

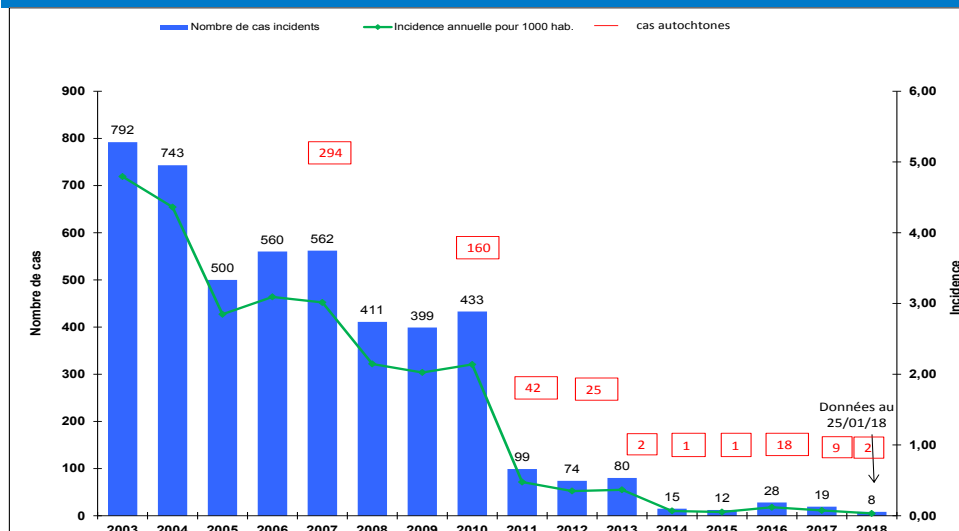
| Situation épidémiologique de 1970 à 2016 |

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 (sous le seuil de 100 cas / an jusqu'en 1990). Cette stratégie reposait sur une lutte contre les moustiques vecteurs reposant sur les aspersion murales intra-domiciliaires d'insecticides (AID) et les traitements des gîtes larvaires, associée à une chimioprophylaxie et à un traitement présomptif de tous les accès fébriles. 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 de cas (plus de 1000 cas / an) et une augmentation du nombre de décès (10 décès dus au paludisme en 2001).

De 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 la modification de l'arsenal thérapeutique ont permis de diminuer le nombre de cas annuel en (moins de 1000 cas). A partir de 2011, le nombre annuel de cas a fortement diminué pour atteindre 25 cas autochtones en 2012. Une nouvelle stratégie de lutte anti-vectorielle (LAV) a été adoptée en 2012 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%.

De 2013 à 2015, seulement 1 ou 2 cas autochtones par an ont été recensés. 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 le 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 paraissait possible si les efforts de lutte étaient maintenus. Néanmoins, on a observé en 2016 une recrudescence inquiétante du nombre de cas de paludisme autochtone à Mayotte, qui s'est poursuivie en 2017 et en ce début d'année 2018 (Figure 1). Par ailleurs une nette augmentation du nombre de cas de paludisme a été signalée en 2017 sur l'île de la Grande-Comore.

