

Le réseau de médecins sentinelles

Depuis 2014, la DASS-NC a réuni les 2 réseaux sentinelles existants, grippe et arboviroses, pour en créer un unique. Il se compose de 24 centres sentinelles, dont 9 médecins généralistes libéraux. Les centres sentinelles sont répartis sur l'ensemble du territoire dont 13 pour Nouméa/Grand Nouméa, 5 dans le reste de la province Sud, 5 en province Nord et 1 dans les îles Loyauté. En juin 2016, il a été décidé d'ajouter la surveillance des gastro-entérites virales.

Le réseau recrute tout au long de l'année

Si vous souhaitez en faire partie, n'hésitez pas à contacter :

Viktoria TAOFIFENUA, agent des statistiques médicales

à la DASS-NC

viktoria.taofifenua@gouv.nc / 24 37 29

ou

Carole FORFAIT, épidémiologiste à la DASS NC,

carole.forfait@gouv.nc / 24 37 32.

L'ESSENTIEL :

- Phase de décroissance de l'épidémie de dengue de type 2.
- Fermeture du réseau de dépistage arboviroses depuis le 11 mars 2019.
- 3 844 cas confirmés et cliniques de dengue depuis le 1er janvier 2019 (cf. p.2).
- 360 cas hospitalisés dont 2 décès depuis le 1er janvier 2019 (taux d'hospitalisation de 9,3%).
- Epidémie de grippe A et B en cours.

Remerciements : Nous remercions tout particulièrement les médecins du réseau pour leur implication. Nous remercions aussi l'ensemble des médecins du territoire, les laboratoires privés et le laboratoire du CHT de Nouvelle-Calédonie pour leur participation au recueil de données à travers la déclaration obligatoire.

GRIPPE au 21 juillet 2019

Figure 1 : Nombre de cas de grippe confirmés biologiquement par le laboratoire du CHT et nombre de cas syndromiques de grippe communiqué par les médecins du réseau sentinelle depuis le 1^{er} janvier 2019.

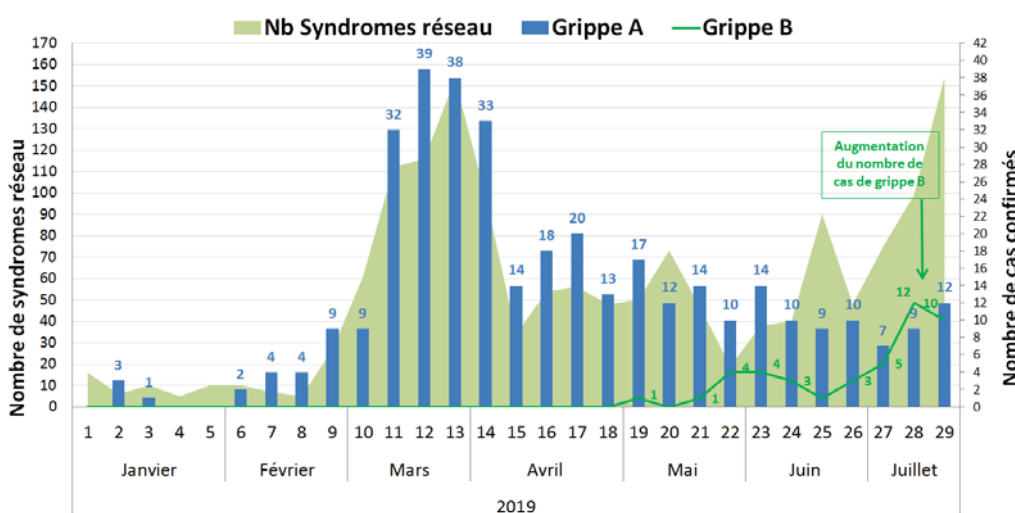


Figure 2 : Répartition du nombre de cas de grippe aux mois de juin et juillet 2019.

	2019				Juin			Juillet		
Semaine	23	24	25	26	27	28	29			
H1N1 pdm	5	5	4	2						
H3N2	9	5	5	8	7	9	12			
B/Victoria	4	2	1	3	5	12	10			
Co-infection		1								

France* :

-Epidémie de grippe terminée dans toutes les régions métropolitaines.

* <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance>

Dans le Pacifique** :

Fidji: épidémie de grippe A et B depuis le 19 mars 2019.

Vous pouvez retrouver la carte des alertes relatives aux maladies épidémiques et émergentes en Océanie sur le site web de la CPS.

