

Le chikungunya dans les Antilles-Guyane

Bulletin du 11 au 24 août 2014 (Semaines S2014-33 et S2014-34)

| ANTILLES GUYANE |

Le point épidémiologique — N° 28 / 2014

Ce point épidémiologique présente l'évolution temporo-spatiale de l'épidémie de chikungunya aux Antilles et en Guyane. Il se base essentiellement sur le suivi des cas cliniquement évocateurs estimés à partir des cas signalés par les réseaux de médecins sentinelles.

Il est publié une fois par mois en alternance avec un point épidémiologique complet présentant l'ensemble de la surveillance qui concerne aussi l'activité de SOS médecins, les cas confirmés par les laboratoires, les passages aux urgences, les hospitalisations et la situation internationale.

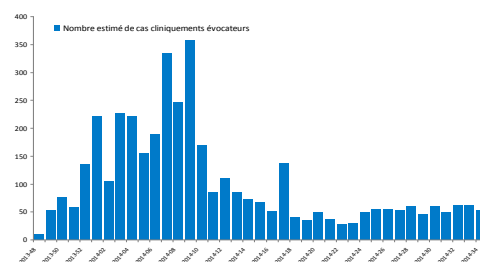
Saint-Martin

Entre fin novembre 2013 et le 24 août 2014, le nombre cumulé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation médicale de ville est estimé à 3990 (Figure 1). Le nombre estimé de consultations est de 58 durant la 3^{ème} semaine d'août (S2014-34) contre 62 pour les semaines 32 et 33. Ainsi, les cas évocateurs vus en médecine de ville sont en légère diminution en semaine 34. La tendance est globalement stable depuis dix semaines avec une moyenne de 55 consultations hebdomadaires depuis la mi-juin.

Répartition spatiale des cas : Les cas incidents semblent se concentrer à Marigot, quartier d'Orléans et Sandy Ground.

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Saint Martin - S2013-48 à S2014-34



Conclusions pour Saint-Martin : Une légère diminution du nombre de cas évocateurs est observée. La circulation du virus reste modérée depuis une dizaine de semaines. Saint-Martin est actuellement en phase 2 du Psage.

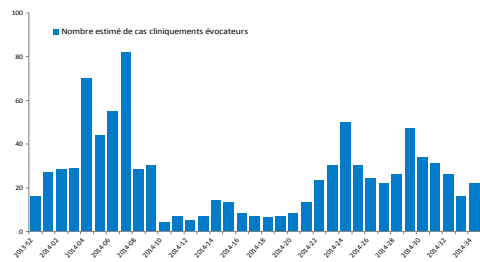
Saint-Barthélemy

Depuis le 23 décembre 2013, une surveillance hebdomadaire des cas cliniquement évocateurs de chikungunya est réalisée par des médecins généralistes de l'île et a permis d'estimer 900 cas cliniquement évocateurs jusqu'au 24 août 2014 (Figure 2). Le nombre moyen de cas cliniquement évocateurs vus en consultation entre le 11 et le 24 août est estimé à 19, avec une légère augmentation en semaine 34 (22 cas); la tendance reste globalement à la baisse.

Répartition spatiale des cas : L'épidémie reste diffuse sur l'ensemble de l'île de Saint-Barthélemy avec deux foyers (quartiers de Lorient et St Jean).

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Saint Barthélemy S2013-52 à S2014-34



Conclusions pour Saint-Barthélemy : Le nombre de consultations pour chikungunya est décroissant depuis la fin du mois de juillet malgré une légère reprise des consultations de ville en semaine 34. La situation de Saint-Barthélemy correspond toujours à la phase de transmission virale modérée (Phase 2 du Psage).

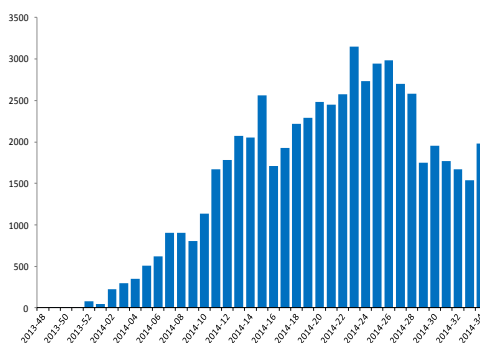
Martinique

Le nombre estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation en médecine de ville est en hausse de 29%, avec 1980 cas en semaine 2014-34 versus 1540 en semaine 2014-33. Une tendance similaire est observée au niveau du nombre de visites à domicile réalisées par SOS Médecins. Après 7 semaines consécutives de baisse, on assiste à une nouvelle augmentation du nombre de cas. Au total, 59 440 cas estimés de chikungunya ont été vus en consultation par des médecins généralistes depuis décembre 2013 et 19 décès indirectement liés à l'infection ont été enregistrés parmi les patients hospitalisés avec une confirmation biologique.

Répartition spatiale des cas : Les communes qui enregistrent les incidences les plus élevées sont dans le Nord Caraïbe, Le Carbet, Saint-Pierre, Case-Pilote et le Prêcheur, dans le Centre, Saint-Joseph, Ducos et Schoelcher et au Sud de l'île, Rivière-Pilote.

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Martinique S2013-48 à S2014-34



Conclusions pour la Martinique : l'épidémie se poursuit en Martinique. Toutefois, la baisse du nombre de consultations, observée depuis début juillet marque le pas avec une augmentation des consultations entre le 18 et le 24 août. Les données des 2 prochaines semaines permettront de confirmer ou pas cette nouvelle tendance.

Guadeloupe

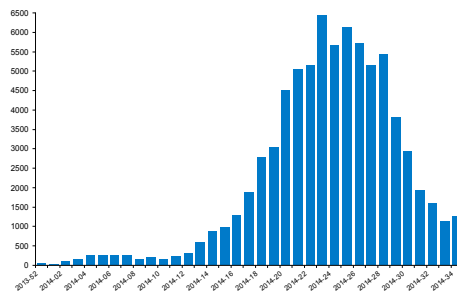
Depuis le début de la surveillance (S2013-52 à S2014-34), le nombre total de cas cliniquement évocateurs de chikungunya ayant consulté en médecine de ville est estimé à 75 400. Le nombre de cas évocateurs, en diminution depuis mi-juillet (2014-S29) a tendance à se stabiliser en semaine S2014-34 avec 1278 cas évocateurs versus 1121 cas la semaine précédente.

Par ailleurs, depuis le début de l'épidémie, 9 décès ont été enregistrés parmi les cas biologiquement confirmés hospitalisés : un est directement lié au chikungunya, les huit autres étant indirectement liés au chikungunya.

Répartition spatiale des cas : Sur les quatre dernières semaines, l'incidence moyenne des cas cliniquement évocateurs est en constante diminution, avec 149 cas pour 10 000 habitants pour les semaines 2014-31 à 34 contre 230 cas pour 10 000 pour les semaines 2014-29 à 32. Des cas sont toujours présents sur l'ensemble du territoire

| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes - Guadeloupe S2013-52 à S2014-34



et 7 communes présentent une incidence supérieure à la moyenne départementale: Pointe-à-Pitre, Saint François, Les Abymes, Trois-Rivières, Lamentin, Baie-Mahault, Terre-de-Haut.

Conclusions pour la Guadeloupe : Les indicateurs indiquent que l'épidémie reste généralisée sur l'ensemble du territoire de la Guadeloupe et de ses îles proches malgré une diminution du nombre de cas cliniquement évocateurs depuis mi-juillet. Le comité d'experts qui s'est réuni le 7 août a décidé de maintenir la situation épidémiologique correspondant à une épidémie généralisée (phase 3 du Psage).

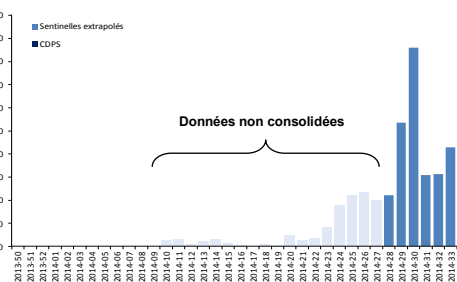
Guyane

Au cours des deux dernières semaines, on note une nette augmentation du nombre de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en médecine de ville et en Centres de Santé atteignant 370 cas au cours de la 3^{ème} semaine d'août (S2014-34) (Figure 5a). La diminution observée à la fin du mois de juillet ne s'est donc pas confirmée ces deux dernières semaines. En revanche, le nombre de cas biologiquement confirmés et probables augmente quasi-régulièrement depuis plus de deux mois (Figure 5b). Au total, depuis la première apparition du virus sur le territoire à la mi-décembre 2013, ce sont 2206 cas qui ont été biologiquement confirmés. Aucun décès n'a été répertorié à ce jour.

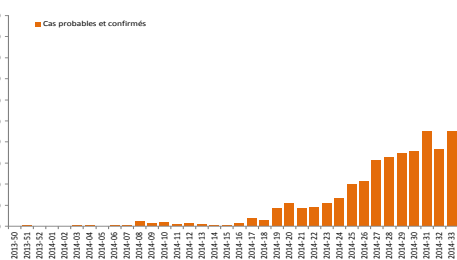
Répartition spatiale des cas : La majorité des cas probables et confirmés reste majoritairement recensés sur Cayenne. Les communes de Rémire, Macouria et Matoury hébergent des foyers particulièrement actifs. De nouveaux foyers sont recensés sur Rémire, Matoury et Kourou. Enfin, 5 communes sont concernées par des cas probables et confirmés isolés sans foyers identifiés: Saint-Laurent, Iracoubo, St Georges, Maripasoula et Grand-Santi.

| Figure 5a et b |

Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville ou en centres de santé, estimé à partir des données du réseau de médecins sentinelles et des données des centres de santé - Guyane S2013-50 à 2014-34



Nombre hebdomadaire de cas probables et de cas confirmés de chikungunya - Guyane -S2013-50 à S2014-34



Conclusions pour la Guyane : L'ensemble des indicateurs épidémiologiques montrent que l'activité du virus du chikungunya continue de progresser sur le territoire guyanais ces deux dernières semaines. Le comité d'experts qui s'est réuni le 22 août 2014 a considéré que la situation épidémiologique correspondait toujours à une transmission modérée du virus avec des foyers épidémiques et chaînes locales de transmission (phase 2b).

Conclusions générales

A Saint-Martin, la circulation virale reste modérée et stable au cours des dix dernières semaines (phase 2 du Psage)

A Saint-Barthélemy, la circulation virale reste modérée avec une tendance à la baisse amorcée depuis 5 semaines (phase 2 du Psage).

En Martinique, l'épidémie se poursuit mais la tendance à la baisse amorcée depuis 7 semaines marque le pas en semaine 2014-34 (phase 3 du Psage).

En Guadeloupe et ses îles proches, malgré une diminution de la circulation virale observée depuis début juillet, le territoire reste en épidémie généralisée (phase 3 du Psage).

En Guyane, la circulation du virus du chikungunya continue sa progression et de nouveaux foyers épidémiques ont été identifiés (phase 2 du Psage).

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

Le point épidémiologique

Saint-Martin (depuis S2013-48)

- 3 990 cas cliniquement évocateurs
- 3 décès enregistrés

Saint-Barthélemy

(depuis S2013-52)

- 900 cas cliniquement évocateurs

Martinique (depuis S2013-49)

- 59 440 cas cliniquement évocateurs
- 19 décès enregistrés

Guadeloupe (depuis S2013-52)

- 75 400 cas cliniquement évocateurs
- 9 décès enregistrés

Guyane (depuis S2013-51)

- 2 206 cas probables ou confirmés
- Aucun décès enregistré

Directeur de la publication

Dr. François Bourdillon
Directeur général de l'InVS

Rédacteur en chef

Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

Maquettiste

Claudine Suivant
Comité de rédaction

Audrey Andrieu

Vanessa Ardillon

Alain Blateau

Sylvie Cassadou

Luisiane Carvalho

Elise Daudens

Frédérique Dorléans

Noëlle Gay

Martine Ledrans

Mathilde Melin

Marion Petit-Sinturel

Jacques Rosine

Amandine Vaidie

Diffusion

Cire Antilles Guyane
Centre d'Affaires AGORA

Pointe des Grives. CS 80656

97263 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54

Fax : 596 (0)596 39 44 14

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

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

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

La réponse à l'épidémie de chikungunya

| La réponse à l'épidémie de chikungunya en Guyane : des éléments en faveur de l'efficacité des actions de lutte antivectorielle dans la propagation de la maladie dans le cadre d'une stratégie globale |



1. UNE GESTION FACILITEE PAR UNE PROGRES-SION DE L'EPIDEMIE PLUS LENTE QU'AUX ANTILLES

Des études et retours d'expériences qui pourront être menés ultérieurement et en matière d'épidémiologie pour tirer les enseignements de l'épidémie de chikungunya 2013-2014, l'évaluation des actions de gestion mises en œuvre en Guyane aura un intérêt particulier compte tenu de leur apparente efficacité dans le contrôle de l'épidémie jusqu'à présent.

Depuis le début de la circulation du virus dans les départements français d'Amérique en fin d'année 2013, la situation épidémiologique en Guyane est en effet caractérisée par une dynamique d'épidémie différente de celle observée dans les îles françaises des caraïbes : en Guyane l'épidémie a progressé moins vite et plusieurs foyers épidémiques se sont éteints après n'avoir concerné par exemple qu'un seul quartier d'une ville. La progression spatiale a semblé également différente avec une extension géographique qui reste encore majoritairement contenue en juillet 2014 à la région de l'île de Cayenne, le reste du département échappant jusque-là largement aux foyers épidémiques. Cette dynamique par ailleurs ne ressemble en rien à celle observée en 2013 lors de l'épidémie de dengue qui avait touché plus de 16000 personnes dans toute la Guyane.

Au début de l'année 2014, on avait pu constater que les premiers cas importés de chikungunya en Guyane - qui avaient contracté la maladie aux Antilles - n'ont que peu transmis le virus à leur entourage. Les premiers foyers épidémiques seraient liés à la dissémination du virus par des sujets éventuellement asymptomatiques qui ont échappé au système de détection mis en place par les acteurs sanitaires. Toutefois, ces foyers de transmission ont souvent pu être détectés précocement (2 ou 3 cas) grâce aux protocoles de veille sanitaire établis, permettant sans doute que les actions de gestion soient mises en œuvre suffisamment rapidement pour être efficaces et rompre les chaînes de transmission du virus.

Plus tard, en juin 2014, la situation à Cayenne devient plus difficile à contrôler et l'épidémie gagne des zones urbaines combinant plusieurs facteurs défavorables qui rendent difficiles la destruction des gîtes larvaires ou la lutte antivectorielle imagicide.

2. DES ACTIONS INITIALES DE GESTION DESTINEES A EMPECHER OU A RETARDER ET LIMITER L'INTRODUCTION DU VIRUS DANS LA REGION ET A DETECTER PRECOCEMENT LES CAS DE MALADES IMPORTES

Face à la menace du chikungunya, la Guyane met en œuvre dès le mois de décembre 2013, un plan d'actions établi sur la base du projet de plan de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de chikungunya (PSAGE) dont l'écriture coordonnée par la cellule de l'InVS en région était déjà bien avancée avant l'apparition des premiers cas de chikungunya à Saint-Martin.

La Guyane se dote alors d'un comité **recomposé** de gestion du chikungunya qui rassemble la préfecture, l'ARS, le conseil général (Direction de la Démoustication et des Actions Sanitaires), le service de santé interarmées des forces armées en Guyane, l'antenne régionale de l'InVS, le conseiller sanitaire de la zone de défense, et le référent des situations sanitaires exceptionnelles du Centre hospitalier Andrée Rosemon. Ce comité travaille à partir des recommandations émises par le comité des experts des maladies à caractère épidémique sur la situation épidémiologique, le diagnostic biologique, l'organisation de la prise en charge hospitalière et ambulatoire et la gestion de l'événement épidémique.

Les premières actions mises en œuvre visent ainsi dès le mois de décembre 2013 à détecter le plus précocement possible les cas de chikungunya importés et à agir très rapidement autour de ces personnes atteintes par la maladie pour empêcher la création de clusters et de foyers épidémiques.

Ces actions concernent notamment :

a. des mesures de contrôle sanitaire aux frontières

Un contrôle systématique et effectif de la désinsectisation des vols en provenance des Caraïbes est déclenché à partir de janvier 2014. Le contrôle se fait sur pièces afin d'éviter de retarder le débarquement des passagers. Les minces anomalies relevées les premiers jours sont corrigées rapidement garantissant le respect des procédures de désinsectisation de l'ensemble des vols en provenance de la Caraïbe.

Un dispositif d'information des voyageurs se rendant ou revenant de Saint-Martin (et plus tard des Antilles) comprend un affichage conçu localement grand format à l'aéroport, la distribution aux passagers à l'arrivée de flyers en français et en anglais mais aussi des messages audio lus à l'aéroport à l'ensemble des passagers à destination de la zone concernée par la circulation du virus. Les voyageurs disposent à ce moment à leur départ de la Guyane d'une information les

invitant à se protéger des moustiques lors de leur voyage. A leur arrivée dans la région, ils sont invités en cas de symptômes de la maladie à consulter un médecin et bien sûr à se protéger des piqûres de moustiques afin d'éviter de transmettre la maladie.



Affiche à l'aéroport de Cayenne (version de janvier 2014)

Ces mesures d'information des voyageurs concernent également les transports maritimes avec l'information des croisiéristes débarquant aux îles du Salut (Kourou) et celle des équipages des navires commerciaux en provenance de Saint Martin au Port de Degrad des Cannes (Cayenne)

b. une surveillance sanitaire renforcée

Cette surveillance sanitaire est mise en œuvre initialement pour repérer tout cas suspect de chikungunya et procéder immédiatement et de façon coordonnée à la lutte antivectorielle autour des cas suspects. Le dispositif fonctionnel dès début décembre repose en premier lieu sur une information/formation de l'ensemble des professionnels de santé réalisée dès l'apparition du foyer épidémique de Saint Martin. Des protocoles médicaux de signalement des cas suspects mais aussi de prise en charge des patients par catégorie (population générale, femmes enceintes, enfants et nouveau-nés..) sont élaborés à la demande de l'ARS conjointement par les médecins hospitaliers et libéraux et adressés à chaque professionnel de santé en Guyane.

Le protocole de détection des cas suspects établi entre la CIRE, l'ARS et les professionnels de santé en décembre 2013 est complété par un tri précis des cas suspects, nécessaire à la priorisation de l'action de lutte vectorielle autour des cas les plus probables avant même leur confirmation biologique. Une investigation épidémiologique est également menée simultanément par la CIRE pour repérer dans l'entourage et dans un périmètre de 100 mètres d'autres cas suspects éventuels. Il est significatif de constater que les premiers cas suspects isolés détectés (principalement importés), l'ont été par la médecine de ville.

c. l'implication précoce et coordonnée des différents acteurs de la lutte anti vectorielle à l'échelle de la région

En Guyane, l'opérateur de la lutte anti vectorielle est le conseil général (Direction de la Démoustication et des Actions Sanitaires). Il met en œuvre les opérations matérielles de lutte antivectorielle sur l'ensemble de la région grâce notamment à ses antennes réparties dans les principales communes du département. Dès la mi-

décembre, un dispositif de « pré-crise » est activé avec l'instauration d'astreintes pour permettre des interventions rapides dès la connaissance de cas suspects. Le dispositif est actionné fréquemment, y compris pendant la période des fêtes en recourant au besoin au déplacement des équipes de secteurs sur les zones d'intervention prioritaire et par le recours aux heures supplémentaires.

Le service LAV de l'agence régionale de santé est principalement affecté à la production des documents de communication grand public (affiches, télé, radio, dépliants), à la conduite de projets de lutte anti vectorielle avec les associations, aux opérations de coordination des acteurs, et enfin aux tâches administratives relevant de la responsabilité de l'Etat. L'institut Pasteur de la Guyane, conventionné par l'ARS, produit des études, recherches et autres tests de résistance concernant les différentes maladies vectorielles présentes sur le territoire : dengue, paludisme, chikungunya, leishmaniose...etc.

Ces acteurs institutionnels ont mobilisé dès le mois décembre 2013 les institutions et personnes ayant une responsabilité en matière de salubrité des espaces publics afin qu'elles participent, pour la partie qui les concerne, aux mesures de lutte contre l'*Aedes aegypti*. Ainsi, bien avant l'apparition des premiers foyers épidémiques dans la région, les communes bien sûr, mais aussi les directeurs d'établissements scolaires et les collectivités en charge de leurs locaux, les directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux, les gestionnaires des points d'entrée de la Guyane au titre du règlement sanitaire international et les autres personnes ayant une responsabilité en matière de salubrité ont pu être impliquées dans les mesures de gestion du chikungunya via une mobilisation par le Président du conseil général de la Guyane par le Directeur général de l'agence régionale de santé, et par le préfet

Les associations du domaine sanitaire et environnemental et les associations d'habitants ont également été rapidement mobilisées dans le dispositif de gestion. On peut citer à titre d'exemple l'organisation par ces associations de « Mayouris » qui consistent en un nettoyage des quartiers avec l'aide de la population (enlèvement des déchets à l'origine de gîtes larvaires). Un autre exemple est leur participation aux opérations de distribution de « cadres moustiquaires » destinés à couvrir les réserves de stockage d'eau dans des quartiers sans eau courante.

Cette mobilisation précoce de l'ensemble des acteurs concernés par la lutte anti vectorielle permettra plus tard, lors de l'évolution de la situation épidémiologique, une action coordonnée et rapide autour des foyers épidémiques qui ont concerné d'abord Kourou puis l'île de Cayenne. En effet, entre temps, plusieurs communes dont Cayenne renforcent leurs effectifs en agents communaux mobilisables auprès de l'action du conseil général pour la lutte contre les gîtes larvaires, pour la police de l'environnement (polices municipales), ou encore pour la communication et la prévention auprès de leurs administrés (régies de territoires, régies de quartiers...etc.)

d. la mise en place d'une stratégie de communication afin de rappeler les consignes de prévention et les mesures individuelles et collectives de protection

Les documents de communication établis pour la mobilisation de la population générale, s'ils rappellent l'épidémie de dengue de l'année précédente, en tirent toutefois les enseignements avec le constat d'un faible suivi par la population des consignes de prévention, même lorsqu'elles sont bien comprises. Aussi le conseil général et l'ARS prennent le parti en février 2013 de durcir le message de

prévention : il ne s'agit plus de vider les coupelles d'eau sous les plantes vertes une fois par semaine ou de les remplir de sable mais de supprimer ces coupelles. On ne préconise plus de couvrir les fûts de stockage d'eau par des toiles moustiquaires mais on supprime ces réserves d'eau (dès lors que le public cible dispose d'un accès à l'eau courante).

Les documents distribués par les équipes de l'ARS et de la CIRE dans le cadre des enquêtes épidémiologiques réalisées autour des cas confirmés de la maladie se font le relai quant à eux d'une « Alerte » chikungunya et de l'urgence d'agir, de se protéger des moustiques et de détruire les gîtes larvaires dans son entourage.

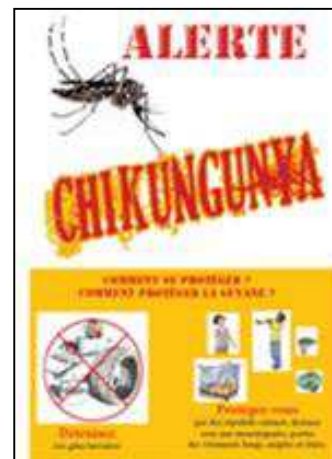
Le message des autorités est ainsi devenu rapidement plus net au regard de la situation épidémiologique dans la région.

Outre l'utilisation des radios avec la diffusion de messages de prévention en langues locales (brésilien, créole haïtien,

bushinengé..etc.) les instances sanitaires utilisent aussi les opérateurs de téléphonie mobile pour diffuser des SMS de prévention à l'ensemble de la population.

Enfin, la communication est régulière pour informer en toute transparence la population, mais est adaptée à l'évolution temporelle des facteurs de risques : déplacements touristiques au moment des fêtes de fin d'année 2013, périodes de vacances scolaires, flux de population et manifestations au moment du carnaval.

La mobilisation des médias est positive : ainsi le réseau public de Guyane Première (TV et radio) accepte de fabriquer gracieusement et de diffuser des spots audio et TV, organise des débats et consacre des nombreuses émissions à des questions / réponses avec le public.



Exemple de document de communication ARS / Conseil général d'information du grand public (déclinés dans les différentes langues locales : brésilien, anglais...etc.)

Exemple de document de communication distribué dans les quartiers concernés par un cas ou plusieurs cas confirmés.

3. LE CONTEXTE ENTOMOLOGIQUE ET LA NECESSITE DE DISPOSER D'UN BIOCIDES EFFICACE POUR LES TRAITEMENTS IMAGOCIDES

Actuellement la lutte opérationnelle contre *Aedes aegypti* repose en Guyane essentiellement sur la destruction ou le traitement des gîtes larvaires avec une formulation de *Bacillus thuringiensis israelensis* (Bti) ainsi que sur l'utilisation de l'Aqua K'Othrine®, formulation insecticide à base de deltaméthrine, en pulvérisation ultra-bas volume ou en brumisation contre les moustiques adultes présents à l'extérieur ou à l'intérieur des habitations, respectivement.

Le Bti est efficace. L'Aqua K'Othrine®, à la dose appliquée en routine par la direction de la démoustication dans les habitations, présente une efficacité satisfaisante sur *Aedes aegypti*. Par contre, des études menées entre 2006 et 2012 par l'unité d'entomologie médicale de l'Institut Pasteur de la Guyane ont montré l'existence d'une résistance d'*Aedes aegypti* à la deltaméthrine plus ou moins prononcée selon les localités de Guyane réduisant l'efficacité des pulvérisations spatiales réalisées à base de deltaméthrine et dirigées contre *Aedes aegypti*, même à une dose 2 fois plus importante que celle appliquée en routine (IPG, 2008, 2011, 2012, 2013).

Ces constats ont conduit le préfet de la Guyane suite aux questionnements posés sur cette résistance par le Président du conseil général et sur proposition de l'ARS, à présenter une demande de dérogation pour l'utilisation de malathion qui aboutira à l'arrêté interministériel du 5 août 2014 autorisant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation du malathion en Guyane pour une période de 180 jours.

4. L'ACTION DE LUTTE ANTI VECTORIELLE COORDONNEE AUTOUR DES FOYERS EPIDEMIQUES

Parvenir à éteindre un foyer épidémique de chikungunya est une chose possible : c'est ce que montre l'action coordonnée mise en œuvre à Kourou autour du foyer épidémique dit « de la cité 205 ». Il s'agit du premier foyer épidémique apparu en Guyane actif au mois de février 2014 (semaine 7) et qui s'éteindra six semaines plus tard avec un nombre total de 20 cas biologiquement confirmés.

Ce foyer a mobilisé sur le terrain les intervenants de la CIRE et les équipes de démoustication du conseil général pour la lutte chimique imagocide et la lutte contre les gîtes larvaires. Les équipes de la commune ont renforcé le dispositif : nettoyage renforcé de l'espace public, organisation de réunions d'information des habitants... L'événement implique également l'Etat : enlèvement d'un dépôt de 50 véhicules hors d'usage sur un terrain privé en centre ville, destruction d'un bâtiment en ruine abritant des gîtes larvaires...

Les actions de gestion dans les foyers épidémiques qui se développeront par la suite seront basées sur le même principe de la coordination de l'ensemble des acteurs et de rapidité de mise en œuvre de l'action de gestion.



Enlèvement de 50 VHU dans le foyer épidémique de la cité 205 à Kourou. (Photo France-Guyane 26 février 2014)



Mayouri à la source Baduel (photo France-Guyane mai 2014)



Les actions de prévention mises en œuvre également par les agents communaux ici sur le terrain à Matoury (photo France Guyane 15 mars 2014)



La lutte imagoicide par les équipes du Conseil général (photo France-Guyane 30 avril 2014)



Enquêtes épidémiologiques autour des foyers par des équipes CIRE et ARS



Illustration : la situation épidémiologique à Kourou au 15/07/2014 : des foyers éteints et des foyers actifs spatialement limités permettant des actions ciblées en matière de lutte anti vectorielle.

5. LES LIMITES DE L'ACTION PUBLIQUE : LA GUYANE RATTRAPÉE PAR SON RETARD EN MATIÈRE D'EQUIPEMENTS STRUCTURELS DANS LES QUARTIERS PAUVRES ET D'HABITAT SPONTANÉ

Le foyer de la cité 205 vaincu, la Guyane prend confiance dans ses mesures de gestion et sa stratégie globale.

Toutefois, malgré les batailles qui semblent alors remportées contre ces premiers foyers épidémiques de chikungunya, les gestionnaires de la lutte contre la maladie se heurtent alors à des difficultés plus importantes qui limitent l'efficacité de l'action de lutte antivectorielle. Ainsi, la gestion du foyer de la Source Baduel à Cayenne puis de Sablance en la commune de Matoury illustrent parfaitement les difficultés qui risquent de faire perdre « la guerre » qui était jusque-là bien engagée : au quartier de Sablance (3500 habitants environ), plusieurs kilomètres de piste de latérite non praticables empêchent le conseil général de procéder aux traitements adulticides qui nécessitent de pouvoir faire circuler les véhicules légers à une

certaine vitesse. Les brumisations intradomiciliaires sont rendues difficiles par l'absence d'électricité. Sans eau courante, les habitants doivent stocker de l'eau dans des contenants divers à l'origine de gîtes larvaires qui ne peuvent être supprimés. Les déchets et autres encombrants sont multiples en l'absence de ramassage des déchets. Enfin, des contentieux existants concernant les terrains ne facilitent pas la mise en œuvre de solutions alternatives d'urgence. Malgré tous ces freins, un grand nombre d'actions coordonnées par le comité de gestion sont mises en œuvre dans ces quartiers afin de contenir l'épidémie : réunions d'information pour la prévention, « Mayouris » de ramassage des déchets, enlèvement de VHU, fournitures de cadres moustiquaires (Baduel), travaux sur les voies d'accès pour permettre le passage des camions pour l'enlèvement de déchets...

6. LA DECLARATION PUBLIQUE DE L'URGENCE SANITAIRE

Le 3 juillet 2014, l'augmentation du nombre de foyers épidémiques conduit le préfet de la Guyane sur proposition d'urgence sanitaire de l'ARS à prendre un arrêté portant dispositions renforcées de salubrité publique et exécution immédiate de mesures prescrites par les règles d'hygiène dans le cadre de la lutte contre le chikungunya.

Cet arrêté étudié et validé par les contrôles de légalité vise notamment à faciliter l'enlèvement de VHU immatriculés en simplifiant les procédures habituelles. Pour cette raison, l'arrêté vise l'article L1311-4 du code de la santé publique qui permet au préfet « en cas d'urgence, notamment de danger ponctuel imminent pour la santé publique, d'ordonner l'exécution immédiate de mesures prescrites par les règles d'hygiène ».

L'arrêté d'urgence ordonne à toute la population, propriétaires ou occupants de terrain de supprimer sur leurs terrains tout réceptacle d'eau stagnante (déchets divers, encombrants, véhicules hors d'usage, bacs de récupération d'eau de pluie dans les quartiers disposant de l'eau courant). En cas de carence, il permet aux communes et services d'état compétents l'exécution d'office de ces mesures d'hygiène, même dans les propriétés privées, aux frais des propriétaires. Par ailleurs, les infractions à l'arrêté sont constatées par procès verbal et sanctionnées d'une contravention.

Cet arrêté qui facilite l'action des communes notamment pour l'action sur les propriétés privées est surtout un message fort du préfet et de l'ARS qui reconnaissent ainsi l'urgence de la situation et font passer la destruction des gîtes larvaires d'un conseil de prévention à une obligation réglementaire qui, si elle n'est pas suivie d'effet peut faire l'objet de poursuites des contrevenants.

Les premiers retours sur cet arrêté d'urgence bien médiatisés sont favorables. La crainte des poursuites a pu en effet régler quelques situations. Des premiers procès verbaux ont été dressés contre certains contrevenants. Il restera plus tard à en faire un bilan détaillé et précis.

7. PERSPECTIVES

La Guyane connaît à l'heure de l'écriture de cet article une accélération de la circulation du virus et une multiplication des foyers épidémiques, au moment même où un certain ralentissement est observé aux Antilles.

Le comité de gestion développe de nouvelles stratégies pour contenir l'épidémie et diminuer la densité vectorielle. L'utilisation du malathion pourrait s'avérer une arme efficace pour la suite de la gestion. Par ailleurs, en dehors de l'île de Cayenne en situation d'épidémie, la lutte coordonnée contre les foyers épidémiques se poursuit afin peut-être d'empêcher une épidémie généralisée à l'échelle du département.

Bien que jusqu'à maintenant, l'offre de soins n'ait pas connu d'affluence particulière, que ce soit en médecine libérale ou dans les services d'urgence, les acteurs du monde médical se préparent à faire face à une éventuelle épidémie. Tous les responsables des établissements sanitaires et médico-sociaux et les représentants de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) ont été réunis à plusieurs reprises par le directeur général de l'ARS afin de suivre l'évolution des préparatifs. Chaque structure est engagée dans l'organisation de l'accueil des patients dans les services d'urgence et hospitaliers, les mesures de protection des patients potentiellement virémiques, la sensibilisation des personnels, la rédaction des plans de continuité d'activité, de même que dans la lutte contre les moustiques et les gîtes larvaires sur les différents sites.

L'articulation entre les activités des secteurs hospitaliers et libéraux est également l'objet d'une attention particulière pour s'assurer de la meilleure gestion d'une possible épidémie. En effet, la situation gravement déficitaire de la Guyane en matière de professionnels de santé, y compris libéraux, peut entraîner un afflux direct et massif dans les services d'urgences hospitalières, alors que ce n'est par leur rôle premier. Cet afflux peut provoquer des débordements rendant plus difficile le repérage et les soins adaptés aux personnes présentant des formes sévères de la maladie.