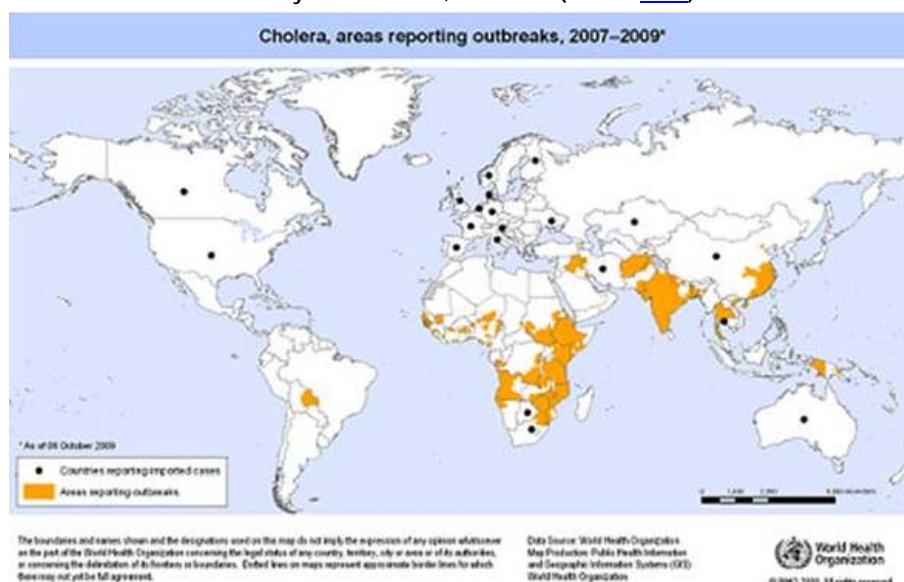


Choléra en Haïti et diffusion internationale Point au 10 février 2011

1. HISTORIQUE

- Au XXème siècle, le choléra n'a été rapporté sur le continent américain que lors de la dernière décennie. C'est au Pérou qu'en 1991 la maladie a été réintroduite ; de là, elle s'est propagée dans 14 pays affectant plus de 400 000 personnes.
- En 1991, 4 093 décès étaient rapportés. Ce chiffre tombait à 40 en 2000 et zéro en 2001. En Amérique Centrale, les derniers cas ont été rapportés au Guatemala en 2002. En Amérique Latine, seule la Bolivie (voir Carte 1) a rapporté des cas sur la période 2007-2009 (8 cas en 2007 et 3 cas en 2008).
- Haïti n'a pas été affecté lors de cette 7^{ème} pandémie.

Carte 1: Pays/zones ayant rapporté
des foyers de choléra, 2007-2009 (Source [OMS](#))



2. CONTEXTE

- Le tremblement de terre a frappé Haïti le 12/01/2010, entraînant environ 230 000 morts et affectant environ 3 millions de personnes supplémentaires.
- On compte environ 2,3 millions de déplacés internes en Haïti dont 1,6 millions de réfugiés dans 1 300 camps.

3. SITUATION ACTUELLE EN HAÏTI

- Les premiers cas suspects de choléra ont été décrits en Haïti mi-octobre 2010. Les autorités sanitaires ont identifié la souche de *Vibrio cholerae* O1 sérotype Ogawa. C'est la première épidémie décrite en Haïti depuis 1960.
- Au 02/02/2011, le [MSP](#) rapportait un total de 220 784 cas de choléra (voir Carte 2) depuis le début de l'épidémie (taux d'attaque estimé : 2,2%), dont 4 334 décès (létalité : 1,96%) et 121 397 hospitalisés (55%). Ces données, issues des structures de santé, sous-estiment le nombre réel de cas : retard ou absence de notification, difficulté de recensement des cas communautaires.
- Le pic épidémique semble être atteint (voir Figure 1 et Figure 2) et une phase d'endémie s'installe avec une diminution progressive de l'incidence. Cependant de nouveaux foyers sont désormais rapportés dans les zones rurales géographiquement isolées et l'incidence continue d'augmenter dans certains départements (Artibonite, Grande Anse, Nord et Sud). Il est donc prévisible que l'épidémie perdure encore plusieurs mois.

