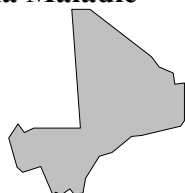


Direction Nationale de la Santé

Division Prévention Lutte Contre
la Maladie

le rac-info

VOTRE BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE MENSUEL

Année 2005, mois de février

Bulletin n°02

Notification des données

Les présentes données correspondent à la période allant du 31 janvier 2005 au 27 février 2005.

Au cours du mois de février, Le taux de complétude des notifications était de 100% dans toutes les Directions Régionales (DRS) de la Santé du pays, sauf le District de Bamako qui était à 70% la Semaine 07 et à 60% la S08.

Les hôpitaux du Point G et du Luxembourg, le Lazaret des roches et le CSREF de la commune IV n'ont pas notifié de cas pendant la période.

Fièvre jaune

Au mois de février, aucun cas de fièvre jaune n'a été notifié. Cependant, suite à l'épidémie de fièvre jaune survenue dans le cercle de Kita en novembre 2004, une équipe pluridisciplinaire conjointe de l'Institut Pasteur de Dakar /OMS /et du Ministère de la Santé s'est rendue du 02 au 11 janvier 2005 dans le district sanitaire de Kita pour une investigation complémentaire.

La mission s'est déroulée en plusieurs étapes :

- La phase préparatoire à Bamako les 03 et 04 janvier à l'OMS.
- La phase préparatoire à Kita le 05 janvier 2005.
- La phase de collecte des données, les 06, 07 et 08 dans les villages du district sanitaire de Kita (Kita ville, Kofeba, Senko, Sébékoro, Sefeto, Djoungouté, Sirakoro et Sagabari).

Après transport des échantillons et leur analyse au laboratoire de l'INRSP, les conclusions et discussions préliminaires ont révélé :

- 2 personnes positives en IgM dans l'aire de santé de Kofeba (le 1^{er} cas signalé et son mari) au test ELISA.
- Aucune notion de voyage récent dans une zone d'épidémie de fièvre jaune n'a été retrouvée.
- La présence de nombreux cas suspects et la dispersion de ces cas sur toutes les aires sanitaires de Kita.
- La présence d'un vecteur impliqué dans la transmission selvatique de la fièvre jaune : *Aedes luteocephalus*.
- La présence d'un vecteur impliqué dans les transmissions intermédiaires et urbaines de la fièvre jaune a été révélée à Kita : *Aedes aegypti*.

Au regard des résultats de l'étude, entre autres recommandations ont été formulées :

- L'organisation dans les plus brefs délais d'une large campagne de vaccination dans le cercle de Kita et les régions et cercle environnants.
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique dans l'ensemble des districts en intégrant les variables de la fièvre jaune sur les supports de surveillance et en veillant sur la régularité de la transmission des données.
- Le renforcement de la sensibilisation des populations

Sur les mesures de prévention, de détection et de prise en charge des cas d'ictère fébrile.

Choléra

De la S05 à la S08, aucun cas suspect de choléra n'a été signalé. Toute fois, 2 échantillons de selles liquides en provenance du cercle de Dioila ont été examinés au laboratoire de l'INRSP. La recherche du vibrion cholérique s'est révélée négative.

Rougeole

Neuf cas suspects de rougeole non suivis de décès ont été notifiés pendant le mois de février (cf. Tableau 1). Seuls les cas de Bamako et de la commune de Sikasso ont été prélevés et envoyés à l'INRSP.

Tableau 1 : Répartition des cas et décès de rougeole par région et par semaine.

Regions	S05		S06		S07		S08		Total CD
	C	D	C	D	C	D	C	D	
Commune de SIKASSO	4	0	1	0	0	0	0	0	5
BAMAKO	0	0	2	0	1	0	0	0	3
KOULIKORO	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	5	0	3	0	1	0	0	0	9

Les cas suspects du District de Bamako concernaient deux enfants dont l'un (commune III) âgé de 26 mois, avait été antérieurement vacciné et l'autre, de 24 mois (commune VI) était de statut vaccinal inconnu.

Méningite

Au total 66 cas suspects de méningite cérébro-spinale ont été notifiés dans l'ensemble du pays comme l'indique le tableau 2 ci dessous.

Le taux de prélèvement était de 83 % (55/66).

