



BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DE L'ONMNE

Mai 2010

FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT

- ◆ Fièvre de la Vallée du Rift (FVR) : Situation en Afrique du Sud.....3
 - FVR en Afrique du Sud.....3
 - FVR non confirmée chez la touriste allemande retournant d'Afrique du Sud.....3
- ◆ Fièvre de Vallée du Rift à Najran en Arabie Saoudite4
 - Situation en Arabie Saoudite4
 - Commentaires de médecins saoudiens.....5
 - Le Yémen est indemne de la Fièvre de la Vallée Du Rift6
- ◆ Fièvre de la Vallée du Rift au Kenya: Alerte et prévention.....6

FIEVRE HEMORRAGIQUE CRIMEE-CONGO

- ◆ Soudan : Fièvre Hémorragique Crimée -Congo Nosocomiale.....7
- ◆ Russie - Stavropol : Fièvre Hémorragique Crimée-Congo8
- ◆ Irak - Mossoul : Des décès par Fièvre Hémorragique, après consommation d'une viande contaminée.....9

DENGUE

- ◆ Dengue en Arabie Saoudite et au Yémen.....10
- ◆ La Dengue 3 s'introduit en Réunion, le Chikungunya y progresse11
- ◆ Epidémie de Chikungunya et des cas de Dengue dans le Sud-Est du Gabon13
- ◆ Dengue: Des chercheurs expliquent les formes sévères de la maladie13

GRIPPE

- ◆ OMS : Grippe Pandémique H1N1 - Mise à jour14
- ◆ Le prochain vaccin grippal saisonnier inclura le Virus Pandémique H1N1/ 200916
- ◆ Grippe Aviaire en territoires palestiniens occupés de Cisjordanie17

DIVERS

- ◆ Pays Bas : Fièvre Q – Avis Scientifique de l’Autorité Européenne de Sécurité Alimentaire20
 - Vaccination21
 - Présence de Coxiella Burnetii dans le lait21
 - L’EFSA rend un avis sur la fièvre Q21
- ◆ Polymyélie au Nigéria23
- ◆ Finlande : Des virus neuro-virulents, fortement divergents, dérivés des 3 stéréotypes des virus polio vaccinaux, sont détectés de façon récurrente dans les eaux d’égouts en rejet final à Tempère24
- ◆ USA – Texas : Listérioses mortelles26
- ◆ Kenya – Vallée du Rift : Choléra28
- ◆ Nigeria – Kebbi : Epidémie de Fièvre Hémorragique Lassa29
- ◆ Italie – Lombardie : West Nile Virus (WNV)31
- ◆ L’Ethiopie : Alerte à une extension géographique de la Malaria !32
- ◆ Rougeole en Afrique de l’Ouest et Centrale33
- ◆ Mauritanie : 19 décès dus à la Rougeole en 201034
- ◆ Burkina Faso : Méningite à Méningocoque en Afrique de L’Ouest et émergence du séro groupe X.....34
 - Burkina Faso: Des cas de méningites dues au Neisseria meningitidis X pour le quel aucun vaccin n’est disponible.....35
 - Recommandations OMS37
 - Situation régionale37
- ◆ Soudan – Darfour : 107 bébés meurent d’une fièvre à étiologie indéterminée à Nyala38
- ◆ Algérie : Plus de 600 cas de Tuberculose recensés à Oran depuis Janvier 201038
- ◆ Cameroun: Fièvre Jaune39
- ◆ Allemagne : Virus de Sindbis détecté chez des moustiques40

FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT : SITUATION EN AFRIQUE DU SUD

FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT (FVR) EN AFRIQUE DU SUD

Date: Le Mercredi 12 Mai 2010

Source: OMS, Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie, Flambées épidémiques

<http://www.who.int/csr/don/2010_05_12/fr/index.html>

Au 10 Mai 2010, le Ministère de la Santé d'Afrique du Sud avait notifié 186 cas confirmés de FVR chez l'homme, dont 18 mortels, dans les provinces des États-Libres [Free States], du Cap-Oriental [Eastern Cape], du Cap-du-Nord [Northern Cape], du Cap-Occidental [Western Cape] et du Nord-Ouest [North West]. La FVR est une infection virale affectant principalement les animaux (bovins, buffles, chèvres, moutons et chameaux), mais elle peut également toucher l'être humain. Son principal mode de transmission se fait par contact direct ou indirect avec du sang ou des organes d'animaux infectés. On a également observé chez l'être humain des infections résultant de la piqûre de moustiques infectés.

Selon certaines données, l'être humain pourrait s'infecter en consommant du lait crû ou non pasteurisé provenant d'animaux atteints.

Les autorités sud-africaines ont pris des mesures de santé publique, à l'intention de la population exposée, comportant une mise au point de messages essentiels pour la réduction des risques à l'intention des professionnels de la santé, des directives pour l'identification et la notification des cas, des analyses de laboratoires, une prise en charge clinique des cas, des mesures de lutte contre l'infection nosocomiale. Elles ont aussi prévu des mesures de prévention et de lutte, ainsi que la vaccination des animaux dans les zones non touchées.

L'OMS ne préconise aucune restriction aux voyages à destination ou en provenance d'Afrique du Sud. En revanche, elle recommande aux visiteurs de ce pays, notamment ceux qui ont l'intention d'aller dans des exploitations agricoles ou des réserves naturelles, d'éviter tout contact avec des tissus ou du sang d'animaux, de ne pas boire de lait crû ou non pasteurisé et de ne pas manger de viande crue.

Tous les voyageurs doivent prendre les mesures nécessaires pour se protéger des piqûres de moustiques et autres insectes hématophages (s'enduire de produits répulsifs, porter des chemises à manches longues et des pantalons longs, dormir sous une moustiquaire). Les professionnels et les services de la médecine des voyages doivent avoir connaissance de la situation actuelle de la FVR en Afrique du Sud, afin de prodiguer des soins et des conseils en conséquence.

LA FVR NON CONFIRMÉE CHEZ LA TOURISTE ALLEMANDE RETOURNANT D'AFRIQUE DU SUD

Source OMS http://www.who.int/csr/don/2010_05_04a/fr/index.html

Le 4 Mai 2010 - Le 27 Avril 2010, les autorités sanitaires allemandes ont notifié un cas de FVR confirmé en laboratoire, concernant une voyageuse de retour en Allemagne après un voyage en Afrique du Sud du 17 Mars au 8 Avril. Cette personne, avec ses trois compagnons, a visité des zones rurales et des réserves naturelles le long des côtes des provinces du Cap-Oriental et du Cap-Occidental. Les symptômes se sont manifestés le 7 Avril 2010, avec une fièvre, des céphalées et un exanthème (rash). Presque en même temps, une maladie similaire a été signalée chez ses

compagnons de voyage. Les autorités sanitaires allemandes enquêtent actuellement sur les circonstances autour de l'infection du cas confirmé.

Le 11 Mai 2010, l'Institut Bernhard Nocht de Médecine Tropicale en Allemagne a révélé que, d'après les analyses complémentaires de laboratoire, faites à la fois en Allemagne et en Afrique du Sud, la touriste allemande, pour laquelle on avait posé le diagnostic préliminaire de FVR, avait été en réalité infectée par une Rickettsie et non pas par le FVR.

Les Rickettsies sont des bactéries pouvant entraîner de nombreuses maladies et elles se transmettent par des arthropodes parasites hématophages, comme les puces, les poux ou les tiques. Les symptômes des Rickettsioses comportent une éruption cutanée, une fièvre et des symptômes d'allure grippale. La fièvre à tiques africaine est causée par *Rickettsia africae*. Elle tend à être moins grave, avec un exanthème moins important, et elle évolue rarement vers des complications. Toutes les Rickettsioses réagissent au traitement par des antibiotiques, comme la Doxycycline ou la Tétracycline.

Ces informations au sujet de la révision du diagnostic de la maladie aiguë qu'a présenté cette touriste revenue récemment en Allemagne en provenance d'Afrique du Sud, devraient rassurer les visiteurs de l'Afrique du sud, qui seront certainement nombreux à l'occasion de la prochaine Coupe du Monde de Football en Juin 2010. La probabilité d'y contracter le virus de la FVR pendant un voyage d'agrément n'est pas importante. Néanmoins les visiteurs devraient éviter tout contact avec du bétail malade et se protéger eux-mêmes des piqûres de moustique. Les services de santé des pays d'origine des personnes retournant d'Afrique du sud devraient également rester vigilants.

ARABIE SAOUDITE - NAJRAN : FIÈVRE DE VALLÉE DU RIFT

SITUATION EN ARABIE SAOUDITE

Le 6 Mai 2010

De : Shamsudeen Fagbo

Une Infection par le virus de la fièvre de Vallée du Rift chez un résidant de Najran

Un saoudien âgé de 40 ans, pompier de profession et résidant à Najran, a été diagnostiqué, le 28 Avril 2010, comme étant atteint de la FVR. Il a développé les premiers signes de la maladie le 23 Avril 2010 et a consulté le même jour dans une structure sanitaire publique à Najran, où il a été hospitalisé pour suspicion de fièvre hémorragique virale. Les signes qu'il a présentés étaient : une nausée, des vomissements, une diarrhée et une épistaxis.

Un prélèvement sanguin a été pratiqué et adressé au laboratoire central (Riyadh) et testé pour différentes fièvres hémorragiques virales (FVR, fièvre hémorragique d'Alkharma, et fièvre Dengue). Les tests se sont révélés positifs pour la FVR, qui a été détectée par RT-PCR en temps réel, et négatifs pour les autres maladies recherchées. Les IgM et les IgG antiviraux de la FVR étaient négatifs.

À l'heure actuelle, la source et le lieu exacts de la contamination du malade par ce virus de la FVR ne sont pas encore retrouvés et des investigations sont en cours. Le patient a beaucoup voyagé dans les secteurs du Sud-Ouest du Royaume Saoudien connus pour être endémiques pour la FVR (Tihama, Aseer, et Gizan), 45 jours environ avant le début des symptômes. Cependant, ce délai ne

semble pas compatible avec la période d'incubation connue du virus de FVR (environ 2 à 6 jours). En plus, l'absence d'anticorps anti FVR (IgM ou IgG) est un facteur supplémentaire contre le fait que le patient ait été infecté pendant ce voyage.

Le patient a également visité une exploitation d'élevage où il a acheté un animal, qui a été ensuite abattu et cuit pour lui. Le patient n'a pas participé lui-même à l'abattage ou au découpage de l'animal.

Le Ministère de la Santé, en coordination avec le Ministère de l'Agriculture et les Municipalités locales de Gizan, de Najran, et d'Aseer, sont en train de conduire de larges investigations épidémiologiques et entomologiques dont les résultats ne sont pas encore disponibles.

Une surveillance active de la maladie humaine et animale a été mise en place. Une vaccination des animaux contre le virus de la FVR par un vaccin atténué se poursuit dans les zones citées.

COMMENTAIRES DE MEDECINS SAUDIENS

La FVR a été confirmée en Arabie Saoudite et au Yémen pour la première fois en Septembre 2000 (c'était la première fois que la maladie est signalée en dehors du continent africain). Actuellement, on signale une flambée de la FVR en Afrique du Sud, qui a été responsable de plusieurs décès humains. La source d'exposition du patient saoudien reste, cependant, indéterminée. Bien qu'il ait voyagé dans des régions d'Arabie Saoudite endémiques par le virus, son infection semble avoir précédé ce voyage. La majorité des infections humaines résultent du contact direct ou indirect avec le sang ou les organes des animaux infectés, pendant la manipulation des animaux, l'abattage ou le découpage, l'aide à la mise bas des animaux, ou pendant la manipulation des carcasses ou des fœtus. Certaines catégories professionnelles telles que les bergers, les fermiers, les ouvriers d'abattoir et les vétérinaires sont donc les plus exposées à l'infection. D'autres voies de transmission sont possibles dont l'inhalation d'aérosols produits pendant la manipulation et l'abattage d'animaux infectés, la consommation de lait non pasteurisé et les piqûres d'insectes. Aucune transmission d'homme à homme de l'infection par le virus de la FVR n'a été documentée et la transmission aux membres du personnel soignant n'est pas un risque encouru lorsque des précautions standards de prévention des infections sont en place.

Des informations supplémentaires sur l'origine de la contamination du patient saoudien sont attendues.

Auteur : Ziad A Memish MD, FRCPC, FACP- Assistant Deputy Minister for Preventive Medicine And Shamsudeen F Fagbo DVM- Zoonotic Diseases Unit Directorate of Communicable Diseases-Ministry of Health-Riyadh 11176-Kingdom of Saudi Arabia <oloungbo@yahoo.com>



LE YEMEN EST INDEMNÉ DE LA FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT

Source : http://www.newsyemen.net/view_news.asp?sub_no=1_2010_05_06_43678

Le 6 Mai 2010, le Directeur Général de la Santé et des Contrôles Vétérinaires au Ministère de l'Agriculture, dans une déclaration au Yémen-News, aurait catégoriquement réfuté que le cheptel Yéménite soit atteint de la FVR et aucun cas de cette maladie n'a jamais été enregistré, que ce soit actuellement, ou par le passé, dans une région quelconque du Yémen.

Il a admis que, la présence de la maladie au Yémen a été suspectée suite, probablement, à sa découverte dans un troupeau en Arabie Saoudite qui aurait transité illégalement par le Yémen faisant l'objet de contrebande entre la Corne de l'Afrique et l'Arabie Saoudite.

Cette déclaration a été faite en réponse à des informations véhiculées par la presse saoudienne, qui ont fait état de la découverte de cette maladie dans un troupeau importé du Yémen.

FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT AU KENYA : ALERTE ET PREVENTION

Date: Le Jeudi 20 Mai 2010

Source: KBC (Kenya Broadcasting Corporation) <<http://www.kbc.co.ke/story.asp?ID=64071>>
le Gouvernement Kenyan émet une alerte sur une épidémie de FVR

Le gouvernement Kenyan est en alerte rouge au sujet d'une épidémie possible de la FVR dans le Nord-est, l'extrême Est et dans les provinces de la Vallée du Rift. Il y'aurait d'après le Ministre une forte activité de la maladie chez les animaux dans les régions pastorales, mais aucun décès n'a été rapporté, notamment parce que les bêtes étaient vaccinées. Le Ministère de la Santé compte engager une deuxième campagne de vaccination des animaux, afin de prévenir une épidémie.

La deuxième campagne de vaccination doit commencer dans les régions affectées, pour prévenir toute flambée de la maladie. Le 20 Mai 2010 le Ministère attendait des subventions supplémentaires de la part de la trésorerie afin de démarrer cette deuxième campagne.

Le gouvernement a déjà entrepris une campagne de vaccination qui a touché environ un million de têtes de bétail et qui ne manquera pas de réduire toute autre manifestation de la maladie durant la saison des pluies. L'année dernière (2009), le gouvernement a investi 500 millions de shillings (6.41 millions d'USD) pour entamer la lutte pendant la saison sèche.

La FVR est une fièvre hémorragique virale qui affecte principalement des animaux mais peut également infecter des humains. La maladie occasionne également des pertes économiques significatives dues à la mortalité et aux avortements qu'elle provoque parmi les animaux infectés.

Le virus de cette maladie a été identifié en premier au Kenya, en 1931, suite à une enquête sur une épidémie survenue chez des moutons dans une ferme de la Vallée du Rift au Kenya.

Une manifestation importante s'est produite dans le pays en 1997-98, pendant les pluies EL-Nino. En Décembre 2006, plusieurs décès ont été rapportés dans la zone de Garissa.

D'autres fièvres hémorragiques se produisent en Afrique Subsaharienne dont la fièvre jaune, la fièvre hémorragique d'Ebola, la fièvre hémorragique Crimée-Congo et la fièvre Dengue.

COMMENTAIRES

Il est intéressant de vérifier quel est le vaccin actuellement utilisé au Kenya :

Le vaccin vivant atténué de Smithburn, qui confère en principe une immunité définitive après une simple vaccination est cependant contre-indiqué chez les bêtes pleines. Le vaccin inactivé, qui peut être utilisé chez les animaux susceptibles, indépendamment de l'état de grossesse ou de lactation, exigerait un rappel de vaccination et serait plus coûteux.

D'autres détails sur les deux vaccins peuvent être trouvés sur les sites :

- Vaccin vivant : <<http://www.obpvaccines.co.za/prods/14.htm>>
- Vaccin inactivé : <<http://www.obpvaccines.co.za/prods/13.htm>>

SOUDAN : FIEVRE HEMORRAGIQUE CRIMEE-CONGO NOSOCOMIALE

Date: le Jeudi 29 Avril 2010

Source: Emerging Health Threats

<<http://www.eht-forum.org/news.html?fileid=news100429061451&from=forum>>

Des flambées suspectes d'être dues à la fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC) s'étaient produites dans la région de Kordufan du Soudan au cours des deux dernières années. Mais les scientifiques ne pourraient pas affirmer avec certitude que le virus de FHCC circule dans le pays. Les tests moléculaires effectués sur des prélèvements sanguins chez des patients lors d'une poussée ayant affecté 12 personnes en 2008, ont mis en évidence, pour la première fois, ce virus dans ce pays. Les résultats de ces analyses ont été publiés dans l'édition du mois de mai 2010 de *Maladies Infectieuses Emergentes*¹.

