

Bulletin thématique régional. Date de publication : 12 juin 2025

# PALUDISME

## Bilan de la surveillance épidémiologique de 2024

### SOMMAIRE

Points clés	1
SYNTHESE	2
RAPPELS SUR LA MALADIE	3
BILAN DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE 2024	3
PREVENTION	12
METHODE	13
LISTE DES ACRONYMES	14

### Points clés

- La hausse du nombre d'accès palustres observée en 2023 s'est poursuivie en 2024 : 425 accès palustres ont été recensés en 2024 (vs 340 en 2023, +25%), soit une incidence de 1,5‰ habitants (vs 1,2 en 2023).
- L'évolution de la situation a été favorable en cours d'année : 45% des accès ont été recensés en janvier et février, avec une tendance globale à la baisse passant de 126 accès en janvier à 17 en décembre.
- *P. vivax* demeurait prédominant (97%) et la part des reviviscences était en hausse par rapport à 2023 (38% vs 20%) sans toutefois observer une tendance particulière depuis 2018. L'ensemble des accès à *P. falciparum* était importé.
- Pas d'évolution notable de la sévérité par rapport aux années précédentes. Aucun décès n'a été recensé parmi les accès palustres hospitalisés.
- De même qu'en 2023, la majorité des zones de transmissions se concentrerait sur les communes du Littoral, à l'opposé des foyers de contamination historiques de l'Intérieur, du Haut-Maroni et de l'Intérieur-Est. Au total, 13 foyers de transmission ont été identifiés en 2024 (stable par rapport à 2023).
- Le maintien de foyers de transmission sur le Littoral confirme la fragilité de la situation et que le potentiel d'extension sur ces communes, notamment en zone périurbaine, est réel.
- Alors que la France est engagée dans l'élimination du paludisme, les efforts dans la prévention et la gestion, en particulier les interventions au cas par cas, le dépistage actif, la prise en charge précoce du patient et son suivi, doivent être maintenus et s'inscrire dans la durée.

## SYNTHESE

La hausse du nombre d'accès palustres observée en 2023 s'est poursuivie en 2024 avec 425 accès diagnostiqués dans le système de soins contre 340 en 2023, soit une hausse de 25%. L'incidence annuelle était de 1,5‰ habitants, niveau inégalé depuis 2018. Cette évolution s'est inscrite dans la continuité de la recrudescence qui a touché le territoire fin 2023. Malgré ces chiffres, qui au premier regard peuvent paraître décourageants dans le contexte d'engagement de la France à l'élimination du paludisme en Guyane, la situation s'est progressivement améliorée en cours d'année, passant 126 accès mensuels en janvier à 17 en décembre. En outre, le nombre d'accès recensés au cours des cinq premiers mois de l'année 2025 est lui aussi encourageant même si les niveaux historiquement bas de 2022 (51 accès) ont d'ores-et-déjà été dépassés [1].

En 2024, la majorité des accès ont été diagnostiqués dans un laboratoire de biologie médicale (LBM) ; cette part était en progression et s'explique par la transposition du risque de transmission depuis les communes de l'Intérieur où les Centre délocalisés de prévention et de soins (CDPS) constituent la principale offre de soins, vers celles du Littoral où sont localisés les LBM. Les principales typologies des zones de contamination demeuraient identiques à 2023 malgré quelques variations dans les proportions : il s'agissait des zones urbaines/périurbaines, des zones d'orpaillage et des zones rurales/pistes. La part importante (plus du tiers contre un quart en 2023) des contaminations en zone urbaine/périurbaine souligne la difficulté du contrôle des foyers de contamination dans les secteurs de densité plus importante et où les flux de population sont permanents. Concernant la cartographie du risque de transmission du paludisme, la multiplication des foyers de contamination sur les communes du Littoral fin 2023 posait la question de la pérennisation du risque de transmission dans ces zones. L'année 2024 a confirmé cette évolution puisque 11 foyers sur les 13 identifiés étaient localisés sur le Littoral, dont certaines communes exemptes ou à très faible risque de transmission jusqu'en 2023.

La part des accès à *P. falciparum* a atteint pour la deuxième fois (la première fois en 2020) le niveau le plus bas jamais enregistré, sachant que l'ensemble de ces accès était importé et n'a donné lieu à aucun cas introduit<sup>1</sup> ou autochtone.

Après la diminution prometteuse constatée en 2023, la part des reviviscences parmi les accès à *P. vivax* - espèce majoritaire - était à nouveau en hausse. Ceci pourrait s'expliquer notamment par des difficultés dans le suivi des patients en lien une faible disponibilité de la primaquine, traitement radical des formes à *P. vivax*. Par ailleurs, les délais moyen et médian de survenue des reviviscences étaient en hausse en 2024 en comparaison avec 2023. Ceci pourrait être lié à la reprise de la délivrance de la chloroquine en 2024 en particulier pour les patients suivis à l'hôpital et en CDPS, alors que cette molécule avait été remplacée en 2023 par le Riamet® traitement susceptible d'induire des reviviscences précoces (source Centre national de référence (CNR) Paludisme, données non publiées). Ces résultats et hypothèses méritent d'être discutés avec les cliniciens, le CNR Paludisme et l'ARS en particulier.

Enfin, en 2024 il n'y a pas d'évolution notable de la sévérité du paludisme sur le territoire : la part d'hospitalisation parmi les accès palustres diagnostiqués sur le territoire était en légère baisse, la part d'accès graves parmi les accès hospitalisés était stable en comparaison à 2023 et aucun décès à l'hôpital n'a été rapporté (le dernier en 2021).

En conclusion, l'évolution du nombre d'accès palustres recensés en Guyane en 2024 confirme le défi que représente l'élimination de cette maladie sur le territoire. Cependant, l'évolution favorable de la situation épidémiologique en cours d'année 2024 et l'évolution récente en 2025 sont prometteurs vis-à-vis de cet objectif à atteindre d'ici quelques années. Ainsi, les efforts dans la prévention et la gestion, en particulier les interventions au cas par cas, le dépistage actif, la prise en charge précoce du patient et son suivi, doivent être maintenus et s'inscrire dans la durée. Le maintien de foyers de transmission sur le Littoral confirme la fragilité de la situation et que le potentiel d'extension sur ces communes, notamment en zone périurbaine, est réel.

<sup>1</sup> Cas acquis localement avec forte indication de lien épidémiologique direct avec un cas importé (définition OMS).

## RAPPELS SUR LA MALADIE

Le paludisme est une maladie causée par un parasite du genre *Plasmodium*, transmis à l'Homme lors d'une piqûre par un moustique femelle infecté du genre *Anophèles*. *A. darlingi* est le principal vecteur du paludisme en Guyane (cf. photo ci-après).

