



Les principales endémies des territoires français ultramarins

Guy La Ruche

Philippe Barboza

Épidémiologistes à l'Institut de veille sanitaire (InVS)

Philippe Quénel

Coordonnateur scientifique de la cellule de l'InVS en régions Antilles-Guyane, Fort-de-France

Henri-Pierre Mallet

Responsable du Bureau de veille sanitaire à la Direction de la santé de Polynésie française, Papeete

Laurent Filleul

Coordonnateur scientifique de la cellule de l'InVS en région La Réunion-Mayotte, Saint-Denis de La Réunion

Jean-Paul Grangeon

Chef du service des actions sanitaires à la Direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie, Nouméa

Guy Lajoinie

Conseiller médical à l'Agence de santé de l'océan Indien, Direction de la délégation de l'île de Mayotte, Mamoudzou

Les départements, collectivités et pays d'outre-mer présentent de grandes disparités géographiques, démographiques et statutaires (tableau 1), mais aussi certaines similarités. À l'exception de Saint-Pierre-et-Miquelon et des terres australes et antarctiques françaises, ils partagent notamment des aspects tropicaux. Pour autant, la plupart des indicateurs de l'état de santé dans les territoires ultramarins sont proches de ceux de la métropole. Ainsi, malgré quelques disparités, l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes y est comparable, sauf à Mayotte où elle reste plus faible. Le taux de mortalité infantile y est cependant plus élevé, notamment à Mayotte (13,5 ‰) et en Guyane (10,4 ‰), qu'en métropole (3,8 ‰).

Un contexte épidémiologique en transition

Comme en métropole, on observe une augmentation importante de l'incidence des pathologies non transmissibles liées aux modes de vie (diabète, obésité, cancers, asthme) ; elles représentent désormais les principales causes de mortalité et leur prise en charge est souvent moins bonne qu'en métropole. Même si les pathologies infectieuses à prévention vaccinale (rougeole...) ou liées à l'hygiène (typhoïde...) sont en régression, avec une situation actuelle souvent comparable à celle de pays développés, certaines pathologies tropicales sont en recrudescence, en particulier les arboviroses : le chikungunya et surtout la dengue. Des pathologies persistent, parfois négligées, dans des contextes écologiques et sociaux propices, par exemple la filariose lymphatique en Polynésie, la lèpre à Mayotte, la maladie de Chagas en Guyane et la leptospirose (notamment à Futuna).

Les gastro-entérites, les infections respiratoires (y compris la tuberculose), les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH-sida, notamment dans les départements français d'Amérique) et certaines maladies tropicales (dengue...) restent néanmoins parmi les principales causes de morbidité. Certaines situations environnementales ont aussi des retentissements sanitaires (pesticides...). Ces aspects entraînent des contrastes saisissants : les carences nutritionnelles côtoient les surcharges pondérales et le diabète à Mayotte ; l'obésité, la problématique de la gestion des déchets et le manque d'accès à de l'eau de qualité cohabitent en Polynésie.

Dans le cadre de ce numéro, seules certaines pathologies transmissibles en recrudescence ou persistantes, liées à la situation tropicale, sont développées. Sans prétendre à un panorama exhaustif de la situation, attardons-nous sur quelques exemples emblématiques.

La dengue et le chikungunya : à la fois menace et réalité

Les virus de la dengue et du chikungunya sont transmis par des moustiques du genre *Aedes*. La dengue est l'arbovirose qui progresse le plus rapidement dans le monde. Il existe quatre sérotypes de virus différents, l'immunité durable induite par un sérotype ne protégeant pas vis-à-vis des autres. Les formes sévères représentent environ 1 % des cas, tandis que les formes peu ou non symptomatiques, fréquentes (jusqu'à 75 %), peuvent contribuer au maintien de la transmission. Le chikungunya, proche cliniquement de la dengue, comporte moins de formes asymptomatiques (environ 15 %). Dans les territoires ultramarins, la surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la dengue et du chikungunya ainsi que la lutte antivectorielle restent des priorités.

