

# BEH

Surveillance des maladies transmissibles  
chez les réfugiés kosovars en Albanie,  
avril-juin 1999 : p. 163

## N° 39/1999

28 septembre 1999

## RAPPORT DE SURVEILLANCE

- 5 OCT 1999

### SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES CHEZ LES RÉFUGIÉS KOSOVARS EN ALBANIE, AVRIL-JUIN 1999

M. Valenciano<sup>1,2</sup>, A. Pinto<sup>1</sup>, D. Coulombier<sup>3</sup>, E. Hashorva<sup>4</sup>, M. Murthi<sup>4</sup>

Article paru dans le bulletin Eurosurveillance, vol. 4, n° 9, septembre 1999

#### INTRODUCTION

L'Albanie, dont la population compte 3,5 millions d'habitants, est confrontée à une crise économique et sociale. Le revenu moyen par habitant s'élevait à moins de 1000 US\$ par an et, depuis 1995, le chômage a augmenté de 2,7% [1]. La pauvreté et la migration constituent les problèmes de société majeurs. Le pays est découpé en 37 districts administratifs. Les soins de santé primaires sont dispensés par un réseau composé de 1500 infirmeries (animées par des infirmières et des sages-femmes) et de 602 centres de santé (animés par des médecins généralistes). Cinquante-trois polycliniques, 34 hôpitaux de district et 10 centres hospitaliers régionaux assurent les soins de santé secondaires. Les soins tertiaires sont dispensés par le seul Centre Hospitalier Universitaire, à Tirana [2]. Le système de surveillance nationale de routine porte sur 73 maladies : les centres de santé et les infirmeries transmettent les déclarations aux épidémiologistes des districts qui, chaque mois, envoient les informations à l'Institut de Santé Publique (IPH) à Tirana. La qualité de la surveillance est limitée par la fiabilité des données, la sous-déclaration, la qualité des données, leur transmission et les retours d'information [3].

En septembre 1994, plus de 100 cas de choléra ont été déclarés dans le pays [4] ; d'avril à septembre 1996 une épidémie de poliomyélite paralytique survenue dans les régions du nord et du centre du pays a provoqué 66 cas de paralysie flasque aiguë (PFA) [5].

En 1998, les maladies déclarées les plus fréquemment étaient la grippe, les gastro-entérites (de nature non précisée), les rhumes, la gale et les hépatites [6]. L'hépatite est endémique dans l'ensemble du pays : en 1998, 3139 cas suspects et respectivement 260 et 52 cas d'hépatites A et B confirmés ont été déclarés. Alors que selon le Ministère de la Santé (d'après les déclarations mensuelles des établissements sanitaires) la couverture vaccinale de la rougeole est de 89%, en 1998 l'incidence de cette maladie chez les enfants de moins de cinq ans était de 247 pour 100 000, soit l'une des plus élevées d'Europe [7]. Les zoonoses constituent également un problème de santé publique. En 1998, 58 cas d'anthrax, 69 cas de leishmaniose viscérale, et 336 cas de brucellose ont été déclarés [6].

De mars à juin 1999, 442 000 réfugiés kosovars sont arrivés en Albanie. Plus de la moitié (228 000) a été accueillie dans des familles albanaises (Organisation pour la Sécurité et la Coopération en Europe, OSCE, Tirana 1999), les autres ont été installés dans des camps ou des centres d'accueil. Le système de surveillance nationale ne pouvait faire face à cette situation. Un système de surveillance d'urgence des maladies transmissibles a été mis en place afin de détecter et contrôler les épi-

démies potentielles chez les réfugiés. Cet article présente les résultats des neuf premières semaines de surveillance chez les réfugiés kosovars en Albanie.

#### MÉTHODES

La surveillance mise en place concernait l'ensemble de la population des réfugiés kosovars présents en Albanie. Les données fournies par l'OSCE ont été utilisées pour évaluer, chaque semaine, le nombre de réfugiés par district. Les réfugiés étant répartis entre les camps et les familles albanaises, les données de surveillance provenaient non seulement des organisations médicales présentes dans les camps, mais aussi des centres de soins albanais s'occupant des populations locales. Dans chaque camp et centre d'accueil, une organisation médicale était chargée des services sanitaires des réfugiés.

