

Surveillance régionale

Date de publication : 25.06.2024

MAYOTTE

Points-clés

En l'absence de robustesse dans le codage des données pour les recours aux urgences, les indicateurs définis ne permettent pas de fournir une analyse épidémiologique informative. En attendant d'être en capacité d'analyser ces données, celles-ci ne sont plus présentées.

La situation spécifique du choléra fait l'objet d'une publication distincte et diffusée séparément.

Coqueluche

Recrudescence nationale et européenne → Page 3

Fièvre typhoïde

Circulation basse → Page 4

Gastro-entérites aiguës (GEA)

Pas d'épidémie de GEA sur le territoire de Mayotte → Page 5

Dengue

Baisse de la circulation virale en S24 → Page 7

Rougeole

Focus sur la Conduite à Tenir en cas de détection d'un cas de rougeole dans un contexte de recrudescence du nombre de cas en Ile de France et en région ARA → Pages 8 & 9

Leptospirose

En absence de données consolidées, une mise à jour de la situation de la leptospirose n'est pas possible dans ce bulletin

Actualités

● Situation épidémiologique du choléra à Mayotte

La situation épidémiologique du choléra à Mayotte fait l'objet d'une publication séparée. Depuis le 18/03, 205 cas de choléra ont été signalés à Mayotte dont 200 confirmés et 5 cas probables. Parmi les 205 cas signalés depuis l'introduction de la maladie à Mayotte, 184 sont autochtones et 21 importés. Depuis l'introduction de la maladie à Mayotte, 15 cas graves ont nécessité des soins de réanimation et 2 décès ont été enregistrés.

[Pour en savoir plus](#)

Coqueluche

La coqueluche n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, cependant les cas doivent être signalés à l'ARS lorsqu'ils sont groupés (≥ 2 cas) ou en cas d'infection nosocomiale. La surveillance à Mayotte est basée essentiellement sur les données de laboratoires avec l'identification de la bactérie *Bordetella pertussis*.

Depuis fin 2023, il existe une recrudescence des cas de coqueluche en Europe ([Pour en savoir plus](#)) et en France ([Pour en savoir plus](#)). Cette recrudescence s'est accélérée depuis début 2024.

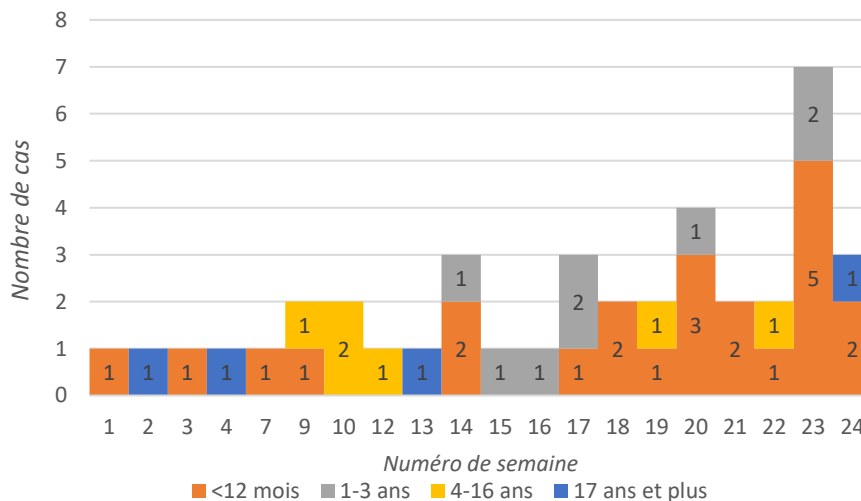
Bilan coqueluche à Mayotte

- 41 cas de coqueluche depuis le début de l'année versus 16 en 2023 (+ 156 %)
- Recrudescence des cas coqueluche depuis la S17-2024 (Figure 1)
- **56 % des cas (n = 23) ont concerné des enfants de moins de 1 an**

