

| Contexte |

Le paludisme est endémique dans l'archipel des Comores. A Mayotte, la transmission est assurée par deux vecteurs : *Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus*, et l'île est entrée officiellement dans la phase d'élimination du paludisme en 2014.

| Situation épidémiologique au 24/11/2018 |

Entre les années 90 et 2000, plus de 1000 cas acquis localement par an étaient dénombrés à Mayotte du fait de l'affaiblissement de la lutte anti-vectorielle (LAV) systématique. De 2002 à 2010, la réorganisation de la lutte contre le paludisme avec la reprise des Aspiration Intra Domiciliaires (AID) systématiques et la lutte anti-larvaire, combinées 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 annuel (348 cas acquis localement en 2006).

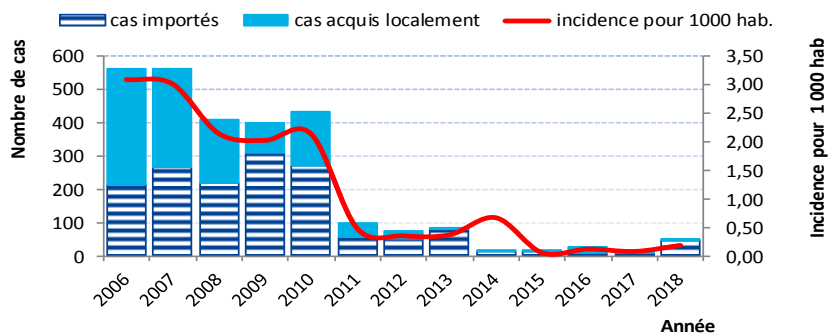
A partir de 2011, le nombre annuel de cas a fortement diminué pour atteindre 25 cas acquis localement en 2012. Cette même année, une nouvelle stratégie de LAV a été adoptée avec la distribution et l'installation de moustiquaires imprégnées de deltaméthrine (MIILD) sur tout le territoire de Mayotte (taux de couverture de 91,4%). L'île est ensuite entrée officiellement dans la phase d'élimination du paludisme en 2014.

En 2014 et 2015, 1 cas acquis localement a été recensé par an, contre respectivement 15 et 12 cas importés. Toutefois, une recrudescence des cas de paludisme acquis localement a été observée en 2016 (18 cas) et s'est poursuivie en 2017 (9 cas). Dans le même temps, le nombre de cas importés s'est stabilisé à 10 cas par an en 2016 et 2017.

Depuis le début de l'année 2018, on observe une nette augmentation du nombre de cas de paludisme signalés à la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS OI, avec notamment **44 cas importés contre 3 acquis localement** (Figure 1).

| Figure 1 |

Distribution du nombre de cas (importés / acquis localement) et incidence annuelle du paludisme à Mayotte, 01/01/2006-24/11/2018 (N= 2739).



Le nombre de cas importés depuis le début de l'année 2018 est plus important que celui observé au cours de ces 3 dernières années (31 cas au total entre 2015-2017).

La grande majorité des cas importés (36 sur 44) ont été diagnostiqués après un séjour en Grande-Comore, deux infections ont été contractées lors d'un séjour à Madagascar et les autres cas ont été infectés lors d'un séjour en Afrique subsaharienne : Burundi (3 cas), Rwanda, Tanzanie et Benin (1 cas chacun).

Description des cas signalés au 24/11/2018

Les 44 cas importés (27 hommes et 17 femmes, dont 2 enceintes) sont âgés de 27 ans en moyenne (âge médian= 22; min=1 ; max=69). Il n'y a aucune différence d'âge entre les hommes et les femmes. Les personnes âgées de moins de 35 ans représentaient 61% des cas importés et 36% des cas avaient moins de 15 ans. Par ailleurs, il y avait très peu d'information disponible sur la prophylaxie des cas importés, l'absence de chimioprophylaxie n'a été rapportée que sur 3 dossiers.

La quasi totalité des infections est due à *P. falciparum*. Trois infections à *P. malariae*, *P. ovale* et *P. vivax* ont été notifiées.

