



Republique Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de la Santé
Institut National de Santé Publique

المرصد الجهوي للصحة وهران
Observatoire Régional de la Santé Oran

Bulletin Épidémiologique Trimestriel de l'ORS d'Oran

Numéro 33

Juin 2026

Situation Épidémiologique de la Leishmaniose Cutanée au niveau de la Région Ouest d'Algérie (2013–2025)

Analyse Épidémiologique et Dynamique de Transmission

Éditorial

L'année 2025 a été marquée par une augmentation notable des cas de leishmaniose cutanée dans la région Ouest, particulièrement dans les wilayas de l'intérieur, touchant surtout les enfants. Parallèlement, le système de surveillance de la paralysie infantile a enregistré des cas au-delà des prévisions, avec des disparités selon les wilayas. Ces deux situations, bien que différentes par leur nature, révèlent la nécessité de renforcer les actions de prévention et de suivi. L'Observatoire Régional de la Santé d'Oran, dans le cadre de ses missions, présente cette analyse pour éclairer les décisions sanitaires.

La surveillance et la réactivité restent nos principaux atouts pour faire face à ces défis sanitaires.

Pr Bouamra Abderrezak
Directeur Général de l'INSP

1. Introduction

La leishmaniose cutanée (LC) est une parasitose à transmission vectorielle causée par des protozoaires flagellés du genre *Leishmania*, transmis à l'homme par la piqûre de phlébotomes femelles (*Phlebotomus* spp.). En Algérie, la forme cutanée est essentiellement due à *Leishmania major*, responsable de lésions ulcéro-croûteuses sur les zones découvertes de la peau.

La région Ouest présente des caractéristiques éco-climatiques favorables à la transmission : étages semi-arides et arides, présence de rongeurs réservoirs (*Psammomys obesus*, *Meriones* spp.), et zones rurales avec accès limité aux soins. Ces facteurs confèrent un statut épidémique chronique avec des fluctuations inter-annuelles marquées. L'année 2025 a été marquée par une flambée d'une ampleur inédite, avec une incidence multipliée par près de 10 depuis 2023. La présente analyse vise à documenter cette dynamique, caractériser les populations vulnérables et guider les interventions de santé publique.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Cadre et période d'étude

Étude descriptive longitudinale portant sur 2013–2025. Le périmètre couvre 10 wilayas de la région Ouest : Oran, Tlemcen, Sidi Bel Abbès, Mascara, Mostaganem, Relizane, Aïn Témouchent, Saïda, Tissemsilt et Tiaret.

2.2. Sources et méthodes statistiques

Données issues du système de déclaration obligatoire, centralisées par l'ORS-Oran. Confirmation diagnostique par frottis cutané et/ou PCR. Incidences calculées sur estimations ONS. Analyses de tendance par régression linéaire et calcul de variation relative inter-annuelle.

3. Résultats

3.1. Évolution temporelle de l'incidence (2013–2025)

L'analyse longitudinale révèle une dynamique épidémique triphasique avec une flambée exceptionnelle en 2025 :

Phase 1 – Progression (2013–2017) : incidence croissante de 1,0 à 3,2/100 000 avec 274 cas au pic, reflétant l'expansion des zones d'endémie dans les wilayas intérieures.

Phase 2 – Endémicité fluctuante (2018–2023) : oscillations entre 1,28 et 2,80/100 000. La baisse de 2021 (124 cas) pourrait refléter une sous-déclaration liée à la pandémie COVID-19.

Phase 3 – Explosion épidémique (2024–2025) : 370 cas en 2024 (3,69/100 000), puis 1 374 cas en 2025 (13,42/100 000) – augmentation de +271 % en un an, niveau sans précédent dans l'histoire de la surveillance régionale.

Le bulletin s'inscrit dans le cadre de l'une des missions de l'Observatoire Régional de la Santé d'Oran qui consiste à produire et à diffuser l'information sanitaire concernant la Région Ouest.

Il s'adresse aux professionnels de la santé et à toutes les personnes pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé du citoyen.

Une adresse E-mail est mise à votre disposition pour toutes suggestions ou articles à publier.

orsoran@gmail.com

Dans ce numéro :

Page1: Editorial/Situation Épidémiologique de la Leishmaniose Cutanée au niveau de la Région Ouest d'Algérie (2013–2025)

Page2–3: Situation Épidémiologique de la Leishmaniose Cutanée au niveau de la Région Ouest d'Algérie (2013–2025)

Page3–6: Dynamique saisonnière de la leishmaniose cutanée dans la Wilaya de Tiaret : enjeux éco-épidémiologiques et modèle d'intervention en santé publique.

Page7–8: Situation épidémiologique de la paralysie infantile dans la région ouest en 2025

Comité de rédaction du Bulletin:

Le Professeur Abderrezak Bouamra : Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique

Dr N.Belarbi : Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé d'Oran

Mme M. Benyahia : Hygiéniste Major chargée des Maladies à Déclaration Obligatoire; Mr R.Hamadouche: Hygiéniste Major chargé du programme National de lutte anti rabique, Hygiène du Milieu, Surveillance Moustique Tigre ;Dr Hamane : Chargée du Programme de PFA ; Dr Z.Chekouki :Médecin Spécialiste en Epidémiologie; Melle Z.Bouzada :

Assistante de Direction, Administrateur Principale Mr L.Kamraoui: Ingénieur principal en informatique; ;Dr S.Oumellil ; Dr L. Sid Ahmed ;Dr I.Taleb , Dr S.Khaldi ; Dr FZ.Bennouar;

Dr L. Sid Ahmed ;Dr Sidhoum; Dr Habour; Mme R.Dairi : Psychologue Clinicienne ;Mme N.Sebbane :Sage-Femme Principale ; Mme M.Youcef :Sage-Femme Principale

;Mme FZ.Talbi : Secrétaire de Direction.

