

ne 1

## EQUIPES MOBILES OU AGENTS DE SANTE: QUELLE STRATEGIE CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL ?

par

C. LAVEISSIERE & H. MEDA  
Institut Pierre Richet/OCCGE,  
BP 1500, Bouaké, Côte d'Ivoire

**Résumé.** — Les auteurs s'interrogent sur l'avenir de la lutte contre la Trypanosomiase humaine en Afrique. Au moment où cette endémie est en pleine recrudescence, les structures de surveillance et de lutte ne sont plus opérationnelles et les difficultés rencontrées par les Etats sur le plan économique limitent les interventions sur le terrain.

Il est donc proposé que soient montés des réseaux de surveillance basés sur l'utilisation des Agents de Santé communautaires. Bien motivés et surtout soigneusement encadrés ces agents peuvent participer au suivi sérologique des populations et permettre d'évaluer à moindre frais le niveau et l'évolution de l'endémie; l'intervention des services spécialisés sera alors plus efficiente puisque ciblée sur les zones à risques. En cas de nécessité, les services de ces mêmes agents seront utilisés avec profit pour toutes les opérations de lutte antivectorielle.

**KEYWORDS:** Human African Trypanosomiasis; Control; Community Health Workers; Primary Health Care

### 1. Les systèmes de Santé et la lutte contre la « Trypano »

N'est-il pas un peu tard pour parler — pour reparler — des équipes mobiles? Les « rescapées » sont strictement immobiles; les Bases de Santé rurale ou les Services des Grandes Endémies, peu importe le nom, sont maintenant plus voués à la consultation et au dépistage passif qu'à la recherche active des malades au fond de la brousse: faute de moyens, faute de personnel, faute de motivation.

Tout indique que les Etats africains ont adopté une médecine purement hospitalière au détriment des structures de Santé publique. Ici et là se construisent des CHU, des CHR, indispensables certes, mais fort loin des villages, des hameaux, des campements (ne parlons même pas des innombrables cliniques privées dont les tarifs les mettent hors de portée du *vulgum pecus*). Inutile aussi de compter sur des structures intermédiaires: les dispensaires, s'ils sont encore fonctionnels, si l'infirmier est à son poste, ne sont en fait que des relais du pharmacien.

Depuis l'Initiative de Bamako en 1987, s'est mis en place, très localement, le système de soins de santé communautaires géré par les Agents de Santé, des villageois bénévoles dont le rôle, parfois ingrat, est de soulager les maux bénins et surtout d'être l'intermédiaire entre le village et le médecin. Ils ne peuvent en aucun cas dépister un sommeilleux.

Pour parler des stratégies de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) et leur intégration dans les structures existantes, il convient d'évoquer brièvement le schéma épidémiologique de cette endémie. Une endémie pas comme les autres qui frappe loin de la route goudronnée, loin

ORSTOM Fonds Documentaire

N° 39.757 ex 1

Cote B

PM 102

des villages. Une maladie concernant presque exclusivement l'allogène, isolé dans son campement de culture, jamais «comptabilisé», très rarement accessible. De surcroît, la THA, dont les signes d'appel sont peu marqués, passe inaperçue du malade, mais aussi de son entourage, de l'infirmier et du médecin, suffisamment longtemps pour que le sommeilleur dissémine le trypanosome par glossines interposées. Dans combien de cas la mort, inéluctable, réellement due à la Trypano, est attribuée à une autre cause? Point d'aveugles comme pour l'onchocercose, pour évaluer la prévalence, la gravité du mal: le sommeilleur reste anonyme, sa mort passe inaperçue.

Bon nombre de cas sont bien sûr détectés, passivement, mais uniquement dans les rares localités où existe un centre de dépistage bien équipé en matériel et en hommes qualifiés. Quelle fraction de la population malade représentent ces cas? Nul ne le sait exactement: mais elle est certainement très faible. En forêt ivoirienne le malade ne se rend pas dans les structures de santé, ou rarement et tardivement: faute de moyens financiers, par peur du traitement, et, pour l'étranger, par peur d'être rejeté à cause d'une situation qu'il juge illégale...

Personne n'allant au devant du trypanosomé... pour les ministères de la santé, la THA ne pose aucun problème!