Figure 1: Nombre de cas hospitalisés et létalité hospitalière en Haïti, du 20/10/10 au 02/02/11, Source [MinSa](#)

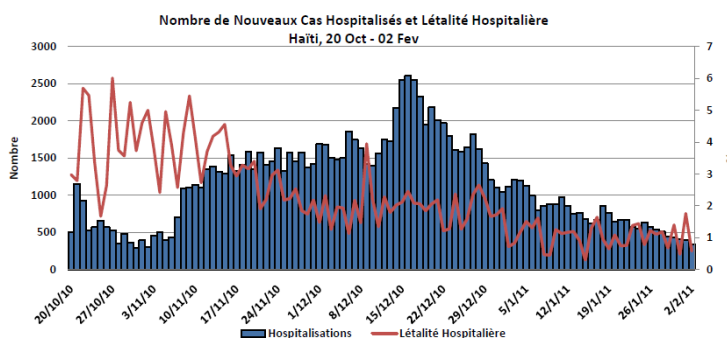
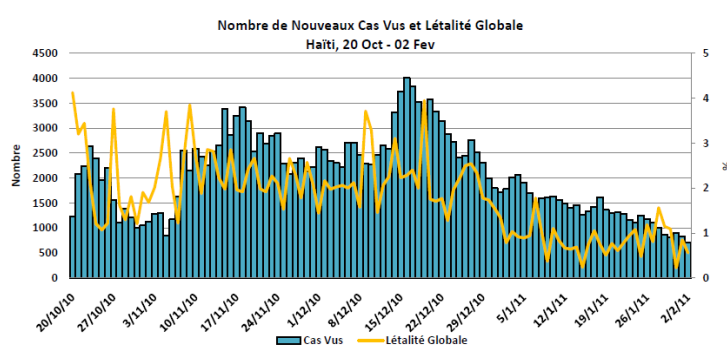


Figure 2: Nombre de cas vus et létalité globale en Haïti, du 20/10/10 au 02/02/11, Source [MinSa](#)

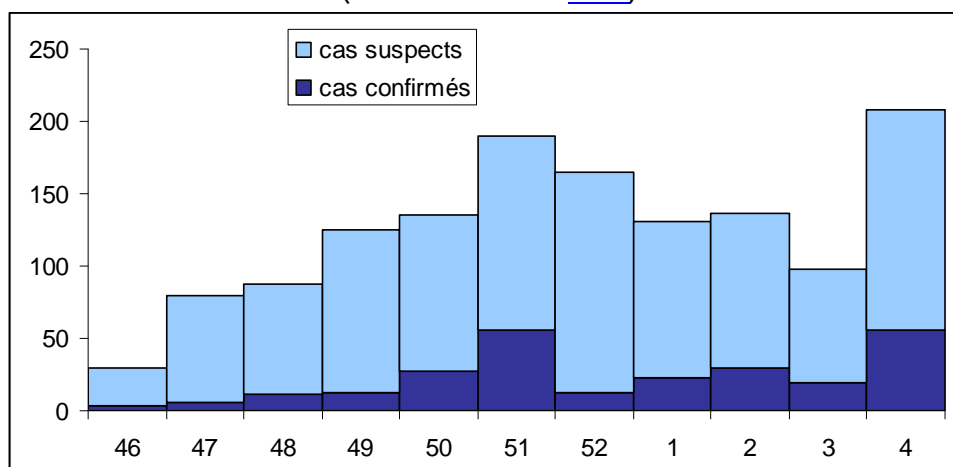


- Le contexte socio-politique (manifestations, élections, carnaval en mars) et les conditions climatiques (saison des pluies) peuvent impacter la dynamique de l'épidémie. La saison des pluies risque de poser d'importants problèmes étant donnée la quasi-inexistence d'infrastructure d'assainissement de l'eau qui devient désormais une des actions prioritaires de la PAHO/OMS.

4. SITUATION ACTUELLE EN REPUBLIQUE DOMINICAINE

- Du 17/11/10 au 29/01/11 le [MinSa](#) rapportait un total de 1 266 cas suspects et 336 cas confirmés (taux d'attaque estimé : 0,016%) de choléra en République Dominicaine (voir Carte 2).
- Les premiers cas autochtones ont été identifiés en République Dominicaine le 19/11/10. Au 29/12/10, 50% des cas confirmés de choléra rapportés étaient autochtones. Toutes les provinces sont maintenant concernées mais les provinces les plus affectées sont celles de l'ouest du pays (frontière haïtienne).
- La dynamique de l'épidémie en République Dominicaine est influencée par l'introduction régulière et répétée de cas depuis Haïti et par les caractéristiques de la transmission autochtone. En l'absence de précisions sur le caractère importé/autochtone des cas au cours des dernières semaines, les données sont difficiles à interpréter :
 - Le nombre hebdomadaire de cas rapportés a diminué depuis la semaine 52 mais les dernières données disponibles en semaine 04 (voir Figure 3) montrent une forte augmentation. Toutefois l'interprétation de cette augmentation est délicate car des biais de surveillance ne peuvent être exclus.
 - La létalité reste très faible (3 décès rapportés, soit une létalité de 0,2%), due à une meilleure qualité des soins.
 - Les conditions socio-économiques du pays étant plus favorables que dans le pays voisin et les infrastructures sanitaires plus développées, le risque d'une flambée épidémique majeure reste modéré.

Figure 3: Cas suspects et cas confirmés de choléra par semaine épidémiologique du 16/11/2010 au 30/29/01/2011 (Courbe DIT - source : [MinSa](#))



5. EXPORTATION DE CAS

- L'exportation de cas de cholera depuis les zones endémiques (principalement Asie et Afrique) vers des pays non endémiques n'est pas un phénomène inhabituel. Dans la vaste majorité des cas, ces exportations sporadiques ne donnent pas lieu à une transmission locale.
- De nombreux pays ne rapportent donc pas les nombres de cas importés de choléra et la notification par les pays qui rapportent les cas importés se fait le plus souvent sur une base annuelle.
- Le suivi des cas exportés à partir de l'épidémie en cours sur l'île d'Hispaniola est donc très délicat et ne repose que sur des données très parcellaires.

5.1. DEPUIS HAITI

- La République Dominicaine est le pays le plus affecté par l'exportation de cas de choléra depuis Haïti et c'est à ce jour, le seul pays où l'installation d'une circulation autochtone du vibrion a été confirmée.
 - La République Dominicaine est le seul pays à avoir une frontière terrestre avec Haïti.
 - Elle héberge une importante communauté haïtienne et les échanges transfrontaliers sont fréquents.
- Des cas de choléra exportés d'Haïti ont également été rapportés en Amérique du Nord et dans les Antilles :
 - Martinique (6 cas groupés en décembre 2010 : 1 cas confirmé et 5 probables)
 - USA (1 cas à Miami confirmé en décembre 2010)
 - Canada (1 cas au Québec confirmé en janvier 2011)
 - Ces cas n'ont pas donné lieu à des cas secondaires.
- Les données concernant les flux migratoires haïtiens sont peu nombreuses. Cependant, la République Dominicaine est le principal lieu de migration avec les Etats-Unis (New York et Miami), le Canada et la France, notamment les Départements Français des Amériques (DFA). D'autres îles de la Caraïbe constituent aussi une destination privilégiée pour les Haïtiens, dont Cuba et les Bahamas.
- On ne peut donc pas exclure la circulation du vibrion ni la possibilité d'une transmission secondaire limitée non rapportées dans d'autres zones géographiques.

5.2. DEPUIS LA REPUBLIQUE DOMINICAINE

- En janvier 2011, la République Dominicaine a été à l'origine d'un nombre important de cas exportés suite à une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) survenue lors d'un mariage dans la province de La Romana (Est du pays) et regroupant plus de 400 personnes provenant de pays différents. Des cas liés à ce mariage ont été rapportés au :
 - Venezuela : 89 cas suspects dont 38 cas confirmés, parmi les 245 convives (source [PAHO](#))
 - USA : Boston (1 cas suspect, 24/01/11) et New York (3 cas suspects, 04/02/11)
 - Espagne : 1 cas suspect¹, (25/01/11)
 - Mexique : Des cas suspects ont été signalés dans 3 états (Mexico, Guerrero et Baja) sans confirmation officielle (entre le 27/01/11 et le 01/02/11)
 - 32 autres cas suspects (dont 19 confirmés) également liés à ce mariage ont été identifiés en République Dominicaine (dont 22 dominicains, 9 vénézuéliens et 1 espagnol).
- La source de contamination a été identifiée, il s'agit de la consommation de langouste mal cuite lors du mariage.

5.3. MESURES MISES EN PLACE DANS LES PAYS D'AMERIQUES

- L'OMS ne recommande pas de restrictions ni des voyages et ni du commerce. Cependant, les pays jouxtant un territoire touché par le choléra doivent :
 - renforcer la préparation de la réponse en cas de propagation d'une flambée
 - améliorer la surveillance (évaluation du risque, dépistage précoce des flambées), par la mise en place d'un système de surveillance actif
- Depuis octobre, tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes sont en alerte sur le risque d'importation de cas de choléra à partir d'Haïti. Les plans de lutte contre le choléra ont été actualisés et les systèmes de surveillance épidémiologiques ont été activés pour la détection précoce de cas de diarrhées profuses.
- Depuis, des cas suspects ont été signalés dans différents pays : Nicaragua, Honduras, Chili notamment mais aucun foyer autochtone de choléra n'a été rapporté par les autorités sanitaires des différents pays.

¹ Les premiers symptômes datent du 25 janvier 2011. Les résultats du laboratoire sont négatifs pour *Vibrio cholerae* mais les analyses ont été effectuées sur des échantillons prélevés après avoir initié un traitement antibiotique.

6. CONCLUSION

- L'exportation de cas de choléra en provenance d'Haïti ou de République Dominicaine n'est pas inattendue en raison de l'importance des flux migratoires et touristiques.
- L'exportation de cas de choléra depuis la République Dominicaine, bien qu'importante, est liée à un seul épisode.
- Le Venezuela a été particulièrement concerné par l'importation de cas dans le cadre de cette TIAC massive mais à ce jour aucun élément ne montre qu'elle a donné lieu à l'installation d'un cycle local de transmission. L'origine des personnes concernées a certainement contribué à minimiser le risque d'installation d'une circulation autochtone dans des quartiers favorisés d'où étaient originaire les convives. Cependant ce risque reste non négligeable s'il implique des personnes résidant en zone périurbaine ou rurale.
- L'éventualité de la survenue de cas autochtones suite à l'importation de cas depuis les zones endémiques ne peut être formellement exclue mais le risque d'implantation d'un cycle de transmission du choléra dans des pays disposant de bonnes conditions sanitaires est très faible.
- En revanche, il existe un risque réel d'émergence de foyers épidémiques de choléra en Amérique centrale et du Sud. Les zones de haute densité humaine, de faible niveau économique et disposant d'une infrastructure sanitaire peu développée (réseau d'assainissement, gestion des déchets, accès à l'eau potable) sont particulièrement à risque de flambées épidémiques.
- Ce risque subsistera tant que l'épidémie de choléra à Haïti sera active. Il est donc important pour tous les pays de la sous-région de maintenir une surveillance renforcée durant toute la durée de l'épidémie.

Carte 2: Nombre de cas cumulés par département ou provinces en Haïti et en République Dominicaine au 02/02/11 (Carte DIT, Source MinSa)

