

# STRATÉGIES DE CONTRÔLE DES PALUDISMES

D. BAUDON, J. ROUX, P. CARNEVALE,  
J. F. MOLEZ, P. GAZIN

La mise au point du D.D.T. en 1946 et les premiers succès encourageants avaient permis d'envisager une lutte efficace dans les pays d'endémie palustre. Lors de la VIII<sup>e</sup> Assemblée mondiale de l'O.M.S., en 1955, avait été défini le principe de l'éradication, fondé surtout sur la lutte insecticide par aspersion intradomiciliaire de D.D.T. Les résultats n'ont pas été à la hauteur des espérances. En Afrique de l'Ouest, une étude détaillée de la transmission du paludisme, et de son contrôle éventuel par aspersion intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent, avait été réalisée dans une région de savane arbustive de Haute-Volta (zone pilote de Bobo-Dioulasso) de 1954 à 1958. Les résultats, rapportés par Choumara et coll., ont montré l'impossibilité d'arriver à l'éradication du paludisme par l'emploi du "house-spraying". Lors de la XXII<sup>e</sup> Assemblée mondiale, en 1969, la stratégie fut repensée à l'O.M.S. selon le principe de l'adaptabilité de la lutte à des situations particulières. Le « contrôle » du paludisme fut proposé comme une alternative à l'éradication.

• Le comité régional de l'Afrique, réuni à Accra en septembre 1981, a proposé une stratégie régionale de la lutte antipaludique fondée sur quatre approches tactiques :

- traitement précoce à dose unique de chloroquine de tous les cas suspects ou confirmés de paludisme ;
- chimioprophylaxie hebdomadaire par la chloroquine des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes à partir du cinquième mois de grossesse ;
- lutte antivectorielle diversifiée en fonction du biotope et du vecteur ;
- surveillance épidémiologique des zones indemnes.

Ces mesures doivent être intégrées dans des systèmes de soins de santé primaire, avec participation active des communautés.

• Quatre variantes tactiques sont actuellement proposées par l'O.M.S. pour le contrôle du paludisme, suivant le développement socio-économique des pays et l'aspect épidémiologique des paludismes :

- lutte contre la mortalité palustre ;
- lutte contre la morbidité palustre ;
- prévention de l'incidence paludéenne ;
- éradication du paludisme.

Ainsi, on note une évolution profonde mettant l'accent sur la lutte personnalisée, adaptée à chaque pays, suivant l'aspect épidémiologique de son ou de ses paludismes, sur l'indispensable participation des populations.

**HISTORIQUE :  
PRINCIPE  
DE CONTRÔLE  
DES  
PALUDISMES**

13 MAI 1987

Avant de choisir une stratégie de contrôle des divers paludismes, il faut connaître son efficacité mais aussi sa « faisabilité » réelle sur le terrain. Il faut tenir compte aussi des multiples facteurs connus qui interviennent, parfois naturellement, dans la régression du paludisme.

## CHOIX DES STRATÉGIES DE LUTTE

Les facteurs géographiques conditionnent en partie des aspects épidémiologiques différents et peuvent permettre la régression du paludisme (sécheresse par exemple). L'homme peut obtenir une diminution de l'endémie d'une manière directe, grâce aux moyens de lutte spécifiques bien connus et efficaces (lutte antivectorielle, lutte antiplasmodiale médicamenteuse, éducation sanitaire). Mais le développement socio-économique participe aussi presque naturellement à la régression du paludisme et, plus ce développement est important, meilleure est la possibilité d'utilisation des moyens spécifiques directs. C'est ce qu'on observe en milieu urbain où la prévalence paludique est toujours plus faible qu'en milieu rural, même s'il n'est pratiqué aucun moyen de lutte antipaludique. Mais c'est surtout en milieu rural que se pose le problème du contrôle du paludisme, puisque 75 à 95 % des populations vivent dans ce contexte, où le développement socio-économique n'est pas encore suffisant et où les moyens spécifiques de lutte sont seuls utilisables pour envisager le contrôle de l'endémie. Des expérimentations réalisées dans des zones bien contrôlées d'Afrique intertropicale ont montré l'efficacité de la lutte antivectorielle et antiplasmodiale. Or, le paludisme représente toujours un problème de santé publique en milieu rural ; ceci est dû essentiellement à la non - « faisabilité » de certaines des stratégies de lutte utilisées.

## Régression du paludisme

Pour qu'une stratégie de lutte soit réellement efficace, il faut qu'elle soit réalisable sur le terrain, à l'échelle du pays. Il est donc nécessaire d'envisager sa « faisabilité », fonction des moyens logistiques et techniques dont on dispose, et de son acceptabilité par les populations concernées.