Le taux de positivité était de 14 % (8/55).

S.pneumoniae a été incriminé dans quatre cas ; trois cas sont liés à *N. meningitidis A* et un à *Haemophilus Influenzae b*.

Les enfants de moins de 5 ans représentaient 31% (21/66) des malades. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 31% (21/66) des malades.

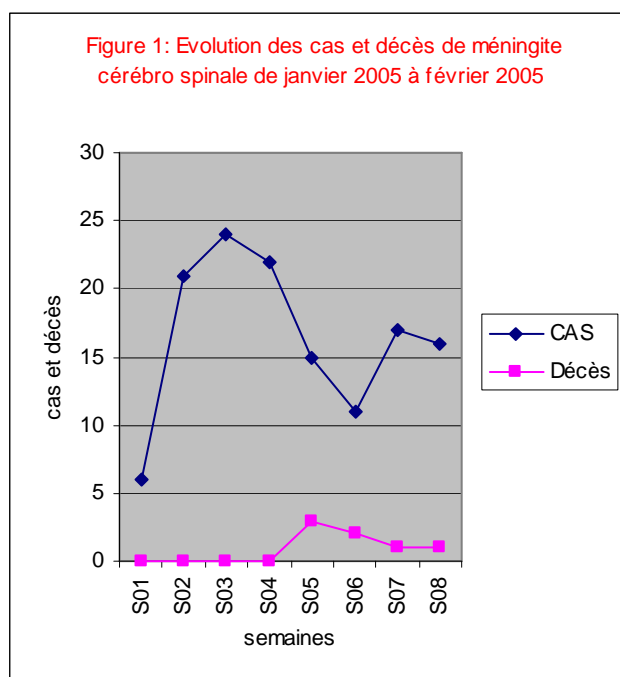
Tableau 2 : Répartition des cas et décès de méningite par région et par semaine.

Regions	S05		S06		S07		S08		Total CD
	C	D	C	D	C	D	C	D	
KOULIKORO	3	0	2	1	1	0	2	0	9
SIKASSO	11	2	5	1	8	0	2	0	29
BAMAKO	1	1	1	0	6	0	8	1	18
SEGOU	0	0	1	0	2	1	4	0	8
MOPTI	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Total	15	3	11	2	17	1	16	1	66

7 décès ont été enregistrés, soit :

- 3 décès signalés pendant la S05 dont 2 dans le Cercle de Koutiala pendant la S05 et 1 dans le District de Bamako (commune V).
- 2 décès enregistrés pendant la S06 dont 1 dans le Cercle de Kolokani (aire sanitaire de Djidiéni) et 1 dans le Cercle de Bougouni (arrondissement de Zantiébougou).
- A la S07 et S08 ont été enregistrés 2 décès dans le Cercle de Bla (aire sanitaire de Diaramana) et dans le District de Bamako (commune V).

Les seuils d'alerte et épidémique n'ont été atteints dans aucune circonscription pendant cette période ; cependant le taux d'attaque a atteint 4,2/100.000 hbts pour la Commune de Koutiala (région de Sikasso) pendant la S05.



Après un pic à la S03, les cas suspects ont connu une tendance à la baisse.

Paralysie flasque aiguë

Neuf cas suspects de PFA non suivis de décès ont été notifiés. Les régions de Sikasso (4 cas), Koulikoro et le District de Bamako avec (2 cas) chacun et Ségou (1 cas).

Tous les cas ont fait l'objet de prélèvements de selles envoyés à l'Institut Pasteur de Dakar pour confirmation.

Coqueluche

Le mois a été marqué par la notification de 9 cas suspects de coqueluche :

- Pendant la S05, (1) cas à Tombouctou (cercle de Goundam, commune d'Essakane) et 4 cas à Gao (cercle d'Ansongo, commune de Tina-Hamma).
- A la S07, 4 cas dont 1 décès ont été enregistrés dans le village de Tessit, commune de Tessit (cercle d'Ansongo, Région de Gao).

Ceci a amené les autorités sanitaires à prendre les dispositions suivantes :

- Vaccination DTC en stratégie avancée dans le village concerné et l'aire de santé.
- Prise en charge des cas.
- Renforcement de la surveillance épidémiologique.

Tétanos Maternel et Néonatal

Aucun cas de tétanos maternel et néonatal n'a été signalé au cours du mois de février.

Diarrhées sanguinolentes

Sept cas suspects dont 1 décès ont été notifiés pendant la période S05-S08.

A la S05, 1 cas a été enregistré dans le cercle de Kidal (aire sanitaire d'Aliou) et 1 autre suivi de décès dans la région de Koulikoro (cercle de Kolokani, aire sanitaire de Koumi).

La région de Tombouctou en a notifié 4 dont 2 (S06) dans les aires sanitaires de Tonka et Doukouria (cercle de Goundam) et 2 autres (S08) dans la commune d'Essakane (cercle de Goundam).

La S07 a été marquée par la détection d'un cas dans la région de Mopti (cercle de Koro, aire sanitaire de Koro).

Aucun cas suspect n'a été prélevé.

Paludisme

Le paludisme fait l'objet de surveillance dans les 3 régions du Nord (Gao, Kidal et Tombouctou au Nord) susceptibles d'enregistrer des épidémies.

En février, au total 4007 cas de paludisme ont été notifiés par ces 3 régions, contre 3988 cas pendant le mois de janvier.

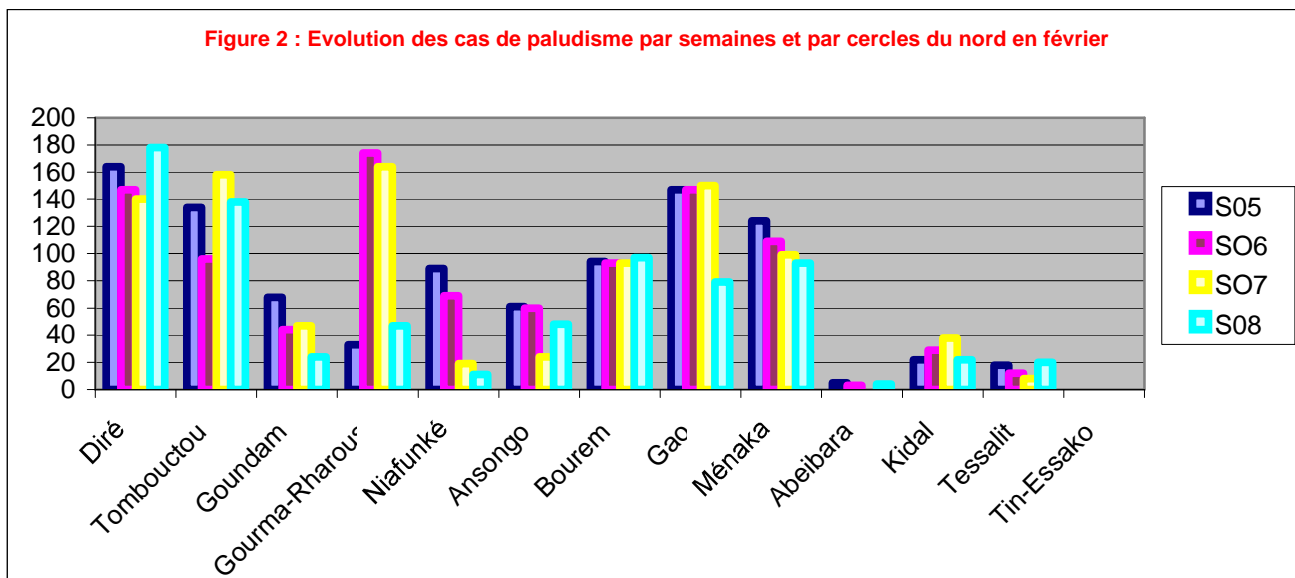
La région de Tombouctou a été la plus touchée comme au mois de janvier avec 2308 cas dont 1 décès survenu à Tombouctou ville.

La situation du cercle de Diré (région de Tombouctou) mérite une attention particulière avec la stagnation du nombre de cas à un niveau plus élevé de la S05 à la S08 (fig2).

La région de Gao et Kidal avec respectivement 1518 et 181 cas de paludisme.

Dans aucune autre localité, les seuils d'alerte et épidémique n'ont été atteints.

