



BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DE L'ONMNE

Août 2010

TABLE DES MATIÈRES

CHOLERA	4
DIARRHÉE FATALE AU YEMEN	4
CHOLÉRA AU CAMEROUN	5
CHOLÉRA AU NIGERIA (BAUCHI)	6
WEST NILE	14
ENCÉPHALITE DUE AU VIRUS WEST NILE CONFIRMÉE EN GRÈCE (MACÉDOINE CENTRALE)	14
ÉPIDÉMIE D'INFECTIONS AU VIRUS WEST NILE CHEZ LES HUMAINS EN EN MACÉDOINE CENTRALE GRÈCE, JUILLET-AOÛT 2010	17
ENCEPHALITES EN GRECE (MACÉDOINE CENTRALE) LE VIRUS WEST NILE CONFIRMÉ	18
VIRUS WEST NILE CHEZ LES EQUINS EN GRECE : (MACEDONIE CENTRALE)	19
ENCEPHALITES EN TURQUIE (MANISA), LE VIRUS WEST NILE SUSPECTÉ	20
VIRUS WEST NILE - ISRAËL	21
INFECTION AU VIRUS WEST NILE IMPORTÉE D'ISRAEL AUX PAYS BAS	21
VIRUS WEST NILE - PORTUGAL	22
FLAMBÉE DE FIÈVRE DE WEST NILE ÉQUINE AU MAROC CENTRAL	23

GRIPPE	24
FIN DE LA PANDÉMIE H1N1 2009 : MME CHAN ANNONCE LE PASSAGE EN PÉRIODE POST PANDÉMIQUE	24
RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR LA PÉRIODE POST-PANDÉMIQUE	25
L'IMPACT DU VIRUS GRIPPAL A(H1N1) 2009 PANDÉMIQUE SUR LA CIRCULATION DES VIRUS GRIPPAUX SAISONNIERS DANS L'HÉMISPHERE SUD	28
FLAMBÉE DE GRIPPE PANDÉMIQUE DANS LA RÉGION DE (WAIRARAPA) EN NOUVELLE-ZÉLANDE	32
PANDEMRIX, LE VACCIN ANTI GRIPPE H1N1DE GSK SOUPÇONNÉ DE PROVOQUER DES ACCÈS DES CAS DE NARCOLEPSIE CATALEPSIE	33
110ÈME CAS HUMAIN DE GRIPPE AVIAIRE HUMAINE EN ÉGYPTÉ, MISE AU POINT OMS N° 35	34
GRIPPE AVIAIRE HUMAINE - 111ÈME CAS EN ÉGYPTÉ - MISE AU POINT OMS N° 36 ,	34
GRIPPE AVIAIRE HUMAINE - 112ÈME CAS ET 36ÈME DÉCÈS EN ÉGYPTÉ	35
POLIO - ROUGEOLE	35
POLIOMYELITE EN ANGOLA	35
L'AFRIQUE DE L'EST DECLARÉ DE NOUVEAU INDEMNÉ DE POLIO APRÈS L'ÉPIDÉMIE DE 2008-2009	36
ROUGEOLE - NIGERIA	36
DENGUE, CHIKUNGUNYA, FIÈVRE JAUNE	38
IMPORTATION DE MOUSTIQUES AEDES AUX PAYS-BAS : (BRABANT DU NORD) ...	38
FIÈVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE (ABIDJAN)	39
FIÈVRE JAUNE, DENGUE - CÔTE D'IVOIRE	40
ÉPIDÉMIE DE DENGUE DANS LES ANTILLES FRANÇAISES	41
CHIKUNGUNYA (24): INDIA (MAHARASHTRA)	43
DENGUE/ DENGUE HÉMORRAGIQUE : MISE À JOUR AU 4/8/2010	44
DIVERS	47
EMERGENCE D'UN NOUVEAU MÉCANISME DE RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES	47
PESTE BUBONIQUE, PULMONAIRE AU PÉROU (LA LIBERTAD),	48
PESTE BUBONIQUE EN BOLIVIE (LA PAZ)	49

HÉPATITES B ET C, NOSOCOMIALES SUITE À DES SOINS DENTAIRE USA.....	50
ENCEPHALITE MORTELLE NON DIAGNOSTIQUÉE EN INDE (GUJARAT)	51
LEISHMANIOSE VISCERALE – SUD SOUDAN : (JONGLEI)	52
RE-EMERGENCE DE LA ROUGEOLE EN EUROPE:.....	54
<i>ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE EN COURS EN GRÈCE, JANVIER À JUILLET 2010</i>	54
HANTAVIRUS EN ALLEMAGNE (BADE-WURTEMBERG)	59
RICKETTSIOSES AU MEXIQUE (SONORA).....	60
FIÈVRE DE LA VALLEE DU RIFT, ANIMALE – NAMIBIE	61
FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO EN NAMIBIE (KARAS)	62
LE MAROC CERTIFIÉ EXEMPT DE PALUDISME.....	63
DECES PAR ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L’EST (EEE) AUX ETATS-UNIS (FLORIDE)	64
ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L’EST - ETATS-UNIS (VIRGINIE, MASSACHUSETTS, MICHIGAN)	65
ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L’EST (EEE) AU MICHIGAN).....	66
FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AVEC SYNDROME RÉNAL RUSSIE (TATARSTAN).....	67
CONJONCTIVITE - OUGANDA, SUD SOUDAN ET TURQUIE.....	67

CHOLERA

DIARRHÉE FATALE AU YEMEN

Date : 1 Juil. 2010 [accessed 9 Juil. 2010]

Source : Al-Sahwah, Sanaa [édité]

<<http://www.alsahwa-yemen.net/arabic/subjects/5/2010/7/1/2067.htm>>

Un total de 4 personnes dont un enfant, sont décédées au cours d'une épidémie de diarrhée, ayant survécu pendant la semaine du 21 juin 2010 dans le gouvernorat de Lahej, tandis que 127 autres sont touchées. Des sources médicales de Lahej qui ont fourni ces informations à Net Sahwah, soulignent qu'une autre épidémie de paludisme fait en parallèle de nombreuses victimes dans le gouvernorat de Lahej.

Diarrhea, fatal - Yemen: RFI

Date: Tue 6 Jul 2010

Source: Mareb Press [in Arabic, trans. Corr.SB, edited]

<http://marebpress.net/news_details.php?sid=26112&lng=arabic>

L'augmentation du nombre de cas d'une épidémie de diarrhée aiguë dans le secteur d'El Modhraba dans le gouvernorat de Lahej. Des sources médicales de l'hôpital rural local déclarent recevoir quotidiennement plus de 15 cas de diarrhée aiguë présentant : diarrhée, vomissements et douleurs abdominales. Les cas sont traités avec des apports liquidiens per os et des perfusions de solutés par voie intraveineuse. Certains malades ont du être transférés dans le service de soins intensifs de l'hôpital de la république à Aden.

Selon les mêmes sources locales, le nombre de cas présentant ces symptômes a atteint 183, dont 4 sont décédés. Les décès sont survenus chez 3 adultes (deux femmes au foyer et un berger) et un enfant de 4 ans. Les décès ont eu lieu en extra hospitalier au domicile des patients ou pendant le transport à l'hôpital.

Le directeur de l'hôpital local a exclu qu'il s'agisse de choléra et attribué la manifestation à une contamination de l'eau par d'autres bactéries que le vibrion cholérique.

Il a déclaré que le dernier cas de choléra À Marib remonte à plus de 30 ans.

Un autre interlocuteur du journal, a estimé que l'épidémie continue à progresser malgré les fermetures des puits suspects et le traitement au chlore d'autres puits.

Les Médecins à l'hôpital régional d'Ibn Khaldoun à Lahedj ont admis que les symptômes observés chez les patients sont évocateurs de choléra. Mais les autorités n'ont pas voulu communiquer les résultats de laboratoire des prélèvements analysés au laboratoire central de Sanaa.

CHOLÉRA AU CAMEROUN

Date : 26 juil. 2010

Source : Reuters Africa [en anglais, traduit Mod.SC, édité]
<<http://af.reuters.com/article/topNews/idAFJ0E66P0AL20100726>>

Date : 31 juil. 2010

Source : Romandie News, un rapport de l'Agence France-Presse (AFP) [édité]
<<http://www.romandie.com/infos/news2/100731121351.htt98s3x.asp>>

Date : 6 Aout 2010

Source : UN ReliefWeb, Int Fed of Red Cross And Red Crescent Societies (IFRC) report [édité]
<[http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/FERB-883J9R/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/FERB-883J9R/$File/full_report.pdf)>

Date : 12 août 2010

Source : CNN [édité]
<<http://edition.cnn.com/2010/WORLD/africa/08/12/cameroon.cholera/#fbid=z20MB43bwt&wom=false>>

Date : 19 août 2010

Source : Afrique en Ligue [édité]
<<http://www.afriquejet.com/news/africa-news/cholera-kills-222-in-cameroon-2010081954726.html>>

Depuis mai 2010, la Région d'Extrême-Nord du Cameroun connaît une épidémie grave de choléra. C'est la plus grande épidémie de choléra du pays des dix dernières années et elle est la pire depuis celle qui tué environ 100 personnes à Douala la capitale économique du pays en 2004. Le choléra est endémique dans la région de l'Extrême Nord du Cameroun, qui compte une population extrêmement vulnérable estimée à 3 480 000 personnes.

La dernière épidémie de choléra qui s'est produite dans la région a eu lieu entre Octobre et décembre 2009, a enregistré 366 cas, 44 décès et a touché 11 districts sanitaire dans la région.

L'épidémie actuelle a commencé le 6 mai 2010, quand les autorités sanitaires du district Makary ont signalé les premiers cas de diarrhée-vomissements, qui ont été investigués au centre de santé intégré (CSI) de Ngouna, lequel a confirmé ces 1er cas de choléra le même jour.

Au 28 mai 2010, tous les cas enregistrés étaient localisés dans les districts de santé de Makary et de Mada de l'extrême Nord, qui n'ont pas été touchés lors de l'épidémie 2009. Ensuite ce sont les districts de santé de Mogodé et Kousseri qui ont également été touchés. Au 12 Juil. 2010, 8 districts de santé ont déjà été touchés par le choléra. À partir du 13 juillet 2010, 4 nouveaux districts de santé ont été touchés, à savoir Hina, Kolofata, Roua, et Kay-foin.

Le 26 juillet 2010, un porte parole du gouvernement a déclaré, que le choléra a fait 77 morts dans le nord du Cameroun depuis début juin 2010, et fit savoir que des craintes existent que cette pire épidémie de choléra depuis 2004, au Cameroun, ne puisse se propager dans les pays voisins comme le Nigeria et le Tchad.

Un nouveau bilan communiqué le 31 juil. 2010 à l'AFP (Agence France Presse) par des sources officielle et médicale faisait état de 94 morts et de 1285 cas, dans la région. 60 % des décès seraient survenus en dehors de l'hôpital. Le bilan à Mokolo, la zone la plus touchée, est passé de 42 à 44 décès.

Au 1 août 2010, 14 districts sanitaires sur les 28 que compte la région de l'Extrême- Nord du Cameroun ont été touchés. Un total de 1456 cas de choléra et 109 décès ont été enregistrés, avec un taux de létalité de 7,5 %.

Au 12/8/2010 le gouvernement a déclaré que le choléra a tué 200 personnes tandis que 2500 autres cas, ont été diagnostiqués au Cameroun

Le 18 août 2010 le ministère de la Santé Publique du Cameroun a annoncé que l'épidémie de choléra qui éclaté le 6 mai 2010 dans les régions d'extrême Nord du nord et d'Adamaoua au Cameroun a tué 222 personnes. Le Choléra a été introduit dans la région par un commerçant

de retour d'un marché frontalier. Selon le ministre, la maladie frappe principalement l'Extrême-Nord, où 167 patients sont encore à l'hôpital.

L'épidémie progresse malgré les efforts des pouvoirs publics et de leurs partenaires notamment parce que "les populations respectent peu les règles d'hygiène", les autres facteurs invoqués sont "la mobilité des populations soit à travers les frontières soit d'une région à l'autre, l'insalubrité du milieu" et la saison des pluies. La région de l'Extrême-Nord est "une zone endémique pour le choléra qui y revient de façon cyclique".

Le ministre de la Santé du Cameroun, a appelé les habitants de la région à être prudents et à signaler immédiatement les cas suspects et à respecter les conditions minimales d'hygiène et d'assainissement : Désinfecter les sources d'eau potable, faire bouillir toute eau destinée à la boisson, se laver les mains avant de manger, utiliser les latrines et arrêter de déféquer dans les lieux publics.

Le vibron cholérique, frappe souvent les pays d'Afrique centrale où, selon l'ONU, seulement moins de 50% de la population a accès à l'eau potable.

Selon des sources officielles, environ 70 % des personnes vivant dans la région d'Extrême-Nord du pays, à la frontière avec le Nigeria et le Tchad, n'ont pas accès à l'eau potable.

L'assainissement est également limité dans la région et les récentes inondations ont aggravé la situation. Selon des sources officielles, environ 70 % des personnes vivant dans la région d'Extrême-Nord du pays, à la frontière avec le Nigeria et le Tchad, n'ont pas accès à l'eau potable.

Les organisations d'aide humanitaire craignent une propagation de l'épidémie aux régions et pays.

Le Comité international de la Croix-Rouge juge que cette épidémie présente de sérieux risques de propagation rapide, si on ne prend pas les mesures qui s'imposent en urgence, l'épidémie pourrait se développer rapidement avec des conséquences graves pour le Cameroun et les pays voisins comme le Nigeria et le Tchad.

L'UNICEF qui craint que l'épidémie ne soit dévastatrice pour les enfants, qui sont particulièrement vulnérables au choléra a déclaré avoir envoyé d'urgence des trousseaux médicaux contenant des gants chirurgicaux, des comprimés de traitement des eaux, des médicaments contre le choléra, de sels de réhydratation orale et du matériel pédagogique.

Le ministère de la Santé Publique a annoncé le forage en urgence de 250 nouveaux puits dans l'extrême Nord du pays pour lutter contre le choléra.

CHOLÉRA AU NIGERIA (BAUCHI)

Date : mer 28 juil. 2010

Source : Nigerian Tribune [en anglais, traduit Mod.SC, édité]

<<http://www.tribune.com.ng/index.php/news/8873-cholera-outbreak-6-die-160-infected-in-bauchi>>

ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA : 6 DÉCÈS, 160 INFECTÉS À BAUCHI

Le commissaire de la Santé de L'État de Bauchi a donné, lors d'un entretien avec des journalistes, tenu à l'Hôpital Universitaire d'Abubakar Tafawa Balewa (ATBUTH), durant le weekend du 24-25 juillet 2010, l'alarme concernant une épidémie de choléra dans l'État. Cette épidémie a jusqu'ici fait 6 morts tandis que plus de 160 personnes ont contracté la maladie et reçoivent actuellement des soins dans différents établissements de santé à travers l'état. Il a aussi déclaré que l'épidémie était sous contrôle, en soulignant que sur les 160 personnes

infectées, 100 avaient été traitées à la ATBUTH [Abubakar Tafawa Bakewa University Teaching Hospital] et ont quitté l'hôpital tandis que 60 autres étaient encore sous traitement.

Il a dit que le gouvernement avait été en mesure de localiser les quartiers de la ville qui ont été touchés, et qu'il avait été en mesure de contrôler l'épidémie par la désinfection de quartiers entiers pour prévenir le déclenchement de la maladie dans les autres quartiers et collectivités locales et aider les victimes en fournissant un traitement gratuit à tous les personnes contaminées".

Il a ajouté, "les causes de cette épidémie de choléra, en particulier pendant la saison des pluies, est que la plupart des gens ne traitent pas l'eau avant de l'utiliser alors que quand il ya des inondations, l'eau des puits est fortement contaminée par le ruissellement des eaux pluviales.

Après la désinfection des quartiers, nous avons lancé une campagne de sensibilisation du grand public parce que c'est seulement quand vous connaissez la provenance du problème que des précautions peuvent être prises".

CHOLERA AU NIGERIA (BAUCHI)

Date: Mon 26 juillet 2010

Source: Nigerian Bulletin, Daily Independent (Nigeria) report [edited]

<<http://nigerianbulletin.com/2010/07/26/fresh-cholera-outbreak-kills-six-in-bauchi-daily-independent/>>

Des sources sanitaires officielles ont déclaré qu' au 23/7/2010, 6 personnes sont décédées et au moins 160 ont été infectées depuis le déclenchement d'une flambée de cas de choléra dans certaines parties de la métropole de Bauchi. Sur les 160 personnes infectées, 100 ont été traités au CHU Abubakar Tafawa Balewa à Bauchi, et ont quitté l'hôpital tandis que les 60 autres y sont encore hospitalisés.

CHOLERA AU NIGERIA (BAUCHI, BORNO)

Date : Mon 16 août 2010

Source : Google News, Agence France-Presse (AFP) report [edited]

<<http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5iUPYltG-gCWpoQxoZqHZn5GiynBA>>

Source : AFP (Agence France Presse) [en anglais, traduit Mod.SC, édité]

<http://news.yahoo.com/s/afp/20100816/wl_africa_afp/nigeriahealthcholera>

Des chiffres officiels, livrés le 16 août 2010, rapportent qu'une épidémie de choléra au Nigeria, qui sévit dans les États de Bauchi et Borno du nord, a touché 1315 personnes et en a tué 87 au cours du mois de juillet.

L'État de Bauchi a enregistré, au cours du mois dernier, 47 décès et 1200 cas de choléra. Dans la semaine précédant le 12 Août 2010, l'État de Borno a enregistré 40 décès et 115 cas de choléra.

Cette épidémie est attribuée aux mauvaises conditions d'hygiène et à la contamination des puits à ciel ouvert dont les collectivités rurales dépendent en grande partie comme principale source d'eau qui s'accroît au Nigeria pendant la saison des pluies, lorsque le ruissellement de l'eau de pluie charrie les ordures dans les puits ouverts et les étangs. Aussi la saison des pluies s'associe souvent avec une forte augmentation des cas de choléra.

Au dernier trimestre de 2009, Plus de 260 personnes sont décédées du choléra dans 4 États du nord

COMMENTAIRES PROMED

Cette épidémie semble presque une suite logique de l'épidémie de choléra qui sévit depuis quelques semaines dans l'extrême nord du Cameroun avec lequel les 2 états (Bauchi et Borno) sont voisins. La saison pluvieuse et les mauvaises conditions d'hygiène risquent fort d'aggraver la situation.

Le 19/8/2010, aggravation très importante du bilan du choléra au nord du Nigeria par rapport aux bilans précédents publié en juillet et le 16 août 2010 (multiplication par presque 3 des décès, passant de 87 à 231 et des cas passant de 1315 à 4665).

Date : jeu 19 août 2010

Source : Lavo.digital, un rapport de l'agence de presse EFE [en espagnol, traduit ProMED-mail Corr.SB, édité]

<http://www.lavo.digital.es/agencias/20100819/mas-actualidad/sociedad/menos-muertos-brote-colera-norte_201008191730.html>

Des sources du Ministère de la Santé du Nigeria ont annoncé qu'au moins 231 personnes sont décédés et 4665 cas ont été malades du fait de l'épidémie de choléra qui touche depuis le mois de juin 2010, 11 États du nord du Nigeria. Les États les plus durement touchés sont ceux de Bauchi et Borno, qui ont enregistré plus d'une centaine de décès au total.

L'épidémie est due à la contamination des sources d'eau potable en raison des fortes pluies qui sont actuellement enregistrées dans le nord du Nigeria.

Plusieurs organismes d'aide internationaux, y compris l'USAID, MSF, (Médecins Sans Frontières)

et l'UNICEF ont apporté leur assistance aux personnes touchées dans la région. L'État de Bauchi a approuvé la distribution immédiate de médicaments et nourriture gratuits pour les 1700 malades du choléra, un traitement médical couvrira les 6 régions de l'État affectées par l'épidémie, mais la distribution de nourriture gratuite est limitée pour le moment à la ville de Bauchi, qui a rapporté 80 % des cas locaux.

Date : 17 août 2010

Source : The Vanguard [edited]

<<http://www.vanguardngr.com/2010/08/17/227-die-in-borno-bauchi-cholera-attacks/>>

Le bilan des décès dus à l'épidémie de choléra qui a touché Maiduguri la capitale de l'État de Bornou et Bauchi depuis 2 semaines s'élève maintenant à plus de 147, tandis qu'environ 1368 autres personnes ont été hospitalisées. L'épidémie est entrée dans sa 8e semaine avec un taux de létalité de 3, %.

CHOLERA, DIARRHÉE ET DYSENTERIE : ANGOLA SOMALIE, KENYA, GUINÉE-BISSAU, ZIMBABWE, LAOS, PAKISTAN, UKRAINE ET NÉPAL

CHOLERA EN ANGOLA

Date : 5 août 2010

Source : Angola Press Agency (Angop) [edited]

<http://www.portalangop.co.ao/motix/en_us/noticias/saude/2010/7/31/Angola-registers-over-000-cholera-cases-first-half,13211640-35a0-4c9b-ade5-47a0a166112a.html>

Au moins 1477 cas de choléra ont été signalés dans le pays, selon des informations publiées par le Centre des données épidémiologiques de la Direction nationale de la santé publique publiées dans un rapport le 5 août 2010, qui mentionne encore qu'il ya eu au cours du 1er semestre 2010, une augmentation de 218 cas de choléra par rapport aux 1240 cas déclarés en 2009 et que parmi les cas déclarés cette année, 34 ont été mortels.

CHOLERA EN SOMALIE (BAY)

Date : 21 juillet 2010

Source : Suna Times [edited]

<<http://www.sunatimes.com/view.php?id=279>>

7 enfants de moins de 10 ans sont décédés dans le quartier Labatan Jirow dans la région de The bay au sud de la Somalie, ces décès sont attribués à une épidémie de choléra. 12 autres enfants souffrent actuellement de cette maladie dans le même quartier. Les décès sont seulement ceux signalés et enregistrés au cours des 12 dernières heures [21 juillet 2010]. Le nombre de personnes touchées par le choléra dans le district serait en augmentation. Le problème est source d'une grande inquiétude pour la communauté et pour l'administration d'autant plus qu'il n'ya pas de structures et services médicaux dans le district. La plupart des patients, qui sont principalement des enfants, ont été transférés à l'Hôpital général de Baidabo pour le traitement.

CHOLERA EN SOMALIE (RAPPORT DE L'OMS MAI 2010)

Date : 20 mai 2010

Source : WHO Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) [edited]

<<http://www.emro.who.int/somalia/pdf/Somalia%20Health%20Cluster%20Bulletin%20May%202010.pdf>>

Au cours des semaines épidémiologiques 18 à 20 (3-23 mai 2010), 204 sites sentinelles de surveillance des maladies transmissibles ainsi que le réseau de signalement à travers toute la Somalie ont signalé 3103 cas de diarrhée aqueuse aiguë dont 76,6 % chez des enfants et 14 décès (létalité 0,45 %). Les Zones du sud Centre représentent à elles seules 97 % (3025) de l'ensemble des cas.

Le système de surveillance intégrée des maladies et de riposte (IDSR) de 7 districts du Bas et du Moyen-Juba a signalé 4252 consultations pour diarrhée hydrique aigue dans 14 établissements de santé sous surveillance. Le 20 mai 2010, l'OMS a reçu des rapports sur une flambée de diarrhée hydrique aigue à Jowhar ville au milieu de la région de Shabelle avec un total de 8 cas dont 6 adultes et 2 décès chez des patients de moins de 5 ans (taux de létalité de %). l'équipe de l'OMS a visité l'hôpital de Jowhar, où les cas ont été référés. Les données rétrospectives de tous les cas diarrhée hydrique aigue vus à l'hôpital de entre le 8 et le 24 mai ont montré que 134 cas avaient été vus à l'hôpital dont 93 enfants de moins de 5 ans et 2

décès dont un est âgé de moins de 5 (létalité 1,49). Il a été aussi noté des cas suspects n'avait pas été vu à l'hôpital.

Bien que les tendances décrites par les données collectées ne caractérisent pas nécessairement une épidémie, Jowhar demeure une zone à haut risque de flambées de diarrhée hydrique aigue en raison de sa forte densité de population, du fait de l'existence de personnes déplacées dans la région et du fait de la proximité de la rivière Shabelle, qui constitue la source principale d'eau pour les habitants. Le nombre de cas est en augmentation depuis plus de 5 ans est une incitation à la vigilance. L'OMS est par conséquent, en train d'appeler aux partenaires dans le district d'être vigilant et de riposter à la situation au fur et à mesure de son évolution. Actuellement, il n'ya pas eu de prélèvements effectués chez des patients dans la région du Moyen-Shabelle.

Au cours des semaines épidémiologiques 18-21, l'Hôpital Banadir de Mogadiscio a déclaré 465 cas de choléra, dont 84 % (390) sont des enfants. Sur les 15 décès signalés (taux de létalité 3,22), 10 étaient des enfants.

Durant la 13^{ème} semaine épidémiologique, l'OMS avait reçu la confirmation que 8 parmi 19 échantillons (42 %) se sont révélés positif pour *Vibrio cholerae* du sérotype Inaba. Au cours du suivi, l'ensemble de 15 échantillons recueillis au cours de la semaine 20 se sont révélés négatifs pour le choléra. Les tendances actuelles indiquent que le nombre de cas de choléra signalé s reste élevé et l'OMS continue de surveiller les tendances en vue de réviser le statut de foyer.

COMMENTAIRES PROMED-MAIL

En bref, les antigènes flagellaires (H) du *v. cholerae* sont communs à de nombreux vibriens hydriques et ne sont, par conséquent, d'aucune utilité pour distinguer les souches donnant le choléra épidémique. L'antigène O (somatique) permet de distinguer les souches de *v. cholerae* en 139 sérotypes connus. Presque toutes ces souches de *v. cholerae* ne sont pas pathogènes. Et jusqu'à l'émergence de la souche du Bengale (O139) (qui est une «non-O1»), un seul sérotype, désigné par O1, était responsable du choléra épidémique.

Il ya 3 biotypes différents du O1, nommés Ogawa, Inaba et Hikojima, dont chacun peut afficher soit le phénotype «classique» ou le phénotype El Tor. Les biotypes se distinguent par leur expression des antigènes de surface A, B et C. Ogawa contient des antigènes A et B, Inaba les antigènes A et C ; et Hikojima les antigènes A, B et C. ce dernier sérotype est relativement rare.

