

Prise en charge du paludisme dans les communautés du Togo.

A. D. Gbadoé (1), A. Ladé (1), S. Koffi (1) & K. Morgah (2)

(1) Département de pédiatrie, BP 8881, Lomé, Togo. Tél. : (228) 2214862. Fax : (228) 2251359. E-mail : adgbadoe@yahoo.fr

(2) Programme national de lutte contre le paludisme, BP 548, Lomé, Togo.

Manuscrit n° 2747. "Santé publique". Reçu le 2 décembre 2004. Accepté le 6 décembre 2005.

Summary: Management of malaria in Togolese communities.

The objective of this study was to collect community basis data on prevention and home management of malaria for the future assessment of "Roll Back Malaria", the new world strategy of fighting against malaria.

The study was carried out in 3 districts in Togo. Mothers were questioned about the quality of home management of uncomplicated malaria on 951 children aged under 5. Fathers were questioned about the use of mosquito bed nets in 597 households, and 246 women were interviewed about the prevention of malaria during pregnancy.

Home management of children under treatment was correct in only 38.1% of cases and the drug observance was followed by only 35.4% of patients. Mosquito nets were used in 30.5% of households and only 16.5% were treated with insecticides. Only 22.7 % of children under 5 slept under mosquito nets. 80% women made at least one antenatal visit and 74.4% received regular malaria chemoprophylaxis.

Many efforts should be made in Togo to increase the quality of home management of malaria and the use of insecticide-treated bed nets.

Résumé:

Une enquête a été réalisée au Togo en vue de disposer de données de base communautaires pour l'évaluation future de l'impact de l'initiative Roll Back Malaria (« faire reculer le paludisme ») sur la prévention et le traitement du paludisme à domicile.

Une enquête de type interview a été réalisée dans trois districts du Togo pour évaluer : la qualité du traitement à domicile par les mères de 951 enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme; l'utilisation des moustiquaires dans 597 foyers; et la prévention du paludisme chez 246 femmes enceintes.

Le traitement des enfants n'a été correct que dans 38,1 % des cas et l'observance thérapeutique n'a été respectée que chez 35,4 % d'entre eux. Le taux de disponibilité des moustiquaires était de 30,5 % et 16,5 % seulement était imprégnées d'insecticide. Seuls 22,7 % des enfants de moins de 5 ans dormaient sous moustiquaires. Quatre vingt pour cent des femmes ont effectué au moins une consultation prénatale et 74,4 % ont reçu une chimioprophylaxie antipalustre.

Il existe des insuffisances dans la prévention et le traitement du paludisme à domicile. Des efforts restent à faire pour relever la qualité du traitement présomptif du paludisme et augmenter la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Introduction

Depuis 1999, une nouvelle stratégie de lutte antipaludique a été lancée par l'OMS, la Banque mondiale, l'Unicef et le PNUD et baptisée *Roll Back Malaria* (RBM) (« faire reculer le paludisme ») avec comme objectif de réduire de moitié la mortalité et la morbidité liées au paludisme d'ici l'an 2010. Une des priorités de RBM est le renforcement de la participation communautaire à la lutte antipaludique qui repose essentiellement sur deux volets : un volet préventif incluant l'utilisation à large échelle par la population de matériaux imprégnés de pyrèthriinoïdes (K-Otrine® au Togo) et la chimioprophylaxie chez la femme enceinte; et un volet curatif

qui comporte un traitement présomptif rapide et adéquat des premiers signes de paludisme simple à domicile (8). Le Togo a opté pour cette nouvelle stratégie en ratifiant la déclaration d'Abuja, une convention entre les chefs d'Etats africains et les initiateurs de la stratégie RBM (11).

