

Le chikungunya dans les Antilles

| ANTILLES GUYANE |

Le point épidémiologique — N° 04 / 2013

Introduction

Le 6 décembre 2013, deux cas autochtones de chikungunya ont été confirmés dans l'île de Saint Martin et le début d'épidémie a été déclaré le jour même (Phase 3 du Psage chikungunya). L'île voisine de Saint Barthélemy a été placée à ce même niveau le 30 décembre 2013.

La Martinique a connu ses premiers cas autochtones à la mi-décembre et a été placée le 19 décembre 2013 en phase 2 du Psage chikungunya.

La Guadeloupe a également été placée en phase 2 du Psage après la confirmation des premiers cas autochtones au cours de la dernière semaine de décembre.

Un seul cas importé de Martinique a été détecté en Guyane qui reste en phase de vigilance élevée compte tenu de ses échanges avec Saint Martin, la Martinique et la Guadeloupe.

Situation épidémiologique actuelle à Saint Martin

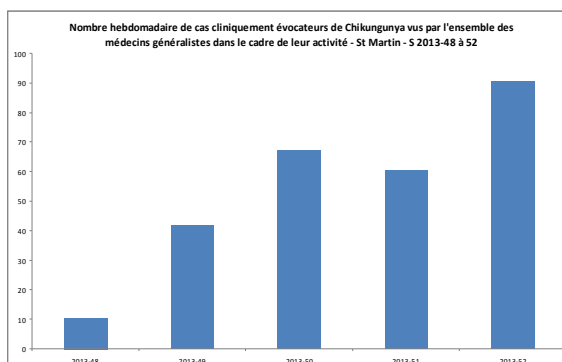
Surveillance des cas suspects par les médecins de Saint Martin

Depuis le 25 novembre 2013, la surveillance hebdomadaire des cas suspects est réalisée auprès des médecins généralistes et pédiatres de l'île. La tendance générale depuis le début de cette surveillance est à la hausse, même si, en semaine 2013-51, une légère baisse a été observée (Figure 1). Cependant, les données des 2

dernières semaines doivent être consolidées la semaine prochaine car tous les médecins généralistes n'ont pu être joints pendant ces semaines de fête de fin d'année. Au total, **on estime que 271 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 2013-52.



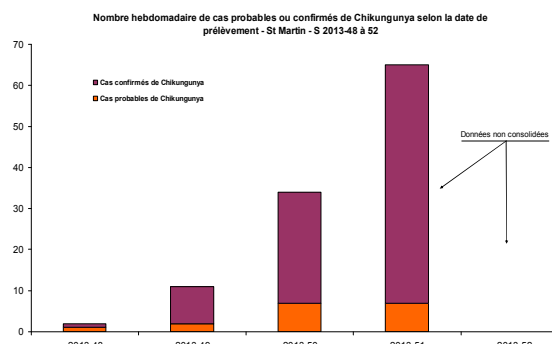
Surveillance des cas probables et biologiquement confirmés

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 (Institut de Recherche Biomédicale des Armées). Les données (Figure 2) sont encore incomplètes

pour les dernières semaines compte tenu des délais de transmission des prélèvements, en particulier aucun résultat n'a été reçu pour la semaine 52. D'ores et déjà, **98 cas confirmés et 20 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 52.



