



Bulletin

Chikungunya

Date de publication : 16.03.2026

GUYANE

Bilan de l'épidémie de chikungunya 2014-2015 en Guyane

Edito

Depuis le début de l'année, plus de 40 cas autochtones de chikungunya ont été détectés en Guyane, en particulier à Saint Laurent du Maroni. Cette situation s'inscrit dans un contexte régional marqué par une recrudescence générale des cas dans les Amériques et dans les Caraïbes en 2025. Une épidémie est en cours à Cuba, plusieurs pays de la zone rapportent des cas et une hausse importante des transmissions est observée au Suriname avec plus de 1 300 cas au 11 mars 2026.

Ce bulletin présente le bilan de la surveillance épidémiologique de la dernière épidémie de chikungunya observée en Guyane en 2014-2015. L'épidémie a duré plus d'un an et demi et plus de 16 000 personnes ont consulté en médecine de ville. Près de 500 personnes ont été hospitalisées et le taux de sévérité s'élevait à 3 %. L'étude de séroprévalence menée par l'Institut Pasteur de la Guyane en 2017 avait permis d'estimer à 20 % la séroprévalence de la population après cette épidémie. Ainsi, une personne sur cinq avait été infectée et était donc immunisée. Dix ans plus tard, la Guyane compte 58 000 enfants de moins de 10 ans qui n'ont pas connu cette épidémie et ne sont donc pas immunisés. L'immunité actuelle est donc probablement plus faible, autour de 16 % si on tient compte des naissances.

Le déclenchement des épidémies de chikungunya et plus généralement d'arboviroses ainsi que leur dynamique et leur ampleur sont dépendantes de nombreux facteurs individuels et environnementaux qui rendent complexes toute projection. Il n'est donc pas aisé de prédire quelle sera l'intensité de la prochaine épidémie. Toutefois, depuis 2014, la population a augmenté et la densité en milieu urbain également, ce qui crée des conditions encore plus favorables à la transmission du virus qu'il y a 10 ans alors que l'immunité est faible et ne permet pas de prémunir le territoire d'une épidémie. L'épidémie en cours au Suriname et l'importation répétée du virus depuis les zones où la transmission est active alimentent les transmissions locales en Guyane ce qui augmente le risque de survenue d'une épidémie dans les semaines ou mois à venir.

Face à cette situation, la mobilisation des collectivités, institutions, professionnels et citoyens est essentielle pour réduire l'impact de l'épidémie et protéger les plus vulnérables à risque de formes sévères : les nourrissons, les femmes enceintes, les personnes âgées ou encore celles atteintes de pathologies chroniques.

Tiphany Succo

Déléguée régionale de Santé publique France en Guyane

Points clés

- Le premier cas de chikungunya dans les Départements Français d'Amérique (DFA) a été détecté à Saint Martin en octobre 2013. En Guyane, le premier cas - importé de cette même île - a été enregistré en janvier 2014, suivi des premiers cas autochtones, identifiés dès février. Ces cas provenaient d'un foyer unique localisé dans le secteur des Savanes.
- La propagation de l'épidémie a été progressive : l'Île de Cayenne en juin 2014, le secteur du Littoral ouest en septembre de la même année, le Maroni en novembre, puis le secteur des Savanes en décembre. Les secteurs Intérieur, Intérieur-Est et Oyapock ne sont jamais passés en épidémie.
- L'épidémie a duré au total 1 an et 8 mois. Sur la période, 16 043 cas cliniquement évocateurs ont été enregistrés, soit une incidence de 62 pour 1 000 habitants (Insee 2015) soit 1 personne sur 16 touchée.
- L'épidémie de Cayenne a duré 42 semaines pendant lesquelles 6 076 cas cliniquement évocateurs ont été estimés – soit une incidence cumulée de 53 cas pour 1 000 habitants – sous la forme d'une principale vague épidémique suivie d'un bruit de fond jusqu'à la fin de l'épidémie de chikungunya sur l'ensemble du territoire.
- L'épidémie du Littoral ouest a duré 37 semaines avec une dynamique épidémique marquée par une augmentation brutale du nombre de cas notifiés, suivie de fluctuations, avant une baisse significative de celui-ci. Le taux d'incidence cumulé y a été le plus élevé avec environ 100 cas pour 1 000 habitants.
- L'épidémie du secteur des Savanes a été la plus longue (47 semaines) avec deux vagues épidémiques distinctes, moyennement à peu intenses.
- Sur le Maroni, la circulation virale a duré 27 semaines, pour un total de 772 cas cliniquement évocateurs soit un taux d'incidence de 22 cas pour 1 000 habitants.
- Parmi les 7 652 cas probables ou confirmés notifiés sur l'ensemble du territoire, 68 % étaient des femmes et 25 % étaient âgés de moins de 15 ans.
- Avec 484 cas probables ou confirmés de chikungunya hospitalisés dans un trois centres hospitaliers, le taux d'hospitalisation parmi les cas cliniquement évocateurs était de 3 %. Parmi eux :
 - Les femmes enceintes représentaient 39 % des cas hospitalisés.
 - Les enfants 0 à 14 ans représentaient la classe d'âge la plus fréquente (30 %), les moins de 1 an comptant à eux seuls près de 20 % des hospitalisations. Plus vulnérable, cette population était donc majoritairement hospitalisée.
 - 64 % des cas hospitalisés présentaient au moins un facteur de risque et/ou comorbidité dont 39 % de femmes enceintes. En excluant les femmes enceintes, cette proportion était de 23 %.
 - Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle, le diabète et l'immunodépression.
 - 74 % cas ont présenté une forme commune de chikungunya, 23 % une forme inhabituelle et 3 % une forme sévère, soit un taux de sévérité parmi les cas cliniquement évocateurs estimés de moins de 1 %. La majorité des formes sévères (60 %) a été observée chez les moins de 1 an.
 - 1 seul décès directement lié au chikungunya a été enregistré, celui-ci ne présentait pas de facteur de risque et/ou comorbidité.

Le chikungunya

Le chikungunya est une maladie infectieuse causée par un arbovirus du genre *Alphavirus*, transmis à l'humain par des moustiques du genre *Aedes*. En Guyane, le vecteur principal est *Aedes aegypti*, contrairement à la France hexagonale où *Aedes albopictus* est l'espèce responsable de la transmission de ce virus. Ce moustique, dont l'activité est principalement diurne, se reproduit dans des gîtes larvaires d'eau claire et propre situés à proximité des habitations.

Sur le plan clinique, la maladie se caractérise par des symptômes proches de ceux observés en cas de dengue [1] : une fièvre d'apparition brutale ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) accompagnée de douleurs articulaires intenses, symétriques et invalidantes, localisées principalement aux extrémités. Bien que les symptômes disparaissent généralement en quelques jours, les arthralgies peuvent persister sous une forme chronique, très invalidante. Dans de rares cas, l'infection peut évoluer vers une forme sévère, voire conduire au décès.

Surveillance épidémiologique

Depuis la mise en place d'un dispositif de surveillance épidémiologique coordonné par Santé publique France en 2007, aucune épidémie de chikungunya n'avait été décrite en Guyane. En janvier 2014, un premier cas importé de l'île de Saint Martin (Caraïbes) a été identifié, marquant le début de la circulation autochtone du virus sur le territoire. Face à cette émergence, un système de surveillance spécifique a rapidement été déployé, en s'appuyant sur le dispositif déjà existant pour la dengue, maladie endémo-épidémique en Guyane. Ce système permettait une analyse infrarégionale de la situation épidémiologique permettant d'adapter les mesures de prévention et de gestion selon les spécificités épidémiologiques de chaque secteur.

Objectifs de la surveillance

Le dispositif de surveillance épidémiologique du chikungunya en Guyane, coordonné par Santé publique France, a été mis en place en 2014.

Il s'appuie sur un dispositif plus général de surveillance des maladies infectieuses prioritaires sur le territoire, qui a pour objectifs principaux :

- la détection précoce d'épidémies ;
- le déclenchement des alertes de santé publique ;
- l'orientation de la réponse de santé publique face à ces menaces.

