



PLANIFICATION, MISE EN OEUVRE, SURVEILLANCE CONTINUE ET EVALUATION  
DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES PARASITOSES INTESTINALES<sup>1</sup>

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. IMPORTANCE DES PARASITOSES INTESTINALES POUR LA SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU LOCAL ...	3
1.1 Information provenant de la population .....	3
1.2 Données et information provenant des services de santé .....	3
1.3 Données provenant d'enquêtes épidémiologiques .....	4
1.4 Evaluation des données .....	6
2. FAISABILITE DES MESURES DE LUTTE .....	6
2.1 Coopération communautaire .....	6
2.2 Personnels .....	7
2.3 Instruments .....	7
2.4 Coût du programme de lutte .....	7
2.5 Coopération avec des organismes autres que l'OMS .....	7
3. DECISIONS DU GOUVERNEMENT .....	8
3.1 Objectifs du programme .....	8
3.2 Approches optimales .....	9
4. CHIMIOTHERAPIE AXEE SUR LA COMMUNAUTE .....	9
4.1 Approches chimiothérapeutiques optimales dans des situations différentes .....	9
4.2 Fréquence et moment du traitement .....	10
4.3 Choix des médicaments .....	10
4.4 Surveillance continue et évaluation des médicaments .....	11
5. EDUCATION SANITAIRE .....	11
5.1 Planification d'un programme intégré d'éducation sanitaire .....	11
5.2 Principes du processus de planification .....	11
5.3 Liste type pour les programmes d'éducation sanitaire .....	12
5.4 Moyens d'assurer la coopération communautaire .....	12

<sup>1</sup> Le présent document fait partie d'une série (PDP/85.1 à 85.5) établie par le Programme OMS des maladies parasitaires et qui vise à fournir des informations à jour sur des aspects techniques de la lutte contre les parasitoses intestinales. Ces documents seront révisés à la lumière des progrès techniques et de l'expérience acquise par les programmes de lutte nationaux. Les observations et demandes de renseignements doivent être adressées au Directeur du Programme des maladies parasitaires, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other without the prior written permission of WHO.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

	<u>Pages</u>
6. APPROVISIONNEMENT EN EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE PERSONNELLE .....	12
7. SURVEILLANCE CONTINUE ET EVALUATION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES PARASITOSEs INTESTINALES .....	13
7.1 Principes de surveillance continue et d'évaluation .....	13
7.2 Objectifs spécifiques de lutte .....	14
7.3 Processus d'évaluation .....	14
8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	15

Des plans de ce document de travail ont été rédigés et discutés lors du cours de formation sur le diagnostic, la prévention et le traitement des parasitoses intestinales au niveau communautaire organisé par WPRO et par PDP dans le Pacifique Sud à Nuku'alofa (Tonga) en septembre 1984. Il a été convenu que pour définir le programme optimal de lutte contre les parasitoses intestinales il fallait :

- i) réunir des données sur l'importance des parasitoses intestinales pour la santé publique au niveau local (section 1) et les comparer aux autres priorités en matière de santé;
- ii) évaluer la faisabilité du programme et ses coûts-avantages (section 2);
- iii) formuler les objectifs du programme et établir des approches et des corrélations optimales avec d'autres projets prioritaires en matière de santé (section 3).

Les sections suivantes sur la chimiothérapie axée sur la communauté (section 4), l'éducation sanitaire (section 5), l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène personnelle (section 6), ainsi que la surveillance continue et l'évaluation (section 7) peuvent faciliter l'orientation de la mise en oeuvre du programme.

## 1. IMPORTANCE DES PARASITOSES INTESTINALES POUR LA SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU LOCAL

Trois sources d'information doivent être utilisées pour la collecte de données sur l'importance des parasitoses intestinales au niveau local, à savoir les données provenant de la population, des services de santé et des études épidémiologiques.

### 1.1 Information provenant de la population

1.1.1 L'information provenant de la population se limite généralement à la notification des parasites visibles de l'homme (par exemple Ascaris) et de l'animal (cysticercose, Echinococcus), à leur prévalence (fréquente ou rare), à leur répartition (selon l'âge et les zones géographiques, par exemple rurale, urbaine, suburbaine) et aux signes d'infection (vomissements à Ascaris, expulsion de proglottis de Taenia). Ces données peuvent être obtenues dans les écoles, notamment auprès des enseignants ou des écoliers plus âgés.

1.1.2 En outre, il est utile de savoir :

- i) quelles sont les principales priorités sanitaires dans la communauté;
- ii) si la communauté éprouve le besoin de lutter contre les parasitoses intestinales;
- iii) si la communauté est prête à coopérer et à appuyer un programme de lutte contre les parasitoses intestinales;
- iv) si la communauté comprend les liens existant entre la lutte contre les parasitoses intestinales et d'autres activités, par exemple l'assainissement;
- v) comment les gens envisagent le problème des "vers".