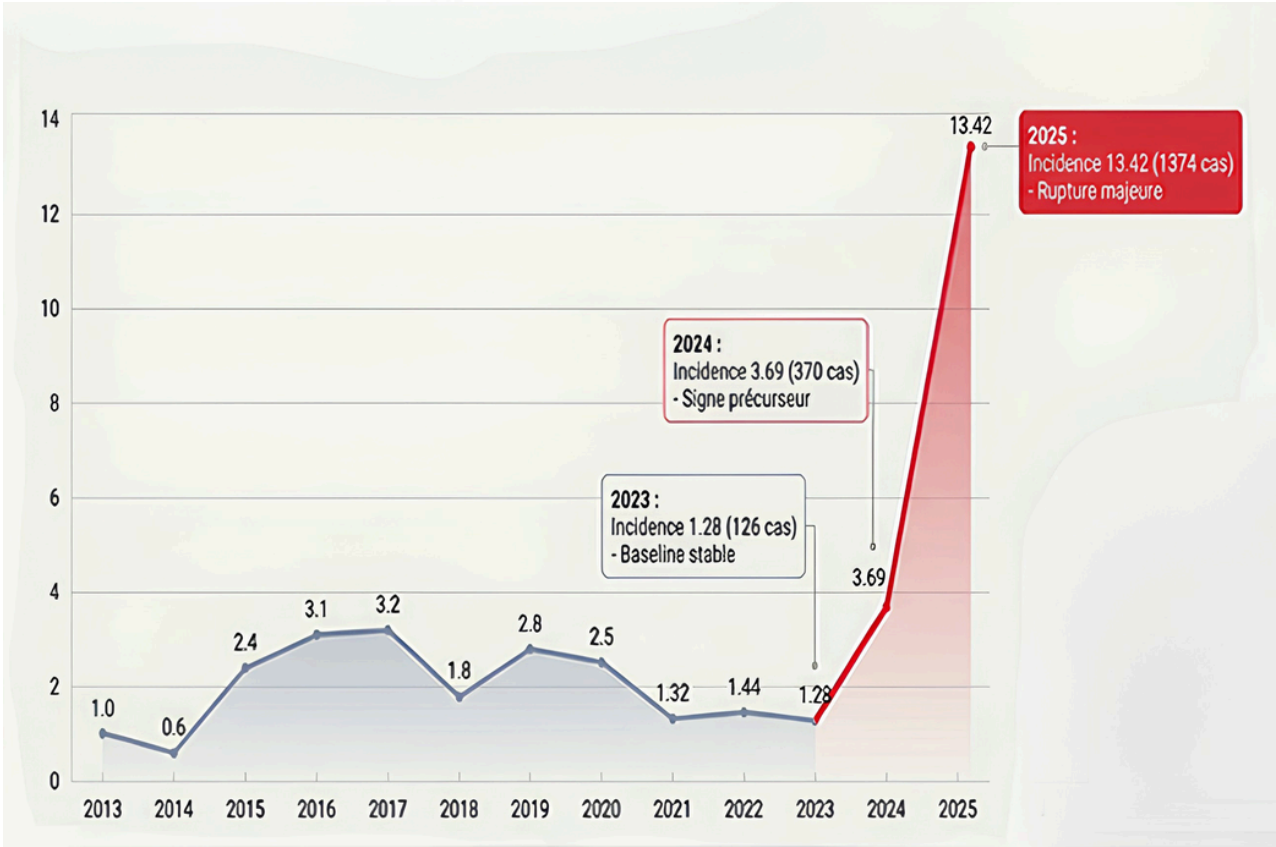


Figure 1 Courbe d'évolution de l'incidence Région Ouest 2013–2025

3.2. Répartition géographique – Disparités entre wilayas

La cartographie de l'incidence 2025 révèle un gradient spatial marqué opposant un noyau hyper-endémique intérieur (Tiaret, Saïda) à une frange littorale faiblement touchée (Oran, Mostaganem, Aïn Témouchent). Cette distribution est cohérente avec les biotopes préférentiels de *Phlebotomus papatasi* en zones arides et semi-arides.

Tableau 1 – Incidence par wilaya – Région Ouest 2025

Wilaya	Nb cas	Incidence / 100 000	Niveau de risque
Tiaret	743	86,18	Très élevé
Saïda	312	63,84	Très élevé
Tissemsilt	51	2,73	Modéré
Mascara	42	1,23	Modéré
Sidi Bel Abbès	29	0,81	Faible
Oran	18	0,45	Faible
Autres wilayas	179	< 1,00	Faible

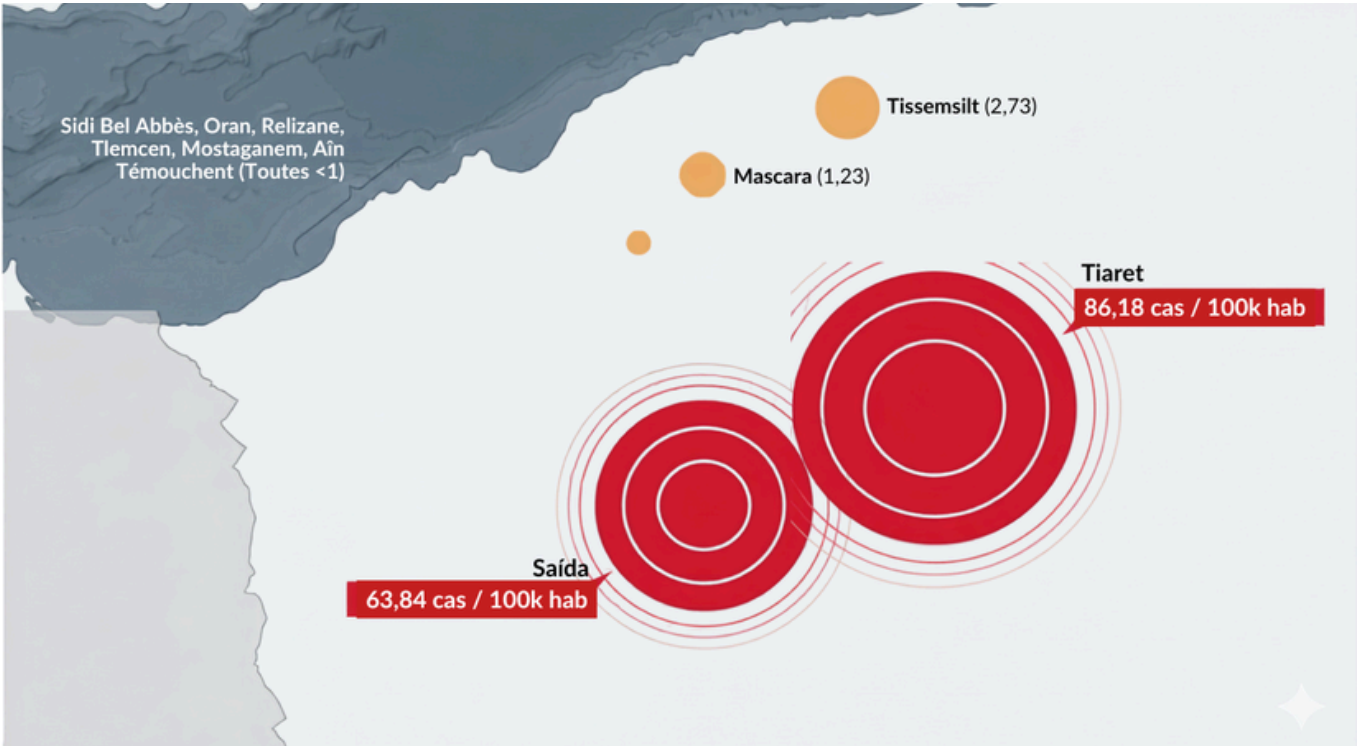


Figure 2 Disparités géographiques de l'incidence à l'échelle des wilayas de la région Ouest en 2025.

3.3. Distribution selon l'âge et le sexe

Sur les 1 374 cas de leishmaniose cutanée enregistrés en 2025, 805 concernent le sexe masculin (58,6 %) et 569 le sexe féminin (41,4 %), soit un sex-ratio H/F de 1,4 en faveur du sexe masculin. Cette prédominance pourrait être liée à une exposition plus importante aux facteurs de risque, notamment lors des activités agricoles et des activités de plein air favorisant le contact avec les phlébotomes vecteurs.

La répartition par âge montre que les tranches les plus touchées sont celles de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans, avec des incidences respectives de 31,7 et 28,5 cas pour 100 000 habitants. Cette forte atteinte des enfants et des adolescents pourrait s'expliquer par une exposition plus fréquente aux piqûres de phlébotomes et par une moindre immunité acquise dans ces groupes d'âge vivant en zone d'endémie.

Chez les adultes âgés de 20 à 44 ans, 320 cas ont été enregistrés, dont 204 cas chez le sexe masculin et 116 cas chez le sexe féminin. Les classes d'âge de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus présentent également des cas, avec une légère prédominance du sexe masculin. La persistance de cas dans toutes les tranches d'âge témoigne d'une transmission continue de la maladie et confirme le caractère endémique de la leishmaniose cutanée dans la région.

Tableau 2 –Incidence par groupe d'âge et sexe – 2025

Groupe d'âge	0–4	5–9	10–14	15–19	20–44	45–64	≥65	Total
Hommes (n)	98	138	137	76	204	110	42	805
Femmes (n)	70	120	91	54	116	87	31	569
Inc. H.*	18,7	31,7	28,5	14,9	9,4	14,4	14,3	15,6
Inc. F.*	13,9	28,5	19,5	11,0	5,4	11,7	10,2	11,2

* Incidence pour 100 000 habitants – Source : ORS-Oran, 2025.

