

= rapport UPNT/UPN), 4- le nombre de sujets hospitalisés avec un diagnostic final de dengue selon les données du PMSI de l'hôpital. Ces indicateurs sont confrontés rétrospectivement aux données disponibles du centre de référence des arbovirus de l'Institut Pasteur de Guyane chargé de la surveillance spécifique de la dengue.

Résultats : Quatre-vingt-dix pour cent des consultants des urgences ayant une recherche de paludisme sont fébriles. Ces patients sont représentatifs de la population générale résidant à Cayenne. L'indice UPN augmente parallèlement au flux de fréquentation du service des urgences. Les relevés des indices non spécifiques ont permis d'évoquer quatre alertes épidémiques franches dont 2 s'avèrent effectivement être liées à la dengue. Au cours des 2 fausses alertes, les indices UPNT et USD font preuve d'une meilleure spécificité. Les variations d'incidence du paludisme n'ont aucune répercussion notable sur le système d'alerte.

Conclusion : Ce système d'alerte réactif, simple et économique est proposé dans le but d'inciter au renforcement de la surveillance sérologique et virologique de la dengue et rendre possible la mise en jeu sans retard d'interventions antivectorielles ciblées. Il peut être proposé à l'ensemble des régions à risque d'épidémie pour les deux affections, dengue et paludisme.

Aedes (Stegomyia) albopictus (Skuse), vecteur potentiel du virus de la dengue, a envahi les villes du sud du Cameroun.

D.Fontenille (1, 2) & J. C. Toto (1)

(1) Laboratoire d'entomologie médicale, OCEAC, BP 288, Yaoundé, Cameroun. Tél.: 237 23 22 32. Fax :237 23 00 61. E-mail :OCEAC@camnet.cm

(2) Institut de recherche pour le développement (IRD), Yaoundé, Cameroun.

moustique, Aedes albopictus, dengue, Cameroun, Afrique intertropicale

Le moustique *Aedes (Stegomyia) albopictus*, vecteur potentiel d'origine asiatique du virus de la dengue et d'autres arbovirus, est actuellement en expansion dans le monde. Les femelles pondent dans des gîtes anthropiques tels que des pneus, des fûts, des boîtes de conserves, des bouteilles cassées, et les œufs ont la capacité de résister à l'assèchement durant de longs mois.

En Afrique, *Ae. albopictus* n'avait été signalé jusqu'à présent qu'en Afrique du Sud et au Nigeria. Des enquêtes réalisées en 2000 dans les principales villes du Sud Cameroun, Yaoundé, Douala, Edéa, Buea et Bafia en particulier, montrent qu'il est très abondant et largement répandu. Il a été retrouvé dans un grand nombre de types de gîtes larvaires, les principaux étant des vieux pneus et des récipients en fer ou en plastique abandonnés. Il est également abondant dans les gobelets de recueil de latex dans les plantations d'hévéa. Au total 75 % des 36 gîtes larvaires positifs échantillonnés à Yaoundé, et 45 % des 53 gîtes larvaires positifs échantillonnés à Douala contenaient des larves de cette espèce. Il est fréquemment associé à *Ae. aegypti*. Parmi les gîtes contenant soit *Ae. albopictus*, soit *Ae. aegypti*, 68 % des gîtes de Yaoundé et 50 % des gîtes de Douala contenaient des larves de ces deux espèces. Des captures crépusculaires d'adultes ont montré qu'*Ae. albopictus* était anthropophile, et abondant dans certains quartiers urbains. L'absence d'*Ae. albopictus* dans la liste des espèces observées lors d'enquêtes

réalisées jusque dans les années 1995 laisse penser que l'envahissement du Cameroun par cette espèce est récent et que sa diffusion est rapide, comme c'est actuellement le cas au Nigeria voisin, dans les Amériques et en Europe. La compétence vectorielle des populations camerounaises d'*Ae. albopictus* n'a pas été évaluée.

Ce nouveau danger potentiel doit être pris en considération par le Ministère de la santé publique. La lutte contre ce vecteur repose, comme pour *Ae. aegypti*, vecteur de la fièvre jaune, essentiellement sur la destruction et le non développement des gîtes larvaires, la plupart de type domestique.

Vaccination anti-amarile urbaine dans l'aire d'endémicité en Afrique : urgence ou routine ?

P. Saliou & H. Debois

Aventis Pasteur, 42 quai de la Rapée, 75012 Paris, France. Tél.:33 (0)1 55 71 09 03.

E-mail :pierre.saliou@aventis.com

fièvre jaune, vaccination, aire d'endémicité, stratégie urbaine

En juin 2001, lorsque le titre en forme de question de cette présentation a été proposé et accepté par le Comité scientifique du 6^e Congrès international francophone de médecine tropicale, la réponse était explicite : oui, il faudrait vacciner en urgence contre la fièvre jaune la population des zones urbaines dans l'aire d'endémicité de la maladie en Afrique où, de plus, cette vaccination devrait être réalisée en routine dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV). L'actualité de l'époque nous donna raison, une épidémie de fièvre jaune en Côte d'Ivoire ayant atteint l'agglomération d'Abidjan en juillet 2001. Les arguments amenant à cette réponse ont été développés.

Depuis 1936, grâce au "vaccin français neurotrope", administrable par scarification, certes inutilisable chez l'enfant du fait des complications neurologiques qu'il pouvait entraîner, des campagnes de vaccination de masse avaient été réalisées en Afrique francophone de l'Ouest et avaient permis de contrôler la maladie : aucun cas de fièvre jaune n'a été déclaré entre 1954 et 1960 dans cette région.

Dans les années 1960, du fait de la forte diminution de la couverture vaccinale, en particulier due aux problèmes majeurs de tolérance du vaccin, des cas de fièvre jaune sont réapparus (épidémies de Djourbel au Sénégal en 1965 et du Nigeria en 1969 par exemple), confirmant ainsi deux éléments, l'efficacité de la stratégie de vaccination de masse d'une part, et le besoin d'un vaccin mieux toléré d'autre part.

Aujourd'hui, si le deuxième point est résolu avec l'utilisation universelle du vaccin vivant atténué injectable préparé à partir de la souche " Rockefeller 17 D ", parfaitement immunogène, protégeant pendant au moins 10 ans, bien toléré, administrable dès l'âge de 6 mois et, depuis 1984, thermostable ne nécessitant plus de chaîne de froid à température négative pour sa conservation, force est de constater que la vaccination collective n'est pas appliquée dans les pays concernés par l'endémie en Afrique. Aucune vaccination de masse n'est plus pratiquée, en dehors des campagnes en urgence péridémiques ; bien que la recommandation du groupe consultatif PEV-OMS d'intégrer la vaccination amarile dans le PEV à l'âge de 9 mois en association simultanée avec le vaccin rougeoleux date de 1989, seuls 17 pays sur les 34 concernés en Afrique ont à un moment ou à un autre fait figurer cette vaccination dans leur PEV. En 1998, seulement 9 pays déclaraient pratiquer cette vaccination en routine, avec des couvertures