

Surveillance du paludisme

Période du 1^{er} janvier au 31 mars 2019

Le point épidémiologique — N° 01 / 2019

CIRE GUYANE

Situation épidémiologique sur l'ensemble de la Guyane

Une diminution globale de l'activité liée au paludisme a été observée au cours du premier trimestre. La situation épidémiologique était particulièrement calme pendant le mois de mars.

Au cours du 1^{er} trimestre de l'année, l'activité liée au paludisme était faible à modérée avec une tendance globale à la diminution.

Sur cette période (S2019-01 à 13), le nombre hebdomadaire d'accès palustres était en moyenne égal à 6, atteignant un maximum de 13 accès au cours de la deuxième semaine de janvier.

Le mois de mars était particulièrement calme avec 1 à 2 accès recensés chaque semaine (Figure 1).

Au total, 76 accès palustres ont été répertoriés au cours du 1^{er} trimestre, dont 4% dus à *P. falciparum*, les autres accès étant dus à *P. vivax**.

Parmi les accès palustres dus à *P. vivax*, plus de la moitié (51%) étaient des réviviscences**.

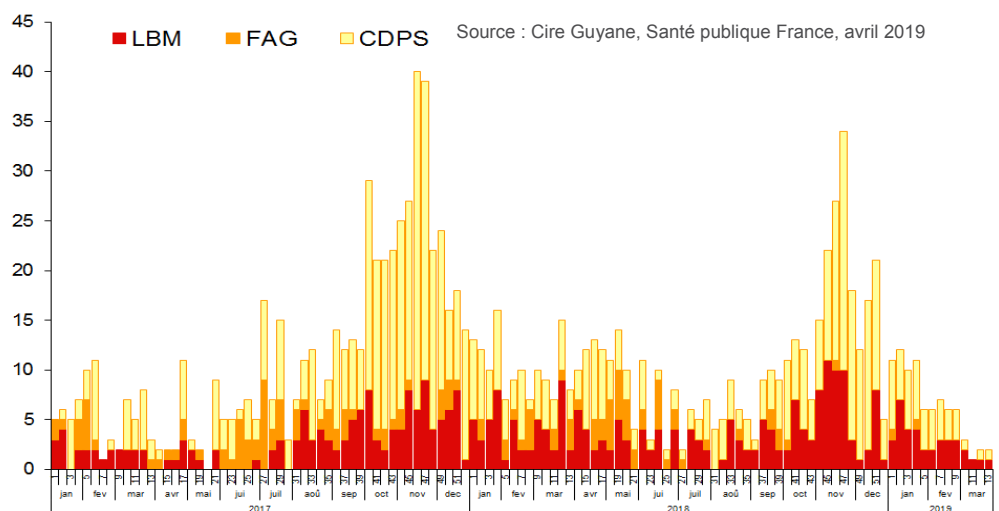
Sur cette période, 50% des accès palustres recensés ont été diagnostiqués dans les Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), 47% par les Laboratoires de biologie médicale (LBM) et 3% parmi les militaires.

*Les tests de diagnostics rapide (TDR) utilisés dans les CDPS permettent d'identifier uniquement *P. falciparum*. Les TDR ayant pour résultats « autre espèce plasmodiale que *P. falciparum* » sont considérés comme étant des accès dus à *P. vivax*.

**Une reviviscence est définie au sens épidémiologique comme un accès dû à *P. vivax* survenant entre 3 semaines et 1 an après le dernier accès dû à cette même espèce (délai basé sur la date de prélèvement).

Figure 1

Surveillance hebdomadaire du nombre d'accès palustres biologiquement confirmés recensés par les CDPS, les laboratoires de ville et hospitaliers et les Forces armées de Guyane, janvier 2017 à mars 2019 (S2017-01 à S2019-13) - Weekly number of biologically cases of malaria, French Guiana, January 2017 - March 2019



Le lieu présumé de contamination (LPC) a été renseigné pour 87% des 76 accès palustres répertoriés : 83% seraient des cas autochtones, 9% avaient pour LPC le Brésil, 3% la Guyane ou le Brésil, 2% le Suriname, 2% l'Afrique et 2% la Guyane ou le Suriname.

Les LPC identifiés en Guyane étaient localisés sur les communes de Kourou, Maripasoula, St Georges, Régina, Roura, Saül et Macouria.

Dans ces communes, les LPC identifiés étaient situés hors bourg, excepté à Saint-Georges de l'Oyapock.

| Situation du paludisme sur le Littoral |

Secteur Ouest du littoral (St Laurent du Maroni - Mana - Awala Yalimapo)

Au cours du 1^{er} trimestre (S2019-01 au 13), 1 accès palustre dû à *P. vivax* a été répertorié parmi les résidents de St Laurent du Maroni. Son LPC était le Brésil ou le camp Félix sur la commune de Saül.

Secteur de Kourou (Sinnamary - Macouria - Montsinéry-Tonnegrande - Iracoubo - Kourou)

Entre janvier et mars, 21 accès palustres, dont 1 dû à *P. falciparum* et 9 reviviscences, ont été diagnostiqués parmi les résidents de Kourou (n=16 accès), Macouria (n=4) et Sinnamary (n=1).

Les LPC ont été identifiés pour 18 accès palustres et dix d'entre eux étaient rattachés au foyer épidémique du **Degrad Saramaca**. Ce foyer, actif entre novembre 2018 et février 2019, a été à l'origine de 27 accès palustres dont 10 en 2019.

Par ailleurs, 1 accès avait pour LPC la commune de Macouria (hors bourg) ou un écart à proximité d'Antecume-Pata. Enfin, 1 accès dû à *P. falciparum* avait pour LPC le Cameroun.

Les autres LPC étaient localisés sur des secteurs connus de transmission, hors Littoral.

Ile de Cayenne (Cayenne - Matoury - Rémire-Montjoly)

Au cours du 1^{er} trimestre, 11 accès palustres - tous dus à *P. vivax* - ont été diagnostiqués parmi les résidents de Cayenne (n=7), de Matoury (n=3) et de Rémire-Montjoly (n=1).

Les LPC étaient connus pour 8 accès palustres (dont 1 militaire) et localisés sur des secteurs connus de transmission **hors Littoral**.

Enquêtes de la Direction de la Démoustication et des Actions Sanitaires (DDAS) de la Collectivité Territoriale de Guyane

Les enquêtes réalisées par la DDAS sur cette période n'ont pas mis en évidence de nouveau secteur de contamination sur les communes du Littoral.

| Situation du paludisme sur le Maroni |

Bas et Moyen Maroni (Apatou - Grand-Santi)

Entre janvier et mars (S2019-01 à 13), aucun accès palustre n'a été recensé par les CDPS d'Apatou et de Grand-Santi.

Un résident de Grand-Santi a été diagnostiqué par un LBM pour un accès dû à *P. falciparum* ; le lieu présumé de contamination n'a pas été renseigné.

Haut Maroni (Papaïchton - Maripasoula - Talhuen - Antecume-Pata)

Sur la période décrite, aucun accès palustre n'a été répertorié ni par le CDPS de Papaïchton, ni celui de Maripasoula.

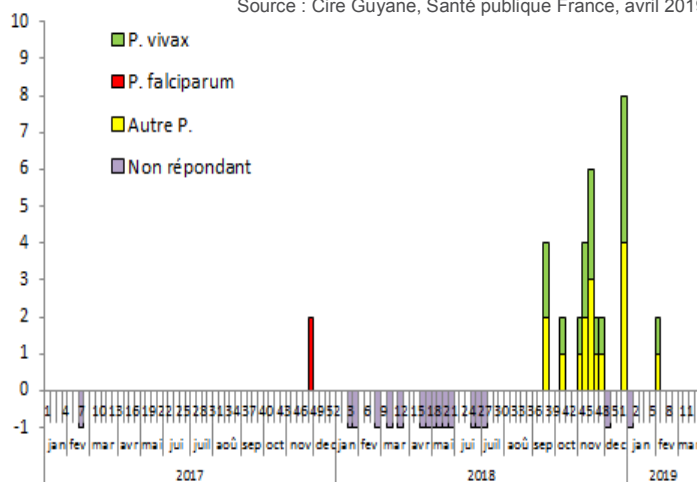
Le CDPS de Talhuen a diagnostiqué 4 accès palustres, les LPC étaient localisés sur les rives française et surinamaise dans le secteur de Talhuen/Kaoyde/Elahe.

L'augmentation de l'activité palustre observée au CDPS d'Antecume-Pata à partir de septembre 2018 (cf. Point Epidémiologique 2018-03), ne s'est pas poursuivie en ce début d'année (Figure 2). Deux accès palustres y ont été diagnostiqués début février ; le LPC était localisé sur le **secteur d'Antecume-Pata** pour les deux accès.

| Figure 2 |

Surveillance hebdomadaire du nombre d'accès palustres biologiquement confirmés recensés par le d'Antecume-Pata, janvier 2017 à mars 2019 (S2017-01 à S2019-13) - Weekly number of biologically cases of malaria, Talhuen and Antecume-Pata, January 2017 - March 2019

Source : Cire Guyane, Santé publique France, avril 2019



| Situation du paludisme dans les communes de l'Intérieur-Est |

Régina

Une transmission active du paludisme avait été mise en évidence sur la commune de Régina en 2018, elle concernait plus particulièrement la périphérie proche du bourg, le site Bélizon et le secteur de Guisambourg. Le foyer épidémique de Guisambourg n'était plus actif depuis le début de l'année.

Au cours du premier trimestre, 8 accès palustres dus à *P. vivax* - dont 7 réviviscences - ont été diagnostiqués par le CDPS de Régina (Figure 3). Le LPC était connu pour 6 accès ; il s'agissait de la **périphérie du bourg et de la RN2** sans précision.

Par ailleurs, 5 accès dus à *P. vivax* – dont 3 réviviscences - ont été diagnostiqués sur cette période par des LBM du littoral (dont 2 concernaient des habitants de Régina). Le LPC était connu pour 4 d'entre eux : il s'agissait de **sites d'orpillage** pour 3 accès (site Bélizon et crique Benoît) et de la périphérie du bourg de Régina ou du Brésil pour un accès.

Roura et Cacao

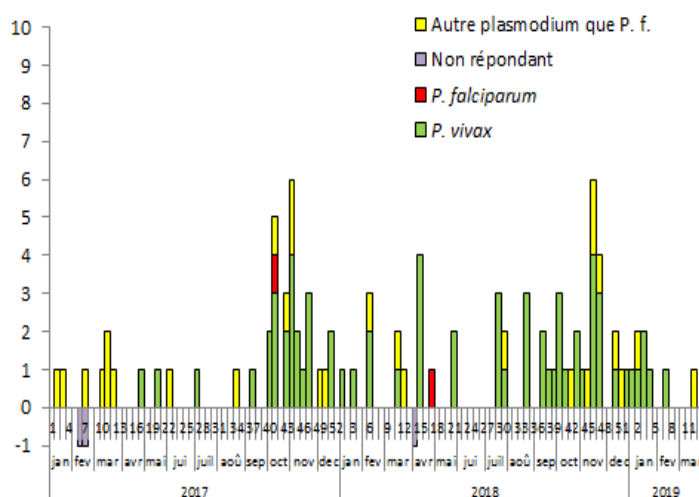
Entre janvier et mars (S2019-01 à 13), aucun accès palustre n'a été diagnostiqué, ni parmi les résidents de Roura, ni par le CDPS de Cacao.

Un patient résidant sur l'île de Cayenne a été diagnostiqué pour un accès palustre dû à *P. vivax* dont le LPC était la forêt sur la commune de Roura, à proximité de Cacao.

| Figure 3 |

Surveillance hebdomadaire du nombre d'accès palustres biologiquement confirmés recensés par le CDPS de Régina, janvier 2017 à mars 2019 (S2017-01 à S2019-13) - *Weekly number of biologically cases of malaria, Régina, January 2017 - March 2019*

Source : Cire Guyane, Santé publique France, avril 2019



| Situation du paludisme dans les communes de l'Oyapock |

Ouanary

Le CDPS de Ouanary a transmis 4 semaines de données sur la période décrite : aucun accès palustre n'y était répertorié.

Saint-Georges

La transmission palustre sur la commune de St Georges était faible à modérée au cours du premier trimestre avec une tendance à la diminution. Le mois de mars a été particulièrement calme avec 1 seul accès palustre répertorié (Figure 4).

Au total, 22 accès dus à *P. vivax* – dont 15 réviviscences - ont été diagnostiqués par le CDPS. Les LPC étaient tous localisés sur la commune de St Georges (**quartiers de St Georges et Trois Palétuviers**), excepté pour 3 accès dont le LPC était situé au Brésil (n=2) et à Régina ou St Georges (n=1).

Parmi les patients diagnostiqués dans un LBM du Littoral, 2 accès palustres dus à *P. vivax* - dont 1 réviviscence - avaient pour LPC St Georges : le bourg pour l'un et la forêt pour le second.

Camopi

Au cours du premier trimestre, 2 accès palustres dont 1 dû à *P. falciparum* ont été diagnostiqués par le CDPS de Camopi, dans les deux cas le LPC était situé au Brésil.

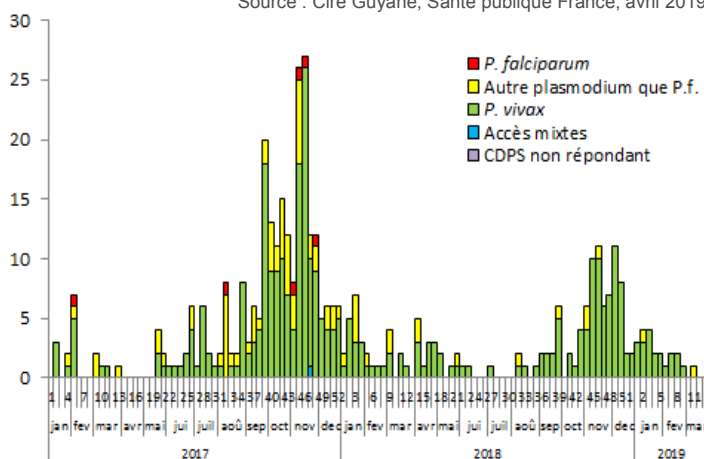
Trois-Sauts

Aucun accès palustre n'a été diagnostiqué par le CDPS de Trois-Sauts entre janvier et mars (S2019-01 à 13).

| Figure 4 |

Surveillance hebdomadaire du nombre d'accès palustres diagnostiqués par le CDPS de St Georges, janvier 2017 à mars 2019 - *Weekly number of biologically cases of malaria, St Georges, January 2017 - March 2019*

Source : Cire Guyane, Santé publique France, avril 2019



| Cas hospitalisés et décès |

Entre janvier et mars (S2019-01 à 13), 7 patients ayant développé un accès palustre dû à *P. vivax* ont été hospitalisés sur cette période.

Ces données sont provisoires et susceptibles d'être mises à jour.

Aucun patient n'a développé de forme compliquée (classement en cours pour deux patients) et aucun décès n'a été répertorié

| Synthèse de la surveillance épidémiologique en 2018 |

En 2018, le nombre d'accès palustres recensés en Guyane était en légère diminution par rapport l'année précédente, passant de 597 accès en 2017 à 546 en 2018 (Figure 5). En conséquence, l'incidence du paludisme était en diminution en 2018 et égale à 1,9 ‰ habitants.

La diminution de la part des accès dus à *P. falciparum* déjà observée en 2017 s'est confirmée ; moins de 10% des accès étaient dus à cette espèce en 2018.

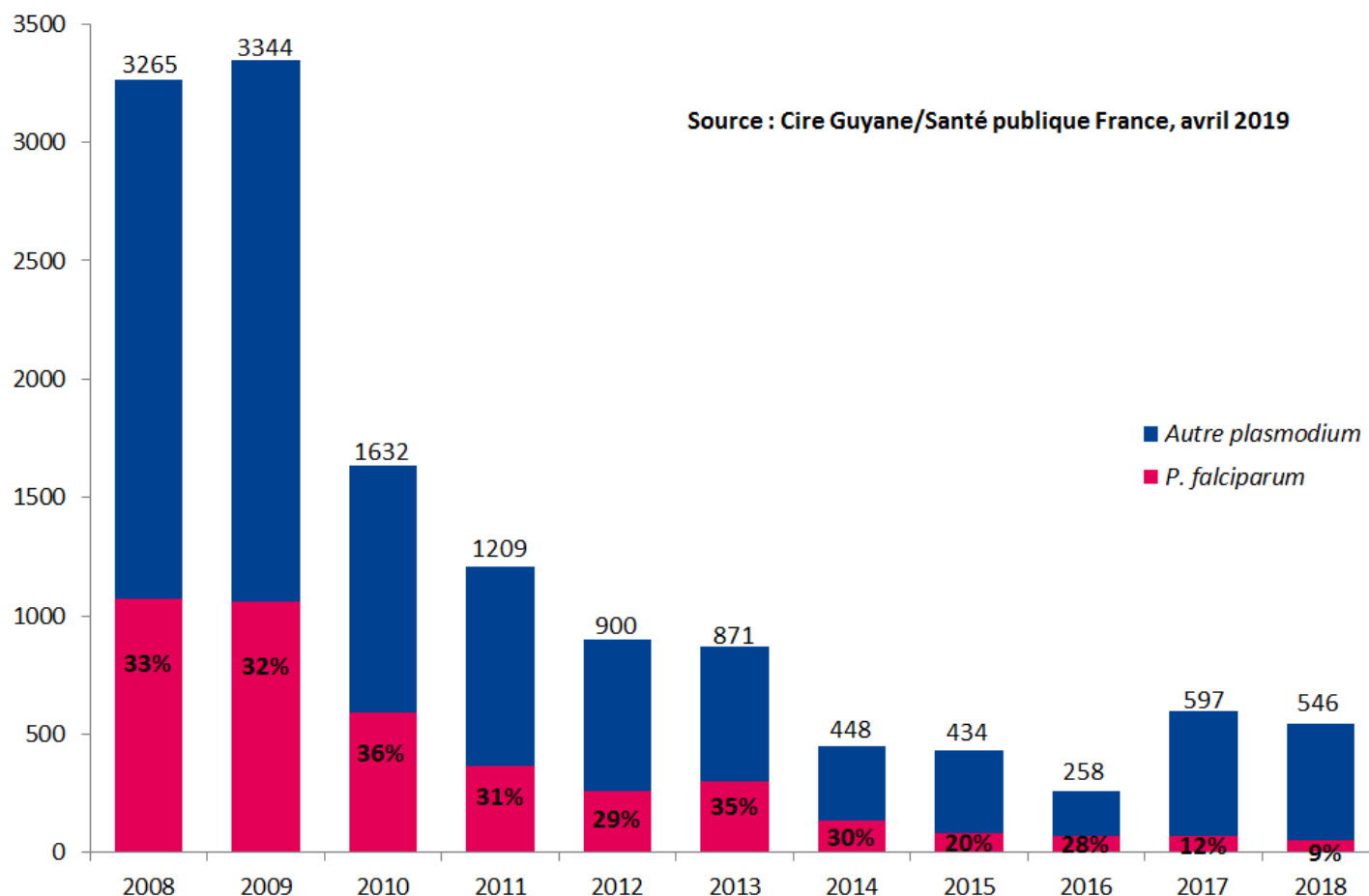
Parmi les 546 accès répertoriés, 75 ont nécessité une hospitalisation. Six patients ont développé une forme compliquée, dont 3 accès dus à *P. vivax*, 2 dus à *P. falciparum*

et 1 dû à *P. ovale*. Aucun décès n'a été répertorié parmi ces patients.

L'année 2018 a été marquée par une recrudescence saisonnière dans l'Oyapock plus modérée par rapport à l'année précédente. Des foyers de transmission localisés ont été identifiés sur les communes de Saül, St Georges, Régina, Kourou et Maripasoula. Ces foyers ne concernaient pas les bourgs excepté à St Georges. A noter cependant qu'à Régina, où l'incidence était en nette hausse, les quartiers périphériques du bourg sont désormais des zones de transmission récurrente.

| Figure 5 |

Surveillance du nombre d'accès palustres diagnostiqués par les CDPS, les laboratoires de ville et hospitaliers et les Forces Armées de Guyane, 2008 à 2018 - Yearly number of biologically cases of malaria, French Guiana, 2008 to 2018



Quelques chiffres à retenir

De janvier à mars 2019 (S2019-01 à 13) :

- 76 accès palustres diagnostiqués par les LBM, CDPS et FAG
- *P. vivax* majoritaire
- 7 cas hospitalisés
- 0 décès
- 87% des accès palustres disposent d'une information sur le lieu présumé de contamination :
 - * 83% en Guyane (hors bourg, excepté St Georges)
 - * 9% au Brésil
 - * 3% en Guyane ou au Brésil
 - * 2% au Suriname
 - * 2% en Afrique
 - * 2% en Guyane ou au Suriname

Directeur de la publication
Pr François Bourdillon,
Directeur général de Santé publique France

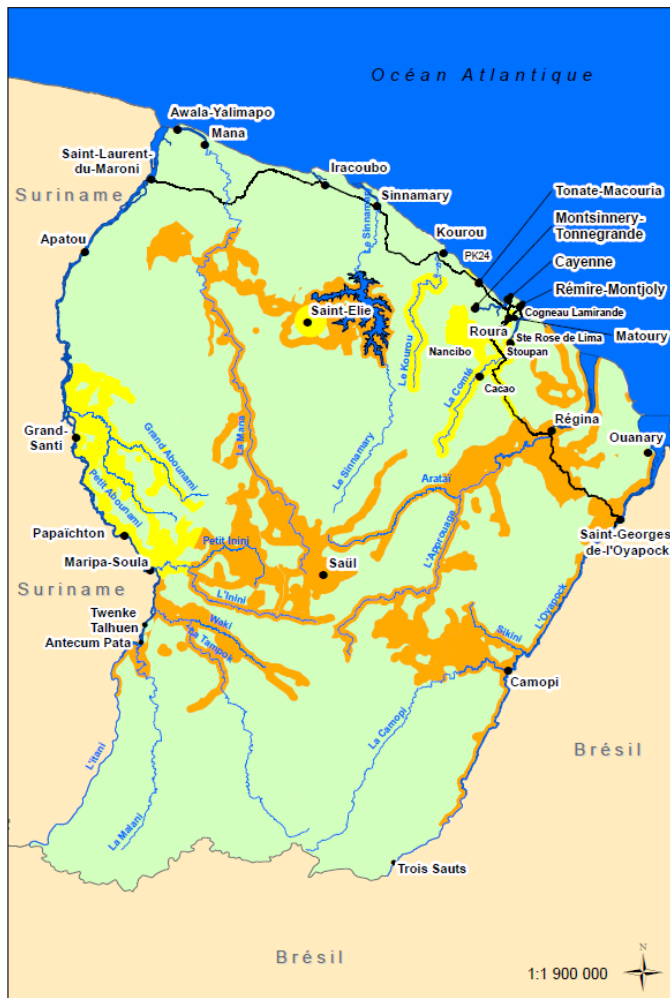
Rédacteur en chef
Cyril Rousseau, Responsable de la Cire Guyane

Comité de rédaction
Audrey Andrieu
Luisiane Carvalho
Carine Labonte
Tiphanie Succo

Diffusion
Cire Guyane
66 avenue des Flamboyants
CS 40696 - 97 336 Cayenne
Tél. : 594 (0)594 25 49 89
Fax : 594 (0)594 25 72 95
guyane@santepubliquefrance.fr
http://www.santepubliquefrance.fr

Prévention du risque lié au paludisme en Guyane |

Cette carte est destinée au professionnels de santé. Elle est basée sur les données de la surveillance épidémiologique pour l'année 2017 et a pour objectif de définir les secteurs géographiques où un traitement prophylactique pourra être préconisé pour les voyageurs se rendant de manière occasionnelle dans ces zones. Une mise à jour sera réalisée prochainement.



Type de zone	Pas de transmission du paludisme au cours de l'année précédente	Risque faible Existence de cas mais pas de transmission dans les bourgs	Risque fort Transmission du paludisme dans la zone
Port de vêtements couvrants	Recommandé	Recommandé	Impératif
Utilisation de produits répulsifs	Recommandée	Recommandée	Impérative
Utilisation de moustiquaires non imprégnées	Recommandée	Sans objet	Sans objet
Utilisation de moustiquaires imprégnées	Recommandée	Impérative	Impérative
Traitement chimio-prophylactique (touristes et séjours courts)	Sans objet	A voir au cas par cas	Impératif sauf si contre-indication médicale

Sources : Direction de la Démoustication et des Affaires Sanitaires de la Collectivité Territoriale de Guyane - ARS de Guyane – CNR Paludisme, Pôle Zones endémiques - Forces Armées de Guyane – Pôle des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) du Centre Hospitalier Andrée Rosemon – Laboratoires de Biologie Médicale de ville et des Centres Hospitaliers – Cellule d'intervention en région (Cire) Guyane de Santé publique France
Réalisation : ARS Guyane en collaboration avec l'Institut Pasteur de la Guyane et la Cire Guyane/SpFrance

Remerciements à nos partenaires

La Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires de l'ARS (Dr Alice Sanna, Dr Philippe Tabard, Rocco Carlisi, Claire-Marie Cazaux, Khoudja Larbi), l'infirmière régionale de Veille Sanitaire Hospitalière (Christelle Prince), au Pôle des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins, au Centre hospitalier de Kourou, au Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais, au Centre National de Référence du paludisme région Antilles-Guyane de l'Institut Pasteur de la Guyane, au Centre hospitalier Andrée Rosemon, aux Laboratoires de biologie médicale, à la Collectivité Territoriale de Guyane, aux Forces Armées de Guyane, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé participant à la surveillance épidémiologique.