Les renseignements de ce type peuvent être obtenus auprès des notables locaux, des enseignants et des membres d'organisations sociales et religieuses.

### 1.2 Données et information provenant des services de santé

Les données sur la survenue des parasitoses intestinales et la morbidité et la mortalité par ces infections peuvent être obtenues :

1.2.1 Des hôpitaux, dispensaires et centres de santé :

- i) fréquence des cas cliniques diagnostiqués;
- ii) fréquence des complications abdominales dues à l'ascaridiase (obstruction intestinale, ascaridiase biliaire);

- iii) fréquence de l'anémie ankylostomienne et d'autres anémies hypochromiques;
- iv) fréquence des abcès hépatiques amibiens ou des kystes hépatiques d'echinococcus;
- v) fréquence de la dysenterie (amibienne, bactérienne);
- vi) fréquence des diarrhées liées aux parasites.

Ces données peuvent être recueillies dans la documentation des hôpitaux/dispensaires et en interrogeant les médecins ou les infirmières affectés aux hôpitaux ou dispensaires.

#### 1.2.2 Laboratoires :

- i) Procède-t-on à un examen coprologique systématique, par exemple chez les enfants ou les sujets anémiques ?
- ii) Quel est le nombre d'examens coprologiques par mois et par malade hospitalisé ?
- iii) Quelle est la fréquence des résultats positifs par espèce ? Un faible taux de dépistage peut être dû à des compétences insuffisantes ou à des techniques inadéquates ou encore à un manque de motivation.

Ces données peuvent être recueillies dans les dossiers des laboratoires et en interrogeant le personnel médical et de laboratoire.

#### 1.2.3 Disponibilité et utilisation d'anthelminthiques :

- i) anthelminthiques disponibles sur le marché;
- ii) quantité de chaque anthelminthique utilisé dans les hôpitaux, les centres de santé et en vente libre;
- iii) prix actuel des anthelminthiques qui peut dépasser les possibilités financières des sujets infectés.

Ces données peuvent être obtenues des pharmaciens ou des autorités sanitaires.

### 1.3 Données provenant d'enquêtes épidémiologiques

L'enquête épidémiologique constitue le meilleur moyen d'obtenir des renseignements objectifs sur la prévalence, l'intensité et la distribution des principales parasitoses intestinales. Pour la méthodologie d'une enquête sur les parasitoses intestinales, voir le document PDP/85.4.<sup>1</sup>

On trouvera ci-après un aperçu des enquêtes épidémiologiques nationales qui peuvent être entreprises pour les principales helminthiases.

#### 1.3.1 Ankylostomiase

##### Collecte des données :

- i) espèces : Ancylostoma ou Necator (déterminer l'espèce sur des sous-échantillons de 10 % des cultures);
- ii) prévalence (par technique de Kato-Katz);
- iii) distribution : lieu, âge, sexe, profession;
- iv) intensité de l'infection (par la technique de Kato-Katz);
- v) anémies : fréquence et distribution (âge, lieu);
- vi) fer : fer dans le régime alimentaire, réserves martiales des sujets;
- vii) assainissement : état, activités en cours;
- viii) éducation sanitaire : état, activités en cours.

Analyse des données :

- i) transmission :
  - transmission toute l'année ou saisonnière, distribution large ou focale,
  - stratification dans la population par
    - âge
    - sexe
    - et profession,
  - taux de reproduction des ankylostomes, taux de réinfection ankylostomien;
- ii) liens avec les autres anémies hypochromiques.

Mesures :

- i) traitement type des anémies : SSP ou hôpitaux périphériques (par exemple complément de fer, anthelminthiques et antipaludiques dans chaque cas d'anémie hypochromique);
- ii) chimiothérapie : axée sur la population, saisonnière, ciblée;
- iii) prévention : amélioration de l'assainissement et de l'éducation sanitaire.

1.3.2 Ascaridiase

Collecte et analyse des données :

- i) prévalence et intensité de l'infection (par la technique de Kato-Katz);
- ii) distribution selon le lieu, l'âge, le sexe et la profession;
- iii) taux de reproduction;
- iv) taux de réinfection;
- v) liens avec la nutrition;
- vi) identification des groupes les plus fortement infectés de la population et des groupes les plus touchés (enfants en bas âge et malnutris).

Mesures :

- i) traitement type de l'ascaridiase au niveau des SSP,
- ii) action axée sur la population (assainissement, éducation, chimiothérapie).

