

SYNTHESE

COMPTE RENDU D'UN ATELIER SUR LES
EPIDEMIES DE MENINGITE A MENINGOCOQUE,
NIAMEY 12-14 JANVIER 1998

CHIPPAUX JP¹, SOULA G², CAMPAGNE G¹, REY M³ et
les participants de l'Atelier de Niamey⁴

Constatant la dramatique extension des épidémies de méningite depuis 1994 (tableau I) malgré l'existence d'un vaccin efficace contre les méningites épidémiques, le Conseil scientifique de l'Organisation de Coopération et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE) a demandé au Centre de Recherche sur les Méningites et les Schistosomoses (CERMES) d'animer une réflexion sur ce sujet avec les experts des pays membres de l'OCCGE.

Tableau 1 : Nombre de ce cas de méningite
notifiés dans les pays de l'OCCGE
depuis 1993

Pays	1993	1994	1995	1996	1997*
Bénin	2120	1840	1334	1892	1188
Burkina Faso	1796	823	2595	42129	21897
Côte d'Ivoire	Données non parvenue				
Mali	Données non parvenues		1199	7254	10960
Mauritanie	Données non parvenues			0	11
Niger	11025	11838	43203	16145	3922
Sénégal	Données non parvenues				13
Togo	339	228	619	693	3262

* Données incomplètes

sources : CERMES et ministères de la Santé des États

1 J.P. Chippaux et G. Campagne : CERMES/OCCGE, B.P. 10887, Niamey, Niger

2 G. Soula : OCEAC, B.P 288, Yaoundé, Cameroun

3 M. Rey : 5 Bd du Montparnasse, 75006, Paris, France

4 A. Da Silva (AMP, Marnes-La-Coquette), A. Daouda (MSP, Niamey), S. Djibo (CERMES, Niamey), A. Garba (CERMES, Niamey), J. Hassan (MSP, Cotonou), A. Hassane (SNISS, Niamey), M. Hien (OCCGE, Bobo-Dioulasso), P. Nicolas (IMTSSA, Marseille), I. Parent (AMP, Marnes-La-Coquette), P. Saliou (AMP, Marnes-La-Coquette), E. Saracino (INHP, Abidjan), G. Soga (OMS, Niamey), F. Varaine (Epicentre/MSF, Paris), Yankalbé (OMS, Niamey).

L'atelier a réuni, du 12 au 14 janvier 1998 à Niamey, une vingtaine de participants, parmi lesquels l'Organisation de Coopération pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC) était représentée par le Docteur Georges Soula.

Les objectifs de cet atelier étaient, à la lumière des problèmes communs aux Etats, d'identifier leurs besoins et d'y répondre par quelques recommandations concrètes, en dégagant la contribution de l'OCCGE et du CERMES.

Au cours des six séances prévues au programme, 22 exposés ont servi à introduire les débats consacrés à (i) l'analyse des problèmes révélés par les récentes épidémies et l'identification des besoins communs aux Etats ; (ii) la surveillance des méningites bactériennes en période non épidémique ; (iii) la détection de l'épidémie ; (iv) la riposte à l'épidémie déclarée ; (v) la prévision et (vi) la prévention des épidémies.

(i) Analyse des problèmes et identification des besoins.

Suite à une enquête menée fin 1997 par le CERMES auprès des Ministères de la Santé des Etats membres de l'OCCGE et à la lumière des discussions de l'atelier, il a été possible d'identifier plusieurs insuffisances ou besoins, pour la plupart exprimés par les autorités sanitaires nationales.

- L'alerte et la réponse sont trop lentes ; bien souvent, cela correspond à une inadéquation ou un manque de confiance réciproque entre les services techniques qui détectent l'épidémie et l'autorité politique qui la déclare.
- Les informations existantes, souvent pertinentes et de grande valeur, sont sous exploitées
- Les ressources humaines et matérielles sont insuffisantes au niveau des laboratoires.
- La mobilisation des ressources humaines, logistiques et financières est longue et difficile.
- L'absence de directives claires à tous les niveaux provoque une confusion au moment du déclenchement de la riposte.
- La formation du personnel clinique, épidémiologique et biologique à la réponse en cas d'épidémie est insuffisante.
- Les stocks de médicaments, vaccins et matériel d'injection sont absents ou insuffisants, ce qui retarde la mise en oeuvre de la riposte.

(ii) Surveillance des méningites bactériennes en période non épidémique.

Dans l'ensemble, le recueil des informations et sa transmission de la périphérie vers le niveau central sont fonctionnels et rapides. L'effort doit donc être maintenu pour assurer la notification hebdomadaire des cas (incluant la notification 0 cas). En revanche, une amélioration est souhaitable en ce qui concerne l'analyse des informations, à chaque niveau et en temps réel, afin de permettre la détection précoce d'une situation anormale. Cela nécessite



de favoriser la conservation et de développer l'analyse des informations dans tous les centres de santé afin de parvenir à une véritable « mémoire épidémiologique » des centres. Enfin, toutes les formations sanitaires publiques, parapubliques et privées doivent contribuer au système de surveillance.