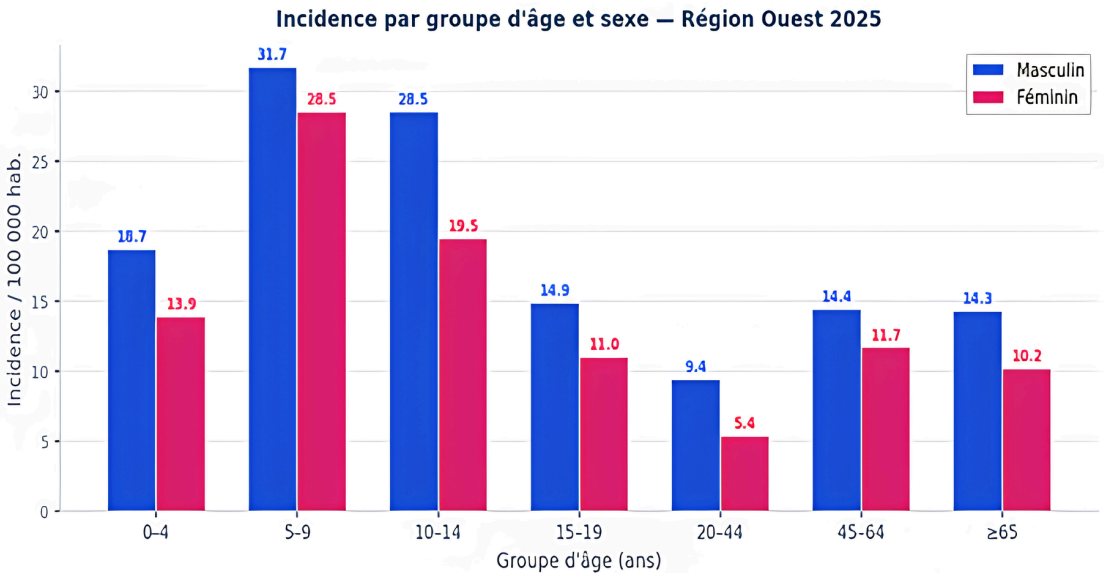


Figure 3 Incidence par groupe d'âge et sexe – 2025

4. Discussion

L'ampleur de la flambée 2025 est sans précédent. L'incidence de 13,42/100 000 dépasse de 4 fois le pic antérieur de 2017. Plusieurs facteurs explicatifs convergent : (i) expansion des populations de phlébotomes liée aux modifications climatiques ; (ii) réduction des activités de lutte antivectorielle en contexte postpandémique ; (iii) extension de l'habitat périurbain vers des zones à risque ; (iv) augmentation de la densité des rongeurs réservoirs.

La concentration du fardeau épidémique à Tiaret et Saïda reflète des conditions éco-épidémiologiques particulières : étages steppiques semi-arides, dense population de gerbillidés, et couverture insuffisante des programmes de prévention. Ces constats convergent avec la littérature sur les foyers nord-africains .

La vulnérabilité des enfants de 5–14 ans et la prédominance masculine concordent avec les études régionales et soulignent la nécessité de cibler les interventions sur ces populations et les milieux ruraux agricoles.

5. Conclusion et Recommandations

La recrudescence épidémique de 2025 constitue une urgence de santé publique. Sur la base de cette analyse, les recommandations suivantes sont formulées :

- Renforcement de la surveillance : Notification obligatoire en temps réel, cartographie dynamique des foyers actifs.
- Lutte anti-vectorielle ciblée : Pulvérisations intra-domiciliaires à Tiaret et Saïda, moustiquaires imprégnées pour les enfants.
- Contrôle des réservoirs : Dératisation péri-domiciliaire dans les zones à forte densité de gerbillidés.
- Communication préventive : Campagnes ciblant les enfants d'âge scolaire et les travailleurs agricoles.
- Recherche opérationnelle : Études entomologiques, typage moléculaire des souches, analyse des facteurs climatiques.

Références

1. WHO. Leishmaniasis – Key facts. World Health Organization,2023.
2. Harrat Z, et al. Leishmania infantum and L. major in Algeria. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1996;90:625–629.
3. Observatoire Régional de la Santé d’Oran. Rapport annuel de surveillance – Région Ouest, 2025.
4. Ministère de la Santé. Programme national de lutte contre les leishmanioses. Alger, 2022.
5. Benallal KE, et al. Phlebotomus (Larroussius) perniciosus in Algeria. 2021.
6. Desjeux P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. Comp Immunol Microbiol Infect Dis. 2004;27:305–318.
7. Bañuls AL, et al. Leishmania and the leishmaniases: a parasite genetic update. Adv Parasitol. 2007;64:1–109.

Dynamique saisonnière de la leishmaniose cutanée dans la Wilaya de Tiaret : enjeux éco-épidémiologiques et modèle d'intervention en santé publique.

Introduction :

La leishmaniose est une infection parasitaire vectorielle au spectre clinique large, allant de lésions cutanées bénignes à des atteintes viscérales mortelles en l'absence de traitement [1]. À l'échelle mondiale, cette pathologie représente un problème majeur de santé publique, particulièrement dans le bassin méditerranéen. En Afrique du Nord, la leishmaniose cutanée (LC) est hautement endémique. L’Algérie se place au premier rang régional (concentrant près de 47 % des cas de la zone) [2], s’imposant comme le principal foyer du continent africain et le deuxième au niveau mondial après l’Afghanistan.

Dans le contexte national, la leishmaniose cutanée zoonotique (LCZ) est une préoccupation sanitaire et économique majeure. Elle est principalement causée par deux espèces : *Leishmania major* dans les régions steppiques et sahariennes, et *Leishmania infantum* dans le Nord tellien [3,4,5,6] ; et *L. killicki*, dont la distribution reste pour l'instant circonscrite à la wilaya de Ghardaïa, dans le Sud algérien [7]. Leurs réservoirs sauvages sont des rongeurs locaux, notamment *Psammomys obesus* et *Meriones shawii* [6].

En 2025, l'Algérie a enregistré une recrudescence importante avec plus de 17 000 cas notifiés, soit une hausse de 27 % par rapport à 2024, touchant particulièrement les hauts plateaux [8]. La région ouest du pays a enregistré 1 374 cas, parmi lesquels la wilaya de Tiaret concentrait à elle seule 74 % des infections (1 014 cas) [9]. Limitrophe de quatre autres wilayas endémiques, Tiaret réunit des conditions climatiques, environnementales (vocation agropastorale) et des caractéristiques d'habitat qui favorisent la prolifération du vecteur et des réservoirs.

Face à ce constat épidémiologique, ce travail vise à établir le profil de la LC dans la wilaya de Tiaret à partir d’une série de cas. Il s’agit plus précisément d’en décrire la dynamique saisonnière de transmission afin de proposer un modèle d'intervention chronologique pour optimiser les stratégies de contrôle.

Matériel et méthodes :
Zone d’étude :

La wilaya de Tiaret est située sur les Hauts-Plateaux du nord-ouest de l'Algérie. Elle s'étend sur une superficie de 20 673 km² (subdivisée en 14 daïras et 42 communes) et compte une population estimée à 1 176 660 habitants (densité : 57hab/km²). C'est une région à vocation agropastorale, caractérisée par un climat semi-aride à hiver rigoureux et été chaud et sec.

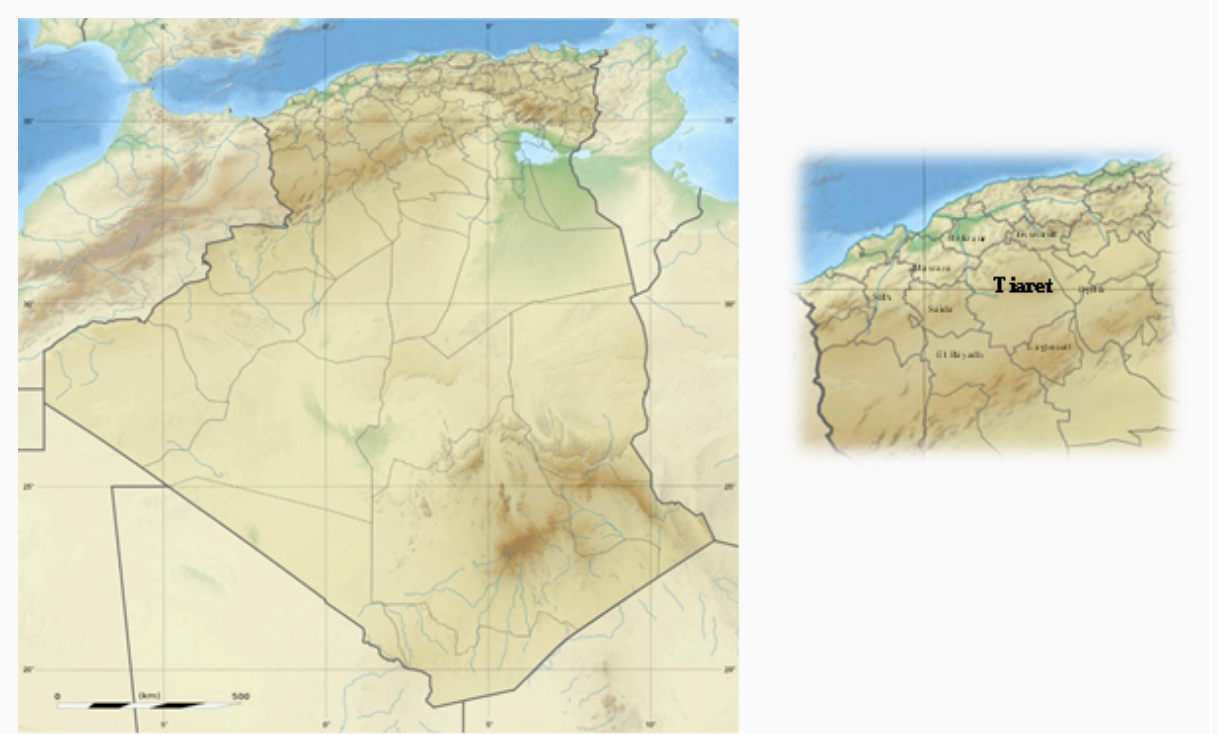


Figure 1 Cartographie de la Wilaya de Tiaret, zone d’étude. (Source : Wikipedia.org)

Type et période d’étude

Il s’agit d’une étude observationnelle descriptive prospective menée sur une période de 12 mois, allant d’avril 2025 à mars 2026.

Population d’étude et critères d'inclusion

La population d'étude inclue tous les patients résidant dans la wilaya de Tiaret, consultants auprès des services de santé de la wilaya, et présentant un cas

de leishmaniose cutanée (LC) confirmé cliniquement ou biologiquement.

Durant la période d'étude, 1601 cas sont notifiés au dispositif national des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Parmi eux, 1 064 fiches d'enquête épidémiologique ont été colligées (taux de couverture de 66,5%). Après exclusion de 2 fiches d’enquêtes (Hors Wilaya), l'analyse épidémiologique finale porte sur 1 062 cas. En parallèle, les données de suivi thérapeutique de l'ensemble de la cohorte locale disponible (N = 1 363 patients) sont analysées pour évaluer l'observance.

Recueil des données

Les données sont recueillies via une fiche d’enquête standardisée et anonymisée explorant les paramètres sociodémographiques, cliniques, environnementaux et thérapeutiques. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide d'un tableur. Les variables qualitatives sont exprimées en fréquences absolues (n) et pourcentages (%), et les variables quantitatives en médianes avec leurs valeurs extrêmes.

Résultats :

Profil démographique, socio-professionnel et résidentiel :

Le dépistage était majoritairement passif, issu des structures de soins (95,5%), complété par la médecine scolaire (4,1%) et les orientations spécialisées (0,4%).

L’âge médian des patients était de 16 ans (extrêmes : 5 mois à 94 ans), avec une proportion importante de sujets de moins de 15 ans (45%, n = 483). Le sexe masculin prédominait (55%, n = 579), soit un sex-ratio (H/F) de 1,3.

Les enfants scolarisés représentaient la catégorie socioprofessionnelle la plus touchée (43%, n = 400).

La quasi-totalité de l'échantillon avait un mode de vie sédentaire (97%, n = 1033), et l'habitat était majoritairement de type rural (46%, n = 489) ou périurbain (39%, n = 410).



Tableau 1 – Répartition des cas de LC selon le profil socio-professionnel.

profil socio-professionnel	Nb	%
Scolarisé	400	43%
Ind	292	32%
Sans prof	160	17%
Eleveur	28	3%
Retraité	12	1,3%
Militaire	11	1,2%
Agriculteur	8	0,9%
Fonctionnaire	6	0,7%
Commerçant	4	0,4%
Agt de sécurité	2	0,2%
	923	

*Parmi les 162 cas, 139 cas sont âgés de moins de 6 ans.

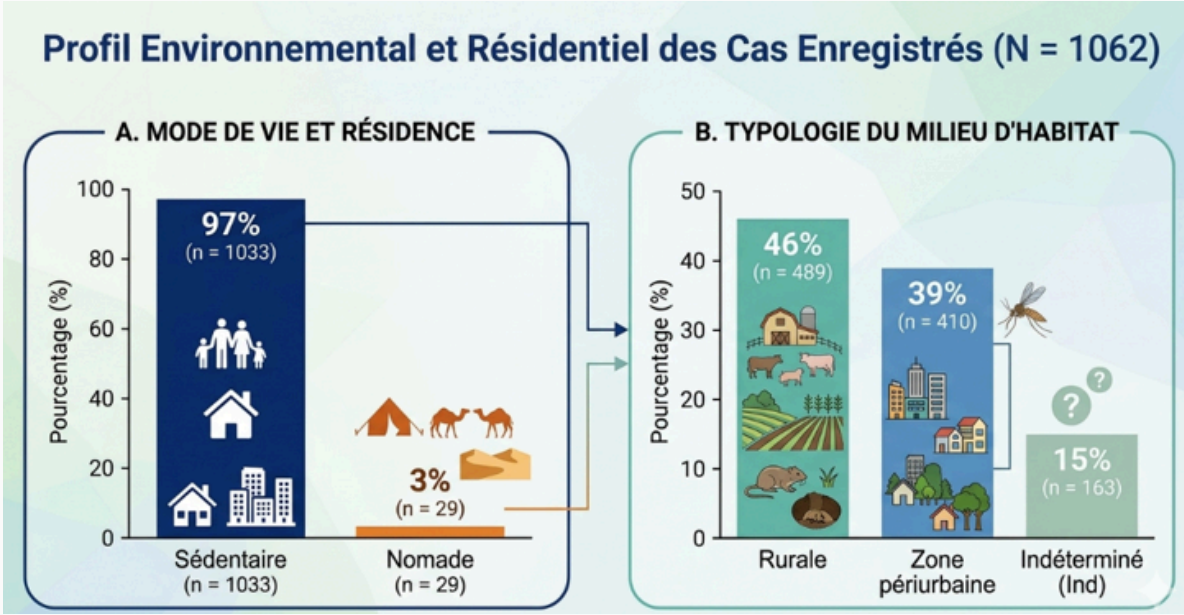


Figure 2 Répartition des cas selon le lieu de résidence et du lieu d'habitat.

Caractéristiques cliniques et morphologiques :

Le diagnostic est confirmé par examen parasitologique direct dans 63% des cas (n = 674), par confrontation clinique seule dans 24 % des cas (n = 259), et par tests de diagnostic rapide dans 1% des cas (n = 12). L'information manque pour 11% des patients.

Les caractéristiques lésionnelles se présentaient ainsi :

- Nombre de lésions : La médiane est de 2 lésions par patient (extrêmes : 1 à 20). Les lésions sont multiples chez 52 % des patients.
- Topographie : Les atteintes siègent principalement au niveau des membres supérieurs (32 %), suivis des membres inférieurs (21%), du visage (20 %) et de localisations multiples combinées (27 %).
- Morphologie : Sur les 593 cas documentés, la forme papuleuse est prépondérante (25 %), suivie de la forme ulcéro-croûteuse (19 %).
- Ancienneté : L'ancienneté médiane des lésions lors de la première consultation est d'un (1) mois (extrêmes : 11 jours à 12 mois), avec 78% des patients consultant dans les 2 premiers mois suivant l'apparition des signes. Un antécédent familial de LC est rapporté dans 17 % des foyers.

Dynamique spatio-temporelle et environnement péri-domestique :

L'analyse temporelle montre un profil saisonnier hautement marqué : 66 % des consultations se sont concentrées entre octobre 2025 et février 2026, avec un pic majeur en décembre 2025 (47 %, n = 497 cas). L'analyse des courbes révèle une latence d'un mois entre le pic d'apparition des lésions (novembre) et le pic d'accès aux soins (décembre).

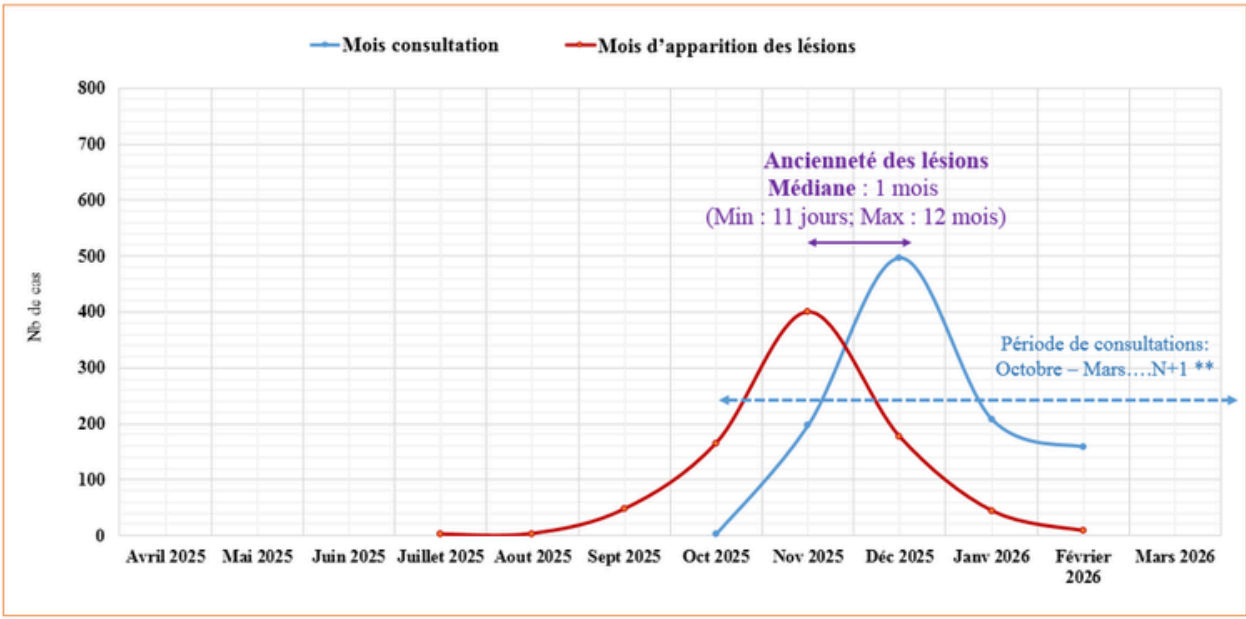


Figure 4 Latence biologique (Incubation) et accès aux soins.

Sur le plan spatial, 7 communes sur les 23 touchées de la wilaya regroupent à elles seules 79 % de la charge épidémiologique globale

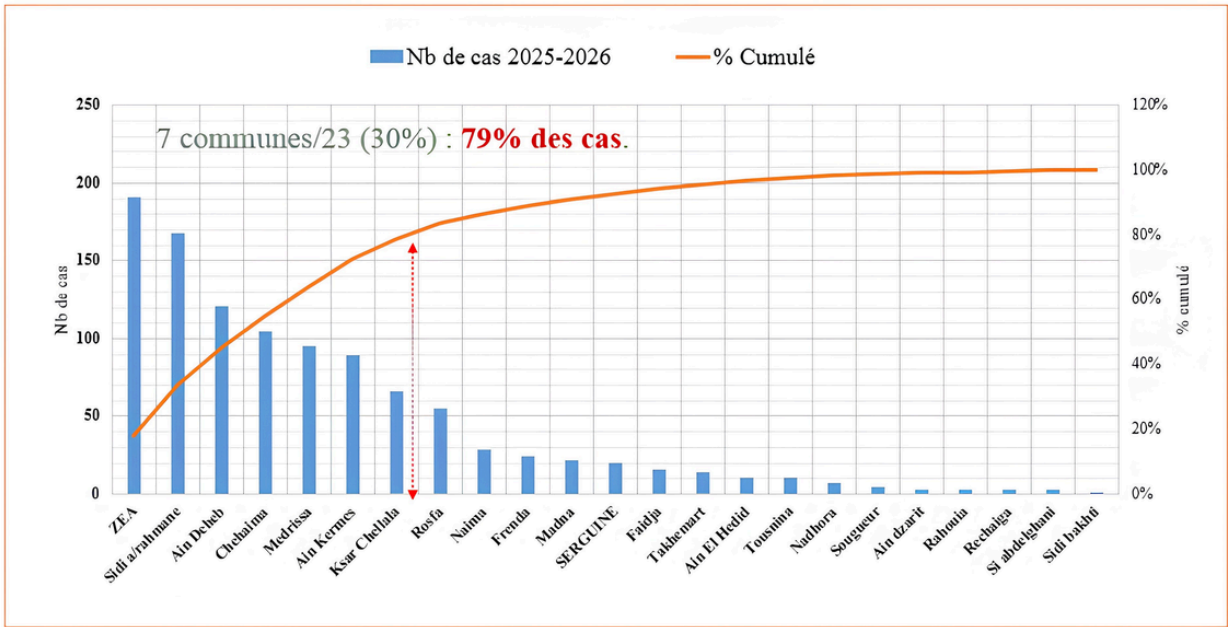


Figure 5 Répartition des cas selon la commune de résidence.

L'analyse de l'environnement péri-domestique immédiat des patients met en évidence la proximité de terres agricoles (39 %), la présence d'animaux d'élevage (37 %), de terriers de rongeurs (16 %) et de décharges d'ordures sauvages (5 %).

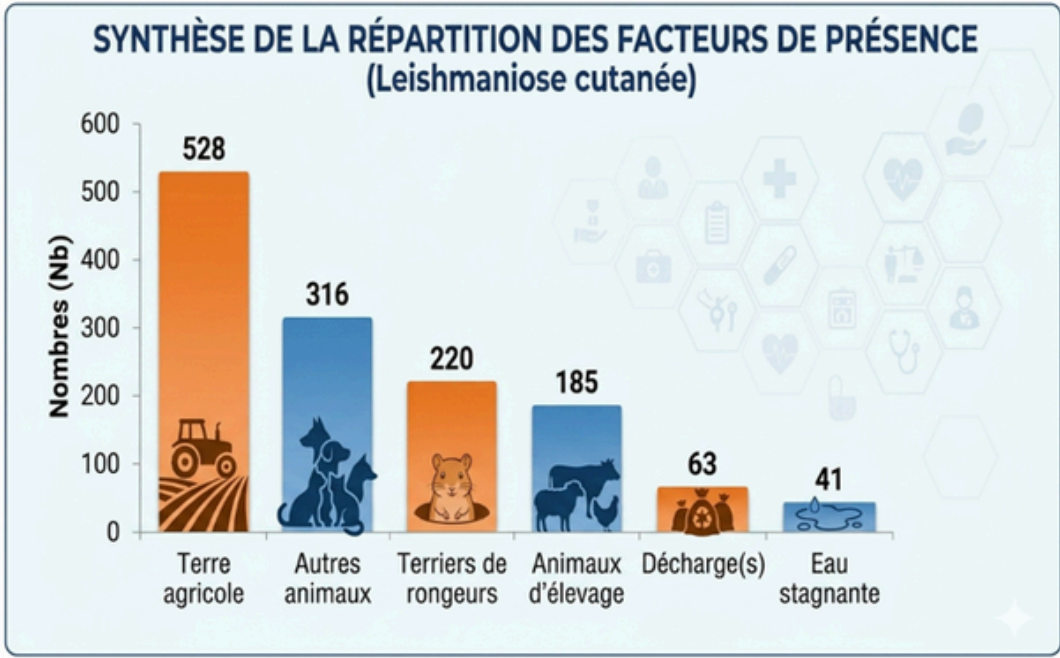


Figure 6 Illustration du caractère zoonotique et rural/périurbain de LC, Tiaret.

Suivi et observance thérapeutique :

Sur les 1363 patients suivis pour le volet thérapeutique, 95 % ont bénéficié d'un bilan pré-thérapeutique complet. Le taux de guérison sous protocole national s'élève à 83 %. Les complications et événements indésirables restent marginaux : 1 cas de rechute, 7 cas de stibio-intolérance (0,5 %) et 20 patients perdus de vue (1 %).

Discussion :

L'analyse des données épidémiologiques de cette étude dresse un profil indicatif de la leishmaniose cutanée (LC) dans une wilaya d'endémie de la région ouest de l'Algérie. Une augmentation exponentielle du nombre de cas de plus de 264% (IRR : 3,64), souligne une accélération éco-épidémiologique majeure. La zone d'étude émerge comme un épiscentre majeur durant l'année 2025, elle concentre à elle seule 74 % (n = 1014) de la charge épidémiologique régionale et représente 6 % des notifications nationales enregistrées en 2025.

Les consultations manifestent durant la période octobre 2025- février 2026, avec un pic de consultations durant le mois de décembre. Cela confirme la saisonnalité prononcée de leishmaniose cutanée au niveau de cette zone. Ce critère suggestif concorde avec les résultats Karim A et al [10]. Cette rythmicité hivernale est largement documentée : selon les données d'analyses mensuelles, la prévalence de la LC culmine en hiver (janvier : 23 %, décembre : 20 %, février : 16 %, novembre : 12 %) avant d'atteindre son étiage en été (1 % en juillet)[11]. De même, Zergui et *al.* ont rapporté que plus de la moitié des cas (54,6 %) survenaient en hiver, avec un pic marqué en décembre (30,1 % ; $X^2 = 845,4$, $p < 0,001$) [12].

Délais de prise en charge et modes de transmission

Un délai médian d'un mois est observé entre la date présumée d'apparition de la lésion et la première consultation médicale (extrêmes : 11 jours à 12 mois). Cette latence suggère que l'infection survient majoritairement lors de la période à haut risque de transmission, coïncidant avec les deux pics d'activité des phlébotomes [13]. Ce décalage temporel s'explique conjointement par la phase d'incubation cliniquement silencieuse de la LC estimée ici à une médiane de cinq semaines (allant de quelques semaines à plusieurs mois) et par un retard au recours aux soins, les diagnostics généralement établis en automne et en hiver [6,14,15, 16].

Concernant les modalités de dépistage, nos résultats mettent en évidence une nette prédominance du dépistage passif face au dépistage actif (Visite médicale scolaire). Cette tendance est similaire à celle rapportée par Laboudi au Maroc [17].

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles :

La LC touche indifféremment toutes les tranches d'âge au sein de notre population d'étude. Néanmoins, les sujets de moins de 20 ans représentent 56 % des cas, parmi lesquels 29 % ont moins de 15 ans (sex-ratio : 1,3), avec un âge médian global de 16 ans. Cette vulnérabilité pédiatrique pourrait s'expliquer par la naïveté immunitaire de cette population, des habitudes comportementales estivales favorisant l'exposition vectorielle, ainsi que par la soudaine reprise épidémique dans la région. À l'inverse, Zergui et al. décrivent une prédominance masculine plus marquée (62,3 % ; sex-ratio 1,65:1) et un âge médian supérieur (21,5 ans ; IQR : 12,0-38,0), ciblant principalement les jeunes adultes (25-44 ans) et les enfants d'âge scolaire (5-14 ans) [12].

Sur le plan socioprofessionnel, 43 % des cas il s'agit des enfants scolarisés, tandis que 8 % exerçaient une profession à risque (éleveurs, agriculteurs, fonctionnaires, commerçants). Ce profil reflète une exposition accrue au sein des foyers historiques de LC ou dans les zones d'extension récentes (secteurs ruraux et périurbains). Ce constat diffère de certaines données de la littérature où l'incidence maximale est observée chez les 20-44 ans (34,87 %) en raison d'activités agro-pastorales intensives [18], à l'instar de la prédominance masculine (53,60 %) rapportée à Djelfa [11].

L'analyse de l'environnement péri-domestique immédiat des patients met en évidence la proximité de terres agricoles (39 %), la présence d'animaux d'élevage (37 %), de terriers de rongeurs (16 %) et de décharges d'ordures sauvages (5 %).

Aspects cliniques et topographie des lésions :

La présentation clinique s'avère polymorphe, la forme papuleuse étant la plus fréquente (25 % des cas), ce qui correspond probablement au contexte épidémiologique de la pathologie et le niveau de sensibilisation de la population motivant à demander des soins le plus rapidement possible. Cette forme classiquement considérée comme une forme de début de la maladie, est de plus en plus observée aussi bien dans la région tunisienne [19], que dans d'autres séries nord africaines [20]. Notre série met en évidence des lésions ulcéro-croûteuses dans 19 % des cas. Ce taux est inférieur aux conclusions de Hamouda et al., qui décrivent une nette prédominance de la forme ulcéro-croûteuses dans 75% des cas [21].

Dans notre cohorte, 78 % des lésions évoluent depuis moins de 2 mois au moment du diagnostic initial. Ces données sont superposables à celles de Razika et *al.* en Algérie (2 mois) [22] et proches des 5 semaines rapportées en Tunisie par Karim et *al.* [14].

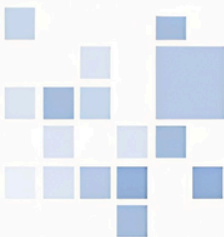
La topographie lésionnelle montre une nette prépondérance au niveau des membres seuls (53 % des cas), suivis du visage seul (20 %). Ce tropisme corporel est cohérent avec l'étude de Fatima et al. (Membres : 66 % ; face : 31 %), bien que Hamouda et al. rapportent une localisation faciale supérieure (37 %) [21]. Ces variations topographiques s'expliquent par le fait que les membres et le visage constituent des zones cutanées découvertes, directement accessibles aux piqûres des phlébotomes. Par ailleurs, 52 % des patients présentaient des lésions multiples (>2). Ce phénomène traduit soit des piqûres itératives par un même vecteur (*Phlebotomus papatasi*) en raison d'un repas sanguin interrompu [10], soit des attaques simultanées par de multiples vecteurs.

Facteurs environnementaux et dynamique de transmission :

L'analyse du contexte familial indique que dans 68 % des cas, aucun antécédent intrafamilial n'a été signalé. À l'inverse, 17 % des patients rapportent au moins un cas similaire au sein du foyer. L'existence d'antécédents familiaux, fortement associée à la prévalence de la maladie dans la littérature, suggère l'intervention d'une susceptibilité génétique ou, plus probablement, la persistance d'une dynamique de transmission locale en zone péri-domestique [23]. La prédominance de cas isolés en période de flambée épidémique dans des foyers historiques indique un regroupement spatio-temporel aigu de la maladie.

Sur le plan macro-épidémiologique, la majorité des infections se concentre au sein des foyers endémo-épidémiques actifs. Le reste des cas provient de zones hypo-épidémiques en phase de réémergence, ainsi que de deux communes (Serguine et Nadora) engagées dans un processus depuis deux ans. Cette distribution est probablement due à la présence des conditions favorables à sa dynamique et son extension.

La description de l'environnement péri-domestique de notre série confirme cette distribution majoritairement en milieu rural et périurbain, caractérisé par la proximité de terres agricoles, la présence d'animaux d'élevage, de terriers de rongeurs, de décharges sauvages et de points d'eau stagnante. Ces facteurs anthropiques et environnementaux catalysent la prolifération des réservoirs et des vecteurs en zone péri-domestique, exacerbant ainsi le risque de contact homme-vecteur [23].





Prise en charge thérapeutique :

L'évaluation de la prise en charge thérapeutique s'avère encourageante : 95 % des cas ont bénéficié d'un bilan pré-thérapeutique, et le taux de guérison culmine à 83 %. Cette efficacité clinique témoigne d'une sensibilité de la souche parasitaire circulante aux traitements administrés selon le protocole national. Nous rapportons un faible taux de stibio-intolérance (0,5 %, n = 7), un seul cas de rechute et un faible taux de perdus de vue limité (1 %, n=20). Dans 56 cas (5%) de notre série, un contexte d'antécédents médicaux a été cité avec prédominance de l'HTA (2.3%) vs 92% des cas non mentionné.

Corrélation entomologique et climatique :

Les données de la littérature confirment le rôle des variables bioclimatiques sur la distribution de *Meriones shawi*, *Psammomys obesus* et *Phlebotomus papatasi* principaux réservoirs et vecteurs de la LC zoonotique au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (Echelle MENA) [24]. Des précipitations optimales, associées à une forte densité de rongeurs et à une humidité relative maximale en septembre, potentialisent l'élévation de l'incidence les mois suivants [24]. À M'sila, une corrélation directe a été établie entre la température moyenne et la densité des phlébotomes, laquelle présente deux pics d'activité (juin et septembre). Le second pic, marqué par l'abondance des deuxième et troisième générations de phlébotomes, majore significativement le risque d'infection automno-hivernale [22]. Sur le plan entomologique, Izri et al. confirment la dominance de *Phlebotomus papatasi*, qui représente 57,29 % des captures tous biotopes confondus, s'affirmant comme le vecteur exclusif de *Leishmania major* dans les zones steppiques et le nord du Sahara [25]. Parallèlement, le rongeur *Meriones shawi* fait office de réservoir secondaire clé en milieu pastoral, prenant le relais de *Psammomys obesus* [25]. Bien que plusieurs travaux valident l'association étroite entre les fluctuations climatiques et la dynamique de la LC [16, 26], des disparités régionales existent : à Djelfa, une faible corrélation positive et non linéaire a été observée, suggérant que les précipitations torrentielles détruisent les gîtes larvaires des phlébotomes, régulant ainsi indirectement la population vectorielle [11,16]. Limites de l'étude : Notre travail présente un biais de sélection potentiel lié à l'exhaustivité du recueil, certaines fiches d'enquête n'ayant pas été transmises. Néanmoins, avec l'inclusion de 1 064 cas, l'étude conserve une puissance et une représentativité épidémiologique forte, couvrant plus des deux tiers (66 %) des cas déclarés au dispositif national des MDO.

Implications pour la santé publique et propositions d'un modèle d'intervention saisonnier :

A la lumière de notre analyse ci-dessus, nous proposons un chronogramme type basée sur la performance chronologique des actions de lutte contre la leishmaniose cutanée. Ce dernier se base sur une approche séquentielle de transition entre la planification hivernale, les interventions préventives printanières et estivales, et la prise en charge automno-hivernale.



Chronogramme

Périodes	Actions
Fin Hiver (Janvier-février) :	- Retro-information (Secteur de la sonté, et organes intersectorielles, etc.), - Etablir un plan d'action intersectoriel local (Cartographie prédictive, stratégies adaptées, logistiques, etc.), - Formations continues : personnels concernés par le dispositif de lutte contre la LC, - Impliquer les laboratoires de recherches universitaires...
Mars – Mai :	- Investigations autour des cas enregistrés durant cette période. - Mettre en place des actions de lutte contre le réservoir (Mars-Avril), ciblant la ceinture de sécurité des zones péri-urbaine identifiées, - Phase 1 d'aspersion, notamment dons les zones à haut risque (Avril – Mai). - Actions d'hygiène du milieu : l'environnement péri-domiciliaire (300 à 500 m). - Actions de sensibilisation communautaire (Protection individuelle, hygiène du milieu, etc.) (Mai).
Juin – Septembre :	- Actions de sensibilisation communautaire (Protection individuelle, hygiène du milieu, etc.) - Surveillance de la densité des phlébotomes (Juin-juillet) - Début septembre : Renforcement des connaissances des équipes de santé scolaire (dépistage précoce et IEC). - Phase 2 d'aspersion (Septembre – octobre). - Préparation effective du dispositif de riposte à une éventuelle épidemie...
Octobre – Janvier :	- Octobre-Décembre : Adaptation du dispositif de riposte et de PEC (Flux des nouveaux cos +++). - Janvier : Finaliser l'évaluation de la situation épidémiologique de la LC de l'année précédente.

Conclusion :

La stratégie nationale de lutte contre la leishmaniose cutanée s'aligne directement sur la réalisation de l'Objectif de Développement Durable (ODD 3.3), visant l'éradication des maladies tropicales négligées (MTN) d'ici 2030, en ciblant la réduction du nombre de personnes nécessitant des interventions médicales. Pour atteindre l'ODD 3.3 d'ici 2030, la lutte contre la leishmaniose cutanée doit transiter d'une gestion de crise à une anticipation éco-épidémiologique globale, optimisée par le couplage technologique IA-SIG et une évaluation rigoureuse de ses impacts socio-économiques.

Références bibliographiques :

1. F. Bachi, Aspects épidémiologiques et cliniques des leishmanioses en Algérie, 2006.

2. World Health Organization Status of Endemicity of Cutaneous Leishmaniasis. Available online: https://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/leishmaniasis/leishmaniasis.html (accessed on 10 December 2022).

3. Belazzoug S (1982) Une épidémie de leishmaniose cutanée dans la région de M'sila (Algérie). Bull Soc Pathol Exot Filiales 75(5):497-504.

4. Belazzoug S, Lanotte G, Maazoun R, et al (1985) Un nouveau variant enzymatique de Leishmania infantum Nicolle, 1908, agent de la leishmaniose cutanée du Nord de l'Algérie. Ann Parasitol Hum Comp 60(1):1-3.

5. Harrat Z, Hamrioui B, Belkaïd M, Tabet-Derraz O (1995) Point actuel sur l'épidémiologie des leishmanioses en Algérie. Bull Soc Pathol Exot 88(4):180-4.

6. Harrat Z, Pratlong F, Belazzoug S, et al (1996) Leishmania infantum and L. major in Algeria. Trans R Soc Trop Med Hyg 90(6):625-9.

7. Harrat Z, Boubidi SC, Pratlong F, et al (2009) Description of a dermatropic Leishmania close to L. kilicki (Rioux, Lanotte & Pratlong 1986) in Algeria. Trans R Soc Trop Med Hyg 103(7): 716-20 [Epub 2009 May 22].

8. Note N° 5 du 02 avril 2026, relative à la campagne annuelle d'aspersion d'insecticide contre la leishmaniose cutanée.

9. Bilan annuel de l'Observatoire Régional de la Santé d'Oran,2025.

10. Karim A et al, Epidemiological and clinical criteria for the diagnosis of cutaneous leishmaniasis in Tunisia, TUNISIE MEDICALE-2025; Vol 103 (06): 823-828,

11. Messaoudene, F.; Boukraa, S.; Boubidi, S.C.; Guerzou, A.; Ouahabi, A. Human Cutaneous Leishmaniasis in North Africa and Its Threats to Public Health: A Statistical Study Focused on Djelfa (Algeria). Microorganisms 2023, 11, 2608. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11102608>

12. Zergui, A., Bouziani, N., Mezouar, A. et al. Microbial transmission patterns of cutaneous leishmaniasis shaped by seasonal vector activity in a hyperendemic region of Algeria. J Parasit Dis (2026). <https://doi.org/10.1007/s12639-026-01913-8W>.

13. Razika Benikhlef et col, Cutaneous Leishmaniasis in Algeria; Highlight on the Focus of M'Sila , 2021.

14. Karim Aoun et al, Assessment of Incubation Period of Cutaneous Leishmaniasis due to Leishmania major in Tunisia, 2020.

15. EL Alaoui, Z.; Amayour, A.; El Aasri, A.; EL Kharim, K.; El Belghyti, D. Leishmaniose Cutanées À Ain Dfali, Aspects Épidémio-Cliniques Comparatifs De 132 Cas. Eur. Sci. Journal, ESJ 2017, 13, 60

16. Feliciangeli, M.D. Ecology of Sandflies (Diptera: Psychodidae) in a Restricted Focus of Cutaneous Leishmaniasis in Northern Venezuela: III. Seasonal Fluctuation. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 1987, 82, 167-176

17. Laboudi M, Epidemiological profile of cutaneous leishmaniasis in Morocco, 2004-2013.

18. Oliveira Guerra, J.A.; Ribeiro, J.A.S.; Coelho, L.I.D.A.R.D.C.; Barbosa, M.D.G.V.; Paes, M.G. Epidemiologia Da Leishmaniose Tegumentar Na Comunidade São João, Manaus, Amazonas, Brasil. Cad. Saude Publica 2006, 22, 2319-2327.

19. Masmoudi, N. Ayadi, S. Boudaya, T. J. Meziou, M. Mseddi, S. Marrekchi, S. Bouassida, H. Turki & A. Zahaf, Polymorphisme clinique de la leishmaniose cutanée du centre et sud tunisien, 2006.

20. CHIEB S, GUESSOUS-IDRISSI N, HAMDANI A, RIYAD M, BICHICHI M et al. – Leishmaniose cutanée à Leishmania tropica dans un foyer émergent au nord du Maroc: nouvelles formes cliniques. Ann Dermatol Vénéréol, 1999, 126, 419-422.

21. Hamouda Ouanassa, Fendri Allaoua Hichem, Epidemiological and clinical aspects of cutaneous leishmaniasis in the eastern Algerian region. A 3-year review (2018-2020).

22. Razika Benikhlef et col, Cutaneous Leishmaniasis in Algeria; Highlight on the Focus of M'Sila , 2021.

23. Organization WH. SDG3 and beyond: healthier environments for healthier populations in the sustainable development Goals. 2019.

24. Ahmed karmouli et al, Geographic distribution of Meriones shawi,Psammomys obesus, and Phlebotomus papatasi the main reservoirs and principal vector of zoonotic cutaneous leishmaniasis in the Middle East and North Africa.

25. Izri MA, Belazzoug S, Pratlong F, Rioux JA (1992) Isolation of Leishmania ma-jor from Phlebotomus papatasi in Bis-kra. Completion of an epidemiological saga. Ann Parasitol Hum Comparée. 67 (1): 31-32.

26. Barati, H.; Lotfi, M.H.; Mozafari, G.; Dehghan, H.; Barati, M.; Tajfirouzeh, A. Epidemiological Aspects of Cutaneous Leishmaniasis in Yazd Province within 2004-2013. J. Community Heal. Res. 2016, 5, 131-139.

Situation épidémiologique de la paralysie infantile dans la région ouest en 2025

92 cas de paralysie infantile (PI) notifiés en 2025 dans la région ouest (10 wilayas)

- au-dessus du seuil **OMS**
- Pic épidémique en **juin (18 cas)** et rebond en octobre (12 cas)
- Sex-ratio H/F = **1,4**

1. Contexte et rappels épidémiologiques

La poliomyélite est une infection virale aiguë causée par les poliovirus (PV1, PV2, PV3), entérovirus à transmission féco-orale strictement humaine. Dans ses formes graves (< 1 % des infections), elle entraîne une paralysie flasque aiguë (PI) irréversible par destruction des motoneurons de la corne antérieure de la moelle épinière. **Plus de 95 %** des infections sont asymptomatiques, favorisant la circulation silencieuse du virus dans les communautés insuffisamment vaccinées. Depuis le lancement de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (GPEI) en 1988, les cas mondiaux ont été réduits de plus 99 %. Le poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) a été certifié éradiqué en **2015**, le type 3 (PVS3) en **2019**. Seul le PVS1 circule encore, confiné au Pakistan et à l'Afghanistan. En Algérie, la certification de la poliomyélite a été obtenue en **2016**, mais la surveillance de la PI demeure une obligation nationale et internationale. La détection de poliovirus dérivée de souches vaccinales (cVDPV) dans plusieurs pays, y compris africains, rappelle la fragilité des acquis en l'absence d'une couverture vaccinale maintenue au-dessus de 95 %.

2. Résultats de la surveillance 2025 – Région Ouest

2.1 Distribution géographique

Au cours de l'année 2025, 92 cas de PI ont été notifiés dans la région, pour 82 cas attendus, soit un dépassement de 12 % des projections épidémiologiques. Le tableau ci-dessous présente la distribution par wilaya :

Tableau 1 – Répartition des cas de PI notifiés et attendus par wilaya, Région Ouest 2025.

Wilaya	Cas notifiés	Cas attendus	Appréciation
Oran	17	17	Conforme aux prévisions
Mostaganem	14	09	Dépassement significatif
Mascara	12	09	Dépassement modéré
Relizane	11	08	Légèrement au-dessus
Tiaret	10	11	Sous-notification probable ▼
Sidi Bel Abbès	07	07	Conforme aux prévisions
Tlemcen	07	10	Sous-notification probable ▼
Tissemsilt	05	03	Dépassement significatif
Saïda	05	04	Légèrement au-dessus
Aïn Temouchent	04	04	Conforme aux prévisions
Région Ouest	92	82	12 % au-dessus des attentes

Le nombre de cas le plus élevé est enregistré à Mostaganem, Mascara et Tissemsilt toutes les trois sont au-dessus du seuil d'alerte. À l'inverse, Tiaret et Tlemcen notifient un nombre de cas inférieur aux projections, situation évocatrice d'une sous-notification qui justifie une investigation ciblée.

2.2 Caractéristiques démographiques

Sur les 92 cas recensés, 53 sont de sexe masculin (57,6 %) et 39 de sexe féminin (42,4 %), soit une sex-ratio de 1,4, cohérente avec les données historiques de la PI. L'analyse par tranche d'âge met en évidence un nombre de cas maximale chez les garçons de 5 à 9 ans, ce qui constitue la valeur la plus élevée observée dans toutes les tranches d'âge et mérite une attention particulière dans la stratégie vaccinale. Dans la tranche d'âge 10–14 ans, les filles présentent un nombre de cas légèrement supérieure à celle des garçons.

Tableau 2 – Incidences estimées des cas de PI par tranche d'âge et sexe, Région Ouest 2025.

Tranche d'âge Sexe	0–4 ans M	0–4 ans F	5–9 ans M	5–9 ans F	10–14 ans M	10–14 ans F
Nombre de cas	16	15	24	10	13	14

2.3 Évolution temporelle et saisonnalité

L'analyse mensuelle révèle un profil bimodal caractéristique des infections à entérovirus :

- Pic principal en juin : 18 cas (pic estival majeur), correspondant aux conditions climatiques favorables à la réplication et la transmission des entérovirus.
- Second pic en octobre : 12 cas (rebond automnal), coïncidant avec la rentrée scolaire et la reprise de la circulation des pathogènes entéraux.
- Période de faible incidence : novembre à mars, avec un minimum observé en décembre–janvier.

Cette saisonnalité est parfaitement superposable au profil épidémiologique des entérovirus non poliomyélitiques (EV-D68, EV-A71, échovirus), renforçant l'hypothèse que la majorité des cas de la région relèvent d'étiologies autres que la poliomyélite vraie.

2.4 Caractéristiques cliniques et diagnostic différentiel

L'analyse des données cliniques disponibles est déterminante pour orienter le diagnostic étiologique :

Tableau 2 – Caractéristiques cliniques des cas de PI, Région Ouest 2025.

Critère clinique	Présent	Absent / ind	Interprétation
Fièvre au début de la paralysie	37 %	63 %	Faible – évoque SGB / autre
Paralysie progressive	37 %	63 %	Modéré
Apparition brutale	30,4 %	69,6 %	Modéré
Paralysie asymétrique (typique polio)	25 %	75 %	Faible – évoque SGB / autre
Paralysie symétrique (évoque SGB)	67,4 %	32,6 %	Prédominante
Atteinte membres inférieurs	Prédominante	–	Compatible corne antérieure

La prédominance des paralysies **symétriques (67,4 %)** et la faible proportion de fièvre concomitante (37 %) orientent la majorité des cas vers des **étiologies non poliomyélitiques**, principalement le **syndrome de Guillain-Barré (SGB)**, les polyradiculonévrites et les paralysies par entérovirus non poliomyélitiques. La prédominance des membres inférieurs reste toutefois compatible avec une atteinte médullaire antérieure.



2.5 Statut vaccinal et délais de surveillance

La majorité des cas recensés avait reçu 3 à 4 doses de VPO, ce qui est cohérent avec le schéma vaccinal national et n'implique pas un échec vaccinal. Le délai de notification (paralysie → déclaration officielle) est inférieur à 7 jours dans la majorité des cas, respectant l'indicateur de qualité satisfaisant. Le premier prélèvement de selles a également été réalisé dans les délais pour la plupart des cas notifiés.

3. Conformité aux indicateurs OMS de surveillance

Au cours de l'année 2025, 92 cas de PI ont été notifiés dans la région, pour 82 cas attendus, soit un dépassement de 12 % des projections épidémiologiques. Le tableau ci-dessous présente la distribution par wilaya :

Indicateurs atteints :

- Taux de notification $\geq 2/100\ 000$ enfants < 15 ans : atteint, plusieurs wilayas dépassent le seuil.
- Délai de notification ≤ 7 jours : majoritairement respecté – indicateur de réactivité satisfaisant.

Indicateurs défaillants :

- Suivi à 60 jours (seuil OMS $\geq 80\ %$) : majoritairement indéterminé – suivi insuffisant.

4. Recommandations opérationnelles

4.1 Renforcement de la confirmation virologique

- Systématiser le double prélèvement de selles chez tout cas de PI dans les 14 jours suivant la paralysie.
- Renforcer la formation des équipes de terrain aux techniques de prélèvement et aux conditions de conservation (chaîne du froid).
- Garantir le retour des résultats virologiques dans un délai ≤ 28 jours à compter du prélèvement.

4.2 Amélioration du suivi à 60 jours

- Mettre en place un système de rappel actif pour les cas perdus de vue.
- Désigner un point focal « suivi PI » dans chaque wilaya, responsable du renseignement des fiches à 60 jours.
- Intégrer cet indicateur dans les tableaux de bord mensuels transmis à l'ORS.

4.3 Investigation des wilayas à sous-notification

- Conduire une investigation des registres hospitaliers et des services de pédiatrie et de neurologie à Tiaret et Tlemcen : recherche active des cas.
- Organiser des sessions de sensibilisation et de formation des médecins déclarants dans ces deux wilayas.

5. Conclusion

Le bilan épidémiologique de la surveillance de la paralysie infantile dans la région ouest pour l'année 2025 témoigne d'un système de notification globalement actif, avec 92 cas déclarés et des délais de notification conformes aux standards OMS. Les nombres de cas les plus élevés sont observés à Mostaganem, Mascara et Tissemsilt. La prédominance des formes cliniques symétriques sans fièvre, orientent vers une étiologie majoritairement non poliomyélitique.

Le renforcement de la chaîne prélèvement-transport-analyse, du suivi à 60 jours, et la surveillance ciblée des wilayas de Tiaret et Tlemcen constituent les **axes d'action prioritaires** pour consolider la surveillance.