CHOLÉRA AU KENYA

Date : Fri 9 juillet 2010

Source : UN ReliefWeb, Ministry of Public Health and Sanitation (Kenya) report [edited]

<[http://www.reliefweb.int/rw/RWFFiles2010.nsf/FilesByRWDUnidFilename/MCOI-87ACE4-full_report.pdf/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFFiles2010.nsf/FilesByRWDUnidFilename/MCOI-87ACE4-full_report.pdf/$File/full_report.pdf)>

A partir du Janvier 2010, des flambées de choléra ont cumulativement touché 34 districts du pays, provoquant un total de 3188 cas et 63 décès (létalité 0 2 pour cent). À ce jour, les foyers ont été contrôlés dans 29 districts. Aucun nouveau cas n'a été signalé au cours du mois de Juillet 2010 et au cours de la semaine dernière se terminant le 11 juillet 2010 aucun district n'a signalé de nouveaux cas.

CHOLERA EN GUINEE-BISSAU (BAFATA)

Date : 8 juillet 2010

Source : AllAfrica, UN Integrated Regional Information Networks (IRIN) report [edited] <<http://allafrica.com/stories/201007080597.html>>

Le personnel des ONG et les autorités de santé font du porte à porte pour distribuer des milliers de bouteilles d'eau de Javel aux habitants de la zone de Bafata du centre de la Guinée-

Bissau afin de prévenir une autre épidémie de choléra. En 2008 une épidémie de choléra a provoqué au moins au 225 décès et infectés plus de 13 000 personnes

Le personnel des ONG et les autorités de santé qui font tout leur possible pour prévenir une nouvelle épidémie de choléra en 2010, savent que c'est ce genre d'efforts conjoints entre la communauté et les autorités locales qui a permis d'éviter de nombreux cas de choléra dans le passé, et c'est ce qui les incite à redoubler d'efforts.

Le choléra se produit habituellement pendant la saison des pluies et peut se propager rapidement dans les zones rurales comme la région de Bafata, où la plupart des personnes se procurent de l'eau des puits qui peuvent facilement être contaminés, et qui ne stockent toujours pas l'eau dans des conditions hygiéniques.

En 2010, les 1ères pluies sont tombées en début de Juin 2010, mais jusqu'à présent, aucun cas de choléra n'a été enregistré en Guinée-Bissau. Cela est en partie le résultat d'une planification minutieuse par le gouvernement et les organisations de secours et une reprise de la stratégie mise en œuvre en 2009, lorsque le Bafata n'avait aucun cas confirmé.

Les méthodes de prévention du Plan International du choléra comprennent la distribution de fournitures médicales et de nettoyage, comme l'eau de Javel et des sachets de réhydratation orale, le forage de puits et la construction de latrines.

Une épidémie survenue en 2005, avait infecté 25 000 personnes. Elle a été suivie d'une autre épidémie en 2008, ce qui a incité le ministère de la Santé à réagir rapidement et de procéder à des

tests de laboratoire pour les cas suspects de choléra en ce mois de Juillet 2010], mais tous les tests se sont révélés jusqu'à présent négatifs.

CHOLÉRA - ZIMBABWE (MANICALAND)

Date : 9 juillet 2010

Source : eFood Alert, The Herald (Zimbabwe) report [édité]

<<http://efoodalert.blogspot.com/2010/07/outbreaks-and-alerts-july-9-2010.html>>

Des sources sanitaires officielles ont rapporté le 7 juillet 2010, qu'un total de 4 cas de choléra a été confirmé à Chiadzwa pendant la semaine se terminant le 11 juillet 2010. Les victimes sont des orpailleurs qui s'étaient introduits dans les zones diamantifères. Certaines des victimes sont, dit-on de Harare. Les 4 cas signalés le 28/6/2010 ont été confirmé 5/7/2010, ils sont présumés être des orpailleurs, et ont été traités à la clinique Chishingwi.

Les autorités craignent que d'autres personnes travaillant dans la clandestinité vont continuer à s'exposer au choléra dans les champs de diamants Chiadzwa, qui sont une zone protégée. Aucun décès n'a été enregistré, et du personnel du Ministère de la Santé ainsi que d'autres intervenants ont été dépêchés sur le terrain pour suivre de la situation.

Des cas de choléra ont été déjà, plus tôt en cette année 2010, signalés à Buhera et à Mutambara : Au moins 25 cas et un décès ont été confirmés à Buhera, alors que 9 lycéens ont été traités à

l'Hôpital de Mutambara après avoir contracté la maladie.

CHOLERA, APPROVISIONNEMENT EN EAU - UKRAINE (ZAPORIJJIA)

Date : Tue 17 août 2010

Source : Radio Ukrainienne [] édité

<http://www.nrcu.gov.ua/index.php?id=148&listid=125950>

Selon les autorités régionales sanitaires, des Les vibrions cholériques ont été trouvés dans l'eau de la rivière Dniepr, près de Zaporizhzhya. La baignade est interdite sur les plages centrales et à proximité de l'île de Khortytsya et sur les plages situées sur la zone de la centrale hydroélectrique de Dniprohes à la limite basse de la ville. Il a été également interdit de boire de l'eau du Dniepr.

Les vibrions cholériques ont été détectés par la surveillance routinière dans l'eau du Dniepr près de d'un débarcadère sur la plage centrale et des installations de filtration du système d'approvisionnement en eau.

Le fait d'avoir retrouvé des *Vibrio cholerae* dans l'eau, laisse supposer que des infections humaines se sont bien produites même s'il n'y a pas de cas cliniques détectés.

CHOLERA, PROBABLE AU PAKISTAN (SINDH)

Date : Fri 13 août 2010

Source : Al Jazeera [edited]

<<http://english.aljazeera.net/news/asia/2010/08/201088154241972432.html>>

Un volontaire bénévole travaillant pour Médecins du Monde, une Organisation britannique d'aide médicale dans la zone sinistrée de Nowshera à Khyber-Pakhtunkhwa a déclaré à Al Jazeera avoir séjourné au Pakistan pendant 3 semaines et avoir travaillé avec l'équipe de médecins du monde pendant quelques jours pour cette catastrophe humanitaire. Selon lui les choses sont en train de prendre une tournure de plus en plus catastrophique, de minute en minute. Auparavant, j'avais été avec un médecin d'une organisation médicale internationale qui a confirmé qu'il existe des cas de choléra dans la province du Sind et qu'en réalité est que si le choléra a été observé dans le Sind alors il fera sûrement son apparition dans d'autres parties de ce pays brisé et dévasté.

CHOLERA AU PAKISTAN (KHYBER-PAKHTUNKHWA)

Date : 17 août 2010

Source : Arirang (South Korea) [edited]

<http://www.arirang.co.kr/News/News_View.asp?nseq=105969&code=Ne2&category=2>

L'OMS a demandé au Pakistan d'enquêter sur un cas de choléra survenu dans le nord-ouest de la vallée de Swat [Khyber-Pakhtunkhwa/ Province Frontaliere Northwest] au milieu des craintes qu'une épidémie n'éclate dans les régions sinistrées par les inondations.

L'organisation internationale de santé qui a déclaré que le choléra, qui est endémique au Pakistan, a de fortes chances de se propager rapidement après ces inondations comme après d'autres catastrophes a rappelé que les dispositions du règlement sanitaire international exigent du Pakistan qu'il investigue le cas et d'en faire part à l'organisation.

Selon l'OMS si une épidémie de choléra devait se produire elle toucherait près de 140 000 personnes à travers tout le pays au cours des 3 prochains mois.

DIARRHÉE AQUEUSE AIGUË - PAKISTAN (KHYBER-PAKHTUNKHWA)

Date : 18 août 2010

<Source : CARE International - UK [edited]

<<http://www.alertnet.org/thenews/fromthefield/217440/0c06f8452491bbc60353adea4e9463b0.html>>

Le Disasters Emergency Committee a exprimé de graves préoccupations suite à l'annonce de cas de choléra dans la vallée de Swat au Pakistan. Avec ces inondations qui touchent 1/5ème du pays, et qui s'étendent sur plus de 600 miles, le DEC a averti que des millions de personnes sont potentiellement à risque pour les maladies à transmission hydrique.

Le chef exécutif de Disasters Emergency Committee a déclaré : «Nous sommes extrêmement préoccupés par des rapports signalant le choléra dans la vallée de Swat. Les chiffres rapportés à ce jour ne sont pas importants, mais Le choléra peut se propager très rapidement à la faveur de la promiscuité et des conditions insalubres. Les humanitaires craignent le choléra après cette catastrophe, car, sans traitement, plus de la moitié personnes infectées seraient susceptibles de mourir. »

Des officiels de l'ONU ont déclaré, il ya eu 86 000 cas suspects de diarrhée aqueuse aiguë signalées à ce jour. La diarrhée aqueuse aiguë est l'un des principaux symptômes du choléra, mais elle peut aussi être causée par d'autres maladies à transmission hydrique.

COMMENTAIRE PROMED

Le nombre exact ou même approximatif de cas de choléra n'est pas fourni. Un seul cas aurait été confirmé, mais ce rapport suggère qu'il y'en a un peu plus.

CHOLÉRA - LAOS (ATTAPEAU)

Date : 18 août 2010

Source : Earth Times [edited]

<<http://www.earthtimes.org/articles/news/339868,kills-four-southern-laos.html>>

Des médias étatiques ont rapporté, le 18 août 2010, qu'une épidémie de choléra a provoqué 4 décès dans le sud du Laos avant que les agents de santé ne parviennent à stopper la maladie l'épidémie a commencé le 5 juillet 2010 quand 2 familles dans le village de Darkpokmay qui ont consommé du poisson tilapia acheté dans le marché de Sanxay sont tombées malade. L'épidémie a fait 216 malades et tué 4 personnes dans 14 villages dans la province d'Attapeau, la plus méridionale du pays frontalière à la fois avec le Viet Nam et le Cambodge.

DIARRHÉE - INDONESIE (JAVA EST)

Date : 20 août 2010

Source : Tempo Interactive [edited]

<<http://www.tempointeractive.com/hg/nusa/jawamadura/2010/08/20/brk,20100820-272823,uk.html>>

Deux personnes sont mortes et plus de 100 personnes ont été traitées pour diarrhée sévère dans des hôpitaux, des centres de santé communautaire locaux, ou à leurs domiciles dans leurs maisons, quand ils ne pouvaient pas venir à l'hôpital, à l'Est de Java à environ 150 km au sud du siège provincial.

Les cas provenaient de 5 villages du sous-district de silo, 22 autres personnes ont été hospitalisées.

[Byline :] Djunaedy Mahbub

DYSENTERIES LIÉES A LA COULÉE DE BOUE A GANSU EN CHINE

Source : Al Jazeera [edited]

<<http://english.aljazeera.net/news/asia-pacific/2010/08/20108152252905447.html>>

La Chine a observé une journée de deuil national pour la mort de plus de 1200 personnes suite au torrent de boue a balayé une ville à l'extrême Nord-Ouest du pays.

588 de personnes sont encore portées disparues après l'avalanche de boue et de roches, enfouit une zone de 5 km de long et 300 mètres de large.

Les survivants à ces inondations et glissements de terrain meurtriers à Zhouqu font face à une situation critique après que les établissements sanitaires aient été endommagés et les vaccins perdus. L'eau potable est la préoccupation majeure, alors que la plupart des sources hydriques locales ont été dégradées ou sont trop polluées pour être utilisées. Des médias Étatiques ont signalé une augmentation du nombre de cas de dysenterie, mais il n'y avait aucun rapport sur une flambée épidémique de diarrhée aiguë.

CHOLERA - NEPAL (REGION DU MIDWEST)

Date : 20 août 2010

Source : UN Integrated Regional Information Networks (IRIN) [edited]

<<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=90231>>

L'OMS rapporte qu'une épidémie de choléra qui a frappé 1400 personnes au centre-ouest du Népal et qui a fait 8 morts, dont au moins 5 enfants, est maintenant sous contrôle. La flambée a eu lieu à Nepalgunj, une ville à la frontière avec l'Inde, a débuté vers le 28 juillet 2010, mais environ 5 jours après, les cas ont commencé à diminuer. L'épidémie de choléra a été stoppée vers le 13 - 14 août, 2010, et l'activité des maladies diarrhéiques qui sont endémiques dans la région, est retournée au niveau endémique. Les autorités affirment qu'il n'y a plus de foyer de choléra même si elles ne peuvent pas affirmer qu'il n'y a plus de cas.

Le Népal se dirige vers la fin de sa saison de la mousson, période durant laquelle survient le pic de maladies diarrhéiques lié à la contamination des sources d'eau.

WEST NILE

ENCÉPHALITE DUE AU VIRUS WEST NILE CONFIRMÉE EN GRÈCE (MACÉDOINE CENTRALE)

Date : Mon 9 Aug 2010

Source : In Gr [in Greek, machine and Dimitrios Zonios trans, edited]

<<http://news.in.gr/greece/article/?aid=1231054871>>

16 cas d'encéphalite recensés dans la région de Macédoine se sont avérées être dus au virus West Nile. Cela est confirmé par les examens de laboratoire pratiqués pour identifier le virus qui ont été pratiqués devant la constatation d'une augmentation, au centre de la Macédoine, du nombre de cas d'encéphalite et de méningite virales au cours des 40 derniers jours comparativement à l'année 2009. Le laboratoire de référence qui procède au diagnostic du virus West Nile par sérologie a communiqué que "Les cas détectés répondent effectivement aux critères cliniques et de laboratoire de la maladie. Au 5 août 2010 il n'y avait qu'un seul échantillon négatif sur les 17 reçus au laboratoire.

L'Hôpital de Thessalonique, a admis dernièrement une 12e personne présentant des symptômes d'encéphalite. Parmi les cas pris en charge par cet hôpital, un patient était dans un état grave et 3 sont décédés qui étaient des personnes âgées et au moins un d'entre eux âgé de 79 ans avait des antécédents médicaux chargés.

Chez ces trois patients âgés récemment décédés en Thessalonique. L'étiologie West Nile a été confirmée par le laboratoire de référence dans 2 prélèvements sur les trois pratiqués chez eux (une femme et un homme de 79 ans). Le prélèvement obtenu à partir du troisième patient n'a pas pu être examiné.

Les autorités locales ont initié une intensification de leur programme de lutte contre les moustiques. Le Virus du Nil occidental (VNO) est transmis par la piqûre de moustiques.

infectés et provoque généralement une maladie légère ou asymptomatique. Moins de 1 % des personnes contaminées développent une maladie à expression clinique grave.

COMMENTAIRES DE L'ASSOC. PROF. ANNA PAPA CHEF DE SERVICE DU « NATIONAL CENTER FOR ARBOVIRUSES » AU 1ST DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY - ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI, GREECE

Date : Tue 10 Aug 2010
From : Anna Papa [edited]
<annap@med.auth.gr>

Dans le Centre national pour les arbovirus du 1er département de Microbiologie, de l'Université Aristote de Thessalonique, en Grèce, nous avons jusqu'à présent détecté des taux élevés d'anticorps IgG et IgM dans le sérum, et IgM dans le LCR (quand il est disponible) chez 20 cas d'encéphalite ou de méningite.

Une guérison rapide a été observée chez les patients qui avaient en plus un exanthème, ce symptôme a été en effet déjà signalé comme un indicateur d'un bon pronostic (Huhn et Dworkin, Clin Infect Dis 2006).

Un kit commercial ELISA a été utilisé pour la sérologie. Des résultats identiques sont fournis par une immunofluorescence indirecte « in-house ». La plupart des patients ont plus de 70 ans, et 2 d'entre eux sont morts (79 et 72 ans). Les échantillons ont été IgM négatifs pour le virus Toscana, le virus de l'encéphalite à tiques, tandis que chez quelques uns des patients une réaction croisée a été observée avec le virus de la dengue, mais les titres en virus de la dengue ont été dans la zone grise, ou beaucoup plus faible que pour le WNV. Aucun patient n'a rapporté de piqure de tique.

Dans la région, l'année a été pluvieuse, il ya actuellement encore de l'eau même dans les cours d'eau qui sont habituellement à sec à cette période de l'année. Ceci, combiné aux températures élevées a donné des conditions favorables aux moustiques. Une étude entomologique est déjà commencée, et des moustiques recueillis dans les zones d'où sont originaires les patients seront testés au laboratoire. En outre, des analyses chez les chevaux et les oiseaux de la région sont prévus.

LE VIRUS WEST NILE CONFIRME CHEZ LE CULEX EN GRECE

Date : Mon 16 Aug 2010
From : Anna Papa <annap@med.auth.gr>

Le Chef du Centre National des Arbovirus au 1er département de microbiologie, faculté de médecine Université Aristote de Thessalonique, en Grèce a confirmé que la souche 2 du virus West Nile a été détectée chez des moustiques *Culex* collectés dans une région où un cas d'atteinte neuroinvasive due au virus West Nile a été observé (Macédoine centrale).

Bien que les séquences établies à ce jour soient encore limitées (140nucléotides), il parait désormais évident que la souche grecque du VNO est génétiquement plus proche des souches pathogènes autrichienne, hongroise et africaines de la lignée 2.

Anna Papa, Assoc. Prof., MD, PhD
Head of the National Centre for Arboviruses
1st Department of Microbiology, Medical School
Aristotle University of Thessaloniki, Greece
<annap@med.auth.gr>

Cette information outre qu'elle confirme l'étiologie West Nile de l'épidémie d'encéphalite en Macédoine centrale en Grèce, fournit quelques indices intrigants quant à une possible origine géographique du virus impliqué en Grèce. Le VNO a été détecté en Autriche pour la 1ère fois chez des oiseaux sauvages en 2008.

COMMUNIQUÉS SUCCESSIFS DU HELLENIC CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (KEELPNO)

Date : Fri 13 Aug 2010

Source : Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (KEELPNO)

Department of Epidemiological Surveillance and Intervention [edited]

<http://www.keelpno.gr/keelpno/2010/id990/daily_report_20100813_en.pdf>

Le nombre total de cas d'encéphalite et / ou de méningite dues au virus West Nile confirmés par un diagnostic de laboratoire s'élève au 12 août 2010 à 2 cas sans aucun décès. Le nombre total de cas de suspicion s'établit au 12 août 2010 à 34 dont 2 décès (les manifestations de l'infection par le virus West Nile ne diffèrent cependant pas de celles qui sont causées par une multitude d'autres virus). Par conséquent, le diagnostic de certitude est basé sur des tests de laboratoire. Par conséquent, les cas sont enregistrées selon la date du diagnostic en laboratoire et non pas selon la date de début de la maladie ou celle de l'hospitalisation.)

Date : 20 août 2010

Source : El Confidencial [in Spanish, trans. Corr.SB, edited]

<<http://www.elconfidencial.com/ultima-hora/2010/08/elevan-muertos-grecia-virus-occidental-20100820-349519.html>>

Le « Greek Center for Disease Control and Prevention » (KEELPNO) a publié le 20 août 2010 un nouveau bilan de l'épidémie d'infections par le virus «West Nile» qui s'est déclenchée en début août 2010 au nord de la Grèce.

Selon ce nouveau bilan, le nombre de décès par infection au virus «West Nile» [WN Virus] dans le nord de la Grèce s'élève désormais à 8, alors que le nombre total de personnes infectées par la piqûre du «moustique tigre», qui transmet la maladie, est de 92. Parmi ces 92 personnes atteintes, 44 patients ont déjà quitté l'hôpital, tandis que 37 patients sont encore hospitalisés – dont 8 en unités de soins intensifs–, 3 personnes infectées n'ont pas été hospitalisées, et 8 sont décédés. Chez plus de la moitié des patients, dont la plupart sont des personnes âgées, la maladie a affecté le système nerveux central. Le virus West Nile, qui se transmet par les piqûres de moustiques, cause le plus souvent des encéphalites.

Dans les régions touchées, les transfusions sanguines et les dons de sang ont été interdits. Le ministère grec de la Santé a également promulgué une interdiction temporaire du don de sang par les personnes qui ont séjourné dans les régions du Nord au cours des dernières semaines.

ÉPIDÉMIE D'INFECTIONS AU VIRUS WEST NILE CHEZ LES HUMAINS EN EN MACÉDOINE CENTRALE GRÈCE, JUILLET-AOÛT 2010

Date : 26 août 2010

Source : *Eurosurveillance* édition 2010; 15(34) [edited]

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19644>>

Auteurs : A Papa 1, K Danis 2, A Baka 2, A Bakas 3, G Dougas 2, T Lytras 2, G Theocharopoulos 2, D Chrysagis 3, E Vassiliadou 3, F Kamaria 3, A Liona 2, K Mellou 2, G Saroglou 2, T Panagiotopoulos 2,4

1. Reference Laboratory for Arboviruses, First Department of Microbiology, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece
2. Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (KEELPNO), Athens, Greece
3. Department of Internal Medicine, Infectious Disease Hospital, Thessaloniki, Greece
4. National School of Public Health, Athens, Greece]

Entre le début Juillet et le 22 août 2010, 81 cas d'infection neuro-invasive par le virus West Nile ont été signalés dans la région du centre de la Macédoine, au nord de la Grèce. L'âge médian des cas était de 70 ans. Une encéphalite, méningo-encéphalite ou une méningite aseptique sont survenues principalement chez des sujets âgés de 50 ans ou plus. C'est la 1^{ère} fois que des infections dues au West Nile ont été documentées chez l'homme en Grèce. Une surveillance accrue et des mesures de lutte contre les moustiques ont été mises en œuvre.

RESULTATS

Au 22 août 2010, 99 cas d'infection par le virus West Nile avaient été notifiées au KEELPNO [Centre hellénique de prévention et de contrôle des maladies]. Parmi ce nombre, 81 avaient une atteinte du système nerveux central (Une maladie neuro-invasive due au virus West Nile, WNND) et 18 (8 cas probables et 10 cas confirmés cas) n'avait que de symptômes légers à type de fièvre et de céphalées. Nous analysons ici les 81 cas de WNND (West Nile neuroinvasive disease). Parmi ce nombre, 39 ont été confirmés tandis que 42 sont des cas probables. L'incidence globale des WNND était de 0,72 cas pour 100 000 habitants.

Au total, 77 sérums et 47 échantillons de LCR ont été étudiés, car chez 45 parmi les 81 patients présentant une Une maladie neuro-invasive due au virus West Nile (WNND), il a été prélevé à la fois du LCR et du sérum, tandis que chez 4 patients seul le prelevement de LCR était disponible. Les anticorps IgM spécifiques du virus West Nile ont été détectés dans l'ensemble des 77 sérums et dans 39 prelevements de LCR sur 47, tandis que les anticorps IgG spécifiques du virus West Nile ont été détectés dans 42 sérums parmi les 77 et dans 17 LCR sur 47. Chez 39 des 45 patients pour lesquels les deux types de prelevements sont disponibles, la présence d'IgM à la fois dans le LCR et le sérum a été observée, ce qui prouve la production d'anticorps localement ; pour les IgG cela n'a pas été testé. Étant donné que les réactions croisées sont fréquentes chez les flavivirus, les échantillons ont également été testés pour le virus de l'encéphalite à tiques (TBE) (bien que la TBE ne soit pas répandue dans la région et qu'aucun patient n'a signalé des piqûres de tiques) : tous étaient négatifs. Une

réaction croisée faible a été observée par le virus de la dengue, mais lorsqu'un résultat positif a été obtenu pour le virus de la dengue, les titres ont été très faibles comparativement aux titres élevés observés pour le VWN. Aucun des patients n'avait été vacciné contre la fièvre jaune. La RT-PCR emboîtée a été négative dans tous les échantillons testés.

Des enquêtes sérologiques menées chez l'homme dans les années 1980 et en 2007 en Grèce ont identifié des anticorps du WNV chez environ 1% de certaines populations (fermiers, bûcherons, bergers) en Macédoine centrale. Sur 392 prélèvements sériques prélevés chez des résidents d'une zone urbaine sélectionnée dans le quartier d'Imathia (Grèce centrale) en 2007, 6 étaient positifs pour le VWN, dont 4 ont été confirmés par un test de microneutralisation. Les auteurs ont conclu que le VWN ou des virus apparentés circulent de façon endémique dans les zones rurales de Grèce. En revanche, une enquête réalisée chez 9590 donneurs de sang et 115 échantillons de LCR provenant de patients atteints de méningite aseptique en Grèce entre 2005 et 2007 n'ont détecté aucun résultat positif pour le VWN par le test d'acide nucléique. Cependant, les prélèvements ont été obtenus auprès des grands laboratoires et / ou des banques de sang dans les villes d'Athènes et de Ioannina.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

La présence du WNV chez les animaux n'est pas régulièrement surveillée en Grèce. Cependant, quelques études ad-hoc ont été effectuées. Dans une enquête de séroprévalence chez les animaux en 1980, anticorps contre le WNV ont été détectés chez 8,8 % des ovins, 8,7 % des caprins, 3,9 % chez les bovins, 20,4 % chez les chevaux, 1,4 % chez les porcs, et de 24,5 % chez les oiseaux. Dans une enquête non publiée menée de mai 2001 à décembre 2004, 302 parmi 7549 (4 %) échantillons sériques d'équidés étaient positifs pour le WNV par des tests de neutralisation ; des prélèvements positifs chez les équidés ont été détectés dans 36 des 49 districts (préfectures) étudiés à travers toutes les régions de la Grèce (O Mangana, Ministère de l'Agriculture, communication personnelle, 10 août 2010).

En conclusion, des études précédentes chez les humains et chez les animaux suggèrent que le WNV a probablement circulé dans la région de la Macédoine centrale et, éventuellement, dans d'autres régions de la Grèce depuis de nombreuses années. L'augmentation des précipitations, les températures élevées et l'humidité observées au cours des derniers mois, ainsi que les particularités géographiques (deltas de fleuves, Rizières, plaines irriguées) de certaines zones de la région de Macédoine centrale, ont probablement favorisé la multiplication des espèces *Culex* conduisant à l'apparition de nombreux cas d'infection par le WNV chez l'homme.

ENCEPHALITES EN GRECE (MACÉDOINE CENTRALE) LE VIRUS WEST NILE CONFIRMÉ

Date : 26 août 2010

Source: Union Radio [in Spanish, trans. Corr. SB, edited]

<<http://www.unionradio.net/actualidadur/nota/visornota.aspx?id=52177&tpCont=1&idSec=8>>

Le Centre grec pour la prévention et contrôle des maladies (KEELPNO) a annoncé le 26 août 2010 que le nombre de personnes décédées par infection au virus West Nile au nord de la Grèce a atteint 9, tandis que le nombre de personnes infectées a atteint 114 au cours de l'épidémie actuelle qui s'est déclenchée au début d'août 2010.

