

Cote : B
09 OCT. 1992

LA PRÉVENTION DU CHOLÉRA EN GUYANE

C. VILLENEUVE *, H. MELEDER ** et S. BOURGAREL ***

Montpellier

Situation générale pg IX

Sur le continent américain frontalier du Brésil et du Surinam, la Guyane est située en zone équatoriale humide. Sa situation géographique, ses nombreux échanges avec les pays voisins moins favorisés économiquement la rendent particulièrement vulnérable aux maladies infectieuses et parasitaires. Le climat fait alterner saison des pluies (de décembre à juillet) et saison sèche (d'août à novembre) entrecoupées d'un « petit été » aux environs du mois de mars. Les températures y sont très régulières (26 °C). Peu peuplée, la Guyane se divise en 2 zones : le littoral qui accueille 95 % des 120 000 habitants du département et l'intérieur presque vide. Cayenne, chef-lieu, rassemble 60 000 habitants, la majorité des

Dans l'intérieur, sur les rives des fleuves, résident une majorité d'Amérindiens et de Noirs Marrons, anciens esclaves ayant déserté les plantations. Ces 2 groupes vivent sur un mode tribal et ont une relation à la maladie bien différente de celle importée d'Europe. L'agriculture, la chasse et la pêche sont les principales activités.

Cette opposition d'une zone rurale à une zone urbaine amène à considérer 2 espaces épidémiologiques à risque bien distinct : les villes, d'une part, et les zones rurales, d'autre part.

La ville est un milieu dense, hétérogène où se croisent des populations d'origines et de cultures différentes. À Cayenne et sa proche banlieue, plus d'une vingtaine de petits bidonvilles ont été recensés, ainsi que de nombreux logements insalubres abritant environ 8 000 habitants à Cayenne, 3 500 à Saint-Laurent, 3 000 à Kourou. L'habitat y est rarement équipé d'eau courante dans les intérieurs. Le stockage de l'eau est fréquent. Ailleurs, ces zones défavorisées disposent rarement de W.-C. Le problème de l'assainissement des eaux usées à Cayenne se pose en terme d'équipement : la ville n'est pas dotée en effet de collecteurs et les rejets se font directement à la mer, après avoir traversé la ville dans des canaux à ciel ouvert.

Les habitants de ces zones urbaines défavorisées sont parfois Français, mais le plus souvent étrangers : Haïtiens, Brésiliens, Surinamiens, Guyanais ou Dominicains (République de Saint-Domingue). Ces immigrants clandestins ou possesseurs d'une carte de séjour vivent, pour leur majorité, dans une situation précaire. La plupart n'ont pas d'emploi fixe, et certains, comme les Brésiliens, ne sont en Guyane que de passage, sans aucun désir d'installation. Leur condition de clandestins les empêche d'avoir recours à la médecine libérale et les pousse, quand ils sont malades, aux portes de l'hôpital dans le service d'accueil et d'urgence.

La situation en zone rurale isolée est différente. La population se groupe en petits villages d'une centaine d'habitants en général. Les villages sont toujours situés en bordure de fleuve qu'on pourrait définir d'abord comme des axes de déplacement avant de les considérer comme frontière naturelle.

Ces populations des fleuves ont une relation à l'eau bien différente de la nôtre. Le fleuve est un lieu de jeu, mais on y fait aussi sa vaisselle et sa toilette. L'eau de cuisine ou de boisson y est souvent prélevée, même si le village est souvent équipé d'un petit réseau d'adduction d'eau chlorée.

À l'évidence, les réseaux d'adduction en eau potable et d'assainissement des eaux usées posent en Guyane certains problèmes qu'il convenait d'abord de repérer géographiquement.

Mise en place d'une cellule opérationnelle (C.O.S.) le 4 mai 1991

En raison de la situation dramatique au Pérou (+ 20 000 nouveaux cas de choléra par semaine), ainsi que de l'apparition de nombreux nouveaux cas en Équateur, il a été décidé par le préfet de Guyane de mettre en place une com-

mission permanente pluridisciplinaire pour réfléchir et travailler sur la prévention du choléra dans le département avec comme objectifs prioritaires :

1. Éviter l'apparition d'une épidémie autour d'un cas.
2. Prendre en charge, dans la mesure du possible, les malades sur place.
3. Mener une politique médiatique d'information transparente et adaptée.