** Source: surveillance syndromique du pacifique OMS—PacNet et CPS

<http://www.spc.int/phd/epidemics/>

Du 1er janvier 2019 au 21 juillet 2019 :

1 455 prélèvements, dont :

- 363 cas de grippe A (250 H1N1 pdm, 110 H3N2 et 3 non typables)
- 44 cas de grippe B (43 B/Victoria et 1 co-infection Victoria/Yamagata).

Le vaccin contre la grippe hémisphère Sud 2019 est composé des souches suivantes:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09,
- A/Switzerland/8060/2017 (H3N2),
- B/Colorado/06/2017 (lignée B/Victoria/2/87),
- B/Phuket/3073/2013 (lignée B/Yamagata).

Vaccination fortement recommandée pour :

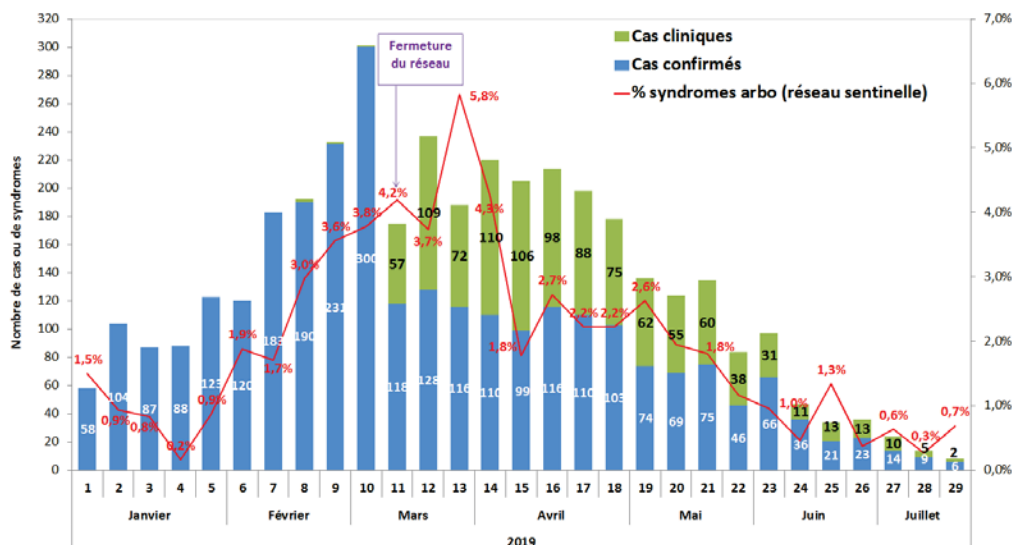
- tout sujet de 65 ans et plus,
- les femmes enceintes,
- les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardio-vasculaire, ... cf courrier du 17 mai 2018 adressé à tous).
- les personnes obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40kg/m²,
- les personnes séjournant dans un établisse-

ment médico-social d'hébergement quel que soit leur âge,

- et l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois.

ARBOVIROSES au 21 juillet 2019

Figure 3 : Nombre de cas de dengue confirmés biologiquement et nombre de cas syndromiques d'arboviroses communiqués par les médecins depuis le 1er janvier 2019.



Depuis le 1er janvier 2019 jusqu'au 21 juillet 2019:

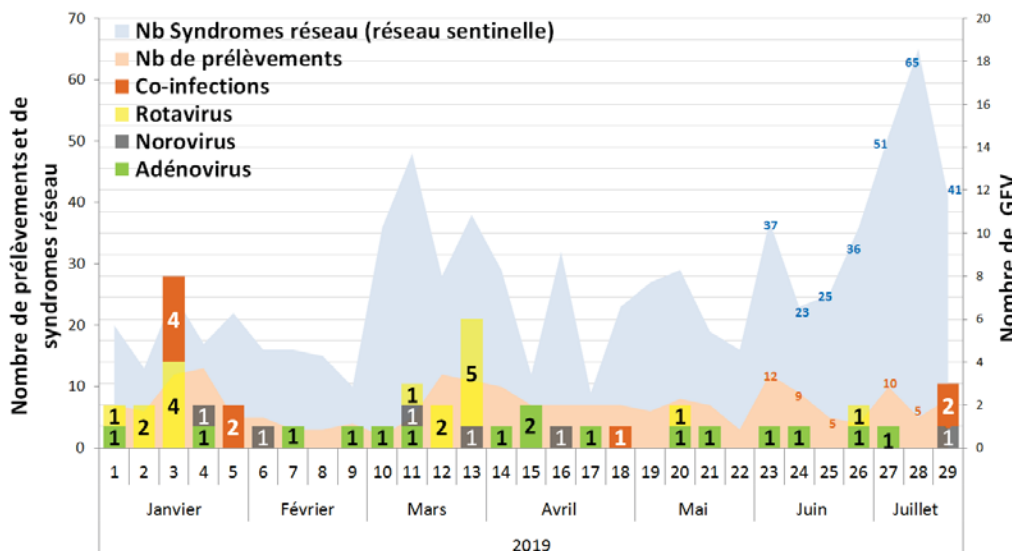
- 3 844 cas de dengue confirmés biologiquement et cliniques ont été enregistrés.
- DENV-2 : 283 cas typés et 2 cas de DENV-1 importés de Polynésie française et d'Indonésie.
- 2 décès enregistrés les 6 février et 21 mai 2019 (1 femme/43 ans et 1 fille/8 ans).
- 360 cas de dengue hospitalisés, soit un taux d'hospitalisation de 9,3% (13,2% en 2017).
- Aucun cas de zika, ni de chikungunya identifié par le réseau sentinelle.

