

Le chikungunya dans les Antilles-Guyane

Bulletin du 2 au 8 juin 2014 (Semaine S2014-23)

| ANTILLES GUYANE |

Le point épidémiologique — N° 22 / 2014

Situation épidémiologique actuelle à Saint Martin

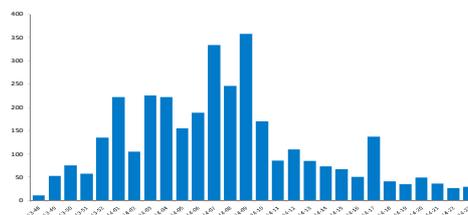
Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Entre fin novembre 2013 et le 8 juin 2014, le nombre de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation médicale de ville est estimé à 3380 (Figure 1).

Au cours de la première semaine de juin 2014 (S2014-23), il a été estimé que 29 cas cliniquement évocateurs ont été vus en médecine de ville contre 27 la semaine précédente. Ce nombre de cas est stable depuis 6 semaines.

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Saint Martin - S 2013-48 à 2014-23



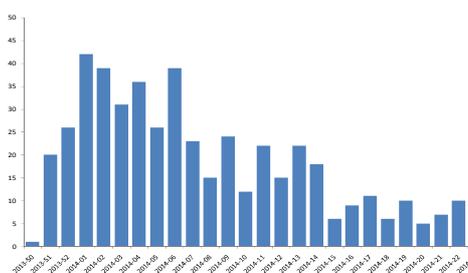
Surveillance des passages aux urgences du centre hospitalier

Le nombre cumulé de passages aux urgences du centre hospitalier pour suspicion de chikungunya depuis le début de la surveillance renforcée et jusqu'en semaine S2014-23 est de 488 (Figure 2).

Le nombre hebdomadaire de ces passages est actuellement en augmentation progressive, de 5 passages en semaine S2014-20 à 13 en semaine S2014-23. Ces chiffres restent néanmoins largement inférieurs à ceux observés au pic de l'épidémie (entre 25 et 40 passages hebdomadaires)

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya - Saint Martin - S 2013-50 à S2014-23



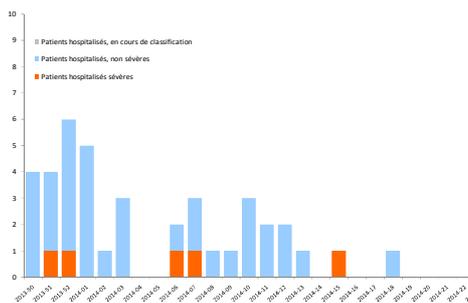
Surveillance des cas hospitalisés, biologiquement confirmés

Depuis le début de l'épidémie, 40 patients présentant une PCR positive pour le chikungunya ont été hospitalisés au CH de Marigot plus de 24 heures pour leur prise en charge (Figure 3). Parmi ces 40 cas, 5 étaient des formes sévères. Le dernier patient a été hospitalisé au cours de la semaine 2014-18. Depuis, aucune hospitalisation de cas confirmé n'a été recensée.

A ce jour, depuis le début de l'épidémie, trois décès liés au chikungunya ont été rapportés (S2014-03, S2014-07 et S2014-11). Après évaluation par les experts hospitaliers, ces trois décès étaient tous indirectement liés au chikungunya.

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de patients hospitalisés plus de 24 heures pour chikungunya, biologiquement confirmés - Saint Martin - S 2013-50 à 2014-23



Répartition spatiale des cas : Les cas incidents semblent se concentrer à Marigot et aux alentours (Quartier d'Orléans, Concordia, Sandy Ground).

Surveillance des cas probables et confirmés : Lorsque Saint-Martin a été placé en phase 3 du Psage (du 3 février au 30 avril 2014, semaines S2014-06 à S2014-17), les cas cliniquement évocateurs ne faisaient plus que rarement l'objet d'une confirmation biologique. Malgré le retour en phase 2 du Psage (1 mai 2014) le nombre de demandes d'examen biologique et les résultats disponibles restent peu nombreux. En conséquence la tendance actuelle est difficilement interprétable.

Conclusions pour Saint Martin

Hormis le nombre de passages aux urgences, en augmentation modérée depuis quelques semaines, l'ensemble des indicateurs de surveillance montre que la transmission virale reste modérée. Saint-Martin est actuellement en phase 2 du Psage.

Situation épidémiologique actuelle à Saint Barthélemy

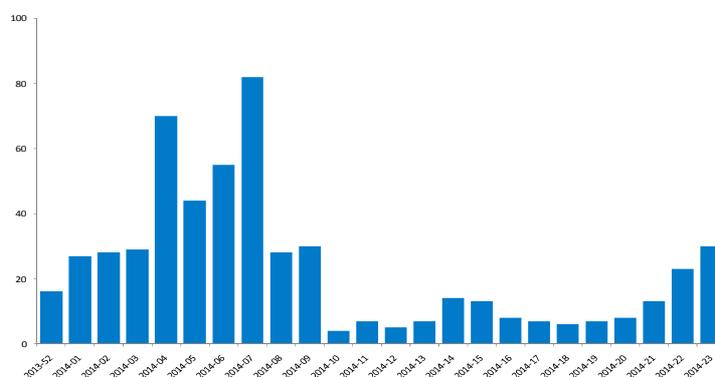
Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Entre le 23 décembre 2013 et le 8 juin 2014, une surveillance hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de chikungunya est réalisée auprès des médecins généralistes de l'île et a permis de recenser 570 cas (Figure 4).

