



Liberté - Égalité - Fraternité
REPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
Ministère de la Parité et de l'Égalité Professionnelle
Directions de la Santé
et du Développement Social
Guadeloupe Guyane Martinique



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE
CIRE Antilles Guyane

BASAG

Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane

Année 2007, n°3

Numéro thématique

Mars 2007

Risques sanitaires liés à la coupe du monde de cricket dans la Caraïbe



ICC Cricket
World Cup
WEST INDIES 2007



Éditorial

Du 5 mars au 28 avril prochains, la coupe du monde cricket 2007 se déroulera dans les West Indies. A cette occasion, un grand nombre de supporters et visiteurs est attendu pour participer au troisième plus grand événement sportif mondial !

Parmi eux, un certain nombre vont arriver de zones où sévissent des maladies infectieuses, vectorielles ou non, sur un mode épidémique ou endémique. Aussi, des risques sanitaires « d'importation » ne sont pas à exclure du fait de ce rassemblement de population sur une courte période.

Ces risques sont doubles. D'une part, il existe un risque d'introduction de pathologies vectorielles dont sont actuellement indemnes les pays de la Caraïbe. C'est, par exemple, le cas du Chikungunya dont on connaît le caractère explosif quand il survient dans une population vierge comme ce fut le cas à La Réunion l'année dernière. D'autre part, il existe un risque de « passer à côté » du diagnostic chez des voyageurs présentant un tableau clinique d'apparence banale mais pouvant cacher une pathologie méconnue dans nos départements.

C'est dans ce cadre et sur la base de l'expérience acquise avec la mise en place des Programmes de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies (Psage) de dengue et chikungunya dans les Départements Français d'Amérique (DFA), que le dispositif de veille sanitaire sera renforcé dans les DFA du **28 février au 19 mai** prochains.

Ce numéro spécial du Basag présente ce renforcement qui s'inscrit en complément du dispositif piloté par le Caribbean Epidemiology Centre de Trinidad à l'occasion de cette coupe du monde 2007.

La participation de tout le réseau régional de veille sanitaire est capitale pour faire que cet événement sportif ne devienne pas un mauvais souvenir tant pour les supporters et voyageurs qui visiteront nos départements, que pour la population des DFA qui, avec la dengue, a déjà fort à faire....

Dès le 28 février, tous les documents nécessaires à la veille sanitaire, en complément de ce numéro, seront téléchargeables sur les sites de la DSDS de Martinique.

Docteur Philippe Quénel, Coordonnateur scientifique de la Cire Antilles Guyane

Contexte

La Cricket World Cup (CWC) est organisée tous les quatre ans et se déroule selon le standard ODI (One-day International). Un match ODI est un match de cricket joué entre deux équipes nationales se déroulant sur un seul jour. La première édition eut lieu en 1975 en Angleterre et réunit huit équipes.

En 2007, la coupe du monde se déroule dans les West Indies du **5 mars au 28 avril 2007** ; c'est La Barbade qui, mandatée par le Caricom, est le pays organisateur et qui accueillera la finale.



Actuellement, onze nations ont un statut qui les qualifie d'office pour la coupe du monde. A celles-ci s'ajoutent les cinq meilleures équipes de l'International Cricket Council Trophy (ICC). En 2007, ce sont les seize pays suivants qui participent à l'ICC-CWC 2007 :

- Poule 1 : l'Australie, l'Afrique du Sud, les Pays-Bas, l'Écosse ;
- Poule 2 : le Sri Lanka, l'Inde, le Bangladesh, les Bermudes ;
- Poule 3 : la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre, le Kenya, le Canada ;
- Poule 4 : les Indes occidentales, le Pakistan, le Zimbabwe, l'Irlande.

Les matchs se dérouleront dans neuf pays de la région des West Indies : Antigua, Barbade, Grenade, Guyana, Jamaïque, Saint-Kitts & Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent, Trinidad & Tobago.