Figure 2 : Evolution des cas de paludisme par semaines et par cercles du nord en février



Lutte contre les épidémies

Du 16 au 18 février s'est tenue dans la salle de conférence de l'OMS, l'atelier d'orientation de l'équipe d'intervention rapide dans la préparation et la réponse aux épidémies.

Ont pris part à cet atelier :

- Le chef de la Division Prévention et Lutte contre la Maladie
- L'équipe de la Section Surveillance Epidémiologique
- Deux représentants du laboratoire national de référence (INRSP)
- Un représentant de la Division Hygiène Salubrité /Direction Nationale de la Santé
- Un représentant du CНИЕCS
- Deux cliniciens des hôpitaux de Gabriel Touré et du Point G
- Seize représentants des directions régionales de la santé de Kayes, Koulikoro, Ségou et du District de Bamako (épidémiologiste, ingénieurs/techniciens sanitaires, cliniciens, mobilisateurs sociaux, biologistes, gestionnaires de données).

L'objectif général de cet atelier était de renforcer la capacité nationale d'appui aux districts pour une réponse rapide et efficace aux épidémies.

Les objectifs spécifiques portaient sur:

- La mise à jour des connaissances des membres de l'équipe de réponse rapide.
- L'identification des membres de l'équipe de réponse rapide, mobilisables pour un appui aux districts en épidémie suivant la situation en cours.

A la fin de l'atelier quelques recommandations ont été formulées, entre autres :

- La redynamisation des Comités Intersectoriels permanents de Prévention et de Réponse aux Epidémies ;
- La prise de dispositions réglementaires pour créer l'équipe d'intervention rapide et ses règles de fonctionnement ;
- La formation des équipes d'intervention rapide au niveau des régions et des cercles et leur fonctionnement ;
- Le renforcement des laboratoires régionaux en vue de réaliser la confirmation biologique des cas suspects sur place ;
- La prise en charge sur « les fonds épidémies et catastrophes » des charges

liées au transport des échantillons des régions vers le laboratoire national de référence.

Eradication de la polio

La situation épidémiologique du polio virus sauvage dans la sous région ouest africaine fait craindre une réelle menace d'explosion de l'épidémie de poliomyélite dans notre pays. En effet, au 30 juin 2004, avant la saison de haute transmission, 305 cas de poliomyélite ont été isolés en Afrique dont plus de 85% de cas au Nigeria contre 58 au cours de la même période de l'année 2003. De nombreux cas dont certains importés à partir de ce foyer, ont été observés dans sept autres pays africains : Burkina Faso (4 cas), Bénin (5 cas), Niger (18 cas), Tchad (7 cas), Côte d'Ivoire (8), Centrafrique (1), Botswana (1).

Le Mali (19 cas) entre août et septembre 2004 qui se répartissent entre les différentes régions comme suit :

- Mopti : 9
- Sikasso : 4
- Gao : 3
- Tombouctou : 2
- Ségou : 1

Le Nigeria, qui jusque là n'a pas réalisé de JNV de bonne qualité, a organisé avec 21 autres pays africains des JNV synchronisées.

Les résultats obtenus au Mali sont très encourageants : 98% de couverture vaccinale chez les enfants de 0 –59 mois au premier passage, contre 105% au second tour en 2004.

Pour venir à bout de la polio les 22 pays devront organiser des JNV synchronisées au premier trimestre 2005 (février-avril) et au quatrième trimestre 2005 (novembre-décembre).

Les résultats provisoires du passage de février donnent 100% de couverture des enfants de 0-59 mois.

Source : (DNS /Section Immunisation)

Actualités épidémiologiques internationales

Peste en République démocratique du Congo

Une équipe pluridisciplinaire est arrivée le 25 février 2005 à Zobia, dans le district du Basuele (Province Orientale), où se sont produits les cas présumés de peste pulmonaire.

L'équipe a instauré une surveillance active car, depuis le 25 février, 4 cas probables (dont un mortel) et 4 cas présumés ont été signalés. Une étude rétrospective des cas est en cours et 34 échantillons supplémentaires ont été recueillis pour être analysés à l'Institut de la Recherche Biomédicale de Kinshasa. L'équipe suit activement 113 contacts vivant dans les régions voisines. MSF a mis sur pied un centre pour la prise en charge des cas.

