

# Leptospirose à Mayotte Rétrospective de l'année 2020

# Le point épidémiologique

## Points clés

- **71 cas de leptospirose confirmés biologiquement** en 2020 à Mayotte.
- Une **incidence plus faible** et un **pic plus précoce** que les années précédentes possiblement en lien **avec les épidémies de dengue et de Covid-19**: conséquences indirectes du confinement (diminution du recours aux soins, et possible réduction de la pratique des activités à risque) et modification des pratiques de test à visée diagnostique.
- La moitié des patients prélevés en dispensaires ou centres de référence l'ont été dans la **zone Centre**.

## Contexte à Mayotte

En 2017 l'incidence annuelle à La Réunion (6,6 cas/100 000 habitants\*), et à Mayotte (66 cas/100 000 habitants\*) étaient respectivement de 7 et 70 fois supérieures à celle de la France métropolitaine (0,9 cas/100 000 en 2016\*\*).

A Mayotte, des cas de leptospirose sont rapportés toute l'année mais une **recrudescence est observée en fin de saison des pluies entre février et mai**. Les conditions de température et de pluviométrie sont alors propices à la survie dans l'environnement des leptospires (elles peuvent survivre plusieurs mois dans les milieux chauds et humides). Localement, le principal réservoir de la bactérie identifié est le rat.

Depuis 2008, une **surveillance spécifique des syndromes dengue like\*** a été mise en place et tout tableau clinique évocateur fait l'objet d'une **PCR dengue, Chikungunya, Fièvre de la Vallée du Rift et leptospirose**.

*\*Syndrome dengue-like (SDL) : fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  d'apparition brutale, associée à un ou plusieurs symptômes non spécifiques (douleurs musculo-articulaires, manifestations hémorragiques, céphalées frontales, asthénie, signes digestifs, douleurs rétro-orbitaires, éruption maculo-papuleuse) en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.*

## Historique

Entre 2008 et 2020, en moyenne **111 cas confirmés de leptospirose sont rapportés annuellement** (médiane à 114 cas annuels). Le maximum a été atteint en 2011 avec 171 cas rapportés (figure 1).

Sur cette période, **78,2% des cas ont été déclarés entre les mois de février et mai**. Le pic des cas confirmés est généralement observé en avril (maximum en avril pour 10 des 13 années d'observation) avec en moyenne 34 cas confirmés en avril. Il survient **2 à 4 mois après le pic des précipitations** (figure 2).

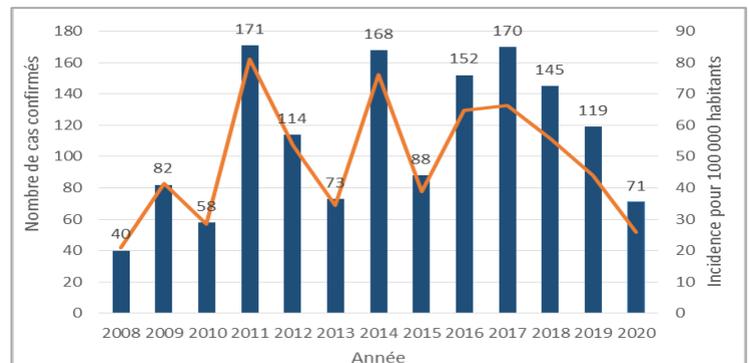


Figure 1 – Distribution des cas confirmés de leptospirose par année de prélèvement et taux d'incidence pour 100 000 hab. 2008 à 2020, Mayotte

