



Bulletin

Paludisme

Date de publication : 30.03.2026

GUYANE

Paludisme en Guyane en 2025

Bilan de la surveillance épidémiologique

EDITO

La lutte contre le paludisme passe par le déploiement d'un système de surveillance épidémiologique performant. Il permet la détection des situations inhabituelles, le suivi des tendances globales et apporte un éclairage sur l'efficacité des mesures de gestion mises en œuvre. Ce dispositif coordonné par Santé publique France s'appuie sur la coopération de nombreux acteurs, biologistes, infectiologues, infirmières de veille hospitalière, Centres délocalisés de prévention et de soins, équipes mobiles de dépistage, Centre National de Référence du paludisme, service de lutte antivectorielle de la Collectivité Territoriale de Guyane et Direction inter-armées des services de santé.

Ce Bulletin présente le bilan de la situation épidémiologique du paludisme en Guyane en 2025. Après deux années consécutives de hausse, le nombre de cas de paludisme diagnostiqués sur le territoire a connu une évolution très favorable en 2025 avec moins de 200 cas recensés ; le nombre de cas a ainsi été plus que divisé par deux. Certains foyers de transmission localisés à proximité du Littoral et identifiés en 2023 demeuraient actifs, néanmoins, ces derniers sont moins nombreux et la transmission a nettement reculé sur certaines communes telles que Roura et Montsinéry-Tonnegrande. L'année 2025 a également été marquée par une baisse de la transmission en zone urbaine et périurbaine tandis qu'une nette progression a été observée en zone d'orpaillage et en fleuve/crique.

Ce bilan encourageant invite au maintien voire au renforcement des multiples efforts déployés pour atteindre l'objectif d'élimination du paludisme fixé par l'OMS pour 2030 en Guyane.

Tiphanie Succo

Déléguée régionale de Santé publique France en Guyane

Points clés

- Le nombre de cas de paludisme était en diminution en 2025 avec 181 cas après deux années de hausse, soit une baisse de 57% par rapport à 2024 (425 cas) et une incidence de 0,6‰ habitants (contre 1,5‰ en 2024).
- Le nombre mensuel de cas était compris entre 7 et 27 contre 10 à 126 en 2024.
- *P. vivax* demeurait l'espèce majoritaire (92%), *P. falciparum* représentait 7% des cas, *P. malariae* 1% et *P. ovale* 0,6%.
- La quasi-totalité des 12 accès à *P. falciparum* était importée sauf 2 cas autochtones.
- La part des reviviscences était en diminution atteignant 16% contre 38% en 2024, sans qu'une tendance ne puisse être mise en évidence ces huit dernières années.
- Les foyers de transmission active étaient toujours présents à proximité du Littoral et à distance des zones historiques de transmission de l'Intérieur et du Haut Maroni, cependant leur périmètre était en régression en 2025 comparativement aux deux années précédentes.
- Aucun foyer de transmission n'a été identifié sur les communes de Roura et de Montsinéry-Tonnegrande.
- Il n'y a pas eu d'évolution particulière de la sévérité et aucun décès n'a été répertorié parmi les cas hospitalisés de paludisme.

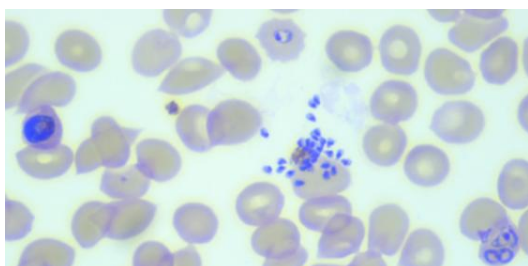
Rappels sur la maladie

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. photos 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 atténués 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].

Globules rouges infectés par *Plasmodium* spp



Crédit photo : CNR Paludisme, Institut Pasteur de la Guyane

Anopheles darlingi



Crédit photo : Institut Pasteur de la Guyane

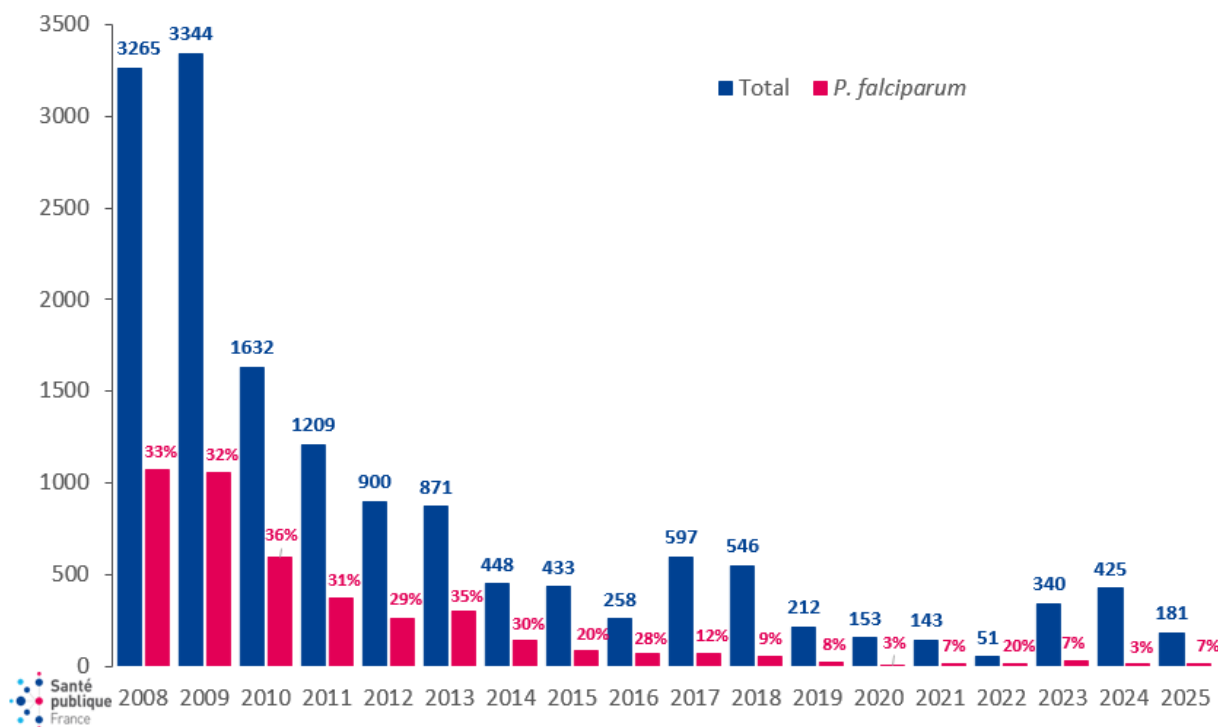
Evolution récente de l'épidémiologie du paludisme en Guyane

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 en 2023 et 425 en 2024.

Cette hausse inattendue a eu lieu entre novembre 2023 et février 2024, quatre mois au cours desquels 55% des cas ont été diagnostiqués pour ces deux années. Cette recrudescence de cas 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]. Le descriptif détaillé de cette évolution est disponible dans le Bulletin régional spécial paludisme de [mai 2024](#) et de [juin 2025](#).

Figure 1 : Nombre annuel de cas de paludisme et part des cas à *P. falciparum*, Guyane, 2008 à 2025

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

Bilan de la surveillance épidémiologique du paludisme en 2025

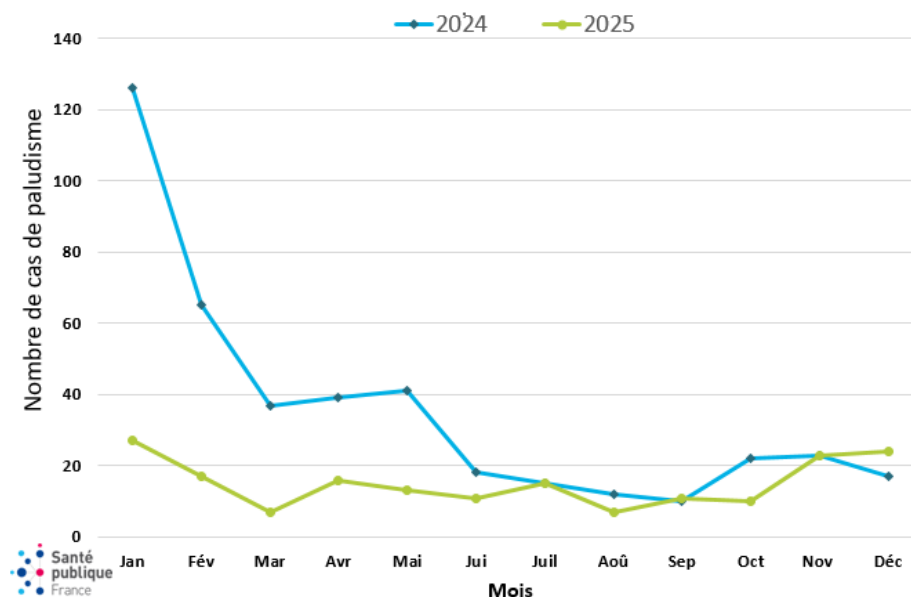
Evolution globale en 2025

L'évolution du nombre de cas de paludisme était favorable en 2025 au regard des deux années précédentes. En effet, 181 cas de paludisme ont été diagnostiqués sur le territoire, soit une baisse de 57% par rapport à 2024, après deux années consécutives de hausse. L'incidence à l'échelle du territoire était donc en baisse et égale à 0,6 cas pour 1 000 habitants (Insee 2024) contre 1,5‰ en 2024 et 1,2‰ en 2023.

L'évolution du nombre de cas palustres dans le courant de l'année 2025 s'est caractérisée par une variation relativement faible du nombre mensuel de cas, compris entre 7 et 27 cas contre 10 à 126 cas en 2024. Le maximum a été atteint en janvier, suivi d'une baisse des cas jusqu'en mars (n=7) avant une nouvelle augmentation en avril et une relative stabilisation à 12 cas mensuels en moyenne jusqu'en octobre. Le nombre mensuel de cas a ensuite à nouveau augmenté de novembre à décembre pour atteindre 24 cas (Figure 2).

De janvier à décembre, en moyenne 3 cas étaient répertoriés chaque semaine, le nombre hebdomadaire de cas étant compris entre 0 et 12.

Figure 2 : Nombre mensuel de cas de paludisme, Guyane, 2024 à 2025



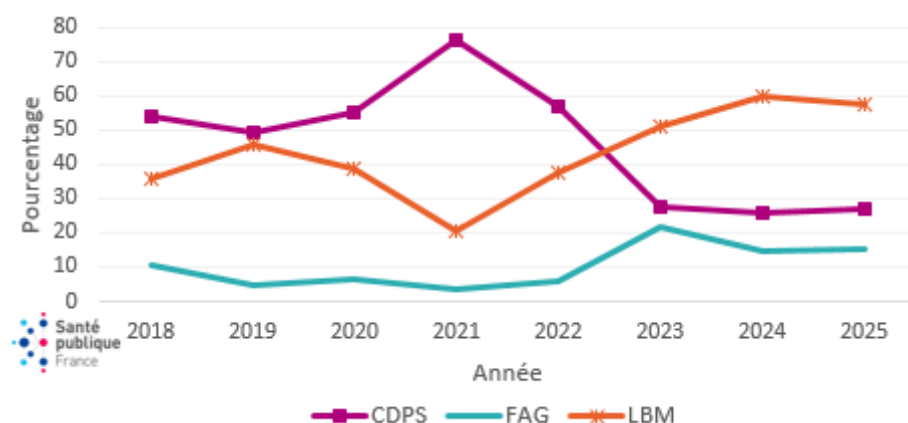
Source : LBM, CDPS, FAG et CNR Paludisme. Exploitation : Santé publique France

Distribution des accès par structure de diagnostic

En 2025, près de 60% des cas de paludisme ont été diagnostiqués en laboratoire de biologie médicale (LBM), 27% en centre délocalisés de de prévention et de soins (CDPS) et 15% parmi les militaires.

Cette distribution est similaire à celle observée en 2024 (Figure 3), elle confirme l'évolution significative observée en 2023 [3] et l'inversion de la part des diagnostics réalisés en LBM et en CDPS. Evolution qui traduit la modification de la cartographie du risque de transmission sur le territoire et qui s'est confirmée en 2024 et 2025 avec la transposition des foyers de contamination depuis l'Intérieur du territoire où 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, Guyane, 2018 à 2025



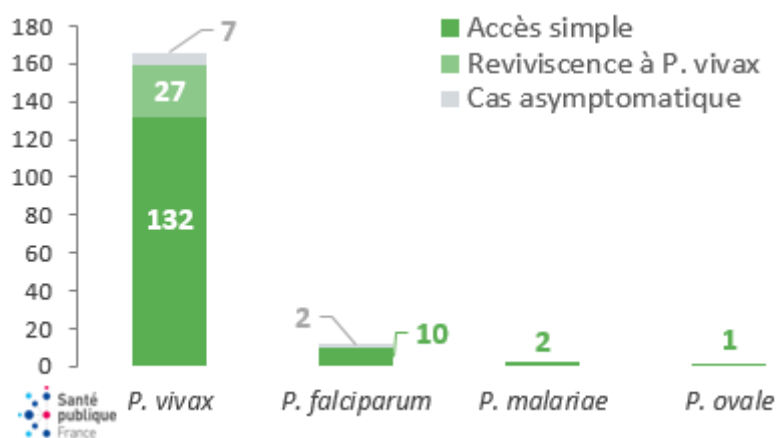
Espèces plasmodiales

Comme attendu, la quasi-totalité des 181 cas de paludisme diagnostiqués en 2025 était due à *P. vivax* (92%, n=166), dont 16% de reviviscence (n=27) et 5% de cas asymptomatiques (n=8).

P. falciparum représentait 7% des cas (n=12 dont 2 asymptomatiques), une proportion en légère hausse par rapport à 2024 (3%) mais identique à celle observée en 2023 (7%).

Par ailleurs, 2 accès à *P. malariae* et 1 accès à *P. ovale* ont également été recensés, représentant respectivement 1% et 0,6% des cas.

Figure 4 : Nombre de cas de paludisme par espèce plasmodiale et classification des accès à *P. vivax*, Guyane, 2025



Sexe et âge

Les hommes étaient près de 3 fois plus nombreux que les femmes parmi l'ensemble des cas de paludisme diagnostiqués en 2025 : le sexe-ratio H/F était égal à 2,9, en hausse par rapport à 2024 (2,2). Cette répartition était similaire parmi les cas dus à *P. vivax* (2,8).

Les hommes étaient 5 fois plus nombreux parmi les cas à *P. falciparum* (sexe-ratio H/F=5,0) et les deux accès à *P. malariae* concernaient un homme et une femme.

Les cas de paludisme diagnostiqués en 2025 étaient en moyenne âgés de 33 ans (âge médian 33 ans ; min=2 ans ; max=69 ans), soit un âge moyen peu différent de 2024 (35 ans). Ces indicateurs étaient les mêmes pour les cas à *P. vivax*. Les cas à *P. falciparum* étaient en moyenne âgés de 39 ans (âge médian 39 ans ; min=22 ; max=55 ans) contre 46 ans en 2024.

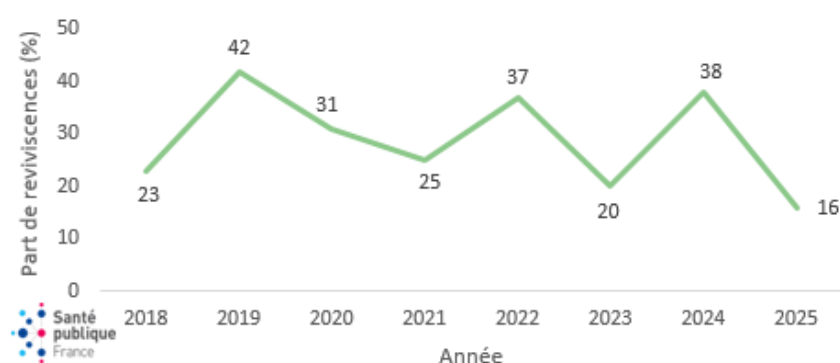
Les classes d'âge 25-29 ans et 35-39 ans étaient les plus représentées (respectivement 18%), également parmi les cas à *P. vivax*, majoritaires. Pour les cas à *P. falciparum*, leur répartition était équivalente entre classes d'âge.

Reviviscences

Les 27 reviviscences recensées en 2025 représentaient 16% des accès à *P. vivax*, proportion en nette diminution par rapport à 2024 (38%). Aucune tendance ne se détache cependant dans l'évolution de la part des reviviscences au cours des huit dernières années (Figure 5).

Les hommes étaient huit fois plus nombreux parmi ces cas (sexe-ratio H/F égal à 8,0) et l'âge moyen était de 31 ans (âge médian 31 ans ; min=2 ans ; max = 47 ans).

Les reviviscences survenaient dans un délai moyen de 66 jours, équivalent à 2024 (67 jours). En 2025, le délai médian était de 58 jours, les trois-quarts des reviviscences survenaient dans les 85 jours après le précédent accès palustre et le délai maximum de survenue était de 195 jours (6,5 mois).

Figure 5 : Evolution annuelle de la part des reviviscences parmi les accès à *P. vivax*, Guyane, 2018 à 2025

Cas asymptomatiques

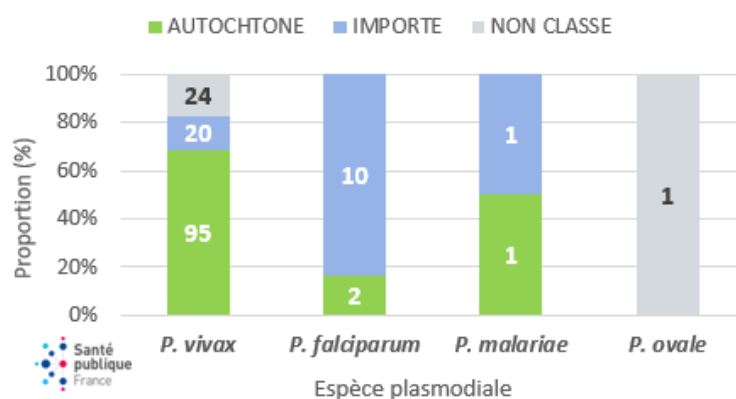
Les cas asymptomatiques diagnostiqués lors de campagnes de dépistage actif ont été inclus dans la surveillance depuis l'année dernière. Au total 10 cas asymptomatiques de paludisme ont été recensés en 2025, dont 8 à *P. vivax* et 2 à *P. falciparum*, parmi 225 prélèvements analysés en PCR par le CNR Paludisme dans le cadre de ces campagnes de dépistage. Le sexe-ratio H/F était de 2,3 et l'âge moyen égal à 36 ans (âge médian 36 ans ; min=25 ans ; max=62 ans).

Zones présumées de contamination

En 2025, 154 cas de paludisme ont été recensés hors reviviscences. La part des contaminations sur le territoire de 64% (n=98) était équivalente à 2024 (66%), alors que celle des cas importés était en hausse 20% (n=31) contre 8% l'année précédente. La proportion des cas palustres non classés, égale à 16% (n=25) était en diminution par rapport à 2024 (26%).

La majorité des accès à *P. vivax* (68%, n=95) était autochtone et 14% (n=20) étaient importés (Figure 6). Les accès à *P. falciparum* étaient importés pour 83% d'entre eux (n=10) et 17% (n=2) étaient autochtones. Parmi les 2 accès à *P. malariae*, 1 était autochtone et le second importé. L'accès à *P. ovale* n'a pas pu être classé, cependant cette espèce est considérée comme non endémique en Guyane.

Figure 6 : Distribution des accès palustres (hors reviviscences) par espèce plasmodiale et origine présumée de contamination, Guyane, 2025

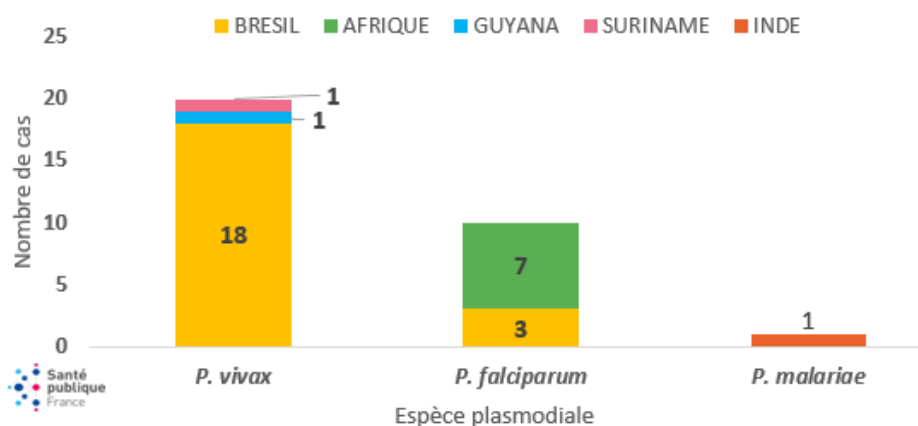


Cas importés

Parmi les 31 cas de paludisme importés, 65% (n=20) étaient à *P. vivax* (dont 2 asymptomatiques), 32% (n=10) à *P. falciparum* (dont 1 asymptomatique) et 3% (n=1) à *P. malariae*.

Comme observé l'année précédente, en 2025 les cas importés provenaient essentiellement du Brésil pour les accès à *P. vivax* et du continent africain pour les accès à *P. falciparum*. Ainsi, une majorité de cas importés avait pour lieu présumé de contamination (LPC) le Brésil (68%, n=21), 23% le continent Africain (n=7, tous des accès à *P. falciparum*) et 3% (n=1) avaient respectivement pour LPC l'Inde, le Guyana et le Suriname (Figure 7). La classification de ce dernier cas pourrait être revue au regard des informations complémentaires attendues de la part des autorités surinamaises.

Figure 7 : Distribution des cas de paludisme importés (hors reviviscences) par espèce plasmodiale et par zone présumée de contamination, Guyane, 2025



Cas autochtones

Par typologie de la zone présumée de contamination

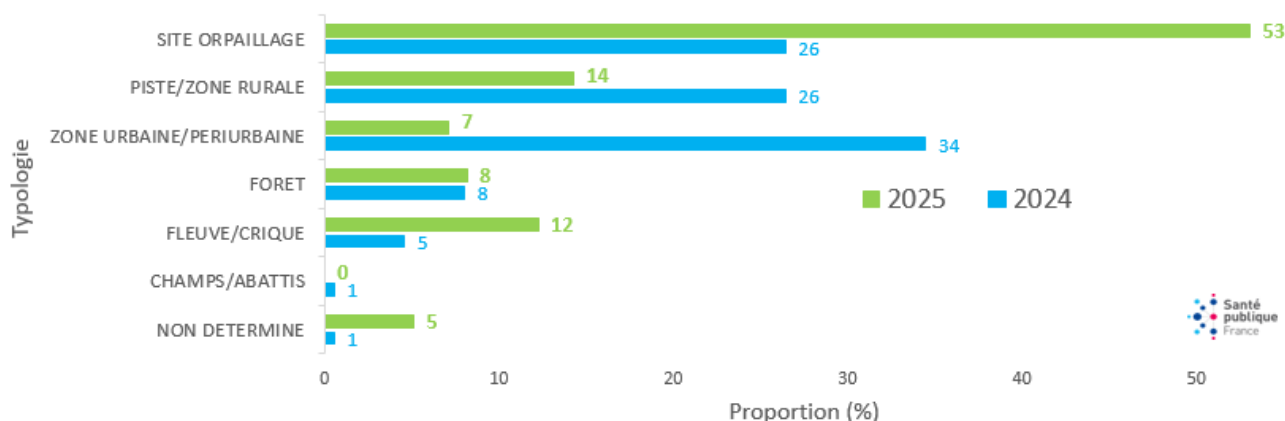
L'évolution des contaminations sur le territoire guyanais par typologie de la zone présumée de contamination est présentée en Figure 8. On observe en 2025 une nette progression des contaminations en zone d'orpaillage : elles concernaient 53% des cas de paludisme (n=52, dont les deux accès à *P. falciparum* autochtones) contre 26% en 2024. Ces contaminations ont eu lieu en zones d'orpaillage localisées sur les communes de Kourou et Saint-Elie, confirmant le maintien de la transmission à proximité du Littoral, à distance des zones de transmission historiques dans le bassin de Saül et sur le Maroni [3].

Les contaminations en zone rurale/piste étaient en diminution par rapport à 2024 (14% contre 26%) et ont eu lieu majoritairement sur la commune de Kourou (n=12 cas sur 14) dans une zone connue pour être un lieu de séjour ou de passage de personnes ayant une activité en lien avec l'orpaillage illégal.

Par ailleurs, les contaminations suite à un séjour sur un fleuve ou une crique étaient en hausse (12% soit n=12, contre 5% en 2024). *A contrario*, la part de contaminations en zone urbaine/périurbaine a fortement diminué passant de 34% en 2024 à 7% (n=7) en 2025 ; ceci s'explique par l'absence de recrudescence saisonnière à St Georges et de foyers de transmission sur la commune de Roura en 2025.

Enfin, la part des contaminations en forêt demeurerait stable (8%, n=8), sans distinction d'une commune en particulier.

Figure 8 : Distribution des cas de paludisme autochtones (hors reviviscences) par typologie de la zone présumée de contamination, Guyane, 2024 et 2025



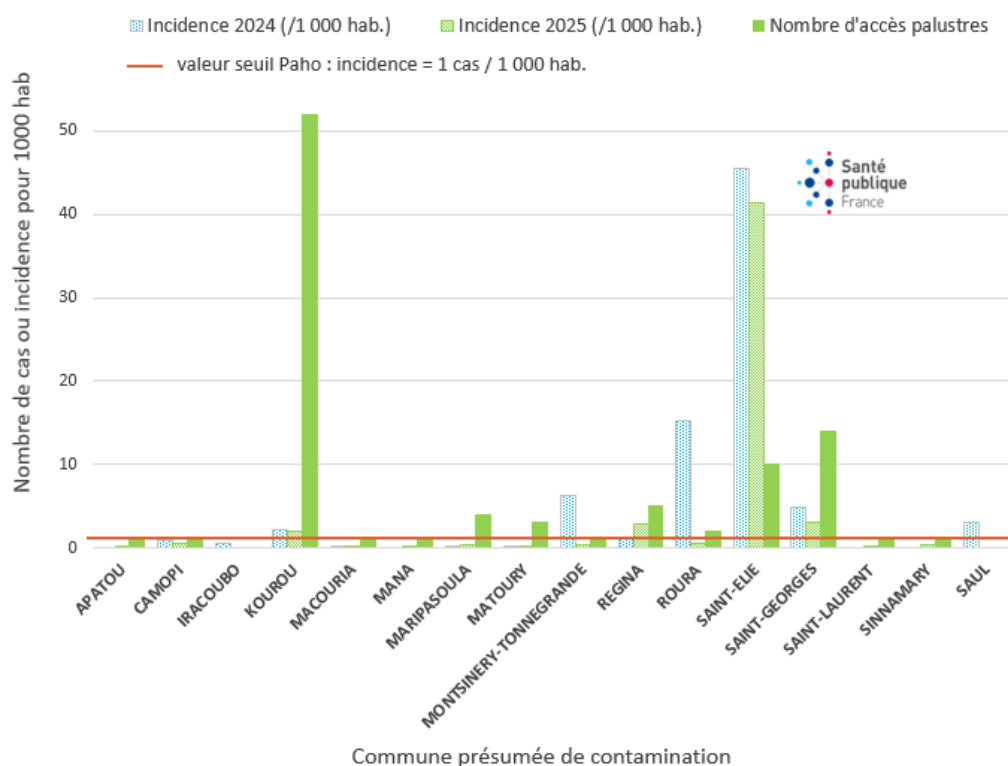
Par commune présumée de contamination

En 2025, la commune de Kourou comptabilisait le plus de contaminations (n=53), cependant l'incidence – c'est-à-dire le nombre de cas rapporté au nombre d'habitants (Insee 2024) - demeurait stable, proche de 2 cas pour 1 000 habitants (Figure 9).

Saint-Georges était la deuxième commune pour laquelle était rapporté le plus de contaminations (n=14), suivie de Saint-Elie (n=10). L'incidence était en diminution à St Georges, passant de 4,8‰ à 3,1‰. De même, une baisse était observée pour St Elie, cependant l'incidence sur cette commune demeurait la plus élevée du territoire avec 41,3 cas pour 1 000 habitants.

L'évolution la plus marquée concerne les communes de Roura et Montsinéry-Tonnegrande où le nombre de contaminations a nettement diminué et par voie de conséquence l'incidence, respectivement égale à 2,9 et 1‰ en 2025 contre 15,3 et 6,3‰ en 2024.

Figure 9 : Distribution des cas de paludisme autochtones (hors reviviscences) par commune présumée de contamination, Guyane, 2024 et 2025



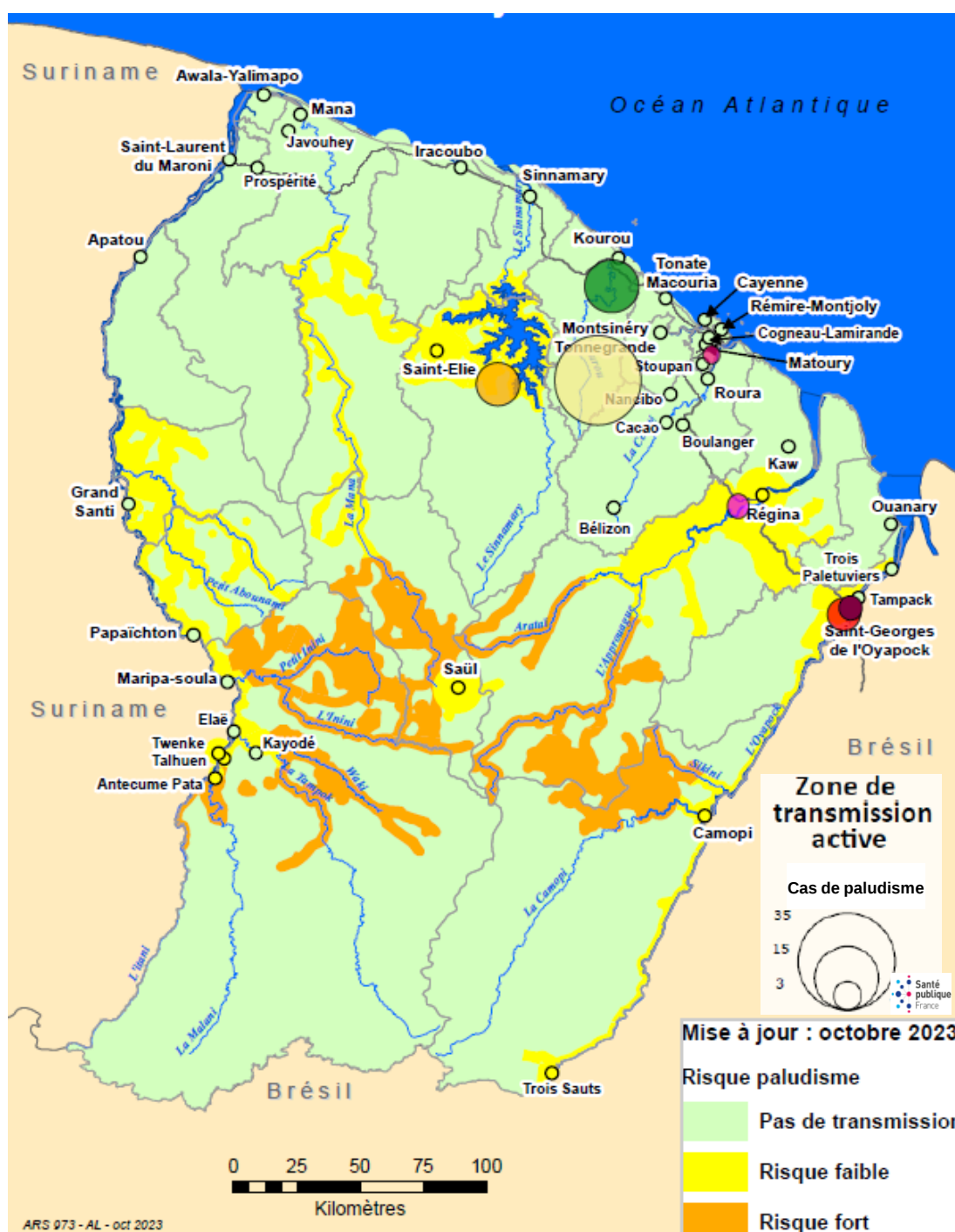
En 2025, les communes de St Elie, St Georges, Régina et Kourou avaient une incidence supérieure à 1‰ ; seuil à partir duquel l'Organisation mondiale de la santé considère une zone comme « à forte endémicité » de paludisme.

Foyers de transmission

En 2025, le nombre de foyers de transmission était en baisse, passant de 13 en 2024 à 8 en 2025.

Les deux foyers les plus importants étaient localisés sur la commune de Kourou : il s'agissait des deux foyers déjà actifs en 2023 et 2024, et localisés en zone d'orpaillage pour l'un avec 35 cas recensés, et en zone rurale/piste pour le second avec 12 cas (Figure 10).

Figure 10 : Distribution géographique des foyers de transmission de paludisme en 2025 en Guyane, présentés sur la carte du risque paludisme mise à jour en 2023 (dernière version validée par le Copil paludisme au 24/03/2026)



Source de la carte du risque 2023 : Direction de la Démoustication et des Affaires Sanitaires de la Collectivité Territoriale de Guyane, le Pôle des CDPS du CH de Cayenne, les Forces Armées en Guyane, l'ARS de Guyane, le CNR Paludisme, les laboratoires de biologie médicale, Santé publique France.

La commune de St Elie demeurait un secteur de contamination en 2025 avec 9 contaminations en zone d'orpaillage (*versus* 10 en 2024). Un autre foyer de transmission en zone d'orpaillage a été identifié avec 3 cas, sans que sa localisation ne puisse être précisée avec exactitude.

Par ailleurs, deux foyers de transmission ont également été identifiés sur la commune de St Georges : un localisé en crique/fleuve avec 7 cas et le second dans le bourg avec 4 cas.

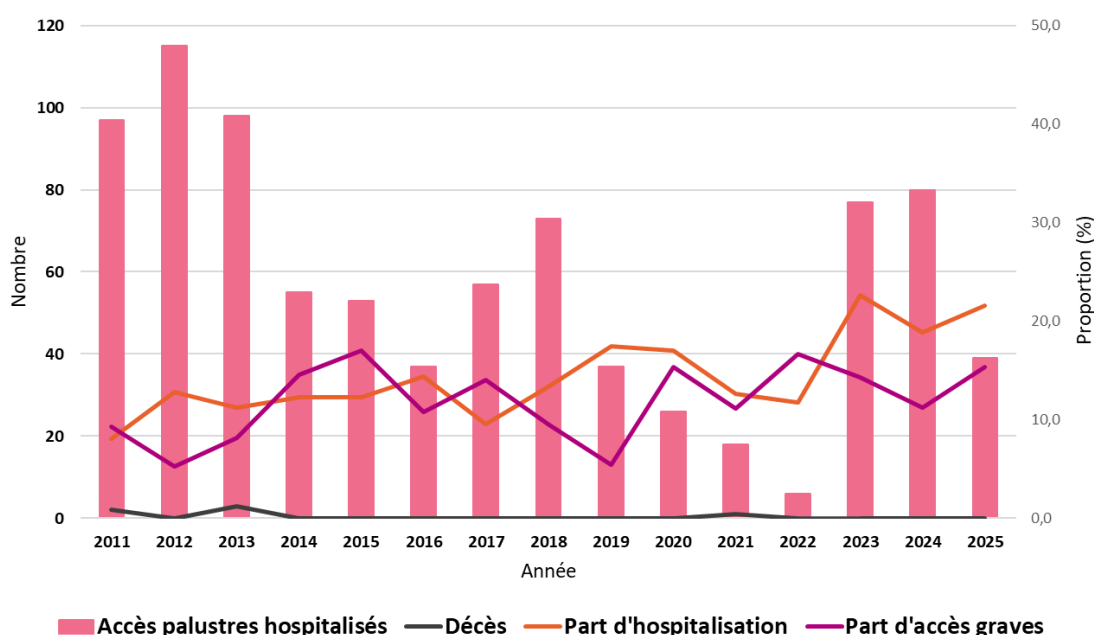
Enfin, les deux derniers foyers ont été localisés sur la commune de Régina en fleuve/crique avec 3 cas, et sur la commune de Matoury en zone urbaine/péri-urbaine avec 2 cas.

A noter qu'en comparaison à 2024, aucun foyer de transmission n'a été identifié sur les communes de Roura et Montsinéry-Tonnegrande en 2025 : les zones de transmission palustre demeurent actives sur le Littoral mais leur périmètre était en régression en 2025 comparativement à 2024 et 2023.

Cas hospitalisés de paludisme

En 2025, 39 cas hospitalisés de paludisme ont été recensés, soit près de deux fois moins qu'en 2024 (n=77). La part d'hospitalisation était en légère hausse par rapport à l'année précédente (21,5% contre 18,8%), de même que la part des accès palustres graves (15,4% contre 11,3% en 2024) sans qu'une tendance particulière de la sévérité ne soit observée ces dernières années (Figure 11). Aucun décès n'a été rapporté parmi ces patients en 2025. Les précédents décès avaient été rapportés en 2021 (n=1), 2013 (n=3) et 2011 (n=2).

Figure 11 : Nombre et part annuels d'accès palustres hospitalisés, nombre de décès parmi les accès palustres hospitalisés et part d'accès palustres graves, Guyane, 2011 à 2025



Les caractéristiques des cas hospitalisés de paludisme en 2025 sont détaillées dans le Tableau 1.

Parmi ces 39 patients hospitalisés au CHU, 72% ont été admis sur le site de Kourou (n=28) et 28% sur le site de Cayenne (n=11), sachant que le plus grand nombre de cas de paludisme a été répertorié sur la commune de Kourou et que les pratiques professionnelles semblent différer entre les deux hôpitaux [3].

P. vivax demeurait l'espèce plasmodiale la plus représentée et concernait 95% (n=37) des cas hospitalisés, les autres cas étant à *P. falciparum* (5%, n=2).

Les hommes étaient plus de deux fois nombreux que les femmes parmi les cas hospitalisés de paludisme (sexe-ratio H/F égal à 2,5 contre 1,1 en 2024). L'âge moyen était de 34 ans (âge médian 34 ans ; min=4 ans ; max=69 ans), proche de l'âge moyen en 2024 (37 ans).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours (min=1 ; max=30), stable par rapport à 2024 (4 jours) et le délai moyen entre la date de début des signes et l'admission à l'hôpital était de 7 jours, stable par rapport à 2024 (6 jours).

Quatre patients présentaient des facteurs de risque, parmi lesquels du diabète (n=2) et de l'hypertension artérielle (n=3). Des critères de sévérité ont été rapportés pour 10 patients, il s'agissait en majorité d'acidose sanguine (n=3), d'ictère (n=2) et d'anémie grave (n=2). Au final, 6 patients ont été classés comme accès graves, dont les deux à *P. falciparum*. Ces six patients ont tous évolué favorablement.

Tableau 1 : Principales caractéristiques des accès palustres hospitalisés, Guyane, 2025

Nombre d'accès palustres hospitalisés	N	%	Facteurs de risque	N = 4	%
CHC	11	28	Diabète	2	25
CHK	28	72	HTA	3	38
CHOG	0		Autres co-morbidités	3	38
Total	39	100	Critères de sévérité	N = 10	%
Espèce plasmodiale	N	%	Ictère	2	20
<i>P. vivax</i>	37	95	Acidose sanguine	3	30
<i>P. falciparum</i>	2	5	Anémie grave	2	20
Sexe	N	%	Hyperlactatémie	1	10
Homme	28	72	Hyperparasitémie	0	0
Femme	11	28	Prostration	0	0
Ratio H/F	2,5		Oedeme pulmonaire	0	0
Age (années)			Convulsions répétées	0	0
Moyen	34		Troubles de la conscience	1	10
Médian	34		Détresse respiratoire	0	0
Minimum	4		Saignement anormal	0	0
Max	69		Hémoglobinurie	0	0
Durée de séjour à l'hôpital (jours)			Collapsus circulatoire	0	0
Moyenne	4,8		Insuffisance rénale	1	10
Minimum	1		Gravité	N = 39	%
Maximum	30		Accès grave	6	15
Délai entre début signes et hospitalisation (jours)			Décès	0	0
Moyen	7,2				
Minimum	0				
Maximum	30				



Méthode

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 ou non, hospitalisés ou non, ayant un diagnostic biologique confirmant la présence de *Plasmodium spp.* et réalisé dans une structure de soins.

Surveillance des cas de paludisme

La surveillance des cas de paludisme 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 antivectorielle (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 notamment avec les cas asymptomatiques depuis 2025.

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*.

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 sites du CHU 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 sites hospitaliers 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.

Définitions

Cas de paludisme : patient dont la présence de plasmodies dans le sang est confirmée par microscopie et/ou TDR et/ou PCR, présentant ou non des signes cliniques compatibles avec le paludisme. Le terme cas de paludisme regroupe à la fois les personnes asymptomatiques et les accès palustres.

Accès palustre : patient dont la présence de plasmodies 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 précédant 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 abréviations

ARS	Agence régionale de santé
CDPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
CHU	Centre hospitalier universitaire
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 démoustication et des affaires sanitaires
FAG	Forces armées en Guyane
HTA	Hypertension artérielle
LAV	Lutte anti-vectorielle
LBM	Laboratoire de biologie médicale
Paho	Organisation Pan-Américaine de la santé
TDR	Test de diagnostic rapide
UMIT	Unité des maladies infectieuses et tropicales

Références

- [1] CMIT. Paludisme. In E.PILLY 26^e Edition : ALINEA Plus Ed ; 2018 pp 512-519.
- [2] Heymann, D.L. (2014) Control of Communicable Disease Manual. 20th Edition, American Public Health Association, Washington DC.
- [3] 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.
- [4] 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
- [5] 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.

Remerciements à nos 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 C. Michaud et les équipes de santé publique (EMSPEC), ainsi que Mr C. Leborgne, Mme T. Levarato 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 (Mme L. Clarke, Mr J. Rwagintinywa 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, Tiphane Succo

Pour nous citer

Bulletin thématique. Paludisme en Guyane en 2025 : bilan de la situation épidémiologique. Guyane. Mars 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 15 pages, 2026.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 27 mars 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr