

# Alerte «chikungunya» dans les Antilles

| ANTILLES GUYANE |

Le point épidémiologique — N° 01 / 2013

## Introduction

Le 6 décembre 2013, la confirmation de deux cas autochtones dans l'île de Saint Martin a généré une alerte.

Des investigations et une surveillance renforcée avait été mises en place dès le signalement de cas suspects de Chikungunya dans le quartier d'Oyster Pond le 16 novembre 2013.

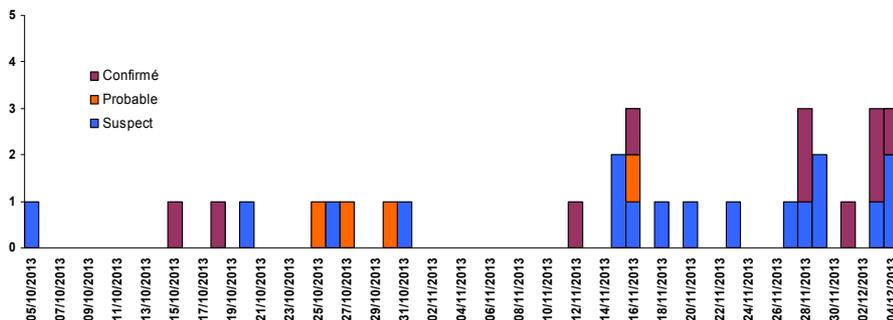
## Investigation des premiers signalements (5 octobre-4 décembre)

Les investigations mises en place ont permis d'identifier 34 cas cliniquement suspects

survenus entre le 5 octobre et le 4 décembre 2013.

### | Figure 1 |

Courbe épidémique des cas de chikungunya selon la date de début des signes, survenus à Saint-Martin entre le 5 octobre et le 4 décembre 2013. Données disponibles pour 31 cas.



Ces cas sont situés majoritairement dans le quartier d'Oyster Pond mais plusieurs cas sont signalés dans d'autres quartiers (Sandy Ground, Saint James, Marigot, Agrement, Quartier d'Orléans...). En termes de diagnostic biologique effectué par le CNR des Arbovirus à Marseille, 10 de ces 34 cas ont été confirmés biologiquement, 4 autres cas sont des infections probables à chikungunya (sérologies IgM et IgG

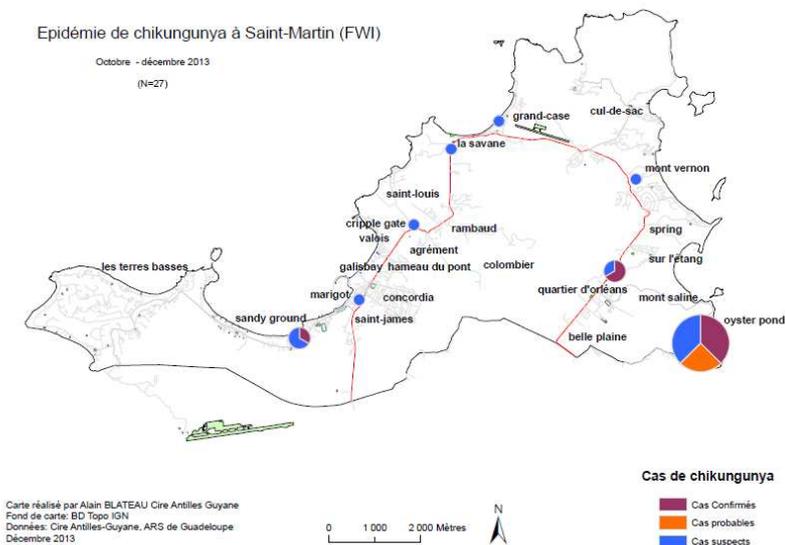
positives) (Figure 1 et 2).

Tous les cas déjà interrogés sont des cas autochtones (*pas de voyage en zone à risque dans les 2 semaines avant l'apparition des signes*).

L'âge moyen des cas est de 45 ans (min:7 - max:79). Deux enfants de moins de 15 ans figurent parmi les cas. Le sexe ratio (H/F) est de 1,1 (23/21).

### | Figure 2 |

Répartition géographique des cas de chikungunya survenus à Saint Martin entre le 5 octobre et le 4 décembre 2013. Données disponibles pour 27 cas.



