

BEH

Bulletin
Épidémiologique
Hebdomadaire



MINISTÈRE DE LA
SANTÉ DE DJIBOUTI



INSTITUT NATIONAL
SANTÉ PUBLIQUE
DE DJIBOUTI

Semaine : N°21 (Du 17 Mai 2026 au 23 Mai 2026)

Date de publication : 25 Mai 2026

Ce Bulletin est édité par la section de la maladie à déclaration obligatoire du service d'alerte et analyse de risque de l'INSPD
Tel : (253) 21 35 03 38 BP : 438 Email : inspdsurvepi@gmail.com Site : INSPDJ.NET

Points Saillants :

- 1 633 cas de Syndrome grippal ;
- 769 cas de Diarrhée aqueuse aigue ;
- 239 cas du Paludisme ;
- 87 cas Traumatisme (AVP) ;
- 67 cas de Malnutrition aigüe sévères ;
- 61 cas Tuberculose ;
- 45 Dengue ;
- 31 cas Brucellose ;
- 18 cas de Gale ;
- 8 cas Hépatites Virales ;
- 7 cas Suspect de Rougeole ;

I Couvertures de données

Tableau 1 Complétude et la promptitude de la semaine 21

	Structure sanitaire	Nombre des rapports Attendus	Nombre de rapport reçus pour la semaine	Promptitude	Complétude
Djibouti-ville	Ras-Dika/Boualos (Publique)	10	10	100%	100%
	Balbala (publique)	9	9	100%	100%
	Parapubliques	12	11	92%	92%
	Privées	4	3	75%	75%
Régions sanitaires	Ali-Sabieh	9	9	100%	100%
	ARTA	10	10	100%	100%
	Dikhil	9	9	100%	100%
	Obock	7	5	71%	71%
	Tadjourah	12	12	100%	100%
TOTAL Djibouti Pays		84	78	93%	93%

Au terme de la semaine numéro 21 de l'année 2026, sur les 84 rapports attendus 78 ont été reçus soit un taux de complétude et de promptitude de 93%.

II Surveillance des maladies évitable par la vaccination

Tableau 2 Situation de la notification des maladies prioritaires et évitable par la vaccination sous surveillance épidémiologique de la 21ème semaine de l'année 2026

Structures Sanitaires	Rougeole		(PFA)		Méningite		Fièvre jaune		Tétanos	
	cas	Décès	cas	Décès	cas	Décès	cas	Décès	cas	Décès
DJIBOUTI-VILLE	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALI-SABIEH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIKHIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OBOCK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TADJOURAH	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Au cours de la semaine 21 de l'année 2026, 7 cas suspects de rougeole ont été notifiés. Au total, 45 cas suspects de rougeole dont 6 cas positifs ont été enregistrés durant la semaine 01 au 21 de l'année 2026. Pour les autres MEV aucun cas n'a été signalé pour cette semaine.

