

LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUE DANS LA CEINTURE DE LA MÉNINGITE DURANT LA SAISON ÉPIDÉMIQUE 2003-2004

E. BERTHERAT, D. KANDOLO, M. DJINGAREY, W. PEREA

- Travail du Département Surveillance et Action (E.B., docteur en médecine, Spécialiste du SSA ; W.P., docteur en médecine), OMS, Genève et du Département Surveillance et Action (D.K. ; M.D., docteurs en médecine), Ouagadougou, Burkina Faso.
- Correspondance : E. Bertherat, Global Alert and Response, CSR/CDS, 20 avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse • Fax +41 22 791 41 98.
- E-mail : bertherate@who.int

Med Trop 2004 ; **64** : 216

Un effort considérable de l'OMS et des ministères de la santé concernés a permis de renforcer de façon notable depuis 3 ans la surveillance épidémiologique et biologique de la méningite épidémique dans les pays de la ceinture de Lapeyssonnie. La situation est désormais suivie semaine par semaine et district par district durant toute la saison, dans une dizaine de pays. Cette surveillance renforcée permet de déclencher au plus tôt une campagne de vaccination dans un district qui vient de franchir le seuil épidémique et de le faire avec le vaccin antiméningococcique approprié, AC ou ACW135, en fonction des germes isolés sur place.

Au terme de la saison sèche 2003-2004, il est possible de tirer un premier bilan de l'activité méningitique dans la région. Un peu plus de 12 000 cas de méningite ont été répertoriés dont 1 600 sont décédés ce qui, malgré l'ampleur des chiffres bruts, reste modeste en comparaison de l'activité habituelle dans la ceinture (20 000 cas en 2002-03, 200 000 en 1995-96).

Le taux de létalité est extrêmement variable en fonction des pays (de 5,8 p.100 au Mali à 22,4 p.100 au Bénin) mais ces taux recouvrent des réalités bien différentes: situation épidémique ou non, définition et confirmation des cas, urbain/rural, etc...

Les germes isolés durant la saison sont classiquement le méningocoque, l'*Haemophilus influenzae* et le pneumo-

coque pour l'essentiel. *Neisseria meningitidis* sérotype A demeure largement le principal acteur de l'activité méningitique, mais le sérotype W135 est désormais communément isolé: 1/3 des méningocoques au Bénin, au Burkina Faso, au Mali, 10 % au Niger.

Huit pays de la ceinture ont connu une situation épidémique dans au moins un district au cours de la saison: Burkina Faso (4 700 cas), Côte d'Ivoire (100), Ethiopie (900), Ghana (600), Mali (800), Niger (3 200), RCA (160) et Tchad (620). Toutes ces épidémies ont été causées par N.m sérotype A excepté au Burkina Faso qui, pour la 3^e année consécutive, a dû faire face à des épidémies provoquées par le sérotype W135. Des campagnes de vaccination ont été mises en œuvre dans tous ces pays, en particulier au Burkina Faso qui a reçu 130 000 doses de vaccin trivalent ACW.

Mais le pays africain le plus touché par la méningite durant le premier semestre 2004 n'appartient pas à la ceinture de la méningite. La République Démocratique du Congo a en effet connu une activité méningitique soutenue (plus de 6 000 cas) avec plusieurs épidémies dues à N.m sérotype A dans les provinces du Bandundu et de l'Equateur. Cette situation confirme l'émergence de la méningite épidémique comme problème de santé publique en Afrique centrale et constitue un nouveau challenge pour l'OMS et ses partenaires ■