

MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS DE 10 À 19 ANS VIVANT EN MILIEU RURAL AU TOGO (D'AOUT À OCTOBRE 1997 ET DE NOVEMBRE À DÉCEMBRE 1998)

Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition restée préoccupante depuis le Sommet Mondial sur l'Enfant en 1990, chaque pays essaie de mettre en oeuvre des stratégies dont le suivi approprié suppose la disponibilité des données de base. Celles-ci font cruellement défaut dans la plupart des pays en développement comme le Togo, qui disposent rarement des données nutritionnelles sur les adolescents. A fin de contribuer à combler ces lacunes, notre étude avait pour but d'estimer la prévalence de la malnutrition chronique chez les adolescents de 10 à 19 ans en milieu rural togolais où vivent sept togolais sur dix (1, 2).

Il s'est agi d'une enquête transversale ayant couvert les sept zones agro-écologiques rurales du Togo (Savanes sèches, Atakora sec, Atakora sub-humide, Zone forestière, Savanes humides, Littoral-Ouest, Littoral-Est), d'aout à octobre 1997 à titre pilote dans deux zones (Savanes sèches et Littoral-Est) puis de novembre à décembre 1998 dans les cinq zones restantes. Selon un plan de sondage stratifié à deux degrés (3), nous avons tiré au sort 1703 ménages (disposant de 11270 membres) avec, par ménage, prise de la taille (précision 1 mm) des membres dont 2338 adolescents (1295 garçons et 1043 filles) de 10 à 19 ans. Par interview directe structurée des chefs de ménage, nous avons également recueilli des données socio-démographiques, sanitaires et alimentaires. Le logiciel Epi info.6® (module EpiNut) a permis de calculer l'indicateur taille/âge (retard de croissance, ou malnutrition chronique ou invisible) par rapport à la médiane de référence OMS-NCHS (National Center for Health Statistics, CDC-Atlanta) dont le seuil de moins deux écarts types (ET) définit la malnutrition protéino-énergétique (MPE) (4). Le test de χ^2 a été utilisé dans la comparaison de certaines variables avec 5% comme seuil de significativité.

Le tableau I expose l'essentiel des résultats avec une sur-représentation significative des garçons malnutris par rapport aux filles ($p < 10^{-4}$). Le retard de croissance a prédominé chez les adolescents des Savanes sèches (42,5%), du Littoral-Ouest (40,4%), de l'Atakora sec (38,9%) puis du Littoral-Est (37,9%). Les parents étaient majoritairement agriculteurs (57,9%). Une pénurie de durée variable (jusqu'à 7 à 11 mois) concernant les céréales, les tubercules, les légumes et les produits de la pêche avait été signalée. La disponibilité en sel iodé était faible dans les ménages des Savanes sèches (35,6%) et du Littoral-Ouest (37,6%) alors que près de trois ménages sur quatre (72%) l'utilisaient ailleurs. Trois ménages sur quatre (75,3%) utilisaient la nature comme lieu d'aisance. En outre, sur trois ménages un (33,4%) était à moins de 500 mètres d'une source d'eau potable (eau courante, borne fontaine, forages ou puits modernes) et deux (65,7%) à moins de 5 km d'un centre de santé.

Au moins un adolescent sur trois souffrait d'un retard de croissance avec une sur-représentation masculine. Etait-ce un reflet de la sous-alimentation des ménages, grevée par ailleurs de conditions socio-sanitaires précaires ou un prolongement de la même situation nutritionnelle prédominante constatée chez les enfants de moins de dix ans dans la même

Tableau I - Répartition (%) des cas de MPE chronique chez les adolescents selon l'âge.

Age (années révolues)	Garçons % (cas/effectif)	Filles % (cas/effectif)	Garçons et Filles % (cas/effectif)
10	29,6 (59/199)	28,3 (47/166)	29,0 (106/365)
11	33,5 (53/158)	38,4 (48/125)	35,7 (101/283)
12	45,7 (86/188)	51,7 (90/174)	48,6 (176/362)
13	46,8 (66/141)	44,4 (56/126)	45,7 (122/267)
14	53,5 (69/129)	30,6 (33/108)	43,0 (102/237)
15	53,2 (75/141)	19,4 (18/93)	39,7 (93/234)
16	55,0 (56/102)	27,3 (18/66)	44,0 (74/168)
17	45,3 (39/86)	19,4 (12/62)	34,5 (51/148)
18	2,0 (2/102)	0,0 (0/76)	1,1 (2/177)
19	28,0 (14/50)	17,0 (8/47)	22,7 (22/97)
Total	40,1 (519/1295)	31,6 (330/1043)	36,3 (849/2338)

étude (où le retard statural a touché 37,5% des enfants de 0 à 59 mois et 33,1% de ceux de 5 à 9 ans selon des données non encore publiées)? En attendant de pouvoir compléter la phase urbaine de cette enquête, les données de notre étude pourraient fournir quelques éléments de référence pour les évaluations futures de la mise en oeuvre prochaine de la politique, des normes et protocoles (déjà élaborés) de la «santé de la reproduction» au Togo (notamment des volets «santé de l'enfant» et «santé des jeunes et adolescents») ■

Remerciements • Représentations au Togo de l'UNICEF, de la FAO et de CRAN / OCCGE / (Centre Régional de Recherches en Alimentation et Nutrition) / (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique de l'Ouest) pour leur appui technique et financier ; Autorités administratives, Enquêteurs et Populations enquêtées pour leur participation à l'enquête.

A.D. AGBÈRÈ, B. BALAKA, A. BASSUKA-PARENT, A.K. KOUASSI, O. KORIKO

• Travail du Service de Pédiatrie (A.D.A., Professeur agrégé), Point Focal PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant), CHU-Tokoin, Lomé, du Service de Pédiatrie (B.B., Maître-Assistant), CHU-Campus, Lomé, du Service de Nutrition (A.B.P., Pédiatre, Médecin-chef), Division Santé Familiale, Lomé, de la Division des Informations, Statistiques, Etudes et Recherches (DISER) (A.K.K., Ingénieur Statisticien Démographe, Chef de la Division) Ministère de la Santé Publique, Lomé et de la Direction de la Statistique Générale (O.K., Ingénieur Statisticien Démographe), Lomé.

• Correspondance : A.D. AGBÈRÈ, BP 20466, Lomé, Togo • Fax : +228 221 36 75 / 228 222 71 61 • E-mail : agbere_abdou@hotmail.com •

- 1 - AGOUNKE A, ASSOGBA M, ANIPAH K - Enquête Démographique et de Santé au Togo, 1988. Columbia (USA) : DHS, IRD / Macro Systems, 1989, 169 p.
- 2 - UNICEF / République Togolaise - Femmes et Enfants du Togo 2001. Lomé : Unicef, 2001, 125 p.
- 3 - FAO - Nutrition et agriculture n° 5. Conduite de petites enquêtes nutritionnelles. Manuel de terrain. FAO, Rome, 1992, 180 p.
- 4 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - Mesures de modifications de l'état nutritionnel. OMS ed, Genève, 1983, 104 p.

LA TRICHINE DE PAPOUASIE NOUVELLE-GUINEE

Jacquemart et Josse, dans leur très intéressant article de présentation sur la Papouasie Nouvelle-Guinée (1), signalent que la « prudence s'impose » dans ce pays chez les consommateurs de viande de porc. Ils ont tout à fait raison car, en plus du risque de taeniasis à *Taenia solium*, source possible de cysticercose, il y a un risque de trichinellose. C'est ainsi que des porcs sauvages d'une région frontalière avec l'Irian Jaya ont été retrouvés porteurs d'une nouvelle espèce de trichine, très particulière car non encapsulée dans les muscles, et qui a reçu le nom, en hommage à son pays d'origine, de *Trichinella papuae* (2). Elle est potentiellement pathogène chez l'homme car une étude sérologique a trouvé 28,9 % de porteurs d'anticorps dirigés contre la trichine chez des villageois de la région où les porcs avaient été trouvés infestés (3). Cette espèce est proche de *Trichinella pseudospiralis*, récemment impliquée dans une épidémie en Camargue chez des chasseurs de sanglier (4). Malgré le caractère quelque peu anecdotique de la description de cette nouvelle espèce, la trichinellose demeure une zoonose cosmopolite à ne pas méconnaître et la myosite parasitaire sévère qu'elle peut provoquer, nécessite la prescription rapide d'un traitement étiologique (albendazole) et symptomatique (corticoïdes) pour éviter de redoutables complications neurologique et cardiaques (5).

1 - JACQUEMART Y, JOSSE R - Papouasie Nouvelle-Guinée. *Med Trop* 2002 ; **62** : 583-588.

2 - POZIO, OWEN IL, LA ROSA G *et Coll* - *Trichinella papuae* n.sp (Nematoda), a new non-encapsulated species from domestic and sylvatic swine of Papua New Guinea. *Int J Parasitol* 1999 ; **29** : 1825-1839.

3 - OWEN IL, POZIO E, TAMBURRINI A *et Coll* - Focus of human trichinellosis in Papua New Guinea. *Am J Trop Med Hyg* 2001 ; **65** : 553-557.

4 - RANQUE S, FAUGERE B, POZIO E *et Coll* - *Trichinella pseudospiralis* outbreak in France. *Emerg Infect Dis* 2000 ; **6** : 543-547.

5 - DUPOUY-CAMET J, KOCIECKA W, BRUSCHI F *et Coll* - Opinion on the diagnosis and treatment of human trichinellosis. *Expert Opin Pharmacother* 2002 ; **3** : 1117-21130.

J. DUPOUY-CAMET

*Professeur, Centre National de référence des Trichinella, Laboratoire de Parasitologie,
Hôpital Cochin, 27 Faubourg St Jacques, 75014 Paris
Tel. : 01 58 41 22 51 • Fax : 01 58 41 22 45 • E-mail : jean.dupouy-camet@cch.ap-hop-paris.fr*