

# LE RAC INFO MALI

## Bulletin mensuel de rétroinformation

### SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES PRIORITAIRES ET DES EVENEMENTS EN SANTE PUBLIQUE AU MALI

#### HISTORIQUE DU SYSTEME DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE AU MALI

L'histoire de la mise en place du système de surveillance épidémiologique au Mali pourrait se résumer en 2 époques :

- la période précédant *la création de la Division de l'épidémiologie*. Les données sur les maladies transmissibles étaient compilées mensuellement et transmises au niveau national. Les moyens de communication étaient limités aux télégrammes, et quelques RACs peu commodes. La réponse aux épidémies était surtout nationale et par conséquent tardive.

- avec la création de la Division de l'épidémiologie, une structure de coordination nationale a été mise en place, un point focal national a été nommé : le responsable de la surveillance. Le système de notification RAC était limité. La détection des épidémies restait toujours tardive et la réponse plutôt nationale. Le laboratoire était insuffisamment impliqué dans la confirmation du diagnostic. L'épidémie de méningite de 1996, survenue sur ce fonds de faiblesse, a amené les Ministres de la Santé des pays de la sous région ouest africaine à se concerter avec l'OMS à Ouagadougou en 1998. Ainsi, l'OMS en accord avec les pays membres a décidé de renforcer la Surveillance épidémiologique en adoptant une approche intégrée : qui est la Stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR).

La SIMR a été introduite au Mali en 2002 à la suite d'une série d'action dont l'adaptation du guide technique générique de surveillance et les modules de formation, la formation des formateurs, la formation du personnel des districts et des formations sanitaires périphériques (1010 agents formés), la mise en place du système de surveillance épidémiologique avec un point focal SE (pour chaque district et chaque DRS), des comités de gestion des épidémies pour chaque région, district et aire de santé, des moyens comme les équipements informatiques, le RAC, les réactifs de laboratoire, médicaments et vaccins et un système de transport des échantillons. La mise en œuvre de la SMIR a permis d'améliorer l'organisation, le fonctionnement la coordination, la gestion des épidémies, le rôle du laboratoire et la circulation de l'information.

#### Description du système de surveillance intégré de la maladie et la riposte au Mali :

Le système de surveillance épidémiologique fait intervenir le Centre de Santé communautaire, le district sanitaire, la direction régionale de la santé et la section surveillance épidémiologique au niveau national. La DRS collabore avec les hôpitaux et les districts sanitaires pour répartir les cas de maladie à potentiel épidémique en fonction de la provenance. Les données suivent le circuit coordonné du système de surveillance : Cscm- Cercle – Région- Niveau Central. La rétro information est utilisée comme moyen de coordination et se fait à partir du niveau central par le rapport hebdomadaire sur les maladies à potentiel épidémique et le bulletin « RAC Info

Mali. Des bulletins sont produits par certains districts dans la région de Koulikoro. Les modules de formation de la SIMR ont été intégrés dans le curriculum des écoles secondaires et des cours universitaires de santé publique. Il existe une base de données pour les maladies à potentiel épidémique sous forme de logiciel Excel, une base de données pour la surveillance de la rougeole, des PFA et des cas suspect de fièvre jaune. L'information est partagée avec tous les partenaires nationaux et internationaux. Un laboratoire national de référence apporte son éclairage au système. Il y a une bonne coordination entre le SSE et l'INRSP pour le suivi des résultats des échantillons acheminés.

## Les événements récents



Suite à l'entrée en vigueur du RSI (2005) et à la décision d'intégrer les maladies non transmissibles à la SIMR, l'OMS AFRO a organisé du 02 au 04 octobre 2007, un atelier de révision des guides techniques génériques de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR). Les participants étaient composés de délégations venues des pays (Burkina Faso, Cap Vert, Congo, Ethiopie, Gabon, Ghana, Mali, Nigeria, Ouganda, RDC et Zimbabwe) des équipes inter pays (IST OMS) et des équipes CSR, RSI et NCD de l'OMS AFRO. Le Mali a été représenté par le Chef de la Section Surveillance Epidémiologique et le DPC OMS Mali.

