



Bureau de la Représentation du Cameroun

Sommaire

Faits saillants	1
Epidémies de rougeole au Cameroun	1
Alertes et autres événements de santé Publique : Poliomyélite et Monkey Pox	2-3
Le Focus du mois: Historique du Cholera au Cameroun	4-5
Situation épidémiologique	7-9
Fiche technique du mois : Le Choléra	10



Faits saillants :

- Riposte à l'épidémie de Rougeole différée dans le DS de Kolofata ;
- Épidémie de Polio au Nigéria avec des implications pour le Cameroun et les pays du bassin du Lac Tchad;
- Vigilance autour du choléra en ce troisième trimestre 2016 ;
- Première édition de la chimio prévention du Paludisme saisonnier au Cameroun;
- Alerte épizootie de Monkeypox dans le Parc National de la Mefou

ÉPIDÉMIES ENREGISTRÉES DANS LE PAYS

ROUGEOLE

Sur la base des résultats de laboratoire, la seule épidémie encore active dans le pays est celle de Kolofata. Il s'agit d'un district frontalier avec le Nigéria où la situation sécuritaire est instable du fait de sa proximité avec l'Etat de Borno au Nigéria où sévit la secte Boko Haram. Cette épidémie a été signalée depuis la 12e semaine épidémiologique

La riposte est toujours en préparation avec les appuis technique et financier de l'OMS et la fourniture en vaccin par l'Unicef. Initialement prévue du 23 au 27 Août 2016, la campagne de riposte a été différée suite à la confirmation des cas de Poliomyélite au Nigéria imposant une riposte immédiate contre la Polio dans les pays voisins jugés à haut risque. Sur le plan pratique tout est prêt, le microplan de riposte a été élaboré et les financements mobilisés par l'OMS sont déjà virés dans la région pour organiser sa campagne de riposte.

Des consultants OMS et de l'Unicef sont présents dans la région pour accompagner la campagne de riposte qui aura

lieu après les Journées Locales de Vaccination contre la Poliomyélite prévues du 27 au 29 Août 2016.

Il convient relever qu'à la semaine épidémiologique (SE) 32, le Cameroun a notifié 981 cas suspects (contre 943 cas à la SE28) de rougeole dont 840 cas (contre 768 cas à la SE28) ont été investigués et prélevés, les autres classés par lien épidémiologique.

Aussi, des kits de réactifs pour les analyses de laboratoire ont été fournis par l'OMS le 24 Août 2016 au Laboratoire du Centre Pasteur du Cameroun (CPC) et permettront d'analyser les 342 échantillons qui étaient en attente depuis environ 2 mois.

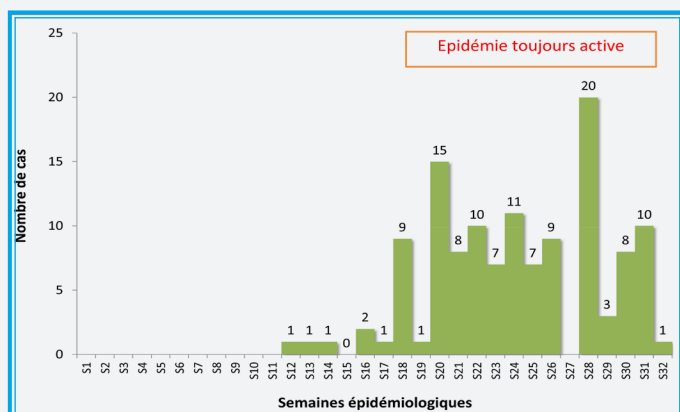


Figure 1: Courbe épidémique de la rougeole dans le DS de Kolofata dans la région de l'Extrême Nord

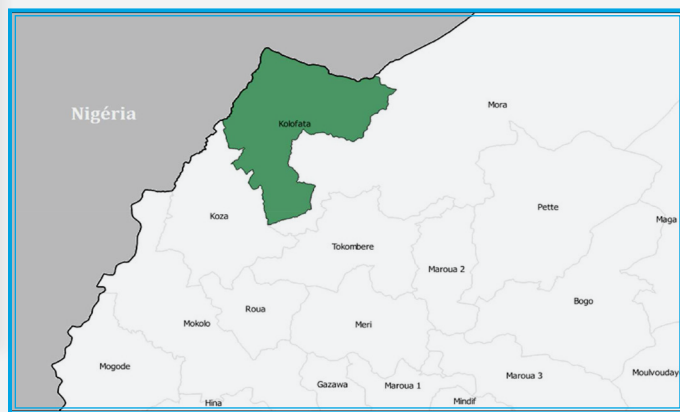


Figure 2: Localisation du DS de Kolofata dans la région de l'Extrême Nord

ALERTES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE

EPIDEMIE DE POLIO AU NIGERIA ET SES IMPLICATIONS AU CAMEROUN

Le 10 août 2016, le Nigéria a déclaré la découverte de 02 nouveaux cas de Poliovirus sauvages (PVS) dans l'Etat de Borno frontalier avec le Cameroun et où l'insécurité est importante du fait des activités de la secte Boko Haram. Déjà en mars 2016, un cas Poliovirus dérivée de souche vaccinale (cVDPV) avait été détecté dans ce même Etat du Nigéria.

Cette nouvelle flambée épidémique à poliovirus sauvage survient à un moment où l'Afrique vient de passer 2 ans sans cas de Poliovirus sauvage.

Les analyses génétiques montrent que ce poliovirus sauvage est lié à un virus autochtone détecté pour la dernière fois en 2011 dans le même Etat, laissant penser à une circulation silencieuse pendant les 4-5 dernières années, et traduisant des gaps dans le système de surveillance des pays autour du bassin du Lac Tchad. La densité des mouvements des populations et des biens le long de la frontière et l'attrait qu'exerce le bassin Lac Tchad y draine les ressortissants de plusieurs pays. Ainsi, lors de la 66ème Session du Comité Régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région africaine le 21 Août à Addis-Abeba, les Ministres de la Santé des Etats membres du Bassin du Lac Tchad ont déclaré la détection du poliovirus sauvage au Nigéria, une urgence sous régionale de santé publique pour leurs Etats.

