 sur 52 demandes (2 cas probables)



Depuis juillet 2020, la circulation du virus de la dengue est de faible intensité en Polynésie française.

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

Wallis et Futuna : DENV-2 (→)

Iles Cook : DENV-2 ((→ phase épidémique depuis le 02/02/2021)

Fidji : DENV-1 et DENV-2 (→)

Nouvelle Calédonie : DENV-2 (→)

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

LEPTOSPIROSE

Cas confirmés de leptospirose ► 10 sur 85 demandes

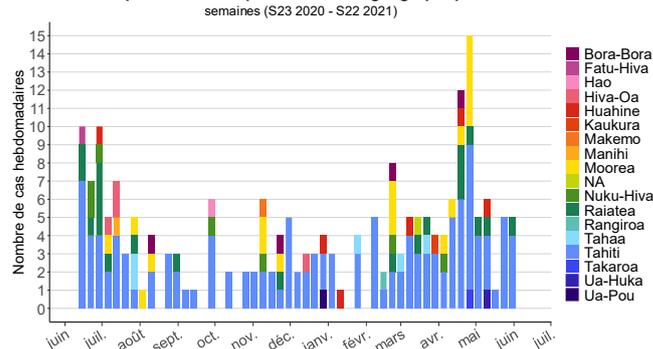
Prévention de la leptospirose

- Port de gants et de chaussures fermées/bottes lors des activités à risque (jardinage/ fa'a'apu, agriculture, pêche en eau douce)
- Evitez 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)

! Ces mesures sont à renforcer à l'issue des périodes de fortes pluies
! Vigilance renforcée lors de la pratique de loisirs nautiques (baignade, canyoning, pêche en rivière, etc.)
! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition de symptômes (en signalant l'activité à risque pratiquée).

Après un pic fin avril (S16-S17), le nombre de cas de leptospirose déclarés est en nette diminution.

Nombre de cas de leptospirose déclarés en Polynésie française par semaine et par localisation géographique



GASTROENTERITES (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.

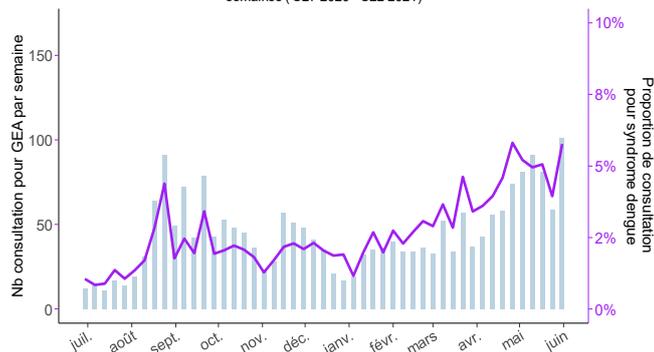
Prévention des GEA

- Hygiène des mains après passage aux toilettes, manipulation de terre ou d'objets souillés et avant manipulation des aliments.
- Lavage des fruits et légumes frais à l'eau courante propre et potable avant de les préparer et de les consommer
- 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, pâtisseries) sont à maintenir à une température < à 4°C et à consommer rapidement.

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

La proportion de consultations pour gastroentérite auprès des médecins du réseau sentinelle se stabilise aux environs de 5% sur les dernières semaines.

Proportion de consultations pour syndrome GEA auprès des médecins du réseau sentinelle de Polynésie française par semaine



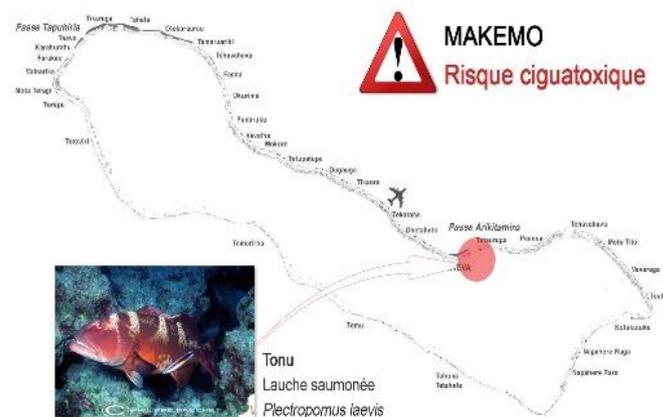
Nb de cas	S21	S22	Détail
Diarrhée /GEA	1	1	Salmonelles localisées à Tahiti
TIAC	0	0	

