

Le chikungunya dans les Antilles-Guyane

Bulletin du 10 au 16 mars 2014 (Semaine S2014-11)

| ANTILLES GUYANE |

Le point épidémiologique — N° 10 / 2014

Ce point épidémiologique hebdomadaire présente l'évolution temporo-spatiale de l'épidémie de chikungunya aux Antilles et en Guyane. Il se base essentiellement sur le suivi des cas cliniquement évocateurs estimés à partir des cas signalés par les réseaux de médecins sentinelles. Chaque mois, le point épidémiologique présente l'ensemble des données de surveillance qui concerne l'activité de SOS médecins, les cas confirmés par les laboratoires, les passages aux urgences, les hospitalisations et la situation internationale.

Définition d'un cas cliniquement évocateur : 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.

Territoires épidémiques

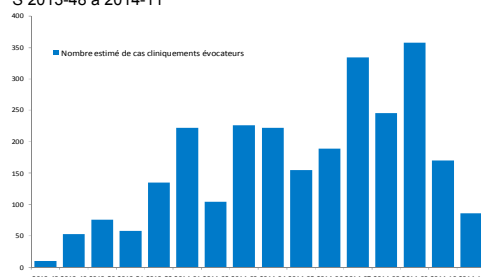
Saint-Martin

Depuis fin novembre 2013, le nombre de cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville est estimé à 2640 au 16 mars 2014 (Figure 1). La tendance est à la baisse depuis début mars avec 86 cas en semaine 11, après une moyenne de 250 cas hebdomadaires en février.

Répartition spatiale des cas : L'épidémie est diffuse sur l'ensemble de la partie française de l'île de Saint Martin.

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Saint Martin - S 2013-48 à 2014-11



Conclusions pour Saint-Martin : L'épidémie de chikungunya se poursuit à Saint Martin. L'ensemble des indicateurs de surveillance montre que la transmission est à la baisse mais reste généralisée à l'ensemble de l'île (phase 3b du Psage-chik).

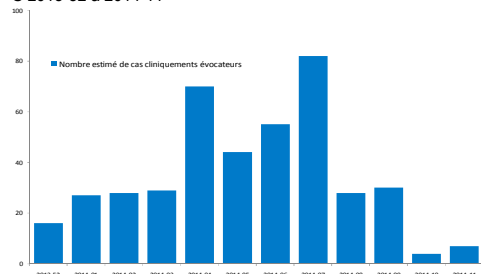
Saint-Barthélemy

Depuis le 23 décembre 2013, la surveillance hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs a permis de recenser 420 cas cliniquement évocateurs jusqu'au 16 mars 2013 (Figure 2). Le nombre de cas vus en consultation en semaine 2014-11 est de 7. La tendance est à la baisse pour la deuxième semaine consécutive.

Répartition spatiale des cas : L'épidémie est diffuse sur l'ensemble de l'île.

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Saint Barthélemy S 2013-52 à 2014-11



Conclusions pour Saint-Barthélemy : Les indicateurs épidémiologiques suggèrent un recul de l'épidémie de chikungunya sur Saint-Barthélemy qui a été placée le 30 décembre 2013 en phase 3a du Psage (épidémie avérée).

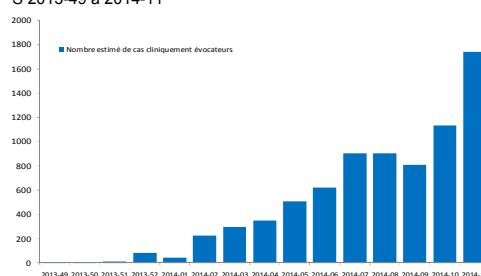
Martinique

Depuis décembre 2013, le nombre de cas cliniquement évocateurs vus par les médecins généralistes est estimé à 7630. Après une période de stabilité de 3 semaines à 900 cas par semaine qui pourrait s'expliquer notamment par un recours ou un accès plus limité aux soins en période de carnaval (Congés, fermetures de nombreux cabinets médicaux), le nombre de cas augmente fortement en semaine 11 avec 1740 nouveaux cas estimés.

Répartition spatiale des cas : La répartition géographique évolue également. Les incidences les plus fortes sont observées

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Martinique S 2013-49 à 2014-11



dans les communes de Trinité, Carbet, Marin, Case Pilote et Fort de France.

Conclusions pour la Martinique : Les indicateurs épidémiologiques confirment la poursuite de l'épidémie en Martinique qui est placée en phase 3a du Psage depuis le 24 janvier 2014. On observe une accélération de l'épidémie et la généralisation géographique est en cours. Il n'est pas noté à ce stade d'augmentation notable des consultations aux urgences ou auprès de SOS médecins.