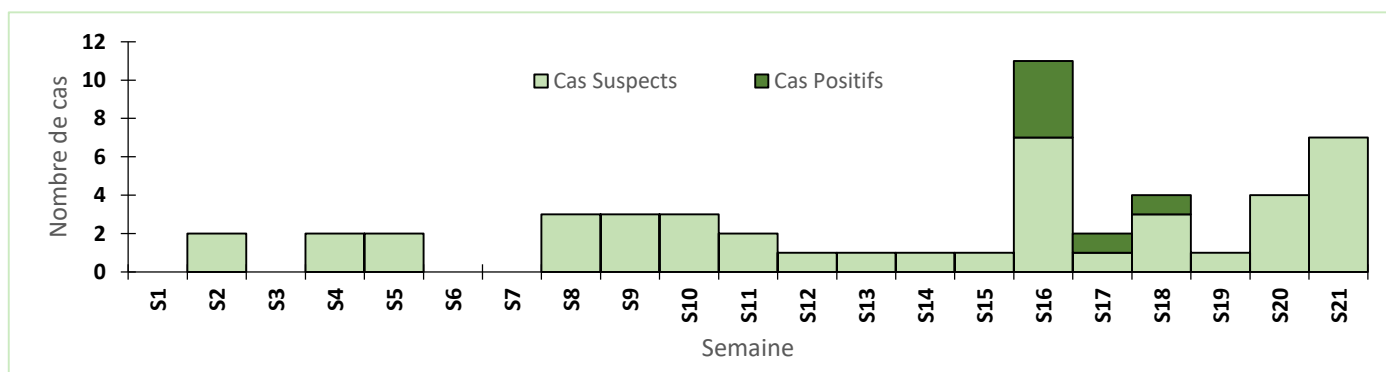


Fig.1 Evolution hebdomadaire des cas suspects et des cas positifs de la semaine 01_2026 a la semaine 21_2026

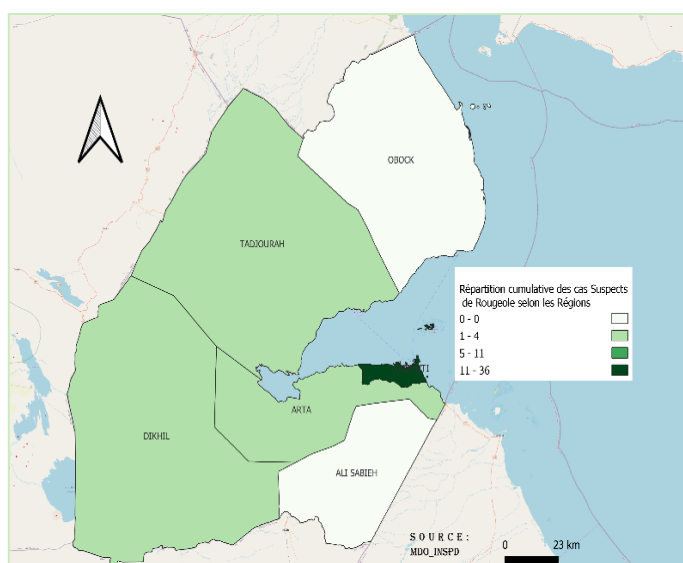


Fig. 2 Répartition des cas suspects de Rougeole par régions de la S1 a la semaine 21_2026

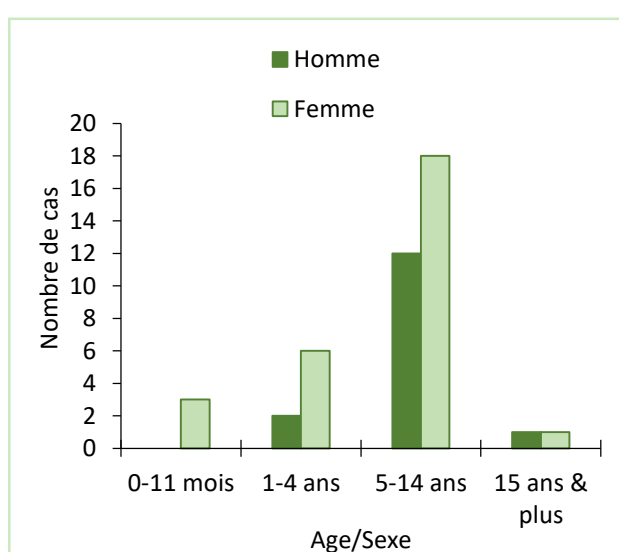


Fig. 3 Répartition des cas Rougeole par tranche d'âge et sexe de la Semaine 1 à la semaine 21_2026

III Surveillance syndromique

Tableau 3 Situation de la notification de surveillance syndromique de 21ème semaine de l'année 2026

Structures Sanitaires	Diarrhées aqueuses aigue		Diarrhées Sanglantes		Syndrome grippal	
	cas	Décès	cas	Décès	cas	Décès
DJIBOUTI-VILLE	529	0	21	0	1111	0
ARTA	48	0	0	0	74	0
ALI-SABIEH	40	0	0	0	67	0
DIKHIL	92	0	1	0	55	0
OBOCK	27	0	2	0	78	0
TADJOURAH	33	0	2	0	248	0

Situation de la diarrhées aqueuses aigue

A l'issue de la semaine 21, on a notifié, **769** nouveaux cas de diarrhée aqueuse aiguë contre **808** par rapport à la semaine précédente, soit une baisse de **5%**. Une augmentation du nombre de cas est observée depuis la semaine 15.

