

## Alerte «chikungunya» dans l'Océan Indien

Quel est le risque de dissémination dans les Antilles Guyane ?  
Quelles sont les mesures à prendre pour en limiter le risque ?

| ANTILLES GUYANE |

Le point épidémiologique — N° 01 / 2010

### Situation épidémiologique à la Réunion et dans l'Océan Indien

Après l'épidémie de très forte ampleur qui a touché La Réunion et Mayotte en 2005-2006, au cours de laquelle environ un tiers de la population a été infectée [1], ces deux îles ont connu ensuite une phase inter-épidémique caractérisée par une circulation sporadique du virus. Ainsi, un seul épisode de 5 cas groupés a été détecté à la Réunion en 2009 ; ce foyer ayant été rapidement maîtrisé.

Le 6 avril 2010, une alerte chikungunya a été lancée à la Réunion suite à l'apparition de deux foyers distincts survenus dans un même secteur de l'île [2]. Une surveillance renforcée a immédiatement été mise en place dans le secteur concerné.

Depuis, le second foyer n'a cessé de s'amplifier et d'autres cas isolés ont été confirmés, tout d'abord dans l'Ouest de l'île puis dans d'autres secteurs [3].

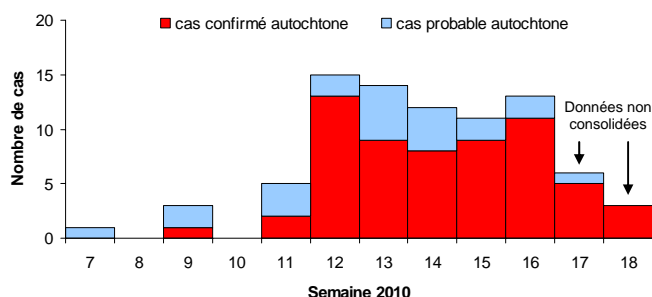
Au total, entre le 17 mars et le 12 mai 2010, le dispositif de surveillance renforcée a permis d'identifier 83 cas autochtones de chikungunya, dont 61 cas confirmés et 22 cas probables (Figure 1).

<sup>1</sup> Un cas confirmé est défini par la présence d'un des critères virologiques ou sérologiques suivants :

- isolement viral ;
- mise en évidence du génome viral par RT-PCR ;
- séroconversion ou augmentation récente du titre des IgG  $\geq 4$  fois sur 2 sérums prélevés à 2 semaines d'intervalle minimum.

| Figure 1 |

Courbe épidémique des cas autochtones de chikungunya selon la date de début des signes (n=83), la Réunion, au 12/05/2010 (source InVS / Cire Océan Indien)



La situation à la Réunion n'est pas épidémique mais l'apparition de nouveaux cas chaque semaine confirme l'existence d'une circulation active et autochtone du virus, en particulier dans l'ouest de l'île.

Par ailleurs, le virus circule de manière active dans plusieurs zones de l'Océan Indien puisque des épidémies de grande ampleur ont récemment sévi en Malaisie, en Indonésie (Ile de

Sumatra), au Sri Lanka et dans l'est de Madagascar. Plusieurs centaines de cas ont également été rapportés dans un village du Sud de l'Inde au cours des dernières semaines. De nombreux pays de l'Océan Indien semblent donc sous la menace permanente d'épidémies de chikungunya.

Sources : InVS / Cire Océan Indien ; alertes 'promed' ([www.promedmail.com](http://www.promedmail.com))

### Evaluation du risque de dissémination du virus aux Antilles Guyane

Actuellement, le virus du chikungunya ne circule dans aucun des territoires des Antilles Guyane et aucune circulation active n'y a jamais été documentée.

Tout comme en 2006, l'alerte lancée récemment au sujet du chikungunya dans l'Océan Indien et en particulier à La Réunion pose la question du risque de dissémination du virus dans la population de cette zone pour l'instant indemne. Ce risque s'analyse en considérant trois composantes du système vectoriel : le ou les vecteurs po-

tentiels, le virus, et la population humaine susceptible d'être infectée (ainsi que les autres vertébrés, hôtes potentiels pour les repas sanguins selon la préférence trophique du vecteur).

#### Présence et compétence de moustiques vecteurs du chikungunya aux Antilles Guyane

Parmi les vecteurs connus du virus (*Aedes albopictus*, *Aedes aegypti* et *Aedes polynesiensis*), seul *Ae. aegypti* est implanté dans les trois DFA.

Cette espèce d'origine africaine, particulièrement anthropophile, est à l'origine des épidémies de dengue qui y surviennent régulièrement. *Ae. albopictus* et *Ae. aegypti* qui sont présents à Mayotte ont sans doute été les vecteurs simultanés du virus lors de l'épidémie de 2006 [4].

L'implantation d'*Ae. albopictus* fait l'objet d'une surveillance régulière dans les DFA et n'a pas, à ce jour, encore été observée. *Ae. albopictus* a été le vecteur du chikungunya à La Réunion en 2006 et en Italie, en 2007.

Depuis 2006, des études de compétence vectorielle vis-à-vis du virus du chikungunya ont été menées chez des *Ae. aegypti* originaires de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane. Les taux d'infection sont supérieurs à 95,0% quelle que soit l'origine des moustiques, traduisant une haute compétence, similaire à celle des *Ae. albopictus* de La Réunion [5].

### Risque d'introduction du virus dans les territoires

L'introduction du virus peut se faire, soit via un voyageur infecté (en phase virémique) en provenance d'une zone où le virus circule, soit via un moustique infecté.

En 2006, il a été estimé qu'environ 150 à 170 passagers en provenance de l'Océan Indien débarquent chaque mois en Martinique ou en Guadeloupe. Cette estimation n'a pu être faite pour la Guyane [7]. La même année, suite à l'arrivée de personnes venant d'une zone où le virus circulait activement [6], 9 cas de fièvre chikungunya importés de zones à risque (Réunion et Madagascar) ont ainsi été confirmés en Martinique (3 cas), en Guadeloupe continentale (2 cas), à Saint Martin (1 cas) et en Guyane (3 cas) ; prouvant la réalité du risque d'introduction du virus aux Antilles et en Guyane.

### Caractéristique de la population hôte

L'absence totale d'immunité de la population antillaise constitue un facteur déterminant vis-à-vis du risque d'intensification de la circulation virale, une fois celle-ci installée, puis de son évolution vers une épidémie intense, comme cela a été observé à La Réunion en 2006.

### Facteurs saisonniers

Les épidémies de dengue qui surviennent régulièrement aux Antilles Guyane tous les deux ou trois ans, illustrent combien les contacts entre

des vecteurs compétents et la population peuvent être favorables à l'installation d'une circulation active d'un virus.

La saisonnalité marquée de ces épidémies de dengue aux Antilles constitue un élément à prendre en compte pour l'analyse de risque. En effet, les recrudescences saisonnières ou les épidémies, surviennent habituellement entre le mois de juillet et le mois décembre. Cependant, cette année, des épidémies de dengue, certes modérées (pour le moment), sévissent depuis décembre 2009 dans les Antilles françaises [8]. Cette situation particulière incite à considérer qu'il n'y a pas de période « sans risque » vis-à-vis de la dissémination du virus chikungunya à partir de cas importés.

**Au total, l'importation du virus chikungunya par des voyageurs en provenance de zone(s) où la circulation du virus est active, en phase virémique lors de leur arrivée aux Antilles Guyane, couplée à la présence d'un vecteur hautement compétent pour ce virus, peut être à l'origine d'une chaîne locale de transmission du virus et de la survenue secondaire de cas autochtones. Dans des conditions favorables (forte densité vectorielle au contact de la population) et en l'absence de mesures de contrôle, cette chaîne peut s'amplifier jusqu'à l'éclosion d'une épidémie dont l'ampleur pourrait être majeure du fait de l'absence totale d'immunité de la population.**

Afin de limiter le risque d'émergence du virus chikungunya dans les DFA, et plus généralement dans la Caraïbe, plusieurs mesures ont été prises durant l'épidémie de 2006 et dans les mois qui suivirent :

- un Programme de surveillance, d'alerte et de gestion (Psage) spécifique, élaboré par la Cire Antilles Guyane en collaboration avec les Directions de la Santé et du Développement Social de Martinique, de Guadeloupe et de Guyane et l'appui des services de démoustication de Martinique et de Guadeloupe. Ce programme mis en place durant l'épidémie a permis la détection de cas importés et la mise en place de mesures de contrôle dans leur environnement ;
- la mise en place de la déclaration obligatoire du chikungunya est venue ensuite, mi-2006, renforcer ce programme.

<sup>1</sup> La compétence vectorielle est l'aptitude intrinsèque du vecteur à s'infecter sur un hôte vertébré, à assurer le développement d'un agent pathogène et à transmettre cet agent à un autre hôte. Ce paramètre est déterminé génétiquement et se mesure en laboratoire.

La compétence se distingue de la capacité vectorielle qui reflète le nombre d'infections qu'un vecteur occasionne par jour à partir d'un nouveau cas. La capacité vectorielle prend en compte non seulement la compétence mais aussi le taux de contact vecteur hôte et se mesure pour une population donnée dans un lieu et un temps donné.

## Le Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion «chikungunya» : phase I

### Objectifs des mesures de surveillance et de gestion

La **phase 1** du Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion (Psage) « chikungunya » correspond à la situation épidémiologique actuellement rencontrée aux Antilles – Guyane vis-à-vis du chikungunya, i.e. l'absence de circulation active du virus chikungunya.

L'objectif de cette phase 1 est d'éviter l'infestation du vecteur *Aedes aegypti* par le virus et le début d'une chaîne locale de transmission pouvant ensuite s'étendre progressivement et entraîner la survenue d'une épidémie.

### Schéma de la chaîne de transmission à partir d'un cas virémique

La période de virémie, durant laquelle le virus peut être transmis à un moustique *Ae. aegypti* lors d'une piqûre est estimée, en moyenne, à 5 jours après le début des signes ; elle peut s'étendre jusqu'à 12 jours dans certains cas.

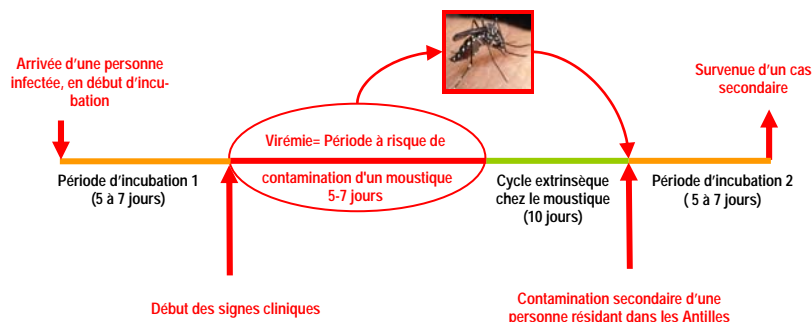
Lorsqu'un moustique s'infecte en piquant une personne en phase de virémie, il y a multiplication du virus dans le moustique. Ce cycle, appelé extrinsèque, dure environ 10 jours.

Le moustique devient alors capable de contaminer d'autres personnes lors de la prise de son repas sanguin, et cela jusqu'à la fin de sa vie dont la durée est estimée entre 1 et 2 mois. Ces autres personnes pourront déclarer la maladie après 5 à 7 jours d'incubation.

Les premiers cas de contamination secondaire pourraient alors apparaître, soit avec un délai de 20 à 30 jours après la date de début de la maladie chez un cas importé (Figure 1).

## | Figure 1 |

Délai de survenue d'un cas secondaire, suite à l'arrivée aux Antilles Guyane d'un voyageur en phase virémique



### Le système de surveillance

#### La déclaration obligatoire

Depuis juillet 2006, le chikungunya a été inscrit sur la liste des maladies à déclaration obligatoire pour l'ensemble du territoire métropolitain ainsi que pour les Départements Ultramarins.

Cette décision impose ainsi aux médecins ou biologistes de signaler et notifier à l'ARS tout cas biologiquement confirmé à l'aide de la fiche de notification disponible sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/>

Comme il ne concerne que la notification des cas biologiquement confirmés, ce dispositif n'est pas suffisamment réactif pour détecter précocement le début d'une chaîne locale de transmission. Il ne peut donc constituer à lui seul un dispositif opérationnel dédié à l'alerte précoce, comme l'est le volet surveillance du Programme de surveillance, d'alerte et de gestion « chikungunya » dont il est complémentaire.

De niveau national et piloté par l'InVS, ce dispositif de déclaration obligatoire permettra avant tout de décrire les caractéristiques des cas biologiquement confirmés.

#### La surveillance épidémiologique des cas suspects et confirmés

Ici, l'objectif est de détecter le plus précocement possible les patients en phase de virémie, qu'il s'agisse de cas importés (contaminés hors des Antilles Guyane) ou de cas autochtones (contaminés aux Antilles Guyane), ceci afin d'être en mesure de rompre le plus rapidement possible toute chaîne locale de transmission par des actions de démoustication appropriées.

Elle s'appuie sur l'ensemble des médecins de ville, des médecins hospitaliers (services d'accueil des urgences et services des maladies infectieuses et tropicales), des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville (LABM), des laboratoires de virologie hospitaliers et le CNR arboviroses pour la région Antilles Guyane.

Compte tenu de la circulation de la dengue aux Antilles-Guyane, tout cas suspect doit faire l'objet d'une recherche diagnostique selon le schéma suivant :

- dans tous les cas : sérologie (IgM et IgG) chikungunya ET dengue ;
- si la date de début des signes  $\leq 5$  j : RT-PCR chikungunya ET dengue ;
- sérologies (IgM et IgG) chikungunya et dengue renouvelées 15 jours plus tard (si les symptômes évoluaient depuis plus de cinq jours) pour les premiers cas.

Les prélèvements pour sérologie doivent être envoyés via les circuits habituels des LABM vers leurs laboratoires correspondants en métropole (Cerba, Biomnis...), tandis que les prélèvements pour RT-PCR seront analysés par le CNR des arbovirus de l'Institut Pasteur de Cayenne.

#### Un cas suspect est défini comme :

- Une personne de retour d'une zone à risque, depuis moins de deux semaines ET présentant un syndrome dengue-like, celui-ci associant :
  - ⇒ une température  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  avec un début brutal, évoluant depuis moins de 7 jours ;
  - ⇒ **et** sans point d'appel infectieux ;
  - ⇒ **et** avec au moins un des signes suivants, évoluant depuis moins de 7 jours : céphalées, douleurs rétro orbitaires, myalgies, arthralgies, lombalgies.

#### OU

- Une personne présentant une fièvre  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  d'apparition brutale ET des douleurs articulaires incapacitantes des extrémités des membres ET en l'absence de tout point d'appel infectieux.

**Un cas confirmé** est un cas suspect présentant une sérologie IgM positive chikungunya sur un prélèvement tardif ( $\geq 5$  jours après la date de début des signes) ou une RT-PCR positive sur un prélèvement précoce

#### Les mesures de contrôle

**Tout cas suspect fait l'objet d'une intervention du service de démoustication avant même les résultats de la recherche diagnostique.** Les mesures de contrôle sont graduées en fonction du statut du cas, et sont mises en œuvre immédiatement après le signalement d'un cas suspect ou d'un cas confirmé.

Les objectifs de l'intervention du service de démoustication sont de :

- repérer et supprimer tous les gîtes potentiels de moustiques dans l'environnement d'un cas ;
- supprimer tous les moustiques adultes susceptibles de s'infecter ou potentiellement vecteurs du virus ;
- informer les personnes exposées sur les mesures de protection individuelle contre les piqûres de moustiques, de destruction des moustiques adultes présents au domicile et de suppression des gîtes potentiels dans leur environnement ;
- recenser d'éventuels cas suspects secondaires dans l'environnement d'un cas confirmé afin de limiter l'extension d'un foyer épidémique.

Le signalement de tout cas suspect ou confirmé est suivi d'une intervention systématique du service de démoustication qui comporte les actions suivantes :

- enquête domiciliaire : identification et destruction des gîtes<sup>2</sup> ;
- pulvérisation adulticide<sup>3</sup> du domicile (et du lieu de travail le cas échéant) ;

- enquête de voisinage (minimum de 12 maisons directement avoisinantes) : identification et destruction des gîtes ;
- information sur les actions de prévention individuelle et sur la conduite à tenir en cas d'apparition d'une fièvre ;
- recensement d'éventuels cas suspects secondaires dans l'environnement d'un cas confirmé afin de limiter l'extension d'un foyer épidémique ;
- pulvérisation spatiale du quartier 2 jours après cette première intervention ;
- nouvelle pulvérisation adulticide au domicile et dans le quartier, 4 et 8 jours suivant la première pulvérisation ;

S'il s'agit d'un cas suspect autochtone (personne n'ayant pas voyagé mais présentant les signes cliniques de la maladie) :

- en l'absence d'épidémie de dengue, une intervention de niveau 1 du service de démoustication est réalisée dans l'attente du résultat de la sérologie ;
- si une épidémie de dengue sévit dans le département, le nombre de cas suspects peut devenir important et l'intervention du service de démoustication ne sera déclenchée (enquête épidémiologique) que si le cas autochtone est confirmé.

Le signalement de tout cas confirmé est suivi en complément d'une enquête épidémiologique (recensement actif de cas) et entomologique (repérage et destruction des gîtes) autour du cas :

- 4 à 5 semaines après le début des signes s'il s'agit d'un cas importé ;
- immédiatement après la confirmation biologique s'il s'agit d'un cas autochtone ;

Ces enquêtes doivent être exhaustives, c'est-à-dire que tous les bâtiments, habités ou non, et tous les terrains doivent être visités, avec l'appui des municipalités, dans un périmètre d'au moins 300 mètres (correspondant au rayon d'action théorique d'un moustique *Aedes femelle*) autour du domicile. Le périmètre d'intervention pourra être précisé par un entomologiste en fonction de la configuration du quartier. Plusieurs passages sont nécessaires afin de contacter les personnes absentes lors d'un premier passage.

#### Prise en charge hospitalière

Des mesures de protection individuelle et collective doivent être prévues en cas d'hospitalisation d'un cas suspect ou confirmé de chikungunya afin d'éviter la transmission de la maladie au sein de l'établissement (intervention des services de démoustication, installation du patient dans une chambre climatisées fenêtre et portes fermée, mise en place d'une moustiquaire imprégnée de taille suffisante, utilisation systématique de répulsifs et de vêtements longs imprégnés pour les déplacements du malade).

<sup>2</sup> Collections d'eau permettant le développement des larves et nymphes de moustiques

<sup>3</sup> Destruction des moustiques adultes par pulvérisation d'insecticide anti-adulte

### Rappel de la maladie

Après une incubation silencieuse de 4 à 7 jours en moyenne (mais pouvant être comprise entre 1 et 12 jours), une **fièvre élevée** apparaît **brutalement** accompagnée d'**arthralgies** pouvant être intenses, touchant principalement les **extrémités** (poignets, chevilles et phalanges).

D'autres signes peuvent également survenir : des **myalgies**, des **céphalées** et un **exanthème maculo-papuleux** qui peut s'accompagner d'un **prurit** cutané, notamment au niveau de la voûte plantaire.

Des **hémorragies bénignes** à type de gingivorragies et d'épistaxis sont aussi possibles, surtout chez les enfants.

La phase aiguë de l'infection par le Chikungunya dure en moyenne **5 à 10 jours**. Elle correspond à la phase virémique, phase pendant laquelle le malade être piqué par un autre moustique et entretenir la chaîne de transmission.

Les **infections asymptomatiques** sont possibles (à la Réunion, la proportion de formes asymptomatiques a pu être estimée à 13%)

Dans tous les cas, l'immunité acquise paraît durable.

Les symptômes aigus régressent généralement en 5 à 10 jours. Néanmoins, après une phase asymptomatique, des rechutes articulaires avec ou sans fièvre peuvent survenir par intermittence.

La maladie peut évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies persistantes provoquant une incapacité partielle pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois (parfois années).

Pour en savoir plus : *INPES, « Dossier Spécial Chikungunya, Point sur les connaissances et la conduite à tenir », document accessible sur :*

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/inpes\\_chikungunya/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/inpes_chikungunya/index.html)

## Références bibliographiques

1. Renault P, Solet JL, Sissoko D, Balleydier E, Larrieu S, Filleul L et al. A major epidemic of chikungunya virus infection on Reunion Island, France, 2005-2006. *Am J Trop Med Hyg* 2007 October;77(4):727-31.
2. Cire Océan Indien. Alerte chikungunya à la Réunion. Point épidémiologique au 6 avril 2010. [http://invs.sante.fr/regions/reunion\\_mayotte/pe\\_rm\\_chik\\_060410.pdf](http://invs.sante.fr/regions/reunion_mayotte/pe_rm_chik_060410.pdf)
3. Cire Océan Indien. Alerte chikungunya à la Réunion. Point épidémiologique au 12 mai 2010. [http://www.invs.sante.fr/regions/reunion\\_mayotte/pe\\_rm\\_chik\\_29\\_120510.pdf](http://www.invs.sante.fr/regions/reunion_mayotte/pe_rm_chik_29_120510.pdf)
4. Bagny L, Delatte H, Elissa N., Quilici S, Fontenille D. *Aedes* (Diptera: Culicidae) Vectors of Arboviruses in Mayotte (Indian Ocean): Distribution Area and Larval Habitats. *J. Med. Entomol* 2009 ;46(2) :198-207.
5. Girod R., Gaborit P., Rakotoarivony I., Etienne M.(3), Carinci R., Ramdini C., Issaly J., Yp-Tcha MM., Gustave J J., Yebakima A., Marrama L., Failloux AB., Vazeille M. Compétence vectorielle d'*Aedes aegypti* pour le virus Chikungunya dans les Départements français d'Amérique. Premières Journées interrégionales de veille sanitaire des Antilles Guyane. Fort de France, décembre 2008.
6. Cire Antilles Guyane. Surveillance épidémiologique du risque d'émergence du virus chikungunya aux Antilles Guyane. Basag 2006-3:9-10.
7. Note technique InVS : Evaluation du risque d'introduction et de déclenchement d'épidémies dues aux virus du chikungunya en France métropolitaine et en Antilles-Guyane. Mars 2006.
8. Cire Antilles Guyane. Surveillance de la dengue aux Antilles : causes et conséquences potentielles de la circulation virale importante de la dengue actuellement rencontrée aux Antilles. Le point épidémiologique. Cire Antilles Guyane. N°01/2010. Avril 2010.

## Conclusion

Depuis début avril 2010, La Réunion connaît une alerte au chikungunya.

Actuellement, il n'y a pas de circulation avérée du virus chikungunya dans les DFA, mais les échanges importants entre l'Océan Indien et les Antilles Guyane exposent au risque d'introduction, puis de dissémination du virus dans les DFA

Cette situation correspond à la phase 1 du Programme de Surveillance d'Alerte et de Gestion (Psage) du chikungunya dont l'objectif est d'éviter et/ou de contrôler au plus vite l'instauration d'une chaîne locale de transmission du virus en mettant en place, sans délai, devant tout cas suspect ou confirmé, les mesures de contrôle adaptées.

Le dispositif de surveillance épidémiologique repose sur l'adhésion de tous les médecins cliniciens, ainsi que de tous les laboratoires de ville ou hospitaliers à signaler immédiatement TOUT CAS SUSPECT OU CONFIRMÉ à l'Agence Régionale de santé (voir encadré bleu), afin que soient menées dans les meilleurs délais une investigation épidémiologique et des actions de lutte antivectorielle autour du cas.

Les définitions d'un cas suspect et d'un cas confirmé sont rappelées ci-dessous.

Par ailleurs, il est impératif de protéger immédiatement des piqûres d'Aedes un patient suspect fébrile (celui-ci pouvant être virémique), avant même le retour des résultats des examens sanguins. Cette protection (moustiquaire, répulsifs...) doit être poursuivie au minimum pendant 7 jours après le début des symptômes.

Selon l'évolution de la situation épidémiologique internationale vis-à-vis du chikungunya, que ce soit à la Réunion ou dans un autre territoire, et donc selon le niveau de risque d'introduction du virus dans les DFA, ce dispositif de surveillance et de contrôle pourra être amené à être renforcé en déclenchant, notamment, les phases suivantes prévues dans le Psage.

L'évolution des mesures à prendre et de l'implication nécessaire de tous les professionnels de santé dans le dispositif de surveillance seront détaillés dans les points épidémiologiques ultérieurs.

### RAPPEL

Un cas suspect est défini comme :

- Une personne de retour d'une zone à risque depuis moins de deux semaines ET présentant un syndrome dengue like, celui-ci associant :
  - ⇒ une température  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  avec un début brutal, évoluant depuis moins de 7 jours ;
  - ⇒ **et** sans point d'appel infectieux ;
  - ⇒ **et** avec au moins un des signes suivants, évoluant depuis moins de 7 jours : céphalées, douleurs rétro orbitaires, myalgies, arthralgies, lombalgies.

OU

- Une personne présentant une fièvre  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  d'apparition brutale ET des douleurs articulaires incapacitantes des extrémités des membres ET en l'absence de tout point d'appel infectieux.

Un cas confirmé est un cas suspect présentant une sérologie IgM positive chikungunya sur un prélèvement tardif ( $\geq 5$  jours après la date de début des signes) ou une RT-PCR positive sur un prélèvement précoce ( $\leq 5$  jours) ou avec un isolement viral.

**Tout médecin (clinicien ou biologiste) doit signaler sans délai  
OUT CAS SUSPECT OU CONFIRMÉ  
à l'Agence Régionale de santé (voir numéros de téléphone dans encadré)**

**Il est impératif de protéger immédiatement des piqûres d'Aedes un patient suspect fébrile (celui-ci pouvant être virémique), avant même le retour des résultats des examens sanguins. Cette protection (moustiquaire, répulsifs...) doit être poursuivie au minimum pendant 7 jours après le début des symptômes.**

*Remerciements à nos partenaires : la Cellule de Veille Sanitaire de l'ARS Guadeloupe, Guyane et Martinique, aux Services de démoustication, aux réseaux de médecins généralistes sentinelles, aux services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation), au CNR de l'Institut Pasteur de Guyane, aux LABM, à l'EFS ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.*



# Numéros pour le signalement immédiat des cas suspects et confirmés de chikungunya à l'ARS

## Guadeloupe

Tél : 0590 410 200

Fax : 0590 994 924

[ARS971-ALERTE@ars.sante.fr](mailto:ARS971-ALERTE@ars.sante.fr)

## Guyane

Tél : 0594 256 070

Fax : 0594 255 336

[ARS973-ALERTE@ars.sante.fr](mailto:ARS973-ALERTE@ars.sante.fr)

## Martinique

Tél : 0596 394 270

Fax : 0596 394 426

[ARS972-ALERTE@ars.sante.fr](mailto:ARS972-ALERTE@ars.sante.fr)

**Directeur de la publication**

Dr Françoise Weber,  
directrice générale de l'InVS

**Rédacteur en chef**

Dr Philippe Quénel, coordonnateur scientifique de la Cire AG

**Maquettiste**

Claudine Suivant

**Comité de rédaction**

Vanessa Ardillon

Marie Barrau

Alain Blateau

Sylvie Cassadou

Luisiane Carvalho

Jean-Loup Chappert

Claude Flamand

Sophie Larrié

Martine Ledrans

Dr Philippe Quénel

Jacques Rosine

**Diffusion**

Cire Antilles Guyane

Centre d'Affaires AGORA

Pointe des Grives. B.P. 656.

97261 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54

Fax : 596 (0)596 39 44 14

<http://www.invs.sante.fr>

<http://www.martinique.sante.gouv.fr>

<http://www.guadeloupe.sante.gouv.fr>

<http://www.guyane.sante.gouv.fr>