

Surveillance du paludisme à Mayotte : bilan 2012

Point épidémiologique - N° 17 au 25 avril 2013

| Organisation de la surveillance |

A Mayotte, la surveillance du paludisme repose sur la déclaration des cas par les médecins et biologistes du CHM 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 antivectorielle (LAV). L'analyse des données et la rétro-information sont assurées par la Cire océan Indien.

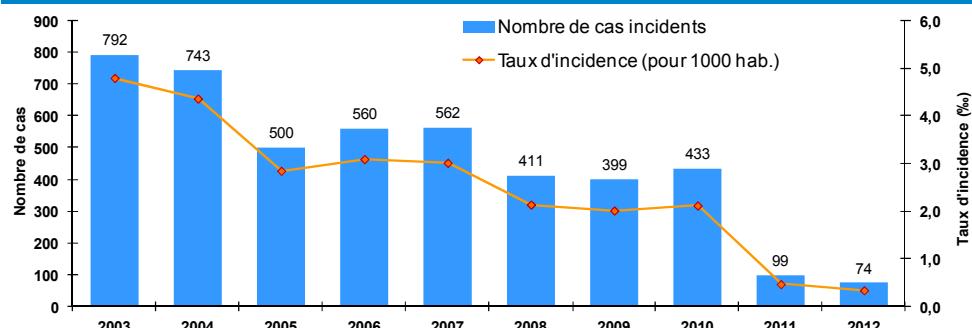
Tout cas confirmé de paludisme est défini par un accès fébrile avec un test de diagnostic rapide (Optimal) positif, et/ou une présence de Plasmodium au frottis sanguin ou à la goutte épaisse. Est considéré comme paludisme d'importation, tout cas survenant chez une personne ayant déclaré avoir séjourné dans une zone de transmission du paludisme extérieure à Mayotte pendant la période présumée de contamination (2^{eme} et 3^{eme} semaines précédant l'accès palustre).

| Bilan des données 2012 |

| Incidence globale |

Au total, **74 nouveaux cas de paludisme** ont été détectés au cours de l'année 2012, dont 25 cas autochtones (34%), 47 cas importés (64%) et 2 indéterminés (n'ayant pas pu être interrogés). Après avoir chuté de façon spectaculaire en 2011, le taux d'incidence du paludisme a continué à diminuer en 2012 et se maintient donc à un niveau faible (0,3‰), très largement inférieur à celui observé entre 2003 et 2010 (3‰ en moyenne sur cette période) (Figure 1).

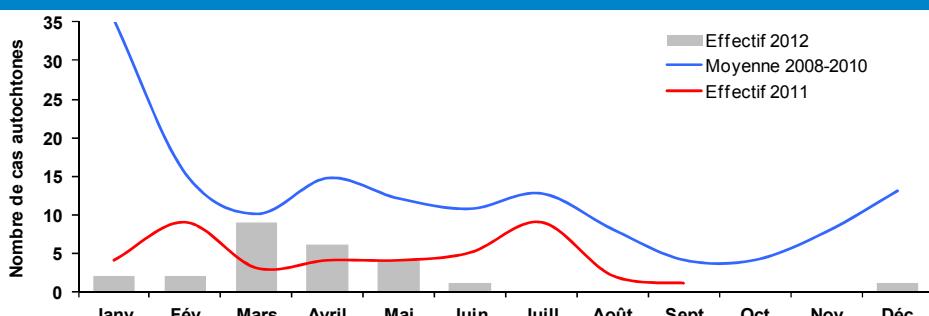
| Figure 1 | Evolution du nombre de cas et de l'incidence du paludisme à Mayotte, 2003-2012



| Tendances saisonnières |

De même qu'en 2011, et contrairement aux années précédentes, aucun pic épidémique n'a été observé au cours de la saison des pluies (Figure 2). En effet, les trois quarts des cas autochtones (n=19) sont survenus entre mars et mai 2012.

| Figure 2 | Répartition mensuelle des cas de paludisme autochtone à Mayotte, 2012



| Description des cas |

En 2012, près de la moitié des cas (n=35 soit 47%) étaient des femmes, alors que cette proportion est habituellement plus faible (30% et 39% en 2010 et 2011, respectivement).

L'âge médian des cas était de 18,5 ans [1-79]. Seuls 14 cas (19%) avaient plus de 45 ans, et près de la moitié (n=33 soit 45%) avaient moins de 15 ans (Tableau 1).

| Tableau 1 | Répartition des cas en fonction de l'âge, Mayotte, 2012 (n=74).

Classe d'âge	Nombre de cas	%
0-14 ans	33	45
15-39 ans	27	36
≥ 40 ans	14	19
total	74	100

L'infection par *P. falciparum* a été retrouvée chez la quasi-totalité des patients (64/70 soit 91%). *P. malariae* et *P. vivax* ont également été retrouvés dans de rares cas (respectivement 6% et 3%).

Parmi les 49 patients pour lesquels l'information était connue, près de la moitié ont été hospitalisés (n=23 soit 47%), dont 6 en réanimation. Aucun décès n'est survenu.

Le Riamet® était le traitement curatif le plus souvent administré lorsque cette information était renseignée (28 cas sur 35, soit 80%), la quinine n'ayant été prescrite que chez 11% des patients.

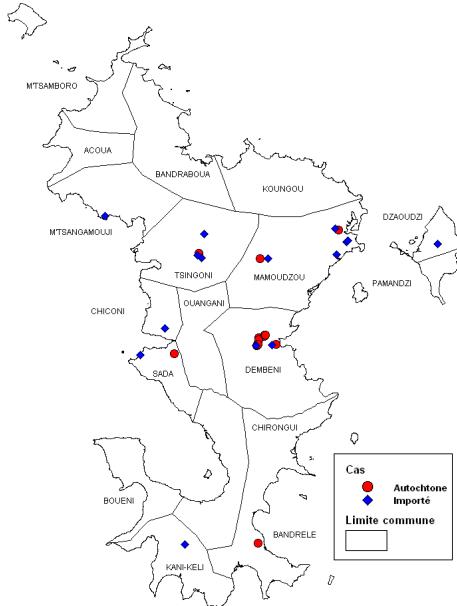
| Répartition géographique |

Plus de la moitié des cas (40 soit 54%) sont survenus à Mamoudzou (n=22) et à Dembeni (n=18) (Figure 2).

Un seul foyer de transmission a été détecté au cours de l'année dans le centre de l'île à Tsararano, avec 15 cas dont 14 autochtones. Ce foyer représente 20% des cas rapportés sur l'ensemble de l'île en 2012.

Les autres cas sont survenus de manière isolée. A noter qu'aucun cas n'a été identifié dans la commune de Bandraboua, où un foyer de 65 cas autochtones était survenu en 2010.

| Figure 3 | Répartition géographique des cas de paludisme autochtones et importés à Mayotte, 2012 (n=74).



| Conclusion |

Pour la deuxième année consécutive, l'incidence du paludisme à Mayotte est particulièrement faible. Par ailleurs, un seul regroupement de cas est apparu, ce qui témoigne de la faible transmission autochtone du parasite.

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à cette diminution spectaculaire observée depuis deux ans :

- Une densité de moustiques remarquablement faible sur l'ensemble de l'île ;
- Un faible nombre de cas importés provenance de la zone (Comores, Madagascar) reflétant probablement une faible incidence dans ces pays ;
- Des mesures de lutte renforcées par les services de la LAV, avec notamment un large programme de distribution et d'installation de moustiquaires imprégnées (MIILD).

Le paludisme reste malgré tout un risque constant pour la population mahoraise, notamment de par sa gravité potentielle. C'est pourquoi la vigilance doit être maintenue et les actions de lutte et de prévention restent nécessaires.

| Recommandations |

Au vu de ces résultats, les recommandations habituelles sont toujours de mise, à savoir :

- Se protéger et lutter de façon permanente contre les moustiques ;
- Sensibiliser les voyageurs à consulter un médecin lors d'un départ en zone d'endémie palustre ;
- Informer les voyageurs du risque de paludisme et proposer une prévention mécanique et médicamenteuse ;
- Adapter la chimioprophylaxie au conditions socio-économiques et au pays de destination des voyageurs (c.f. BEH recommandations aux voyageurs, lien ci-contre).

| Comment signaler et notifier cette maladie |

Tout cas de paludisme (accès fébrile avec test Optimal positif et/ou présence de *Plasmodium* à la goutte et/ou au frottis sanguin) **doit être déclaré sans délai à la**

Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de Mayotte

Tél: 0269 61 83 20

Fax : 0269 61 83 21

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

La fiche de notification est spécifique à Mayotte et peut être adressée sur appel téléphonique à la plateforme.

| REMERCIEMENTS |

A la CVAGS et au service de lutte anti-vectorielle de l'ARS-OI pour le recueil de données ainsi que les biologistes et les médecins du Centre hospitalier de Mayotte pour leur notifications.

Le point épidémo

Bilan 2012 du paludisme à Mayotte

Points clés

- 74 cas déclarés dont 25 cas autochtones
- Un seul regroupement de cas
- Taux d'incidence de 0,3‰
- Poursuite de la baisse spectaculaire observée en 2011

Liens utiles

• BEH Recommandations aux voyageurs
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_sanitaires_pour_les_voyageurs_2012.pdf

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
Elsa Balleydier
Elise Brottet
Nadège Caillié
Sophie Larrieu
Aurélie Martin
Isabelle Mathieu
Frédéric Pagès
Julien Raslan-Loubatié
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

Diffusion :
Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 60050
97408 Saint Denis Cedex 09
Téléphone
Réunion : +262 (0)2 62 93 94 24
Mayotte : +262 (0)2 69 61 83 43
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57

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