Afin d'aider les pays à adapter ce guide générique révisé à leurs contextes nationaux, l'Equipe Inter pays de l'OMS pour l'Afrique de l'Ouest, en collaboration avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et le Projet Régional santé pour l'Afrique de l'Ouest (PRSAO) financé par le 9ème FED (l'Union Européenne), ont co-organisé un atelier inter pays à Ouidah, au Bénin du 6 au 8 mai 2008 pour orienter un groupe de formateurs nationaux des pays de la CEDEAO et de la Mauritanie dans le processus de l'adaptation du guide. Le Mali a été représenté par le point focal surveillance

Nouveau Représentant de l'OMS pour le Mali.  
En février 2008, le Dr Fatoumata Binta DIALLO T. a pris fonction au Mali. Elle a présentée sa lettre d'accréditation au Ministre des Affaires Etrangères du Mali le ...

## Le processus d'adaptation et la validation du Guide de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte au Mali

épidémiologique, un représentant de l'INRSP, de la FMPOS et le DPC OMS Mali.

Du 2 au 4 juin 2008, la section surveillance épidémiologique appuyée par PRSAO, l'OMS et un groupe restreint de travail a organisé un atelier d'adaptation du guide technique national de surveillance intégrée de la maladie et la riposte. Cette session a été suivie par un atelier de validation du guide technique national de surveillance intégrée de la maladie et la riposte par les responsables nationaux et les partenaires impliqués dans la surveillance épidémiologique.



## Suite à la révision du guide technique national de surveillance : les maladies prioritaires et les événements ci – dessous sont retenus pour la surveillance au Mali.

Liste révisée des maladies prioritaires, des affections et des événements recommandés par le RSI	
maladies à potentiel épidémique	
1. Choléra	8. Fièvre jaune
2. Dysenterie (shigellose)	9. Paludisme
3. Rougeole	10. Syndrome Respiratoire Aigue Sévère (SRAS)
4. Méningite	11. Variole
5. Peste	12. Dengue
6. Fièvre hémorragique virale (Ebola, Marburg, Fièvre de la vallée du Rift, hépatite E)	13. Chikungunya
7. Influenza aviaire humaine cause par un nouveau sous type A (H5N1)	14. Anthrax
	15. Fièvre Typhoïde
	16. Hépatite –B
	17. Grippe saisonnière*

Maladies à Eradiquer et à Eliminer	
<b>A éradiquer</b> 1. Poliomyélite 2. Dracunculose	<b>A éliminer</b> 3. Lèpre 4. Tétanos maternel et néonatal 5. Noma 6. Trachome 7. Filariose lymphatique
Autres Maladies et événements d'Importance en Santé Publique	
1. Diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans 2. Pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans 3. VIH/SIDA 4. Paludisme 5. Onchocercose 6. Infections sexuellement transmissibles (IST) 7. Trypanosomiase 8. Tuberculose 9. Filarioses 10. Ulcère de burullii	11. Asthme 12. Diabète sucré 13. Epilepsie 14. Hypertension artérielle 15. Drépanocytose 16. Malnutrition 17. Rage* 18. Schistosomiases* 19. TIAC* : Toxi infection alimentaire collective 20. MAPI* 21. Cancers

## 1. La rétro information sur les maladies à potentiel épidémique.

Tableau I : La situation mensuelle des maladies à potentiel épidémique : juin 2008

Période Maladies	S18 (28 avril – 4 mai)		S19 (5 mai-11 mai)		S20 (12 mai – 18 mai)		S21 (19 mai-25 mai)		Total	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	décès
Méningite cérébro spinale	48	0	35	0	15	0	17	1	115	1
Rougeole	2	0	1	0	1	0	0	0	4	0
Paludisme (zones à risque d'épidémie)	674	0	268	0	946	0	981	0	2869	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0

Le seul cas de décès dû à la méningite est survenu au cours de la Semaine 21 dans le district de Bamako (Commune I) chez un enfant de sexe masculin âgé de 15 ans et plus.

