



Bulletin

Bulletin régional

Date de publication : 30.07.2026

GUYANE

Surveillance épidémiologique des arboviroses

Semaine 30 (du 20 au 26 juillet 2026)

Points et indicateurs clés

Focus

Comparaison des caractéristiques de l'épidémie de chikungunya de 2026 (données arrêtées au 26/07/2026) avec celles de l'épidémie de 2014/15

Pages 2 et 3

Dengue

L'activité liée à la dengue reste faible sur l'ensemble du territoire. Depuis le début de l'année, 11 cas de dengue ont été biologiquement confirmés, le dernier datant de fin mai 2026 (S2026-21).

Chikungunya

Depuis fin janvier (S04), 1 305 cas de chikungunya ont été biologiquement confirmés en Guyane, dont 37 en S30 (données non consolidées). La circulation du virus est active sur le territoire :

- **Littoral Ouest** : le nombre de passages aux urgences du CHOG est stable, à un niveau modéré depuis trois semaines. Le virus circule sur ce secteur, qui reste en épidémie.
- **Savanes** : le nombre de passages aux urgences du CHK pour suspicion de chikungunya était à un niveau modéré la semaine dernière, après une nette augmentation enregistrée la semaine précédente (S29). L'épidémie se poursuit dans ce secteur.
- **Ile de Cayenne** : des cas de chikungunya sont confirmés chaque semaine et la tendance est stable. En S30, deux foyers se sont éteints dans une commune. Ainsi, 7 foyers sont actuellement actifs et en cours de suivi. Le secteur est en phase de foyers épidémiques.
- **Maroni** : la semaine dernière, aucun cas n'a été confirmé dans ce secteur. Le Maroni est en phase de transmission sporadique.
- **Intérieur, Intérieur Est et Oyapock** : aucun cas confirmé n'a jamais été enregistré dans ces secteurs, qui sont en phase de veille épidémiologique.

Comparaison des caractéristiques de l'épidémie de chikungunya en 2026 avec celles de l'épidémie de 2014/15 (données arrêtées au 26/07/2027)

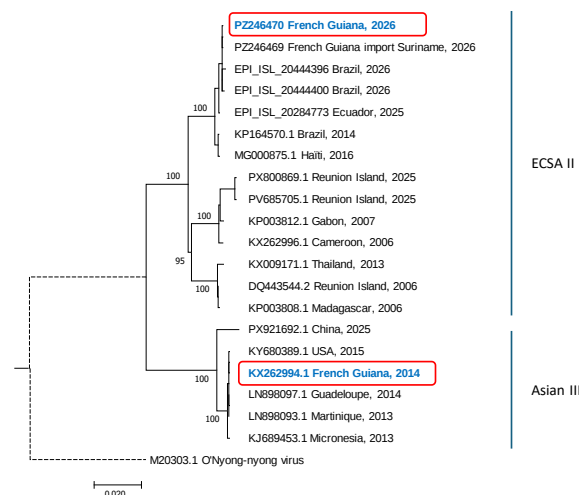
Souche virale

Le lignage du virus du chikungunya à l'origine de l'épidémie de 2014/15 en Guyane diffère de celui qui circule actuellement. En effet, en 2014/15, le virus appartenait au lignage asiatique (Asian III), alors que la souche actuelle appartient au lignage ECSA II.

Or, la souche actuelle ne possède pas la mutation E1-A226V, qui est associée à une meilleure adaptation à *Aedes albopictus*, majoritairement présent en France hexagonale et en Europe. Cette absence de mutation pourrait donc limiter, sans pour autant exclure, le risque de transmission dans ces régions. Par contre, la présence d'*Aedes aegypti* dans les Amériques pourrait favoriser la propagation à un niveau régional.

Enfin, malgré les différences entre ces deux lignages, les personnes ayant acquis une immunité naturelle après une infection en 2014/15 restent immunisées contre la souche circulant en 2026.

Arbre phylogénétique des virus chikungunya isolés en Guyane française, CNR des Arbovirus, 2026



Source. Petit Sinturel Marion, Rousset Dominique, Enfissi Antoine, Ramavoson Tsiriniana, Kezza Crepin, Jourdain Frédéric, Djossou Félix, Succo Thiphanie. Overview of chikungunya viral transmission, French Guiana, 2026. Euro Surveill. 2026;31(20):pii=2600296. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.20.2600296>.

