

## | Situation épidémiologique sur l'ensemble de la Guyane |

**Au cours des deux premières semaines de novembre (S2018-44 et 45), l'activité liée au paludisme sur le territoire était élevée et en augmentation.**

**Cette situation est liée principalement au début de la recrudescence saisonnière à St Georges de l'Oyapock, à un foyer de transmission localisé sur la commune de Régina et à une hausse de l'activité palustre sur le Haut Maroni.**

L'activité liée au paludisme était faible au cours des mois de juillet et août, puis modérée en septembre et octobre. Sur ces quatre mois (S2018-27 à 43), le nombre hebdomadaire d'accès palustres était en moyenne égal à 7, atteignant un maximum de 13 accès au cours de la deuxième semaine d'octobre (S2018-41) (Figure 1).

Toutefois, une nette augmentation de l'activité a été observée au cours de la première quinzaine de novembre, avec respectivement 19 et 26 accès palustres recensés chaque semaine (S2018-44 et 45).

Au total, 169 accès palustres ont été répertoriés entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 11 novembre, dont 6% dus à *P. falciparum*, les autres accès étant dus à *P. vivax*\*.

Parmi les accès palustres dus à *P. vivax*, 18% étaient des réviviscences\*\*.

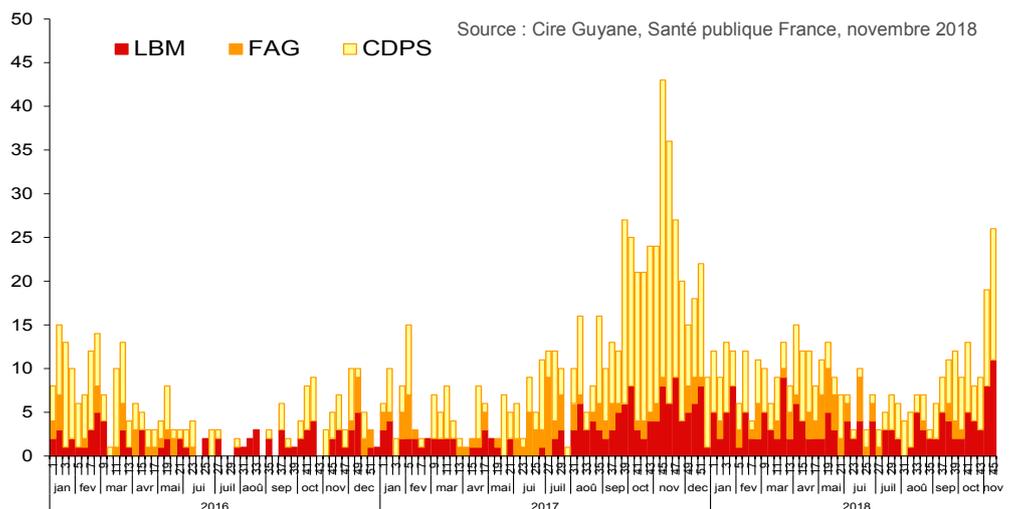
Sur cette période, 57% des accès palustres recensés ont été diagnostiqués dans les Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), 39% par les LBM et 4% parmi les militaires.

\*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 2016 à novembre 2018 (S2016-01 à S2018-45) - Weekly number of biologically cases of malaria, French Guiana, January 2016 - November 2018



Le lieu présumé de contamination (LPC) a été renseigné pour 80% des 169 accès palustres répertoriés : 62% seraient des cas autochtones, 6% avaient pour LPC le Brésil, 6% le Suriname, 2% l'Afrique, 4% la Guyane ou le Brésil et 0,5% hors Guyane sans précision.

Les LPC identifiés en Guyane étaient localisés à : St Georges (36%), Saül (10%),

Régina (29%), Maripasoula (14%), Camopi (4%), Roura (1%), St Georges ou Régina (3%), St Elie (1%), Grand-Santi/Antecume-Pata (1%) et également en forêt/site d'orpillage sans que la commune n'ait été précisée (2%).

