

Lettre à la rédaction

À PROPOS DU PALUDISME DES EXPATRIÉS À BRAZZAVILLE (CONGO) About malaria among expatriates in Brazzaville (Congo)

Par B. CARME (1) (2)

L'article de CHANDENIER et coll., « Le paludisme et la pathologie fébrile des expatriés à Brazzaville en 1993 » (*Bull. Soc. Path. Ex.*, 1995, **88**, 18-21) a retenu toute notre attention, ayant travaillé sur ce même thème de 1989 à 1992.

Nous souscrivons tout à fait à certains aspects développés dans ce travail. En particulier sur le principe d'une prise en charge antipalustre à la fois adaptée au sujet, à son lieu d'expatriation et à ses activités en essayant de limiter les prises médicamenteuses abusives.

Il est vrai qu'une certaine confusion règne au sein de cette population concernant le paludisme et son traitement (1); d'où la nécessité de ne pas la majorer. C'est pourquoi nous voudrions apporter un correctif et quelques commentaires, compte tenu de notre expérience congolaise.

Certains aspects de nos travaux ont été mal analysés par les auteurs, puisque la traduction qui en est faite se trouve être à l'opposé des résultats présentés pour une enquête menée en 1992 et parus en 1993 (2). En effet, nous retrouvions que le facteur de risque principal, pour la communauté expatriée d'origine européenne à Brazzaville, était la notion de déplacement (avec présence nocturne) en milieu rural (Odds ratio (OR) = 3,2), et non pas l'absence d'influence de ce facteur.

Par ailleurs, il est évident que la méthodologie utilisée au cours de nos enquêtes (interrogatoire) n'est pas exempte de critique. Nous l'avons clairement annoncé en insistant sur le fait que les résultats obtenus, en particulier les taux de survenue d'accès palustre, ne devaient être considérés que comme des éléments de comparaison d'un groupe à l'autre et d'une époque à l'autre.

Une grande prudence est en effet nécessaire. L'annonce d'un taux précis (0,5 % pour les expatriés consultant en 1993 à Brazzaville) ne va pas dans ce sens. Cela est d'autant plus regrettable qu'une double confusion est à relever.

Consultants et consultations

Dans les résultats et la discussion, il est indiqué pour 1993 un chiffre de 4 365 consultations mais le taux de 0,5 %, qui figure dans le résumé, implique que le nombre de consultations soit le même que celui de consultants. Sur la base de trois consultations annuelles par personne, ce qui ne paraît pas exagéré pour des actes dispensés gratuitement à des personnes déplacées et souvent inquiètes pour leur santé, le taux, du fait que l'on s'intéresse aux hommes et non plus aux actes, serait à tripler.

Coopérants et expatriés

Le titre de l'article parle d'expatriés alors que les données ne concernent que les coopérants français. Si tous les coopérants sont expatriés, nombreux sont les expatriés n'appartenant pas à cette catégorie. Le Centre médico-social de la coopération est réservé, en théorie exclusivement, aux coopérants. La fréquence des accès palustres n'est vraisemblablement pas la même dans ces deux catégories (coopérants et expatriés non coopérants). Les premiers sont en général depuis moins longtemps dans le pays (valeur médiane citée : 2 ans) et donc mieux suivis médicalement et plus respectueux des consignes de prévention. De plus, leurs déplacements dépassant une seule journée en milieu rural (en rapport avec des loisirs et/ou une activité professionnelle) sont moins fréquents.

Quoi qu'il en soit, s'il est possible que la morbidité palustre soit relativement modérée pour cette population, cela ne peut en aucun cas être rapporté aux quartiers de résidence comme cela est suggéré. Les expatriés n'habitent pas les quartiers où la transmission palustre est particulièrement faible. En effet, tout comme les anophèles, ils désertent les endroits sans assainissement, paradis des *Culex*, et à fortes concentrations humaines (4).

Enfin, le fait d'admettre comme chimioprophylaxie correcte en 1993 pour ces coopérants non immuns la prise de chloroquine seule constitue un autre point de désaccord, bien que nous ayons été les premiers à souligner la stabilisation du phénomène de résistance aux amino-4-quinoléines dans la région

(1) Service de parasitologie-mycologie, Faculté et CHU d'Amiens, 80054 Amiens (France).

(2) Manuscrit n° 1703.

d'Afrique centrale (3). Dans notre enquête 1992, précédemment citée (2), nous retrouvions, certes par interrogatoire, une fréquence bien plus faible d'accès fébriles potentiellement palustres chez les sujets suivant une chimioprophylaxie par chloroquine + proguanil par rapport à ceux ne prenant que de la chloroquine de façon régulière (OR 6,8) ou irrégulière (OR 7,7) ainsi qu'à ceux ne prenant aucune chimioprophylaxie (OR 7,3). Par contre, aucune différence significative n'était à relever entre ces deux derniers groupes).

Ces résultats sont par ailleurs en faveur de l'origine palustre des accès fébriles rapportés suite à notre interrogatoire, ce qui est à mettre au crédit de la méthodologie utilisée, le proguanil ne conférant pas, à l'évidence, de protection vis-à-vis des fièvres virales.

BIBLIOGRAPHIE

1. CARME (B.). — Contrôle du paludisme en milieu tropical médicalisé. Difficultés et inquiétudes non liées au *Plasmodium*, ni à son vecteur. *Presse Méd.*, 1992, **21**, 1836-1841.
2. CARME (B.). — Mesures antipalustres chez les expatriés au Congo. Tendances 1989-1992. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 1993, **73**, 91-99.
3. CARME (B.), MOUDZEO (H.) & MBITSI (A.) *et al.* — Stabilization of drug resistance (chloroquine and amodiaquine) of *P. falciparum* in semi-immune populations in the Congo. *J. Infect Dis.*, 1991, **164**, 437-438.
4. TRAPE (J. F.) & ZOULANI (A.). — Malaria and urbanization in Central Africa: the example of Brazzaville. III. Relationships between urbanization and the intensity of malaria transmission *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1987, **81** (suppl. 2), 19-25.