1.3.3 Téniase

La téniase peut facilement se propager dans les zones où les porcins et/ou les bovins ont accès aux excréments humains et où l'homme consomme de la viande de porc ou de boeuf crue ou à moitié crue. La téniase/cysticercose peut être apportée dans un pays par des réfugiés ou par des animaux infectés (Irian occidental) et provoquer des épidémies à taux de létalité élevée. Pour la prévention et la lutte, voir Guidelines for the Prevention and Control of Taeniasis/Cysticercosis, 1983 (VPH/83.49).<sup>2</sup>

1.3.4 Echinococcose

Pour la lutte contre l'échinococcose, voir Directives pour la surveillance et la prévention de l'échinococcose/hydatidose et la lutte contre ces maladies (VPH 81.28), 1981.<sup>3</sup>

#### 1.4 Evaluation des données

L'importance des parasitoses intestinales pour la santé publique dépend de nombreux facteurs.<sup>4,5,6,7</sup> Les plus importants sont les suivants :

- i) taux de prévalence (infection fréquente, rare);
- ii) taux de mortalité (élevé, faible);
- iii) taux de morbidité (élevé, faible);
- iv) taux d'invalidité (élevé, faible);
- v) coût pour les services de santé (élevé, faible);
- vi) besoin qu'éprouvent les gens de faire quelque chose pour résoudre le problème (élevé, faible).

Les deux exemples d'une telle évaluation sont les suivants :

	i) prévalence	ii) mortalité	iii) morbidité	iv) invalidité	v) coût	vi) besoin éprouvé
ascaridiase <sup>5</sup>	fréquente	faible	faible	faible	élevé	élevé
téniase/cysticerose <sup>2</sup>	rare	élevée	élevée	élevée	élevé	faible

Pour les parasitoses intestinales courantes, le nombre de décès et de cas est assez élevé même si les taux de mortalité et de morbidité sont faibles.<sup>8</sup> Lorsque la lutte contre les parasitoses intestinales ne revêt pas un caractère directement prioritaire dans un pays, elle peut néanmoins constituer un bon moyen indirect de promouvoir la coopération communautaire sur les problèmes de santé et de développer ou renforcer la politique OMS de la santé pour tous.

## 2. FAISABILITE DES MESURES DE LUTTE

La faisabilité des programmes de lutte contre les parasitoses intestinales dépend beaucoup de la coopération communautaire, des personnels, des instruments et des fonds disponibles, de l'évaluation coûts-avantages et de la coopération avec l'OMS et d'autres organismes.

### 2.1 Coopération communautaire

Selon la participation communautaire, les personnels et les fonds dont on pense pouvoir disposer, le programme de lutte peut être organisé de la façon suivante :

- i) projet pilote SSP dans un ou plusieurs villages; ou
- ii) projet limité à un district SSP type; ou
- iii) niveau régional ou national.

## 2.2 Personnels

L'évaluation des personnels existants doit apporter des réponses aux questions ci-après :

- i) centre de référence parasitologique disponible ou non ?
- ii) compétence épidémiologique adéquate ou non ?
- iii) base de diagnostic en laboratoire adéquate ou non ?
- iv) compétence en matière d'éducation sanitaire adéquate ou non ?
- v) programme d'assainissement actif ou inactif ?

Il existe de nombreuses possibilités locales de renforcer les personnels par des activités de formation, des consultations, des publications et des réunions; l'OMS peut également contribuer à la formation ou organiser des consultations.

## 2.3 Instruments

- i) matériel de laboratoire - microscopes (dans certains cas, il s'agit uniquement de réparation);
- ii) nécessaires de laboratoire (voir annexe au document OMS PDP/85.2);<sup>9</sup>
- iii) anthelminthiques (voir document OMS PDP/85.5);<sup>10</sup>
- iv) matériels d'enseignement (contacter les unités locales d'éducation pour la santé ou l'OMS);
- v) plans et matériel d'assainissement (contacter les équipes sanitaires locales de l'OMS ou du PNUD).

La plupart des instruments sont généralement disponibles et relativement peu coûteux.

## 2.4 Coût du programme de lutte

Avant de prendre une décision concernant la mise en oeuvre d'un programme de lutte, il convient de définir les sources de financement et de bien faire le point de l'ensemble des activités budgétaires. Il ne fait aucun doute qu'à terme la prévention des parasitoses intestinales par l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène reviendra moins cher que des interventions curatives prolongées. En plus des coûts liés au programme de prévention et de lutte (coût des anthelminthiques, assainissement, éducation pour la santé, etc.) et des avantages directs pour la santé, il y aura des avantages indirects comme par exemple :

- i) un point d'entrée pour la coopération communautaire;
- ii) la satisfaction des besoins;
- iii) l'amélioration de l'assainissement;
- iv) une éducation pour la santé facilitée et plus efficace;
- v) une mobilisation des activités bénévoles en matière sanitaire et sociale.

