

EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE DES AGENTS DE SANTE SUR LE DIAGNOSTIC DE LA LEPRE A BAMAKO (MALI) : PROPOSITION POUR L'AVENIR DE LA LUTTE ANTI-LEPREUSE

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE OF HEALTH AGENTS ON LEPROSY CASE DETECTION IN BAMAKO (MALI): SUGGESTION FOR THE FUTURE OF LEPROSY CONTROL PROGRAM

FAYE O(1), KEITA S(1), N'DIAYE H.T (1), KONARE H.D (1), COULIBALY I (1),
TRAORE A.K (1), MAHE A (2) et les Directeurs Régionaux de la Santé (3)

- (1) CNAM - Ex Institut Marchoux. BP 251 Bamako. Mali
(2) Expert Fondation Internationale de Dermatologie. Institut d'Hygiène Sociale. Dakar. Sénégal
(3) Directeurs Régionaux Santé : R S BAH (Bamako), S BAMBÀ (Koulikoro)

Tirés à part : Docteur Ousmane Faye à l'adresse ci-dessus
Tél.: (00 223) 222 5131. Fax: (00 223) 222 28 45 Email : faye_o@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Dans le cadre d'un projet pilote de formation dermatologique de base actuellement en cours au Mali, nous avons évalué le niveau de connaissance des agents de santé des structures de premier recours des malades dans la zone sanitaire de Bamako. Le but de ce travail était d'analyser le niveau de connaissance de ces agents sur le diagnostic de la lèpre et leur attitude face à un cas suspect.

Matériel et Méthodes : Sur les 394 agents de santé formés, 342 ont été retenus pour l'étude: 69 médecins (20,1 %), 93 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (27,2 %), 82 infirmiers du 1^{er} cycle (24 %) et 98 Sages-femmes (SF) (28,7 %).

Résultats : Parmi les 342 agents testés, seulement 33,6 % (115/342) suspectaient une lèpre devant une tache hypochromique cuivrée. Parmi ceux qui n'ont pas reconnu la lèpre (227 agents sur 342), seulement 8 % (18/227) souhaitaient référer le patient à un spécialiste.

Discussion : Les résultats de nos travaux montrent clairement que, malgré les efforts fournis dans la lutte contre la lèpre, le problème essentiel qui est celui du diagnostic précoce des cas, demeure et demande à être résolu.

Conclusion : Dans un contexte socio-économique défavorable et de budget de santé limité, pour renforcer nos efforts de lutte contre la lèpre, nos pays doivent désormais s'orienter vers des programmes de formation dermato-léprologique de masse, de courte durée, simples, peu chers et facile à reproduire.

MOTS CLES : Lèpre - connaissance - Agent de santé

INTRODUCTION

La lèpre connue depuis 'l'origine des temps', est la première maladie dans laquelle une relation de causalité fut établie pour la première fois entre une bactérie et une maladie affectant l'homme, après les travaux de Armauer Hansen en 1873⁽¹⁾. La lutte contre cette maladie a pendant longtemps reposé sur les campagnes de masse dirigées par les équipes mobiles des Grandes Endémies, dans le cadre d'une approche verticale, dont les principales missions étaient le dépistage et la monothérapie à la Diamino diphenyl sulfone (DDS). C'est avec la découverte de la polychimiothérapie (PCT) et son application que la lutte anti-lépreuse a connu une véritable révolution, entraînant pour la première fois une diminution du nombre de cas⁽²⁾. Les succès ainsi réalisés ont conduit l'Assemblée Mondiale de la Santé à adopter, en 1991, la résolution WHA 44.9 visant à éliminer la lèpre en temps que problème de Santé publique, en intégrant les activités de dépistage et de traitement des cas dans les soins de Santé Primaire. Depuis plusieurs années, au Mali, comme dans d'autres pays de la sous-région, la lutte anti-lépreuse est devenue horizontale et est désormais intégrée aux activités des services de santé généraux. Le succès des programmes lèpre de nos pays dépendra finalement de la qualité des prestations fournies par les agents de nos formations sanitaires périphériques dont le bon niveau garantira la bonne qualité du diagnostic. Une évaluation périodique de ces agents doit toujours être faite. Depuis juillet 2001, un projet pilote de formation dermatologique de base visant à améliorer la santé cutanée des populations est en cours de réalisation dans la zone sanitaire de Bamako (Mali)⁽³⁾. Le but de ce travail préliminaire est d'analyser le niveau de connaissance de ces

agents de santé sur le diagnostic précoce de la lèpre et leur attitude face à un cas suspect.

MATERIELS ET METHODES

Entre Octobre 2001 et Février 2002, 394 agents de santé ont reçu une formation dermatologique de base au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie -CNAM- (Ex Institut Marchoux, Bamako, Mali), financée par la Fondation Internationale de Dermatologie. Tous ces agents exerçaient dans les formations sanitaires de Bamako (376 agents) et sa banlieue (18 agents). Ainsi, 21 sessions de formation, d'une durée de un jour par session, ont été réalisées. Chaque session comportait environ quinze à vingt participants. Au début des sessions, le groupe de participants recevait un test de connaissance d'une durée de 30 minutes sur quelques dermatoses courantes y compris la lèpre précoce. Ce test était basé sur la projection de diapositives typiques de chaque affection devant lesquelles les participants répondaient à deux questions : *Quel est votre diagnostic ? Quelle est votre conduite à tenir ?* Concernant la lèpre, une photo clinique de tache hypochromique cuivrée typique de lèpre BT était projetée. Les différentes réponses des participants ont été analysées.

RESULTATS

Ainsi, sur les 394 agents de santé formés, seulement 342 ont participé au test. Au total, notre étude a porté sur ces 342 agents qui se répartissaient ainsi : 69 médecins (20,1 %), 93 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (27,2 %), 82 infirmiers du 1^{er} cycle (24 %) et 98 Sages-femmes (SF) (28,7 %). Parmi les 342 agents testés, seulement 115 d'entre eux

(33,6 %) évoquaient une lèpre devant une tache hypochromique cuivrée; ce qui représentait 42 % des médecins (29/69), 34,4 % des IDE (32/93), 33 % des Infirmiers du 1^{er} cycle (27/82) et 27,5 % des sage-femmes (27/98) (**Tableau I**). Sur les 115 agents qui ont évoqué la lèpre, 40,9% souhaitaient référer le malade à un spécialiste (47/115), 11,3 % souhaitaient faire un test de sensibilité (13/115) et 2,6 % (3/115) une bacilloscopie ou une biopsie (médecins exclusivement) (**Tableau II**). Parmi ceux qui n'ont pas reconnu la lèpre (227 agents sur 342 soit 66,4%), 8 % souhaitaient référer le patient à un spécialiste (18/227); ce qui représentait 5 % des médecins (2/40), 8,2 % des IDE (5/61), 3,6 % des Infirmiers du 1^{er} cycle (2/55) et 12,6 % des SF (9/71). A l'évidence, aucun d'entre eux ne recommandait ni test de sensibilité cutanée, ni d'examen bacilloscopique. En outre, les traitements qu'ils prescrivaient étaient très variés, souvent nombreux et comportaient fréquemment, des produits topiques ou injectables soit isolément ou en association (corticoïdes, antibiotiques, antifongiques, salicylés, dérivés du goudron...etc.).

Tableau I: Reconnaissance de la lèpre par les agents de santé

Agents	Ont évoqué la lèpre		Effectif total
	OUI	Non	
Médecins	29 (42%)	40 (58%)	69
IDE	32 (34,4%)	61 (65,6%)	93
Infirmiers 1 ^{er} cycle	27 (33%)	55 (67%)	82
Sages-femmes	27 (27,5%)	71 (72,5%)	98
Total	115 (33,6%)	227 (66,4%)	342

$\chi^2 = 3,85$ $P = 0,27$ (non significatif)

Tableau II: Attitudes pratique des 115 agents de santé ayant évoqué la lèpre

Attitudes Agents	OUI			NON	Effectif total
	Test de sensibilité	Réfère au Spécialiste	Bacilloscopie		
Médecins	0	8	3	18	29
IDE	4	17	0	11	32
Infirmiers 1 ^{er} cycle	4	5	0	18	27
Sages-femmes	5	17	0	5	27
Total	13 (11,3%)	47 (40,9%)	3 (2,6%)	52 (45,2%)	115

DISCUSSION

Dans ce travail, nous avons analysé le niveau de connaissance des agents de santé sur le diagnostic de la lèpre et leur attitude pratique devant un cas suspect. Notre travail représente la situation prévalant dans le district de Bamako et sa banlieue qui n'est sans doute pas très éloignée de celle du reste du pays.

En pratique, le diagnostic de la lèpre doit être évoqué devant toute tache hypochromique acquise. Ce qui impose au praticien la recherche d'un trouble de la sensibilité sur la lésion, d'hypertrophie d'un tronc nerveux périphérique, cubital, radial, sciatique poplité externe...etc. Dans les cas difficiles, lorsque cela est possible, l'on a recours à l'examen bacilloscopique voire à l'histopathologie cutanée.

Les résultats de nos travaux montrent clairement que, malgré les efforts fournis dans la lutte contre la lèpre, le problème essentiel qui est celui du diagnostic précoce des cas, demeure à être résolu. Ainsi, on peut dire que lorsqu'un malade présentant une lèpre cutanée typique se présente dans un centre de santé à Bamako, il a deux chances sur trois de trouver en face de lui un agent de santé qui n'évoquera même pas sa maladie. Dans les cas où l'agent de santé suspectera une lèpre, il fera rarement recours à un examen clinique ou biologique pour étayer son diagnostic et ne préconise la référence à un spécialiste que dans un nombre très limité de cas. Une telle situation peut, à la longue, entraîner un retard du diagnostic avec comme conséquence la découverte de nombreux cas présentant des invalidités. En outre, cette méconnaissance du diagnostic conduit assez souvent à la prescription de plusieurs médicaments parfois contre-indiqués, voire dangereux pour la santé des malades. Un autre risque du diagnostic précoce de la lèpre, non documenté par notre étude, est celui, bien connu, du diagnostic par excès (les faux diagnostics), notamment dans les campagnes de dépistage actif, lequel a pu être chiffré à 30 % des 'nouveaux cas' (4). Dans un système de santé intégré, la lutte contre la lèpre ne saurait s'appuyer sur de tels agents qui constituent malheureusement la majorité du personnel en service dans ces zones. **Dans un tel contexte, quel avenir pour la lutte anti-lépreuse ?** Dans les zones de notre étude, il y a manifestement un problème du diagnostic de la lèpre. Si tel était le cas sur l'ensemble du pays, ce qui paraît vraisemblable, la lutte contre la lèpre devrait s'orienter vers la formation du personnel à la reconnaissance de la lèpre précoce qui représente le profil clinique et épidémiologique actuel de la maladie (5) afin de réduire les taux d'invalidité au dépistage actuellement chiffré à 10-20 % des nouveaux cas (6). De nombreux efforts ont été consentis pour la formation individuelle des agents lèpres avec des durées allant de trois mois à trois semaines. A notre avis, de telles formations ne sont plus adaptées et méritent d'être abandonnées. La durée et le coût d'une telle formation pour

un seul agent sont comparables au coût et à la durée de la formation des 394 agents formés dans le cadre de notre projet qui, en plus de la lèpre, ont reçu des compétences sur d'autres dermatoses courantes avec des résultats immédiats très prometteurs. A ce titre, l'évaluation de l'impact de notre programme de formation sur les capacités des agents de santé non spécialisés dans la reconnaissance précoce des cas de lèpre apparaît cruciale.

CONCLUSION

En conclusion, dans un contexte socio-économique défavorable et de budget de santé limité, pour renforcer nos efforts de lutte contre la lèpre, nos pays doivent désormais s'orienter vers des programmes de formation dermatoléproulogique de masse, de courte durée, simples, peu chers et facile à reproduire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. REES RJW - The microbiology of leprosy. *In* Leprosy. Hastings R C. Ed Medicine in the Tropics series 1985. Churchill Livingstone 1985; pp 31-52.
2. GROSSET JH - La polychimiothérapie de la lèpre. Conférence Inter-régionale (OMS) sur la lutte anti-lépreuse en Afrique-Brazzaville, 6-10 Novembre 1989 ; 10 pages.
3. MAHE A - Un projet pilote de dermatologie communautaire au Mali. Le bulletin de l'ALLF 2002 ; n°10 :19-20.
4. BAHONG J - Interview sur la situation actuelle de la lèpre dans le monde. Le bulletin de l'ALLF 2002 ; n°10 :16-18
5. KEITA S, TIENDREBEOGO A, KONARE H, Cisse B S, FAYE O - Nouveaux cas de lèpre à l'Institut Marchoux (Bamako, Mali). Etude comparative 1988-1999. *Annal Dermatol Venereol* 2001 ; 128 : 217-9.
6. REUNION DES COORDINATEURS de Programme Nationaux de lutte contre la lèpre de l'Afrique Francophone 'zone AFRF'. Le bulletin de l'ALLF 2002 ; n°10 :10-12.