Plus d'informations

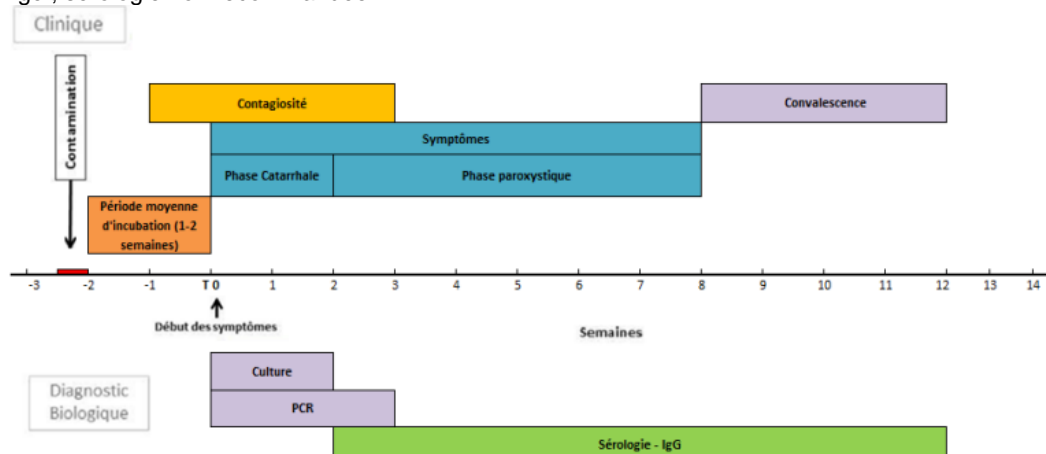
- Site du Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités : CAT en fonction du contexte. [Pour en savoir plus](#)
- Vaccination info service : coqueluche. [Pour en savoir plus](#)
- Dépliants d'information pour les femmes enceintes : les 5 bonnes raisons de se faire vacciner. [Pour en savoir plus](#)

Figure 1. Nombre hebdomadaire de cas de coqueluche par semaine de date de prélèvement et par classes d'âge, Mayotte, 01/01/2024 (S01) au 02/06/2024 (S24)



Présentation clinique, diagnostic de coqueluche

- **Période de contagiosité** : 4 semaines. Considérée comme nulle après 3 semaines d'évolution sans traitement antibiotique ou après 3 à 5 jours selon l'antibiotique
- **Diagnostic biologique**: PCR (3 premières semaines) ou culture (2 premières semaines des signes) sur prélèvement nasopharyngé ; sérologie non recommandée.



Fièvre typhoïde

La fièvre typhoïde est une maladie à déclaration obligatoire.

À Mayotte, tous les cas de fièvre typhoïde confirmés par hémoculture et/ou coproculture sont signalés au Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires (DÉSUS) de l'ARS Mayotte par les laboratoires de l'île (laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et laboratoire privé). Une investigation est réalisée autour de chaque cas par l'ARS (DÉSUS, service santé environnement et équipe terrain) avec Santé publique France Mayotte (en cas de cas groupés). Des informations sont collectées au moyen d'un questionnaire spécifique, sur les données cliniques et les facteurs de risque de contamination. Des prélèvements et analyses sont aussi réalisés lorsqu'un point d'eau est identifié comme source possible de contamination.

En 2024, 28 cas de fièvre typhoïde ont été signalés au Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires de l'ARS. C'est en semaine 13 que le nombre de cas signalés était le plus élevés (5 cas). En S24, un cas été signalé après 4 semaines sans aucun cas. Ces 28 cas de fièvre typhoïde enregistrés au premier semestre 2024, représente presque le double du nombre de cas enregistrés sur toute l'année 2023 (15 cas).