Le nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs vus en consultation en semaine S2014-23 s'établit à 30. Ce nombre augmente progressivement depuis la semaine S2014-20 (huit cas). Il reste néanmoins inférieur à ceux observés au pic de l'épidémie : entre 45 et 80 cas hebdomadaires.

| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Saint Barthélemy S 2013-52 à 2014-23



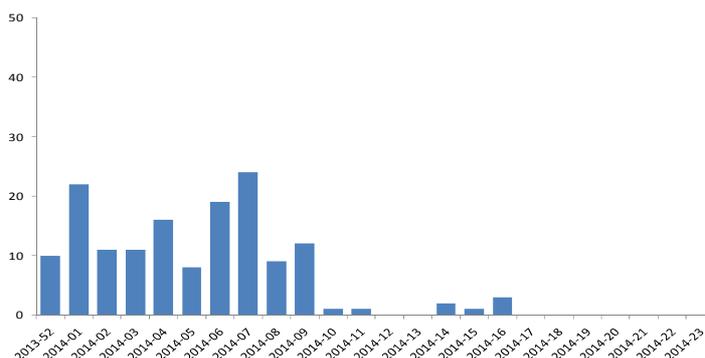
Surveillance des passages aux urgences du centre hospitalier

Le nombre cumulé de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya depuis le début de la surveillance renforcée jusqu'à la première semaine de juin (S2014-23) est de 150 (Figure 5).

Depuis début mars, le nombre moyen de passages hebdomadaires aux urgences est très faible, voire nul au cours des 7 dernières semaines.

| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya - Saint Barthélemy S 2013-52 à 2014-23



Surveillance des cas biologiquement probables et confirmés :

Au total, 142 cas positifs (probables et confirmés) ont été recensés depuis la mi-décembre 2013 (S2013-50). Le nombre de demande d'examens biologiques était limité de mars à mai (S2014-12 à S2014-19) mais semble augmenter depuis puisque six cas ont été retrouvés positifs depuis la semaine S2014-20. Néanmoins, de nombreux résultats biologiques restent en attente depuis fin avril (S2014-17).

Surveillance hospitalière :

A ce jour, aucune hospitalisation de plus de 24 heures de patients biologiquement positifs pour le chikungunya n'a été rapportée.

Conclusions pour Saint Barthélemy

Le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs observés en médecine de ville semble indiquer une reprise progressive de la circulation du chikungunya à Saint-Barthélemy. Les autres indicateurs restent stables. La reprise des demandes de confirmation permettra de mieux interpréter la situation dans les semaines à venir. Saint Barthélemy reste en phase 2 du Psage.

Situation épidémiologique actuelle en Martinique

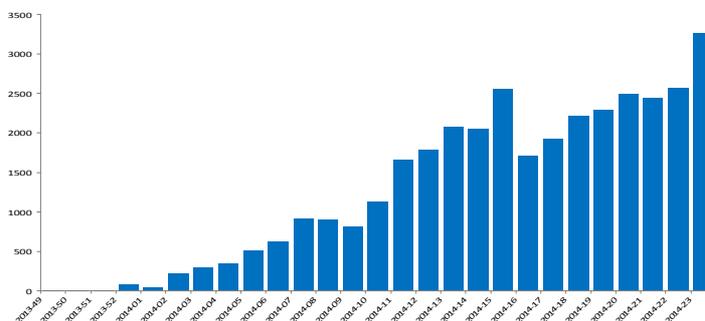
Surveillance des cas cliniquement évocateurs par les médecins généralistes

Depuis le début de l'épidémie de chikungunya déclarée en janvier 2014, l'estimation du nombre total de patients ayant consulté un médecin généraliste et présentant un tableau clinique de chikungunya est de 35 000 cas.

Entre le 2 et le 8 juin 2014 (S2014-23), le nombre estimé de personnes vues en consultation de ville pour suspicion de chikungunya est en augmentation sensible par rapport à la semaine précédente (+26%) ; il s'élève à 3260. Ce nombre est le plus élevé jamais enregistré en Martinique depuis l'émergence du Chikungunya (Figure 6).

| Figure 6 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya, vus en médecine de ville, estimé à partir des données du réseau de médecins sentinelles - Martinique S2013-49 à 2014-23



Surveillance des cas cliniquement évocateurs par SOS Médecins

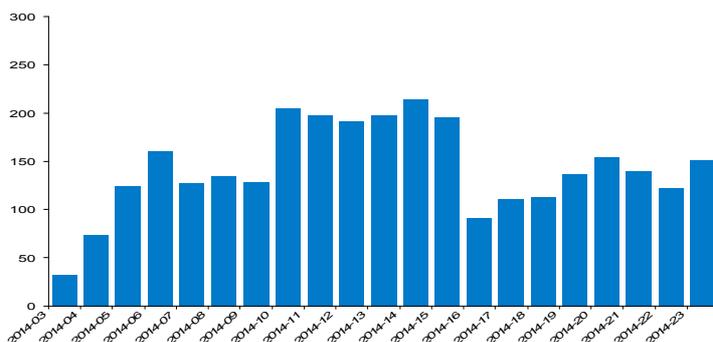
Les visites à domicile effectuées par les médecins de l'association SOS-médecins ont légèrement progressé en semaine 2014-23 (151 visites) par rapport au niveau des deux semaines précédentes.