Les affections faisant l'objet d'une surveillance étaient essentiellement celles présentant, dans ce contexte de crise, un risque d'épidémie chez les réfugiés (diarrhées, infections respiratoires aiguës (IRA), gale, rougeole, méningite) [8]. D'autres maux spécifiques à la situation de crise tels que les problèmes psychologiques et les blessures de guerre étaient également pris en compte. Étant donné le manque de données fiables sur la population de réfugiés, les maladies cardiovasculaires (définies comme tout problème cardiaque ou hypertension), dont l'incidence des cas déclarés est stable, ont été prises comme référence pour contrôler les tendances des autres affections. De plus, une catégorie « autres » permettait de recenser toutes les consultations non prises en compte dans la liste des affections à déclarer. Une liste comportant les définitions de cas a été distribuée aux structures sanitaires.

Les antennes sanitaires participant au système (celles s'occupant des réfugiés) communiquaient chaque semaine à l'épidémiologiste du district un formulaire standard où figurait le nombre de cas et de décès. Ces formulaires étaient transmis par fax ou déposés à l'Institut National de Santé Publique à Tirana.

Tous les centres de soins devaient également remplir un formulaire de déclaration « néant » confirmant qu'aucun cas de rougeole, de poliomyélite flasque paralytique, de dysenterie, de tétanos néonatal ou de méningite n'avait été observé.

L'Institut de Santé Publique rédigeait des rapports hebdomadaires comportant des tableaux résumant les consultations de la semaine, la morbidité proportionnelle (calculée en pourcentage de l'ensemble des consultations), et des commentaires spécifiques sur la situation épidémiologique. Une version anglaise était distribuée aux organisations internationales et une version en albanais aux épidémiologistes du district.

Les données ont été analysées avec un module d'Epi-Info [9] développé par l'Institut de Veille Sanitaire. Les analyses standard comprenaient le calcul d'indicateurs, tels que le nombre hebdomadaire de cas et de décès et le nombre de centres et de districts qui participaient à la déclaration des cas.

En l'absence de dénominateurs pour le calcul des incidences, la morbidité proportionnelle a été utilisée pour suivre l'évolution des syndromes

<sup>1</sup> Système de Surveillance des Maladies Transmissibles, OMSTirana, Albanie.

<sup>2</sup> Programme Européen de Formation à l'Epidémiologie d'Intervention (EPIET)\*.

<sup>3</sup> Institut de Veille Sanitaire, St-Maurice, France.

<sup>4</sup> Institut National de Santé Publique, Tirana, Albanie.

\* EPIET, un programme financé par la DGV de la Commission des Communautés Européennes.

les plus fréquents. Pour les syndromes et maladies plus rares mais présentant un potentiel épidémique tels que la rougeole, la jaunisse, la méningite et la diarrhée sanglante, le nombre de cas hebdomadaire a été pris comme indicateur.

Le recueil des données a débuté le 16 avril 1999. Les données présentées concernent la période de surveillance allant de la 14<sup>e</sup> à la 22<sup>e</sup> semaine (6 juin).

## RÉSULTATS

A la fin de la 22<sup>e</sup> semaine, les 37 districts du pays accueillaient des réfugiés. Les concentrations les plus importantes se trouvaient à Kukës (18%), Shkodër (9%), et dans le district et la ville de Tirana (22%). Les autres réfugiés (51%) étaient répartis dans les 33 autres districts (carte).

Les cinq premières semaines, le nombre de centres qui participaient à la surveillance a rapidement augmenté (passant de 3 à 132), puis s'est stabilisé (entre 162 et 181). Sur les 37 districts, 32 ont participé au système. Les cinq n'ayant jamais fait de déclarations représentaient 3% de la population de réfugiés présents au cours de la 22<sup>e</sup> semaine (carte).