Depuis 2016, émergence de formes sévères de dengue en particulier avec atteintes hépatiques (J4-J6) ou ophtalmologiques (J8 - J10).

Circulation du sérotype DENV-2

Gastro-entérites virales (GEV) au 21 juillet 2019

Figure 4 : Nombre de virus identifiés biologiquement par le CHT et nombre de cas syndromiques de GEV communiqué par les médecins du réseau depuis le 1er janvier 2019.



Depuis le 1er janvier 2019 jusqu'au 21 juillet 2019:

- 203 prélèvements réalisés.
- 17 cas de rotavirus, 16 cas d'adénovirus, 6 cas de norovirus et 9 co-infections (adénovirus/norovirus, norovirus/rotavirus et adénovirus/norovirus/rotavirus) identifiés.
- Le taux de positivité est nul en semaine 28 et atteint 38 % en semaine 29.

Retrouvez les bulletins épidémiologiques du réseau sur le site de la DASS NC : <https://dass.gouv.nc/votre-sante/les-reseaux-de-surveillance>

Recommandations à tous les médecins (réseau et hors réseau)

Changement de la stratégie de dépistage des arboviroses mise en place **depuis le 11 mars 2019** : la confirmation biologique est réservée au réseau des médecins sentinelles et pour les médecins hors réseau, uniquement pour les cas suivants :

- les voyageurs de retour d'un pays à risque (Vanuatu, Asie du Sud-Est,...) depuis 15 jours,
- les femmes enceintes,
- les enfants (de moins de 2 ans),
- les cas hospitalisés,
- les cas présentant des signes de gravité.

Ces informations devront être inscrites sur la fiche de déclaration.

Les analyses hors stratégie de dépistage sont à la charge du patient et non remboursables car hors nomenclature. Les tests de dépistages réalisés chez des patients hospitalisés sont à la charge de l'établissement hospitalier.

Rappel : tous les cas d'arboviroses (cliniques et confirmés) sont à déclarer à la DASS avec la fiche MDO (préciser la notion de voyage), à l'adresse suivante :

arbo.dass@gouv.nc

La fiche MDO est téléchargeable à l'adresse suivante : https://dass.gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/fiche_declaration_-_arboviroses.pdf

Dans le Pacifique* :

Dengue :

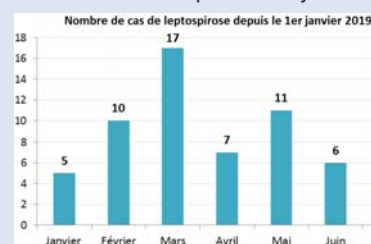
- **Palau** : épidémie de DENV-3 depuis le 11 décembre 2018.
- **Iles Cook** : épidémie de DENV-1 depuis le 28 février 2019.
- **Tuvalu** : épidémie de DENV-1 depuis le 4 avril 2019.
- **Polynésie française** : épidémie de DENV-2 depuis le 16 avril 2019.
- **Iles Salomon** : épidémie depuis le 30 mai 2019.

Vous pouvez retrouver la carte des alertes relatives aux maladies épidémiques et émergentes en Océanie sur le site web de la CPS.

Source : surveillance syndromique du pacifique OMS—PacNet et CPS

Vigilance leptospirose

Circulation active en cours, 60 cas enregistrés dont 2 décès depuis le 1er janvier 2019.



Note d'information

La gale est une maladie infectieuse très contagieuse qui peut toucher les collectivités (écoles, crèches, établissements de santé et médico-sociaux) et qui engendre de nombreuses problématiques organisationnelles et financières au sein des établissements.