La nouvelle victime est comme les victimes précédentes, une personne âgée qui avait déjà plusieurs problèmes de santé. Sur le total de 114 personnes infectées, 95 ont eu une atteinte du système nerveux central. Depuis le début de l'épidémie, 67 patients sont guéries tandis que 36 sont toujours hospitalisées, dont 10 dans les unités de soins intensifs.

Toutefois, selon KEELPNO, la variété virale responsable de la flambée actuelle en Grèce est le type B, et tout indique qu'il a été transmis par les oiseaux migrateurs, qui trouvent refuge en ce moment dans le nord du pays parce que les conditions de nidation sont idéales.

Dans les régions touchées par les infections les transfusions et dons de sang ont été interdits.

VIRUS WEST NILE CHEZ LES EQUINS EN GRECE : (MACEDONIE CENTRALE)

Date : Fri 27 Aug 2010

Source : OIE, WAHID (World Animal Health Information Database), weekly disease information 2010; 23(35) [edited]

<http://www.oie.int/wahis/public.php?page=single_report&pop=1&reportid=9642>

Cinq foyers équins d'infections à West Nile sont signalés en Macédoine, dans lesquels ont été détectés 6 cas de maladie clinique parmi 18 individus exposés, aucun décès n'est rapporté. Les cas ont été confirmés au laboratoire. Ceci confirme que le virus West Nile circule en Macédoine et infecte de plus en plus d'humains et de chevaux, et la survenue de cas équins d'infection West Nile dans une zone où 114 cas humains ont été déjà signalés n'est pas une chose surprenante.

En outre, une enquête sérologique récente chez des chevaux dans une vaste aire de l'est de la Roumanie a montré qu'environ 30 % des équidés étaient séropositifs, sans qu'il y ait eu de notification de cas cliniques.

La survenue de cas cliniques équins dans la flambée actuelle en Grèce est un autre indicateur que la virulence des souches du virus du West Nile pour une espèce donnée peut varier dans le temps et l'espace. Ainsi les souches du virus West Nile du Maroc et de l'Espagne sont différentes au point de vue virulence.

On espère qu'on puisse dans le futur isoler le WNV du foyer grec et en connaître les propriétés génétiques et de pathogénicité.

Au cours des 2 dernières années, des rapports précédents de l'OIE ont mis en cause les chevaux et les oiseaux sauvages, notamment des faucons. Au cours des dernières années, l'Autriche et l'Hongrie ont eu des flambées chez les oiseaux sauvages en 2008 et 2009 et l'Espagne avait des flambées chez les oiseaux sauvages en 2009. L'Italie avait eu une épidémie très importante de West Nile virus chez les chevaux en 2008 (206 exploitations) et en 2009 (119 exploitations). Chypre et la Roumanie ont identifié la présence du virus, mais ont fourni peu de données sur la répartition géographique du virus et les différentes espèces atteintes et l'importance de l'épidémie.

ENCEPHALITES EN TURQUIE (MANISA), LE VIRUS WEST NILE SUSPECTÉ

Date : 25 Aout 2010

Source: World Bulletin [édité]

<http://www.worldbulletin.net/news_detail.php?id=63002>

Le virus qui a tué 6 personnes au cours des 2 dernières semaines peut être de la même souche du virus West Nile qui a été récemment observé dans le nord de la Grèce, pensent les médecins d'après les symptômes observés chez les patients.

Le ministère de la Santé turc a annoncé que 6 parmi 16 patients admis à l'hôpital de l'État de Manisa depuis le 12 août 2010 pour fièvre, thrombopénie, troubles de la conscience, et des éruptions cutanées, sont décédés, il a également annoncé qu'un comité scientifique d'experts a été rapidement mis en place après que cette alerte a été donnée par les spécialistes en maladies infectieuses de l'hôpital de l'État de Manisa.

Le communiqué indique que les cas médicaux sont actuellement en cours d'évaluation par les médecins, ajoutant qu'une inspection est également en cours sur le terrain. Le Comité enquête également sur des cas possibles qui auraient pu échapper à la déclaration et a arrêté une stratégie pour gérer cette épidémie potentielle. Le comité a défini la procédure d'un diagnostic complet et les options de traitement. Le communiqué indique que, «Bien que les cas observés à Manisa ne comportent quelques ressemblances avec les cas dus au virus West Nile observés dans le nord de la Grèce, ils sont étudiés séparément, en coopération avec les organisations sanitaires internationales.

L'hôpital a annoncé que les investigations visant l'identification du virus ont commencé il ya 10 jours dès la notification de l'Hôpital d'État de Manisa. Il ya actuellement, une épidémie de virus West Nile dans le nord de la Grèce. Des épidémies mineures de virus West Nile occidentale du Nil ont également été observées dans les pays comme le Maroc et l'Algérie. Ce n'est pas une maladie contagieuse, mais elle peut être transmise à un autre patient par transfusion sanguine. Les symptômes observés chez les cas de Manisa ressemblent à ceux donnés par la souche West Nile qui a été récemment détectée dans le nord de la Grèce. Mais il faudrait toutefois attendre les résultats de laboratoire pour identifier l'agent avec certitude.

COMMENTAIRES PROMED-MAIL

Le virus West Nile a circulé cette année (2010), dans certaines zones du Bassin méditerranéen. Il est possible que le virus West Nile a circulé à Manisa en Turquie. Il a peut-être été importé par les oiseaux sauvages qui commencent leur migration inverse. Manisa séparée par la mer Égée de la Macédoine grecque, où une épidémie West Nile est en train de se produire quelque peu à l'intérieur. Toutefois, jusqu'à ce soit confirmé par laboratoire, l'étiologie West Nile de cette épidémie et sa possible relation avec la manifestation West Nile qui se produit en Macédoine grecque n'est que de la spéculation. Si le virus West Nile est confirmé, ce sera la 1^{ère} détection de ce virus en Turquie.

VIRUS WEST NILE - ISRAËL

Date : Mon 2 Aug 2010

Source : Haaretz [edited]

<http://www.haaretz.com/print-edition/news/west-nile-fever-hits-12-people-in-israel-leaving-one-dead-1.305379>>

Le virus de Fièvre du Nil occidental est en train de circuler en Israël, bien que le nombre de cas reste encore faible. : 12 cas d'infection par ce virus qui sévit en général pendant l'été, ont été confirmés tandis que 12 autres patients sont considérés comme des cas suspects de la maladie. La maladie est transmise aux humains par des moustiques infectés eux-mêmes par des oiseaux. Les cas observés de la maladie se regroupent autour de la région de Tel Aviv.

Le virus du Nil occidental provoque des symptômes pseudo-grippaux, maux de tête, éruptions cutanées, et conjonctivite, et dans environ 8% des cas une méningite, qui peut affecter le système nerveux et aboutir même à la mort. Une femme de 87 ans de Ramat Efal qui avait des antécédents cardiaques et métaboliques est décédée d'une fièvre West Nile.cet été [2010].

2 patients sont toujours hospitalisés pour une méningite. La plupart des personnes touchées sont de plus de 65 ans où souffrant d'une maladie chronique. La plus grande flambée récente de cette maladie s'est produite en Israël en 2000, plus de 400 personnes avaient alors attrapé cette maladie et 29 personnes en sont mortes.

Le ministère de la Santé recommande de prendre des mesures pour éviter tout contact avec les moustiques, comme porter des manches longues, utiliser des moustiquaires, utiliser des insectifuges, et procéder à l'élimination des eaux stagnantes où peuvent se reproduire les moustiques.

INFECTION AU VIRUS WEST NILE IMPORTÉE D'ISRAËL AUX PAYS BAS

Date : 26 Aout 2010

Source : Eurosurveillance, Volume 15, Issue 34 [edited]

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19649>>

Nous rapportons des infections au virus West nile chez un voyageur symptomatique retournant d'Israël et son compagnon Voyage asymptomatique. La connaissance de la situation épidémiologique actuelle en Israël, où des cas d'infection WNV ont été récemment déclarés, a permis un diagnostic rapide. La description de ce cas servira pour rappeler aux médecins d'envisager le WNV dans les diagnostics envisagés chez les patients revenant de zones où existe une circulation potentiel le du virus.

Fin Juillet 2010, une femme néerlandaise au début de sa 3^{ème} décennie s'est présentée à notre service de premier soins avec de la fièvre, des céphalées rétro-orbitaires et une éruption cutanée maculaire. La veille, elle était rentrée d'un séjour de 10 jours en Israël où elle a noté avoir été piquée plusieurs fois par des moustiques cours d'un camping en mer à El Jalil. Il n'y avait pas de notion de pique de tique. 5 jours avant la consultation, elle était tombée subitement malade avec asthénie extrême, myalgie, fièvre et des céphalées de plus en plus sévères et mouvements oculaires douloureux. Le lendemain, elle avait développé une sensation de brûlure de la peau qui a été suivie par une éruption cutanée. L'éruption a commencé au tronc et s'est ensuite propagée aux bras et jambes.

Lors de la 1^{ère} consultation la patiente ne semblait pas malade. Sa température était de 36,4 ° C. Il ya eu une éruption cutanée généralisée maculaire qui épargnait es mains et les pieds,

avec absence de pétéchies et d'escarres. L'examen neurologique n'a révélé aucune anomalie. Une infection éventuelle par le virus West Nile a été suspectée en raison du tableau clinique et des informations à propos d'infections au virus du Nil occidental en Israël.

La biologie a montré une leucopénie à 1.8×10^9 / L avec une prédominance de grands lymphocytes granulaires ; les thrombocytes sont à 92×10^9 / L. Les infections par le virus Epstein Barr, le cytomégalovirus, le virus de la dengue, les entérovirus et les Para-echovirus ont été exclues par la sérologie et / ou PCR.

La ponction lombaire n'a pas été effectuée en raison de l'absence de symptômes neurologiques. L'ARN du virus West Nile n'a pas pu être détecté dans le l'échantillon sérique prélevé au jour 5 après l'apparition de la maladie. Toutefois, un deuxième prélèvement sanguin fait 15 jours plus tard, a montré une séroconversion pour les anticorps sériques IgG et IgM anti virus West Nile.

Une fois que le diagnostic confirmé, une sérologie a été effectuée chez le compagnon de voyage de la patiente qui a déclaré avoir eu des symptômes similaires, mais qui est guéri avant le retour aux Pays-Bas. Les résultats de laboratoire ont montré qu'il était séropositif pour les IgG et IgM du WNV. La guérison s'est déroulée sans incident chez les deux patients.

Le virus West-Nile est endémique en Israël. L'épidémie humaine la plus récente en Israël s'est produite en 2000 avec plus de 400 cas signalés. Récemment, 12 cas de West-Nile, centrés autour de la région de Tel Aviv ont été signalés. *Culex Perexiguus*, *Cx. pipiens* et *Aedes caspius* sont les vecteurs du virus West-Nile en Israël, où la plupart des cas de fièvre West-Nile se voient entre août et Octobre. Le maximum saisonnier d'incidence des cas humains atteint son maximum un mois après le pic de moustiques.

RÉFÉRENCE :

Aboutaleb N, Beersma MF, Wunderink HF, Vossen AC, Visser LG. Case report : West-Nile virus infection in two Dutch travellers returning from Israel. Euro Surveill. 2010 ; 15(34) : pii=19649. Available online:
<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19649>>

VIRUS WEST NILE - PORTUGAL

Date : Mon 26 Juil. 2010

*Source : EPA (European Pressphoto Agency), Lusa (Agencia de Noticias de Portugal, SA) report [in Portuguese, trans. Mod.TY, edited]
<<http://www.google.com/hostednews/epa/article/ALeqM5jNdaWopuaBYAgvYGGZo9Zq-mrBgPw>>*

Les autorités sanitaires tentent de savoir où une personne très probablement infectée par le virus du Nil occidental pouvait avoir été piquée par le moustique vecteur, puisque dans la zone où vivait cette personne, aucun moustique vecteur porteur du virus n'a encore été trouvé.

C'est un sous-directeur à la Direction Générale de la santé qui a donné cette information le 26 juillet 2010 qui a ajouté que la Direction Générale de la santé attend les résultats des derniers tests de laboratoire réalisés à l'Institut national de la santé pour avoir la certitude qu'il s'agit bien d'un cas d'infection par le virus du Nil occidental. Il est probable que c'est une infection à virus du West Nile, mais, pour en être certain, nous avons besoin de la confirmation par ces derniers tests, qui prendront encore un certain temps, peut-être jours ou des semaines.

Le sous-directeur a aussi souligné que la possibilité d'avoir d'autres cas d'infection par le virus WN est très faible.

COMMENTAIRES PROMED-PORT

En Europe, en particulier dans la région méditerranéenne et dans le sud de l'Europe de l'Est, une transmission du virus du Nil occidental a été observée depuis plusieurs années. L'infection touche quelques humains, mais les infections sont plus souvent retrouvées chez l'espèce équine.

Ce n'est pas un mystère que des infections humaines par le virus WN se produisent au Portugal.

Ce cas n'est pas le 1^{er} cas d'infection humaine par le VNO acquise au Portugal. En 2004, il y avait eu 2 cas humains d'infection WN diagnostiqués en Irlande chez des personnes qui ont été infectées dans la zone touristique d'Algarve au Portugal (voir archive ProMED-mail ne. 20040726.2044).

L'édition du 26 juillet 2010 du Diario Digital (<http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?section_id=62&id_news=461658>, en portugais) a indiqué que l'Institut national de la santé (INSA) a signalé que le cas actuel d'infection au VNO est un cas isolé un parce qu'il n'a pas été détecté de moustiques infectés par le WN par le réseau de surveillance. Selon un cadre de l'INSA, le cas a été biologiquement diagnostiqué comme un virus du Nil occidental et l'institution le qualifie de «très probable».

FLAMBEE DE FIÈVRE DE WEST NILE ÉQUINE AU MAROC CENTRAL

Date: 17 août 2010

Source: OIE WAHID (Interface de la base de données mondiale d'informations sanitaires), rapport de notification immédiate [édité] <http://www.oie.int/wahis/reports/fr_imm_0000009615_20100818_165821.pdf>

Le Directeur de l'Élevage au Ministère marocain de l'agriculture et de la pêche maritime a notifié le 18/8/2010, à l'OIE, l'existence au Maroc de 16 foyers de fièvre de West Nile équine récéncés au centre du Maroc entre le 20/7/2010 et le 11/8/2010.

Ces cas sont les premiers au Maroc depuis 2003, année durant laquelle une flambée a affecté des chevaux, comme dans la flambée actuelle. La flambée de 2003 a eu lieu en septembre 2003, avec 5 chevaux morts sur 8 censés être infectés.

Les animaux atteints au cours de la flambée actuelle sont des Equidés, le nombre total de cas est de 17 cas dont 8 Morts sur les 111 bêtes sensibles. Le Taux de morbidité apparent est 15.32 pour cent, le taux de mortalité apparent et de 7.21 pour cent et le tTaux de létalité apparent est de 47.06 pour cent.

Les tests sérologiques et virologiques (RT-PCR) faits chez 9 cas dans l'Instituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise « G. Caporale » à Teramo en Italie (Laboratoire de référence de l'OIE), et dans les laboratoires Biopharma, Rabat (Laboratoire national) et le Laboratoire régional d'analyses et de recherches vétérinaires, Casablanca (Laboratoire national) ont confirmé le diagnostic.

GRIPPE

FIN DE LA PANDÉMIE H1N1 2009 : MME CHAN ANNONCE LE PASSAGE EN PÉRIODE POST PANDÉMIQUE

La directrice générale de l'OMS a annoncé, mardi 10 août, que le monde n'était plus en phase d'alerte à la pandémie de grippe A (H1N1). Cette décision fait suite aux recommandations du Comité d'urgence de l'OMS, fondées sur l'examen de la situation mondiale et l'analyse de nombreux rapports de pays actuellement confrontés à la maladie.

DECLARATION DE MME MARGARET CHAN

Le monde n'est plus en phase 6 d'alerte à la pandémie de grippe. Nous entrons maintenant dans la période post pandémique. Le nouveau virus H1N1 a pratiquement cessé de sévir.

C'est l'avis des membres du Comité d'urgence, réunis ce matin par téléconférence.

Le Comité a fondé son appréciation sur l'examen de la situation mondiale et de rapports de plusieurs pays actuellement confrontés à la grippe. Je souscris pleinement à l'avis du Comité.

Nous entrons dans la période post pandémique mais cela ne signifie pas que le virus H1N1 a complètement disparu. Sur la base de l'expérience des pandémies passées, nous pouvons nous attendre à ce que le virus H1N1 adopte le comportement d'un virus grippal saisonnier et continue de circuler quelques années encore.

Pendant la période post pandémique, il se peut que l'on observe encore des niveaux élevés de transmission du virus H1N1 lors de flambées localisées plus ou moins importantes. C'est ce que nous observons déjà en Nouvelle-Zélande, et que nous constaterons peut-être ailleurs.

En fait, l'action des autorités sanitaires en Inde et en Nouvelle-Zélande – vigilance, dépistage rapide et traitement, et vaccination recommandée – représente un modèle dont d'autres pays pourront avoir à s'inspirer dans la période post pandémique immédiate.

Au niveau mondial, les niveaux et les schémas de transmission du virus H1N1 que l'on observe à présent diffèrent sensiblement de ceux que l'on observait pendant la pandémie. On ne signale plus de flambées hors saison ni dans l'hémisphère nord ni dans l'hémisphère sud. Les flambées de grippe, y compris celles principalement provoquées par le virus H1N1, sont d'une intensité comparable à celles que l'on observe pendant les épidémies saisonnières.

Pendant la pandémie, le virus H1N1 a supplanté les autres virus grippaux et est devenu le virus dominant. Ce n'est plus le cas. De nombreux pays font état d'une association de virus grippaux, ce qui, là aussi, est caractéristique des épidémies saisonnières.

Des études publiées récemment indiquent que 20 à 40 % des populations de certaines régions ont été infectées par le virus H1N1 et ont donc acquis un certain degré d'immunité protectrice. De nombreux pays font état d'une bonne couverture vaccinale, surtout dans les

groupes à haut risque, et cette couverture accroît encore l'immunité à l'échelle de la communauté.

Les pandémies, comme les virus qui les provoquent, sont de nature imprévisible. Il en va de même pour la période post pandémique immédiate. De nombreuses questions se poseront et il ne pourra être répondu clairement qu'à certaines. Il est extrêmement important de maintenir la vigilance, et l'OMS a publié des conseils et des recommandations concernant la surveillance, la vaccination et la prise en charge clinique pendant la période post pandémique.

Sur la base des faits et des données d'expérience disponibles concernant les pandémies passées, il est probable que le virus continuera à provoquer des maladies graves dans les tranches d'âge plus jeunes, au moins pendant la période post pandémique immédiate. Les groupes définis pendant la pandémie comme étant exposés à un risque plus élevé de pathologie grave ou mortelle continueront sans doute de présenter un risque accru, même si l'on espère que le nombre de ces cas ira en diminuant.

De plus, une petite proportion de personnes infectées pendant la pandémie, y compris des personnes jeunes et en bonne santé, ont contracté une forme grave de pneumonie virale primaire que l'on n'observe pas généralement pendant les épidémies saisonnières et qui est particulièrement difficile à traiter. On ne sait pas si les caractéristiques seront les mêmes pendant la période post pandémique, ce qui accroît encore le besoin de vigilance.

Comme je l'ai dit, les pandémies sont de nature imprévisible et peuvent nous surprendre. Il n'y a pas deux pandémies semblables. Celle-ci s'est avérée beaucoup moins grave que nous avons pu le craindre il y a un peu plus d'un an.

Cette fois-ci, nous avons eu beaucoup de chance. Le virus n'a pas muté pendant la pandémie vers une forme plus mortelle. Il n'est pas apparu de résistance généralisée à l'oseltamivir. Le vaccin s'est avéré bien adapté aux virus en circulation et son innocuité s'est révélé excellente.

Grâce à une bonne préparation et à un appui de la communauté internationale, même les pays dont les systèmes de santé laissaient à désirer ont pu dépister les cas et les notifier rapidement.

S'il en était allé autrement dans l'un quelconque de ces domaines, nous serions dans une situation très différente aujourd'hui.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR LA PÉRIODE POST-PANDÉMIQUE

PANDEMIE (H1N1) 2009, NOTE BREVE N° 23

GENÈVE, le 10 août 2010 | - Le monde est actuellement dans la période post-pandémique. Sur la base de connaissances sur les pandémies passées, le virus H1N1 (2009) devrait continuer à circuler comme un virus saisonnier pour les années à venir. Bien que le niveau de préoccupation ait désormais fortement baissé, la vigilance de la part des autorités sanitaires nationales reste importante. Une telle vigilance est particulièrement critique dans l'après-pandémie immédiate, tant que le comportement du virus de la grippe H1N1 (2009) en tant que virus saisonnier ne peut encore pas être prédit avec certitude.

À titre d'exemples, il est probable que le virus va continuer à affecter de façon disproportionnée les groupes d'âge les plus jeunes, du moins dans l'après-pandémie immédiat.

Les groupes identifiés au cours de la pandémie comme à haut risque de maladie grave ou mortelle resteront probablement à un risque accru, mais le nombre de ces cas pourrait diminuer. En outre, au cours de la pandémie, une faible proportion de personnes infectées a développé une forme sévère de pneumonie virale primaire qui n'est pas observée souvent au cours des épidémies saisonnières et qui est particulièrement difficile à traiter. On ne sait pas encore si cette tendance va ou non se poursuivre au cours de la période post-pandémique, ce qui souligne la nécessité de rester vigilant.

L'OMS publie aujourd'hui des orientations sur les activités recommandées au cours de la période post-pandémique, y compris des conseils sur la vaccination, la surveillance épidémiologique et virologique, et la prise en charge clinique des cas.

Les autorités sanitaires nationales doivent se rappeler que des cas et des flambées locales de grippe H1N1 (2009) continuent de se produire et, dans certains endroits, ces épisodes pourraient même avoir un impact considérable sur les communautés.

Recommandations de l'OMS aux autorités sanitaires au cours de la période post-pandémique

SUIVI DE L'ACTIVITE DES MALADIES RESPIRATOIRES

L'OMS recommande que la surveillance au cours de la période post-pandémique comprenne :

- ◆ Le suivi des événements inhabituels, tels que des clusters de maladies respiratoires graves ou de décès ;
- ◆ Investiguer les cas graves ou inhabituels, les clusters (grappes) ou les flambées dans le but de faciliter l'identification rapide de tout changement important dans l'épidémiologie ou de la gravité de la grippe ;
- ◆ Poursuivre la surveillance de routine, y compris celle des syndromes grippaux et des cas d'infections respiratoires aiguës graves ;
- ◆ Continuer à utiliser les voies habituelles de transmission des données, comme FluID, FluNet, et EuroFlu, pour transmettre des données de la surveillance de routine des maladies respiratoires ;
- ◆ Notification immédiate à l'OMS (y compris, le cas échéant, les notifications en vertu du Règlement sanitaire international) si l'un des changements suivants est détecté :
 - une transmission soutenue d'un virus H1N1 2009 résistant aux antiviraux.
 - cas d'infection humaine avec un virus grippal qui n'est pas actuellement en circulation dans les populations humaines.
 - tout changement notable dans la gravité ou autres caractéristiques épidémiologiques ou cliniques du virus H1N1 2009, y compris les changements dans la répartition selon l'âge, l'aspect clinique, la proportion des cas qui nécessitent des soins intensifs, ou une augmentation inattendue du nombre de cas.
 - la surveillance du virus H1N1 2009 pour détecter toute modification importante antigénique ou fonctionnelle, telle que la sensibilité aux antiviraux.

VACCINATION

La vaccination demeure un moyen important permettant de réduire la morbidité et la mortalité causées par des virus de la grippe. L'OMS recommande fortement la vaccination des personnes à risque élevé dans les pays où les vaccins antigrippaux sont disponibles.

Le virus de la grippe H1N1, qui a causé la pandémie de 2009, continue de circuler dans certaines parties du monde, provoquant des niveaux variables de la maladie et des épidémies. Dans certains pays, le vaccin saisonnier¹ trivalent est disponible et il couvre le virus H1N1 (2009). Dans d'autres pays, cependant, les vaccins contre la grippe saisonnière ne sont pas disponibles. L'OMS recommande de maintenir encore les mesures de la santé publique d'utilisation du vaccin monovalent contre la grippe H1N1 (si disponible) pour vacciner les personnes à risque de maladie grave suite à l'infection par le virus grippal H1N1, en particulier lorsque le vaccin trivalent contre la grippe saisonnière n'est pas disponible.

Ce vaccin monovalent contre la grippe H1N1 doit être utilisé selon les directives des autorités réglementaires nationales. L'OMS continuera à demander l'avis du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

PRISE EN CHARGE CLINIQUE

Les personnes soupçonnées de grippe doivent recevoir des soins cliniques. Les directives de l'OMS pour la prise en charge clinique, qui se réfèrent à la fois la grippe saisonnière et pandémique, offrent des conseils à ce sujet. Le virus H1N1 (2009) devrait continuer à circuler comme un virus saisonnier pour les années à venir des cas graves, sont susceptibles de se produire aussi bien chez les personnes à risque élevé, que chez les sujets en bonne santé. Le diagnostic précoce et le traitement adéquat de ces cas reste importants. Les directives de l'OMS pour l'utilisation de médicaments antiviraux, qui se réfèrent à la fois à la grippe saisonnière et pandémique, devraient continuer à être suivies.

Les groupes à risque accru de maladie grave pour l'infection par le virus pandémique H1N1 comprennent les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes ayant des maladies sous-jacentes des voies respiratoires ou d'autres maladies chroniques, y compris l'asthme et le diabète.

Les patients qui ont une grippe grave ou de débilitante doivent être traités le plus tôt possible avec de l'oseltamivir. Les patients qui sont le plus à risque de grippe grave ou compliquée doivent être traités avec l'oseltamivir ou le zanamivir dès que possible.

