



Les principaux résultats des études récentes sur le paludisme urbain effectuées par l'ORSTOM au Congo et au Sénégal sont présentés dans cette communication. Les relations entre paludisme et urbanisation sont successivement envisagées sur les plans entomologique, parasitologique, séro-immunologique et clinique.

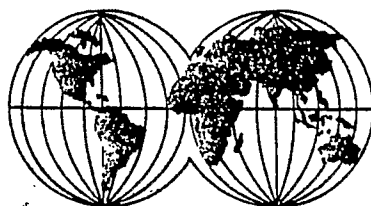
Par l'intermédiaire de la pression foncière, de la pollution du milieu et de l'augmentation de la densité de la population, la croissance urbaine se révèle hautement défavorable aux vecteurs du paludisme et tend à réduire et à focaliser la transmission, avec pour conséquence des différences considérables dans la prévalence du paludisme entre les quartiers d'une même agglomération. Ainsi, dans le cas de Brazzaville, alors que l'intensité de transmission est supérieure à 200 piqûres infectantes par personne par an dans les villages environnants, elle varie en zone urbaine de 100 piqûres infectantes par personne par an à moins d'une piqûre infectante par personne tous les trois ans. De même, alors que l'indice plasmodique est homogène à un niveau très élevé chez les enfants résidant en zone rurale (79%-94% selon les villages), cet indice varie de 3% à 81% selon les quartiers de la ville.

Du fait de l'absence habituelle de gîtes larvaires à l'intérieur des périmètres densément urbanisés et de la faible dispersion des anophèles, on observe des gradients de transmission très marqués: ainsi, à Dakar, le taux d'inoculation entomologique est cinq fois inférieur pour les personnes résidant à 200-300 mètres des gîtes que pour celles résidant à 0-100 mètres; et environ 20 inférieur à 500-700 mètres.

Sur le plan immunologique, les populations résidant en zone urbaine présentent un retard dans l'acquisition de l'immunité qui est fonction de

En ce qui concerne les complications graves du paludisme, l'observation la plus remarquable a été la mise en évidence d'un taux de mortalité par paludisme particulièrement faible tant en zone rurale dans la région de Brazzaville que dans tous les quartiers de la ville, quelque soit le niveau de transmission et la prévalence du paludisme (environ 0,5 pour mille par an dans le groupe d'âge 0-4 ans). Bien que l'âge moyen de survenue d'un accès pernicieux soit plus élevé dans les quartiers à faible transmission, le retard dans l'acquisition de l'immunité n'a pas dans ces quartiers de conséquences graves pour les tranches d'âge normalement épargnées. La chute de la mortalité par paludisme est attribuée à la précocité actuelle du traitement des syndromes fébriles de l'enfant et à l'emploi présomptif quasi systématiques d'antipaludiques pour ce traitement, pour une large part sous forme d'automédication, usages nouveaux favorisés par les profondes transformations sociologiques et culturelles induites par l'urbanisation et les circuits économiques qui en dérivent en zone rurale limitrophe.

La chimiothérapie présomptive systématique apparaît ainsi, actuellement, comme une stratégie de lutte antipaludique remarquablement efficace et certainement la meilleure possible tant en zone urbaine que rurale. Toutefois, l'extension des résistances, du fait du coût élevé des antipaludiques de substitution, devrait redonner une place importante en zone urbaine au diagnostic parasitologique préalable et à la lutte antivectorielle s'il est établi qu'une forte réduction de la densité vectorielle peut avoir une traduction clinique suffisante pour justifier sa prise en compte dans l'élaboration d'une stratégie de contrôle du paludisme.



**E.M.F.**

ENTRETIENS MÉDICAUX FRANCOPHONES

B  
C

# "PREMIERES ASSISES INTERNATIONALES SUR LE PALUDISME EN AFRIQUE"

YAOUNDE - CAMEROUN

31 Mai 1988 - 4 Juin 1988

Sous le haut patronage

des Ministères Camerounais de l'Enseignement  
Supérieur, de la Recherche Scientifique et  
de la Santé Publique

du Ministère Français de la Coopération

PROGRAMME GENERAL

RESUMES DES COMMUNICATIONS

ADRESSES DES PARTICIPANTS

Les Assises ont bénéficié du soutien des Laboratoires Roche et du  
Ministère Français de la Coopération

BB/10  
TAA