

Situation des schistosomoses au Mali

A. Diarra

G. Coulibaly

M. Traoré

I Introduction

Au Mali, le paludisme est la première cause de mortalité infantile et la raison première de l'utilisation des services de santé. La schistosomose est, après le paludisme, la maladie parasitaire la plus importante ; environ 2,5 millions de personnes sont infectées par la schistosomose urinaire (TRAORÉ, 1994).

Alors que le paludisme est largement distribué partout dans le pays, la schistosomose reste localisée à certaines régions.

À cause du niveau de mortalité et de morbidité très élevé de ces deux parasitoses, le ministère de la Santé a créé des programmes nationaux de lutte. Le projet national de lutte contre la schistosomose débuta en 1982 à l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP). Les activités étaient planifiées et exécutées par une équipe centrale basée à Bamako.

Alors que les activités spécialisées telle que la lutte anti-vectorielle et les activités de recherche étaient menées par l'équipe centrale, le développement des aspects curatifs, de prévention et de changement de comportement rencontrait des difficultés opérationnelles au niveau périphérique.

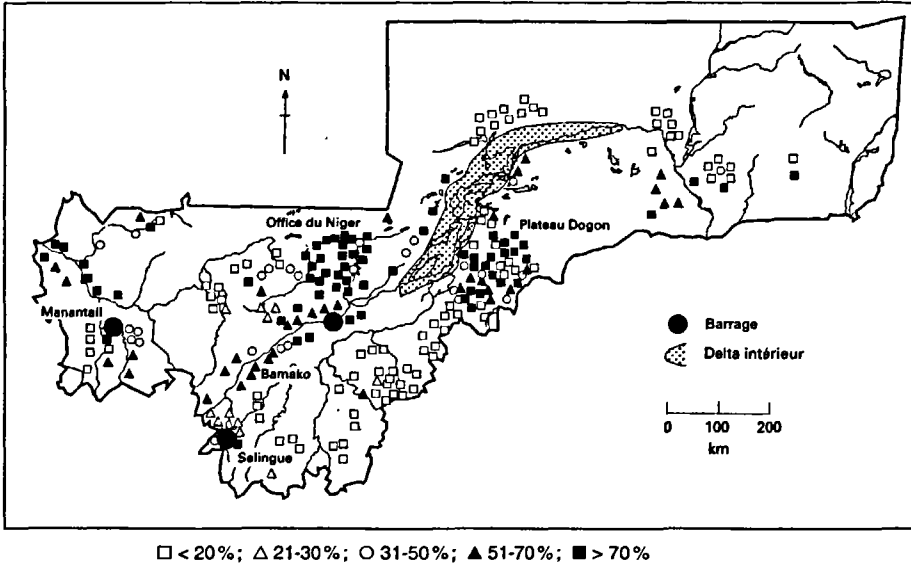


Figure 1
Distribution de *S. haematobium* au Mali
(d'après TRAORÉ *et al.*, 1998).

Importance épidémiologique

C'est la deuxième maladie parasitaire la plus importante au Mali.

Les études réalisées de 1984 à 1994 ont montré que la forme urinaire (*Schistosoma haematobium*) est la plus répandue; elle atteint deux millions et demi de personnes (soit une personne sur quatre). En revanche, la forme intestinale, due à *S. mansoni*, reste localisée dans les zones de riziculture irriguée de l'Office du Niger et de Banguinéda, certaines parties du pays dogon et la région de Kayes.

La figure 1 résume cette répartition épidémiologique.

Malgré cette importance relative, les schistosomoses ne figurent pas parmi les principales causes d'utilisation des services de santé. Ceci pourrait s'expliquer par les raisons suivantes :

- la schistosomose n'est pas une infection aiguë et invalidante à son début;

- l'hématurie, qui est le maître symptôme, est considérée dans certaines zones d'action de l'Office du Niger comme un signe de fertilité et non une maladie;
- 50 % des personnes infectées par *S. haematobium* sont asymptomatiques et, de ce fait, n'éprouvent pas le besoin de consulter un agent de santé; généralement, l'hématurie apparaît chez les fort-excréteurs, c'est-à-dire les patients fortement parasités excréant plus de 50 œufs par 10 ml d'urine.