LIENS

- [Clinical management of human infection with pandemic \(H1N1\) 2009: revised guidance](#)
- [WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic \(H1N1\) 2009 Influenza and other Influenza Viruses](#)
- [Weekly situation updates](#)

¹ L'OMS a recommandé que la souche grippale H1N1 (2009) soit incluse dans les vaccins trivalents contre la grippe saisonnière 2010 de l'hémisphère sud et le vaccin trivalent contre la grippe saisonnière 2010-11 dans l'hémisphère nord.

L'IMPACT DU VIRUS GRIPPAL A(H1N1) 2009 PANDÉMIQUE SUR LA CIRCULATION DES VIRUS GRIPPAUX SAISONNIERS DANS L'HÉMISPHERE SUD

À travers l'ensemble de l'hémisphère sud, la réduction de l'activité du virus grippal A (H1N1) saisonnier, a été l'effet le plus évident de la pandémie 2009. La grippe saisonnière A (H3N2) a également été réduite par la progression de la pandémie, mais l'effet était moins évident et son activité s'est poursuivie à des niveaux plus élevés que ceux de la grippe saisonnière A (H1N1) pendant toute la saison pandémique. Il reste incertain de savoir pourquoi le virus de la grippe pandémique remplace les souches et les sous-types A des virus grippaux saisonniers. Les données des deux saisons grippales 2009 de l'hémisphère sud et 2009-2010 de l'hémisphère Nord suggèrent que le virus de la grippe A (H1N1) 2009 pandémique sera encore la souche prédominante de la grippe A au cours de la saison grippale 2010 dans l'hémisphère sud. Un remplacement total des sous-types peut être observé en 2010, mais il reste encore incertain.

Date : Thu 5 Aug 2010

Source : Eurosurveillance, Volume 15, Issue 31 [édité]

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19631>>

RESUME

Les données recueillies pendant l'hiver 2009 par 5 Centres nationaux de la grippe, collaborateurs de l'OMS, situés dans l'hémisphère sud, ont été utilisées pour étudier la circulation des virus grippaux A pandémique et saisonniers au cours de la première vague de la pandémie dans l'hémisphère sud. Elles établissent des preuves formelles que le virus grippal pandémique A (H1N1) 2009 a significativement déplacé le virus grippal saisonnier A (H1N1) et à un degré moindre, le virus A (H3N2), circulant dans l'hémisphère sud. Une substitution complète des souches saisonnières du virus grippal A, n'a cependant, pas été observée pendant la première vague pandémique.

INTRODUCTION

Historiquement, les pandémies grippales ont été associées à une substitution des sous-types du virus grippal A précédemment en circulation, comme cela a été observé en 1957, quand la grippe A H2N2 a remplacé la grippe A (H1N1), et en 1968 lorsque le virus grippal A (H3N2) a significativement remplacé le A(H2N2). Étant donné que la surveillance virale mondiale avait été limitée au cours des pandémies de 1957 et 1968, la proportion d'infections attribuables à des virus grippaux saisonniers pendant les périodes initiales de la pandémie et le taux de remplacement des sous-types sont incertains. Il est postulé qu'une immunité protectrice croisée suite à une infection par le virus de la grippe pandémique entraîne une protection contre les sous-types de la grippe saisonnière en circulation. De cette protection résulte le déplacement et le remplacement des sous-types grippaux saisonniers par les virus pandémiques [1-3].

Une co-circulation de différents sous-types du virus grippal est possible lorsque l'introduction d'un virus ne peut pas générer une pandémie. Une réintroduction d'un virus grippal dans un contexte d'immunité collective résiduelle élevée, comme cela a été observé avec la grippe A (H1N1) en 1977, peut entraîner des co-circulations de plus d'un sous-type du virus grippal [1,3]. Nous ne pouvons pas être à l'avance certains qu'une souche grippale pandémique émergente va remplacer ou co-circuler avec les sous-types ou les souches virales précédemment en circulation, ni qu'un remplacement va ou non s'opérer, ni en combien de

temps cela va se produire. Étant donné que ce résultat a des conséquences sur la sélection du virus à inclure dans les vaccins contre la grippe, l'amélioration de la surveillance et les méthodes rapide de sous-typage des virus de la grippe A ont un rôle important à jouer dans le suivi de la dynamique de la circulation des souches grippales au cours des épidémies récentes et des pandémies.

Le virus A (H1N1) 2009 de la grippe pandémique a été identifié, en premier, en avril 2009 [4-6]. Comme sa détection dans l'hémisphère nord a coïncidé avec la baisse de l'activité grippale saisonnière, son impact sur la circulation des virus grippaux saisonniers n'a pas pu être entièrement évalué [7]. En revanche, la 1ère vague du virus de la grippe pandémique dans l'hémisphère sud a coïncidé avec le début de la saison grippale hivernale et la saison des virus respiratoires. Ainsi, les données obtenues à partir de l'hiver 2009 de l'hémisphère sud sont une opportunité pour étudier les dynamiques de la circulation des virus pandémique et saisonniers au cours de la phase initiale de la période pandémique.

Ce rapport présente les données obtenues par 5 centres nationaux de la grippe, collaborateurs de l'OMS, situés dans l'hémisphère sud pour l'hiver de 2009. Le schéma de circulation des souches pandémique et saisonnière du virus de la grippe A dans l'hémisphère sud fournit d'importantes informations qui peuvent contribuer à la prise de décisions concernant la sélection des souches vaccinales, et les stratégies de prévention et thérapeutiques.

METHODES

Des données concernant le sous-typage des virus grippaux A retrouvés dans tous les prélèvements soumis pour diagnostic des infections des voies respiratoires pendant l'hiver 2009, collectés et analysés dans 5 centres nationaux de la grippe (NIC) de l'OMS, en Australie, Nouvelle-Zélande et Afrique du Sud. Les NIC de Melbourne, Sydney et Perth recevaient des prélèvements en provenance respectivement des États Australiens de Victoria, des Nouvelles-Galles du Sud et d'Australie de l'Ouest, tandis que les NIC de Wellington et de Johannesburg recevaient respectivement les prélèvements de toute la Nouvelle-Zélande et de toute l'Afrique du Sud.

La détection de la grippe et le sous-typage sont effectués au sein de chaque laboratoire par des tests de biologie moléculaire recourant à la Réaction en chaîne par polymérase (PCR) avec test spécifique du type dans la matrice gène et un test du sous-type dans la zone du gène de l'hémagglutinine du génome du virus de la grippe. Pour faciliter l'interprétation des données brutes, les échantillons qui ont été testés positifs pour la grippe A et qui n'ont pas été encore sous-typés ont été exclus de l'analyse. Les taux de positivité, par détection en PCR à partir d'échantillons respiratoires reçus au cours des saisons précédentes (effectué chez des populations similaires avec les mêmes méthodes de surveillance) ont été comparées avec ceux de la saison 2009, une fois obtenus.

RESULTATS

La grippe A a été détectée par PCR dans 17 328 prélèvements des voies respiratoires recueillis, dans les 5 NIC, entre mai et octobre 2009 (soit donc entre la semaine 18 et la semaine 44). Un sous-typage du virus grippal A est disponible pour 90 % des échantillons positifs pour la grippe (Wellington : 73 %; Melbourne : 95 %, Sydney : 89 %, Perth : 100 %, à Johannesburg : 97 %). La proportion entre spécimens sous-typés et spécimens non sous-typés parmi le total des tests positifs est restée constante dans tous les centres durant toute la période de l'étude. Les courbes épidémiques de la pandémie Grippale A (H1N1) 2009 ont été construites à partir des données de chacun des 5 NIC. L'activité pandémique dans l'hémisphère sud a été détectée en premier en Nouvelle-Zélande au cours de la semaine 18 (pic d'activité en semaine 28), suivie de Melbourne, Sydney et Perth durant la semaine 21 (pic d'activité respectivement en semaines 22, 25 et 29), puis l'Afrique du Sud en semaine 25 (Pic d'activité en semaine 32).

Une activité grippale pandémique significative a été détectée dans tous les sites : La proportion générale d'échantillons positifs à la grippe A, sous-typés entre Mai et Octobre 2009, comme étant le virus grippal A (H1N1) de la pandémie 2009 était de 78 % à Wellington, 85 % à Melbourne, 80 % à Sydney, 89 % à Perth et à 53 % à Johannesburg. La proportion de virus grippaux sous-typés comme étant le virus de grippe A pandémique (H1N1) 2009, après la première identification du virus pandémique 2009 a été de 78 % à Wellington, 85 % à Melbourne, 80 % à Sydney, 90 % à Perth et de 68 % à Johannesburg. Ces proportions augmentent respectivement à 93 %, 95 %, 92 %, 96 % et 94 %, si l'on ne tient compte que des prélèvements recueillis au cours de la 2ème moitié de la pandémie entre Août et Octobre 2009 (semaine 31 à la semaine 44).

Une activité grippale saisonnière a coïncidé avec l'activité grippale pandémique en Nouvelle-Zélande, et l'a précédé en Australie et en Afrique du Sud. L'activité grippale saisonnière a été généralement modérée. 20 % des échantillons positifs en PCR ont été sous-typés comme (H1N1) saisonnier à Wellington, 5 % à Melbourne, 3 % à Sydney, 2 % à Perth et à moins de 1 % à Johannesburg. Les chiffres correspondants pour la grippe A (H3N2) ont été de 2 % à Wellington, 10 % à Melbourne, 17 % à Sydney, 8 % à Perth et à 47 % à Johannesburg. En dépit de son faible niveau dans la plupart des sites de recueil, une activité grippale saisonnière simultanée A (H1N1) et A (H3N2) a été détectée dans les 3 pays pendant l'hiver 2009.

Les échantillons provenant des systèmes de surveillance sentinelle auprès des praticiens généralistes ont fourni la meilleure estimation de l'activité grippale communautaire. La saison grippale 2009 a été comparée aux saisons précédentes en utilisant les données sentinelles des NIC de Wellington, Melbourne et Perth, qui reçoivent des échantillons provenant de l'ensemble du pays (Wellington) ou seulement de l'État (Melbourne, Perth), fournis par les systèmes de surveillance fonctionnant durant la saison grippale hivernale. En 2009, 27-35 % des échantillons de la surveillance étaient A positifs contre 20-39 % en 2007 et 13-27 % en 2008. La grippe A (H1N1) 2009 pandémique a été identifiée dans 71-98 % des échantillons PCR-positifs pour la grippe en 2009. Dans les 3 sites, le nombre absolu et la proportion d'échantillons positifs pour les virus grippaux saisonniers ont été plus faibles en 2009 comparativement aux 2 saisons précédentes.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

L'impact de la grippe A (H1N1) 2009 pandémique sur la circulation des souches grippales saisonnières a été démontré en utilisant des données obtenues auprès de 5 NIC (Centres nationaux de la grippe de l'OMS) dans l'hémisphère sud pendant l'hiver 2009. L'étude des souches grippales parmi les échantillons positifs à la grippe A et sous-typés en 2009 (figure 2), parmi le total des échantillons de 2009 (figure 3) et parmi les prélèvements de la surveillance sentinelle 2007-2009 (3 sites seulement, figure 4) fournit des preuves convaincantes que le virus pandémique a significativement déplacé les virus de la grippe saisonnière. Il a été constamment observé à travers toute l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Afrique du Sud, une substitution rapide et progressive, avec des souches saisonnières comptant pour une proportion faible et décroissante parmi les détections de la grippe A, à partir du pic de la vague pandémique et jusqu'à la fin de la saison grippale.

Un remplacement complet des souches grippales saisonnières n'a, cependant, pas été observé. Ces données sont compatibles avec les données présentées par Tang et al. Lors de l'étude de l'activité grippale 2009 à Singapour [2]. Les données brutes et l'allure des courbes épidémiques doivent être interprétés avec prudence en raison de l'impact du comportement vis-à-vis des tests (pratique des tests particulièrement élevée au début de la pandémie) et des changements des algorithmes de la pratique des tests au cours de la saison.

La réduction de l'activité de la grippe saisonnière (H1N1) était l'effet le plus évident de la pandémie 2009. Une activité initiale importante de la grippe saisonnière A (H1N1) a été observée en Nouvelle-Zélande et, dans une moindre mesure, en Australie. Suite à l'entrée du virus pandémique, la détection des virus A (H1N1) saisonniers a rapidement diminué et elle est restée faible tout au long de l'hiver. La majorité des virus grippaux A (H1N1) saisonniers détectés étaient résistants à l'oseltamivir (A Kelso, données non publiées), comme cela a été observé dans l'hémisphère nord pendant l'hiver précédent. L'activité grippale saisonnière A (H3N2) de la a également diminué au fur et à mesure de la progression de la pandémie, mais cet effet était moins évident et son activité s'est poursuivie à des niveaux plus élevés que ceux de la grippe saisonnière A (H1N1) pendant toute la saison.

Une observation similaire a été faite en Amérique du Nord en 2009. Pendant que le nombre absolu de détections de virus de la grippe saisonnière a augmenté aux États-Unis (US) entre avril et mai 2009, la proportion d'échantillons positifs pour des souches grippales saisonnières a continué à baisser durant cette période [7]. Cette augmentation en chiffres absolus avec une diminution de la proportion de prélèvements positifs reflète probablement l'augmentation du nombre de tests effectués [7]. Les données de l'hiver 2009-2010 des laboratoires collaborateurs du bureau de l'OMS aux États-Unis et du Système national de surveillance des virus des maladies respiratoires et entériques (NREVSS) ont démontré que, malgré que plus de 99 % des cas rapportés tests positifs pour la grippe A ont été sous-typés comme virus (H1N1) 2009 de la grippe pandémique Une transmission concomitante de souches grippales saisonnières a été détectée [8].

Étant donné le taux élevé de mutations et l'émergence continue de nouvelles lignées génétiques de virus grippaux, on ne sait pas encore avec certitude pourquoi le virus de la grippe pandémique se substitue aux sous-types et souches de la grippe saisonnière A.. Une immunité transitoire hétéro sous-typique de courte durée donnant une protection croisée contre les différents sous-types et qui décline rapidement au fil du temps - a été impliquée dans l'entrave de la réinfection par une nouvelle souche chez des modèles animaux [1, 9,10]. Il est supposé qu'au cours des pandémies, une fraction importante de la population mondiale est infectée par le nouveau virus et elle est alors transitoirement à l'abri d'une infection par les sous-types circulant précédemment [3]. Cela ne laisse qu'un nombre faiblement critique d'individus susceptibles, conduisant à une extinction des souches grippales saisonnières. Il est important de noter que l'effet est spécifique du virus de la grippe A et qu'un remplacement des souches circulantes du virus grippal B n'est pas observé.

Les données, à la fois, de la saison grippale 2009 de l'hémisphère sud et 2009-2010 de l'hémisphère Nord [7,8] suggèrent que le virus de la de grippe A pandémique (H1N1) 2009 va être la souche grippale A prédominante durant la saison grippale 2010 dans l'hémisphère sud. Quoique l'observation d'un remplacement total, en 2010, de sous-types demeure incertaine. Ces données appuient la recommandation que les vaccins contre la grippe saisonnière pour l'hémisphère sud en 2010 et pour l'hémisphère Nord en 2010-2011 contiennent des représentants du virus de la grippe A (H1N1) pandémique et des virus grippaux A saisonniers (H3N2) (ainsi qu'un virus de la grippe B) [11], mais pas le virus de la grippe saisonnière A (H1N1) précédemment en circulation.

Compte tenu de l'évidence de la poursuite d'une, quoique sporadique, transmission de virus grippaux A saisonniers, à 11 mois après la première détection du virus grippal pandémique, il est probable que la grippe A (H3N2) et peut-être aussi la grippe saisonnière A (H1N1) puissent encore être observées au cours de la prochaine saison. Que la substitution actuelle puisse amener au remplacement total des virus saisonniers reste à prouver.

La présentation graphique des données contenues dans le présent rapport a été omise et les lecteurs intéressés doivent se référer à l'original article pour faciliter la compréhension.

RÉFÉRENCES

- (1) Ferguson NM, Galvani AP, Bush RM. Ecological and immunological determinants of influenza evolution. *Nature*. 2003;422(6930):428-33.
- (2) Tang JW, Lee CK, Lee HK, Loh TP, Chiu L, Tambyah PA, et al. Tracking the emergence of pandemic Influenza A/H1N1/2009 and its interaction with seasonal influenza viruses in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 2010;39(4):291-4.
- (3) Ferguson NM, Bush RM. Influenza evolution and immune selection. *International Congress Series*. 2004;1263:12-6.
- (4) Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team, Dawood FS, Jain S, Finelli L, Shaw MW, Lindstrom S, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A(H1N1) virus in humans. *N Engl J Med*. 2009;360(25):2605-15.
- (5) Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus infection - Mexico, March-April 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58(17):467-70
- (6) World Health Organisation (WHO). Swine influenza - update 4. *Disease Outbreak News*. Geneva: WHO; 28 Apr 2009. Available from:
<http://www.who.int/csr/don/2009_04_28/en/index.html>
- (7) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FluView. 2008-2009 influenza season week 39 ending 3 Oct 2009 [Accessed 26 Feb 2009]; Atlanta: CDC; 2009. Available from:
<<http://www.cdc.gov/flu/weekly/weeklyarchives2008-2009/weekly39.htm>>
- (8) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FluView. 2009-2010 influenza season week 6 ending 13 Feb 2010. [Accessed 26 Feb 2009]. Atlanta: CDC; 2009. Available from:
<<http://www.cdc.gov/flu/weekly/weeklyarchives2009-2010/weekly06.htm>>
- (9) Grebe KM, Yewdell JW, Bennink JR. Heterosubtypic immunity to influenza A virus: where do we stand? *Microbes Infect*. 2008 ; 10(9) : 1024-9.
- (10) Schulman JL, Kilbourne ED. Induction of partial specific heterotypic immunity in mice by a single infection with influenza A virus. *J Bacteriol*. 1965;89:170-4.
- (11) World Health Organisation (WHO). Recommendations for influenza vaccines. [Accessed 22 Feb 2010]. Geneva: WHO Available from:
<<http://www.who.int/csr/disease/influenza/vaccinerecommendations/en/index.html>>.

FLAMBÉE DE GRIPPE PANDÉMIQUE DANS LA RÉGION DE (WAIRARAPA)² EN NOUVELLE-ZÉLANDE

Date: 4 août 2010

Source: NZTV National News [edited]

<<http://tvnz.co.nz/national-news/kids-off-school-swine-flu-hits-wairarapa-3684691>>

LA GRIPPE PANDEMIQUE A/H1N1 CONFIRMÉE DANS LE WAIRARAPA

Les résultats des tests biologiques ont confirmé que la souche hautement infectieuse de virus grippal qui est en train d'affecter la communauté dans le Wairarapa est définitivement le virus de la grippe porcine [le virus grippal A (H1N1) pandémique]. Des centaines d'enfants de Wairarapa sont absents de l'école cette semaine pendant que la grippe se répand dans la communauté. Jusqu'à 45 % des étudiants dans le Wairarapa gardent le domicile en raison de cette maladie pour le moment.

Le service régional de santé publique de Wellington a fait savoir qu'il s'agit d'une épidémie particulièrement sévère qui se propage très rapidement. Les enfants atteints présentent une

²Wairarapa est une région dans le coin sud-est de l'île du Nord de la Nouvelle-Zélande, à l'est de la métropole Wellington et au sud-ouest de la région de Hawke's Bay.

toux, des céphalées de la fièvre, des vomissements et de la diarrhée. Les personnes ayant des symptômes grippaux ont été invitées à rester à leur domicile, et à veiller sur le bon état d'hydratation.

COMMENTAIRES PROMED-MAIL

Selon la mise à jour numéro 111 du 25 juillet 2010 de l'OMS, les taux de syndrome pseudo grippaux en Nouvelle-Zélande ont été en dessous des taux saisonniers de référence, mais ils ont régulièrement augmenté durant tout le mois passé. Des rapports récents suggèrent que l'augmentation la plus importante, mais qui est géographiquement inégale a pu se produire au cours de la 3ème semaine de Juillet 2010.

Bien que le nombre de détections du virus de la grippe reste faible, la majorité des virus identifiés en Nouvelle-Zélande sont des virus de la grippe pandémique (H1N1). Selon le rapport ci-dessus l'éclosion observée à Wairarapa semble également affecter principalement les enfants d'âge scolaire.

PANDEMRIX, LE VACCIN ANTI GRIPPE H1N1 DE GSK SOUPÇONNÉ DE PROVOQUER DES ACCÈS DES CAS DE NARCOLEPSIE CATALEPSIE³.

L'Agence suédoise des produits médicaux (Läkemedelsverket) a ouvert une enquête sur l'éventuelle propension d'un des vaccins contre la grippe H1N1, le Pandemrix, à provoquer la narcolepsie, a-t-elle annoncé le 18/8/2010.

Professionnels de la santé ont notifié un total de six cas de narcolepsie comme un possible effet secondaire d'une vaccination contre la grippe porcine avec le Pandemrix constaté chez des adolescents de 12 à 16 ans ayant développé "des symptômes compatibles avec la narcolepsie" un à deux mois après l'injection du vaccin.

La Suède a acheté 18 millions de doses de Pandemrix, suffisamment pour offrir deux injections à ses 9,3 millions d'habitants.

Une enquête est en cours pour chercher à évaluer une relation cause à effet entre le vaccin et ces manifestations.

En Finlande, l'Institut national pour la santé (THL) étudie également le risque de lien entre des manifestations de narcolepsie et le vaccin contre le virus H1N1, en particulier le Pandemrix, après une augmentation de cas de narcolepsie constatée ce printemps chez les enfants, rapportait mercredi l'agence finlandaise STT.

Selon le THL, plus de 2,5 millions de Finlandais ont été vaccinés contre la grippe H1N1 et environ 750 d'entre eux ont fait part d'effets secondaires généralement bénins (fièvre, maux de tête, toux, et un seul cas de narcolepsie a été signalé).

Dans l'Union européenne, environ 30 millions d'individus ont été vaccinés avec le Pandemrix produit par le groupe pharmaceutique britannique GlaxoSmithKline.

³ La narcolepsie est un trouble de la régulation des états de veille et de sommeil caractérisé par une somnolence diurne excessive, des attaques de cataplexie survenant en plein éveil.

110ÈME CAS HUMAIN DE GRIPPE AVIAIRE HUMAINE EN ÉGYPTTE, MISE AU POINT OMS N° 35

Date: jeu 29 juil. 2010

Source: OMS, Alerte et action au niveau mondial (GAR) [édité]

<http://www.who.int/csr/don/2010_07_29/fr/index.html>

29 juillet 2010 -- Le ministère égyptien de la Santé a annoncé la survenue en Égypte d'un nouveau cas humain de grippe aviaire A (H5N1). Il s'agit d'une femme de 20 ans du district de Shubra Elkhima, dans le gouvernorat de Qliubia, qui a été admise à l'hôpital le 21 juillet 2010, où elle a été mise sous ventilation artificielle et sous Oseltamivir. Elle est décédée le 27 juillet 2010. L'Enquête sur la source de l'infection a montré que la patiente avait été exposée à de la volaille malade et morte. L'enquête sur l'origine de son infection a révélé qu'elle avait été exposée à des volailles malades et mortes.

Le cas a été confirmé par le Laboratoire central égyptien de la santé publique, un Centre national de la grippe appartenant au Réseau mondial OMS de surveillance de la grippe (GISN).

Sur les 110 cas confirmés de grippe aviaire A (H5N1) notifiés jusqu'à présent en Égypte, 35 ont été mortels.

Le total mondial de cas, compte désormais 502 cas et 298 décès. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2010_07_29/en/index.html.

GRIPPE AVIAIRE HUMAINE - 111ÈME CAS EN ÉGYPTTE - MISE AU POINT OMS N° 36,

Date : jeu 12 août 2010

Source: OMS (Organisation mondiale de la Santé),

Alerte et action au niveau mondial (GAR) [édité]

<http://www.who.int/csr/don/2010_08_12/fr/index.html>

Le Ministère égyptien de la Santé a annoncé un nouveau cas humain de grippe aviaire A(H5N1). Il s'agit d'une fillette de 2 ans habitant le district d'Elsalam, au Caire, hospitalisée le jour-même de l'apparition des symptômes, le 2 août [2010], et traitée à l'oseltamivir. Elle est toujours hospitalisée. Les investigations menées quant à la source de l'infection ont indiqué qu'elle avait été exposée à des volailles malades ou mortes. Le cas a été confirmé par les Laboratoires centraux égyptiens de santé publique, centre national de la grippe appartenant au Réseau mondial OMS de surveillance de la grippe (GISN). Sur les 111 cas de grippe aviaire A(H5N1) confirmés en laboratoire et signalés en Égypte, 35 ont été mortels.

Ce cas est le 111ème cas de grippe aviaire confirmé, par l'OMS, en Égypte. L'Égypte, l'Indonésie et le Vietnam sont parmi les pays au monde, les plus touchés par la maladie, malgré toutes les stratégies de lutte mises en place. Le taux de létalité élevé (31.5 pour cent) signalé dans ce rapport est tout aussi inquiétant.

GRIPPE AVIAIRE HUMAINE - 112ÈME CAS ET 36ÈME DÉCÈS EN ÉGYPTÉ

Date : 26 Aout 2010

Source: Al-Masry Al-Youm online [edited]

<<http://www.almasryalyoum.com/en/news/egypt-announces-36th-bird-flu-death>>

L'Egypte a annoncé le 26 août 2010 son 112^{ème} cas de grippe aviaire A (H5N1) humaine et son 36^{ème} décès liée au virus H5N1 depuis le début de l'épidémie en Egypte en 2006. La victime est une femme de 33 ans du gouvernorat de Qalyubiya qui a été hospitalisée au Caire le 25 août 2010, pour forte fièvre et détresse respiratoire. Elle aurait contracté le virus par contact avec des volailles infectées.

Selon L'OMS l'Egypte occupe le 3e rang mondial dans le nombre de cas documentés d'infection humaine par le virus H5N1 La majorité des cas Égyptiens sont dus à des contacts étroits avec des volailles domestiques infectées. Environ 5 millions de familles égyptiennes dépendent de la volaille comme une source importante de nourriture et de revenus.

÷l ya maintenant à l'échelle mondiale 503 cas d'infection humaine et 299 décès par le virus de la grippe aviaire (H5N1) recensés depuis le premier cas humain détecté en 2003.