Devant une telle situation, le Cameroun qui partage avec le Nigéria près de 1700 km de frontière s'étendant sur cinq des 10 régions que compte le pays (Extrême Nord, Nord, Adamaoua, Nord Ouest et Sud-Ouest), doit participer à la Réponse notamment dans les régions directement frontalières avec Borno. La région de l'Extrême Nord, celles de l'Adamaoua, du Nord et du Nord-Ouest sont les plus à risque car:

- Huit DS du Cameroun sont frontaliers avec l'Etat de Borno parmi lesquels 03 DS (Mokolo, Koza, Kolofata) ont une frontière commune avec le DS de Gwoza ayant notifié le cas index au Nigéria.
- Les exactions de la secte Boko Haram dans l'Etat de Borno ont provoqué un afflux massif de réfugiés Nigériens au Cameroun (environ 65 089 personnes d'après le HCR) et de nombreux déplacés internes (190 591 personnes).
- Les performances de la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) sont mitigées dans plusieurs DS frontaliers (tableau 1) affectés par l'insécurité.

A la semaine 32, seul le DS Mokolo a atteint les deux indicateurs majeurs de surveillance des PFA parmi les 08 DS frontaliers avec l'Etat Borno. Le DS de Kolofata, directement frontalier avec celui de Gwoza ayant notifié le cas index de PVS au Nigéria, est à 13 mois sans la notification d'un cas de PFA. Le DS de Goulfey est quant à lui à 25 mois sans notifier de cas de PFA.

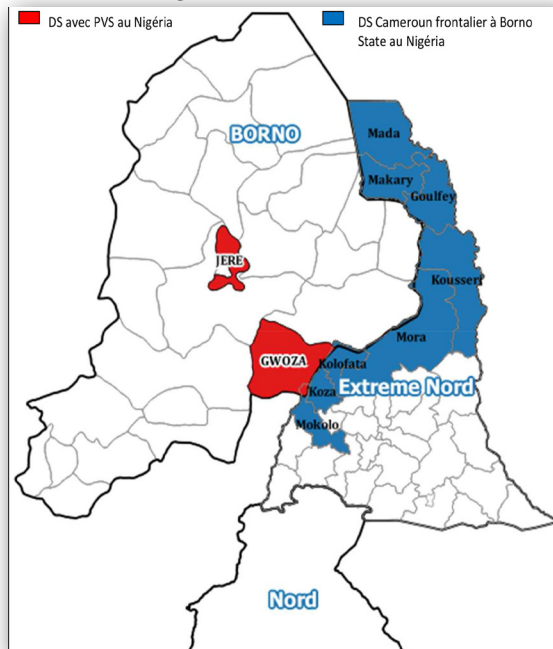


Figure 3: Localisation des DS ayant notifié les cas de Polio au Nigéria

Tableau 1: Performances de la surveillance des PFA dans les DS frontaliers avec l'Etat de Borno au Nigéria en 2016 (SE32)

District	Cas attendus	Total PFA investigués	Cas PFA <15 ans	PVS	CVDPV	Compatibles	TPFANPA	Qté de selles	NPENT	cas 6-59 mois	Statut vaccinal des cas de 6-59 mois							
											0 dose		1-3 doses		> 3 doses		Inconnu	
											n	%	n	%	n	%	n	%
GOULFEY	1	0	0	0	0	0				0	0		0		0		0	
KOLOFATA	2	0	0	0	0	0				0	0		0		0		0	
KOUSSEY	3	6	4	0	0	0	6,3	75%	25%	3	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%
KOZA	3	1	1	0	0	0	1,6	0%	0%	0	0		0		0		0	
MADA	2	1	1	0	0	0	2,4	0%	0%	0	0		0		0		0	
MAKARY	2	0	0	0	0	0				0	0		0		0		0	
MOKOLO	3	3	3	0	0	0	4,7	100%	0%	2	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%
MORA	3	4	3	0	0	0	4,7	67%	0%	2	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%
EXTREME NORD	53	50	42	0	0	0	3,7	81%	7%	25	0	0%	9	36%	15	60%	1	4%
CAMEROUN	298	455	413	0	0	0	6,6	83%	1%	254	1	0%	51	20%	197	78%	5	2%

Signalons que tous les cas de cVDPV trouvés au Cameroun en 2013 l'ont été dans cette zone (Mada 01 cas, Makary 01 cas et Kolofata 02 cas). Il est aussi à noter que l'OMS a organisé du 14 au 16 juin 2016 à Ndjamena, une réunion transfrontalière regroupant les pays autour du bassin du Lac Tchad. C'est ainsi qu'elle a appuyé le Ministère de la santé dans l'élaboration et le financement d'un plan de renforcement de la surveillance dans ces DS frontaliers avec le Nigéria au Cameroun et dans les pays du bassin du Lac Tchad. L'exécution de ce plan 'devient' prioritaire avec la découverte d'un cas cVDPV à Maiduguri (toujours dans l'Etat de Borno) et la confirmation actuelle des cas de poliovirus sauvage. Les cas de Polio qui y sont découverts viennent confirmer les inquiétudes portées sur cette zone où les mouvements de la population d'un pays à l'autre

ne sont plus à démontrer et renforce l'idée d'une lutte concertée entre les pays pour stopper les derniers foyers du poliovirus en Afrique.

Tout cas PVS nécessitant un riposte, le Cameroun et les autres pays du bassin du Lac Tchad vont se joindre au Nigéria pour conduire 5 passages des activités de vaccination supplémentaires de riposte dont la première est programmée du 27 au 29 août 2016. Cette première campagne couvrira du côté du Cameroun les régions de l'Extrême Nord, du Nord et de l'Adamaoua et va cibler 2 646 919 enfants de 0—59 mois. Quatre autres campagnes suivront et les régions de l'Ouest et du Nord Ouest seront incluses dans la riposte à partir du 17 octobre pour une cible totale de 3 565 953 enfants de 0-59 mois.

MONKEY POX OU VARIOLE DU SINGE



Photos d'un enfant avec une éruption vésiculo-pustuleuse typique du Monkeypox (Source: Guide de prise en charge du Monkeypox, Ministère de la Santé, RDC)

Le 15 août 2016, un Chimpanzé dénommé «Lola» a présenté des symptômes de l'Orthopoxvirose simienne encore appelée Monkeypox ou « Variole du Singe » dans le Parc National de la Mefou (région du Centre au Cameroun). Le Singe décède le 16 Août et une autopsie est immédiatement faite. Et des prélèvements effectués sont acheminés au laboratoire METABIOTA/CRESAR. La maladie est confirmée le 17 août 2016 par le laboratoire. Une équipe d'investigation du MINEPIA a été immédiatement déployée sur les lieux et a procédé à la décontamination et désinfection des locaux.

A la suite de cette annonce, le Centre National des Opérations d'Urgences Sanitaires (CNOUS) du MINSANTE déjà en alerte pour la polio, s'est également mobilisé le 18 août 2016 pour Monkeypox.

