

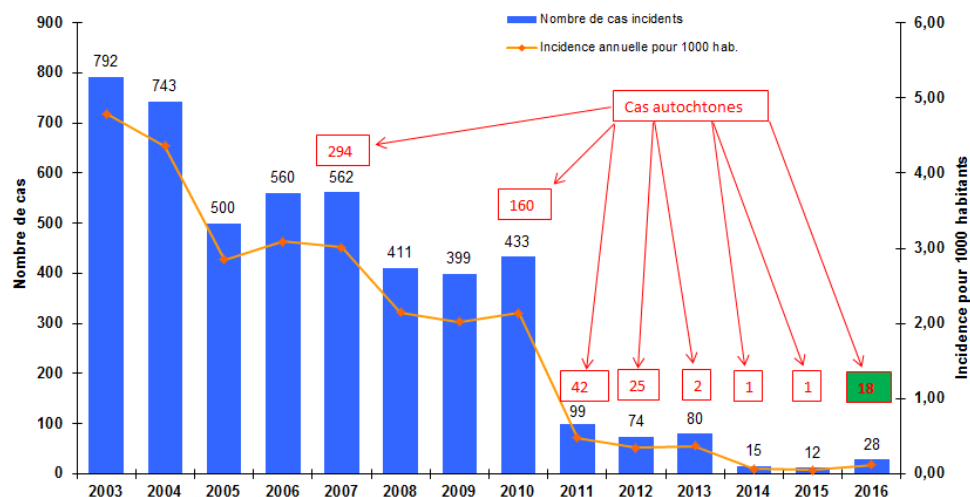
| Situation épidémiologique de 1970 à 2015 |

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 de manière significative le nombre de cas. Cette stratégie reposait sur une lutte contre les moustiques vecteurs basée sur les aspersions murales intra-domiciliaires d'insecticides (AID) et les traitements des gîtes larvaires, associée à une chimioprophylaxie et à un traitement pré-somptif de tous les accès fébriles. Cette tendance à la baisse s'est maintenue jusqu'à la fin des années 80 malgré une petite épidémie en 1984 et le nombre de cas annuel était resté sous le seuil de 100 jusqu'en 1990. 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 des cas (plus de mille cas annuels) et l'augmentation progressive du nombre de décès dus au paludisme (dix en 2001).

Entre 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 à la modification de l'arsenal thérapeutique a permis de ramener le nombre de cas annuel en dessous de 1000. En 2012, une nouvelle stratégie de lutte anti-vectorielle (LAV) a été adoptée 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%.

A partir de 2011, les nombres de cas ont fortement chuté à Mayotte pour atteindre 25 cas autochtones en 2012 puis seulement un seul cas autochtone par an entre 2013 et 2015 (Figure 1). 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 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 est possible si les efforts de lutte sont maintenus. En 2016, on observe une recrudescence inquiétante du nombre de cas autochtones à Mayotte.

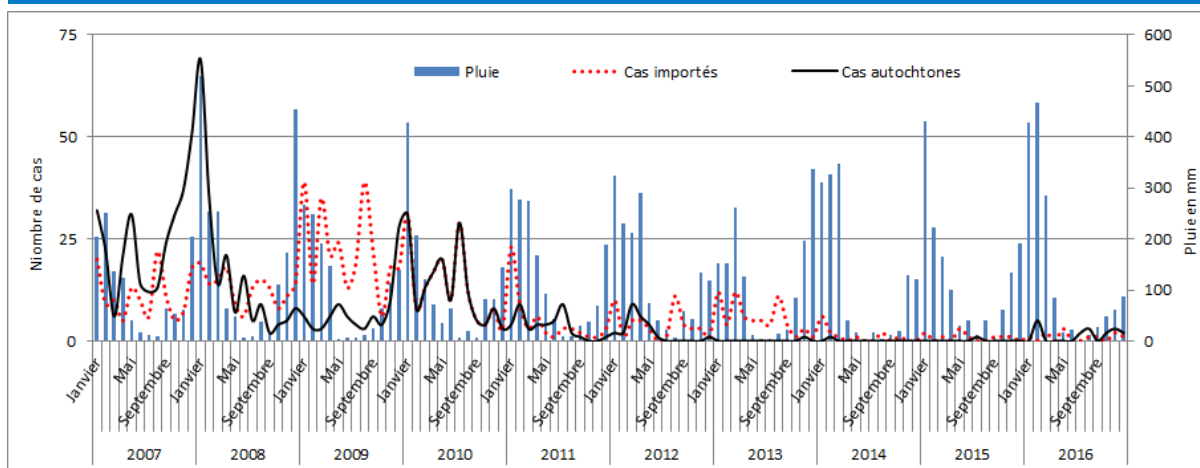
| Figure 1 | Evolution du nombre de cas et de l'incidence du paludisme à Mayotte, 2003-2016.



Résultats de la surveillance

En 2016, 28 cas de paludisme (25 à *P.falciparum*, 3 à *P.malariae*) ont été signalés à la plateforme de veille sanitaire de l'ARS OI contre 15 et 12 cas respectivement en 2014 et 2015. Le nombre de cas importés restant stable ces 3 dernières années, l'augmentation constatée en 2016 est essentiellement due à une augmentation du nombre de cas autochtones : 18 cas en 2016 (17 à *P.falciparum* et 1 à *P.malariae*) contre 1 cas seulement en 2014 et en 2015. L'incidence du paludisme autochtone à Mayotte en 2016 est ainsi de 0,076 cas pour 1000 habitants contre 0,004 pour 1000 habitants les deux années précédentes. La figure 2 présente l'évolution des cas de paludisme autochtones et importés en fonction de la pluviométrie au cours des 10 dernières années.

| Figure 2 | Evolution mensuelle des cas de paludisme et de la pluviométrie à Mayotte de 2007 à 2016



Répartition géographique (Figure 3)

Les dix cas de paludisme importés sont survenus sporadiquement sans lien entre eux. Cinq provenaient de l'union des Comores, trois d'Afrique subsaharienne et deux de Madagascar.

Deux foyers autochtones de paludisme à *P.falciparum* ont été identifiés en 2016 (un à Combani et un à Bouyouni) ainsi qu'un cas isolé de paludisme autochtone à *P.malariae* (Hagnoundrou). Il est à noter qu'aucun cas importé n'a été rapporté à la surveillance épidémiologique à proximité des cas autochtones.

Le foyer de Combani : 5 cas sont survenus sur deux jours en février au sein d'une même famille sans notion de voyage. Bien qu'aucun cas importé n'ait été rapporté dans la zone en 2015 ou en 2016, il s'agit vraisemblablement de cas introduits : cas survenus autour d'un cas importé. Aucun cas n'a depuis été rapporté dans la zone.

Le foyer de Bouyouni : 12 cas survenus de juillet à décembre chez des personnes fréquentant la même zone et travaillant dans des champs voisins. Ces douze cas s'échelonnant sur 6 mois indiquent la reprise d'une chaîne locale de transmission, toujours active fin 2016, au sein du foyer historique de Bouyouni.

| Figure 3 | Répartition géographique par lieu de contamination des cas autochtones (points rouges) et importés (points bleus) de paludisme par village à Mayotte en 2016



Description des cas

En 2016, la majorité des cas étaient des hommes (22 hommes et 6 femmes; sexe-ratio H/F global de 3,6 et de 8 pour les cas de paludisme autochtones). Les hommes étaient significativement plus jeunes que les femmes : 27,7 ans vs 42 ans de moyenne d'âge pour les femmes ($p=0,03$). Les moins de 35 ans représentaient globalement 60% des cas et plus de 70% des cas autochtones. Cinq cas sont survenus chez des moins de 15 ans : 2 chez des moins de 5 ans, 1 chez un enfant de 9 ans et deux chez les 10-15 ans. Aucun cas n'est survenu chez une femme enceinte.

Prise en charge

Sur les 28 cas, 15 ont été hospitalisés (13 accès à *P.falciparum* et 2 accès à *P.malariae*) soit 54% des cas. Aucun décès n'a été rapporté mais deux formes sévères ont été hospitalisées en réanimation soit 7% des cas. Sur les 20 cas pour lesquels l'information était disponible : 16 ont été traités par Riamet® et 4 par quinine injectable.

| Situation épidémiologique en 2017 |

Résultats de la surveillance

En 2017, la recrudescence des cas de paludisme continue à Mayotte avec 6 nouveaux cas confirmés d'infection à *P. falciparum* qui ont été signalés à la plateforme de veille sanitaire de l'ARS OI depuis le début de l'année. Les investigations réalisées font état de 3 cas autochtones et 2 cas importés. Un dernier cas est toujours en cours d'investigation pour déterminer le lieu de contamination.

L'incidence du paludisme autochtone depuis le début de l'année à Mayotte s'élève à 0,013 cas pour 1 000 habitants, donc déjà supérieure aux années 2014 et 2015 après 4 mois.

Répartition géographique

Parmi les cas autochtones, l'un d'entre eux a été identifié dans un village de gratte situé dans le foyer de Bouyouini. Il s'agit d'une personne ayant récemment emménagé dans ce village. Les 2 autres cas autochtones n'ont pas de lien avec le foyer de Bouyouini : il s'agit de 2 personnes d'une même famille résidant dans la commune de Mamoudzou et qui ne se sont jamais rendus à Bouyouini. Les 2 cas de paludisme importés sont survenus sporadiquement sans lien entre eux : l'un revenait d'un voyage au Kenya et l'autre, de la Grande-Comore.

Description des cas

La majorité des cas étaient des hommes (4 hommes pour 2 femmes). Comme en 2016, les hommes étaient plus jeunes que les femmes (19,3 ans vs 34,5 ans). Cinq cas sur six avaient moins de 35 ans et 2 cas avaient moins de 15 ans.

Prise en charge

Sur les 6 cas signalés au premier trimestre 2017, seule une forme sévère a été hospitalisée en réanimation. Pour les autres cas, aucun décès ni hospitalisation n'ont été rapportés. D'après les informations disponibles, tous les cas ont été traités par Riamet®.

| Conclusion |

L'année 2016 a été marquée par **une recrudescence de la transmission du paludisme à Mayotte** avec l'apparition de deux foyers de transmission dont un (foyer de Bouyouini) semble toujours actif en décembre 2016. Cette situation semble se poursuivre en 2017 à Bouyouini et un nouveau foyer a été identifié dans la commune de Mamoudzou.

Malgré la baisse des cas rapportés ces dernières années et notamment la quasi disparition des cas autochtones de 2013 à 2015, **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 peut toujours permettre la survenue ponctuelle de cas locaux mais aussi la reprise de la transmission comme confirmé en 2016 à Mayotte.

La recrudescence du nombre de cas en 2016 peut s'expliquer en partie par les fortes pluies du début d'année qui ont sans doute permis une prolifération des vecteurs plus importantes qu'à l'habitude mais aussi par la baisse de vigilance dans la lutte du fait des succès de ces dernières années.

Le programme de lutte doit être maintenue, notamment le renouvellement des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action, et adapté dans les années à venir pour éviter à court terme la réapparition d'une transmission locale et permettre à moyen terme l'élimination du paludisme à Mayotte et grâce aux efforts conjugués de l'Union des Comores dans l'ensemble de l'Archipel des Comores.

Recrudescence du paludisme autochtone à Mayotte en 2016 et 2017

Remerciements

A tous les médecins généralistes et hospitaliers, les biologistes des laboratoires de l'île, privé et hospitalier ; ainsi que les agents de la CVAGS et de la LAV de la DIM de l'ARS OI pour leur participation à la surveillance et au recueil de données

Liste de diffusion

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à ars-oi-cire@ars.sante.fr

Directeur de la publication :

François Bourdillon
Santé publique France

Rédacteur en chef:

Laurent Filleul, Responsable de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :

Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Elise Brottet
Frédéric Pagès
Jean-Louis Solet
Marion Subiros
Marc Ruello
Pascal Vilain
Youssef Hassani

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

Retrouvez-nous sur :

www.santepubliquefrance.fr

| Définition de cas |

Un cas confirmé de paludisme est défini par un 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.*

Un cas importé est défini comme un cas survenant chez une personne déclarant avoir séjourné dans une zone de transmission du paludisme dans les semaines 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 de primo-invasion 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) quelques 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.**