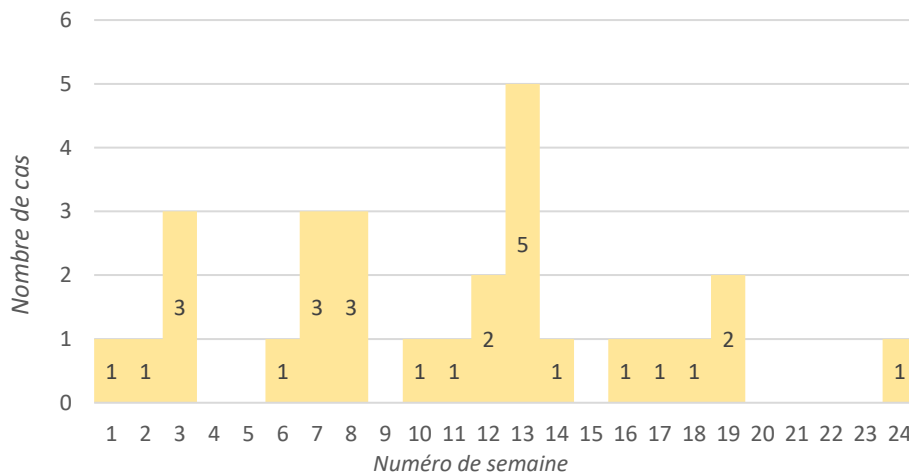
Ce sont les villages de M'tsapere et d'Hamouro (Bandrele) qui rapportent le plus de cas avec respectivement 9 et 7 cas.

Les cas étaient principalement des hommes (sexe ratio H/F = 2,5) et l'âge médian des cas de 12 ans [min = 0 ; max = 63].

Plus d'informations :

- Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/fevres-typhoide-et-paratyphoide>
- Bulletin de santé publique : Maladies à déclaration obligatoire Mayotte, 2019-2022 : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2023/bulletin-de-sante-publique-maladies-a-declaration-obligatoire-a-mayotte.-juillet-2023>

Figure 2. Nombre hebdomadaire de cas de fièvre typhoïde par semaine de date de prélèvement Mayotte, 01/01/2024 (S01) au 02/06/2024 (S24)



Gastro-entérites aiguës

Selon les données de la surveillance virologique, **le taux de positivité des pathogènes responsables de GEA se stabilise en S24/2024** (Figure 4). Concernant la « surveillance Rectorat », le taux d'activité reste à un niveau faible depuis 4 semaines (Figure 4). En ce qui concerne les données de vente des anti-diarrhéiques et de SRO, une baisse est observée depuis la S21 (Figure 5).

Depuis la semaine 19, quelques cas de rotavirus ont été enregistrés.

L'ensemble des systèmes de surveillance épidémiologique indique que Mayotte n'est pas dans un contexte épidémique de GEA.

Plus d'informations :

- [Point épidémiologique national](#)
- [Dossier thématique de Santé publique France](#)

Figure 3. Surveillance virologique – Évolution du nombre hebdomadaire de prélèvements gastro-entériques positifs à au moins un pathogène et du taux de positivité associé, Mayotte, S11/2023 à S24/2024