Neuf cent vingt rapports, correspondant à 189 706 consultations, ont été transmis à l'Institut de Santé Publique. Trente pour cent des cas (56 537) ont été rapportés par les établissements sanitaires albanais. Les pathologies figurant dans la catégorie « autres » représentaient 40% des consultations des enfants de moins de cinq ans et 50% de celles des personnes de cinq ans et plus. Chez les enfants de moins de cinq ans, les motifs de consultation les plus fréquents étaient les infections respiratoires aiguës (37%), suivies des diarrhées sans saignement (17%), de la gale et de la pédiculose (3%). Dans le groupe des 5 ans et plus, 24% des consultations étaient liées à des infections respiratoires aiguës, 10% à des maladies cardio-vasculaires, 6,7% à des diarrhées sans saignement, et 3,7% à la gale et la pédiculose. Les consultations pour blessures de guerre et troubles psychologiques graves étaient plus fréquentes dans ce groupe (respectivement 1,3% et 2,8%) que chez les enfants de moins de cinq ans (0,3% pour les deux).

Onze décès ont été déclarés chez les enfants de moins de cinq ans et 23 dans la population des personnes de cinq ans et plus. Chez les enfants de moins de cinq ans, six décès ont été attribués à une affection classée dans la catégorie « autres » et trois à une IRA. Dans le groupe des cinq ans et plus, il y a eu 11 décès liés à des maladies cardio-vasculaires, huit à des pathologies classées dans la catégorie « autres » et, trois à des IRA.

Après la première semaine de surveillance, la morbidité proportionnelle liée aux syndromes les plus fréquents est restée stable (Fig. 1 et 2) et aucune épidémie n'a été détectée.

Trente-neuf cas suspects de rougeole ont été déclarés chez les enfants de moins de cinq ans et 31 dans l'autre groupe. Le nombre de cas déclarés de rougeole a augmenté les trois premières semaines et a atteint un maximum (16 cas) au cours de la 19<sup>e</sup> semaine (Fig. 3).

Au total, 107 cas de diarrhées sanglantes ont été déclarés pendant la période étudiée. Le district de Kukës regroupait 47 % des cas (50 cas), mais la morbidité proportionnelle globale (0,1%) n'y était pas plus élevée qu'ailleurs dans le pays (Fig. 4).

Aucun cas de paralysie flasque aiguë, de tétanos ou de choléra n'a été déclaré sur les formulaires de déclaration « néant ».

Figure 2. Morbidité proportionnelle des infections respiratoires aiguës, des diarrhées et des maladies cardio-vasculaires chez les réfugiés kosovars âgés de cinq ans et plus : Albanie, 16 avril-6 juin 1999 (semaines 14-22)

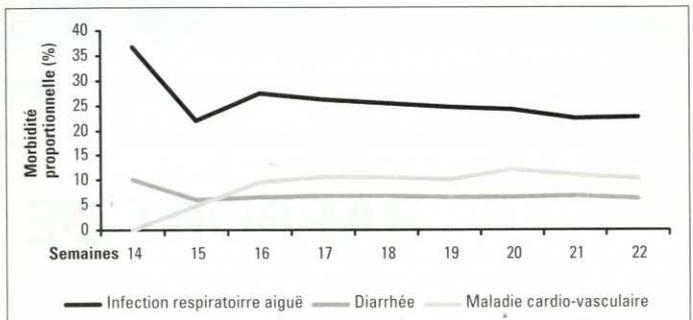


Figure 3. Cas suspects de rougeole chez les réfugiés kosovars et centres de soins participant à la déclaration Albanie, 16 avril-6 juin 1999 (semaines 14-22)