La FHCC est fatale chez environ 30 % des personnes qui la contractent. Elle peut être transmise par la pique d'une tique *Hyalomma* infectée. La tique qui vit dans de nombreuses régions d'Afrique, d'Asie et d'Europe du Sud s'infeste par le virus auprès d'animaux infectés. L'incidence de la maladie a tendance à augmenter dans certaines régions du monde, dont le Sud de l'Europe de l'Est et la Turquie, où des scientifiques ont récemment suggéré que les changements dans la manière dont le sol est utilisé seraient à l'origine de cette tendance. Ils soutiennent que les tiques peuvent immigrer dans des endroits éloignés, quand leurs zones d'habitat initiales sont séparées par des parcelles en friche, abandonnées par l'activité humaine, permettant ainsi au virus de se propager dans des secteurs de plus en plus éloignés.

¹ [IE Aradaib, BR Erickson, JE Mustafa, ml Khristova, NS Saeed, RM Elageb, et autres : manifestation Nosocomiale de fièvre hémorragique d Crimée-Congo, Soudan. *Emerg Infect Dis* 2010; 16(5-May)<<http://www.cdc.gov/eid/content/16/5/837.htm>>.]

Cette poussée soudanaise a été probablement déclenchée, selon Aradaib & collègues, quand un boucher d'Al-Fulah, une ville dans le Centre du pays, a contracté le virus de la FHCC à partir d'une viande contaminée qu'il a manipulée, il décède ensuite après avoir été admis à l'hôpital local. Il y a eu transmission du virus à deux infirmières, ainsi qu'à deux membres de la famille qui se sont occupés du patient, à la sœur du patient et à une infirmière qui s'est occupée d'elle, selon les auteurs. Le virus s'est également transmis à trois autres personnes exerçantes à l'hôpital. "Les gants de protection et les produits antiseptiques n'étaient pas disponibles à l'hôpital au cours de cette période" ont-ils ajouté.

Plus tard, trois autres cas probables de la maladie ont été détectés dans la communauté locale. Au total, neuf personnes sont décédées au cours de cette manifestation. Les tests de laboratoire ont confirmé que le virus de FHCC était la cause de la maladie dans les huit cas, mais le nombre de personnes incluses dans l'analyse n'apparaît pas clairement. "L'analyse génétique des virus a prouvé que la souche impliquée était semblable aux souches trouvées en Afrique du Sud, en Mauritanie et au Nigéria" rapportaient Aradaib & collègues. "La compréhension des lignées du virus de FHCC en circulation au Soudan va aider les scientifiques à reconnaître les mouvements du virus dans la région et à identifier les secteurs à risque pour la maladie", ont-ils ajouté.

COMMENTAIRES

Le Virus de la fièvre hémorragique Crimée-Congo (VFHCC) de la famille des Bunyaviridae, du genre Nairovirus est un virus transmis par les piqûres de tiques. Son génome tripartite d'ARN se compose d'un petit, moyen et grand segments. Le virus est distribué dans de nombreuses zones d'Afrique, d'Asie et d'Europe du Sud. Dans certaines régions, le virus est responsable de flambées épidémiques annuelles de fièvre hémorragique, associées à un taux de létalité élevé. Dans d'autres régions, il n'occasionne que des cas sporadiques. L'extension de la FHCC reflète celle de son hôte la tique Ixodid, et en particulier celles du genre Hyalomma.

Les humains s'infectent par la piqûre d'une tique infectée par le virus ou après un contact avec du sang ou du tissu de bétails ou d'autres personnes virémiques. Les flambées impliquent souvent des ruraux tels que des bergers, des ouvriers d'abattoir, ou du personnel soignant mal équipé. En dépit de la présence de la tique vectrice Hyalomma au Soudan, aucun cas de FHCC n'a été signalé et confirmé avant l'épisode rapporté précédemment. Cependant, au cours des deux dernières années depuis que la maladie a été identifiée en 2008, des épidémies suspectées d'être dues à la FHCC ainsi que des cas sporadiques ont été rapportés dans la région de Kordufan du Soudan. La transmission nosocomiale de l'infection par le virus de la FHCC est un risque connu, pour le personnel de la santé et des procédures hospitalières doivent être mise en place et adaptées en conséquence.

RUSSIE –STAVROPOL : FIEVRE HEMORRAGIQUE CRIMEE-CONGO

Date: le Vendredi 14 Mai 2010

Source: Stavropolskaya Pravda New Agency

<http://www.stpravda.ru/20100514/krymskoy_gemorragicheskoy_likhoradkoy_zaboleli_uzhe_chetyre_chel_44951.html>

Un quatrième cas de la fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC) a été diagnostiqué dans le kraï de Stavropol au cours de cette année 2010. Les cas ont concerné des sujets originaires des régions de Ipatovskiy, de Trtunovskiy et de Shpakovskiy. Tous ont contractés l'infection suite à des contacts avec des animaux de ferme. 1341 personnes ont consulté pour piqûre de tique dans le kraï de Stavropol durant cette saison épidémique, dont 59 ont été hospitalisés.

Il y a eu quatre cas de FHCC dans le kraï de Stavropol et deux dans la région de Rostov durant cette saison épidémique. En 2009, le nombre de cas de FHCC s'élevait à 66 dans le kraï de Stavropol alors qu'il était de 80 en 2008. L'incidence de la FHCC a diminué dans le Sud de la Fédération de Russie en 2009, seulement 116 cas ont été enregistrés en 2009, contre 212 cas en 2008. L'Agence Fédérale de Santé «Institut de Stavropol de Recherche contre les fléaux» a livré son analyse de la

situation épizootique pour les deux dernières années, son rapport soutient que le changement climatique aurait favorisé l'augmentation du nombre de tiques et aurait provoqué des changements de leur cycle de vie. En particulier, le cycle de développement de *Hyalomma marginatum* a été retardé de 30 à 45 jours, et l'activation massive de leurs larves débute vers la fin du mois de Juillet. Le secteur de diffusion de *Hyalomma marginatum*, vecteur du virus de la FHCC, s'est agrandi, et couvre maintenant de nouveaux territoires à l'Ouest, Nord-ouest et au Centre du kraï de Stavropol. La seule manière de stabiliser la situation concernant la FHCC est de procéder à des traitements visant la désinfection des animaux de ferme et des terrains de pâturage.

IRAK- MOSSOUL : DES DECES PAR FIEVRE HEMORRAGIQUE, APRES CONSOMMATION D'UNE VIANDE CONTAMINEE

Date: le Mercredi 5 Mai 2010

Source: Aswat al Iraq <<http://ar.aswataliraq.info/?p=220487>>

Le Directeur Général de la Santé de Ninwa, Dr. Salah Al-Dhanoun a annoncé à la presse, le Mercredi 5 Mai 2010, que quatre personnes sont décédées à Mossoul pendant les deux derniers jours suite à une fièvre hémorragique contractée à la suite d'une consommation de viande rouge souillée, abattue d'une manière non hygiénique. Il a aussi indiqué que le département de santé de Mossoul avait fermé un certain nombre de boucheries vendant de la viande dans la zone de Jérusalem (Est de Mossoul) où résidaient les victimes qui avaient acheté la viande abattue et vendue en contrevenant aux règles de l'hygiène. Il a déclaré que le Département de Santé avait pulvérisé les boucheries et les maisons des victimes avec une solution désinfectante. Les victimes ont été enterrées à une profondeur suffisante pour prévenir toute transmission du virus. Les habitants de Mossoul étaient mis en garde contre l'achat de viande rouge dans des lieux non autorisés, comme chez les marchands ambulants, et ceci pour leur propre sécurité.

Date : Le Mercredi 5 Mai 2010

Source : Alesbuyia

<http://www.alesbuyia.com/inp/view_printer.asp?ID=10202&AUTHOR=%E4%ED%E4%E6%EC%20-%20%C7%C8%D1%C7%E5%ED%E3%20%DD%C7%C6%DE>

Date: Le Mercredi 19 Mai 2010

Source: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) ReliefWeb, NGO Coordination Committee in Iraq (NCCI) report [edited] <<http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/MUMA-85M3YF?OpenDocument&RSS20&RSS20=FS>>

Un total de quatre personnes sont décédées et 3 autres sont encore sous observation, en isolement à l'Hôpital d'Al-Salam à Mossoul. Elles sont suspectées pour avoir contracté une fièvre virale hémorragique. Ces sept patients ont été admis aux urgences de l'hôpital le 29 Avril 2010.

Un employé de l'hôpital a expliqué que l'administration de l'hôpital avait suite à cet événement fermé le service d'urgence de l'hôpital pendant trois jours et ne l'a ré-ouvert qu'après une désinfection complète.

La source a ajouté que toutes les victimes avaient acheté de la viande chez un boucher privé qui n'avait pas abattu ses animaux dans un abattoir contrôlé par le département de santé et qui avait peut-être abattu les animaux dans un abattoir sauvage non contrôlé.

La source a déclaré que les patients présentaient des symptômes compatibles avec une fièvre hémorragique virale, avec un saignement important qui a abouti au décès de quatre des malades en moins de 36 heures après l'exposition.

Le Ministère de la Santé irakien a émis une interdiction de mouvement pour le bétail de la région de Ninawa et Dohuk et a imposé un contrôle strict aux points de passage pour empêcher la contrebande du bétail, le transport de la viande et des produits laitiers de Mossoul en raison de l'extension d'une infection dans cette ville.

Le Ministère de la Santé avait précédemment annoncé que les tests de laboratoire concernant deux cas mortels et quatre suspicions ont montré que la manifestation était le résultat d'une infection par un virus de la fièvre hémorragique, et que la transmission de cette infection était la conséquence d'une consommation de viande contaminée vendue par les commerçants ambulants. Le Ministère de la Santé a institué une campagne de sensibilisation de la population à cet égard. Les vétérinaires de Dohuk vont entreprendre dans les prochains jours une campagne dans les secteurs voisins de Ninawa pour stériliser des animaux et procéder à une baignade anti-tiques et une vaccination des bovins. En outre, des équipes mobiles du Ministère de la Santé vont assurer le respect et l'application des mesures préventives.

Cette maladie se serait précédemment produites à Erbil et Dohuk dans les années 1994-1996 et ayant entraîné le décès d'une personne qui travaillait en tant qu'assistant de vétérinaire à Erbil et avait occasionné d'autres cas d'infections

COMMENTAIRES :

Les autorités irakiennes se sont contentées d'une implication vague d'une fièvre hémorragique virale dans les décès et les infections observées dans le gouvernorat de Ninawa, qui étaient supposées être en rapport avec le virus de la fièvre hémorragique du Crimée-Congo dans cette manifestation d'une manière vague et l'agent réel reste à confirmer.

Des fièvres hémorragiques virales contractées suite à une consommation de viande crue seraient susceptibles d'être dues au virus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (CCHFV) ou le Virus de fièvre de Vallée du Rift (VFVR). CCHFV est endémique dans la région et ilserait la cause la plus probable de cette manifestation en Irak du Nord. En 2009 une manifestation de fièvre hémorragique de Crimée-Congo a été enregistrée parmi le personnel d'abattoir en Iran voisin.

La fièvre de la Vallée du Rift n'a été jamais signalée au Nord, qu'à Mossoul. La seule manifestation précédente de la FVR en dehors de du continent africain s'est produite dans le Sud de l'Arabie Saoudite et au Yémen.

Actuellement les seuls cas connus de la FVR se trouvent en Afrique du Sud.

DENGUE EN ARABIE SAOUDITE ET AU YEMEN

Date: Le Mardi 4 Mai 2010

Source: Saudi Gazette

<<http://www.saudiqazette.com.sa/index.cfm?method=home.regcon&contentID=2010050271104>>

L'Arabie Saoudite

Jeddah

Plus de 200 personnes ont contracté la maladie au cours des deux dernières semaines. Au total, 750 cas ont été confirmés au cours des 16 dernières semaines.

Région de Jizan

Le nombre de cas de Dengue à Jizan à la fin du mois d'Avril 2010 était de 156 cas qui sont répartis de manière égale entre les deux secteurs Samtah et Jizan.

La Direction Générale des Affaires Sanitaires dans la région de Jizan a lancé une campagne de sensibilisation de la population envers la Dengue, sous le slogan «*La Lutte contre la dengue est la responsabilité de chacun* ». Le Directeur des Soins de Santé de Base de la région, a souligné l'importance de cette campagne de sensibilisation dans la lutte contre la fièvre Dengue, en soulignant que l'expérience internationale dans la lutte contre cette maladie a démontré que le contrôle de la maladie n'est possible qu'avec la participation de la communauté, parce que le

moustique vecteur du virus de la Dengue vit et se multiplie à proximité des habitations. Il a noté que la campagne a procédé de deux façons principales :

1. Du porte à porte sur le terrain et des visites aux domiciles et lieux de travail, avec la distribution de dépliants de sensibilisation concernant les moyens de lutte contre la Dengue, écrits dans un langage simple et accessible à tous.
2. Circulation parmi la communauté d'équipes sanitaires destinées à l'éducation et à faire connaître la maladie dans les établissements scolaires, les réunions sociales, les marchés et les clubs.

Yémen

Date: Le Mardi 4 Mai 2010

Source: [Changer en arabe, machine trans.],
<<http://www.al-tagheer.com/news17282.html>>

Aden

Des milieux estudiantins ont rapporté que de nombreux étudiants originaires de la province de Hadramaout et poursuivant leurs études dans les collèges de l'Université d'Aden, ont regagné leurs régions d'origine, soit après avoir contracté le virus de la Dengue, soit par peur de le contracter à Aden, où on assiste à une flambée de la maladie dans les quartiers les plus peuplés d'Aden.

Dhalaa

Le Jeudi 6 Mai 2010 édition des Nouvelles de l'Yémen (en arabe)

(<http://www.newsyemen.net/view_news.asp?sub_no=1_2010_05_06_43677>)

Le Directeur de la lutte anti paludéenne à Dhalaa a rapporté une flambée de Dengue à Dhalaa et a révélé qu'il y a eu détection de 10 cas de fièvre Dengue à Dhalaa. La majorité de ces cas sont soit des originaires d'Aden, soit des personnes y ayant séjourné. Les autorités locales ont informé les autorités nationales de la situation et de la stratégie de lutte qu'ils comptent entreprendre, d'autant plus que Dhalaa est une zone où existent des conditions favorables à la Dengue, que ce soit dans les villes où des pneus usagés et des récipients en plastique sont répandus partout ou dans les zones rurales où prolifèrent des barrages hydriques et des mares d'eau propices à la prolifération du moustique vecteur.

Il est à noter que la situation de l'assainissement est dramatique, autant à Dhalaa dont le Centre est occupé par un marécage d'eau usée, que dans d'autres agglomérations voisines.

LA DENGUE 3 S'INTRODUIT EN REUNION, LE CHIKUNGUNYA Y PROGRESSE

Date: Le Jeudi 13 Mai 2010

Source: Clicanoo.com (Journal de l'île de la Réunion) [édité]

<<http://www.clicanoo.re/11-actualites/15-societe/245234-sante-la-dengue-des-comores-est.html>>

Entre le Chikungunya et la Dengue, l'Agence Régionale de Santé (ARS) est en alerte. Lors de son dernier point épidémiologique, l'institution révèle qu'un premier cas de Dengue autochtone (sérotypé 3), ne présentant pas de forme sévère, a été identifié dans la commune du Port. Ce virus est identique à celui responsable de l'épidémie de Dengue qui a eu lieu aux Comores. Il a également été identifié à Mayotte où il circule actuellement. Une surveillance épidémiologique et des mesures de Lutte Anti-Vectorielle (LAV) ont été mises en place. La Dengue est en recrudescence à travers le monde.

Les épidémiologistes prennent le virus très au sérieux car il n'a jamais frappé l'île auparavant.

La Réunion a, certes, connu une épidémie de Dengue entre 1977 et 1978, mais il s'agissait du sérotype 2. 30 et 40% de la population avaient été contaminés. Une petite recrudescence avait eu lieu en 2004 dans l'Ouest.

Reste que les Réunionnais ne sont pas immunisés face à cette nouvelle Dengue des Comores. Plus inquiétant, les contaminations précédentes pourraient même contribuer à "augmenter le risque de développer des formes graves", selon le Dr Cabié.

Malgré tout, 75 % des malades ne devraient pas développer de symptômes. Sur le front du Chik, l'ARS nous apprend dans son bulletin épidémiologique que, pour la période du 17 Mars au 12 Mai 2010, 83 cas de Chikungunya autochtones ont été identifiés. Selon la même source, 61 cas ont été confirmés et 22 autres seraient probables. Petite nouveauté, le Chik voyage plutôt bien, puisqu'un cas probable importé d'Indonésie a également été identifié. D'autres cas sont en cours d'investigation et de confirmation biologique.