Le nombre de consultations enregistrées au cours des quatre dernières semaines reste toutefois en deçà des valeurs observées entre mars et début avril 2014.

Les consultations pour chikungunya représentent actuellement environ 20% de l'activité de SOS médecins en Martinique.

| Figure 7 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par SOS Médecins dans le cadre de leur activité - Martinique S2014-03 à 2014-23 – Source Sursaud-InVS



Passages aux urgences adultes et pédiatriques (MFME)

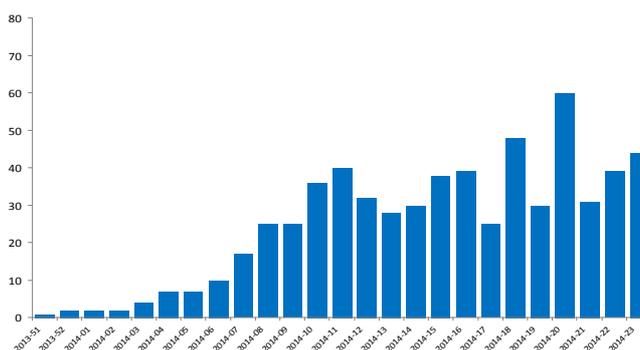
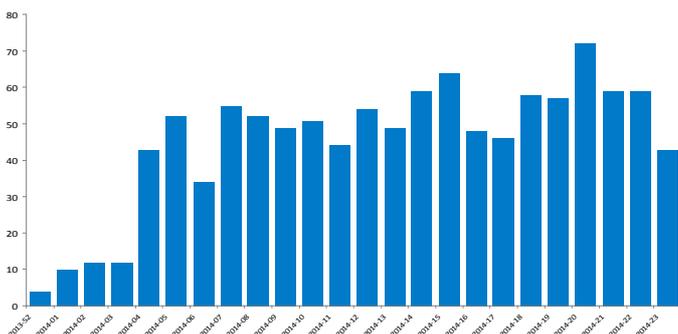
Le nombre de passages aux urgences adultes du CHUM, site PZQ (Figure 8a) pour suspicion de chikungunya est en baisse comparativement aux semaines précédentes avec 43 passages. Depuis le début du mois de mai, 60 consultations étaient enregistrées en moyenne chaque semaine pour suspicion de chikungunya dans ce service d'urgences.

Sur le site de la MFME, le nombre de passages aux urgences pédiatriques pour suspicion de chikungunya a été modéré entre le 2 et le 8 juin ; 44 consultations ont été enregistrées (Figure 8b). La part des consultations aux urgences pour une suspicion de chikungunya par rapport à l'ensemble des consultations reste globalement stable (8%).

| Figures 8a et 8b |

Figure 8a Nombre hebdomadaire de passages pour chikungunya aux urgences adultes (PZQ) Martinique S2013-52 à 2014-23

Figure 8b Nombre hebdomadaire de passages pour chikungunya aux urgences pédiatriques (MFME) Martinique S2013-51 à 2014-23



Situation épidémiologique actuelle en Martinique (suite)

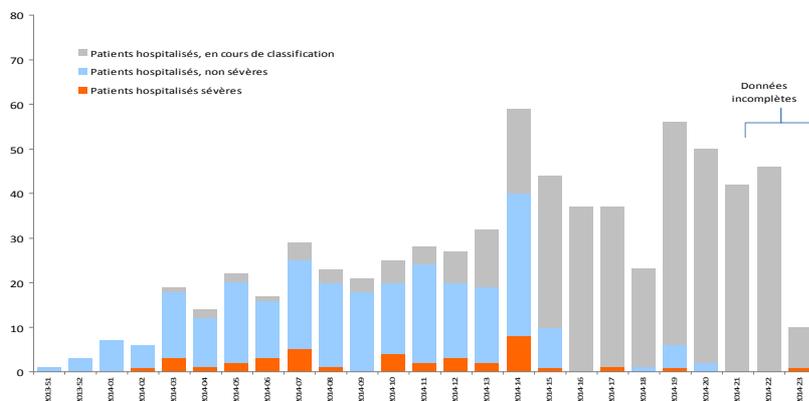
Surveillance des cas hospitalisés

Depuis la mise en place du dispositif de surveillance des cas hospitalisés avec confirmation biologique pour le chikungunya, 689 patients hospitalisés ont été recensés parmi lesquels 290 cas ont fait l'objet d'un classement par le service d'infectiologie du CHUM (Figure 9). Sur les 290 cas classés, on enregistre 39 formes sévères (13%) et 251 formes non sévères (87%). Sur une période de 2 mois allant du 24 mars au 18 mai 2014, le nombre moyen de cas hospitalisés par semaine est de 42 cas.