Les îles de Sainte-Lucie et Antigua sont les plus proches des Antilles françaises (Martinique et Guadeloupe) avec, également Saint-Kitts & Nevis plus au nord, proche de Saint Martin et Saint Barthélemy (voir carte ci-contre). Le Guyana, séparé de la Guyane par le Suriname est également un pays accueillant des matchs.

A cette occasion, de nombreux supporters et touristes sont attendus durant une période d'environ deux mois. Ainsi, par exemple, une vingtaine de bateaux de croisière d'une capacité pouvant atteindre pour certains plus de 2500 passagers sont attendus pour la seule île de Sainte-Lucie (où se déroulera la demi-finale). Il est très probable qu'à cette occasion, des voyageurs visitent alors les DFA et principalement la Martinique.

Coupe du monde de cricket

Les pays organisateurs



Manque sur cette carte la Jamaïque et le Guyana

Pour en savoir plus sur l'agenda des matchs

<http://www.cricketworldcup.com>



Évaluation des risques d'importation de pathologies à l'occasion de l'ICC-CWV 2007

A. Tarantola, B. Rotureau, I. Quatresous, C. Paquet. Institut de veille sanitaire — Département international et tropical

Introduction

A l'occasion de la coupe du monde de cricket, on attend, dans les territoires caribéens accueillant les matchs, les équipes et de nombreux touristes en provenance d'Afrique, d'Amérique du Nord, d'Asie, d'Europe et d'Océanie. L'afflux important de voyageurs en provenance de pays où sévissent, de façon endémique ou épidémique, un certain nombre de maladies infectieuses transmissibles, représente un risque potentiel d'importation et d'implantation de maladies jusqu'à présent absentes des Antilles et/ou de la Guyane. La survenue d'épidémies de maladies infectieuses lors de rassemblements de population est rare mais n'est pas exceptionnelle (épidémie de méningite lors du pèlerinage de La Mecque en 2000 [1], épidémie de rougeole lors d'une compétition sportive en 1991 à Minneapolis [2]).

Pour évaluer les risques sanitaires d'importation à l'occasion d'un tel événement, la veille internationale joue un rôle crucial. La veille internationale qui est au cœur de la mission du DIT-InVS, repose sur la détection, la vérification, l'analyse et la mise en perspective des signaux issus de la surveillance épidémiologique dans les pays d'origine mais aussi des informations issues de sources comme les organisations internationales, les partenaires sur le terrain ou la presse [3].

Dans le cadre de l'ICC-CWC 2007, l'apport de la veille internationale consiste en l'identification en amont des risques potentiels d'importation dans les départements français d'Amérique, compte tenu de la situation endémique ou épidémique dans les pays d'origine des joueurs ou du public. Inscrite dans l'activité de routine du DIT, la veille internationale sera renforcée pendant la période de la coupe par une attention particulière ciblée sur certains pays et sur certaines pathologies. L'objectif principal de cette détection en amont des risques potentiels, comme celle des risques avérés, est pour les autorités sanitaires de pouvoir anticiper de façon adaptée et graduée les mesures de contrôle à mettre en place dans les pays concernés de la zone Caraïbe.

Elle vise en premier lieu les pathologies pouvant constituer une menace pour la santé de la communauté. Elle s'intéresse ensuite à identifier les pathologies à évoquer dans le cadre de la démarche diagnostique individuelle d'un praticien et qui ne sont pas présentes sur le territoire.

Méthode

En collaboration avec la Cire Antilles-Guyane, les risques d'importation de pathologies à partir des pays participants ont été identifiés. Une liste des pathologies infectieuses importables dans la Caraïbe et présentant un risque potentiel communautaire lors de l'ICC-CWC 2007 a été dressée à partir des données provenant de la base de données Gideon¹ ou de sites institutionnels. Les épidémies en cours ont été répertoriées à partir des données de l'Organisation Mondiale de la Santé (Liste de vérification des épidémies²) et du DIT (via le Bulletin Hebdomadaire International, lui-même élaboré en partie sur la base des informations recueillies via le logiciel GPHIN³). Ces pathologies ont ensuite été priorisées en fonction de leur probabilité de survenue (nature endémique ou épidémique), de leur risque de propagation basé sur leur mode de transmission (vectorielle, interhumaine directe) et de leur gravité.