■ Historique et évolution de la lutte

Création et développement du programme national à l'INRSP

La lutte contre les schistosomoses a commencé très tôt au Mali si l'on se place sur un plan régional.

- Depuis 1979, le programme local de lutte a constitué le volet sanitaire du grand projet construction de barrages financé par la Coopération allemande (GTZ). Le premier objectif de ce projet était la réduction de la transmission.
- En 1982, ce projet local a été érigé en projet national de lutte et de recherche et transféré à l'INRSP.
- En 1986, lors d'un séminaire d'évaluation, il a été décidé de décentraliser et d'intégrer les activités de lutte au sein des structures de soins de santé primaires.

La schistosomose a été considérée comme un problème de santé publique pour permettre que le processus d'intégration commence le plus tôt possible.

- En 1987, le début d'un vaste programme de formation et d'équipement des structures périphériques est destiné à les rendre capables de bien mener la lutte.
- En 1988, le document de Programme national de lutte est élaboré.
- En 1989, un budget annuel de 50 000 \$US est octroyé au programme pour atteindre son objectif d'intégration de la lutte contre les schistosomoses dans les systèmes de soins de santé primaires.

Transfert à la Direction nationale de la santé publique

En 1996, la stratégie nationale s'est fondée sur la combinaison des stratégies suivantes : chimiothérapie, éducation pour la santé, mesure d'hygiène et surveillance épidémiologique.

Chimiothérapie

Deux axes ont été préconisés :

- le diagnostic et le traitement des cas individuels se présentant aux centres de santé ;
- le traitement de masse des enfants d'âge scolaire (7-14 ans) dans les zones à prévalence élevée, suivi du retraitement.

Éducation pour la santé

Les mesures d'information, d'éducation et de communication (IEC) ont été développées.

Mesures d'hygiène

Le programme a développé la collaboration intersectorielle spécialement dans le domaine des mesures d'hygiène, de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau.

Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique et le monitoring des activités ont été entrepris.

Résultats obtenus

L'évolution de la lutte contre les schistosomoses au Mali a connu trois phases distinctes.

Phase de projet vertical : 1978-1987

Les interventions étaient presque entièrement financées par le partenaire allemand. Des résultats importants ont été obtenus. Les princi-

paux problèmes rencontrés ont été ceux de la couverture géographique et de la pérennisation des acquis.

Phase transitoire : 1988-1991

C'est la période du démarrage du processus d'intégration. Les opérations ont connu un financement conjoint entre le partenaire, le gouvernement et les communautés.

Phase dite intégrée : à partir de 1992

Elle a succédé au projet proprement dit.

La fourniture du médicament pour le traitement de masse a été négociée dans le cadre du projet santé, population et hydraulique rurale sur financement de la KFW (Banque allemande finançant le Projet santé, population et hydraulique rurale du Mali). La disponibilité du médicament a permis de continuer le traitement de masse jusqu'en 1995. Lors du premier passage, une hématurie constatée chez 50 % des enfants ou plus conditionne le traitement de masse. Au cours des passages suivants, tous les deux ans, une hématurie supérieure ou égale à 50 % des enfants conduira au renouvellement du traitement de masse des enfants d'âge scolaire, alors qu'une hématurie inférieure à 50 % fera choisir un traitement sélectif basé sur l'hématurie. Les adultes bénéficient d'un dépistage passif, donc d'un traitement sélectif après un premier traitement de masse. Actuellement, la seule activité menée reste le diagnostic et le traitement payant des cas individuels se présentant aux centres de santé.

Toutefois, certaines activités sur initiatives locales se développent souvent ça et là.

Plan d'action de lutte pour la période 1999-2003

Objectifs spécifiques

– Réduire la prévalence des infestations aux schistosomoses à moins de 20 % chez les enfants de 7 à 14 ans dans les zones d'endémie.

- Réduire la prévalence des infestations massives à moins de 5 % chez les enfants de 7 à 14 ans dans les zones d'endémie.

Pour atteindre les objectifs suscités, les stratégies suivantes sont proposées :

- renforcement de la capacité des centres de santé à faire le diagnostic et à prendre en charge les cas ;
- disponibilité permanente du praziquantel au niveau de tous les centres de santé ;
- renforcement des campagnes de dépistage actif et traitement de masse ;
- renforcement des activités d'IEC sur les schistosomoses ;
- supervision ;
- surveillance épidémiologique ;
- développement de la recherche opérationnelle.

Difficultés rencontrées

Difficultés liées à la maladie

La dynamique de la transmission des schistosomoses est complexe et les facteurs déterminants ne sont pas des simples proportions arithmétiques, surtout ceux liés au comportement humain. En l'absence de retraitement et/ou d'autres mesures d'accompagnement comme la lutte anti-vectorielle, les réinfections sont inévitables.

Le caractère focal de la maladie fait qu'elle ne constitue pas une priorité partout dans le pays.

Difficultés institutionnelles

La place institutionnelle : certains observateurs pensent que le programme national est resté très longtemps localisé au sein d'une structure de recherche qui n'était pas sa place normale surtout au démarrage de la phase d'intégration.

Le document de politique existant n'a pas été officiellement ratifié.

Avec le système de recouvrement de coûts prôné par la nouvelle politique sectorielle de santé, il apparaît ainsi une discordance entre la

politique nationale de santé et la stratégie du traitement de masse gratuit.

Les indicateurs de suivi du programme ne sont pas pris en compte dans le système national d'information sanitaire.

Enfin, le manque de guides pratiques, d'ordinogrammes ou autres outils de formation devient crucial.

Difficultés liées aux ressources

Le financement du programme : le coût des stratégies et leur efficacité doit être évalué en tenant compte des bénéfices attendus et des moyens disponibles.

Les agents sur le terrain n'ont pas tous encore le réflexe *intégration* dans la conduite des activités. Certains continuent de penser que chaque activité spécifique doit être liée à la présence d'un financement spécifique. Le changement de mentalité est lent à s'établir et se consolider.

I Forces et faiblesses

Comme forces, on peut citer

- la volonté politique en faveur de l'intégration de tous les programmes de santé et des ressources ;
- la disponibilité du gouvernement, des partenaires pour la fourniture de soins de santé de qualité et des communautés pour la prise en charge de leurs problèmes prioritaires de santé, pourvu que les voies leur soient montrées ;
- la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels assurant la disponibilité du praziquantel dans tous les points de vente des centres de santé ;
- la disponibilité de certains agents de santé pour intégrer certaines activités de lutte contre les schistosomoses dans leurs activités de routine sans demander une compensation (*per diem*).

En revanche, il faut signaler les faiblesses suivantes

- l'absence de la schistosomose dans les termes de référence de la supervision du paquet minimum d'activités des centres de santé communautaires ;
- la faible capacité d'action du coordinateur national qui manque des ressources nécessaires à la réalisation de sa mission ;
- la confirmation biologique des cas ne se fait pas même au niveau des centres de référence des cercles ;
- l'accent mis sur les activités curatives au détriment des activités préventives ;
- l'absence d'indicateurs spécifiques pour la surveillance épidémiologique et l'évaluation des activités ;
- l'absence de communication et de collaboration entre les différents programmes qui pourtant siègent tous au sein de la même direction nationale ;
- l'absence de modalité clairement définie pour la fourniture du praziquantel pour le traitement de masse dans les zones où il doit s'appliquer ;
- la situation épidémiologique locale n'est pas analysée pour planifier les activités selon les ressources disponibles ;
- l'absence de collaboration intersectorielle dans les zones d'endémie.

Conclusion

Certaines actions immédiates nécessaires à la réussite de l'intégration de la lutte contre les schistosomoses doivent être entreprises. Parmi elles on peut citer :

- la nécessité d'organiser un atelier national regroupant tous les niveaux impliqués pour l'harmonisation et l'adoption des stratégies définies en vue de leur parfaite intégration ;

- l'intégration des indicateurs de suivi dans les supports du système national d'information sanitaire existant;
- la formation pour la mise à niveau du personnel;
- l'équipement des centres en moyens diagnostiques et supports IEC;
- la disponibilité du médicament pour le traitement de masse.

Bibliographie

Traoré M., 1994 —
Towards a rationally based national

| *schistosomiasis control in Mali.*
PhD Thesis, Univ. Londres, 218 p.