

Surveillance épidémiologique du paludisme à Mayotte, bilan 2010 et janvier – avril 2011

Point épidémiologique - N° 21 au 12 mai 2011

Surveillance épidémiologique

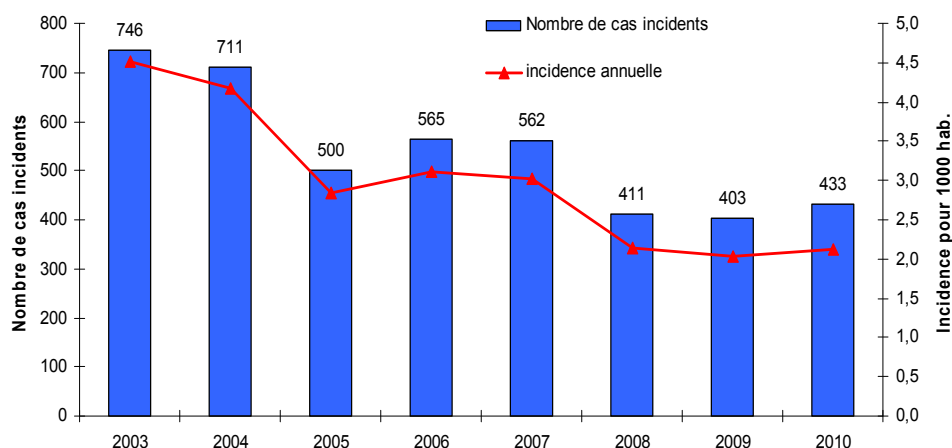
A Mayotte, la surveillance du paludisme repose sur la déclaration des cas par le laboratoire du CHM, les médecins et le pôle Santé Publique du CHM à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'Agence de Santé Océan Indien (ARS-OI, anciennement Dass), délégation de Mayotte. Chaque déclaration fait l'objet d'une investigation épidémiologique par le service de la lutte anti-vectorielle (LAV). L'analyse des données et la retro-information sont assurées par la Cire océan Indien.

Résultats

| Bilan 2010 |

Au total, **433 nouveaux cas** confirmés de paludisme ont été signalés à la plateforme de veille et d'urgence sanitaires de l'ARS-OI au cours de l'année 2010 soit une incidence annuelle estimée de 2,1 cas pour 1000 habitants. Parmi les 433 cas de paludisme, **160 étaient autochtones (37%), 236 étaient importés (55%)** et 37 étaient non déterminés (8%). Depuis 2008, le nombre de cas de paludisme confirmés reste stable (figure 1).

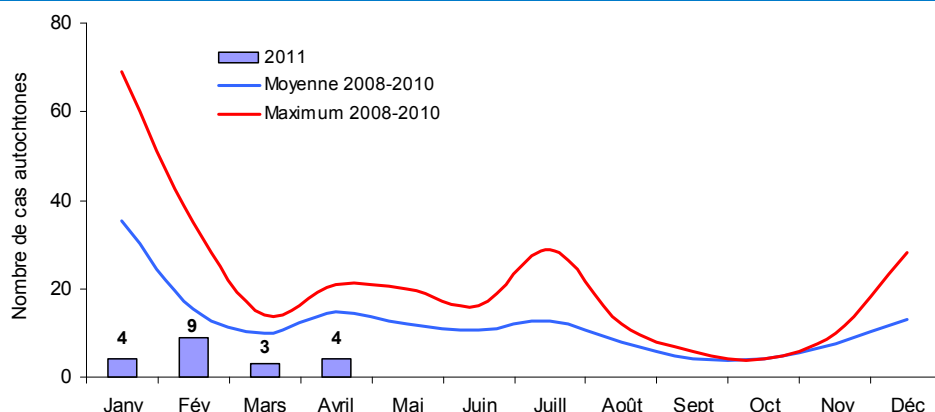
| Figure 1 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence du paludisme à Mayotte, 2003-2010



| Tendances évolutives : janvier-avril 2011 |

Au cours des semaines 1 à 16, un total de **61 nouveaux cas** confirmés de paludisme a été signalé à l'ARS-OI délégation de Mayotte, très inférieur à celui déclaré (n=195) en 2010 à la même période. Depuis le début d'année 2011, le nombre de cas autochtones observé (n=20) est largement en dessous des moyennes de ces trois dernières années (figure 2).

| Figure 2 | Nombre de cas de paludisme autochtone de janvier à avril 2011, moyenne annuelles et maximas 2008-2010 (n=20)