Résultats

Une liste priorisée de maladies infectieuses a été soumise pour avis au Comité d'experts des maladies infectieuses de Martinique avant d'être finalisée. Cette version basée sur la situation au 31 janvier 2007 figure dans le Tableau 1.

Les maladies y sont déclinées par pathologie, par mode de transmission et par pays. Le résultat apparaît en rouge s'il représente un problème à priorité élevée en termes de santé publique et de risque communautaire ; l'intensité de la couleur déclinant avec la priorité du problème.

L'exercice de priorisation a sélectionné trois principaux risques : **le paludisme, la dengue et le chikungunya**. Certaines des pathologies (marquées d'un astérisque) peuvent être présentes aux Antilles mais constituent une préoccupation particulière de santé publique dans le pays d'origine. En ce qui concerne la dengue, présente dans la Caraïbe, c'est l'introduction de nouveaux sérogroupes qui pourraient représenter un risque. Les cases laissées en blanc illustrent un risque plus théorique, sans épidémie en cours. Elles servent essentiellement d'aide-mémoire pour une démarche diagnostique individuelle et feront également partie des cibles de la veille internationale.

Enfin, le tableau n'inclut pas certaines pathologies qui existent déjà aux Antilles (infection à VIH/SIDA) ou déjà décrites lors de grands rassemblements mais dont la source serait locale (légionellose).

1 : GIDEON: Global Infectious Diseases and Epidemiology Online Network. Base de données internationale concernant les maladies infectieuses et la microbiologie

2: Liste de vérification des épidémies: Liste établie par l'OMS des épidémies susceptibles d'affecter la santé publique au niveau mondial en cours d'investigation ou de contrôle.

3 : Global Public Health International Network : outil informatique développé par Santé Canada, ayant pour objectif de trier en continu sur le Web les signaux d'alerte à partir de la presse nationale ou internationale

Tableau 1. Liste des maladies infectieuses prioritaires pour la surveillance des risques communautaires et la démarche diagnostique individuelle, par mode de transmission, pathologie, et pays, au 31 Janvier 2007.

Risque	Maladies infectieuses	Inde	Pakistan	Kenya	Bangladesh	Sri Lanka	Canada	Afrique du sud	Zimbabwe	Royaume-Uni	Irlande	Pays-Bas	Australie	Nouvelle Zélande
Transmission vectorielle locale	Paludisme													
	Chikungunya													
	Dengue													
	Encéphalite japonaise													
	West Nile													
	O'Nyong-Nyong													
	Rickettsioses													
	Ross River													
	Fièvre Jaune													
Transmission inter-humaine locale	Tuberculose													
	Méningite à méningocoque													
	Grippe saisonnière													
	<i>S. aureus</i> résistant à la méthicilline*													
	<i>C. difficile</i> *													
Importation de cas isolés	Choléra													
	FHV ⁴													
	Leishmaniose viscérale													
	Peste													

4. FHV : fièvre hémorragique virale

Discussion

L'utilité de la détection des signaux par la veille internationale ne se conçoit que s'ils servent à guider l'action de santé publique. Ainsi les efforts de surveillance et de contrôle des risques communautaires seront concentrés sur la détection précoce des cas de paludisme, de dengue ou de chikungunya afin de limiter le risque de diffusion secondaire à partir d'éventuels cas importés dans des zones où des vecteurs compétents sont présents, notamment par le renforcement de la lutte antivectorielle.

Par ailleurs, l'attention des praticiens hospitaliers et libéraux devra être attirée sur certaines pathologies peu transmissibles en communauté mais parfois difficiles à évoquer cliniquement et nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique particulière en milieu hospitalier (FHV, choléra).

Cette liste priorisée de maladies faisant l'objet d'une attention plus étroite (Tableau 1) compte tenu des risques liés à leur importation dans la zone caraïbe est évolutive. Elle sera actualisée régulièrement en fonction des signaux issus de la veille épidémiologique durant la période de la coupe du monde de cricket.