Ces résultats confirment que le virus du chikungunya circule sur l'île de Saint Martin depuis au moins 9 semaines non seulement sous

la forme d'un foyer actif à Oyster Pond mais aussi avec une extension à d'autres quartiers de l'île (Figure 2).

## Situation épidémiologique actuelle à Saint Martin

Depuis la semaine S2013-48 (25/11 au 1/12), la surveillance est basée une surveillance hebdomadaire exhaustive des cas suspects (par tous les médecins généralistes de l'île) et la surveillance des cas probables et confirmés (par le laboratoire et le CNR). Cette surveillance des cas suspects a rapporté 10 cas en semaine S2013-48 et 40 cas suspects en semaine S2013-49 (Figure 3a). Une progression importante du nombre de cas suspects est observée entre les deux semaines. **Au total, il peut**

**donc être estimé qu'entre 50 et 80 cas suspects ont été vus par un médecin depuis le début de l'épidémie.**

Par ailleurs la surveillance des cas probables et confirmés est menée en étroite collaboration avec le laboratoire d'analyses de biologie médicale de Saint-Martin et les laboratoires du CNR des arbovirus. Cette surveillance a rapporté 2 cas confirmés en semaine S2013-48 et 4 cas confirmés en semaine S2013-49 (Figure 3b).

### | Figure 3 |

Surveillance hebdomadaire des cas de chikungunya à Saint Martin

Figure 3a : Nombre de cas cliniquement évocateurs de Chikungunya vus par l'ensemble des médecins généralistes dans le cadre de leur activité - St Martin - S 2013-48 & 49

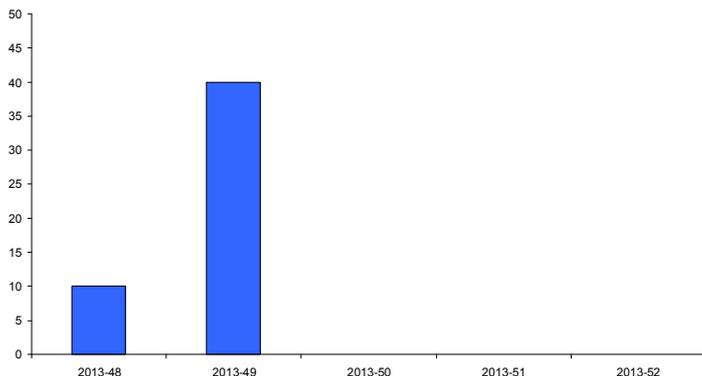
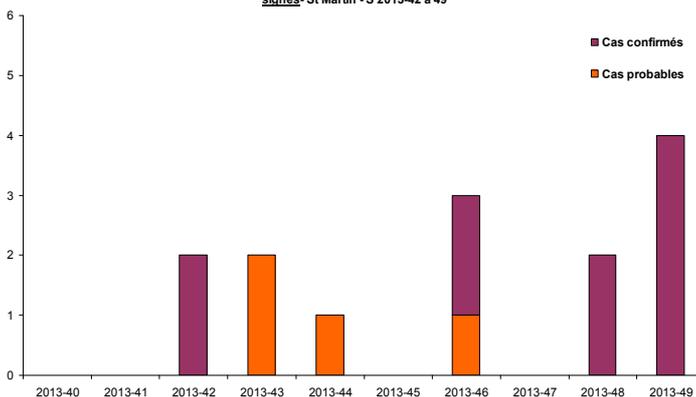


Figure 3b : Nombre de cas probables ou confirmés de Chikungunya selon la date de début des signes - St Martin - S 2013-42 à 49



### Surveillance et prise en charge hospitalière

Un cas suspect a été hospitalisé; les résultats des analyses biologiques le concernant sont en attente.

Recommandations générales: des mesures de protection individuelle et collective doivent être prévues en cas d'hospitalisation d'un cas suspect

ou confirmé de chikungunya afin d'éviter la transmission de la maladie au sein de l'établissement (intervention des services de démoustication, installation du patient dans une chambre climatisée, fenêtre et porte fermée, mise en place d'une moustiquaire imprégnée de taille suffisante, utilisation systématique de répulsifs et de vêtements longs imprégnés pour les déplacements du malade).