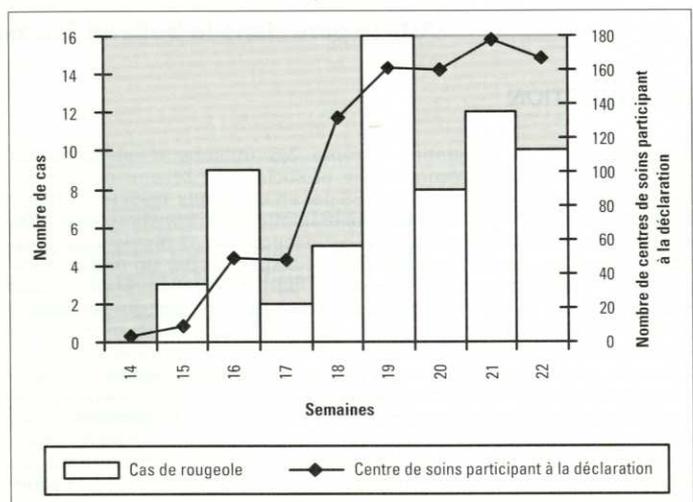
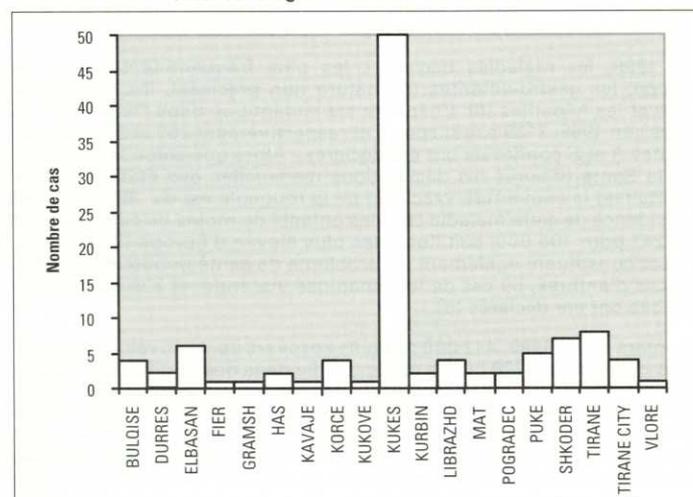


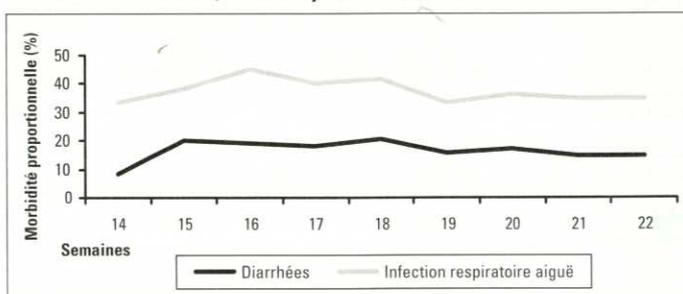
Figure 4. Distribution des cas de diarrhée sanglante par district chez les réfugiés kosovars : Albanie 1999



## ACTIONS

Au cours des neuf semaines de surveillance, quelques foyers suspects de diarrhées sanglantes, d'hépatites et de rougeole ont été détectés dans certains camps de réfugiés. Une recherche active des cas et des visites sur le terrain ont été entreprises afin d'évaluer la situation et prendre des mesures de contrôles adaptées.

Figure 1. Morbidité proportionnelle des infections respiratoires aiguës et des diarrhées chez les réfugiés kosovars de moins de cinq ans : Albanie, 16 avril-6 juin 1999 (semaines 14-22)



A la suite des cas de rougeole notifiés à Kukes lors des premières semaines de recueil de données, une campagne de vaccination rapide a été mise en place (entre le 23 et le 28 avril) chez les enfants kosovars et albanais dans les régions de Kukes et de Has. Une étude menée à l'issue de cette campagne a montré que la couverture vaccinale était estimée à 80,9% (95% intervalle de confiance (IC) 74,0-87,9) chez les Albanais et à 90,1% (95% IC 86,0-94,3) chez les Kosovars [10]. Il n'est pas impossible que l'augmentation du nombre de déclarations ait été en partie responsable du pic observé durant la 19<sup>e</sup> semaine. Cependant, le nombre de centres de soins participant à la déclaration a commencé à augmenter dès la 18<sup>e</sup> semaine jusqu'à la 20<sup>e</sup> sans que le nombre de cas de rougeole déclarés n'augmente. Après la survenue de ce pic, l'IHP a demandé aux épidémiologistes du district de procéder à une recherche active des cas. Un foyer de quatre cas survenus dans un centre d'accueil du district de Laç a fait l'objet d'une enquête au cours de la 21<sup>e</sup> semaine : tous les enfants du centre avaient été vaccinés un mois auparavant. Aucun autre cas n'a été rapporté au cours des semaines qui ont suivi.