Elle constitue un outil mis à disposition des responsables de santé publique ou des cliniciens et fait partie intégrante du dispositif de surveillance ou de contrôle des épidémies.

[1] Serogroup W-135 meningococcal disease among travelers returning from Saudi Arabia--United States, 2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2000 Apr 28;49(16):345-6.

[2] Ehresmann KR, Hedberg CW, Grimm MB, Norton CA, MacDonald KL, Osterholm MT. An outbreak of measles at an international sporting event with airborne transmission in a domed stadium. J Infect Dis 1995 Mar;171(3):679-83.

[3] Grein TW, Kamara KB, Rodier G, Plant AJ, Bovier P, Ryan MJ, et al. Rumors of disease in the global village: outbreak verification. Emerg Infect Dis 2000 Mar;6(2):97-102.

Contrôle du risque d'introduction de maladies vectorielles dans les DFA

Avec la contribution du Dr. Georges Alvado, MISP, responsable de la CVS de Martinique et M. André Yébakima, chef du Centre de démoustication de la Martinique.

La présence dans la Caraïbe, et plus particulièrement dans les DFA, de moustiques vecteurs potentiels de maladies infectieuses nécessite de renforcer la veille sanitaire à l'occasion de l'ICC-CWC 2007 vis-à-vis du risque d'introduction du paludisme, du Chikungunya ou encore de nouvelles souches du virus de la dengue. Ces trois pathologies prioritaires nécessitent de pouvoir être détectées précocement (contrôle sanitaire aux frontières, surveillance épidémiologique) afin de prévenir leur implantation (démoustication).

L'objectif général du renforcement du dispositif de veille sanitaire est d'éviter la contamination des moustiques vecteurs (*Aedes*, *Anopheles*) et le début d'une chaîne locale de transmission pouvant s'étendre progressivement et entraîner la survenue d'une épidémie.

Ce renforcement sera effectif du **28 février au 19 mai 2007** et concerne principalement la Martinique.

Le renforcement du contrôle sanitaire aux frontières

Le contrôle sanitaire aux frontières (CSF) est basé sur le repérage de voyageurs en provenance de zone d'épidémie/endémie de ces pathologies dans le but de déclencher le plus précocement possible des mesures de prévention dans leur entourage immédiat.

L'objectif du dispositif est donc d'inciter toutes les personnes en provenance d'une zone à risque (liste pré-établie de pays sur la base des informations fournies par la veille internationale et mise à jour régulièrement) à se signaler au plus tôt, afin que :

- ces dernières soient informées des mesures de prévention individuelle à respecter impérativement dès l'arrivée ;
- le service de démoustication réalise sans délai les actions de démoustication adaptées dans leur environnement (domicile, lieu de travail) ;
- la cellule de veille sanitaire évalue le risque de transmission si la personne a présenté des signes de la maladie avant son départ ou à son arrivée et assure le suivi des signalements (apparition de signes cliniques, résultats des examens de confirmation...).

A l'occasion de l'ICC-CWC 2007, le CSF sera renforcé de plusieurs agents supplémentaires à l'aéroport et dans les ports, et une assistance médicale de santé publique 24h/24 mise en place par la DSDS de Martinique.

Une plaquette d'information en anglais sera délivrée systématiquement à tous les voyageurs en provenance des pays participant à la coupe du monde et débarquant dans les DFA. Cette plaquette rappelle les principales mesures de protection individuelle, la nécessité de consulter un médecin en cas de fièvre et donne les numéros de téléphone indispensables auxquelles ils pourront faire appel.

Par ailleurs, le CSF prendra systématiquement contact avec le médecin et le commandant de bord pour les bateaux de croisière afin de les informer du dispositif et que les plaquettes d'information (10 000) soient distribuées aux passagers.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique consiste à repérer sans délai tout cas suspect et /ou confirmé d'une des trois pathologies prioritaires, qu'il soit importé (contamination survenue hors des Antilles Guyane) ou autochtone (contamination aux Antilles Guyane) pour déclencher aussitôt les mesures de contrôle nécessaire à la prévention d'une transmission secondaire autochtone.