Depuis mai 2004, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (artéméther-luméfántrine en première intention et artésunate-amodiaquine en 2^e intention) et le traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine ont remplacé la chloroquine dans la politique médicamenteuse antipaludique. En effet, les derniers tests d'efficacité thérapeutique (tests d'efficacité thérapeutique de 14 jours de l'OMS (12)) réalisés sur cinq sites sentinelles ont montré des taux

malaria
community
treatment
Lacs district
Danyi
Bassar
Togo
Sub-Saharan Africa

paludisme
communauté
traitement
district des Lacs
Danyi
Bassar
Togo
Afrique intertropicale

d'échecs thérapeutiques compris entre 0 et 4,7 % pour l'amo-diaquine, 2,5 et 16,4 % pour la sulfadoxine-pyriméthamine, et 8,2 et 25,3 % pour la chloroquine (14).

En vue de disposer de données de base communautaires pour l'évaluation future de l'impact de RBM sur la prévention et le traitement à domicile du paludisme, nous avons réalisé une enquête dans les communautés de trois districts sanitaires du Togo.

Patients et méthodes

Lieux de l'enquête

L'enquête s'est déroulée du 14 au 19 mai 2001 dans trois districts sanitaires du Togo. Il s'agissait des districts des Lacs, de Danyi et de Bassar (figure 1).

Figure 1.

Carte du Togo avec les trois districts enquêtés.

En encadré dans le coin : le Togo en Afrique.

Map of Togo with the 3 districts where surveys were carried out.
In the frame in the corner : Togo in Africa.



Le Togo est un pays d'hyperendémicité palustre avec un profil de paludisme stable durant toute l'année et une recrudescence en saison pluvieuse. Au moment de l'enquête, la politique médicamenteuse antipaludique en vigueur était la suivante : chloroquine en première intention, sulfadoxine-pyriméthamine en 2^e intention, et chimioprophylaxie de la femme enceinte par 300 mg hebdomadaire de chloroquine.

Le district de Danyi est situé sur les hauteurs d'un plateau à 600 m d'altitude avec un climat doux durant toute l'année. Il s'agit d'un district considéré comme de moindre transmission palustre au vu des faibles densités anophéliennes objectivées par des études de capture d'anophèles dans les cases (6).

Le district des Lacs baigne dans des eaux lagunaires saumâtres le long de l'océan Atlantique. Il s'agit d'un des districts à forte densité anophélienne.

Le district de Bassar est situé dans une plaine à végétation arbustive parsemée de collines. La densité anophélienne y est intermédiaire par rapport aux deux autres districts.

Déroulement de l'enquête et population

Dans chaque district, les communautés ont été choisies dans l'aire de responsabilité (préalablement bien définies et

délimitées pour chaque formation sanitaire périphérique du pays) de quatre formations sanitaires (trois unités de soins périphériques choisies au hasard et l'hôpital de district). Pour chaque formation sanitaire, deux communautés ont été sélectionnées (la plus proche de la formation sanitaire et la plus éloignée), soit au total huit communautés.

Les enquêteurs provenaient des instances communautaires des localités retenues (comité villageois de développement, comité de santé et comité de gestion de la politique des médicaments en nom générique). L'enquête a été supervisée par le coordonnateur national du programme de lutte contre le paludisme, un enseignant universitaire de pédiatrie et premier auteur de cet article, un médecin de santé publique, un entomologiste, un sociologue, et deux biostatisticiens.

Sujets à inclure

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préalablement élaboré, avec les prévisions suivantes de sujets à inclure :

- pour la prise en charge des cas considérés comme cas de paludisme simple à domicile, les mères ont été interrogées sur la qualité du traitement administré à domicile à leurs enfants de moins de 5 ans qui ont présenté une fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Quarante enfants par communauté devaient être évalués ;
- pour la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires, 25 foyers ont été choisis par communauté et les responsables des ménages interrogés ;
- pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte, 10 femmes ayant accouché au cours des 6 mois précédents, ou en état de grossesse au 3^e trimestre devaient être choisies par communauté et interrogées.

Le choix des sujets à interroger a été fait de la manière suivante : 3 groupes d'enquêteurs ont été constitués, chacun des groupes devant recueillir respectivement les données sur les enfants, les responsables des ménages et les femmes enceintes. Dans chaque communauté, la direction à suivre a été déterminée en utilisant la technique de la bouteille vide que l'on faisait tourner au milieu du village. Ensuite, on progressait jusqu'à obtenir le nombre de cas souhaités. Si ce nombre n'était pas obtenu dans la direction choisie, on revenait au centre du village pour choisir une ou de nouvelles directions.

Contenu du questionnaire

Le questionnaire comportait les questions suivantes (posées en langue locale) que l'on peut résumer ainsi :

- pour les mères d'enfants ayant présenté une fièvre : « Décrivez tout ce que vous avez fait pour traiter votre enfant (1^{re}, 2^e, 3^e,... intention). S'il s'agit de médicaments, en donner le (les) nom(s), la dose, et dire comment et pendant combien de temps le(s) médicament(s) a (ont) été pris » ;
- pour les responsables de ménages : « Avez-vous une ou des moustiquaires dans ce foyer ? Sont-elles imprégnées d'insecticide ? Pouvez-vous nous faire voir la (les) moustiquaire(s) ? Combien d'enfants de moins de 5 ans vivent dans le foyer ? Combien ont dormi sous moustiquaire la nuit dernière ? » ;
- pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte : « Quelle est votre parité ? Au cours de votre dernière grossesse, avez-vous eu des consultations prénatales ? Si oui, combien ? Avez-vous pris un médicament pour prévenir le paludisme ? Si oui, quel médicament avez-vous pris, combien de comprimés, à quel rythme et pendant combien de temps ? ».

Analyse des données

Les données ont été saisies en utilisant le logiciel Epi Info 6.1.

Les tests habituels de comparaison des variables qualitatives (χ^2 de Pearson, test exact de Fisher) ont été utilisés.

Résultats

Prise en charge des cas de paludisme simple

Âge des enfants inclus

L'enquête a porté sur 951 enfants de moins de 5 ans ayant présenté une fièvre dans les deux semaines précédentes et répartis comme suit dans les trois districts : Lacs 324, Danyi 322 et Bassar 305.

Qualité du traitement administré à domicile par les parents

Chez 748 enfants (78,6 %), la chloroquine a été donnée en première intention. Dans les autres cas, il s'agissait de traitement traditionnel (guérisseur ou plantes médicinales). La posologie de la chloroquine n'a été correcte que dans 38,1 % des cas (50 % dans le district des Lacs, 21,9 % à Danyi et 38,7 % à Bassar).

Observance thérapeutique

Elle n'a été correcte que dans 35,4 % des cas (51,6 % dans le district des Lacs, 21 % à Danyi et 30,9 % à Bassar).

Prévention du paludisme

Elle a été évaluée sur plusieurs volets : la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires par la population, et la prévention du paludisme chez la femme enceinte.

Disponibilité et utilisation des moustiquaires par la population

En tout, 597 foyers ont été enquêtés sur l'utilisation des moustiquaires (203 dans le district des Lacs, 203 dans le district de Danyi et 191 dans le district de Bassar). Parmi ces foyers, 182 disposaient d'au moins une moustiquaire (30,5 %) dont 30 seulement étaient imprégnées (16,5 %). Sur 932 enfants de moins de 5 ans vivant dans ces foyers, 212 avaient dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête, soit 22,7 % (39,5 % dans les Lacs, 9,1 % à Danyi et 19,4 % à Bassar, $p < 10^{-8}$, différence significative).

Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Âge et parité des femmes interrogées

Les 246 femmes enceintes interrogées se répartissaient comme suit : 99 dans le district des Lacs, 82 dans le district de Danyi et 65 dans le district de Bassar. Leur âge moyen était de $26,7 \pm 6,8$ ans (extrêmes, 14 et 43 ans), et leur parité variait entre 1 et 3 enfants.

Nombre de consultations prénatales (CPN) effectuées

Un certain nombre de femmes n'ont effectué aucune CPN (20 %), tandis que 35 % ont effectué une à 2 CPN et 45 % 3 à 6 CPN. Cette répartition du nombre de CPN effectuées est presque identique dans les trois districts.

Prise d'une chimioprophylaxie antipalustre au cours de la grossesse

Sur 241 femmes interrogées, 23,6 % n'ont pris aucun médicament antipalustre à titre prophylactique. Pour celles qui ont reçu un traitement, celui-ci était de la chloroquine dans 95,1 % des cas ou de la sulfadoxine-pyriméthamine (4,9 %). La plupart des femmes ayant pris la chloroquine (94 %) ont

affirmé l'avoir pris régulièrement chaque semaine, quel que soit le district.

Discussion

Ce travail est le premier du genre au Togo, devant servir de base pour l'évaluation future des activités à base communautaire de la stratégie RBM. Par rapport aux prévisions, le nombre de sujets à inclure a été légèrement plus bas dans le district de Bassar (305 enfants malades au lieu de 320, 191 foyers au lieu de 200 et 65 femmes interrogées au lieu de 80). D'autre part, pour des raisons budgétaires, 3 districts seulement ont été sélectionnés pour l'enquête sur les 30 que compte le Togo. Ce choix a été raisonné au lieu d'un choix au hasard, ce qui constitue un biais, ajouté à la faiblesse de l'échantillon des sujets interrogés, même si des critères entomologiques ont guidé le choix des districts.

Le consensus global sur le bien-fondé d'un traitement présomptif rapide de la fièvre à domicile repose sur le fait que chez l'enfant, le retard au traitement des accès palustres conduit vers les formes graves et donc le décès (3). Par ailleurs, l'accès rapide aux soins n'est pas assuré pour une grande partie de la population à cause des distances trop éloignées entre les structures de soins et les communautés et des ressources financières limitées de ces populations. L'impact positif du traitement présomptif du paludisme à domicile sur la diminution de la morbi-mortalité palustre a déjà été bien documenté (5, 17). La qualité du traitement administré aux enfants n'a été correcte que dans 36,9 % des cas dans notre enquête. Ce chiffre est loin des 60 % à atteindre en 2005 recommandés dans la déclaration d'Abuja sur l'initiative RBM (11). Les stratégies recommandées par RBM pour améliorer la prise en charge des cas à domicile sont la formation des mères à la reconnaissance et au traitement correct et rapide des signes de paludisme simple. Cette formation serait réalisée par des agents de santé communautaires qui auraient également en charge la distribution des médicaments antipalustres (8), lesquels devraient être confectionnés si possible sous blister et par tranches d'âge (15).

Le taux de disponibilité des moustiquaires et le pourcentage d'enfants qui les utilisent est faible au Togo. De même, la proportion des MII est insuffisante (16,5 %), tout comme dans la plupart des pays en Afrique subsaharienne où les taux ne dépassent pas 25 % (1, 7, 10, 18). Et pourtant, plusieurs études continuent de démontrer l'importance des MII dans la diminution de la morbi-mortalité palustre (9, 13). Au Togo, il a été établi récemment que les facteurs limitant l'utilisation des MII sont le coût relativement élevé de la moustiquaire (4,78 \$ pour un revenu mensuel par habitant de 28,30 \$ US), l'insuffisance d'information de la population, la taille moyenne élevée des ménages (5,4 personnes) nécessitant souvent 2 à 3 moustiquaires, les difficultés de fonctionnement et l'insuffisance des centres d'imprégnation des moustiquaires (16).

La majorité des femmes enceintes enquêtées ont effectué des consultations prénatales (CPN) dans des structures de soins modernes et beaucoup ont suivi une prophylaxie antipalustre, bien que la qualité de cette chimioprophylaxie n'ait pas été évaluée. Ce taux élevé d'adhésion aux CPN et à la chimioprophylaxie est retrouvé dans plusieurs pays d'Afrique au sud du Sahara et dénote les nombreuses actions de santé communautaire menées ces dernières années dans le cadre de la santé de la reproduction. Pour HAMEL *et al.*, on devrait profiter de ces CPN pour relever le taux d'utilisation des MII en procédant à leur distribution (4).

Conclusion

Cet état des lieux sur la situation du paludisme dans les communautés du Togo montre, à l'instar de plusieurs pays d'Afrique, que beaucoup d'insuffisances existent dans la prise en charge aussi bien préventive que curative du paludisme à domicile. Ces mêmes insuffisances ayant déjà été notées dès 1989 (2), on devine facilement l'ampleur du travail qui reste à faire pour atteindre les objectifs très élevés de RBM.

Références bibliographiques

1. BARIBUIRA C, KANYAGE L & BARUTWANAYO M – La lutte contre le paludisme et son vecteur : connaissances et pratiques des ménages des quartiers populaires de Bujumbura (Burundi). *Malaria* 1997, **6**, 13-19.
2. DEMING MS, GAYIBOR A, MURPHY K, JONES TS & KARSA T – Home treatment of febrile children with antimalarial drugs in Togo. *Bull WHO*, 1989, **67**, 695-700.
3. GREENWOOD BM, BRADLEY AK, GREENWOOD AM, BYASS P, JAMMEY K *et al.* – Mortality and morbidity from malaria in children in a rural area in Gambia, West Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1987, **81**, 478-486.
4. HAMEL MJ, ODHACHA A, ROBERTS JM & DEMING MS – Malaria control in Bungoma district, Kenya: a survey of home treatment of children with fever, bednet use and attendance at antenatal clinics. *Bull OMS*, 2001, **79**, 1014-1023.
5. KIDANE G & MORROW RH – Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial. *Lancet*, 2000, **356**, 550-555.
6. KOFFI KS – *Aspects épidémiologiques du paludisme au Togo*. Thèse N° 310, Université de Bordeaux II, 1989.
7. LOUIS PJ, TREBUCQ A, GELAS H, FONDJO E, MANGA L *et al.* – Le paludisme maladie dans la ville de Yaoundé (Cameroun) : prise en charge et lutte antivectorielle au niveau familial. *Bull Soc Pathol Exot*, 1992, **85**, 26-30.
8. Malaria Regional Advisor, WHO – Community actions for malaria control. *Malaria*, 2000, **3**, 1-4.
9. MAXWELL CA, MSUYA E, SUDI M, NJUNWA KJ, CARNEIRO IA & CURTIS CF – Effect of community-wide use of insecticide-treated nets for 3-4 years on malarial morbidity in Tanzania. *Trop Med Int Health*, 2002, **7**, 1003-1008.
10. NUWAHA F – People's perception of malaria in Mbarara, Uganda. *Trop Med Int Health*, 2002, **7**, 462-470.
11. ORG MOND SANTÉ – The African summit on Roll Back Malaria. Abuja, Nigeria, 25 April 2000. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/RBM/2000.17).
12. ORG MOND SANTÉ – Surveillance de la résistance aux antipaludiques. Rapport d'une consultation de l'OMS. Genève, 3-5 décembre 2001 (document WHO/CDS/CSR/EPH/2002.17).
13. PHILLIPS-HOWARD PA, NAHLEN BL, WANNEMUEHLER KA, KOLCZAK MS, TER KUILE FO *et al.* – Impact of permethrin-treated bed nets on the incidence of sick child visits to peripheral health facilities. *Am J Trop Med Hyg*, 2003, **68**, 38-43.
14. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (Togo) – Évaluation de l'efficacité thérapeutique de la chloroquine, l'amodiaquine et la sulfadoxine-pyriméthamine sur sites sentinelles au Togo : 2003. Ministère de la santé, mai 2005.
15. SIRIMA SB, KONATÉ A, TIONO AB, CONVELBO N, COUSENS S & PAGNONI F – Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Trop Med Int Health*, 2003, **8**, 133-139.
16. TOSSOU H – *Analyse des facteurs limitant l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la communauté de Lomé*. Mémoire, École des assistants médicaux, Université de Lomé, 2003.
17. TRAPE JF, QUINET MC, NZINGOULA S, SENG P, TCHICHELE F *et al.* – Malaria and urbanization in central Africa: the example of Brazaville. Part V: Pernicious attacks and mortality. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1987, **81 S 2**, 34-42.
18. WERY M, ZANDU A & MALENGEAN M – Pratiques et dépenses pour la protection contre les moustiques dans les ménages à Kinshasa, Zaïre. *Ann Soc Belg Méd Trop*, 1991, **71**, 259-266.