La lutte, du moins sa composante dépistage, est longtemps restée aux mains des équipes mobiles. Le Zaïre comptait environ 34.000 sommeilleurs en 1934; un travail continu a ramené cet effectif à moins de 1.000 en 1986 (sans lutte antivectorielle, précisons-le). L'indépendance modifia la politique en matière de santé: en 1986, les équipes mobiles ont depuis longtemps disparu et l'on dénombre 11.000 malades, chiffre minimal puisque ces cas sont dépistés passivement (G. Trancheur, comm. pers.). Le Zaïre n'est pas le seul exemple, tous les pays à dominante forestière, touchés par la THA, ne peuvent plus contrôler l'endémie: les véhicules sont sur cales, les infirmiers ne savent plus reconnaître un trypanosome et quand bien même existe des équipes, comme celle du PRCT de Daloa (Projet de Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase), fonctionnelle et efficace, la localisation des malades dans l'espace et les comportements humains ne leur permettent pas de visiter qui il faut, où il faut, quand il faut.

La campagne de Vavoua, conjointement menée par l'OCCGE et le PRCT avec l'appui de la Base de Santé rurale (BSR) de Daloa, a pu venir à bout de la maladie du sommeil dans un foyer de 1.500 km<sup>2</sup> (1), en associant deux systèmes: a) des équipes mobiles classiques (qui ne se sont pas limitées aux seuls gros villages en bordure de routes) ont assuré le dépistage et l'évacuation des malades; b) la lutte antivectorielle avec participation communautaire mais sous la supervision... d'une équipe mobile, celle de l'OCCGE. Tout ceci à grands frais malgré des efforts pour réduire les coûts.

La situation de la THA s'est dégradée partout, les structures ne sont plus opérationnelles, et on parle aujourd'hui de lutte contre la maladie du sommeil, de Programmes nationaux, voire régionaux! Quand on s'aperçoit que localement les campagnes échouent, que parfois même elles ne peuvent être mises en place, on peut être inquiet. Qui va faire cette lutte? Comment?

Nous estimons qu'il y a au moins deux niveaux dans la conception de la lutte. Le premier est une simple surveillance, mais active, permettant de circonscrire la maladie, de la maintenir à un niveau d'endémicité supportable

pour les finances du pays. Le second est l'intervention « choc » dans les foyers où d'endémique, la THA est devenue « épidémique » faute de surveillance efficace, ou parce que la conjonction de certains facteurs (dont tous, hélas, ne sont pas connus) favorise la reviviscence.

Structure verticale ? Structure horizontale ? Quel est le meilleur système ? L'opinion des chercheurs n'est malheureusement pas forcément celle qui domine. Le politique, sous la pression de l'économique, l'emporte obligatoirement. Il est donc devenu nécessaire que les premiers tempèrent leurs exigences et fassent des propositions acceptables — supportables — pour les seconds.

Il n'y a plus d'équipes mobiles; il est utopique de croire qu'on les remettra en place. Aussi se pose la première question : comment assurer le premier niveau de la lutte pour éviter le second ? Si l'on ne peut résoudre cette équation comment éteindra-t-on les foyers qui vont se déclarer (qui sont déjà en pleine activité) ?

La solution, même si elle n'est pas totalement satisfaisante, est de faire avec ce que l'on a; ce qui, il faut l'avouer, ne représente pas grand-chose. C'est la raison pour laquelle nous avons monté, en Côte d'Ivoire, le « Projet Issia ».

## 2. Le Projet ISSIA

Le projet mis en place en octobre 1992 dans le Secteur de Santé rurale d'Issia, dans le domaine forestier de Côte d'Ivoire est une tentative de création d'un réseau de surveillance/contrôle de la THA.

Un laboratoire de dépistage a d'abord été installé à la base du Secteur à Issia : son rôle est de contrôler toute personne se présentant à la consultation (Base du Secteur, PMI, hôpital,...). Le dépistage et l'interrogatoire des malades doit permettre d'élaborer une première carte de l'endémie. Cependant il y a peu de chances, compte tenu de ce que nous avons dit plus haut, que ce laboratoire reçoive le paysan du fond de la brousse, même si le test est gratuit.

Le SSR d'Issia étant l'un des rares à avoir installé des « cases de santé villageoises », les 24 Agents de Santé Communautaires (ASC) qui les gèrent ont été initiés au dépistage de la THA pour l'inclure dans leurs activités courantes.