## 2.5 Coopération avec des organismes autres que l'OMS

i) Certaines organisations internationales telles que le FISE, la JOICFP (Organisation japonaise de coopération internationale à la planification familiale), la JICA (Agence japonaise pour la coopération internationale), la Commission du Pacifique Sud, etc. pourraient contribuer à résoudre les problèmes financiers et techniques liés aux activités de lutte.

ii) Il convient de faire appel aux institutions, associations ou organismes locaux pour demander une aide éventuelle dans l'exécution des activités de lutte. Il pourrait s'agir notamment d'associations médicales, d'associations d'infirmières, de sociétés d'ingénieurs, de groupes industriels et commerciaux, de responsables d'écoles, d'associations de mères,

de jeunes filles ou de jeunes, de groupes religieux, du Lion's Club ou du Rotary Club et d'autres clubs professionnels, de la Croix-Rouge et enfin d'associations sportives et de scouts.

### 3. DECISIONS DU GOUVERNEMENT

Dans certains cas, l'importance des parasitoses intestinales pour la santé publique locale ou les priorités sociales sont évidentes et le programme de lutte est réalisable bien qu'il faille le plus souvent définir l'objectif du programme et le meilleur moyen de l'appliquer. Le programme doit être un aspect important de l'ensemble du programme d'amélioration de la santé et de la qualité de la vie; il doit être coordonné avec les autres grands programmes de l'OMS ou d'autres organismes de l'ONU, par exemple la lutte contre les maladies diarrhéiques (giardiase, amibiase), le programme des soins de santé primaires, ainsi que les programmes d'eau et d'assainissement, le programme d'éducation pour la santé et le programme de la nutrition.

#### 3.1 Objectifs du programme

L'objectif général d'un programme de lutte contre les parasitoses intestinales doit être d'abaisser progressivement la prévalence et l'intensité de ces infections ainsi que la morbidité et la mortalité qu'elles provoquent.

Les objectifs spécifiques des activités de lutte peuvent varier d'une infection à l'autre. On peut mentionner par exemple :

- i) pour l'ascaridiase
  - abaissement de la prévalence et de l'intensité de l'infection pour atteindre un faible niveau pour la santé publique par l'amélioration de l'assainissement et des interventions chimiothérapeutiques axées sur la communauté;
- ii) pour l'ankylostomiase
  - lutte contre l'anémie ankylostomienne par la mise au point d'un traitement régulier des sujets atteints d'infections intensives;
- iii) pour l'amibiase
  - abaissement du taux de mortalité dû à la dysenterie amibienne et aux abcès hépatiques par l'amélioration de l'assainissement et de la qualité de l'eau, ainsi que par le diagnostic et le traitement appropriés de l'amibiase invasive chez les cas individuels;
- iv) pour la giardiase
  - abaissement du taux d'invalidité dû à l'infection par Giardia grâce à l'amélioration de l'assainissement, de la qualité de l'eau et à une meilleure hygiène personnelle;
- v) pour T. solium  
téniaose/cysticercose
  - abaissement de la mortalité et de la morbidité par cysticercose humaine grâce à l'amélioration de l'assainissement en général, à l'inspection de la viande et au dépistage et traitement précoce de la téniaose humaine;
- vi) pour l'anguillulose
  - meilleure compréhension de la transmission et des mécanismes pathogènes responsables du taux de mortalité élevé chez les nourrissons infectés par S. fuelleborni et encouragement de mesures de lutte adéquates.

### 3.2 Approches optimales

L'importance de la prise en charge des cas individuels et les activités de prévention et de lutte contre les parasitoses intestinales axées sur la communauté peuvent varier d'une infection à l'autre. Le tableau ci-après donne quelques exemples (classés par ordre d'importance de + à +++).

	Prise en charge des cas individuels	Activités axées sur la communauté :		
		assainissement	interventions chimiothérapeutiques	éducation
Ascaridiase	++	+++	+++	++
Ankylostomiase	+++	++	+	++
Trichocéphalose	+	++	+	+
Amibiase	++	+++	+	+
Giardiase	+	+++	+	+
Téniase	+++	++	++	++
Anguillulose	++	+	+	+

Le choix des meilleures approches doit être fondé à la fois sur la prise en charge des cas individuels et sur des mesures de lutte plus larges axées sur la communauté.