Ainsi, de grandes actions ont été conduites et avalisées au cours des réunions mensuelles, voire plurimensuelles du C.O.S., touchant à la prévention et aux soins.

La prévention

Une étude de besoins a été menée par 2 ingénieurs sanitaires missionnés de juillet à septembre 1991 et des propositions concrètes ont été faites aux maires des 21 communes de Guyane.

S'agissant de l'éducation sanitaire, des affiches ont été conçues dans le cadre du C.O.S. :

- une affichette dessinée, insistant sur le lavage des mains au sortir des toilettes a été distribuée aux 32 000 élèves de la Guyane. À son verso, des informations substantielles sur la prévention de la maladie;
- une affiche plus large, dessinée, délivrant 2 messages : le lavage des

mains et l'ébullition de l'eau avant consommation. L'affiche a été distribuée dans les villages de fleuve et les communes à risque (bidonvilles).

Ailleurs, une information a été donnée à tous les voyageurs à destination ou au retour d'une zone contaminée avec l'appui du contrôle sanitaire aux frontières à l'aéroport international de Cayenne-Rochambault.

Les mesures concernant les soins

1. Des protocoles d'alerte ont été conçus. Ces protocoles visent à optimiser la diffusion de l'information et les procédures d'enquête et de soins.
2. Le bilan des stocks médicamenteux (hospitaliers et pharmacies privées) a été établi et actualisé chaque mois. Ces stocks permettant de faire face à la prise en charge d'une centaine de malades dans le département (bicarbonatés, salés, glucosés, cyclines, sulfamides).
3. L'Institut Pasteur et le laboratoire hospitalier de Cayenne se sont dotés rapidement de kits permettant d'affirmer le diagnostic de vibron cholérique.
4. S'agissant des protocoles de soins et de chimioprophylaxie, ils ont été décidés en collaboration avec les médecins libéraux, les médecins militaires et les médecins des centres de santé, suivant les recommandations de l'O.M.S.

Pour les cas de choléra confirmés avec déshydratation, la réhydratation sera faite par des perfusions de Ringer Lactate avec réhydratation par voie orale par les sels de réhydratation. Les cyclines** ou les sulfamides*** seront prescrits pendant 4 jours. Il a été décidé pour la chimioprophylaxie, la vaccination jugée inutile, que seraient utilisés du sulfamide sirop pour les enfants, de la cycline comprimés, dose unique pour les adultes. La décision de la chimioprophylaxie sera prise par le médecin libéral pour les familles et par le C.O.S. pour les quartiers à risque.

S'agissant des unités de soins, elles ont été mises en place dans les centres hospitaliers. De 5 à 10 places, elles disposent de matériel et de médicaments adaptés. Des lits ont également été installés pour 2 communes du fleuve.

En outre, a été prévue la mise en place d'unités mobiles hospitalières pouvant être acheminées rapidement si besoin était dans les communes isolées. Ces unités mobiles sont composées d'une tente, de lits « picots », de

* Dr Villeneuve Chantal, médecin inspecteur de la Santé, D.D.A.S.S. État, Guyane.
** Dr Meleder Huquette, directeur D.D.A.S.S. État, Guyane.
*** M^{lle} Bourgarel Sophie, géographe O.R.S.T.O.M., Guyane.

matériel et de médicaments permettant la prise en charge d'une dizaine de malades et pouvant être hélicoptérés par les autorités militaires.

La liste du personnel pouvant être réquisitionné a été établie.

La population a été informée de façon permanente sur l'évolution de l'épidémie en Amérique latine et sur les mesures prises et à prendre dans notre département, par voie médiatique.

Chaque cas de choléra fera l'objet d'un communiqué de presse détaillé.

Dans l'intérêt de la coopération régionale, des réunions de travail ont été et seront menées avec les autorités brésiliennes et surinamiennes afin d'harmoniser les politiques.

Apparition du choléra en Guyane : situation de décembre 1991 à ce jour

En décembre 1991, 300 nouveaux cas avaient été notifiés dans la province du Para et de l'Anapa au nord du Brésil ainsi que 2 cas dans le village d'Oyapock face à Saint-Georges sur la rive brésilienne de l'Oyapock.