Elle s'appuie sur le réseau régional de veille sanitaire regroupant l'ensemble des médecins de ville dont les médecins des réseaux sentinelles, les médecins hospitaliers (services d'accueil des urgences des hôpitaux, services des maladies infectieuses et tropicales et services de pédiatrie), les laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville (LABM), les laboratoires de virologie hospitaliers et le CNR des arbovirus pour la région Antilles Guyane.

Les cas suspects sont repérés soit par auto-signallement des voyageurs en cas de symptômes à leur arrivée (contrôle sanitaire aux frontières) soit par le signalement précoce par les médecins devant un syndrome évocateur avec une notion de provenance d'un pays à

risque (cas suspects). Les cas confirmés sont signalés par les laboratoires.

Le renforcement de la démoustication

Il existe un dispositif déjà opérationnel dans le cadre des Psage dengue et chikungunya et du plan de contrôle du risque d'implantation du paludisme et qui consiste en :

- la réalisation d'enquêtes entomo-épidémiologiques : des relevés entomologiques sont effectués et une recherche de cas suspects et / ou confirmés dans l'entourage de tous les cas confirmés de dengue (ou cas suspects groupés), de tous les cas suspects ou confirmés de chikungunya et de tous les cas confirmés de paludisme, est menée selon un protocole standardisé;
- la pratique de pulvérisation intra-domiciliaire ;
- le renforcement des actions de démoustication orientées vers la lutte anti-larvaire (communication grand public, intervention des municipalités...).

A l'occasion de la coupe du monde de cricket, **ce dispositif est renforcé** de la façon suivante :

Pour tout cas confirmé ou **tout cas suspect** (voir encadré) de paludisme, de dengue ou de chikungunya, une intervention sera systématiquement déclenchée par le centre de démoustication.

Par ailleurs, les opérations de démoustication seront portées à un rythme bihebdomadaire dans la zone aéroportuaire du Lamentin et dans la zone portuaire de Fort-de-France. Elles seront également mises en place dans la zone portuaire du Marin.

Définitions de cas suspects et confirmés pour les 3 pathologies prioritaires

Pour le Paludisme

- Un **cas suspect importé** est défini comme :

- toute personne présentant un état fébrile et en provenance d'un des pays suivants : Inde, Pakistan, Kenya, Bangladesh, Sri Lanka, Afrique du sud, Zimbabwe.

- Un **cas confirmé** est défini comme :

- toute personne présentant un état fébrile et une lame positive à plasmodium

Pour la dengue

- Un **cas suspect importé** est défini comme :

- toute personne présentant un état fébrile et en provenance d'un des pays suivants : Inde, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka,

- Un **cas confirmé** est défini comme :

- tout cas suspect présentant 1 sérologie IgM spécifique positive ou une PCR positive ou un dosage de la protéine NS1 positif.

- Pour le Chikungunya

- Un **cas suspect importé** est défini comme :

- toute personne présentant une fièvre indifférenciée et en provenance d'un des pays suivants : Inde, Pakistan, Sri Lanka.

- Un **cas confirmé** est défini comme : un cas suspect présentant une sérologie IgM Chikungunya positive sur un prélèvement tardif (> 5 jours) ou une RT-PCR positive .



Le Renforcement de la collaboration internationale

Coopération avec le CAREC

A l'occasion de l'ICC-CWC 2007, sous l'égide du Bureau de la PAHO à Barbade, un accord de coopération a été établi entre le CAREC (Caribbean Epidemiology Centre) et la Cire Antilles Guyane.

Plusieurs dispositions sont ainsi prévues :

Surveillance épidémiologique

- Les DFA, via la Cire Antilles Guyane, entrent dans le cadre de la surveillance épidémiologique mise en place pour l'événement et coordonnée par le CAREC, au même titre que les autres pays du Caricom ;
- Le CAREC adresse quotidiennement à la Cire le rapport de surveillance épidémiologique des pays de la Caricom ;
- La Cire adresse hebdomadairement le rapport de surveillance épidémiologique des DFA.