Saint Martin :

- 2640 cas cliniquement évocateurs
- 782 cas probables ou confirmés
- 3 décès enregistrés

Saint Barthélemy :

- 420 cas cliniquement évocateurs
- 134 cas probables ou confirmés

Martinique :

- 7630 cas cliniquement évocateurs
- 1141 cas probables ou confirmés
- 2 décès enregistrés

Guadeloupe :

- 1960 cas cliniquement évocateurs
- 586 cas probables ou confirmés

Guyane :

- 22 cas probables ou confirmés autochtones
- 10 cas confirmés importés

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 Suivart
Comité de rédaction
 Audrey Andrieu
 Vanessa Ardillon
 Alain Bateau
 Fatim Bathily
 Sylvie Cassadou
 Luisiane Carvalho
 Elise Daudens
 Frédérique Dorléans
 Martine Ledrans
 Jacques Rosine
 Marion Petit-Sinturel
 Laure Fonteneau
 Stéphanie Rivière
 Cyril Rousseau

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>

Territoires non épidémiques

Guadeloupe

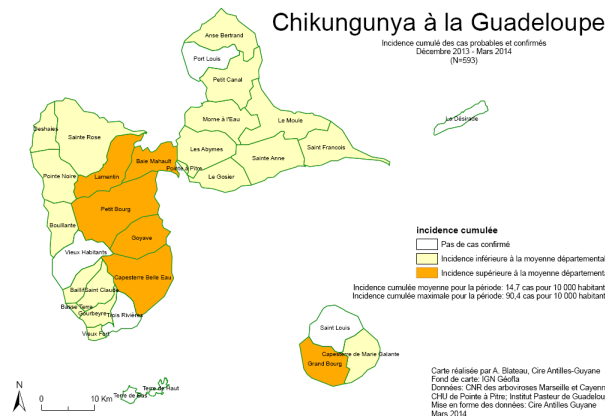
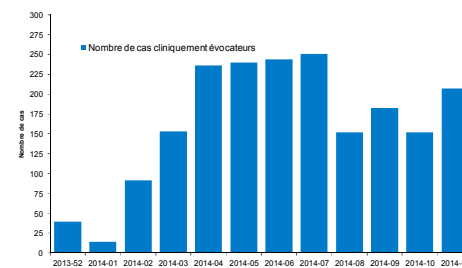
Le nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs diagnostiqués par les médecins généralistes est stable depuis quatre semaines (mi-février), compris entre 150 et 200.

Ce nombre est inférieur à celui des quatre semaines précédentes (20/01-16/02), compris entre 230 et 250 cas.

Répartition spatiale des cas : L'incidence cumulée depuis fin décembre est supérieure à la moyenne dans six communes. Deux nouvelles communes sont touchées : Baillif et Bouillante.

| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Guadeloupe S 2013-52 à 2014-11



Conclusions pour la Guadeloupe :

La situation du chikungunya évolue peu en Guadeloupe mais le virus a atteint de nouvelles communes.

Le comité d'experts des maladies infectieuses ou émergentes réuni le 13 mars a considéré que la situation épidémiologique correspondait toujours à la phase 2 du Psage : circulation virale modérée.

La prévention reste de mise, en particulier de la part des malades qui doivent se protéger des moustiques pour ne pas contaminer leur entourage.

Guyane

Au 19 mars 2014, 30 cas confirmés (20 autochtones et 10 importés) et 2 cas probables ont été recensés en Guyane. Le seul foyer actif actuellement est celui identifié à Kourou en février.

Répartition spatiale des cas : La majorité (73%) des cas confirmés ou probables a été identifiée à Kourou. Les autres cas autochtones ont été recensés à Cayenne, Rémire-Montjoly et Macouria.

Conclusions pour la Guyane :

Le virus du Chikungunya circule toujours sur le littoral guyanais. La majorité des cas est localisée à Kourou, bien que quelques cas autochtones aient été identifiés sur l'île de Cayenne. La situation correspond à la phase 2 du Psage : transmission autochtone modérée.

Conclusions générales

Alors que la tendance semble à la diminution à Saint Martin et Saint Barthélemy et à la stabilisation en Guadeloupe (une tendance qui devra être confirmées lors des prochaines semaines), on assiste à une accélération et une généralisation de l'épidémie en Martinique où toutes les communes sont touchées.

En Guadeloupe, des cas ont été identifiés dans deux nouvelles communes et 6 communes sont concernées par une incidence supérieure à la moyenne départementale.

En Guyane, la circulation du virus reste modérée mais s'étend à partir du foyer identifié sur la commune de Kourou et touche maintenant l'île de Cayenne.

General conclusions

For epidemic areas, epidemiologic indicators of Chikungunya decrease in Saint-Martin and Saint-Barthelemy. These trend needs to be confirmed in the coming weeks. In Martinique, the viral transmission rapidly increases and a geographic spread of the outbreak is observed.

In Guadeloupe, the situation is stable but new municipalities are affected. The initial outbreak in Baie Mahault now covers 6 municipalities.

In French Guyana, the moderate viral transmission is spreading to Cayenne.

Remerciements à nos partenaires : les Cellules de Veille Sanitaire des ARS de Guadeloupe, de Guyane et de Martinique, aux Services de démoustication, aux réseaux de médecins généralistes sentinelles, à SOS médecins, aux services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation), aux CNR de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées et 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.