Ainsi, les actions suivantes ont été entreprises au MINSANTE :

- Tenue d'une Réunion de coordination de la réponse du CNOUS avec pour principale résolution de mener une mission d'investigation et d'intervention rapide en collaboration avec le MINEPIA, le Centre Régional de Prévention et de Lutte contre les Epidémies (CERPLE) du Centre et le district de santé de MFOU.
- Sept (07) autres singes avec symptômes évocateurs du Monkeypox ont été identifiés au sein du parc durant l'investigation. Environ 45 personnes contacts (personnels continuellement en contact avec les chimpanzés malades et ceux qui ont pris part à l'autopsie) ont été recensées dont 6 ayant eu des contacts rapprochés avec l'animal et sont en cours de suivi.
- Concernant la communication, les messages essentiels sont en cours d'élaboration et des équipes du district de santé de Mfou et le personnel du Parc sont sensibilisés sur les mesures de protection et de désinfection.

Historique:

L'orthopoxvirose simienne ou variole du singe est une maladie qui affecte aussi bien l'homme que l'animal, découverte pour la première fois en 1958 au Danemark. Le virus de l'orthopoxvirose simienne appartient au genre Orthopoxvirus de la famille des poxviridés. L'orthopoxvirose simienne est une zoonose virale dont les symptômes chez l'homme sont comparables à ceux que l'on observait autrefois chez les sujets atteints de variole. Cependant, la variole humaine a disparu suite à son éradication mondiale en 1980, tandis que l'orthopoxvirose simienne sévit encore de manière sporadique dans certaines parties d'Afrique. L'orthopoxvirose simienne a été identifiée chez l'homme pour la première fois en 1970 en Afrique. Depuis lors, la majorité des cas ont été signalés dans les régions rurales du bassin du Congo et d'Afrique de l'Ouest, en particulier en République Démocratique du Congo où une grande flambée a sévi en 1996-1997.

En 2003, des cas ont été confirmés aux États-Unis d'Amérique, marquant ainsi la première apparition de cette maladie en dehors du continent africain. Plus récemment, l'orthopoxvirose simienne a été signalée au Soudan.

Transmission:

L'infection résulte d'un contact direct avec du sang, des liquides organiques ou des éruptions cutanées d'animaux infectés. En Afrique, des infections ont été documentées chez l'homme à la suite de la manipulation de singes, de rats de Gambie ou d'écureuils infectés, voire des porc-épics et des pangolins qui sont les réservoirs. La transmission secondaire est une transmission interhumaine résultant d'un contact étroit avec des sécrétions des voies respiratoires infectées, des lésions cutanées d'une personne infectée ou des objets récemment contaminés. La contamination humaine est toutefois très rare.

Manifestations et prise en charge:

La période d'incubation varie de 6 et 16 jours. Les symptômes durent entre 14 et 21 jours. L'infection évolue en deux phases: La période invasive (0-5 jours) est caractérisée par l'apparition d'une fièvre, de céphalées intenses, d'une tuméfaction des ganglions lymphatiques, de douleurs dorsales, des douleurs musculaires et d'une fatigue marquée. la phase éruptive se traduit par l'apparition des éruptions cutanées au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds et sur tout le corps presque simultanément. Les maculo-papules évoluent jusqu'au stade des croûtes, en passant par les vésicules et les pustules approximativement en 10 jours. Le taux de létalité a été extrêmement variable selon les épidémies, mais généralement inférieur à 10%. Il n'existe pas de traitement ni de vaccin contre l'orthopoxvirose simienne, même si la vaccination antivariolique s'est avérée efficace à 85% pour prévenir cette maladie.

LA CHIMIO PRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER (CPS) AU CAMEROUN

La Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) est définie comme « l'administration intermittente d'un traitement complet par une combinaison de deux médicaments antipaludiques à longue demi vie (la combinaison Sulfadoxine – Pyrimétamine / Amodiaquine (SP/AQ)) pendant la saison de forte transmission (saison de pluie) du paludisme pour éviter la forte morbidité et mortalité liées à la maladie durant cette période à risque.

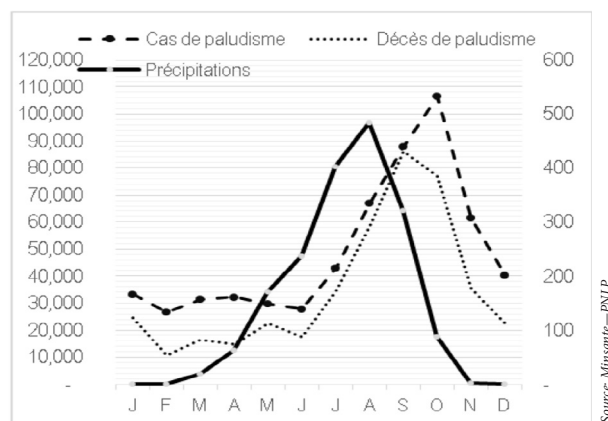
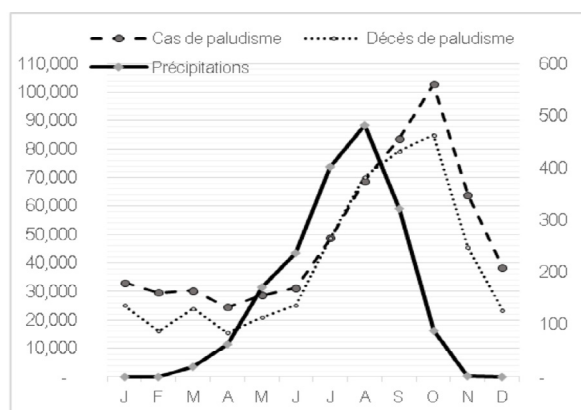


Figure 4: Relation entre les précipitations, les cas et les décès liés au paludisme 2014 et 2015 dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord du Cameroun



Supervision des équipes de distributeurs sur le terrain par l'équipe OMS

Ainsi, suite à la recrudescence saisonnière des cas et décès de paludisme entre juillet et octobre dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord, la CPS a été recommandée par l'OMS au Ministère de la Santé Publique (MSP). Des plaidoyers soutenus de l'OMS et les autres Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ont été menés auprès des donateurs et ont abouti à la mobilisation des ressources nécessaires auprès certains partenaires notamment la Banque Islamique de Développement et le Fonds Mondial. A la suite des différents travaux préliminaires liés à l'organisation de la CPS, les mois d' Août, Septembre et Octobre 2016 ont été retenus pour l'organisation de la distribution de masse dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord. **L'objectif général de la CPS est de réduire de 75% la morbidité et la mortalité liées au paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord par la prise de la combinaison Sulfadoxine – Pyrimétamine / Amodiaquine (SP/AQ) en trois doses** pendant trois cycles mensuels (Août, Septembre et Octobre).