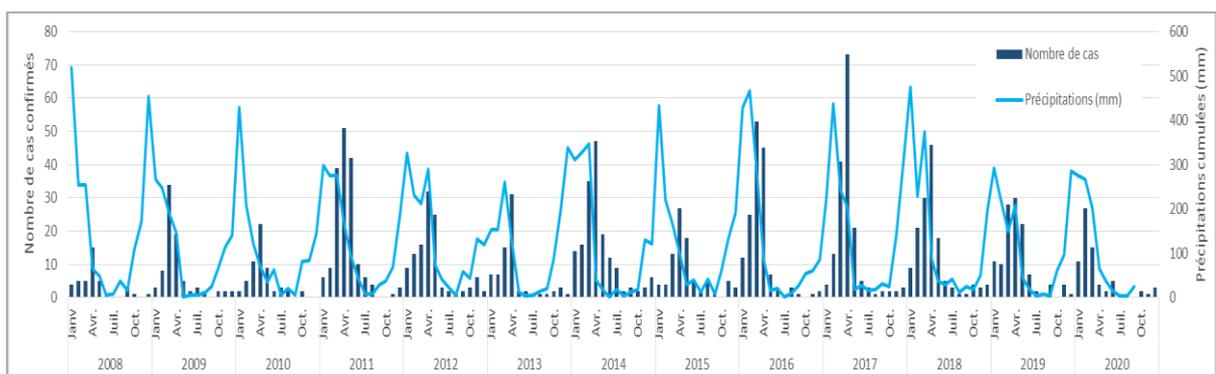


Figure 2 – Répartition des cas confirmés de leptospirose par mois et précipitations cumulées (mm), Mayotte 2008-2020

## Résultats de la surveillance pour l'année 2020

En 2020, **71 cas de leptospirose** ont été confirmés contre 111 cas annuels en moyenne sur la période 2008-2020. Avec 27 cas rapportés, le mois de février a concentré le maximum de cas.

Le sex-ratio (H/F) des cas rapportés en 2020 était de 1,8 (25 femmes et 46 hommes), l'âge médian de 33 ans (37 ans pour les femmes contre 30 ans pour les hommes). Plus des deux tiers (69,0%) avaient entre 15 et 64 ans.

Les cas confirmés ne font plus l'objet d'investigation individuelle systématique, de ce fait les communes de domicile, les expositions à risque ou la symptomatologie ne sont pas connues.

A défaut du lieu de domicile, le lieu de prélèvement apporte un éclairage sur la répartition des cas : **la zone Centre concentre la moitié des cas prélevés en dispensaire ou centre de référence**, suivie par la zone Sud qui totalise 18,4% des cas prélevés en dispensaire.

Le prélèvement a été réalisé au cours d'une hospitalisation pour près d'un tiers des cas confirmés (30,9%).

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et le 15 février, 7 cas de leptospirose ont été rapportés.

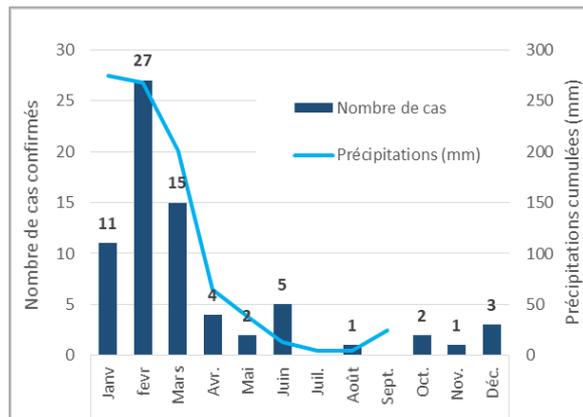


Figure 3 – Répartition des cas confirmés de leptospirose par mois et précipitations cumulées (mm), Mayotte 2020

## Analyse de la situation

Avec 71 cas confirmés, l'année 2020 a totalisé **le nombre le plus faible de cas confirmés annuels observés depuis 2010**. Le maximum mensuel a été atteint en février seulement 2 mois après le pic des précipitations et les mois de mars et avril ont enregistré des nombre de cas confirmés particulièrement bas (respectivement 15 et 4 contre respectivement 27 et 36 de moyenne sur la période 2008-2019).