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)

Entre juillet et novembre (S2018-27 à 45), 3 accès palustres dus à *P. vivax*, ont été répertoriés parmi les résidents de St Laurent du Maroni (n=3). Le LPC a été renseigné pour une personne, il s'agissait du secteur de Bélizon.

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

Sur la période décrite, 21 accès palustres - tous dus à *P. vivax* - ont été diagnostiqués parmi les résidents de Kourou (n=14), Macouria (n=6) et d'Iracoubo (n=1).

Parmi les résidents de Macouria, 2 avaient pour LPC le Brésil, 1 Elahé et 1 Grand-Santi ou Antecume-Pata (forêt). Le résident d'Iracoubo avait pour LPC un site d'orpaillage en Guyane.

Parmi les 14 résidents de Kourou ayant développé un accès palustre, 8 étaient des civils et les LPC n'étaient pas connus. Les 6 autres accès concernaient des militaires dont les LPC étaient situés en forêt sur les communes de Régina, Saül (sites Dagobert, Sophie et Repentir) et Camopi.

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

Entre juillet et novembre, 36 accès palustres dont 6 dus à *P. falciparum* ont été diagnostiqués parmi les résidents de Cayenne (n=20), de Rémire-Montjoly (n=10) et de Matoury (n=6).

Les LPC étaient connus pour 27 personnes, il s'agissait de l'Afrique (n=4), du Brésil (n=3), du Brésil ou de la Guyane (n=2), de la forêt sans précision de la commune (n=1) et également des communes de : Régina (n=9), Saül (n=4), St Georges (n=1), Roura (n=1), St Elie (n=1) et Maripasoula (n=1) avec des LPC situés hors bourg lorsque précisé pour ces communes, excepté pour Saint-Georges.

### 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 juillet et la deuxième semaine de novembre (S2018-27 à 45), aucun accès palustre n'a été recensé par le CDPS d'Apatou et 1 accès palustre dû à *P. vivax* a été diagnostiqué par celui de Grand-Santi. Le lieu présumé de contamination pour ce patient était un site d'orpaillage au Suriname.

A noter qu'un patient diagnostiqué dans un LBM du Littoral avait pour LPC la forêt sur la commune de Grand-Santi ou le secteur d'Antecume-Pata.

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

Sur la même période, aucun accès palustre n'a été diagnostiqué par le CDPS de Papaïchton.

Le CDPS de Maripasoula a recensé 12 accès palustres dont 3 dus à *P. falciparum*. Le lieu présumé de contamination a été

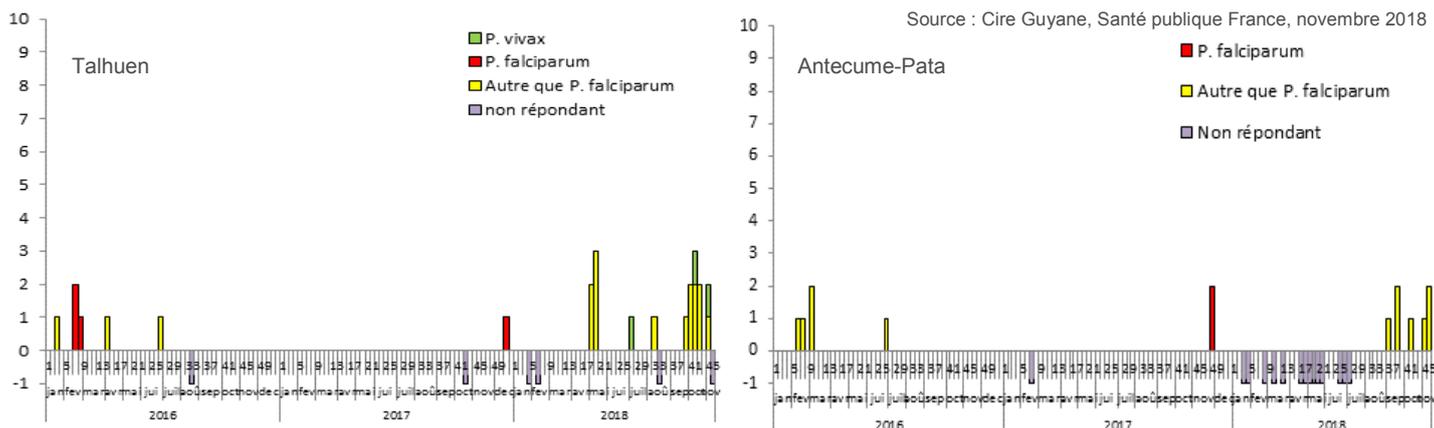
renseigné pour 8 accès, il s'agissait : d'Elahé (n=4) où un cluster a été identifié au mois d'août, de Maripasoula sans précision (n=2), du site Dagobert à Saül (n=1) et du site Sophie à Saül (n=1). Par ailleurs, 2 patients diagnostiqués par un LBM du Littoral avaient pour LPC un site d'orpaillage sur la commune de Maripasoula sans précision (n=1) et Elahé (n=1).

Au Talhuen, le nombre d'accès palustres identifiés était en augmentation sur la période décrite, avec 12 accès dus à *P. vivax* (Figure 2). Parmi eux, 9 avaient pour LPC un site d'orpaillage au Suriname dont 8 en provenance de Yaou-Passi. Un autre patient avait pour LCP Elahé.

L'activité palustre était également en augmentation au CDPS d'Antecume-Pata, avec 7 accès dus à *P. vivax* diagnostiqués par le CDPS depuis début septembre (Figure 2). La majorité des LPC (connus pour 5 patients), se situaient dans le secteur d'Antecume-Pata (n=4), traduisant une transmission active dans cette zone.

## | Figure 2 |

Surveillance hebdomadaire du nombre d'accès palustres biologiquement confirmés recensés par les CDPS de Talhuen (à gauche) et d'Antecume-Pata (à droite), janvier 2016 à novembre 2018 (S2016-01 à S2018-45) - Weekly number of biologically cases of malaria, Talhuen and Antecume-Pata, January 2016 - November 2018



## | Situation du paludisme dans les communes de l'Intérieur |

### Saül

Aucun accès palustre n'a été diagnostiqué par le CDPS de Saül entre juillet et novembre (S2018-27 à 45).

Parmi les patients diagnostiqués dans un LBM du Littoral, 8 avaient un LPC situé sur la commune de Saül dont 4 militaires. Les 8 accès étaient dus à *P. vivax*.

Les LPC identifiés étaient : le secteur de Dagobert/Repentir/Sophie (n=3), le site Repentir (n=2), le site Félix (n=1) et un site d'orpillage sans précision (n=1).

Par ailleurs, 2 accès dont 1 dû à *P. falciparum* ont été diagnostiqués par le CDPS de Maripasoula et avaient pour LPC les sites Sophie (n=1) et Dagobert (n=1).

### St Elie

Sur la période étudiée, aucun accès palustre n'a été diagnostiqué parmi les résidents de St Elie.

Un patient diagnostiqué dans un LBM du Littoral pour un accès dû à *P. vivax*, avait pour LPC un site d'orpillage à St Elie.

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

### Roura

Sur la période décrite, 1 accès palustre dû à *P. vivax* a été diagnostiqué parmi un résident de Roura, son LPC était le village de Trois-Palétuviers sur la commune de St Georges.

Par ailleurs, 1 patient diagnostiqué pour un accès palustre dû à *P. vivax* avait pour LPC la crique Boulanger située sur la commune de Roura.

### Cacao

Aucun accès palustre n'a été diagnostiqué par le CDPS de Cacao au cours de la période étudiée.

### Régina

Entre juillet et novembre (S2018-27 à 45), 21 accès palustres, tous dus à *P. vivax*, ont été diagnostiqués par le CDPS de Régina

(Figure 3). Le LPC était renseigné pour 20 d'entre eux, il s'agissait de : Régina en périphérie du bourg (n=9), Régina en forêt (1), Régina sans précision (n=6), Régina ou St Georges sans précision (n=3) et Régina hors bourg ou le Brésil (n=1).

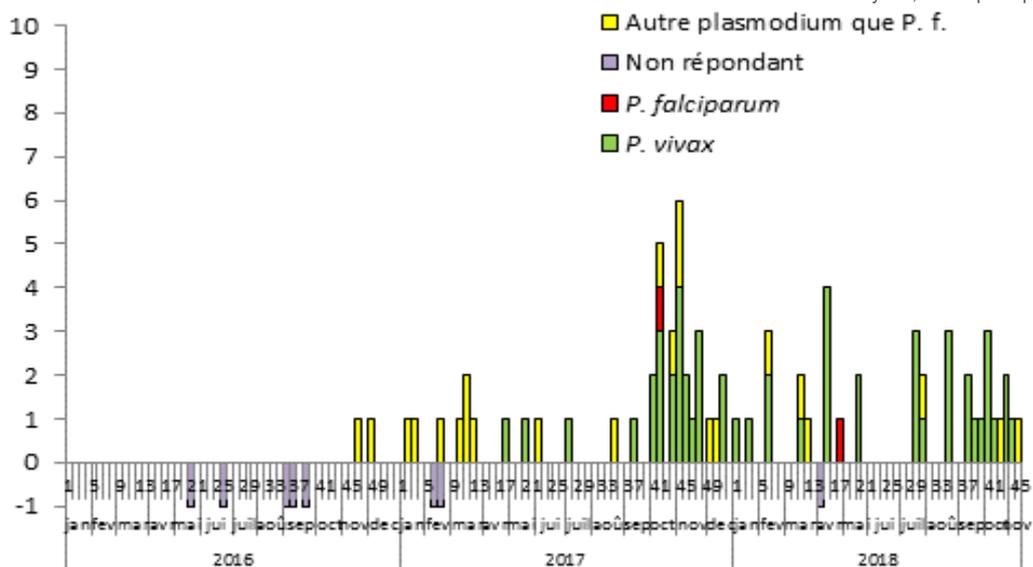
Par ailleurs, 16 accès diagnostiqués dans un LBM du Littoral dont 2 dus à *P. falciparum*, avaient pour LPC Régina : le site Bélizon (n=5), le secteur de Guisambourg où un cluster vient d'être identifié (n=3), la périphérie du bourg (n=4), le sud de la commune (militaire, n=1) et Régina sans précision (n=1) et, également, la périphérie du bourg de Régina ou le Brésil (n=1) et le site Bélizon ou le Brésil (n=2).

Une transmission active du paludisme a été mise en évidence sur la commune de Régina, elle concerne plus particulièrement la périphérie proche du bourg, le site Bélizon et le secteur de Guisambourg.

## | Figure 3 |

Surveillance hebdomadaire du nombre d'accès palustres biologiquement confirmés recensés par le CDPS de Régina, janvier 2016 à novembre 2018 (S2016-01 à S2018-45) - Weekly number of biologically cases of malaria, Régina, January 2016 - November 2018

Source : Cire Guyane, Santé publique France, novembre 2018



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

### Ouanary

Le CDPS de Ouanary a transmis 4 semaines de données sur les 16 de la période décrite : aucun accès palustre n'y était répertorié.

### Saint-Georges

Entre juillet et la deuxième semaine de novembre (S2018-27 à 45), 40 accès dus à *P. vivax* ont été diagnostiqués par le CDPS de St Georges. Une tendance à l'augmentation du nombre d'accès palustres a été observée au cours de la première quinzaine de novembre (Figure 4), avec 16 accès dont 9 ayant pour LPC les quartiers de St Georges, marquant ainsi le début de la recrudescence saisonnière.

Les LPC ont été renseignés pour les 40 accès palustres recensés sur la période décrite, il s'agissait de : Trois-Palétuviers (n=9), Gabaret (n=5), Gabaret/Savane (n=1), Savane (n=3), Adimo (n=2), Gabin (n=2), Onozo (n=2), Maripa (n=1), Espérance (n=1), St Georges sans précision (n=6), St Georges en forêt (n=2), le Brésil (n=4), St Georges sans précision ou le Brésil (n=1) et Régina sans précision ou St Georges (n=1).

Parmi les patients diagnostiqués dans un LBM du Littoral, 4 accès palustres dus à *P. vivax* ont été identifiés et avaient pour LPC : Trois-Palétuviers (n=2), le bourg de St Georges (n=1) et St Georges sans précision ou le Brésil (n=1).

Enfin, 3 accès palustres dus à *P. vivax* diagnostiqués par le CDPS de Régina avaient pour LPC Régina ou St Georges sans précision (cf. paragraphe Régina).

### Camopi

Entre juillet et la deuxième semaine de novembre, le CDPS de Camopi a diagnostiqué 3 accès palustres, tous dus à *P. vivax*. Les LPC étaient le Brésil (n=1), Camopi en forêt (n=1) et hors Guyane (n=1).

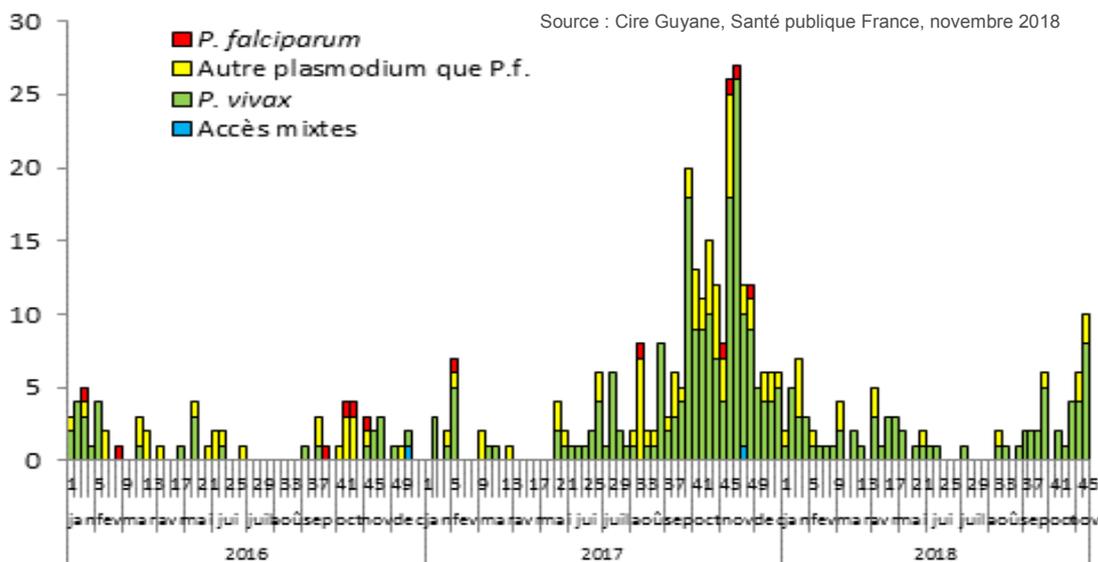
Parmi les accès diagnostiqués par un LBM du Littoral, 2 accès dus à *P. vivax* avaient pour LPC Camopi en forêt ; il s'agissait de militaires.

### Trois-Sauts

Sur la période décrite, 1 accès dû à *P. vivax* a été diagnostiqué par le CDPS de Trois-Sauts et avait pour LPC Camopi sans précision.

## | Figure 4 |

Surveillance hebdomadaire du nombre d'accès palustres diagnostiqués par le CDPS de St Georges, janvier 2016 à novembre 2018 - Weekly number of biologically cases of malaria, St Georges, January 2016 - November 2018



## | Cas hospitalisés et décès |

Entre juillet et la deuxième semaine de novembre (S2018-27 à 45), 22 patients ayant développé un accès palustre ont été hospitalisés.

Parmi eux, 4 accès palustres étaient dus à *P. falciparum* et 18 dus à *P. vivax*.

Un patient a développé une forme compliquée et aucun décès n'a été répertorié sur cette période.

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

## Quelques chiffres à retenir

De janvier à novembre 2018

(S2018-01 à 45) :

- 411 accès palustres diagnostiqués par les LBM, CDPS et FAG
- *P. vivax* majoritaire
- 52 cas hospitalisés
- 0 décès
- 81% des accès palustres disposent d'une information sur le lieu présumé de contamination :
  - \* 79% en Guyane (hors bourg, excepté St Georges)
  - \* 9% au Brésil
  - \* 4% au Suriname
  - \* 5% en Guyane ou au Brésil
  - \* 2% en Afrique
  - \* 0,3% au Guyana
  - \* 0,3% au Guyane ou au Suriname
  - \* 0,3% hors Guyane (sans précision)

**Directeur de la publication**  
Dr François Bourdillon,  
Directeur général de Santé publique France

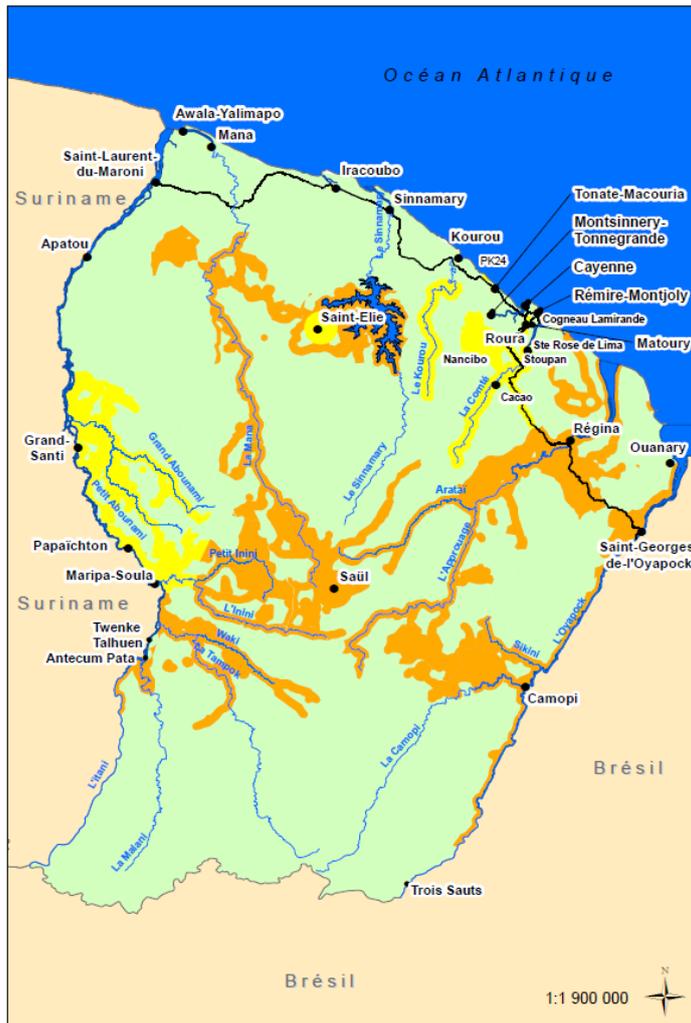
**Rédacteur en chef**  
Laurent Filleul, Responsable de la Cire Guyane

**Comité de rédaction**  
Audrey Andrieu  
Luisiane Carvalho  
Carine Labonte  
Alice Tosi

**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  
<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.



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.

