

Surveillance épidémiologique du paludisme à Mayotte Bilan de l'année 2009

Point épidémiologique N° 02 au 05/03/2010

CONTEXTE

A Mayotte, le paludisme est une maladie endémique. Le climat chaud et humide de l'île favorise la présence du moustique vecteur. Depuis plusieurs années, la lutte contre le paludisme à Mayotte a été intensifiée par un renforcement de la lutte antivectorielle et par la mise en place de la déclaration obligatoire de cette pathologie en 2001. Ainsi, depuis cette date, les professionnels de santé doivent déclarer aux autorités sanitaires toute personne chez qui la maladie a été diagnostiquée.

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

| Définition de cas |

Un cas confirmé de paludisme est défini par la présence de *Plasmodium* au frottis sanguin ou à la goutte épaisse ou par un test de diagnostic rapide (Optimal®) positif.

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 (Comores, Madagascar, ...) pendant la période présumée de contamination (2^{ème} et 3^{ème} semaines précédant l'accès palustre).

| Système de surveillance |

A Mayotte, la surveillance du paludisme repose sur :

- la déclaration de cas **par les médecins** (hospitaliers et libéraux), via une fiche de notification spécifique à faxer à la Cellule de Veille Sanitaire (CVS) de la Dass de Mayotte (Direction des affaires sanitaires et sociales)
- la déclaration des cas confirmés **par le laboratoire** du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et le laboratoire privé de Mayotte par fax ou par mail à la CVS

Toutes les déclarations des cas sont transmises au service de la LAV (lutte anti-vectorielle) de la Dass de Mayotte. Leurs équipes mobiles se rendent alors au domicile du cas pour déterminer l'origine de l'infection, géoréférencer le lieu, rechercher d'éventuels cas secondaires et réaliser un traitement intra-domiciliaire et un traitement des gîtes larvaires.

RESULTATS

En 2009, 399 cas de paludisme ont été signalés dont 77% (310 cas) par le laboratoire du CHM. Parmi les dispensaires, ceux déclarant le plus de cas sont ceux de Bandraboua (76 cas soit 19%) et de Mramadoudou (26 cas soit 6%). Les services des urgences du CHM sont également des déclarants importants (69 cas déclarés aux urgences soit 17%). Quatre cas ont été déclarés par les médecins libéraux (contre 1 seul en 2008).

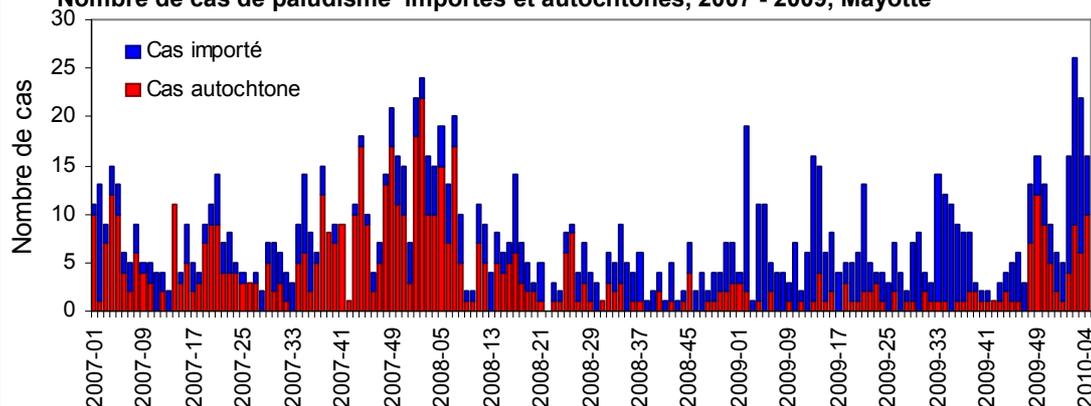
Au total, 38% des cas ont été déclarés conjointement par les médecins et le laboratoire du CHM.

| Répartition au cours du temps |

La figure 1 représente la répartition des cas de paludisme importés et autochtones de 2007 à 2009.

| Figure 1 |

Nombre de cas de paludisme importés et autochtones, 2007 - 2009, Mayotte

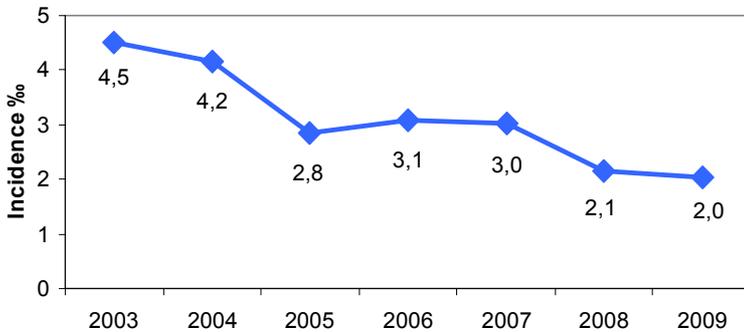


Après un pic épidémique en début d'année 2008, le nombre de cas autochtones restait faible jusqu'à une recrudescence en fin d'année 2009, avant les vacances de décembre. Cette augmentation correspond à un foyer de cas autochtones survenu dans la commune de Bandraboua. Au cours de l'année 2009, plusieurs augmentations importantes ont été observées et correspondent généralement à des cas importés au retour des vacances scolaires (Figure 1).

Le nombre de cas autochtones sur l'île a baissé de plus de 600 cas en 2003 à 88 cas en 2009. Le nombre de cas de paludisme importés a augmenté de 117 cas en 2003 (11% du total des cas) à 268 en 2009 (67% du total des cas).

| Figure 2 |

Évolution de l'incidence du paludisme, 2003 - 2009, Mayotte



Lorsque l'on rapporte le nombre total de cas à la population mahoraise, on observe une diminution de l'incidence globale du paludisme à Mayotte, passant de 4,5 pour 1000 habitants en 2003, à 2,0% en 2009 (Figure 2).

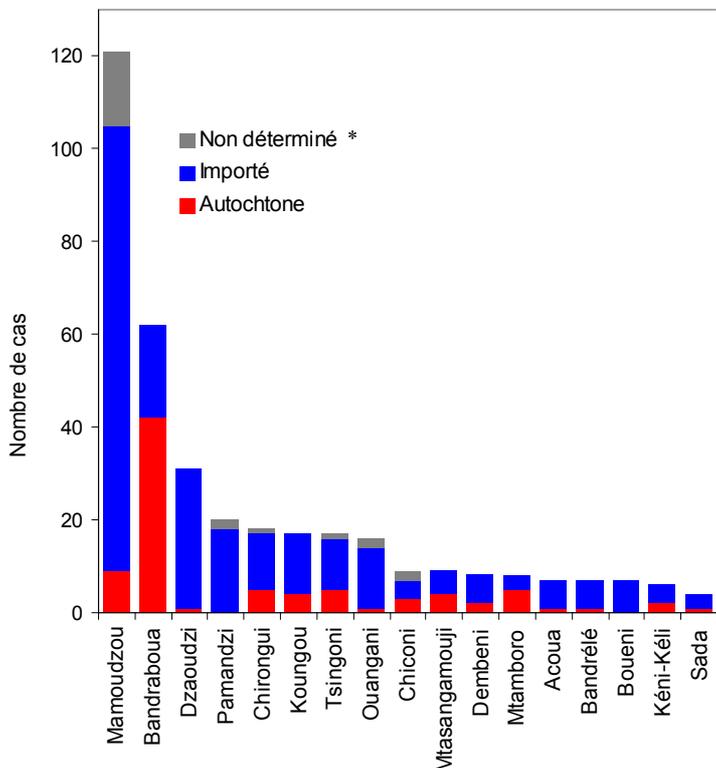
| Répartition géographique et origine de l'infection |

En 2009, parmi les 356 cas pour lesquels l'origine de l'infection était connue, 25% étaient des cas autochtones (n = 88) et 75% des personnes malades ont été infectées lors d'un voyage à l'étranger (268 cas importés), principalement aux Comores (95%).

Les cas de paludisme sont répartis dans toute l'île avec un foyer prédominant et persistant de cas autochtones au nord ; la commune de Bandraboua compte à elle seule 48% (n = 42) des cas autochtones, dont 81% ont été infectés à Dzoumogné et à Bouyouni (Figure 3 et 4). La commune de Mamoudzou compte le plus grand nombre de cas importés de l'île.

| Figure 3 |

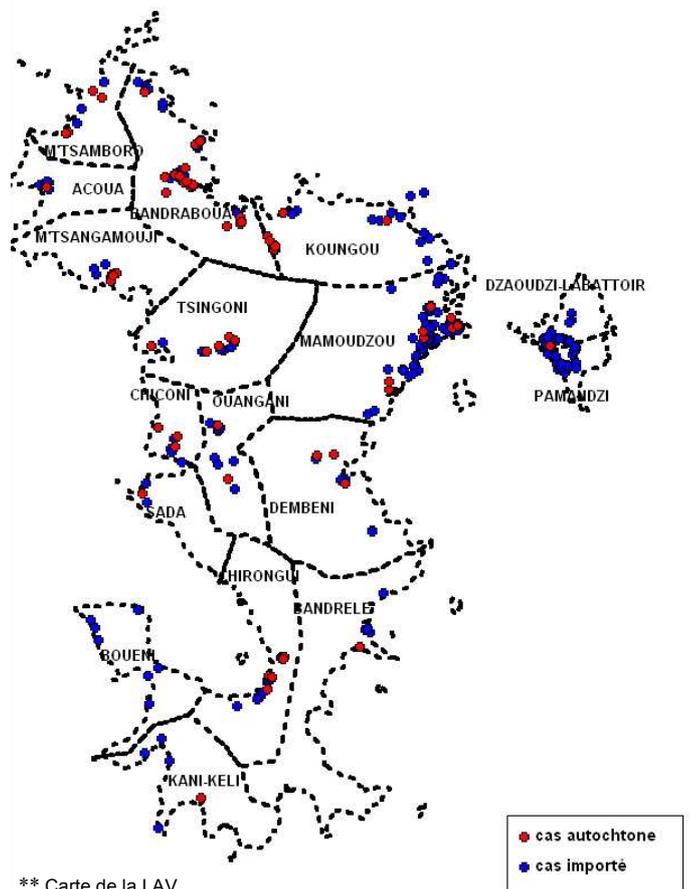
Répartition des cas de paludisme autochtones et importés selon la commune, année 2009, Mayotte (n = 367)



* Personne non retrouvée

| Figure 4 |

Répartition géographique des cas de paludisme autochtones et importés, année 2009, Mayotte **



** Carte de la LAV

Description des cas

L'âge était connu pour 394 cas. La moitié des cas (198) était âgée de 15 à 39 ans (61% des cas autochtones étaient dans cette catégorie d'âge), 14% avaient moins de 5 ans et 18% étaient des enfants de 5 à 14 ans (Tableau 1).

Tableau 1

Nombre de cas de paludisme et taux d'incidence selon l'âge, année 2009, Mayotte

	Nombre de cas	Cas /1000 habitants
0 - 14 ans	125	1,4
15 - 39 ans	198	2,6
>= 40 ans	71	2,2
Total	394	2,0

Plus de la moitié des personnes touchées était des hommes (57%), soit un sex-ratio homme/femme de 1,3. Parmi les femmes pour lesquelles cette information était disponible (51%), 13% étaient enceintes (soit 11 femmes enceintes sur 88), une seule était un cas autochtone.

Sur les 381 cas pour lesquels le type de plasmodium a pu être déterminé, l'espèce plasmodiale la plus fréquente était *P. falciparum* (88%). *P. malariae* était retrouvé chez 30 cas (8%), *P. vivax* chez 13 cas (3%) et 3 cas étaient dus au *P. ovale* (1%). Comparé aux années précédentes, le nombre de cas dus aux *P. malariae* et *P. vivax* est en augmentation, alors que l'espèce *P. ovale* apparaît sur l'île de Mayotte.

Parmi les 175 malades pour lesquels l'information était disponible, 30 personnes (17%) ont été hospitalisées dont 3 en service de réanimation. Parmi les personnes hospitalisées, 17% étaient des enfants de moins de 5 ans. On compte, notamment, 3 paludismes avec des signes neurologiques et 1 personne avec une insuffisance rénale. Aucun décès n'a été signalé.

Le type de traitement prescrit était disponible pour 59% des cas seulement. Parmi ceux-ci, 198 patients (85%) ont reçu du Riamet®, en accord avec les recommandations établies depuis 2007, 27 patients (11%) ont reçu de la quinine (injection ou comprimé) et 1 personne a reçu du Lariam®.

CONCLUSIONS

Malgré une diminution progressive de l'incidence du paludisme autochtone à Mayotte, le risque de recrudescence est réel, notamment au nord de l'île où des foyers de cas autochtones localisés ont été observés. De nombreuses interrogations subsistent quant à la survenue de ces cas autochtones (résistance des moustiques aux différents traitements, mauvaise adhérence des insecticides à la structure des habitations, ...). Des travaux de recherches ont été initiés par le service de la lutte anti-vectorielle afin d'apporter des éléments de réponse à ces questions.

L'augmentation du nombre de cas importés à Mayotte incite les autorités sanitaires à renforcer les conseils aux voyageurs, mais également à aborder la lutte contre le paludisme dans sa dimension internationale. Enfin, la maladie circulant de manière endémique sur l'île, il est primordial de continuer la surveillance afin d'évaluer l'action de la lutte anti-vectorielle, de formuler des recommandations de prévention aux habitants de l'île et aux voyageurs et de détecter les cas d'échecs thérapeutiques et les cas de résistance aux traitements.

REMERCIEMENTS

Ce point est réalisé à partir des données recueillies par la CVS (H. Ali Madi, A. Achi-rafi), la LAV de la Dass de Mayotte (F. Oiladi, B. Zumbo, P. Binder, J. Thiria et les équipes mobiles). Nous remercions, pour les notifications, tous les médecins cliniciens, le laboratoire du CHM et le pôle Santé Publique du CHM.

En 2009 :

- 399 cas de paludisme déclarés
- Diminution du nombre de cas autochtones
- Augmentation du nombre de cas importés
- Foyer de transmission persistant dans la commune de Bandraboua

Directeur de la publication :
Dr Françoise Weber, Directrice
Générale de l'InVS

Rédacteur en chef:
Laurent Filleul, Coordonnateur
de la Cire Réunion Mayotte

Comité de rédaction :
Emilie Maltaverne
Tinne Lernout
Eric D'Ortenzio

Diffusion
Cire Réunion-Mayotte
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
<http://www.invs.sante.fr>

Contact à Mayotte :
Emilie Maltaverne,
Cire Réunion-Mayotte
Tél : 02 69 61 83 20
emilie.maltaverne@sante.gouv.fr