

## Editorial

---

### LA PERCEPTION DU PALUDISME EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA

La majeure partie de la population d'Afrique Noire est soumise au risque d'infestation palustre. Il est classique d'observer en saison de transmission et en zone rurale une prévalence parasitaire de l'ordre de 70% chez les enfants tandis que les adultes en état de prémunition sont le plus souvent exempts de *Plasmodium* dans leur sang périphérique. Les études séro-épidémiologiques confirment les observations parasitologiques: la quasi totalité des adultes sont porteurs d'anticorps antipalustres, et ceci à des taux souvent élevés.

Cette parasitose habituellement bien supportée par les adultes est responsable dans l'enfance d'accès fébriles répétés constituant une part importante de la pathologie. La léthalité n'est pas connue: il n'existe pas d'étude de comparaison de la mortalité entre zones équivalentes au niveau sanitaire et ne différant que par la situation paludologique (2). Des enquêtes rétrospectives par interrogatoire tentent d'établir cette léthalité. Mais les diagnostics d'accès perniciox et de syndrome néphrotique lié au paludisme ne sont pas aisés en ne considérant que des arguments cliniques. Il semble difficile de les identifier par interrogatoire, surtout après la mort du sujet dont l'évocation ne se fait pas toujours sans réticence.

Les campagnes d'éradication basées sur la lutte anti-vectorielle n'ont pas abouti en Afrique à l'arrêt de la transmission (3). Les campagnes de chloroquinisation des populations à risque selon un schéma prophylactique n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, se sont révélées onéreuses et difficiles à maintenir efficaces pendant plusieurs années. Les paludologues préconisent actuellement pour l'Afrique rurale le traitement présomptif des accès palustres par un médicament efficace, dans le cadre des soins de santé primaires et l'utilisation de moustiquaires, éventuellement imprégnées d'insecticides à longue rémanence, pour limiter le contact entre l'homme et le vecteur.

Peut-on vraiment espérer une rationalisation prochaine du traitement du paludisme en Afrique, dans le cadre des soins de santé primaires ou des dispensaires?

Il est courant d'observer dans la population une consommation d'antipaludéens oraux importante, parfois niée ou oubliée (4). Par ailleurs, les infirmiers ont l'habitude de pratiquer des injections d'antipaludéens sur la simple description de symptômes vaguement évocateurs d'accès palustre.

Dès sa première enfance, l'Africain vit dans un contexte culturel où fatigue, céphalées, courbatures, vomissements, accès fébriles sont confondus et résumés dans l'entité «paludisme»; l'accès perniciox étant une entité à part qui entre dans un cadre nosologique regroupant toute atteinte plus

ou moins brutale de la conscience chez les enfants, associée à de l'agitation ou à des convulsions et pouvant rapidement évoluer vers la mort.

En Afrique de l'Ouest, en langue Bambara, au moins trois entités peuvent évoquer le paludisme :

- la plainte de « corps chaud » (« fari gouan ») peut correspondre à de la fièvre, à des algies, ou à une sensation d'agitation, d'« accélération des humeurs », voire à un comportement agité. Cette plainte est abusivement traduite par paludisme, alors qu'elle correspond à un concept beaucoup plus large.
- Le « soumaya » semblerait davantage correspondre à l'accès palustre simple. Il est considéré comme une maladie « naturelle » (opposable à une maladie « persécutive » relevant par exemple de la sorcellerie) qui a pour origine un déséquilibre : excès alimentaire, consommation abusive d'aliments gras et/ou sucrés, excès de boissons aqueuses, excès d'humidité ambiante.
- La maladie de l'oiseau (« kono ni ») implique par contre que l'enfant n'a plus été, à un moment donné, symboliquement protégé contre cet oiseau maléfique et omniprésent. Cette atteinte peut correspondre à un accès pernicieux, à une crise convulsive hyperthermique, à une crise d'épilepsie.

Ces conceptions semblent peu varier d'une ethnie à l'autre (1).

La connaissance du mécanisme de la transmission et du cycle de l'agent pathogène s'intègre sur un mode additif dans ce système sans se substituer aux croyances antérieures. Elle ne suffit pas pour rationaliser l'inquiétude face à cette pathologie à la fois banale et redoutée. Elle n'enlève pas le besoin de recherche d'une cause supplémentaire et souvent vécue comme essentielle à la maladie : pourquoi cet enfant est-il malade et pas tel autre ?

Le diagnostic de paludisme est établi sur des symptômes très divers. Il n'est qu'exceptionnellement confirmé avec un argument parasitologique. Il doit être considéré comme étant fréquemment un diagnostic présomptif lié à l'a priori culturel et à la difficulté de réaliser des examens microscopiques dans la plupart des structures médicales.

En conclusion, la notion de paludisme entre dans des concepts culturels complexes et cohérents. Il n'est pas étonnant qu'il y ait une consommation très banalisée d'antipaludéens oraux pour des symptômes vagues et sans rapport avec le paludisme et que lorsque la maladie est perçue comme grave, il y ait une demande pour des traitements sous forme injectable plus onéreux et plus agressifs. Une attitude plus rationnelle de la part de la population, des agents de santé villageois et du personnel infirmier ne semble pouvoir être obtenue qu'après un long travail d'éducation sanitaire.

P. GAZIN, M. COT, V. ROBERT & D. BONNET  
Chercheurs ORSTOM Centre Muraz,  
BP 171  
Bobo-Dioulasso  
Burkina Faso

## REFERENCES

1. Bonnet D: Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina. Doc. non publié ORSTOM, Ouagadougou, 1986, 84 pages.
2. Carnevale P, Vaugelade J: Paludismes, morbidité et mortalité infantile et juvénile en Afrique subsaharienne. Doc. non publié WHO/MAL/87.1036.
3. Hamon J, Mouchet J, Chauvet G, Lumaret R: Bilan de 14 années de lutte contre le paludisme dans les pays francophones d'Afrique tropicale et à Madagascar. Bull. Soc. Path. exot., 1963, 5, 932-971.
4. Rombo L, Kihamia CM, Imhikwano LF, Ericsson O, Sjoqvist F: Concentrations of chloroquine and desethylchloroquine in capillary blood dried on filter paper during and after treatment of Tanzanian children infected with *Plasmodium falciparum*. Trop. Med. Parasit., 1986, 37, 237-240.