Au total 77 LCR (liquide céphalo – Rachidien) ont été acheminés à l'INRSP (laboratoire de référence) pour confirmation. Sur les 77 LCR 11 se sont révélés positifs au **méningocoque A** (soit un taux de positivité de 14,28 %). La répartition de ces cas positifs est la suivante :

- ❖ Cercle de Kolokani : 4 cas (S18) et 1 cas (S19)
- ❖ Cercle de Kati : 1 cas (S18) et 1 cas (S19)
- ❖ Cercle de Banamba : 1 cas (S18)
- ❖ Cercle de Mopti : 1 cas (S19)
- ❖ Cercle de Yélimané : 1 cas (S19)
- ❖ Cercle de Koulikoro : 1 cas (S21)

## 2. La rétro information sur la Paralyse Flasque Aigue :

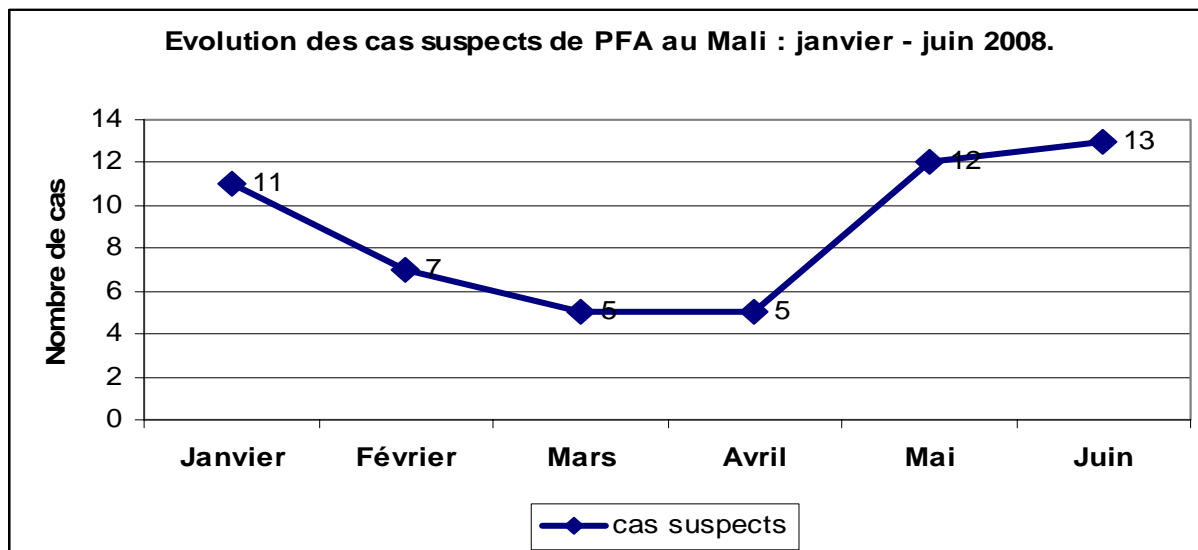
De janvier 2008 à juin 2008, au total 53 cas suspects de PFA ont été notifiés sur toute l'étendue du territoire national.

Tableau 2 : Répartition des cas suspects de PFA par régions du Mali : janv-juin 2008.

Régions	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Bamako	Total
Cas suspects	8	3	18	10	3	1	4	6	53

La région de Sikasso a notifié le plus grand nombre de cas suspects. Pour 25 cas suspects, les résultats de laboratoire se sont révélés négatifs. Les résultats des 28 autres cas sont en attente.

Graphique 1 : Evolution des cas suspects de PFA au Mali : janvier - juin 2008



Le plus grand nombre de cas suspects a été notifié au cours du mois de juin.