La campagne a débuté le 04 Août 2016 dans l'ensemble de la Région de l'Extrême Nord, y compris au camp des réfugiés nigériens de Minawao (DS MOKOLO). Le lancement officiel a eu lieu le 08 Août 2016 au

Lamidat de Gazawa en présence du Ministre de la santé Publique. Cette première phase a mobilisé les acteurs suivants :

Tableau 2 : récapitulatif des enfants traités CPS 2016 Cycle 1 à l'Extrême Nord y compris au Camp de réfugié de Minawao

Variable (s)	Tranche d'âge 3 - 11 mois		Tranche d'âge 12 - 59 mois		Total 3 - 59 mois	
	Nombre	pourcentage	Nombre	pourcentage	Nombre	Pourcentage
Enfants dénombrés	135 392		735 989		871 381	
Enfants ayant reçu la dose 1	130 865	97%	712 318	97%	843 184	97%
Enfants ayant reçu la dose 2	125 784	93%	687 860	93%	813 645	93%
Enfants ayant reçu la dose 3	120 607	89%	652 279	89%	772 887	89%

Source : PNLP (données au 25/08/2016)

6896 distributeurs communautaires, 3448 agents mobilisateurs, 794 superviseurs de proximité, 289 superviseurs des aires de santé, 108 superviseurs de DS, 10 superviseurs régionaux, et 08 Superviseurs centraux dont 03 de l'OMS (dont un consultant international). La région du NORD quant à elle a entamé la distribution le 10 Août 2016.

Les résultats partiels disponibles pour l'Extrême Nord montrent clairement que la stratégie CPS a été bien accueillie auprès des populations et des principales cibles. C'est ainsi que les tendances sont les suivantes :

Les 'monitoring' de distribution de la CPS dans ces régions seront suivies d'un suivi de l'évolution des cas et décès dus au paludisme dans cette période à risque afin d'apprécier l'impact de la stratégie. Aussi, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) prévoit de mettre en place un système de suivi des résistances aux molécules utilisées au fil des années afin de déceler à temps toute éventuelle modification de la sensibilité du parasite.

FOCUS DU MOIS : HISTORIQUE DU CHOLERA AU CAMEROUN

NOTIFICATION DES CAS DE CHOLERA

Le cholera est l'une des maladies suivies de près au Cameroun depuis plusieurs années du fait de la récurrence des épidémies d'une part et de sa forte létalité (décès) supérieure au seuil de 1% qui accompagne les flambées épidémiques. Bien que notifié de manière

hebdomadaire comme les autres maladies faisant partie des MAPE, le cholera bénéficie d'un système de notification immédiate. Ainsi, tout cas suspect doit immédiatement être signalé au niveau supérieur sans attendre la période de transmission officielle des données.

TENDANCE DE LA MALADIE

Historiquement, le pays a enregistré de très grandes flambées épidémiques. En effet, au cours des 44 dernières années (1971 à 2015), le Cameroun a enregistré au moins un cas suspect de cholera chaque année exception faite de l'année 2008. Durant cette période, plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées dont les plus importantes statistiquement parlant sont celles de 1998 avec près de 30 195 cas de cholera notifiés et en 2010-2011 avec 23 152 cas de cholera. Hormis ces deux dates, la figure 5 montre qu'on a des pics de plus faible amplitude en 1991, 1996, 2004 et 2014. Aussi, les régions septentrionales du pays payent le plus lourd tribut à cette maladie.

Les deux grandes épidémies de 1998 et 2011 semblent s'être déclenchées les années précédentes avec 2 297 cas enregistrés pour 203 décès en 2007 et 8 408 cas enregistrés pour 545 décès en 2010. Ces épidémies ont été les plus meurtrières en nombre absolu de cas de décès.

Les épidémies de 2000 (29 décès pour 123 cas), de 2003 (36 décès pour 213 cas) et de 1991 (440 décès pour 4026 cas) avec des létalités d'au moins 10% donc plus de 10 fois le seuil acceptable ($\leq 1\%$) ont été parmi les plus meurtrières.

S'agissant de l'évolution dans le temps, le cholera évolue de manière cyclique. Les épidémies surviennent généralement au cours du troisième trimestre caractérisée par la saison des pluies dans les régions septentrionales. Entre 2010 et 2016, les pics de notification sont observés durant le Trimestre 3. Des mesures de préparation peuvent ainsi être mises en œuvre avant la période à haut risque pour limiter la survenue de grandes épidémies et assurer une gestion efficace des flambées épidémiques.

Les régions du Sud, de l'Est et de l'Adamaoua enregistrent peu de cas suspects de cholera au cours des dernières années. Depuis l'épidémie de 2011, ces régions prises ensemble ont notifié seulement douze cas suspects de cholera ce qui est à peine supérieur au nombre de cas enregistrés en 2016 dans la seule région de l'Extrême Nord. La région du Nord est la seule à avoir enregistré au moins un cas suspect de cholera

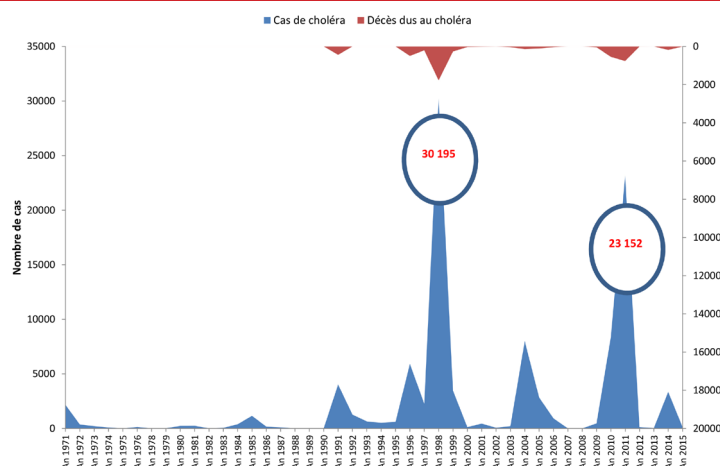


Figure 5: Evolution annuelle de la notification des cas suspects de cholera et des décès entre 1971 et 2015 au Cameroun