Épidémiologie d'intervention

En tant que de besoin, la Cire Antilles Guyane pourra rejoindre l'équipe de soutien « Caribbean Regional Emergency Response Team » constituée par le CAREC pour répondre aux demandes des pays lorsque leurs moyens en capacités d'investigation se révéleraient insuffisants face à une épidémie ou une situation de catastrophe.

Coopération renforcée avec Sainte Lucie

Au-delà de la coopération établie au niveau du Caricom avec le CAREC, une étroite collaboration entre le département d'épidémiologie de Sainte-Lucie (Epidemiology Unit) et la Cire Antilles-Guyane a été établie. Ainsi, en plus de la surveillance épidémiologique, il a été acté que :

Veille / détection / Action

- Tout cas suspect ou confirmé de dengue, paludisme ou Chikungunya en provenance de Sainte-Lucie et diagnostiqué en Martinique sera immédiatement signalé par la Cire au département d'épidémiologie de Sainte-Lucie. Des actions de démoustication seront mises en place localement.

Coopération avec Sint Maarten

Un accord global de collaboration a été signé en 2006 entre la DSDS de Guadeloupe et son homologue de la partie hollandaise de l'île de Saint Martin.

Dans ce cadre un groupe de travail composé de membres de la cellule de veille sanitaire de la direction de la santé et du développement social de la préfecture de Guadeloupe, de la Cire Antilles Guyane et du service de prévention du Sector health care affairs a été mis en place permettant :

- 1) Des échanges réguliers de données de surveillance épidémiologique ;
- 2) Des échanges systématiques d'information devant tout événement pouvant constituer une menace sanitaire.

Contrôle du risque infectieux

Avec la contribution du Dr. André Cabié, chef du Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Martinique

Afin d'assurer une prise en charge optimale de certaines pathologies infectieuses chez des voyageurs en provenance de pays participants à l'événement, il est impératif de pouvoir poser de façon précoce un diagnostic pour délivrer les traitements appropriés aux malades et aux éventuelles personnes contacts. Ainsi on s'assurera de disposer en permanence des traitements et des vaccins ad hoc (en particulier pour les infections invasives à méningocoques de souches particulières).

Aide au diagnostic clinique

Une liste de maladies « cibles » dont le diagnostic peut être évoqué chez un patient en provenance d'un des pays concernés par l'ICC-CWC 2007, présentant un syndrome infectieux a été établie selon une approche standardisée (Tableau 2). Les définitions proposées sont cohérentes avec celles du dispositif de surveillance mis en place par le CAREC dans les pays de la Caricom.

Renforcement du diagnostic biologique dans le cadre de la coopération Martinique — Sainte-Lucie

Pour rendre ce dispositif efficient, il est impératif de disposer d'une confirmation biologique le plus rapidement possible et ce 24h/24h. Pour assurer cette réactivité, les capacités locales de diagnostic seront renforcées par du temps de technicien supplémentaire au niveau des laboratoires de virologie pour le diagnostic précoce de la dengue et du chikungunya (isolement du virus sur prélèvement précoce par RT-PCR) et de parasitologie pour le diagnostic du paludisme. Pour le diagnostic des autres arboviroses, les prélèvements seront adressés aux Centres Nationaux de Référence pour les arboviroses de Cayenne, de Lyon ou au laboratoire de virologie de l'institut de médecine tropicale du Pharo (IMTSSA) à Marseille.

Liste des maladies infectieuses cibles

Outre les maladies à transmission vectorielle (paludisme, chikungunya, dengue, encéphalite japonaise, west nile, O'nyong-nyong, rickettsioses, Ross River, Fièvre jaune), la liste de maladies cibles comporte les maladies à transmission interhumaine suivantes : tuberculose, méningite à méningocoques, grippe saisonnière, staphylocoque aureus résistant à la méthicilline, clostridium difficile, choléra, fièvres hémorragiques virales, leishmaniose viscérale et peste.