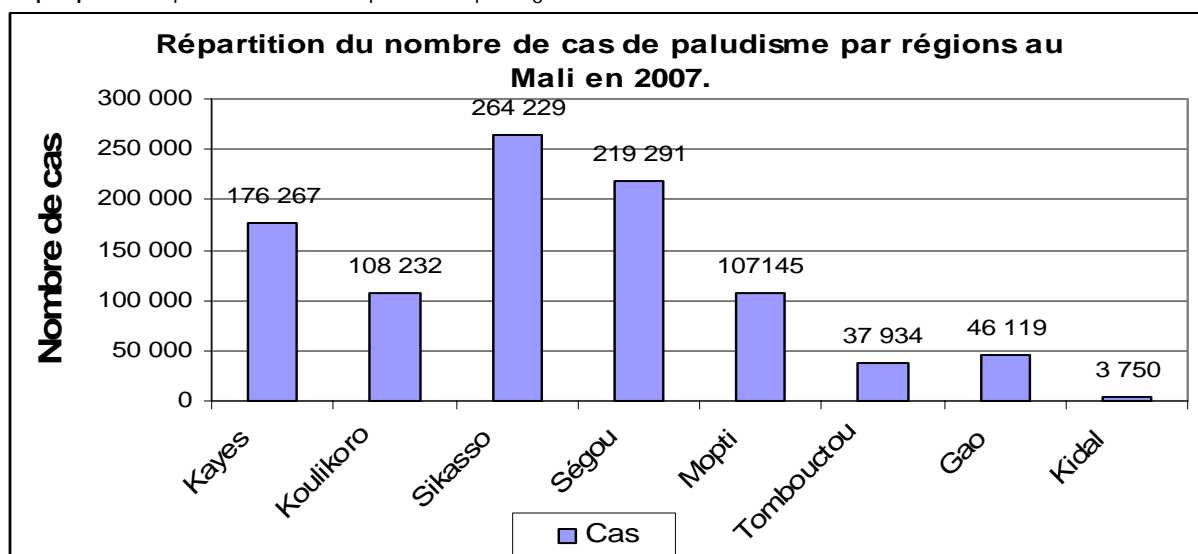
### 3. La rétro information sur le Paludisme :

Tableau 3 : Paludisme (simple et grave) au Mali année 2007

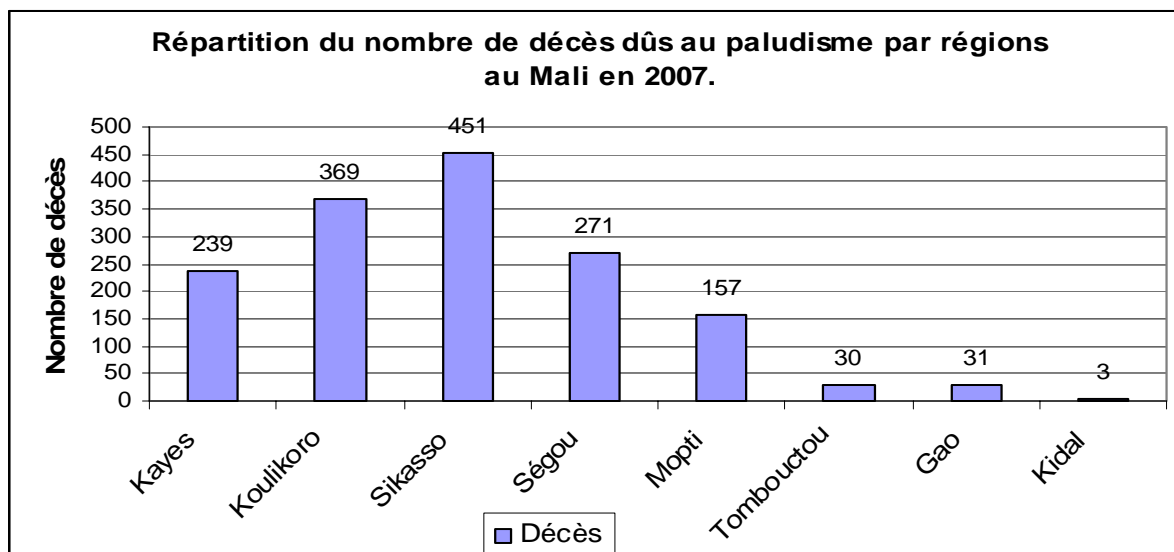
Régions	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Kidal	Bamako	Total
Cas	176 267	108 232	264 229	219 291	107145	37 934	46 119	3 750	194 213	1 157 180
Décès	239	369	451	271	157	30	31	3	3	1 554

Le plus grand nombre de cas et de décès ont été notifiés par la région de Sikasso en 2007.