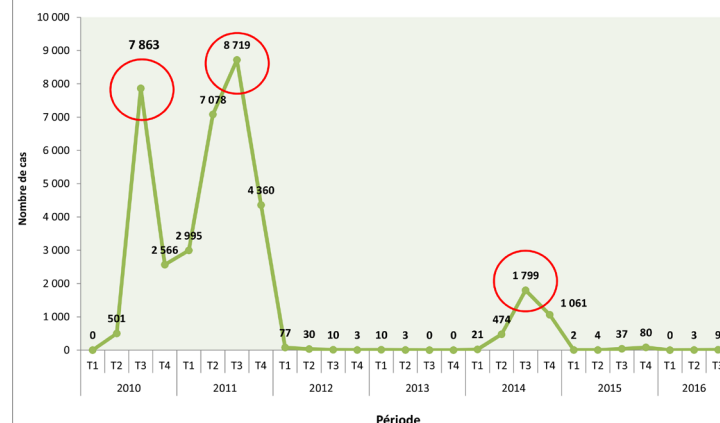


Figure 6 Tendance trimestrielle de la survenue des cas suspects de cholera au Cameroun (de 2010 à 2016)

entre les SE1 et 32 au cours des sept dernières années. Cependant, la région de l'Extrême Nord est celle qui est souvent la plus touchée en situation d'épidémies avec plus de 1700 cas notifiés en 2010, 2011 et 2014. En 2014 notamment, elle a enregistré 93% des cas déclarés. Signalons aussi qu'il y a habituellement plus de cas suspects que de cas confirmés au cours des dernières années.

Tableau 3: Nombre de cas suspects de cholera notifié par région au cours des trois dernières années au Cameroun (SE1 à 28)

Année	Adamaoua		Centre		Est		Extrême nord		Littoral		Nord		Nord Ouest		Ouest		Sud		Sud Ouest		National	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
2 010	0	0	0	0	0	0	3 804	271	0	0	33	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 011	170	17	2 917	95	1	0	2 243	92	1 689	45	3 335	225	139	9	1 207	70	50	7	3 008	31	14 759	591
2 012	2	0	32	2	1	0	6	0	46	1	5	0	1	0	5	0	7	0	7	0	112	3
2 013	0	0	3	0	0	0	0	0	5	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	13	0
2 014	1	0	17	1	0	0	1 750	80	2	0	110	10	0	0	4	0	0	0	0	0	1 884	91
2 015	0	0	1	0	0	0	19	0	4	1	98	5	0	0	1	0	0	0	0	0	123	6
2 016	0	0	0	0	1	0	9	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
Moyenne annuel (S1-S32)	25	2	424	14	0	0	1 119	63	250	7	512	35	20	1	174	10	8	1	431	4	2 415	99

Sources des données: Minsanté, DLMPE

MESURES DE LUTTE CONTRE LA MALADIE

Au Cameroun, devant tout cas suspect de choléra, un test de dépistage rapide (TDR) est appliqué. Des prélèvements sont aussi immédiatement faits et acheminés au laboratoire du Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour confirmation. C'est la seule structure qui est habilitée à confirmer des cas de choléra en attendant la mise en place des capacités à effectuer des analyses préliminaires au niveau des districts et des régions.

Comme indiqué précédemment, le troisième trimestre correspond à la saison des pluies. Cette période des pluies dans les régions de l'Extrême Nord et du Nord fait souvent craindre aux autorités sanitaires, la résurgence des cas de choléra. Ainsi, des mesures préventives ci-dessous sont habituellement prises à savoir à l'orée de l'entrée dans la période à risque :

- Les Kits cholera sont mis à la disposition des régions et DS à haut risque par le Ministère de la santé avec l'appui de l'OMS;
- Des Test de diagnostic Rapide (TDR) sont également mis à la disposition de ces structures avec l'appui de l'OMS;
- Le personnel de santé est régulièrement recyclé sur la détection et la prise en charge des cas suspects de choléra;
- Les investigations des cas suspects sont conduites suite à toute alerte et la désinfection des lieux de résidence des cas suspects est systématiquement effectuée;

La lutte contre le choléra au Cameroun a contribué à l'évolution du système national de préparation et de réponse aux épidémies et autres événements de santé publique au Cameroun. Au plus fort de l'épidémie de 2011 et dans le souci de déclarer à temps tout cas suspect de choléra, le Ministère de la santé avec l'appui de l'OMS et la BAD a mis en place une flotte téléphonique à coût zéro reliant les districts de santé aux régions et les régions au niveau central associée à une connexion internet pour la transmission à temps des données, fondamentales pour la prise des décisions. Les acteurs du système de santé disposent à ce jour d'un téléphone pour communiquer entre eux, transmettre les données et des informations essentielles en matière de surveillance et autres activités de santé sans se soucier des coûts qui font partie d'un package payé par l'OMS à un opérateur téléphonique de la place. L'initiative a été soutenue depuis 2014 par l'Unicef qui a contribué à étendre ce réseau vers les centres de santé dans 2 régions. En 2016, toutes les 10 régions et les 189 districts de santé sont couverts par la flotte téléphonique ainsi que les aires de santé. Il s'agit d'un vaste réseau de près de 2 800 Téléphones portables interconnectés depuis la base (l'aire de santé) jusqu'au niveau central suivant le schéma présenté ci-

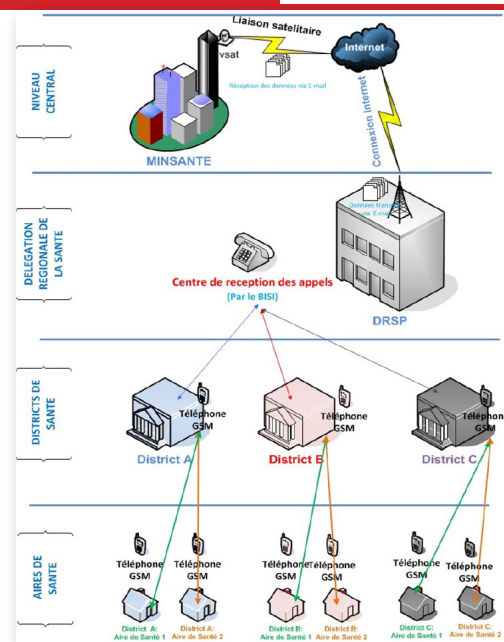


Figure 7: schéma de la flotte téléphonique pour la surveillance des maladies au Cameroun

contre. Les perspectives sont la migration aux téléphones androides, la mise en place d'un système électronique de remontée instantanée des données pour la prise des décisions et le monitoring des programmes.