Le laboratoire du CHPf a récemment mis en évidence la circulation de norovirus et sapovirus (*Caliciviridae*).

Signalement ciguatera semaine 22 (données de l'ILM)

Depuis la semaine 22, 3 évènements ciguatoxiques distincts ont été signalés, dont 2 TIAC de 5 et 4 personnes. Une information a été faite auprès de la population de l'île.

! Zone à risque identifiée aux Tuamotu Gambier : zone de pêche de la passe de Arikitamiro à Makemo.



Informations disponibles sur le site de l'ILM :

<https://www.ilm.pf/recherche/biotoxines-marines/la-ciguatera/>

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Hélène Laborde, Anaïs Fadat, Laurence Mataitai, Tahia Chanzi, Christophe Ricard
 Tel : 40 48 82 01
 Fax : 40 48 82 12
 E-mail : veille@sante.gov.pf
 Astreinte médicale de veille sanitaire
 Tel : 87 70 65 02
 (Hors heures ouvrables)



RAPPELS

Dans le contexte de pandémie, il était opportun de rechercher les virus respiratoires autres que le SARS-CoV-2, grâce aux tests moléculaires performants disponibles, afin d'identifier les co-circulations éventuelles (virus *influenza* en particulier) et d'adapter les prises en charge.

La recherche de ces virus repose sur la détection du génome viral par la méthode moléculaire, à partir d'un prélèvement nasopharyngé ou oropharyngé. Des tests combinés multiplex (grippe/SARS-CoV-2/autres virus) ou duplex (grippe/SARS-CoV-2) ou des tests unitaires réalisés simultanément sont maintenant disponibles.

Selon la Haute autorité de santé (HAS), la recherche concomitante des virus responsables d'infection respiratoire est pertinente dans les situations suivantes :

- Adultes hospitalisés ou arrivant aux urgences (pour isoler et adapter la prise en charge)
- Résidents en EHPAD et en établissement médico-social (pour isoler et adapter la prise en charge)
- Jeunes enfants afin d'éviter un recours inapproprié à l'antibiothérapie.

Référence avis HAS : Avis n°2020.0062/AC/SEAP du 15 octobre 2020

Les IRA « amalgament » les maladies de l'appareil respiratoire, maladies du rhinopharynx, de l'oreille moyenne, des poumons. On distingue ainsi :

- Les infections des voies respiratoires hautes : rhinopharyngites, angines, otites moyennes aiguës, laryngite, épiglottite et sinusite maxillaire.
- Les infections des voies respiratoires basses : bronchites, bronchiolites, pneumonies.

La gravité clinique de ces infections est fonction de l'agent pathogène (Tableau 1) ou du terrain. Les atteintes les plus sévères concernent le nourrisson et la personne âgée. La morbidité peut être directement due à l'infection virale ou être liée à l'aggravation de maladies cardio-pulmonaires sous-jacentes ou à une surinfection bactérienne.

Tableau 1 : Syndromes viraux respiratoires et virus en cause

Syndromes viraux respiratoires	Principaux virus en cause
Rhinopharyngite	Rhinovirus, coronavirus, VRS, virus influenzae A et B, virus para-influenza
Angine	Adénovirus, entérovirus, rhinovirus
Laryngotrachéite	Virus para-influenzae, virus influenzae, VRS, coronavirus
Bronchite	VRS, virus influenzae, virus para-influenzae
Bronchiolite	VRS
Pneumonie	VRS, virus influenzae, virus para-influenzae, adénovirus, SARS-CoV-2

Devant un syndrome grippal, l'identification de l'agent pathogène en cause est rarement nécessaire. Les tests diagnostiques sont généralement réservés aux cas suivants :

- Situations dans lesquelles l'identification d'un agent pathogène spécifique affecte la prise en charge clinique
- Surveillance épidémiologique (identification et détermination de la cause d'une épidémie)
- Si traitement antiviral spécifique envisagé (grippe, VRS).