Leur formation a porté sur trois points essentiels : recensement, prélèvement, encadrement.

- Le *recensement* : sans une bonne connaissance de la population pas de prospection exhaustive, ce que nous avons longtemps reproché aux équipes mobiles. Les ASC sont donc chargés de faire un recensement exhaustif du village et des campements proches selon un système très simple permettant une réactualisation permanente.
- Le *prélèvement* : les ASC ont à prélever, dans un minimum de temps, du sang sur confetti sur toute la population. Bien identifiés, les prélèvements sont acheminés par les voies les plus rapides et sans frais supplémentaires puis analysés au PRCT par la technique du Testryp CATT appliqué au sang sec (2).

— *Encadrement du suspect*: l'ASC doit convaincre le suspect de se présenter, lui et ses proches, dans les délais les plus brefs au laboratoire de la Base du Secteur pour des tests complémentaires en vue d'une confirmation et éventuellement du traitement.

Un premier suivi du travail des ASC a déjà permis de montrer que la population ne manifeste aucune opposition, que les recensements et les prélèvements sont de très bonne qualité. On doit ainsi obtenir rapidement une évaluation assez précise de la prévalence et une cartographie des cas, de telle sorte que le Médecin-Chef du Secteur aura, sans avoir déplacé un seul véhicule, un aperçu de la situation et de l'évolution de la THA. Il pourra alors décider s'il doit ou non procéder lui-même à un dépistage par les méthodes classiques, avec son équipe mobile. Nous revenons donc à ce système incontournable; cependant la prospection ne se fera plus à l'aveuglette comme autrefois, mais sera focalisée sur les zones à risques, d'où une plus grande « efficacité »: intervention rapide, dépistage exhaustif, réduction des frais, donc un véritable contrôle de la THA même s'il n'aboutit pas à « l'éradication ».

Le bénévolat a ses limites; un surplus de travail ne risque-t-il pas d'entraîner une certaine lassitude? L'abandon du Projet? Les recommandations de l'Initiative de Bamako doivent donc être strictement suivies sur un point capital: la rémunération des ASC. La vente des produits pharmaceutiques doit rapporter un petit bénéfice aux bénévoles; un revenu, aussi modeste soit-il, pour des paysans totalement démunis sera un facteur de motivation supplémentaire.

### 3. Et la lutte proprement dite ?

Le Projet Issia ne vise que la mise en place d'un système de surveillance pour prévenir une situation catastrophique: tôt ou tard dans le cadre des Programmes Nationaux ou Régionaux de Lutte contre la THA, il faudra intervenir de façon active, sur le terrain, dans les nombreux foyers déjà recensés. Et cette intervention exigera les deux volets indissociables: parasitologie et entomologie.

Inutile de revenir sur le problème du dépistage évoqué plus haut: seules les équipes mobiles peuvent le faire. En matière de lutte antivectorielle des progrès ont été réalisés grâce au piégeage, mais tout n'est pas résolu pour autant.

On reproche surtout à l'entomologiste le coût élevé des opérations! L'utilisation de la main-d'œuvre paysanne a pourtant déjà permis de réduire considérablement les frais tout en agissant très rapidement sur une vaste superficie, ainsi que l'a démontré la campagne de Vavoua. Les résultats obtenus récemment vont permettre, en zone forestière, de rendre les traitements plus sélectifs: seuls seront traités les campements et les points d'eau. Ainsi les futures campagnes exigeront moins de matériel, l'intervention sera plus rapide et nous gagnerons certainement en efficacité dans la mesure où le paysan aura moins de travail à faire.

Comment faire mieux pour moins cher? Très certainement en s'appuyant sur les structures de base, en évitant les excès de naïveté comme distribuer

directement les matériaux nécessaires à la construction des pièges aux villageois et laisser faire la communauté. Les villageois ne sont pas suffisamment responsables pour utiliser les tissus sans rien détourner. Les sociétés rurales ne sont pas assez homogènes pour que tous les groupes (socio-culturels, professionnels, ethniques,...) soient équitablement servis. La population n'est pas assez motivée pour s'autodiscipliner et installer les pièges ou les écrans sans que s'exerce la moindre surveillance.

L'exemple de Vavoua a clairement montré les difficultés d'une campagne de lutte menée avec les paysans même sous la supervision de l'équipe OCCGE. Il n'y a pas refus de participer de la part des 3.789 planteurs, mais nous avons enregistré à plusieurs reprises :

- des sous-estimations de la surface du champ, de peur de trop payer (les écrans étaient distribués gratuitement, mais les rumeurs...);
- des surestimations pour recevoir plus de matériel (plus de tissu en réalité!);
- des vols d'écrans dans les champs des allogènes;
- des détournements de tissus (confection de couvertures, jupes, rideaux,...);
- le non-emploi de l'insecticide destiné à la réimprégnation des écrans;
- des installations incorrectes voire fantaisistes, etc...

Ces « erreurs » ne concernèrent qu'une fraction minime de la population, surtout les autochtones forestiers; les problèmes vraiment sérieux découlèrent de l'hétérogénéité de la population et de la diversité des comportements. Les groupes ethniques ne vivant pas tous en harmonie, les tensions peuvent être grandes entre certains, à tel point que se créent des barrières empêchant l'information de circuler voire même un blocage des individus. On ne peut encore concevoir de confier le matériel aux autochtones et les laisser le distribuer (gratuitement) aux allogènes !

En admettant que l'on puisse trouver pour chaque village l'individu adéquat, aura-t-il assez d'autorité pour « imposer » le piégeage aux villageois et aux allogènes ? Seul un responsable investi de l'autorité nécessaire peut y parvenir, plus ou moins bien il est vrai, car on ne peut rester derrière chaque paysan pour vérifier son travail.

Sur le plan efficacité, le système communautaire pourrait être retenu pour la lutte antivectorielle dont le principe est d'intervenir dans les délais les plus brefs sur le territoire le plus vaste possible. Les ASC, intégrés dans la population, devraient rendre des services inestimables pour la sensibilisation, la distribution du matériel, pour toutes les opérations entomologiques, à condition... d'être sérieusement encadrés par une équipe spécialisée.

#### **4. Quelle stratégie pour la lutte contre la THA ?**

Avant de monter des « Programmes de Lutte Régionaux », on doit définir une stratégie adéquate; encore faudrait-il être sûr que les milieux, principalement les milieux humains, soient homogènes... ce qui est loin d'être prouvé. Nous restons persuadés que l'approche d'un Soussou guinéen vivant dans

un foyer au cœur de la mangrove n'est pas la même que celle que nous avons adoptée pour un Mossi burkinabé en forêt de Côte d'Ivoire. Toutefois, il est certain que la gravité de la situation et la nécessité d'intervenir rapidement obligent à différer des programmes supplémentaires de recherches: ce qui est regrettable dans la mesure où, par exemple, le schéma épidémiologique de l'endémie n'a pas été clairement étudié partout (on pourrait même dire qu'à l'heure actuelle certaines erreurs graves persistent, faussant le jugement de certains responsables).

Pour schématiser, nous pourrions dire que:

- les systèmes communautaires sont utiles mais non fiables sans encadrement;
- les équipes mobiles sont onéreuses mais indispensables pour dénicher le malade;
- leur association est idéale.

Un programme de lutte doit d'abord reposer sur un réseau d'information/surveillance permettant d'apprécier l'étendue de la gravité de l'endémie: le système de soins de santé primaires sera utilisé avec profit à condition de motiver les agents responsables. La lutte se fera par une équipe mobile pouvant se rendre au cœur du foyer sans perte de temps ni d'argent, grâce aux informations déjà recueillies. Il faudrait donc créer un service autonome, une équipe pluridisciplinaire mobile qui puisse intervenir à la demande, avec le concours du personnel de santé local; les ASC, soigneusement encadrés, seront alors des auxiliaires précieux, pour tout ce qui touche à la lutte antivectorielle.

#### REFERENCES

1. Laveissière C, Grébaut P, Lemasson JJ, Méda AH, Couret D, Doua F, Brou N: Les communautés rurales et la lutte contre la maladie du sommeil en forêt de Côte d'Ivoire. Rapport IPR/OCCGE, n° 13/IPR/RAP/90, 1990, 135 pp.
2. Miezán T, Doua F, Cattand P, De Raadt P: Evaluation du Testryp CATT appliqué au sang prélevé sur papier filtre et au sang dilué, dans le foyer de trypanosomiase à *Trypanosoma brucei gambiense* en Côte d'Ivoire. Bull. OMS, 1991, 69, 603-605.