## Conclusion pour Saint Martin

**Le comité d'experts des Iles du Nord pour les maladies infectieuses émergentes s'est réuni le 5 décembre 2013 pour examiner la situation épidémiologique. Il a proposé un passage en phase 3 du Psage\* : situation épidémique. Le passage en phase d'épidémie a été approuvé le 6 décembre par le comité de gestion.**

**Le dispositif de surveillance épidémiologique repose désormais à Saint-Martin sur l'adhésion de tous les médecins cliniciens, de ville ou hospitaliers, et sur les données du laboratoires d'analyses biologiques.**

**Les définitions d'un cas suspect et d'un cas confirmé sont rappelées ci-dessous.**

**Il est impératif de protéger immédiatement des piqûres d'Aedes un patient suspect fébrile (celui-ci pouvant être virémique), avant même le retour des résultats des examens sanguins. Cette protection (moustiquaire, répulsifs...) doit être poursuivie au minimum pendant 7 jours après le début des symptômes.**

## Définitions de cas pour Saint Martin

Un cas cliniquement suspect est défini par:

Une personne de retour d'une zone à risque depuis moins de deux semaines ET présentant un syndrome dengue like, celui-ci associant :

- Une température  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  avec un début brutal;
- ET l'absence d'autre orientation étiologique ;
- ET avec au moins un des signes suivants : céphalées, douleurs rétro-orbitaires, myalgies, arthralgies, lombalgies.

**OU Une personne présentant une fièvre  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  d'apparition brutale ET des douleurs articulaires des extrémités des membres au premier plan du tableau clinique ET en l'absence d'autre orientation épidémiologique.**

Un cas probable est un cas suspect tel que défini plus haut et présentant des IgM chikungunya limites ou positives

Un cas confirmé est un cas suspect présentant un des critères virologiques ou sérologiques suivants :

- Isolement viral ;
- OU Mise en évidence du génome viral par RT-PCR ;
- OU Séroconversion ou augmentation récente du titre des IgG 4 fois sur 2 sérums prélevés à 2 semaines d'intervalle minimum
- OU Mise en évidence des anticorps spécifiques chikungunya par séroneutralisation sur des IgM limites ou positives

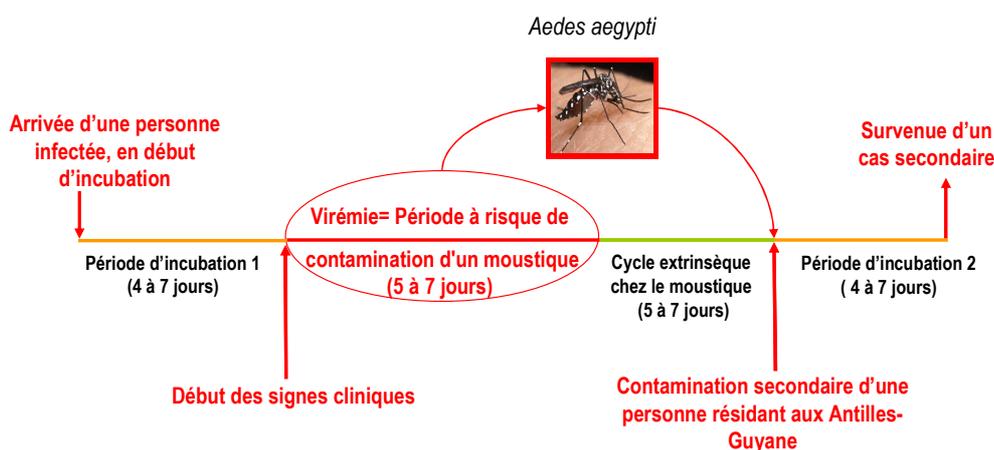
## Risque d'extension dans les autres territoires des départements français d'Amérique (DFA)

Saint-Barthélemy, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane voient le risque d'introduction et de dissémination du chikungunya sur leur territoire considérablement augmenté par l'épidémie de Saint Martin. Leur situation correspond toujours à la phase 1 du Psage, car aucun cas n'y a pour l'instant été confirmé, mais ils sont placés dans le niveau de vigilance renforcé le plus élevé de leur Psage compte tenu de la proximité et

des échanges avec Saint Martin. L'objectif est d'éviter l'infestation du vecteur *Aedes aegypti* par le virus et le début d'une chaîne locale de transmission pouvant s'étendre et entraîner la survenue d'une épidémie. La figure 3 montre le schéma de transmission suite à l'arrivée d'une personne virémique. Le délai de survenue d'un cas secondaire est compris entre 9 jours et un mois.