## Faisabilité des stratégies

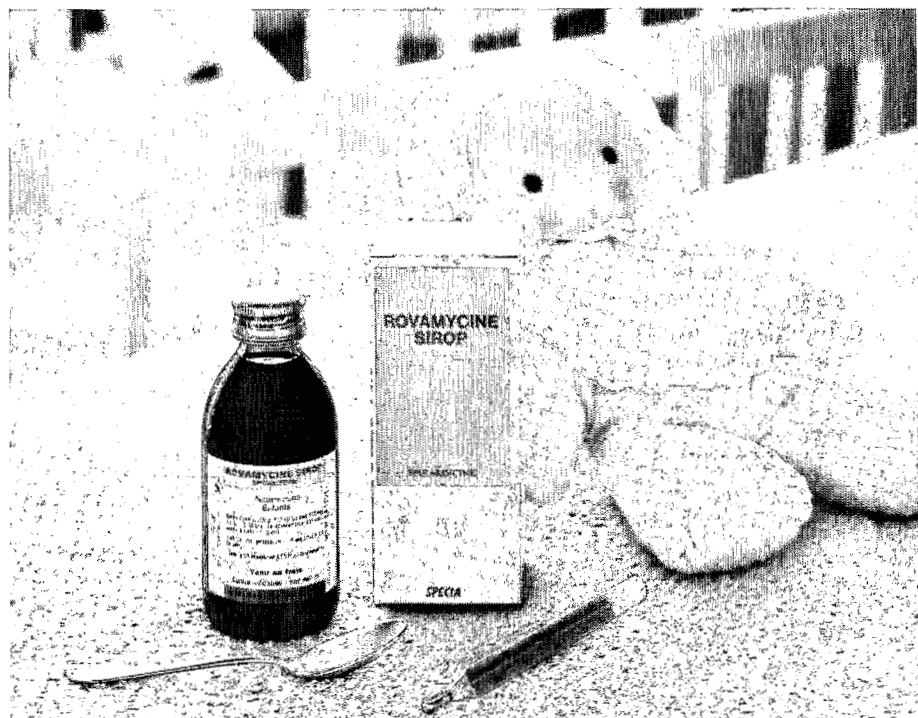
L'objectif principal sur lequel l'accord est unanime est de lutter contre la mortalité liée au paludisme. Il peut être atteint par la stratégie de **chimiothérapie systématique de tous les accès fébriles**.

Cette stratégie présente de nombreux avantages.

- Elle est efficace car, par le traitement précoce de l'accès fébrile, elle réalise une prophylaxie de l'accès pernicieux à *P. falciparum* et donc de la létalité paludéenne.
- Immunologiquement, elle préserve l'état de prémunition ou l'acquisition de l'immunité chez l'enfant.
- Elle favorise moins le développement des résistances aux antipaludiques car la pression sélective médicamenteuse y est plus faible que celle engendrée par une chimioprophylaxie régulière.
- Elle est à la fois bien perçue et bien acceptée par les populations puisqu'on répond à une symptomatologie bien connue, la fièvre, par une action thérapeutique simple ; cette stratégie est d'ailleurs déjà spontanément adoptée par les populations dans la mesure où elles

## DÉVELOPPEMENT D'UNE STRATÉGIE ADAPTÉE AU MILIEU AFRICAIN : LA CHIMIO-THÉRAPIE DE TOUS LES ACCÈS FÉBRILES

# Infections des voies respiratoires chez l'enfant



## Rovamycine Sirop

(spiramycine)

