

## Alerte «chikungunya» dans les Antilles

| ANTILLES GUYANE |

Le point épidémiologique — N° 02 / 2013

### Introduction

Le 6 décembre 2013, deux cas autochtones de chikungunya ont été confirmés dans l'île de Saint Martin. Des investigations et une surveillance renforcée y avaient été mises en place dès le signalement de cas suspects de chikungunya dans le quartier d'Oyster Pond. Les résultats obtenus ont conduit à déclarer un début d'épidémie à Saint Martin (Phase 3 du Psage chikungunya) le jour même.

De ce fait, Saint-Barthélemy, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane ont vu le risque d'introduction et de dissémination du chikungunya sur leur territoire considérablement augmenté. Ils ont été placés dans le niveau de vigilance renforcé le plus élevé de leur Psage compte tenu de la proximité et des échanges avec Saint Martin.

### Situation épidémiologique actuelle à Saint Martin

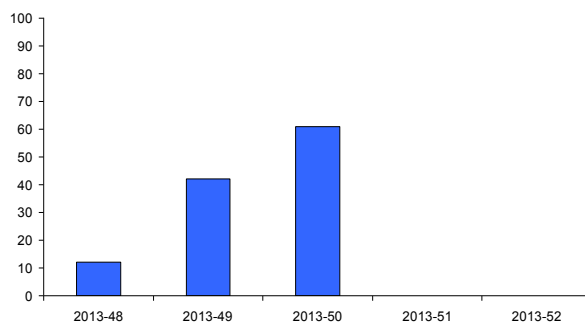
#### Surveillance des cas suspects par les médecins de Saint Martin

Depuis le 25 novembre 2013, la surveillance hebdomadaire des cas suspects est réalisée auprès des médecins généralistes et pédiatres de l'île. Au cours des trois dernières semaines, on note une progression régulière du nombre

hebdomadaire de cas suspects (Figure 1). Au total, **on estime qu'entre 115 et 145 cas suspects de chikungunya ont été vus en consultation médicale à Saint Martin depuis le début de l'épidémie.**

#### | Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par l'ensemble des médecins généralistes dans le cadre de leur activité - St Martin - S 2013-48 à 2013-50.



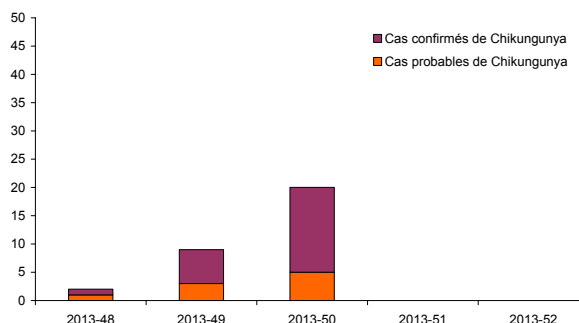
#### Surveillance des cas probables et biologiquement confirmés

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 montre une progression similaire du nombre de ces cas à celle des cas suspects (Figure 2). Les données sont encore in-

complètes pour les première et deuxième semaines de décembre compte tenu des délais de transmission des prélèvements. D'ores et déjà, **26 cas confirmés et 12 cas probables ont été rapportés par la surveillance depuis le début de l'épidémie**

#### | Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de cas probables ou confirmés de chikungunya selon la date de prélèvement - St Martin - S 2013-48 à 50.



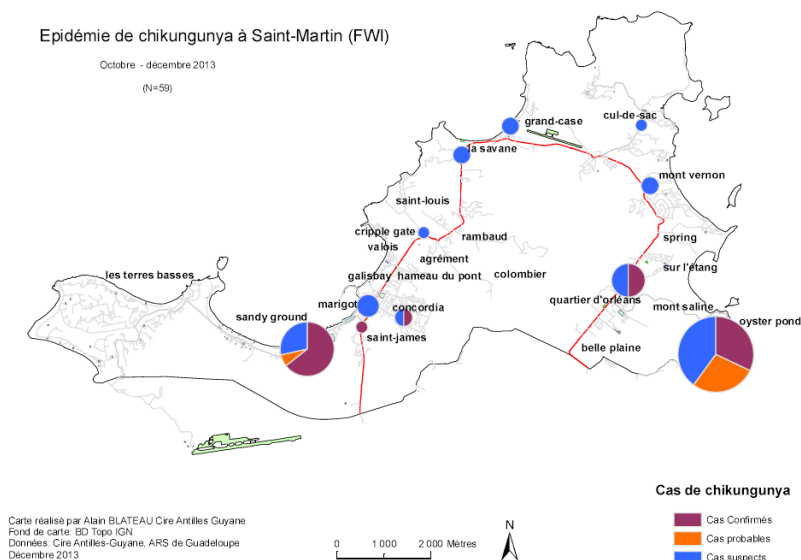
## Répartition spatiale des cas

La distribution géographique des cas confirmés, probables ou suspects ayant été prélevés (en attente de résultats) montre que le virus se propage dans les quartiers déjà touchés et que des cas sont rapportés dans de nouveaux quartiers de Saint Martin (Figure 3). Ainsi, les trois foyers déjà

identifiés à Oyster Pound, à Sandy Ground et à quartier d'Orléans sont confirmés. D'autre part, de nouveaux foyers semblent émerger autour de Marigot (Concordia, Saint James). Par ailleurs, 3 cas non représentés sur la figure 3 résident en partie hollandaise de Saint Martin.

### | Figure 3 |

Distribution géographique des cas de chikungunya confirmés, probables ou suspects ayant été prélevés à Saint Martin—Octobre-décembre 2013/ Données disponibles pour 59 cas.



## Surveillance hospitalière

Deux cas confirmés ont été hospitalisés au cours de la deuxième semaine de décembre (S2013-50). Il s'agissait de deux adultes. L'un souffrait

d'une forme commune et l'autre est un cours de classification.

## Conclusions pour Saint Martin

Les indicateurs épidémiologiques indiquent que l'épidémie de chikungunya continue sa progression sur l'île de Saint Martin qui est toujours en phase 3a du Psage chikungunya : situation épidémique caractérisée par des chaînes locales de transmission.

L'analyse de la situation épidémiologique est rendue complexe par l'épidémie de dengue qui persiste sur l'île. Dans ce contexte, il est important de rappeler les définitions d'un cas suspect et d'un cas confirmé (voir ci-dessous).

Le dispositif de surveillance épidémiologique repose sur l'adhésion de tous les médecins cliniciens, de ville ou hospitaliers, et sur les données du laboratoire d'analyses biologiques dont la contribution est déterminante pour la surveillance de l'épidémie.

**Il est impératif de protéger immédiatement un patient suspect fébrile des piqûres de moustiques (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 présentant une fièvre > 38,5°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**

**OU** 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.

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 de 4 fois du titre des IgG 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 arboviroses 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'ob-**

**jet 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 ou au CNR associé de l'Institut Pasteur de Guyane.

### 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 ou d'une autre 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 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

### Situation épidémiologique actuelle en Martinique

En Martinique, deux infections par le virus chikungunya ont été confirmées par RT-PCR chez deux personnes qui présentaient des signes évocateurs (cas suspect), l'une par le CNR des arbovirus à Marseille et l'autre par le CNR associé des arbovirus à l'Institut Pasteur de Guyane. Ces deux personnes n'ont pas voyagé dans une zone à risques les deux semaines précédant l'apparition des signes cliniques.

Ces confirmations révèlent qu'une chaîne de transmission du virus s'est établie en Martinique ce qui correspond à la phase 2 du Psage en Martinique : transmission autochtone modérée.

**Les mesures de surveillance renforcée et de lutte antivectorielle doivent se poursuivre et s'intensifier pour prévenir la survenue de cas secondaires et l'apparition de foyers et ainsi éviter la diffusion du virus.**

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, afin que soient menées dans les meilleurs délais une investigation épidémiologique et des actions de lutte antivectorielle autour du cas.

### Situation épidémiologique actuelle à Saint Barthélemy, en Guadeloupe et en Guyane

A Saint Barthélemy, en Guadeloupe, la surveillance renforcée mise en place depuis l'alerte a permis de détecter des cas suspects autour desquels des mesures de prévention ont été mises en place. A l'heure actuelle, aucun de ces cas n'a été confirmé biologiquement.

**En Guyane, ce même dispositif de surveillance renforcé a permis d'identifier un cas biologiquement confirmé, importé de Martinique.**

Pour ces territoires, la situation correspond toujours à la phase 1 renforcée du Programme de Surveillance d'Alerte et de Gestion (Psage) d'émergence du virus 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, afin que soient menées dans les meilleurs délais une investigation épidémiologique et des actions de lutte antivectorielle autour du cas.

## Conclusions générales

L'épidémie de Chikungunya poursuit sa progression sur l'île de Saint Martin.

En Martinique, la confirmation biologique de deux cas de chikungunya révèle l'introduction du virus sur l'île. La situation épidémiologique correspond à la phase 2 du Psage\*. Les mesures de surveillance renforcée et de lutte antivectorielle doivent se poursuivre et s'intensifier pour prévenir la survenue de cas secondaires et l'apparition de foyers pour éviter la diffusion du virus.

Pour Saint Barthélemy, la Guadeloupe et la Guyane, la situation correspond toujours à la phase 1 renforcée du 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, probable ou confirmé, les mesures de contrôle adaptées.

Il convient de rappeler que la période pluvieuse actuelle et l'approche d'une augmentation des échanges entre les territoires à l'occasion des fêtes de fin d'année sont des facteurs favorables à l'extension de la circulation du virus.

En conséquence, les efforts de détection précoces de cas, de surveillance et d'actions de lutte antivectorielle doivent être à leur niveau maximal pour faire diminuer le risque épidémique.

\* Programme de Surveillance, d'alerte et de gestion d'émergence du virus Chikungunya

### 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 peut 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)

**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-ALERTE@ars.sante.fr

#### Guyane

Tél : 0594 25 72 37

Fax : 0594 25 72 95

ARS-GUYANE-VEILLE-SANITAIRE@ars.sante.fr

#### Martinique

Tél : 0820 202 752

Fax : 0596 394 426

ARS972-ALERTE@ars.sante.fr

*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 épidémiolo

Depuis le début de l'épidémie à Saint Martin :

- 115 à 145 cas suspects

- 38 cas probables ou confirmés

Deux cas confirmés sont reportés en Martinique.

Un cas confirmé importé est reporté en Guyane.

Aucun cas confirmé n'est reporté à Saint Barthélemy et en Guadeloupe continentale.

#### 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 Bateau  
Fatim Bathily  
Sylvie Cassadou  
Luisiane Carvalho  
Elise Daudens  
Martine Ledrans  
Jacques Rosine  
Marion Petit-Sinturel  
Véronique Servas  
Manuel Zurbaran

#### 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>