Concernant les méthodes de diagnostic des virus respiratoires, la culture cellulaire n'est pas adaptée et la sérologie est sans intérêt. La détection d'antigènes viraux par TDR ou du génome viral par biologie moléculaire sont les techniques de choix.

Les virus respiratoires classiques

- Influenzavirus A, B, (C)
- Human parainfluenzavirus 1, 2, 3, ((4)
- Adénovirus

- Coronavirus 0C43 et 229
- *Virus respiratoire syncytial (VRS)* : il est l'agent majeur des épidémies hivernales de bronchiolites aiguës du nourrisson. Cette infection débute par une rhinite peu ou pas fébrile, et entraîne rapidement de la toux, une gêne respiratoire (polypnée) et un sifflement expiratoire souvent perçu à distance (*wheezing*). Le VRS est le virus le plus fréquemment détecté chez les enfants hospitalisés pour une infection respiratoire basse. Leur prise en charge médicale implique l'appréciation de la gravité immédiate de l'infection (terrain, détresse respiratoire, apnée) et du retentissement ultérieur (asthme). Ce virus peut donner des atteintes pulmonaires graves chez les personnes âgées et les sujets immunodéprimés.
- *Rhinovirus humains (HRV)* : ils sont responsables de la majorité des infections bénignes des voies aériennes supérieures (rhume banal). L'enfant est le réservoir principal (HRV positif chez 15% enfants asymptomatiques). Les rhinovirus sont également responsables d'infections basses : bronchiolites, exacerbation de pathologies respiratoires chroniques, (asthme, BPCO) et de pneumopathies communautaires.

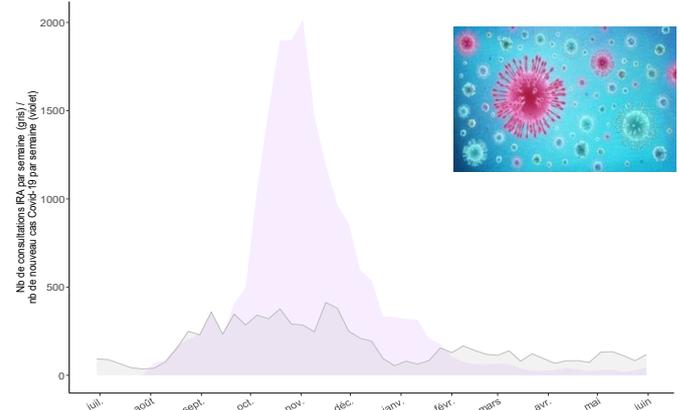
Les virus d'identification récente chez l'Homme

- *Métapneumovirus humain (hMPV)* : identifié en 2001, il est génétiquement proche du VRS. Il présente la même saisonnalité et les tableaux cliniques sont similaires. La prévalence dans les infections respiratoires de l'enfant est de l'ordre de 5 à 15% (seconde cause de bronchiolite). Les infections sont plus rares chez l'adulte : asymptomatiques, syndrome grippal mais aussi possibilité de formes sévères (sujets âgés, immunodéprimés).
- *Bocavirus humain (HBoV)* : identifié en 2005, il appartient à la famille des *Parvoviridae*. Sa prévalence dans les infections respiratoires de l'enfant est de l'ordre de 5%, il est rarement retrouvé chez l'adulte et est associé à d'autres pathogènes respiratoires dans 35 à 55% des cas. Les atteintes respiratoires sont de sévérité variable.
- *Coronavirus humain (HCoV)*, hors SARS-CoV : il s'agit du HCoV NL63 (2004) et du HKU1 (2005). Fréquents en période hivernale et chez l'enfant, ils sont responsables d'infections basses dans 30 à 40% des cas.