L'Ouest reste la région principalement touchée: 24 cas confirmés et 8 cas probables sont regroupés sur le secteur de Plateau-Caillou. Sur cette même commune de Saint-Paul, 27 autres cas confirmés ont été identifiés, avec des cas groupés, notamment à la Saline-les-Bains, Saint-Gilles-les-Bains, Grand-Fond et la Plaine. Trois cas confirmés isolés ont également été identifiés dans les communes de Salazie, deux dans Les Avirons, un à l'Étang Salé, un à Saint-Benoît et un au Port Le Port. Deux autres cas confirmés et un cas probable concernent des touristes métropolitains ayant voyagé sur tout le territoire.

En rappel, alors que la Dengue était présente uniquement en Asie du Sud-est, elle est depuis quelques années en pleine progression dans le reste de l'Afrique, en Polynésie française, et surtout en Amérique du Sud, où le nombre de cas a été multiplié par 60 entre 1989 et 1993. Les raisons sont multiples :

- Croissance démographique importante;
- Création de bidonvilles aux abords des villes;
- Catastrophes naturelles;
- Paupérisation;
- Ralentissement des campagnes d'éradication du moustique

Le virus de la Dengue est transmis à l'homme par l'intermédiaire de moustiques et se répand souvent en milieu urbain ou semi-urbain.

Les moustiques contaminent en piquant l'homme, et rarement par transmission verticale entre la femelle et l'œuf (1 cas / 600).

L'être humain serait le principal réservoir naturel des virus de la Dengue, mais aussi le disséminateur de la maladie.

Il est à remarquer que les quatre flavivirus (DENV-1, DENV-2, DENV-3 et DENV-4) à l'origine de l'infection sont très proches les uns des autres, sans qu'il n'existe d'immunité croisée entre eux, pouvant ainsi engendrer des infections successives chez un même individu (<<http://fr.wikipedia.org/wiki/Dengue>>).

GABON - SUD-EST : EPIDEMIE DE CHIKUNGUNYA ET DES CAS DE DENGUE

Le Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) a annoncé le 28 Mai 2010, qu'une épidémie de Chikungunya s'est déclarée en Avril dans le Sud-est du Gabon. Des cas de fièvre Dengue, qui n'ont provoqué aucun décès, ont été également enregistrés dans la même région.

Les premiers cas de Chikungunya se sont déclarés en début du mois d'Avril 2010 dans la région de l'Ogooué-Lolo, puis la fin Avril dans le Haut-Ogooué, dont Franceville est le chef-lieu. Suite à cela les autorités sanitaires ont procédé à 608 prélèvements au total, en trois semaines (3-23 Mai) pour la seule zone de Franceville, les chercheurs ont découvert 298 cas de Chikungunya et 82 cas de Dengue, deux maladies dont les virus sont transmis par des moustiques.

Parmi les cas révélés positifs, 15 étaient "doublement infectés par les deux virus, c'est exceptionnel. On n'en avait identifié que sept lors de l'épidémie qui a touché Libreville en 2007. "Les cas d'infection double ont été hospitalisés mais leur vie n'est pas en danger ", a-t-on annoncé.

Outre Franceville, l'épidémie de Chikungunya affecte d'autres localités du Haut-Ogooué (Moanda, Mounana, Okondja) et de l'Ogooué-Lolo (Koulamoutou, Lastourville) mais les données disponibles ne permettent pas d'en déterminer l'ampleur en l'absence de prélèvements systématiques.

Le CIRMF estime que La tendance épidémique est à la stabilisation, voire à la baisse et que "l'épidémie de Chikungunya est en phase d'extinction, avec une fin attendue dans trois à quatre semaines". " à ce jour aucun décès n'a été enregistré".

COMMENTAIRE

Cette co-circulation simultanée, dans la même population des virus du Chikungunya et de la dengue est originale. Les deux virus sont susceptibles d'être transmis par les mêmes moustiques Aedes et il serait intéressant d'identifier le moustique vecteur au Gabon. Il est à noter que des vecteurs potentiels du Chikungunya l'Aedes albopictus mais également l'Ae. aegypti ssp. formosus_ ont été déjà détectés à Libreville au Gabon.

DENGUE: DES CHERCHEURS EXPLIQUENT LES FORMES SEVERES DE LA MALADIE

Date: Le Samedi 8 Mai 2010

Source: Santé Log

<<http://www.santelog.com/modules/connaissances/actualite-sante-dengue--des-chercheurs-expliquent-les-formes-seacutevegraveres-de-la-maladie-3163.htm>>

La Dengue transmise par la piqûre d'un moustique est plus répandue dans les régions Sub-tropicales et tropicales du Sud-est, en Asie et en Amérique du Sud surtout. Ses symptômes comprennent une forte fièvre, des arthralgies sévères et des vomissements. La maladie peut être plus grave et entraîner une fièvre hémorragique, qui peut conduire au décès. Son incidence a considérablement augmenté au cours du siècle dernier, et selon l'OMS, 40 % de la population mondiale est désormais exposée au risque d'infection. Il n'existe à ce jour aucun vaccin homologué contre les 4 souches distinctes du virus.

Certaines des défenses du système immunitaire contre le virus de la Dengue contribuent, en fait, à favoriser l'infection par ce virus. Ce sont les conclusions d'une nouvelle étude réalisée par des

chercheurs de l'Imperial College de Londres et publiée le 7 Mai 2010 dans la revue *Science*². Selon cette étude des anticorps contre une protéine de structure du virus de la Dengue: **precursor-membrane protein (prM)**, fabriqués par l'organisme lors d'un premier contact avec le virus, favoriseraient la survenue de formes plus sévères de la maladie lors d'une ré-infestation par le virus. Cette découverte anticipe sur ce qu'il ne faudrait pas faire lors des futures recherches pour le développement d'un vaccin contre le virus de la Dengue.

Quatre sérotypes du virus de la Dengue co-circulent, et les infections récurrentes dues à plus d'un sérotype sont communes. L'hypothèse expliquant la sévérité plus grande de la maladie lors d'une ré-infestation s'expliquerait par le fait que la réplication virale était accrue dans les cellules réceptrices par une réaction anticorps dépendante. Dans cette étude, les chercheurs ont généré un panel d'anticorps monoclonaux humains au virus de la Dengue. Les anticorps dirigés contre la protéine précurseur de structure de la membrane (prM) constituent une composante majeure de la réponse. Ces anticorps ont une réactivité croisée pour les différents sérotypes du virus de la Dengue et, ne neutraliseraient pas l'infection même à des concentrations élevées, mais renforceraient de manière significative le mécanisme qui favorise la réplication du virus. Les auteurs proposent de procéder au clivage partiel de la prM de la surface du virus, ce qui permettrait de réduire la quantité produite de cet antigène de neutralisation virale, épargnant les virus de la Dengue sensibles aux anticorps prM. Cette constatation pourrait donc avoir des implications importantes pour la conception de futurs vaccins, car si un vaccin contenait des anticorps prM, cela pourrait aggraver une infection éventuelle.

OMS : GRIPPE PANDEMIQUE H1N1 - MISE A JOUR

Date: Le Vendredi 21 Mai 2010
Source: Organisation mondiale de la santé (OMS),
Alerte et action au niveau mondial (GAR),
Flambées épidémiques [en anglais, traduit Corr.SB, édité]
<http://www.who.int/csr/don/2010_05_21/en/index.html>

GRIPPE PANDEMIQUE H1N1 2009 - BULLETIN N° 101

Depuis le 16 Mai 2010, plus de 214 pays et territoires d'Outremer ou Communautés ont confirmé en laboratoires des cas de grippe pandémique H1N1 2009, dont plus de 18 097 décès.

L'OMS surveille activement l'évolution de la pandémie par de fréquentes consultations avec les bureaux régionaux de l'OMS et les États membres, et par le suivi des multiples sources d'information.

Situation et mise à jour

La situation actuelle est en grande partie inchangée depuis la dernière mise à jour. Les domaines les plus actifs de transmission de la grippe pandémique sont actuellement dans certaines parties des Caraïbes et l'Asie du Sud. Dans la zone tempérée de l'Hémisphère Nord et Sud, l'activité globale de la pandémie de grippe reste faible à sporadiques. En Afrique Centrale, il ya eu une transmission accrue du virus de la grippe saisonnière de type B, représentant 85 % de tous les cas de grippe dans la région. La Grippe B continue aussi à être détectée à des niveaux faibles dans certaines régions d'Asie et d'Europe, et actuellement, elle est signalée en Amérique Centrale.

² **Cross-Reacting Antibodies Enhance Dengue Virus Infection in Humans** *Science* 7 May 2010:Vol. 328. no. 5979, pp. 745 – 748 DOI: 10.1126/science.1185181

Dans la région tropicale de l'Amérique, les zones les plus actives de la transmission du virus grippal pandémique se situent encore dans certaines parties des Caraïbes. À Cuba, l'activité grippale pandémique a continué à diminuer après une période récente de transmission intense qui a débuté au cours de la fin du mois de Février 2010 et a certainement atteint un sommet au cours de la fin du mois d'Avril 2010. Cette seconde période de transmission, bien qu'associée à des cas graves et mortels, semble être dans l'ensemble moins intense que la première période de transmission qui a eu lieu de la fin du mois Septembre à la fin du mois de Novembre 2009. En revanche, en République Dominicaine, la faible intensité de l'activité des maladies respiratoires a été principalement associée à la co-circulation des virus respiratoires autres que la grippe: le virus de la grippe saisonnière n'a été signalé que de façon sporadique.

Dans les régions tempérées de l'Hémisphère Nord et Sud, l'activité globale de la pandémie grippale reste faible à modérée. En Europe, des niveaux très faibles à modérés de la grippe pandémique et la grippe saisonnière par le virus de type B continuent à être détectés. Le virus de la grippe saisonnière de type B persiste surtout dans certaines parties de l'Est et du Nord de l'Europe.

En Afrique Sub-saharienne, des données réduites provenant de plusieurs pays suggèrent que la transmission active du virus de la grippe pandémique dans l'Afrique de l'Ouest a aujourd'hui largement disparu. Au Ghana, 6 % des échantillons d'origine respiratoire se sont avérés positifs pour la grippe pandémique H1N1 lors de la dernière semaine de surveillance.

Le Global Influenza Surveillance Network (Réseau mondial) continue de surveiller la circulation mondiale des virus grippaux, y compris une pandémie de la grippe saisonnière et d'autres virus infectants, ou avec un potentiel d'infecter l'homme, y compris la grippe saisonnière. Pour plus d'informations sur la surveillance virologique et de résistance aux antiviraux allez voir la mise à jour hebdomadaire de la virologie (données de la surveillance virologique, ci-dessous).

Mise à jour hebdomadaire (données de surveillance virologique)

Depuis le 12 Mai 2010, quatre cas supplémentaires de grippe pandémique H1N1 2009 résistants à l'Oseltamivir ont été rapportés. Le total à ce jour est de 289. Tous, sauf un de ces cas ont la substitution H275Y et sont présumés être sensibles au Zanamivir.

[Pour plus d'informations sur la surveillance virologique et de résistance aux antiviraux, voir le texte intégral de la mise à jour hebdomadaire de la virologie via l'URL en début de ce rapport (en anglais).]

Décès

Régions	Décès*
Bureau régional OMS pour l'Afrique (AFRO)	168 (inchangé)
Bureau régional OMS pour les Amériques (AMRO)	au moins 8396
Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale (EMRO)**	1019 (inchangé)
Bureau régional OMS pour l'Europe (EURO)	au moins 4874
Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (SEARO)	1808
Bureau régional OMS pour le Pacifique occidental (WPRO)	1832
Total*	au moins 18 097

* Le nombre de cas mortels est une sous-représentation des nombres réels car de nombreux décès ne sont jamais testés ou reconnus comme reliés à la grippe.

**Aucune mise à jour depuis le 7 Mars 2010

LE PROCHAIN VACCIN GRIPPAL SAISONNIER INCLURA LE VIRUS PANDEMIQUE H1N1/ 2009

Date: Le Vendredi 16 Avril 2010

Source: MMWR Weekly, 59(14); 423-430

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5914a3.htm?s_cid=mm5914a3_e>

L'OMS a émis ses recommandations pour la composition du vaccin grippal saisonnier 2010-2011. La "Food and Drug Administration" (FDA) a adopté la même recommandation pour la composition vaccinale aux Etats-Unis. Les souches vaccinales de la composition trivalente recommandée pour l'Hémisphère Nord est celle-ci :

- Le Virus A/California/7/2009-like (2009 H1N1),
- Le virus A/Perth/16/2009-like (H3N2),
- Le virus B/Brisbane/60/2008-like (lignée de B/Victoria).

La souche grippale pandémique A/H1N1 sera donc incluse dans le vaccin grippal 2010/2011 de l'Hémisphère Nord en tant que composant représentant le virus grippal A/H1N1, le virus grippal A/H1N1 saisonnier n'est plus inclus dans cette formulation 2010/2011. Un autre virus A (H3N2) a remplacé le A/Brisbane/59/2007 qui était inclus dans le vaccin 2009/2010 de l'Hémisphère Nord.

Cette recommandation repose sur les données de surveillance épidémiologique et celle des caractéristiques antigéniques, et réponses sérologiques relatives aux vaccins saisonniers trivalents 2009/2010 et au vaccin monovalent H1N1/2009, ainsi que la disponibilité des souches candidates et des réactifs³.

Genève, Suisse - OMS : La vaccination par un vaccin anti H1N1/ 2009 demeure la stratégie principale pour la prévention de l'infection de la grippe H1N1 2009.

Bien que l'activité de la grippe H1N1 2009 ait sensiblement diminué depuis le pic du mois d'Octobre 2009, la persistance d'une transmission soutenue dans quelques secteurs (ayant pour résultat des cas additionnels,

³ World Health Organization. Recommended viruses for influenza vaccines for use in the 2010--2011 northern hemisphere influenza season. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Available at <http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2010_11north/en/index.html>.

des hospitalisations et des décès) souligne l'importance de la poursuite de la vaccination des groupes cibles initiaux, ainsi que le reste de la population considérée comme fragile.

GRIPPE AVIAIRE EN TERRITOIRES PALESTINIENS OCCUPES DE CISJORDANIE

Date: Le Jeudi 13 Mai 2010

Source: The Marker [Journal Israélien en Hébreu]

<http://www.themarker.com/tmc/article.jhtml?ElementId=ac20100513_63294>

La grippe aviaire est signalée dans les territoires palestiniens occupés : En enquêtant sur une mortalité élevée chez les poulets à Tulkarm, l'Autorité Palestinienne (AP) a envoyé plusieurs cadavres d'oiseaux aux laboratoires des services vétérinaires de Beit Dagan en Israël où les analyses de laboratoire faites ont mis en évidence le virus de la grippe aviaire.

Suite à cela, l'Unité d'Inspection du Ministère israélien de l'Agriculture pour la Faune et la Flore, qui assume la responsabilité du contrôle des mouvements des animaux et végétaux a intensifié le contrôle aux postes de passages frontaliers et aux postes de passages entre la Cisjordanie occupée et Israël pour lutter contre la contrebande de la volaille infectée. Le directeur des services vétérinaires Israéliens, Dr Moshe Haimovich, a invité le public à n'acheter la volaille et les œufs que dans des magasins s'approvisionnant de façon régulière auprès des entreprises israéliennes.

Date: Mardi 18 Mai 2010

Source: UN Integrated Regional Information Networks News (IRIN)

<<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=89156>>

Des cas animaux de grippe aviaire, ont été confirmés à Bal'ah un village Palestinien situé en Cisjordanie occupée, à environ 7 km à l'Est de Tulkarm, et quelques 250 000 poulets y ont été abattus selon des agents sanitaires.

Bal'ah abrite un pôle important de production d'œufs et de volailles dont une partie de la production passe par contrebande en Israël où les prix des produits sont plus élevés. Les fonctionnaires du Ministère de l'Agriculture et du Ministère de la Santé de l'entité sioniste occupante ont riposté en renforçant la lutte contre la contrebande de volaille et d'œufs produits en territoires Palestiniens et passant en Israël aux points de passage entre l'autorité palestinienne et Israël.

Les services vétérinaires israéliens prétendent avoir aidé l'autorité palestinienne en lui transférant les drogues nécessaires pour l'abatage de la volaille et pour prévenir la diffusion de l'épidémie en Israël. Cependant, le Ministre sioniste de l'Agriculture a invité les organismes internationaux à compenser les pertes énormes subies par les agriculteurs palestiniens suite à cet abatage. Les forces de l'AP ont cerné Bal'ah pour empêcher toute contrebande de la volaille pendant l'abatage.