Figure 3 |

Délai de survenue d'un cas secondaire, suite à l'arrivée d'un voyageur en phase virémique



## Définitions de cas pour Saint Barthélemy, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane

Un cas cliniquement suspect est défini par:

Une personne de retour de Saint Martin depuis moins de deux semaines ET présentant un syndrome dengue like, celui-ci associant :

- Une température  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  avec un début brutal;
- ET l'absence d'autre orientation étiologique ;
- ET avec au moins un des signes suivants : céphalées, douleurs rétro-orbitaires, myalgies, arthralgies, lombalgies.

OU

Une personne présentant une fièvre  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  d'apparition brutale ET des douleurs articulaires des extrémités des membres au premier plan du tableau clinique ET en l'absence d'autre orientation étiologique.

Un cas probable est un cas suspect tel que défini plus haut et présentant des IgM chikungunya limites ou positives

Un cas confirmé est un cas suspect présentant un des critères virologiques ou sérologiques suivants :

- Isolement viral ;
- OU Mise en évidence du génome viral par RT-PCR ;
- OU Séroconversion ou augmentation récente du titre des IgG 4 fois sur 2 sérums prélevés à 2 semaines d'intervalle minimum
- OU Mise en évidence des anticorps spécifiques chikungunya par séroneutralisation sur des IgM limites ou positives

## La surveillance épidémiologique dans les autres territoires des DFA

L'objectif est de détecter le plus précocement possible les patients en phase de virémie, qu'il s'agisse de cas importés (de Saint-Martin ou d'une autre zone à risque) ou de cas autochtones (contaminés au sein du territoire surveillé), ceci afin de rompre le plus rapidement possible toute chaîne locale de transmission par des actions de démoustication appropriées.

Elle s'appuie sur l'ensemble des médecins de ville, des médecins hospitaliers (services d'accueil des urgences et services des maladies infectieuses et tropicales), des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville (LBM), des laboratoires de virologie hospitaliers et le CNR arbovirologiques pour la région Antilles Guyane.

Compte tenu de la circulation de la dengue aux Antilles-Guyane, tout cas suspect, répondant à la définition ci-dessus, doit faire

l'objet d'une recherche diagnostique selon le schéma suivant :

- **< 5 jours après le début des signes : RT-PCR Chikungunya et dengue**
- **du 5e au 7e jour, recherche simultanée par RT-PCR et sérologies IgM Chikungunya et dengue**
- **8e jours après le début des signes : sérologies IgM Chikungunya et dengue seules**
- **15e jours après le début des signes : sérologie IgM et IgG Chikungunya et dengue**

Les prélèvements doivent être envoyés sans délai au CNR des Arbovirus de Marseille sauf pour la Guyane où ils sont à envoyer au CNR associé de l'Institut Pasteur de Guyane.

## Les mesures de contrôle

Conformément au Psage chikungunya, tout cas suspect fait l'objet d'une intervention du service de démoustication avant même les résultats de la recherche diagnostique.

Les mesures de contrôle sont graduées en fonction du statut du cas, et sont mises en œuvre immédiatement après le signalement d'un cas suspect ou d'un cas confirmé.

Les objectifs de l'intervention du service de démoustication sont de :

- repérer et supprimer tous les gîtes potentiels de moustiques dans l'environnement d'un cas ;
- supprimer tous les moustiques adultes susceptibles de s'infecter ou potentiellement porteurs du virus ;
- informer les personnes exposées sur les mesures de protection individuelle contre les piqûres de moustiques, de destruction des moustiques adultes présents au domicile et de suppression des gîtes potentiels dans leur environnement ;
- recenser d'éventuels cas suspects secondaires dans l'environnement d'un cas confirmé afin de limiter l'extension d'un foyer épidémique.