De la 18<sup>e</sup> à la 20<sup>e</sup> semaine, 18 cas de diarrhées sanglantes ont été rapportés à Kukes. Huit cas de shigellose ont été confirmés dont sept étaient positifs pour *Shigella flexneri* et un pour *S. sonnei*. Un formulaire individuel de notification de diarrhées sanglantes a été distribué à tous les centres de soins du district. Au cours de la 21<sup>e</sup> semaine, le laboratoire local a réalisé des cultures des selles de 13 cas de diarrhées sanglantes : un seul était positif pour *S. flexneri*. Des tubes et des milieux pour le transport des prélèvements ont été fournis au laboratoire de Kukes afin que tous les prélèvements de selles soient envoyés au laboratoire central de l'IHP à Tirana pour un test de contrôle de qualité.

## DISCUSSION

Au cours des neuf semaines de surveillance (du 16 avril au 6 juin 1999), aucune épidémie n'est survenue chez les réfugiés kosovars en Albanie. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, dans l'ensemble, leur état de santé était satisfaisant, qu'ils n'étaient pas déplacés depuis très longtemps et que l'hygiène dans les camps et les familles d'accueil était convenable.

Un système de surveillance basé sur les syndromes a été mis en place pour les situations d'urgence. Sa forte sensibilité a conduit à plusieurs fausses alertes, mais le système avait été conçu pour faciliter l'alerte précoce des épidémies afin de contrôler toute diffusion dans cette population vulnérable. Ce système a été jugé satisfaisant par l'équipe médicale du fait de sa simplicité : seules étaient signalées les maladies susceptibles de provoquer des épidémies de fortes morbidité et mortalité.

La répartition des réfugiés à travers tout le pays et leur hébergement dans des familles locales ont compliqué la collecte des données démographiques, en particulier l'âge et les conditions d'hébergement. Il n'a donc pas été possible de calculer l'incidence. Suivre l'évolution des syndromes à partir de la morbidité proportionnelle ou du nombre absolu de cas peut introduire un biais et conduire à une sous- ou sur-déclaration. Un nouveau calcul de l'incidence lorsque la situation sera stabilisée

aurait été approprié, mais étant donné l'évolution rapide de la crise en Albanie et le retour des réfugiés au Kosovo, un tel calcul est exclu.

Les quelques décès rapportés doivent être interprétés avec prudence, les déclarations provenant de consultations externes. D'autres sources de données (rapports hospitaliers ou études de mortalité spécifique) devraient être utilisées pour estimer la mortalité.

Vu la rapide augmentation du nombre d'unités de soins participant à la notification au cours des premières semaines, et la participation des organisations médicales internationales et des structures de soins albanaises, nous étions, semble-t-il, sur la voie d'un système de déclaration fiable. Etant donné la difficulté à comptabiliser les structures de soins albanaises engagées directement dans la prise en charge sanitaire des réfugiés, et à évaluer la participation des organisations médicales internationales travaillant dans le pays, il est difficile d'estimer la représentativité du système.

Ce système de surveillance d'urgence a été précieux au sens où il a permis aux structures sanitaires albanaises et aux épidémiologistes locaux de travailler ensemble. Instaurer une collaboration entre les différentes acteurs a constitué un vrai défi : la mise en place du système a favorisé le rapprochement et les échanges entre les organisations internationales et les autorités sanitaires albanaises. La participation des organisations internationales à une situation d'urgence a été un moteur pour améliorer le système de surveillance épidémiologique national et contribuera peut-être à améliorer le système de santé albanais.

## Note - Le point sur la situation en juillet 1999

Le retour des réfugiés au Kosovo a commencé immédiatement après la signature de l'accord de paix (10 juin), en dépit des tentatives du Haut Comité aux Réfugiés des Nations-Unies (UNHCR) et de l'OTAN de repousser ce retour jusqu'à la première semaine de juillet.

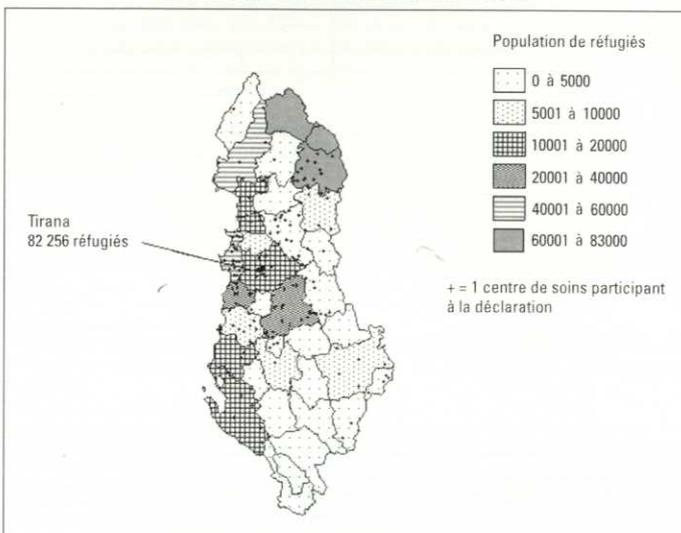
En juillet, un plan de rapatriement a commencé.

Le 8 juillet, 362 812 réfugiés en Albanie avaient déjà regagné le Kosovo (Emergency Management Group, Tirana) et 116 411 étaient encore en Albanie. De nombreux camps ont été fermés et les organisations internationales ont quitté l'Albanie pour le Kosovo.

Nous poursuivons les activités relatives au système de surveillance d'urgence même si la population concernée par cette surveillance est moindre et que le nombre d'unités de soins engagées dans la déclaration des cas a diminué. Aucune épidémie n'a été rapportée.

La méthodologie de ce système de surveillance d'urgence et l'expérience acquise vont servir de base à la mise en place, dans le pays, d'un système de surveillance d'alertes pour la détection précoce des épidémies dans la population albanaise.

Carte. Répartition par district de la population de réfugiés et des centres de soins participant à la déclaration : Albanie, 31 mai-6 juin 1999 (semaine 22)



## RÉFÉRENCES

1. UNICEF. Childrens and women's rights in Albania, situation analysis 1998. Tirana: UNICEF, 1998.
2. Kosova crisis situation district health system guidelines. Tirana: Ministry of Health, June 1999.
3. Shick MT, Xinxo A. Communicable diseases surveillance in Albania. Albanian Epidemiological Bulletin 1998 ; 1.
4. Istituto Superiore di Sanita. Rapporto preliminare di colera in Albania 17-24 Settembre 1994. Tirana : ISS, 1994.
5. CDC. Proliomyelitis outbreak, Albania 1996. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1996 ; 45 : 819-20.
6. Albanian Institute of Public Health, Morbidity communicable diseases report. Tirana : Department of Epidemiology and Biostatistics, Institute of Public Health, 1998.
7. Expanded Programme of immunisation in Albania. Annual report. Tirana : Institute of Public Health, 1998.
8. Médecins Sans Frontières. Refugee health, an approach to emergency situations. London: Macmillan, 1997.
9. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Burton AH, Brendel KA, Smith CD et al. Epi info Version 6.04c: a word processing, database, and statistics program for public health on microcomputers. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 1995.
10. WHO, UNICEF, Bioforce, Institut de Veille Sanitaire. Assessment of measles and polio immunisation coverage after the accelerated immunisation campaign Kukes, April 1999, Tirana : WHO, 1999.