Bulletin du 05 Septembre 2016

**CHIKUNGUNYA**

**Kenya et Somalie**: Depuis mai 2016, une épidémie est signalée dans une région située de part et d’autre de la frontière entre la Somalie et le Kenya au nord-est du Kenya (conté de Mandera).c’est la première fois que des cas de chikungunya sont signalés en somalie

1800 cas au 30 juin avec, selon l’OMS, une sous notification importante vraisemblable.

L’OMS estime qu’environ 80 % de la population et 50 % du personnel de santé dans la ville de Mandera ont été touchés par le chikungunya. Les cas d’arthralgies handicapantes sévères sont pris en charge dans le cadre d’une hospitalisation d’un à deux jours. Dans leur majorité, les cas ne vont cependant pas se faire soigner dans les établissements de santé.

Evaluation du risque par l’OMS : Dans le passé, la flambée qui a démarré en 2004 sur la côte du Kenya a atteint les Comores fin 2004 avant de se propager aux îles de l’Océan indien en 2005. Une mutation sur le gène E1 et la sélection de souches du virus renforçant son adaptation à l’un des vecteurs, *Aedes albopictus*, et donc significativement la transmissibilité, s’est probablement produite sur l’Île de la Réunion fin 2005. Ce qui a provoqué une flambée d’une ampleur sans précédent et la propagation ultérieure au reste du monde. Cette mutation pourrait se retrouver sur le virus de l’épidémie en cours au Kenya (en cours d’analyse)

A noter : en aout, deux cas chez des voyageurs italiens revenant de Mogadiscio (Somalie)

En pratique : l’épidémie pourrait s’étendre aux zones touristiques du Kenya. Préconiser l’utilisation des répulsifs pour la peau et les vêtements.

Y penser au retour devant une fièvre et des arthralgies.

**PALUDISME**

**Grèce :**Depuis 2009 des cas autochtones sporadiques de Plasmodium vivax sont signalés chaque été en parallèle de cas importés.

En 2016, au 21 aout sont notifiés : 61 cas importés (50 migrants et 11 voyageurs) et 4 cas autochtones vivant dans le Péloponnèse ou en Macédoine centrale.

En pratique : l’utilisation des répulsifs est suffisante.

**ZIKA**

**USA, Floride**: l’épidémie qui touche la Floride depuis fin juillet 2016  compte maintenant 43 cas autochtones.

**Amérique du Sud et Antilles :** toujours en phase épidémique, le nombre de nouveau cas semble se stabiliser ou diminuer selon les pays.

**Iles vierges britanniques** (Antilles) : premiers cas autochtones(4)

**Singapour** : premières transmissions locales documentées avec 41 cas au 21 aout. Les cas concernent des résidents ou des personnes qui travaillent à Singapour, sans antécédent de voyage en zone de contamination du virus Zika. Cette épidémie sur le continent asiatique fait craindre l’extension à la région.

**FIEVRE JAUNE**

**Angola**[l’épidémie](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249575/1/yellowfeversitrep26Aug16-eng.pdf?ua=1%20l%27%C3%A9pid%C3%A9mie) qui a débuté en décembre 2015 a touché 16 des 18 provinces. 4000 cas dont 370 décès ont été recensés. : Pas de nouveau cas confirmé depuis le 23 juin.18 millions de personnes ont été vaccinées (population estimée à 24 millions d’habitants)

**République démocratique du Congo :** 2400 cas. 8 des 26 provinces ont été touchées. Pas de cas confirmé depuis le 12 juillet. La capitale, Kinshasa, compte 10 millions d’habitants.7 millions de personnes y ont été vaccinées.

**Pérou :**depuis début 2016, 59 cas confirmés et 20 cas probables ont été rapportés notamment dans la province de Junin (57 cas)

Parmi eux 19 décès dont **un touriste français, âgé de 60 ans, non vacciné.**

En pratique : la vaccin contre la fièvre jaune est indiqué pour toutes les zones d’endémie, qu’il soit ou pas rendu obligatoire par les autorités du pays.