

EVOLUTION CLINIQUE SOUS TRAITEMENT AMBULATOIRE DES ACCES PALUSTRES (PROBABLES) EN MILIEU RURAL DE COTE D'IVOIRE

N.B. SORO*, A. COULIBALY*, J.L. REY**

RESUME

Cette étude réalisée par l'Institut National de Santé Publique dans trois régions de la Côte d'Ivoire, a montré que l'accès palustre en milieu rural, sous traitement, a une évolution moyenne de 8 jours avec un taux de létalité de 3 %. Cette évolution est influencée par le retard à consulter, la précision du diagnostic et l'efficacité du traitement.

1 - INTRODUCTION

Dans le cadre d'un programme de recherche de l'Institut National de Santé Publique relatif à la détermination d'indicateurs de santé nous nous sommes intéressés à l'évolution de plusieurs affections en milieu rural.

Le présent travail se propose de mesurer la durée moyenne des accès palustres probables est de dégager des facteurs susceptibles d'influer sur cette durée, et cela avant la mise en application généralisée de la stratégie de lutte secondaire contre les paludismes basée sur la chimiothérapie systématique des accès fébriles adoptée par les autorités sanitaires du pays (1).

Dans le cadre de cette politique il n'est pas question de confirmer parasitologiquement tous les diagnostics de paludisme ; en fait sont pris en compte les accès fébriles considérés cliniquement comme accès palustre.

2 - METHODOLOGIE

Cette étude a été menée dans trois centres de santé ruraux de Côte d'Ivoire. Ces centres de santé ont été choisis dans chacune des 3 principales régions géoclimatiques du pays correspondant aux 3 types de végétation suivant : savane herbeuse, savane arborée, forêt. Ces formations toutes tenues par un Infirmier diplômé d'état, présentent un fonctionnement satisfaisant dans les principaux domaines d'activités : consultations, soins et enregistrement.

Le recueil de l'information se fait à deux niveaux : d'abord

Travail réalisé à l'Institut National de Santé Publique (I.N.S.P.), BP V47 Abidjan (Côte d'Ivoire) Directeur : N. COULIBALY

* Département Epidémiologie I.N.S.P.

** Ancien Médecin-Chef Département Epidémiologie I.N.S.P.

au niveau des centres de santé qui reçoivent les malades et qui établissent les diagnostics et la date de début de la maladie, ensuite au niveau d'équipes mobiles qui se rendent au domicile de certains malades pour juger leur évolution clinique ; les sujets visités ayant été choisis aléatoirement dans la masse totale des consultants.

La date de début est celle d'apparition des premiers symptômes de l'affection. La guérison correspond au moment où l'on estime que le traitement peut être interrompu ; un surcroît de médicaments (dits de consolidation) n'étant pas susceptibles d'apporter des modifications à un état clinique désormais sans signe pathologique. Une rechute est notée comme un nouvel état morbide.

Les examens parasitologiques étant rarement pratiques le cas de paludisme est défini comme tout état morbide constitué de céphalées, de fièvre, de nausées et/ou de vomissements dont la rémission a été obtenue par un traitement antimalarique.

3 - RESULTATS

Le nombre de cas suivis est de 338, ils représentent 10 % de tous les cas de paludismes enregistrés comme tels, pendant la période considérée au niveau des trois dispensaires.

3.1 - Répartition des malades selon le sexe et l'âge

La majorité des cas (202 soit 59,8 %), est de sexe féminin ; cette répartition est significativement différente de la répartition dans la population générale de Côte d'Ivoire où on dénombre 48,2 % de sujets féminins. La répartition par âge montre une part importante de sujets de moins de 5 ans (35 %) ; les moins de 15 ans représentent 53,8 % du total des malades. Cette proportion est significativement différente de celle de la population générale où les moins de 15 ans représentent 43,6 % du total.