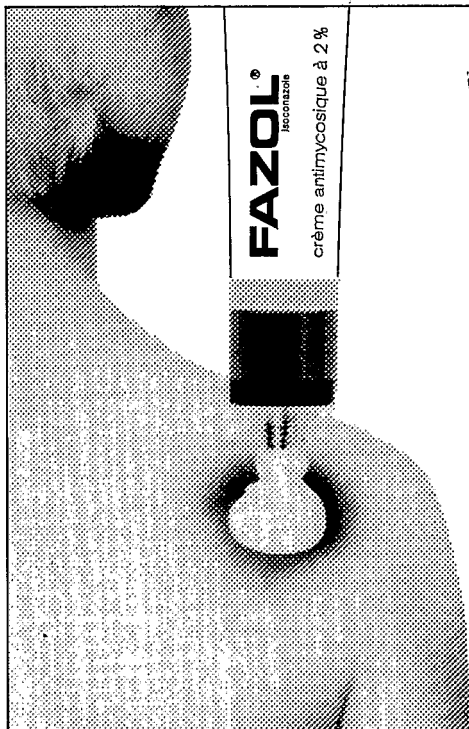
Nourrissons et enfants

**Forme et présentation.** *Sirop nourrissons et enfants* dosé à 0,375 M U.I. par cuillerée à café de 5 ml : flacon de 125 ml. Sort du médicament. **Absorption :** La spiramycine est stable en milieu gastrique et son absorption n'est pas modifiée par la prise simultanée d'aliments. **Distribution :** Le pic sérique est obtenu entre 1 h 30 et 3 h après l'ingestion. La demi-vie plasmatique est de  $6,80 \pm 1,35$  h. La liaison aux protéines est d'environ 30 %. La spiramycine présente la particularité de se concentrer dans divers tissus et liquides de l'organisme où elle réalise des concentrations de 5 à 80 fois supérieures aux taux sanguins : • tissus amygdalien et adénoïdien • muqueuse sinusienne • salive • parenchyme pulmonaire • sécrétions bronchiques • os. Les taux tissulaires élevés sont rapidement atteints et durables. De plus, sa bonne concentration dans : • les muscles • les ganglions lymphatiques • le placenta • l'humeur aqueuse, justifie son emploi dans les diverses localisations de la toxoplasmose. Elle ne passe pas dans le L.C.R., même en cas d'inflammation méningée. Elle apparaît dans le lait maternel. **Métabolisme :** Il se fait au niveau du foie avec apparition de métabolites actifs. **Élimination :** Elle est essentiellement digestive. Moins de 10 % de la spiramycine ingérée passent dans les urines. En raison de son inactivité sur les entérobactéries et la plupart des bactéries anaérobies, elle modifie très peu la flore intestinale. **Propriétés.** La spiramycine est un antibiotique du groupe des macrolides vrais, actif • sur la plupart des germes Gram + : • streptocoques à l'exclusion des entérocoques • pneumocoques • staphylocoques • corynebactéries (*C. diphtheriae*) • clostridies • sur des germes Gram - : • méningocoques (portage pharyngé) • hémophiles : *Hemophilus pertussis*; *Hemophilus influenzae* (environ 50 % des souches) • sur les mycoplasmes : *M. pneumoniae* • sur les chlamydies : *Chl. trachomatis* • sur *Legionella pneumophila* • sur les toxoplasmes. Elle est inactive sur les entérobactéries et les pseudomonas. Son activité apparaît bactériostatique in vitro; elle est bactéricide in vivo en raison des excellentes concentrations tissulaires obtenues. **Indications.** Les principales indications de la Rovamycine Sirop sont représentées par : • les infections dues aux germes sensibles à la spiramycine dans leurs localisations : • pharyngées : angines • O.R.L. : sinusites - otites - broncho-pulmonaires : bronchites - pneumopathies aiguës • cutanées • ou tissulaires diverses, en particulier celles de la toxoplasmose • la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale chez les sujets contacts. **Contre-indication.** Allergie à la spiramycine. **Précaution.** Il n'a pas été rapporté d'interférence avec un autre produit dans l'état actuel des connaissances. **Effets indésirables.** • Rares troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée • Exceptionnellement réactions cutanées de type allergique • Il n'a pas été rapporté d'anomalies des fonctions hépatiques au cours du traitement, même à posologie élevée. **Mode d'emploi et posologie.** Sirop prêt à l'emploi • La posologie quotidienne varie entre 0,150 et 0,300 M U.I./kg de poids, soit 2 à 4 cuillerées à café par 5 kg de poids, en 2 ou 3 prises au cours des repas • Tableau C

**SPECIA**

Département Anti-infectieux : 16, rue Clisson, 75646 PARIS CEDEX 13. Tél. (1) 584.11.33