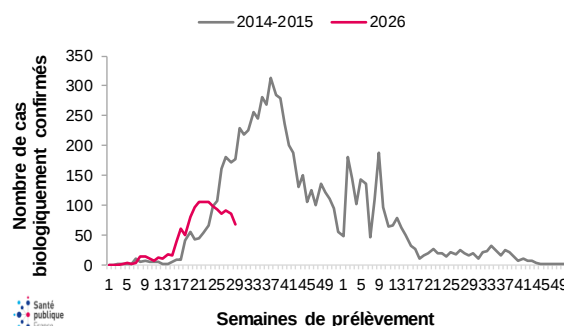
Dynamique de propagation

En 2014/15, le 1^{er} cas confirmé de chikungunya en Guyane était importé de l'île de St Martin où une épidémie était en cours. L'épidémie avait alors débuté sur l'île de Cayenne, avant de progresser vers l'Ouest, touchant successivement le Littoral Ouest, puis le Maroni. Elle s'était ensuite à nouveau propagée vers l'Est du territoire pour atteindre le secteur des Savanes.

Le 1^{er} cas confirmé de l'épidémie de 2026 était un cas importé du Suriname, pays où une épidémie était également en cours. L'épidémie a débuté sur le Littoral Ouest puis s'est propagée d'Ouest en Est, vers les Savanes (actuellement en épidémie) puis sur l'île de Cayenne (actuellement en phase de foyers épidémiques).

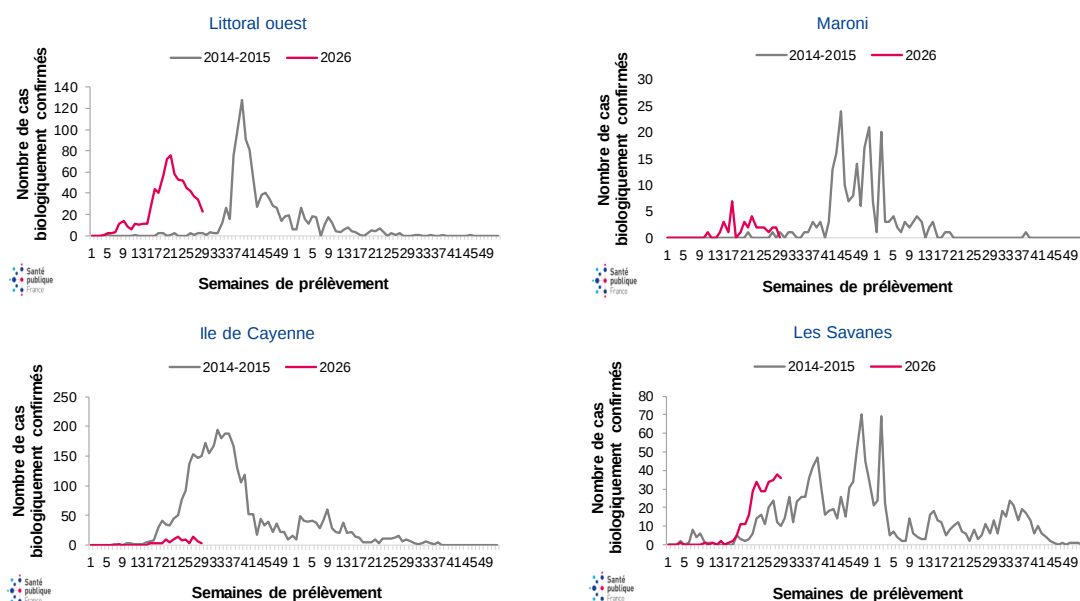
Contrairement à 2014/15, l'épidémie observée sur le Littoral Ouest ne s'est, à ce jour, que peu propagée sur le Maroni, bien que quelques cas y aient été confirmés. Par contre, tout comme en 2014/15, aucun phénomène épidémique n'est actuellement observé dans les secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur-Est et de l'Oyapock.

Nombre de cas biologiquement confirmés de chikungunya lors des épidémies 2014/15 et 2026 (données arrêtées au 26/07/2027), Guyane



Source. 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.