Secondairement, il permet également de :

- documenter le risque infectieux pour l'ensemble des maladies sous surveillance ;
- contribuer au pilotage et à l'évaluation des programmes régionaux de santé publique définis dans le Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane.

D'un point de vue opérationnel, conformément aux objectifs définis, ce dispositif permet de suivre l'ampleur et l'évolution d'une épidémie. Pour cela :

- il permet le suivi de la distribution géographique des cas de chikungunya et l'évolution des foyers épidémiques afin d'orienter les mesures de gestion, notamment celles des services de lutte antivectorielle ;
- il permet d'identifier les formes hospitalisées, les formes sévères et les décès liés au chikungunya afin de suivre l'évolution de la sévérité de l'épidémie et d'adapter au mieux l'offre de soins.

Définitions de cas du chikungunya

Cas cliniquement évocateur : fièvre d'apparition brutale supérieure à 38,5°C accompagnée de douleurs articulaires intenses, symétriques et invalidantes, touchant principalement les extrémités des membres, et en l'absence d'autre orientation étiologique.

Cas probable : détection d'IgM chikungunya (immunoglobulines de type M) sur prélèvement sanguin en l'absence de confirmation par RT-PCR.

Cas confirmé : détection du génome viral du chikungunya par RT-PCR.

Cas hospitalisé : cas probable ou confirmé de chikungunya hospitalisé depuis au moins 24h dans l'un des trois sites du CHU de Guyane quel que soit le motif d'hospitalisation.

Classification des cas hospitalisés :

- Forme commune : cas hospitalisé ne présentant pas de manifestations inhabituelles ou sévères (fièvre/sensation de fièvre, arthralgies/arthrites, œdèmes périarticulaires, céphalées, myalgies, ténosynovites, prurit, rash/éruption maculeuse/maculo-papuleuse, nausées/vomissements, diarrhées, douleurs abdominales).
- Forme inhabituelle : cas hospitalisé présentant des manifestations inhabituelles mais non sévères (syndrome hyperalgique, atteinte neurologique, atteinte cardio-vasculaire aiguë, atteinte dermatologique inhabituelle, atteinte respiratoire, atteinte hépatique sévère, atteinte rénale, manifestations digestives sévères, décompensation de pathologies préexistantes, manifestations hémorragiques ou thrombotiques, autres manifestations).
- Forme sévère : cas hospitalisé présentant des manifestations inhabituelles et sévères (défaillance(s) d'organe(s)).

Sources et collecte des données

Le système de surveillance assure un suivi hebdomadaire de la situation épidémiologique grâce à trois types de surveillances complémentaires :

- La surveillance biologique, réalisée par les laboratoires de biologie médicale avec l'appui du Centre National des Arbovirus de l'Institut Pasteur de Guyane (CNR-IPG) :
 - Laboratoires de biologie médicale : chaque semaine, les résultats des tests RT-PCR et sérologiques pour le chikungunya, réalisés par les laboratoires hospitaliers et privés de Guyane, sont collectés. Cette surveillance permet d'identifier, par secteur géographique, le nombre de cas probables et confirmés, ainsi que le taux de positivité des prélèvements. Bien que très spécifique, cette surveillance perd en sensibilité pendant la phase épidémique, lorsque les médecins privilégient le diagnostic clinique, sans confirmation biologique systématique.
 - Centre National de Référence des Arbovirus : en plus de son rôle de support et d'expertise diagnostique, le CNR assure la surveillance génomique des virus circulants. Il séquence les génomes des échantillons positifs en RT-PCR, issus des prélèvements transmis par les laboratoires de Guyane, et les compare à ceux de la France hexagonale, d'autres DROM et de pays frontaliers ou d'intérêt.
- La surveillance syndromique, moins spécifique que la surveillance biologique, est plus sensible, notamment en période épidémique :
 - Réseau de médecins sentinelles (RMS), CDPS et hôpitaux de proximité : chaque semaine, le nombre de consultations pour symptômes cliniquement évocateurs de chikungunya est recueilli auprès des médecins sentinelles. De plus, le nombre de consultations codées A92.0 (« Fièvre du chikungunya » selon la CIM-10) dans le logiciel métier des CDPS et hôpitaux de proximité est également collecté. Cette

surveillance permet d'estimer le nombre de cas cliniquement évocateurs sur le territoire et de calculer l'incidence de la maladie.

- Passages aux urgences : les données des passages aux urgences, renseignées dans le logiciel métier des Services d'Accueil des Urgences (SAU) des trois sites du CHU de Guyane, sont transmises quotidiennement à Santé publique France. Les passages pour chikungunya, codés A92.0 (CIM-10), permettent de calculer, par hôpital, le nombre de passages pour symptômes cliniquement évocateurs de chikungunya, le taux d'hospitalisation et la part d'activité du chikungunya parmi l'activité totale des urgences.
- La surveillance des cas hospitalisés et des décès est basée sur la collecte d'informations démographiques et cliniques des cas hospitalisés pour chikungunya, recensés par les infirmières régionales de veille hospitalière. Les cas sont classés par les infectiologues de l'Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales (UMIT) du CHU de Guyane en trois catégories : forme commune, inhabituelle ou sévère. Cette surveillance permet de décrire les caractéristiques démographiques et cliniques des cas hospitalisés, d'identifier les facteurs de risque et/ou comorbidités, d'évaluer le taux de sévérité et de suivre les issues de ces hospitalisations, notamment le nombre de décès. Le taux de sévérité global, défini comme la proportion de formes sévères parmi l'ensemble des cas cliniquement évocateurs, repose sur ces derniers plutôt que sur les seuls cas hospitalisés. Cet indicateur permet d'évaluer plus précisément la sévérité de l'épidémie au sein de la population, reflétant ainsi son impact réel.

Rappels des recommandations pour le diagnostic biologique

Si le patient consulte moins de 7 jours après la date de début des signes, une demande de RT-PCR chikungunya (+ dengue) est prescrite.

Si le patient consulte plus de 5 jours après la date de début des signes, une demande de sérologie IgM chikungunya et dengue est prescrite.

Entre 5 et 7 jours, ce sera donc une RT-PCR et une sérologie qui seront prescrites (Figure 1).

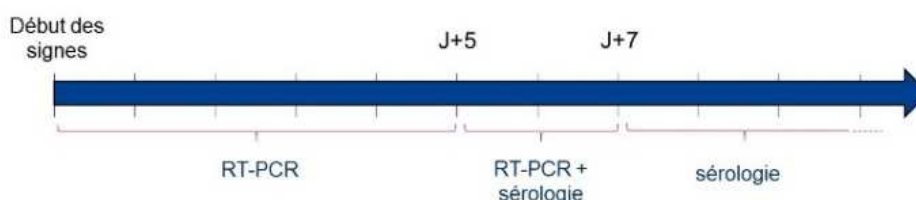


Fig. 1 : Schéma récapitulatif de la prescription de diagnostic biologique devant tous cas cliniquement évocateur de chikungunya en Guyane

Bilan de l'épidémie de chikungunya 2014-2015

Dynamique de l'épidémie

Le premier cas de chikungunya dans les Départements Français d'Amérique (DFA) a été détecté à Saint Martin en octobre 2013. En Guyane, le premier cas - importé de cette même île - a été enregistré en janvier 2014, suivi des premiers cas autochtones, identifiés dès février. Ces derniers provenaient d'un foyer unique localisé dans le secteur des Savanes.

L'épidémie s'est ensuite étendue progressivement : le secteur de l'île de Cayenne a été le premier déclaré en phase épidémique (S2014-24), suivi du Littoral ouest (S2014-37), du Maroni (S2014-44) et enfin des Savanes (S2014-49). Les secteurs de l'Oyapock, de l'Intérieur Est et de l'Intérieur ne sont jamais passés en phase épidémique.