Neuf décès chez des personnes porteuses du virus chikungunya (biologiquement confirmés) ont été rapportés à ce jour. Huit décès ont été classés comme indirectement lié au chikungunya et un est en cours d'évaluation.

| Figure 9 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés ou probables hospitalisés - Martinique S 2013-51 à 2014-23



Répartition spatiale des cas

Entre le 12 mai et le 8 juin (S2014-20 à S2014-23), les communes les plus touchées en incidence cumulée sont dans l'ordre décroissant : Trinité, Marin, Carbet, Sainte Luce et Sainte Marie (Figure 10).

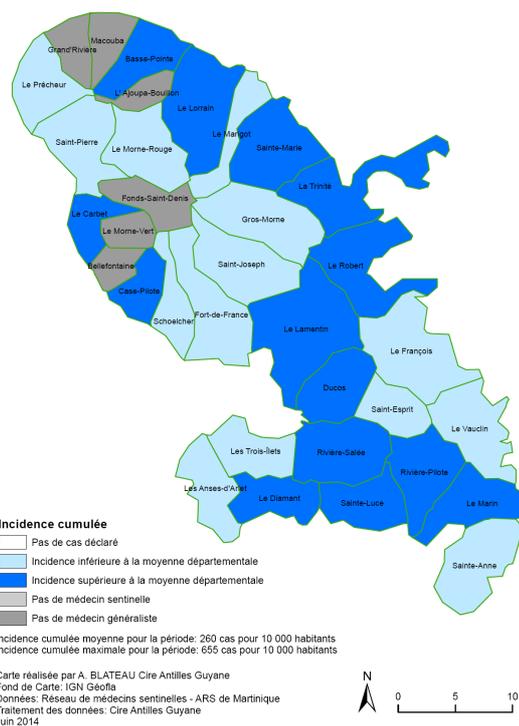
Une forte activité est observée sur la côte Nord Atlantique qui commençait à être touchée lors de la période précédente (S2014-16 à S2014-19).

La région centre, au sens large du terme, est moins impactée en ce moment.

D'une manière plus globale, les incidences communales deviennent plus homogènes sur l'ensemble de la Martinique.

| Figure 10 |

Incidence cumulée estimée des cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins sentinelles dans le cadre de leur activité - Martinique S2014-20 à 2014-23



NB : La figure 10 est établie à partir des données fournies par le réseau de médecins sentinelles. L'absence de médecin généraliste installé dans les communes de Grand Rivière, Macouba, Ajoupa-Bouillon, Fonds Saint Denis, Morne Vert et Bellefontaine empêche toute estimation du nombre de cas cliniquement évocateurs dans ces communes. Ceci ne signifie pas qu'elles sont indemnes de cas de chikungunya.

Conclusions pour la Martinique

L'épidémie poursuit son développement en Martinique avec une progression sensible du nombre de nouveaux cas cliniquement évocateurs au cours de la première semaine du mois de Juin. Une augmentation est également observée au niveau du nombre de visites réalisées par SOS-Médecins Martinique mais elle reste plus modérée. Les passages aux urgences pédiatriques et adultes du CHUM (Site PZQ) restent stables.

La Martinique se trouve toujours en phase 3a du Psage Chikungunya : Situation épidémique.

Situation épidémiologique actuelle en Guadeloupe

Surveillance des cas cliniquement évocateurs

Le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya reçus en consultation par les médecins généralistes marque à nouveau une augmentation importante au cours de la première semaine de juin (2014-23) : 6 600 cas estimés contre 5 150 cas la semaine précédente soit 30% d'augmentation (Figure 11). Le rythme de croissance de l'épidémie ne faiblit pas.

Depuis le début de l'épidémie, le nombre total de cas est estimé à 35 000.

Surveillance des cas probables et confirmés

Les données recueillies depuis la mi-mai restent à consolider.

Sur les données précédentes, il est constaté que le taux de positivité des tests biologiques a augmenté jusqu'à début avril (début d'épidémie) ; puis ce taux est resté stable jusqu'à mi-mai, compris entre 40 et 50 tests positifs pour 100 prélèvements. Ce chiffre semble représenter le taux de positivité de la pleine épidémie.

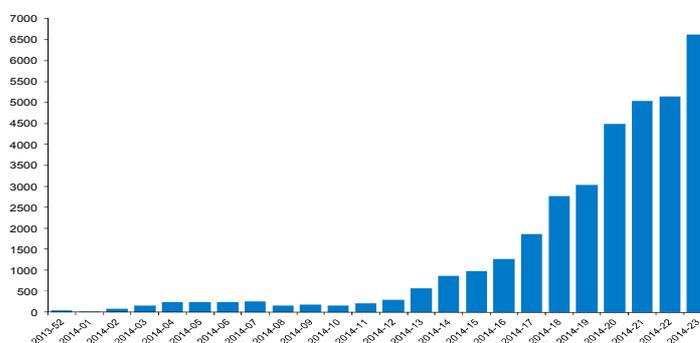
Surveillance des passages aux urgences

Si le nombre hebdomadaire de passages aux urgences reste stable depuis mi-mai au CHBT (compris entre 95 et 115), une brutale augmentation de ce nombre est observée en revanche au CHU : compris entre 100 et 120 entre fin avril et fin mai, il est de 160 au cours de la dernière semaine de mai puis de 216 au cours de la première semaine de juin (Figure 12a et 12b).