Parmi les cinq espèces plasmodiales existantes, *P. vivax* est majoritaire en Guyane. Des cas d'infection à *P. falciparum* sont également répertoriés dans une moindre mesure et, au cours de ces dernières années, la plupart étaient importés. Quelques cas isolés de *P. malariae* et *P. ovale* sont par ailleurs recensés sporadiquement : toujours importés pour *P. ovale*, le dernier cas autochtone de *P. malariae* a quant à lui été recensé en 2021. Enfin *P. knowlesi* n'est pas présent en Guyane.

Les signes cliniques caractérisant le paludisme sont principalement une fièvre évoluant par pics, associée à des frissons et à un syndrome algique (céphalées, myalgies). Les symptômes peuvent être atténus chez les adultes vivant en zone de forte endémicité et ayant acquis une immunité partielle suite à des expositions multiples au parasite sur plusieurs années. Les jeunes enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées sont à risque de formes graves [2,3].



Crédit photo : Institut Pasteur de la Guyane

## BILAN DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE 2024

### Epidémiologie récente du paludisme en Guyane

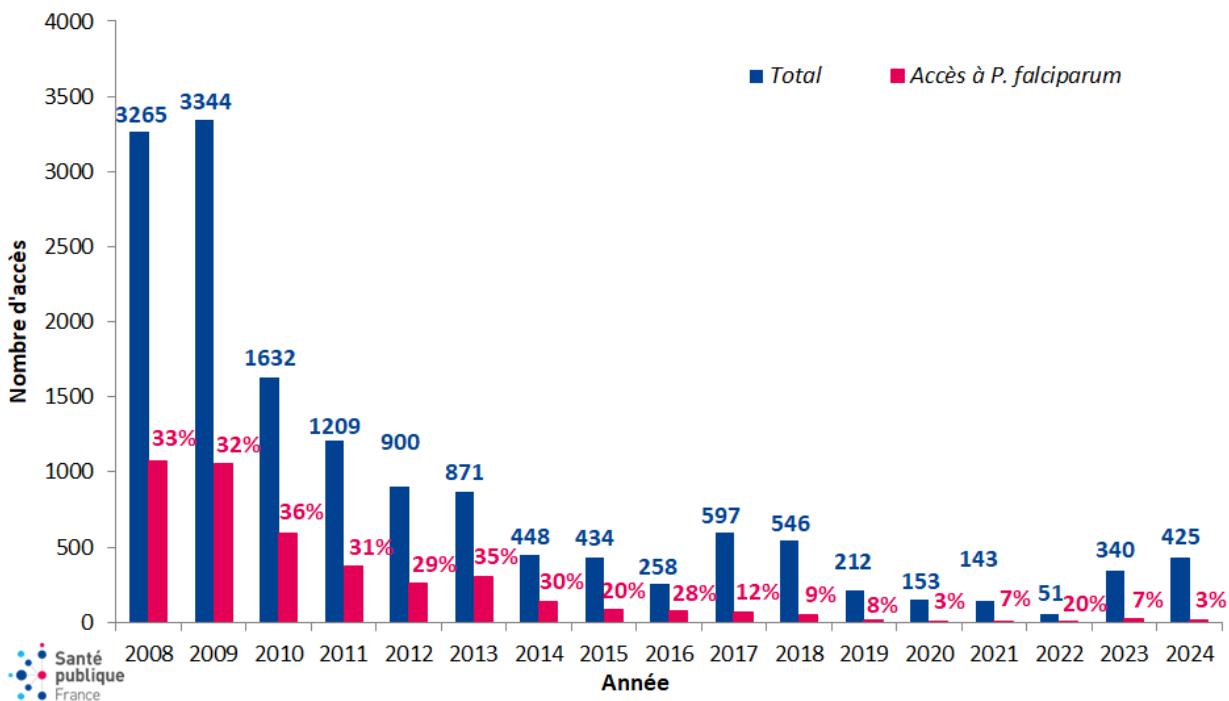
Jusqu'à la fin des années 2000, le nombre d'accès palustres diagnostiqués en Guyane dépassait les 3 000 accès par an. La diminution du nombre d'accès a été amorcée en 2010 avec une baisse importante (> 50%) et près de 1 600 accès diagnostiqués (Figure 1). Les années suivantes ont permis de confirmer cette tendance globale à la baisse jusqu'en 2022, année qui se distingue par le plus faible nombre d'accès palustres diagnostiqués dans le système de soins (51 accès).

En parallèle, la part des accès à *P. falciparum* a elle aussi diminué, passant de 33% en 2008 à 3% en 2020. Elle a à nouveau augmenté en 2022 pour atteindre 20% avant de repasser sous la barre des 10% les deux années suivantes. Depuis 2019, la majorité des accès à *P. falciparum* recensés en Guyane était importée (70%).

Alors que la France venait de s'engager auprès de l'Organisation mondiale de la santé dans la stratégie d'élimination du paludisme en Guyane à l'horizon 2025, le nombre d'accès palustres a atteint des niveaux inégalés depuis plus de cinq ans, avec 340 accès répertoriés en 2023.

Cette recrudescence, dont le descriptif détaillé est disponible dans le Bulletin régional spécial paludisme de mai 2024 ([accessible ici](#)), a eu lieu au cours du dernier trimestre 2023 ; les deux-tiers des diagnostics (67%) ont été posés en novembre et décembre. Cette hausse inattendue s'est caractérisée par une transposition du risque de transmission depuis les zones historiquement de forte endémicité (Haut-Maroni, Intérieur, Intérieur-Est) vers les communes du Littoral dont certaines jusque-là à très faible risque, voire exemptes de transmission palustre [4]. Le déplacement de populations d'orpailleurs depuis les pays frontaliers, notamment le Brésil, pourrait être une explication à ce phénomène également observé dans l'état de l'Amapá [5].

**Figure 1 : Nombre annuel d'accès palustre et part d'accès à *P. falciparum* diagnostiqués dans le système de soins, Guyane, 2008 à 2024**



Source : LBM, CDPS, FAG et CNR Paludisme. Exploitation : Santé publique France

## Evolution globale en 2024

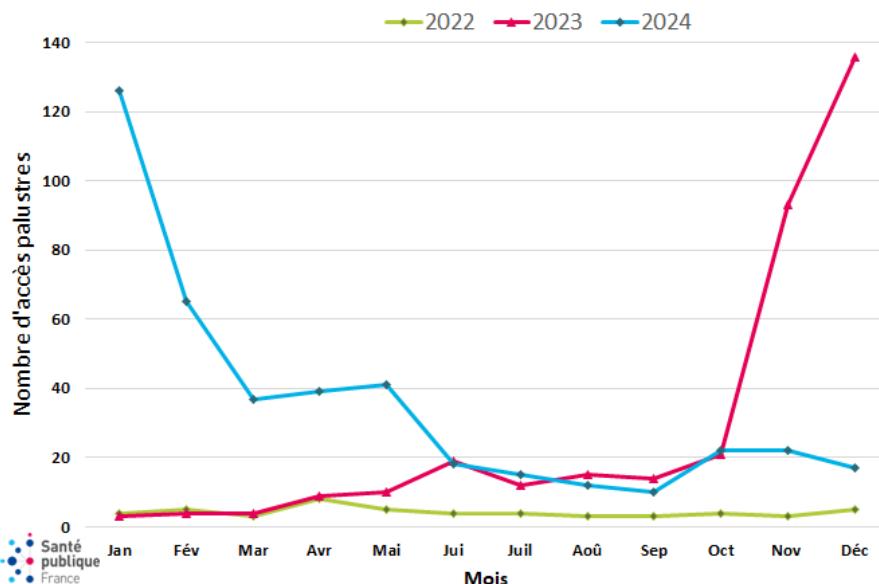
En 2024, 425 accès palustres ont été diagnostiqués dans le système de soins, soit une hausse de 25% par rapport à 2023. L'incidence était de 1,5‰ habitants (Insee 2024) (vs 1,2‰ en 2023 et 0,2‰ en 2022), niveau qui n'avait plus été atteint depuis 2018.

Cette hausse s'est inscrite dans la continuité de l'augmentation du nombre d'accès palustres observée fin 2023. L'année 2024 a été marquée par un nombre élevé d'accès palustres recensés en début d'année : près du tiers a été diagnostiqué en janvier (30%, n=126) et 45% au cours des deux premiers mois de l'année.

Le nombre mensuel d'accès a toutefois évolué favorablement en cours d'année avec une tendance globale à la baisse, passant de 126 accès en janvier à 17 en décembre (Figure 2). Après une diminution en février et mars, le nombre mensuel d'accès s'est stabilisé aux environs de 40 entre mars et mai, avant d'entamer une nouvelle baisse de juin à septembre, passant en deçà de 20 accès mensuels. Le dernier trimestre a été marqué par une nouvelle hausse du nombre d'accès en octobre suivie d'une stabilisation aux alentours de 20 accès mensuels jusqu'à la fin de l'année.

Entre janvier et décembre, 8 accès étaient répertoriés en moyenne chaque semaine (min=1 ; max=43), ce nombre a été multiplié par 2,6 en janvier et février avec en moyenne 21 accès hebdomadaires enregistrés durant ces deux mois.

**Figure 2 : Nombre mensuel d'accès palustres diagnostiqués dans le système de soins, Guyane, 2022 à 2024**



Source : LBM, CDPS, FAG et CNR Paludisme. Exploitation : Santé publique France

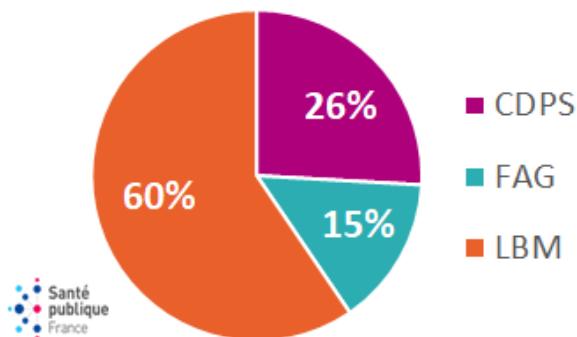
## Distribution des accès par structure de diagnostic

En 2024, la majorité des 425 accès palustres recensés a été diagnostiquée dans un laboratoire de biologie médicale (60% vs 51% en 2023), environ le quart en CDPS ou hôpitaux de proximité (26% vs 27% en 2023) et 15% parmi les militaires (vs 22% en 2023) (Figure 3).

Cette distribution confirme l'observation faite en 2023 c'est-à-dire une évolution significative ( $p<0,005$ ) par rapport aux années 2018 à 2022 au cours desquelles la part des accès diagnostiqués en CDPS était toujours majoritaire, comprise entre 50 et 76% alors que celle des laboratoires oscillait entre 20 et 46% et celle parmi les militaires entre 3 et 10%.

Elle est liée à la modification de la cartographie du risque de transmission depuis 2023, correspondant à la transposition des foyers de contamination depuis l'Intérieur du territoire dont la l'offre de soins est principalement constituée des CDPS, vers le Littoral où sont implantés les LBM.

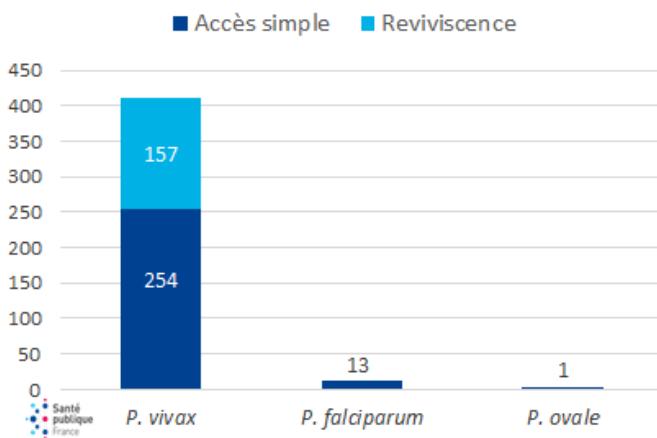
**Figure 3 : Distribution des accès palustres par structure de diagnostic (N=425), Guyane, 2024**



## Espèces plasmodiales

En 2024, les accès palustres diagnostiqués dans le système de soins étaient quasi-exclusivement dus à *P. vivax* (97%, n=411) (Figure 4). La part des accès à *P. falciparum*, soit 3% (n=13) des contaminations, était en diminution (vs 7% en 2023) et atteignait le niveau le plus faible, observé seulement en 2020 (Figure 1). Un accès à *P. ovale* (importé) a également été recensé, correspondant à moins de 0,3% des accès totaux.

**Figure 4 : Nombre d'accès palustres par espèce plasmodiale et classification pour les accès à *P. vivax* Guyane, 2024**



## Sexe et âge

Les hommes étaient deux fois plus nombreux que les femmes parmi l'ensemble des accès palustres diagnostiqués en 2024, ainsi que parmi les accès à *P. vivax* (sexte-ratio H/F=2,2). Ils étaient trois fois plus nombreux parmi les accès à *P. falciparum* (sexte-ratio H/F = 3,3).

Les patients positifs au paludisme étaient en moyenne âgés de 36 ans (âge médian 35 ans, min=1 an ; max=81 ans), soit un âge moyen équivalent à celui observé en 2023 (35 ans). En comparaison, l'âge moyen annuel était compris entre 25 et 31 ans entre 2018 et 2022.

En 2024, les classes d'âge des 50 ans et plus (18%) et des [30-34 ans] (17%) étaient les plus représentées, à des proportions équivalentes à 2023 (respectivement 17% et 19%).

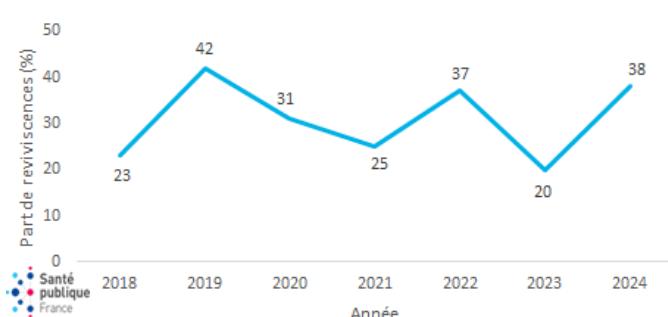
On retrouve ces mêmes classes d'âges parmi les accès à *P. vivax* à des proportions quasi similaires : 17% pour les [30-34 ans] et 16% pour les 50 ans et plus, ainsi qu'un âge moyen égal à 36 ans. Parmi les accès à *P. falciparum*, les 50 ans et plus étaient majoritaires (62%), suivis des [15-19 ans] (15%). L'âge moyen était de 46 ans.

## Reviviscences

La part de reviviscences concernait 38% des accès à *P. vivax* (n=157 parmi 411 accès à *P. vivax*). Cet indicateur a fluctué au cours des dernières années sans tendance particulière (Figure 5) ; la baisse observée en 2023 ne s'est pas poursuivie.

En 2024, l'âge moyen parmi les reviviscences était de 37 ans (contre 33% en 2023) [min=3 ans ; max=81 ans], les [30-34] ans et les 50 ans et plus étaient les plus représentés (respectivement 17%). Le sexe-ratio H/F était de 2,5.

**Figure 5 : Evolution annuelle de la part des reviviscences parmi les accès à *P. vivax*, Guyane, 2018 à 2024**



En moyenne, les reviviscences survenaient avec un délai de 67 jours (vs 36 jours en 2023). Ce délai moyen était de 68 jours en 2022 et 111 en 2021.

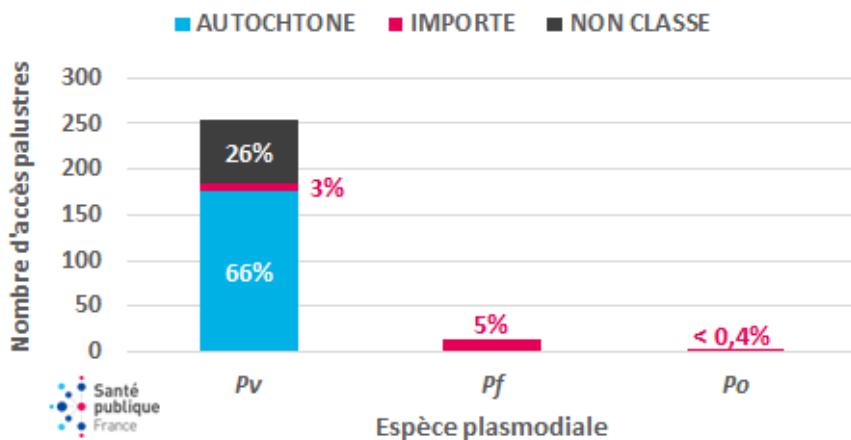
En 2024, le délai médian était de 52 jours, les trois-quarts des reviviscences survenaient dans les 85 jours et les délais minimum et maximum étaient respectivement de 21 et 226 jours (<7,5 mois).

## Zones présumées de contamination

Au total, 268 accès palustres hors reviviscences ont été recensés en 2024. Parmi eux, 66% étaient autochtones (n=176), 8% importés (n=22) et 26% non classés (n=70) (Figure 6).

La part des accès autochtones était proche de celle observée en 2023 (68%) et celle des accès importés était en baisse (13% en 2023). La part des accès non classés était en légère hausse en comparaison à 2023 (26% vs 19%) mais globalement stable depuis 2019, comprise entre 63 et 81%.

**Figure 6 : Distribution des accès palustres (hors reviviscences) par espèce plasmodiale et origine présumée de contamination, Guyane, 2024**



Parmi les 22 accès importés, la majorité (n=12, 55%) avait pour lieu présumé de contamination (LPC) le continent Africain, dont 11 accès à *P. falciparum* et 1 accès à *P. ovale*. Les 10 autres accès importés (45%) avaient pour LPC le Brésil dont 8 accès à *P. vivax* et 2 accès à *P. falciparum*.

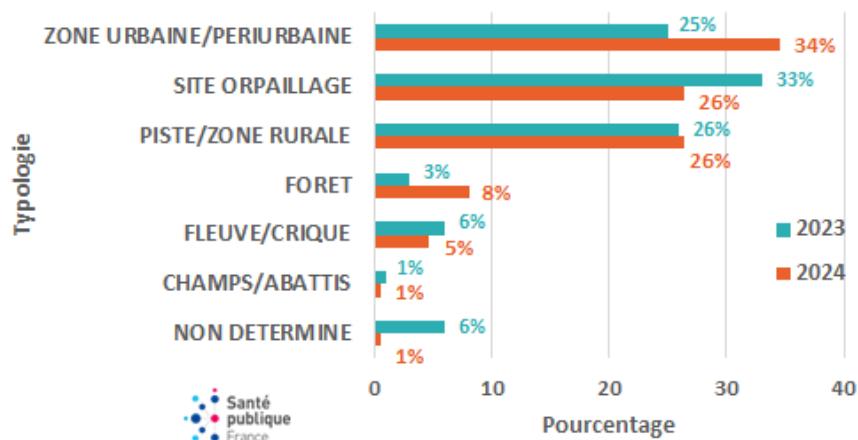
Ainsi, aucun accès à *P. falciparum* n'était autochtone : les 13 accès palustres à *P. falciparum* diagnostiqués en Guyane en 2024 étaient tous importés, principalement du continent Africain.

En 2023, les accès importés - soit 36 accès parmi 277 – provenaient également principalement du Brésil (44%, n=16) et du continent Africain (42%, n=15).

En 2024, l'ensemble des 176 accès autochtones était à *P. vivax* dont plus du tiers avaient pour lieu présumé de contamination des zones urbaines ou périurbaines (34% contre 25% en 2023), correspondant en particulier aux foyers de transmission localisés sur les communes de St Georges et Roura (voir analyse détaillée ci-après). Près du quart des accès autochtones avait pour LPC respectivement des zones d'orpaillage (26% vs 33% en 2023) et des zones rurales ou pistes (26%, proportion identique en 2023) (Figure 7).

Les contaminations en forêt (hors orpaillage), fleuve/crique et dans les zones de culture (champs/abattis) demeuraient minoritaires, comprises entre 1 et 8%.

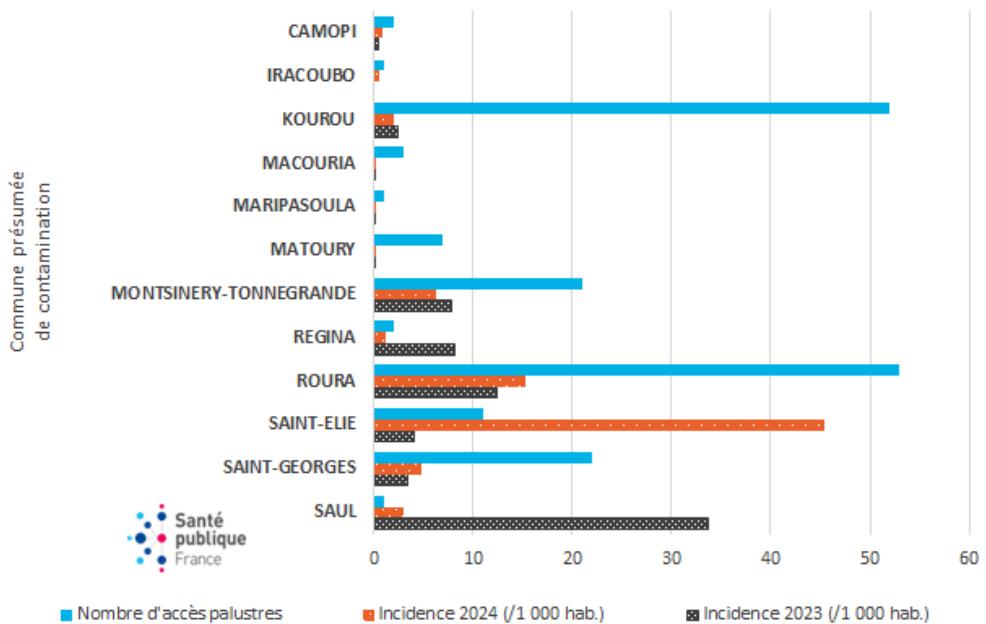
**Figure 7 : Distribution des accès palustres autochtones (hors reviviscences) par typologie de zone de contamination, Guyane, 2023 et 2024**



Roura, Kourou et Saint-Georges étaient les communes pour lesquelles le plus grand nombre de contaminations a été rapporté : respectivement 30% (n=53), 30% (n=52) et 13% (n=22) des accès avaient pour LPC ces communes. En 2023, Kourou et Roura figuraient déjà parmi ces communes [4].

Rapporté la population (Insee 2024), les incidences les plus élevées concernaient les communes de St Elie (45‰ hab.), Roura (15‰ hab.) et Montsinéry-Tonnegrande (6‰ hab.). En 2023, les incidences les plus élevées avaient été constatées pour Saül (34‰ hab.), Roura (12‰ hab.) et Régina (>8‰ hab.) (Figure 8).

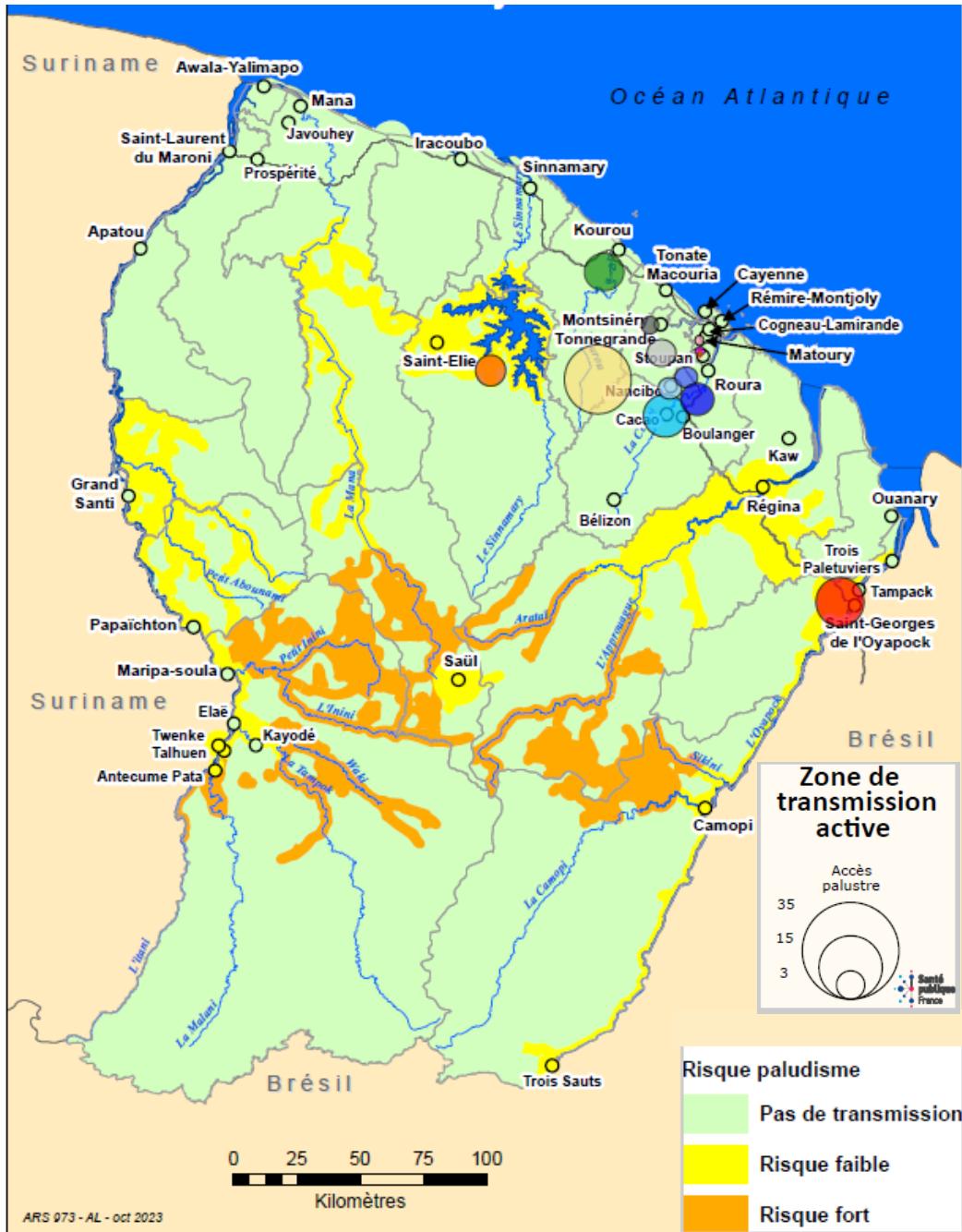
**Figure 8 : Distribution des accès palustres autochtones (hors reviviscences) par commune présumée de contamination, Guyane, 2023 et 2024**



En 2024, treize foyers de transmission actifs ont été identifiés (contre 12 en 2023), en grande majorité concentrés sur les communes du Littoral situées entre Kourou et Roura (11 sur 13) (Figure 9). Parmi ces 13 foyers de transmission, 7 étaient déjà actifs de septembre à décembre 2023.

Le foyer de transmission le plus important était situé sur la commune de Kourou en zone d'orpaillage avec 33 accès recensés tout au long de l'année (vs 35 en 2023). Un second foyer de transmission a également été répertorié sur Kourou en zone rurale/piste avec 14 accès recensés entre janvier et mai (vs 17 en 2023 année complète). Cette zone est connue pour être un lieu de passage et de séjour de personnes ayant une activité en lien avec l'orpaillage illégal.

**Figure 9 : Distribution géographique des foyers de transmission actifs de paludisme en Guyane en 2024 présentée sur la carte du risque paludisme mise à jour en septembre 2023**



Par ailleurs, cinq autres foyers de transmission ont été identifiés sur la commune de Roura, actifs essentiellement entre janvier et mai. Les deux principaux foyers étaient localisés en zone urbaine/périurbaine aux villages Cacao (19 accès vs 15 en 2023) et Favard (11 accès vs 0 en 2023). Les trois autres foyers de transmission étaient situés en zone rurale/piste avec 4 à 7 accès ayant pour LPC un de ces trois sites.

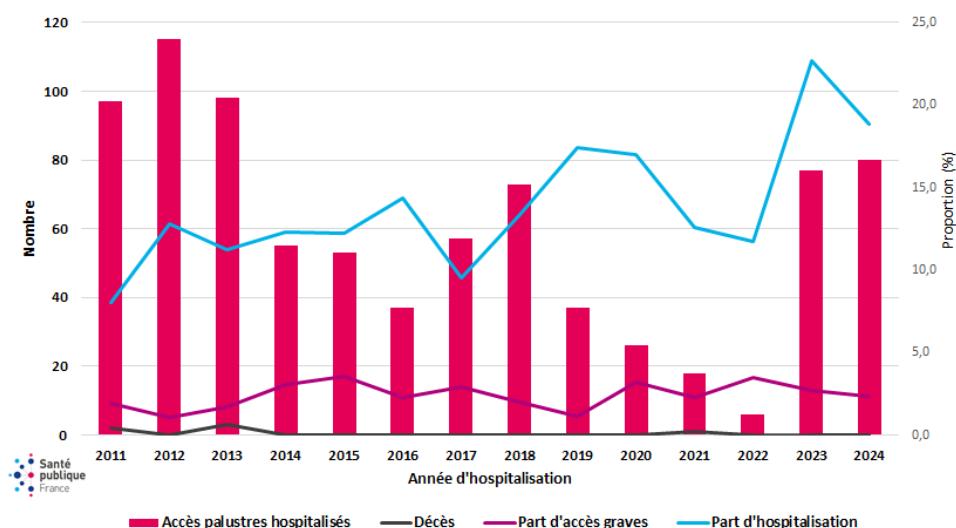
Le foyer de St Georges concernait principalement le bourg et les quartiers périphériques : 22 accès s'y seraient contaminés entre septembre et décembre (excepté 1 en janvier) contre 16 en 2023. D'autre part, deux foyers - déjà actifs en novembre et décembre 2023 - étaient localisés en zone rurale/piste sur la commune de Montsinéry-Tonnegrande (respectivement 9 et 4 accès recensés entre janvier et mars contre 14 et 7 en 2023). Deux foyers de transmissions ont également été identifiés en janvier en zone périurbaine à Matoury (respectivement 3 et 2 accès). Des contaminations avaient déjà été répertoriées sporadiquement dans ces secteurs par le passé. Enfin, un foyer de contamination situé en zone d'orpaillage était actif de février à juin sur la commune de St Elie (10 accès vs 1 en 2023).

Ainsi, l'analyse des zones de transmission confirme le constat fait en 2023 du glissement du risque palustre, historiquement localisé sur les communes de l'Intérieur, Haut-Maroni et Intérieur-Est, vers les communes du Littoral (Figure 9). Les foyers en zone urbaine/périurbaine et en zone rural/piste étaient toujours présents : le risque de contamination demeure pour les populations résidant dans ces zones.

## Accès palustres hospitalisés

Le nombre d'accès palustres hospitalisés en 2024 était comparable à 2023 avec 80 accès recensés dans les trois hôpitaux contre 77 l'année précédente. Après avoir atteint son niveau le plus élevé en 2023 depuis la mise en place de ce dispositif de surveillance, la part d'hospitalisations parmi les accès palustres diagnostiqués dans le système de soins était en légère baisse (19% contre 23% en 2023). Par ailleurs, la part annuelle d'accès graves parmi les accès palustres hospitalisés demeurait stable (11%) et inférieure à celles de 2020 et 2022, respectivement égales à 15 et 17%. Enfin, aucun décès n'a été rapporté en 2024 parmi les accès palustres hospitalisés. Les précédents décès avaient été recensés en 2021 (n=1), 2013 (n=3) et 2011 (n=2) (Figure 10).

**Figure 10 : Nombre et part annuels d'accès palustres hospitalisés, nombre de décès parmi les accès palustres hospitalisés et part d'accès graves, Guyane, 2011 à 2024**



La majorité des accès palustres hospitalisés en 2024 a été prise en charge au CH de Kourou (59%, n=47), 39% (n=31) au CH de Cayenne et moins de 3% (n=2) au CH de l'Ouest Guyanais. Cette distribution était relativement proche de celle observée en 2023 (respectivement 56%, 43% et 1%) [6].

La part des accès à *P. vivax* demeurait élevée et concernait la quasi-totalité (96%, n=77) des accès palustres hospitalisés ; les 4% restants (n=3) étaient dus à *P. falciparum*.

Il y avait autant d'hommes que de femmes parmi les accès palustres hospitalisés (sexe-ratio H/F égal à 1,1). L'âge moyen était de 37 ans [min=1 ; max=69], stable par rapport à 2023 (36 ans), et l'âge médian était égal à 34 ans. Les classes d'âge des [30-34 ans] et des 50 ans et plus étaient les plus représentées, soit respectivement 23% et 21% des accès hospitalisés. Ces classes d'âge étaient les plus représentées parmi les accès à *P. vivax* (23 et 20% respectivement). Parmi les accès à *P. falciparum*, il s'agissait des 50 ans et plus (67%, n=2).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours en 2024 [min=1 ; max=17], elle n'a pas évolué depuis 2018 (comprise entre 3 et 6 jours). Le délai moyen entre la date de début des signes et l'hospitalisation était de 6 jours [min=0 ; max=32] (contre 7 en 2023).

Parmi les 80 accès palustres hospitalisés, 24 (30%) présentaient au moins un facteur de risque (22 accès à *P. vivax* et 2 accès à *P. falciparum*). Parmi les facteurs de risque décrits, pour 4 cas il s'agissait d'une grossesse, 1 cas était atteint d'immunodépression et 19 cas présentaient des facteurs de risque classés « autres » dont de l'hypertension artérielle (n=6), un déficit en G6PD (n=2), une cardiopathie (n=2) et d'autres co-morbidités concernant 1 à deux cas à chaque fois.

Par ailleurs, 22 accès palustres hospitalisés ont présenté au moins un critère de gravité dont 20 accès à *P. vivax* et 2 accès à *P. falciparum*. Les deux critères de gravité les plus fréquents parmi ces accès étaient l'ictère et l'acidose sanguine (Tableau 1). Au final 9 accès dont 2 à *P. falciparum* ont été classés comme graves. Aucun décès n'a été rapporté parmi les 80 accès hospitalisés.

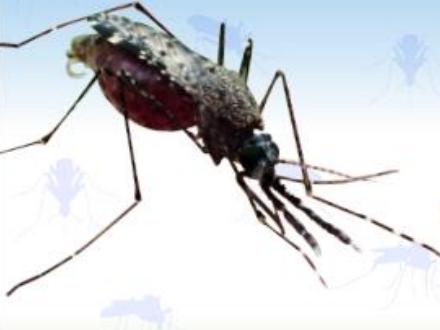
**Tableau 1 : Principales caractéristiques des accès palustres hospitalisés, Guyane, 2024**

Nombre d'accès palustres hospitalisés	N	%	Facteurs de risque	N = 24	%
CHC	31	39	Grossesse	4	17
CHK	47	59	Immunodépression	1	4
CHOG	2	< 3	Autre	19	79
Total	80	100			
Espèce plasmodiale	N	%	Critères de sévérité	N = 22	%
<i>P. vivax</i>	77	96	Ictère	9	41
<i>P. falciparum</i>	3	4	Acidose sanguine	8	36
Sexe	N	%	Anémie grave	3	14
Homme	41	51	Hyperlactatémie	1	5
Femme	39	49	Hyperparasitémie	1	5
Ratio H/F	1,1		Prostration	0	0
Age (années)			Oedème pulmonaire	0	0
Moyen	37		Convulsions répétées	0	0
Médian	34		Troubles de la conscience	0	0
Minimum	1		Détresse respiratoire	0	0
Max	69		Saignement anormal	0	0
Durée de séjour à l'hôpital (jours)			Hémoglobinurie	0	0
Moyenne	4,3		Collapsus circulatoire	0	0
Minimum	1		Insuffisance rénale	0	0
Maximum	17		Classification	N = 80	%
Délai entre début signes et hospitalisation (jours)			Accès grave	9	11
Moyen	5,8		Décès	N = 80	%
Minimum	0		Oui	0	0
Maximum	32		Non	80	100

## PREVENTION

# PALUDISME : PAS POUR MOI !

MALARIA : NAO PARA MIM !



**SYMPTÔMES:**

Fièvre Febre	Frissons Calafrios
Mal de tête / Migraine Dor de cabeça / Enxaqueca	Vomissement Vômito

**SI VOUS AVEZ DES SYMPTÔMES,  
CONSULTER RAPIDEMENT UN MÉDECIN**

Se você sentir esses sintomas, consulte um médico o mais rápido possível

**COMMENT S'EN PROTÉGER ?**

	Répulsif Repulsivo		Moustiquaires imprégnées Mosqueteiro impregnado
	Vêtements longs / amples Roupas longas e folgadas		Moustiquaires fenêtres Telas nas janelas
	Pas d'eau stagnante Sem água parada		Spirales insectes extérieures Espirais de insetos ao ar livre

**Pour tous renseignements:**  
Para mais informações :

ARS : [www.guyane.ars.sante.fr](http://www.guyane.ars.sante.fr) CTG : [www.ctguyane.fr](http://www.ctguyane.fr)

## METHODE

# Dispositif de surveillance épidémiologique du paludisme en Guyane

Depuis 2007, Santé publique France coordonne et réalise la surveillance épidémiologique du paludisme. En Guyane, le paludisme n'est pas à déclaration obligatoire, la surveillance épidémiologique s'appuie sur l'analyse hebdomadaire des données des patients symptomatiques, hospitalisés ou non, ayant un diagnostic biologique confirmant la présence de *Plasmodium spp.* et réalisé dans une structure de soins.

## Surveillance des accès palustres

La surveillance des accès palustres permet le suivi spatio-temporel de la transmission : celui-ci est à visée d'alerte et oriente les mesures de prévention et de gestion coordonnées par l'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane, notamment le déclenchement des mesures de lutte anti-vectorielle (LAV) par la Direction de la démoustication et des affaires sanitaires (DDAS) de la Collectivité Territoriale de Guyane.

Les laboratoires de biologie médicale privés et hospitaliers (LBM), les centres délocalisés de prévention et de soins/Hôpitaux de proximité (CDPS) et les Forces armées en Guyane (FAG) sont les principales sources de données pour l'identification des cas. Pour chaque cas identifié, le lieu présumé de contamination est recueilli lors d'investigations effectuées par la DDAS, ainsi que par les équipes soignantes ou les équipes mobiles de santé publique des CDPS pour les patients diagnostiqués en CDPS. Les échanges réguliers avec le Centre national de référence (CNR) paludisme de l'Institut Pasteur de la Guyane permettent également de compléter le recueil de données.

## Surveillance des cas hospitalisés

La surveillance épidémiologique du paludisme inclut le suivi des cas hospitalisés de paludisme ; il concerne l'ensemble des accès palustres ayant nécessité une hospitalisation d'au moins 24 heures dans un des trois centres hospitaliers (CH) de Guyane. Les deux équipes de veille hospitalière basées au CH de Cayenne et au CH de l'Ouest Guyanais (CHOG) assurent le recueil des données auprès des équipes médicales ayant pris en charge les patients dans les trois hôpitaux du territoire. Le médecin référent de l'Unité des maladies infectieuses et tropicales (UMIT) du CHC classe les accès selon leur gravité, ainsi que les décès de paludisme à l'hôpital en fonction de leur imputabilité à cette maladie. Les données sont transmises chaque semaine à Santé publique France qui réalise l'analyse épidémiologique.

La surveillance des cas hospitalisés de paludisme répond à deux objectifs principaux : décrire les caractéristiques des patients concernés et suivre l'évolution de la sévérité de l'endémie palustre sur le territoire. La finalité demeure l'alerte des autorités sanitaires en cas de hausse de la sévérité de l'endémie palustre afin d'adapter les mesures de gestion.

Concernant les techniques de diagnostic, la microscopie et le test de diagnostic rapide (TDR) sont les plus fréquentes, auxquelles s'ajoute la PCR pour les dossiers les plus compliqués. Le TDR est utilisé principalement dans les CDPS. Il permet uniquement de distinguer une contamination par *P. falciparum* d'un autre plasmodium sans identification de l'espèce.

Toutefois, *P. ovale* et *P. knowlesi* n'étant pas présents sur le territoire guyanais et les contaminations autochtones par *P. malariae* étant rares (1 cas en 2023, 3 en 2021, 2 en 2019, le précédent datant de 2011), il est communément admis que les deux espèces plasmodiales responsables de la survenue des accès palustres diagnostiqués sur le territoire sont *P. vivax* et *P. falciparum*. Ainsi, les résultats TDR positifs « autre que *P. falciparum* » rendus par les CDPS, sont considérés comme des accès palustres dus à *P. vivax* [7]. Ce postulat est confirmé depuis plusieurs années par le CNR qui

réalise systématiquement des PCR à visée épidémiologique sur tous les échantillons qu'il reçoit et n'identifie pas davantage de *P. malariae*.

## Définitions

**Accès palustre** : patient dont la présence de plasmodes dans le sang est confirmée par microscopie et/ou TDR et/ou PCR accompagnée de fièvre ou notion de fièvre dans les 48 dernières heures.

**Echec thérapeutique** : accès palustre diagnostiqué dans un délai de 10 à 20 jours après le précédent causé par la même espèce que l'accès initial.

**Reviviscence** : accès palustre à *P. vivax* survenant dans un délai de 21 jours à un an après le dernier accès à *P. vivax* recensé (hors échec thérapeutique).

**Cas hospitalisé de paludisme** : accès palustre nécessitant une hospitalisation de minimum 24 heures.

**Cas grave de paludisme** : cas hospitalisé de paludisme présentant des critères de gravité établis pour *P. falciparum* [8] réévalués au vu du contexte et validés par le médecin référent de l'UMIT.

**Décès de paludisme** : cas hospitalisé de paludisme décédé au cours de son hospitalisation. Chaque décès de paludisme est classé comme directement ou indirectement lié au paludisme en fonction des co-morbidités que présentait le patient.

**Lieu présumé de contamination** : lieu de séjour dans les 15 jours précédent la date de début de la fièvre.

**Foyer de transmission** : localité définie et circonscrite, située dans une zone actuellement ou anciennement impaludée contenant les facteurs épidémiologiques continus ou intermittents nécessaires à la transmission du paludisme (définition OMS) [9].

## LISTE DES ACRONYMES

ARS	Agence régionale de santé
CDPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
CH	Centre hospitalier
CHC	Centre hospitalier de Cayenne
CHK	Centre hospitalier de Kourou
CHOG	Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais
CNR	Centre national de référence
DDAS	Direction de la démoustifications et des affaires sanitaires
FAG	Forces armées en Guyane
LAV	Lutte anti-vectorielle
LBM	Laboratoire de biologie médicale
TDR	Test de diagnostic rapide
UMIT	Unité des maladies infectieuses et tropicales

## Références

- [1] Bulletin bi-mensuel de surveillance épidémiologique. Région Guyane. Semaines 20 et 21 (du 12 au 25 mai 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 3 pages, 2025
- [2] CMIT. Paludisme. In E.PILLY 26<sup>e</sup> Edition : ALINEA Plus Ed ; 2018 pp 512-519.
- [3] Heymann, D.L. (2014) Control of Communicable Disease Manual. 20th Edition, American Public Health Association, Washington DC.
- [4] Carvalho L, Rwagintinywa J, Dia A, et al. Evolution de la situation épidémiologique du paludisme en Guyane en 2023. *Bulletin de Santé publique*. Édition Guyane. Mai 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 2-7.
- [5] Epelboin L, Oberlis M, Lambert Y, et al. Resurgence of Plasmodium vivax malaria in French Guiana (2023–2024): a multifactorial crisis in the Amazonian region—response to Salazar et al. *The Lancet Regional Health – Americas*. 2025;45: 101074
- [6] Carvalho L, Prince C, Abboud P et al. Principales caractéristiques des cas hospitalisés de paludisme en 2023. *Bulletin de Santé publique*. Édition Guyane. Mai 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 8-11.
- [7] Ardillon V, Eltges F, Chocho A, et al. Evolution of malaria epidemiology between 2005 and 2011 in French Guiana. *Bull Veille San*. 2012;1:5–11.
- [8] Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme – 16 février 2021 – Organisation mondiale de la santé.
- [9] WHO. Disease surveillance for malaria elimination : an operational manual. April 2012.

## Remerciements / Partenaires

La surveillance du paludisme est réalisée en étroite collaboration avec nos différentes sources de données : les laboratoires hospitaliers (Pr M. Pierre-Demar et son équipe pour le CHC et Dr P. Selles et son équipe pour le CHOG) et de ville (Dr B. Sabatier et son équipe pour Eurofins Kourou, Dr C. Bokoya et ses équipes pour Eurofins et Drs X. Agapit et M. Ledy et leurs équipes pour Biosoleil), les Centres délocalisés de prévention et de soins (l'ensemble des équipes des CDPS, Dr B. Daverton, Dr C. Michaud et les équipes de santé publique (EMSPEC), ainsi que Mr C. Leborgne, Mr M. Roze et Mme C. Da Conceição Lima), les Forces armées en Guyane (Dr A. Dia), le CNR Paludisme de l'Institut Pasteur de la Guyane (Dr L. Musset et Mme Y. Lazrek Sandot), la Direction de la démoustication et des actions sanitaires de la Collectivité territoriale de Guyane (Mr J. Rwagintinywa, Mme L. Clarke et leurs équipes), les équipes de veille hospitalière (Mme C. Prince, Mme M. Viez, Dr F. Vergeade, Pr F. Djossou, Dr. Ph. Abboud) et l'ensemble des professionnels de santé des services hospitaliers qui contribuent à cette surveillance, ainsi que l'Agence régionale de santé de Guyane (Mme M. Tournier, Dr F. Mubenga et Mr R. Carlisi).



## Auteurs

Luisiane Carvalho, Tiphanie Succo

## Pour nous citer

Bulletin thématique régional. Paludisme : Bilan de la surveillance épidémiologique en 2024. Édition Guyane. Juin 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 15 pages, 2025.

**Directrice de publication :** Caroline Semaille

**Dépôt légal :** 12 juin 2025

**Contact :** Santé publique France [guyane@santepubliquefrance.fr](mailto:guyane@santepubliquefrance.fr)