Source : <http://www.who.int/wer>

Méningococcie au Soudan

A la date du 7 février 2005, le Ministère fédéral soudanais de la Santé avait notifié 250 cas de méningococcie, dont 19 mortels, qui se sont produits dans les états du Nil-Bleu (199 cas), de Gadaref (22 cas) et de Khartoum (29 cas). *Neisseria meningitidis* A, a été confirmée en laboratoire pour 3 échantillons.

Le Ministère fédéral soudanais de la Santé a rapidement réagi et mis en place des campagnes de vaccination de masse dans les villages affectés des états du Nil-Bleu et de Gadaref. La surveillance épidémique a été renforcée. L'OMS aide le Ministère à organiser un atelier sur la prévention et la lutte contre les méningococcies.

Source : <http://www.who.int/wer>

Tableau 3 : Récapitulatif des cas et décès des maladies à potentiel épidémique en février 2005.

Maladies	S05		S06		S07		S08	
	C	D	C	D	C	D	C	D
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningite	15	3	11	2	24	1	16	1
Rougeole	5	0	3	0	1	0	0	0
PFA	6	0	2	0	0	0	1	0
Coqueluche	5	0	0	0	4	1	0	0
Paludisme	959	0	983	0	940	0	762	1
Diarrhées sanguinolentes	2	1	2	0	1	0	2	0
TMN	0	0	0	0	0	0	0	0

Si le paludisme et la méningite ont sévit avec une fréquence assez élevée, aucun cas suspect de choléra, de fièvre jaune et de tétanos maternel et néonatal n'a été notifié sur toute l'étendue du territoire national.

VACCINS ET VACCINATION

Evolution du stock de vaccin du 31 janvier au 27 février 2005, à la Direction Nationale de la Santé.

Tableau 4 : Evolution des stocks de vaccin disponible au niveau de la DNS au cours du mois de février 2005.

	DATE	31 janvier	27 février
VACCINS (doses)			
Vaccin anti-méningococcique A +C		2.770.000	2.451.250
Vaccin anti-méningococcique w135		20.000	120.000
Vaccin anti-amaril CNI		1.193.430	1.173.430
Vaccin anti-amaril DE		116.000	116.000
BCG		8.300	866.240
DTC		1.193.600	1.173.600
VPO		3.047.510	877.270
Vaccin Hépatite B		332.590	674.290
VAT		1.728.851	2.078.541
VAR		448.130	433.130

En plus des activités de routine du PEV, a eu lieu le premier passage de la campagne de vaccination de masse contre la poliomyélite du 25 au 27 février. Les résultats provisoires du passage de février donnent 100% de couverture des enfants de 0-59 mois.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Le Rac-Info est un bulletin épidémiologique de rétro information. Il est conçu et produit par la Section Surveillance Epidémiologique dans le cadre du renforcement de ses activités.

Pour tout bulletin épidémiologique, la crédibilité du Rac-Info est liée à la qualité des informations qu'il donne.

Ainsi, pour une meilleure harmonisation entre les données qu'il reçoit et celles qu'il diffuse, le Rac-Info vous invite à :

- Notifier dans les meilleurs délais à la Section Surveillance, tous les cas suspects de maladies sous surveillance épidémiologique, ainsi que tous les prélèvements effectués sur ces cas.
- Procéder, dans des conditions adéquates, à des prélèvements sur tous les cas suspects de maladies sous surveillance épidémiologique.
- Acheminer les prélèvements jusqu'aux lieux indiqués dans les délais convenables.

La rédaction.

Comité de rédaction

Les Docteurs :

Benoît Karambéri : Chef de Division prévention et lutte contre la Maladie

Kandioura Touré : Chef de la Section Surveillance Epidémiologique

Mahamadou F. Maiga : Chargé des urgences et catastrophes (Section Surveillance Epidémiologique)

Lassana Keita : Point focal PFA (Section Surveillance Epidémiologique)

Naouman Sylla : Section Surveillance épidémiologique

Massambou Sacko : OMS-Mali

M. Noukon mory Keita : Gestionnaire des données (Section Surveillance Epidémiologique)

Mme Dembelé Oumou Coulibaly : Gestionnaire des données (Section Surveillance Epidémiologique)

Amadou. B. Kouyaté : Médecin d'appui (section surveillance épidémiologique)