Des cas de grippe aviaire dus au virus de la grippe aviaire hautement pathogène, ont été également confirmés, le 7 Mai 2010 dans un zoo dans le kibboutz d'Ein Gedi situé sur les rives de la mer morte en Israël, tous les oiseaux étaient abattus et le Ministère israélien d'Agriculture surveille de près le secteur.

En vertu du règlement international, Israël est tenu de cesser toutes ses exportations de volailles et produits de volailles pendant le mois suivant la découverte de cas de grippe aviaire. Des cas d'animaux atteints de grippe aviaire ont été signalés trois fois en Israël depuis 2006. Tous les cas chez les oiseaux contaminés ont été abattus et aucun cas humain n'a été rapporté.

COMMENTAIRES

Selon des sources non officielles, l'abatage de la volaille à Bal'ah n'a pas encore été effectué. La confirmation est attendue, aussi bien qu'une notification officielle de l'événement à l'OIE.

LA GRIPPE AVIAIRE FORTEMENT PATHOGENE EN ISRAËL (HADAROM) CHEZ DES EMEUS

Selon la déclaration faite à l'OIE, par Israël, concernant la survenue de grippe aviaire fortement pathogène, dans le mini-zoo d'Ein Gedi, où la grippe aviaire a entraîné la mort de deux *émeus*, autruches originaires du mini-zoo de l'Australie, cela a conduit à l'abattage de toute la population animale.

Date: Le Vendredi 21 Mai 2010

Source: Maan News Agency

<<http://www.maannews.net/eng/ViewDetails.aspx?ID=285752>>

Date : Fri le 21 mai 2010 Source : Agence de presse de Maan

Tulkarem est indemne de grippe aviaire

Un officiel palestinien du Ministère de l'Agriculture de l'Autorité Palestinienne a déclaré le Jeudi 20 Mai 2010, que la zone de Tulkarem au Nord de la Cisjordanie est indemne de grippe aviaire, d'après les résultats des tests menés dans des laboratoires médicaux israéliens.

Le sous-secrétaire du Ministre Palestinien a rapporté que les services vétérinaires israéliens ont remis officiellement leurs résultats définitifs, exemptant le secteur de Bal'ah de Tulkarem. L'officiel a déclaré, qu'en dépit du fait que la situation soit parfaitement maîtrisée, les services vétérinaires Palestiniens vont continuer leurs vérifications concernant la grippe aviaire à Tulkarem.

Au moins 750 000 poulets ont été abattus et détruits dans le secteur de Bal'ah, près de la ville de Tulkarem. Tandis qu'un lourd dispositif policier palestinien a encerclé le secteur, pour s'assurer que des oiseaux ne puissent pas être transportés en dehors des secteurs où la grippe aviaire a été diagnostiquée. Le village, qui fournit entre 4000 et 5000 cartons d'œufs par jour aux autres secteurs de Cisjordanie, et des centaines de livres de viande, a subi une élimination massive de volailles après la découverte de la grippe aviaire par des fonctionnaires du Ministère de l'Agriculture de la AP.

Aucun cas humain de grippe aviaire n'a été encore rapporté, mais les fonctionnaires ont déclaré qu'ils surveillent de près le secteur pour assurer le fonctionnement approprié des mécanismes de prévention mis en place.

Le président du conseil municipal de Bal'ah, a indiqué que la situation générale n'était pas bonne dans la ville. La tension et l'inquiétude règnent parmi les agriculteurs, les pertes sont estimées à des millions de shekels. Au moins 40% de l'économie du village dépend de la volaille. Mansur a invité le gouvernement à indemniser les agriculteurs et ne pas abandonner la ville à l'indigence.

Les responsables ont indiqué que les médecins surveillaient activement les cliniques locales, et qu'il y a eu une communication, aux familles des agriculteurs, sur les symptômes de la grippe aviaire chez l'homme. Le responsable a assuré que les traitements seraient immédiatement disponibles si un cas humain était détecté. Quant aux fermes, elles seront stérilisées, et les oiseaux abattus seront enfouis d'une façon saine et sûre.

L'alerte a été déclenchée lorsqu'un éleveur a noté des symptômes chez des poussins dans sa ferme, il a appelé les autorités demandant que les oiseaux soient examinés pour des tests. Il s'agissait de poussins de poules de chaire de seulement 8 jours, et les autorités ont appris que les tests étaient positifs pour le virus, elles ont été obligées de déclarer l'état d'urgence à Bal'ah, imposant une quarantaine sanitaire à tout le secteur et des procédures préventives pour éviter la diffusion du virus à d'autres secteurs.

COMMENTAIRES

Le rapport d'information ci-dessus est plutôt ambigu, et les trois informations suivantes sont quelque peu disparates :

1. Le résultat de laboratoire final qui dés-incrimine le secteur de Bal'a à Tulkarem.
2. Bien qu'ils déclarent le secteur indemne, les services vétérinaires palestiniens essaieraient encore de s'assurer que Tulkarem était exempt de grippe aviaire ;
3. Au moins 750 000 poulets ont été abattus et détruits dans le secteur de Bal' a de la ville de Tulkarem

Selon l'information de la Division des maladies aviaires et de la pêche, de l'Institut vétérinaire de Kimron, Beit Dagan (laboratoire national de grippe aviaire), l'échantillon initial provenant de Bal'ah, reçu en début de ce mois, était positif pour le H5N1. Ceci s'est basé sur l'isolement du virus et son identification comme H5N1 HPAI par PCR en temps réel et HI.

L'isolat doit être envoyé à un laboratoire de référence international de grippe aviaire pour séquençage. Un deuxième échantillon, reçu plus tard, a été trouvé négatif. Aucun autre échantillon additionnel n'a été reçu par le laboratoire Israélien de Beit Dagan.

Il serait utile que l'autorité palestinienne fournisse plus d'informations sur cet événement. Ces éclaircissements pourraient porter sur les chiffres d'observations cliniques, les taux de morbidité et de mortalité et des résultats d'autopsies, des données disponibles sur des investigations épidémiologiques complémentaires et leurs résultats, ainsi que la confirmation que l'abattage ait été (ou non) effectivement réalisé.

COMMENTAIRES ONMNE

Différentes sources Palestiniennes :

Le maire de Tulkarem a accusé les autorités de l'occupation d'avoir diffusé une rumeur infondée sur la présence de grippe aviaire à Bal'ah à l'Est de Tulkarem, voulant nuire à l'économie palestinienne en réaction à l'opération Palestinienne de boycott des produits des colonies Israéliennes en territoires Palestiniens.

Les échantillons déclarés positifs proviendraient selon lui d'Israël et non pas des territoires Palestiniens.

Selon le maire, cette rumeur a été à l'origine de grosses pertes pour l'économie Palestinienne qui a encore appelé au recensement de ces pertes et à leur indemnisation.

Il a également déclaré qu'il y a eu selon lui de la précipitation de la part de certains responsables de l'autorité Palestinienne et un manque de vigilance de leur part envers cette manœuvre israélienne.

Après la riposte initiale, les responsables Palestiniens ont déclaré qu'il n'y a eu ensuite aucune preuve formelle de la contamination du secteur de Tulkarem par la grippe aviaire, justifiant la levée des mesures de quarantaine, mais la surveillance est maintenue pour préserver cette activité qui constitue 40% de l'activité économique de ce secteur.

D'autres sources ont fait état de l'investissement du village de Bal'ah par des équipes de vétérinaires et d'agriculteurs et des forces de l'ordre pour bloquer toute entrée ou sortie de volailles ou de produit de volaille de ce secteur.

Une ambiance de forte tension et d'inquiétude régnait parmi les milieux agricoles après la proclamation des résultats du laboratoire israélien sur la positivité des tests réalisés chez des poussins de poulets de chair dans une des fermes du secteur. Les agriculteurs s'attendaient à des pertes de plusieurs millions de shekels

Le secteur de Bal'ah dont l'économie repose à 40% sur l'élevage de la volaille et des œufs est assimilé à une zone sinistrée. Il compte environ 500 000 poulets de chair et 250 000 pondeuses.

Il produit environ 4000 à 5000 cartons d'œufs par jour. Les mesures de quarantaine ont entraîné l'accumulation de stocks d'œufs. Des grosses pertes sont enregistrées non seulement pour le village de Toulkarem mais aussi pour d'autres secteurs de la rive Ouest. Le vétérinaire responsable a appelé à l'indemnisation des éleveurs avant que la crise ne se transforme en véritable catastrophe économique et sociale.

Aucun cas humain n'est survenu jusqu'à présent, le Ministère de la Santé surveille attentivement la zone et si jamais un cas survient il sera immédiatement pris en charge de façon adéquate. Le même responsable a déclaré que les fermes seront désinfectées et la volaille abattue enfouie de façon hygiénique et sûre.

Le conseiller du Ministre de la Santé a déclaré qu'à la date du 29 du mois d'Avril quelques échantillons ont été prélevés sur des poussins de poules de chair âgés de 8 jours malades et transférés au laboratoire Israélien de Beit Djen qui a répondu que les prélèvements étaient positifs au H5N1 ce qui nous a obligé à décréter une alerte à Bal'ah et la mise de toute la zone de protection dans un rayon de 3 Km autour du village sous quarantaine et la mise en place de mesures pour empêcher toute diffusion de la maladie à d'autres zones en attendant la confirmation formelle de la présence du virus, d'autres prélèvements ont été faits et l'abattage ne débutera qu'à la réception des résultats des nouvelles analyses.

Le 19 Mai 2010,

Le haut comité national de lutte contre la grippe aviaire annonce que les territoires Palestiniens sont indemnes de grippe aviaire.

Le haut comité national de lutte contre la grippe aviaire a annoncé qu'il n'y a aucun cas de grippe aviaire dans les fermes suspectées dans le village de Bal'ah et son entourage.

Le comité a annoncé dans un communiqué de presse que jusqu'à la date du 19 Mai 2010 toutes les analyses réalisées dans un périmètre de 10 Km autour de la ferme suspecte confirment l'absence du virus de la grippe aviaire H5N1. Les échantillons ayant été examinés à la fois dans des laboratoires Palestiniens et israéliens.

D'autres maladies aviaires sont à l'origine de la mortalité constatée chez la volaille. Mortalité que les mesures préventives entreprises ont considérablement réduite.

Le porte-parole du comité a également précisé que les mesures de quarantaine et l'intervention des forces de sécurité autour de la ferme suspecte, sont conformes aux mesures recommandées par l'OMS et l'OIE, et s'imposait en attendant l'enquête et les résultats des tests.

PAYS BAS : FIEVRE Q - AVIS SCIENTIFIQUE DE L'AUTORITE EUROPEENNE DE SECURITE ALIMENTAIRE

Date: Le Mardi 11 Mai 2010

Source: Dutch Ministry of Agriculture, Nature and Food Quality press

release <http://www.minlnv.nl/portal/page?_pageid=116,1640333&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_news_item_id=2003900>

Gerda Verburg, Ministre de l'agriculture, de la nature et de la qualité des aliments a invité les éleveurs de caprins et ovins laitiers à vacciner leurs bêtes contre la fièvre Q le plus tôt possible. C'est seulement quand la vaccination sera achevée dans toutes les fermes, que l'interdiction d'élevage et l'interdiction d'approvisionnement seront levées (une vaccination complète signifie deux rappels de vaccination ou deux revaccinations après la dose initiale de vaccin).

La levée de l'interdiction dépendra aussi de l'évaluation décisive de cette étape de vaccination par le Groupe consultatif d'experts dirigé par le Directeur du Centre National pour le contrôle des maladies infectieuses, CIB.

VACCINATION

Les éleveurs de chèvres et de moutons de laiterie sont obligés de vacciner leurs animaux avant le 1^{er} Juin 2010. Jusqu'à maintenant, 383 sur les 426 fermes laitières se sont inscrites pour la vaccination auprès des services de santé animale. Le vaccin a été distribué aux praticiens vétérinaires. 455 000 doses ont été jusqu'ici livrées. Des quantités suffisantes de vaccin sont encore disponibles pour les fermes non encore enregistrées.

PRESENCE DE COXIELLA BURNETII DANS LE LAIT

Une raison possible qui pousse les fermiers à remettre la vaccination à plus tard, a été la publication récente d'une étude, réalisée à l'Hôpital Jeroen Bosch, suspectant que l'ADN de *C. Burnetii* a pu être mis en évidence dans le lait des bêtes vaccinées. Les fermes où le cheptel a été vacciné ne pourraient donc plus justifier leur statut de fermes "indemnes de fièvre Q" par des tests de laboratoire effectués sur le lait.

Suite à cela les Ministres Verburg (LNV) et Klink (VWS/Ministre de la Santé, du bien-être et du sport) ont demandé que l'Institut Vétérinaire Central (CVI) et OH le service (GD) d'effectuer plus de recherche sur ce sujet. Les résultats préliminaires démontrent que les analyses effectuées jusqu'à huit jours après la vaccination ne montrent aucune augmentation de l'excrétion de l'ADN de *C. burnetii* dans le lait. Cette information pourrait être une incitation importante pour les fermiers à accepter la vaccination. (les résultats finaux de cette recherche ne seront connus qu'au début de juin 2010).

L'EFSA REND UN AVIS SCIENTIFIQUE SUR LA FIEVRE Q

EFSA scientific advice

Date: Le Mercredi 12 Mai 2010

Source: European Food Safety Authority (EFSA) [edited]

<http://www.efsa.europa.eu/en/press/news/ahaw100511.htm?WT.mc_id=EFSAHL01&emt=1>

En raison de l'augmentation significative du nombre de cas humains de fièvre Q aux Pays-Bas, l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a rendu un avis scientifique sur cette maladie animale qui peut également être transmise à l'homme. Cet avis porte sur l'importance de la fièvre Q chez les animaux et les humains, les différents facteurs de risque impliqués dans l'apparition et la propagation de la maladie, ainsi que l'efficacité des éventuelles mesures de lutte au niveau de l'UE.

L'avis de l'EFSA indique que l'infection à *Coxiella burnetii*, la bactérie responsable de la fièvre Q, est répandue chez les bovins, les ovins et les caprins au sein de l'Union européenne. Plusieurs facteurs peuvent affecter la propagation de la maladie parmi les animaux mais l'impact global sur leur santé est limité car ils développent rarement la maladie eux-mêmes. L'avis suggère que, pour lutter contre la fièvre Q à court et à long terme, une association de mesures pourrait être utilisée, la vaccination préventive des animaux étant considérée comme l'option la plus efficace à long terme.

Les informations disponibles indiquent que la fièvre Q a également un impact limité sur la santé publique, bien qu'elle puisse être significative pour certains groupes à risque. Les humains sont généralement infectés par transmission aérienne de la bactérie. Rien ne prouve que des personnes puissent tomber malades en consommant, du lait ou de la viande, contaminés.

D'après Philippe Vannier, le président du groupe d'experts de l'EFSA sur la santé et le bien-être des animaux: «La clé pour aborder les risques et les défis posés par une maladie comme la fièvre Q réside dans une coopération entre des disciplines de santé publique et animale. C'est pourquoi l'EFSA a travaillé en étroite collaboration avec le Centre européen de prévention et contrôle des maladies afin de fournir aux décideurs un avis intégré au niveau européen sur la fièvre Q couvrant la santé humaine et animale aussi bien que la transmission de la maladie des animaux à l'homme».

«Nous avons besoin d'échanges d'informations précoces entre vétérinaires et praticiens de la santé humaine afin de mieux identifier l'origine de l'apparition de la maladie chez l'homme et, si possible, mettre en œuvre des mesures préventives. Il est important que nous parlions tous le même langage et que nous enregistrons les données de la même manière. L'harmonisation de la collecte de données est essentielle pour dresser un tableau plus précis de la situation en Europe et de la manière dont elle évolue au cours du temps».

L'avis de l'EFSA indique que l'infection à *Coxiella burnetii*, la bactérie responsable de la fièvre Q, est largement répandue chez les bovins, les ovins et les caprins, au sein de l'UE. L'infection à *Coxiella burnetii* peut être présente dans un large éventail de systèmes d'élevage différents, mais son impact global sur la santé des animaux est limité puisqu'il est rare qu'ils développent la maladie eux-mêmes. Lorsque cela se produit, notamment chez le mouton et la chèvre, cette maladie est susceptible d'induire des troubles de la reproduction, y compris des avortements.

Un certain nombre de facteurs, y compris la proximité de moutons et de chèvres (en particulier lors d'un accouchement) ainsi qu'un temps sec et venteux, peut affecter le risque d'infection chez l'homme. L'importance relative de ces facteurs de risque fait toutefois l'objet d'une incertitude considérable, et il est probable que plus d'un facteur soit souvent impliqué. Aucun lien clair n'a été établi entre la diffusion de l'infection des exploitations vers les humains, et la taille des exploitations impliquées ou la virulence des différentes souches infectieuses.

L'avis identifie un certain nombre de mesures qui pourraient être utilisées pour lutter contre l'infection à *Coxiella burnetii* chez le mouton et la chèvre, mais souligne qu'une association de mesures pourrait être nécessaire pour gérer tant les voies d'infection dans les exploitations que les voies d'infection environnementales. La vaccination pourrait être considérée comme un moyen de lutte à long terme, étant donné qu'elle pourrait ne pas être efficace à court terme. Certaines options, notamment la mise à la réforme des femelles gravides, ne sont pas considérées comme appropriées pour la lutte à long terme, mais pourraient jouer un rôle en cas d'épidémie. Le traitement des animaux infectés par des antibiotiques n'est pas recommandé.

L'avis de l'EFSA comprend un certain nombre de recommandations, notamment l'harmonisation de la collecte des données relatives à la fièvre Q chez les animaux afin de permettre les comparaisons au cours du temps et entre les pays. Il souligne également l'importance de l'identification et de la notification rapides des cas de fièvre Q chez les animaux, de même que des échanges d'informations précoces entre vétérinaires et praticiens de la santé publique.

L'EFSA a également publié aujourd'hui un rapport indépendant qui inclut des propositions relatives au développement d'un système de surveillance et de notification harmonisé pour la fièvre Q chez les animaux au sein des Etats membres de l'UE, et qui est largement cité dans l'avis de l'EFSA. Le rapport a été financé par l'EFSA, au titre de l'article 36 de son règlement fondateur, et a été préparé par un consortium d'institutions scientifiques de différents Etats membres sous la direction de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA).

COMMENTAIRES

Selon une lettre du Ministre de Agriculture au Parlement hollandais, datée du 11 Mai 2010, le nombre de chèvres et de brebis gestantes, abattues dans 88 fermes infectées (dont 2 étaient d'élevage de brebis de lait, les autres chèvres laitières, est d'environ 62 500. Une ferme de chèvre additionnelle est actuellement considérée comme suspecte; et un futur ajout d'autres fermes ne peut pas être exclu.

On nous a officieusement confié que le secteur caprin aux Pays Bas peut, comme on pouvait s'y attendre, être sérieusement affecté par cette situation, en particulier après suite à un impact négatif des publications médiatiques. Il y a 2 mois, la publication des résultats préliminaires d'une étude réalisée sur le lait à l'hôpital Jeroen Bosch a semé le doute au sujet des chances de parvenir à une levée /atténuation, comme prévu, des mesures actuelles d'interdiction d'élevage et de transport. Une décision finale ne sera prise que lorsque des résultats d'études complémentaires conduites au Lelystad seront achevées et récapitulées, à savoir vers le début du mois de Juin 2010.

POLIOMYELITE AU NIGERIA

Date: Le Mardi 11 Mai 2010

Source: AllAfrica, Daily Trust (Nigeria) report

<<http://allafrica.com/stories/201005110237.html>>

Un cas confirmé de poliomyélite due à une infection par le virus polio sauvage a été détecté dans le secteur de Dange/Shuni de l'Etat de Sokoto chez un bébé de 9 mois, qui a développé, le 18 Avril 2010, une paralysie de la jambe gauche apparue dans les suites d'une fièvre. Bien que le pays ait enregistré d'autres cas de polio en cette année 2010, ce cas est le premier en 6 mois qui soit du au type 1, portant le nombre de cas total de poliomyélite en 2010 à 3 cas contre 240 pour la même période en 2009. Les deux autres cas sont dus au type 3 du virus polio sauvage et ils ont été détectés dans l'Etat de Delta, respectivement les 9 Avril et 3 Janvier 2010

Le virus polio sauvage de type 1 pouvant entraîner des paralysies chez les enfants est le plus dangereux et le plus craint parmi les virus polio.

Une campagne de vaccination contre la poliomyélite est prévue dans 20 Etats du Nigeria du Nord à partir des 5-8 Juin 2010. Alors que d'autres pays de l'Ouest et du Centre de l'Afrique continuent à préparer des campagnes transfrontalières synchronisées de vaccination de quelque 85 millions d'enfants de moins de cinq ans contre la poliomyélite.

Selon le site de l'initiative mondiale d'éradication du Polio, la polie est en nette régression au Nigéria. Au 13 Avril 2010, le Nigéria avait rapporté un seul cas de poliomyélite en 2010, contre 171 au cours de la même période de l'année dernière (2009). Pour consolider cet acquis, le Nigéria a immunisé, en 4 jours, le mois dernier (Avril 2010), plus de 45.5 millions d'enfants contre la Polio. La consolidation des acquis obtenus au Nigéria est cruciale pour faire définitivement disparaître la poliomyélite du continent africain.

DES VIRUS NEURO-VIRULENTS, FORTEMENT DIVERGENTS, DERIVES DES 3 STEREOTYPES DES VIRUS POLIO VACCINAUX, SONT DETECTES DE FAÇON RECURRENTE DANS LES EAUX D'EGOUT EN REJET FINAL A TAMPERE, EN FINLANDE

Date: le Mardi 13 Mai 2010

Source: Eurosurveillance, Volume 15, Issue 19 <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19566>>

Par: M Roivainen 1, Soile Blomqvist1, Haider al-Hello1, Anja Paananen1, Frances Delpeyreux2, M Kuusi1, T Hovi1 At: 1 National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland 2 Département de Virologie, Biologie des Virus Entériques, Institut Pasteur, Paris, France

RESUME

En Finlande, la surveillance du potentiel de réémergence d'une transmission du virus polio repose principalement sur une surveillance environnementale, c.-à-d la recherche systématique des virus polio infectieux dans des prélèvements d'eaux usées.

Depuis Décembre 2008, 21 virus, fortement divergents génétiquement, neuro-virulents et dérivants du virus polio vaccinal (VDPV ou vaccine-derived polioviruses) ont été isolés dans des eaux usées des égouts à Tampere, en Finlande.

Alors que la source des VDPV est inconnue, les caractéristiques des virus évoquent celles de souches isolées chez les immunodéprimés, les personnes ayant une infection persistante. Aucun cas suspect de poliomyélite n'a été rapporté en Finlande depuis 1985.

INTRODUCTION :

Les virus polio sont les agents causaux d'une paralysie aiguë, la poliomyélite. En raison, des efforts de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et des programmes extensifs d'immunisation contre la poliomyélite, le virus sauvage de la poliomyélite n'est plus endémique actuellement que dans 4 pays dans le monde: L'Afghanistan, le Pakistan, l'Inde, et le Nigéria. Tandis que l'éradication du virus polio sauvage se rapproche, des virus génétiquement dérivés des virus polio vaccinaux (VDPV) ayant récupéré une neurovirulence, sont devenus le nouveau défi pour l'éradication de la poliomyélite [1-3]. Chez un sujet vacciné par le vaccin polio oral (OPV), les 3 souches vaccinales (souches Sabin) infectent l'épithélium intestinal et se répliquent dans l'intestin pendant une période variant de plusieurs semaines à deux ou trois mois. Pendant ce temps, les virus subissent des modifications génétiques rapides, qui peuvent avoir comme conséquence la réversion des mutations d'atténuation. Très rarement, ceci peut avoir comme conséquence une maladie paralytique, la poliomyélite paralytique associée au vaccin (VAPP), chez les vaccinés ou chez leurs contacts immédiats. Dans les populations immunisées de façon sub-optimale l'apparition d'une transmission de virus polio neurovirulent circulant dérivés du vaccin (cVDPV) peut se produire.

Plusieurs manifestations provoquées par le cVDPV ont été documentées [3-4]. Dans la plupart des cas, les cVDPV ont été détectés peu après le début du premier cas de paralysie, mais les analyses génétiques des souches isolées de virus polio ont confirmé leur circulation silencieuse pendant au moins une année avant la détection des cas symptomatiques.

Depuis des décennies, la surveillance de poliomyélite en Finlande a reposé principalement sur la surveillance environnementale. Entre 1985, quand une campagne nationale de vaccination par l'OPV a été lancée dans tout le pays pour arrêter une épidémie de poliomyélite qui a commencé vers la fin

de 1984, et 2006 où une souche de virus polio similaire à l'OPV a été isolée dans des eaux d'égouts à Helsinki, aucun virus polio n'a été trouvé dans les eaux d'égouts en Finlande. Depuis 2006, au moins un virus polio Sabin-like a été isolé dans des eaux d'égouts presque tous les ans. En Finlande, seul le vaccin contenant un virus polio inactivé (IPV) a été utilisé dans les campagnes de vaccination, à la fois avant et après la campagne OPV de 1985.

Cependant, ceci n'est pas surprenant en regard du grand nombre de personnes venant de pays utilisant l'OPV qui visitent la Finlande chaque année. Dans cette étude, nous rapportant une conclusion des plus inattendues, à savoir la détection récurrente de souches virales VDPV neurovirulentes et fortement divergentes de chacun des 3 sérotypes du virus polio dans les eaux d'égouts finlandaises.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Des VDPV fortement divergents de chacun des 3 sérotypes ont été isolés de façon récurrente dans les eaux des égouts de Tampere. L'analyse moléculaire des zones de codage de la protéine 1 de la capsid virale ont indiqué que toutes les souches étaient issues d'une dose d'OPV administrée il y a plus de 10 ans.

La source du VDPV demeure inconnue, mais les données épidémiologiques et génétiques suggèrent qu'elle pourrait, à l'origine, avoir dérivé d'un individu non identifié ayant une infection chronique voire immunodéprimé.

Il est bien établi que parfois, quand des patients ayant une hypogammaglobulinémie sont infectés soit directement par administration d'une dose d'OPV, soit à la suite de contact avec quelqu'un qui a reçu une dose d'OPV, l'excrétion de virus peut se poursuivre chez eux pendant des années voire même pour le restant de leurs vies [1-2.4]. Jusqu'à présent, environ 40 sujets ayant une infection chronique par le virus polio ont été confirmés de par le monde [1.4.9]. Deux parmi eux avaient une infection prolongée avec 2 sérotypes du virus polio, tandis que les autres n'excrétaient qu'un seul sérotype [4.9]. Tandis que les souches de VDPV des 3 sérotypes détectés à Tampere ont été, très probablement, à l'origine établies chez la même personne, nous ne pouvons pas exclure la possibilité qu'une partie des virus s'était transmise à des proches contacts. L'identification des excréteurs chroniques est hautement importante, Depuis que des patients avec un déficit immunitaire primaire (c.-à-d., ayant un trouble de la production d'anticorps) ont accru le risque de développer un VAPP (le risque est estimé à 3.000 fois plus) [10].

Depuis que l'hypogammaglobulinémie a été rapportée comme se produisant beaucoup plus souvent chez les Caucasiens, le problème des excréteurs chroniques de VDPV est mis en évidence en Europe et en Amérique du Nord [1]. En outre, les patients présentant seulement une hypogammaglobulinémie ont une espérance de vie plus longue dans les pays développés avec de meilleurs systèmes de santé.

L'excrétion persistante de virus de polio neurovirulent pose un risque de transmission du virus aux contacts susceptibles dans la communauté, malgré l'absence de survenue de cas de paralysie parmi les contacts de sujets immuno-déficients excréteur un VDPV. Tandis qu'il n'y a aucun traitement médical capable d'interrompre l'excrétion du virus polio, le risque de VAPP chez un patient immuno-déficient et ses contacts étroits peut être réduit par des rappels de vaccinations avec le vaccin inactivé de poliomyélite (IPV).

Bien que la perte de l'atténuation et la récupération de la neurovirulence aient été évidentes dans tous les sérotypes de VDPV chez les souris transgéniques, aucune paralysie induite par le virus polio n'a été détectée à Tampere ou ailleurs en Finlande depuis 1985. L'isolement récurrent de VDPV fortement divergent et neurovirulent, dans les eaux d'égouts de Tampere souligne l'importance de maintenir un taux de couverture élevé par le vaccin anti poliomyélite, mais souligne également l'utilité et l'importance de la surveillance environnementale dans le contrôle du virus de la poliomyélite.

REFERENCES:

- 1: Jackson ST, Mullings AM, Booth TF, MacDonald L, Henry SO, Khan CA, McLaughlin PD. Molecular analysis and implications of neurovirulent circulating vaccine-derived poliovirus in Jamaica. A case report and review of literature. *West Indian Med J.* 2008 Nov;57(5):511-4.
- 2: Alexander JP, Ehresmann K, Seward J, Wax G, Harriman K, Fuller S, Cebelinski EA, Chen Q, Jorba J, Kew OM, Pallansch MA, Oberste MS, Schleiss M, Davis JP, Warshawsky B, Squires S, Hull HF; Vaccine-Derived Poliovirus Investigations Group. Transmission of imported vaccine-derived poliovirus in an undervaccinated community in Minnesota. *J Infect Dis.* 2009 Feb 1;199(3):391-7.
- 3: Rakoto-Andrianarivelo M, Gumede N, Jegouic S, Balanant J, Andriamamonjy SN, Rabemanantsoa S, Birmingham M, Randriamanalina B, Nkolomoni L, Venter M, Schoub BD, Delpeyroux F, Reynes JM. Reemergence of recombinant vaccine-derived poliovirus outbreak in Madagascar. *J Infect Dis.* 2008 May 15;197(10):1427-35.
- 4: Estivariz CF, Watkins MA, Handoko D, Rusipah R, Deshpande J, Rana BJ, Irawan E, Widhiastuti D, Pallansch MA, Thapa A, Imari S. A large vaccine-derived poliovirus outbreak on Madura Island--Indonesia, 2005. *J Infect Dis.* 2008 Feb 1;197(3):347-54.
- 5: Vaccine-derived poliomyelitis in Nigeria. *Lancet.* 2007 Oct 20;370(9596):1394.
- 6: Combiescu M, Guillot S, Persu A, Baicus A, Pitigoi D, Balanant J, Oprisan G, Crainic R, Delpeyroux F, Aubert-Combiescu A. Circulation of a type 1 recombinant vaccine-derived poliovirus strain in a limited area in Romania. *Arch Virol.* 2007;152(4):727-38. Epub 2007 Jan 3.
- 7: Liang X, Zhang Y, Xu W, Wen N, Zuo S, Lee LA, Yu J. An outbreak of poliomyelitis caused by type 1 vaccine-derived poliovirus in China. *J Infect Dis.* 2006 Sep 1;194(5):545-51. Epub 2006 Jul 26.
- 8: Shimizu H, Thorley B, Paladin FJ, Brussen KA, Stambos V, Yuen L, Utama A, Tano Y, Arita M, Yoshida H, Yoneyama T, Benegas A, Roesel S, Pallansch M, Kew O, Miyamura T. Circulation of type 1 vaccine-derived poliovirus in the Philippines in 2001. *J Virol.* 2004 Dec;78(24):13512-21.
- 9: Rousset D, Rakoto-Andrianarivelo M, Razafindratsimandresy R, Randriamanalina B, Guillot S, Balanant J, Mauclere P, Delpeyroux F. Recombinant vaccine-derived poliovirus in Madagascar. *Emerg Infect Dis.* 2003 Jul;9(7):885-7.
- 10: Yang CF, Naguib T, Yang SJ, Nasr E, Jorba J, Ahmed N, Campagnoli R, van der Avoort H, Shimizu H, Yoneyama T, Miyamura T, Pallansch M, Kew O. Circulation of endemic type 2 vaccine-derived poliovirus in Egypt from 1983 to 1993. *J Virol.* 2003 Aug;77(15):8366-77.
- 11: Kew O, Morris-Glasgow V, Landaverde M, Burns C, Shaw J, Garib Z, Andre J, Blackman E, Freeman CJ, Jorba J, Sutter R, Tambini G, Venczel L, Pedreira C, Laender F, Shimizu H, Yoneyama T, Miyamura T, van Der Avoort H, Oberste MS, Kilpatrick D, Cochi S, Pallansch M, de Quadros C. Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived poliovirus. *Science.* 2002 Apr 12;296(5566):356-9. Epub 2002 Mar 14. - Mod.MPP]

USA - TEXAS : LISTERIOSES MORTELLES

Date: Le jeudi 13 Mai 2010

Source: mysanews.com

http://www.mysanantonio.com/news/local_news/seven_sickened_two_killed_by_food-borne_infection_93633679.html?c=y&page=1#storytop

L'Etat et les agents sanitaires locaux enquêtent au sujet d'une série d'infections d'origine alimentaire qui ont touché sept personnes, tuant deux d'entre elles, cette année dans trois comtés du Texas. Les patients en question qui sont du comté de Bexar (5), Travis (1) et Hidalgo (1)⁴, ont développé une

⁴ Le comté de Travis fait partie de la ville de la zone métropolitaine d'Austin. Austin est la capitale de l'état du Texas et est située au centre du Texas. San Antonio, le chef lieu du comté de Bexar, est localisée à 80 milles au sud-ouest d'Austin. Le comté d'Hidalgo est situé sur Fleuve de Rio Grande sur la frontière avec le Mexique.

Listériose. Il s'agit d'une infection bactérienne due à une bactérie *Listeria monocytogenes* qui est largement répandue dans le milieu, dans notamment les légumes et chez les animaux.

Les flambées de cette maladie sont parfois liées à des aliments, tels que des fromages à pâte molle et de la charcuterie, souillés après leur préparation. L'analyse génétique a retrouvé la même souche de la bactérie chez tous les patients, suggérant qu'elles ont été toutes infectées par le même produit alimentaire. Mais en raison du petit nombre de cas et de leur dispersion (deux des patients vivent à 300 milles l'un de l'autre) il sera difficile d'identifier exactement l'aliment en cause. Cette petite flambée a été grave, non pas en raison de sa taille, mais parce que les personnes infectées sont toutes des personnes âgées et fragiles. La plupart des personnes en bonne santé ne courent aucun danger du fait d'une Listériose, ne présentant parfois qu'un syndrome pseudo-grippal. Mais chez les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes dont le système immunitaire est affaibli par maladie, le taux de létalité de l'infection peut atteindre les 20 %.

Le CDC estime que 2500 personnes contractent des Listérioses sérieuses tous les ans aux USA, dont 500 d'entre elles décèdent.

Les patients infectés, au Texas, sont âgés entre 66 et 93 ans, et la plupart d'entre elles avaient dans des antécédents sérieux de santé, et tous avaient été hospitalisés avant ou pendant leur infection. Le 1^{er} cas a été rapporté en Janvier 2010 et le plus récent, le 6 Mai 2010.

Le 10 Mai 2010, le Ministère de l'Agriculture des États-Unis avait publié une alerte de santé publique concernant les charcuteries importées du Canada et produites par l'entreprise Zadi- Foods basée en Ontario. Les produits étaient du jambon vendu sous la marque Casa Italia et Emma.

En 2008, une manifestation au Canada qui était liée à un autre producteur de charcuteries a tué 22 personnes sur les 57 qui sont tombées malades. Un certain nombre de cas de Listérioses survenues au Texas, ces dernières années ont été rattachées au fromage blanc mou et non pasteurisé importé du Mexique.

Des charcuteries sont souvent impliquées parce que cette bactérie peut se multiplier aux températures du réfrigérateur, à la différence de la plupart des autres bactéries.

Les symptômes de la Listériose peuvent associer : une fièvre, des myalgies, des nausées et une diarrhée. L'infection peut diffuser au système nerveux, occasionnant des céphalées, une confusion mentale, des vertiges et des convulsions.

Pour réduire le risque de Listériose, il est recommandé de bien cuire la viande crue et de bien laver les légumes crus avant la consommation, séparer la viande crue des légumes et des aliments cuits ou précuits et de bien se laver les mains, les couteaux et les ustensiles de découpage après usage.

Pour les sujets à risque élevé de Listériose grave, tels que les personnes âgées ou les femmes enceintes, les experts recommandent d'éviter les hot-dogs ou les lunch on meat à moins qu'ils ne soient réchauffés jusqu'à cuisson à la vapeur chaude, éviter les fromages à pâte molle à moins que l'étiquette n'indique qu'ils ont été fabriqués avec du lait pasteurisé, et éviter les viandes congelées et les fruits de mer fumés à froid à moins qu'ils soient intégrés dans un plat cuit.

En 2008, on a rapporté une manifestation de Listériose au Canada liée à la charcuterie qui a provoqué 20 décès⁵. La bactérie *Listeria* a été retrouvée en profondeur à l'intérieur d'un équipement de découpe de la viande en tranches, selon des responsables de la compagnie Maple Leaf Foods plant, la plus grande compagnie alimentaire du Canada.

Le 16 Mars 2010, le département agricole US de la sécurité alimentaire et les services d'inspection (FSIS) ont publié une alerte de santé publique pour divers produits pré-préparés importés à base de Jambon (prosciutto), fabriqués par Siena Foods LTD (domiciliée en Ontario) en raison d'une contamination par *Listeria*.

⁵ Listeriosis, fatal, meat product - Canada (04) 20081005.3147

Le 10 Mai 2010, le FSIS a publié une autre alerte pour divers produits importés prêts à la consommation prosciutto, fabriqués cette fois par Zadi Foods Ltd (également domiciliée en Ontario), parce qu'ils pouvaient être contaminés par *Listeria monocytogenes* ⁶.

Auparavant, le 1^{er} Mai 2010, FSIS a rappelé un produit fait de saucisses et assimilés à base de viande de porc hachée totalement cuite, fabriquées par Custom Corned Beef, Inc. (domiciliée à Denver, Co) qui a pu avoir été contaminé avec *Listeria monocytogenes* ⁷.

Il n'est pas rapporté si l'empreinte ADN de la souche de la *Listeria monocytogenes* isolée chez les patients au Texas soit compatible avec les souches isolées dans les différents produits alimentaires.

La plupart des infections humaines à *Listeria monocytogenes* sont causées par les aliments, bien que la transmission verticale puisse se produire par voie trans-placentaire entre la mère et le fœtus ou pendant la délivrance par une filière génitale infectée, et des infections cutanées localisées peuvent se produire chez les vétérinaires et les agriculteurs par contact direct avec des animaux infectés.

La contamination des aliments peut se produire dans la nature, comme, pour les légumes crus qui sont contaminés par le sol, les engrais et le lait cru des vaches infectées. Mais la contamination peut aussi se produire au cours de la cuisson ou d'autres processus de préparation. Puisque ces organismes peuvent se reproduire à des températures de réfrigérateur, il n'est pas étonnant que la Listériose soit habituellement liée à l'ingestion de produits laitiers, carnés ou de légumes contaminés qui ont été conservés à des températures de réfrigération. Puisque la listeria présente dans des aliments crus est tuée par la cuisson, le risque de Listériose est habituellement le plus élevé avec les produits pré-préparés ne demandant pas à être cuits avant consommation. La Listériose est plus grave chez les nouveau-nés, les femmes enceintes, les personnes de 60 ans ou plus et celles ayant une immunité compromise.

KENYA - VALLEE DU RIFT : CHOLERA

Date: Le Dimanche 2 Mai 2010

Source: Kenya Broadcasting Corporation <<http://www.kbc.co.ke/story.asp?ID=63691>>

Sept personnes sont signalées décédées ces derniers jours à Kapenguria dans le district du West Pokot ([province de la Vallée du Rift) suite au Choléra qui a tué jusqu'à présent plus de 30 personnes. Parmi les 7 décédées, deux ont succombé pendant qu'ils recevaient des soins, tandis que les cinq autres sont décédés dans plusieurs villages en Kapenguria. Au moins 150 patients atteints du choléra reçoivent des soins à travers plusieurs centres médicaux dans le district du West Pokot.

Le député de Kapenguria Philip Murgor fait maintenant appel au gouvernement et autres organismes pour aider à limiter la propagation de la maladie.

Avec les pluies courantes qui continuent à s'abattre sur le secteur, créant un environnement propice à la propagation de la maladie, la plupart des centres médicaux sont sollicités au delà de leurs capacités, offraient leurs soins, à l'extérieur, sous les arbres, dans un effort désespéré pour sauver des vies.

Le député Murgor a payé les factures médicales pour plus de 40 patients au centre médical de l'hôpital auxiliaire de Chepareria et le centre médical de Chepkobegh et a remercié World Vision qui a fait un don de médicaments d'une valeur de plus de 900 000 shillings aux centres médicaux de la région.

Le député a également payé le salaire de 20 infirmières et a demandé au gouvernement de déployer plus de personnel de santé dans la région pour réduire la manque important en médecins dans cette

⁶ (<http://www.fsis.usda.gov/News_&_Events/NR_051010_02/index.asp>)

⁷ (<http://www.fsis.usda.gov/News_&_Events/Recall_027_2010_Release/index.asp>).

région. Il a demandé aux habitants d'observer les règles d'hygiène, comme faire bouillir l'eau avant de la consommer et l'utilisation des latrines afin d'éviter la propagation des maladies à transmission hydrique.

NIGERIA - KEBBI : EPIDEMIE DE FIEVRE HEMORRAGIQUE LASSA

Date: Le Mardi 18 Mai 2010

Source: Independent Online (IOL), un rapport de

SAPA (Agence de presse sud-africaine)/AFP (agence France-Presse)

<http://www.iol.co.za/index.php?set_id=1&click_id=86&art_id=nw20100518140143379C877858

Date: Le Mercredi 19 Mai 2010

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

<<http://www.tribune.com.ng/index.php/news/5598-lassa-fever-kills-17-in-kebbi>>

Une épidémie récente de fièvre Lassa a tué 17 personnes et touché des dizaines d'autres dans l'état de Kebbi au nord du Nigeria. Cette épidémie, a débuté il y a environ 4 semaines, a annoncé, le 18 Mai 2010, l'épidémiologiste, en chef local à l'AFP (Agence France-Presse).

La fièvre de Lassa est une maladie virale hémorragique aiguë endémique et commune en Afrique de l'Ouest, qui est habituellement contractée suite à un contact avec des excréments de rongeurs.

Il a également affirmé que « de nombreuses personnes ont été confirmées pour avoir été touchées par la maladie, qui a été enregistrée dans trois localités, y compris la capitale de l'État Birnin-Kebbi, qui est la plus touchée avec 9 décès enregistrés ».

L'OMS a dépêché des experts médicaux d'Afrique du Sud, des Pays Bas et de Lagos au Nigeria pour aider à contenir cette manifestation.

La maladie, qui provoque une fièvre, des céphalées, des difficultés de déglutition, peut aboutir à une atteinte d'organes vitaux et à la mort, est baptisée du nom de la ville de Lassa au Nord du Nigeria, dans l'état de Borno où le virus avait été identifié pour la première fois en 1969. Elle se produit principalement en Guinée, au Libéria, au Nigéria et en Sierra Leone, provoquant environ 200 décès tous les ans.

COMMENTAIRES

La fièvre virale hémorragique de Lassa est une maladie aiguë qui dure de 1 à 4 semaines et qui se voit en Afrique de l'Ouest. Bien que le 1^{er} cas de maladie ait été décrit dès les années 50, le virus causal de la maladie n'a pu être identifié qu'en 1969.

Le virus de Lassa est un virus à simple brin d'ARN appartenant à la famille des Arenaviridae. La fièvre de Lassa est connue pour être endémique en Guinée, au Libéria, au Sierra Leone et dans certaines régions du Nigéria, mais elle existe très probablement dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Environ 80% des infections humaines sont asymptomatiques, le reste des formes sont des formes graves multi-systémiques, où le virus affecte plusieurs organes, tels que le foie, la rate et les reins. La période d'incubation de la fièvre de Lassa varie entre 6 et 21 jours. Le début de la maladie est habituellement progressif, commençant par une fièvre, une asthénie et des malaises généraux, suivis quelques jours après, par des céphalées, des maux de gorge, des myalgies, des douleurs thoraciques, une toux, des nausées, des vomissements, une diarrhée et des douleurs abdominales. Les cas graves peuvent évoluer vers un œdème facial, un épanchement thoracique, des hémoptysies, des épistaxis, des saignements vaginaux ou gastro-intestinaux et une hypotension. Une protéinurie peut être détectée dans les urines. Un état de choc, des attaques, des tremblements, une désorientation et un coma peuvent survenir aux stades terminaux. Une surdité se produit chez 25 % des patients dont une moitié récupère une partie de la fonction auditive après un à

trois mois. Une alopecie passagère et un trouble passager de la marche peuvent se produire pendant la phase de convalescence.

La fièvre de Lassa est une zoonose. Le réservoir animal du virus de Lassa est un rongeur du genre *Mastomys*, généralement connu sous le nom de "rat. multimammate". Les *Mastomys* atteints par le virus de Lassa ne développent pas de maladie, mais ils peuvent répandre le virus par leurs urines et leurs fèces.

La fièvre de Lassa touche tous les groupes d'âges. Les personnes à risque sont celles vivant dans des secteurs ruraux où abondent habituellement les *Mastomys*, particulièrement dans les secteurs à l'hygiène pauvre ou vivants dans des conditions de promiscuité. Il n'y a aucune preuve épidémiologique de l'existence d'une transmission aéroportée du virus entre humains.

Une transmission d'homme à homme peut se produire à la fois dans les structures de soins de santé et dans la communauté.

La virologie des infections par le virus de la fièvre de Lassa a été récemment passée en revue⁸. Jusqu'à récemment, Le comité International pour la taxonomie des virus, ne reconnaît dans la famille des *Arenaviridae* qu'un genre unique *Arenavirus* qui comprend 22 espèces virales.

Mais il y a actuellement 9 arénavirus supplémentaires découverts récemment, dont le statut taxonomique demeure encore en suspens. Les arénavirus ont été classés selon leur propriétés antigéniques en 2 groupes, le Lassa choriomeningitis (LCM) Serocomplex Lymphocytaire et le serocomplex de Tacaribe, qui a été encore provisoirement divisé en 4 lignées. Chaque arénavirus est plus ou moins étroitement lié à un réservoir mammifère particulier. La distribution du réservoir détermine la propagation du virus.

Les humains peuvent s'infecter par des arénavirus suite à un contact direct avec des rongeurs infectés, par des morsures, ou par l'inhalation d'excrétions et des sécrétions de rongeurs infectés. Les virus de Lassa, Junin, Machupo, Guanarito, et Sabia sont connus pour causer une fièvre hémorragique grave, respectivement, en Afrique de l'Ouest, en Argentine, en Bolivie, au Venezuela et au Brésil.

L'infection par le virus Lassa LCM peut avoir comme conséquence une maladie aigue du système nerveux central, des malformations congénitales, ou une infection d'organes transplantés. La détection des arénavirus chez leur réservoir animal peut être réalisée par l'isolement du virus et elle profite depuis récemment des techniques de PCR.

ITALIE - LOMBARDIE : WEST NILE VIRUS (WNV)

Date: Le Mercredi 19 Mai 2010

Source: Il Giornale.it

http://www.ilgiornale.it/milano/la_zanzara_killer_e_lombardia_68_comuni_sorvegliati_speciali/19-05-2010/articolo-id=446534-page=0-comments=1

En Lombardie, 60 communes sont sous haute surveillance. Une alerte a été donnée pour le WNV, qui peut occasionner une maladie chez les humains, à qui il est transmis par des moustiques infectés et donner des cas graves de méningites. En 2009, aux mois d'Août et Septembre, le WNV a infecté 78 personnes et causé 3 décès, dont 2 étaient des résidents à Ferrare et un dans Mantua.

Le virus, bien que maintenu sous observation dans l'Emilia-romagna, est en train de migrer vers l'Ouest et a atteint la Lombardie. Un article paru dans Eurosurveillance le 22 Avril 2010 décrit la situation : les autorités sanitaires européennes ont désigné les secteurs à surveiller.

Le Ministère indique que les domaines d'ASL (domaines locaux de santé en Italie) couverts sont ceux situés entre Mantua, Crémone et Brescia. Les réservoirs du virus sont les oiseaux sauvages et les moustiques.

⁸ Charrel RN, de Lamballerie X; *Vet Microbiol.* 2010 Jan 27;140(3-4):213-20. Epub 2009 Aug 28).

La plupart des personnes infectées étaient asymptomatiques, 20% ont présenté des symptômes légers : des nausées, des vomissements, des adénopathies superficielles. Des symptômes plus graves, ont affecté 1 % des malades, et ont consisté en des convulsions, une paralysie, ou une encéphalite.

COMMENTAIRES

Il n'est pas clair si l'explosion du virus signalé signifie seulement sa détection chez les moustiques, ou s'il s'agit de cas humains plus nombreux cette année 2010. Avec la présence permanente du virus dans cette région de l'Italie du nord, on se demande si le WNV n'est pas devenu endémique dans cette région.

CLARIFICATIONS

Quelques données complètes devraient être données pour mieux expliquer le rapport du journal sur la situation du WNV en Lombardie - Italie du nord.

Le WNV s'est transmis, principalement chez les chevaux et les oiseaux sauvages, en Lombardie en Emilia-romagna en Italie du Nord durant l'automne 2008, soit, 10 ans après la manifestation précédente, qui s'est produite en 1998 en Toscane. Cette manifestation a été détectée par le programme national de surveillance basé sur une surveillance active et passive chez les chevaux, les oiseaux sauvages et la surveillance entomologique.

En 2009, WNV est réapparu dans les mêmes secteurs et a diffusé à des secteurs voisins, tout en impliquant les mêmes espèces (chevaux et oiseaux sauvages). Un certain nombre de cas humains ont été également enregistrés.

Le programme de surveillance de 2010 vient juste de commencer et n'a détecté jusqu'à présent aucune positivité pour le WNV chez les moustiques, chevaux, ou oiseaux sauvages. Quoi qu'il en soit nous ne pouvons pas exclure une possible identification virale dans un avenir proche, puisque la circulation du WNV ne pourrait se confirmer de manière évidente que plus tardivement, au cours de l'été prochain.

Des informations plus spécifiques et plus détaillées sur les cas qui se sont produits pendant les 2 dernières années 2008-2009 chez les animaux et les humains ont été récemment publiées.

1. Macini P, Squintani G, C.A. de Finarelli, et autres : Détection de West Nile infection de virus chez les chevaux, Italie, septembre 2008. *Euro Surveill.* 2008 ; 13 (39).

2. Le Monaco F, Lelli R, Teodori L, et autres : Re-emergence de West Nile virus en Italie. *Santé publique des zoonoses.* 2009 ;

3. Calistri P, Giovannini A, Savini G, et autres : Virus de West Nile transmission en 2008 en Italie du nord-est. *Santé publique des zoonoses.* 2010 ; 57 (3) : 211-9.

4. Angelini P, Tamba, C.A. de Finarelli, et autres : Virus de West Nile circulation en Emilia-romagna, Italie : la surveillance intégrée système 2009. *Euro Surveill.* 2010 ; 15 (16).

Date: Le Lundi 24 Mai 2010

Source: Giuseppe Ippolito <giuseppe.ippolito@inmi.it> [edited]

L'évidence de la circulation du WNV en Italie a été prouvée depuis 2008 chez les animaux [1,2], les humains [3], et les moustiques. Jusqu'à maintenant, la diffusion a été démontrée dans 3 régions du Nord-est (Emilia-romagna, Vénétie et la Lombardie). Des informations récentes ont signalé par erreur 78 cas humains rapportés en 2009, dont 3 décès.

En fait, ces 78 cas humains étaient des suspicions avec une forme neuro—invasive de la maladie détectés entre Juin et octobre 2009, par le système de surveillance mis en place en Emilia-romagna, parmi eux, 9 cas ont été confirmés comme des infections par le WNV, dont les 3 décès [4].

Au total, 16 cas humains ont été rapportés en Italie en 2009, tous dans les 3 régions déjà citées [5]. Jusqu'ici, aucune donnée n'est disponible au sujet d'une occurrence de cas humains en 2010, mais

on s'attend à voir des cas, car l'activité des moustiques va s'accroître pendant les périodes printemps-été.

Depuis l'année 2009, des stratégies actives et passives de surveillance ont été mise en place pour la surveillance du WNV chez l'homme, équidés, oiseaux et moustiques [4] en Emilia-romagna et en Vénétie. La surveillance a démarré récemment commencé dans 68 municipalités en Lombardie.

De telles initiatives de surveillance ne sont pas fréquentes dans les autres régions italiennes, ainsi une véritable évaluation de la maladie et de la diffusion du virus en Italie est difficile.

L'ETHIOPIE : ALERTE A UNE EXTENSION GEOGRAPHIQUE DE LA MALARIA !

Date: Le Samedi 1^{er} Mai 2010

Source: Afrik.com

<<http://en.afrik.com/article17476.html>>

Le Ministère de la Santé éthiopien a fait état de sa préoccupation à propos de survenue de cas de Malaria dans des secteurs du pays où la maladie n'avait pas été précédemment signalée.

Le changement climatique a été identifié par les responsables du Ministère de la Santé éthiopien comme étant l'une des principales raisons possibles de cette extension géographique de la maladie.

Le programme de lutte anti moustique qui visait à remplacer 20 millions de moustiquaires distribuées précédemment a dû être modifié pour y incorporer les nouveaux secteurs.

En 2003, une épidémie majeure a été enregistrée, en Ethiopie, affectant près de 6 millions de personnes et causant plus de 40 000 décès.

Une distribution de 20 millions de moustiquaires traitées aux insecticides, ayant une durée de vie de 3 à 5 ans, entreprise depuis 2005, par le Ministère de la Santé, en collaboration avec « l'Initiative faire reculer la Malaria », dans laquelle l'UNICEF et l'OMS sont partenaires, a provoqué un changement crucial dans la situation épidémiologique de la maladie.

Le Ministère de la Santé éthiopien, dans le cadre de ce programme de lutte, a élargi ses services de santé en employant plus de 30 000 agents de santé supplémentaires et en distribuant près de 20 millions de moustiquaires de lits dans les secteurs exposés à la Malaria. Cet effort a contribué à une chute drastique des décès par cette maladie, qui tue un malade sur quatre. En trois ans, ce programme a été divisé par deux la morbidité et la mortalité par la Malaria.

Mais, en dépit des mesures importantes de lutte contre la Malaria prises par l'Ethiopie, la Malaria demeure la maladie la plus mortelle dans le pays.

Selon l'UNICEF, des épidémies à large échelle se produisent tous les 5 à 8 ans, dans certains secteurs du pays, elles sont aggravées par les changements climatiques et la situation d'urgence liés à la sécheresse qui affaiblit les défenses immunitaires de la population.

En Ethiopie, la Malaria a 2 saisons de transmission: la première démarre au mois d'Avril après les pluies du belg (courte saison) et la deuxième au mois d'Octobre, qui suit également la principale saison de pluies régulières dans le pays.

LA ROUGEOLE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE

Le manque de ressources financières menace la riposte à une épidémie de Rougeole chez l'enfant en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale.

Date: Le Jeudi 22 Avril 2010
Source: Centre de presse de l'UNICEF
<http://www.unicef.org/media/media_53399.html>

Les pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale⁹ sont touchés par une épidémie de Rougeole affectant plus de 22 000 enfants (22 364 cas et 185 décès, au 28 Mars 2010). Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) met en garde qu'avec une menace de manque de ressources pour la vaccination, il y a un risque de perte des progrès obtenus dans la réduction de la mortalité infantile dans la région. Un déficit de financement de 16 millions USD pour les campagnes de vaccination de suivi, met en péril la santé des enfants en Afrique, dans les 16 pays touchés¹⁰ par cette dernière épidémie.

Dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et Centrale, au maximum 80% seulement de leurs populations ont été vaccinés, ce qui est en deçà du seuil des 95 % recommandée par l'OMS. Un tel chiffre de couverture signifie qu'il faut s'attendre à avoir de grandes flambées durables tous les 3 à 4 ans. Près de 200 décès infantiles dus à la Rougeole ont été signalés dans les 16 pays touchés par l'écllosion de l'épidémie de Rougeole au cours de l'année écoulée. Cette couverture vaccinale insuffisante des enfants, contribue à constituer un pool de sujets vulnérables aux flambées de Rougeole.

La Rougeole est l'une des maladies les plus contagieuses, elle se propage facilement par la toux ou les éternuements, et serait l'une des principales causes de décès chez les enfants dans le monde entier. En 2009, une importante flambée au Burkina Faso a touché plus de 50 000 personnes et tué 340 personnes, tandis que plus de 16 000 cas et 68 décès ont été rapportés au Bénin, Guinée, Mali, Niger et le Sénégal.

L'ONU cherche à réduire de 90 % les décès par la Rougeole au cours de la décennie 2000 - 2010, mais les agences de l'organisation mondiale soulignent que si rien n'est fait pour contrer la résurgence de la maladie, la tendance des progrès accomplis sera renversée. Le manque de financement doit être comblé pour que les pays puissent continuer à mener des campagnes de grande envergure, prévenir les décès d'enfants et préserver les acquis.

L'atteinte de l'objectif de 2010 nécessite un renforcement de la vaccination de routine et celui des systèmes de surveillance de la maladie afin de détecter rapidement les foyers et de maîtriser les épidémies.

Si un financement est trouvé, des campagnes de vaccination et de suivi de vaccination sont prévues cette année au Burkina Faso, Congo, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Gabon, Ghana, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal et le Togo.

⁹ Les pays de l'Afrique occidentale et centrale comprennent Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Congo, République démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, le Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Sierra Leone et le Togo.

¹⁰ Les 16 pays touchés par des flambées de rougeole, jusqu'au 28 mars 2010, sont le Bénin (85 cas, 0 décès), Burkina Faso (1258 cas, 10 décès), République Centrafricaine (31 cas, 0 décès), Côte d'Ivoire (491 cas, 3 décès), Cameroun (1338 cas, 6 décès), le Tchad (5832 cas, 79 décès), RD Congo (3976 cas, 13 décès), Guinée (1.013 cas, 2 décès), la Mauritanie (863 cas, 9 décès), au Libéria (1341 cas, 34 décès), Mali (774 cas, 1 décès), Niger (352 cas, 1 décès), Nigéria (3804 cas, 26 décès), Sénégal (560 cas, 0 décès), la Sierra Leone (351 cas, 1 décès), et le Togo (295 cas, 0 décès).

MAURITANIE : 19 DECES DUS A LA ROUGEOLE EN 2010

Date: Le Lundi 26 Avril 2010

Source: Le Quotidien du Peuple, un rapport de l'agence de presse Xinhua

<http://french.peopledaily.com.cn/International/6962412.html>

Le Président mauritanien Mohamed Ould Abdel Aziz a déclaré, le 24 Avril 2010, alors qu'il présidait, dans un quartier de Nouakchott, l'ouverture d'une campagne de lutte contre la Rougeole et la Poliomyélite, que la Rougeole a tué, en Mauritanie, 19 personnes depuis le début de l'année 2010. Le chef de l'Etat a souligné que ces décès sont dus à des négligences dans la prévention de cette maladie suite à la non-vaccination des enfants à l'âge prévu pour cela. Il a recommandé d'intensifier les efforts de prévention, et d'en comprendre l'intérêt, la sécurité et le moindre coût. Il a appelé les Oulémas et les Imams des mosquées à insister auprès des populations sur l'importance de la vaccination pour prévenir ces maladies dévastatrices.

La Rougeole est de retour en force en tant que cause majeure de morbidité et de mortalité dans le continent africain, malgré qu'un vaccin efficace existe depuis des années. Cela devrait inciter les pays à adopter toute la stratégie de lutte anti-rougeoleuse recommandée par l'OMS qui comporte:

- Une vaccination de routine soutenue visant une couverture d'au moins 95 % des enfants au cours de la première année de vie.
- Une première campagne de rattrapage de vaccination à l'échelle nationale ciblant tous les enfants de neuf mois à 14 ans;
- Des campagnes nationales tous les 2 à 5 ans ciblant les enfants nés après la campagne initiale de rattrapage.

BURKINA FASO : MENINGITE A MENINGOCOQUE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET EMERGENCE DU SERO-GROUPE X

Date: Lundi 26 Avril 2010

Source: AllAfrica, un rapport de Sidwaya Quotidien

<http://fr.allafrica.com/stories/201004260707.html>

Date: Samedi 24 Avril 2010

Commercial Times Corporation, Xinhua News Agency report

http://www.sdshang.com/MMM/P_Show.asp?id=48095

Date: Vendredi 23 Avril 2010

Source: UN Integrated Regional Information Networks (IRIN)

<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=88915>

C'est dans la ceinture de la Méningite, qui s'étend en Afrique sub-saharienne du Sénégal à l'Ouest jusqu'à l'Éthiopie à l'Est, que l'on enregistre les taux les plus élevés de prévalence de cette maladie.

Au cours de la saison épidémique de 2009, 14 pays africains ont mis en œuvre une surveillance renforcée qui a permis d'enregistrer un total de 78 416 cas suspects, dont 4053 décès. C'est les nombres les plus élevés depuis l'épidémie de 1996.

On dispose de vaccins antiméningococciques polysidiques pour lutter contre cette maladie. Un nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque A, spécialement mis au point pour l'Afrique devrait être disponible d'ici la fin de l'année 2010.

BURKINA FASO: DES CAS DE MENINGITES DUES AU NEISSERIA MENINGITIDIS X POUR LEQUEL AUCUN VACCIN N'EST DISPONIBLE

Le Ministère de la Santé du Burkina Faso a organisé le Jeudi 22 Avril 2010 à Ouagadougou, une conférence de presse sur l'épidémie de la méningite au Burkina, pour donner des informations sur les mesures prises pour prévenir la diffusion de l'épidémie de Méningite. Le pays des Hommes intègres fait actuellement face à des foyers d'épidémie de Méningite. C'est ainsi qu'entre le 1^{er} Janvier et le 18 Avril 2010, un total cumulé de 5118 cas suspects de méningite dont 718 décès ont été recensés dans l'ensemble des formations sanitaires du pays. Au cours de cette période, 11 districts sanitaires situés dans 7 régions administratives, ont franchi le seuil épidémique de 10 cas pour 100 000 habitants en une semaine. Cependant, au cours de la semaine du 12 au 18 Avril 2010, seuls 6 districts étaient toujours en situation endémique.

Selon les statistiques du Ministère de la Santé, pendant la même période de l'année 2009, 4000 cas suspectés de méningite et 600 décès ont été enregistrés.

Le Burkina Faso, le Mali, le Nigéria, le Tchad, et le Ghana ont été considérablement affectés par la Méningite. En effet, plusieurs manifestations de Méningite se sont produites au Burkina Faso depuis 1996.

Pour faire face à une éventuelle épidémie au Burkina, le Ministère de la Santé a initié, depuis le mois de Février 2010, un plan de préparation et de riposte dont les objectifs serait de sensibiliser le public, par une éducation de la population, la mise en œuvre de campagnes de vaccination et la réduction du taux de mortalité par Méningite, dont nous citons certaines mesures:

- Le pré-positionnement et le renforcement progressifs des stocks en médicaments et en consommables des formations sanitaires,
- La disponibilité d'un stock de sécurité de 839 000 doses de vaccins anti-méningocoques A+C et l'acquisition de 39 000 doses de vaccins supplémentaires,
- La mise à disposition des laboratoires de districts et des laboratoires nationaux de référence de réactifs et de consommables pour l'identification des germes responsables des cas de Méningite.
- Formation dans la description des cas et l'identification des germes,
- La préparation et la mise en œuvre des mesures de riposte dans les districts touchés,
- La tenue régulière et de façon hebdomadaire d'une réunion du comité national de gestion des épidémies,
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique a permis aux laboratoires de référence de détecter la nouvelle souche de méningocoque, le *N. meningitidis* X qui n'était pas connue au Burkina comme germe responsable d'épidémie. La poursuite de la surveillance épidémiologique et les investigations des cas de Méningite ont permis aux laboratoires d'identifier le *N. meningitidis* X dans les 14 formations sanitaires du territoire.

Cette nouvelle souche de méningocoque, souche NMX, également connue souche X, qui a émergé au Burkina Faso, semble avoir causé un peu plus de la moitié des nouveaux cas.

Cela a déclenché une campagne de vaccination de masse ou la prise en charge des malades par le gouvernement burkinabè quels que soient les sérogroupes de méningocoques responsables de l'épidémie A, B, W135, D, Y, Z, E29 et le *Neisseria meningitidis* X¹¹.

Cette maladie touche surtout les jeunes de moins de 30 ans qui représentent environ 90 % des cas. Ne disposant pas de vaccins contre le *N. meningitidis* X, la stratégie de contrôle de l'épidémie due au méningocoque X sera axée sur le renforcement de la prise en charge des malades dans les formations sanitaires, et la mise en œuvre rapide des traitements antibiotiques.

Le Ministre de la Santé, Seydou Bouda, a sollicité la contribution des acteurs de la santé, des responsables administratifs, des autorités communales, des ONG et des différents médias pour l'information et la sensibilisation des populations pour une consultation précoce, devant tout signe évocateur de Méningite, dans les centres de santé où les médicaments et les consommables médicaux nécessaires pour une prise en charge gratuite des cas de Méningite ont été rendu disponibles. Le Ministre a enfin souligné que la surveillance des cas et des analyses se poursuit dans les laboratoires afin d'adapter les stratégies de riposte à l'évolution de la situation épidémiologique.

Le plan de riposte de l'épidémie depuis le début de l'année s'élève à 1.75 millions USD. Les autorités sanitaires, espèrent disposer d'un vaccin anti-*Neisseria meningitidis* X d'ici la fin de l'année 2010.

Au Burkina Faso les autorités sanitaires qui incriminent le méningocoque du séro groupe A, dans presque toutes les manifestations du passé, l'aurait rendu responsable de la manifestation en cours, mais il a été observé que des personnes qui ont été vaccinés en 2009, avec le vaccin contre le séro groupe méningococcique A, ont contracté la maladie. Une perte de la protection vaccinale a été d'abord évoquée par une inefficacité du vaccin 2009 due à une défaillance dans la chaîne du froid. Mais il s'est finalement avéré que le vaccin 2009 n'a pas protégé ces personnes parce qu'elles ont déjà attrapé une infection méningococcique provoquée par un séro groupe méningococcique, le séro groupe X, qui n'était pas représenté dans la composition du vaccin.

L'apparition d'une nouvelle souche (séro groupe X) du méningocoque au Burkina Faso, en cette année 2010 a provoqué d'énormes manifestations dans le pays, 46 % (6/13) des régions du pays sont à un niveau épidémique. La létalité associée aux cas depuis le début de l'année est également élevée 14 % (781/5118), pourtant elle ne devrait pas dépasser les 10 % pour une épidémie bien-contrôlée. Le nombre de cas suspects de Méningite méningococcique et le nombre de décès ont quadruplé au Burkina Faso depuis le mois de Février 2010.

Le séro groupe X a été détecté dans 14 districts parmi les 65 que compte le Burkina Faso.