La gale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en Nouvelle-Calédonie mais elle doit être signalée à la DASS lorsqu'elle survient dans **une structure de soins** : cette maladie rentre alors dans le cadre du **signalement des infections associées aux soins** qui sont à déclaration obligatoire.

Rappel:

La gale est une **parasitose cutanée** liée à la colonisation de la couche cornée de l'épiderme par un acarien : *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*, appelé communément sarcopte.

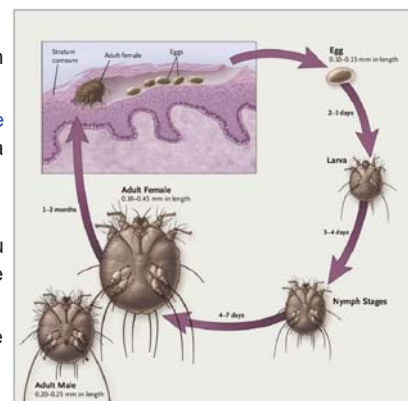
La femelle du sarcopte creuse dans la couche cornée un tunnel où pond ses œufs : le **sillon de ponte (sillon scabieux)**. Les larves éclosent après 2 à 3 jours, évoluent en nymphes et rejoignent la surface de la peau en créant une **vésicule**.

Réservoir : strictement humain.

Transmission : interhumaine, par contact prolongé le plus souvent direct de « peau contre peau » ou parfois de manière indirecte, par l'intermédiaire de l'environnement, essentiellement le linge, la literie et le mobilier en tissu ou cuir.

Incubation : de 1 à 6 semaines (en moyenne 3 semaines), peut être réduite à 3 jours lors d'une réinfestation.

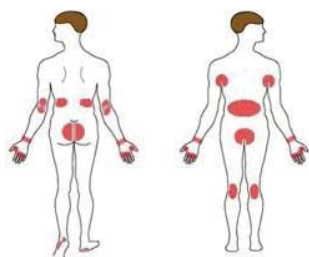
Contagiosité : dès la phase d'incubation.



Cycle parasitaire de la gale (Currie BJ, et al, NEJM, 2010; 362(8): 717-25).

Deux principaux types de gale :

- **La gale commune** se caractérise par la présence :
 - d'un prurit quasi-constant, à recrudescence vespérale et nocturne.
 - de lésions cutanées au niveau de certaines parties du corps (espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, avant-bras et coudes, creux axillaires, ceinture, cuisses, nombril, organes génitaux, plis des seins et des fesses), caractérisées par des fins sillons (sillons scabieux), des vésicules perlées (présence de nymphes) et/ou des plaques +/- squameuses. L'examen clinique retrouve aussi des signes atypiques (lésions de grattage, parfois surinfection).



Zones les plus souvent atteintes par la gale commune chez l'adulte.



Sillons des espaces interdigitaux. (Bouvrès S, Dehen L, Chosidow O. La gale. Y penser en cas de prurit familial. Revue du Praticien-Médecine générale 2007;21:390-2).



Gale chez l'enfant. Nodules des creux axillaires (A), du dos (B), lésions du cuir chevelu (D), vésicules, sillons et papulo-pustules du dos du pied (C), lésions eczématisées du visage (E). (Boralevi F, Diallo A, Miquel J, et al. Clinical phenotype of scabies by age. Pediatrics. 2014;133(4):e910-e916).

! Chez l'enfant, les localisations sont différentes, avec plus d'atteintes au niveau des chevilles, des plantes des pieds et des paumes des mains, du scalp et du visage. Les enfants présentent plus souvent des **nodules scabieux** (formation de granulomes qui peuvent mesurer jusqu'à 1 cm de diamètre, rouges ou bruns, infiltrés, qui ne contiennent pas de parasite).

- **La gale profuse** se caractérise par l'étendue des signes cutanés sur l'ensemble du corps. Elle s'observe particulièrement chez les **personnes immunodéprimées** et les **personnes âgées** et est souvent la conséquence d'un **diagnostic tardif**.

Points importants :

- ⇒ La dissémination du parasite de la gale est favorisée par la **vie en collectivité** et le **non-respect des règles d'hygiène**.
- ⇒ Le **prurit** peut être le seul symptôme dans une **gale débutante**, il y a très peu de lésions typiques.
- ⇒ La maîtrise de l'émergence de cas groupés de gale repose sur un **diagnostic précoce**.
- ⇒ Il n'existe **pas de guérison spontanée** de la gale.
- ⇒ Les lésions de grattage peuvent se **surinfecter**. Les bactéries en cause sont principalement *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*. La surinfection prend la forme d'un impétigo, qui peut se compliquer d'un érysipèle, d'une cellulite, d'une ostéomyélite, d'une arthrite septique, ou d'une septicémie.