En pratique, l'intervention du service de démoustication comporte les actions suivantes :

- enquête domiciliaire : identification et destruction des gîtes<sup>2</sup> ;
- pulvérisation adulticide<sup>3</sup> du domicile (et du lieu de travail le cas échéant) ;
- enquête de voisinage (minimum de 12 maisons directement avoisinantes) : identification et destruction des gîtes ;
- information sur les actions de prévention individuelle et sur la conduite à tenir en cas d'apparition d'une fièvre ;
- recensement d'éventuels cas suspects secondaires dans l'environnement d'un cas confirmé afin de limiter l'extension d'un foyer épidémique ;

- pulvérisation spatiale du quartier 2 jours après cette première intervention ;
- nouvelle pulvérisation adulticide au domicile et dans le quartier, 4 et 8 jours suivant la première pulvérisation ;

Le même type d'intervention est systématiquement mis en place lorsqu'il s'agit des cas confirmés biologiquement.

Le signalement de tout cas confirmé est suivi en complément d'une enquête épidémiologique (recensement actif de cas) et entomologique (repérage et destruction des gîtes) autour du cas :

- 4 à 5 semaines après le début des signes s'il s'agit d'un cas importé ;
- immédiatement après la confirmation biologique s'il s'agit d'un cas autochtone ;

Ces enquêtes doivent être exhaustives, c'est-à-dire que tous les bâtiments, habités ou non, et tous les terrains doivent être visités, avec l'appui des municipalités, dans un périmètre d'au moins 300 mètres (correspondant au rayon d'action théorique d'un moustique *Aedes* femelle) autour du domicile. Le périmètre d'intervention pourra être précisé en fonction de la configuration du quartier. Plusieurs passages sont nécessaires afin de contacter les personnes absentes lors d'un premier passage.

<sup>2</sup> Collections d'eau permettant le développement des larves et nymphes de moustiques

<sup>3</sup> Destruction des moustiques adultes par pulvérisation d'insecticide anti-adulte

Cette situation correspond à la phase 1 renforcée du Programme de Surveillance d'Alerte et de Gestion (Psage) du chikungunya dont l'objectif est d'éviter et/ou de contrôler au plus vite l'instauration d'une chaîne locale de transmission du virus en mettant en place, sans délai, devant tout cas suspect ou confirmé, les mesures de contrôle adaptées.

Le dispositif de surveillance épidémiologique repose sur l'adhésion de tous les médecins cliniciens, ainsi que de tous les laboratoires de ville ou hospitaliers à signaler immédiatement TOUT CAS SUSPECT OU CONFIRMÉ à l'Agence Régionale de santé (voir numéros ci dessous), afin que soient menées dans les meilleurs délais une investigation épidémiologique et des actions de lutte antivectorielle autour du cas.

Par ailleurs, il est impératif de protéger immédiatement des piqûres d'*Aedes* un patient suspect fébrile (celui-ci pouvant être virémique), avant même le retour des résultats des examens sanguins. Cette protection (moustiquaire, répulsifs...) doit être poursuivie au minimum pendant 7 jours après le début des symptômes.

L'évolution des mesures à prendre et de l'implication nécessaire de tous les professionnels de santé dans le dispositif de surveillance seront détaillés dans les points épidémiologiques ultérieurs.

Tout médecin (clinicien ou biologiste) doit signaler sans délai  
**TOUT CAS SUSPECT OU CONFIRMÉ**  
à l'Agence Régionale de santé

### Guadeloupe

Tél : 0590 410 200

Fax : 0590 994 924

ARS971-POLE-VEILLE-SANITAIRE@ars.sante.fr

### Guyane

Tél : 0594 255 316

Fax : 0594 251 190

ARS973-ALERTE@ars.sante.fr

### Martinique

Tél : 0820 202 752

Fax : 0596 394 426

ARS972-ALERTE@ars.sante.fr

## Conclusions générales

En 2006, le risque d'importation du virus dans les DFA avait été considéré réel en raison de l'épidémie sévissant dans l'Océan Indien et des échanges des DFA avec cette région. Aujourd'hui, ce risque est devenu une réalité à Saint-Martin et a considérablement augmenté dans les autres territoires des DFA.

On peut rappeler que le virus du chikungunya n'a jamais circulé dans la région et qu'en conséquence l'ensemble de la population, non immunisée, est susceptible de contracter la maladie, contrairement à la situation vis-à-vis de la dengue.