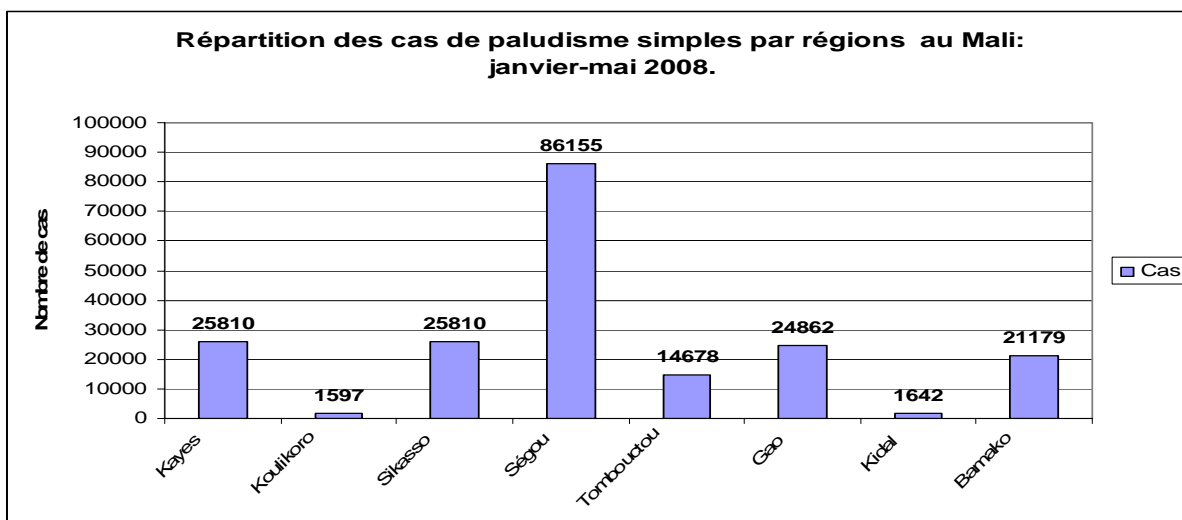
Graphique 2 : Répartition des cas de paludisme par régions au Mali en 2007.



Graphique 3 : Nombre de décès au Mali liés au paludisme en 2007.



Graphique 4 : Cas de paludisme simple au Mali : Janvier- mai 2008.



De janvier à mai 2008 la région de Ségou a notifié le plus grand nombre de cas de paludisme simple avec 86 155 cas.

#### 4. La rétro information sur le VIH – Sida au Mali de janvier – décembre 2007 :

	VIH SIDA
Nombre de cas détectés	1 602
Nombre de cas mis sous traitement	16 509
Nombre de décès	713

Il y'a eu au total 713 décès liés au VIH – Sida au cours de l'année 2007.

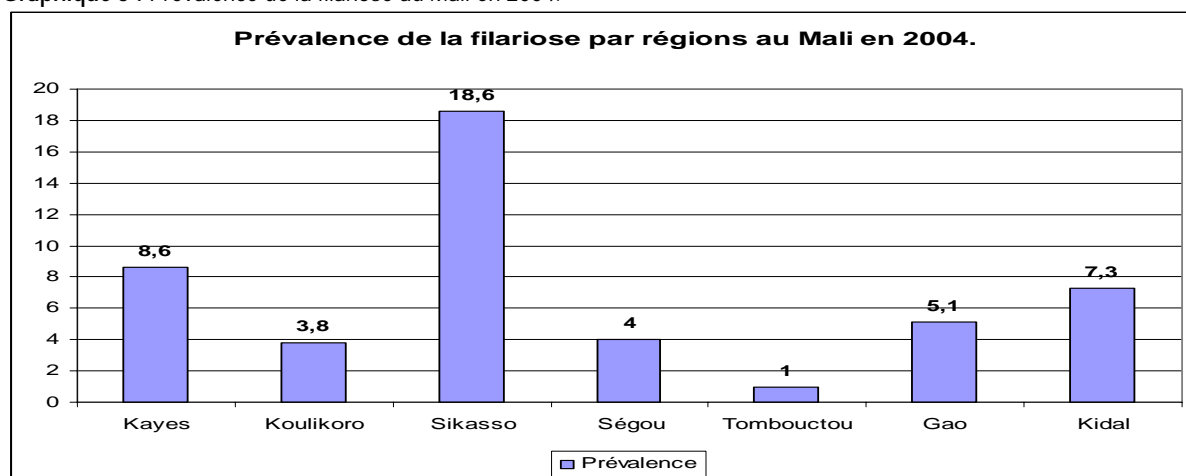
#### 5. La rétro information sur la tuberculose au cours de l'année 2007:

