

CHOLERA ET URBANISATION A DAKAR

A.M. COLL, B.M. DIOP, D.BAAL,
Ab. SOW, I. DIOP MAR

1. INTRODUCTION

Avec la 7ème pandémie, le choléra est sorti de ses foyers traditionnels d'Asie pour atteindre l'Afrique Occidentale et Centrale en 1970.

En Afrique de l'Ouest, après les premiers cas enregistrés en Guinée Conakry⁽²⁾ en 1970, le Sénégal a été touché en 1971^{(6) (1)}.

Depuis lors, le choléra est devenu un problème préoccupant de santé publique en raison de cas sporadiques et de flambées épidémiques qui sévissent dans ce pays^{(4) (7)}.

Le dernier pic épidémique observé dans la région de Dakar a débuté en septembre 1986, ce qui a donné l'occasion, à propos de 139 cas hospitalisés à la Clinique des Maladies Infectieuses du C.H.U. de Dakar (Pr.Diop Mar), d'effectuer une enquête sur le terrain dont les objectifs sont :

- préciser les relations existant entre le mode d'urbanisation et le choléra;
- recenser les facteurs favorisant l'éclosion d'une épidémie urbaine.

2. MALADES ET METHODE

2.1. Malades

Définition des cas

Dans un contexte épidémique, nous considérons comme un cas de choléra, tout sujet âgé de plus de 12 mois présentant une diarrhée cholérique avec d'autres signes évocateurs de choléra avec ou sans isolement du vibron.

Ainsi, 139 malades ont été hospitalisés dans le Service des Maladies Infectieuses (poste sentinelle pour la région de Dakar), du 25 septembre au 12 novembre 1986 pour un tableau clinique répondant à la définition des cas. Pour 89 d'entre eux, la confirmation bactériologique a été obtenue.

2.2. Méthodes

Pour tous les 139 cas, la répartition chronologique et géographique, de même que les distributions selon l'âge, le sexe et les catégories socio-professionnels ont été étudiées.

Après un bilan clinique et thérapeutique qui fera l'objet d'une autre étude, la létalité hospitalière a été calculée.

Dans une deuxième étape, une enquête sur le terrain a été menée pour localiser et retrouver les habitations de tous les malades : les indicateurs recherchés sont :

- type d'habitat;
- accès à l'eau courante;
- le tout à l'égout;
- usage de latrine;
- absence ou carence de ramassage d'ordures.

Pour 55 habitations visitées du premier Département, l'analyse de ces paramètres a été faite.

3. RESULTATS

Sans être fulgurante, la marche de l'épidémie urbaine a été rapide, avec un enregistrement moyen de 3 cas par jour ou 20 cas par semaine. Le pic de l'épidémie a été vu à la 3^e semaine (du 9 au 15 octobre) après l'admission du premier cas.

La tranche d'âge la plus touchée est celle de 20 à 30 ans. Les âges extrêmes sont 18 mois et 82 ans.

Le sex-ratio de : 139 montre la prépondérance masculine.

Pour 110 patients qui ont répondu à la question liée à la profession :

- 41% sont sans emploi
- 18% professions à revenus bas ou irréguliers
- 17% sont des ouvriers
- 17% professions libérales ou revenus élevés

3.1. Distribution géographique des malades

La grande majorité des cas proviennent du premier Département de la région de Dakar

avec 124 malades. Il est notable de constater que 51% d'entre eux ont leur domicile dans les quartiers Médina, Gueule-Tapée, Reubeuss, Cité Cap-Verdienne, quartiers dont l'absence d'hygiène durant la période d'hivernage est connue de tous. Les 10 cas recensés dans Dakar-Plateau (1er Département) proviennent des îlots d'insalubrité notoire, îlots non reconstruits depuis 1945 et dans lesquels se recrutent régulièrement depuis 1971 des cas de choléra et de fièvre typhoïde.

Les 14 patients du 2e Département se répartissent entre Pikine, Guédiawaye et Thiaroye.

Aucun malade ne provient des quartiers à urbanisme récent et planifié qui sont Fann Résidence, Point E et SICAP.

3.2. Localisation des habitations visitées

La totalité des habitations visitées se localisent dans le 1er Département.

Dans certains cas de figure, il a été trouvé que plusieurs malades sont venus d'une même habitation. Cela a été le cas dans Reubeuss, Médina, et la Cité Cap-Verdienne.

3.3. Répartition selon le type d'habitat

Bien que l'enquête fasse ressortir un grand nombre de maisons en dur, il nous a été facile de constater que la plupart d'entre elles sont vétustes, datant d'avant guerre. Leur vétusté manifeste est en rapport avec la défectuosité des canalisations d'eau potable et usée longtemps bouchées et inutilisables.

3.4. Accès à l'eau courante

Comme il était à prévoir, seules 18% des maisons sont pourvues d'eau courante.

Dans la majorité des cas, il n'y a pas d'eau courante dans la concession. L'approvisionnement se fait au niveau des bornes-fontaines publiques avec des moyens divers : bassines émaillées ou en matière plastique, seaux galvanisés... Parfois l'eau est achetée à des vendeurs ambulants.

3.5. Répartition en fonction de l'assainissement

Trois critères ont été retenus :

- l'existence de tout à l'égout
- l'existence de latrines
- l'existence d'ordures ménagères dans l'environnement immédiat.

Seules 36% des maisons visitées bénéficient d'un système tout à l'égout, alors que 60% d'entre elles utilisent des latrines. Pour 4%, l'information n'est pas obtenue.

Le système d'égout est aléatoire : canalisations bouchées, égouts à ciel ouvert ; les latrines domestiques sont souvent dans un état d'hygiène et de fonctionnement défectueux. Une carence notoire dans le ramassage des ordures ménagères est observée dans 23,63% des cas.

Ceux des habitants qui ne possèdent pas de latrines, ont recours aux édicules publics sans entretien, sinon utilisant les terrains vagues le long des canaux ouverts ou le long de la corniche avoisinante : c'est le fameux "tout au vent" décrit par HANE à propos de la propagation salmonellienne ⁽⁵⁾.

3.6. Répartition selon le degré de promiscuité

Dans 50 maisons, le nombre d'habitants a pu être précisé.

Dans plus de la moitié des cas, il est supérieur à 30. Le maximum trouvé a été de 100 personnes par concession.

Dans près d'un tiers des cas, il y a eu plus d'un malade par habitation.

4. COMMENTAIRES et CONCLUSIONS

Le choléra est une maladie liée au péril fécal au cours de laquelle divers facteurs interviennent :

- **la profession et le niveau socio-économique : dans la mesure où ces deux critères conditionnent les préoccupations d'hygiène. Ceci est surtout vrai quand la maladie sévit sur le mode endémo-sporadique. A l'occasion d'une flambée épidémique, compte tenu des brassages et des modes de vie, des professions apparemment hors risque peuvent être atteintes, de même que des personnes à niveau de vie relativement élevé. Ici, il a été démontré en milieu urbain certes que la moitié des malades sont sans emploi, mais des cas de choléra sont notés aussi parmi la population à revenus substantiels. Par ailleurs, la vitesse de propagation de la maladie peut s'accélérer si certaines professions sont atteintes : gargotiers, gens de maison, vendeurs d'eau,...**
- **le niveau d'assainissement : l'accès à l'eau potable courante est l'une des meilleures garanties contre la maladie hydrique qu'est le choléra. Cela évite la contamination d'ordre alimentaire et anihile le contagement manuporté. La carence dans le traitement et l'évacuation des eaux usées comme dans le ramassage des ordures ménagères sont ici comme ailleurs les conditions d'éclosion et d'entretien du choléra en milieu urbain;**
- **le peuplement et la promiscuité : l'homme malade, certes est dangereux, mais son pouvoir contaminateur est écourté par la thérapeutique. Aussi dangereux sinon plus est le porteur sain qui s'ignore. Depuis une dizaine d'années, il a été mis en exergue le rôle du contact direct manuel dans le choléra sahélien (in 3). La masse de contaminateurs est considérable si on se réfère aux travaux faits en Extrême-Orient (in 3) ou en Côte d'Ivoire (in 3) où il a été rapporté 20 à 25 porteurs sains pour 1 cas clinique. D'où, lors**

des menaces d'épidémie, le danger que constituent les grands rassemblements commerciaux ou religieux si fréquents dans nos pays. C'est aussi le danger d'une grande promiscuité telle qu'elle a été démontrée durant cette enquête puisqu'il a été vu à plusieurs reprises des concessions regroupant plus de 30 personnes à la fois.

Comme on le voit, toutes les conditions sont remplies pour l'éclosion d'une épidémie dévastatrice en milieu urbain dakarais : bas niveau socio-économique d'une grande partie de la population, accès insuffisant à l'eau courante, bas niveau d'assainissement et la promiscuité importante.

L'action du Service d'Hygiène de Dakar a sûrement été bénéfique -chimio prophylaxie, désinfection- mais ces mesures ponctuelles ne garantissent pas l'avenir.

Seules les actions de longue haleine peuvent modifier dans le bon sens le profil épidémiologique du choléra au Sénégal, actions figurant en bonne place dans les principes des soins de santé primaires : il s'agit de l'éducation sanitaire des individus et des collectivités, de l'approvisionnement en eau saine et de l'assainissement de l'environnement.

BIBLIOGRAPHIE

1. DIOP MAR I., SOW Ab., COUSIN B., AGBETRA M., Choléra et diarrhées cholériques, Bull. Soc. Méd. Afr. Nre. Lgue. Frse., 1972, XVII (4), 636-651.
2. FELIX H., Le développement de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, Bull. Soc. Path. Exot., 1971, 64 (5) 561-580.
3. GENTILLINI M., Médecine Tropicale, Ed. Flammarion, 1983.
4. GUERMA-HITIMANA T., L'épidémie de choléra de Saint-Louis de 1984, Mémoire C.E.S. Mal. Infect. et Méd. Trop. Dakar, 1985.
5. HANE A.A., Les salmonelloses au Sénégal - Etude épidémiologique, clinique bactériologique et thérapeutique (1972-1976), Thèse Méd., Dakar, 1978, n° 32.
6. PELLEGIN M., La 7ème pandémie de choléra vue du Sénégal, Thèse Méd., Toulouse, 1975, n° 169.
7. SENE I., Le choléra à Dakar (à propos de 32 cas bactériologiquement confirmés de novembre 1984 à avril 1985), Thèse Méd., Dakar, 1985, n° 167.