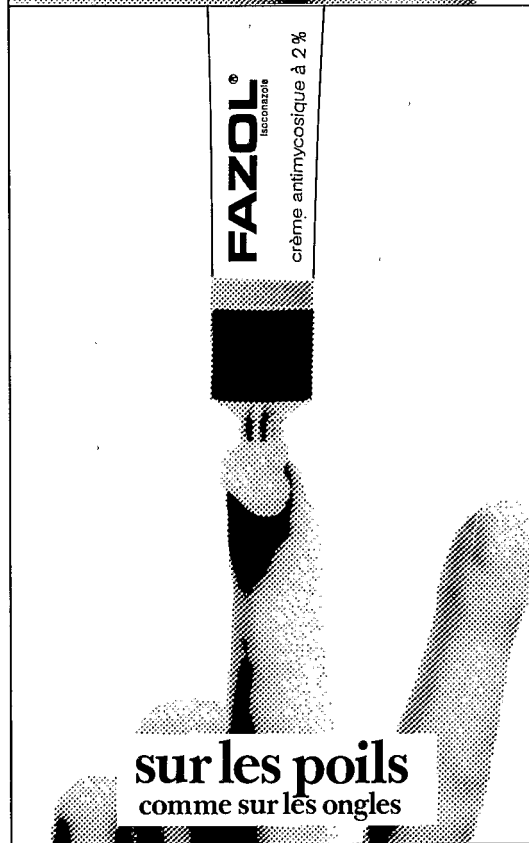




**dans les plis**  
comme sur les mycoses de surface



**sur les mains**  
comme sur les pieds



**sur les poils**  
comme sur les ongles

# FAZOL®

isoconazole

*antimycosique à large spectre  
et antibactérien :*

dermatophytes, candida, pityriasis versicolor, bactéries Gram +

**Propriétés:** ● Antimycosique à large spectre.

● Antibactérien sur les bactéries Gram +.

**Indications:** Dermatomycoses surinfectées ou non

par des bactéries Gram +: ● Candidoses

(perlèche, intertrigo des grands et petits plis,

vulvites et anites, onyxis, périonyxis).

● Dermato

phyties (herpès circiné, eczéma marginé de

Hébra, pied d'athlète, onyxis).

● Pityriasis

versicolor. ● Dermo-épidermites à bactéries

Gram +. La seule constatation de candida sur la

peau de sujets ayant été traités par des corti-

coides locaux ne peut constituer en soi une

indication de cette thérapeutique.

**Posologie:** Une

application matin et soir. Le traitement doit

être poursuivi jusqu'au retour à l'état normal de

la peau.

**Effets indésirables:** Fazol est bien

toléré; exceptionnellement, on peut observer

une réaction locale d'irritation à type de prurit

ou de brûlure. Aucun cas d'allergie cutanée au

principe actif ou à l'excipient n'a été signalé.

**Composition et Présentation:** Crème à 2% de

nitrate d'isoconazole — Tube de 30 g. Ne tache

pas. Ne renferme aucun parfum. Prix: 27,80 F.

A.M.M. 322.230.4 — Remb. S.S. 70% et Coll.

PHARMUKA LABORATOIRES

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES

35, quai du Moulin de Cage — 92231 Gennevilliers

Informations médicales et pharmaceutiques: Tél. 790.63.03

disposent d'antipaludéens de synthèse, ceci surtout en milieu urbain ; elle est donc plus facilement réalisable, et la participation des populations et des Services de santé primaire est rapidement acquise.

- Elle est peu onéreuse et demeure plus compatible avec les moyens financiers actuels des États.

On utilisera comme antimalarique, chez les sujets semi-immuns, une amino-4-quinoléine, la chloroquine ou l'amodiaquine, à la dose de 10 mg/kgp. per os en une dose unique. Cette dose peut être prescrite deux jours de suite chez les jeunes enfants et, dans tous les cas, en certaines zones d'Afrique de l'Est, où la sensibilité de *P. falciparum* à la chloroquine est diminuée. Chez les sujets non immuns, la dose prescrite sera de 30 à 35 mg/kgp. répartis en trois à cinq jours. En cas d'accès palustre simple, résistant à la chloroquine, on peut utiliser l'association quinine-sulfadoxypyriméthamine ou l'un des deux produits (tableau I).

Nous pensons que la chimiothérapie systématique de tous les accès fébriles est la stratégie de choix, en général, pour l'Afrique inter-tropicale ; pour la développer, il est nécessaire de pouvoir distribuer l'antimalarique à travers toutes les zones concernées et, donc, d'améliorer nos connaissances quant aux circuits d'acheminement des médicaments jusque dans les zones les plus reculées.

La réalisation d'une véritable « chaîne » de l'antimalarique est une priorité. La distribution finale du produit peut se faire suivant plusieurs modalités : achat à un distributeur villageois de médicaments habilité à ne vendre que certains produits de base, achat à un agent de santé primaire, distribution de lots de médicaments à chaque famille pour une période déterminée, surtout si les familles vivent isolément en dehors d'un village, etc.

La stratégie doit s'appuyer sur une éducation sanitaire pour préciser la posologie et, sur l'avis des populations, pour choisir le mode de distribution de l'antimalarique ; à ce titre, le produit de choix semble être la chloroquine, bien connue des populations africaines.

La chimioprophylaxie hebdomadaire permet de lutter à la fois contre la morbidité et la mortalité palustre mais son application en zone d'endémie pose un certain nombre de problèmes : définition exacte des populations cibles, conséquences sur l'état immunitaire des individus et sur le développement des résistances des souches de *P. falciparum* aux antimalariques, « faisabilité » réelle de cette stratégie sur le terrain, coût important enfin pour la réalisation en campagne de masse.