Types	Nouveaux cas
TPM positive	3 894
TPM négative	391
Tuberculose extra pulmonaire	674
<b>Total</b>	<b>4959</b>

Par ailleurs au cours de l'année 2006, au total 3 803 cas de TPM positive ont été évalués dont 406 décès, soit un taux de létalité de 10,8 %.

#### 6. La rétro information sur la filariose au cours de l'année 2004 :

Graphique 5 : Prévalence de la filariose au Mali en 2004.



La prévalence de la filariose était plus élevée dans la région de Sikasso, elle était plus faible dans celle de Tombouctou. Néanmoins, le seuil d'endémicité est de 1 %.

7. La rétro information sur le ver de Guinée : Un cas de ver de Guinée a été déclaré par la Direction Régionale de la Santé de Ségou. Ce cas provient du village de Gomakoro, dans l'aire de santé de Sansanding (district sanitaire de Markala).

#### 8. La rétro information sur d'autres maladies :

	Rage	Tétanos néo natal
Nombre de cas	0	0
Nombre de décès	0	0

Aucun cas de Tétanos néo natal et de rage n'a été notifié dans le pays au cours du mois de juin 2008.

## DIRECTIVES TECHNIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA

### POUR ÊTRE PRÉPARÉ À RIPOSTER À UNE ÉPIDÉMIE METTRE EN PLACE CE QUI SUIT :

#### ❖ Protocole thérapeutique :

- Fiche de suivi de stock de médicaments.
- Un stock de réserve de médicaments, des solutés, de désinfectants,
- Un comité de lutte contre les épidémies, et un plan de riposte aux épidémies.

#### ❖ Quels sont les médicaments, les solutés, les désinfectants à mettre en place ?

- Doxycycline
- Sels de réhydratation orale
- Solutions physiologiques de Ringer lactate par voie intraveineuse

- L'eau de Javel et le Crésyl ou d'autres désinfectants.

#### ❖ Définition de cas : Suspicion choléra dans les situations suivantes :

- Un malade âgé de plus de cinq (5) ans développe une déshydratation sévère ou meurt d'une diarrhée aqueuse aiguë.
- Il y'a un accroissement subit du nombre de malades ayant une diarrhée aqueuse aiguë, en particulier des malades ayant des selles d'aspect "eau de riz" typique du choléra.

Des qu'on soupçonne le premier cas de choléra il faut :

- Traiter le malade,
- Envoyer les prélèvements des selles au laboratoire pour confirmation du diagnostic,
- Notifier les cas suspects au niveau du district.

#### Confirmation du diagnostic au laboratoire

- Collecter un échantillon de selles fraîches ou un écouvillon rectal, en utilisant le milieu de transport des selles (cary blair).
- Etiquetage : Etiqueter le prélèvement en apposant sur le récipient le nom, l'âge du patient, ainsi que la date de prélèvement.
- Remplir la fiche de notification des cas en inscrivant le nom, l'âge, l'adresse du patient, les signes clinique de la maladie, la date et l'heure.

#### Transport au laboratoire

- Placer les prélèvements dans un récipient propre.
- Ou bien Imbiber de papier buvard le liquide des selles et l'envoyer au laboratoire dans un sac en plastic bien fermé.

#### PRISE EN CHARGE DES CAS

La réhydratation est la clé du traitement.

Etape 1 : Evaluer le niveau de déshydratation.

Etape 2 : Réhydrater le malade et le surveiller fréquemment, puis évaluer son état.

Etape3 : Maintenir la réhydratation et compenser les pertes de liquide par les selles.

Etape 5 : Administrer un antibiotique oral au malade sévèrement déshydrater.