Tableau 2. Liste des pathologies cibles à évoquer devant tout syndrome survenant chez un voyageur participant à l'ICC-CWC 2007.

Syndromes	Pathologies cibles
Fièvre indifférenciée	dengue, chikungunya, paludisme, fièvre jaune, O'nyong-nyong, Ross river, peste, leishmaniose viscérale
Fièvre associée à des signes d'infections respiratoires aiguës	virus grippaux, peste
Gastro-entérites aiguës	cholera, rotavirus, entérovirus, entérobactéries
Fièvre et éruptions	dengue, fièvres Hémorragiques Virales (FHV), west nile, rickettsioses, O'nyong-nyong, Ross river
Fièvre et ictère	FHV, fièvre jaune
Fièvre et signes hémorragiques	FHV, fièvre jaune
Fièvre et signes neurologiques	encéphalite japonaise, west-nile virus, rickettsioses

Déclaration obligatoire

Parmi la liste des maladies cibles, certaines sont à déclaration obligatoire (DO) : paludisme, fièvre jaune, chikungunya, fièvre hémorragique, tuberculose, méningite à méningocoques, choléra, peste.

La notification de ces maladies doit se faire sans délai par tout professionnel de santé (médecin ou biologiste) dès connaissance du diagnostic. Ce dispositif de signalement de maladies obligatoires comporte également le signalement précoce de tout cas suspect à la cellule de veille sanitaire ou à la Cire dès lors qu'une notion de provenance d'un des pays concernés est retrouvée.



Liste des contacts utiles pendant l'ICC-CWC 2007

Cellules de veille sanitaire - DSDS

Martinique : 06 96 90 20 23
 Guadeloupe : 06 90 35 10 72
 Guyane : 05 94 25 63 40

SAMU : 15

Centre de Démoustication de Martinique : 0596 59 85 44
Service de Lutte Anti Vectorielle de Guadeloupe : 0590 47 13 81
Service Départemental de Désinfection de Guyane: 0594 29 59 30

Service des maladies infectieuses et tropicales

Fort de France (Martinique) : 05 96 55 23 01
 Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) : 05 90 89 15 45
 Cayenne (Guyane) : 05 94 39 50 40

Cire Antilles-Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54

**Pour tout renseignement complémentaire,
vous pouvez contacter**

Guadeloupe

DSDS

Tél. : 05 90 99 49 27
 Fax : 05 90 99 49 24
 Mail : odile.faure@sante.gouv.fr

Guyane

DSDS

Tél. : 05 94 25 60 70
 Fax : 05 94 25 53 36
 Mail : francoise.ravachol@sante.gouv.fr

Martinique

DSDS

Tél. : 05 96 39 42 48
 Fax : 0596 39 44 26
 Mail : georges.alvado@sante.gouv.fr

Cire Antilles-Guyane

Tél. : 05 90 99 49 54
 Fax : 05 90 99 49 49
 Mail : sylvie.cassadou@sante.gouv.fr

Cire Antilles-Guyane

Tél. : 05 94 25 60 74
 Fax : 0594 25 53 36
 Mail : vanessa.ardillon@sante.gouv.fr

Cire Antilles-Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54
 Fax : 0596 39 44 14
 Mail : thierry.cardoso@sante.gouv.fr

Cire Antilles-Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54 Fax : 0596 39 44 14 Mail : philippe.quenel@sante.gouv.fr

Le BASAG est téléchargeable sur les sites <http://www.martinique.sante.gouv.fr>
<http://www.guadeloupe.sante.gouv.fr>

Directeur de la publication : Pr. Gilles Brückner, Directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)

Rédacteur en chef : Dr Philippe Quénel, Coordonnateur scientifique de la Cire Antilles Guyane (Cire-AG)

Maquettiste : Claudine Suivant (Cire-AG)

Comité de rédaction : Vanessa Ardillon, Alain Bateau, Dr Dominique Bouopda, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Dr Thierry Cardoso, Dr Jean-Loup Chappert, Gwladys Dabon, Lucie Léon, Lionel Petit, Dr Philippe Quénel, Jacques Rosine .