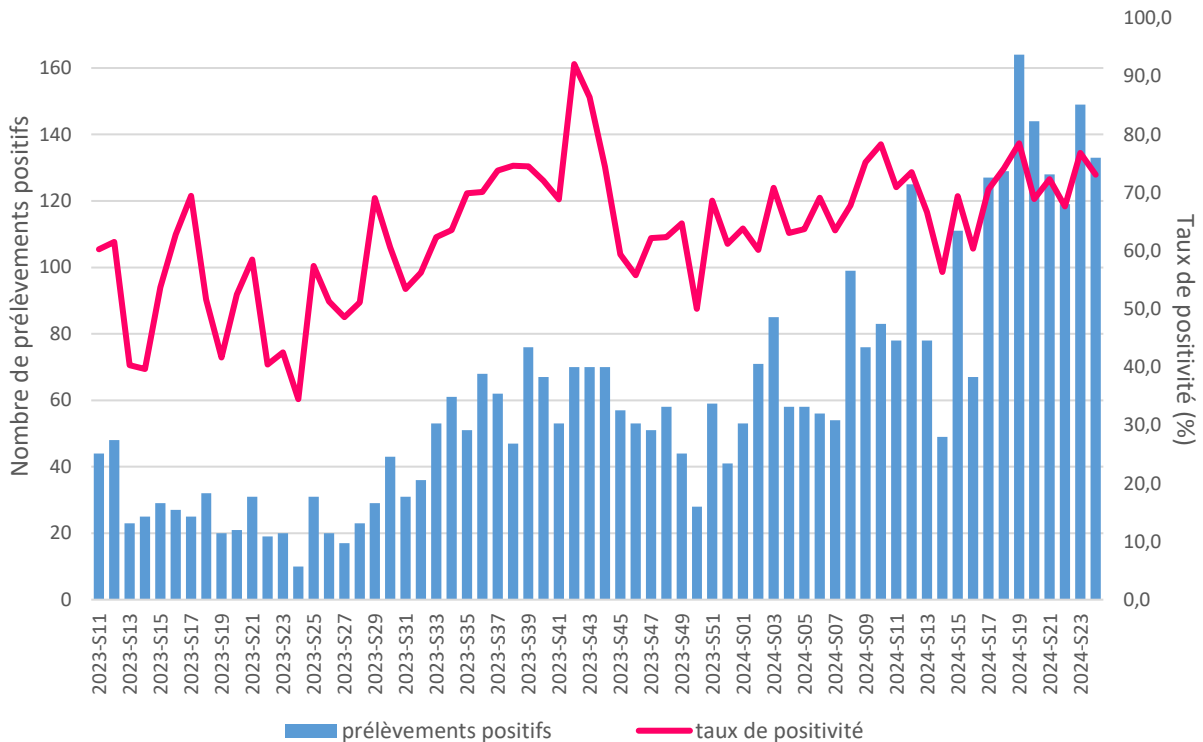


Figure 4. Surveillance Rectorat – Taux d'activité pour diarrhées rapporté par les infirmiers scolaires, Mayotte, S20/2023 à S24/2024

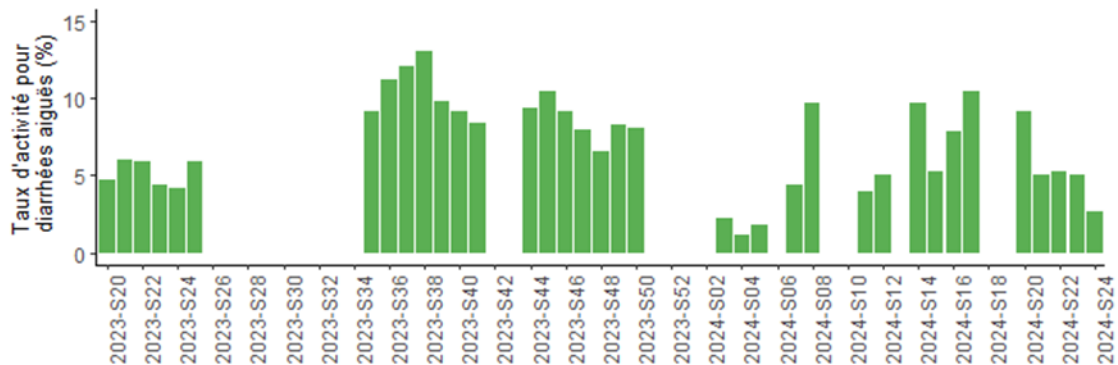
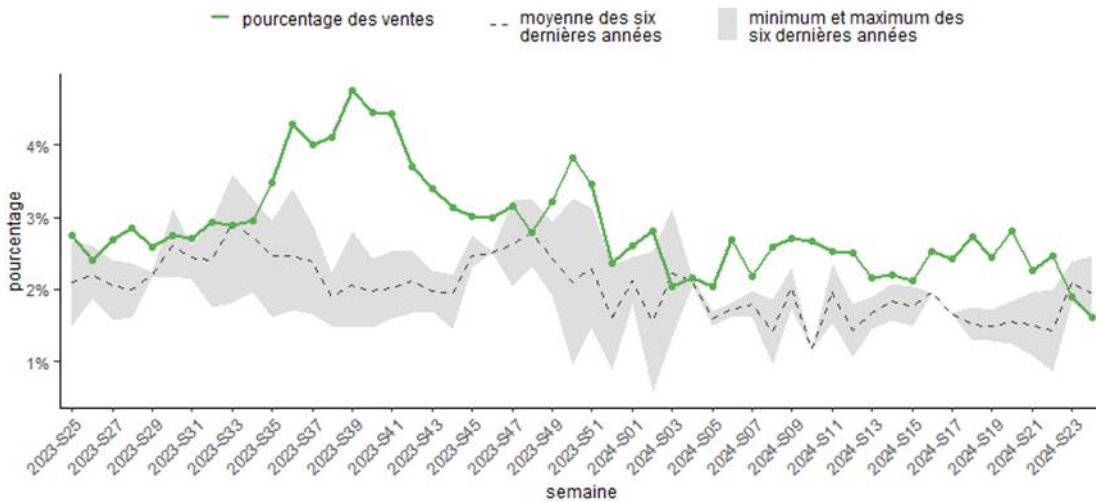