Cette chimioprophylaxie est classiquement réalisée chez les enfants de moins de 2 ou 5 ans, chez les femmes enceintes à partir du cinquième mois de grossesse et chez certains groupes professionnels.

En Afrique, l'antipaludéen doit rester une amino-4-quinoléine, la chloroquine ou l'amodiaquine, et la posologie habituelle est de 10 mg/kgp. per os, en une seule prise hebdomadaire, en campagne de masse.

Cette stratégie, lorsqu'elle est correctement réalisée, augmente, surtout chez les enfants, le risque de sélection des souches de *P. falciparum* résistantes à l'antimalarique ; elle retarde l'acquisition de l'immunité, meilleur rempart contre les risques du paludisme

**PLACE DE LA  
CHIMIO-  
PROPHYLAXIE  
DANS LE  
CONTRÔLE DU  
PALUDISME**

**Tableau I. — Traitement de l'accès palustre  
en Afrique intertropicale.**

| Chloroquine (Nivaquine)<br>comprimé à 100 mg<br>sirop 1 cm (cuillère mesure = 25 mg)   |  | Amodiaquine<br>(Flavoquine)<br>comprimé<br>à 200 mg |  |
|--|--|---|--|
| Âges   | SUJETS NON IMMUNS<br>(voyageurs,<br>zones urbaines,<br>zones à transmission<br>épisodique...)  | AUTOCHTONES<br>ZONES<br>IMPALUDÉES                  | AUTOCHTONES<br>ZONES<br>IMPALUDÉES     |
| Adultes<br>(14 ans<br>et plus)   | 6 comprimés × 2 jours puis<br>3 comprimés × 2 jours puis<br>2 comprimés × 1 jour   | 6 à 8 comp.<br>en une seule<br>prise                | 3 comprimés<br>en une seule<br>prise   |
| 9-13 ans   | 4 comprimés × 2 jours<br>2,5 comprimés × 3 jours   | 3,5 comp.   | 2 comprimés<br>en une seule<br>prise   |
| 7-12 ans   | 3 comprimés × 2 jours<br>1,5 comprimés × 3 jours   | 2,5 comp.   | 1,5 comprimés<br>en une seule<br>prise |
| 4-6 ans  | 2 comprimés × 2 jours<br>1,5 comprimés × 3 jours   | 1,5 comp.   | 1 comprimé<br>en une seule<br>prise    |
| 1-3 ans  | 1,5 c. (ou 6 cm) × 2 jours<br>1 c. (ou 4 cm) × 3 jours   | 1 c. (4 cm)<br>× 2 jours                            | 1/2 comprimé<br>× 2 jours              |
| moins<br>de 1 an   | 1 c. (ou 4 cm) × 2 jours<br>1/2 c. (ou 2 cm) × 3 jours   | 0,5, c. (2 cm)<br>× 2 jours                         | 1/4 comprimé<br>× 2 jours              |
| En cas<br>de<br>résistance   | <b>Quinine</b> (quinimax quiniforme) :<br>● adultes : 1,5 g à 2 g per os ou en perfusion × 5 jours ;<br>● 1-13 ans : 0,15 g par année d'âge × 5 jours ;<br>● 6-12 mois : 0,10 g × 5 jours ;<br>● 0-6 mois : 0,05 g × 5 jours.<br>et/ou<br><b>Sulfadoxine-pyriméthamine</b> :<br>● adultes : 3 comp. en une prise ou une I.M. de 2 ampoules ;<br>● 9-13 ans : une I.M. de 1 à 1,5 ampoule ;<br>● 4-8 ans : 3/4 ampoule I.M. ;<br>● 0-4 ans : 1/4 à 3/4 ampoule I.M. |   |  |
| Accès<br>pernicieux  | <b>Quinine</b> perfusion IV :<br>● adultes : 1 g à 1,5 g/jour jusqu'à amélioration ;<br>● enfants : 0,10 g par année d'âge/jour jusqu'à amélioration.<br>Puis relais par chloroquine, amodiaquine ou sulfadoxy-<br>pyriméthamine.  |   |  |
| Si réaction allergique à la chloroquine, traiter par amodiaquine ou Fansidar.  |  |   |  |
| Ne pas faire de quinine I.M. en cas d'accès simple sans vrai vomissement (risque chez le jeune enfant de nécrose, d'algodystrophie sciatique). |  |   |  |

mortel. On connaît la gravité de l'affection chez la femme enceinte, ses conséquences néfastes sur le nouveau-né ; une chimioprophylaxie évite ces risques mais diminue le niveau immunitaire de la mère et donc la transmission passive de l'immunité spécifique au fœtus.

Il y a quelques années, il avait été envisagé d'utiliser une « chimioprophylaxie » à minima qui, protégeant contre la survenue d'accès palustre, ne devait pas empêcher l'acquisition de l'immunité. Une étude de l'action chimioprophylactique de la chloroquine, à la dose hebdomadaire de 5 mg/kgp., avait été menée durant l'année 1972 chez 350 sujets d'un village de Haute-Volta à paludisme holoendémique (Picq, Roux et *al.*). Chez les sujets prophylactisés, on notait une chute des indices spléniques et plasmodiques au quart de la valeur des sujets témoins, une baisse du taux d'anticorps antipalustres d'autant plus marquée que les sujets étaient jeunes ; en particulier, dans les groupes d'âge sensible (1-3 ans), on voyait s'effondrer le taux d'anticorps. Aussi, cette conception de C.P. à minima reste théorique et n'a toujours pas montré son efficacité réelle sur les tranches d'âge les plus sensibles au « paludisme-maladie ».

En fait, si l'on considère ce qui est concrètement réalisé sur le terrain par rapport aux politiques officielles des Services de santé, on constate que la principale difficulté de la stratégie de chimioprophylaxie réside dans sa faible ou non - « faisabilité », surtout en milieu rural africain ; il est difficile d'imposer régulièrement la prise d'un médicament à titre prophylactique ; le coût de revient de cette stratégie est élevé.

Ces deux types de stratégie de contrôle du paludisme (chimioprophylaxie hebdomadaire par la chloroquine, 10 mg/kgp. ; chimiothérapie systématique des accès fébriles par le même antimalarique à une dose unique de 10 mg/kgp.) ont été étudiés dans douze villages de la région de Bobo-Dioulasso en Haute-Volta, de 1980 à 1982 (Baudon et *al.*).

La chimioprophylaxie, lorsqu'elle était correctement réalisée, a fait s'effondrer la prévalence paludique, a fait baisser très sensiblement les taux d'anticorps antipalustres fluorescents.

La chimiothérapie des accès fébriles n'a eu qu'une faible action sur la prévalence paludique et n'a pas modifié l'état immunitaire des populations. Il n'y a pas eu de différence de mortalité entre les populations soumises chacune à l'une des deux stratégies. La consommation de chloroquine a été environ cinq fois plus importante dans les zones sous chimioprophylaxie. Enfin, la stratégie de chimiothérapie des accès fébriles est bien acceptée par les populations ; elle est de réalisation beaucoup plus facile dans le cadre de la prise en charge de la stratégie par la population elle-même.

Chez les voyageurs, les travailleurs non immuns, venant d'une zone indemne de paludisme et séjournant pour un temps limité en zone d'endémie palustre, la chimioprophylaxie antipaludéenne ne se discute pas. Elle doit utiliser en Afrique une amino-4-quinoléine à la dose hebdomadaire de 10 mg/kgp. Cette prophylaxie doit s'étendre durant tout le séjour et pendant deux mois après le retour en zone indemne.

En matière de stratégie de contrôle, il faut se méfier de toutes positions rigides, de conclusions trop générales. La nécessité d'une chimioprophylaxie de masse est à considérer en fonction des paludismes, des moyens logistiques dont on dispose. Actuellement, une

**Chimio-  
prophylaxie  
chez les sujets  
non immuns**

chimioprophylaxie ne devrait pas être effectuée dans les zones à transmission palustre continue ; elle pourrait être éventuellement justifiée dans des régions à transmission très épisodique, en milieu sahélien, par exemple, et dans certains cas seulement.

La lutte antivectorielle, éventuellement associée à des mesures thérapeutiques, permet de diminuer l'incidence du paludisme. La méthode la plus efficace pour lutter contre les anophèles reste l'aspersion intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent ; le choix actuel du produit est difficile, de par les problèmes de résistance ; le coût des nouveaux insecticides est beaucoup plus élevé. Il est donc nécessaire, avant d'aborder toute action antivectorielle, d'étudier l'aspect épidémiologique du paludisme en cause, de connaître la bio-écologie des vecteurs, et d'évaluer les moyens financiers nécessaires et disponibles. On sait que les campagnes de désinsectisation doivent être répétées et leur interruption, par manque de moyens financiers, par exemple, laisse, face à une reprise de la transmission, des populations exposées à un risque de mortalité palustre accru par diminution de leurs défenses immunitaires.

L'utilisation des moustiquaires reste l'un des meilleurs moyens individuels d'autodéfense contre l'anophèle. Des études menées au Centre Muraz (Carnevale et *al.*) ainsi qu'à l'école de médecine et de pharmacie de Bamako (Ranque et *al.*) ont montré l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

La lutte antilarvaire complète la lutte antivectorielle, surtout si les aspersions d'insecticides sont difficiles à réaliser ou inefficaces et si la transmission est le fait d'anophèles exophiles. Elle est difficilement applicable, en pratique, en milieu rural où les gîtes larvaires sont nombreux et disséminés mais peut éventuellement être utilisée là où les gîtes sont rares (régions sèches, zones urbaines et pré-urbaines) temporairement et dans le cadre de campagne générale d'assainissement. Elle serait un recours ultime en cas d'extension de la résistance de *P. falciparum* aux antimalariques dans les zones à anophèles exophiles.

Il est difficile, actuellement, d'évaluer la place qu'auraient les vaccins dans la lutte contre la morbidité et la mortalité palustre. On ne sait pas encore de manière précise le ou les types de vaccins utilisés. Un des intérêts des vaccins est qu'ils n'entraînent pas par eux-mêmes des risques d'accroissement des chimiorésistances ; à l'inverse, le coût des campagnes de masse sera probablement très élevé. De toute façon, le vaccin ne résoudra pas à lui seul le problème des paludismes en Afrique intertropicale ; en effet, nous disposons actuellement de vaccins très efficaces, par exemple contre la fièvre jaune, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole ; cela n'a pas suffi à éliminer ces affections des pays ; il se pose donc toujours le problème de la « faisabilité » de la stratégie de vaccination sur le terrain, à grande échelle.

La vaccination sera un moyen utile, efficace mais qui, en association avec d'autres moyens de lutte, permettra un meilleur contrôle des paludismes.

## **PLACE DE LA LUTTE ANTI- VECTORIELLE DANS LE CONTRÔLE DES PALUDISMES**

**Aspersion intra-  
domiciliaire  
d'insecticides  
rémanents**

## **Lutte antilarvaire**

## **LE VACCIN DANS LA LUTTE ANTIPALUDIQUE**



Les stratégies de lutte antipaludique classiquement préconisées en Afrique intertropicale n'ont pas été suivies d'une régression à long terme de l'endémie palustre, en milieu rural ; en milieu urbain, presque naturellement, on note une baisse de la prévalence palustre. Ceci est dû essentiellement à des raisons socio-économiques, techniques et logistiques. L'endémie palustre est profondément enracinée dans les conditions de l'environnement des pays intertropicaux africains et il serait illusoire de croire qu'on puisse éliminer cette affection sans l'apport du développement socio-économique. En attendant que ce développement économique ait atteint un niveau suffisant pour envisager un contrôle réel du paludisme, surtout en milieu rural, grâce à l'utilisation alors plus efficace des moyens d'action directe (lutte antivectorielle, lutte antiplasmodiale) ou en attendant l'association avec d'autres moyens de lutte (vaccination, par exemple), nous préconisons une stratégie de relais, « la chimiothérapie systématique de tous les accès fébriles » par une amino-4-quinoléine, chloroquine ou amodiaquine ; elle permet de lutter d'ores et déjà contre la mortalité liée à la maladie paludéenne, diminue le risque d'apparition d'un certain nombre d'inconvénients liés à la chimioprophylaxie de masse en zone d'endémie (résistance aux médicaments, problèmes immunitaires...). Elle est plus facilement réalisable sur le terrain à grande échelle, bien acceptée par les populations ; elle peut s'intégrer dans le cadre des soins de santé primaire.

## BIBLIOGRAPHIE

- BAUDON (D.), ROUX (J.), CARNEVALE (P.) et GUIGUEMDE (T.R.), 1983. La chimiothérapie systématique des accès fébriles ; une stratégie de relais dans la lutte contre le paludisme en milieu rural. *Med. Trop.*, 43 (4) : 341-345.
- BRUCE-CHWATT (L.J.), 1981. *Chemotherapy of malaria*. Geneva, W.H.O., 262 p.
- BRUCE-CHWATT (L.J.), 1979. Man against malaria : conquest or defeat. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 73 : 605-617.
- BRUCE-CHWATT (L.J.), 1980. La chimiothérapie antipaludique cent ans après Laveran ; problèmes et perspectives. *Med. Trop.*, 40 (6) : 651-656.
- Cahiers O.R.S.T.O.M., 1980. Compte rendu des conférences et communications présentées au symposium Laveran sur la biologie, l'épidémiologie et l'immunologie du paludisme. *Série Ent. Méd. et Parasit.*, XVIII (2), 186 p.
- CHARMOT (G.), 1969. La chimioprophylaxie collective dans le contrôle du paludisme. *Trans. Roy. Soc. Trop. Méd. Hyg.*, 63 (4) : 31.
- Chimioprophylaxie du paludisme. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 1982, 57 (49) : 382-384.
- CHOUMARA (R.), HAMON (J.), RICOSSE (J.H.) et BAILLY-CHOUMARA (M.), 1959. Observations sur le paludisme en zone pilote de lutte antipaludique de Bobo-Dioulasso (Haute-Volta). Monographie O.R.S.T.O.M., cahier n° 1.
- DIALLO (S.), DIOUF (F.), VICTORIUS (A.), NOIR (O.), BAM (I.B.), 1980. Conséquences cliniques de la chimioprévention et de son arrêt en zone d'hyperendémie palustre. Rapport final I<sup>er</sup> Congrès de la Société ouest-africaine de parasitologie, Dakar, décembre 1980.
- FARID (M.A.), 1980. The malaria programme, from euphoria to anarchy. *World Health Forum*, 1 : 8-20.
- IVORRA Cano V, 1982. Lutte antipaludique. Rapport final XIV<sup>e</sup> Conférence tech. O.C.E.A.C., Yaoundé, avril 1982.
- KOUZNETZOV (R.), 1979. Review of past and present experience in the use of drugs for malaria control in tropical Africa. Unpub. doc. W.H.O./M.A.L., 79.912.

MICHEL (R.), 1982. Conditions et modalités de la chimioprophylaxie antipaludique en Afrique intertropicale. Rapport final XIV<sup>e</sup> Conférence tech. O.C.E.A.C., Yaoundé, avril 1982.

NAJERA (J.A.), SHIDRAWI (G.R.), STOREY (J.) and LIETAERT (P.E.A.), 1973. Mass drug administration and D.D.T. indoor-spraying as antimalarial measures in the northern savanna of Nigeria. Unpub. doc. W.H.O./M.A.L., 73.817.

O.M.S., 1981. Stratégie régionale de lutte antipaludique. Rapport du directeur général, O.M.S. Comité régional de l'Afrique, A.F.R./R.C. 31/16.

PICQ (J.J.), ROUX (J.), MARCADET (Y.), ETIENNE (J.) et LAFAYE (A.), 1976. Variations des indices paludométriques et anticorps antipalustres décelés par immunofluorescence en zone déholoendémie à *P. falciparum* chez des sujets soumis à une chimioprophylaxie par la chloroquine et chez des sujets non soumis à la chimioprophylaxie. Doc. non pub. W.H.O./M.A.L., 76.866.

RICOSSE (J.H.), PICQ (J.J.), COZ (J.) et CHARMOT (G.). Faits nouveaux relatifs à l'épidémiologie et au contrôle du paludisme en Afrique francophone. *Trans. Roy. Soc. Méd. Trop. Hyg.*, 1969, 63 (4) : 36-41.

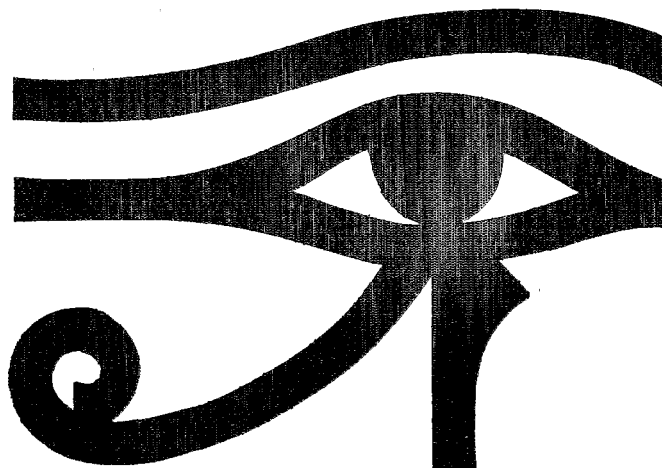
RICOSSE (J.H.), CHARMOT (G.), COZ (J.) et PICQ (J.J.). Le paludisme et ses aspects particuliers en Afrique tropicale francophone. *Etudes médicales*, 1970, n° 1.

ROUX (J.), BAUDON (D.), CARNEVALE (P.), GUIGUEMDE (T.R.) et PICQ (J.J.), 1983. La chimioprophylaxie collective du paludisme ; ses objectifs, ses limites, ses difficultés. *Méd. Trop.*, 43 (4) : 347-354.

WALKER, 1981. Attitudes to malaria prophylaxy. *British Med. J.*, 280 (6) : 288.

WERNSDORFER (W.H.), 1981. Aims, concept and recent results of basic malaria research. Unpub. doc. W.H.O./M.A.L., 81.950.

# ÉTUDES MÉDICALES



IS 177 → IS 180 ext

B 31 71

SEPTEMBRE 1984 — N° 3