

PC  
1805

## Étude originale

# Morbidité et létalité palustres dans un service de pédiatrie en Afrique de l'Ouest

Pierre Gazin, François Tall, Antoinette Traoré, Boubacar Nacro

Le paludisme est une endémie majeure en Afrique au sud du Sahara, atteignant tous les âges, particulièrement meurtrière durant la petite enfance. Il est habituellement considéré comme directement responsable de la mort chaque année de 0,5 à 2 millions d'enfants africains [1, 2]. L'imprécision du chiffre peut surprendre. Elle est due à la faiblesse du recueil d'informations sanitaires, particulièrement en dehors des formations hospitalières, à la rareté de la confirmation biologique du diagnostic clinique, à la difficulté d'affirmer, en dehors des cas cliniques indiscutables d'accès pernicieux, la responsabilité des hématozoaires dans des tableaux complexes associant fièvre, mauvais état général, anémie, diarrhée, pneumonie [3]. Cette situation a parfois conduit à gravement sous-estimer l'importance du paludisme dans la mortalité infantile.

En Afrique, l'accès palustre est le plus souvent traité à domicile sans l'intervention d'un professionnel de la santé ou dans des dispensaires tenus par des infirmiers. Ce n'est qu'une partie des accès palustres graves qui aboutit en milieu hospitalier, particulièrement dans les services de pédiatrie.

À Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), l'hôpital Souro Sanou accueille des malades de toute la partie ouest du pays (Tableau 1). Son recrutement se fait cependant essentiellement dans la population de la ville (300 000 habitants). Le service de pédiatrie

(138 lits, 3 médecins, 5 internes) pratique ainsi environ 15 000 consultations externes et 4 000 hospitalisations par an (enfants de 0 à 14 ans).

Le diagnostic d'accès palustre simple est posé dans le service sur l'association de fièvre non expliquée par une autre cause et d'une évolution favorable sous traitement (quinine à la dose de 25 mg/kg/jour pendant 3 jours). Le diagnostic d'accès compliqué est posé sur l'association d'un coma fébrile, quel que soit son stade, non expliqué par une autre cause et sur la reprise de conscience sous traitement antipaludéen (quinine à la dose de 25 mg/kg/jour et traitement symptomatique des perturbations hydro-électriques, ainsi que de l'hypoglycémie). Du fait de l'insuffisance des moyens de laboratoire, les examens microscopiques sanguins ne sont pas systématiquement pratiqués.

Entre 1988 et 1990, 1 200 enfants sont en moyenne chaque année hospitalisés

dans le service de pédiatrie pour accès palustre. 65 % d'entre eux ont moins de 5 ans. Les hospitalisations pour paludisme représentent 29,6 % de l'ensemble des hospitalisations. 85 % de ces hospitalisations ont lieu entre juillet et décembre, période de transmission intense (plus d'une centaine de piqûres infectées par homme et par an en milieu rural). La part du paludisme parmi les hospitalisations est ainsi de 11 % lors des premiers semestres et atteint 43 % lors des seconds.

Le taux de létalité est de 7 %. Il est stable tout au long de l'année. Il est plus bas que celui des enfants hospitalisés dans le service pour d'autres pathologies (16,1 %, différence très significative,  $p < 0,001$ ). Il est bien supérieur au taux de 1 % de létalité des accès palustres rapporté par Greenwood [2]. Ceci s'explique aisément par le recrutement hospitalier qui concerne essentiellement les échecs thérapeutiques des auto-traitements familiaux ou

Tableau 1

Hospitalisations dans le service de Pédiatrie de l'hôpital de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) entre 1988 et 1990

	1988	1989	1990	Total
Hospitalisés	3 189	3 584	5 382	12 155
Cas de paludisme	916	1 246	1 439	3 601
Ensemble des décès	438	510	684	1 632
Décès pour paludisme	59	105	87	251
Létalité palustre	6,4 %	8,4 %	6,0 %	7,0 %

P. Gazin : ORSTOM, Centre Muraz, BP 171, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

F. Tall, A. Traoré, B. Nacro : Service de Pédiatrie, Hôpital Souro Sanou, BP 676, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Hospitalizations in a pediatric ward in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) from 1988 to 1990

PM 203

Cahiers Santé 1992 ; 2 : 243-4

243

n° 4

25 NOV. 1992

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 36.157 ex 1

Cote : B

dans les structures sanitaires de base. Bien que les chiffres hospitaliers ne soient qu'un reflet très imparfait de la situation, le paludisme apparaît, avec 251 décès en 3 ans (15 % des décès des hospitalisés), comme une des premières pathologies des enfants de Bobo-Dioulasso.

La mortalité par paludisme semble faible dans certains hôpitaux africains, comme par exemple à Brazzaville (Congo) [4]. Cette situation pourrait être la conséquence d'un bon fonctionnement des services médicaux de niveau intermédiaire, capables de diagnostiquer et de traiter à temps les accès. Une situation comparable à celle de Bobo-Dioulasso est cependant observée dans plusieurs régions : 15 % des décès en pédiatrie à Kinshasa (Zaire) sont directement attribués au paludisme, 17 % à Banjul (Gambie) [2].

L'accès palustre est une maladie aisée

à suspecter cliniquement et à confirmer biologiquement dans une formation sanitaire équipée d'un laboratoire rudimentaire et animée par un personnel compétent. Le traitement au début est à la fois simple à administrer (comprimés *per os*) et peu onéreux (quinolélines, quinine, sulfadoxine-pyriméthamine). Le paludisme est pourtant toujours une des premières causes de décès infanto-juvéniles dans de nombreux pays africains, traduisant l'inadaptation de leurs systèmes sanitaires aux réalités des pays. Le traitement en amont des formations médicales de tous les accès fébriles, par l'intermédiaire des Soins de Santé Primaires, est censé dans l'esprit de ses initiateurs supprimer la mortalité par paludisme. En pratique, il n'en est rien. Le paludisme, maladie connue de tous en Afrique, omniprésente, aisée à diagnostiquer et à traiter, continue à être une des causes majeures de mortalité ■

## Summary

Malaria morbidity and mortality in infants and children in a West-African hospital

P. Gazin, F. Tall, A. Traoré, B. Nacro

*Malaria is responsible for 30 % of admissions to the pediatric ward of Bobo-Dioulasso Hospital (Burkina Faso). The figure fluctuates between 11 % during the dry season and 43 % during the wet season, the time of peak transmission (> 100 potentially contaminating bites/person/year) in neighboring rural areas. The mortality rate among children with malaria is 7 %, and the disease accounts for 15 % of all childhood deaths in the hospital. Primary Health Care seems to have little impact on malaria, which remains one of the worst diseases in West Africa.*

Cahiers Santé 1992 ; 2 : 243-4

## Résumé

Le paludisme est à l'origine de 30 % des hospitalisations dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), avec une grande variation de fréquence au cours de l'année : 11 % des hospitalisations en saison sèche, 43 % en période de transmission palustre. Avec un taux de létalité de 7 %, le paludisme est directement responsable de 15 % des décès des enfants hospitalisés.

## Références

1. Breman JG, Campbell CC. Combating severe malaria in African children. *Bull WHO* 1988 ; 66 : 611-20.
2. Greenwood B, Marsh K, Snow R. Why do some African children develop severe malaria? *Para Today* 1991 ; 7 : 277-81.
3. Groupe d'auteurs. Severe and complicated malaria. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1990 ; 84, suppl. 2, 65 p.
4. Trape JF, Quinet MC, Nzingoula S, et al. Malaria and urbanization in Central Africa : the example of Brazzaville. 5 : Pernicious attacks and mortality. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1987 ; 81, suppl 2 : 26-33.



## LA TONTINE Pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement M. Lelart

La mobilisation de l'épargne dans les pays en voie de développement est devenue un problème lancinant. La plupart de ces pays se sont endettés au-delà de toute mesure et les systèmes bancaires africains sont en pleine décomposition. Cet échec est celui des modèles et des politiques de développement fondés sur les grands projets et sur « l'industrie industrialisante ».

La prise de conscience qui s'impose aujourd'hui confère un intérêt grandissant au secteur informel, notamment à ces pratiques d'épargne et de crédit que sont les tontines. Il y en a dans la plupart des pays en voie de développement, surtout africains, elles sont pratiquées par toute la population, elles sont d'une souplesse extraordinaire et elles drainent des sommes qui sont parfois considérables.

Cet ouvrage décrit le phénomène tontinier : des monographies effectuées au Bénin et auprès de populations chinoises en soulignent la richesse et la diversité. Il mesure ce phénomène au Niger et au Togo. Enfin, il analyse ce phénomène sous quelques-uns de ses aspects micro- et macro-économiques, et amorce une réflexion sur le rôle que pourraient jouer les tontines face aux banques comme sur les raisons d'un attrait qui ne se dément pas.

Co-édition John Libbey Eurotext/AUPELF-UREF  
1990 — 376 pages — 160 FF  
80 FF — prix préférentiel : Afrique, Asie, Amérique du Sud, Haïti.

### BON DE COMMANDE

Veillez m'adresser ( ) exemplaire(s) de  
.....  
Veillez trouver ci-joint mon règlement à l'ordre de John Libbey Eurotext  
Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
Ville ..... Pays .....  
À retourner à : John Libbey Eurotext - 6.  
rue Blanche - 92120 Montrouge - France.  
Tél. : 47.35.85.52 - Fax : 46.57.10.09