Après une augmentation rapide du nombre estimé de cas cliniquement évocateurs jusqu'à fin juin 2014, cette croissance s'est poursuivie de manière plus modérée. Le pic épidémique a été atteint à la mi-janvier 2015 (S2015-02), avant d'amorcer une phase de diminution (Figure 2). Le nombre de cas probables et confirmés a suivi une dynamique similaire, avec une hausse marquée entre mai et septembre 2014, puis une diminution progressive. Cette baisse s'explique par le fait que le diagnostic biologique n'était plus systématique en période épidémique. A partir de fin mars 2015, l'épidémie a marqué un fort ralentissement, probablement lié à l'acquisition d'une immunité collective après un an de circulation virale, renforcée par l'arrivée de la saison sèche.

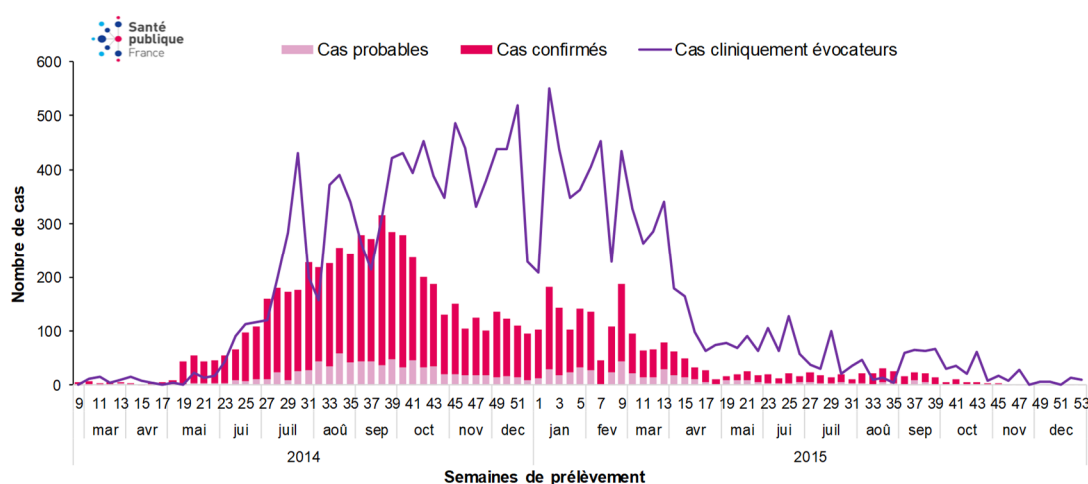


Fig. 2 : Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya ayant consulté en médecine de ville ou dans un CDPS et hôpitaux de proximité et nombre hebdomadaire de cas probables et confirmés de chikungunya par semaine de prélèvement, 2014-2015, Guyane.

L'épidémie a duré 1 an et 8 mois. Sur cette période, 16 043 cas cliniquement évocateurs ont été estimés en Guyane, soit une incidence cumulée de 62 cas pour 1 000 habitants (Insee 2015). Cela signifie qu'environ une personne sur seize a consulté pour des signes cliniquement évocateurs du chikungunya pendant cette période. Par ailleurs, une étude de séroprévalence réalisée en 2017 par l'Institut Pasteur de la Guyane (IPG) a estimé la séroprévalence de la population guyanaise à environ 20 %, principalement acquise au cours de cette épidémie. D'après ces résultats, près d'une personne sur cinq aurait été infectée par le chikungunya, incluant les formes symptomatiques et asymptomatiques que les personnes aient ou non consulté.

Caractéristiques des cas probables et confirmés

Parmi les 7 652 cas probables et confirmés pour lesquels les données étaient disponibles, 42 % des cas étaient des hommes, soit un sexe-ratio H/F de 0,73. A titre de comparaison, le sexe-ratio H/F de la population générale de la Guyane était estimé à 0,99 (Insee 2015). Les femmes apparaissaient donc plus impactées que les hommes par la maladie. Cette observation avait été confirmée par l'étude de séroprévalence de l'IPG, qui avait estimé à 22,0 % la séroprévalence chez les femmes contre 18,5 % chez les hommes ($p < 0,05$).

Le tableau ci-après (Tableau 1) présente la distribution par âge de la population en 2015 (Insee 2015), celle des cas de chikungunya probables et confirmés pour lesquels l'âge était renseigné ($n = 7\,587$) ainsi que l'incidence cumulée par classe d'âge sur toute la période (S2014-03 à S2015-53).

Tab. 1 : Distribution du nombre de cas probables et confirmés de chikungunya et incidence cumulée (Insee 2015) par classe d'âge, 2014-2015, Guyane.

 Santé publique France	Population générale*	Cas de chikungunya	Incidence cumulée (%)
0 à 14 ans	86 759	1 892	2,2 %
15 à 29 ans	61 033	1 508	2,5 %
30 à 44 ans	55 120	1 741	3,2 %
45 à 59 ans	36 799	1 580	4,3 %
60 ans et plus	20 151	866	4,3 %
Total	259 862	7 587	2,9 %

* Données Insee 2015

Bien que la classe d'âge des 0-14 ans ait représenté la part majoritaire des cas probables et confirmés de chikungunya (25 % des cas), c'était les catégories des 45 à 59 ans d'une part et des 60 ans et plus d'autre part qui présentaient les taux d'incidence les plus élevés, de 4,3 % chacun.

Ceci pourrait refléter une vulnérabilité particulière de ces classes d'âge mais cette observation est très probablement liée à un biais de sélection. En effet, ces populations, plus sensibles à leur état de santé, consultent probablement plus fréquemment en cas de symptômes, augmentant leur représentation dans les données biologiques. Ainsi, cette surreprésentation ne traduit pas une gravité ou une susceptibilité plus élevée, mais plutôt un accès plus systématique aux soins ou une attention accrue aux symptômes chez les personnes plus âgées.

Cette hypothèse est d'ailleurs appuyée par les résultats de l'étude de séroprévalence menée par l'IPG dans laquelle aucune différence significative par âge n'avait été mise en évidence, indiquant que toutes les catégories d'âges avaient été infectées de façon équivalente.

Hospitalisations

Répartition par structure de soins

Au cours de l'épidémie de 2014-2015, 484 cas probables ou confirmés de chikungunya ont été hospitalisés dans l'un des trois centres hospitaliers du territoire, soit un taux d'hospitalisation de 3 % parmi les cas cliniquement évocateurs estimés. A titre comparatif, ce taux avait été estimé à 5 % lors de l'épidémie de dengue 2012-2013 et à 3 % lors de l'épidémie de dengue 2023-2024 [2].

La distribution des hospitalisations dans le temps, par centre hospitalier, reflète la progression géographique de l'épidémie (Figure 3) :

- Le CHC, hôpital situé sur l'île de Cayenne, a concentré la majorité des hospitalisations (59 % - $n = 285$) principalement en début d'épidémie.

- Le CHOG, localisé dans le secteur du Littoral ouest, a enregistré le deuxième plus grand nombre de cas (26 % - n = 125) essentiellement en milieu d'épidémie.
- Le CHK, situé dans le secteur des Savanes, a comptabilisé le moins d'hospitalisations (15 % - n = 74), celles-ci étaient réparties sur toute la période épidémique.

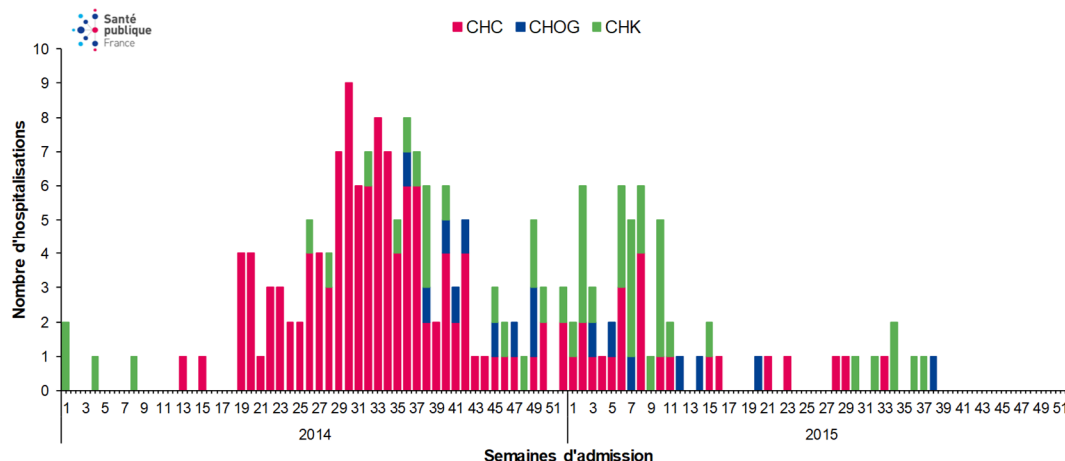


Fig. 3 : Nombre hebdomadaire de cas probables et confirmés de chikungunya hospitalisés et par centre hospitalier et par semaine d'admission, 2014-2015, Guyane.

Description des cas hospitalisés

Parmi les 484 cas hospitalisés de chikungunya, 359 ont été classés comme des formes communes de la maladie (74 %), 110 comme des formes inhabituelles (23 %) et 15 comme des formes sévères (3 %) (Figure 4).

Le taux de sévérité global, défini comme la proportion de formes sévères parmi l'ensemble des cas cliniquement évocateurs, était donc inférieur à 1 %. A titre comparatif, ce taux était respectivement de 5 % et 2 % lors des épidémies de dengue de 2012-2013 et 2023-2024 [2].

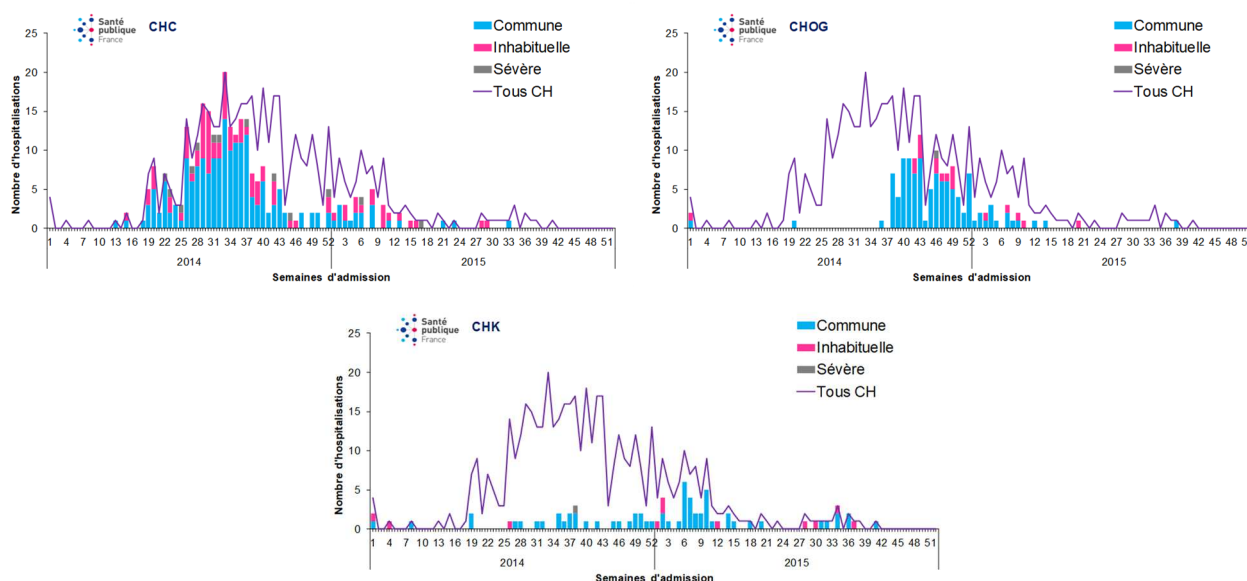


Fig. 4 : Evolution hebdomadaire des hospitalisations pour chikungunya par classe de sévérité et par centre hospitalier par semaine d'admission, 2014-2015, Guyane

Le sexe-ratio H/F de 0,46 parmi les cas hospitalisés, correspondant à 68 % de femmes, confirme la surreprésentation féminine déjà observée dans l'analyse des cas confirmés et probables (sexe-ratio H/F = 0,73). L'hypothèse d'une plus grande fréquence de consultations médicales et/ou de prélèvements biologiques chez les femmes est renforcée ici par le fait que 57 % des femmes hospitalisées étaient enceintes, population particulièrement suivie et prompts à consulter en cas de symptômes.

Les enfants 0 à 14 ans représentaient la classe d'âge la plus touchée (29 %), les moins de 1 an comptant à eux seuls 19 % des cas hospitalisés. Plus vulnérable, cette population figurait parmi les classes d'âge majoritairement hospitalisées parmi les cas.

Par ailleurs, 64 % des cas hospitalisés présentaient au moins un facteur de risque et/ou une comorbidité, une proportion largement influencée par l'inclusion de la grossesse parmi les facteurs de risque. En excluant la notion de grossesse de l'analyse mais en conservant tous les autres facteurs de risque et comorbidités, cette proportion s'élevait à 23 %.

Sur le plan clinique, presque tous les cas (98 %) présentaient de la fièvre - signe clinique inclus dans la définition de cas - tandis que 79 % souffraient d'arthralgies et/ou d'arthrites, 53 % de myalgies, 38 % de céphalées et 27 % d'un rash cutané (Tableau 2).

Tab. 2 : Caractéristiques des cas probables et confirmés de chikungunya hospitalisés, 2014-2015, Guyane.

	Forme commune (n = 359 ; 74 %)		Forme inhabituelle (n = 110 ; 23 %)		Forme sévère (n = 15 ; 3 %)		Total (n = 484)	
Sexe								
Femmes	271	75 %	52	47 %	8	53 %	331	68 %
Hommes	88	25 %	58	53 %	7	47 %	153	32 %
Classes d'âge								
< 1 an	40	11 %	45	41 %	9	60 %	94	20 %
1 à 14 ans	29	8 %	19	17 %	0	0 %	48	10 %
15 à 29 ans	105	29 %	6	5 %	2	13 %	113	23 %
30 à 44 ans	105	29 %	9	8 %	2	13 %	116	24 %
45 ans et plus	79	22 %	31	28 %	2	13 %	112	23 %
Non disponible	1	< 1 %	0	0 %	0	0 %	1	< 1 %
Au moins un facteur de risque / comorbidité								
Non	99	28 %	65	59 %	12	80 %	176	36 %
Oui	260	72 %	45	41 %	3	20 %	308	64 %
1-2	237	66 %	35	32 %	2	13 %	274	57 %
3-4	21	6 %	7	6 %	1	7 %	29	6 %
5-6	2	1 %	3	3 %	0	0 %	5	1 %
Facteur de risque / comorbidité								
Grossesse	179	50 %	8	7 %	1	7 %	188	39 %
Hypertension artérielle	36	10 %	17	15 %	0	0 %	53	11 %
Diabète	27	6 %	11	2 %	0	0 %	38	8 %
Immunodépression	15	4 %	4	4 %	1	7 %	20	4 %
Maladie cardio-vasculaire	8	2 %	7	6 %	0	0 %	15	3 %
Prématurité	10	3 %	5	5 %	0	0 %	15	3 %
Atteinte respiratoire	6	2 %	5	5 %	1	7 %	12	2 %
Drépanocytose	7	2 %	4	4 %	1	7 %	12	2 %
Obésité	8	2 %	3	3 %	0	0 %	11	2 %
Accident vasculaire cérébral	7	2 %	4	4 %	0	0 %	11	2 %
VIH	9	3 %	2	2 %	0	0 %	11	2 %
Insuffisance rénale	9	3 %	2	2 %	0	0 %	11	2 %
Autre	25	7 %	10	9 %	1	7 %	36	7 %
Co-infection dengue								
Oui	1	< 1 %	0	0 %	1	7 %	2	< 1 %
Non	322	90 %	98	89 %	12	80 %	432	89 %
Non renseigné	36	10 %	12	11 %	2	13 %	50	10 %