Nombre de cas biologiquement confirmés de chikungunya lors des épidémies 2014/15 et 2026 (données arrêtées au 26/07/2027) par secteur, Guyane



Formes sévères

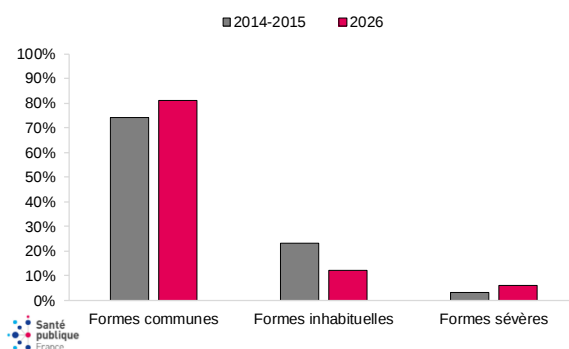
Parmi les 484 cas probables ou confirmés de chikungunya hospitalisés en 2014/15, 74 % avaient présenté une forme commune de la maladie, 23 % une forme inhabituelle et 3 % une forme sévère.

En 2026, sur les 233 hospitalisations enregistrées, 81 % sont des formes communes, 12 % des formes inhabituelles et 6 % des formes sévères.

Cependant, 17 % des fiches sont en attente de classification par les infectiologues, or, la consultation des dossiers médicaux apporte généralement des éléments conduisant à reclasser les formes inhabituelles et sévères en formes communes.

En effet, sur les 194 hospitalisations classées par les infectiologues, 92 % sont des formes communes, 7 % des formes inhabituelles et seulement 2 % des formes sévères. La proportion de formes sévères parmi les cas hospitalisés semble donc comparable entre les deux épidémies.

Proportion de formes communes, inhabituelles et sévères de chikungunya parmi les cas hospitalisés probables ou confirmés en 2014/15 et 2026 (données arrêtées au 26/07/2027), Guyane



Caractéristiques des cas hospitalisés

Lors de l'épidémie de 2014/15, les enfants de 0 à 14 ans constituaient 30 % des cas hospitalisés, et près de 20 % avaient moins d'un an. En 2026, ces tranches d'âge représentent respectivement 37 % et 4 %. D'autre part, les femmes enceintes représentaient 39 % des hospitalisations en 2014/15 et 11 % en 2026.

Par ailleurs, 64 % des cas hospitalisés en 2014/15 présentaient au moins un facteur de risque et/ou une comorbidité, cette proportion est de 52 % en 2026.

Tableau de comparaison des profils des cas probables ou confirmés de chikungunya hospitalisés lors des épidémies 2014/15 et 2026 (données arrêtées au 26/07/2027), Guyane

	2014/15 (N = 484)	2026 (N = 233)
Classes d'âge		
< 1 an	20 %	4 %
1 à 14 ans	10 %	33 %
15 à 29 ans	23 %	22 %
30 à 44 ans	24 %	12 %
45 à 59	23 %	14 %
60 et +		15 %
Femmes enceintes	39 %	11 %
Facteurs de risque et/ou comorbidités	64 %	52 %
Principaux	HTA, diabète, immunodépression	HTA, diabète, grossesse

Enfin, les facteurs de risque et/ou comorbidités les plus fréquents en 2014/15 étaient l'hypertension artérielle, le diabète et l'immunodépression. En 2026, il s'agit de l'hypertension artérielle, du diabète et de la grossesse.

Chikungunya

Depuis la détection du 1^{er} cas confirmé de chikungunya fin janvier (S2026-04), 1 305 cas ont été biologiquement confirmés en Guyane. Les secteurs du Littoral Ouest et des Savanes sont en épidémie (respectivement depuis S16 et S23), l'île de Cayenne est en phase de foyers épidémiques (depuis S18), le secteur du Maroni est en phase de transmission sporadique (depuis S11) et les secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock sont en veille épidémiologique. Les niveaux de gestion du plan ORSEC de lutte contre les arboviroses définis par les autorités sanitaires sont présentés en page 9.

Surveillance virologique

En S29, 67 cas de chikungunya ont été biologiquement confirmés et 37 en S30 (données non consolidées).

La tendance régionale est difficilement interprétable. Cela s'explique en partie par le fait que, dans les secteurs en épidémie, une diminution du nombre de diagnostics biologiques est généralement observée, probablement expliquée par une baisse des consultations médicales par les patients, notamment ceux ayant été exposés à des cas dans leur entourage, ainsi que par une réduction des prescriptions de tests biologiques par les médecins.

Au total, depuis le début de l'année, 1 305 cas ont été biologiquement confirmés. Le sex-ratio H/F est de 0,8 (44 % d'hommes) et l'âge médian de 35 ans [IQR : 15 - 52]. Parmi ces cas, 27 % ont moins de 15 ans et 15 % ont 60 ans et plus.