La dengue est hyper-endémique dans les Caraïbes

Dans les départements français d'Amérique, la situation initialement de type endémo-épidémique, liée à la circulation d'un seul sérotype sur la même période, a évolué vers une situation hyper-endémique avec une intensification des épidémies, leur rapprochement dans le temps et la circulation concomitante de plusieurs sérotypes. Cette cocirculation favorise l'apparition de formes graves. Au cours des dix dernières années, les Antilles et la Guyane ont connu cinq épidémies importantes liées chacune à la circulation d'un ou deux sérotypes prédominants. Ces épidémies, dont la durée s'étale sur quatre à six mois, peuvent toucher jusqu'à 10 % de la population. La pression sur le système de prise en charge, notamment pédiatrique, peut alors être forte, avec un réel risque d'un débordement des capacités hospitalières. L'année 2010 a été marquée par des épidémies de dengue d'importance historique avec des taux d'attaque de 10 % en Martinique (40 000 cas estimés) et 11 % en Guadeloupe (42 700 cas estimés). L'augmentation du nombre de voyageurs infectés de retour des Antilles vers la métropole a été un des facteurs déterminants de l'établissement d'un cycle de transmission autochtone de dengue à Nice en 2010 [34]. Cette transmission métropolitaine avait été anticipée par le plan anti-dissémination (cf. article d'Yvan Souarès), ce qui a permis d'en limiter l'ampleur.

La dengue est endémo-épidémique dans le Pacifique Sud

Dans les territoires du Pacifique, la circulation de la dengue se fait sur un mode endémo-épidémique : des épidémies surviennent environ tous les cinq ans, liées à l'introduction où la réintroduction d'un seul sérotype, suivies de périodes inter-épidémiques de faible transmission.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Par exemple, en 2001 en Polynésie, une importante épidémie due au sérotype 1 a touché environ 33 000 personnes (16 % de la population). Il s'agissait majoritairement d'enfants nés après la dernière épidémie de dengue de sérotype 1 (survenue en 1988-1989). Cette épidémie a été suivie d'une période de faible circulation virale. En 2006-2007, une nouvelle phase épidémique d'intensité modérée due au même sérotype 1 a affecté notamment les personnes récemment installées. En 2009, l'introduction du sérotype 4 dans la plupart des pays et territoires du Pacifique Sud a occasionné une nouvelle épidémie, touchant près de 25 000 personnes en Polynésie.

La dengue et le chikungunya sont des risques persistants dans l'océan Indien

La présence des moustiques *Aedes* à La Réunion et à Mayotte permet la transmission autochtone des virus de la dengue et du chikungunya en fonction de leur circulation dans la région. En 2005-2006, des épidémies de chikungunya ont touché les îles de l'océan Indien, avec des épidémies majeures à La Réunion et à Mayotte affectant le tiers de la population. À cette occasion, des formes sévères ou chroniques de la maladie, jusque-là méconnues, ont été décrites. Ainsi, la létalité globale a été estimée à 1 pour 1 000; les symptômes articulaires peuvent se prolonger plusieurs mois, voire des années après l'infection.

La persistance d'une circulation à bas bruit de ces arbovirus dans les îles de l'océan Indien expose La Réunion et Mayotte à un risque permanent, avec des conditions propices à la survenue d'épidémies de grande amplitude. Depuis 2006, la transmission du chikungunya à La Réunion et de la dengue à Mayotte est cependant restée limitée.

L'incidence de la leptospirose reste élevée dans les territoires du Pacifique

La leptospirose est une maladie bactérienne endémo-épidémique grave, parfois mortelle. Elle se contracte lors de contacts directs avec des animaux contaminés (éleveurs de porcs, vétérinaires...) ou indirectes avec de l'eau douce souillée par l'urine de ces animaux (par exemple lors de loisirs aquatiques : pêche, baignade, randonnées...). Elle est endémique en zones tempérées, mais l'incidence en zones tropicales, où des épidémies peuvent survenir en saison pluvieuse, est élevée. Les formes cliniques sont variées et le diagnostic différentiel avec d'autres pathologies tropicales n'est pas aisé.