Le total cumulé des S1 à S21 est de **15 249** cas.

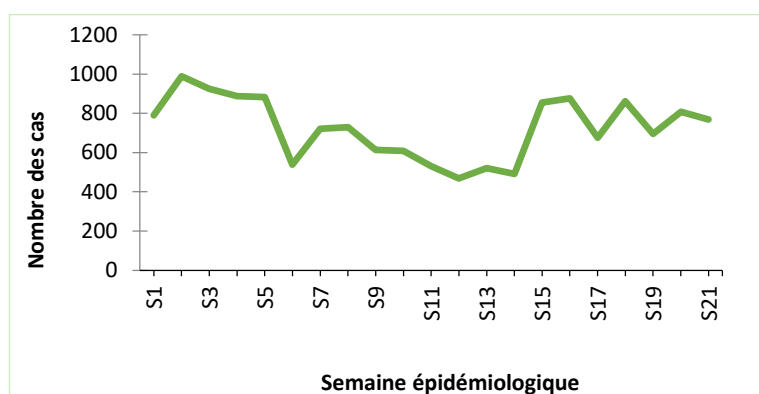


Fig.4 Evolution Hebdomadaire des cas de diarrhées aqueuses aigue

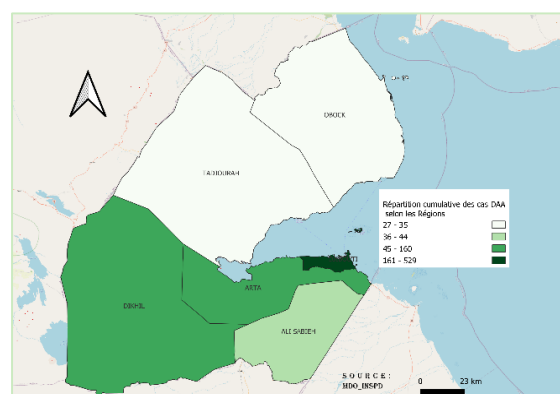


Fig.5 Répartition des cas de diarrhées aqueuses aigue par régions sanitaire pour la S 21_2026

Situation de Syndrome grippal

Au cours de la semaine 20, **1 633** nouveaux cas de syndrome grippal ont été déclarés, Contre **1 699** cas la semaine passée, soit une baisse de **4%**.

Et le total cumulé du S1 à S21 est de **38 993** cas.

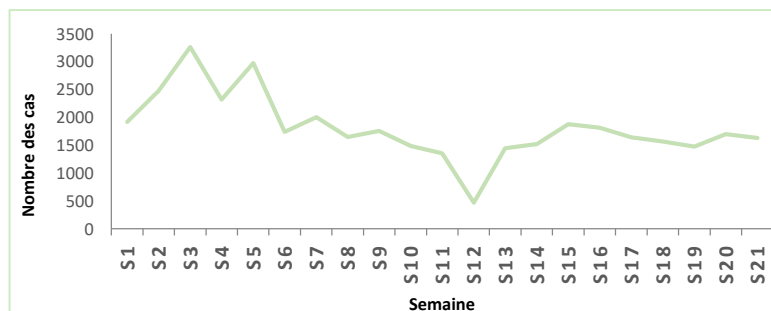


Fig.6 Evolution hebdomadaire des cas de syndrome grippal

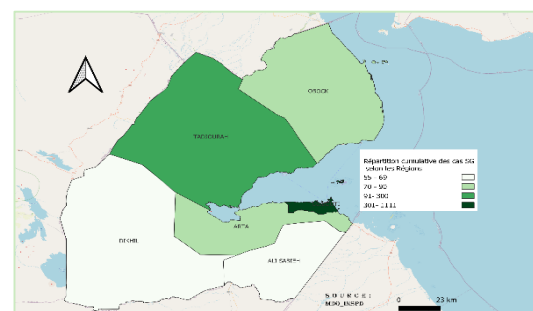


Fig.7 Répartition des cas de Syndrome grippal par Régions pour la S21-2026

IV Situation des autres maladies à déclaration obligatoire

Tableau 4 Notification de l'essentiel des maladies à déclaration obligatoire sous surveillance de la 21ème semaine de l'année 2026