Cas hospitalisés

Depuis le début de l'année, 233 cas probables ou confirmés de chikungunya ont été hospitalisés dans un des trois sites du CHU de Guyane (données en cours de consolidation).

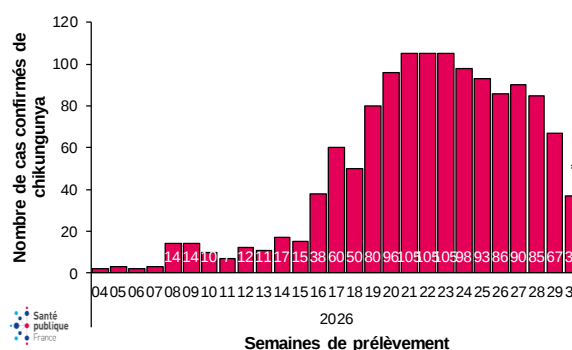
L'âge médian des cas était de 26 ans [IQR : 7 - 49] et 10 % étaient âgés de moins de 3 ans. Le sex-ratio H/F était de 0,7 et la durée médiane de séjour de 2,0 jours [IQR : 1,1 - 3,2].

La grande majorité des cas (83 %) a été classée définitivement par les infectiologues référents : 189 cas ont présenté une forme commune du chikungunya (81 %), 28 cas une forme inhabituelle (12 %), 14 cas une forme sévère (6 %) et 2 hospitalisations n'ont pas pu être classées (1 %).

Par ailleurs, 121 cas (52 %) présentaient des facteurs de risque et/ou des comorbidités, dont les principaux étaient l'hypertension artérielle, la grossesse, le diabète et la drépanocytose. Un cas de transmission materno-néonatale a été enregistré.

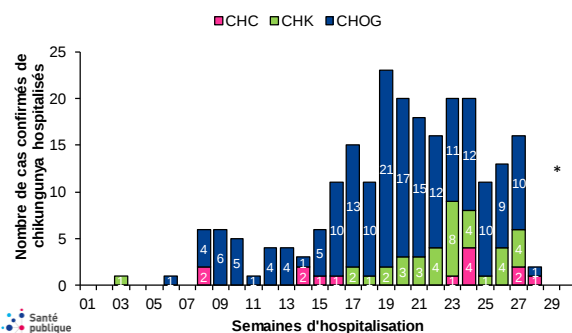
Depuis le début de la surveillance, 2 décès chez des patients biologiquement confirmés de chikungunya ont été enregistrés. Cependant, la cause de ces décès n'était pas l'infection par le chikungunya.

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026



* Données de S2026-30 en cours de consolidation

Nombre hebdomadaire de cas hospitalisés pour chikungunya, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026



* Données des S2026-29 et 30 en cours de consolidation

Le tableau ci-après résume les caractéristiques des cas hospitalisés. Pour deux cas - dont un des décès - le caractère commun, inhabituel ou sévère de leur chikungunya n'a pas pu être déterminé, ils ne sont donc pas inclus dans le tableau ci-après.

Caractéristiques des cas hospitalisés pour chikungunya, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026 (N = 231 – 2 cas non inclus)