Depuis le début de l'épidémie, on observe dans ces passages une majorité d'enfants au CHU et une majorité d'adultes au CHBT.

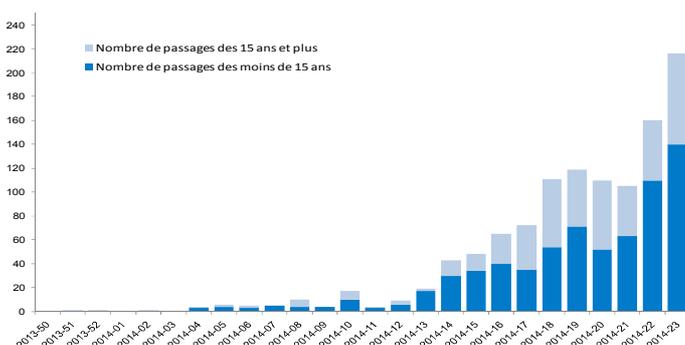
| Figure 11 |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de chikungunya, vus en médecine de ville, estimé à partir des données du réseau de médecins sentinelles - Guadeloupe S2013-52 à 2014-23



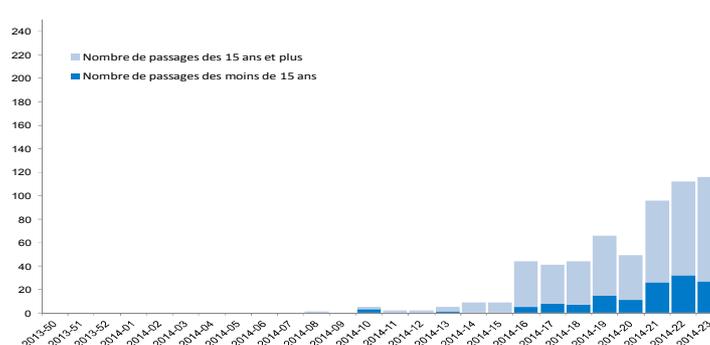
| Figure 12a |

Nombre hebdomadaire de passages pour chikungunya aux urgences adultes et enfants du CHU de Pointe à Pitre - S 2013-50 à 2014-23. Source: Oscope®



| Figure 12b |

Nombre hebdomadaire de passages pour chikungunya aux urgences adultes et enfants du CHBT - S 2013-50 à 2014-23. Source: Oscope®

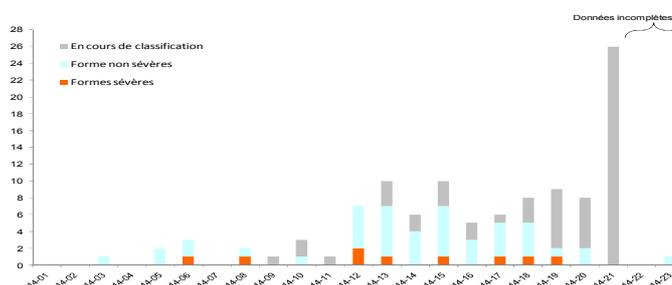


Surveillance hospitalière : De mi-mars (S2014-12) à fin mai (S2014-22), le nombre hebdomadaire de cas probables ou confirmés hospitalisés est resté relativement stable, compris entre 5 et 10, incluant une proportion également stable de formes sévères, entre zéro et deux par semaine (Figure 12).

Ce nombre a ensuite brutalement augmenté pour atteindre 26 hospitalisations au cours de la quatrième semaine de mai (S2014-21). Ces hospitalisations sont réparties de façon homogène entre adultes (12 hospitalisations) et enfants de moins de 15 ans (14 hospitalisations). Le niveau de sévérité de ces cas n'est pas encore connu. Il est difficile à ce jour de juger de l'évolution car les données des semaines suivantes restent à consolider.