Illustration de la co-circulation des virus respiratoires en Polynésie (Figure 1)

Au cours de la pandémie Covid-19 en Pf, le nombre de patients consultant en communautaire pour infection respiratoire, et prélevés en écouvillonnage nasopharyngé, est élevé. C'est dans ce contexte que la Direction de la santé met en place, en lien avec l'Institut Louis Malardé, la surveillance des pathogènes respiratoires en milieu communautaire.

Figure 1 : Relation entre le nombre de consultations pour IRA auprès des médecins sentinelles et la courbe épidémique de la Covid-19 (semaines S17-2020 – S22 2021)



Méthodes

Chaque semaine, le médecin sentinelle valide un prélèvement pour les deux premiers patients présentant une IRA. Le caractère aléatoire du choix du patient permet de faire une extrapolation de la proportion de prélèvements positifs pour la Covid-19 à l'ensemble des IRA et de se placer dans la situation d'un sondage aléatoire. L'hypothèse est posée que la proportion de Covid parmi les IRA est identique chez les médecins sentinelles et les non sentinelles.

Critères d'inclusion

Patients présentant une symptomatologie respiratoire depuis moins de 48 heures et devant bénéficier d'un test SARS-CoV-2 selon la définition de cas.

Les échantillons prélevés sont analysés par ILM

Modalités pratiques de prélèvement et analyses

Un test RT-PCR SARS-CoV-2 (fiche prescription spécifique) est prescrit au patient orienté sous 24 heures vers le site de prélèvement de la Direction de la santé de son choix.

RT-PCR SARS-CoV-2 positive ► Information immédiate du patient et du médecin pour prise en charge médicale *ad hoc*, mise en œuvre des mesures d'isolement et investigations autour du cas.

RT-PCR SARS-CoV-2 négative ►

- Réalisation d'une PCR multiplex sous 7 jours
- Rendu des résultats du panel respiratoire au médecin prescripteur et au BVS pour analyse épidémiologique et rétro-information du réseau sentinelle sur la circulation virale hors SARS-CoV-2.

Remarque

La technique multiplex respiratoire permet d'analyser 26 pathogènes (Tableau 2), représentant les agents microbiens les plus fréquemment impliqués dans les IRA de l'adulte et de l'enfant.

Cette technologie, innovante mais coûteuse, permet la réalisation de ces analyses à partir d'un seul et unique échantillon, pour un rendu des résultats dans un délai court

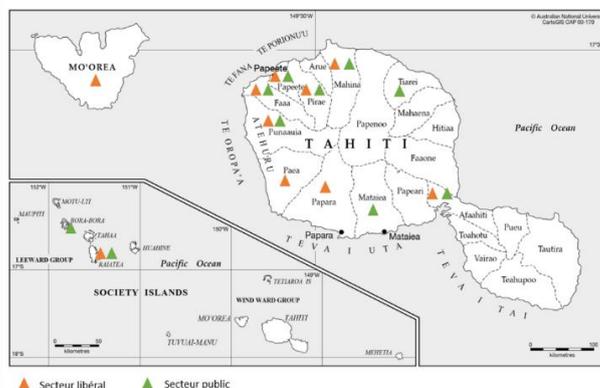
Tableau 2 : descriptif des 26 pathogènes de la trousse Seegene