	Formes communes		Formes inhabituelles		Formes sévères		Total	
	(N = 189	; 81 %)	(N = 28	; 12 %)	(N = 14	; 6 %)	(N = 231)	
Sexe								
Femmes	114	60 %	13	46 %	6	43 %	133	58 %
Hommes	75	40 %	15	54 %	8	57 %	98	42 %
Classes d'âge								
< 1	6	3 %	1	4 %	2	14 %	9	4 %
1 à 2	9	5 %	3	11 %	1	7 %	13	6 %
3 à 14	52	28 %	9	32 %	2	14 %	63	27 %
15 à 29	42	22 %	4	14 %	5	36 %	51	22 %
30 à 44	22	12 %	4	14 %	1	7 %	27	12 %
45 à 59	30	16 %	2	7 %	1	7 %	33	14 %
60 et +	28	15 %	5	18 %	2	14 %	35	15 %
Au moins un facteur de risque / comorbidité (incluant grossesse)								
Non	94	50 %	9	32 %	7	50 %	110	48 %
Oui	95	50 %	19	68 %	7	50 %	121	52 %
1-2	84	88 %	14	74 %	6	86 %	104	86 %
3-4	11	12 %	5	26 %	1	14 %	17	14 %
5-6	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Facteurs de risque / comorbidités								
Hypertension artérielle	33	17 %	8	29 %	2	14 %	43	19 %
Grossesse	19	17 %	3	23 %	4	67 %	26	20 %
Diabète	19	10 %	1	4 %	3	21 %	23	10 %
Drépanocytose	8	4 %	3	11 %	0	0 %	11	5 %
Obésité	6	3 %	2	7 %	0	0 %	8	3 %
Atteinte respiratoire	5	3 %	3	11 %	1	7 %	9	4 %
Accident vasculaire cérébral	5	3 %	1	4 %	0	0 %	6	3 %
Immunodépression	5	3 %	1	4 %	0	0 %	6	3 %
Maladie cardio-vasculaire	4	2 %	1	4 %	1	7 %	6	3 %
Insuffisance rénale	2	1 %	2	7 %	0	0 %	4	2 %
Prématurité	2	1 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %
Autre	34	18 %	6	21 %	1	7 %	41	18 %
Symptômes								
Fièvre	183	97 %	26	93 %	14	100 %	223	97 %
Arthralgies/artrites	143	76 %	16	57 %	9	64 %	168	73 %
Myalgies	83	44 %	8	29 %	4	29 %	95	41 %
Céphalées	74	39 %	10	36 %	5	36 %	89	39 %
Nausées/vomissements	50	26 %	6	21 %	4	29 %	60	26 %
Atteinte cardio-vasculaire aiguë	18	10 %	8	29 %	7	50 %	33	14 %
Œdèmes périarticulaires	18	10 %	3	11 %	1	7 %	22	10 %
Diarrhées	19	10 %	1	4 %	1	7 %	21	9 %
Douleurs abdominales	15	8 %	2	7 %	2	14 %	19	8 %
Rash	15	8 %	2	7 %	0	0 %	17	7 %
Atteinte hépatique sévère	10	5 %	3	11 %	5	36 %	18	8 %
Atteinte neurologique	2	1 %	9	32 %	3	21 %	14	6 %
Atteinte dermatologique inhabituelle	6	3 %	2	7 %	0	0 %	8	3 %
Décompensation pathologies préexistantes	2	1 %	7	25 %	2	14 %	11	5 %
Syndrome hyperalgique	5	3 %	4	14 %	0	0 %	9	4 %

Situation épidémiologique par secteur

Répartition des 22 communes de Guyane dans les 7 secteurs de surveillance

En raison du manque d'exhaustivité des adresses de résidence des cas confirmés, la méthodologie de répartition des cas par secteur a été ajustée à partir de S24. Parmi les cas confirmés, ceux sans adresse de résidence disponible ont été attribués au secteur du laboratoire préleveur lorsqu'il était connu. Les cas pour lesquels ni l'adresse de résidence ni le laboratoire n'étaient identifiables n'ont pas été inclus dans l'analyse par secteur présentée ci-dessous.



Secteur du Littoral Ouest

Le secteur du Littoral Ouest étant en épidémie, la baisse des cas confirmés est difficilement interprétable (cf. paragraphe « Surveillance virologique »). L'analyse de la situation épidémiologique, dans ce contexte, repose principalement sur la surveillance syndromique.

En S29 et S30, 25 passages hebdomadaires aux urgences du CHOG pour suspicion de chikungunya (code A92.0) ont été enregistrés, et la part d'activité du chikungunya était stable (entre 3 % et 4 %).

Après un ralentissement de l'épidémie observé depuis 3 semaines, la tendance se stabilise dans ce secteur.

L'épidémie se poursuit dans le secteur du Littoral Ouest.

Secteur de l'Île de Cayenne

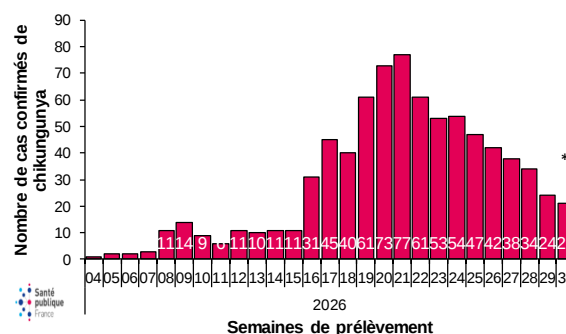
Depuis la deuxième quinzaine de mai (S20), le nombre de cas biologiquement confirmés sur l'Île de Cayenne était variable, avec un maximum de 16 cas hebdomadaires atteint en S23. Au cours des deux dernières semaines (S29 et S30), 9 cas ont été biologiquement confirmés.