La prise en charge des cas individuels est surtout importante pour l'ascaridiase, l'anémie ankylostomienne, la téniase, l'amibiase et l'anguillulose. Pour améliorer le diagnostic et le traitement des cas individuels, il faudra peut-être :

- i) intensifier la formation des personnels médical, paramédical et de laboratoire aux parasitoses intestinales;
- ii) préparer une prise en charge type des cas individuels pour les unités de santé périphériques;
- iii) renforcer la base de laboratoires;
- iv) assurer que des médicaments efficaces et peu coûteux soient disponibles.

Pour une lutte plus large, l'amélioration de l'assainissement est le facteur le plus important, surtout pour l'ascaridiase, l'amibiase, la giardiase et la téniase. Le rôle des interventions chimiothérapeutiques axées sur la communauté varie beaucoup d'un cas à l'autre et il est surtout important pour l'ascaridiase et la téniase. L'éducation sanitaire est un facteur complémentaire important dans la lutte contre la plupart des parasitoses mais ses effets peuvent varier. La chimiothérapie axée sur la communauté, l'éducation pour la santé et les améliorations de l'assainissement sont développées ci-après.

## 4. CHIMIOThERAPIE AXEE SUR LA COMMUNAUTE

Les tableaux optimaux d'intervention chimiothérapeutique peuvent varier d'un endroit à l'autre, mais les principes de base restent les mêmes.<sup>10</sup>

### 4.1 Approches chimiothérapeutiques optimales dans des situations différentes

Le choix de traitements généraux, sélectifs ou ciblés doit être fondé sur l'information concernant la prévalence, le taux de réinfection, la coopération communautaire et la base de laboratoires.

Sujets traités	Prévalence <sup>1</sup>	Taux de réinfection <sup>1</sup>	Coopération communautaire <sup>2</sup>	Base de laboratoires <sup>2</sup>
Ensemble de la population (traitement général)	+++	+++	++	+
Sujets infectés seulement (traitement sélectif)	++	++	+++	+++
Sujets fortement infectés seulement (traitement ciblé)	++	+	+	+

1 : du plus élevé (+++) au plus faible (+); 2 : bon (+++) à inadéquat (+).

Le traitement général est indiqué si la prévalence et le taux de réinfection sont élevés, la coopération communautaire bonne et la base de laboratoires inadéquate.

Le traitement général et le traitement ciblé peuvent être décidés sur la base d'un examen initial de masse unique et de quelques examens de laboratoires de surveillance.

La population peut être ciblée selon l'âge (écoliers), la profession (travailleurs dans les plantations), l'endroit (zones rurales, urbaines, suburbaines), la localité (localité à prévalence plus ou moins forte), et les facteurs sociaux (familles démunies).

Le programme de lutte peut être fondé sur un traitement sélectif uniquement (par exemple Corée du Sud) ou sur un traitement ciblé uniquement, par exemple Indonésie, Thaïlande. Il peut commencer par un traitement général mais quand la prévalence diminue après un ou plusieurs traitements généraux, les traitements ciblés peuvent être considérés comme plus appropriés.

#### 4.2 Fréquence et moment du traitement

Pour être efficace, une chimiothérapie axée sur la communauté doit tenir compte d'au moins cinq variables importantes : i) l'efficacité du médicament; ii) l'intervalle entre deux traitements médicamenteux; iii) la discipline communautaire; iv) le taux de réinfection; et v) la durée du programme de lutte. Le succès d'une chimiothérapie axée sur la communauté ne se mesure pas seulement à la prévalence de l'infection à la fin de chaque cycle de traitement mais aussi à la prévalence de l'infection au cours de la période suivant la fin du programme. Des modèles théoriques peuvent servir de guides en vue d'assurer un équilibre harmonieux des variables susmentionnées. Il existe peu de modèles de terrain pour la lutte axée sur la communauté de chacune des parasitoses intestinales. Par exemple, on a suggéré qu'il fallait pour lutter efficacement contre l'ascaridiasse un traitement axé sur la communauté tous les trois à quatre mois pendant au moins trois ans. Contre l'ankylostomiase, il faudra peut-être deux à trois traitements par année et contre la téniasse deux traitements toutes les quatre à huit semaines, mais la durée des programmes doit être décidée en fonction de leur évaluation.

Le moment de l'intervention est important lorsque la transmission est saisonnière. Le traitement doit être prévu juste après la période de transmission la plus intensive (à la fin de l'hivernage), afin de lutter contre les nouveaux réservoirs humains, et si possible à la fin de la saison sèche pour minimiser la contamination de l'environnement au cours de la saison des pluies.