Figure 5. Surveillance pharmacies sentinelles – Part de vente d’anti-diarrhéique et de SRO rapportée par les pharmacies sentinelles, Mayotte, S25/2023 à S24/2024



Prévention : comment diminuer le risque de gastro-entérite aiguë ?

- Se laver fréquemment les mains (eau et savon, ou produit hydro-alcoolique) est une des meilleures façons de limiter la transmission des virus entériques
- Certains virus (rotavirus et norovirus) étant très résistants dans l’environnement, nettoyer soigneusement et régulièrement les surfaces à risque élevé de transmission (dans les services de pédiatrie, institutions accueillant les personnes âgées)
- La meilleure prévention des complications de la diarrhée aiguë est la réhydratation précoce à l’aide des solutés de réhydratation orale (SRO), en particulier chez le nourrisson
- Les rotavirus sont responsables d’environ la moitié des diarrhées sévères du nourrisson nécessitant une hospitalisation. La vaccination contre les rotavirus est recommandée en France pour tous les nourrissons. Les deux vaccins disponibles ont montré en vie réelle leur très grande efficacité. Leur administration par voie orale facilite leur administration. La vaccination nécessite 2 ou 3 doses selon le vaccin. Elle doit être débutée à 2 mois et être achevée à 6 ou 8 mois au plus tard

VACCINATION CONTRE LES ROTAVIRUS

Les rotavirus constituent, chez les enfants de moins de 5 ans, la principale cause de gastroentérite aiguë virale susceptible d’entraîner une déshydratation sévère. Les gastroentérites à rotavirus surviennent essentiellement sous forme d’épidémies hivernales entraînant une charge importante sur le système de soins ambulatoire et hospitalier. Les vaccins disponibles ont confirmé en vie réelle leur très grande efficacité. Malgré l’existence d’un très faible risque d’invagination intestinale aiguë post vaccinale, la balance bénéfice risque de cette vaccination est favorable.

Dengue

En 2024, après 3 cas importés détectés en début d'année, un **1^{er} cas autochtone a été détecté en S13 (Petite Terre)** où une **circulation autochtone** s'est progressivement **installée**. Après un pic en S15 (9 cas), le nombre de cas a baissé avant de connaître un nouveau pic en S20 (9 cas également). Après une stabilisation en S22 et S23, le **nombre de cas** est à nouveau **en baisse en S24** (2 cas).