POLIO - ROUGEOLE

POLIOMYELITE EN ANGOLA

Date: 3 Aug 2010

Source: Radio Nacional de Angola [trans. by Mod.MPP, edited]

<<http://www.rna.ao/canalA/noticias.cgi?ID=36058>>

Le ministre nie l'existence d'une épidémie de polio

Le ministre de la Famille et Promotion de la Femme, qui se trouve en Chine, pour une visite à Expo 2010 à Shanghai, a déclaré le 7 août 2010, que les cas de poliomyélite observés dans son pays ne constituent un foyer épidémique et que la situation est sous contrôle.

Il a souligné que "le programme de vaccination contre la poliomyélite se poursuit régulièrement et qu'il couvre l'ensemble du pays. Le gouvernement Angolais a un programme multisectoriel, n'impliquant pas seulement le Ministère de la Santé, mais tous les ministères qui sont directement impliqués dans la préservation de l'environnement pour le bien-être des familles.

Le ministère s'attèle à sensibiliser les femmes à faire vacciner leurs enfants, non pas seulement en les informant et les motivant à propos des programmes et des campagnes préventives de vaccination, mais aussi en cherchant à obtenir qu'elles respectent le calendrier de la vaccination systématique de leurs enfants. Même quand les citoyens habitent loin des centres de santé, ils sont ciblés par des campagnes de vaccination en porte à porte. Le ministre de la Santé Publique reconnaît toutefois que le pays est actuellement en période de reconstruction, et de réorganisation, et il qu'il ya encore familles qui vivent dans des circonstances difficiles. Il ya dans le pays «De nombreuses familles monoparentales dirigées

par des femmes, qui assurent seules la responsabilité de toute la famille, et qui sont parfois obligées de donner la plus grande priorité à leurs activités génératrices de revenus et il en résulte des retards dans l'application du calendrier vaccinal de leurs enfants et nous devons continuer à travailler avec ces femmes et à les sensibiliser a soutenu la ministre de la Famille et Promotion de la Femme.

Depuis le 16 Jun 2010 de 2010, l'Angola a signalé 17 cas de poliomyélite, tous les cas sont liés à Luanda la capitale du pays, voir (<<http://www.polioeradication.org/casecount.asp>>).

La surveillance des "paralysies flasques aiguë" (PFA) constitue une activité clé dans les efforts d'éradication de la poliomyélite. Un taux de plus de 1 cas de PFA non poliomyélique pour 100.000 habitants est considéré, pour un pays, comme un indicateur de l'existence d'un bon système de surveillance des PFA.

Selon les données les plus récentes disponibles sur le site Web de l'OMS de Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (au 30 juillet 2010), il y'aurait eu depuis le début de l'année 2010, 203 cas de PFA déclarés avec un taux de PFA non poliomyélique de 3,6 pour 100 000 hab. et 94 % de ces cas de PFA ont eu des prelevements adéquats pour les examens de confirmation au laboratoire, et 16 cas de polio confirmés.

L'AFRIQUE DE L'EST DECLAREÉ DE NOUVEAU INDEMNÉ DE POLIO APRÈS L'ÉPIDÉMIE DE 2008-2009

*Source: Medical News Today 3 August 2010
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/196612.php>*

L'ONU ainsi que d'autres agences d'aide ont annoncé que l'Afrique de l'Est est à nouveau indemne de polio, avec quatre pays - l'Éthiopie, le Kenya, le Soudan et l'Ouganda – qui n'ont signalé aucun cas de cette maladie invalidante depuis plus d'un an. L'OMS a déclaré la région avait riposté rapidement à l'éclosion. L'article indique que les quatre pays rejoignent désormais leur voisin Somalien qui a été exempt de poliomyélite pendant les trois dernières années. L'épidémie dans la région a commencé en 2008, suite à la réapparition du poliovirus sauvage de type 1 dans la zone frontalière du sud du Soudan et l'Éthiopie, et la diffusion en début de 2009 au nord dans la ville soudanaise de Port Soudan et au Kenya et en Ouganda.

ROUGEOLE - NIGERIA

*Date: ven 20 août 2010
Source: All Africa, This Day report [en anglais, traduit Mod SC, édité]
<<http://allafrica.com/stories/201008200001.html>>*

Le gouvernement fédéral a exprimé des craintes quant à l'augmentation soudaine des cas de rougeole signalés dans certaines parties du pays, de 455 cas confirmés en 2009 à 4771 à la date d'hier [jeudi 19 août 2010]. Le ministre de la Santé, le Professeur Christian Chukwu Onyebuchi, a soulevé le problème lors de l'ouverture de la réunion des parties prenantes sur les campagnes intégrées d'éradication de la rougeole à Abuja hier.

Dans le cadre des mesures d'intervention rapide pour arrêter la situation, Chukwu a déclaré que le gouvernement fédéral a commandé des vaccins et des seringues d'une valeur de plus 2,1 milliards NGN [14 millions de dollars], avec plus de 2,7 milliards NGN [18 millions de dollars] pour la logistique et de coûts relatifs au personnel afin de commencer une nouvelle phase de la campagne de vaccination. Le ministre, qui a été représenté par le secrétaire permanent du ministère, Mr. Linus Awute, a déclaré que le ministère avait reçu des rapports indiquant une forte hausse du nombre de cas de rougeoles dans la plupart des régions du pays. Il a déclaré que les efforts du gouvernement visant à éradiquer la maladie risquent d'être érodés si l'action n'a pas été prise pour corriger la situation.

"Nous avons reçu des rapports à cette même époque l'année dernière, 2009, nous avons 455 cas confirmés de rougeole par rapport à 4771 en 2010, ce qui est une augmentation de 10 fois du nombre de cas" a-t-il dit. Chukwu a déclaré que le pays avait lutté depuis 2005 pour éliminer la maladie, en mobilisant presque tous les moyens pour atteindre les 52 millions d'enfants vaccinés en même temps. Il a expliqué qu'à la suite de l'intense campagne, l'incidence de la [rougeole avaient été] ramené de 18 000 à un cas pour un million. Il a également noté que la lutte contre la rougeole avait ces dernières années enregistré une marque impressionnante conduisant à 67 pour cent de réduction du taux de mortalité contribuant ainsi à stimuler la capacité de l'Afrique à atteindre l'objectif mondial de 90 pour cent réduction de la mortalité.

Tout en déplorant l'état actuel des choses, a dit le ministre, la politique du gouvernement est d'éviter tout décès autant que possible sans question de contraintes. "Nous, les dirigeants n'allons pas rester à regarder, impuissants ce genre de situation. Sinon, l'avenir de notre pays sera à risque. En tant que nation, nous nous sommes engagés à fournir les vaccins et au fil des ans nous avons tenu à cet engagement." Afin d'éviter cette épidémie, le gouvernement est prêt à fournir ces vaccins ou des seringues à un coût estimé à 2,1 milliards NGN [14 USD millions]. L'achat des vaccins seul n'est pas suffisant. Encore faut-il les faire parvenir aux enfants, d'où la nécessité de mobiliser les transports, la logistique, le personnel, les données, la matière, et l'ensemble du pays.

Environ NGN 2,7 milliards [18 millions de dollars] sont nécessaires pour les opérations", a-t-il dit.

Sur le budget prévisionnel, a déclaré le ministre, des partenaires au développement avaient exprimé la volonté d'assumer 50 pour cent de la responsabilité, tandis que le gouvernement fédéral, les États et gouvernements locaux devraient fournir les fonds restants. Il a sollicité l'appui d'autres ministères concernés dans le but de mobiliser la nation pour assurer un exercice de vaccination réussie, qui a été fixée entre Janvier et Février de l'année prochaine [2011].

Le directeur de l'Agence nationale de développement sanitaire de soins primaires (NPHCDA), le Dr Muhammed Pate, a déclaré la campagne de vaccination contre la rougeole était engagée pour éviter toute nouvelle escalade de la maladie. "Nous ne voulons pas d'ici à 2011 dire que nous avons accumulé des cas de la rougeole. L'année prochaine [2011], nous pourrions commencer à avoir des milliers de cas et nous ne voulons pas que cela se produise. C'est pourquoi nous voulons l'empêcher, dit-il. La réunion des parties prenantes est composée du ministère fédéral de la Santé, les membres de l'Assemblée nationale, les commissaires pour la santé des États, les présidents des collectivités locales, l'OMS, l'UNICEF et la Croix-Rouge ainsi que l'assistant spécial du président sur Millénaire pour le développement (OMD).

[Par Onyebuchi Ezigbo et Adebisi Adedapo]

Communiqué par:

ProMED-FRA

<promed-fra@promedmail.org>

[Le Nigeria comme la plupart des pays en Afrique au Sud du Sahara connaissent depuis 2009 une épidémie de rougeole. Ces grandes épidémies meurtrières de rougeole dans 30 pays africains risquent d'inverser les gains obtenus contre cette maladie virale au cours des 2 dernières décennies, a déclaré en mai [2010] l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Plus de 1100 décès par rougeole ont été signalés parmi les 64 000 cas connus en Afrique au cours de la dernière année, avec le Nigeria, le Tchad, et Zimbabwe, ayant eu le plus grand des foyers. Les rapports précédents quantifient l'ampleur de l'épidémie au Nigeria, mais l'information sur le taux de létalité dans ce pays fait souvent défaut. - Mods CP/SC]

DENGUE, CHIKUNGUNYA, FIÈVRE JAUNE

IMPORTATION DE MOUSTIQUES AEDES AUX PAYS-BAS : (BRABANT DU NORD)

Date: Mon 2 Aug 2010

Source: Dutch News.nl [edited]

<http://www.dutchnews.nl/news/archives/2010/08/tropical_mosquitos_found_in_br.php>

Des efforts ont été initiés pour éliminer 3 sortes de moustiques exotiques qui ont été identifiés dans le Brabant et qui pourrait poser un risque pour la santé publique. Des adultes et des larves du moustique tigre asiatique [*Aedes albopictus*], le moustique [rock pool américain probablement un *Aedes* (Reclassés *Ochlerotatus*) *atropalpus*], et le moustique de la fièvre jaune [*Aedes aegypti*] qui ont été retrouvés dans les pneus usagés importés par plusieurs entreprises de la région.

Selon le RIVM [Institut national néerlandais de la santé publique et de l'Environnement] Aucun des ces insectes trouvés aux Pays-Bas n'était porteur de virus de maladies telles que la dengue, fièvre du Nil occidental et la fièvre jaune..

Le ministre de la Santé a déclaré que des experts français, qui ont de l'expérience dans l'éradication des moustiques exotiques ont été engagés pour aider à l'élimination des adultes et des larves à l'aide d'insecticides. Les gens qui vivent et travaillent dans les zones touchés seront informés.

Les contrôles des importations de bambou ont été également renforcés depuis 2006 en raison de le risque d'importation du moustique tigre.

COMMENTAIRES PROMeD

Aedes Albopictus s'est établi dans la rive méditerranéenne de l'Europe, et parallèlement au changement climatique qui est en train de se produire, on prévoit sa propagation vers le nord (voir la référence ci-dessous). _Ae. Aegypti_ est une espèce tropicale et subtropicale et ne devrait pas pouvoir s'établir aux Pays-Bas.

Ae. Atropalpus se retrouve entre le Labrador, au sud du Canada jusqu'aux frontières de la Floride le long de la côte Est des États-Unis, et plus au le sud, au Mexique et en Amérique centrale, et a il été retrouvé en Italie.

Les 3 espèces peuvent se reproduire dans l'eau stagnante dans les pneus, et les œufs peuvent être transportés vers d'autres continents dans les pneus exportés.

RÉFÉRENCE

European Centre for Disease Prevention and Control, 2009, Technical Report: Development of _Aedes albopictus_ riskmaps.

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0905_TER_Development_of_Aedes_Albo_pictus_Risk_Maps.pdf>.

FIEVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE (ABIDJAN)

Date: Thu 29 Jul 2010

Source: Romandie News, Agence France-Presse (AFP) report

[in French, trans. Corr.SB, edited]

<<http://www.romandie.com/infos/news2/100729193158.yent0f33.asp>>

Depuis le 3 mai 2010, une épidémie de fièvre jaune [FJ] a tué 2 personnes à Abidjan tandis qu' au moins 19 cas ont été signalés, a déclaré, le 29 juillet 2010, le ministre ivoirien de la Santé, en faisant l'annonce de lancement d'une campagne de vaccination.

Selon le ministre, des cas de fièvre hémorragique [Sans doute FJ] ont été enregistrés, depuis le mois de mai 2010, dans différentes régions du pays : Abidjan (la capitale économique), Grand-Bassam (près d'Abidjan, Comoé au Sud et Bouaké au centre.les deux décès ont été enregistrés dans la ville d'Abidjan tandis que 8 cas de fièvre jaune y ont été signalés. Un cas de fièvre jaune a été confirmé dans le Grand-Bassam. Le ministre n'a pas clarifié la situation à Bouaké, ville tenue par les ex-rebelles depuis le coup d'Etat manqué de 2002.

Le ministre de la Santé Publique a également annoncé qu'une campagne de vaccination doit débiter le 30 juillet 2010 dans les 3 villes touchées.

La dernière épidémie de fièvre jaune en Côte d'Ivoire a été observée en décembre 2009, elle n'a pas concerné Abidjan et elle aurait tué environ 15 personnes.

Les derniers cas de FJ signalés à Abidjan remontent eux à environ 2 ans (2008) – On espère que

antérieures et actuelles des campagnes de vaccination contre le virus amaril ont fourni l'immunité collective suffisante pour empêcher une épidémie majeure.

Abidjan a un aéroport international, à partir duquel Emirates Airlines, dessert de nombreuses villes indiennes en 36 heures, via Abu Dhabi. Un passager non vacciné, infecté par la FJ, encore en période d'incubation de la la maladie embarqué à Abidjan, il pourrait arriver en Inde - ou ailleurs en Asie - en étant encore en bonne santé apparente et déclencher une

épidémie là-bas.

On espère que les villes de destination en Asie vont vérifier soigneusement le statut vaccinal contre la FJ des passagers en provenance d'Abidjan.

FIÈVRE JAUNE, DENGUE - CÔTE D'IVOIRE

Date: ven 30 juil 2010

Source: AllAfrica, un rapport de Notre Voie [édité]

<<http://fr.allafrica.com/stories/201007310060.html>>

COTE D'IVOIRE: EPIDEMIE DE FIEVRE JAUNE ET DE DENGUE - DEJA 3 DECES

La Côte d'Ivoire est encore entrée dans une zone de turbulence sanitaire. Une double épidémie de fièvre jaune et de dengue fait rage en ce moment à Abidjan, Grand-Bassam et Bouaké avec 9 cas confirmés de fièvre jaune (8 à Abidjan et 1 à Grand-Bassam) pour 2 décès (à Abidjan), et 10 cas de dengue enregistrés à Abidjan dont un 1 décès. C'est Dr. Aka Aouélé, ministre de la Santé et de l'Hygiène publique en personne qui a donné l'information hier à son cabinet sis à la cité administrative, au cours d'un point de presse. "La fièvre jaune et la dengue sont toutes deux, des maladies virales potentiellement mortelles, transmises à l'homme par la piqûre d'un moustique du genre *_Aedes_*", a expliqué le ministre de la Santé.

C'est pourquoi, il déclaré en épidémie "tous les districts sanitaires d'Abidjan, pour la fièvre jaune et la dengue et les districts de Grand-Bassam et de Bouaké, pour la fièvre jaune". Il a insisté pour dire que les épidémies ne concernent pas tout le pays.

Si pour la fièvre jaune que les Ivoiriens connaissent bien, il y a un vaccin préventif qui existe, ce n'est pas le cas pour la dengue qui selon le site de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), est une maladie qui sévit plus en Asie du Sud-Est et en Amérique du sud. "Rien qu'en 2007, plus de 890 000 cas ont été notifiés sur le continent américain, dont 26 000 cas de dengue hémorragique", peut-on lire sur le site de l'OMS. Mais "la maladie est désormais endémique dans plus d'une centaine de pays d'Afrique, des Amériques, de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental", poursuit le site. En outre, il n'y a aucun vaccin préventif contre la dengue dont la forme la plus grave est appelée dengue hémorragique qui se caractérise par une forte fièvre, des douleurs abdominales, des vomissements et une hémorragie. Cette forme est une complication potentiellement mortelle.

"Un diagnostic clinique précoce et une prise en charge attentive par des médecins et des infirmières expérimentés augmentent les chances de survie", conseille l'OMS sur son site pour cette forme hémorragique de la dengue.

Dès qu'informé, le chef de l'Etat, selon Aka Aouélé, a donné toutes les instructions nécessaires pour que les moyens soient réunis pour "une action immédiate". Ainsi, "tous les malades sont pris en charge dans les structures hospitalières. Des enquêtes épidémiologiques, biologiques et entomologiques ont été réalisées autour des cas confirmés. Les personnes vivant dans l'entourage des cas de fièvre jaune ont toutes été vaccinées contre cette maladie".

Plus incisif, le ministre a annoncé pour aujourd'hui [30 juil 2010] "une campagne de

vaccination de masse contre la fièvre jaune" dans les 14 districts (10 à Abidjan, 3 à Bouaké et 1 [à Grand]-Bassam). Le lancement se fera à partir de Grand-Bassam. Par ailleurs, un plan de démoustication, basé sur l'élimination des moustiques adultes est mis en œuvre depuis hier. De façon générale, à un niveau individuel, le ministre Aka Aouélé a invité la population à observer les mesures qui consistent à nettoyer autour des maisons, à ramasser et détruire tout récipient contenant ou pouvant contenir de l'eau à l'intérieur et autour des maisons; à éviter de conserver des pots de fleurs dans les salons et les jardins; à couvrir les récipients contenant de l'eau de réserve destinée à la consommations et enfin à vider et nettoyer, tous les jours, les récipients contenant de l'eau restant après utilisation.

[Par Coulibaly Zié Oumar]

COMMUNIQUE PAR: PROMED-FRA

[<promed-fra@promedmail.org>](mailto:promed-fra@promedmail.org)

La dernière épidémie de fièvre jaune en Côte d'Ivoire était localisée dans la partie Nord du pays (Denguélé, en novembre 2009). La présente épidémie survient dans un contexte de pluviométrie très importante en saison pluvieuse où l'eau stagne un peu partout avec comme conséquence la prolifération des moustiques. Il ya donc un risque important de propagation de la maladie à d'autres zones du pays ou même à d'autres pays de la sous région car Abidjan est un grand carrefour de commerce de la sous région. Espérons que les mesures prises pour contrôler les 2 maladies atteignent les résultats escomptés.

ÉPIDÉMIE DE DENGUE DANS LES ANTILLES FRANÇAISES

http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/anne-jeanblanc/epidemie-de-dengue-dans-les-antilles-francaises-29-07-2010-1219907_57.php
Par Anne Jeanblanc

La dengue est en recrudescence dans le monde © CDC/PHIL/CORBIS

Une épidémie de dengue se généralise actuellement dans les Antilles françaises. Cette maladie, décrite depuis des siècles comme une "grippe tropicale", est transmise à l'homme par le moustique du genre *Aedes*. La Guadeloupe est le département le plus affecté avec près de 20 000 cas cumulés depuis le début de l'épidémie, à Saint-Martin, en décembre 2009. L'île est dans une situation comparable à celle rencontrée en 2007, mais avec moins de formes graves. La Martinique est moins touchée avec près de 13 000 cas, mais avec des formes plus sévères qui ont déjà entraîné 8 décès. Ces informations émanent des [ministres de la Santé et de l'Outre-mer](#), qui appellent à la mobilisation de tous.

Cette épidémie dans les Antilles françaises survient dans un contexte de recrudescence de la dengue dans le monde. L'Organisation mondiale de la santé signale d'ailleurs que 2,5 milliards de personnes, soit les 2/5 de la population, sont exposées à ce risque et que près de 50 millions de personnes sont infectées chaque année. Selon l'Institut Pasteur, les formes sévères de la dengue sont en recrudescence dans les régions intertropicales, avec plus de 100 millions de cas annuels et de 20 000 à 50 000 décès, particulièrement chez les pré-adolescents. La plupart des épidémies de dengue sont urbaines.

"L'État français et les collectivités locales mobilisent des moyens afin de surveiller l'épidémie et de lutter contre les moustiques vecteurs de la dengue", précise le communiqué des deux ministres. Les autorités locales coordonnent les actions menées dans le cadre du plan de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies. Et il est recommandé à la population

d'adopter des gestes simples, mais efficaces. En premier lieu, il faut nettoyer tous les lieux propices aux eaux stagnantes ou contenant des débris, pour éviter la prolifération de ces insectes autour des habitations. Les personnes ont tout intérêt à porter des vêtements amples et couvrants, utiliser des répulsifs et dormir sous des moustiquaires - même le temps d'une courte sieste - pour se protéger contre les piqûres de moustiques. Enfin, mieux vaut consulter un médecin dès l'apparition d'une fièvre brutale et de douleurs articulaires, ce qui permettra une prise en charge adaptée.

Prévenir la dengue grâce à la "télé-épidémiologie"

http://www.lemonde.fr/planete/article/2010/07/29/prevenir-la-dengue-grace-a-la-tele-epidemiologie_1393449_3244.html

L'épidémie de dengue qui sévit actuellement aux Antilles s'est intensifiée ces dernières semaines. Selon le dernier bilan de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Antilles-Guyane, 19 800 cas "cliniquement évocateurs" de cette maladie ont été recensés depuis décembre 2009 en Guadeloupe, et deux décès lui sont attribués, dont celui d'un enfant de 3 ans, en juillet. En Martinique (12 600 cas, dont 8 décès), l'épidémie "continue d'être très active, voire de s'intensifier".

Dans un communiqué publié le 28 juillet, l'Etat et les autorités locales ont appelé à la mobilisation "de toute la population". Et à l'utilisation de répulsifs et de moustiquaires pour se prémunir contre cette maladie infectieuse aiguë, que peuvent provoquer quatre types de virus transmis par le moustique Aedes.

De tels foyers de dengue, mais aussi de paludisme, de choléra ou de fièvre hémorragique, pourront-ils un jour être prévus à l'avance grâce à la "télé-épidémiologie" ? La discipline est encore jeune, mais pourrait constituer une belle avancée pour la surveillance sanitaire dans les pays en développement. L'enjeu : prédire depuis l'espace l'apparition de ces maladies dont les vecteurs, animaux ou bactériens, dépendent en partie de facteurs climatiques et environnementaux.

Tout démarre en 2001, lorsque le Centre national d'études spatiales (CNES), en partenariat avec divers centres de recherche français, expérimente l'idée au Sénégal. Il s'agit de surveiller les risques de résurgence de la fièvre de la vallée du Rift (FVR), une maladie hautement mortelle pour le bétail, dont le virus est transmis par des moustiques. Sans traitement à ce jour, la FVR peut être transmise à l'homme, avec un taux de mortalité de 5 %.

Grâce à l'oeil du satellite Spot et de son capteur à haute résolution Végétation, les chercheurs commencent à repérer dans la région du Ferlo, au nord-est du Sénégal, les mares d'eau stagnante qui favorisent le développement des moustiques. En juillet 2003, à la suite de fortes grêles, le système détecte ainsi un grand risque épidémique. Une campagne de vaccination du bétail est lancée, l'épidémie est enraillée.

Depuis cette première victoire, un plan de prévention contre la FVR, fondé sur l'analyse des images satellitaires, a été mis en place. Géré depuis le Centre de suivi écologique de Dakar, il permet de prédire dans quelles zones vont évoluer les moustiques. Ces informations sont communiquées aux autorités sanitaires locales, qui contactent à leur tour les pasteurs pour que bovins, buffles, moutons, chèvres ou chameaux soient vaccinés ou déplacés.

Brésil et Argentine

En surveillant les principaux facteurs de risque, l'observation par satellite aide à définir "une stratégie d'adaptation face à un risque d'épidémie là où on ne s'y attend pas", résume [Murielle Lafaye](#), responsable au CNES du programme environnement-climat-santé. Une conviction que partage désormais l'Agence spatiale argentine (Conae), qui a lancé en collaboration avec le CNES, à partir d'images du satellite Spot 5, un programme visant à prédire les lieux de multiplication du vecteur de la dengue.

Quasiment éradiquée du continent américain il y a un demi-siècle, cette "grippe tropicale" y sévit à nouveau depuis les années 1980, avec une prédilection pour les zones urbaines. Selon

les derniers chiffres de l'OMS, plus de 890 000 cas y ont été recensés en 2007, dont 560 000 au Brésil, et près de 200 dans le nord de l'Argentine. D'où la crainte des autorités de ce pays de voir l'épidémie brésilienne franchir la frontière nord-est de leur pays, qui les a poussées à mettre en oeuvre ce projet pilote.

Après avoir localisé les larves du moustique *Aedes* dans la petite ville de [Puerto Iguazu](#), à la frontière du Brésil et du Paraguay, les experts argentins ont intégré ces données à des plans numérisés du cadastre, afin d'obtenir des cartes précises des foyers d'infection. Ils ont ensuite collecté les informations fournies par Spot 5 sur l'état des sols, la présence ou l'absence d'eau, ou encore le taux de chlorophylle du couvert végétal.

L'ensemble a permis de déterminer les variables environnementales les plus fréquemment associées à la présence de larves et de mener des opérations de démoustication sélectives. Des résultats jugés assez encourageants pour que le Paraguay et la Bolivie, pays qui jouxtent eux aussi le Brésil, décident en 2008 d'expérimenter le projet à leurs frontières.

Catherine Vincent

CHIKUNGUNYA (24): INDIA (MAHARASHTRA)

Date: Sat 7 Aug 2010

Source: Pune Mirror [edited]

<[Ce qui est inquiétant, c'est que cette mousson, Puneities sont attaqués à partir de 3 diereses - La grippe porcine, le paludisme et le chikungunya. Selon Pune Municipal Corporation \(PMC\) les chiffres du ministère de la santé, 10 des cas de chikungunya ont été enregistrées depuis Janvier \[2010\] jusqu'à la date.](http://www.punemirror.in/index.aspx?page=article§id=2&contentid=201008072010080723523362991ae0d0§xslt=></i></p></div><div data-bbox=)

RR Pardeshi, médecin hygiéniste de la santé (MoH), a déclaré dès maintenant, nous sommes en se concentrant sur les zones de taudis. "Il n'ya aucune trace de la mort dans la ville à cause de chikungunya, dit-il.

