

COLLECTIVITE DEPARTEMENTALE DE MAYOTTE

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

Mamoudzou le 12 avril 2006

PREFECTURE DE MAYOTTE

Le Médecin Inspecteur de Santé
Publique

DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE MAYOTTE

A
InVS
CIRE
s/c DASS de Mayotte

Service : Inspection de la santé

Affaire suivie par : Dr Marie-Anne SANQUER

Téléphone : 61 83 05

Ref : DASS /IS/06MAS /MAS/n°

Chikungunya à Mayotte

Point épidémiologique hebdomadaire pour la semaine 14 (3-10 avril 2006)

*Préparé à partir des données transmises par les professionnels de santé
Traitement effectué respectivement par l'Inspection de la santé de la DASS
et la cellule épidémiologique du CHM*

Nota : le PEH de la semaine 13 n'a pas pu être réalisé pour cas de force majeure. Ce point rattrape certaines informations.

1- Principaux indicateurs semaine 14

Nombre de nouveaux cas suspects déclarés en semaine 13 : 604

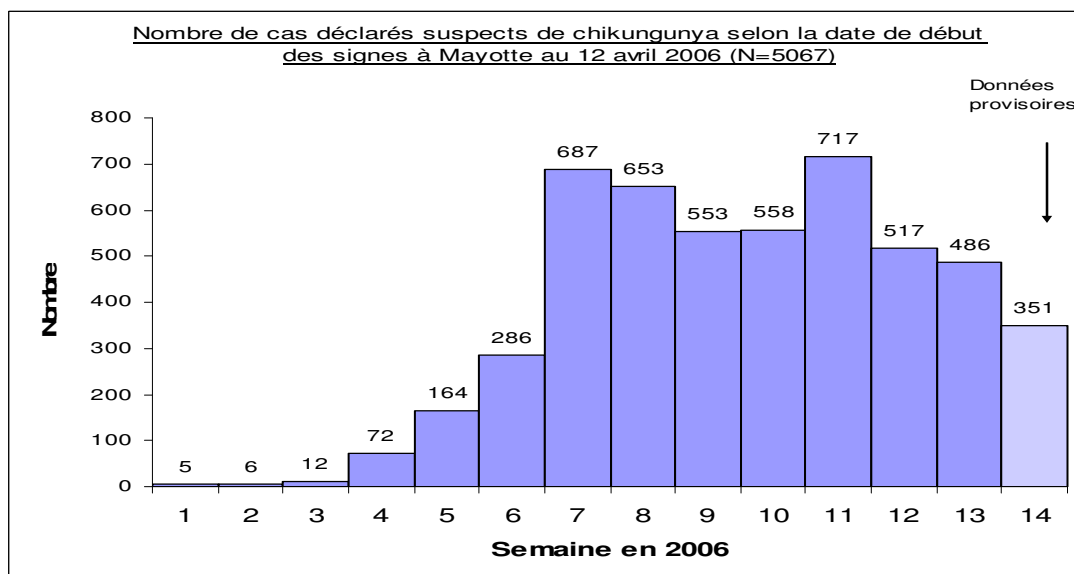
Nombre de nouveaux cas suspects déclarés en semaine 14 : 430

Nombre de cas cumulés en fin de semaine 14 (9 avril inclus) : 5339

Taux d'attaque cumulé pour la période 1er janvier – 10 avril 2006 : 3.33 %

2- Courbe épidémique

Figure 1.



Nota 1 : exceptionnellement les cas cliniques qui ont été déclarés à la DASS en début de semaine 15, mais qui sont à réaffecter à la courbe épidémique de la semaine 14, ont été intégrés dans la courbe (soit 136 cas).

Nota 2 : l'allure descendante de la courbe mérite une validation par rapport à la situation réelle sur le terrain. En effet, le processus déclaratif s'appuie sur la fréquentation des structures de soins par la population. Or, d'autres modes de recours (pharmacopée traditionnelle exclusive) semblent de plus en plus utilisés par les habitants.

3- Distribution des cas par âge et par sexe

Sexe ratio hommes / femmes : 0,90

Figure 2.