Depuis le début de l'année 61 cas de dengue ont été enregistrés **dont 53 en Petite-Terre**, ce qui représente un taux de 87 %.

L'âge médian des cas était de 34 ans (min : 6 ans ; max 74 ans) et 56 % d'entre eux étaient des hommes.

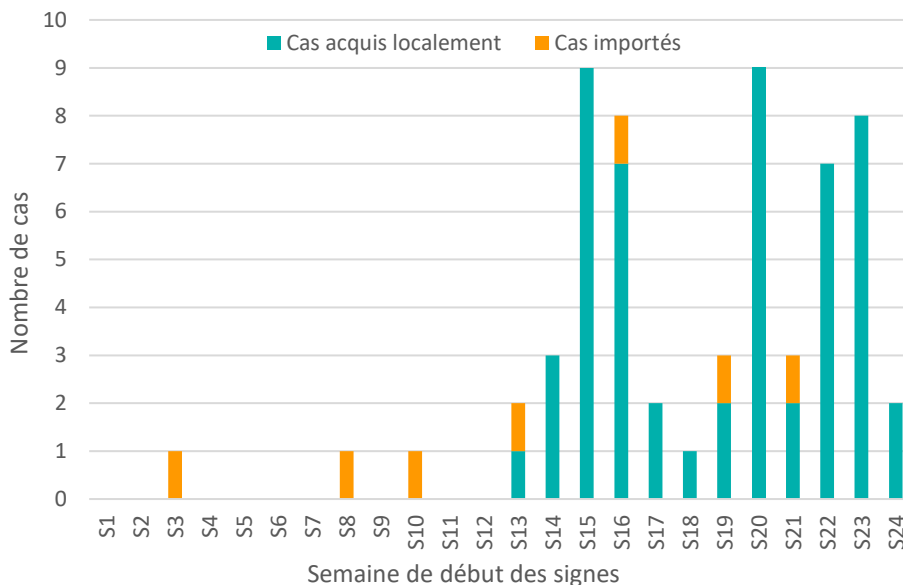
Depuis le début de l'année, 7 cas importés en provenance de La Réunion, de l'île Maurice et des Comores ont été identifiés.

Aucun cas grave n'a été signalé et aucun décès n'est à déplorer.

Plus d'informations :

- [Dossiers thématiques de Santé publique France](#)
- [Moustiques et Maladies : ARS Mayotte : https://www.mayotte.ars.sante.fr/moustiques-maladies-mayotte-0](https://www.mayotte.ars.sante.fr/moustiques-maladies-mayotte-0)

Figure 6. Répartition des cas de dengue par semaine de début des signes (DDS) selon le statut importé ou acquis localement, Mayotte S01-S24/2024



Rougeole

En 2023, 38 maladies sont à déclaration obligatoire (MDO). Parmi elles, 36 sont des maladies infectieuses et 2 sont non-infectieuses (mésothéliomes et saturnisme chez les enfants mineurs).

La rougeole est une MDO hautement contagieuse et aux complications graves. Elle demeure dans le monde l'un des grands fléaux infectieux. Ainsi, en France, une recrudescence des cas a été observée ces dernières années au cours des années 2018 et 2019 et même si le virus de la rougeole a circulé à bas bruit en 2020-2021 sur tout le territoire, l'émergence de foyers épidémiques est toujours possible, en particulier dans les zones avec une moins bonne couverture vaccinale.