Structures Sanitaires	Malnutrition aigue sévère		Brucellose humaine		Traumatisme (AVP)		Gale		Paludisme	
	cas	Décès	cas	Décès	cas	Décès	cas	Décès	cas	Décès
DJIBOUTI-VILLE	40	0	13	0	80	0	18	0	218	0
ARTA	2	0	0	0	0	0	0	0	7	0
ALI-SABIEH	8	0	1	0	1	0	0	0	0	0
DIKHIL	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0
OBOCK	5	0	8	0	2	0	0	0	1	0
TADJOURAH	6	0	9	0	4	0	0	0	12	0

Situation du paludisme

Durant la semaine 21. **329 nouveaux cas** de paludisme ont été signalés, contre **334 cas** la semaine précédente, soit une baisse de **1%**. La Fig. 8 montre une forte baisse par rapport aux quatre dernières années, probablement due à l'efficacité des programmes de contrôle et de prévention.

Et le total cumulé du S1 à S21 est de **7 386 cas**.

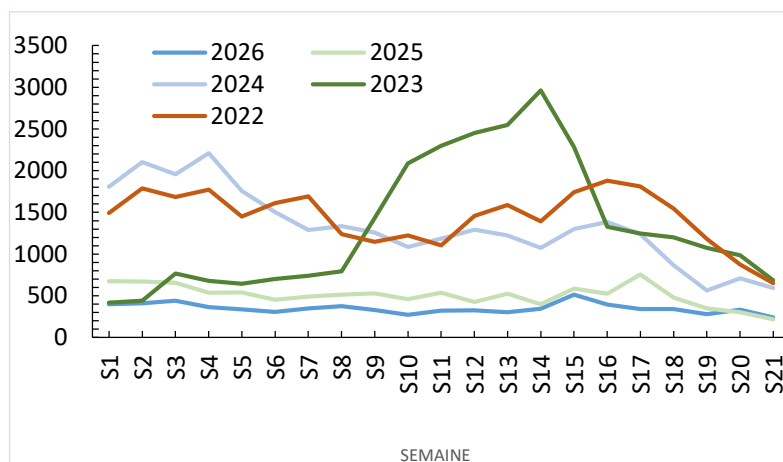


Fig.8 Evolution hebdomadaire des cas du paludisme

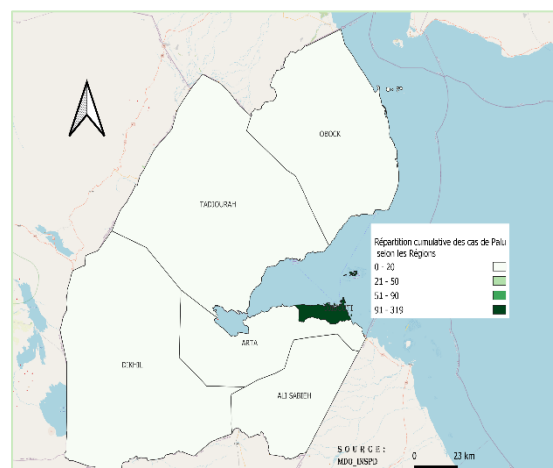


Fig.9 Répartition des cas paludisme par régions pour la S21_2026

situation du Malnutrition et Gale

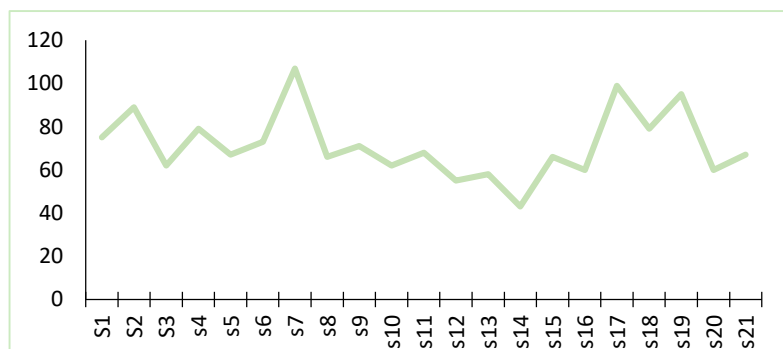


Fig.10 Evolution hebdomadaire des cas du Malnutrition

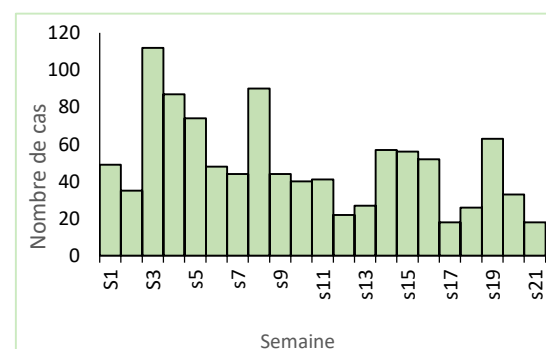


Fig.11 Evolution hebdomadaire des cas du Gale

VII Évènement Majeur Internationaux

Régionale :

RDC : Le 15 mai 2026, le ministère de la Santé de la République démocratique du Congo (RDC) a confirmé une nouvelle épidémie de maladie à virus Bundibugyo dans la province d'Ituri, suite à des enquêtes menées sur des cas groupés de décès inexplicables signalés dans les zones de santé de Mongbwalu, Rwampara et Bunia. Les premières alertes ont émergé le 5 mai 2026 par le biais de témoignages diffusés par la communauté et les médias sociaux, décrivant des décès inhabituels à Mongbwalu, avant la notification officielle du 8 mai 2026. Les enquêtes préliminaires ont établi un lien entre plusieurs décès et des pratiques funéraires à haut risque, ainsi qu'une exposition familiale étroite. À ce jour, 393 cas suspects, 105 cas probables, huit cas confirmés et quatre décès ont été signalés. Parmi les 13 échantillons analysés par l'Institut national de recherche biomédicale (INRB), huit se sont révélés positifs à la maladie à virus Bundibugyo, tandis que quatre échantillons ont nécessité des tests répétés. Le séquençage génomique a confirmé que la souche circulante était le virus Ebola Bundibugyo. Huit échantillons supplémentaires provenant de la province d'Ituri sont actuellement acheminés vers l'INRB pour analyse. L'épicentre de l'épidémie se situe dans le quartier de Shun (Sun 1) à Mongbwalu, notamment le long des avenues Alimasi 1 et 2. Les manifestations cliniques chez les cas suspects et confirmés comprennent fièvre, maux de tête intenses, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, grande faiblesse, toux, injection conjonctivale, hématurie, épistaxis, convulsions et détresse respiratoire. Plusieurs professionnels de santé sont décédés, ce qui soulève des inquiétudes quant à la transmission nosocomiale et aux lacunes en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). La RDC a connu de multiples épidémies d'Ebola depuis 1976, notamment des épidémies causées par les souches Zaïre et Bundibugyo. L'épidémie actuelle représente la 17^e épidémie d'Ebola officiellement signalée dans le pays. La province d'Ituri demeure vulnérable en raison des déplacements de population, de la mobilité liée à l'activité minière, de la porosité de ses frontières internationales avec l'Ouganda et le Soudan du Sud, de ses capacités limitées en matière de PCI et d'une méfiance persistante alimentée par les rumeurs et la désinformation. La dernière épidémie d'Ebola a été déclarée terminée le 1^{er} décembre 2025, avec un cumul de 53 cas confirmés et 31 décès parmi les cas confirmés (taux de létalité : 58,49 %) signalés dans la zone sanitaire de Bulape, province du Kasai. (Source : [Africa CDC Weekly](#))

Ouganda : Le 15 mai 2026, le ministère de la Santé ougandais a déclaré une épidémie de maladie à virus Bundibugyo (MVE) dans le district de Kampala, au centre de l'Ouganda. Le premier cas était un homme de 59 ans de nationalité congolaise, admis à l'hôpital musulman de Kibuli depuis le 11 mai 2026. Il présentait une détresse respiratoire, des épisodes de fièvre, des douleurs épigastriques, des nausées et des difficultés à uriner. Son état s'est aggravé et il est décédé le 14 mai 2026. Selon les informations disponibles, sa dépouille a été rapatriée en RDC le soir même. Un échantillon prélevé et analysé au Laboratoire central de surveillance et de soutien aux interventions d'urgence de Wandegaya, à Kampala, s'est révélé positif au virus Ebola Bundibugyo (BUDV) par réaction en chaîne par polymérase (PCR). La dernière épidémie d'Ebola a été signalée en mars 2025, entraînant 142 cas (12 confirmés ; 2 probables) et quatre décès (2 confirmés ; 2 probables), avec un taux de létalité (TL : 28,5 %) dans deux districts. La maladie à virus Ebola est une maladie virale hémorragique grave causée par le virus Ebola Bundibugyo, une des souches du virus Ebola. L'infection humaine se produit par contact direct avec des fluides corporels infectés, des matériaux contaminés ou des animaux infectés. La transmission peut s'intensifier lors de soins et d'inhumations non sécuritaires. Les symptômes débutent généralement par de la fièvre, de la fatigue, des maux de tête, des douleurs musculaires et des manifestations gastro-intestinales avant d'évoluer, dans les cas graves, vers des complications hémorragiques et une défaillance multiviscérale. La période d'incubation varie de 2 à 21 jours. Comparé à la souche Zaïre, le virus Ebola Bundibugyo a historiquement présenté un taux de mortalité plus faible, mais toujours important ; cependant, les vaccins et les traitements disponibles sont plus limités pour les souches autres que Zaïre. (Source : [Africa CDC Weekly](#))

Malawi : Au cours de la semaine épidémiologique 19, le ministère de l'Agriculture, de l'Irrigation et du Développement minier a signalé, par voie de communiqué de presse, une épidémie de fièvre de la vallée du Rift (FVR) chez des animaux de la zone de planification de l'extension de Thumbwe, dans le district de Chirazulu (division du développement agricole de Blantyre), au Malawi. Cette épidémie fait suite à la confirmation en laboratoire de la présence de la FVR chez des bovins le 8 mai 2026. Le nombre exact d'animaux infectés n'est pas précisé. Toutefois, un total de 81 avortements et 13 décès de bétail ont été signalés dans 75 exploitations de la zone de planification de l'extension de Thumbwe. Le district de Chirazulu compte un cheptel bovin estimé à 26 017 têtes. Aucun cas humain n'a été signalé dans la zone touchée. La fièvre de la vallée du Rift (FVR) est une zoonose virale causée par le virus de la FVR (RVFV), un virus du genre Phlebovirus appartenant à la famille des Phenuiviridae. La maladie touche principalement les ruminants domestiques (notamment les bovins, les ovins, les caprins et les chameaux), mais représente un risque important pour la santé publique humaine. Aucun cas confirmé de fièvre de la vallée du Rift (FVR) n'a été officiellement signalé au Malawi entre le début des années 1990 et l'épidémie de 2026. Toutefois, des données sérologiques et moléculaires confirment une circulation active, quoique faible, du virus de la FVR au cours de cette période. (Source : [Africa CDC Weekly](#))

Libéria : Depuis la dernière mise à jour (12 mai 2026), l'Institut de santé publique du Libéria a signalé 37 nouveaux cas de mpox (dont 2 confirmés en laboratoire) et aucun nouveau décès lié à cette maladie dans 10 comtés. Les cas confirmés ont été signalés dans les comtés de Montserrado (1) et de Nimba (1). Cela représente une diminution moyenne de 47 % du nombre de nouveaux cas au cours des quatre dernières semaines. Cette année, un total de 758 cas (dont 161 confirmés en laboratoire) et aucun décès lié à la mpox n'ont été signalés dans 14 des 15 comtés. Depuis le début de l'épidémie (mars 2024), un total de 3 588 cas (dont 1 675 confirmés en laboratoire) et huit décès (taux de létalité : 0,48 %) liés à la mpox ont été signalés dans l'ensemble des 15 comtés du Libéria. Au total, 3 344 échantillons ont été testés, ce qui représente un taux de dépistage de 93 % et un taux de positivité de 50 %. Le clade IIb a été isolé à partir d'échantillons séquencés. (Source : [Africa CDC Weekly](#))

Pays Transfrontalier

Éthiopie : Le 15 mai 2026, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a signalé quatre cas de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1 (cVDPV1) à Gambella, avec des paralysies apparues en février et mars 2026. Selon l'IMEP, ces cas sont génétiquement liés aux cas de cVDPV1 signalés cette année au Soudan du Sud. Il s'agit des premiers cas de cVDPV1 signalés cette année. En 2025, un total de 45 cas de cVDPV2, sans aucun décès, ont été signalés. (Source : [Africa CDC Weekly](#))

VIII Situation épidémiologique de la semaine 22_2026 par région

Tableau N°6 Notification de l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire pour la 21^{ème} semaine de l'année 2026

Maladies	Djibouti-ville		Ali-sabieh		ARTA		Dikhil		Obock		Tadjourah		Total	
	Cas	décès	Cas	décès	Cas	décès	Cas	décès	Cas	décès	Cas	décès	Cas	décès
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COVID-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrhées Sanglantes	21	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	26	0
Diarrhées Aqueuses aigue	529	0	40	0	48	0	92	0	27	0	33	0	769	0
Paralysie Flasque Aigue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syndrome grippal	1111	0	67	0	74	0	55	0	78	0	248	0	1633	0
Tétanos Néonatal	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	9	0
Paludisme	218	0	0	0	7	0	1	0	1	0	12	0	239	0
Rougeole	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	0
Méningite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	36	0	4	0	0	0	0	0	5	0	0	0	45	0
Malnutrition aigüe Sévère	40	0	8	0	2	0	6	0	5	0	6	0	67	0
Fièvres Hémorragiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos Adulte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatites Virales	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
SRAS	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
IRAS	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0
Fièvres Typhoïdes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre Jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Brucellose	13	0	1	0	0	0	0	0	8	0	9	0	31	0
Trachome	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage Humaine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gale	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0
Tuberculose Nouveaux cas	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	0
VIH Nouveaux cas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IST nouveau	6	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	10	0
Diabète nouveau cas	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	5	0
Hypertension nouveau cas	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	9	0
Traumatisme (AVP)	80	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	0	87	0
Décès Maternels		0		0		0		0		0		0	0	0
Décès Néonataux		4		0		0		0		0		0	0	4
Evènements inconnus / Emergents	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Seuil des maladies sous surveillance

Maladie	Seuil d'Alerte
1. Diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	Dédoublement des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans d'une semaine à l'autre pendant 2 semaines
2. Diarrhée sanglante	Dédoublement de cas d'une semaine à l'autre par rapport aux semaines précédentes (pendant 3 semaines)
3. Choléra	1 cas déshydrations grave ou 1 décès suite à une diarrhée aqueuse.
4. Paludisme	Dédoublement des cas de suspect de dengue d'une semaine à l'autre pendant 2 semaines ;
5. Dengue	Dédoublement des cas de paludisme d'une semaine à l'autre pendant 2 semaines
6. Rougeole	La survenue d'une grappe de 5 cas suspect dans le mois dans d'une zone de Centre de Sante.
7. Méningite	La survenue de 3 cas suspect pour 100 000 habitants
8. Fièvres hémorragiques virales	La survenue d'un cas suspect ou 1 décès dans une zone de formation sanitaire.

NB :

Le seuil d'alerte est atteint lorsqu'on observe le dédoublement des cas d'une semaine à l'autre pendant 2 semaines.

Le seuil épidémique lorsque le dédoublement des cas est observé d'une semaine à l'autre pendant 3 semaines.