

Surveillance épidémiologique du paludisme à Mayotte - janvier à mai 2012

Point épidémiologique - N° 32 au 5 juin 2012

Surveillance épidémiologique

A Mayotte, la surveillance du paludisme repose sur la déclaration des cas par le laboratoire du CHM et les médecins à la plateforme de veille sanitaire de l'Agence de Santé océan Indien (ARS-OI), délégation de Mayotte. Chaque déclaration fait l'objet d'une investigation épidémiologique par le service de la lutte anti-vectorielle (LAV). L'analyse des données et la retro-information sont assurées par la Cire océan Indien.

| Définition de cas |

Tout 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. Est considéré comme paludisme d'importation, tout cas survenant chez une personne ayant déclaré avoir séjourné dans une zone de transmission du paludisme extérieure à Mayotte pendant la période présumée de contamination (2^{ème} et 3^{ème} semaines précédant l'accès palustre).

Résultats

| Tendances : janvier à mai 2012 |

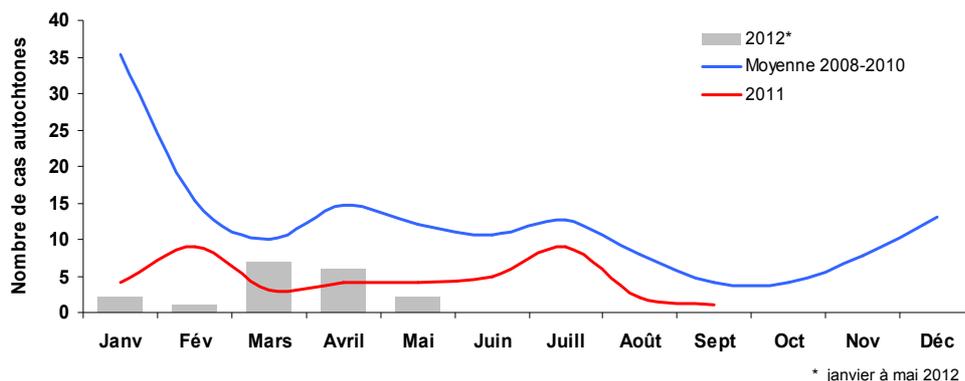
Au cours des mois de janvier à mai 2012 (semaines 1 à 22), **46 nouveaux cas** confirmés de paludisme ont été signalés à la plateforme de veille sanitaire de l'ARS-OI. Ce chiffre est inférieur au nombre de cas pour la même période en 2011 (n = 67) et en dessous de la moyenne des trois années 2008-2010 (n = 222). Cela va dans le sens de la baisse observée depuis 2 ans. Comme en 2011, on n'observe pas de recrudescence particulière en saison de pluie.

| Origine de l'infection : janvier à mai 2012 |

Parmi les 39 cas de paludisme investigués jusqu'à présent, **18 sont autochtones (46%)** et **21 sont importés (54%)**. Le nombre de cas autochtones est en dessous de celui observé au cours des années 2008 à 2010 (Figure 1) et comparable à celui obtenu pour la même période en 2011. On note une tendance à l'augmentation de la proportion de cas autochtones comparativement à la même période en 2011 (46% contre 38%), cette différence est cependant non significative.

Parmi les cas importés pour lesquels l'information était disponible, la grande majorité (n=16) ont rapporté un séjour en **Grande Comore** (80%), 2 personnes sont allées à **Anjouan** (10%), une en Tanzanie et une à Madagascar.

| Figure 1 | Répartition mensuelle des cas de paludisme autochtone en 2012 (n=18), en 2011 et moyenne de 2008-2010



Points clés

- 46 nouveaux cas de paludisme déclarés en 2012
- La tendance à la baisse observée en 2011 semble se confirmer
- Un nouveau foyer de circulation autochtone à Tsararano

Fiche de notification obligatoire spécifique à Mayotte:
Demande à faire auprès du secrétaire de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires

Directeur de la publication :
Dr Françoise Weber, Directrice Générale de l'InVS

Rédacteur en chef:
Laurent Filleul, Responsable de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :
Cire océan Indien

Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, Av. G. Brassens
97400 Saint Denis La Réunion
Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24
Fax : 262 (0)2 62 93 94 57
<http://www.invs.sante.fr>

Contact à Mayotte :

Tinne Lernout,
Tél: 02 69 61 83 43
tinne.lernout@ars.sante.fr
Julien Raslan-Loubatié
Tél: 02 69 61 83 14
Julien.raslan-loubatie@ars.sante.fr

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

| Caractéristiques des cas : janvier à mi-mai 2012 |

La majorité des cas de ce début d'année sont des hommes (sex-ratio H/F de 1,6). L'âge médian des cas est de 22 ans [2-78], ce qui est comparable aux années précédentes. Les **enfants de moins de 15 ans** sont les plus touchés (39% contre 26% en 2011). Presque un tiers des cas (30%) a entre 30 et 44 ans.

Le **Riamet®** reste le traitement curatif de premier choix administré dans la majorité des cas (76 % des 21 cas pour lesquels le traitement est connu). La Quinine a été prescrite dans 14% des cas.

Le type de plasmodium identifié était le **P. falciparum** dans la quasi-totalité des cas (n=39). *P. malariae* a été retrouvé chez trois malades et *P. vivax* chez un autre cas.

Parmi les 26 patients pour lesquels nous possédons l'information, 11 ont été hospitalisés. **Deux patients** ont été pris en charge en réanimation. Il n'y a eu **aucun décès** en 2012.

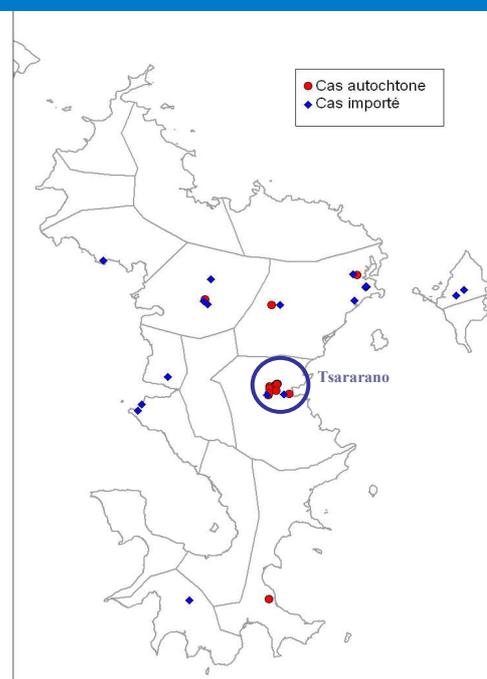
| Répartition géographique des cas |

Les cas de paludisme sont répartis sur l'ensemble de l'île. Plus de la moitié des cas (54%) sont survenus à **Mamoudzou** (n=9), et **Dembéni** (n=16) (Figure 2). Dans cette dernière commune, le village de **Tsararano** (n=14) totalise 30% des cas.

La très grande majorité était des **cas isolés** (70%). Néanmoins, un **nouveau foyer** (n=13) de transmission autochtone à été mis en évidence dans le centre de l'île à Tsararano. Cela représente 65% des cas autochtones à Mayotte en 2012. Les personnes infectées sont dans l'ensemble jeunes (médiane de 14 ans [3 - 40]).

Pour l'heure, **aucun cas** n'a été identifié dans la commune de **Bandraboua** (foyer de 65 cas autochtones en 2010).

| Figure 2 | Répartition géographique des cas de paludisme autochtones et importés en 2012 à Mayotte (n=36)



Conclusion

Ce début d'année 2012 confirme, pour l'instant, la **diminution de l'incidence** observée en 2011.

Les foyers autochtones temporaires de l'année précédente ont disparus mais un **nouveau foyer de cas autochtones** est apparu au centre de l'île.

Le service de lutte anti-vectorielle de l'ARS OI continue son programme, débuté en novembre 2011, de **distribution et d'installation de moustiquaires imprégnées (MIILD)** sur l'ensemble de l'île.

**MERCI DE SIGNALER TOUT CAS DE PALUDISME A LA
PLATEFORME DE VEILLE ET D'URGENCES SANITAIRES**
(point unique de réception et de traitement des signaux sanitaires)

Fax : 0269 61 83 21

Mail : ars-oi-cvags-mayotte@ars.sante.fr

Remerciements

Ce point est réalisé à partir des données recueillies par la CVAGS de la plateforme de veille et le service de la LAV de l'ARS-OI, délégation de Mayotte ainsi que par Olivier Mailard, épidémiologiste au CHM. Nous remercions, pour les notifications, tous les médecins cliniciens et le laboratoire du CHM.