

Surveillance du paludisme à Mayotte, de mai à septembre 2011

Point épidémiologique N° 45 au 3 octobre 2011

Surveillance épidémiologique

A Mayotte, la surveillance du paludisme repose sur la déclaration des cas par le laboratoire du CHM, le pôle Santé Publique du CHM et les médecins de l'île à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'Agence de santé océan Indien (ARS-OI), 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.

| Définition de cas |

Un 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. Une infection chez une personne ayant séjourné dans une zone de transmission du paludisme extérieure à Mayotte pendant la période présumée de contamination (2^{ème} et 3^{ème} semaines précédant l'accès palustre) est considérée comme paludisme d'importation. Les personnes malades n'ayant pas voyagé sont des cas autochtones.

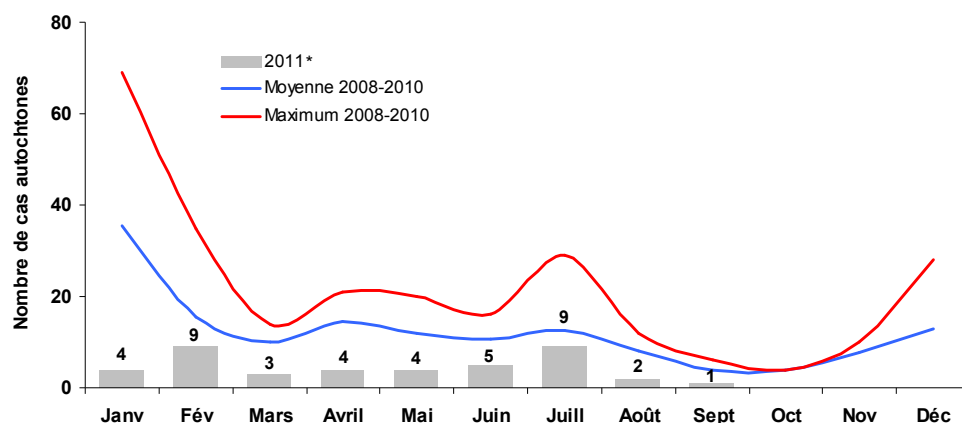
Résultats

| Tendances : mai-septembre 2011 |

Au cours des semaines 17 à 39 (mai à septembre 2011), un total de **31 nouveaux cas** confirmés de paludisme a été signalé à l'ARS-OI délégation de Mayotte, très inférieur au nombre déclaré (n=200) en 2010 à la même période.

Au total, **92 nouveaux cas** confirmés de paludisme ont été signalés depuis le début de l'année 2011. Depuis janvier 2011, le **nombre de cas autochtones** observé (n=41) est largement en dessous des moyennes des trois dernières années (Figure 1).

| Figure 1 | Nombre de cas de paludisme autochtone de janvier à septembre 2011 (n=41), moyenne annuelle et maximum 2008-2010



* janvier-septembre 2011

| Caractéristiques des cas : mai-septembre 2011 |

Entre mai et septembre 2011, la majorité des cas sont des hommes (sexe-ratio H/F de 2,1 contre 1,5 à la même période en 2010). L'âge médian des cas est de 18 ans [1-68]. La classe d'âge des 15-39 ans apparaît plus touchée (60%) par rapport à l'année dernière et les enfants de moins de 15 ans représentent près d'un tiers des cas (30%) ce qui est comparable à l'année 2010 (tableau 1).

Parmi les 23 patients pour lesquels l'information est disponible, 2 ont présenté des signes neurologiques et 2 autres une anémie. Quatre personnes ont été hospitalisées (20%), dont une femme enceinte. Aucun décès n'a été enregistré depuis 2007.

Le Riamet® reste le traitement curatif de premier choix administré dans la grande majorité des cas (90 % des cas pour lesquels le traitement est connu). La Quinine a été prescrite dans 10 % des cas.

Le **type de plasmodium** identifié était le *P. falciparum* dans la quasi-totalité des cas (n=29), *P. vivax* chez un cas et *P. malariae* chez un autre cas.

Tableau 1 | Nombre de cas de paludisme par classe d'âge, mai-septembre 2011 et mai-septembre 2010

classes d'âges	Mai-septembre 2011		Mai-septembre 2010	
	Nombre de cas*	%	Nombre de cas	%
0-14 ans	9	30	64	32
15-39 ans	18	60	94	47
≥ 40 ans	3	10	42	21
Total	30	100	200	100

*donnée manquante pour un cas

Répartition géographique : mai-septembre 2011 |

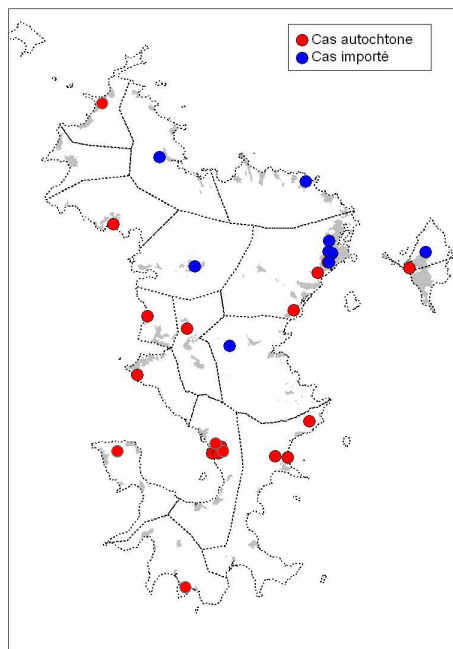
Les cas de paludisme survenus entre les semaines 17 et 39 sont répartis sur l'ensemble de l'île. La majorité d'entre eux sont des cas isolés (Figure 2).

Néanmoins, un foyer de cas autochtones (n=8) dans la commune de Chirongui a été identifié au cours des mois de juin et de juillet 2011. Cette transmission autochtone a été mise en évidence dans le village de Miréréni au sein d'une famille et des voisins proches.

Les interventions des équipes de la LAV ont permis de maîtriser ce foyer.

Depuis l'installation fin 2010 de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MIILD) dans les villages de la commune de Bandraboua les plus touchées par le paludisme, aucun cas autochtone n'y a été identifié.

La majorité des cas importés est concentrée sur le Grand Mamoudzou (58%).



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

Figure 2 (ci-contre) | Répartition géographique des cas de paludisme autochtones et importés, mai-septembre 2011 (n=30)

Origine de l'infection : mai-septembre 2011 |

Entre mai et septembre 2011, **21 étaient autochtones** (68%), **9 importés** (29%) et 1 non déterminé (3%). Cette répartition est inversée par rapport à celle observée en 2010 pour la même période (38% de cas autochtones en 2010 contre 68% en 2011) ce qui est principalement dû à l'identification du foyer autochtone de Miréréni.

Parmi les cas importés, six personnes ont rapporté un séjour en **Grande Comores** (67%), une à Anjouan (11%), une à Mohéli (11%) et une autre à Madagascar (11%).

Conclusion

Entre mai et septembre 2011, le nombre de cas déclarés sur l'ensemble de l'île est très inférieur par rapport aux années précédentes à la même période. Depuis la mise en place de la surveillance, le nombre de cas n'a jamais été aussi faible.

Des foyers temporaires apparaissent néanmoins de manière aléatoire sur l'île rappelant que le paludisme reste une maladie endémique pour laquelle des actions de lutte et de prévention sont encore nécessaires.

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)

Tel : 0269 61 83 20

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 (H. Mourtadhoi, A. Achirafi) et le service de la LAV de l'ARS-OI, délégation de Mayotte (F. Oiladi, B. Zumbo, P. Binder, J. Thiria et les équipes mobiles) ainsi que le pôle Santé Publique du CHM (O. Maillard). Nous remercions, pour les notifications, tous les médecins cliniciens et le laboratoire du CHM.

Points clés

Entre mai et septembre 2011

(semaines 17 à 39)

- 31 nouveaux cas de paludisme dont 21 cas autochtones
- Identification d'un foyer de transmission autochtone au sein un village de Chirongui
- Diminution considérable du nombre de cas signalés par rapport aux années antérieures

Fiche de notification obligatoire spécifique à Mayotte:

Demande à faire auprès du secrétariat de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires

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

Tél : 0269 61 83 14

<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