#### 4.3 Choix des médicaments

Pour plus de détails sur les anthelminthiques, voir le document OMS/PDP sur la chimiothérapie PDP/85.5.<sup>10</sup>

La sélection des médicaments est déterminée par les facteurs suivants :

- i) infection unique ou mixte (médicaments à effet spécifique ou étendu);
- ii) âge et sexe des sujets traités (il ne faut pas utiliser de mébendazole ou d'albendazole au début d'une grossesse);
- iii) disponibilité et coût des médicaments (importés, ou produits ou fabriqués sur place);
- iv) dose unique ou plusieurs doses (préférer la dose unique);
- v) acceptation du médicament par les sujets (préférer les sirops pour les enfants; préférer les comprimés à mastiquer aux comprimés à avaler).

#### 4.4 Surveillance continue et évaluation des médicaments

La surveillance continue doit porter sur l'efficacité des médicaments (mesurée par l'examen coprologique) et les effets secondaires (notamment la migration d'Ascaris à la suite du traitement).

Il convient d'évaluer l'efficacité de l'intervention chimiothérapique régulièrement tous les six mois sur des sous-échantillons de sujets traités choisis au hasard (jusqu'à 10 %).

## 5. EDUCATION SANITAIRE

### 5.1 Planification d'un programme intégré d'éducation sanitaire

Les activités ci-après sont indispensables pour planifier des programmes d'éducation sur les parasitoses intestinales :

- i) définir des buts ou des objectifs précis (demander le cas échéant l'aide d'un éducateur pour la santé);
- ii) définir clairement la cible; les besoins réels ne sont pas nécessairement les mêmes que les besoins perçus par la communauté et les besoins supposés par les administrateurs;
- iii) déterminer les modifications spécifiques du comportement qui sont souhaitées;
- iv) définir le groupe cible (lieu, âge, sexe, profession);
- v) évaluer les conditions et les contraintes dont il faut tenir compte dans les groupes cibles par le diagnostic communautaire, comme indiqué dans différents guides sur le développement communautaire et l'éducation pour la santé;
- vi) déterminer la méthodologie à suivre et les tâches à accomplir (enquêtes, campagnes d'information, échantillonnage, mise à l'épreuve, programmes à l'école ou au dispensaire, projets, etc.);
- vii) déterminer les ressources disponibles; personnel, fonds, équipements, temps disponible;
- viii) prévoir un calendrier des différents événements ou des actions à prendre et des mesures de mise en oeuvre.

### 5.2 Principes du processus de planification

Les pratiques sanitaires positives ci-après sont à la base de l'ensemble des activités promotionnelles liées à la lutte contre les parasitoses intestinales :

- i) nutrition, aliments disponibles et sécurité des produits alimentaires;
- ii) environnement (accent mis sur l'hygiène personnelle, la propreté des habitations et l'assainissement);
- iii) qualité et pureté de l'eau (problème de la source, traitement et réservoirs possibles).

### 5.3 Liste type pour les programmes d'éducation sanitaire

- i) Lieu qui se prête le mieux aux activités d'éducation pour la santé à l'intérieur même du groupe cible : école, dispensaire, salle de réunion communautaire, place de marché, centre public, etc.
- ii) Choix du moment, de la saison appropriée; s'agit-il d'une intervention unique, d'une série d'activités ou d'un programme qui est appelé à se répéter et à se développer à des intervalles réguliers ?
- iii) Personnel à utiliser; personnes les plus aptes à faire de bons coordonnateurs ou de bons participants à des programmes.
- iv) Moyens d'instruction sanitaire à utiliser; comment ils seront achetés, préparés et utilisés avec le matériel et la méthodologie appropriés par des personnels compétents. Les moyens d'enseignement sont les suivants :
  - médias (radio, télévision, journaux, tableaux d'affichage);
  - imprimés (tracts, affiches, feuilles, brochures d'information, notamment bandes dessinées sur la santé ou leçons de type scolaire);
  - matériels audiovisuels (diapositives, films, chevalets blocs-notes, bandes, vidéo, marionnettes, musique, maillots, etc.).

Les fournisseurs de matériels audiovisuels peuvent être trouvés par l'intermédiaire de l'éducateur sanitaire. Les entreprises locales pourraient financer certains de ces matériels à des fins publicitaires.