Panel 1	Panel 2
Virus de la grippe A	Adénovirus humain
Virus de la grippe B	Métapneumovirus humain
Virus respiratoire syncytial humain	Entérovirus humain
Virus respiratoire syncytial humain	Virus parainfluenza humain 1
Virus de la grippe A humaine sous-type H1	Virus parainfluenza humain 2
Virus de la grippe A humaine sous-type H3	Virus parainfluenza humain 3
Virus de la grippe A humaine sous-type H1pdm09	Virus parainfluenza humain 4
Panel 3	Panel 4
Boca virus humain 1/2/3/4	<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>
Rhinovirus humain A/B/C	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Coronavirus humain 229E	<i>Legionella pneumophila</i>
Coronavirus humain NL63	<i>Bordetella pertussis</i>
Coronavirus humain OC43	<i>Bordetella parapertussis</i>
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
	<i>Haemophilus influenzae</i>

Localisation géographique des prescripteurs

Les prescriptions sont réalisées par vingt médecins du secteur public et libéral sur la base du volontariat, répartis sur les IDV (Tahiti, Moorea) et les ISLV (Bora Bora, Raiatea) Cf. figure 2.

Figure 2 : Positionnement des médecins sentinelle participants au protocole de surveillance des IRA



RESULTATS DE L'ETUDE

Au total, 428 prélèvements sont réalisés dans le cadre de cette étude dont les résultats sont présentés dans le tableau 3 et la figure 3.

Sur l'ensemble des prélèvements effectués, près de 8% ont été positifs au SARS-CoV-2, essentiellement d'octobre à décembre 2020, ce qui correspond à la deuxième vague de Covid-19 en Pf.

Parmi les autres échantillons analysés en multiplex respiratoire, les deux tiers ont permis la mise en évidence d'un pathogène, dont 156 rhinovirus et 56 virus respiratoires syncytial (VRS).

Il est à noter que les données du laboratoire du CHPf, concernant des patients hospitalisé ou venus en consultation, ont également montré une circulation active des rhinovirus et de VRS correspondant aux pics épidémiques saisonniers classiquement observés.

Cette étude a permis d'argumenter étiologiquement les cas d'IRA SARS-CoV-2 négatifs et d'objectiver la circulation d'autres pathogènes respiratoires dans 2/3 des cas.

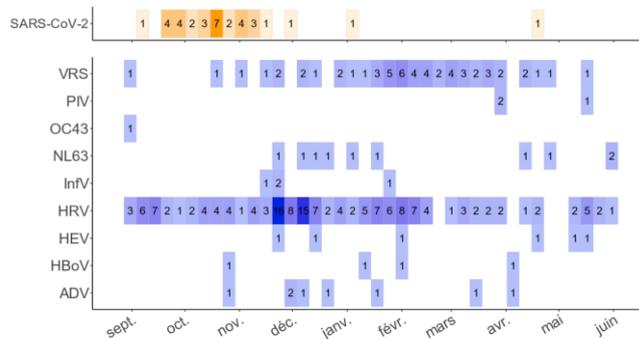
Cette surveillance doit être pérennisée dans le cadre du réseau sentinelle afin de mieux appréhender la nature et la dynamique de circulation des virus respiratoires sur le territoire, notamment les virus grippaux, et d'adapter les prises en charge et la stratégie vaccinale.

Remerciements à tous les partenaires de la veille sanitaire et de la surveillance épidémiologique en Polynésie française.

Tableau 3 : synthèse des résultats de surveillance des IRA

Analyse réalisée	Résultat	Effectif	%
RT-PCR SARS-CoV-2	Positif	34	7,9
PCR multiplex	Positif	263	61,5
	Négatif	131	30,6
Total		428	100,0

Figure 3 : Agents pathogènes détectés par semaine en Polynésie française dans le cadre du protocole de surveillance des IRA. Semaines (S36 2020 à S22 2021)



Virus influenza A/B (InfV), virus respiratoire syncytial (VRS), adénovirus (Adv), bocavirus 1/2/3/4(HBoV), coronavirus NL63 (NL63), coronavirus OC43 (OC43), human rhinovirus (HRV), enterovirus (HEV), Chlamydomphila Pneumoniae (CP), Haemophilus influenzae (HI), Streptococcus pneumoniae (SP)

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Hélène Laborde, Anaïs Fadat, Laurence Mataitai, 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)