Dans les territoires ultramarins tropicaux, et notamment dans le Pacifique, l'incidence de la leptospirose est supérieure à celle observée en métropole. En Polynésie, le taux d'incidence annuel de la leptospirose est de l'ordre de 30 à 50 pour 100 000 habitants, voire 150/100 000 dans certaines îles. Sur 272 cas diagnostiqués par les laboratoires publics de Tahiti entre 2006 et 2008, 22 % ont nécessité une hospitalisation en service de réanimation et 3 % sont décédés, reflets de la gravité

de la maladie [30]. En Nouvelle-Calédonie, entre 50 et 150 cas par an sont déclarés (taux d'incidence annuel moyen de 20 à 60/100 000).

À Wallis-et-Futuna, la situation est très contrastée. Alors qu'à Wallis la leptospirose est sporadique, on observe depuis 2006 une augmentation du nombre de cas de leptospirose à Futuna, avec des taux d'incidence annuelle supérieurs à 1 %. Cette augmentation a été particulièrement importante en 2008 avec 99 cas rapportés (89 % chez des hommes) pour une population de 4 240 habitants, soit un taux d'incidence considérable de 2,3 %. Certains facteurs comme la densité de l'élevage porcin (plus de 15 000 porcs), les changements récents dans les méthodes d'élevage (parcage près des maisons), l'existence d'une culture maraîchère particulière (tardières irriguées souvent « enrichies » par le lisier des élevages), la présence de rivières propices à la survie de leptospires dans l'environnement et la forte densité de population sur l'étroite bande côtière sont autant d'éléments pouvant contribuer à cette dynamique particulière à Futuna. Dans un tel contexte, le renforcement de la surveillance épidémiologique et l'investigation des cas sont indispensables pour élaborer des mesures de contrôle adéquates.

La filariose lymphatique en Polynésie

La filariose lymphatique est une parasitose à transmission vectorielle souvent asymptomatique. Les formes chroniques peuvent occasionner des éléphantiasis (augmentation du volume d'un membre ou d'une partie du corps causée par une obstruction des voies lymphatiques). Sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un programme d'élimination a été lancé en 1999 dans le Pacifique. La stratégie est fondée sur l'administration annuelle, en une prise, de deux médicaments antiparasitaires à l'ensemble de la population à partir de 2 ans. L'impact de ce programme a été évalué en 2008 en Polynésie, après huit années d'application [43]. Le taux de prévalence de l'antigène filarien dans le sang était globalement de 11 %. Dans tous les archipels, il est bien loin du seuil d'élimination (inférieur à 1 %). Cet échec reflète une couverture médicamenteuse insuffisante et nécessite d'améliorer les campagnes de masse et de développer la lutte antivectorielle.

Le paludisme et la lèpre persistent à Mayotte et en Guyane

Le paludisme reste endémique en Guyane et à Mayotte

La Guyane et Mayotte sont les seuls territoires français où le paludisme est présent à l'état endémique. En Guyane, jusqu'au milieu de la décennie 2000-2010, 4 000 cas de paludisme en moyenne étaient rapportés chaque année, pour moitié dus à *Plasmodium falciparum* et pour moitié à *P. vivax* [13]. Depuis, l'incidence du paludisme connaît une décroissance régulière, liée en grande partie aux programmes de lutte mis en œuvre

Jean-François Yvon

Pharmacien
biologiste au
laboratoire de
biologie médicale,
hôpital de Sia,
Agence de santé des
îles Wallis-et-Futuna,
Mata'Utu

Dominique

Dejour-Salamanca

Marc

Gastellu-Etchegorry

Épidémiologistes
à l'Institut de veille
sanitaire



Les maladies du voyage et d'importation

par les deux pays frontaliers : le Suriname et le Brésil. La distribution géographique en Guyane est hétérogène, avec une prépondérance nette dans les régions fluviales du Haut- Maroni, de l'Oyapock et de l'arrière-pays. Sur le littoral, la transmission est sporadique.

À Mayotte, environ 400 à 500 accès palustres, dus à *P. falciparum* dans 9 cas sur 10, sont rapportés chaque année; 20 à 40 % sont autochtones. Si l'incidence du paludisme a diminué de 4,5/1 000 habitants en 2003 à 2/1 000 en 2009, la transmission reste particulièrement active au nord de la Grande-Terre.

Aux Antilles et à La Réunion, il existe un risque faible mais non négligeable de réintroduction du paludisme du fait de la présence de vecteurs compétents (moustiques du genre Anophèle) et de l'importation de cas notamment à partir des zones impaludées voisines, justifiant les mesures de lutte antivectorielle autour de tout cas déclaré.

La lèpre, en recul, n'a cependant pas disparu

L'accès élargi aux polychimiothérapies a permis une décroissance importante des nouveaux cas de lèpre détectés dans le monde, y compris dans les territoires ultramarins [33]. Cependant, certains territoires comme Mayotte et la Guyane restent vulnérables à une recrudescence de cette maladie bactérienne, que ce soit à partir de cas autochtones ou de patients migrants issus de pays d'endémie avec lesquels les liens géographiques ou culturels sont proches.

Avec un taux de prévalence de 6 cas pour 10 000 habitants fin 2008, Mayotte est une zone endémique si l'on se réfère à la définition de l'OMS (qui considère l'élimination de la lèpre en deçà d'une prévalence de 1/10 000). Entre 1999 et 2005, environ 50 nouveaux

cas par an ont été détectés, dont 56 % chez des migrants (principalement Comoriens) et 44 % de cas autochtones. L'existence d'une forte proportion de formes multibacillaires contagieuses (43 %) et le pourcentage important d'enfants de moins de 15 ans parmi les cas autochtones (28 %) témoignent d'un niveau de transmission toujours élevé de la maladie.

La Guyane rapporte une vingtaine de nouveaux cas par an et le taux de prévalence de la lèpre est d'environ 0,4/10 000. On constate une augmentation des cas détectés chez des migrants brésiliens. La proximité immédiate et les nombreux échanges avec le Brésil, pays de forte prévalence, mettent la Guyane dans une situation de recrudescence potentielle de la maladie.

Conclusion

Si l'offre de soins est de bonne qualité, l'accès aux soins est inégal en fonction des aires géographiques et des populations, notamment à Mayotte et en Guyane, ou en raison de l'éloignement (Wallis-et-Futuna, certains archipels de Polynésie). Les mouvements de population, parfois importants, liés au tourisme et aux migrations accroissent le risque d'importation de nouveaux agents. Les conditions climatiques, d'hygiène et d'assainissement, la présence de vecteurs compétents et, dans certains territoires, l'insuffisance de systèmes d'alerte rendent plausible l'installation durable d'un cycle local de transmission. La présence de multiples vecteurs (essentiellement des moustiques) fait courir le risque d'émergence d'autres maladies comme la fièvre de la vallée du Rift ou la fièvre jaune, ou d'atteinte de territoires auparavant indemnes comme la circulation locale du virus chikungunya en Nouvelle-Calédonie en 2011. ✈️

tableau 1

Les territoires français ultramarins

Région	Territoire	Population	Nombre d'îles habitées	Superficie (km ²)	Statut*
Amériques	Martinique	399 000	1	1 128	DOM
	Guadeloupe	404 000	6	1 628	DOM
	Saint-Barthélemy	8 400	1	25	COM
	Saint-Martin	36 000	1	53	COM
	Guyane	226 000	-	83 846	DOM
	Saint-Pierre-et-Miquelon	6 100	3	242	COM
Océan Indien	La Réunion	808 000	1	2 512	DOM
	Mayotte	186 000	2	376	DOM
	TAAF **	140	0	7 829	COM
Pacifique	Nouvelle-Calédonie	250 000	7	18 576	POM
	Polynésie française	270 000	67	4 167	POM
	Wallis-et-Futuna	13 500	2	124	COM

* DOM : départements d'outre-mer; COM : collectivités d'outre-mer; POM : pays d'outre-mer. Depuis le 31 mars 2011, Mayotte est devenu le 5^e DOM.

** Terres australes et antarctiques françaises, sans population permanente.