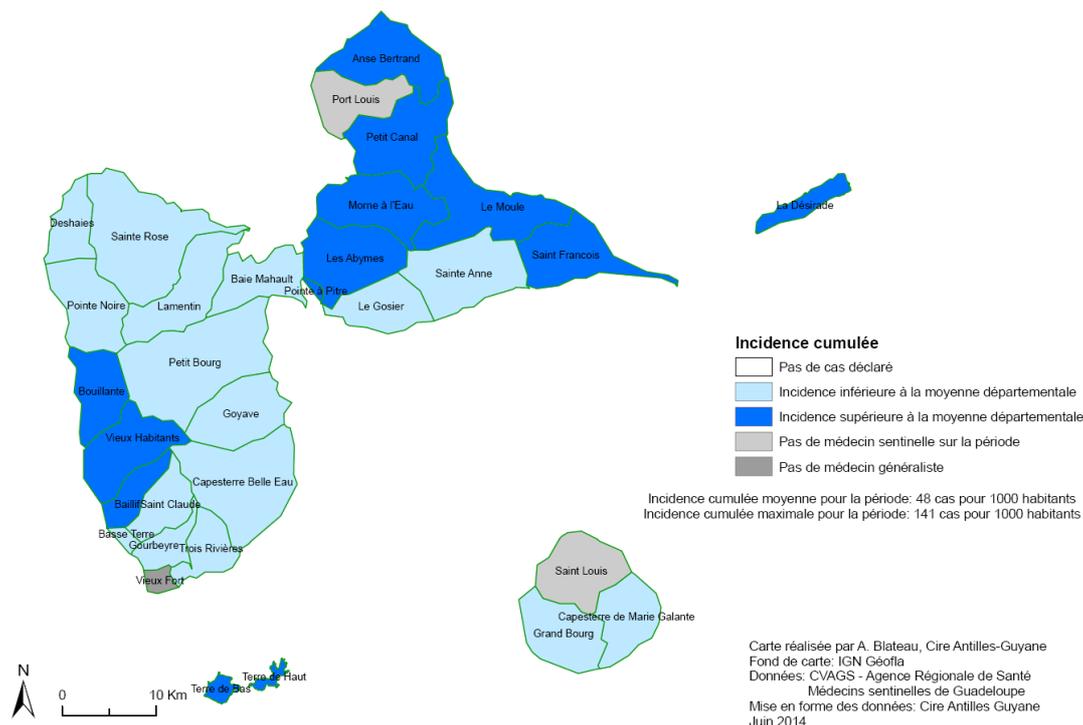
| Figure 13 |

Nombre hebdomadaire de cas confirmés ou probables hospitalisés - Guadeloupe - S2013-51 à 2014-23



| Figure 14 |

Incidence cumulée estimée des cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins sentinelles dans le cadre de leur activité - Guadeloupe S 2014-20 à 2014-23



Répartition spatiale des cas

Parmi les 29 communes disposant de médecins sentinelles, 11 ont une incidence de cas cliniquement évocateurs supérieure à la moyenne départementale. Huit de ces communes sont situées sur la Grande Terre, les autres en Côte sous le vent (Bouillante, Vieux Habitants, Baillif) et aux Saintes (Figure 14).

Conclusions pour la Guadeloupe

L'ensemble des indicateurs épidémiologiques montrent une nouvelle intensification de l'épidémie en Guadeloupe à partir de la fin du mois de mai. Le pourcentage d'augmentation de ces indicateurs (cas cliniquement évocateurs, passages aux urgences, hospitalisations) est important. Sur les quatre dernières semaines, les communes les plus touchées sont situées sur la Grande Terre.

Le comité d'experts des maladies infectieuses va être rapidement sollicité pour réévaluer la situation vis-à-vis du Psage. La Guadeloupe est actuellement en phase 3a du Psage : situation épidémique .

Situation épidémiologique actuelle en Guyane

Le nombre de nouveaux cas probables et confirmés de chikungunya ne cesse d'augmenter en Guyane : au total 318 cas ont été identifiés depuis mi-décembre dont 58% d'autochtones.

Répartition spatiale : Une large majorité (66%) des cas est localisée à Cayenne où les foyers épidémiques continuent de se multiplier. De nouveaux foyers ont été identifiés à Macouria (2 foyers), à Matoury (1 foyer) et à Rémire-Montjoly (1 foyer). Le foyer de Kourou et celui de Matoury déjà cités dans le point

épidémiologique précédent sont toujours considérés comme actifs.

Un total de 36 patients présentant un résultat biologique positif au chikungunya a été hospitalisé plus de 24h. Parmi ces cas, 29 ont été classés, tous en forme non sévère.

Aucun décès n'a été rapporté à ce jour en Guyane.

Conclusions pour la Guyane

La circulation du virus du chikungunya continue de s'étendre en Guyane où de nouveaux foyers ont été identifiés, y compris à Cayenne, la commune la plus touchée actuellement. La situation épidémiologique correspond à la phase 2b du Psage : transmission autochtone modérée avec foyers épidémiques et chaînes de transmission localisées.

| La réponse à l'épidémie de chikungunya en Guadeloupe |

Face à cette menace émergente, un Comité de Suivi et de Coordination a été mis en place dès janvier, quelques semaines après la confirmation du 1er cas autochtone, le 24 décembre 2013. Ce comité présidé par la préfète de Guadeloupe est constitué des collectivités majeures, de l'Association des maires, de services de l'Etat (DEAL et DJSCS), du SDIS, du Rectorat de l'Instance Régionale en Education pour la Santé et de l'ARS. Il a élaboré 7 fiches actions autour de 3 axes principaux : la communication et la mobilisation sociale, la maîtrise des gîtes à risques (gîtes aériens, VHU et encombrants métalliques) et le suivi des conséquences environnementales. Il a participé à la mobilisation rapide de nombreux acteurs tant publics que privés.

| La réponse en matière de Lutte Anti-Vectorielle |

Des objectifs évolutifs en fonction de la situation épidémiologique :

Les objectifs ont évolué assez rapidement, sur la base des analyses régulières des données fournies par la CVAGS et la CIRE. Quatre grands niveaux d'objectifs ont été fixés progressivement :

- 1/ D'abord, retarder l'apparition de foyers épidémiques
- 2/ Puis, retarder le passage en épidémie, afin de permettre la préparation des acteurs chargés de la réponse d'une part et de limiter l'impact économique (fin de la saison touristique en avril) d'autre part. C'est cette phase jugée capitale, qui a mobilisé le plus de moyens et d'énergie de la part du service.
- 3/ Ensuite, limiter la circulation virale et les densités de gîtes potentiels avant le retour de la saison des pluies.
- 4/ Enfin, limiter l'ampleur de l'épidémie.

La situation actuelle correspond à une situation intermédiaire entre le niveau 3a et le niveau 3b.

Un algorithme décisionnel évolutif en fonction du contexte épidémiologique et des moyens disponibles :

Parallèlement, les stratégies d'intervention ont dû être régulièrement ajustées en fonction de l'évolution du contexte épidémiologique et des moyens disponibles. Les interventions (enquêtes entomologiques, mesures de contrôle des vecteurs, communication, ...) sont passées de mesures systématiques autour de tous les cas à des actions plus globales de la manière suivante :

- 1/ Initialement, enquête 50 maisons (voire quartier) autour de tous les cas, complétée par enquête sur les lieux de travail des cas ;
- 2/ Après, limitation du périmètre de l'enquête à une douzaine de maisons autour de tous les cas ;
- 3/ Puis, même périmètre, mais uniquement pour les cas biologiquement confirmés, les cas suspects groupés ou les cas situés dans les îles périphériques de l'archipel. Intervention sur le lieu de travail uniquement dans les cas où il y avait des personnes

âgées ou des enfants en bas âge ;

4/ Ensuite, arrêt des interventions autour des cas suspects groupés et des lieux de travail ;

5/ Enfin, interventions ciblées uniquement hors des foyers épidémiques. Pour les zones de fortes circulations virales, interventions globales (ARS, agents communaux, SDIS, SYVADE) : destructions des gîtes larvaires, élimination des VHU et encombrants métalliques, actions de communication et pulvérisations insecticides.

Une communication de grande envergure, réactive et innovante :

Dès janvier, le plan de communication ainsi que différents supports étaient prêts à être diffusés. Toutefois, les prévisions pour la diffusion concernant la phase 3 (spots TV et affichage routier) étaient trop pessimistes et les réservations d'espaces effectuées d'abord mi février puis début mars ont dû être annulées. Par la suite, les supports élaborés en janvier n'étaient plus adaptés à la situation d'avril, lors du passage en épidémie. L'ensemble de ces supports a dû être revu. Cette communication a bénéficié d'un appui considérable des organisations patronales. Elle a combiné plusieurs moyens : mailings d'alerte, flyers, affichage, spots radio, SMS, diffusion de message dans les centres commerciaux et sur des écrans électroniques, opérations de type évènementielles (défilés de groupes carnavalesques, journées régionales de prévention, journée mondiale de la santé, opérations lors de la coupe de Guadeloupe de football et du festival de blues de Marie Galante, ...).

Par ailleurs, la mobilisation de certains réseaux a été forte : Rectorat (relais d'information, incitation au port de vêtements longs, en particulier dans les écoles privées), Conseil Général (dispensaires, EHPAD, ...), DJSCS (associations sportives et associations personnes âgées), unions patronales. Enfin, l'IREPS a formé au niveau des communes, près de 250 ambassadeurs chikungunya (pour un objectif de 500), chargés de relayer les mesures de prévention au niveau des quartiers.

Résultats : des objectifs partiellement atteints, une difficulté à maintenir la mobilisation sur le long terme :

Globalement, ce sont 223 interventions ciblées autour des cas qui ont été réalisées. En outre, dans le cadre des opérations de grande envergure (Brigades Anti Chikungunya) plus de 5.000 maisons ont été visitées (sur un total de 9.300 ; près de 50% des maisons étaient fermées), plus de 2.600 gîtes larvaires ont été détruits (66%). Les principaux gîtes de reproduction du vecteur étaient constitués par des petits récipients, des coupelles et des gouttières, mais également des fûts destinés au stockage de l'eau (en réaction à la forte sécheresse). Par ailleurs, plus de 900T de VHU et encombrants métalliques ont été enlevés au cours des 4 premiers mois sur 13 communes, c'est bien plus que ce qui est collecté en une année.

Les mesures mises en place ont incontestablement contribué à retarder sensiblement le passage en épidémie. La stratégie développée en matière de lutte anti-vectorielle a été conduite de manière efficace durant les 3 premiers mois. Près d'une douzaine de communes (1/3 des communes du département) ont mis en place, en fonction de la diffusion progressive du virus, des opérations d'envergure coordonnées (ARS, SDIS, SYVADE, municipalité). Début avril, pour diverses raisons, les moyens n'ont pu être mobilisés et coordonnés sur la ville des Abymes. La ville des Abymes est la plus peuplée du département (1/6^{ème} de la population), une des plus étendue, avec une urbanisation complexe, des limites géographiques avec 4 communes. Elle constitue par ailleurs une partie importante du centre économique du département et un carrefour de communication. Les foyers se sont multipliés sur cette ville et ont progressivement gagné les communes proches.

En matière de communication, après deux mois très actifs, une rupture s'est produite en mars. En effet, le plan de communication n'avait pas prévu une stabilisation aussi prolongée du nombre de cas, et les supports disponibles n'étaient plus adaptés au contexte.