3.2 - Répartition des malades en fonction de la durée totale de l'affection

Cette répartition est représentée par l'histogramme de la

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 31.333 ex 1

Cote : B M

Médecine d'Afrique Noire : 1989, 36 (11)

19 FEV. 1991

figure N°1 (durée moyenne = $7,9 \pm 0,5$ jours/médiane = 5,9 jours, valeurs extrêmes : 1 et 43 jours).

Durée moyenne selon le sexe

Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative entre la durée moyenne chez les malades de sexe féminin ($8,2 \pm 0,7$ jours) et la durée moyenne chez les malades de sexe masculin ($7,4 \pm 0,8$ jours).

Durée moyenne selon l'âge (Tableau n°1)

La durée moyenne de l'accès fébrile présomptif, de paludisme est significativement plus courte chez les sujets de moins de cinq ans que chez les sujets de plus de cinq ans ($p < 0,05$). Chez les moins d'un an elle est de 6,8 jours, alors que chez les plus de cinq ans elle peut atteindre 8,7 jours.

3.3 - Attente

L'attente est l'intervalle de temps entre la date d'apparition de la maladie et la première consultation ; pour nos cas de paludisme cette attente est de $3,2 \pm 0,1$ jours avec une médiane à 3 jours. La durée de l'attente est significativement plus courte chez les sujets de moins d'un an que chez les autres ($p < 0,05$), inférieure à 1 jour chez les nourrissons, en moyenne, elle passe à plus de trois jours chez les enfants entre 2 et 4 ans et chez les adultes.

Rapport entre la durée totale et l'attente

Pour l'ensemble des 338 malades, il n'y a pas de corrélation entre l'attente et la durée totale de la maladie ($r = 0,28$). Mais si nous considérons uniquement les patients dont l'accès fébrile palustre a une durée totale inférieure à 20 jours, il existe une corrélation significative entre l'attente et la durée totale ($r = 0,68$) comme on peut le voir sur la figure n°II.

3.4 - Durée moyenne du paludisme selon le traitement antérieur

Le traitement antérieur est tout traitement suivi par le malade avant la première consultation. Ce traitement peut être soit moderne, prescrit dans une autre Formation Sanitaire ou pris en auto-traitement, soit traditionnel, prescrit par un guérisseur ou pris en auto-traitement.

Trente-six (10,6 %) malades ont reconnu avoir suivi un traitement antérieur traditionnel, 8 un traitement antérieur moderne (auto-traitement).

La durée moyenne chez ceux qui ont reçu un traitement antérieur traditionnel est de $7,9 \pm 1,1$ jours ; la durée moyenne chez ceux qui n'ont pas reçu ce traitement antérieur est de $7,3 \pm 0,4$ jours. Il n'a pas été mis en évidence une différence statistiquement significative entre ces deux durées moyennes.

De plus 22 sujets ont déclaré avoir suivi un traitement complémentaire, non prescrit par une Formation Sanitaire et généralement fait en même temps que le traitement du Centre de Santé.

Compte tenu de la faiblesse des effectifs il n'a pas été possible de calculer la durée moyenne de la maladie chez ces sujets.

3.5 - Létalité

Tous nos malades ont guéri sauf un qui est mort au cinquième jour de maladie, il s'agit d'un enfant de 7 mois décédé après 5 jours de maladie.

Le taux de létalité est de 3 ‰.

4 - DISCUSSION

De cette étude l'on retient que la durée moyenne de l'accès fébrile étiqueté palustre en milieu rural est de $7,9 \pm 0,5$ jours avec une durée médiane à 5,9 jours. Cette évolution est obtenue chez des malades non hospitalisés, elle est plus longue que la durée moyenne d'hospitalisation pour paludisme clinique estimée à 5,3 jours (2).

Cette étude a été faite dans des Centres de Santé où le traitement des diagnostics de paludisme était essentiellement et (demeure encore) à base de sels de quinine à raison d'une seule injection intramusculaire par jour pendant 2 à 3 jours, la deuxième dose journalière n'étant généralement pas effectuée (3).

Il est donc logique d'attribuer à cette conduite thérapeutique inadaptée une part de la responsabilité dans la lenteur de la guérison.