	Forme commune (n = 359 ; 74 %)		Forme inhabituelle (n = 110 ; 23 %)		Forme sévère (n = 15 ; 3 %)		Total (n = 484)	
Symptômes								
Fièvre	350	97 %	108	98 %	14	93 %	472	98 %
Arthralgies/artrites	285	79 %	88	80 %	11	73 %	384	79 %
Myalgies	170	47 %	73	66 %	12	80 %	255	53 %
Céphalées	137	38 %	39	35 %	6	40 %	182	38 %
Rash	75	21 %	47	43 %	9	60 %	131	27 %
Nausées/vomissements	74	21 %	35	32 %	6	40 %	115	24 %
Diarrhées	44	12 %	30	27 %	9	60 %	83	17 %
Syndrome hyperalgique	2	1 %	66	60 %	10	67 %	78	16 %
Douleurs abdominales	33	9 %	27	25 %	9	60 %	69	14 %
Prurit	59	16 %	8	7 %	0	0 %	67	14 %
Œdèmes périarticulaires	37	10 %	22	20 %	5	33 %	64	13 %
Atteinte neurologique	2	1 %	21	19 %	4	27 %	27	6 %
Ténosynovites	11	3 %	6	5 %	0	0 %	17	4 %
Convulsions	1	< 1 %	11	10 %	0	0 %	12	2 %
Atteinte respiratoire	1	< 1 %	5	5 %	4	27 %	10	2 %
Manifestations hémorragiques ou thrombotiques	3	1 %	3	3 %	3	20 %	9	2 %
Décompensation pathologies préexistantes	2	1 %	6	5 %	0	0 %	8	2 %
Atteinte cardio-vasculaire aiguë	0	0 %	8	7 %	0	0 %	8	2 %
Atteinte dermatologique inhabituelle	3	1 %	2	2 %	2	13 %	7	1 %
Atteinte rénale	1	< 1 %	4	4 %	2	13 %	7	1 %
Atteinte hépatique sévère	0	0 %	5	5 %	2	13 %	7	1 %
Cytolyse hépatique	0	0 %	4	4 %	2	13 %	6	1 %
Eruption purpurique	2	1 %	1	1 %	1	7 %	4	1 %
Manifestations digestives sévères	1	< 1 %	0	0 %	1	7 %	2	< 1 %
Encéphalite	0	0 %	2	2 %	0	0 %	2	< 1 %
Dermatose bulleuse	0	0 %	1	1 %	0	0 %	1	< 1 %
Issue de l'hospitalisation								
Temps médian de séjour [IQR]	4 j [2 ; 5]		4,5 j [3 ; 7]		12 j [7,5 ; 18]		4 j [2 ; 6]	
Réanimation	2	1 %	6	5 %	10	67 %	18	4 %
Décès	0	0 %	0	0 %	1	7 %	1	< 1 %

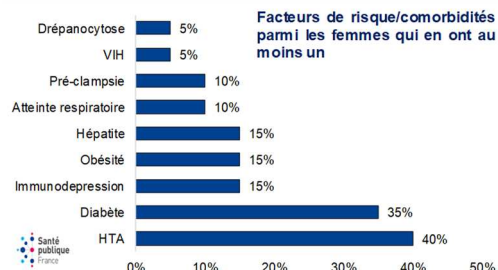
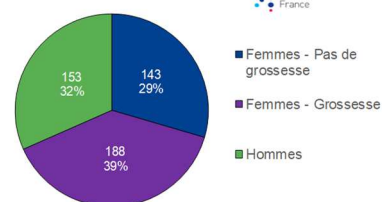
Focus sur les femmes enceintes



188 cas

- 1 forme sévère (moins de 1 %)
- Durée médiane de séjour : 4 j
- 52 % de 15-29 ans et 45 % de 30-44 ans
- 20 avec facteurs de risque et/ou comorbidités (11 % - hors grossesse) dont 8 avec de l'hypertension artérielle (40 %) et 7 avec du diabète (35 %)
- Motif d'admission : chikungunya (35 %) ou symptômes cliniquement compatibles avec le chikungunya (48 %)

Répartition par sexe et par notion de grossesse



Parmi les cas hospitalisés, 188 étaient des femmes enceintes, soit 39 % des cas hospitalisés (57 % des femmes hospitalisées).

Parmi elles, 179 (95 %) ont présenté une forme commune de chikungunya, 8 une forme inhabituelle (4 %) et 1 une forme sévère (1 %).

Leur durée médiane de séjour était de 4 jours [IQR : 2 - 6], avec une augmentation selon la gravité : 3 jours [IQR : 2 - 5] pour les formes communes, 6 jours [IQR : 4 - 7] pour les formes inhabituelles et 17 jours pour la forme sévère.

La moitié d'entre elles (52 %) avaient entre 15 et 29 ans et 45 % entre 30 et 44 ans.

Hormis la grossesse, 11 % (n = 20) présentaient des facteurs de risque ou des comorbidités, la patiente ayant une forme sévère n'en présentait aucun. Les facteurs de risque les plus fréquents parmi les femmes enceintes étaient l'hypertension artérielle (40 %) et le diabète (35 %).

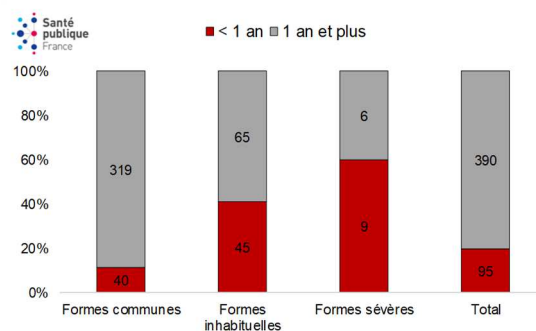
Les motifs d'admission étaient un chikungunya ou une suspicion de chikungunya pour 35 % (n = 65) et des symptômes cliniques compatibles avec la maladie (fièvre, arthralgies, myalgies) pour 48 % (n = 91).

Focus sur les nourrissons de moins de 1 an



94 cas

- 10 % de formes sévères
- Durée médiane de séjour : 5j
- Sexe-ratio H/F : 1
- 15 % avec facteurs de risque et/ou comorbidités
- Admission pour fièvre + douleurs
- 9 formes sévères dont :
 - 8 défaillances d'organes
 - 4 défaillances cardiocirculatoires
 - 4 défaillances respiratoires
 - 1 défaillance cérébrale



Les nourrissons de moins de 1 an représentaient 19 % des cas hospitalisés (n = 94) et 60 % des formes sévères.

Parmi eux, 43 % (n = 40) ont présenté une forme commune de la maladie, 48 % (n = 45) une forme inhabituelle et 10 % (n = 9) une forme sévère.

Leur durée médiane de séjour était de 5 jours [IQR : 3 - 7] avec une augmentation selon la gravité : 4 jours [IQR : 3 - 6] pour les formes communes, 5 jours [IQR : 3 - 6] pour les formes inhabituelles et 9 jours [IQR : 7 - 15] pour les formes sévères.

Le sexe-ratio H/F était équilibré (= 1,0).

Parmi ces nourrissons, 16 % (n = 15) présentaient des facteurs de risque et/ou des comorbidités incluant 11 prématurés, 1 cas de drépanocytose, 1 insuffisance rénale, 2 pathologies cardiovasculaires et 1 séroconversion pour la toxoplasmose. Aucun facteur de risque ou comorbidité n'avait été décrit chez les cas sévères.