Le séro groupe X a été impliqué dans des épidémies survenues au Niger en 2006 et s'est donc déplacé actuellement au Burkina Faso.

Le Séro groupe X est un de ceux pour lequel aucun vaccin n'existe, par conséquent le contrôle de la manifestation compte seulement sur une surveillance accrue pour la détection précoce des cas et leur référence, la gestion appropriée de cas utilisant une dose unique de solution huileuse de Chloramphenicol, la mobilisation sociale des populations et l'éducation sanitaire.

¹¹ Le *Neisseria meningitidis* du séro groupe X a été décrit en premier dans les années 60 et s'est avéré être responsable dans de rares cas rares des maladies méningococciques invasives, en particulier, des méningites, en Amérique du Nord, en Europe, en Australie, en Afrique, et en République Populaire de Chine. Ce Séro groupe a récemment émergé en Afrique comme une cause, en progression, de méningites, il n'est malheureusement pas couvert par des programmes de vaccination en cours. Des manifestations du séro groupe X ont été rapportées au Niger, au Ghana, et au Kenya. Au Niger, en particulier, entre janvier et juin 2006, le séro groupe X de *N. meningitidis* a représenté la cause de 51% de cas de méningite confirmés.

RECOMMANDATIONS OMS

Pour contrôler une manifestation, l'OMS recommande la vaccination de masse, selon la disponibilité du vaccin, avec le vaccin méningococcique approprié à chaque zone impliquée afin d'essayer de produire une immunité de groupe (par laquelle la transmission est bloquée quand un pourcentage critique de la population a été vacciné).

Il existe au moins 13 sérogroupes de *Neisseria meningitidis* selon la spécificité antigénique de leurs polysaccharides capsulaires. La maladie est le plus souvent due aux sérogroupes A, B, C, Y, et W135. Tous ces polysaccharides de séro groupe, à part le B, sont immunogènes chez l'homme.

Il y a différents types de vaccins anti-méningococciques qui emploient différents polysaccharides méningococciques comme immunogène : les vaccins peuvent contenir un seul ou plusieurs des sérogroupes de polysaccharide. Les vaccins méningococciques ne protégeront que contre la méningite due aux sérogroupes méningococciques dont le vaccin contient le polysaccharide.

Des vaccins polysaccharidiques, sont disponibles depuis plus de 30 ans, pour les sérogroupes A, C, Y et W-135 en divers combinaisons (comme, un C/A bivalent, un A/C/W-135 trivalent, et un a vaccin quadrivalent du polysaccharide A/Y/W-135). Il y a un vaccin monovalent de protéine conjugué contre le séro groupe C et un quadrivalent contre les sérogroupes A, C, Y, et, W-135. Mais il n'y a encore aucun vaccin pour le séro groupe X.

Bien que les jeunes enfants âgés de trois mois qui puissent développer une réponse immunologique à l'antigène du séro groupe A contenu dans les vaccins anti méningococciques polysaccharidiques, la réponse aux autres sérogroupes antigéniques est faible chez les enfants de moins de 2 ans. Ces vaccins polysaccharidiques ont une durée de protection de seulement 3 ans.

En revanche, les vaccins anti méningococciques conjugués induisent une réponse cellule-T dépendante, ayant pour résultat une réaction immunitaire améliorée chez les enfants en bas âge, et procurent une immunité prolongée, empêchent le portage nasopharyngé du *N. meningitidis* et de ce fait, il pourrait réduire la transmission de ce micro-organisme de personne à personne.

Une stratégie préventive basée sur les vaccins conjugués peut avoir sensiblement de meilleurs résultats et plus d'impact dans le contrôle des recrudescences annuelles de cette maladie qui cause une morbidité et une mortalité considérables, particulièrement parmi les enfants.

Tous ces vaccins ont une sécurité et une efficacité prouvées avec des effets secondaires rares et atténués. Pour les deux vaccins antiméningococciques, conjugués et polysaccharidique, un niveau d'anticorps anti-méningococciques protecteur se développe 7 à 10 jours après la vaccination.

SITUATION REGIONALE

La Méningite se transmet habituellement en Afrique de l'Ouest sous-saharienne au cours de la saison sèche entre les mois de Décembre et de Juin.

Les responsables de l'OMS ont signalé que la nouvelle souche de méningocoque existe dans 5 pays de la sous-région (Niger, Ghana, Nigeria, Tchad et Burkina Faso) et que le Niger est le réservoir de cette souche du méningocoque¹².

Le Niger a signalé une épidémie de la souche X en 2006. La souche X serait plus inquiétante que les autres sérogroupes de Méningite. La souche A serait, elle la plus mortelle des 12 souches de Méningite, selon l'OMS.

¹² Le Burkina Faso et le Niger sont des pays voisins, et depuis 2 ans ce séro groupe est en circulation au Niger, avec un risque épidémique réel et aussi un risque réel d'extension aux pays voisins comme le Burkina Faso, le Mali, le Nigeria. il n y a pas de vaccin contre ce séro groupe et les populations ont tendance à consulter assez tardivement les formations sanitaires pour des raisons diverses, d'où une forte létalité (14 %) qui dépasse le seuil tolérable de 10 % proposé par l'OMS.

Entre les 1^{er} Janvier et 11 Avril 2010, environ 14 700 cas de Méningite dont 1650 décès étaient rapportés à travers toute l'Afrique de l'Ouest selon les statistiques les plus récentes de l'OMS.

La situation n'est pas aussi critique qu'à la même période en 2009, où l'épidémie a touché 49 209 personnes et tué 2767.

Cette année, les pays touchés sont : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République Centrafricaine, le Tchad, la Cote d' Ivoire, le Ghana, la Guinée, le Mali, le Niger, le Nigéria, le Togo, et la République Démocratique du Congo.

SOUDAN - DARFOUR SUD : 107 BEBES MEURENT D'UNE FIEVRE A ETIOLOGIE INDETERMINEE

Date: Dimanche 23 Mai 2010

Source: UN ReliefWeb, Miraya FM report

<<http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/SMAR-85R8TU?OpenDocument>>

Le bilan des décès consécutifs à la fièvre non encore identifiée, s'élève désormais à 107 nourrissons à Nyala, dans l'État du Darfour Sud. Entre les mois de Mars et Mai 2010, 988 bébés ont présenté une fièvre élevée pouvant être mortelle dans les 48 heures suivant l'accouchement. Miraya le correspondant à Nyala a visité l'hôpital principal de la ville et il a décrit la situation comme catastrophique, en observant que 2 à 3 nouveau-nés partageaient le même lit.

L'absence de climatisation couplée à la température caniculaire de Nyala ont aggravé la situation dans cet hôpital surpeuplé, provoquant une odeur qui se répand jusqu'à dans les quartiers alentour.

S'adressant à Radio Miraya, le Chef de l'hôpital de Nyala, le Dr Moubarak Abdelrahman, a déclaré que la pollution dans la zone entourant les maternités et les habitations, l'eau polluée et l'élévation de la température pourraient entretenir d'avantage cette fièvre, non encore identifiée.

Selon le correspondant Miraya à Nyala, les autorités sanitaires de l'État ont demandé au Ministre Fédéral de la Santé, à l'UNICEF et à l'OMS de les aider à identifier la maladie.

Le diagnostic le plus probable d'une maladie fébrile mortelle chez le nouveau né serait dans l'écrasante majorité des cas de septicémie virale ou bactérienne. Mais en l'absence de diagnostic de laboratoire, un diagnostic précis est difficile à proposer en ce moment.

ALGERIE : PLUS DE 600 CAS DE TUBERCULOSE RECENSES A ORAN DEPUIS JANVIER 2010

Date: Le Jeudi 20 Mai 2010

Source: Monde Actu

<<http://mondeactu.com/sante/plus-de-600-cas-de-tuberculose-recenses-depuis-janvier-4589.html>>

Pas moins de 2500 nouveaux cas de Tuberculose (Tbc) ont été déclarés à Oran depuis le mois de Janvier 2009 et jusqu'à l'heure actuelle, selon des sources hospitalières.

Cette maladie, liée entre autres, à la pauvreté, la sous-alimentation, l'exode rural, la déficience du système immunitaire et le manque d'hygiène, est en recrudescence à Oran, notamment dans les milieux sociaux défavorisés. Cette année 2010, environ 600 cas ont été signalés, dont 492 durant les 3 premiers mois, soit une moyenne de 5 nouveaux cas par jour.

En 2009, la Direction de la Santé et de la Population de la wilaya d'Oran avait enregistré 1943 cas de tuberculose (toutes formes confondues), ce chiffre représentant 60 % des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence de cette maladie est estimée à 85 cas pour 100 000 habitants. Selon la même source, il a été enregistré à Oran, 1247 cas de tuberculose pulmonaire. L'analyse de

ces chiffres révèlent que, contrairement aux autres régions du pays, Oran a enregistré une augmentation des formes pulmonaires contagieuses de la Tbc (64%). Alors qu'au niveau national, en 2009, sur un total de 21 732 tuberculeux, seuls 8402 étaient contagieux (38.7%) et 11 118 cas n'étaient pas contagieux (51,2%).

En effet, on assiste dans le reste de l'Algérie, à une régression du nombre de cas de Tbc pulmonaire, tandis que les cas de Tbc extra-pulmonaire, qui n'est pas contagieuse sont en recrudescence.

La Tbc extra-pulmonaire, qui atteint le cerveau ou les os par exemple, ne peut pas être diagnostiquée à partir d'un examen de crachat, comme cela se fait pour la Tbc pulmonaire, et il est souvent nécessaire pour la diagnostiquer de procéder des biopsies chirurgicales.

CAMEROUN : FIÈVRE JAUNE

Date: Jeudi 27 Mai 2010

Source: World Health Organisation (WHO), CSR, Disease Outbreak News

http://www.who.int/csr/don/2010_05_27/en/index.html

Le Ministère de la Santé du Cameroun a signalé le 25 Janvier 2010, un cas de Fièvre Jaune dans le district de Kumba dans la région Sud Ouest du pays frontalière avec l'État de Cross River du Nigeria.

Le cas index est une élève de 16 ans du Kake High School. Elle a présenté un tableau clinique associant fièvre et ictère qui a débuté le 11 Janvier 2010 par la fièvre. La patiente qui n'avait aucun antécédent de vaccination contre la Fièvre Jaune a survécu à la maladie. Le cas index a été détecté par le système de surveillance de routine de la Fièvre Jaune.

Les analyses sanguines ont montré des IgM positives par la méthode ELISA au Laboratoire National de l'Institut Pasteur de Yaoundé, au Cameroun et confirmées positives par le test de neutralisation par réduction de plages (PNRT), plus spécifique de la Fièvre Jaune, au laboratoire régional de référence pour la Fièvre Jaune à l'Institut Pasteur de Dakar, au Sénégal.

Après la détection du cas index, une enquête épidémiologique a été menée dans la région et a identifié une personne comme symptomatique de fièvre, mais les tests biologiques sériques par la méthode ELISA se sont révélés négatifs chez ce patient, comme chez 50 autres sujets contacts testés.

En Mai 2009, le Cameroun a mené une campagne de vaccination de masse contre la Fièvre Jaune dans 62 districts à risque ayant une population de 7,4 millions habitants. Les 2 districts de Kumba ou a eu lieu le cas et Muyuka n'ont pas été concernés par cette campagne, car on n'y a pas observé de cas de Fièvre Jaune au cours des 50 dernières années.

Le Ministère de la Santé prévoit de vacciner 345 592 personnes dans les districts de Kumba et de Muyuka. Le pays a sollicité l'appui du Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccins anti-amarils (GIC), qui gère les stocks d'urgence mondiaux de vaccins anti-amarile. Le GIC a approuvé l'aide à cette campagne de vaccination, qui sera financée par l'Alliance GAVI par l'intermédiaire de l'OMS. Cette aide entre dans le cadre de l'Initiative mondiale de lutte contre la Fièvre Jaune qui vise à éviter des épidémies dévastatrices et à assurer un approvisionnement suffisant en vaccins anti-amarils en Afrique.

ALLEMAGNE : VIRUS DE SINDBIS DETECTE CHEZ DES MOUSTIQUES

Date: Le Mardi 4 Mai 2010
Source: J Clin Microbiol [edited]
<<http://jcm.asm.org/cgi/content/abstract/48/5/1900>>

Auteurs : Hanna Jost, Alexandra Bialonski, Volker Storch, Stephan Gunther, Norbert Becker, and Jonas Schmidt-Chanasit. 2010. Isolation and Phylogenetic Analysis of Sindbis Viruses from Mosquitoes in Germany. J Clin Microbiol 48(5): 1900-1903.

RESUME

Une surveillance moléculaire de 16 057 moustiques capturés dans le Sud-ouest de l'Allemagne pendant l'été de 2009 a démontré la présence du Virus de Sindbis (SINV) chez des espèces de *Culex* spp et chez *Anopheles maculipennis* au sens large.

L'analyse phylogénétique du SINV allemand tend à le rattacher à la souche suédoise du SINV, agent causal de la maladie d'Ockelbo chez les humains.

INTRODUCTION

Le SINV, ² prototype du genre viral Alphavirus de la famille des Togaviridae est un virus transmis par des arthropodes (arbo), virus à brin unique d'ARN, qui est le plus largement répandu de tous les autres arbovirus connus. Le SINV a été isolé en premier à partir d'un pool de 63 moustiques *Culex pipiens* et *Culex univittatus* collectés dans la zone sanitaire de Sindbis, près du Caire, en 1952 et a été plus tard identifié comme étant l'agent causal de maladies fébriles associant une éruption maculo-papillaire et des arthralgies communes chez l'homme en Afrique, Eurasie (maladie d'Ockelbo, maladie de Pogosta et fièvre karélienne) et en Australie.

En Europe, les vecteurs sont les moustiques ornithophiles des espèces *Culex torrentium*, *Culex C. pipiens*, *Culiseta morsitans*, aussi bien que les espèces de *Ochlerotatus* spp., et *Aedes*. Des oiseaux de l'ordre des Passeriformes et Anseriformes sont considérés comme faisant partie des hôtes principaux du virus et se sont avérés être les responsables de la diffusion géographique du SINV et de son introduction éventuelle dans des secteurs jusqu'ici non infestés.

L'analyse phylogénétique des données de séquences des nucléotides de plusieurs souches de SINV ont démontré l'existence de 2 lignées génétiques distinctes (paleoartic/éthiopien et oriental/Australien). Il n'était pas connu si le SINV circule ou non en Allemagne, et par conséquent, le vecteur habituel du SINV ainsi que la répartition géographique du SINV chez le vecteur étaient tout aussi inconnus.

CONCLUSION

La 1^{ère} surveillance moléculaire du SINV en Allemagne a démontré la présence de SINV chez 3 espèces différentes de moustiques (*Cx. torrentium*, *Cx. pipiens*, et *An. maculipennis* au sens large). Les moustiques ornithophiles *C. torrentium* et *C. pipiens* sont les principaux vecteurs du SINV en Suède et sont responsables de centaines d'infections humaines par le SINV en Fennoscandia. A l'opposé, le moustique zoophile *An. Maculipennis* au sens large n'était pas précédemment identifié comme vecteur pour le SINV. En conformité avec les résultats d'une étude précédente, il a été démontré que le moustique des crues d'eaux, le *Ae. Vexans*, n'était pas un vecteur pour le SINV en Allemagne.

La relation phylogénétique étroite entre les souches allemandes du SINV et les souches suédoises du SINV suggère que les oiseaux migrateurs servant de réservoir du virus, permettant la diffusion de SINV sur de vastes zones en des périodes très courtes.

Des Études futures étudieront le risque d'infections humaines par le SINV en Allemagne dans les secteurs où existent des taux d'infections élevés par les moustiques à SINV.

COMMENTAIRES

Ce rapport fournit une preuve convaincante mais non surprenante de la présence de SINV chez les moustiques en Allemagne, apparemment en l'absence de détection de la maladie chez les animaux ou les humains.

Encore une zoonose émergente qui nécessite une concertation interdisciplinaire, des études épidémiologiques et des efforts coordonnés de prévention, impliquant les organismes internationaux compétents. Cela a été en effet le thème de la semaine dernière (27-29 Avril 2010) de la deuxième consultation scientifique de FAO/OIE/WHO sur la grippe et d'autres maladies zoonotiques émergentes sur l'interface humain-animal qui a eu lieu à Vérone en Italie avec la participation de quelques 70 scientifiques venant des 5 continents. Vétérinaires, Médecins, Virologues, Entomologistes, Ecologistes et Experts en matière de faune ont discuté et ont tenu un brainstorming sur les bases techniques du développement et des changements des politiques et les stratégies pour une préparation plus effective de la réponse aux prochains événements émergents.

Parmi les maladies traitées : WNV, RVF, CCHF, Nipah & Hendra, Virus Ebola & Marburg, Hantavirus, HIV/SIV, SRAS, H5N1, H1N1.... La publication des conclusions et des recommandations de cette manifestation est attendue incessamment.

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