Par ailleurs, la météorologie très pluvieuse des Antilles ces derniers jours a créé une multitude de collections d'eau, et donc de gîtes larvaires pour *Aedes Aegypti* favorisant sa multiplication. Enfin, les fêtes de fin d'année et la saison touristique qui débute favorisent et multiplient les échanges familiaux et amicaux au sein et entre les différents territoires des DFA.

Tous ces facteurs augmentent le risque d'infestation des moustiques par le virus et de contamination de la population tant à Saint-Martin que dans les autres territoires.

La période actuelle est donc celle au cours de laquelle les efforts de détection précoce des cas, de surveillance épidémiologique, et d'actions de contrôle des moustiques doivent être à leur niveau maximal pour faire diminuer le risque d'épidémie sur l'ensemble des territoires des DFA.

### RAPPEL SUR LA MALADIE

Après une incubation silencieuse de 4 à 7 jours en moyenne (mais pouvant être comprise entre 1 et 12 jours), une **fièvre élevée** apparaît **brutalement** accompagnée d'**arthralgies** pouvant être intenses, touchant principalement les **extrémités** (poignets, chevilles et phalanges).

D'autres signes peuvent également survenir : des **myalgies**, des **céphalées** et un **exanthème maculo-papuleux** qui peut s'accompagner d'un **prurit** cutané, notamment au niveau de la voûte plantaire.

Des **hémorragies bénignes** à type de gingivorragies et d'épistaxis sont aussi possibles, surtout chez les enfants.

La phase aiguë de l'infection par le Chikungunya dure en moyenne **5 à 10 jours**. Elle correspond à la phase virémique, phase pendant laquelle le malade être piqué par un autre moustique et entretenir la chaîne de transmission.

Les **infections asymptomatiques** sont possibles (à la Réunion, la proportion de formes asymptomatiques a pu être estimée à 13%)

Dans tous les cas, l'immunité acquise paraît durable.

Les symptômes aigus régressent généralement en 5 à 10 jours. Néanmoins, les douleurs articulaires peuvent persister au-delà de cette phase aiguë et, après une phase asymptomatique, des rechutes articulaires avec ou sans fièvre peuvent survenir par intermittence.

La maladie peut évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies persistantes provoquant une incapacité partielle pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois (parfois années).

Pour en savoir plus : *INPES*, « *Dossier Spécial Chikungunya, Point sur les connaissances et la conduite à tenir* », document accessible sur :

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/inpes\\_chikungunya/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/inpes_chikungunya/index.html)

**Il est impératif de protéger immédiatement des piqûres d'Aedes un patient suspect fébrile (celui-ci pouvant être virémique), avant même le retour des résultats des examens sanguins. Cette protection (moustiquaire, répulsifs...) doit être poursuivie au minimum pendant 7 jours après le début des symptômes .**

*Remerciements à Mme Séverine Boucau de l'ARS de Guadeloupe (site Saint-Martin) pour sa participation à l'investigation et au recueil des données de surveillance .*

*Remerciements à nos partenaires : la Cellule de Veille Sanitaire de l'ARS Guadeloupe, Guyane et Martinique, aux Services de démoustication, aux réseaux de médecins généralistes sentinelles, aux services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation), au CNR de l'Institut Pasteur de Guyane, aux LABM, à l'EFS ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.*

## Le point épidémi

Depuis le début de l'épidémie à Saint Martin :

- 50 à 80 cas suspects  
- 14 cas probables ou confirmés

Aucun cas confirmé n'est reporté à Saint Barthélemy, en Guadeloupe en Martinique et en Guyane

### Directeur de la publication

Dr Françoise Weber,  
directrice générale de l'InVS

### Rédacteur en chef

Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

### Maquettiste

Claudine Suivant

### Comité de rédaction

Audrey Andrieu  
Vanessa Ardillon  
Alain Blateau  
Fatim Bathily  
Sylvie Cassadou  
Luisiane Carvalho  
Elise Daudens  
Martine Ledrans  
Jacques Rosine  
Marion Petit-Sinturel

### Diffusion

Cire Antilles Guyane  
Centre d'Affaires AGORA  
Pointe des Grives. CS 80656  
97263 Fort-de-France  
Tél. : 596 (0)596 39 43 54  
Fax : 596 (0)596 39 44 14  
<http://www.ars.martinique.sante.fr>  
<http://www.ars.guadeloupe.sante.fr>  
<http://www.ars.guyane.sante.fr>