L'autre évolution dans le système de surveillance est la structuration de la coordination régionale de la gestion des épidémies. La mise en place des CERPLE Régionaux est une évolution des Centres de Coordination et de Contrôle du Choléra (C4). Durant l'épidémie de choléra de 2010 et 2011, les C4 avaient été mis en place par le Ministère de la santé avec l'appui technique et financier de l'OMS. Ces structures ont été d'une grande efficacité dans la gestion de ces épidémies. Aussi, avec l'expérience tirée, les C4 ont ainsi laissé place aux Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Epidémies (CERPLE) depuis le 11 Juin 2012 avec des missions, des activités et des fonctions plus élargies. Ces CERPLE dont les capacités sont en cours de renforcement pour les rendre plus efficaces sont appelés à devenir des Centres Régionaux des Opérations des Urgences Sanitaires (CROUS), des véritables relais du Centre National des Opérations des Urgences sanitaires (CNOUS) logé au sein de la Direction de la Lutte contre les Maladies et les Pandémies du Ministère de la Santé.

GALERIE PHOTOS



Isolément et suivi d'un cas suspect de choléra dans le DS de Kette dans la région de l'Est



Descente dans la communauté pour la désinfection du domicile et des potentiels points de contamination

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES AUTRES MALADIES

La surveillance des maladies à potentiel épidémique (MAPE) se fait par la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP). Sur une base hebdomadaire, plus de 20 maladies et événements de santé publique sont surveillés. La surveillance s'effectue dans les formations sanitaires qui transmettent hebdomadairement les données au niveau supérieur pour synthèse, analyse et diffusion

COMPLÉTUDE ET PROMPTITUDE DES RAPPORTS HEBDOMADAIRES

La complétude des rapports reçus des DS au cours des quatre dernières semaines épidémiologiques est en moyenne 92% (contre 95% en moyenne au cours des SE du mois de juillet). Une légère baisse par rapport au mois de juillet. La promptitude moyenne au cours des quatre dernières SE est de 84% similaire à celle observée en fin juillet 2016. La promptitude peut être nettement améliorée bien qu'elle soit supérieure au seuil minimal de 80%. Avec seulement 72,7% des données transmises à temps, la région du Littoral est la dernière en matière de promptitude. Les détails par DS pour cette région sont ci-dessous présentés. Les DS les moins performants sont ceux de Ndom, Yabassi et Logbaba avec respectivement seulement 16%, 19% et 28% de promptitude.

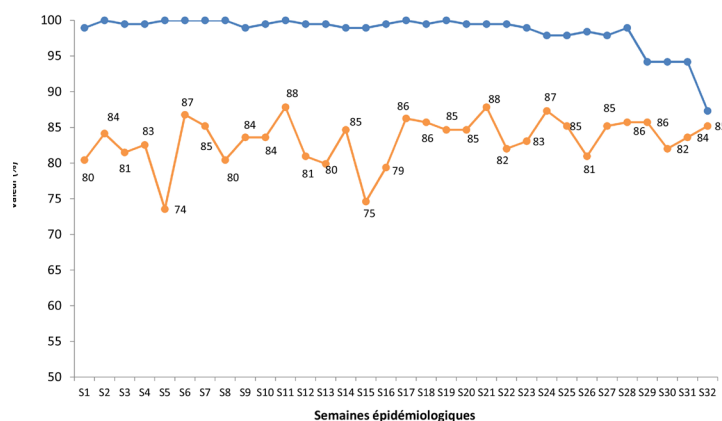


Figure 8 Evolution de la complétude et la promptitude des rapports des DS au niveau central

Tableau 4: Suivi de la complétude et la promptitude des rapports des DS du Littoral au niveau central

REGION	DISTRICT	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	Complétude	Promptitude
LITTORAL	ABO	T	T	R	T	R	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	80.0%
LITTORAL	BAKOU	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	82.5%
LITTORAL	BOKO	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	BONASSAMA	T	T	T	T	R	T	R	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	83.0%
LITTORAL	COTE PALMERS	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	83.0%
LITTORAL	EFIO	R	T	T	T	R	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	82.4%
LITTORAL	DIOMBARI	T	T	T	T	R	T	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	96.4%	75.0%
LITTORAL	IDEA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	100.0%
LITTORAL	JAKOMA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	100.0%
LITTORAL	LOGBABA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	100.0%
LITTORAL	LOUM	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	96.9%	75.0%
LITTORAL	MANJO	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	MANOKA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	75.0%
LITTORAL	MBANGA	T	T	T	T	T	T	R	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	75.0%
LITTORAL	MELONG	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NDOM	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	16.0%	16.0%
LITTORAL	NEW BELL	T	T	T	T	R	R	T	R	R	R	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	62.5%
LITTORAL	NGAMBE	R	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	100.0%	81.3%
LITTORAL	NGOMBE PLUMIA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T									

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

A la SE32, les régions ont notifié à travers les MAPE 165 883 accouchements (contre 154 280 en 2015). Cette augmentation du nombre d'accouchement au niveau national s'observe aussi dans toutes les régions à l'exception de la région l'Ouest qui enregistre 25 295 accouchements en 2016 contre 30 380 en 2015. La région de l'Adamaoua a passé le nombre de 10 000 naissances et désormais seules les régions de l'Est et du Sud sont encore en deçà de 10 000 accouchements déclarés. Ces deux régions sont parmi les moins peuplées du pays. Il faut aussi noter que ces données occultent souvent les accouchements effectués par les accoucheuses traditionnelles assez présentes dans certaines régions et dont les activités ne

sont pas suffisamment captées par le système d'information sanitaire actuel.

On note une légère augmentation du nombre absolu de décès maternels comparé à 2015. Cette augmentation des décès maternels doit être interprétée avec réserve, le système de surveillance étant relativement jeune et en amélioration progressive. Jusqu'à la semaine 19, la Région de l'Est était la seule à n'avoir pas déclaré de décès de femme des suites d'un accouchements. Cette région a notifié deux cas au cours de la SE26 dans le DS de Yokadouma et à la SE27 dans le DS de Ndelele. Ces décès doivent faire l'objet des audits en vue de la réduction des décès maternels.

Tableau 6: situation des accouchements et décès maternels et néonataux

Maladie sous surveillance	Année	Adamaoua		Centre		Est		Extrême nord		Littoral		Nord		Nord Ouest		Ouest		Sud		Sud Ouest		National	
		Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Accouchement/ Décès maternels	2016	10 391	17	30 778	23	6 236	2	19 432	28	26 546	35	10 772	21	21 368	23	25 295	19	3 350	8	11 715	30	165 883	206
	2015	8 031	14	26 725	30	5 109	8	16 366	37	23 850	13	9 494	16	21 002	15	30 380	14	2 743	2	10 580	25	154 280	174
Décès Néonatal	2016	101		232		35		146		149		58		153		88		19		64		1 045	
	2015	89		277		40		103		73		54		161		93		31		70		991	

Source: DLMEP, SE32 2016

- Depuis le début de l'année, 1 045 décès néonataux ont été enregistrés soit 56 cas de plus qu'en 2015 à la même période.
- Les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême Nord, du Nord, du Littoral sont celles qui contribuent le plus à l'augmentation du nombre notifié de cas décès en 2016 par rapport à l'année 2015.
- Au cours des SE couvrant ce mois d'août, en moyenne 23 décès néonataux (contre 27 décès en juillet) ont été enregistrés chaque semaine au niveau national. On note donc une légère baisse de 4 points par rapport au mois précédent. Depuis la SE 26, le nombre de cas de décès notifiés en 2016 est inférieur à celui notifié en 2015.
- Avec respectivement 14 et 11 cas notifiés au cours des quatre dernières semaines, les DS de Bamenda et Biyem Assi enregistrent le plus grand nombre de décès néonataux. Ils sont par ailleurs les seuls DS à avoir notifié au moins un cas de décès toutes les semaines du mois d'août.