Points clés

- 47 cas depuis le début de l'année 2018
- 94% des cas importés dont plus de 80% de l'Union des Comores
- Risque de reprise d'une transmission locale à partir d'un cas importé

Remerciements

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

Liens utiles

[Dossier Santé publique France](#) (BEH, Mayotte: des données épidémiologiques pour l'évaluation et la prévention des risques sanitaires)

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

Rédactrice en chef :
Luce Menudier, responsable de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :
Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Samy Boutouaba
Jamel Daoudi
Aurélien Etienne
Marion Fleury
Marc Ruello
Jean-Louis Solet
Marion Subiros
Florian Verrier
Muriel Vincent
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
Courriel : oceanindien@santepubliquefrance.fr

Les 3 cas acquis localement (2 hommes et 1 femme) sont âgés de 14, 21 et 28 ans. Les 2 cas plus âgés sont un couple résidant dans la commune de Mtsangamouji dont la femme était enceinte. Le 3^{ème} cas est un adolescent résidant dans la commune de Mamoudzou. Ils ont déclaré n'avoir jamais quitté le territoire de Mayotte au cours **des 10 dernières années**. Aucun lien n'a été retrouvé à ce jour entre ces 3 cas et le foyer historique de Bouyouni, actif en 2016 et 2017, ou avec un cas importé.

Parmi les 47 cas signalés à la CVAGS, 40 ont été traités au Riamet®, 4 cas graves ont été traités à l'Artésunate (Malacef), une femme enceinte traitée avec une association de Quinine-Clindamycine et 2 cas traités avec de la Quinine puis au Riamet.

Une hospitalisation a été nécessaire pour 25 cas (53%) : 10 en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, 7 en pédiatrie, 4 en médecine, 2 en réanimation et 2 femmes enceintes admises en maternité. Aucun décès n'a été rapporté.

| Analyse de la situation épidémiologique |

Une nette augmentation du nombre de cas de paludisme a été signalée depuis 2017 en Union des Comores **essentiellement en Grande-Comore (99% des cas)**

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

Du fait de la présence de vecteurs compétents, Mayotte reste vulnérable au paludisme. **Une transmission autochtone à partir d'un cas importé ne peut pas être exclue.**

| Préconisations |

Avant le départ vers une zone impaludée, une chimioprophylaxie adéquate doit être envisagée et discutée avec chaque patient signalant un voyage vers une de ces zones. Différentes solutions existent selon le pays visité, la durée du voyage, etc...

Les **recommandations** sont disponibles sur le site de Santé Publique France (*cf. Liens utiles*).

L'usage de répulsifs, de moustiquaires imprégnées et le port de vêtements couvrants dès la tombée de la nuit sont des mesures qui doivent aussi être abordées avant un voyage en zone endémique.

L'accès de primo-invasion peut être atypique et évoquer 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). C'est pourquoi une fièvre aiguë au retour d'une zone de transmission active du paludisme est un paludisme jusqu'à preuve du contraire (apportée par un frottis sanguin et un test de diagnostic rapide) quelles que soient les manifestations cliniques associées.

| 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

Définitions de cas et nouvelle terminologie OMS:

cas confirmé : accès fébrile avec un test de diagnostic rapide (Optimal) positif et/ou une présence de plasmodium au frottis sanguin ou à la goutte épaisse et/ou une recherche positive par PCR du génome de Plasmodium sp.

cas importé : cas survenant chez une personne déclarant avoir séjourné dans une zone de transmission du paludisme dans les 3 mois précédant l'accès palustre.

Cas acquis localement: Cas acquis localement, transmis par les moustiques.

Note : Les cas acquis localement peuvent être des **cas de paludisme indigène** ou des **cas introduits**, de rechute ou de recrudescence ; le terme « autochtone » n'est pas utilisé fréquemment.

Cas introduit: Cas contracté localement avec forte indication épidémiologique d'un lien direct avec un cas importé connu (première génération de transmission locale).

Cas de paludisme indigène: Cas contracté localement sans élément attestant d'une importation et sans lien direct avec une transmission à partir d'un cas importé.