

SANTÉ PUBLIQUE

Les ventes de chloroquine dans la rue à Niamey (Niger).

J. Julvez

Epidémiologiste, médecin général de santé publique, Ministère de la santé publique/Mission de coopération, Niamey, Niger.

Correspondances : Jean JULVEZ, 110, rue de la Folie Méricourt, 75011 Paris, France

Manuscrit n°1867. "Santé publique". Reçu le 11 juin 1997. Accepté le 22 septembre 1998.

Summary: Self-Treatment of Malaria in Niamey, Niger.

Self-treatment of malaria with chloroquine is extremely common in West Africa for the febrile attacks self-diagnosed as a presumed malaria case. A survey was conducted for one year in Niamey to assess the importance of the self-treatment practice. Transmission of malaria is permanent along the river banks and seasonal in some suburbs. Chloroquine is made available by local ambulatory sellers.

A sample of 199 persons purchase on average four tablets each which is less than the curative dose recommended by WHO.

Self-medication is an adequate practice for reaching the primary goal of malaria strategy in sub-Saharan Africa, i.e. to reduce morbidity and mortality through prompt therapy. Developing this practice is a top public health priority. Even if the dose is not appropriate, self-medication protects against serious attacks without preventing immunization and does not seem to induce greater risk of extension of chloroquine-resistance.

Résumé :

L'auto-traitement à la chloroquine est une pratique courante en Afrique de l'Ouest pour les accès de fièvre présumés paludéens. Une étude d'un an a été menée dans la ville de Niamey, Niger, afin de comptabiliser les ventes faites par un "tablier" sur le trottoir. Le paludisme est permanent sur les rives du fleuve et saisonnier dans certains quartiers éloignés.

Les ventes ont été faites à 199 personnes qui ont acheté en moyenne quatre comprimés à chaque fois, ce qui est inférieur à la dose curative recommandée par l'OMS.

L'auto-médication est une pratique qui correspond au premier objectif de la stratégie antipaludique en Afrique sub-saharienne de réduction de la morbidité et de la mortalité. Cette méthode thérapeutique constitue une priorité de santé publique : elle diminue la gravité des accès en ne retardant que légèrement l'acquisition de la prémunition ; elle ne semble pas favoriser une plus grande extension de la résistance.

Key-words: Drug - Street drug - Malaria - Chloroquine - Niger - Africa

Mots-clés : Médicament - Vente informelle - Paludisme - Chloroquine - Niger - Afrique

Introduction

Outre les magasins et les marchés, le commerce de détail à Niamey se fait sur le trottoir, à la faveur d'installations parfois temporaires, pendant les six mois de saison sèche; ce moyen traditionnel d'échanges informels s'est développé depuis le début de la sécheresse et des problèmes économiques qui ont suivi.

Les vendeurs de repas servent, le matin et à midi, sur des tables et des bancs bricolés, les nombreuses personnes qui vivent en dehors de leurs familles. A Niamey, comme dans d'autres villes africaines, des médicaments sont vendus sur les marchés et dans la rue. Les marchands permanents, appelés "tabliers", sont équipés d'une valise en bois posée sur quatre pieds; le couvercle dévoile un présentoir à cigarettes, avec des bonbons, des allumettes, du savon et, toujours, des médicaments (chloroquine, acide acétylsalicylique et/ou paracétamol, antibiotique rarement). Des ambulants, ravitaillés à partir du Nigéria, portent sur la tête un assemblage de "blis-

ters" de couleurs vives, attirants pour le client. Enfin, des "spécialistes" reconnus et respectés font de la médecine traditionnelle dans des échoppes. A cette vente libre de médicaments, s'associent 14 pharmacies libérales et 6 pharmacies d'Etat.

Le paludisme est la pathologie la plus fréquente à Niamey, bien que les diagnostics soient présumés, ce qui surévalue l'incidence réelle (7), en particulier en saison sèche (8). La chloroquine des tabliers est souvent d'origine licite, achetée par un intermédiaire dans une pharmacie d'Etat. La qualité des produits des ambulants est par contre incontrôlée. L'unité de vente est classiquement de trois comprimés pour 25 francs CFA. La chloroquinosensibilité est bonne (7).

Méthode d'étude et résultats

Un seul tablier du quartier du Plateau a été suivi pendant une année, de façon hebdomadaire, afin de pouvoir contrôler la quantité réellement cédée et éviter toute revente

entre tabliers et avec les ambulants. Cet ancien quartier résidentiel de l'époque coloniale est occupé par des sociétés de service et des établissements commerciaux et correspond à une zone de passage entre différents secteurs économiques de la ville. Afin d'éviter toute rupture de stock et d'assurer un recueil correct des données, les médicaments ont été fournis au tablier sans informations sur les posologies et les indications. Ce dernier cependant faisait l'association entre chloroquine et "paludisme". Les données étaient recueillies tous les jours par le tablier sur un cahier et relevées une fois par mois. En 12 mois (d'octobre 1993 à septembre 1994), 202 personnes ont acheté 828 comprimés de chloroquine au tablier. L'évolution mensuelle des clients, selon les quantités vendues, est indiquée au tableau I.

Tableau I.

Distributions mensuelles des ventes (exprimées en nombre de clients)
Monthly distribution of sales (according to numbers of clients).

mois	clients / unité de vente				total clients	comprimés total / client		
	3 cp	6 cp	9 cp	12 cp				
1993	octobre	11	5		16	63	3,9	
	novembre	10	2		12	42	3,5	
	décembre	6			6	18	3	
1994	janvier	5	2		7	27	3,9	
	février	6	1		7	24	3,4	
	mars	7	3		10	39	3,9	
	avril	6	2		8	30	3,8	
	mai	16	5	1	22	87	4,0	
	juin	13	3		18	81	4,5	
	juillet	11	3		14	51	3,6	
	août	17	6		23	87	3,8	
	septembre	33	21	2	59	282	4,8	
total	12 mois	141	53	3	5	202	828	4,1
%		70	30	2	2			

L'échantillon, essentiellement masculin, ne comportait que des adultes travaillant dans ce quartier de Niamey. Le chiffre moyen, de 17 clients par mois, est très dispersé (écart-type de 14) ; le maximum est en septembre, soit deux mois après le début de la pluie, et un minimum s'installe de décembre à février, période froide de la saison sèche.

Discussion

L'utilisation d'un seul tablier pose évidemment le problème de la représentativité qui n'est pas bonne par rapport à la fiabilité qui a été recherchée dans cette étude préliminaire. Le nombre de clients et les quantités vendues calquent la saisonnalité de la transmission du paludisme, forte après la saison des pluies, faible pendant la période froide de la saison sèche (7). Le maximum en septembre correspond à ce que suggère le nom vernaculaire *zarma* (ethnie vivant le long du fleuve) du paludisme au Niger, *Hémar Izé*, "enfant de la saison des récoltes", qui débute deux mois après la pluie (6). L'unité de vente la plus fréquente (300 mg) correspond à la prophylaxie hebdomadaire de l'adulte ; cette posologie couvre la moitié de la dose curative adulte. Elle peut "guérir" un accès palustre en décapitant la parasitémie. Si les ventes des 83 tabliers enregistrés par la commune (droit à acquitter) dans le quartier du Plateau étaient comparables, leur activité aurait représenté 58 % de celle de la pharmacie d'officine du même quartier pendant le même temps (ses ventes ont été de 118000 comprimés de chloroquine). Même s'il est difficile d'extrapoler, cette activité représente une part importante de la consommation en médicaments antipaludiques. Les premières données sur Niamey (1) ont montré des index plasmodique (IP) et splénique (IS) élevés. Actuellement, l'IS est inexistant et les IP ne sont pas très élevés. Même si d'autres facteurs, en particulier entomologiques, sont prépondérants (7), l'auto-médication par la chloroquine joue probablement

un rôle bénéfique (3). Ce recours au secteur informel, lié à la vie communautaire (5), est certainement la solution la moins coûteuse et la plus accessible (3, 4). L'automédication des fièvres est ancienne et l'usage d'une posologie inférieure à la dose curative est la règle (9) ; elle favoriserait le développement de la chloroquinorésistance, mais ceci n'a jamais été démontré (10) et son extension locale est restée modérée depuis sa découverte au Sahel en 1988 (2).

Conclusion

Face au risque de paludisme grave, parfois mortel, qui demeure une réalité au Sahel où la transmission n'est pas partout permanente, la possibilité d'une automédication par la famille est une priorité de santé publique. Même utilisée la plupart du temps à dose non curative, ses effets apparaissent comme positifs : elle limite de façon nette les complications graves des accès palustres sans entraîner, dans les zones où elle est possible, de retard trop important dans l'acquisition d'une prémunition (7).

Dans la réalité, le commerce légal ou informel assuré, depuis la crise économique liée à la sécheresse, la suppléance face à une situation de rupture de stock quasi-permanente des services publics. Cette pratique est partie intégrante de l'approche communautaire des soins de santé primaire et doit donc être respectée et encouragée, même s'il semble indispensable que ces tabliers puissent devenir des auxiliaires ayant reçu un minimum de formation.

Remerciements

Cette étude, intégrée dans un programme de recherche sur l'épidémiologie du paludisme au Niger, a bénéficié d'un financement du Ministère de la coopération au titre du programme mobilisateur paludisme.

Références bibliographiques

- BEDIER E, LAURENCY & BAURY - Index endémique du paludisme à Niamey à la fin de la saison des pluies. *Bull Soc Path Ex*, 1924, **17**, 327-329.
- CHARMOT G, AMAT-ROZE JM, RODHAIN F, LE BRAS J & COULAUD JP - Abord géographique de l'épidémiologie de la chloroquinorésistance de *Plasmodium falciparum* en Afrique tropicale. *Ann Soc belge Méd Trop*, 1991, **71**, 187-197.
- FASSIN D - La vente illicite des médicaments au Sénégal. Conséquences pour la santé des populations. *Bull Soc Path Ex*, 1986, **79**, 557-570.
- FAYE O, FALL M, GAYE O, BAH IB, DIENG T *et al.* - Impact de l'accessibilité aux antipaludéens sur la morbidité palustre et la chloroquinorésistance. Etude menée à Touba (Sénégal). *Bull Soc Path Ex*, 1997, **90**, 318-320.
- FAYE O, FAYE B, DIENG B, FAYE C, N'DIR O *et al.* - Soins informels dans le paludisme. Déterminants de la demande et inventaire de l'offre. Etude menée dans la ville de Touba (Sénégal). *Bull Soc Path Ex*, 1996, **89**, 35-40.
- JULVEZ J, HAMIDINE M., BOUBACAR A, NOUHOU A & ALAROU A - Connaissances et pratiques face au paludisme. Etude en pays Zarma-Songhay. *Cah Santé*, 1995, **5**, 307-313.
- JULVEZ J, MOUCHET J, MICHAULT A, FOUTA A & HAMIDINE M - Eco-épidémiologie du paludisme à Niamey et dans la vallée du fleuve, République du Niger, 1992-1995. *Bull Soc Path Ex*, 1997, **90**, 94-100.
- OLIVAR M, DEVELOUX M, ARI CHEGOU A & LOUHAN L - Presumptive diagnosis of malaria results in a significant risk of mistreatment of children in urban Sahel. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1991, **85**, 729-730.
- RUEBUSH TK, KERN MK, CAMPBELL CC & OLOO AJ - Self-treatment of malaria in a rural area of western Kenya. *Bull OMS*, 1995, **73**, 229-236.
- WERNSDORFER WH - The Development and spread of Drug-resistant Malaria. *Parasitology Today*, 1991, **7**, 297-303.