Des freins et des limites multiples :

La principale difficulté a été de maintenir la mobilisation, tant au niveau individuel que collectif. Cette situation est la résultante de plusieurs facteurs : difficultés à mobiliser sur une longue période alors que la situation épidémiologique est considérée comme très calme voire sous contrôle. Cette perception a été amplifiée par une confusion faite avec l'épidémie de dengue dont la fin a été annoncée en mars. Le slogan proposé par l'ARS « *dengue chikungunya, même combat* », s'il a clairement facilité la mise en place des mesures de prévention par la population tout en dédramatisant quelque part la situation, a été un facteur de confusion au moment de l'annonce de la fin de l'épidémie de dengue. Il faut souligner à ce stade le coût extrêmement élevé des campagnes de communication, près de 280.000 € depuis le début de l'année sur les trois territoires de Guadeloupe. Par ailleurs, la Guadeloupe a été confrontée à une sécheresse importante à partir de février (coupures tournantes d'eau, restriction des usages par arrêté préfectoral en mars). Paradoxalement, cette situation a contribué à une augmentation anachronique des gîtes larvaires du fait de la constitution de réserves d'eau par la population. En outre, les effectifs ARS sur le terrain ont été limités en avril et mai. En effet, la consigne avait été donnée au personnel fortement sollicité depuis l'épidémie de dengue commencée en juillet 2013, de prendre ses congés avant le retour de la saison pluvieuse. Enfin, il faut souligner l'absence de molécules adulticides efficaces. *Aedes aegypti* a développé de très fortes résistances vis-à-vis de la deltaméthrine. Ce composé supprime, dans le meilleur des cas, de 20 à 70 % des populations de vecteurs. Il a un intérêt limité dans le contrôle de l'épidémie (sauf à pouvoir maintenir des fréquences d'épandage très élevées) ou à répondre à une demande sociale.

Perspectives : renforcer la communication grand public et les actions de proximité :

Dans le contexte de généralisation de l'épidémie en croissance exponentielle, la communication grand public constitue le meilleur levier. Elle s'appuie sur des spots TV, mais également sur des moyens plus originaux : messages dans les salles de cinéma, réseaux sociaux, écrans électroniques, ... Elle devra être complétée par des actions de mobilisation et de nettoyage au niveau des

quartiers, avec les associations, à l'initiative des communes. Les actions de contrôle du vecteur (anti larvaires ou adulticides) se feront en fonction des moyens mis à disposition par l'ARS et le SDIS, renforcés par des volontaires du service civique d'une part et des capacités à identifier les zones de fortes circulations virales d'autre part. Enfin, les efforts devront être maintenus sur le contrôle des gîtes aériens et des déchets métalliques.

Cette campagne de communication a été lancée le 6 juin 2014 lors d'une conférence de presse.

Le cas des îles du nord :

La situation des îles du nord est très différente. Proportionnellement à la population et à la superficie des îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, des moyens très importants ont pu être déployés, tant au niveau humain (renforts de Guadeloupe et de Martinique), qu'en termes de fréquences de pulvérisations insecticides. Des efforts importants de lutte biologique ont été développés concernant le contrôle des citernes (implantation de poissons prédateurs). Enfin, une déclaration d'intention, structurant la coopération entre la partie française et la partie hollandaise de l'île de Saint-Martin a été signée par les autorités. Ces deux îles sont repassées en phase 2 du plan chikungunya, mais la situation pourrait se dégrader rapidement avec le retour des pluies. En effet, on estime à l'heure actuelle que moins de 10% de la population a contracté le virus.

| La réponse en matière d'offre de soins |

L'offre de soins classique fait face à l'introduction du virus sur nos territoires depuis novembre 2013 à St Martin, décembre 2013 à St Barthélemy et en Guadeloupe, mars 2014 à Marie Galante et aux Saintes.

Face à l'accroissement continu du nombre de personnes touchées, ce sont les médecins généralistes qui ont reçu entre janvier et mai dernier l'essentiel de la population qui consultait pour le chikungunya. Il est constaté qu'un certain nombre des patients malades ne recourt à aucune consultation médicale, se soignant seuls à la maison en ayant recours à l'automédication. Cette observation est rapportée par les représentants professionnels des médecins et des pharmaciens qui discutent avec leurs clientèles, confirmée par des ventes accrues en officine d'antidouleurs sans ordonnance, de spécialités homéopathiques à visée apaisante ou protectrice.

Les premières données fournies par l'Assurance maladie ne révèlent pas d'augmentation très significative du nombre total de consultations chez les généralistes. Une analyse plus fine des données notamment de ces dernières semaines permettra de mieux apprécier la situation.

Face à l'accélération de l'épidémie en avril et mai dernier, une première adaptation de l'offre de soins globale s'est néanmoins imposée via :

- une augmentation de l'activité de certains médecins de ville localisés dans certaines communes très impactées pour la progression de l'épidémie (Capesterre Belle Eau, Grand Bourg, Terre de Bas, Lamentin, Goyave, Petit Bourg...);
- une plus grande publicité faite par l'ARS autour du dispositif de garde des pharmacies le dimanche et jours fériés pour répondre aux demandes de conseil pharmaceutique ou d'auto médication;