**Un biais de sous diagnostic lié aux épidémie de Covid-19 et de dengue est une hypothèse explicative du faible nombre de cas confirmés et de la précocité du pic.** En effet, concomitamment au confinement de mars-avril 2020, une diminution du recours aux soins a été observée (objectivée notamment par une diminution de 34% des passages totaux aux urgences du CHM sur la période S12-2020 à S17-2020 rapporté aux moyennes des années précédentes), il est possible que des malades pauci-symptomatiques de la leptospirose aient été concernés par ce renoncement aux soins. De plus, au plus fort de l'épidémie de dengue (mois de mars), les syndromes *dengue like* ne faisaient plus l'objet d'une PCR (arboviroses et leptospirose) systématique, il est probable que des cas de leptospirose aient été considérés comme des cas de dengue (symptomatologie proche) sans diagnostic biologique. Ces deux éléments étayent l'hypothèse d'un biais de sous-diagnostic de la leptospirose pendant les mois de mars et d'avril 2020.

Enfin, en lien avec l'obligation de réduire ses déplacements pendant le confinement, une diminution de la pratique des activités à risque a pu également contribuer à la diminution de l'incidence.

Les cas confirmés en 2020 n'ont pas fait l'objet d'une investigation individuelle pour recherche de(s) l'exposition(s) à risque. En 2017, au moins une activité à risque avait été retrouvée chez 97% des cas investigués, dont notamment : activité agricole (le plus souvent sans port de botte et de gant) pour 80% des cas et activité de rivière (baignade pour 53% des patients et lessive pour 26%). De plus, l'accumulation de déchets dans l'environnement proche avait été rapporté par 67% des patients et la présence de poubelles ouvertes par 82%, pratiques propices à la prolifération des rats autour de l'habitation.

## Rappels sur la leptospirose

La leptospirose est une **zoonose bactérienne de répartition mondiale** (plus fréquente en zone tropicale) causée par *Leptospira spp.*. Ces bactéries sont susceptibles d'infecter un grand nombre de mammifères sauvages (rats, tangles, musaraignes, etc.) et domestiques (bovins, ovins, caprins, porcs, chiens) qui les excrètent dans **leur urine**. L'infection chez l'homme survient par contact direct avec l'urine des animaux infectés ou par contact avec un environnement contaminé par de l'urine, tels que de l'eau de surface ou le sol. Les leptospires peuvent pénétrer par des **effractions cutanées et par les muqueuses**.

Les manifestations cliniques vont du **syndrome grippal bénin jusqu'à une défaillance multi-viscérale potentiellement létale**. Des formes asymptomatiques sont couramment décrites au cours d'enquêtes épidémiologiques.

Dans son expression typique, la leptospirose débute après une incubation de 4 à 19 jours, par l'apparition brutale d'une fièvre avec frissons, myalgies, céphalées, troubles digestifs et peut évoluer en septicémie avec atteintes viscérales : hépatique, rénale, méningée, pulmonaire...

Les mesures de lutte collectives basées sur la dératisation ou le drainage des zones inondées sont efficaces mais difficiles à mettre en œuvre. Le **port de protections individuelles** (gants, lunettes, bottes) sont conseillées lors des activités à risque (agriculture, élevage, pêche en eau douce, etc.). Il est fortement **déconseillé de marcher pieds nus ou en chaussures ouvertes** sur des sols boueux ou dans les eaux de ruissellement.

## Pour en savoir plus

Dossier sur la leptospirose : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/leptospirose/la-maladie/#tabs>

Points épidémiologiques à Mayotte et à La Réunion : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/publications/#tabs>

Directeur de la publication : Geneviève CHÉNE  
Responsable Cellule Mayotte : Hassani YOUSOUF

Retrouvez-nous sur : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

Nous remercions les médecins généralistes et hospitaliers, les biologistes du laboratoire du CHM et du laboratoire privé ainsi que la Cellule de Veille de l'ARS, pour leur participation à la surveillance et au recueil de données.

Santé publique France

Diffusion : [mayotte@santepubliquefrance.fr](mailto:mayotte@santepubliquefrance.fr)

Cellule Mayotte :

BP 410, 97600 Mamoudzou, Mayotte

Tél. : +262 (0)2 69 61 83 04

Fax dématérialisé : +262 (0)2 62 93 94 57