La durée d'attente avant de consulter varie selon l'âge des malades ; remarquablement courte pour les nourrissons, elle est plus longue pour les sujets de plus de 1 an. Il doit être possible de raccourcir cette attente et secondairement la durée totale : les deux étant corrélées pour 97 % des sujets. Nous éliminons alors les cas dont l'évolution est

supérieure à 20 jours (3 %) car nous pensons qu'il ne s'agit pas de paludisme. Cette décision ne provoque pas de grands changements dans les calculs précédents : durée moyenne globale de 7,7 j au lieu de 7,9 j et ne perturbe pas les comparaisons. L'influence des traitements antérieurs est peu importante ; elle ne semble ni péjorative ni bénéfique. Nous n'avons mis en évidence aucun argument ni pour, ni contre les traitements traditionnels antérieurs. Il est vraisemblable néanmoins que dans cette étude l'importance des recours traditionnels ait été sous estimée par l'interrogatoire (4). Le taux de létalité (3 ‰) bien que relativement plus faible que celui des diarrhées (14,3 ‰) observé dans les mêmes conditions (2) représente un poids social considérable eu égard au nombre de cas de paludisme enregistrés chaque année dans les Centres de santé (environ 15 % des diagnostics déclarés). Le poids économique du paludisme est tout aussi important puisque pour les adultes la durée de la maladie est en moyenne de 8,7 jours soit 3 jours environ d'arrêt de travail et 5 de rendement diminué. En définitive la recherche de solutions tendant à réduire la durée moyenne d'évolution ambulatoire des paludismes passe par la maîtrise des facteurs susceptibles d'influer sur le temps d'attente, sur la précision

des diagnostics, sur l'efficacité des thérapeutiques...

Cet ensemble de solutions peut se trouver dans un système efficace de Soins de Santé Primaires, système qui permettra à chaque famille d'accéder facilement au niveau du village à un traitement antimalarique précoce et efficace. De plus une amélioration de la capacité diagnostique et des méthodes de traitement de tous les agents de santé devraient être réalisée par la formation et le recyclage.

Cette étude est basée sur des données concrètes dans les conditions pratiques de Santé Publique en Afrique (en 1987, en Côte d'Ivoire : 500 000 diagnostics de paludisme pour 15 000 examens parasitologiques dans l'ensemble des formations sanitaires). Elle apporte par contre une base chiffrée du poids pour la santé provoqué par les accès fébriles diagnostiqués "paludisme probable" ou "paludisme clinique".

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé avec la collaboration de tout le département Epidémiologie de l'I.N.S.P. ; nous voudrions particulièrement remercier les Docteurs J. LE BRAS, IMBOUA-BOGUI G., GBARY A., DIRABOU S.A.J.

Tableau n°1 : Durée moyenne et attente en jours selon l'âge des malades

| | 0-1 an | 2-4 ans | 5-9 ans | 10-14 ans | 15 ans et + |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Effectif | 52 | 66 | 41 | 24 | 155 |
| Durée moyenne | 6,8 ± 0,4 | 7,3 ± 0,4 | 8,2 ± 1,1 | 6,6 ± 0,7 | 8,7 ± 0,4 |
| Attente moyenne | 0,9 ± 0,2 | 3,1 ± 1,7 | 2,7 ± 0,3 | 2,5 ± 0,4 | 3,6 ± 0,3 |

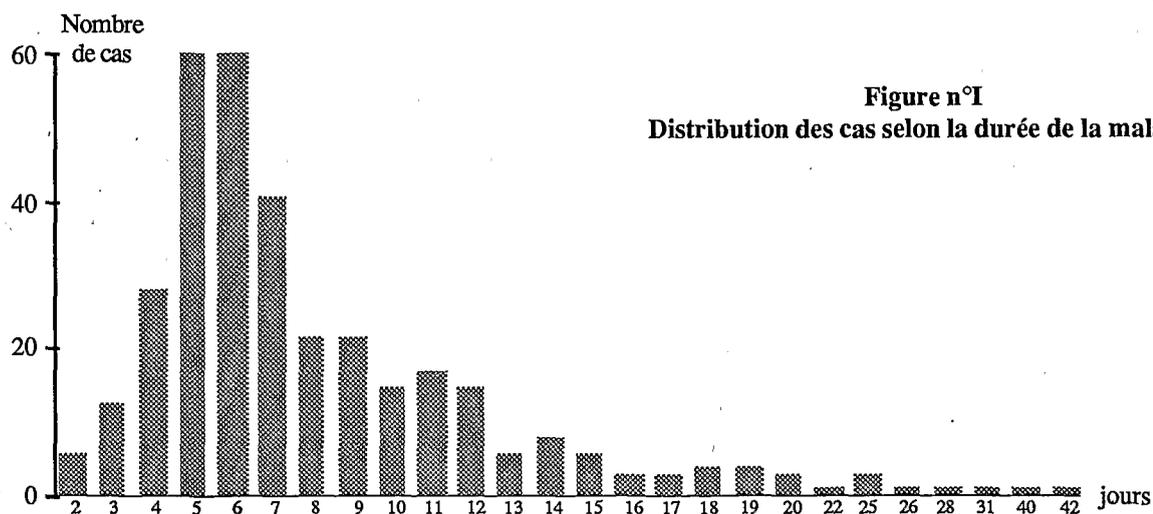
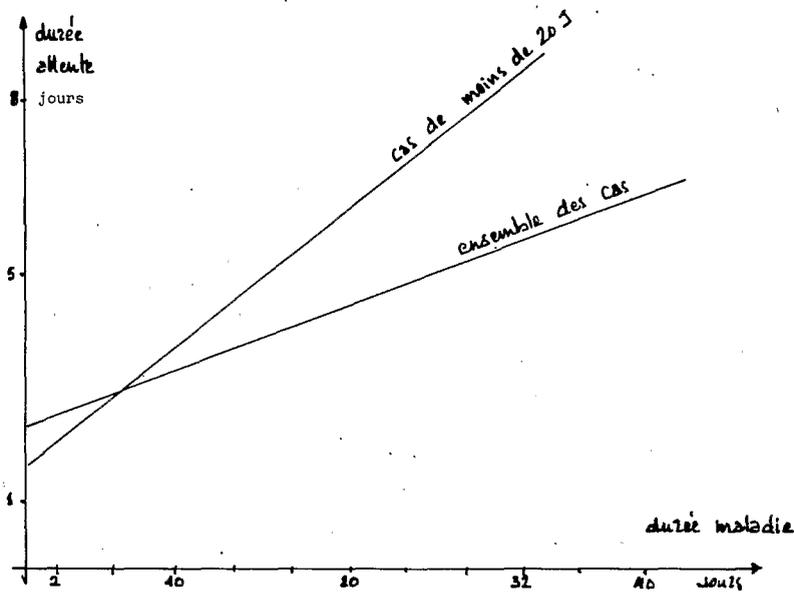


Figure n°II
Droites de régression entre durée d'attente et durée totale de la maladie



BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Ministère de la Santé Publique et de la Population. Stratégie de lutte secondaire contre le paludisme, 1988.
- 2 - SORÓ NIEMINDIOMON B.
Contribution à l'étude de la durée moyenne des principales maladies déclarées au niveau de quatre centres de santé ruraux de Côte d'Ivoire. Thèse Méd. Abidjan, 1984, (560).
- 3 - TOURE MOUSSA

- Etude de la Consommation en médicaments d'un centre de santé rural ; déductions pratiques et implications en Santé Publique. Thèse Méd. Abidjan, 1982, 398.
- 4 - COULIBALY A. - Le comportement des populations rurales face aux différents systèmes de santé. Etude comparative au niveau des zones d'influence de trois autres centres de santé de Côte d'Ivoire. Thèse Méd. Abidjan, 1982, (412).