Plus d'informations :

- Santé publique France : [liste des maladies à déclaration obligatoire](#)
- Épidémiologie de la Rougeole : [La rougeole en France : bilan annuel 2023](#)
- Professionnels de santé : [Repère pour votre pratique – Rougeole le risque persiste](#)
- Site de Santé publique France : [Rougeole](#)
- Site Vaccination Info service : [Vaccination contre la rougeole](#)

Définition des cas de rougeole à signaler et à notifier

Critères de signalement :

Critères cliniques

Association d'une fièvre $\geq 38,5$ °C, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

Critères biologiques

- détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole, ou
- séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, ou
- détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire, ou
- culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

A l'issue du signalement et des éléments recueillis lors de la notification, les cas retenus sont classés

Cas clinique : cas présentant les critères cliniques pour lequel il n'y a pas eu d'analyse biologique et qui n'est pas lié épidémiologiquement à un autre cas de rougeole confirmé ou pour lequel les résultats biologiques ne permettent pas d'exclure le diagnostic (ex : prélèvement négatif réalisé en dehors des délais préconisés).

Cas confirmé biologiquement : patient ayant présenté des signes cliniques évocateurs de rougeole et pour lequel un ou plusieurs critères de confirmation biologique sont présents.

Cas confirmé épidémiologiquement : cas qui répond à la définition d'un cas clinique¹ et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé.

Conduite à tenir en cas d'un cas suspect de rougeole

1. **Signaler immédiatement** le cas au Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires (DÉSUS) afin de permettre la mise en place des interventions urgentes (identification des sujets contacts dans l'entourage élargi du patient, recherche active d'autres cas).
2. **Confirmer biologiquement le diagnostic:**
 - PCR (sur prélèvement salivaire de préférence, ou sang total) dans les 5 premiers jours suivant l'éruption
 - Ou sérologie à partir du 6ème jour suivant l'éruption (prélèvement salivaire ou sanguin)
3. **Prévenir et stopper la transmission de la maladie**
 - Recommander l'isolement à domicile pendant toute la durée des symptômes, les mesures d'hygiène courantes, et le port d'un masque pour les déplacements obligatoires ;
 - Recommander l'éviction scolaire et l'éviction d'une collectivité (crèche, halte-garderie...).
 - Recenser les lieux de fréquentation notamment les structures d'accueil petite enfance, milieux de soins... et s'assurer que le patient ne risque pas d'infecter d'autres personnes.
 - Identifier les sujets contacts intra et extrafamiliaux (par ex : autres patients présents dans la salle d'attente en même temps que le cas et 2 heures après) et s'assurer de leur immunité (nés avant 1965, antécédents de rougeole ou statut vaccinal à jour). Une identification rapide des cas contacts permet une vaccination protectrice dans les 72 heures.

Définition des sujets contacts

Parmi les personnes ayant côtoyé le malade pendant sa période de contagiosité (5 jours avant jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption), sont pris en compte :

- ✓ **Les contacts proches** - Entourage familial (personnes de la famille vivant sous le même toit), > Enfants et adultes de la même section en crèche ou en halte-garderie. Enfants et adultes exposés au domicile de garde quand le cas est gardé par une assistante maternelle
 - ✓ **Les contacts dans les autres collectivités** - Toute personne, enfant ou adulte, ayant partagé la même collectivité, notamment : École, collège, lycée, internat, lieu de travail... :
 - ✓ **Les personnes ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade quelle que soit la durée.**
4. **Notifier le cas à l'aide la Fiche de notification Rougeole** au DÉSUS afin de permettre le suivi de la situation épidémiologique et d'adapter les mesures de gestion.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des partenaires qui collectent et nous permettent d'exploiter les données pour réaliser ces surveillances : les médecins généralistes et hospitaliers, les biologistes du laboratoire du CHM et du laboratoire privé, les pharmaciens et médecins sentinelles, les infirmier(e)s du rectorat ainsi que le Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires (DÉSUS) de l'ARS Mayotte, mais aussi le pôle d'appui à distance de Santé publique France et la cellule de Santé publique France à la Réunion.

Équipe de rédaction

Annabelle LAPOSTOLLE, Marion SOLER, Hassani YOUSOUF

Pour nous citer : Bulletin surveillances régionales. Édition Mayotte. 21 Juin 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 12 p., 2024.
Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 21 juin 2024

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr