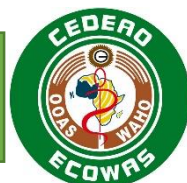


BULLETIN D'INFORMATIONS EPIDEMIOLOGIQUE



EPIDEMIOLOGICAL NEWSLETTER

Semaine / Week 18 (29/04/2019 au 05/05/2019)

13 Mai 2019 / May 13, 2019

Contenu

- Situation de la fièvre jaune dans l'espace CEDEAO (Thème Focus)
- Situation Epidémiologique de la Fièvre de Lassa
- Situation Epidémiologique de la rougeole
- Mise à jour de la situation de l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo.

Contents

- Epidemiological situation of Yellow Fever (Theme Focus)
- Epidemiological situation of Lassa fever
- Epidemiological situation of Measles
- Update of the situation of the Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo.

Situation épidémiologique de la Fièvre Jaune dans la zone CEDEAO

La Fièvre jaune (FJ) est une maladie virale aiguë transmise par des moustiques du genre *Aedes*. L'OMS estime qu'il y'a 200 000 nouveaux cas de FJ par an, et près de 30 000 décès, dans les zones tropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud. La transmission de la FJ se fait selon une dynamique spatio-temporelle définissant des aires d'endémicité, d'épidémicité et une zone d'émergence. Le cycle selvatique se produit dans l'aire d'endémicité où l'homme s'infecte lors d'un séjour en forêt, les épidémies urbaines ont lieu dans l'aire d'épidémicité où la transmission interhumaine est réalisée par l'intermédiaire de vecteurs domestiques (*Ae. aegypti*), alors que le cycle intermédiaire se produit le plus souvent dans les savanes humides ou semi humides avec 2 phases successives : une transmission par les moustiques sauvages (*Ae. furcifer*, *Ae. taylori*, *Ae. luteocephalus*) relayée par les moustiques domestiques (*Ae. aegypti*)

Après la révision de la classification des risques des pays pour tenir compte des critères associés à l'évolution de l'épidémiologie de la maladie, l'OMS considère que le risque est élevé dans 40 pays au total (27 pays d'Afrique et 13 pays des Amériques). Tous les Etats Membres de la CEDEAO font partis des pays en Afrique où le risque est élevé et la maladie endémique (voir figure 1).

En 2019, la région a connu une flambée épidémique de fièvre jaune au Nigéria avec 05 cas confirmés positifs et aucun décès. Le Nigéria riposte à des flambées épidémiques successives de fièvre jaune depuis Septembre 2017. En 2018, le Nigerian CDC a rapporté dans 17 Etats du Pays, 139 cas confirmés (IP de Dakar) dont 29 décès.

Epidemiological Situation of Yellow Fever in the ECOWAS zone

Yellow fever (YF) is an acute viral disease transmitted by mosquitoes of the genus *Aedes*. WHO estimates that there are 200,000 new cases of YF per year, and nearly 30,000 deaths, in the tropics of Africa and South America. The transmission of YF is carried out according to a spatio-temporal dynamic defining areas of endemicity, epidemics and emergence. The selvatic cycle occurs in the endemic area where humans become infected during a stay in the forest, urban epidemics occur in the epidemic area where human-to-human transmission is carried out through domestic vectors (*Ae. aegypti*), while the intermediate cycle occurs most often in humid or semi-humid savannahs with 2 successive phases: transmission by wild mosquitoes (*Ae. furcifer*, *Ae. taylori*, *Ae. luteocephalus*) relayed by domestic mosquitoes (*Ae. aegypti*)

After revising the country risk classification to take into account the criteria associated with the evolution of the disease's epidemiology, WHO considers that the risk is high in a total of 40 countries (27 African countries and 13 countries in the Americas). All ECOWAS Member States are among those countries in Africa where the risk is high and the disease is endemic (see Figure 1).

In 2019, the region experienced an outbreak of yellow fever in Nigeria with 05 confirmed positive cases and no deaths. Nigeria has been responding to successive outbreaks of yellow fever since September 2017. In 2018, the Nigerian CDC reported 139 confirmed cases (IP Dakar) in 17 states of the country, including 29 deaths.

Source d'informations : OOAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OOAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho/> / <https://www.facebook.com/oaswaho>

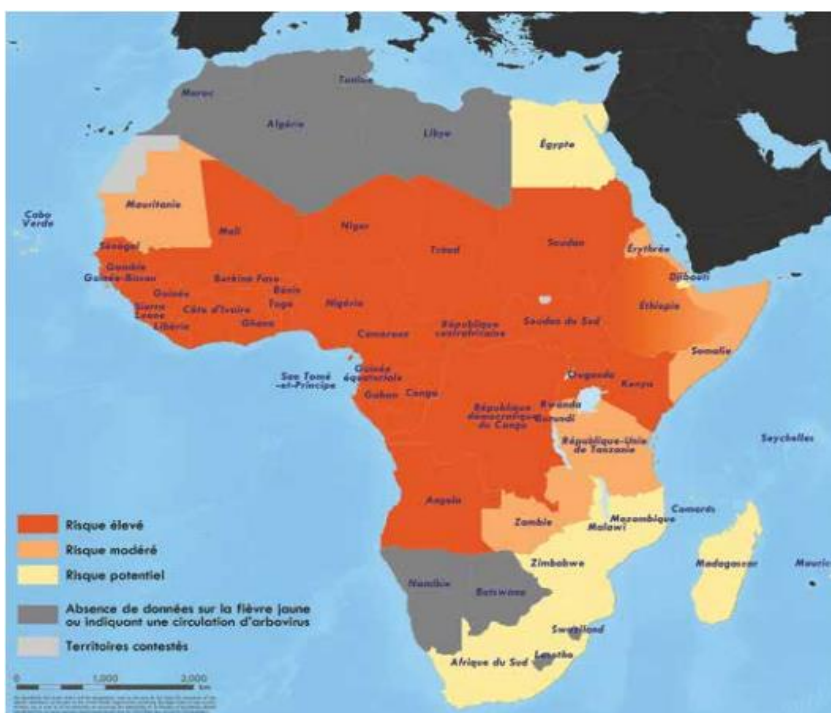


Fig 1 : Classification du risque de fièvre jaune par pays : Afrique, d'après la stratégie EYE.

Les cas confirmés de l'épidémie de 2019 au Nigéria ont été localisés dans les zones périurbaines des villes de Edo (2) Ondo (2) et Imo (1). En Afrique de l'Ouest, ce sont ces types d'épidémies périurbaines, survenant dans des villes de petite à moyenne densité de population, qui sont essentiellement enregistrées. Il s'agit de flambées de type intermédiaire provoquées par de nombreuses sous espèces d'Aedes qui vont et viennent entre la forêt et des zones où vivent des populations humaines.

Récemment, les déterminants des épidémies de Fièvre jaune dans la région CEDEAO ont fortement évolué : la prévalence des vecteurs avec une résurgence des moustiques du genre *Aedes aegypti* (principal vecteur des flambées urbaines en Afrique); le changement climatique avec une exposition accrue des personnes aux moustiques infectés; les villes Ouest-Africaines reliées à des zones à potentiel d'épidémie de fièvre jaune; l'urbanisation et la périurbanisation effrénée; la facilité et la rapidité des mouvements de populations. Et tout ceci combiné à la persistance des détections de cas de fièvre jaune dans la région augmentent le risque de flambées urbaines dans de grandes villes de l'espace CEDEAO.

Avec le caractère inédit de l'épidémie de fièvre jaune survenue en 2016 à Luanda (Angola) et celle d'Ebola survenue en 2014 dans l'espace CEDEAO, nous connaissons les conséquences dramatiques de la propagation d'un agent pathogène dans de grandes villes.

Confirmed cases of the 2019 outbreak in Nigeria were located in the peri-urban areas of the cities of Edo (2) Ondo (2) and Imo (1). In West Africa, it is these types of peri-urban epidemics, occurring in small to medium-density cities, that are mainly recorded. These are intermediate outbreaks caused by many subspecies of *Aedes* that move back and forth between the forest and areas where human populations live.