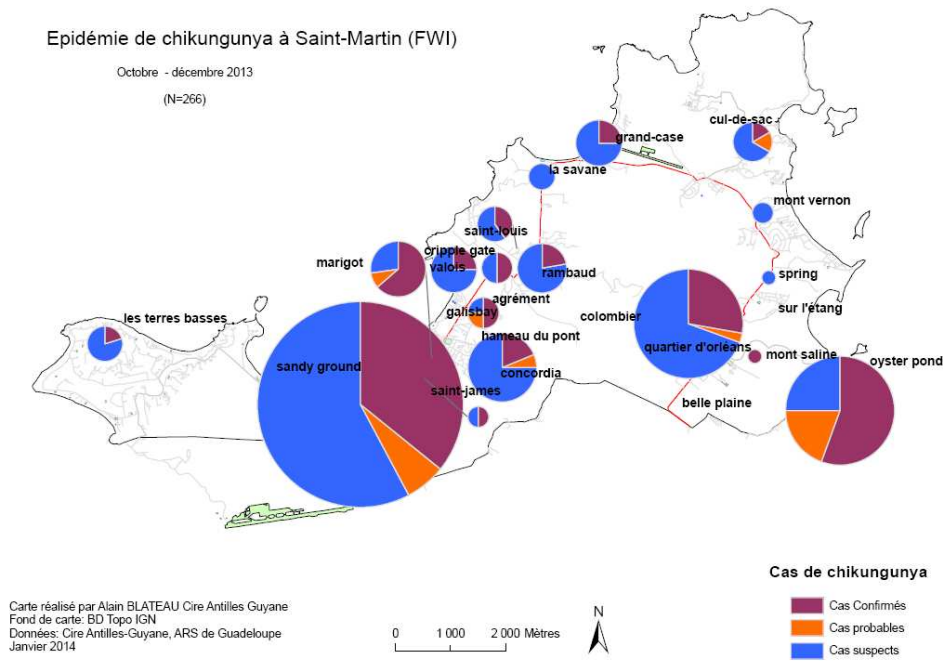
Répartition spatiale des cas

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 confirmés sont rapportés dans de nouveaux quartiers de Saint Martin (Figure 3). Ainsi, les

trois foyers déjà identifiés à Oyster Pond, à Sandy Ground et à quartier d'Orléans sont confirmés. D'autre part, de nouveaux foyers semblent émerger à Marigot et autour de Marigot d'une part, mais aussi dans le nord de l'île à Grand Case et Cul de sac.

| Figure 3 |

Distribution géographique des cas de chikungunya confirmés, probables ou suspects ayant été prélevés à Saint Martin—Octobre-décembre 2013/ Données disponibles pour 266 cas.



Surveillance hospitalière

Cinq cas confirmés et un cas probable ont été hospitalisés à Saint Martin depuis le début de l'épidémie. Il s'agissait de six adultes. Par ailleurs, un

cas confirmé (un enfant) a été transféré au CHU de Pointe à Pitre. Aucun décès lié au chikungunya n'a été enregistré à ce jour.

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 des 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

<u>Un cas cliniquement suspect est défini par:</u> 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 <u>Un cas probable est</u> un cas suspect tel que défini plus haut et présentant des IgM chikungunya limites ou positives	<u>Un cas confirmé est</u> 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
---	--

Situation épidémiologique actuelle à Saint Barthélemy

Surveillance des cas suspects par les médecins de Saint Barthélemy

A Saint Barthélemy, la surveillance renforcée mise en place depuis l'alerte à Saint Martin a, dans un premier temps, détecté 11 cas suspects cliniquement évocateurs lors de l'avant dernière semaine de décembre. Au cours de la dernière semaine de décembre, la confirmation biologique de certains cas a montré l'existence d'une circulation du virus à Saint

Barthélemy. Une surveillance hebdomadaire des cas suspects a donc été mise en place dès cette semaine auprès des médecins généralistes de l'île. **Au cours de la dernière semaine de décembre, 16 cas suspects ont été signalés par les médecins généralistes.**

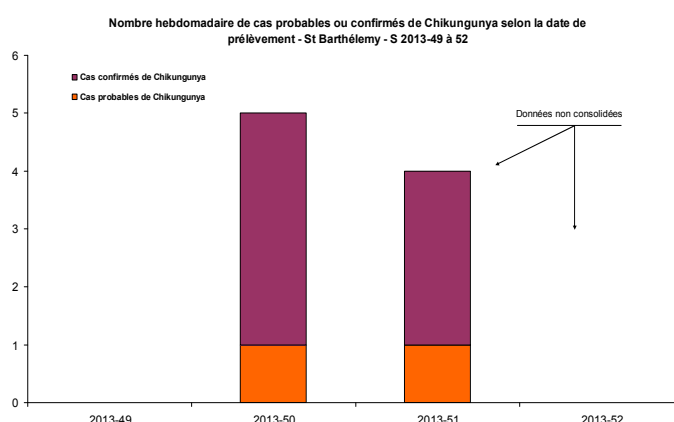
Surveillance des cas probables et biologiquement confirmés

La surveillance des cas probables et confirmés est menée en étroite collaboration avec le laboratoire d'analyses de biologie médicale de Saint-Barthélemy et les laboratoires du CNR des arbovirus (Institut de Recherche Biomédicale des Armées). Les données (Figure 5) sont en-

core incomplètes pour les dernières semaines compte tenu des délais de transmission des prélèvements, en particulier aucun résultat n'a été reçu pour la semaine 52. D'ores et déjà, **7 cas confirmés et 2 cas probables ont été rapportés par la surveillance depuis le début de l'épidémie.**

| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de cas probables ou confirmés de chikungunya selon la date de prélèvement - Saint Barthélemy - S 2013-49 à 52.



Conclusions pour Saint Barthélemy

Les indicateurs épidémiologiques indiquent que l'épidémie de chikungunya s'installe sur l'île de Saint Barthélemy qui a été placée le 30 décembre 2013 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 Barthélemy

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

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

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.

La surveillance épidémiologique dans les autres territoires des DFA

Définitions de cas pour la Guadeloupe et la Martinique

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.

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, treize infections par le virus chikungunya ont été confirmées par RT-PCR, et **cinq cas** ont été classés comme **probables**. La moitié de ces cas résident dans un même quartier de Fort de France. Les personnes concernées n'ont pas voyagé dans une zone à risques les deux semaines précédant l'apparition des signes cliniques.

Ces données confirment l'existence d'une chaîne de transmission du virus en Martinique qui est placée en phase 2 du Psage en Martinique (transmission autochtone modérée) depuis le 19 décembre 2013.

Le dispositif de surveillance épidémiologique a permis de détecter 43 cas suspects cliniquement évocateurs pour lesquels les résultats des exa-

mens biologiques sont attendus.

La surveillance syndromique à partir du réseau de médecins sentinelles va être mise en place dès le début du mois de janvier 2014. Une réunion du Comité d'experts pour les maladies infectieuses émergentes (CEMIE) est prévue prochainement pour examiner les données épidémiologiques et proposer éventuellement un changement de phase 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 et ainsi éviter la diffusion du virus.

Situation épidémiologique actuelle en Guadeloupe

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. **Un cas autochtone a été confirmé biologiquement** le 24 décembre 2013, ce qui a conduit à placer la Guadeloupe en phase 2 du Psage (transmission autochtone modérée).

Depuis 2 autres cas ont été confirmés dont un importé de Saint Martin. Le dispositif de surveillance épidémiologique a permis de détecter 26 cas

suspects cliniquement évocateurs pour lesquels les résultats des examens biologiques sont attendus.

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.

Définitions de cas pour 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°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

Situation épidémiologique actuelle en Guyane

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

Pour ce département, 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'installation d'une chaîne locale de transmission du virus en mettant en place, sans délai, devant tout cas suspect ou confir-

mé, 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 ou des cas suspects signalés.

Conclusions générales

L'épidémie de Chikungunya poursuit sa progression sur l'île de Saint Martin. La surveillance à Saint Barthélemy a également mis en évidence des chaînes locales de transmission. Ces deux territoires sont placés au niveau 3a du Psage* : situation épidémique.

En Martinique et en Guadeloupe, la confirmation biologique de nouveaux cas de chikungunya autochtones confirme l'introduction du virus sur ces territoires. La situation épidémiologique correspond à la phase 2 du Psage* : 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

Pour 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.

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

RAPPEL SUR LA RECHERCHE DIAGNOSTIQUE

Compte tenu de la circulation de la dengue aux Antilles-Guyane, tout cas suspect, répondant à la définition ci-dessous, 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 (Institut de Recherche Biomédicale des Armées) de Marseille ou au CNR associé de l'Institut Pasteur de Guyane.

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 maculopapuleux** 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

**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 nos partenaires : les Cellules de Veille Sanitaire des ARS de Guadeloupe, de Guyane et de Martinique, aux Services de décontamination, aux réseaux de médecins généralistes sentinelles, 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.

Le point épidémiolo

Depuis le début de l'épidémie à Saint Martin :

- 271 cas suspects
- 118 cas probables ou confirmés

Sept cas confirmés et 2 probables sont reportés à Saint Barthélemy.

Treize cas confirmés et cinq cas probables sont reportés en Martinique.

Trois cas confirmés sont reportés en Guadeloupe dont un importé.

Un cas confirmé importé est reporté 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 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>