Le renforcement de la surveillance des méningites bactériennes endémiques ne peut plus se passer de l'appui des laboratoires. Un laboratoire national de référence doit être identifié dans chaque Etat, si possible à proximité de la zone de prédilection des épidémies. Il aura pour tâche, outre de confirmer l'épidémie, de développer un réseau de surveillance bactériologique s'appuyant sur les laboratoires périphériques. Il assurera la supervision (formation, recyclage) et le contrôle de qualité (évaluation) du réseau.

Dans les laboratoires périphériques, les techniques de base devront être privilégiées (examen direct, numération cellulaire, Gram). La capacité de chaque laboratoire à utiliser des techniques plus complexes (recherche d'antigènes solubles par agglutination de particules de latex, mise en culture des germes, antibiogramme), sera déterminée en fonction de leur plateau technique et niveau de compétence du personnel.

La déclaration obligatoire des germes identifiés sera adressée dans le circuit national de surveillance.

(iii) La détection de l'épidémie comprend deux étapes :
l'alerte donnée lorsque le seuil est atteint ou dépassé et la confirmation qui nécessite une enquête sur place par un dispositif adéquat.

Les différents seuils classiques d'alerte ont fait l'objet de simulations à partir du recueil de données des années écoulées (F. Varaine et G. Campagne, données non publiées). Il en ressort que le seuil de 15 cas pour les 100 000 habitants appliqué à des populations de 30 000 à 100 000 habitants dans les zones de la ceinture de la méningite reste acceptable. Toutefois, les études montrent que la sensibilité et spécificité de ce seuil varient en fonction de la zone climatique, a fortiori en dehors de la ceinture de la méningite. En conséquence, les participants de l'atelier ont vivement recommandé aux Etats de mener des recherches opérationnelles pour ajuster le seuil d'alerte à leur propre contexte. L'OCCGE, tout particulièrement le CERMES, a proposé son aide pour fournir un plan d'analyse des données épidémiologiques disponibles dans chaque Etat.

La confirmation de l'épidémie est effectuée par une équipe pluridisciplinaire comprenant au minimum un clinicien, un épidémiologiste et un biologiste. Les participants de l'atelier ont particulièrement insisté sur les analyses bactériologiques qui permettent de confirmer l'épidémie et de fournir aux autorités sanitaires tous les éléments nécessaires à la réponse.

L'identification du germe et de son groupe permet de légitimer la vaccination de masse par le vaccin polysaccharidique A/C à la dose de 0,5 ml, contenant 50 ug de chaque polysaccharide.

L'antibiogramme vérifie la sensibilité du germe isolé, en particulier, au chloramphénicol.

(iv) Les interventions et la lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque.

En situation épidémique, le traitement curatif repose uniquement sur le chloramphénicol en solution huileuse. Il s'administre en une injection unique par voie intramusculaire, éventuellement renouvelée 24 à 48 heures plus tard en l'absence d'amélioration clinique. Les méningocoques présentent encore un faible taux de résistance à cet antibiotique (<3% au Niger selon Campagne et al., en cours de publication). Avant l'âge de un an, la prédominance d'autres germes (*S. pneumoniae* et *H. influenzae*), plus résistants au chloramphénicol, justifierait un traitement systématique par ceftriaxone, même en période épidémique. Dès que possible, le chloramphénicol devrait être remplacé par la ceftriaxone. La gratuité du traitement devrait être la règle.

La vaccination de circonstance (encadré 1) doit être gratuite et les lieux de vaccination seront largement diffusés

- La vaccination de masse sera privilégiée ; elle couvrira toute la population du district, mais peut se limiter aux sujets de moins de 30 ans ;
- en cas de ressources insuffisantes, cette vaccination pourrait être restreinte aux sujets de moins de 30 ans des circonscriptions affectées par l'épidémie, en attendant de pouvoir l'élargir à l'ensemble du district.

(v) La prévision des épidémies de méningite demeure une préoccupation majeure. Difficile à envisager avec les connaissances actuelles, il semble que de nouvelles approches soient prometteuses. Le développement des Systèmes d'Information Géographique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire permettra d'améliorer la compréhension de la dynamique des épidémies et d'envisager une meilleure utilisation d'indicateurs épidémiologiques, bactériologiques ou météorologiques encore méconnus ou inexploités. En outre, l'extension des technologies de communications modernes (courrier électronique, réseaux et sites d'information) permettra une préparation et une coopération effective entre les équipes et les Etats.

(vi) La prévention des épidémies repose sur la vaccination des zones à risque ou sur la vaccination systématique. La vaccination préventive des zones à risques se limite actuellement aux zones incluses ou limitrophes de régions où une vague épidémique a été observée l'année précédente. L'expérience a montré que les populations des zones épargnées par l'épidémie sont à haut risque l'année suivante. Ces vaccinations de rattrapage seront effectuées le plus tôt possible et, au plus tard, avant la saison épidémique. La vaccination systématique est actuellement limitée à quelques collectivités particulières (écoles, armées, pèlerins), en attendant que le vaccin conjugué développé par Pasteur Mérieux Connaught et en cours d'essai au CERMES soit disponible et intégré dans le programme de vaccination des enfants. De nouvelles stratégies vaccinales pourront alors être définies.