Recently, the determinants of yellow fever epidemics in the ECOWAS region have changed significantly: the prevalence of vectors with a resurgence of mosquitoes of the genus *Aedes aegypti* (the main vector of urban outbreaks in Africa); climate change with increased exposure of people to infected mosquitoes; West African cities linked to areas with a potential yellow fever epidemic; unrestrained urbanization and suburbanization; the ease and speed of population movements. And all this combined with the persistence of yellow fever cases detected in the region increases the risk of urban outbreaks in large cities in the ECOWAS region.

With the unprecedented nature of the yellow fever epidemic that occurred in 2016 in Luanda (Angola) and the Ebola epidemic in 2014 in the ECOWAS region, we know the dramatic consequences of the spread of a pathogen in large cities.

Source d'informations : OOAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OOAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho> / <https://www.facebook.com/ooaswaho>

A ce même titre, les épidémies de fièvre jaune peuvent facilement se transformer en urgences de santé publique de portée internationale si elles atteignent les grandes villes et doivent être évitées non seulement pour réduire autant que possible la mortalité, la morbidité et les perturbations sur les systèmes de santé, mais aussi pour préserver l'économie et le développement social (**Stratégie Mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune 2017-2026**).

Du fait de l'absence de traitement spécifique, la prévention est la meilleure option et elle est basée essentiellement sur :

- ✓ **La vaccination** constitue l'une des meilleures stratégies de lutte contre la FJ. C'est ainsi que le vaccin vivant atténué 17D est utilisé pour la prévention et le contrôle de la maladie. Le sujet vacciné développe des anticorps neutralisants à un titre protecteur dans les 10 à 14 jours suivant la vaccination. Une seule dose confère une immunité durable et protège à vie contre la maladie sans qu'il soit nécessaire d'administrer une dose de rappel. La couverture du vaccin doit être supérieure à 80 %, avec un seuil de sécurité compris entre 60 et 80 %, pour stopper la transmission locale (être humain-moustique-être humain) du virus amaril au sein d'une communauté et pour garantir que les cas sporadiques dus à l'absence de vaccination ne génèrent pas de cas secondaires. L'OMS recommande plusieurs stratégies de vaccination pour se prévenir de la fièvre jaune et enrayer sa transmission: la vaccination systématique des nourrissons; les campagnes de vaccination de masse destinées à accroître la couverture dans les pays à risque; la vaccination des voyageurs allant dans des zones d'endémie.
- ✓ **la surveillance et la confirmation des cas au laboratoire** pour faciliter la prompt détection de la fièvre jaune et la riposte rapide. Les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique des Etats Membres de la CEDEAO fournissent des efforts dans la notification systématiques des cas d'Ictères Fébriles à l'OOAS. Entre les semaines 1 et 17 (2019), 2.245 cas d'ictère fébrile dont 19 décès ont été notifiés dans l'espace CEDEAO,
- ✓ **la surveillance et la lutte anti-vectorielle** qui contribueront à déterminer le risque d'épidémie urbaine.
- ✓ **la communication** qui est un volet essentiel et doit avoir comme objectif de faire prendre conscience aux individus qu'ils doivent se protéger des piqûres de moustique (en tenant compte du fait que Aedes piquent durant la journée).

L'OOAS appuie la Stratégie Mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune 2017-2026 qui a pour objectif dans nos Pays à risque élevé de protéger les populations

Similarly, yellow fever epidemics can easily become public health emergencies of international concern if they reach large cities and must be avoided not only to reduce mortality, morbidity and disruption of health systems as much as possible, but also to preserve the economy and social development (**Global Strategy for the Elimination of Yellow Fever Epidemics 2017-2026**).

Due to the lack of specific treatment, prevention is the best option and is essentially based on:

- ✓ **Vaccination** is one of the best strategies for controlling YF. For example, the 17D live attenuated vaccine is used for disease prevention and control. The vaccinated subject develops neutralizing antibodies with a protective title within 10 to 14 days of vaccination. A single dose provides long-lasting immunity and lifelong protection against the disease without the need for a booster dose. Vaccine coverage must be greater than 80%, with a safety threshold of between 60% and 80%, to stop local (human-mosquito-human) transmission of the amaril virus in a community and to ensure that sporadic cases due to the absence of vaccination do not generate secondary cases. WHO recommends several vaccination strategies to prevent yellow fever and control its transmission: routine vaccination of infants; mass vaccination campaigns to increase coverage in countries at risk; and vaccination of travellers to endemic areas.
- ✓ **Surveillance and confirmation of cases in the laboratory** to facilitate prompt detection of yellow fever and rapid response. The national epidemiological surveillance systems of ECOWAS Member States are making efforts in the systematic notification of cases of feverish infections to WAHO. Between weeks 1 and 17 (2019), 2,245 cases of febrile jaundice with 19 deaths were reported in the ECOWAS region,
- ✓ **Surveillance and vector control** that will help to determine the risk of an urban epidemic.
- ✓ **Communication**, which is an essential component and should aim to make individuals aware that they must protect themselves from mosquito bites (taking into account the fact that Aedes bites during the day).

WAHO supports the Global Strategy for the Elimination of Yellow Fever Outbreaks 2017-2026, which aims to protect populations in our high-risk countries.

Source d'informations : OOAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OOAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho/> / <https://www.facebook.com/ooaswaho>

à risque, d'endiguer les flambées rapidement et d'empêcher une propagation à l'étranger.

Nous avons l'avantage d'avoir dans la région Ouest Africaine d'un fabricant du vaccin anti-mariol (l'Institut Pasteur de Dakar) et l'OOAS va poursuivre les efforts de partenariat avec cette institution. L'Objectif pour l'OOAS est d'appuyer le renforcement des capacités de production du vaccin par l'Institut Pasteur qui en contrepartie va prioriser dans la vente les Etats Membres de la CEDEAO. Ceci permettra d'éviter les pénuries, de renforcer la routinisation de la vaccination et de disposer d'un stock de vaccin anti-mariol au niveau régional pour pouvoir réagir rapidement en cas de survenue de flambée.

L'OOAS conseille aux Etats Membres de :

- ✓ **renforcer le taux de couverture vaccinale (inférieur à 80% dans la plupart des Etats selon l'OMS et l'UNICEF) par la vaccination systématique des enfants,**
- ✓ **Poursuivre les efforts d'amélioration des capacités de surveillance épidémiologique y compris des indicateurs entomologiques et environnementaux,**
- ✓ **Renforcer les capacités des laboratoires pour favoriser une détection et une riposte précoces.**

at risk, to contain outbreaks quickly and prevent their spread abroad.

We have the advantage to have a manufacturer of the yellow fever vaccine in the West African region (Institut Pasteur in Dakar) and WAHO will continue its partnership efforts with this institution. The objective for WAHO is to support the strengthening of vaccine production capacities by the Institut Pasteur, which in return will prioritize ECOWAS Member States in sales. This will help to avoid shortages, strengthen routine immunization and ensure that a regional stockpile of yellow fever vaccine is available for rapid response in the event of an outbreak.

WAHO advises Member States to:

- ✓ **increase immunization coverage (less than 80% in most states according to WHO and UNICEF) through routine childhood immunization,**
- ✓ **Continue efforts to improve epidemiological surveillance capacity, including entomological and environmental indicators,**
- ✓ **Strengthen laboratory capacity to support early detection and response.**

Situation épidémiologique de la Fièvre de Lassa dans la zone CEDEAO

Du 1er janvier au 28 Avril 2019, le nombre de cas de fièvre de lassa, s'élevaient à **581** cas confirmés (554 au Nigéria, 19 au Libéria, 09 au Bénin, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée) et à **132** décès parmi les cas confirmés (124 au Nigéria, 04 au Libéria, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée).

Le nombre de cas confirmés baisse avec l'approche de la fin de la période de transmission. Cependant, les facteurs favorisant la persistance et la progression de l'endémicité de la fièvre de Lassa existent toujours dans l'espace CEDEAO, notamment l'accroissement et de la dispersion de la population des rongeurs (vecteur), le faible niveau d'assainissement de l'environnement dans les communautés à forte charge; l'application insuffisante des mesures de Prévention et de Contrôle des infections dans les centres de santé. L'OOAS va poursuivre dans les Etats Membres (touchés et exposés) son appui dans le renforcement des mesures de prévention et de riposte pour les prochaines flambées

Epidemiological Situation of Lassa Fever in the ECOWAS zone

From 1 January to 28 April 2019, the number of confirmed cases of Lassa fever was 581 (554 in Nigeria, 19 in Liberia, 09 in Benin, 02 in Sierra Leone, 01 in Togo and 01 in Guinea) and 132 deaths among confirmed cases (124 in Nigeria, 04 in Liberia, 02 in Sierra Leone, 01 in Togo and 01 in Guinea).

The number of confirmed cases decreases as the transmission period approaches the end of the transmission period. However, factors contributing to the persistence and spread of Lassa fever endemicity still exist in the ECOWAS region, including the increase and dispersion of the rodent (vector) population, the low level of environmental sanitation in high burden communities, and the inadequate implementation of infection prevention and control measures in health centres. WAHO will continue its support in Member States (affected and exposed) in strengthening prevention and response measures for future outbreaks.

Source d'informations : OOAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OOAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho> / <https://www.facebook.com/ooaswaho>

Situation épidémiologique de la rougeole dans la zone CEDEAO

A la semaine 17 (2019), **2.515** cas suspect de rougeole dont 37 confirmés en laboratoire et **20** décès ont été rapportés dans 13 pays de la CEDEAO (tous sauf le Cap-Vert et le Sénégal).

Entre les semaines 1 et 17 (2019), **37.701** cas suspects dont **157** décès ont été rapportés. Pendant la même période en 2018, **20.195** cas suspects dont **113** décès ont été notifiés dans 14 Etats Membres (tous Sauf Cap-Vert).

Cette augmentation des cas de rougeole, qui s'inscrit dans le cadre d'une recrudescence mondiale de la maladie, pourrait s'expliquer par les faibles taux de couverture vaccinale cumulés ces dernières années. L'OOAS recommande aux Etats Membres de poursuivre les efforts de renforcement global des systèmes de santé surtout en améliorant l'accès à des services de vaccination de qualité.

Epidemiological Situation of Measles Fever in the ECOWAS zone

At week 17 (2019), **2,515** suspected cases of measles were reported in 13 ECOWAS countries (all except Cape Verde and Senegal), including 37 laboratory confirmed cases and **20** deaths.

Between weeks 1 and 17 (2019), 37,701 suspected cases with 157 deaths reported. During the same period in 2018, 20,195 suspected cases, 113 of which were reported in 14 Member States (all except Cape Verde).

This increase in measles cases, which is part of a global outbreak of the disease, could be explained by the low cumulative immunization coverage rates in recent years. WAHO recommends that Member States continue efforts to strengthen health systems globally, especially by improving access to quality immunization services.

10^{ème} Epidémie à Virus Ebola en République Démocratique du Congo (RDC) : Mises à jour

La situation épidémiologique en date du 11 Mai 2019 se présentait comme suit :

- **1.680** cas rapportés dont **1.592** confirmés et **88** probables.
- **1.117** cas de décès soit une létalité de **66,4%**.
- Sur les **1.592** cas confirmés, **1.029** sont décédés, **450** sont guéris et **113** sont en cours de traitement.
- La létalité parmi les cas confirmés est de **64,4% (1.029/1.592)**.
- **268** cas suspects étaient en cours d'investigation à la date du 02 mai 2019.

Depuis notre dernière mise à jour du 29 avril 2019, **104** nouveaux cas ont été confirmés et **66** décès signalés parmi les cas confirmés. En raison de l'insécurité persistante, les interventions restent paralysées dans les points chauds où la transmission de la MVE est très intense. L'OMS a déclaré cette semaine que « sans l'engagement de tous les groupes de mettre fin à ces attaques, il est peu probable que l'actuelle épidémie de maladie à virus Ebola en RDC puisse rester contenue avec succès dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri ».

Sur le front de la riposte, le renforcement de connaissances et de compétences appropriées aux communautés touchées se poursuit à travers la formation et la mobilisation. L'objectif est de permettre aux populations de prendre des

10th epidemic Ebola in Democratic Republic of Congo (DRC): Update

The epidemiological situation as of May 11, 2019 is as follows:

- **1,680** reported cases including **1,592** confirmed and **88** probable.
- **1.117** cases of death, a fatality rate of **66.4%**.
- Of the **1,592** confirmed cases, **1,029** died, **450** are cured and **113** are undergoing treatment.
- Fatality rate among confirmed cases is **64,4% (1.029/1,592)**.
- **268** suspected cases are under investigation.

Since our last update on April 29, 2019, 104 new cases have been confirmed and 66 deaths reported among confirmed cases. Due to persistent insecurity, interventions remain paralysed in hot spots where the transmission of MVE is very intense. WHO said this week that "without the commitment of all groups to stop these attacks, it is unlikely that the current outbreak of Ebola disease in the DRC can remain successfully contained in North Kivu and Ituri provinces".

On the response front, the strengthening of knowledge and skills appropriate to affected communities continues through training and mobilization. The objective is to enable people to take

Source d'informations : OOAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OOAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho/> / <https://www.facebook.com/ooaswaho>

mesures de protection éclairées et de soutenir les activités de riposte.

Par ailleurs, le 7 mai 2019, le Groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) a publié de nouvelles recommandations en matière de vaccination compte tenu du nombre croissant de cas de MVE, de la demande des populations et de l'insécurité persistante dans cette éclosion en République démocratique du Congo. Il s'agit de :

- ✓ l'ajustement des doses du vaccin **rVSV ZEBOV GP** avec l'utilisation de 0,5 ml de vaccin au lieu de 1 ml pour les personnes à haut risque telles que les contacts et contacts de contacts et de 0,2 ml pour les personnes à faible risque,
- ✓ l'élargissement de l'éligibilité au vaccin,
- ✓ l'amélioration opérationnelle de la stratégie de vaccination en adaptant les vaccinations en anneau, mise en œuvre selon deux méthodes principales: les vaccinations contextuelles et les vaccinations géographiques ciblées.

Le risque de propagation reste très élevé aux niveaux national et régional et L'OOAS exhorte les Etats membres de la CEDEAO à renforcer les capacités de base du Règlement Sanitaire International notamment la mise en œuvre des mesures prioritaires recommandées pour les points d'entrées (PoE) après la dernière évaluation externe conjointe. L'OOAS renouvelle sa disponibilité à fournir un appui dans ce processus de mise à niveau.

L'OOAS maintient sa recommandation sur la vigilance aux niveaux des portes d'entrée avec la prise systématique de la température des voyageurs en provenance de la RDC dans tous les pays de la CEDEAO.

informed protection measures and to support response activities.

In addition, on May 7, 2019, the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) issued new vaccination recommendations in light of the increasing number of cases of EVD, population demand and continued insecurity in this outbreak in the Democratic Republic of Congo. It is about:

- ✓ adjusting the doses of the **rVSV ZEBOV GP** vaccine with the use of 0.5 ml of vaccine instead of 1 ml for high-risk people such as contacts and contacts and 0.2 ml for low-risk people,
- ✓ broadening eligibility for the vaccine,
- ✓ operational improvement of the vaccination strategy by adapting ring vaccinations, implemented using two main methods: contextual and targeted geographical vaccinations.

The risk of spread remains very high at national and regional levels and WAHO urges ECOWAS Member States to strengthen the basic capacities of the International Health Regulations, including the implementation of the priority measures recommended for points of entry (PoE) after the last joint external evaluation. WAHO reiterates its willingness to provide support in this upgrading process.

WAHO maintains its recommendation on vigilance at the Entry Points levels with the systematic temperature control of travelers from the DRC in all ECOWAS countries.