

Place du paludisme parmi les affections fébriles au centre de santé communautaire (CSCOM) de Koulouba de 2017 à 2018, au Mali

Place of malaria among febrile affections at the Koulouba community health center from 2017 to 2018, in Mali.

M Diallo^{1*}, Y Cissoko^{1,2}, I Dicko³, CO Doumbia¹, SI Diawara⁴, I Sanogo¹, B Konate¹, M Diakite³, S Doumbia³.

DOI : 10.53318/msp.v13i2.2967

¹Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC)/ Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).

²Centre Hospitalier Universitaire de Point-G (CHU- Point G), Bamako, Mali.

³Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC)/ Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)/Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).

⁴Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme (MRTC)/Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)/Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).

*Auteur correspondant : Mountaga DIALLO, MD

Email: diallountaga91@gmail.com; Téléphone: +223 74 00 84 67 / 51 88 90 77.

Résumé

Introduction : les diverses étiologies des maladies fébriles sont difficiles à distinguer sur le plan clinique, par manque de moyens de diagnostic, la plupart sont attribués au paludisme. Cette étude visait à revoir l'état qu'occupe le paludisme parmi les étiologies des affections fébriles dans la zone péri-urbaine de Koulouba. **Méthodologie :** Nous avons mené une étude observationnelle a collecté retro - prospective. Elle a été réalisée au centre de santé communautaire (CSCOM) de Koulouba sur une période de 13 mois. Elle a concerné tous les patients vus en consultation de juin 2018 à novembre 2019. La confidentialité et l'anonymat des données ont été respectés. La saisie et analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 23. **Résultats :** les affections fébriles représentaient 7,73% des consultations. Le paludisme était la première cause des affections fébriles soit une prévalence de 42% (281/676) et représentait 3,21% des consultations, avec des pics en mois d'octobre et novembre 2018. Il a été confirmé par la microscopie à gouttes épaisses dans 52,39% (197/376) des cas et par le Test de Diagnostic Rapide dans 29,08% (107/368). Les affections fébriles non palustres représentaient 58% soit une fréquence de 7,73% sur l'ensemble des consultations dont la plus fréquente, les infections respiratoires aiguës avec des pics en mois de décembre. **Conclusion :** le paludisme reste de loin la première étiologie des affections fébriles dans nos structures de santé de premier niveau. La faible ressource limitée des moyens de diagnostic demeure une difficulté entraînant une surestimation ou une diminution de la prévalence de ses affections.

Mots clés : Paludisme, affections fébriles, Koulouba, Bamako.

Summary

Introduction: the various etiologies of febrile illnesses are difficult to distinguish clinically, for lack of means of diagnosis, most are attributed to malaria. This study aimed to review the status of malaria among the etiologies of febrile illnesses in the peri-urban area of Koulouba. **Method:** We conducted an observational study with retrospective and prospective data

collection. It was carried out at the Koulouba Community Health Center (CSCOM) over a period of 13 months. It concerned all patients seen in consultation from June 2018 to November 2019. The confidentiality and anonymity of the data were respected. Data entry and analysis were done using SPSS version 23 software. Results: febrile illnesses represented 7.73% of consultations. Malaria was the leading cause of febrile illnesses, with a prevalence of 42% (281/676) and represented 3.21% of consultations, with peaks in October and November 2018. It was confirmed by microscopy in 52.39% (197/376) of cases and by Rapid Diagnostic Test in 29.08% (107/368). Non-malaria febrile illnesses accounted for 58%, i.e. a frequency of 7.73% for all consultations, the most frequent of which was acute respiratory infections, with peaks in December. **Conclusion:** Malaria remains by far the first etiology of febrile affections in our first level health structures. The poor limited resource of diagnostic means remains a difficulty leading to an overestimation or a reduction in the prevalence of these conditions.

Keywords : Malaria, fébriles affections, Koulouba, Bamako.

Introduction

Les infections virales, bactériennes et parasitaires, telles que la grippe, la mononucléose infectieuse, la dengue, le chikungunya, la pneumonie, la bronchite, la cystite, la méningite, la salmonellose, le paludisme, la fièvre jaune et la fièvre de Lassa, constituent diverses causes d'affections fébriles. Celles-ci sont souvent difficiles à distinguer cliniquement. Diagnostiquer l'agent pathogène responsable d'une affection fébrile dans les pays disposant de ressources limitées est particulièrement ardu en raison du manque d'infrastructures de diagnostic appropriées pour identifier la cause spécifique de l'infection (1-6). Cependant, le paludisme est souvent le diagnostic par défaut chez les jeunes enfants présentant de la fièvre, ce qui indique généralement une infection sous-jacente. Cependant, l'identification de la cause peut poser un défi diagnostique, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (7).

L'OMS, dans son rapport de 2023, a montré que l'incidence du paludisme dans le monde s'est élevée à 58,4 cas pour 1 000 habitants exposés, comparé à un objectif fixé de 26,2 cas. La région Afrique de l'OMS continue de supporter le plus lourd fardeau du paludisme, enregistrant 94 % de tous les cas de paludisme, soit 233 millions de cas, ainsi que 95 % de tous les décès dus au paludisme, totalisant 580 000 décès (8). Au Mali, selon les statistiques de l'annuaire 2021 du Système National d'Information Sanitaire et Social (SNISS), il y a eu 1 892 225 cas de paludisme confirmés pour tout âge confondu, suivis de la diarrhée présumée infectieuse avec 285 725 cas et de la fièvre typhoïde avec 240 310 cas.

En outre, dans les régions où la présence de fièvre était autrefois assimilée au paludisme, les tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme ont permis d'identifier la proportion souvent importante de patients fébriles qui ne sont pas atteints de paludisme (9). Au Mali, les formations sanitaires sont dotées des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme qui sont rendus disponibles à l'échelle nationale par le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) pour faciliter la prise en charge et la surveillance épidémiologique du paludisme (10).

Bien que plusieurs mesures d'intervention de base pour le contrôle et l'élimination du paludisme ont été mises en œuvre, comprenant l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, les pulvérisations d'insecticides à effet durable à l'intérieur des habitations, l'administration de médicaments antipaludiques, la réalisation de tests de diagnostic rapide, et plus récemment, la vaccination. De plus, l'OMS recommande que tous les cas suspects de paludisme soient confirmés par un diagnostic basé sur la détection des parasites par microscopie ou par l'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR). Si ces mesures sont correctement mises en place, elles pourraient avoir un impact significatif sur la place qu'occupe le paludisme parmi les affections fébriles dans nos communautés. Dans ce contexte, nous avons entrepris la présente étude afin de déterminer la place qu'occupe le paludisme parmi les étiologies des affections fébriles dans la zone péri-urbaine de Koulouba, suite aux nombreux efforts des autorités pour le contrôle et l'élimination de cette maladie.

Méthodologie

Nous avons mené une étude observationnelle avec collecte de données rétrospective portant sur les données du registre de consultation du CSCOM, ainsi qu'une collecte prospective. Elle a concerné tous les patients vus en consultation de novembre 2017 à novembre 2018.

Le CSCOM de Koulouba est situé en commune III du district de Bamako à l'entrée du Palais Présidentiel. Il couvre une aire de santé regroupant trois quartiers : Koulouba, Point-G et Sokonafing avec une population respective de 11 051 ; 9 744 et 3 428 habitants selon le plan de développement sanitaire de la commune III (PDSCIII 2013-2017). C'est une zone périurbaine où la transmission du paludisme est hypo endémique et toutes les tranches d'âge à risque de paludisme grave. Nous avons procédé à un recensement de tous les patients vus en consultation durant notre période d'étude. Un questionnaire était adressé à tous participants ayant donné son consentement avec une température $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ et bénéficiant d'un TDR

Méthode de diagnostic durant la phase prospective de l'étude : A l'accueil, chaque patient vu en consultation et présentant une température $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ou une notion de fièvre < 24 heures a été orienté vers le laboratoire pour la confection d'une lame de goutte épaisse et d'un TDR pour les patients âgés de 18 ans et plus et TDR ou goutte épaisse pour les moins de 18 ans pour le paludisme après lui avoir clairement expliqué toutes les procédures dans le but de confirmer le paludisme. le diagnostic retenu dépendait du résultat de la goutte épaisse ou du TDR et de la définition opérationnelle des

affections fébriles selon le guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) disponible au CSCOM.

Les données quantitatives catégorielles ont été présentées sous forme des tableaux de fréquence et celles numériques continues l'ont été sous forme de moyenne \pm écart type. Nous avons utilisé le test du chi carré de Pearson pour évaluer l'association entre la variable dépendante, le paludisme, et les variables indépendantes suivantes : l'âge, le sexe et la période de transmission, avec un seuil de significativité fixé à 0,05. Par la suite, nous avons construit notre modèle de régression logistique multivariée en utilisant les variables qui étaient associées au seuil de 5%. La saisie et analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 23.

Aspects éthiques et déontologiques : Nous avons obtenu l'autorisation du médecin chef de la commune III pour exploitation des données du registre de consultation. Pour la partie prospective, Le consentement et/ ou assentiment (du tuteur si mineur) libre et éclairé des patients ou responsables des mineurs était obtenu après une explication des buts et intérêts de l'enquête avant toute procédure de l'étude. La confidentialité de toutes les informations/données incluses dans ce manuscrit a été observée tout au long de l'étude en anonymisant les questionnaires et toutes les méthodes ont été appliquées conformément à la Déclaration d'Helsinki et aux directives et réglementations pertinentes.

Résultats :

Au total, 8 747 patients ont été vus en consultation au CSCOM de Koulouba pendant la période d'étude. Parmi ceux-ci, 676 (7,73%) de patients fébriles ont été colligés. La tranche d'âge modale était celle de 0 à 5 ans avec une proportion de 33,6% (227/676). La moyenne d'âge était de $16,9 \pm 1,5$ ans (Tableau I).

Le paludisme représentait 3,2% des consultations (282/8747) au CSCOM de Koulouba. Il était aussi la cause principale des affections fébriles avec une proportion de 42% (282/676). Cependant, les affections fébriles non palustres représentaient 58% sur l'ensemble des consultations (Figure 1). Les pics de paludisme ont été observés aux mois d'octobre et de novembre 2018 (Figure 2). Au total, 192 patients (192/282) souffraient du paludisme simple, 71 (71/282) de la forme grave du paludisme et 18 (18/282) avaient un paludisme associé à une infection respiratoire aiguë haute. Les infections respiratoires aiguës (27,7% et 5,8% respectivement pour les infections respiratoires aiguës hautes et basses) avec leur pic en mois de décembre étaient la deuxième cause la plus fréquente des affections fébriles. Les autres causes des affections fébriles non palustres étaient la fièvre typhoïde (23,4%), l'infection urinaire (6,1%), la diarrhée infectieuse (4,6%) (Figure 2). Le diagnostic du paludisme a été confirmé par la microscopie dans 52,4% (197/376) des cas et par le TDR dans 29,1% (107/368) des cas (Tableau II).

Les facteurs de risque associés au paludisme : analyse univariée et multivariée.

Selon les périodes de l'année, la chance de faire le paludisme en forte transmission Juin à novembre était 2,5 fois plus élevée [(OR= 2.5 ; $p < 0,001$)] qu'en période de faible

transmission du paludisme (décembre à avril). Pour la tranche d'âge de 6 à 35 ans, le risque de paludisme augmentait avec les ordres ratio soit (OR= 2,8 ; 4,3 et 5,0 ; $p < 0,001$). La susceptibilité au paludisme était statistiquement significativement plus élevée durant la période de forte transmission (OR = 2,86 ; $p = 0,0001$). Comparativement aux moins de 5 ans, les tranches d'âge de 6 à 15 ans (OR = 2,86, $p = 0,0001$), de 16 à 25 ans (OR = 4,3 ; $p = 0,0001$), de 26 à 35 ans (OR = 5,01 ; $p = 0,0001$), de 36 à 45 ans (OR = 2,15 ; $p = 0,05$) et ceux de plus de 46 ans (OR = 2,48 ; $p = 0,01$) avaient une forte probabilité de contracter le paludisme.

Discussion

Le paludisme était la première cause soit une prévalence de 42% des affections fébriles, avec des pics en mois d'Octobre et Novembre 2018, suivi des infections respiratoires aiguës (hautes et basses) soit 33,43% avec des pics en mois de Décembre et Octobre. Cela démontrerait d'une part que le paludisme reste la première cause des affections fébriles dans nos structures de premier niveau de soins de santé au Mali qui est à la base de la pyramide sanitaire où les patients se rendent généralement pour la prise en charge du paludisme en première intention. Et d'autre part par sa transmission durant toute l'année avec des pics, généralement en fin de saison pluvieuse. Nos résultats sont similaires à ceux de plusieurs études (6-9). Contrairement à l'étude de Haidaro et al. (10), le paludisme était la deuxième cause des affections fébrile après les infections respiratoires. Cette différence s'expliquerait par la prise en charge en premier lieu dans nos soins de santé primaire.

Par ailleurs, en Asie, plusieurs auteurs (11,12) ont rapporté dans leurs études respectives, la dengue suivie de la leptospirose et la fièvre entérique et la pneumonie étant les étiologies de la fièvre les plus fréquentes. En outre, une autre étude asiatique (13) a rapporté le paludisme et la dengue qui étaient les plus cités.

Le diagnostic du paludisme a été confirmé au CSCOM de Koulouba par la microscopie dans 52,39% (197/376) des cas et par le TDR dans 29,08% (107/368) des cas. Cependant, Traoré BM et al (7) avaient rapporté une proportion supérieure de 69,0 % (300/435) des cas de paludisme mise en évidence par la microscopie et 52,5% des cas (93/117) par le TDR. Cela s'explique par le fait qu'au cours de notre étude les patients âgés de 18 ans et plus étaient testé par les deux méthodes dans le cadre de sélection des patients pour un essai clinique, mais également par la rupture de stock de TDR assez fréquente.

=La tranche d'âge 0 à 5 ans était la plus touchée par les affections fébriles avec une proportion de 33,6% (227/676). Selon une étude menée à Tombouctou chez les enfants de 1 à 59 mois par Ba M et al. ; parmi les 789 enfants hospitalisés, 35% (276/789) étaient des cas d'affection fébrile (6). Cela démontrerait la vulnérabilité de cette tranche d'âge face aux affections fébriles due à leur exposition fréquente aux agents pathogènes.

Dans notre analyse univariée, il existait un lien significatif entre la tranche d'âge et le paludisme et le risque augmentait avec la tranche d'âge de 6 à 15 ans ; 16 à 25 ans et 26 à 35 ans avec les ordres ratio respectives (OR= 2,8 ; 4,3 et 5,0 ; p

$< 0,001$). Cela s'expliquerait par la protection des enfants de 0 à 5 ans par la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) en période de transmission de paludisme.

Limite de l'étude : la non-complétude de certaines données contenues dans les registres de consultation se traduisant souvent par l'absence de résultats des tests de diagnostics faits a entraîné des difficultés d'exploitation de ces données. En outre, cela pourrait avoir conduit à une sous-estimation de la prévalence du paludisme au CSCOM de Koulouba.

Conclusion : le paludisme reste de loin la première étiologie des affections fébriles dans nos structures de santé de premier niveau. La faible ressource limitée aux moyens de diagnostic autres que le paludisme demeure une difficulté entraînant une surestimation ou une sous-estimation de la prévalence de ses affections. Ces résultats suggèrent la nécessité de mener une recherche sur la mise en œuvre afin de comprendre la prévalence élevée du paludisme malgré la disponibilité des moyens de lutte efficaces contre cette maladie. Il est également recommandé de renforcer les capacités de diagnostic au niveau des CSCOM, ce qui pourrait permettre d'améliorer la fiabilité des données recueillies.

Références Bibliographiques

1. Crump JA, Ramadhani HO, Morrissey AB, Saganda W, Mwako MS, et al. (2011) Invasive bacterial and fungal infections among hospitalized HIV-infected and HIV-uninfected adults and adolescents in northern Tanzania. *Clin Infect Dis* 52: 341–348.
2. Crump JA, Ramadhani HO, Morrissey AB, Msuya LJ, Yang L-Y, et al. (2011) Invasive bacterial and fungal infections and infants in northern Tanzania. *Trop Med Int Health* 16: 830–837.
3. Mahero MW, Pelican KM, Waila JM, Namusisi S, Rwego IB, Kajura C, et al. "There are many fevers": Communities' perception and management of Febrile illness and its relationship with human animal interactions in South-Western Uganda. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2022 Feb [cited 2024 Mar 25];16(2).
4. Mahero MW, Pelican KM, Waila JM, Namusisi S, Rwego IB, Kajura C, et al. "There are many fevers": Communities' perception and management of Febrile illness and its relationship with human animal interactions in South-Western Uganda. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022 Feb 22;16(2):e0010125.
5. Nyaoko BA, Mureithi MW, Beynon C. Factors associated with treatment type of non-malarial febrile illnesses in under-fives at Kenyatta National Hospital in Nairobi, Kenya. *PLOS ONE*. 2019 Jun 13;14(6):e0217980.
6. Kigozi BK, Kharod GA, Bukenya H, Shadomy SV, Haberling DL, Stoddard RA, et al. Investigating the etiology of acute febrile illness: a prospective clinic-based study in Uganda. *BMC Infect Dis*. 2023 Jun 16;23(1):411.
7. Ssentongo P, Chinchilli VM, Shah K, Harbaugh T, Ba DM. Factors associated with pediatric febrile illnesses in 27 countries of Sub-Saharan Africa. *BMC Infect Dis*. 2023 Jun 12;23(1):391.

8. Données et tendances régionales: rapport 2023 sur le paludisme dans le monde [Internet]. [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/fr/publications/m/item/WHO-UCN-GMP-2023.08>.
9. Maze MJ, Bassat Q, Feasey NA, Mandomando I, Musicha P, Crump JA. The epidemiology of febrile illness in sub-Saharan Africa: implications for diagnosis and management. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. 2018 Aug;24(8):808–14.
10. Place du paludisme dans les affections fébriles au centre de santé communautaire de Dialakorodji, Bamako, Mali | Mali Santé Publique [Internet]. [cited 2024 Mar 25]. Available from: <https://revues.ml/index.php/msp/article/view/2417>.
11. Ba M *et al.*. Place of malaria in the etiologies of febrile attacks in children in a conflict area zone: Case of department of pediatric regional hospital of Timbuktu. *Jaccr Africa* 2019; 3(2): 90-96.
12. Traoré BM, Dissa L, Sinayoko D *et al.*. Place of Malaria in Febrile Illnesses Etiologies in the Community Health Center of Macina central, Mali. *Mali Med*. 2017; 32(4):13-17.
13. Bisoffi Z, Sirima SB, Menten J, Pattaro C, Angheben A, Gobbi F, *et al.* Accuracy of a rapid diagnostic test on the diagnosis of malaria infection and of malaria - attributable fever during low and high transmission season in Burkina Faso. *Malar J*. 7 juill 2010;9(1):192.
14. Crump JA, Morrissey AB, Nicholson WL, Massung RF, Stoddard RA, *et al.* (2013) Etiology of Severe Non-malaria Febrile Illness in Northern Tanzania: A Prospective Cohort Study. *PLoS Negl Trop Dis* 7(7): e2324. doi:10.1371/journal.pntd.0002324.
15. HAIDARO S.A., DOUMBO O., TRAORE A.H. *et al.* La place du paludisme dans les syndromes fébriles en médecine interne à l'hôpital du point "g". *Médecine d'Afrique Noire*. 1991; 38 (2): 111-117.
16. Shrestha P, Roberts T, Homsana A, Myat TO, Crump JA, Lubell Y, *et al.* Febrile illness in Asia: gaps in epidemiology, diagnosis and management for informing health policy. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. août 2018;24(8):815-26.
17. Murdoch DR, Woods CW, Zimmerman MD, Dull PM, Belbase RH, Keenan AJ, *et al.* The etiology of febrile illness in adults presenting to Patan hospital in Kathmandu, Nepal. *Am J Trop Med Hyg*. juin 2004;70(6):670-5.
18. Mørch K, Manoharan A, Chandy S, Chacko N, Alvarez-Uria G, Patil S, *et al.* Acute undifferentiated fever in India: a multicentre study of aetiology and diagnostic accuracy. *BMC Infect Dis*. 04 2017;17(1):665.

Liste des tableaux et figures

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

| Caractéristiques | Effectif | Proportion (%) |
|-----------------------------|----------------|----------------|
| Sexe | | |
| Masculin | 339 | 50,1 |
| Féminin | 337 | 49,9 |
| Tranches d'âge (ans) | | |
| 0-5 | 227 | 33,6 |
| 06-10 | 89 | 13,2 |
| 11-15 | 64 | 9,5 |
| 16-20 | 88 | 13,0 |
| 21-25 | 56 | 8,3 |
| 26 et plus | 152 | 0,5 |
| Moyenne d'âge | 16,9 ± 1,5 ans | |
| Résidence | | |
| Koulouba | 550 | 81,6 |
| Point-G | 48 | 7,1 |
| Sogonafi | 44 | 6,5 |
| Autres* | 34 | 5,0 |

*= Dravela, Ségou Bougouni, Tomikorobougou

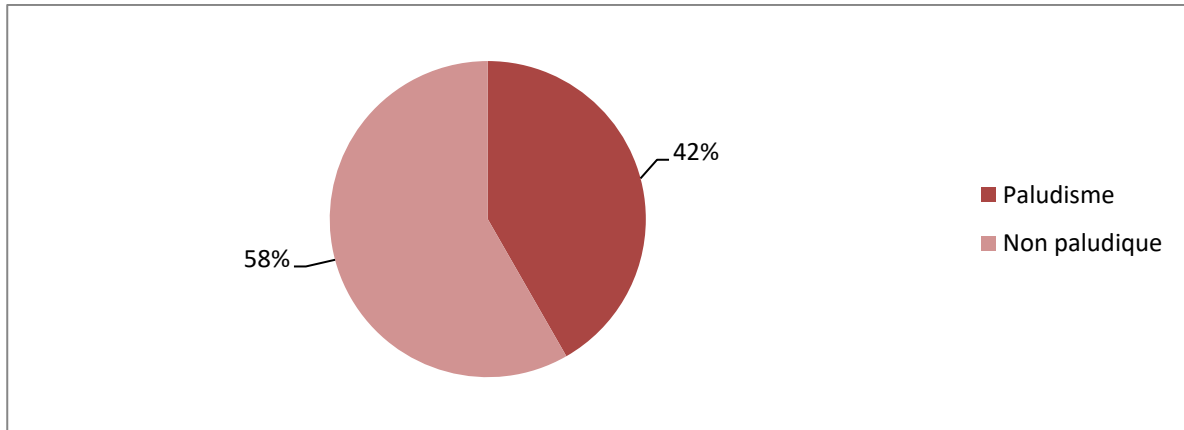


Figure 1 : Répartition selon la fréquence des affections paludiques et autres affections fébriles au CSCOM de Koulouba.

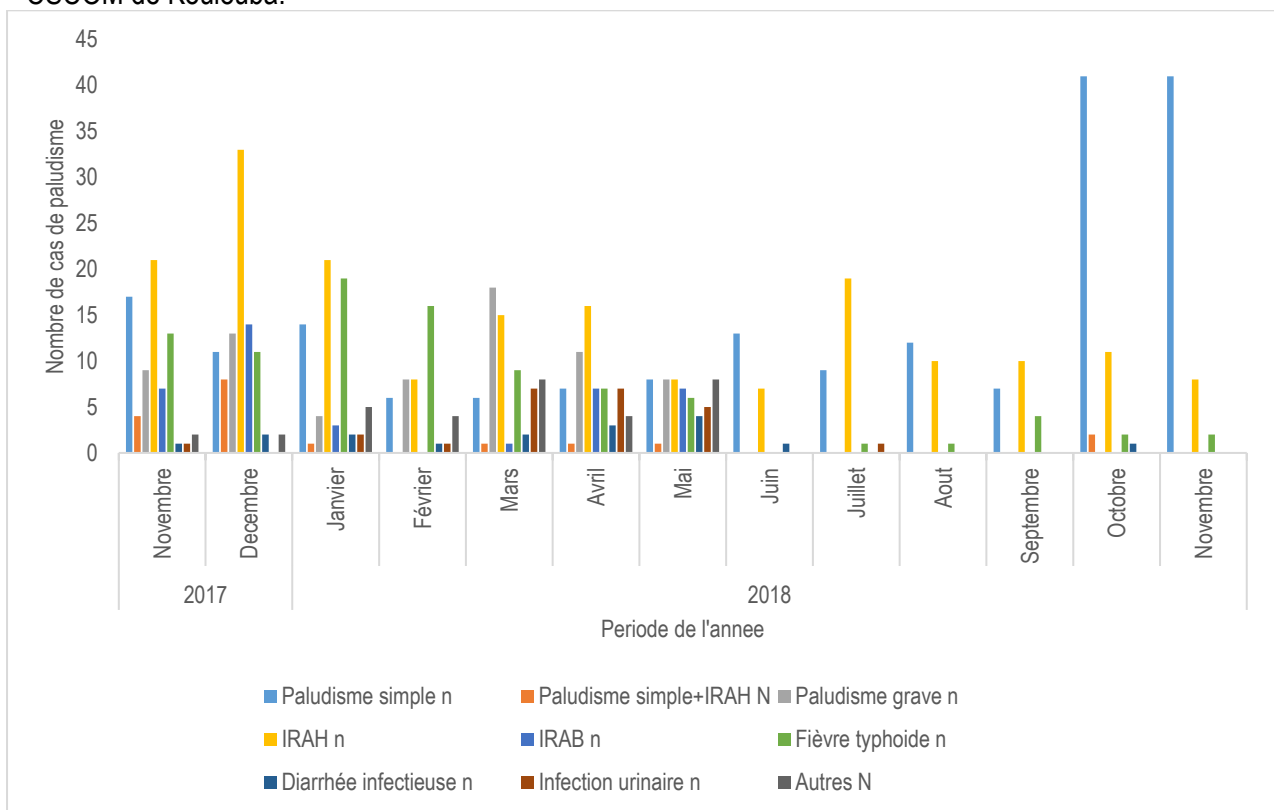


Figure 2 : répartition des affections fébriles de novembre 2017 à novembre 2018 au CSCOM de Koulouba.

n= effectif ; IRAH= Infection Respiratoire Aigüe Haute ; IRAB= Infection Respiratoire Aigüe Basse

Tableau II : répartition des patients atteints de paludisme selon le moyen de diagnostic utilisé au CSCOM de Koulouba de novembre 2018 à novembre 2019

| Moyens de diagnostic | Nombre de cas positifs | Nombre de cas négatifs |
|----------------------|------------------------|------------------------|
| TDR n (%) | 107 (29,08) | 261 (70,92) |
| GE n (%) | 197 (52,39) | 179 (47,61) |

Tableau III : Facteurs de risque liés au paludisme

| Variables | | | Univariée | | Multivariée | |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------|-------------------|---------|
| | Non avènement du Paludisme (%) | Avènement du Paludisme (%) | Odds Ratio non ajusté | p-value | Odds Ratio Ajusté | p-value |
| Période de transmission | | | | | | |
| Période de faible transmission (Réf) | 266(67,51) | 128(32,49) | 1 | | 1 | |
| Période de forte transmission | 126(45,16) | 153(54,84) | 2,523437 | 0,0001 | 2,864718 | 0,0001 |
| Tranche Age (ans) | | | | | | |
| Moins de 5 ans (Réf.) | 172(76,79) | 52(23,21) | 1 | | 1 | |
| 6 à 15 | 82(53,59) | 71(46,41) | 2,863977 | 0,0001 | 3,091029 | 0,0001 |
| 16 à 25 | 60(43,48) | 78(56,52) | 4,3 | 0,0001 | 4,443901 | 0,0001 |
| 26 à 35 | 33(39,76) | 50(60,24) | 5,011655 | 0,0001 | 6,072896 | 0,0001 |
| 36 à 45 | 20 (60,61) | 13(39,39) | 2,15 | 0,050 | 2,844555 | 0,010 |
| Plus de 46 | 24 (57,14) | 18(42,86) | 2,480769 | 0,009 | 3,169105 | 0,001 |
| Sexe | | | | | | |
| Féminin (Ref.) | 195(58,21) | 140(41,79) | 1 | | 1 | |
| Masculin | 197(58,11) | 142(41,89) | 1,003988 | 0,980 | - | - |