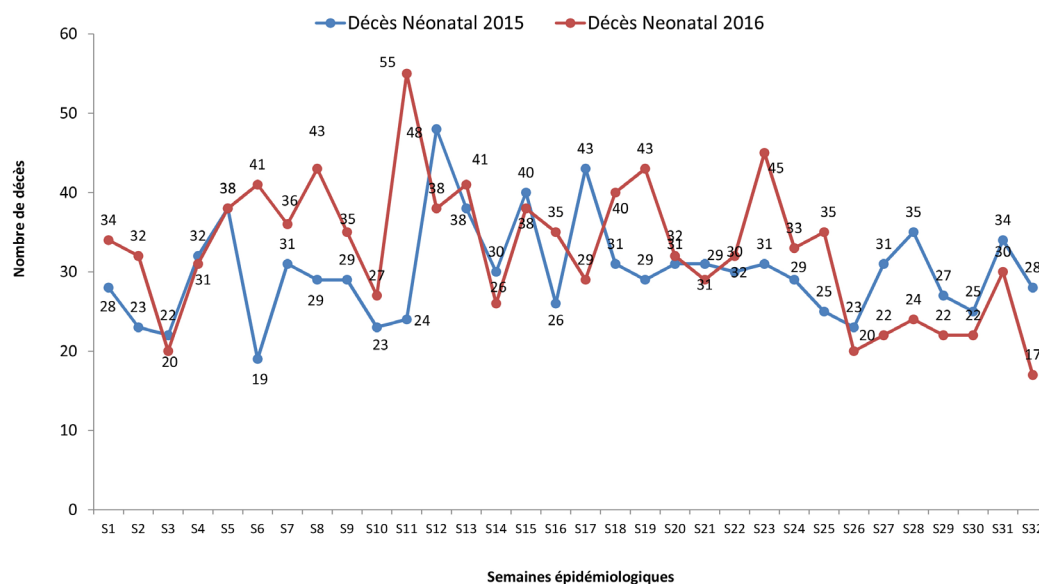


Figure 9 : Evolution hebdomadaire des cas et décès néonataux

AUTRES MALADIES SOUS SURVEILLANCE

Au terme de la semaine épidémiologique 32, près de 854 832 cas suspects de paludisme ont été notifiés à travers le pays contre 800 410 cas à la même période l'année dernière. Les régions du Centre, de l'Extrême Nord et du Littoral sont chacune à plus de 100 000 cas notifiés. Avec seulement 20 572 cas notifiés en 2016, la région de l'Est a déclaré le plus faible nombre de cas suspects de paludisme eu égard aussi à la taille de sa population. Après le paludisme, la fièvre typhoïde est la seconde maladie couramment notifiée par les personnels de santé. Au niveau national, 173 603 cas ont été notifiés au cours de la période écoulée contre 145 281 cas en 2015. Les régions du Centre (48 780 cas), du Littoral (40 947 cas) et de l'Ouest (19 942 cas) notifient le plus grand

nombre de cas. Pour la fièvre typhoïde, il convient de dire que la définition de cas reste faiblement maîtrisée par les acteurs du système de surveillance et que ces données doivent être prises avec des réserves.

Trente huit personnes ont perdu la vie depuis le début de l'année des suites de morsure de serpents, de chiens ou encore de la rage. En 2015, seulement 02 cas de décès avaient été enregistrés des suites de syndrome grippal. Cette année, on dénombre déjà 10 décès dont 07 dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord pour 59 926 cas suspects déclarées.

Sept maladies n'ont jusqu'ici enregistré aucun cas. Il s'agit: Charbon, Chikungunya, Dengue, Fièvre Hémorragique Virale (FHV), Peste, SRAS et la Variole.

Tableau 7: situation des autres maladies à potentiel épidémique

N°	Maladie sous surveillance	Année	Adamaoua		Centre		Est		Extrême nord		Littoral		Nord		Nord Ouest		Ouest		Sud		Sud Ouest		National	
			Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
1	Charbon	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Chikungunya	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Cholera	2016	0	0	0	0	1	0	9	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
		2015	0	0	1	0	0	0	13	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	17	1
4	Dengue	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Diarrhée sanglante	2016	249	0	2 684	1	373	0	836	0	682	0	1 031	0	1 098	0	305	0	578	0	749	0	8 585	1
		2015	392	0	2 352	1	431	1	777	4	634	0	1 090	0	701	0	337	0	871	0	937	2	8 522	8
6	Dracunculose	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
7	Envenimation (autres)	2016	77	0	89	0	2	0	17	1	18	0	0	0	6	0	12	1	23	0	14	0	258	2
		2015	101	0	90	1	6	0	10	1	25	0	3	1	3	0	19	0	19	0	25	0	301	3
8	FHV*	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Fièvres typhoïdes	2016	3 579	3	48 780	2	8 504	0	10 779	2	40 947	0	6 722	1	16 083	0	19 942	0	3 982	1	14 285	1	173 603	10
		2015	4 339	0	36 623	3	7 144	0	9 228	3	36 565	0	6 526	0	10 707	3	18 618	1	3 925	0	11 606	0	145 281	10
10	GEAS*	2016	701	1	13 045	9	3 277	2	2 132	5	7 095	37	1 458	3	5 110	10	1 085	3	1 492	2	3 279	3	38 674	75
		2015	711	0	12 368	9	2 741	0	2 098	7	6 187	0	1 176	4	5 627	17	1 649	2	1 628	1	4 348	3	38 533	43
11	Meningite	2016	11	2	332	5	22	2	29	2	152	0	65	2	146	12	85	0	13	2	70	5	925	32
		2015	18	1	349	16	42	0	40	3	37	1	15	1	149	11	113	5	26	1	74	1	863	40
12	Paludisme	2016	51 875	141	196 299	127	57 955	8	103 343	170	116 900	40	87 502	178	66 468	28	69 176	10	20 572	11	84 742	10	854 832	723
		2015	68 436	199	169 737	48	56 617	5	95 546	173	95 804	9	89 266	175	59 051	26	68 689	15	18 547	5	78 717	11	800 410	666
13	Peste	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Morsures de chien	2016	125	0	771	0	94	0	356	2	226	0	181	2	249	0	274	0	99	1	159	0	2 534	5
		2015	158	0	554	0	81	1	270	1	237	0	188	0	305	0	270	0	104	0	132	0	2 299	2
15	Morsures de serpent	2016	129	3	514	1	129	1	411	11	106	0	230	8	105	0	175	0	81	0	65	0	1 945	24
		2015	138	3	368	2	55	2	317	4	69	1	108	4	111	1	225	0	66	2	55	0	1 512	19
16	Rage	2016	0	0	1	1	1	1	8	5	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	1	0	15	9
		2015	0	0	5	1	1	1	7	7	0	0	1	0	3	3	1	1	0	0	1	0	19	13
17	SRAS*	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Syndrome grippal	2016	4 929	2	17 534	1	5 576	0	5 341	4	11 443	0	4 726	3	208	0	2 201	0	2 628	0	5 340	0	59 926	10
		2015	6 291	1	18 841	0	4 479	0	3 633	1	10 149	0	6 136	0	630	0	2 633	0	2 333	0	6 070	0	61 195	2
19	Variole	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source: DLMEP, SE32 2016