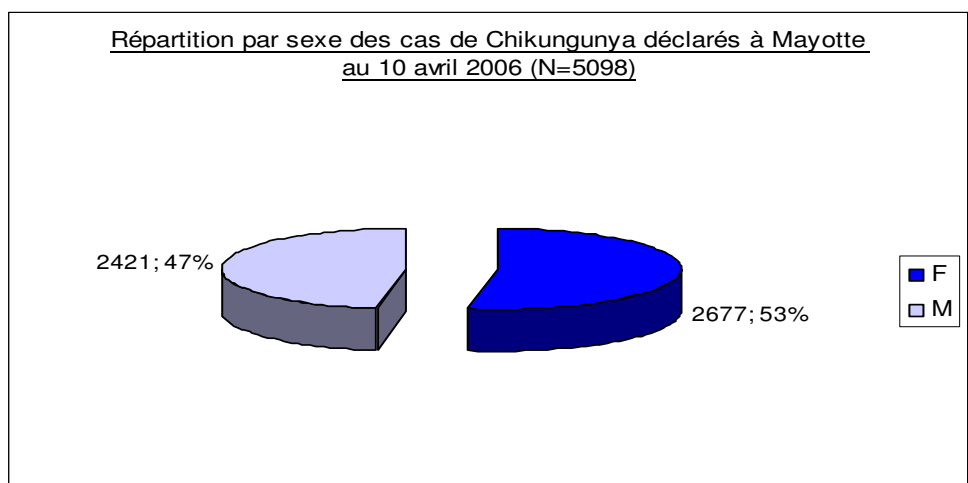


Figure 3.

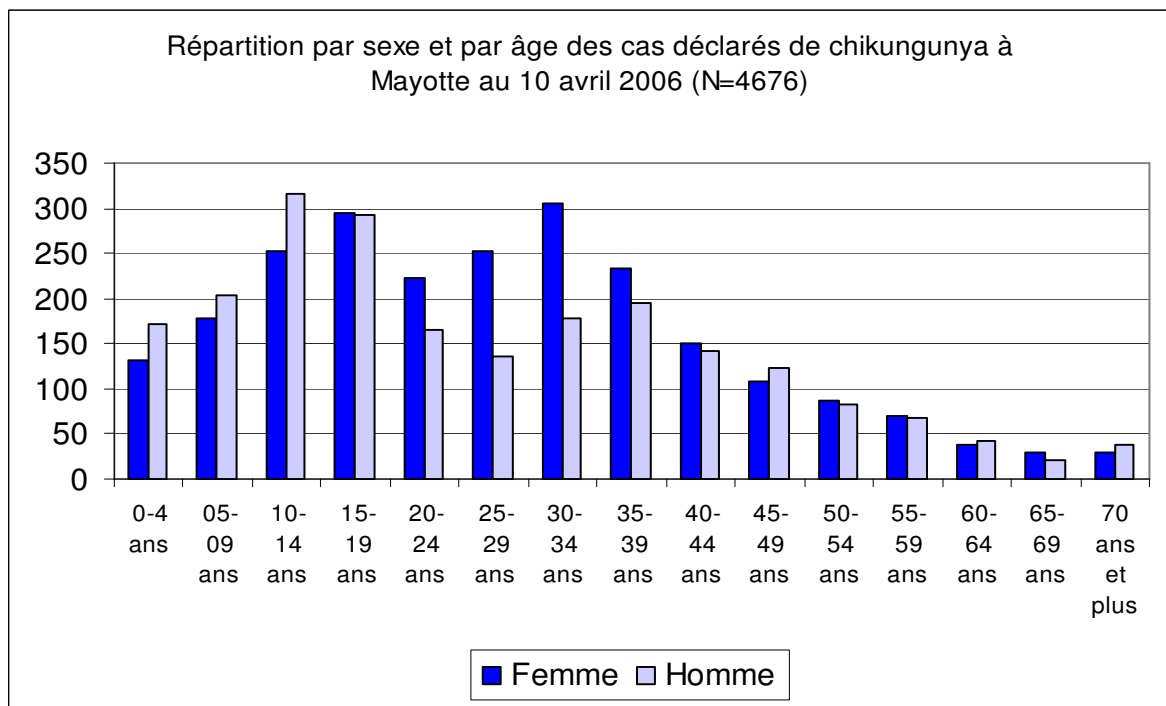


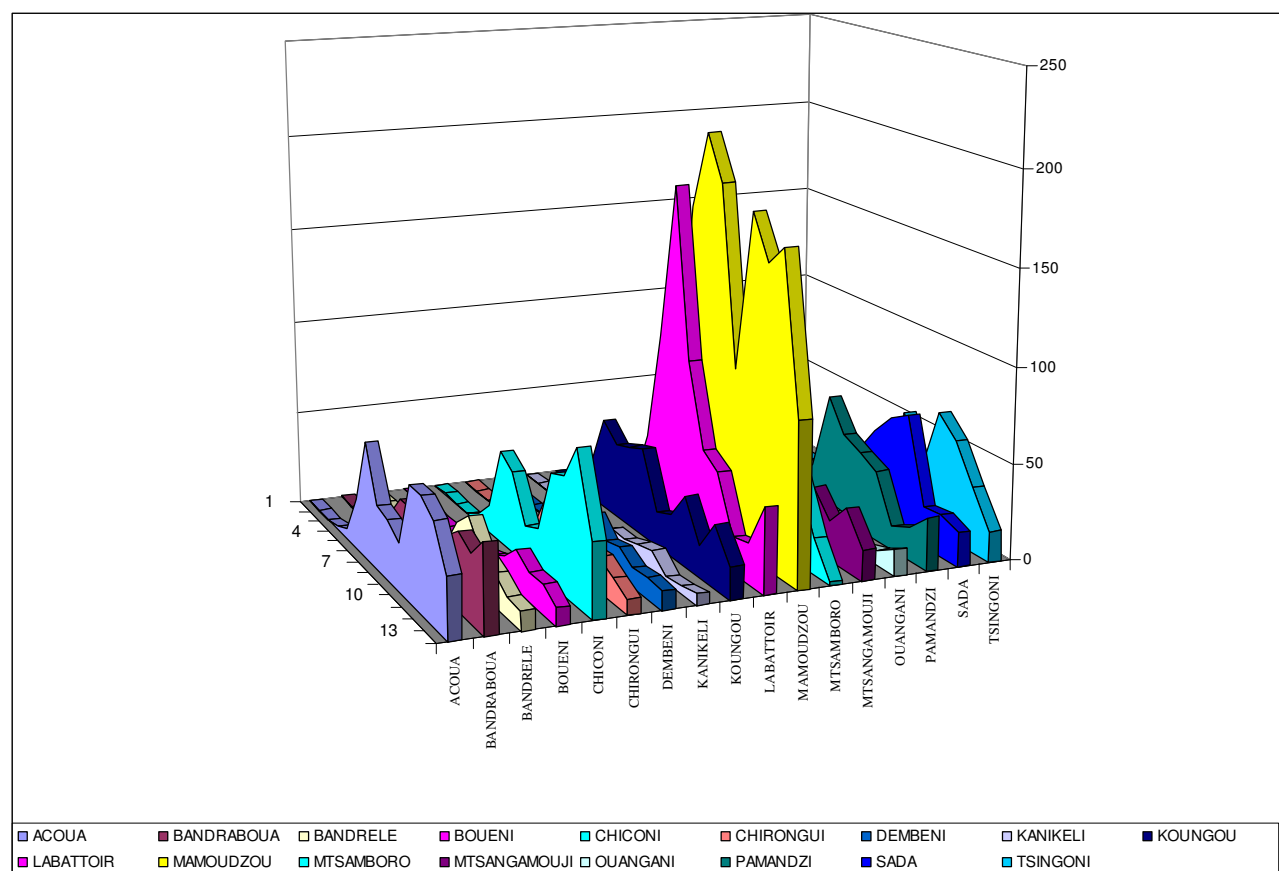
Tableau 1. Taux d'attaque du chikungunya par classe d'âge, Mayotte, 1 janvier – 10 avril 2006 (dénominateur = données provisoires INSEE 2005)

Groupe d'âge	Nombre de cas	Population INSEE 2005	Taux d'attaque (%)
0-1 ans	98	6828	1,44%
1-4 ans	221	22693	0,97%
5-14 ans	996	47291	2,11%
15-29 ans	1433	48844	2,93%
30-44 ans	1276	32901	3,88%
45-59 ans	566	13582	4,17%
60 ans et plus	208	6296	3,30%
Total	4798	178435	
Données manquantes	541		
Total	5339		3%

La moyenne d'âge est de 27 ans avec un écart type de 16,9 ans.

4- Distribution géographique des cas

Figure 4 : Répartition géographique des cas par communes et par semaine :



Après une chute sur la Petite Terre jusqu'en semaine 12, les semaines 13 et 14 voient une remontée sur les 2 communes de la Petite Terre. Les 2 communes de Chiconi et Acoua conservent des profils

superposables, et connaissent toutes les 2 une baisse en semaine 13 et 14. En grande terre, hormis la commune de Bandraboua, toutes les communes semblent connaître une baisse du nombre de cas. L'allure de la courbe en dents de scie avec des remontées toutes les 3 semaines, particulièrement nettes sur Koungou, est à mettre en rapport avec les actions de la lutte antivectorielle, et devrait permettre de mesurer la période d'efficacité des produits dans le contexte particulier de la saison des pluies.

Tableau 2. Taux d'attaque cumulé du chikungunya par commune, Mayotte, pour la période 1 janvier – 10 avril 2006 (Communes classées par ordre décroissant –Population INSEE 2002)

Chikungunya Mayotte 2006 - Taux d'attaque par commune au 10 avril 2006

Commune	Taux d'attaque	Nombre de cas suspects déclarés	Population 2002
ACOUA	8,56%	394	4605
CHICONI	6,39%	394	6167
SADA	4,27%	297	6963
DZAOUDZI			
LABATTOIR	4,06%	625	15383
BANDRABOUA	3,84%	288	7501
PAMANDZI	3,83%	288	7510
TSINGONI	3,50%	272	7779
			Moyenne
			3,33%
MAMOUDZOU	2,97%	1353	45485
MTSANGAMOUI	2,77%	149	5382
KOUNGOU	2,76%	340	12308
BANDRELE	2,53%	140	5537
CHIRONGUI	2,25%	128	5696
MTSAMBORO	1,85%	131	7068
BOUENI	1,63%	84	5151
DEMBENI	1,24%	97	7825
OUANGANI	1,11%	62	5569
KANIKELI	1,04%	45	4336
Manquants		251	
Total	3,33%	5339	160265

Les taux d'attaque cumulés (incidence cumulée) par commune varient entre 8,56 % (Acoua) et 1,04 % (Kani Keli).

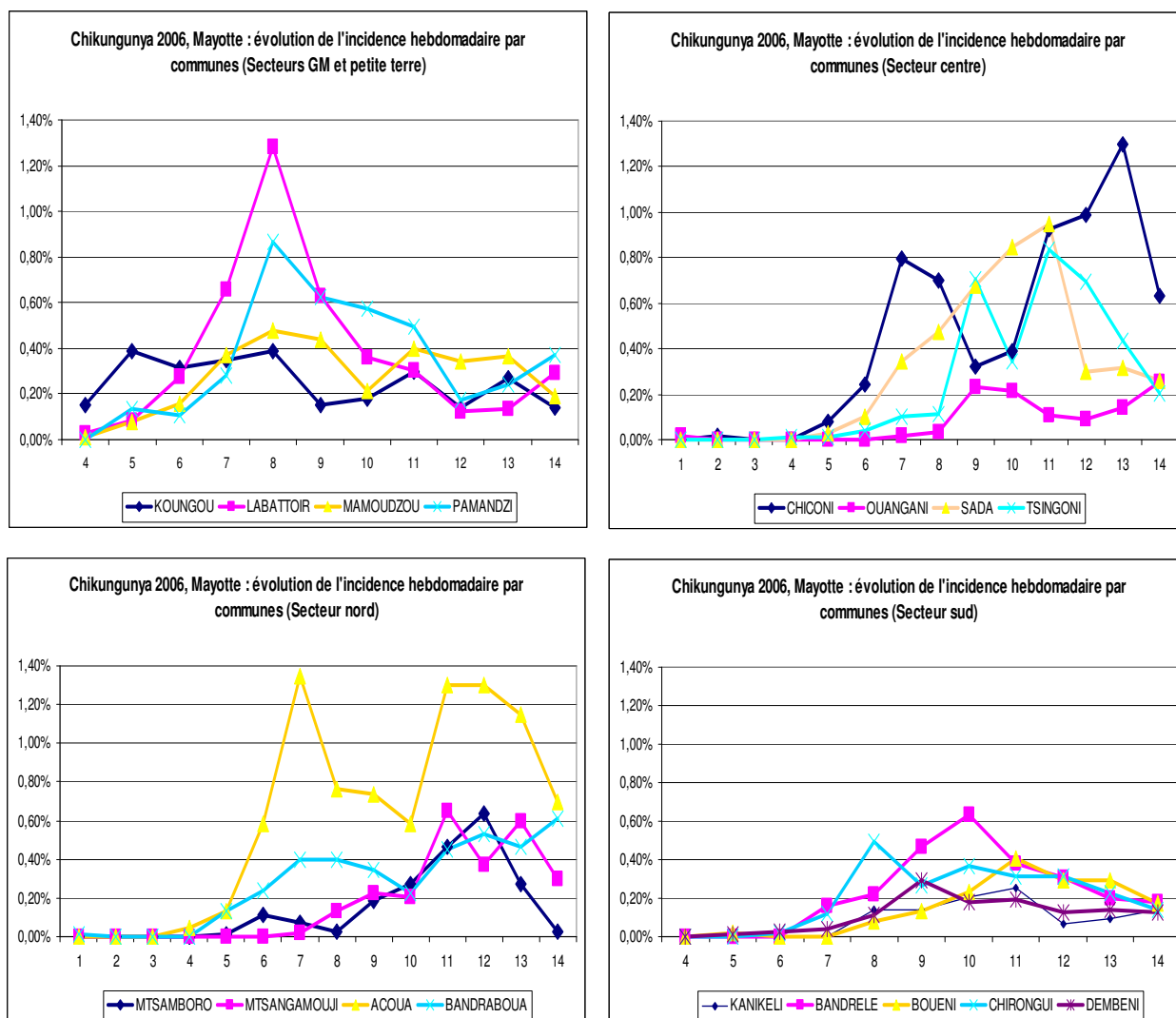
La commune d'Acoua est la seule à avoir une incidence cumulée atteignant 9 %.

Au total sur les 17 communes, 7 ont incidence cumulée supérieure à la moyenne de l'île.

La commune de Mamoudzou qui totalise le plus grand nombre de cas déclarés, connaît une incidence cumulée inférieure à la moyenne.

Il convient de noter que les 2 communes de la Petite Terre ont une densité de population supérieure à 1 800 habitants au km², (alors qu'elle est en moyenne de 400 habitants au km² à Mayotte, et 100 en métropole), ce qui constitue un contexte très favorable au développement de phénomène épidémique. Tout ceci serait à mettre également en regard des données de surveillance entomologique et des données d'impact des mesures de lutte antivectorielle.

Figure 5 : Chikungunya, taux d'attaque par commune, classée par secteur sanitaire et par semaine, Mayotte 2006



En fin de semaine 14, les graphes permettent de visualiser la consolidation de la diminution de l'incidence hebdomadaire dans tous les secteurs.

Figure 6 : Dynamique de l'incidence du Chikungunya par commune depuis la semaine 4, Mayotte

Depuis le début de la période de surveillance (semaine 4 de 2006), l'épidémie s'est étendue du Nord vers l'Est et l'Ouest, puis progressivement vers le Sud, pour concerner actuellement plus particulièrement la côte Ouest.

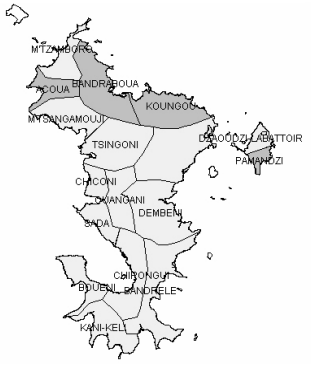
Les taux d'attaque hebdomadaire exprimés en pourcentage permettent de suivre l'incidence hebdomadaire retracée sur les cartes ci-après, qui font apparaître une grande variabilité de la dynamique de l'épidémie d'une commune à l'autre. Néanmoins, les 2 communes d'Acoua et Chiconi, qui avaient encore les plus forts taux d'attaque en semaine 13, semblent connaître un répit en semaine 14. Hormis la commune de Mtsamboro, le Nord et l'Ouest les plus exposés aux pluies demeurent les secteurs les plus sensibles :



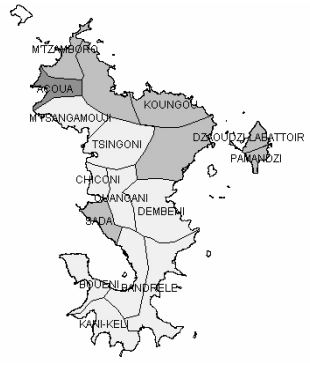
Taux d'attaque semaine 4

■	0,1 - 0,5 (1)
□	0 - 0,1 (16)

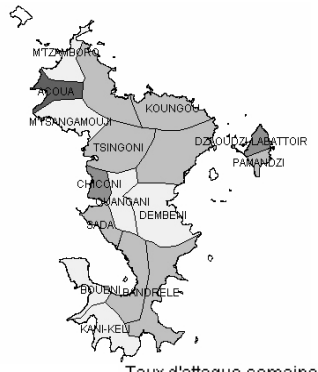
Semaine 4



semaine 5



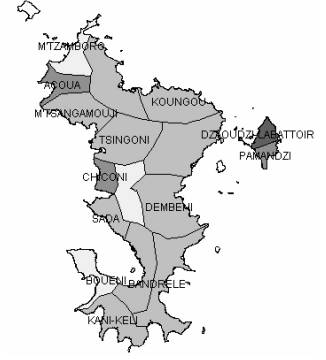
semaine 6



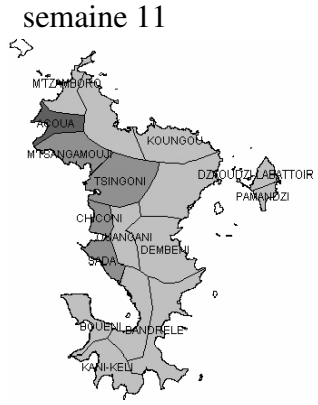
Taux d'attaque semaine 7

■	1 - 1,5 (1)
■	0,5 - 1 (2)
■	0,1 - 0,5 (8)
□	0 - 0,1 (6)

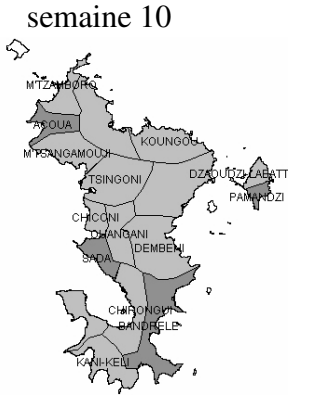
semaine 7



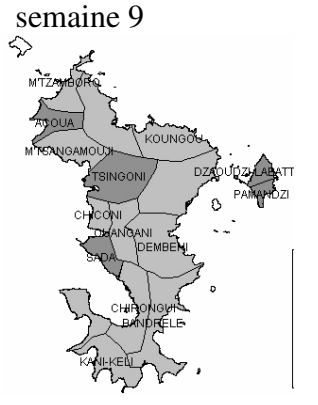
Semaine 8



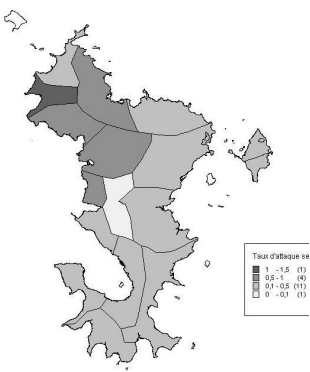
semaine 11



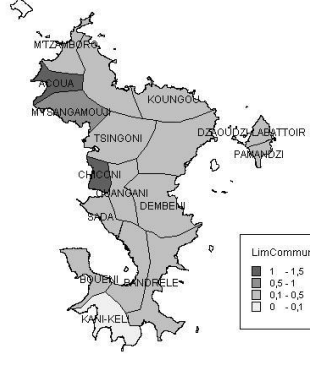
semaine 10



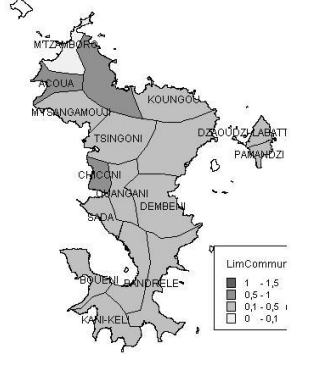
semaine 9



Semaine 12



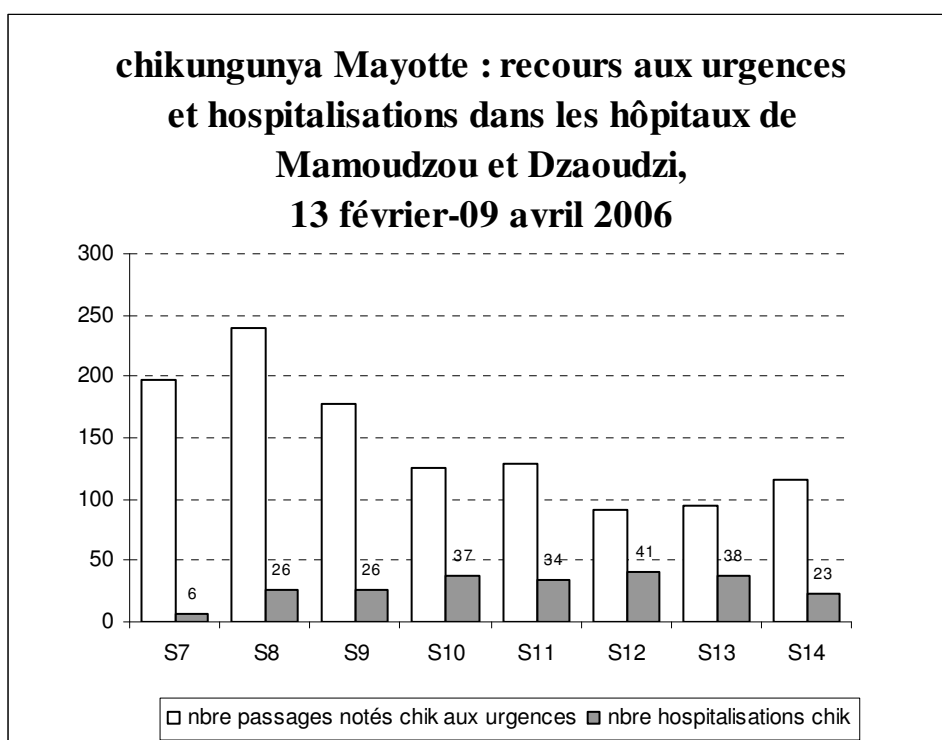
Semaine 13



Semaine 14

5- Activité hospitalière

Figure 7



Au total, 231 patients ont été hospitalisés avec des signes cliniques pouvant évoquer le chikungunya depuis le 13 février 2006 : 19 en réanimation, 44 en néonatalogie, 38 en pédiatrie, 36 en médecine, 74 en gynéco-obstétrique, 20 en UHCD.

Cinquante-deux, parmi ces patients hospitalisés, ont eu leur infection à chikungunya confirmée par la mise en évidence d'une PCR positive au CHM.

Le tableau suivant présente la distribution des cas confirmés biologiquement en réanimation et en néonatalogie.

Tableau 3 : Cas de chikungunya admis au CHM et confirmés biologiquement, Mayotte 13 février-09 avril 2006

	Nouveaux cas semaines 13 et 14		Décès	Total	
	0-10 j	10-28j		0-10 j	10-28j
Réanimation	0		0	1	
Néonatalogie	0-10 j	1	0	0-10 j	4
	10-28j	2		10-28j	7

6- Commentaires

D'après les déclarations, la montée du pic épidémique s'est stoppée en semaine 8. Depuis cette date, la courbe demeure en plateau descendant. L'incidence cumulée à partir des cas déclarés reste faible (autour de 3 %).

Néanmoins, la saison des pluies toujours active, invite à la plus grande prudence quant au devenir de la courbe épidémique dans les semaines à venir. Les actions de lutte antilarvaire et d'éducation pour la santé dans les communautés demeurent d'actualité.

La situation évolue de manière très hétérogène suivant les communes de l'île : le Sud demeure très modérément touché, alors que l'épidémie qui a continué de progresser sur la côte Ouest (Chiconi et Acoua) semble connaître une accalmie.

Après une période de calme, La Petite Terre semble de nouveau en montée épidémique.

Il est probable que les données de déclarations sous estiment le nombre total de cas, puisqu'un certain nombre de patients ne vont pas consulter, ont recours à l'automédication d'une part, et à la médecine traditionnelle d'autre part.

Une prospection de terrain intra et péri-domiciliaire permettra de mieux appréhender l'ampleur du phénomène.

Une meilleure connaissance de l'importance de la circulation du virus dans la population devrait être apportée par l'enquête de séroprévalence programmée dans les jours à venir. Les résultats de cette enquête devraient être mis en regard des chiffres de déclaration de cas, afin d'évaluer le facteur de sous-estimation par rapport au nombre total d'infections à chikungunya.

Par ailleurs, il est envisagé de compléter cette étude par une enquête déclarative en population générale qui accompagnera l'enquête de fécondité prévue très prochainement à Mayotte, menée par l'université de Bordeaux.

Dans l'immédiat, le principe d'une enquête rapide transversale au domicile paraît pouvoir être retenu.