À noter de très nombreuses migrations non contrôlées quotidiennes d'une rive à l'autre (exemple : environ 65 % des consultants du centre de santé de Saint-Georges sont des Brésiliens résidant au Brésil).

Des réunions de concertation avec les autorités d'Oyapock ont été organisées pour harmoniser les protocoles d'alerte, de prévention et de prise en charge.

Le vendredi 13 décembre, un résidant de Saint-Georges de 65 ans, de retour d'un voyage dans une zone contaminée du Brésil, est hospitalisé au centre de santé de Saint-Georges pour un syndrome cholérique confirmé dès le lendemain. Ce malade sera réhydraté sur place et traité par doxycycline.

Le 18 janvier 1992, un 2^e cas est notifié au centre de santé de Saint-Georges. Il s'agit d'un Amérindien de l'ethnie Palikour, de 70 ans, résidant dans le quartier Palikour de Saint-Georges. L'interrogatoire permet d'envisager la notion de cas autochtone. Le traitement consistera en une réhydratation et une antibiothérapie. Des mesures d'information, de désinfection et de chimioprophylaxie ont été menées dans le quartier. Les actions de concertation avec les autorités brésiliennes ont été intensifiées. Une aide en médicaments a également été apportée à Oyapock où l'on dénombrait alors déjà 7 cas.

Le 24 janvier 1992, un 3^e cas est hospitalisé à Cayenne. Homme brésilien de 40 ans résidant dans une zone insalubre de Cayenne. Les mêmes mesures de désinfection, prévention et chimioprophylaxie ont été appliquées. Le traitement curatif a été le même que précédemment. Il a été fait la preuve qu'il s'agissait d'un cas autochtone.

Le 24 février 1992, alors que sévissait une épidémie de gastro-entérite à Grand-Santi, un prélèvement a été acheminé à Cayenne. Il s'agissait d'un cas de choléra chez un piroguier qui a tranquillement continué son périple vers Saint-Laurent et Cayenne où il a été retrouvé. Un traitement a été prescrit, son état n'a pas nécessité d'hospitalisation.

Les 4 et 5 mars 1992 (période correspondant à une fête traditionnelle sur le fleuve), 3 cas ont été hospitalisés au centre de santé de Papaïchton pour des formes sévères de syndrome cholérique; respectivement âgés de 14, 9 et 40 ans, ces malades provenaient d'un village d'une île surinamienne sur le Maroni en amont de Papaïchton. Dans ce village résidait une vingtaine de personnes, une dizaine a présenté des signes cliniques de choléra et 2 d'entre elles sont décédées. Les mesures de prévention, de désinfection et de chimioprophylaxie ont été menées en collaboration avec les autorités surinamiennes.

Le 11 mars 1992 un vibrion cholérique a été identifié chez un homme qui

Le 15 avril 1992, un jeune piroguier d'un camp militaire est hospitalisé à

Le 22 mai 1992, un homme de 55 ans résidant dans un quartier à Cayenne, est hospitalisé au centre hospitalier de Cayenne pour un syndrome cholérique confirmé. L'enquête épidémiologique permettra de préciser qu'il s'agit du 2^e cas autochtone à Cayenne depuis le début de l'épidémie. Les mesures habituelles de prophylaxie et de traitement ont été appliquées.

Du 6 au 16 juin 1992, à la suite d'une recrudescence de l'épidémie dans la région frontalière de l'Oyapock [25 cas hospitalisés depuis le 1^{er} juin 1992 dont 19 du 6 au 16 juin 1992 à Oyapock, (Brésil)], 4 cas ont été traités au centre de santé de Saint-Georges. Aucune complication n'a été signalée, des actions de prévention ont été menées.

On peut noter également que 2 cas suspects de syndrome cholérique n'étaient que des diarrhées sévères dues à des anguilluloses chez des porteurs de H.T.L.V. 1 (prévalence importante dans la région).

Le 31 juillet 1992, un 15^e cas a été notifié à Cayenne. Ce malade d'origine brésilienne résidant dans une zone insalubre dans des conditions d'hygiène très précaires ne s'est pas adressé au service de santé et est décédé. La confirmation du diagnostic a été post-mortem.

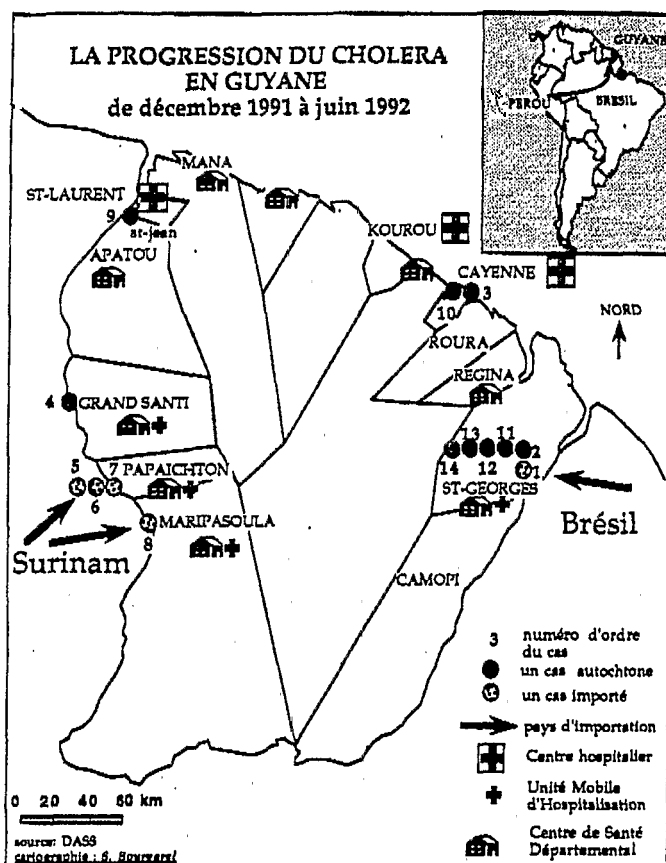
Sur ces 15 cas confirmés de choléra, 13 ont connu une évolution clinique très favorable. 1 cas a nécessité une hospitalisation plus longue : il s'agissait d'une personne âgée ayant présenté simultanément un paludisme. Enfin, le dernier cas a été fatal.

Analyse de la situation

Les protocoles d'alerte ont été respectés.

De nouveaux stocks de médicaments ont dû être constitués (en raison d'une grève des dockers dès début décembre 1991). Ainsi ont été adressés par l'administration centrale (D.G.S., Paris) 4 stocks permettant chacun la prise en charge de 30 malades. Ces stocks ont été répartis dans les centres de santé et les unités hospitalières.

Il a paru prudent d'installer rapidement entre décembre et février, 4 unités mobiles d'hospitalisation, 1 sur l'Oyapock, 3 sur le Maroni (voir carte) afin de faire face à d'éventuels foyers épidémiques. Une autre unité se trouve à l'aéroport de Cayenne qui peut dans des délais très brefs être acheminée vers un lieu éloigné, par les autorités militaires.



Des campagnes de prévention par affiches, réunions publiques ont été relancées. La population a respecté les consignes d'hygiène, aucun mouvement de panique n'a été décelé (ni demande de vaccination, ni achat d'eau minérale).

25 bornes-fontaines ont été installées dans les zones insalubres péri-urbaines ainsi que 10 unités de chloration dans les communes du fleuve. Les contrôles de l'eau de boisson et des eaux de baignade ont été intensifiés. La population du fleuve a modifié sensiblement son comportement vis-à-vis de l'eau tenant compte du risque potentiel.

Une surveillance épidémiologique est en cours dans les centres de santé des fleuves.

La publication d'un décret ministériel en date du 18 janvier 1992 a élargi les possibilités de réquisition du préfet de région.

Des subventions exceptionnelles ont permis la mise en place de ces mesures.

Commentaires

L'existence de cas autochtones isolés prouve la réalité d'un portage de vibrions dans le département.

Malgré le risque potentiel de poussées épidémiques comme celles observées sur le fleuve Oyapock, le nombre peu élevé de cas identifiés (15 cas en date du 3 août 1992) semble prouver que la situation privilégiée de la Guyane fait barrière à la progression de l'épidémie. Petite population, faible densité, nombreuses structures sanitaires, niveau de vie plus élevé que dans les autres pays d'Amérique latine, bon état général de la population, mesures préventives mises en place sont autant de facteurs entravant la dissémination de l'épidémie.