FICHE TECHNIQUE DU MOIS: LE CHOLERA

1. AGENT INFECTIEUX

Le choléra est une infection diarrhéique aiguë provoquée par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés par le bacille *Vibrio cholerae*. C'est une maladie diarrhéique aiguë, dont on peut mourir en quelques heures en l'absence de traitement. Deux sérogroupes, O1 et O139, sont à l'origine des flambées épidémiques. *V. cholerae* O1 provoque la majorité des flambées, tandis que O139, identifié pour la première fois au Bangladesh en 1992, est confiné à l'Asie du Sud-Est.

2. MANIFESTATIONS CLINIQUES

La période d'incubation est de 2h à 5 jours. Le choléra est une maladie extrêmement virulente. Il touche les enfants comme les adultes qui peuvent en mourir en quelques heures.

Environ 75% des sujets infectés par *V. cholerae* ne manifestent aucun symptôme, bien que le bacille soit présent dans leurs selles pendant 7 à 14 jours après l'infection et soit éliminé dans l'environnement, où il peut potentiellement infecter d'autres personnes.

Pour ceux qui manifestent des symptômes, ceux-ci restent bénins à modérés dans 80% des cas, tandis que chez environ 20% des cas, une **diarrhée aqueuse aiguë, s'accompagnant de déshydratation sévère, se développe**. En l'absence de traitement, elle peut entraîner la mort. Les sujets ayant une faible immunité, enfants souffrant de malnutrition ou personnes vivant avec le VIH par exemple, sont davantage exposés au risque de mort en cas d'infection.

3. DÉFINITIONS DE CAS DU CHOLÉRA

Cas suspect :

Déshydratation grave ou décès suite à une diarrhée aqueuse aiguë chez un patient âgé de plus de 5 ans.

NB: S'il y a une épidémie de choléra, on suspectera un cas chez tout individu âgé de plus de 5 ans présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissement.

Cas confirmé :

Cas suspect chez lequel on a isolé *Vibrio cholerae* O1 ou O139 dans les selles/organes.

6. PRISE EN CHARGE DES CAS

Le choléra est une maladie facile à traiter. On peut guérir jusqu'à 80% des sujets atteints en leur administrant rapidement les sels de réhydratation orale (**sachet standard**

de SRO OMS/UNICEF). En cas de déshydratation très sévère, la perfusion de liquide par voie intraveineuse s'impose. Des antibiotiques adaptés pour raccourcir la durée de la diarrhée, diminuer les quantités de liquide de réhydratation nécessaires et écourter la durée de l'excrétion des bacilles sont souvent nécessaires. On ne recommande pas l'administration de masse des antibiotiques, car elle n'a aucun effet sur la propagation de la maladie et contribue à renforcer les résistances. Pour garantir un accès rapide au traitement, il faut mettre en place des Centres de traitement du choléra (CTC) dans les populations affectées. Avec une bonne prise en charge, le taux de létalité devrait se maintenir en dessous de 1%.

4. MODE DE TRANSMISSION

Le choléra reste à l'échelle mondiale une menace pour la santé publique et c'est un indicateur clef de l'insuffisance du développement social.

La transmission du choléra est étroitement liée à une mauvaise gestion de l'environnement. On l'observe en général des les populations vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène ou ayant un accès limité aux infrastructures sociales de base telles que les latrines, l'eau potable. Les bidonvilles, les camps de réfugiés qui disposent de peu d'infrastructures de base sont très vulnérables en cas d'épidémie.

Les catastrophes, avec l'interruption des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ou des déplacements de populations dans des camps mal équipés et surpeuplés, ont pour conséquence d'augmenter le risque de transmission du choléra, si jamais le bacille est présent ou s'il est introduit.

5. MESURES DE PRÉVENTION

Une approche pluridisciplinaire est essentielle pour atténuer la gravité des flambées de choléra. La meilleure prévention passe par l'amélioration de l'accès des populations vulnérables à l'eau et les mesures d'assainissement.

Il en existe actuellement deux vaccins homologués par l'OMS, le Dukoral et le Shanchol. Ces deux vaccins nécessitent l'administration de deux doses à un intervalle 7 jours à 6 semaines. L'OMS recommande que la vaccination ne remplace pas les autres mesures de lutte habituellement recommandées, mais vient en complément. Leur utilisation doit être limitée aux zones à haut risque et aux populations vulnérables telles les campements de réfugiés.

Contacts

WHO Country Office, P.O. Box: 155 Yaoundé – CAMEROON
E-mail: afwcocm@who.int
Website: <http://www.who.int/countries/cmr/fr/>
Tel. (Office): (237) 222 21 02 58 / 222 21 20 80 / 222 21 20 81

Equipe de Rédaction

Dr Jean-Baptiste ROUNGOU / Représentant ;
Dr Marcellin NIMPA / NPO SRV;
Dr Gérald SUME / NPO EPI; Jean-Christian KOUONTCHOU Data Manager;
Mariette DIA / Data Manager; Joseph NDEMEFO / ICT Focal Point;
Dr Tougordi Alexis / NPO MAL
Serge BATALIACK / rSIS; Barbara ETOA / HIP