Déshydratation modérée : réhydratation orale

Quantité approximative de sels de réhydratation orale à administrer au cours des 4 premières heures (voir tableau plus bas).

Déshydratation sévère : réhydratation par voie

intraveineuse : Procéder rapidement à une réhydratation (liquide de Ringer ou du sérum physiologique normal) par voie IV.

- Malade âgé d'un an ou plus : administrer 100 ml/kg pendant 3 heures, soit 30ml/kg très vite, en 30 minutes, puis le reste en 2 heures 30 mn;
- Malade âgé de moins d'un an : administrer 100 ml/kg pendant 6 heures, soit 30ml/kg pendant la 1ère heure et le reste pendant 5 heures.

- Donner les SRO (environ 5ml /kg/heure) également aux malades sévèrement déshydratés qui peuvent boire.

#### Antibiotiques oraux :

Doxycycline, ou Tétracycline, ou trimethoprim-Sulphametoazole, ou Furazolidone pour les adultes. Tétracycline, ou Trimethoprim-Sulphametoazole, ou Furazolidone pour les enfants.

#### LUTTE CONTRE LE CHOLERA

- Si le choléra est déclaré, installer immédiatement un lazaret à l'ouest du village à au moins 200 mètres des dernières maisons
- Aménager des latrines
- Désinfecter les latrines
- Couvrir chaque selle d'une couche de terre après désinfection.
- Fournir de l'eau potable au Lazaret
- Limiter les visites aux malades.
- Désinfecter les objets des malades (habits) en les trempant dans une solution d'eau fortement javellisée
- Désinfecter les locaux des malades
- Incinérer les nattes et les objets irrécupérables des malades
- Prendre des dispositions particulières pour la manipulation des cadavres :
- Limiter les contacts
- Désinfecter les mains et les habits après l'enterrement
- Enfouir ou incinérer les déchets solides

#### FAMILLE DU MALADE

- Traitement de l'eau (javelliser ou faire bouillir) ;
- Communication pour le changement de comportement (propreté, manipulation des aliments, évacuation des excréta, etc....).
- Lavage des mains après les toilettes
- Désinfection des locaux du malade
- Désinfecter les latrines.

#### COMMUNAUTE

- Conseiller à la communauté d'utiliser de l'eau saine (javelliser ou faire bouillir)
- Evacuation des excréta dans de bonnes conditions d'hygiène (utiliser des toilettes ou enterrer les selles)
- Propreté, des mains
- Supervision des funérailles ;
- Emmener tout malade au centre de santé.

**Tableau : Quantité approximative de sels de réhydratation orale à administrer au cours des 4 premières heures**

Age	Moins de 4 mois	4 à 12 mois	13 à 23 mois	2 à 4 ans	5 à 14 ans	15 ans et plus
Poids en kg	Moins de 5	5-7-8	9-10	11-15	16-29	Plus de 30
SRO en ml	200 -399	400-599	600-799	800- 1199	1200- 2 199	2200- 4000

**Directeur de publication**

**Pr. Toumani SIDIBE, Directeur National de la Santé.**

**Comité de rédaction**

**Les Docteurs :**

**Sory Ibrahima BAMBA** : Chef de la Division Prévention et lutte contre la Maladie

**Kandioura TOURE** : Chef de la Section Surveillance Epidémiologique

**Lamine DIARRA** : Section Surveillance Epidémiologique

**Naouman SYLLA** : Section Surveillance Epidémiologique

**Mahamadou F. MAIGA** : Section Surveillance Epidémiologique

**Seydou DIARRA** : Chef du Service de Bactériologie à l'INRSP

**Massambou SACKO** : OMS-Mali

**Petit Jean ZERBO**: Chef du Projet PASEi 2 Mali

**Amadou. B. KOUYATE** : Médecin d'appui (Section Surveillance Epidémiologique)

**M. Nonkonmory KEITA** : Gestionnaire des données (Section Surveillance Epidémiologique)

**Mme Dembélé Oumou Y. COULIBALY** : Gestionnaire des données (Section Surveillance Epidémiologique)

**M. Abdoulaye KAMATE** : Opérateur RAC