Byline [: Siddharth Gadkari et Neelambari Bhoge]

-

*Communiqué
HealthMap
<promed@promedmail.org>*

alerte

via

*par:
ProMED-mail*

[Inde est endémique du virus chikungunya, et des flambées sporadiques ont sont fréquentes. Ce rapport ne fournit pas de dates précises pour la survenue de ces cas, si on ne sait pas s'il s'agit d'un petite épidémie de contact ou tout simplement des cas disséminés au fil du temps, bien que le rapport ne les associer à la saison des moussons.

L'absence de morts parmi les infections à virus chikungunya est 10 pas du tout surprenant, car le taux de létalité de cette infection est proche de zéro, la mortalité seulement ayant été documentés posteriori dans l'épidémie massive de La Réunion en 2005-2006 (voir ProMED-mail 20061014.2953 nombre d'archives).

DENGUE/ DENGUE HÉMORRAGIQUE : MISE À JOUR AU 4/8/2010

ASIE

	Date	Nombre de cas	Décès	dengue hémorragique	Observation
Inde (Delhi)	4 aout 2010	le nombre total de cas est de 31 cette saison. d'autres sources donnent un nombre total de cas à 61 voire 68 à Delhi en 2010.	1 décès	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeux du Commonwealth en perspective ▪ Intensification de la pulvérisation de larvicides chimiques ▪ Formation pour les médecins ▪ Diffusion de Standards de prise en charge ▪ Rationalisation de l'utilisation du sang et des plaquettes 	
Philippines (national)	25/7/2010	29 393 cas de dengue entre le 1 ^{er} janvier et le 10 juillet 2010. Le nombre de cas pourrait atteindre 70 000 en 2010.	228 décès entre le 1 ^{er} janvier et le 10 juillet 2010		
Philippines (Negros Occidental)	26/7/2010	Le nombre de cas de dengue entre Janvier et Juillet 2010 s'est accru de 193 % par rapport à 2009. 1302 cas cette année contre seulement 444 pendant la même période en 2009.	10 décès cette année au 28/7/2010 contre 9 en 2009.	Mise en œuvre de la stratégie 4 S – Search (Recherche) et destruction des gîtes larvaires en eaux Stagnantes. Self-protection, Soins et consultation précoces et Savoir et information	
Philippines (Davao Sur)	27/7/2010	près de 700 cas entre Janvier et Juillet 2010.	dont 9 décès Janvier - Juillet .	les hôpitaux sont débordés. la Grande vitesse de propagation du virus laisse supposer qu'il peut s'agir d'un nouveau sérotype viral ?	
Philippines (Aklan)	29/7/2010	103 cas de dengue sont signalés dans la province entre Janvier et Juin 2010. Durant la même période l'année 2009, un total de 43 cas ont été enregistrés dans la province d'Aklan province, avec le plus grand cas (22) dans la capitale, Kalibo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le mois de Juin a enregistré le plus grand nombre des cas (31cas) au cours de toute la période de 6 mois. 		
Malaisie	Un total de 27 400 cas a été signalé entre Janvier et le 25 juillet 2010.		91 décès dus à la dengue ont été signalés entre Janvier et le 25 juillet 2010. Les décès signalés jusqu'à présent cette année, sont survenus pour la plupart chez des adultes. Le nombre est plus élevé que celui enregistré en 2009, qui était de 88.		

LES AMERIQUES :

	Date	Nombre de cas	Décès	dengue hémorragique	Observation
République Dominicaine	5466 cas le ministère de la Santé Publique admet plus de 6000 cas vu Insuffisance du signalement	26 décès dont 16 enfants dans la seule Santiago Le site du ministère de la Santé Publique n'en indique que 9		16 (les enfans décédés)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Débordement des urgences ▪ Insuffisance du signalement ▪ un nombre anormalement élevé d'enfants décèdent de dengue à l'hôpital pédiatrique Dr. Arturo Grullon
Martinique	26/7/2010	plus de 12 000 personnes, parmi une population estimée à 402 000 en 2008, ont réclamé des soins médicaux pour des symptômes évocateurs de la dengue, et près de 200 d'entre eux ont été hospitalisés.		6 décès	Si toutes les municipalités sont touchées par la épidémie, il semble y avoir plus de cas semblent dans le centre et le sud du département.
Brésil (national)	8/8/2010	Le nombre de cas de dengue a plus que doublé dans 6 états; Sao Paulo est en tête avec 2,28 plus de cas de dengue qu'en 2009	<p>Traditionnellement, le mois d'août est un mois à faible risque pour la transmission de la dengue, en raison du temps froid, de l'humidité plus basse, et des précipitations. La fièvre dengue a atteint le seuil où les changements des conditions climatiques exercent son influence.</p> <p>C'est un problème du à des décennies de mauvais choix politiques, peu d'interet pour l'infrastructure urbaine et acharnement pour «l'élimination» de l'_Aedes Aegypti_, et irrégularité des programmes. De prévention. Et il est maintenant trop tard. Paraphrasant Drummond: Brésil ... et maintenant? La fête est finie et la fièvre dengue a gagné la partie</p> <p>Y at-il encore une solution? Oui mais cela va nécessiter une grande «réforme» des programmes de lutte. Le gros problème qui se pose aujourd'hui sont les décès; ces derniers doivent être la priorité absolue. Ce ne sera pas facile, mais ... une longue marche commence toujours par un 1ère pas.</p>		
Brésil : Sao Paulo	185 966 cas signalés jusqu'à fin avril 157 200 cas confirmés jusqu'à 29 juin 2010. Le pic de l'épidémie a été enregistré en Mars, avec 51 057 cas en 2009, il y avait 6612 cas de Janvier à Juin.				120 décès
Brésil : Alagoas	Plus de 32 000 cas notifiés et 19 758 cas confirmés dans les 28 premières semaines de l'année 2010. Soit une augmentation de près de 800 % par rapport à 2009. (Durant la même période de 2009, il ya eu 3453 cas signalés dont 1871 ont été confirmés. le taux d'incidence a atteint jusqu'à Juin 650 / 100 000 hab. Auparavant, l'incidence la plus élevée enregistrée était de 570/100 000 en 2008.	9 décès confirmés et 13 autres décès sont en cours d'investigation. 354 cas de DHF confirmés parmi plus de 500 suspicions. 177 autres sont en investigation et 27 ont été écartés.	<p>cet état vit la plus grande épidémie de dengue jamais enregistrée dans son histoire.</p> <p>L'ensemble des 102 municipalités en Alagoas ont enregistré des cas suspects de dengue. 36 municipalités sont en situation épidémique et 36 autres sont en état d'alerte. Parmi le total des cas déclarés, près de 10 000 sont en cours d'investigation et environ 2400 ont été éliminés.</p> <p>Plus de 100 villes dans l'État ont eu des cas suspects de dengueLa dernière épidémie importante de la maladie a eu lieu en 2008, avec plus de 250 000 cas enregistrés, et 255 décès à Rio de Janeiro. En 2002, il y avait eu près de 290 000 cas avec 91 décès. En s'appuyant sur cette tendance à l'acroissement, de la maladie, certains spécialistes prévoient une nouvelle épidémie importante en 2011. Le ministère de la Santé Publique de l'état de santé, juge que le nombre de cas enregistrés jusqu'à maintenant n'est pas alarmant.et que les deux types du virus de dengue 1 et 2 sont en circulation dans l'état Mais 3000 pompiers sont actuellement employés comme agents de santé municipaux impliqués</p>		

			<p>dans la lutte contre la prolifération du vecteur. un plan d'urgence pour lutter contre la maladie a été mis en œuvre.</p> <p>Les spécialistes sont préoccupés également par un retour possible du sérotype 1 du virus de la dengue, qui n'a pas circulé à Rio depuis le début de la décennie 1990, et qui a été détecté dans certaines municipalités de l'intérieur de l'État. Il est possible que ce sérotype provoque une grosse épidémie étant donné que de nombreux enfants et jeunes n'ont eu aucun contact avec ce sérotype,</p>
Brésil : Pernambuco	32 136 cas ont été Enregistrés Jusqu'à la mi-Juin, dans 171 communes. Sont une augmentation de 460 % par rapport à la même période de 2009 où il y avait 5739 cas déclarés		
Brésil : Mato Grosso	40 528 cas depuis début 2010. Pas de grande augmentation (14 %) par rapport à 2009.		59 décès depuis début 2010.
Brésil : Mato Grosso do Sul	78 364 cas enregistrés jusqu'à la dernière semaine de Juillet. Soit une augmentation de 570 % Par rapport au 1er semestre 2009.		43 décès enregistrés jusqu'à la dernière semaine de Juillet.
Brésil : Goiás	92 441 cas de dengue enregistrés jusqu'à Juillet 2010, soit une augmentation de 96% par rapport à 2009	<p>Les chercheurs en épidémiologie affirment que l'épidémie de dengue est la conséquence directe de l'absence de surveillance et de prévention, avec en plus, des failles dans les stratégies publiques de l'assainissement, dans la collecte sélective des ordures et dans l'éducation environnementale.</p> <p>Le moustique se développe par temps doux en hiver et dans l'eau stagnante Le climat est un facteur très important , et, au Brésil, il est favorable pour le développement du moustique <i>Aedes aegypti</i>, ce qui rend l'éradication de la maladie très difficile, mais non impossible.. il faut pour cela intégrer les actions de prévention et de surveillance.</p>	
Brésil : Minas Gerais	220 121 cas déclarés jusqu'à Juillet 2010. En 2009 il y avait 74717 cas au cours de la même période Soit une augmentation de 195 %.		66 décès confirmés jusqu'à Juillet 2010
Brésil (Rio de Janeiro)	Au cours du 1er semestre 2010, il ya eu 21 346 cas de dengue contre 12403 pendant toute l'année 2009. Le nombre de cas de dengue à Rio a presque doublé par rapport à 2009		31 deces au cours du 1er semestre 2010 contre 12 durant toute l'année 2009.

DIVERS

EMERGENCE D'UN NOUVEAU MÉCANISME DE RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

Un article mis en ligne, le mercredi 11 août 2010, sur le site de la revue britannique « The Lancet » fait état de la découverte en Grande Bretagne, d'entérobactéries (*Escherichia coli* (colibacille), et *Klebsiella pneumoniae*), multi résistantes aux antibiotiques, présentes en Inde et au Pakistan et qui auraient été importées au Royaume-Uni par des sujets britanniques qui avaient subi des interventions de chirurgie esthétique en Inde ou au Pakistan, dans le cadre du phénomène qu'on range désormais sous l'appellation de tourisme médical .

Ces bactéries sont porteuses d'un gène de résistance dénommé NDM-1 qui code pour une enzyme appelée "New Delhi métallo-bêta-lactamase 1" (NMD-1) qui inactive certains antibiotiques et en particulier la famille des carbapénèmes, qui sont à ce jour les antibiotiques de dernier recours contre les entérobactéries multi résistantes. Ce gène a été identifié pour la première fois en 2009 chez un patient indien qui avait été hospitalisé en Suède.

L'équipe à l'origine de la publication du « Lancet » a étudié la prévalence du gène NMD-1 dans des prélèvements bactériens effectués en Inde du nord et du sud, au Pakistan et en Grande Bretagne. Des germes porteurs du NDM-1 ont été trouvés dans 44 prélèvements de Chennai (nord de l'Inde), 26 du Haryana (Sud de l'Inde), et 37 au Royaume-Uni, et 73 dans d'autres sites en Inde et au Pakistan. NDM-1 a été principalement trouvé chez des *Escherichia coli* (36) et des *Klebsiella pneumoniae* (111), qui étaient très résistants à tous les antibiotiques, sauf à la tigécycline et la colistine.

Ces souches auraient, en plus du potentiel connu de donner des infections nosocomiales, celui de donner des infections extrahospitalières. En effet, les klebsielles isolées à Haryana, dans le nord de l'Inde provenaient d'infections extrahospitalières. Cela peut signifier que le gène responsable est répandu dans l'environnement et que les germes qui le portent ont un potentiel de circulation en communauté et présentent donc une aptitude à provoquer des flambées épidémiques. Cet aspect est jugé "très préoccupant" par les auteurs britanniques, car ces nouvelles propriétés épidémiologiques des germes dotés de la multi résistance aux antibiotiques conférée par ce gène pourraient selon eux, les habiliter à constituer un problème pour la santé publique mondiale et imposent d'ores et déjà la nécessité de mise en place d'une surveillance internationale coordonnée à leur égard.

Les auteurs mettent en garde également contre le phénomène de tourisme médical, car selon eux son justificatif de faire faire des économies au système de santé britannique, pourrait lui coûter bien plus que les économies réalisées à court terme.

PESTE BUBONIQUE, PULMONAIRE AU PÉROU (LA LIBERTAD),

Date: Mon 2 Aug 2010

Source: Associated Press (AP) [edited]

<http://www.msnbc.msn.com/id/38529059/ns/health-infectious_diseases>

Le ministre de la Santé du Pérou a déclaré qu'une épidémie de peste bubonique a tué un garçon de 14 ans ayant un syndrome de Down, le 26 Juillet 2010, et en a infecté au moins 31 personnes, dont la plupart avaient présenté une peste bubonique, transmise par les piqûres de puces, et seulement 4 cas avaient présenté une peste pulmonaire pouvant être consécutive à une transmission aérienne, ou être une complication d'une peste bubonique, dans une province côtière du Nord, les autorités sanitaires ont mis en place un contrôle des exportations de sucre et de poissons provenant de la province d'Ascope [Région de La Libertad], située à environ 520 km au nord-ouest de Lima, non loin de la célèbre plage de Chicama.

Au Pérou, la 1^{ère} épidémie de peste a été enregistrée en 1903 et la dernière, en 1994 a tué 35 personnes.

COMMENTAIRES PROMED-MAIL

La province d'Ascope est située dans la région de La Libertad, dans le nord-ouest du Pérou. Elle est frontalière de la province de Trujillo, où la maladie a également été récemment signalée : en effet il y avait eu une épidémie de peste bubonique dans le district de Chicama de la province d'Ascope (La Libertad) en avril 2010. Ce qui laisse supposer un rapport entre la flambée en cours et l'éclosion précédente d'avril 2010, dans la quelle aurait contribué un accroissement de la population de rats dans le secteur.

Date: Mon 2 Aug 2010

Source: PAHO [edited]

<http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3311&Itemid=2206>

Durant la 28^{ème} semaine épidémiologique (EW 28) de 2010, le ministère de la Santé du Pérou a confirmé le 1er cas de peste pulmonaire chez un patient de 29 ans résidant du district de Chocope, province d'Ascope, département La Libertad. Le patient n'avait pas de bubons. Par la suite, 3 autres cas ont été enregistrés. Ils ont été confirmés par un test rapide.

Durant l'EW 30, 17 cas de peste ont été signalés; dont 4 avaient une peste pneumonique, 12 avaient une peste bubonique et 1 avait une peste septicémique qui a abouti au décès .a mort. Pour le dernier cas de peste pulmonaire enregistré, le début des symptômes a eu lieu le 11 juillet 2010. Au cours de l'enquête, *Y. pestis* a été isolé dans 10 prélèvements effectués chez des humains, des rongeurs et des chats domestiques.

La dernière épidémie de peste, dans la province d'Ascope eu lieu dans la localité de Santa Clara, dans le district de Casa Grande entre Août et Septembre 2009. Au cours de l'épidémie, 15 cas ont été signalés, dont 9 cas ont été confirmés par le laboratoire.

Parmi les mesures pour le contrôle de la flambée actuelle menées par les autorités nationales et locales du Pérou, figurent les mesures suivantes:

- Recherche active des contacts et des cas secondaires; et recours à la chimioprophylaxie chez les contacts;

- Un contrôle strict de la mise en place et l'application des mesures de biosécurité par les agents de santé;
- Renforcement du réseau de laboratoires pour la collecte et le traitement des échantillons;
- Mise en œuvre d'un programme de gestion de l'environnement.

Date: Fri 13 Aug 2010

Source: Agence France-Presse [edited]

<<http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5jveEG2qqSLps-8qQRoK1sQE4umiA>>

Le ministère de la santé a déclaré que le décès d'une femme de 29 ans par peste pulmonaire a porté le nombre de victimes de la peste au Pérou à 3 en 2 mois. Cette femme décédée à l'hôpital le 12 août 2010, a été gravement malade pendant 36 jours avant de succomber à la peste dans la province côtière d'Ascope, à quelque 520 kilomètres au nord-ouest de Lima.

Depuis la fin Juin 2010 2 autres décès étaient dus à la peste bubonique, des officiels ont déclaré que plus de 31 personnes avaient été infectées. Le ministre de la Santé a incriminé les progrès du développement agricole qui ont favorisé les infestations de rongeurs dans les villes voisines.

Le dernière flambée de peste bubonique dans le nord du Pérou a été observée en 1994, et entraîné le décès de 35 personnes et infecté plus de 1100 autres.

COMMENTAIRES PROMED-MAIL

Il ya eu des divergences entre les rapports autour du nombre total de cas, 21 ou 31 et le nombre de décès. Ce rapport annonce 31 cas au total, et un 3^{ème} cas fatal, déjà signalé.

PESTE BUBONIQUE EN BOLIVIE (LA PAZ)

Date: Wed 25 Aug 2010

Source: Agence France-Presse (AFP) [edited]

<http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5g9H0h5qTM-0Yxn8L8sHH_riO9UIA>

Le Ministère de la Santé Bolivie n a décrété, le 24 août 2010, une alerte sanitaire dans le nord du département de la Paz après qu'un garçon de 14 ans est décédé de peste bubonique. Jusqu'à présent, 8 cas de peste bubonique, dont l'adolescent décédé, ont été signalés à Apolo, une ville de 5000 habitants limitrophes du Pérou, où 3 personnes sont décédées au cours d'une flambée de peste survenue dans les 2 derniers mois.

Un plan d'urgence comprenant "renforcement des contrôles sanitaires et des té et des programmes de prévention dans les collectivités où une augmentation des populations rongeurs et de puces a été signalé.

La dernière épidémie de peste bubonique dans le nord du Pérou, ayant entraîné 35 décès et infecté plus de 1100 personnes remonte à 1994.

La région de la Bolivie, où l'épidémie de *Yersinia pestis* est en cours est frontalière de l'est du Pérou. Tandis que, la région de La Libertad du Pérou où des cas de peste se sont produits récemment est située sur le côté nord-ouest du pérou

Source : OMS http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3376&Itemid=2206

Sur des études épidémiologiques Semaine (EW) 32 de cette année, le ministère de la Santé et des Sports de l'État plurinational de Bolivie a enregistré un cas confirmé de peste bubonique chez un homme de 14 ans de la municipalité de Apolo, département de La Paz qui décédé le 7 août 2010. À ce jour, pas de nouveaux cas ont été signalés. En ce qui concerne l'épidémie de peste au Pérou, de l'EW 32 jusqu'à ce jour, le ministère de la Santé enregistré 27 cas de peste, dont 11 ont été confirmés en laboratoire. Parmi ces 27 cas enregistrés, 21 ont été la peste bubonique (dont un décédé), 4 peste pneumonique et deux morts de la peste septicémique. 25 d'entre eux ont contracté l'infection dans la province de Ascope et 2 à Trujillo. Le dernier cas de peste pulmonaire symptômes sont apparus le 11 août 2010 et il n'y avait pas de nouveaux cas par la suite.

HÉPATITES B ET C, NOSOCOMIALES SUITE À DES SOINS DENTAIRES AU MISSOURI - USA

Date: 30 Jul 2010

Source: The St Louis American [edited]

<http://www.stlamerican.com/articles/2010/07/30/news/local_news/localnews00001.txt>

INFECTIONS NOSOCOMIALES CHEZ DES VETERANS DU MISSOURI : 2 CAS D'HEPATITE B, ET 2 CAS D'HEPATITE C

L'Administration des Veterans (VA) a publié ce jour les derniers résultats des tests effectués chez les patients dentaires à l'hôpital John Cochran de la VA à St.Louis au Missouri. Le 28 juillet 2010, la VA confirmé avoir trouvé 2 résultats positifs pour l'hépatite B et 2 résultats positifs pour l'hépatite C chez les 1.812 patients qui ont été exposés à l'hépatite B, l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en raison d'une procédure de stérilisation inadéquate à sa Clinique dentaire de Cochran révélée par une inspection a alors qu'elle était en place pour depuis un peu plus d'un an.

Le VA a notifié le risque auquel ils ont exposés à 1769 anciens combattants et travaille encore avec la coordination des sans-abri à contacter les anciens combattants sans adresse connue. Le VA a déclaré 1598 a répondu à la communication en faisant appel à un rendez-vous pour les tests. Certains anciens combattants ont opté pour la réalisation des analyses dans un laboratoire privé de leur choix aux frais de la VA. La VA a signalé que 13 anciens combattants ont refusé les tests ou ne se sont pas présentés au rendez-vous.

Cependant, les infections dépistées peuvent ou non être lié au problème d'équipement dentaire de la clinique Cochran. Le VA a déclaré qu'il est plus en train de faire plus d'investigations pour déterminer la période d'incubation et la source possible de l'infection. Le VA a déclaré qu'il prendra en charge tous les frais et les les soins de santé nécessaires pour les anciens combattants infectés.

la transmission nosocomiale des infections à transmission sanguine, en particulier celles qui impliquent une intervention dentaire, sont rares aux États-Unis.

ENCEPHALITE MORTELLE NON DIAGNOSTIQUÉE EN INDE (GUJARAT)

Date: 5 Aug 2010

Source: Ahmedabad Mirror [edited]

<<http://www.ahmedabadmirror.com/article/3/20100805201008050345232579f980af6/Encephalitis-claims-17-lives;-fears-of-outbreak-worsen-.html>>

Les craintes que le Gujarat n'ait peut-être bientôt à faire face à une autre épidémie virale sont de plus en plus fortes. Le gouvernement de l'état a révélé, le 4 août 2010, qu'il a été enregistré 17 décès dus à une encéphalite virale aiguë dont 11 sont survenus dans la seule journée du 3 août 2010.

Alarmé par ce nombre élevé de décès survenus en un seul jour, le ministère la santé de l'État a depeché en urgence des équipes médicales à Vadodara, Kheda, et Panchmahal - les 3 districts où les 17 décès ont eu lieu pour agir rapidement dans les régions touchées en vue d'empêcher le déclenchement d'une épidémie.

Le ministère de la Santé Publique a déclaré que jusqu'à présent, 29 personnes ont été testées positives pour une encéphalite virale. (Sans préciser toutefois, les tests utilisés, ni les virus en cause). Au 3 août 2010, ce chiffre était de 16. "Nous avons envoyé des prélèvements faits chez des cas suspects à l'Institut de virologie à Pune dès que nous aurons les résultats, nous mettrons en place un plan d'action pour faire face à la situation.

Parmi les 17 décès recensés au Gujarat, 9 sont survenus à Panchmahal, 6 à Kheda, et 2 à Vadodara. Les 3 districts semblent être atteints par l'encéphalite virale car tous les cas positifs en sont originaires. Des sources du département ont fait état d'un rôle possible du phlébotome dans la propagation de l'infection dans la situation actuelle.

Bien que le nombre de cas positifs ne soit pas encore très élevé à l'heure actuelle, les autorités sanitaires éprouvent toutefois beaucoup d'inquiétude car il ya plus de 36 000 personnes dans l'État, dont 2006 à Ahmedabad, qui souffrent d'une «fièvre d'origine inconnue" (FOI) et l'on craint qu'un nombre important parmi eux n'ait en réalité contracté l'encéphalite virale.

L'encéphalite est principalement d'origine virale, le virus peut être contracté par les piqûres d'insectes, la nourriture, les boissons, ou un contact avec une personne infectée. Les personnes âgées, les nourrissons, et les patients VIH sont les plus à risque. Bien que la phase aiguë de l'encéphalite virale dure en général quelques semaines, certaines personnes peuvent mettre plusieurs mois pour guérir.

le ministère de la Santé Publique a déclaré que "Le pourcentage de positivité est élevé chez les enfants. Ils présentent une fièvre élevée et des convulsions. Dans certains cas les personnes touchées ont un coma ", "les personnes qui présentent des symptômes d'encéphalite doivent être hospitalisées immédiatement, si la personne infectée n'est pas immédiatement mise sous observation médicale les chances d'aggravation de son état de santé deviennent de plus en plus fortes.

Quand au vecteur de l'infection, les phlébotomes sont souvent trouvés dans les huttes en terre car ils y pénètrent par les fissures dans les murs.

COMMENTAIRES PROMED

Bien que le virus impliqués dans ces cas d'encéphalite n'est pas spécifié, les autorités de santé semblent soupçonner un virus transmises par des phlébotomes. Le candidat le plus probable est le Chandipura virus, qui a été identifié auparavant dans certaines régions de l'Inde en tant que agent étiologique des encéphalites. Il se produit à la fois de façon épidémique et sporadique. Chez les enfants, l'évolution de la maladie peut être rapide avec une mortalité à 55-75 %. Des épidémies dues au virus Chandipura ont été déjà observées dans l'État du Gujarat.

REFERENCES

1. Rao BL, Basu A, Wairagkar NS, et al: A large outbreak of acute encephalitis with high case fatality rate in children in Andhra Pradesh, India in 2003 associated with Chandipura virus. Lancet. 2004; 364(9437): 869-74; abstract available at <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15351194>>.
2. Chadha MS, Arankalle VA, Jadi RS, et al: An outbreak of Chandipura virus encephalitis in the eastern districts of Gujarat state, India. Am J Trop Med. 2005; 73(3): 566-70; available at <<http://www.ajtmh.org/cgi/content/full/73/3/566>>.
3. Tandale BV, Tikute SS, Arankalle VA, et al: Chandipura virus: a major cause of acute encephalitis in children in North Telangana, Andhra Pradesh, India. J Med Virol. 2008; 80(1): 118-24; available at <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/117348365/PDFSTART>>.
4. Basak S, Mondal A, Polley S, et al: Reviewing Chandipura: a vesiculovirus in human epidemics. Biosci Rep. 2007; 27(4-5): 275-98; available at <<http://www.bioscirep.org/bsr/027/0275/0270275.pdf>>.

LEISHMANIOSE VISCERALE – SUD SOUDAN : (JONGLEI)

Date: Sat 7 Aug 2010

Source: Sudan Tribune [edited]

<<http://www.sudantribune.com/spip.php?article35888>>

Des agents Etatiques de l'état de Jonglei (sud soudan près de la frontière éthiopienne) ont signalé un foyer épidémique de Kala azar dans la région. La maladie qui a frappé pendant la semaine du 2 août 2010, a déjà tué 48 personnes et entraîné l'hospitalisation de 130 personnes. Les agents Etatiques ont exprimé leur crainte de voir le nombre de decés continuer à s'élever.

De nombreuses zones atteintes dans l'État de Jonglei sont d'un accès difficile en saison des pluies. De nombreux patients sont ainsi confinés dans leurs villages en raison du manque de moyens de transport et des fortes inondations dans la région, qui rendent ainsi difficile pour eux l'accès aux unités de soins de santé.

Dans les seules zones accessibles d'Ayod (situé dans l'est de la région semi-autonome) environ 48 personnes sont décédées et 138 personnes sont hospitalisées, sans qu'il soit

possible d'évaluer les décès dans les zones inaccessibles par route, situées au centre du comté d'Ayod.

Les comtés de Fangak et Pigi ont également signalé des cas de kala-azar selon le ministre de la santé de l'Etat de Jonglei, qui a décrit la situation à Ayod comme étant «la pire».

Le ministre a annoncé que des installations sanitaires seront envoyées immédiatement dans la région. Et il a appelé les organisations humanitaires internationales à apporter leur assistance rapidement.

Le kala-azar, également connu sous le nom de leishmaniose viscérale, est endémique dans les comtés du nord de l'État de Jonglei. Dans l'Etat de Jonglei, le nombre de cas de Kala azar a baissé de près de 6000 cas en 2003 à moins de 2000 en 2006. Voir (Kolaczinski JH et al: Kala-azar Epidemiology and Control, Southern Sudan. Emerg Infect Dis 2008; 14(4): 664-6; available at <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2570907/>>).

Date: mer 11 août 2010

Source: AllAfrica, un rapportage de RFI (Radio France Internationale, Paris)
<<http://fr.allafrica.com/stories/201008120088.html>>

En 2 mois, la fièvre noire, ou kala-azar, a entraîné la mort de 31 personnes dans le sud-est du Soudan. Ces 31 cas mortels recensés à ce jour sont circonscrits à la ville d'Ayod, dans l'Etat de Jongle, mais on redoute que la maladie ne s'étende à d'autres zones reculées et sous-développées du Sud-Soudan où l'accès aux soins pour les populations des villages reculés est difficile notamment en raison du début de la saison des pluies et des affrontements tribaux.

Quand elle n'est pas traitée rapidement, la fièvre noire est mortelle dans 100 % des cas. Or, dans cette région du sud-est du Soudan une grande majorité de la population n'a pas accès à des soins de base. Les villageois des zones reculées peinent souvent à se rendre à temps dans les centres de santé pour se faire traiter. Ces difficultés sont exacerbées par les récents affrontements entre tribus et le début de la saison des pluies.

Lors d'un entretien à RFI, un médecin qui travaille pour Médecins sans frontières (MSF) explique qu'il existe plusieurs traitements mais qui n'ont pas la même efficacité, selon les régions : "En Afrique de l'Est, dont le Soudan, on utilise encore un dérivé d'antimoine, l'antimoine pentavalent, qui peut être utilisé soit seul, pendant 30 jours, en injections intermusculaires quotidiennes". Mais il y a un traitement plus récent qui permet de raccourcir de 30 à 17 jours la prise d'injections, en associant l'antimoine pentavalent à une autre molécule injectable et qui permet donc de traiter plus de patients dans un laps de temps plus court..

Pour faire face aux difficultés des populations à se faire soigner, l'idée est de multiplier les centres géographiques de traitement et d'utiliser pour cela, en première ligne, un test-diagnostic rapide qui se fait en quelques minutes et qui permet de faire un diagnostic assez précis, au plus près du patient..

COMMENTAIRES PROMED-FRA

La période traditionnellement considérée à risque se situe entre les mois de septembre et mars. Mais cette année [2010], l'épidémie continue de sévir, s'amplifiant de manière inquiétante.

La mortalité très importante (31 décès en deux mois) s'explique par le début de la saison des pluies, et les affrontements tribaux qui font rage dans la région. Ceux-ci rendent très difficile l'accès aux soins avec un risque que la maladie s'étende dans d'autres zones reculées.

La leishmaniose viscérale (LV), ou kala-azar, ou de fièvre noire, est la forme la plus grave de leishmaniose. Le parasite causal constitue parmi les parasites, la 2^{ème} grande cause de mortalité parasitaire dans le monde (après le paludisme), l'un et l'autre étant responsables chacun d'un demi-million de décès estimés dans le monde.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il faut accorder une attention particulière au problème de l'émergence de la co-infection avec le VIH.

RE-EMERGENCE DE LA ROUGEOLE EN EUROPE:

Une flambée de rougeole de plus de 20 000 cas déclarés, se poursuit en Bulgarie depuis avril 2009 tandis que des clusters de cas ont été signalés dans plusieurs pays Européens en 2009 et 2010 (Pologne, Slovénie, Irlande, Italie, Allemagne) et voilà maintenant la Grèce qui est atteinte : voir le rapport ci-dessous :

Date: Thu 29 Jul 2010

Source: Eurosurveillance, Volume 15, Issue 30 [edited]

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19629>>

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE EN COURS EN GRÈCE, JANVIER À JUILLET 2010

By D Pervanidou 1, E Horefti 2, S Patrinos 1, T Lytras 1, E Triantafillou 1, A Mentis 2, S Bonovas 1, T Panagiotopoulos 1,3

1 Department of Surveillance and Intervention, Hellenic Centre for Disease Control and Prevention, Athens, Greece

2 National Measles Reference Laboratory, Hellenic Pasteur Institute, Athens, Greece

3 Department of Child Health, National School of Public Health, Athens, Greece

Date: Thu 29 juillet 2010

Source: Eurosurveillance, Volume 15, Numéro 30 [] édité

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19629>>

RESUME

Une flambée de rougeole (126 cas signalés à ce jour) a débuté en Grèce, en Janvier 2010, elle est liée à l'origine à la récente flambée qui se déroule en Bulgarie. Les cas sont essentiellement des sujets non vaccinés, appartenant principalement à 3 groupes: les Roms de nationalité bulgare, population Rom grecque et la population grecque majoritaire. Dans ces groupes de population, respectivement, 67 %, 95 %, et 25 % des cas étaient des enfants âgés de 0-14 ans. Des mesures ont été prises pour relever la vigilance clinique et la vaccination de groupes spécifiques de population a été entreprise. Des stratégies sont nécessaires pour accroître le recours à la vaccination de routine par les groupes dur-à-atteindre.

CONTEXTE

La rougeole est encore présente en Europe, provoquant de graves complications et des décès chez les enfants [1,2]. Malgré une baisse importante de l'incidence de la rougeole au cours de la dernière décennie en Europe, l'objectif de l'OMS d'éliminer la rougeole en Europe d'ici 2010 ne semble pas réalisable [2]. Une flambée de rougeole de plus de 20 000 cas déclarés est en cours en Bulgarie depuis avril 2009 [3,4], et des clusters de cas sont signalés dans plusieurs pays Européens en 2009 et 2010 [5-9].

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire en Grèce, la définition de cas de 2008 de l'Union européenne (EU) est utilisée [10]. Globalement, l'incidence de la rougeole en Grèce a évolué régulièrement vers la baisse au cours des 25 dernières années. Les dernières flambées de rougeole ont eu lieu en Grèce en 1996 et en 2005 et 2006.

Les cycles de 2 à 5 ans entre les épidémies de rougeole observée précédemment ont pris fin depuis

l'épidémie de rougeole de 1996. La dernière flambée, en 2005-2006, a touché principalement

des enfants Roms non vaccinés âgés de 0-14 ans, les adolescents plus âgés et des jeunes adultes issus de la population générale majoritaire qui étaient soit non vaccinés soit ayant reçu une seule dose de vaccin antirougeoleux, et des migrants non vaccinés ou incomplètement vaccinés [11].

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE EN COURS EN GRECE

Un total de 126 cas de rougeole a été signalé au « Hellenic Centre for Disease Control and Prevention » à travers le système de déclaration obligatoire au 25 juillet 2010 (soit un taux d'incidence à 1,1 cas pour 100 000 habitants). Le 1er cas a été notifié le 29 janvier 2010.

CLASSIFICATION DES CAS:

77 (61 %) des 126 cas signalés ont été confirmés au laboratoire (par la sérologie et / ou par PCR). 31 cas (25 %) ont été classés comme cas probables (cas répondant aux critères clinique et ayant un lien épidémiologique). 18 cas (14 %) ont été classés seulement cas possibles (cas répondant aux critères cliniques).

INVESTIGATION DE LABORATOIRE:

Jusqu'à présent, le génotype D4 du virus la rougeole a été identifié chez les 19 cas génotypés par le laboratoire national de la rougeole (Institut Pasteur hellénique). Neuf parmi ces cas sont de nationalité bulgare (Roms), 9 sont de nationalité grecque (dont 6 d'entre eux sont des Roms) et un cas est de nationalité albanaise. Un génotypage est en cours pour plusieurs autres cas.

NATIONALITE / POPULATIONS A RISQUE ELEVE:

36 (29 %) parmi les 126 cas signalés appartenaient à des communautés roms de nationalité bulgare, principalement de familles de travailleurs saisonniers en Grèce (habituellement de condition pauvre). 87 cas (69 %) étaient des personnes de nationalité grecque, 43 (34 %) d'entre eux appartenaient à la communauté Roms grecques. Sept cas (6 %) étaient des professionnels de santé. Trois (2 %) des cas étaient des personnes d'autres nationalités (un immigrant venant d'Albanie, un touriste venant du Danemark et un autre venant de France).

Évolution de l'épidémie dans le temps :

Au cours des 7 premières semaines de l'épidémie, la majorité des cas étaient de nationalité bulgare. Au cours des semaines suivantes, des cas de nationalité grecque ont été également signalés, et après la semaine 21/2010, la majorité des cas appartenaient à des communautés Roms grecques.

Répartition selon l'âge :

78 (62 %) des 126 cas signalés étaient des enfants âgés de 0-14 ans, avec le plus grand nombre de cas (n = 34, 27 %) dans le groupe d'âge 1-4 ans. Dix cas (8 %) avaient moins qu'un an. La majorité des cas de rougeole de nationalité bulgare étaient des enfants 0-14 ans (67 %), principalement des enfants âgés de 0-4 ans (42 %). Presque tous les cas issus de la population des Roms grecs étaient des enfants 0-14 ans (95 %), dont la moitié avait entre 0 et 4 ans. La majorité des cas issus de la population grecque non-minoritaire étaient des jeunes adultes âgés de 20 ans (66 %).

Le statut vaccinal :

Les informations concernant le statut vaccinal ont été fournies par les médecins qui l'ont recueillie dans les carnets de santé des enfants, ou au près des parents ou des patients eux-mêmes. Parmi les 106 cas de rougeole pour lesquels le statut vaccinal était connu, 93 cas (88 %) ont été signalés comme non vaccinés. 13 cas (12%) ont été vaccinés contre la rougeole, tous sont de nationalité grecque (12 cas membres de la population grecque générale non minoritaire et un seul de la communauté rom). Neuf cas sont signalés comme ayant reçu une dose de vaccin anti rougeoleux (le cas issu de la communauté Rom a été vacciné 7 jours avant la début de la maladie), et 4 cas ont reçu un nombre indéterminé de doses.

Notion de Voyage récent à l'étranger:

Une information concernant un éventuel voyage récent à l'étranger (À moins de 3 semaines avant l'apparition des symptômes) était disponible pour 114 parmi les 126 cas. 104 cas (91 %) n'avaient pas d'antécédents de voyage récent l'étranger, y compris les 22 cas de nationalité bulgare. Dix cas (9 %) avaient des antécédents de Voyage récent : 8 cas s'étaient récemment rendus en Bulgarie (6 personnes de nationalité bulgare, l'un des Roms de nationalité grecque et le sujet de nationalité danoise), un cas s'étaient récemment rendu en France (la personne de nationalité française), et un autre avait voyagé mais son itinéraire n'a pas été déterminé.

Hospitalisations, complications et évolution :

Sur les 125 cas dont le statut concernant l'hospitalisation était connu, 83 (66 %) ont été hospitalisés. Parmi ces mêmes 125 cas, des complications ont été rapportés chez 31 cas (25 %) des cas. Parmi les complications observées on note une pneumonie (18 cas), une otite moyenne (7 cas), des laryngites et / ou bronchite (6 cas). La rougeole a été compliquée par une méningite chez un sujet du sexe masculin âgé de 29 ans, dont le statut vaccinal était inconnu. Aucun décès n'a été signalé.

Répartition géographique:

Les premiers clusters de rougeole ont été signalés par le district d'Ilia dans le sud-ouest de Grèce (30 cas au total dont la plupart situés dans 3 villages) et dans l'île de Crète (6 cas du

district de Chania et 13 cas du district de Héraklion, dont 10 sont du même village). Il n'a pas été retrouvé de lien épidémiologique entre les clusters d'Ilia, Chania et Héraklion. Au 25 juillet 2010, des cas de rougeole ont été signalés dans 21 des 52 districts du pays, sans aucun modèle évident de la propagation géographique. Les grappes ont été rapportées dans les camps de Roms grecs (33 cas dans 8 clusters situés dans des camps de Roms grecs) et dans des villages où des Roms de nationalité bulgare ont séjourné (26 cas dans 5 villages). Le plus grand cluster comprenait 13 cas (12 cas d'un même village, parents entre eux pour la plupart, et un professionnel de santé), appartenant tous à la population grecque non membres de groupes minoritaires. 2 Seulement parmi les clusters étaient directement liées à des cas importés ayant un antécédent récent de voyage à l'étranger. Parmi les nourrissons de moins d'un an, la moitié (5/10) faisaient partie de clusters familiaux, et un seul faisait partie d'un cluster communautaire.

Les mesures de contrôle

Les mesures de santé publique suivantes ont été mises en œuvre. Toutes les autorités régionales et locales de santé publique, les médecins et autres professionnels des soins de santé travaillant dans le secteur public et privé en Grèce ont été informés de cette épidémie et de l'épidémie en Bulgarie, ainsi que sur les investigations à faire devant une suspicion de cas et sur la gestion appropriée des cas de rougeole et de leurs contacts (Isolement des cas, la recherche des contacts et la vaccination des contacts susceptibles). Des guidelines pour la lutte contre la rougeole ont été distribués aux personnels de santé et sont disponibles sur le site internet du centre hellénique Centre pour le contrôle et la Prévention des maladies (<<http://www.keelpno.gr>>). En outre, les médecins ont appelés à accroître leur vigilance à l'égard de la rougeole et à renforcer la surveillance de routine et à compléter la vaccination des enfants, adolescents et jeunes adultes de toutes les Communautés, conformément au calendrier national de vaccination. En plus, des campagnes de vaccination dans les groupes de population ayant une faible couverture vaccinale ont été organisées dans le pays, avec pour priorité les communautés à risque élevé (en particulier les Roms) dans les zones touchées.

Discussion et conclusions

Il s'agit d'un rapport préliminaire concernant une épidémie de rougeole en Grèce, reposant sur les données de la surveillance nationale. Le 1^{er} cas et groupes ont été observés chez les personnes de nationalité bulgare, probablement liées à la épidémie de rougeole qui a débuté en avril 2009 [3] en Bulgarie. Toutefois, la forte proportion de ressortissants grecs, principalement ceux issus des communautés roms, souligne que, malgré la couverture vaccinale nationale par le rougeole-oreillons-rubéole (ROR) élevée, des poches de populations non vaccinées existent toujours.

La vaccination par 2 doses de vaccin ROR a été incluse, depuis 1991, dans le calendrier national de vaccination en Grèce. Selon le calendrier national de vaccination, l'administration de la 1^{ère} dose du ROR est recommandée à l'âge de 12-15 mois et la 2^{ème} dose à l'âge de 4-6 ans. La couverture vaccinale par le ROR est élevée chez les enfants en Grèce, mais elle est encore loin d'être optimale chez les adolescents et les jeunes adultes. Dans certains groupes de population (par exemple les Roms grecs), la couverture vaccinale est faible. Selon la dernière étude nationale sur la couverture vaccinale, effectuée en 2006, environ 99 % des élèves de la 1^{ère} année primaire (environ 6 ans) ont reçu une dose de vaccins anti-rougeoleux, et 77 % ont reçu 2 doses. Chez les enfants roms, les couvertures sont respectivement de 82 % et de 45 %, mais il s'agit seulement des enfants Roms scolarisés et ces chiffres peuvent représenter une surestimation de la couverture de

l'ensemble des enfants roms. En 9^{ème} année du primaire (environ 14 ans), la couverture par une seule dose de vaccin anti-rougeoleux était de 92 % et de 80% avec 2 doses [12].

Il est préoccupant de constater que la répartition par âge des cas chez la population Roms grecque (95 % des cas de moins de 15 ans) est similaire à celle observée dans de nombreux pays à l'ère pré-vaccinale [13]. Les enfants de moins d'un an représentaient 8 % de tous les cas (taux d'incidence de 9,1 pour 100 000 habitants). Au cours de certaines épidémies récentes, l'incidence de la rougeole dans ce groupe d'âge a été trouvée élevée par rapport aux années précédentes [14]. Le taux d'hospitalisation nous avons trouvé (66 %) est similaire à celui rapporté dans certaines épidémies récentes en Europe [3,5], mais supérieur à d'autres [6,14], reflétant peut-être une plus grande sous-déclaration des cas bénins.

La survenue de cette flambée souligne la nécessité d'atteindre un niveau élevé de la couverture vaccinale par 2 doses de vaccin ROR en vaccination de routine dans la population générale (pas seulement chez les enfants, mais aussi chez les adolescents et jeunes adultes) et la nécessité d'accroître la couverture vaccinale chez les populations difficiles à atteindre. Il est également important d'avoir des politiques systématiques qui assurent un bon accès aux services de vaccination pour les enfants dans les communautés roms en Grèce.

REFERENCES

1. EUVAC NET. Measles surveillance annual report 2009. Copenhagen: EUVAC NET.

Available from:

<http://www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/annual_2009.pdf>.

2. Lopalco PL, Martin R. Measles still spreads in Europe: who is responsible for the failure to vaccinate?. Euro Surveill. 2010;15(17):pii=19557. Available from:

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19557>>.

3. Marinova L, Muscat M, Mihneva Z, Kojouharova M. An update on an ongoing measles outbreak in Bulgaria, April-November 2009. Euro Surveill. 2009;14(50):pii=19442.

Available from:

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19442>>.

4. EUVAC NET. Measles outbreak in Bulgaria: update as of week 28, 2010. Copenhagen: EUVAC NET. Available from:

<<http://www.euvac.net/graphics/euvac/outbreak/bulgaria28.html>>.

5. Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zielinska E, Jankowski T, Slodzinski J, Kess B, et al. Spotlight on measles 2010: A measles outbreak in a Roma population in Pulawy, eastern Poland, June to

August 2009. Euro Surveill. 2010;15(17):pii=19550. Available from:

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19550>>.

6. Gee S, Cotter S, O'Flanagan D, on behalf of the national incident management team. Spotlight on measles 2010: Measles outbreak in Ireland 2009-2010. Euro Surveill.

2010;15(9):pii=19500. Available from:

<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19500>>.

7. Batzing-Feigenbaum J, Pruckner U, Beyer A, Sinn G, Dinter A, Mankertz A, et al. Spotlight on measles 2010: Preliminary report of an ongoing measles outbreak in a subpopulation with low vaccination coverage in Berlin, Germany, January-March 2010. *Euro Surveill.* 2010;15(13):pii=19527. Available from: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19527>>.
8. Grgic-Vitek M, Frelj T, Ucakar V, Prosenc K, Tomaia J, Petrovec M, et al. Spotlight on measles 2010: A cluster of measles in a hospital setting in Slovenia, March 2010. *Euro Surveill.* 2010;15(20):pii=19573. Available from: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19573>>.
9. EUVAC NET. Measles outbreaks in Piemonte, Italy between 1 January 2010 and 13 May 2010. Copenhagen: EUVAC NET. Available from: <<http://www.euvac.net/graphics/euvac/outbreak/italy5.html>>.
10. European Commission. Commission Decision of 28 April 2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. 18.06.2008:L159. Available from: <http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/docs/1589_2008_en.pdf>.
11. Georgakopoulou T, Grylli C, Kalamara E, Katerelos P, Spala G, Panagiotopoulos T. Current measles outbreak in Greece. *Euro Surveill.* 2006;11(8):pii=2906. Available from: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2906>>.
12. Panagiotopoulos T, Georgakopoulou T, Stavrou D, Danis K, Laggas D, Georgiadou L, et al. Greek national study on vaccination coverage and occurrence of tuberculosis infection in children, 2006. Athens: National School of Public Health. 2009 [in Greek].
13. Miller E, Nokes DJ, Anderson RM. Measles, mumps and rubella vaccination. *BMJ.* 1992;304(6839):1440-1.
14. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, Zentner G. An outbreak of measles in an ultra-orthodox Jewish community in Jerusalem, Israel, 2007 - an in-depth report. *Euro Surveill.* 2008;13(8):pii=8045. Available from: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=8045>>.

COMMENTAIRE PROMED-MAIL

Avant 2010, les dernières flambées de rougeole en Grèce, sont survenues en 1996, et en 2005- 2006. Cette nouvelle résurgence de la rougeole semble être essentiellement une conséquence de déplacements de travailleurs immigrés appartenant à la communauté Rom, à partir de la Bulgarie et à une propagation ultérieure de l'infection parmi la population Rom indigène en Grèce. Cette situation met la lumière sur la nécessité de nouvelles initiatives visant à étendre la vaccination de routine à certaines franges de la population qui sont actuellement difficiles à atteindre.

HANTAVIRUS EN ALLEMAGNE (BADE-WURTEMBERG)

Date: Tue 27 Jul 2010

Source: SWR.de [in German, trans. Sr Tech.Ed.MJ, edited]

<<http://www.swr.de/nachrichten/bw/-/id=1622/mid=1622/did=6697112/1hg1u6b/>>

Le nombre d'infections à hantavirus s'est rapidement accru dans le Bade-Wurtemberg au cours des 1^{er} mois de l'année 2010. Selon les autorités, 736 personnes ont été jusqu'à présent infectées par un hantavirus depuis le début de l'année 2010 dans le Bade-

Wurtemberg. Cela représente 100 fois plus de cas que ce qui a été observé au cours de la même période de l'année 2009.

En Pforzheim, une jeune femme aurait succombé à une infection par ce virus. Des investigations sont actuellement menées pour déterminer la cause de son décès. Il ne s'agit selon un porte-parole du ministère de la santé que d'un cas suspect, alors que le Pforzheimer Zeitung affirme que la femme était infectée par ce virus et en est morte.

Les résultats de l'enquête sont attendus dans environ une semaine. Cette jeune femme serait la deuxième personne à mourir d'une infection au hantavirus dans le Bade-Wurtemberg en 2010. En Janvier 2010, un décès avait été déjà notifié dans le district de Ludwigsburg.

Le précédent décès par cette infection dans le Bade-Wurtemberg avait été observé chez un homme en 2001.

L'augmentation actuelle du nombre de cas, est probablement dûe au fait que la population du campagnol roussâtre, *Myodes glareolus* anciennement *Clethrionomys glareolus* a beaucoup augmenté en raison des conditions d'abondance de nourriture. Ces animaux transmettent le virus à travers leurs excréments et urines. Surtout pendant l'hiver froid, les gens vont dans les sous-sols, greniers, granges ou ces rongeurs recherchent abri et où le contact avec le virus augmente.

L'infection par ce virus provoque une forte fièvre, des céphalées violentes, des courbatures et des douleurs gastriques. Il y avait eu en 2007, une vague similaire d'infections à hantavirus

mais le porte-parole des autorités nationales de santé a déclaré que le nombre de cas ne seraient probablement pas aussi élevé cette année qu'ill'a été en 2007.

Cette année a été une année très active pour les infections humaines à hantavirus en Allemagne. Le hantavirus impliqué dans ces cas est le plus probablement le Puumala virus. Le *Myodes Glareolus* est le réservoir du virus Puumala connu en Allemagne.

RICKETTSIOSES AU MEXIQUE (SONORA)

Date : Sun le 25 juillet 2010

Source : Notisistema, Mexico [in Spanish, trans. Mod.JW, edited]

<<http://www.notisistema.com/noticias/?p=284749>

Le ministère de la Santé publique de l'État de Sonora a indiqué qu'en 2010, un total de 44 personnes ont été infectées par des rickettsies, dont 5 sont décédées. Le directeur du département d'épidémiologie, a déclaré que la plupart des cas de la maladie transmise par les piqûres de poux, tiques, puces et acariens sont survenus dans le sud de l'État de Sonora dans les municipalités de Guaymas, Ciudad Obregon, Hermosillo, Navojoa, Nogales, Quiriego, Huatabampo, Puerto Penasco et Etchojoa. Les décès attribuables à cette maladie, ont été signalés dans la municipalité de Miguel Aleman (2) et au nord de la ville de Nogales(3).

Les bactéries sont transmises aux humains par la piqure de tiques, qui sont transportées par les animaux domestiques comme les chiens. Veiller à la propreté des chiens et chats domestiques réduit la possibilité de les voir attaper ces parasites qui peuvent être des agents de la maladie. les enfants sont le groupe d'âge le plus à risque, car ils ont des contacts plus fréquents et plus directs avec les chiens et ils jouent à même le sol.

Selon les informations le secrétariat d'État à la santé est en train de conduire une campagne d'information à l'intension de la communauté sur l'importance des mesures visant à prévenir rickettsioses.

COMMENTAIRE PROMED-MAIL

Les espèces de rickettsies en cause ne sont pas mentionnées ici, mais l'invocation du rôle des tiques du chien suggère que la maladie est due à *Rickettsia Rickettsii*.

Les infections à *R. rickettsii* ont été identifiées dans le sud du Canada, aux États-Unis, au nord du Mexique, au Costa Rica, au Panama, au Brésil et en Argentine. Quelques synonymes de la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses dans d'autres pays comprennent le typhus à tiques, la fièvre Tobia (Colombie), la fièvre de Sao Paulo et la Fievre maculosa (Brésil), et Fievre manchada (Mexique).

FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT, ANIMALE – NAMIBIE

Date : Wed, 28 Jul 2010

Source : FAO NEWS Release 10/62 en [edited]

<<http://www.fao.org/news/newsroom-home/en/>>

"The positive contribution of Namibia in the fight against RVF has international significance," Diouf said. "For this reason, FAO would like to formally recognise the preparedness and readiness in place in Namibia and the alertness of veterinary services.

Jacques Diouf, le Directeur général de la FAO, a félicité le 27 juillet 2010, la Namibie d'avoir agi rapidement et efficacement pour enrayer la propagation de la fièvre de la vallée du Rift (FVR) dans le pays au cours des flambées observées dernièrement.

S'exprimant lors d'une réunion au ministère de l'Agriculture, de l'eau et Forêts à Windhoek, M. Diouf a félicité les institutions namibiennes impliquées. « Leur vigilance et leur réaction rapide a empêché en mai 2010 des foyers de FVR de se propager, avec des conséquences potentiellement dévastatrices sur les vies, les moyens de subsistance et la sécurité alimentaire.

Diouf a félicité particulièrement le Conseil de la viande de la Namibie, les abattoirs où la maladie a été détectée, la Direction des Services vétérinaires et les éleveurs concernés.

M. Diouf a souligné que la vigilance et l'intervention rapides des services vétérinaires ont été d'autant plus remarquables, quand on sait que la FVR a réémergé en Namibie après une absence de 25 ans, et presque tout le personnel impliqué n'avait jamais eu à combattre cette maladie auparavant.

La FVR est une maladie transmise par les moustiques après de fortes pluies et des inondations et se caractérise par des taux élevés d'avortement et de mortalité néonatale, principalement chez les bovins chez les ovins, mais également les caprins. Les humains courent le risque de la contracter - et éventuellement d'en mourir - lorsqu'ils ont été en contact étroit avec du sang ou des organes d'animaux infectés ou s'ils sont piqués par des moustiques infectés.

Une équipe de la FAO comprenant de membres de la production animale, de la Division santé et le Centre d'urgence pour les maladies animales transfrontières, déployée à la demande du gouvernement Namibie n'est rentrée pleine d'admiration et d'éloges pour la performance professionnelle des services vétérinaires namibiens dans la gestion de l'épidémie, jugeant que la réponse rapide des Namibiens a été exemplaire et a très probablement empêché que les pires ne se produise.

la FVR a été suspectée en premier par les services vétérinaires chez des ovins dans 2 exploitations au Hardap / région de Karas, le 9 mai 2010. La maladie a été détectée lors de

l'inspection de l'abattoir du marché de viande des agriculteurs à Mariental, lorsque des lésions de la FVR ont été reconnues à l'examen.

"La contribution positive de la Namibie dans la lutte contre la FVR a une portée internationale ", a souligné M. Diouf." Pour cette raison, la FAO comme pour reconnaître officiellement l'état de préparation et de préparation mis en place dans La Namibie et la vigilance des services vétérinaires.

"Ceci est un exemple qui doit inspirer les autres pays à suivre pour protéger leurs animaux, les moyens de subsistance, le commerce et même les gens, avec les pays voisins de maladies animales graves.

Toutefois, la FVR continuera à poser des menaces, y compris à la Namibie, la prochaine saison des pluies - prévu en Octobre / Novembre 2010 - apporte les risques de retour. FAO se réjouit de l'appui à la définition des différentes options pour le contrôle et la prévention dans le cadre de la Namibie stratégie future.

COMMENTAIRES PROMED

La Namibie a Notifié immédiatement à l'OIE, dès le 10 mai 2010, 12 flambées de FVR chez les animaux. Contrairement à plusieurs pays touchés par la FVR au cours de ces dernières années, où l'humain a agi comme sentinelle de la circulation animale du virus, en Namibie, la maladie a été détectée en premier chez les animaux, alors qu'aucune infection humaine n'a été encore signalée à ce jour – d'après ce que nous savons -. Cette réalisation est en effet louable.

le virus de la FVR a apparemment récemment circulé dans 3 pays du sud de de l'Afrique: Afrique du Sud, où des infections animales et humaines ont été enregistrées depuis la fin de 2009, la Namibie et le Botswana.

FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO EN NAMIBIE (KARAS)

Date : Mon 2 août 2010

Source : AllAfrica, The Namibian report [edited]

<<http://allafrica.com/stories/201008030900.html>>

Même s'il n'est pas encore retourné à son troupeau et sa ferme d'élevage d'ovins, ce namibien atteint de la fièvre hémorragique Crimée Congo (FHCC) a quitté la Bloemfontein Medi-Clinic en Afrique du sud, le 30 Juillet 2010. Il a décidé de prolonger encore son séjour en Afrique du Sud pour une semaine, pour y achever sa convalescence. Sa femme qui vient également de se remettre d'une "grippe" et qui a été admise également à l'hôpital pour fièvre, mais la FHCC a été rapidement écartée chez elle. , pense qu'il est mieux de séjourner encore à proximité des médecins qui ont pris soin de son mari durant ces 2 dernières semaines pour le cas où il «devrait y avoir un problème ». Leurs 2 enfants restés à la ferme, ont été suivis pour s'assurer qu'ils n'avaient pas contracté la maladie.

Un porte-parole du ministère de la Santé Namibien a instamment demandé aux Namubiens de garder le calme, mais d'être vigilants devant cette première apparition de la maladie dans le pays au cours des 8 dernières années.

La fièvre hémorragique Crimée-Congo, ressemble par certains aspects à la FVR dont la Namibie a également connu une épidémie, la première depuis 1985, en cette année 2010, pour laquelle l'ONU à travers la FAO vient, au cours de la semaine du 26 juillet 2010 de

féliciter la Namibie pour avoir réussi à lutter contre l'épidémie sans perte de vies humaines.

COMMENTAIRES PROMED.

La Fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC) est une fièvre hémorragique virale causée par un virus appartenant au genre *Nairovirus* de la famille des *Bunyaviridae*. C'est principalement une zoonose, qui occasionne des cas sporadiques et des flambées épidémiques chez les humains. La maladie est endémique dans de nombreux pays en Afrique, en Europe et en Asie. Des Foyers ont été enregistrés en Afrique du Sud en 2008.

Le virus de la fièvre hémorragique Crimée Congo ainsi que sa tique vectrice sont géographiquement très répandus, comme en témoigne la découverte du virus de en Afrique, en Asie, au Moyen-Orient et en Europe de l'Est.

Les professionnels de santé dans les zones endémiques doivent être sensibilisés à la maladie et à la lutte contre cette infection par des procédures correctes pour se protéger et protéger leurs patients contre les risques d'infections nosocomiales par ce virus.

Le virus de la FHCC peut infecter un grand nombre d'animaux domestiques et sauvages. De nombreux oiseaux sont résistants à l'infection, mais pas les autruches qui sont sensibles, et peuvent afficher une forte prévalence de l'infection dans les zones endémiques. Les animaux sont infectés par les piqures de tiques infectées.

Les humains qui sont infectés par le FHCC acquièrent le virus par contact direct avec du sang ou d'autres tissus infectés provenant de l'élevage pendant cette période, ils peuvent également être infectés par une piqure de tique. La majorité des cas se voient chez les sujets impliqués dans l'élevage industriel comme les ouvriers agricoles, les employés d'abattoirs et les vétérinaires. La longueur de la période d'incubation de la maladie semble dépendre du mode de contamination par le virus. Après une piqûre de tique, la période d'incubation est généralement de 1 à 3 jours, avec un maximum de 9 jours. Après un contact avec du sang ou des tissus infectés la période d'incubation est habituellement de 5 à 6 jours, avec un maximum documenté de 13 jours.

Le début des symptômes est brutal : fièvre, myalgies, vertiges, des douleurs et raideur de la nuque, dorsalgies, céphalées, irritation oculaire et photophobie. Il peut y avoir des nausées, des vomissements et des maux de gorge dès le début, qui peuvent être accompagnés de diarrhées et de douleurs abdominales. Au cours des jours suivants, le patient peut présenter des sautes d'humeur brutales, et peut devenir confus et agressif. Après 2 à 4 jours, l'agitation peut être remplacée par de la somnolence, la dépression et la lassitude, et la douleur abdominale peut se localiser dans le quadrant supérieur droit, avec une hépatomégalie détectable. Le taux de mortalité est d'environ 30 %, la mort survenant au cours de la 2ème semaine de la maladie. Chez les patients qui se rétablissent, l'amélioration ne commence généralement que vers le 9ème ou le 10ème jour après le début de la maladie.

LE MAROC CERTIFIÉ EXEMPT DE PALUDISME

Source : WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, NO. 24, 11 JUNE 2010

Le paludisme à *P. falciparum* et à *P. vivax*, transmis principalement par l'espèce vectrice *Anopheles labranchiae*, était endémique au Maroc, un pays comptant >31,6 millions d'habitants en 2008.

L'histoire de la lutte contre le paludisme au Maroc remonte au début des années 1920. En 1939, on a enregistré un pic de l'incidence annuelle, avec plus de 350 000 cas. Les chiffres sont restés élevés tout au long des années 1940, avec 303 000 cas signalés et 548 décès par paludisme enregistrés en 1947. Depuis lors, la charge de morbidité a baissé régulièrement grâce aux interventions de lutte, à l'amélioration de la couverture des services sanitaires et au développement économique. Au Maroc, le paludisme est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1967. Le paludisme à *P. falciparum* a été le premier à disparaître du pays, avec un dernier cas autochtone enregistré en 1974. En revanche, la transmission locale du paludisme à *P. vivax* a continué.

En 1999 et avec l'appui de l'OMS, le Ministère de la santé du Maroc a décidé d'axer ses programmes sur l'élimination. Les années suivantes, la transmission locale du paludisme à *P. vivax* a pu être également interrompue, grâce aux efforts bien ciblés de la lutte antipaludique et à l'intensification de la surveillance.

En 2000, seuls 3 cas autochtones de paludisme ont été notifiés et il n'y en a eu aucun en 2001.

En 2002, une flambée de 19 cas autochtones s'est déclarée dans la province de Chefchaouen, un ancien foyer de transmission, ce qui a conduit le programme à intensifier ses activités de surveillance dans cette zone.

En 2004, a été enregistré le dernier cas autochtone de paludisme à *P. vivax*.

En 2008, après 4 ans sans transmission locale, les procédures pour obtenir la certification de l'élimination du paludisme ont démarré. Suite à l'application des modes opératoires normalisés de l'OMS, comprenant notamment une évaluation externe intensive, la certification a été accordée en mai 2010.

Après les Émirats arabes unis, le Maroc est le second pays à être ajouté au *Registre des zones où l'élimination du paludisme a été réalisée* depuis que les procédures de certification de l'OMS, qui avaient été abandonnées dans les années 1980, ont été remises en vigueur en 2004.

DECES PAR ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L'EST (EEE) AUX ETATS-UNIS (FLORIDE)

Date: 17 août 2010

Source: MDZ Online [in Spanish, trans. Corr.SB, edited]

<<http://www.mdzol.com/mdz/nota/231304-Aumentan-los-muertos-en-Florida-EE-UU-por-un-virus-transmitido-a-traves-de-mosquitos/>>

Les responsables de la santé de la Floride ont rapporté, le 17 août 2010, que quatre habitants de la Floride sont décédés des suites d'une encéphalite équine de l'Est (EEE), maladie transmise par les moustiques et qui affecte principalement les chevaux. Cette annonce a été faite alors que cet état comptant de grandes superficies marécageuses, et qui est endémique pour le virus de l'EEE, entame sa haute saison de maladies transmises par les moustiques.

Cet état endémique pour le virus de l'EEE a déjà enregistré un certain nombre de cas d'infection équine par virus de l'EEE de cette année.

2 décès par encéphalite équine de l'Est (EEE) sont survenus au mois de juillet 2010, chez 2 habitants de la région de Tampa. Deux autres décès confirmés sont ensuite survenus,

l'un à Tallahassee, la capitale de l'État, et l'autre dans la ville de Sopchoppy, au nord-ouest de la Floride.

L'EEE affecte principalement les chevaux non vaccinés, mais elle entraîne chaque année quelques décès chez des humains. Il n'existe aucun vaccin à usage humain contre la maladie, qui tue 1/3 des personnes qu'elle touche et laisse souvent des séquelles cérébrales importantes chez les survivants.

Il existe par contre un vaccin à usage vétérinaire recommandé chez les équidés.

Selon le ministère de la Santé de Floride, le virus de l'EEE et le virus West Nile ont été détectés dans 43 des 67 comtés que compte la Floride. Les responsables de la santé de l'État ont exhorté les habitants à prévenir les piqûres de moustiques en portant des vêtements protecteurs, en utilisant des répulsifs antimoustiques, et en évacuant toute eau stagnante, où les moustiques pourraient se reproduire, dans la proximité de leurs habitats.

Cet état est endémique pour le virus de l'EEE. Il y a eu, en 2010 un certain nombre de cas d'infection équine par le virus de l'EEE de dans l'état. Il n'existe aucun vaccin à usage humain disponible, bien que des vaccins anti EEE soient disponibles et recommandés chez les équidés.

ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L'EST - ETATS-UNIS (VIRGINIE, MASSACHUSETTS, MICHIGAN)

VIRGINIE

Date: 19 août 2010

Source: WPCVA.com [edited]

<<http://www.wpcva.com/articles/2010/08/19/chatham/news/news49.txt>>

Le Department de l'Agriculture et des Services aux consommateurs (VDACS) de la Virginie a confirmé le 1er cas en 2010 d'encéphalite équine de l'Est (EEE) chez un cheval, une femelle mustang 18-mois, de Suffolk, qui a été euthanasié le 26 juillet 2010 en raison de la gravité de ses symptômes : faiblesse extrême, ataxie, incapacité à coordonner les mouvements des muscles volontaires, instabilité et démarche chancelante. Le cheval a reçu une primo vaccination et un rappel à l'automne 2009, ainsi qu'un rappel en mai 2010. Il est inhabituel d'observer la maladie chez un animal vacciné. On peut se demander si le vaccin n'a pas été administré de façon inappropriée dans un site tel que le ligament nuchal qui ne permettrait pas au cheval de développer une réponse immunitaire. On peut également se demander si le vaccin a été manipulé correctement, maintenu à la bonne température, et bien reconstitué et mélangé, ou si une dose complète a été administré.

Cette année, de nombreux Etats connaissent un niveau exceptionnellement élevé d'infection EEE, mais ce cas est le 1er cas rapporté en Virginie. L'année dernière l'État avait eu 8 cas, dont la plupart étaient dans la région de Tidewater.

La maladie équine a un taux de mortalité d'environ 80 %, et la prévention est l'élément clé de la lutte contre la maladie chez les équidés. En règle générale, l'EEE est transmise par les moustiques. Les méthodes préventives comprennent la vaccination, la destruction des sites de reproduction des moustiques en eau stagnante, l'usage des répulsifs et le retrait des

animaux retirer des zones infestées de moustiques durant les périodes de pic pour les piqûres d'insectes habituellement au crépuscule et à l'aube.

Dès avril 2010, les autorités Vétérinaires de l'État ont lancé des appels incitant les propriétaires de chevaux à s'adresser à leurs vétérinaires afin de planifier un calendrier de vaccination visant à protéger leurs chevaux contre l'EEE et virus West Nile. Les vaccins disponibles permettent en général de réduire drastiquement l'incidence des deux affections (EEE et le WN) chez les chevaux. Pour que le vaccin soit efficace, il doit être manipulé et administré correctement et être administré au moins 2 semaines avant que le cheval ne soit exposé au virus. En outre, pour avoir une immunité suffisante, les chevaux doivent recevoir deux doses, à environ 30 jours d'intervalle, lors de la 1ère année de vaccination. Les vaccins ne restent efficaces que pendant 6 à 12 mois, alors les chevaux doivent être ré-vaccinés au moins une fois par an. Dans une région où la maladie est fréquente, comme à Tidewater au Sud-Est de la Virginie, la plupart des vétérinaires recommandent une vaccination tous les 6 mois.

MASSACHUSETTS

Date: 19 août 2010

Source: South Coast Today [edited]

<<http://www.southcoasttoday.com/apps/pbcs.dll/article?AID=/20100819/NEWS/8190331>>

Un autre cheval a été infecté par l'encéphalite équine de l'Est, ce qui porte le total de cas d'EEE déclarée chez les chevaux dans l'état à 4. Le dernier cas est survenu chez un cheval de Lancaster chez qui le début des signes remonte au 12 août 2010.

Un cas à cheval dans le comté de Worcester »est un événement assez rare. Mais Il s'agit de 2e cas du comté en 2010, après qu'un cheval Warren ait contracté le virus au mois de juillet dernier.

D'autres cas d'EEE ont été également signalés cette année dans des villes de Middleboro et Plympton du comté de Plymouth.

le 18 août 2010, 2 autres populations de moustiques, composé principalement du moustique ornithophile *Culiseta melanura* ont été testées positives pour le virus de l'EEE.

Un seul cas humain d'EEE a été signalé cette année. Il s'agit d'un homme de Rhode Island qui probablement contracté la maladie lors d'une visite qu'il a faite dans le sud-est du Massachusetts il ya plusieurs semaines.

Vacciner, la vaccination, et encore la vaccination semble être le leitmotiv de tous les vétérinaires tiennent à l'adresse des propriétaires de chevaux.

ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L'EST (EEE) AU MICHIGAN)

Date: Tue 24 Aug 2010

Source: Freep.com [edited]

<<http://www.freep.com/article/20100824/NEWS05/8240345/1001/news>>

Un troisième cas humain d'encéphalite équine de l'Est (EEE) a été confirmé le 23 août 2010 par le Department de santé communautaire du Michigan. La semaine dernière, 2 cas humains ont été signalés dans le Comté de Kalamazoo.

FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AVEC SYNDROME RÉNAL RUSSIE (TATARSTAN)

Date: 10 août 2010

Source: Gorod Kazan News Agency [in Russian, trans. Corr.ATS, edited]

<<http://www.kzn.ru/news/show/16131>>

Une augmentation de l'incidence de la fièvre hémorragique avec syndrome rénal (FHSR) a été observée au Tatarstan. Les autorités sanitaires ont signalé que 11 cas de FHSR ont été enregistrés entre le 29 Juil et le 6 août 2010, ce qui représente 30 % de tous les cas observés en 2010.

Parmi ces 11 cas, 6 personnes ont contracté la FHSR dans des bois, une dans le voisinage d'un lac, une dans un village, et un dans une aire cultivée à proximité d'une implantaion.

Des Zoologistes appartenant à une institution régionale exerçant des activités de surveillance dans les zones forestières ont prévu une augmentation de la population de rongeurs dans le Tatarstan.

COMMENTAIRES PROMED-RUS

Bien que cela ne soit pas indiqué, il est probable que le virus responsable de cette épidémie de FHSR au Tatarstan est l'hantavirus Pummala et le réservoir de rongeurs est le campagnol roussâtre (*Myodes glareolus*).

La République du Tatarstan dont la capitale est Kazan est située dans la partie centre-est de la Russie européenne, dans le bassin moyen de la Volga près du confluent de la Volga et du Kama. Le paysage est celui d'une basse plaine vallonnée.

CONJONCTIVITE - OUGANDA, SUD SOUDAN ET TURQUIE

Uganda & Southern Sudan

Date: 20 Aout 2010

Source: MMWR Weekly, Volume 59, No. 32 [edited]

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5932a4.htm?s_cid=mm5932a4_e>

ÉPIDÉMIE DE CONJOCTIVITES AIGUES HEMORRHAGIQUES, CAUSEE PAR COXSACKIEVIRUS A24V EN OUGANDA ET SUD SOUDAN, 2010

Le CDC [Centers for Disease Control and Prevention] a été sollicité, le 22 Juin 2010 par l'institut ougandais de recherche sur les virus / ministère de la Santé Publique de l'Ouganda et par l'Institute de Recherche / Gouvernement du Sud Soudan (GOSS) le 11 Juillet 2010 via the CDC Global Disease Detection Regional Center au Kenya, pour réaliser des examens de diagnostic au laboratoire pour des prélèvements conjonctivaux faits chez des personnes présentant un " syndrome œil rouge." Atteintes dans le cadre d'une épidémie en cours de conjonctivite aigue hémorragique (CAH), ayant été observée en Ouganda et Sud Soudan depuis le printemps 2010.

Dans les situations d'épidémie, la CAH devient une maladie à déclaration obligatoire. Le nombre total de cas a été estimé en Ouganda après une confirmation des cas signalés au Ministère de la Santé par les établissements de santé de district et au Sud-Soudan, après un examen des dossiers médicaux dans 6 établissements de santé.

À ce jour, il a été recensé 6818 cas partir de 26 districts en Ouganda, et 428 cas à Juba, au Sud-Soudan, mais ces chiffres sont considérés comme sous-estimés car la plupart des cas ne sont pas signalés.

LE COXSACKIEVIRUS A24 IDENTIFIÉ COMME ÉTANT RESPONSABLE DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE EN OUGANDA ET AU SUD SOUDAN.

Les prélèvements ont été d'abord testés par (RT-PCR) à la recherche d'entérovirus à RNA. Les prélèvements Enterovirus-positifs sont ensuite caractérisés. Les prélèvements négatifs pour les entérovirus sont testés par PCR pour les adénovirus.

Parmi 29 prélèvements de conjonctivite provenant de L'Ouganda, 13 (45 %) ont été identifiés comme positifs à une variante du virus Coxsackie A24 (CA24v), un (3 %) est positif pour l'entérovirus 99 et 15 (52 %) ont été négatifs;

Parmi les 6 prélèvements conjonctivaux du Sud-Soudan, 3 (50%) ont été positifs au CA24v, et 3 (50 %) étaient négatifs.

Les 18 prélèvements négatifs pour les entérovirus ont été négatifs également pour l'adénovirus.

Les épidémies de CAH, causées principalement par l'entérovirus 70, CA24v, ou un adénovirus, sont observées à travers le monde essentiellement dans les régions tropicales et subtropicales, elles durent plusieurs mois et affectent de grands nombres parmi les populations (par exemple, plus de 10 000 à 200 000) (1,2). L'obtention de résultats négatifs au laboratoire est courante et peut être attribuée à des facteurs multiples dont le timing du prélèvement des échantillons.

Les symptômes (par exemple, hémorragie sous-conjonctivale, sensation de corps étranger, photophobie, et larmoiment) disparaissent généralement en 1 à 2 semaines. Le traitement des CAH est symptomatique, mais si une infection bactérienne secondaire est suspectée, les patients doivent recevoir des soins médicaux appropriés. La CAH est très contagieuse et peut s'étendre à l'ensemble de zones de voisinage et à des pays entiers, la prévention (par exemple, le lavage des mains et l'observation de règles d'hygiène) est essentielle pour le contrôle de la transmission de la maladie.⁴ Les mesures mises en place par l'Ouganda et le ministère de la Santé Publique du sud soudan (GOSS) comprenaient des directives concernant la réalisation d'enquêtes, des mesures de riposte, diffusion de guidelines cliniques et l'émission d'alertes sanitaires à travers les canaux médiatiques pour mieux faire connaître les symptômes, les modes de transmission, le traitement et la prévention.

RÉFÉRENCES

(1) CDC. Acute hemorrhagic conjunctivitis outbreak caused by coxsackievirus A24--- Puerto Rico, 2003. MMWR 2004;53:632--4.

(2) Tavares FN, Costa EV, Oliveira SS, Nicolai CC, Baran M, da Silva EE. Acute hemorrhagic conjunctivitis and coxsackievirus A24v, Rio de Janeiro, Brazil, 2004. Emerg Infect Dis 2006;12:495--7.

[Les lecteurs intéressés peuvent consulter le texte original sur le MMWR pour identifier un plus grand nombre de collaborateurs qui ont contribué à cette enquête.]

⁴ Recommandations pour la prévention sont disponibles sur le site du CDC <<http://www.cdc.gov/cleanhands>> et <<http://www.cdc.gov/conjunctivitis>>.

TURQUIE

Date: 18 août 2010

Source: Daily News and Economic Review [edited]

<<http://www.hurriyetaidailynews.com/n.php?n=istanbul-risks-eye-infection-outbreak-2010-08-18>>

Le nombre de personnes qui consultent les médecins pour conjonctivite virale a augmenté cette semaine à Istanbul par rapport la semaine précédente. Selon les autorités, de très nombreuses personnes consultent dans les hôpitaux pour une conjonctivite virale, cette augmentation du nombre de conjonctivites a été observée dans les districts de Fatih, Samatya, Bakirkoy, Zeytinburnu et Bahcelievler.

Le virus qui cause cette infection peut se propager à travers les voies respiratoires et est réputé plus transmissible en période de température et d'humidité élevées. Le nombre de personnes infectées augmente habituellement à l'automne, mais les experts sont cette année surpris par le nombre élevé de cas durant cet été 2010.

"Une épidémie de conjonctivite virale est observée une fois tous les 4-5 ans. "La propagation du virus peut être réduite de près de 90 % si les gens observaient les bonnes règles à suivre lors des éternuements en se couvrant la bouche en éternuant. "Les symptômes diminuent après la 1ère semaine, et le patient sera complètement rétabli en 3 semaines."

Pour prévenir la propagation de l'infection:

- Se laver souvent les mains avec de l'eau et du savon
- Ne pas toucher ou se frotter les yeux
- Ne pas utiliser les serviettes en commun avec les autres; les laver ensuite avec de l'eau et du détergent
- Utilisez des serviettes à usage unique une seule fois, les jeter ensuite
- Limiter l'usage des taies d'oreiller, verres, matériaux de maquillage, pommade et collyre pour les yeux à un usage strictement personnel.

COMMENTAIRES PROMED

L'origine virale est la cause la plus fréquente des conjonctivites. L'agent infectieux impliqué dans la flambée turque ne semble pas avoir été identifiée, mais il est probable que un ou plusieurs des adénovirus et picornavirus associés à des infections respiratoires légères survenant pendant les mois d'été.

La conjonctivite aiguë hémorragique observée en Ouganda et au Sud Soudan est un type de conjonctivite qui s'accompagne parfois d'une atteinte du système nerveux.

Cette épidémie a déjà été associée à A24 entérovirus 70 et une variante du coxsackievirus (A24) semble avoir été responsable de l'épidémie actuelle en Ouganda et au Sud-Soudan.

République Tunisienne
Ministère de la Santé Publique
Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes
5-7, Rue Khartoum. Tunis Belvédère-1002.

Tel : 216 71894512 / 216 71894525. Fax : 216 71894533
E-mail : onmne@rns.tn

Juillet 2010