

Revue générale sur les schistosomoses et la morbidité bilharzienne

D. Engels

Distribution des schistosomoses dans le monde

Les schistosomoses infectent environ 200 millions de personnes dans le monde, sur lesquelles 120 millions présenteraient des symptômes et 20 millions une pathologie grave (tableau 1). La distribution des schistosomoses couvre 76 pays et est présente dans 27 des 36 pays

les moins avancés. Malgré les efforts entrepris dans quelques pays possédant un programme de lutte contre les schistosomoses, le nombre de sujets infectés reste globalement inchangé en raison de la stagnation de la lutte en Afrique. Les schistosomoses présentent une forte liaison avec la pauvreté. Les 165 millions de cas estimés en Afrique subsaharienne correspondent à plus de 80 % du nombre total de cas recensés dans le monde. Au cours des vingt dernières années, la population à risque a augmenté significativement en raison du développement démographique. Il faut également noter, à l'opposé, que l'Afrique concentre à peine un tiers des programmes nationaux existants.

Il existe, toutefois, quelques réussites incontestables : les schistosomoses ont été éradiquées du Japon et de Monserrat. Dans d'autres régions, un arrêt de la transmission été obtenu, comme aux Petites Antilles, en Iran, à Maurice et en Tunisie. Certains pays connaissent une faible transmission : le Laos, le Maroc, le Moyen-Orient, Porto Rico et le Venezuela. Enfin, il a été obtenu une réduction considérable dans des zones endémiques du Brésil, de Chine, d'Indonésie et

Région OMS	Population à risque	Population infectée
Afrique	477 079 000	164 776 000
Amériques	46 348 000	7 332 400
Méditerranée orientale	61 143 000	19 414 400
Europe	62 000	600
Asie du Sud-Est	106 000	420
Pacifique occidental	67 370 000	1 680 000
Total	652 108 000	193 203 820

Tableau 1
Estimations, par région OMS, des populations à risque
et infectées par les schistosomoses (OMS, 1999)

Organisation de la lutte contre les schistosomoses

Ces réussites nous ont montré que certains facteurs sont déterminants pour la réussite de la lutte contre les schistosomoses :

- les schistosomoses doivent être considérées comme un problème prioritaire ;
- les objectifs de la lutte doivent être clairs ;
- l'engagement doit être pris sur le long terme ; il ne peut y avoir de réussite qu'avec un effort de longue durée (supérieur à vingt ans) ;
- les ressources locales doivent être mobilisées ; en outre, les programmes de lutte doivent être décentralisés et impliquer les acteurs au niveau périphérique ;
- la réussite est toujours associée à une diminution durable de la transmission.

Inversement, on peut penser que les échecs observés en Afrique sont liés à un manque d'engagement des autorités sanitaires nationales. Ces dernières font preuve d'un faible intérêt qui s'explique par la morbidité peu spécifique et mal documentée, les indicateurs utilisés souvent étant parasitologiques et non cliniques. En outre, la distribution est focalisée, peu visible à l'échelle nationale où l'informa-

tion se trouve diluée, contrairement à d'autres problèmes de santé plus visibles. Dans le passé, la majorité des programmes ont connu une approche nationale et verticale ; financés par des bailleurs internationaux, ils se sont avérés non viables à long terme. Enfin, les problèmes économiques réduisent la marge de manœuvre des états en raison du manque chronique de moyens.

La communauté internationale partage cette responsabilité. Elle a une vision à trop court terme de la lutte contre les schistosomoses. Elle a favorisé la mise en place d'interventions non pérennes et, souvent, hors des structures établies.

Historiquement, l'objectif initial était la lutte contre l'affection avec, pour perspective inévitable, l'élimination des schistosomoses. Actuellement, on envisage plutôt la lutte contre la morbidité, *stricto sensu* au sein des structures de santé et, à base communautaire, par des interventions visant surtout les enfants en âge scolaire et les communautés à haut risque. Si l'on veut lutter contre l'affection, il est alors nécessaire de franchir un seuil, en sachant que cela n'a d'intérêt que s'il y a une chance de réussir l'élimination.

I Morbidité et impact communautaire

La morbidité est relativement bien documentée pour ce qui concerne l'individu. La pathologie uro-génitale, la pathologie digestive, l'impact des schistosomoses sur la croissance et sur l'état de santé en général ont déjà fait l'objet de nombreux travaux.

La forme urinaire est associée à l'hématurie, l'incontinence urinaire, l'hydronéphrose, l'insuffisance rénale et le cancer de la vessie.

À la forme intestinale sont imputées la diarrhée sanguinolante, les douleurs abdominales, l'hépatomégalie, généralement associée à une splénomégalie, la fibrose périportale, l'hypertension portale et les hématuries.

Toutes les schistosomoses entraînent un retard de croissance physique, de moindres performances cognitives – donc un retard scolaire – et un état nutritionnel déficient avec de multiples carences, dont de l'ané-

mie. La santé reproductive est également concernée. Il a été rapporté des saignements après les rapports sexuels, peut-être des dyspareunies, des grossesses extra-utérines, une infertilité. Les lésions génitales induites par les schistosomoses pourraient également constituer un facteur de risque pour la transmission du virus de l'immunodéficience humaine.

Cette morbidité individuelle, bien documentée, surtout dans ses atteintes précoces, aura des répercussions plus insidieuses que l'on maîtrise mal. En termes de santé publique, la morbidité cachée qui concerne surtout les enfants d'âge scolaire reste largement méconnue : il subsiste un manque de perspective communautaire. Dans ce domaine, des recherches restent à faire. Les efforts qui ont été faits pour les helminthiases intestinales méritent d'être effectués également pour les schistosomoses.

■ La lutte contre les schistosomoses en Afrique subsaharienne

L'amélioration de la lutte contre les schistosomoses en Afrique subsaharienne nécessite d'avoir un plus grand recul sur la vision de la morbidité. Cela passe par une meilleure documentation de la morbidité grave et de la morbidité cachée au niveau communautaire.

Il est indispensable, par ailleurs, de démontrer le bon rapport coût/bénéfice de la chimiothérapie à large échelle, surtout si elle est mise en œuvre par des structures existantes. Le praziquantel est maintenant un médicament abordable (environ 65 F CFA le comprimé). La stratégie de mise en œuvre de la chimiothérapie permet le ciblage des interventions au niveau géographique et au niveau des groupes à risque. Enfin, il est possible d'utiliser les structures existantes (centres de santé, écoles).

Il est essentiel de montrer la relation entre les schistosomoses et la pauvreté, d'une part, et le bénéfice escompté du développement des ressources en eau, d'autre part.

La promotion de technologies appropriées permettra de réduire durablement la transmission à un coût abordable.

Conclusion

Les efforts qui sont actuellement entrepris avec OMS Afro, tant dans les pays possédant un programme national (Mali, Madagascar, Sénégal, notamment) que dans ceux qui en développent un actuellement (Zambie, Ouganda, en particulier) montrent une avancée indéniable. Ils ont été permis par une décision politique claire et/ou une prise de conscience de la morbidité induite par les schistosomoses.