Note d'information

CAT en cas de diagnostic d'un cas de gale

Pour que le traitement soit efficace, il faut traiter **simultanément** : la personne atteinte de gale, ses contacts proches, leur linge et leur environnement.

Traitement du cas

Il existe aujourd'hui 3 spécialités, per os ou topiques, disponibles en 1ère intention pour traiter la gale (Cf. tableau) et qui sont toutes remboursées. Parmi ces 3 traitements, seul le Stromectol®, traitement par voie orale, est soumis à prescription médicale obligatoire. Pour des raisons de simplicité d'administration, il est préférable d'utiliser le traitement per os en 1ère intention sauf pour les cas particuliers (femmes enceintes, allaitantes, enfants de moins de 15 kg).

Traitements	Utilisation
ASCABIOL® (benzoate de benzyle) Traitement local, émulsion	Appliquer le soir sur l'ensemble du corps (éviter le visage et les muqueuses) en 2 couches successives, à 10-15 min d'intervalle pour laisser sécher le produit. Laisser agir 24 heures puis rincer (douche). Renouveler 8 jours après. Utilisation possible pendant la grossesse et chez les nouveau-nés à partir d'1 mois.
STROMECTOL® (ivermectine) Traitement per os, comprimés	En une prise à jeun avec de l'eau, pas d'alimentation 2 heures avant et après la prise. Renouveler 8 à 14 jours après. Attention : posologie en fonction du poids (200 µg/kg). Ne doit pas être utilisé chez la femme enceinte, allaitante et l'enfant < 15 kg.
TOPISCAB® (perméthrine) Traitement local, crème	Appliquer le soir sur l'ensemble du corps (visage possible si lésions scabieuses), laisser agir au moins 8 heures puis rincer (douche). Renouveler 8 jours après. Utilisation possible pendant la grossesse et chez l'enfant à partir de 2 mois.

Pour que le traitement soit efficace, il est nécessaire d'administrer une deuxième dose à J8 (traitement local ou per os) afin d'agir sur les formes du sarcopte qui ont évoluées. En effet, les différents traitements sont très probablement inefficaces sur les œufs et peut-être sur les formes larvaires immatures et les études font apparaître une moindre efficacité d'une seule dose de traitement.

Traitement des contacts proches

Traiter simultanément les personnes vivant sous le même toit, ou ayant eu un contact étroit avec le patient par un traitement anti-scabieux. Hors contre-indication, le traitement per os doit être privilégié pour ces contacts pour sa facilité d'utilisation.

Prévention de la récurrence

Demander au patient et à ses proches de réaliser les mesures suivantes :

1. Mettre des vêtements propres et changer la literie le lendemain matin après le traitement.
2. Traiter linge et literie de tous :

Laver le linge utilisé depuis les 3 derniers jours (draps, taies, serviettes, vêtements, linge de cuisine...) en machine à 60°C. Pour le linge ne supportant pas cette température : le mettre en quarantaine dans un sac plastique fermé pendant 3 jours ou le stocker en sac plastique fermé avec un acaricide (type A-PAR®) pendant au moins 3 heures puis le laver à température habituelle. Toute prescription doit être accompagnée de ces informations.

3. Traitement de l'environnement

L'environnement doit également être traité dans les 12 heures suivant le traitement médicamenteux avec pulvérisation d'un acaricide sur les textiles non lavables (canapés, matelas, tapis, sièges et intérieur de véhicules...). Bien ventiler les locaux traités et attendre 12 heures avant de réutiliser la literie désinfectée. L'usage d'un nettoyeur vapeur peut être une alternative efficace.

4. Pendant les 48 premières heures du traitement : **se laver les mains à l'eau et au savon** régulièrement et soigneusement, utiliser des essuie-mains à usage unique, ne pas échanger les vêtements.



Pour tout professionnel, en cas de gale suspectée ou avérée, il est important :

- ⇒ de se laver les mains à l'eau et au savon pour éliminer le sarcopte,
- ⇒ puis de réaliser une friction hydro-alcoolique sur des mains sèches (action bactéricide, fongicide, virucide).



A noter : le prurit peut persister pendant plusieurs jours suivant le traitement (per os ou local), cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a échec du traitement.