### 5.4 Moyens d'assurer la coopération communautaire

- i) S'adresser aux personnes influentes (chefs de village, politiciens, enseignants, religieux ou autres) qui sont généralement les premiers points de contact et les plus efficaces;
- ii) expliquer de façon claire et convaincante les objectifs du programme, avec la souplesse nécessaire pour définir un calendrier et avec une portée raisonnable qui convienne au groupe cible; savoir écouter et percevoir les intérêts des gens avant de présenter les plans du programme; ne pas prendre des rendez-vous ou faire des promesses qui ne seront pas tenus;
- iii) faire participer un maximum de personnes au processus de planification (femmes et groupes de jeunes, enseignants, églises, conseils de village); souligner la nécessité d'adopter une approche qui sera aussi intéressante, riche et divertissante que possible;
- iv) déterminer le meilleur moyen de communication à utiliser. Donner la priorité à l'école où l'auditoire sera réceptif et discipliné et suivra les directives de l'enseignant;
- v) prévoir des mentions ou des récompenses qui donneront aux participants l'impression d'avoir accompli quelque chose et un sentiment de fierté devant ce qu'ils ont fait pour améliorer le niveau de la santé personnelle, familiale et communautaire;
- vi) prévoir, chaque fois que cela est possible, une démonstration type d'un système d'approvisionnement en eau et d'assainissement adéquat.

## 6. APPROVISIONNEMENT EN EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE PERSONNELLE

L'eau joue un rôle important à la fois dans la transmission et dans la prévention des parasitoses intestinales, notamment l'amibiase et la giardiase.

Les facteurs favorisant la transmission de kystes d'E. histolytica ou de G. lamblia sont les suivants : 1) les kystes de ces deux agents pathogènes peuvent survivre pendant plusieurs semaines dans l'eau; 2) ils résistent à une chloration normale; 3) la contamination de l'eau

est courante car les deux infections sont largement répandues et souvent asymptomatiques; et 4) outre les sources humaines d'infection, la giardiase peut avoir une origine zoonotique (castors, chiens).

On a signalé que certaines épidémies d'amibiase et de giardiase à transmission hydrique étaient provoquées par un contact entre les canalisations d'eau et les égouts. Plusieurs épidémies de giardiase véhiculée par l'eau ont été signalées aux Etats-Unis d'Amérique à la suite de l'utilisation comme eau de boisson d'eau chlorée provenant de sources superficielles. L'eau contaminée utilisée pour "rafraîchir" certains fruits et légumes peut accroître la transmission locale des parasitoses intestinales à protozoaires et à helminthes.

La propreté et l'hygiène personnelle jouent un rôle important dans la prévention des parasitoses intestinales; dans les pays secs où l'eau est rare, la prévalence des infections fécales transmises directement comme la giardiase et la téniasse à *Hymenolepis nana* est généralement élevée. Cette observation permet de souligner l'importance de l'eau de boisson ainsi que celle d'un approvisionnement suffisant pour satisfaire les besoins locaux en matière d'hygiène.

L'assainissement est un facteur important de la lutte contre les maladies à transmission fécale, notamment les protozooses et les helminthiases à transmission pédologique. Il existe de nombreuses raisons culturelles, comportementales, techniques et économiques pour expliquer la lenteur des progrès enregistrés dans l'amélioration de l'assainissement par de nombreux pays. Ces problèmes sont connus des autorités locales ainsi que des professionnels. Trois aspects méritent tout particulièrement de retenir l'attention dans le cas des parasitoses intestinales :

- i) lorsque l'assainissement utilisant les techniques les plus universelles et optimales pour une zone déterminée (cabinets d'aisance, latrines à ventilation) ne sont pas disponibles, on peut se rabattre sur une solution de compromis (par exemple, l'assainissement sans latrines peut résoudre les problèmes posés par l'anémie ankylostomienne);
- ii) la lutte contre les parasitoses visibles telles que l'ascaridiase, qui est bien connue de la population, peut largement contribuer à promouvoir la coopération communautaire non seulement pour résoudre les besoins sanitaires locaux, mais aussi d'autres problèmes de santé;
- iii) la forte prévalence de certaines parasitoses intestinales, par exemple l'ascaridiase, peut être l'indice d'un assainissement insuffisant; en d'autres termes, l'assainissement reste médiocre partout où l'ascaridiase subsiste à l'état endémique.

Il convient d'examiner ces trois aspects avec les responsables de l'assainissement qui peuvent contribuer à améliorer les conditions locales en matière d'assainissement. L'amélioration des mesures d'hygiène personnelle revêt la plus haute importance pour la lutte contre les parasitoses intestinales et elle peut être favorisée principalement par l'éducation sanitaire (voir section 5).

## 7. SURVEILLANCE CONTINUE ET EVALUATION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES PARASITOSEs INTESTINALES

### 7.1 Principes de surveillance continue et d'évaluation

Les progrès des programmes de lutte contre la plupart des parasitoses intestinales peuvent être surveillés objectivement par :

- un examen de la prévalence, de l'intensité et de la distribution par des examens ou des enquêtes coprologiques ou sérologiques;
- l'analyse des données hospitalières sur les causes de mortalité et de morbidité.

Par exemple, les données sur la neurocysticercose, ou l'anémie ankylostomienne ou les complications dues à l'ascaridiase, se prêtent à une surveillance continue.

En principe, la méthodologie des activités de surveillance continue doit être la même que celle utilisée pour la surveillance simple<sup>1</sup> en ce qui concerne la sélection de la population, la conception et la taille de l'échantillon, les variables parasitologiques, les techniques de laboratoire utilisées et l'exactitude du processus d'évaluation.

Les activités de surveillance continue sont indispensables pour évaluer les progrès des mesures de lutte utilisées et pour renforcer ou modifier les mesures et les tactiques de lutte.

## 7.2 Objectifs spécifiques de lutte

Il n'y a pas de cible universelle pour les programmes de lutte contre les parasites intestinaux qui peuvent varier considérablement en fonction des situations épidémiologiques antérieures et des activités de lutte prévues. Les cibles doivent être définies séparément pour chaque région d'un pays, avant le début de la lutte, et surveillées tout au long du processus de lutte. On peut mentionner comme cible précise de la lutte :

### 7.2.1 Pour l'ascaridiase hyperendémique :

- abaisser le taux de transmission au-dessous de 1,0, c'est-à-dire le taux de renouvellement; ou
- abaisser la prévalence au-dessous de 5 %; ou
- ramener la prévalence et l'intensité de l'ascaridiase à un niveau où 75 % des cas positifs seront porteurs d'oeufs d'Ascaris non fécondés.

### 7.2.2 Ankylostomiase hyperendémique :

- abaisser la prévalence en dessous de 10 %;
- ramener l'intensité de l'infection à un niveau où moins de 1 % de la population souffrira d'une anémie ankylostomienne manifeste.

### 7.2.3 Pour l'amibiase endémique :

- ramener la transmission active et la survenue de l'amibiase invasive à un niveau où moins de 1 % de la population est séropositive pour des anticorps déterminés;

### 7.2.4 Pour la giardiase endémique :

- abaisser le taux de prévalence de la giardiase au-dessous de 2 % dans la population générale.

## 7.3 Processus d'évaluation

En principe, il s'agit d'évaluer le progrès et l'impact effectif d'un programme de lutte dans son ensemble; toutefois, le processus d'évaluation permet aussi indirectement d'apprécier l'efficacité du système de surveillance, l'efficacité de la prestation des services de santé et la compétence des institutions ou des équipes parasitologiques spécialisées.

Dans le processus d'évaluation, une attention spéciale doit être vouée aux activités qui lient la lutte contre les parasitoses intestinales aux autres grands programmes de l'OMS, à leur intégration au système des SSP et à l'impact social et politique des activités de lutte contre les parasitoses intestinales.

Contrairement à la surveillance continue, l'évaluation est périodique, intervenant par exemple une fois par année. Les conclusions du processus d'évaluation doivent être utilisées pour améliorer les actions futures. Les améliorations peuvent porter sur le renforcement des compétences et des efforts du personnel, la réaffectation des ressources financières ou une meilleure collaboration avec d'autres établissements sanitaires ou sociaux. Dans certains cas, une nouvelle formulation des cibles de la lutte pourra être nécessaire.

## 8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Surveillance and Survey methodology for intestinal parasitic infections (IPI) (PDP/85.4) (en traduction)
2. World Health Organization. Guidelines on surveillance, prevention and control of taeniasis/cysticercosis. (VPH/83.49), Genève, 1983
3. Organisation mondiale de la Santé. Directives pour la surveillance et la prévention de l'échinococcose/hydatidose et la lutte contre ces maladies. (VPH/81.28), Genève, 1981
4. Organisation mondiale de la Santé. Infections intestinales à protozoaires et à helminthes : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Série de Rapports techniques, N° 666, Genève, 1981
5. Organisation mondiale de la Santé. Ascariasis and its Public Health Significance (Summary). Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 63(3) : 465-466 (1985)
6. Organisation mondiale de la Santé. L'amibiase et la lutte antimibienne. Une réunion de l'OMS. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 63(5) : 821-831 (1985)
7. World Health Organization. Guidelines for the prevention and control of giardiasis. (PDP/85 - en préparation)
8. Organisation mondiale de la Santé. Stratégies générales de lutte contre les parasitoses intestinales dans le cadre des soins de santé primaires (PDP/85.1)
9. World Health Organization. Diagnostic techniques for intestinal parasitic infections (IPI) applicable to primary health care (PHC) services (PDP/85.2) (en traduction)
10. World Health Organization. Chemotherapy of intestinal parasitic infections (IPI) (PDP/85.5)

= = =