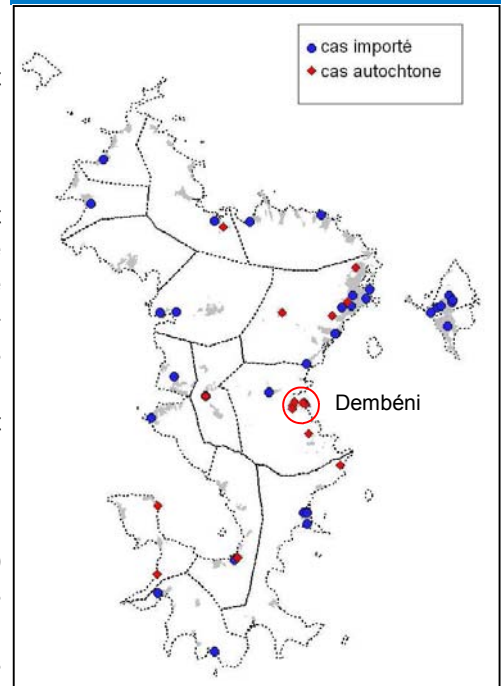
| Origine de l'infection : janvier-avril 2011 |

Parmi l'ensemble des cas signalés entre janvier et avril 2011, **20 étaient autochtones** (33%), **37 importés** (61%) et 4 non déterminés (6%). La répartition de l'origine des cas est comparable à celle observée en 2010 pour la même période. Parmi les cas importés dont l'information était disponible, 17 d'entre eux ont rapporté un séjour en Grande Comore (47%), 14 cas à Anjouan (39%), 3 cas à Madagascar (8%), un cas à Mohéli (3%) et un autre de Tanzanie (3%).

| Répartition géographique des cas : janvier-avril

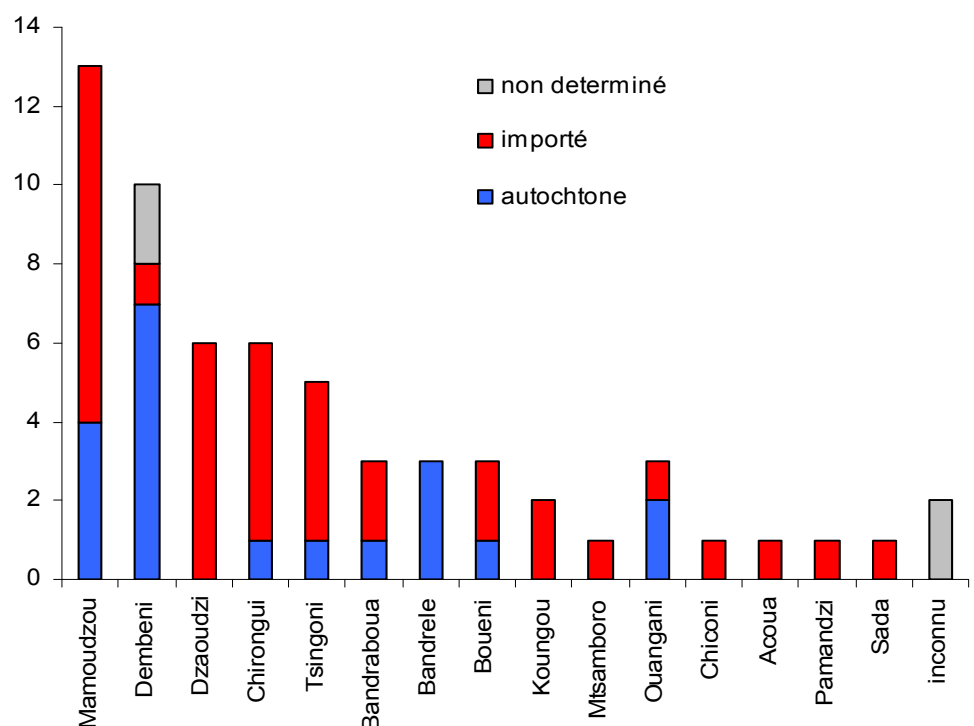
Les cas étaient répartis sur l'ensemble de l'île avec plus de la moitié des cas (48%) survenue dans trois communes : Mamoudzou (n=13), Dembéné (n=10) et Dzaoudzi (n=6) (figure 3 et 4). A Dzaoudzi et Mamoudzou, la grande majorité des cas étaient des cas importés de paludisme. A Dembéné, un foyer de transmission autochtone (n=7) a été identifié au sein d'une population en situation irrégulière se reliant pour la nuit dans la forêt voisine. Dans la commune d'Ouangani, un foyer (n=3) a été identifié avec une notion d'une transmission secondaire intrafamiliale. A Brandélé, 3 cas autochtones ont été identifiés dont 2 au sein du même village (Hamouro) avec également une notion de cas dans l'entourage familial. Depuis janvier 2011, le faible nombre de cas observé dans la commune de Bandraboua (n=3 contre 48 à la même période en 2010) semble indiquer une action efficace des moustiquaires imprégnées distribuées en fin d'année 2010 par le service de LAV dans plusieurs villages de ce secteur.

| Figure 3 | Répartition géographique des cas de paludisme autochtones et importés, janvier-avril 2011 (n=61)



Source : service de LAV, ARS OI, délégation de Mayotte

| Figure 4 | Répartition des cas de paludisme autochtones et importés par commune de résidence, janvier-avril 2011 (n=61)



Bilan 2010

- 433 cas de paludisme déclarés
- Incidence annuelle de 2,1 cas / 1000 habitants équivalente aux deux années précédentes

Entre janvier et avril 2011 (semaines 1 à 16)

- 61 nouveaux cas de paludisme dont 20 cas autochtones
- Diminution importante du nombre de cas par rapport à l'année dernière à la même période
- Baisse considérable du nombre de cas autochtones dans la commune de Bandraboua par rapport aux années précédentes

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

Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, Av. G. Brassens
97400 Saint Denis La Réunion
Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24
Fax : 262 (0)2 62 93 94 57

Contacts à Mayotte :
Tinne Lernout
tinne.lernout@ars.sante.fr
Lydéric Aubert
lyderic.aubert@ars.sante.fr

Tél : 0269 618343

<http://www.invs.sante.fr>
<http://ars.ocean-indien.sante.fr/La-Cellule-de-l-InVS-en-Region.88881.0.html>

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à :
ars-oi-cire@ars.sante.fr

| Caractéristiques des cas : janvier-avril 2011 |

Entre janvier et avril 2011, la majorité des cas était des hommes (sexe-ratio H/F de 2,4 contre 1,5 à la même période en 2010). La proportion plus importante d'homme ces premières semaines par rapport à l'année dernière est probablement due au foyer à Dombéni. L'âge médian des cas était de 29 ans [1-62].

La classe d'âge des 15-39 ans apparaissait la plus touchée (43%) comme l'année dernière à la même période (53%), les enfants de moins de 15 ans représentaient près d'un tiers des cas (27%) équivalent à l'année dernière (31%) et les cas âgés de plus de 40 ans représentent 30% des cas de paludisme supérieure à la proportion observée l'année dernière à la même période (tableau 1).

| Tableau 1 | Nombre de cas de paludisme par classes d'âges, janvier avril 2011 et janvier avril 2010

classes d'âges	Janvier-avril 2011		Janvier-avril 2010	
	Nombre de cas*	% de cas	Nombre de cas	% de cas
0-14 ans	16	27	60	31
15-39 ans	26	43	103	53
≥ 40 ans	18	30	32	16
Total	60	100	195	100

* donnée manquante pour un cas

P. falciparum a été isolé dans 79 % des cas, *P. vivax* dans 8 % des cas et *P. malariae* dans 2% des cas; l'information était indisponible dans 11% des cas. Parmi les cas dont l'information était disponible, 6 cas (10%) ont été hospitalisés dont un cas en réanimation pour insuffisance rénale de retour de Tanzanie. Quand l'information était disponible, le Riamet® reste le traitement curatif de premier choix administré dans la grande majorité des cas (82 %). La Quinine a été prescrit dans 13 % des cas et 5% des cas ont reçu un autre traitement.

Conclusion

Dans la lutte contre la paludisme, le service de lutte anti-vectorielle a démarré en octobre 2010 un programme de distribution et d'installation de moustiquaires imprégnées à Dzoumogné dans la commune de Bandraboua, zone où des foyers autochtones étaient persistants encore l'année dernière. Ce programme a probablement contribué au faible nombre de cas identifiés dans cette commune durant ces premiers mois de l'année 2011.

Entre janvier et avril 2011, le nombre de cas déclarés sur l'ensemble de l'île est très inférieur par rapport aux années précédentes à la même période. Des foyers temporaires apparaissent néanmoins de manière aléatoire sur l'île rappelant que le paludisme reste une maladie endémique et pour lequel des actions de lutte et de prévention sont encore nécessaires.

| Définition de cas |

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 (2ème et 3ème semaines précédant l'accès palustre).

MERCI DE SIGNALER TOUT CAS DE PALUDISME A LA PLATEFORME DE VEILLE ET D'URGENCES SANITAIRES

(point unique de réception et de traitement des signaux sanitaires)

Fax : 0269 61 83 21

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

Remerciements

Ce point est réalisé à partir des données recueillies par la CVAGS de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS-OI (H. Mourtadhoi, A. Achirafi), le service de la LAV de l'ARS-OI, délégation de Mayotte (F. Oiladi, B. Zumbo, P. Binder, J. Thiria et les équipes mobiles) et le pôle Santé Publique du CHM (E. Durquety). Nous remercions, pour les notifications, tous les médecins cliniciens et le laboratoire du CHM.