En S30, 2 foyers se sont éteints (aucun nouveau cas biologiquement confirmé depuis 4 semaines) réduisant à 7 le nombre de foyers actifs, répartis sur les trois communes de l'Île de Cayenne. Ils comptent de 2 à 21 cas chacun (5 cas en moyenne).

Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya (code A92.0) était faible au CHC, avec 2 passages pour ce motif enregistrés en S30.

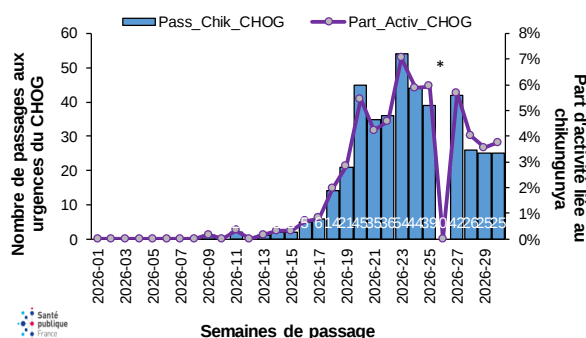
La situation épidémiologique est stable, le secteur de l'Île de Cayenne est en phase de foyers épidémiques.

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur du Littoral Ouest, Guyane, depuis janvier 2026



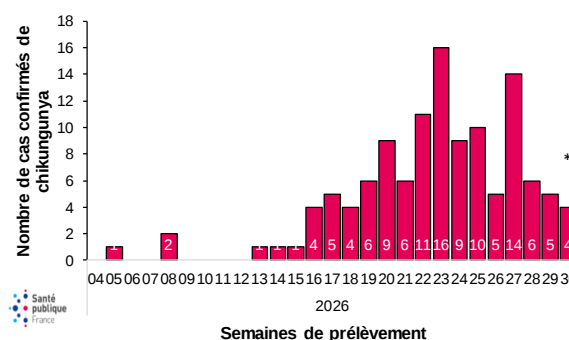
* Données de S2026-30 en cours de consolidation

Nombre hebdomadaire de passages et part d'activité du chikungunya aux urgences du CHOG, tous âges, secteur du Littoral Ouest, Guyane, depuis janvier 2026



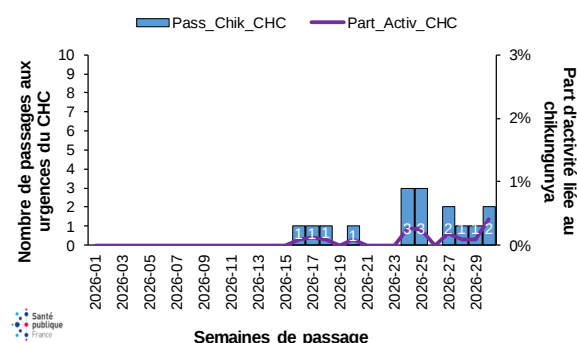
* Données indisponibles en S26-2026

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur de l'Île de Cayenne, Guyane, depuis janvier 2026



* Données de S2026-30 en cours de consolidation

Nombre hebdomadaire de passages et part d'activité du chikungunya aux urgences du CHC, tous âges, secteur de l'Île de Cayenne, Guyane, depuis janvier 2026



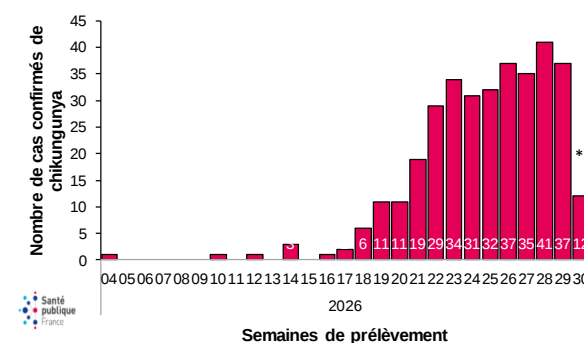
Secteur des Savanes

Le secteur des Savanes étant en épidémie, la tendance des cas confirmés est difficilement interprétable (cf. paragraphe « Surveillance virologique »). L'analyse de la situation épidémiologique, dans ce contexte, repose principalement sur la surveillance syndromique (passages aux urgences).

Après une nette augmentation du nombre de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya (code A92.0) au CHK enregistrée en S29, 13 passages ont été notifiés en S30. La part d'activité liée aux passages pour chikungunya s'élevait à 4 % cette dernière semaine.

