

# *Recherches opérationnelles. Contrôle des maladies parasitaires et priorité de santé*

---

Antoine DEGREMONT

Depuis la conférence d'Alma Ata en 1978, la politique de soins de santé primaire (SSP) a été adoptée par de nombreux pays. Son origine repose en grande partie sur un changement de concept vis-à-vis du développement et sur la prise de conscience que les programmes de santé des trois décennies précédentes n'avaient pas répondu aux besoins réels des populations concernées. Ses bases se fondent sur une meilleure répartition des ressources, une intégration plus poussée des activités de développement et une couverture plus complète des populations par les services de santé.

A partir de ce modèle, une grande variété de programmes de SSP ont été mis en place ces dix dernières années, pour la plupart en zones rurales, contribuant à améliorer substantiellement les capacités techniques de développement des SSP et de réponse aux besoins

## A. DEGREMONT

de base des communautés. L'évaluation d'un bon nombre de ces programmes suggère que, même s'il n'est pas évident que ce soit la méthode la plus efficace, les SSP ont vraisemblablement un impact positif sur l'état de santé des populations concernées. Notons cependant que beaucoup se demandent actuellement si le coût-bénéfice de tels programmes ne doit pas primer sur leur coût-efficacité.

Quoi qu'il en soit, et bien que l'état d'esprit des planificateurs et des travailleurs de santé oscille souvent à ce sujet entre l'optimisme et le pessimisme le plus complet, il est bien difficile de trouver actuellement une organisation n'incluant pas les SSP dans ses programmes de développement de santé et dans ses plans de contrôle de maladies transmissibles.

Le contrôle des maladies parasitaires ne fait pas exception et personne ne doute qu'il ait tout intérêt à s'intégrer dans cette politique. Qu'il s'agisse de traitement de masse - et plus tard de vaccinations - ou de mesures contre les vecteurs et hôtes intermédiaires, son succès dépend en effet d'une participation aussi large que possible des populations. Le concept des SSP étant justement fondé sur une participation active des communautés, son attractivité pour les planificateurs est des plus naturelles. Malgré cela, la situation est encore très décevante tant en ce qui concerne les résultats obtenus jusqu'à présent que le nombre de programmes en cours d'exécution.

A partir d'une étude réalisée dans un district de Tanzanie nous voudrions maintenant montrer les contraintes d'une telle approche et souligner l'importance des recherches opérationnelles si l'on veut réussir sa mise en place.

La schistosomiase urinaire est endémique dans plusieurs régions de Tanzanie, y compris dans celle concernée par cette étude. Avant d'intégrer, selon la politique nationale tanzanienne, le contrôle de cette parasitose dans les activités de SSP, une étude approfondie des problèmes de santé a été réalisée dans un des villages (Kikawila) du district de Kilombero où la prévalence atteignait 70 %.

Tableau n°1

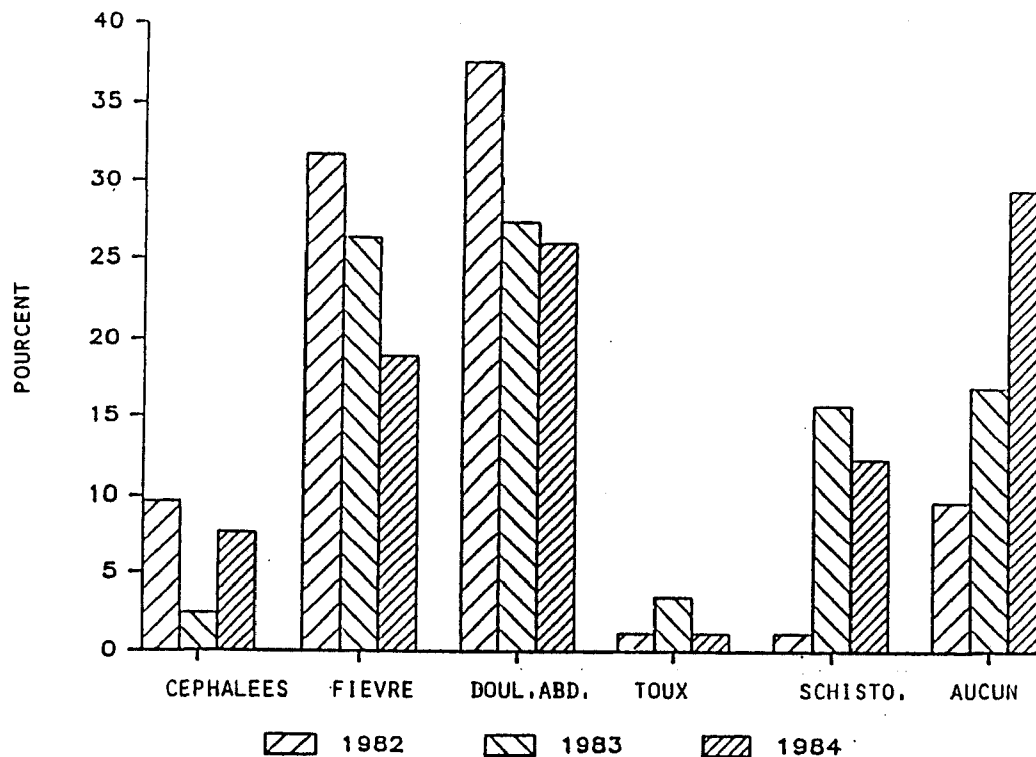
Comparaison de différentes approches d'évaluation des problèmes de santé dans le village de Kikwawila

E N Q U E T E				
A	B	C	D	E
interviews à domicile	registre poste santé	question standard	examen clinique	examen parasitologique
fièvre	fièvre	problèmes abdominaux	splénomégalie	paludisme
céphalées	blessures	fièvre	caries	ankylostomiase
problèmes abdominaux	céphalées	schistosomiase	dermatoses	schistosomiase
autres problèmes	problèmes abdominaux	céphalées	malnutrition	anguillulose
schistosomiase	toux	toux	infections oculaires	lambliaze

\* Degrémont et al, 1987

Tableau n°2

Fréquence de symptômes rapportés à Kikwawila en 1982-83-84 lors d'enquêtes transversales \*



\*) DEGREMONT ET AL, 1987

## A. DEGEMONT

Les différentes approches utilisées dans cette étude montrent que le rang de priorité attribué à la schistosomiase varie selon la méthode employée (Tableau 1).

Le village de Kikwawila étant à plus de 8 km d'un service de santé, des agents de santé communautaire (ASC) y ont été introduits en 1982 et par leur action ont eu un impact positif sur l'état de santé des populations (Tableau 2). Le nombre de personnes ne signalant plus de symptômes augmente significativement d'une année à l'autre. La diminution des fièvres traduit la disponibilité d'aspirine et de chloroquine dans le village. La stagnation de la fréquence rapportée des douleurs abdominales après la première année indique que les médicaments disponibles aux postes de santé ne sont pas suffisants pour résoudre ce problème. Enfin, l'importance croissante attribuée à la schistosomiase reflète l'impact formatif de l'équipe de santé sur la population.

De toute évidence la schistosomiase n'a pas un niveau de priorité des plus élevés dans ce village. Compte tenu de sa haute prévalence, des mesures de contrôle mériteraient d'y être introduites et les agents de santé communautaire se verraient confier un certain nombre de tâches (Tableau 3). Bien qu'intégrées dans un programme de SSP leur succès ne serait cependant pas assuré. Une autre enquête, portant cette fois sur l'ensemble des priorités du village montre en effet que les problèmes de santé ne sont pas les plus préoccupants pour la communauté (Tableau 4). Il apparaît toutefois que la population serait prête à participer activement à des mesures de contrôles sous forme de travaux manuels bénévoles (Tableau 5).

Une communauté n'appréhende que certaines des conséquences d'une maladie; dans le cas de la schistosomiase, ce sont précisément ces conséquences que les professionnels de santé ne savent pas évaluer avec une précision suffisante pour apprécier leur impact. En réalité, dans ce village, les traitements de masses et les applications de molluscicides effectués n'ont pas modifié durablement la situation de la schistosomiase urinaire; ce fait est attribué à une participation insuffisante de la population. Les responsables de ce programme ont alors entrepris un projet d'alimentation en eau potable (associé à

Tableau n°3

Contrôle de la schistosomiase par les agents de santé des villageois

Tâches possibles	
<u>Surveillance</u>	<u>Exécution</u>
- participation aux traitements	- éducation santé
- effets secondaires	- latrines
- paramètre de morbidité	- détection et traitement
- densité population de mollusques	
- débroussaillage des gîtes à risques	
- comportement vis à vis de l'eau	

Tableau n°4

Priorités du village de Kikwawila évaluées par l'interview de 841 adultes (A)

PRIORITÉ	FREQUENCE (N = 841)	%
EAU COURANTE	791	68 %
LATRINES	133	11 %
DISPENSARE	53	4 %
MOULIN A MAIS	18	1 %
TRANSPORT	3	1 %
TRACTEUR	1	1 %
NE SAIT PAS	167	14 %
-----		
TOTAL	1166 B	100 %

A de Lwihula (1985)

B inclus réponses multiples

Tableau n°5

Que peuvent offrir les villageois pour résoudre leurs problèmes ?  
Réponses de 833 adultes de Kikwawila (A)

OFFRES	FREQUENCE	POURCENTAGE
TRAVAUX MANUELS	524	63 %
NOURRITURE POUR VOLONTAIRES	10	1 %
ARGENT	143	17 %
RIEN A OFFRIR	156	19 %
TOTAL	833	100 %

A de Lwihula (1985)

## A. DEGREMONT

la construction de latrines) en estimant, comme le suggère C. Mac Cormack (1983), qu'une plus grande efficacité peut être obtenue en combinant une action souhaitée par la communauté avec une autre perçue comme moins importante. Cependant, bien souvent le personnel de santé ne peut pas se lancer dans une telle entreprise et doit rechercher la collaboration d'autres services.

Si elle paraît naturelle, une telle collaboration ne s'établit pas facilement en pratique car ces services ont d'autres plans et d'autres priorités. Il en découle donc souvent des échecs et des frustrations du personnel de santé et des communautés.

L'agent de santé se trouve la plupart du temps dans une situation inconfortable, voire intenable. D'un côté, les responsables de santé voudraient qu'il facilite l'introduction et l'exécution dans son village des huit composantes qui fondent les soins de santé primaire qui vont de l'éducation sanitaire aux petits soins courants, en passant par la santé maternelle et infantile, les campagnes de vaccinations, l'établissement des latrines, ainsi que la lutte contre les grandes endémies. De l'autre, la communauté qu'il dessert s'attend à ce qu'il apporte des solutions aux problèmes qu'elle - ou du moins ses membres les plus influents - considère comme prioritaires. Pour ne pas succomber aux tâches et responsabilités qui lui incombent, il n'y a d'autre solution que d'abandonner son poste ou de se concentrer sur la seule activité qui lui apporte sinon des revenus du moins un certain prestige du fait qu'elle satisfait une demande importante : l'exécution de soins de base et la distribution de médicaments. Déçus dans leurs espoirs, les chefs de programme ont alors tendance à attribuer leurs échecs aux agents de santé sans réaliser qu'à défaut de bases solides, l'intégration du contrôle des maladies parasitaires dans une structure de soins de santé primaires n'a guère de chance de réussir. Certaines argumenteront que les méthodes de lutte contre les parasitoses sont encore trop coûteuses et/ou complexes pour être intégrées dans cette stratégie. En partie vraie (elle ne l'est pas par exemple dans le cas de la schistosomiase urinaire) cette affirmation fait figure de prétexte ou reflète un souci exagéré de perfection.

Forts de ces expériences, de plus en plus de planificateurs recommandent une approche plus globale des soins de santé primaires qui intègre ses composantes dans les différents services oeuvrant au développement des communautés villageoises. Les services de santé n'apportent plus dans ces conditions qu'un appui technique parmi les autres. Les tâches sont réparties entre les différents travailleurs et la coordination s'effectue en principe au sein d'un comité de développement villageois. Cette approche est certainement beaucoup plus prometteuse mais peu de gouvernements, peu de services publics ou privés et peu de personnels spécialisés sont prêts à l'adopter; elle suppose de répondre aux priorités des communautés avant, ou en tous les cas autant qu'à celles découlant de considérations scientifiques ou professionnelles. Autrement dit, la concordance entre l'offre des services de développement et la demande des communautés n'est pas assurée en l'absence de recherches opérationnelles.

L'intégration du contrôle des maladies parasitaires dans les deux types d'approche de soins de santé primaires se heurte aux mêmes causes de blocage et donc d'échec :

- si la participation des communautés est le principal élément, la "santé" n'est pas nécessairement le facteur le plus motivant pour l'inciter;

- dans le contexte du développement de santé, les maladies parasitaires, et plus généralement les maladies chroniques ou celles touchant seulement un fragment de population, ont pour ces communautés un rang de priorité bien inférieur à celui que leur attribuent les planificateurs.

. La façon dont les populations perçoivent les causes des maladies joue un rôle déterminant dans leur choix de sources de traitement et de prévention.

. Certaines actions curatives ou préventives offertes aux communautés sont actuellement inacceptables pour elles et le contexte culturel est généralement mal compris des professionnels de santé.

. En introduisant des actions de santé, les professionnels et les communautés (ces dernières influencées par les premiers) pen-

sent en terme de durée de projet alors que, lorsque le processus de développement implique des changements socio-culturels, l'histoire montre qu'il faut prendre comme unité de temps les générations.

Pour supprimer ces blocages au niveau de l'interface communautés-services de développement il est indispensable à l'avenir de multiplier les recherches opérationnelles. Avant de mettre en oeuvre n'importe quel programme de contrôle, ces recherches devraient s'effectuer en collaboration étroite avec des travailleurs sociaux et avec les populations locales, en tenant compte de tous les groupes les composant. Ces interactions entre travailleurs de santé et travailleurs sociaux au niveau des communautés diminuent certes le caractère spécifique des activités de santé mais en élargissent considérablement leurs bases. Une telle approche ralentira sans aucune doute le processus de mise en oeuvre des soins de santé primaire - et donc de contrôle des maladies parasitaires - mais lui permettra d'atteindre son but final - la santé pour tous - en une période de temps raisonnable et en tenant compte d'un élément trop souvent négligé, l'auto-détermination et l'auto-suffisance des différentes communautés.

**Antoine DEGREMONT**  
**Institut Tropical Suisse**