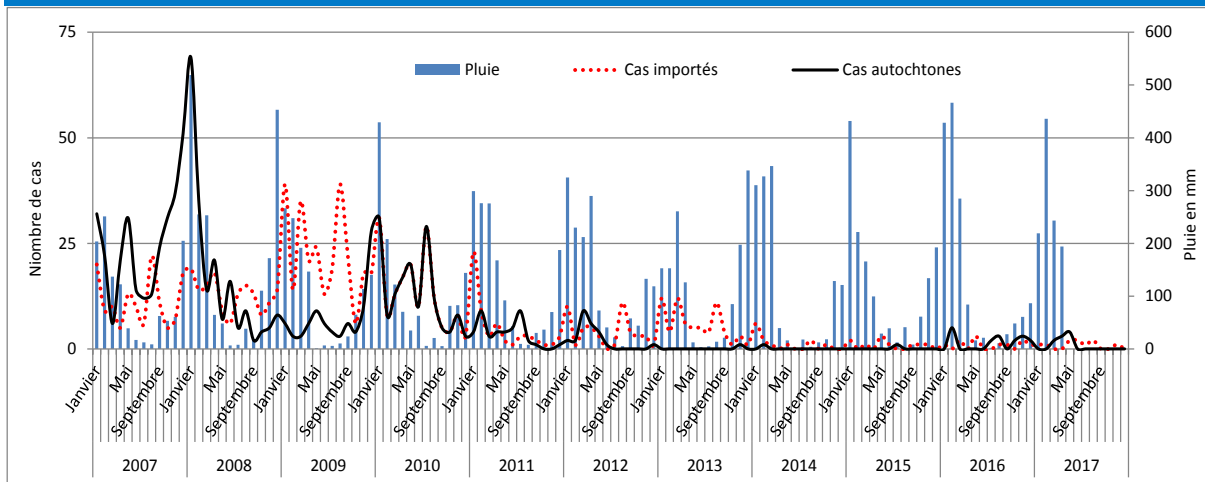
| Figure 1 | Evolution du nombre de cas et de l'incidence du paludisme à Mayotte, 2003-2018.



Résultats de la surveillance

En 2017, 19 cas de paludisme (tous à *P.falciparum*) ont été signalés à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS-OI dont **9 cas autochtones** (28 cas signalés en 2016). Le nombre de cas importés reste stable ces 2 dernières années (10 cas en 2016 et 2017). Le nombre de cas autochtone enregistré en 2017 est plus élevé que celui observé en 2014 ou 2015 (1 cas un autochtone par an) (Figure 1). En 2017, une recrudescence des cas est observée entre les mois de mars et mai, après les fortes pluies de février (Figure 2). L'incidence du paludisme autochtone à Mayotte en 2017 a diminué de moitié: 3,5 cas pour 100 000 habitants en 2017 et 7,6 cas pour 100 000 habitants en 2016 (0,4 pour 100 000 habitants en 2014 et 2015).

| Figure 2 | Evolution mensuelle des cas de paludisme et de la pluviométrie à Mayotte de 2007 à 2017



Répartition géographique

Les 9 cas autochtones enregistrés en 2017 sont survenus entre mars et mai (Figure 2).

Sept des neuf cas sont liés au foyer de Bouyouni (Figure 3). A Combani, foyer identifié en 2016, aucun cas autochtone n'a été signalé en 2017. Ce qui suggère que le parasite n'a pas circulé à Combani en 2017. **La zone de Bouyouni semble être le principal foyer de cas autochtones.** Il s'agit d'une zone forestière favorable au maintien de population d'*An. funestus* où des résidents souvent en provenance des Comores pratiquent l'agriculture. Ces résidents vivent dans des habitations précaires composées de tôle et de végétation (bangas) formant de petits hameaux isolés les uns des autres dits villages de gratte.

Les 2 autres cas autochtones sont survenus dans la commune de Mamoudzou sans lien identifié avec le foyer de Bouyouni.

Les dix cas de paludisme importés, déclarés en 2017 sont survenus sporadiquement sans lien entre eux. Sept provenaient de la Grande-Comore, deux d'Afrique subsaharienne (Cameroun et Tanzanie) et un de Madagascar.

| Figure 3 | Répartition géographique par lieu de contamination des cas autochtones (points rouges) et importés (points bleus) de paludisme par village à Mayotte en 2017



Description des cas signalés en 2017

En 2017, la majorité des cas était des hommes (15 hommes et 4 femmes; sex-ratio H/F global de 3,8 et de 8 pour les cas de paludisme autochtone). Les hommes étaient plus jeunes que les femmes : 32 ans vs 41 ans de moyenne d'âge. Les personnes âgées de moins de 35 ans représentaient 47% des cas déclarés et plus de 70% des cas autochtones. Trois cas sont survenus chez des moins de 15 ans : 2 cas autochtones âgés de 13 ans et 1 cas importé âgé de 14 ans. Aucun cas n'a été signalé chez une femme enceinte.

Prise en charge

Sur les 19 cas, 8 ont été hospitalisés. Aucun décès n'a été rapporté mais une forme sévère a nécessité une hospitalisation en service de réanimation. Sur les 14 cas pour lesquels l'information était disponible : 12 ont été traités par Riamet®, un par quinine injectable et un par un autre traitement non précisé.

| Situation épidémiologique en 2018 |

Résultats de la surveillance

La recrudescence des cas de paludisme observée depuis 2016 à Mayotte continue en 2018 avec **8 nouveaux cas** qui ont été signalés à la plateforme de veille sanitaire de l'ARS OI au cours du mois de janvier, soit 42% des cas signalés sur toute l'année 2017. D'après les premiers éléments disponibles, il s'agit de 6 cas importés et de 2 cas autochtones (investigations en cours). La majorité des cas est liée à une infection par *P. falciparum* mais une forme *ovale* a été également identifiée pour un cas importé du Rwanda.

Répartition géographique

Les 2 cas autochtones sont localisés dans 2 villages distincts de la commune de Mtsangamouji, et déclarent n'avoir jamais quitté le territoire au cours de ces 10 dernières années. Aucun lien n'a été retrouvé à ce jour entre ces 2 cas et le foyer de Bouyouni, actif en 2016 et 2017.

Les 6 cas de paludisme importés sont survenus sporadiquement sans lien entre eux : le premier cas est survenu au retour d'un voyage au Rwanda et les 5 autres cas sont importés de la Grande-Comore. Ces cas importés sont localisés dans différentes communes de l'île: 3 cas à Mamoudzou et les 3 autres cas dans les communes de Koungou, Sada et Bandraboua.

Description des cas signalés en 2018

Parmi les 8 cas déclarés en janvier 2018, il y avait autant d'hommes que de femmes (4 hommes et 4 femmes). La moyenne d'âge était de 30 ans et un cas avait moins de 15 ans.

Prise en charge

Selon les informations disponibles, quatre cas ont été traités par Riamet®. Les informations sur la prise en charge médicamenteuse n'étaient pas disponibles pour les 4 autres cas. Sur les 8 cas signalés au mois de janvier 2018, seuls 2 cas ont été hospitalisés dont une femme enceinte admise en maternité. Aucun décès n'a été rapporté.

| Conclusion |

La transmission du paludisme autochtone à Mayotte observée en 2016, s'est maintenue en 2017. Toutefois, le nombre de cas autochtones a diminué de moitié par rapport à ce qui a été observé en 2016. Le foyer historique de Bouyouni semble toujours actif et un nouveau foyer a été identifié dans la commune de Mamoudzou. En ce début d'année 2018, la transmission semble se poursuivre et même s'amplifier.

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 observée depuis 2016.

La recrudescence du nombre de cas en 2017 entre les mois de mars et mai peut s'expliquer en partie par les fortes pluies du mois de février 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.

La détection précoce des cas par l'utilisation du TDR doit être améliorée; en effet, elle semble en diminution alors que les fièvres inexplicables sont en augmentation. Enfin, le programme de lutte doit être maintenue, notamment le renouvellement de la distribution 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 importante transmission locale. L'élimination du paludisme à Mayotte doit ainsi intégrer les efforts conjugués de l'Union des Comores dans l'ensemble de l'Archipel des Comores.

| 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) quelles que 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.**

Le point épidémiologique Paludisme à Mayotte

Points clés

19 cas de paludisme à Mayotte en 2017 dont 9 autochtones

8 cas de paludisme déclarés en janvier 2018 dont 2 autochtones

Remerciements

Nous remercions les médecins généralistes et hospitaliers, les biologistes des laboratoires privés et hospitaliers ainsi que les agents de la CVAGS de l'ARS OI pour leur participation à la surveillance et au recueil de données.

Liens utiles

[Dossier Santé publique France](#)

[Dossier ARS OI](#)

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, Directeur Général de Santé publique France

Rédacteur en chef :

Laurent Filleul, responsable de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :

Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Elise Brottet
Sophie Devos
Youssef Hassani
Luce Menudier
Marc Ruello
Jean-Louis Solet
Marion Subiros
Pascal Vilain

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