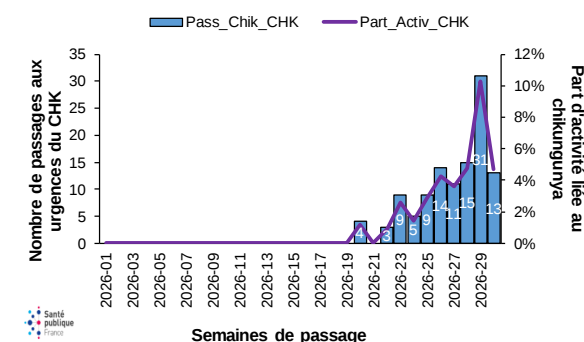
L'épidémie de chikungunya se poursuit dans le secteur des Savanes.

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur des Savanes, Guyane, depuis janvier 2026



* Données de S2026-30 en cours de consolidation

Nombre hebdomadaire de passages et part d'activité du chikungunya aux urgences du CHK, tous âges, secteur des Savanes, Guyane, depuis janvier 2026



Secteur du Maroni

En S30, aucun nouveau cas de chikungunya n'a été biologiquement confirmé sur le Maroni.

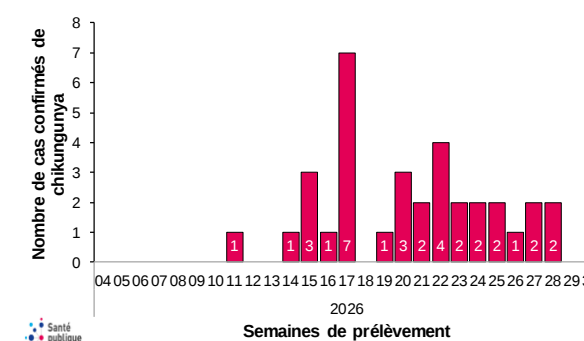
Depuis le début de l'année, 34 cas ont été confirmés dans ce secteur, répartis sur deux communes. La circulation du virus est sporadique.

Par ailleurs, 1 consultation pour suspicion de chikungunya a été enregistrée dans les CDPS du Maroni.

Depuis le début de l'année, 19 consultations pour suspicion de chikungunya (code A92.0) ont été enregistrées par les CDPS de ce secteur.

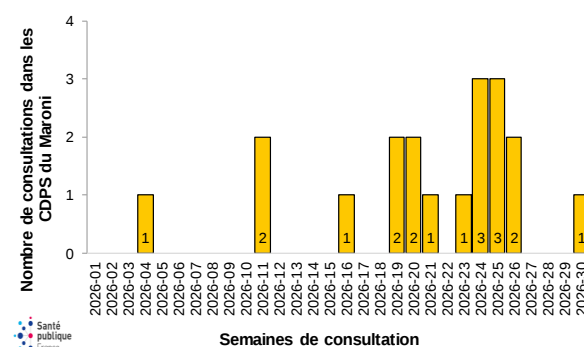
La situation épidémiologique est stable sur le Maroni qui reste en phase de transmission sporadique.

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur du Maroni, Guyane, depuis janvier 2026



* Données de S2026-30 en cours de consolidation

Nombre hebdomadaire de consultations pour suspicion de chikungunya dans les CDPS et hôpitaux de proximité, secteur du Maroni, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026



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

Aucun cas biologiquement confirmé de chikungunya n'a été enregistré dans les secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock. Par ailleurs, aucune consultation pour suspicion de chikungunya n'a été enregistrée par les CDPS et hôpitaux de proximité de ces secteurs.

La situation épidémiologique correspond à une phase de veille épidémiologique.

Plan ORSEC de lutte contre les arboviroses

Le plan ORSEC de lutte contre les arboviroses est un dispositif de gestion de crise qui vise à organiser et préparer de manière opérationnelle l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les arboviroses connues et émergentes (dengue, chikungunya, Zika), sous le pilotage de l'ARS et de la préfecture.

Il précise les missions de chaque partenaire et prévoit une graduation de la réponse tout au long de la circulation virale. Cinq niveaux sont déterminés par l'ARS pour chaque territoire en fonction de la situation épidémiologique, mais également de la capacité de l'offre de soins (activité des urgences, capacités d'hospitalisations et de diagnostic biologique) et de réponses en matière de lutte-antivectorielle. Ces niveaux de risque sont réévalués régulièrement à partir des indicateurs transmis par les différents partenaires.

Santé publique France a pour mission d'apporter les éléments en lien avec la situation épidémiologique et la sévérité de l'épidémie.

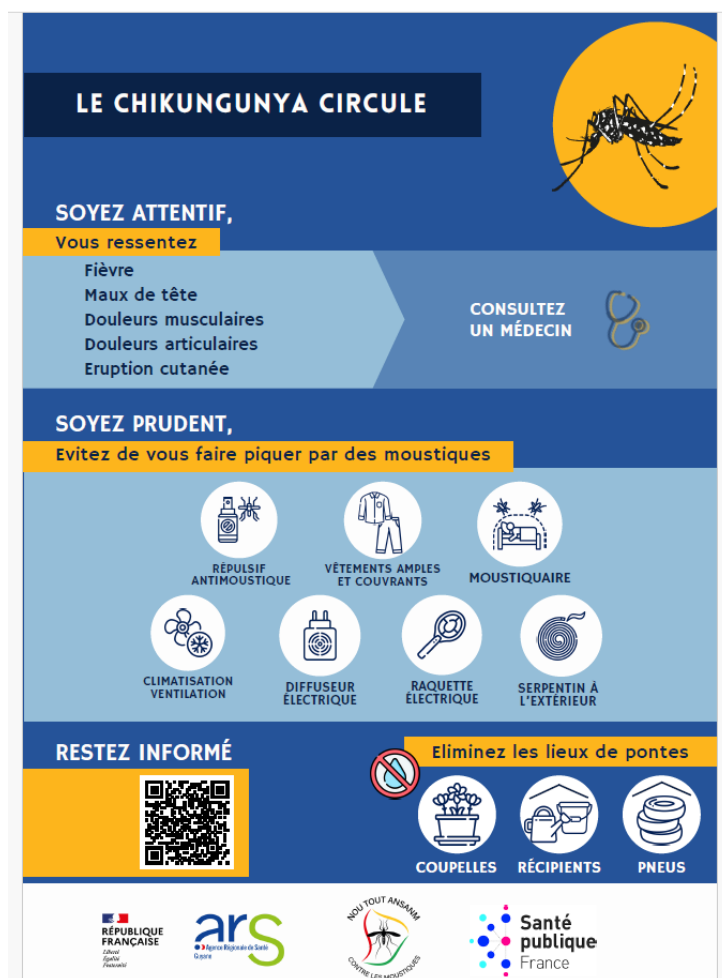
Niveaux du plan ORSEC de lutte contre les arboviroses

Niveau ORSEC	Situation sanitaire	Dispositif associé
	Situation normale de veille	Gestion habituelle des signaux
Niveau 1	Situation de veille et réponses renforcées	Transmission locale avérée sans impact sur les capacités de réponses
Niveau 2	Situation d'alerte	Capacités de réponses renforcées
Niveau 3	Situation sanitaire exceptionnelle	Tensions sur les capacités de réponses
Niveau 4	Situation de crise	Saturation des capacités de réponses

Actuellement, la situation de chaque secteur, définie par le plan ORSEC de lutte contre les arboviroses, est la suivante :

- **Littoral Ouest** : Niveau 2 - Situation d'alerte
- **Savanes** : Niveau 2 - Situation d'alerte
- **Ile de Cayenne** : Niveau 1 - Situation de veille et de réponses renforcées
- **Maroni** : Niveau normal de veille
- **Intérieur Est, Intérieur et Oyapock** : Niveau normal de veille

Prévention



Partenaires

Santé publique France remercie le réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance des infections respiratoires aiguës, des arboviroses, du paludisme et des gastro-entérites aiguës : les urgences, les centres de santé et hôpitaux de proximité, les laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, l'Institut Pasteur de la Guyane, les infirmières de veille hospitalière du CHU, la médecine libérale et hospitalière, l'Agence régionale de santé de Guyane, la Collectivité Territoriale de Guyane, la Direction interarmées du service de santé en Guyane, les équipes EMIP et EMSPEC, les sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, la Cnam, l'Inserm et l'Insee.



Equipe de rédaction

Luisiane Carvalho, Sophie Devos, Marion Petit-Sinturel, Tiphane Succo

Pour nous citer : Bulletin de surveillance épidémiologique. Région Guyane. Semaine 30 (du 20 au 26 juillet 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 10 pages, 2026.

Directrice de publication : Aude de Viviés, directrice générale par intérim

Date de publication : 30 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr