



SURVEILLANCE INTEGREE
DES MALADIES
PRIORITAIRES ET RIPOSTE
DANS LE BLOC DE
L'AFRIQUE DE L'OUEST

**Bulletin d'information et
de Rétroinformation** Numéro 2

EQUIPE ICP/CSR/WB

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

A. Introduction

Le bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest regroupe l'Algérie, le Bénin, le Burkina Faso, le Cap Vert, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Liberia, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigeria, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo. Les données épidémiologiques et de laboratoire sur les maladies à potentiel épidémique de la semaine précédente sont transmises à l'OMS par les responsables de la surveillance épidémiologique des Ministères de la Santé le mercredi de la semaine suivante.

Ce bulletin a pour but d'assurer l'information et la rétro information des pays du bloc sur l'évolution des maladies à potentiel épidémique notamment le choléra, la méningite cérébro-spinale, les shigelloses, les fièvres hémorragiques, les maladies à éradiquer ou à éliminer, le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies d'importance en santé publique.

De la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, la situation épidémiologique a été marquée par :

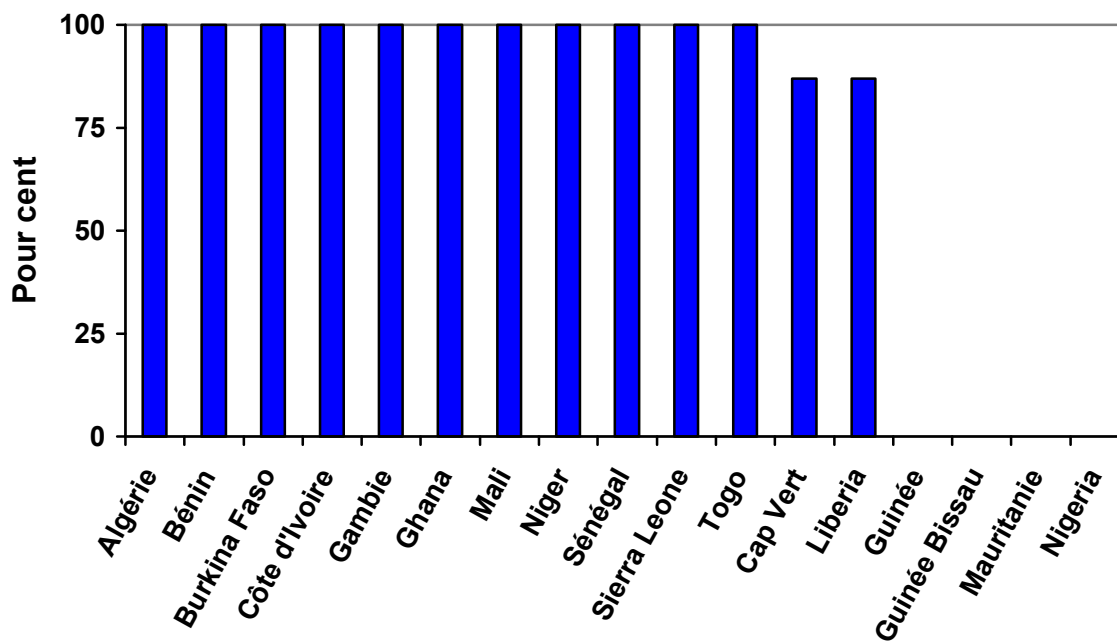
- l'arrêt de la transmission du choléra au Ghana, la détection de nouveaux cas de choléra en Côte d'Ivoire et son contrôle en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone.
- La détection de treize nouveaux districts en épidémie de méningite cérébro-spinale au Burkina Faso
- La détection du premier cas de grippe humaine due au virus H5N1 au Nigeria en Afrique de l'Ouest.

B. Complétude et promptitude des données de surveillance :

De la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, treize (13) pays sur 17 (76%) ont transmis des rapports hebdomadaires et ou mensuels d'au moins une des maladies à potentiel épidémique.

Les taux de complétude des rapports hebdomadaires étaient supérieurs à 80% des rapports attendus pour 76% des pays (13 sur 17 pays) devant transmettre leurs rapports hebdomadaires à l'OMS (Graphique 1).

Graphique 1 : Complétude des rapport au niveau du bloc de l'Afrique de l'Ouest de la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007



La disponibilité des taux de complétude des rapports des formations sanitaires reçus au niveau du district permet à l'équipe cadre du district de s'assurer de l'inexistence d'aires de santé silencieuses sur deux ou plusieurs semaines consécutives, de détecter précocement tout phénomène nouveau survenant dans le district et d'y conduire dans les meilleurs délais les investigations nécessaires. La disponibilité de meilleurs taux de complétude des rapports des districts ou des régions transmis au niveau supérieur n'est pas toujours synonyme d'une meilleure complétude des rapports des formations sanitaires reçus au niveau du district.

Promptitude

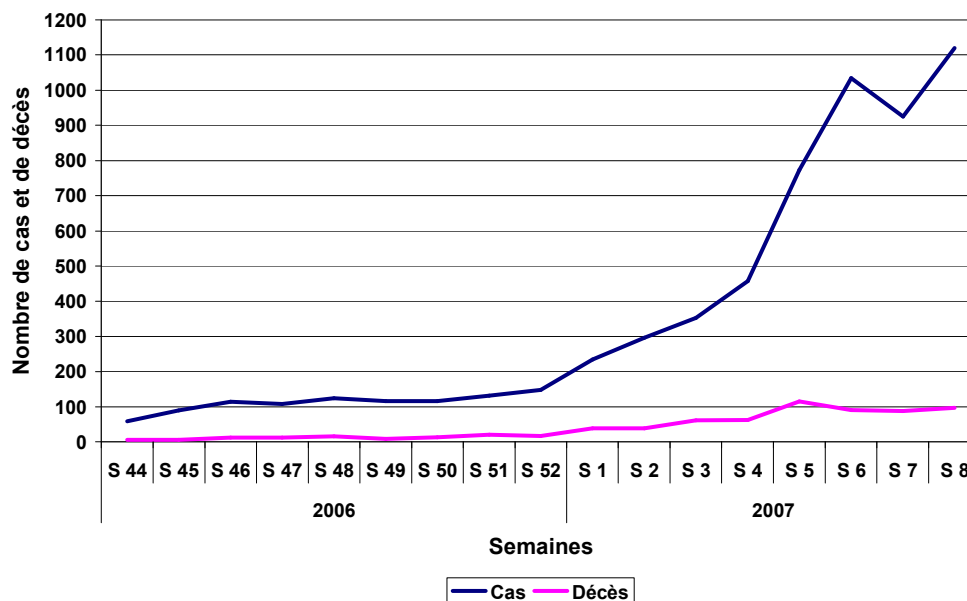
La proportion de pays ayant transmis les données à temps à l'OMS est variable d'une semaine à l'autre. Elle reste inférieure à 50%.

C. Situation épidémiologique de la méningite :

Données épidémiologiques

De la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, 5 191 cas de méningite dont 593 décès ont été enregistrés en Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone et Togo. La létalité a été de 11,42%. Le graphique 2 montre l'évolution des cas et décès dus à la méningite enregistrés dans les pays de l'Afrique de l'Ouest de la 44^{ème} semaine 2006 à la 8^{ème} semaine 2007.

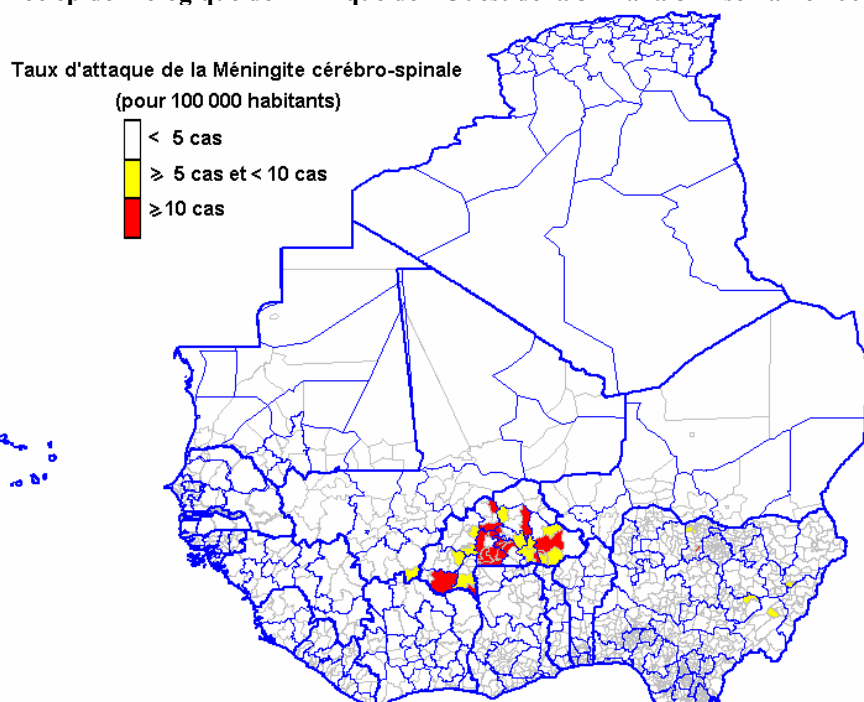
Graphique 2 : Courbes évolutives des cas et décès de méningite dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest de S44, 2006 à S8, 2007



Districts en alerte ou en épidémie

- **Districts en alerte** : L'analyse des taux d'attaque a montré que les districts de Boromo, Dano, Gaoua, Gayeri, Houndé, Kongoussi, Koupela, Pama, Secteur 30, Tenkodogo, Toma et Zorgho (Burkina Faso), Ouake (Bénin), Kadiolo (Mali), Batsari, Kurfi (Katsina State, Nigeria), Kanam (Plateau State, Nigeria), Ardokola (Taraba State, Nigeria) étaient en alerte de la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007 (Figure 1).
- **Districts en épidémie** : De la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, les districts ci-après étaient en épidémie au Burkina Faso : Banfora, Batié, Boulsa, Boussé, Fada NGourma, Kombissiri, Léo, Nanoro, Ouargaye, Réo, Saponé, Sapouy, Titao et Yako (Burkina faso), Malunfashi (Katsina State, Nigeria), Birni Magaji (Zanfara State, Nigeria) (Figure 1).

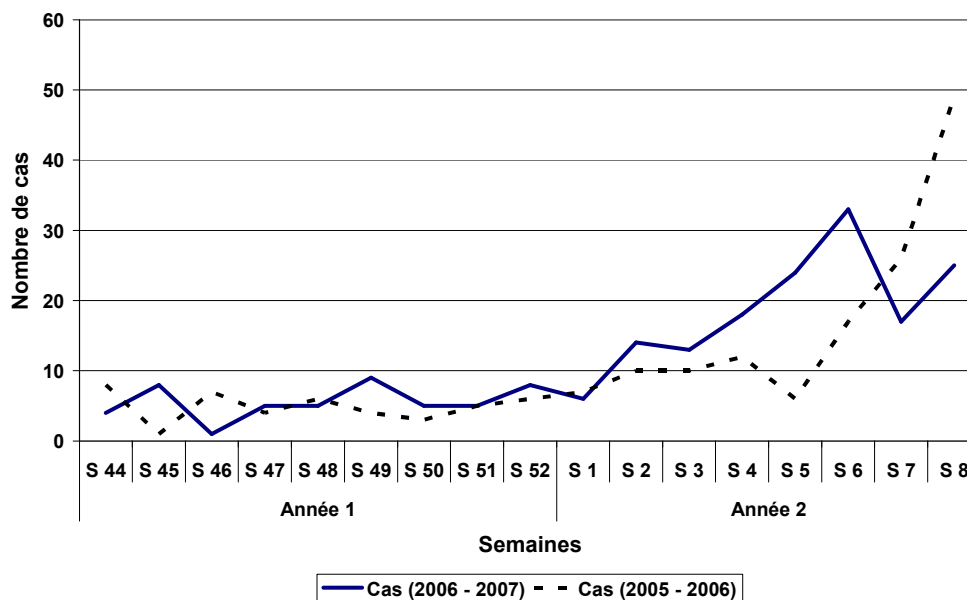
Figure 1 : Localisation des districts en alerte et en épidémie de méningite dans le Bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest de la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine 2007



Burkina Faso

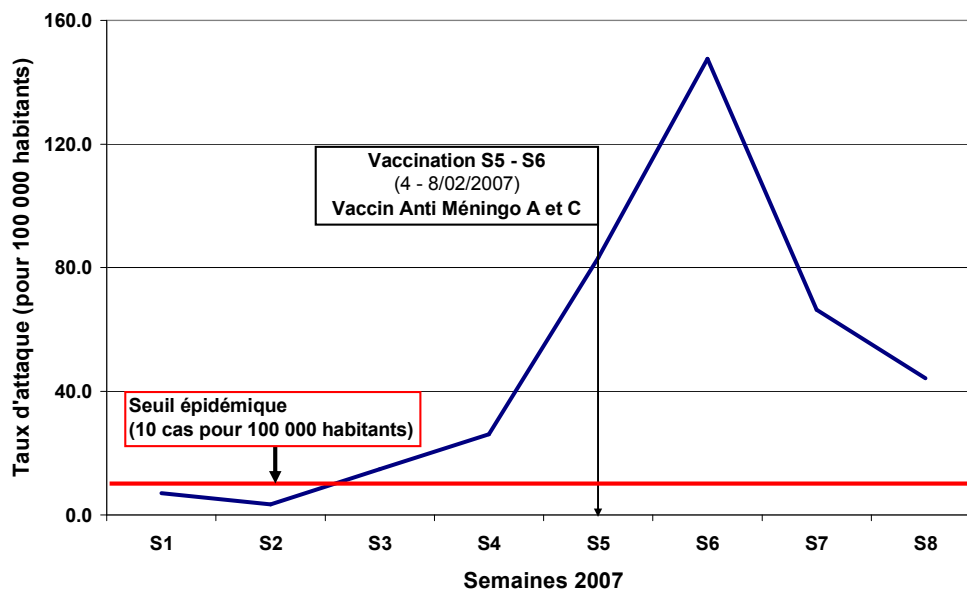
De la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, le Burkina Faso a enregistré 3 625 cas de méningite dont 324 décès. La létalité était de 6,94% de 1^{ère} à la 8^{ème} semaine, 2007. Le graphique 3 montre l'évolution des cas de méningite enregistrés au Burkina Faso de la 44^{ème} à la 8^{ème} semaine des saisons épidémiques 2005-2006 et 2006-2007.

Graphique 3 : Courbes évolutives des cas de méningite enregistré au Burkina Faso de S44, 2005 à S8, 2006 et de S44, 2006 à S8, 2007

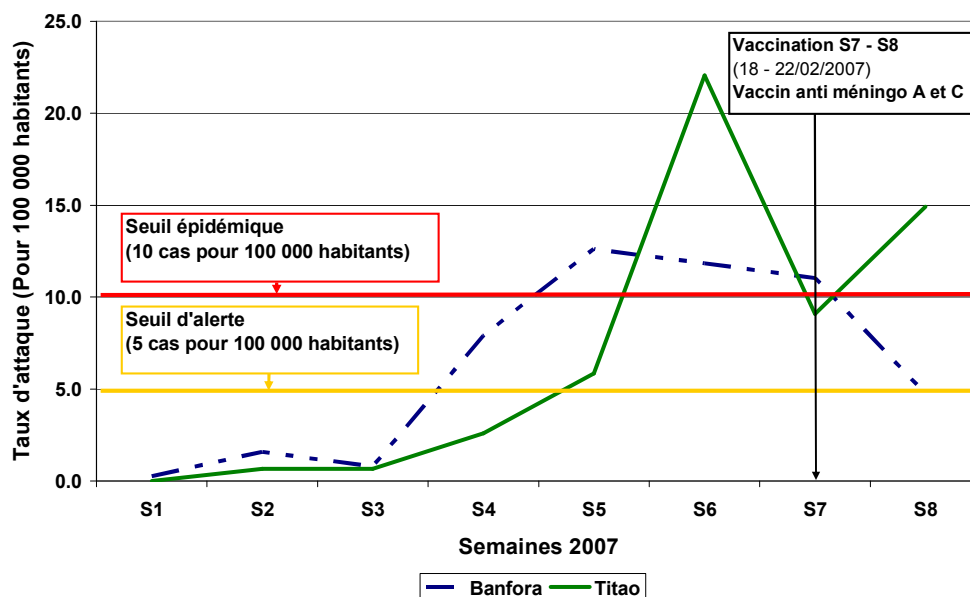


Les graphiques 4, 5 et 6 montrent l'évolution des taux d'attaque hebdomadaire de la méningite dans les districts de Ouargaye, Bafora, Titao et Batié de la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007.

Graphique 4 : Evolution des taux d'attaque hebdomadaires de la méningite cérébro-spinale dans le district de Ouargaye de S1 à S8, 2007



Graphique 5 : Evolution des taux d'attaque hebdomadaires de la méningite cérébro-spinale dans les districts de Bafora et Titao de S1 à S8, 2007



Graphique 6 : Evolution des taux d'attaque hebdomadaires de la méningite cérébro-spinale dans le district de Batié de S1 à S8, 2007

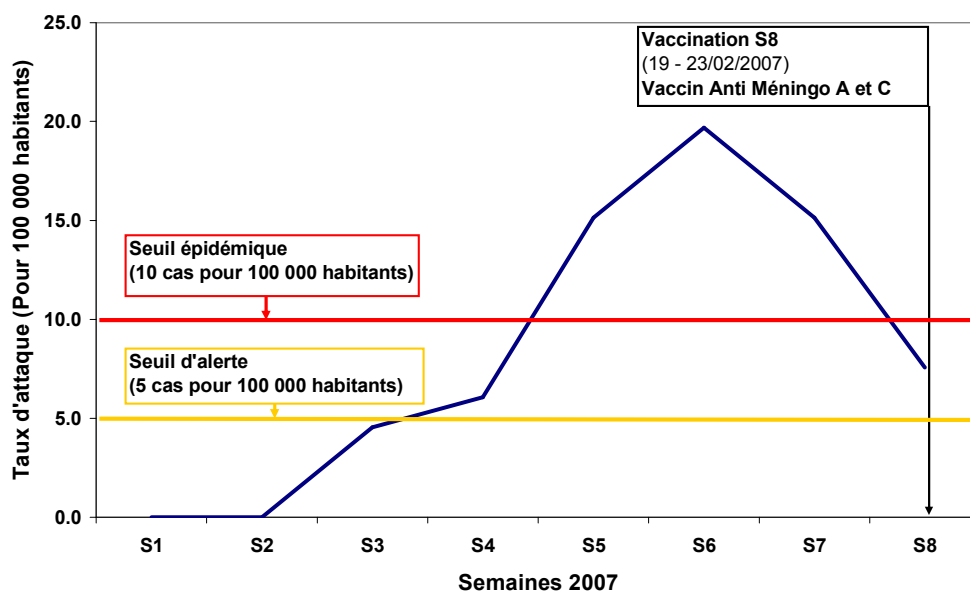


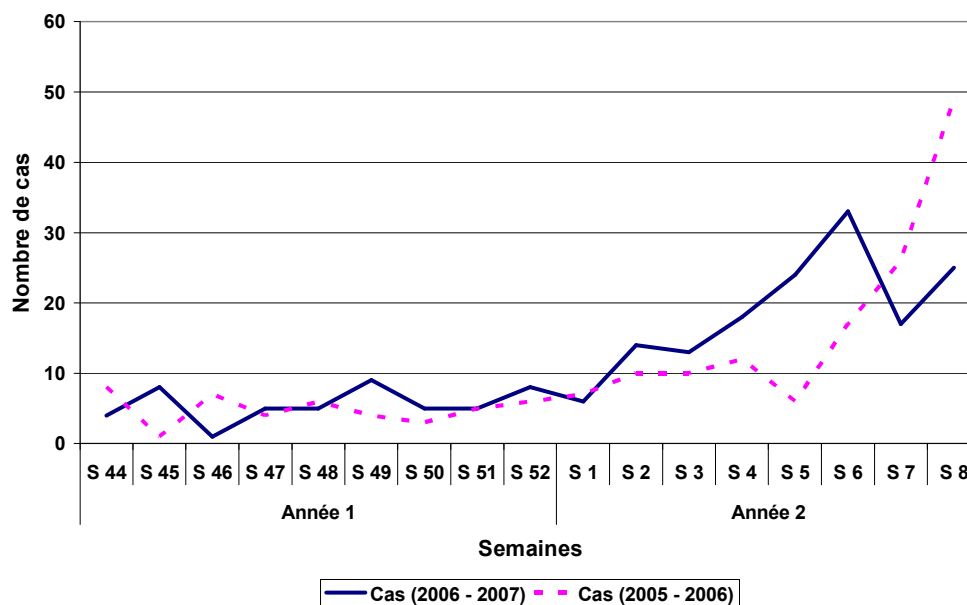
Tableau 1: Taux de couverture vaccinale anti méningococcique A et C enregistrés après les campagnes de vaccination réactive conduites dans les districts sanitaires de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007

Districts sanitaires	Taux de couverture vaccinale Anti-méningococcique A et C (%)
Ouargaye	106
Batié	107
Titao	101
Banfora	110

Mali :

De la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, le Mali a enregistré 150 cas de méningite dont 10 décès soit une létalité de 6,67% contre 137 cas dont 9 décès au cours de la même période de l'année 2006. Le graphique 7 montre l'évolution des cas de méningite enregistrés au Mali de la 44^{ème} à la 8^{ème} semaine des années épidémiques 2005-2006 et 2006-2007.

Graphique 7 : Courbes évolutives des cas de méningite enregistré au Mali de S44, 2005 à S8, 2006 et de S44, 2006 à S8, 2007



Données de laboratoire :

De la semaine 1 à la semaine 8, 13 pays sur 17 ont notifié à l'équipe IST/CSR/WB les données de laboratoire sur les méningites ; au total 1240 échantillons de LCR ont été examinés dans ces pays dont 227 échantillons positifs soit 18,30% (tableau 1)

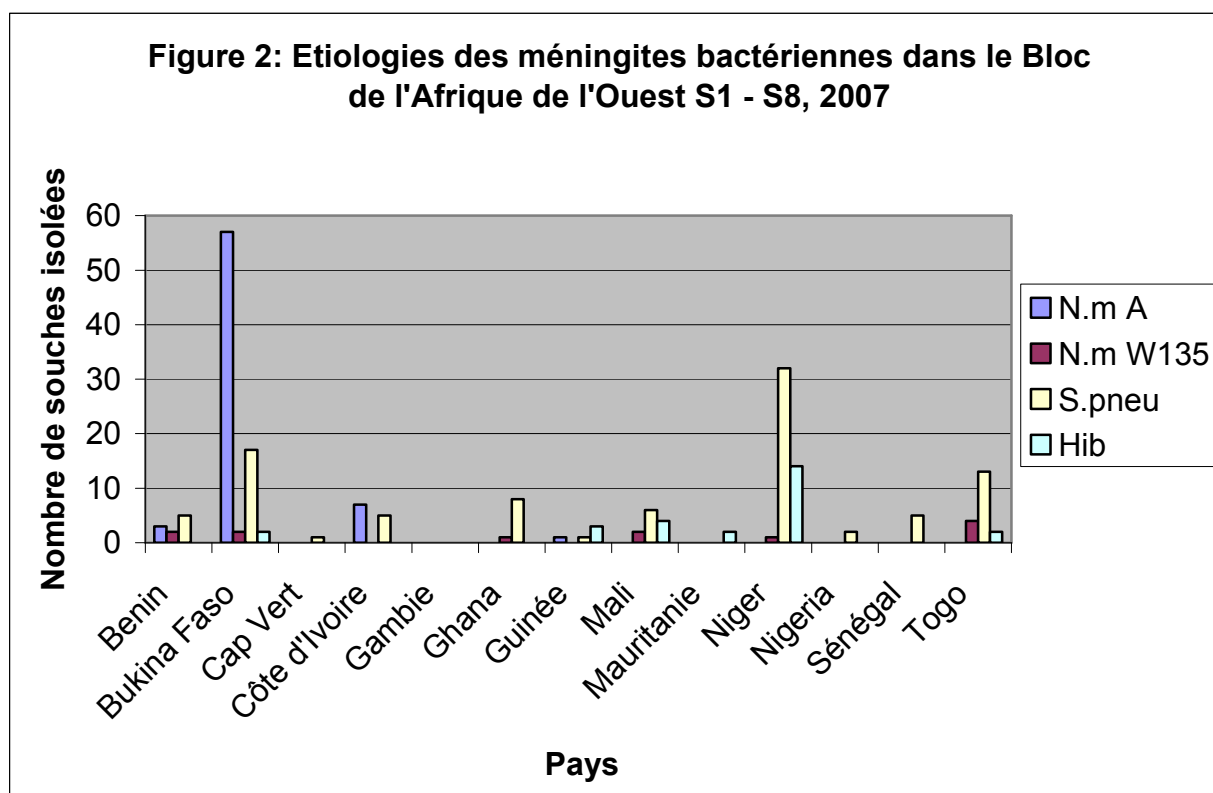
Tableau 1 : Données de laboratoire sur les méningites bactériennes dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest, S1 – S8, 2007

	Bénin	Burkina Faso	Cap Vert	Côte d'Ivoire	Gambie	Ghana	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Nigeria	Sénégal	Togo	Total
Total LCR	21	321	206	22	33	20	40	73	19	123	8	177	177	1240
Positifs	10	79	6	12	0	9	9	12	3	56	3	5	23	227
N.mA	3	57	0	7	0	0	4	0	1	7	1	0	3	83
N.mC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
N.m W135	2	2	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	4	12
N.m X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
N.mY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N.m ind.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
S.pneu	5	17	1	5	0	8	1	6	0	32	2	5	13	95
Hib	0	2	0	0	0	0	3	4	2	14	0	0	2	27
Autres	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5

Globalement, *S. pneumoniae* est le germe le plus souvent isolé (41,85%), suivi de *N. meningitidis A* (36,56%), de *Haemophilus influenzae b* (11,89%) et enfin de *N. meningitidis W135* (5,28%).

Cependant, il convient de noter qu'au Burkina Faso, pays en épidémie de méningite, *N. meningitidis A* représente 72,15% (57/79) de l'ensemble des germes isolés et 96,6% (57/59) des souches de méningocoque.

La répartition des souches par pays est indiquée dans la figure 2 ci-dessous.

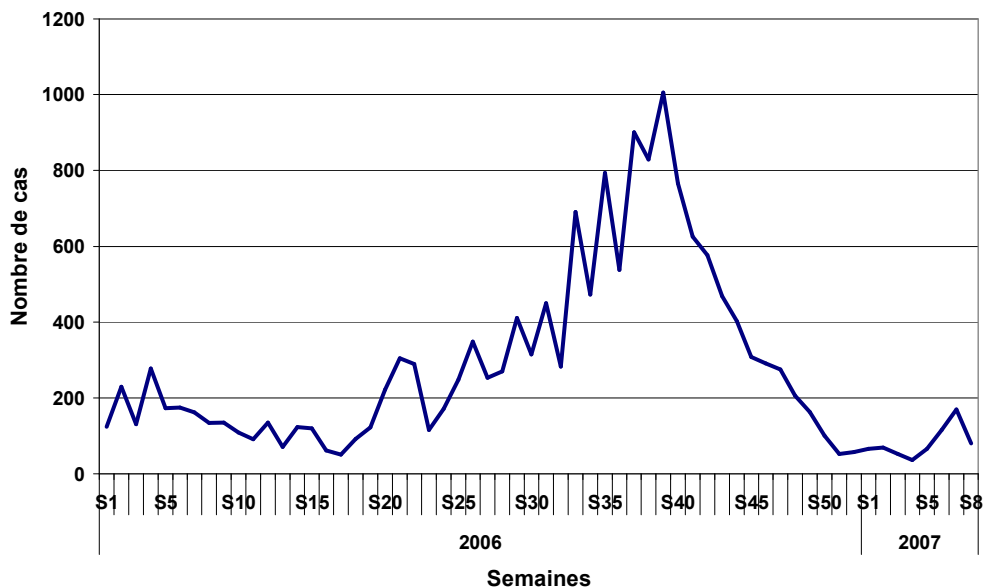


D. Situation épidémiologique du choléra

Données épidémiologiques

De la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, 429 cas dont 4 décès ont été notifiés par la Côte d'Ivoire (2 cas, 1 décès), le Liberia (145 cas, 0 décès) et la Sierra Leone (282 cas, 3 décès) portant ainsi le nombre cumulés de cas à 651 depuis le début de l'année dans les pays ci-dessus mentionnés (Graphique 8).

Graphique 8 : Evolution des cas et décès de choléra enregistrés dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest de S1, 2006 à S8, 2007

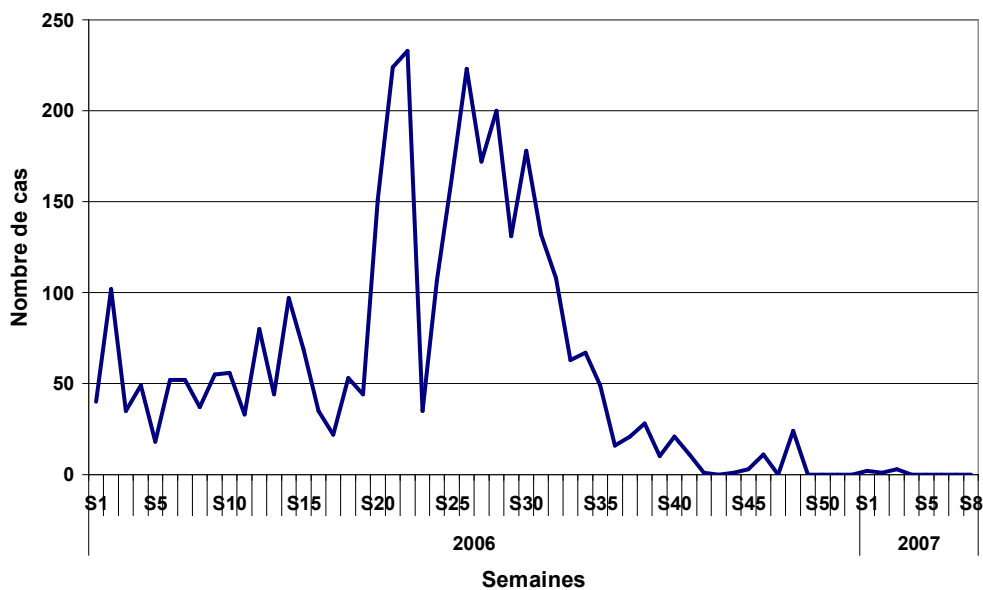


La prise en charge adéquate des cas, l'implication des populations, des leaders et des autorités dans la gestion du choléra ont été mises en oeuvre dans les pays ci-dessus mentionnés afin d'arrêter la transmission de la maladie dans les meilleurs délais.

Ghana :

De la première à la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine 2007, le Ghana n'a notifié aucun cas de choléra (Graphique 9).

Graphique 9 : Evolution du choléra au Ghana de S1, 2006 à S8, 2007

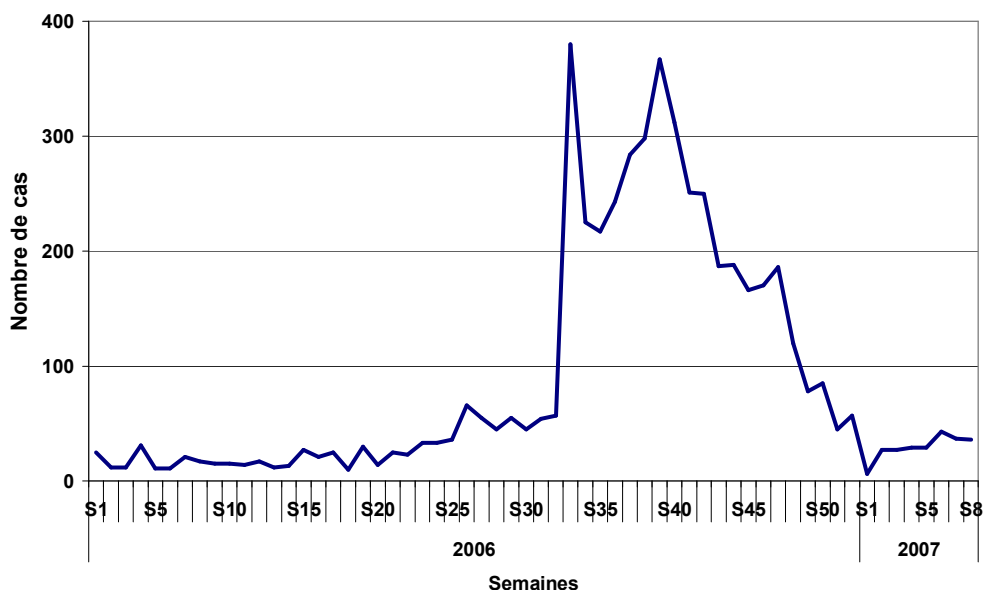


Liberia :

De la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine 2007, le Liberia a notifié 145 cas de choléra dont 0 décès dans les « County » de Montserrado, Grand Cape et Nimba contre 89 cas dont 0 décès enregistrés de la 1^{ère} à la 4^{ème} semaine de l'année 2007.

Deux cent trente sept cas dont zéro décès ont été enregistrés dans les localités ci-dessus mentionnés de la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007 (Graphique 10).

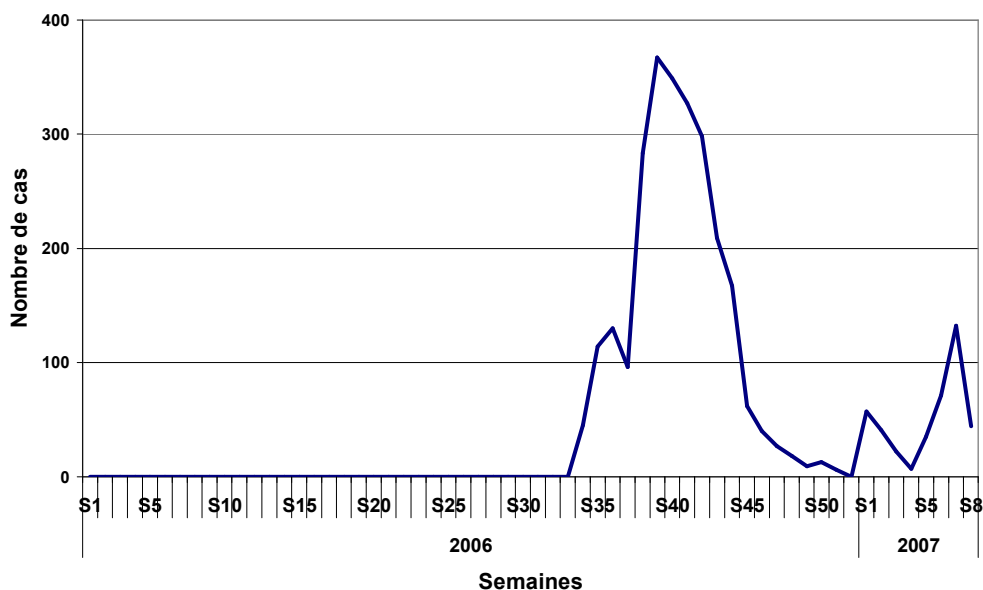
Graphique 10 : Evolution des cas de choléra au Liberia de S1, 2006 à S8 2007



Sierra Leone :

De la 5^{ème} à la 8^{ème} semaine, 2007, 282 cas de choléra dont 3 décès ont été enregistrés dans les districts de Port Loko, et Tonkolili. Une recrudescence des cas a été observée de la 5^{ème} à la 7^{ème} semaine de l'année 2007 et a été suivie d'une régression à la 8^{ème} semaine. La létalité était de 1,06% (Graphique 11).

Graphique 11 : Evolution des cas de choléra en Sierra Leone de S33, 2006 à S8 2007



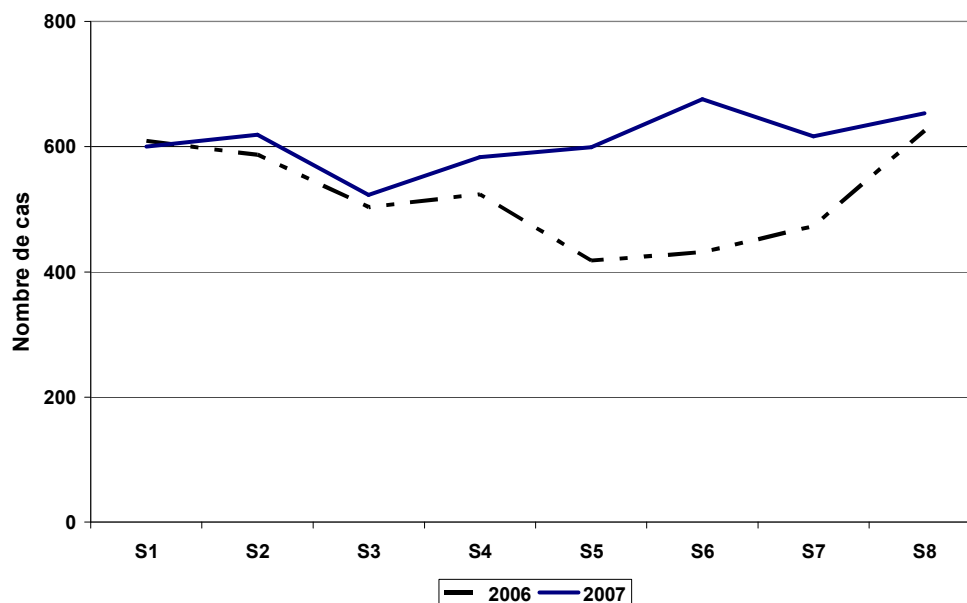
Données de laboratoire

Les laboratoires nationaux ont joué un rôle très important dans la confirmation du diagnostic. *Vibrio cholera* sérotype O1 type Ogawa a été isolé dans tous les pays du bloc ayant enregistré une épidémie de choléra au cours de cette année.

E. Situation épidémiologique des diarrhées sanguinolentes dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest

De la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine de l'année 2007, 4 869 cas de diarrhées sanguinolentes ont été notifiés par le Burkina Faso, le Liberia, le Mali, le Niger et le Togo contre 4 170 cas en 2006. La létalité était respectivement de 0,04 et 0,07 % en 2007 et 2006 (Graphique 12).

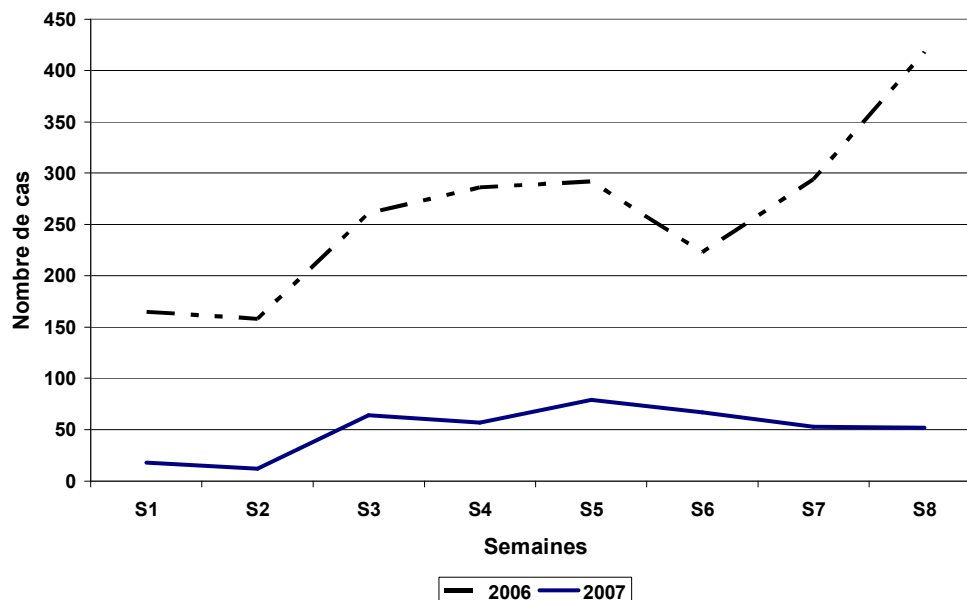
Graphique 12: Evolution des cas de Diarrhées sanguinolentes dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest de la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine des années 2006 et 2007



F. Situation épidémiologique de la rougeole dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest

De la première à la 8^{ème} semaine 2007, 402 cas de rougeole dont 1 décès ont été enregistrés au Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Liberia, Mali, Niger, Sierra Leone et Togo. Ce nombre était de 1 227 cas dont 5 décès au cours de la même période de l'année 2006. La létalité était de 0,25% au cours des huit premières semaines de l'année 2007 (Graphique 13).

Graphique 13 : Evolution des cas de rougeole dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest de la 1^{ère} à la 8^{ème} semaine des années 2006 et 2007



G. Situation épidémiologique de la dracunculose :

Le nombre de cas de dracunculose notifiés par les pays en février était de 764 contre 606 en janvier 2007. Le Ghana a notifié 98% des cas enregistrés dans le bloc de l'Afrique de l'Ouest au cours du mois de février 2007 (Tableau 1).

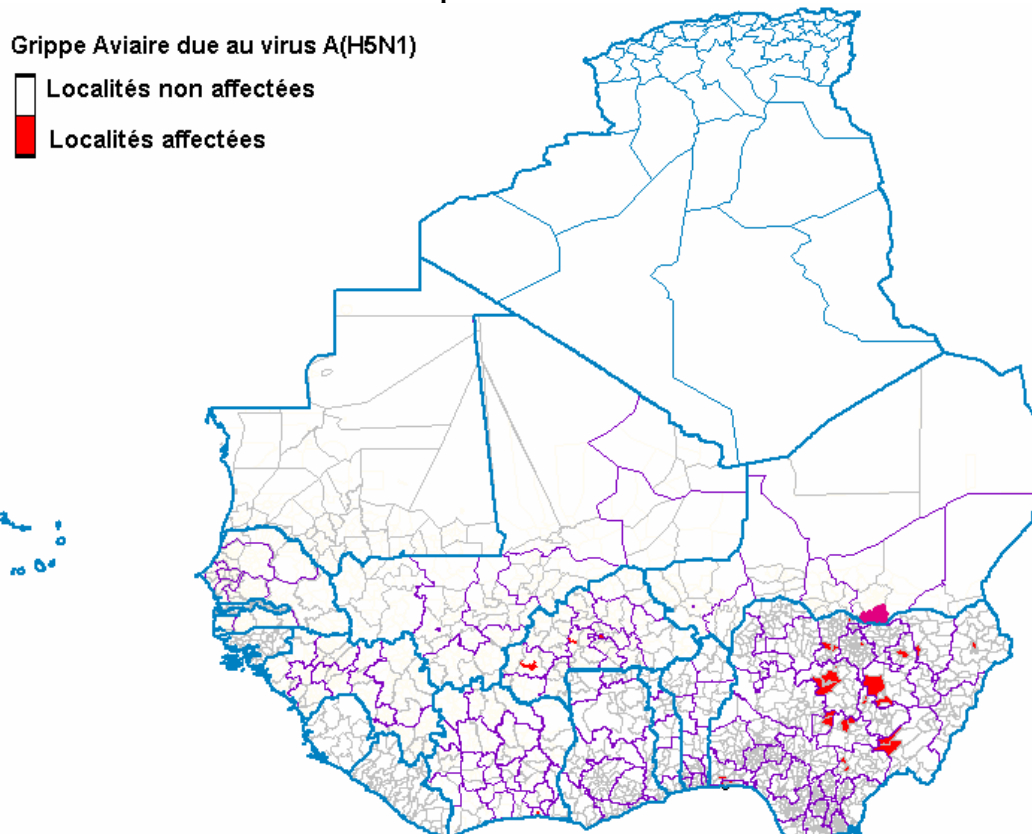
Tableau 2: Nombre de cas notifiés par pays et par mois dans le Bloc de l'Afrique de l'Ouest de Janvier à Février 2007

Pays	Nombre de cas en 2006	Mois de l'année 2007		Total de cas au 28 février 2007
		Janvier	Février	
Ghana	4 136	1 009	133	1 142
Nigeria	16	32	9	41
Mali	329	0	0	0
Togo	29	0	1	1
Niger	110	3	0	3
Burkina Faso	5	0	0	0
Côte d'Ivoire	5	0	0	0
Bénin	0	0	0	0
Mauritanie	0	0	0	0
TOTAL	4 630	1 044	143	1 187

H. Situation épidémiologique de la grippe aviaire due au virus hautement pathogène A(H5 N1) :

En 2006, le Bloc de l'Afrique de l'Ouest a enregistré des foyers de grippe aviaire au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Niger et au Nigeria. Le dernier foyer de grippe aviaire a été détecté au Nigeria en février 2007 (Figure 4).

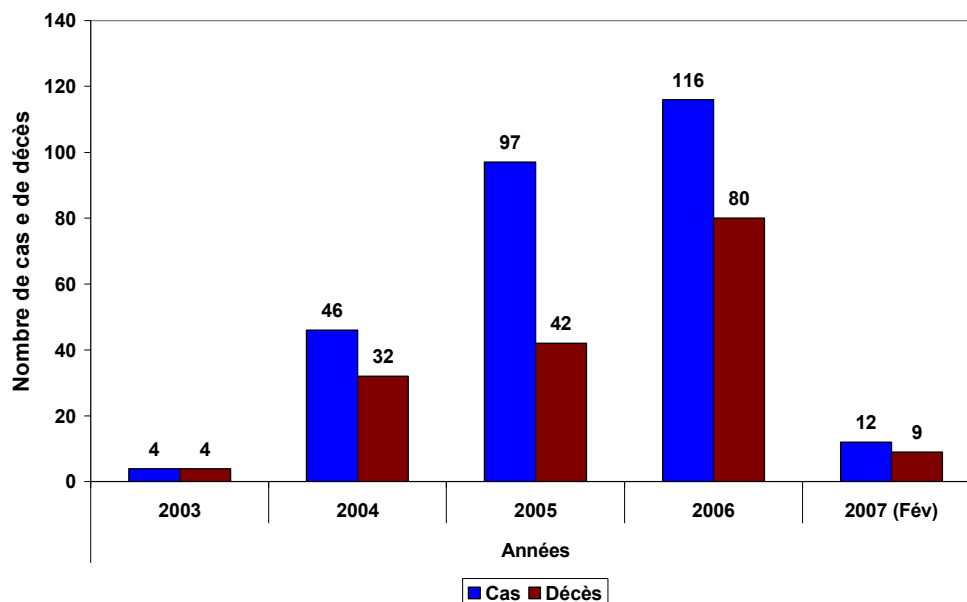
Figure 3 : Localisation des foyers de Grippe aviaire due au virus A(H5N1) détectés dans le Bloc de l'Afrique de l'ouest de Janvier 2006 à Février 2007



Un cas confirmé de grippe humaine due au virus A(H5N1) hautement pathogène a été détecté au Nigeria, dans le Bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest.

Au 27 février 2007, 275 cas de grippe humaine due au virus A(H5N1) dont 167 décès, soit une létalité de 60,73% ont été enregistrés en Azerbaïdjan, au Cambodge, en Chine, à Djibouti, en Egypte, au Nigeria, en Indonésie, en Irak, au Laos, en Thaïlande, en Turquie et au Vietnam. L'Egypte, Djibouti et le Nigeria en Afrique, ont respectivement enregistré 22, 1 et 1 cas de grippe humaine due au virus A (H5N1) (Graphique 13).

Graphique 13 : Distribution des cas et décès de grippe humaine due au virus A(H5N1) notifiés à l'OMS de 2003 à février 2007



I. Conclusion et recommandations

L'analyse des données recueillies sur les maladies à potentiel épidémique au cours de cette période a permis de faire les constats suivants :

Choléra et autres maladies diarrhéiques:

Détection des épidémies de choléra et leur persistance dans quelques pays

Etiologies des nombreux cas de diarrhées sanguinolentes enregistrés au Burkina Faso, Liberia et Niger non précisées

Recommandations :

- Renforcer la gestion transfrontalière des épidémies
- Renforcer la collaboration avec les services de l'hydraulique en vue de créer de nouveaux points d'eau potable
- Poursuivre le suivi de l'application des mesures d'hygiène pour éviter de nouvelles infections et contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies diarrhéiques.
- Poursuivre la sensibilisation des populations de toutes les localités sur le choléra et les autres maladies diarrhéiques, leur mode de transmission ainsi que les moyens de lutte.
- Effectuer systématiquement des prélèvements de selles chez les sujets consultant pour les maladies diarrhéiques notamment les diarrhées sanguinolentes et les derniers cas de choléra afin de préciser les germes en cause dans les diarrhées sanguinolentes et de déclarer la fin de l'épidémie de choléra.

Méningite :

L'état de préparation des pays à répondre aux épidémies de méningite est souvent insuffisante et a occasionné de longs délais pour la riposte.

Recommandations

- Documenter la gestion des épidémies enregistrées dans les pays au cours de la saison épidémique 2006 – 2007 afin d'identifier les forces, les points à améliorer et formuler des recommandations visant à améliorer la préparation de la saison épidémique 2007-2008 et la riposte aux éventuelles épidémies de méningite.

Communication à l'OMS des données sur les maladies à potentiel épidémique :

Treize (13) sur 17 pays du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest ont transmis des données épidémiologiques à l'équipe IST/CSR/WA.

Recommandation

- Tous les pays du bloc de l'Afrique de l'Ouest devraient envoyer tous les mercredis les données épidémiologiques et de laboratoire à l'équipe IST /CSR / WA en précisant le taux de complétude des rapports reçus au niveau des districts en vue d'un meilleur suivi de la situation épidémiologique des maladies prioritaires et une riposte appropriée.