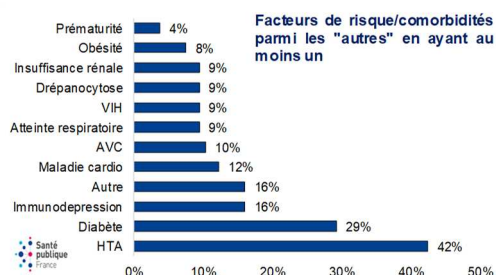
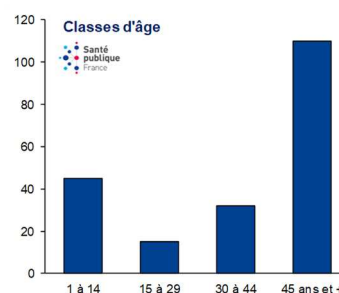
Les motifs d'admission étaient principalement (74 % - n = 70) des symptômes fébriles associés à d'autres signes (douleurs, gêne respiratoire, rash cutané, troubles digestifs, etc.) et un motif de chikungunya ou suspicion de chikungunya (17 % - n = 16).

Focus sur les « Autres » (hors femmes enceintes et nourrissons de moins de 1 an)



202 cas

- 57 formes inhabituelles (28 %) et 5 sévères (2 %)
- Durée médiane de séjour : 4 j
- Sexe-ratio H/F : 1,1
- 54 % de 45 ans et plus
- 106 (52 %) avec facteurs de risque et/ou comorbidités dont 45 avec de l'hypertension artérielle (42 %) et 31 du diabète (29 %)
- Motif d'admission : fièvre associée à un autre symptôme (75 %) et autres motifs
- 1 décès



Parmi les 202 cas hospitalisés, excluant les femmes enceintes et les nourrissons de moins de 1 an, 69 % (n = 140) présentaient une forme commune de chikungunya, 28 % (n = 57) une forme inhabituelle et 2 % (n = 5) une forme sévère.

La durée médiane de séjour était de 4 jours [IQR : 2 – 6,5], avec un sexe-ratio H/F de 1,1, indiquant une légère prédominance masculine dans ce groupe (contrairement aux deux autres).

Plus de la moitié des cas (54 %) avaient 45 ans ou plus.

La moitié (52 %) présentaient au moins un facteur de risque ou une comorbidité. Parmi ces derniers, les deux principaux étaient l'hypertension artérielle (42 %) et le diabète (29 %).

Les motifs d'admission étaient principalement une fièvre associée à d'autres symptômes (75 %).

Un décès avait été enregistré dans ce sous-groupe. Ce cas, âgé de 40 à 44 ans, ne présentait aucun facteur de risque et/ou comorbidité et son décès avait été classé comme directement lié au chikungunya.

Dynamique épidémique par secteur

La surveillance épidémiologique de la dengue était sectorisée depuis 2012 afin de prendre en compte l'hétérogénéité des dynamiques infrarégionales des épidémies et permettre d'orienter les mesures de gestion par secteur (Figure 5). Cette sectorisation a été appliquée à la surveillance du chikungunya fin 2013.

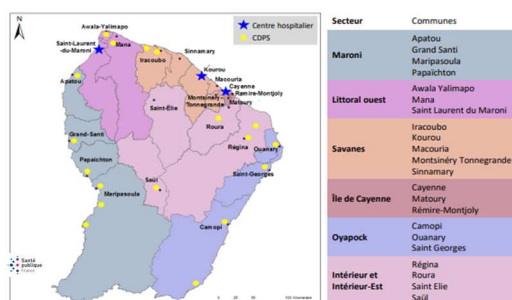


Fig. 5 : Répartition des 22 communes de Guyane dans les 6 secteurs de surveillance et localisation des Centres hospitaliers et des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins.

Durant l'épidémie de 2014-2015, les secteurs ont connu des dynamiques de circulation virale différentes. Les vagues épidémiques se sont succédées, principalement sur les secteurs de l'Ile de Cayenne, du Littoral ouest et du Maroni, alors que le secteur des Savanes a été en épidémie pratiquement tout au long de ces deux années. Les secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock, n'ont jamais été en épidémie sur la période (Figure 6).

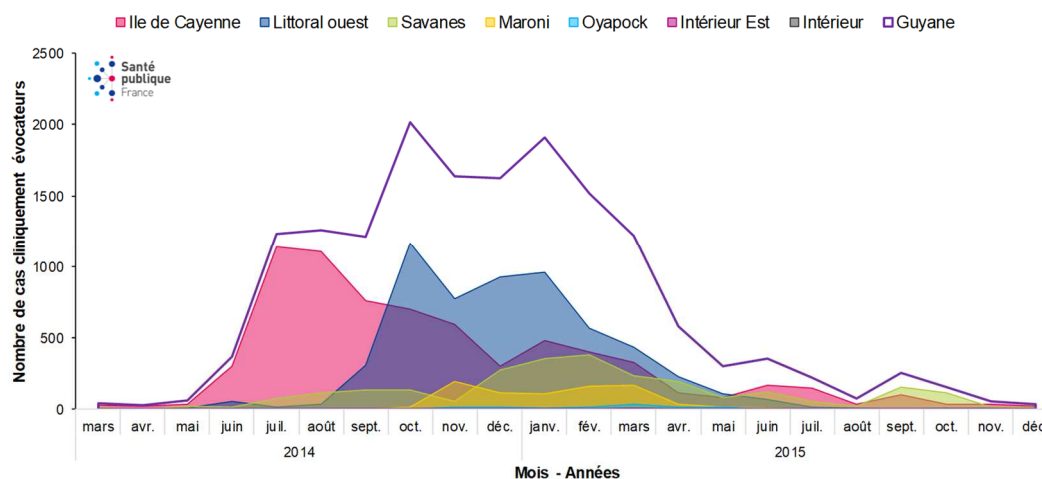


Fig. 6 : Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya par secteur, Guyane, 2014-2015.

Bien que les premiers cas autochtones de chikungunya aient été identifiés en février 2014 dans le secteur des Savanes, c'est sur l'Ile de Cayenne que l'épidémie a d'abord pris de l'ampleur. Une première vague épidémique majeure y était enregistrée de juin à novembre 2014, suivie d'une seconde vague, moins intense, entre janvier et mars 2015.

Dans le secteur du Littoral ouest, la recrudescence du nombre de cas a été rapide à partir d'août 2014. Une seule vague épidémique a été observée dans ce secteur, concentrée entre septembre 2014 et mai 2015.

L'épidémie sur le Maroni a débuté dans la continuité de celle du Littoral ouest, entre novembre 2014 et avril 2015.

Le secteur des Savanes s'est distingué par plusieurs vagues épidémiques d'ampleur moins marquées que sur les secteurs de l'Ile de Cayenne et du Littoral ouest mais beaucoup plus étalées dans le temps, de décembre 2014 à octobre 2015. C'est dans ce secteur que l'épidémie a été la plus longue (47 semaines – près d'un an).

Enfin, bien que des cas aient été enregistrés dans les secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock, ces trois secteurs n'ont jamais été en épidémie sur toute la période.

En termes d'intensité, l'incidence des cas cliniquement évocateurs a été plus importante dans le secteur du Littoral Ouest, suivi de l'Ile de Cayenne, des Savanes et enfin du Maroni (Figure 7).

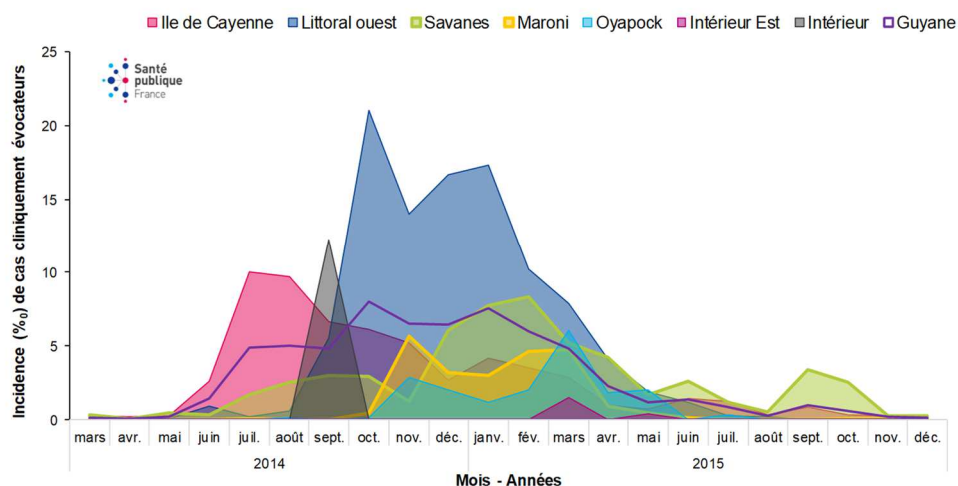


Fig. 7 : Incidence hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de chikungunya par secteur pour mille habitants, Guyane, 2014-2015. (Insee 2015)

L'étude de séroprévalence menée par l'IPG a révélé que le virus a circulé plus intensément dans les communes de l'ouest, en cohérence avec les données de surveillance. Cependant, ces dernières indiquent une circulation virale plus importante sur l'Ile de Cayenne, suivi des secteurs des Savanes et du Maroni (Tableau 3), alors que l'étude de séroprévalence indiquait une circulation virale plus élevée sur le Maroni, puis dans le secteur des Savanes et enfin de l'Ile de Cayenne (séroprévalences très proches). Ces différences pourraient s'expliquer par des inégalités d'accès et/ou de recours aux soins selon les secteurs. Par ailleurs, l'étude de séroprévalence confirme la faible circulation du virus dans les secteurs de l'Oyapock, de l'Intérieur et de l'Intérieur Est.

Tab. 3 : Principaux indicateurs épidémiologiques de l'épidémie de chikungunya par secteur, Guyane, 2014-2015

	Ile de Cayenne	Littoral ouest	Maroni	Savanes	Oyapock	Intérieur Est	Intérieur	Guyane
Début d'épidémie	2014-24 (juin)	2014-37 (sept.)	2014-44 (nov.)	2014-49 (déc.)	Absence d'épidémie	Absence d'épidémie	Absence d'épidémie	2014-09 (mars)
Fin d'épidémie	2015-13 (mars)	2015-21 (mai)	2015-18 (avril)	2015-43 (oct.)				2015-43 (oct.)
Durée de l'épidémie	42 semaines	37 semaines	27 semaines	47 semaines				87 semaines
Nombre estimé de cas cliniquement évocateurs	6 076	5 445	772	1 968				16 043
Incidence cumulée* de cas cliniquement évocateurs (‰)	53	99	22	44				62
Nombre de cas confirmés	3 409	970	185	710				6 488

*(Insee 2015)

Secteur de l'Île de Cayenne

Le secteur de l'Île de Cayenne a été le premier à entrer en épidémie en juin 2014 (S2014-24). Sur ce secteur, l'épidémie s'est caractérisée par une nette augmentation du nombre de cas cliniquement évocateurs de chikungunya et de passages aux urgences au centre hospitalier de Cayenne, jusqu'en octobre 2014.

Par la suite, l'activité est restée modérée jusqu'à la fin de l'épidémie, déclarée en mars 2015 (S2015-13) (Figure 8). Le pic épidémique a été atteint à la fin du mois de juillet 2014 (S2014-30), avec 413 cas cliniquement évocateurs estimés et 72 passages aux urgences pour chikungunya, représentant 7,3 % de la part d'activité des urgences cette semaine-là.

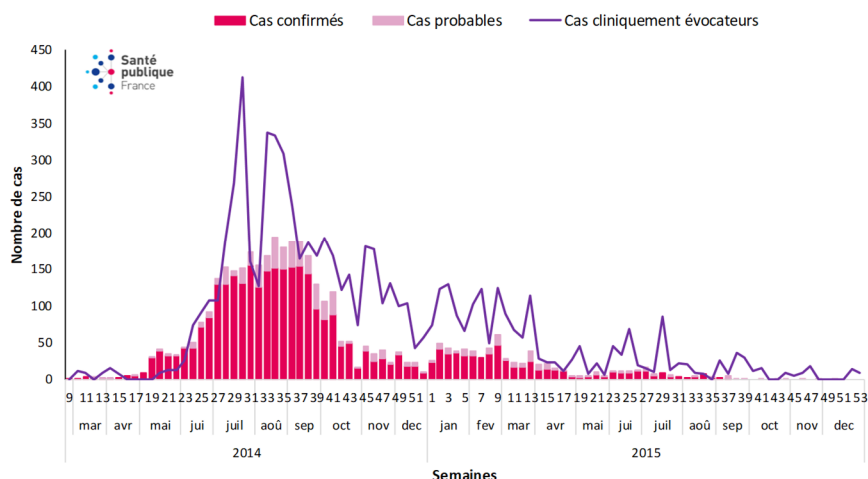


Fig. 8 : Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs, de cas probables et confirmés de chikungunya, secteur de l'Île de Cayenne, 2014-2015.

Sur l'ensemble de la période épidémique, 6 076 cas cliniquement évocateurs ont été estimés pour le secteur de l'Île de Cayenne, soit une incidence cumulée de 53 cas pour mille habitants (Insee 2015) et 1 032 passages aux urgences pour syndrome cliniquement évocateur de chikungunya (Figure 9). Ainsi, dans ce secteur, presque 1 personne sur 19 aurait consulté en médecine de ville pour des symptômes compatibles avec un chikungunya.

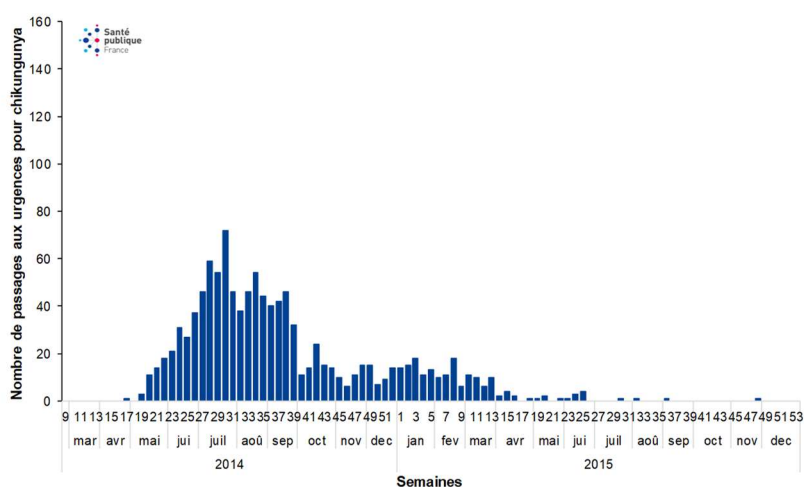


Fig. 9 : Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour chikungunya au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC), secteur de l'Île de Cayenne, 2014-2015.

Secteur du Littoral ouest

Le secteur du Littoral ouest est entré en phase épidémique en septembre 2014 (S2014-37), quelques semaines après le début de la première vague observée dans le secteur de l'Île de Cayenne. L'épidémie s'y est maintenue pendant 37 semaines pour prendre fin en mai 2015 (S2015-21) (Figure 10). Le pic épidémique a été atteint à la fin du mois de décembre 2014 (S2014-51), avec 305 cas cliniquement évocateurs estimés (les données des urgences n'étaient pas disponibles sur la période au CHOG).

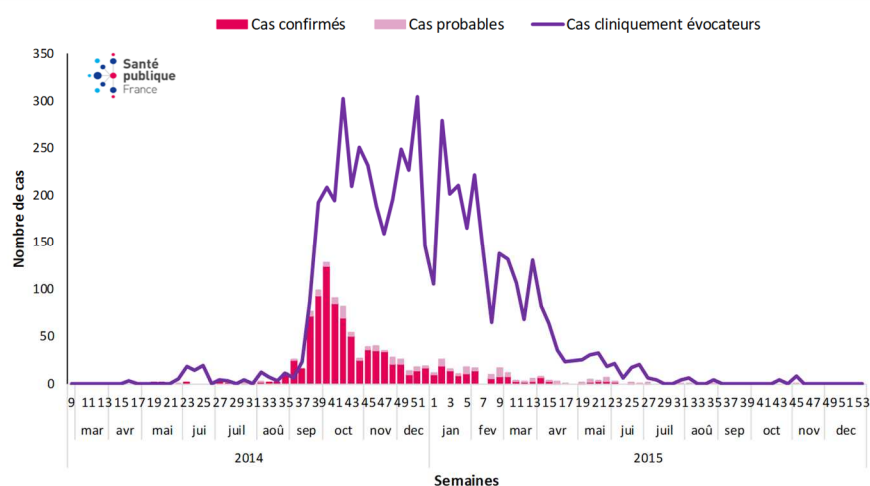


Fig. 10 : Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs, de cas probables et confirmés de chikungunya, secteur du Littoral ouest, 2014-2015.

Comme le secteur de l'Île de Cayenne, la dynamique épidémique a été marquée par une augmentation brutale du nombre de cas notifiés, suivie de fluctuations avant une baisse significative à partir de février 2015.

Avec un total de 5 445 cas cliniquement évocateurs estimés, le Littoral ouest a enregistré le taux d'incidence cumulée le plus élevé, avec près de 100 cas pour 1 000 habitants (Insee 2015), ce qui correspond à environ 1 personne sur 10 qui aurait consulté en médecine de ville ou en CDPS pour des signes cliniques compatibles avec le chikungunya.

Secteur des Savanes

Bien que le secteur des Savanes ait été le premier où un foyer de cas autochtones de chikungunya ait été identifié en février 2014, il a été le dernier à entrer en épidémie en décembre 2014 (S2014-49).

A partir de cette semaine-là, deux vagues épidémiques distinctes ont été observées. La première s'est étendue de décembre 2014 à avril 2015 et a concentré le plus grand nombre de cas cliniquement évocateurs de chikungunya et de passages aux urgences au CHK. La seconde vague, moins intense, a eu lieu de mai à octobre 2015 (Figure 11).

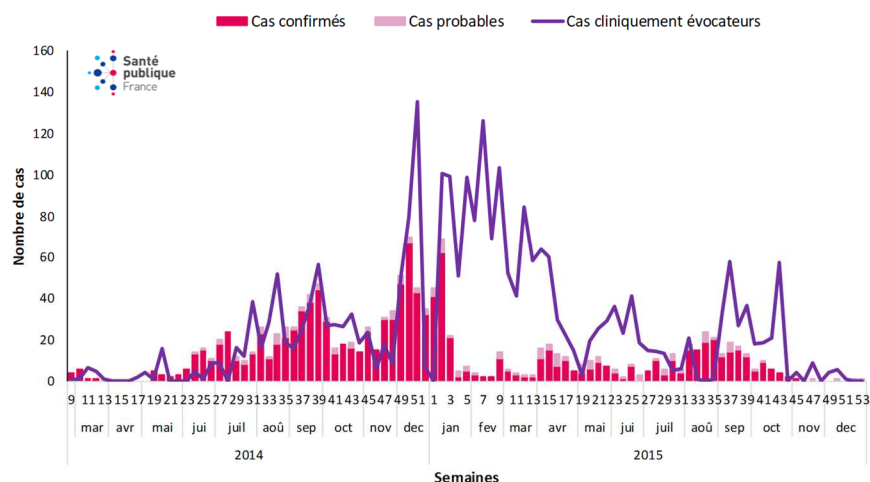


Fig. 11 : Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs, de cas probables et confirmés de chikungunya, secteur des Savanes, 2014-2015.

Avec une durée totale de 47 semaines (S2014-49 à S2015-43), cette épidémie a été la plus longue enregistrée. Sur l'ensemble de la période, 1 968 cas cliniquement évocateurs ont été estimés, avec un pic de 136 cas hebdomadaire lors de la première vague et 58 durant la seconde. L'incidence cumulée a atteint 44 pour 1 000 habitants (Insee 2015), soit environ une personne sur 22 ayant consulté en médecine de ville ou en CDPS pour des symptômes cliniquement évocateurs de chikungunya dans ce secteur.

Aux urgences du CHK, 621 passages liés au chikungunya ont été recensés, principalement durant la première vague épidémique au cours de laquelle un maximum de 57 passages hebdomadaires a été enregistré (S2015-02). La part d'activité du chikungunya aux urgences du CHK n'a pas pu être calculée, le nombre total de passages aux urgences n'étant pas disponible sur cette période-là (Figure 12).

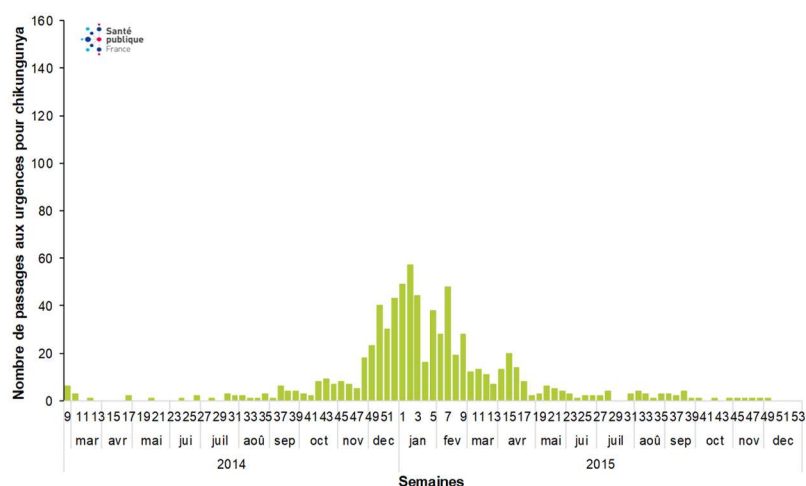


Fig. 12 : Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour chikungunya au Centre Hospitalier de Kourou (CHK), secteur des Savanes, 2014-2015

Secteur du Maroni

Le secteur du Maroni, troisième à être entré en épidémie juste après le Littoral ouest, a connu une circulation active du virus pendant 27 semaines, de novembre 2014 (S2014-44) à avril 2015 (S2015-18).

Durant cette période, 772 cas cliniquement évocateurs ont consulté en CDPS, correspondant à une incidence cumulée de 22 cas pour 1 000 habitants (Insee 2015). Au maximum, 62 consultations hebdomadaires ont été enregistrées dans les CDPS du Maroni, à la mi-novembre 2014 (S2014-46).

Secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock

Bien que des cas sporadiques de chikungunya aient été enregistrés dans les secteurs de l'Intérieur, l'Intérieur est et l'Oyapock, aucun phénomène épidémique n'y a été observé.

Citations

[1] Site internet Institut Pasteur de Guyane : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/chikungunya#quels-sont-les-symptmes->

[2] Bulletin de santé publique (BSP). Dengue. Édition Guyane. Septembre 2023. Saint-Maurice : Santé publique France, 16 p.

Remerciements / Partenaires

Santé publique France en Guyane remercie l'ensemble des partenaires qui ont contribué à la surveillance du chikungunya sur le territoire, notamment les laboratoires privés et hospitaliers, le CNR des Arbovirus de l'Institut Pasteur de la Guyane, le réseau des Médecins sentinelles de Guyane/ARAVEG, les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins, les infirmières de veille hospitalière, les urgentistes, infectiologues, réanimateurs et tous les services hospitaliers du CH de Cayenne, du CH de Kourou et du CH de l'Ouest Guyanais, la Garde médicale de Cayenne, l'ARS Guyane, ainsi que la Direction de la démoustication et des affaires sanitaires/CTG.



Auteurs

Marion Petit-Sinturel, Luisiane Carvalho, Tiphany Succo

Pour nous citer

Pour nous citer : Bulletin thématique. Bilan de l'épidémie de chikungunya 2014-2015 en Guyane : Une maladie en émergence. Mars 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 18 pages, 2026.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 16 mars 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr