

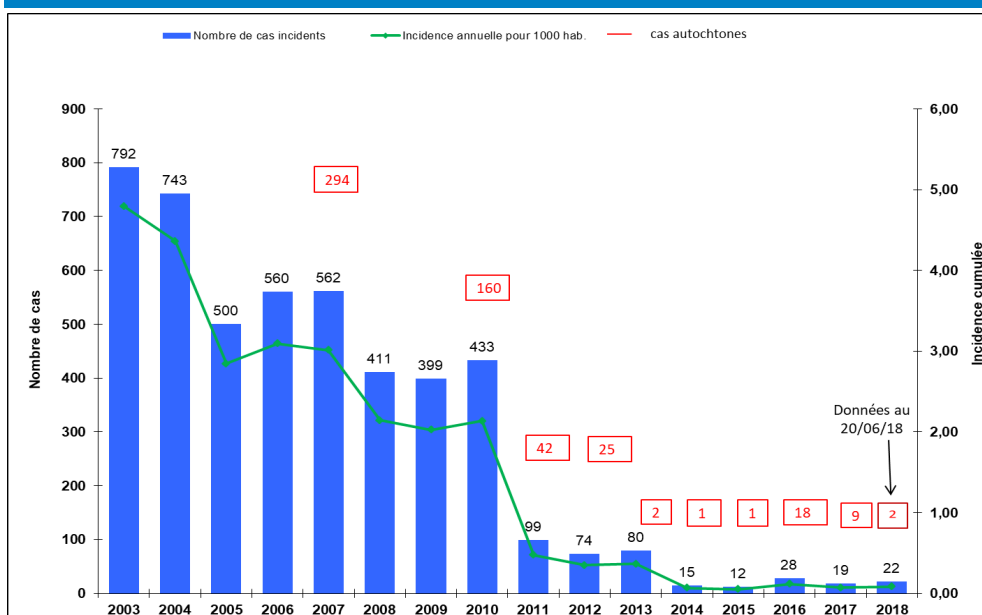
| Contexte épidémiologique de 1970 à 2017 |

Le paludisme est endémique dans l'archipel des Comores. A Mayotte, la transmission est assurée par deux vecteurs : *Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus*. Vers la fin des années 70, la mise en place d'une lutte intégrée contre cette maladie avait permis de faire baisser le nombre de cas (sous le seuil de 100 cas / an jusqu'en 1990). Cette stratégie reposait sur une lutte contre les moustiques vecteurs à travers les aspersion murales intra-domiciliaires d'insecticides (AID) et les traitements des gîtes larvaires, associée à une chimioprophylaxie et à un traitement présomptif de tous les accès fébriles. La diminution des efforts de lutte contre le paludisme à Mayotte entre 1990 et 2000, avec en particulier l'affaiblissement de la lutte anti vectorielle systématique, a eu pour conséquences une explosion du nombre de cas (plus de 1000 cas / an) et une augmentation du nombre de décès (10 décès dus en 2001).

De 2002 et 2010, la réorganisation de la lutte contre le paludisme avec la reprise des AID systématiques et la lutte anti larvaire, parallèlement à l'amélioration du diagnostic (mise en place de test de diagnostic rapide) et la modification de l'arsenal thérapeutique ont permis de diminuer le nombre de cas (moins de 1000 cas / an). A partir de 2011, le nombre annuel de cas a fortement diminué pour atteindre 25 cas autochtones en 2012. Une nouvelle stratégie de lutte anti-vectorielle (LAV) a été adoptée en 2012 avec la distribution et l'installation de moustiquaires imprégnées de deltaméthrine (MIILD) sur tout le territoire de Mayotte. Le bilan de la distribution fait état de plus de 140 000 moustiquaires distribuées ou installées dans 47 000 foyers avec une moyenne de 3 MIILD par foyer. Le taux de couverture était de 91,4%.

De 2013 à 2015, seulement 1 ou 2 cas autochtones par an ont été recensés. Dans le même temps, le nombre de cas importés des Comores diminuait lui aussi du fait des programmes mis en place par le programme national de lutte contre le paludisme de l'Union des Comores. Mayotte est entrée officiellement selon l'OMS dans la phase d'élimination du paludisme en 2014. Au vu des efforts menés dans l'Union des Comores, une élimination dans l'ensemble de l'Archipel paraissait possible si les efforts de lutte étaient maintenus. Néanmoins, on a observé en 2016 une recrudescence inquiétante du nombre de cas de paludisme autochtone à Mayotte, qui s'est poursuivie en 2017. L'identification de cas importés et autochtones poursuit en ce premier semestre 2018 (Figure 1).

| Figure 1 | Evolution du nombre de cas et de l'incidence du paludisme à Mayotte, 2003-2018.



Résultats de la surveillance

Au 20/06/2018, 22 cas de paludisme ont été signalés à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS OI dont **2 cas autochtones** (18 cas autochtones signalés en 2016 et 9 en 2017, tous au cours du premier semestre).

En 2018, 20 cas importés ont été signalés au premier semestre, soit le double du nombre de cas signalé annuellement en 2016 et 2017 (10 cas en 2016 et en 2017).

Les cas sont infectés en majorité (20/22) par *P. falciparum* et 2 cas sont infectés par *P. ovale* et *P. malariae*.

Description des cas signalés

Les 2 cas autochtones sont âgés de 28 et 21 ans; il s'agit d'un homme et une femme. Les 20 cas importés déclarés au 20 juin 2018 sont en moyenne âgés de 31 ans (min 2, max 63); il s'agit de 11 hommes et 9 femmes (sex-ratio H/F de 1,2) dont une femme enceinte. Les personnes âgées de moins de 35 ans représentaient 55% des cas importés et 20% des cas avaient moins de 15 ans.

Prise en charge

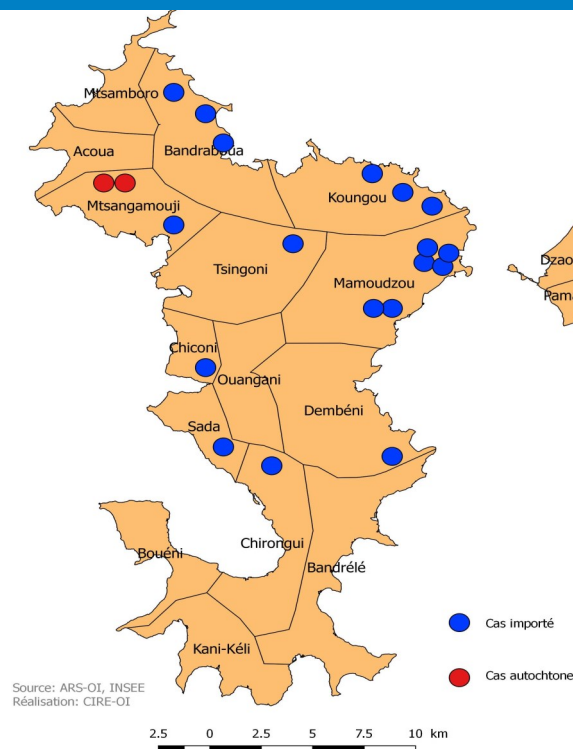
Un des 2 cas autochtones a été traité au Riamet® tandis que la prise en charge du 2^{ème} cas est inconnue. Parmi les 20 cas importés, 14 ont été traités au Riamet® et un cas a été pris en charge avec un autre traitement. Les informations sur la prise en charge médicamenteuse n'étaient pas disponibles pour les 5 autres cas. Neuf des 20 cas importés (45%) ont nécessité une hospitalisation, dont 5 en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), 2 en pédiatrie, 1 en médecine et une femme enceinte admise en maternité. Aucun décès n'a été rapporté.

Répartition géographique

Les 2 cas autochtones résident dans la commune de Mtsangamouji, et ont déclaré n'avoir jamais quitté le territoire au cours des 10 dernières années. Aucun lien n'a été retrouvé à ce jour entre ces 2 cas et le foyer de Bouyouni, actif en 2016 et 2017.

Les 20 cas de paludisme importés sont survenus sporadiquement et sans lien les uns avec les autres. Quatorze provenaient de la Grande-Comore, 5 d'Afrique subsaharienne (3 du Rwanda, 1 de Tanzanie et 1 du Burundi) et 1 de Madagascar. Ces cas importés sont localisés principalement dans 3 communes du nord de l'île notamment à Mamoudzou (6 cas), Koungou (3 cas) et Bandraboua (3 cas). Les 8 autres cas importés sont localisés principalement dans les communes du centre de l'île (Figure 2).

| Figure 2 | Répartition géographique par lieu de contamination des cas autochtones (points rouges) et importés (points bleus) de paludisme par commune à Mayotte du 01/01 au 20/06/2018



Points clés

Du 01/01 au 20/06/2018
- 2 cas autochtones

- 22 cas de paludisme

Remerciements

Nous remercions les médecins généralistes et hospitaliers, les biologistes des laboratoires privé et hospitalier ainsi que la CVAGS de l'ARS OI pour leur participation à la surveillance et au recueil de données.

Liens utiles

[Dossier Santé publique France](#)

[Dossier ARS OI](#)

Liste de diffusion

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à

oceanindien@santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :

François Bourdillon, Directeur Général de Santé publique France

Responsable de la Cire océan Indien
Luce Menudier

Comité de rédaction :

Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Samy Boutouaba
Jamel Daoudi
Auréliette Etienne
Stéphanie Moriscot
Marc Ruello
Jean-Louis Solet
Marion Subiros
Muriel Vincent
Florian Verrier
Pascal Vilain
Hassani Youssouf

Diffusion :

Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 61002
97743 Saint Denis Cedex 9
Tel : +262 (0)2 62 93 94 24
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57

| Conclusion |

La transmission du paludisme autochtone à Mayotte observée en 2016, s'est maintenue en 2017. Au cours du premier semestre 2018, 2 cas autochtones ont été signalés dans un foyer au nord de l'île sans qu'aucun lien ne soit établi avec le foyer historique de Bouyouni actif en 2016 et 2017. Quant aux cas importés signalés au cours des 6 premiers mois de l'année 2018, le nombre a doublé par rapport à celui observé sur toute l'année 2017. De plus, 1/4 des cas sont importés d'Afrique subsaharienne alors qu'habituellement, la quasi-totalité des cas importés vient de Grande-Comore.

Malgré la baisse des cas rapportés ces dernières années, **Mayotte, du fait de la présence de vecteurs compétents, reste vulnérable au paludisme.** L'introduction de *Plasmodium sp* par des voyageurs en provenance de pays endémiques fait peser le risque de survenue ponctuelle de cas mais aussi la reprise de la transmission comme observée depuis 2016.

La détection précoce des cas par l'utilisation du TDR doit être améliorée. En effet, elle semble en diminution alors que les fièvres inexplicables sont en augmentation. Enfin, le programme de lutte doit être maintenu, notamment le renouvellement de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action, et adapté dans les années à venir pour éviter la réapparition d'une importante transmission locale. La stratégie d'élimination du paludisme à Mayotte doit ainsi intégrer les efforts conjugués de l'Union des Comores dans l'ensemble de l'Archipel des Comores.

| Définition de cas |

Un cas confirmé de paludisme est défini par un accès fébrile avec un test de diagnostic rapide (Optimal) positif et une présence de plasmodium au frottis sanguin ou une recherche positive par PCR du génome de *Plasmodium sp* ou par une combinaison du frottis mince et de la goutte épaisse.

Un cas importé est défini comme un cas survenant chez une personne déclarant avoir séjourné dans une zone de transmission / d'endémie du paludisme dans les semaines (*P. falciparum*) ou les mois (autres espèces) précédant l'accès palustre.

| Déclaration de cas |

Tout cas confirmé de paludisme doit faire l'objet d'un signalement immédiat à la plateforme de veille, d'alerte et d'urgences sanitaires de l'ARS OI.

Plateforme de veille et d'urgences sanitaires
Tel : 02 69 61 83 20 - Fax : 02 69 61 83 21
ars-oi-cvags-mayotte@ars.sante.fr

| Recommandations |

L'accès palustre se présente le plus souvent dans un tableau comparable à celui d'une gastro-entérite fébrile (fièvre, douleurs diffuses, vomissements, diarrhée) avec parfois simplement une fièvre associée à des troubles fonctionnels digestifs mineurs (patraquerie digestive). **Une fièvre aiguë en zone de transmission du paludisme est un paludisme jusqu'à preuve du contraire (apportée par un frottis sanguin et un test de diagnostic rapide) quelque soient les manifestations cliniques associées.**

En cette période où est redoutée une réémergence du paludisme à Mayotte, une attention toute particulière doit être portée **aux patients susceptibles de présenter les signes de la maladie et pour lesquels un test de diagnostic doit systématiquement être réalisé, en particulier dans la partie nord-ouest de l'île suspectée d'être le siège d'une reprise de la circulation autochtone du parasite.**