

LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

L'ÉDUCATION SANITAIRE: ÇA MARCHE!

Dans la lutte contre la syphilis, la pénicilline ne suffit pas. Des chercheurs zambiens ont démontré qu'on peut éviter la propagation de la syphilis au nouveau-né pour peu que les femmes enceintes acceptent de se soumettre à des tests et à des traitements. Le problème maintenant en est un de pénurie: on manque de fonds et de médicaments.

Une femme enceinte de Lusaka subit la pesée en clinique.

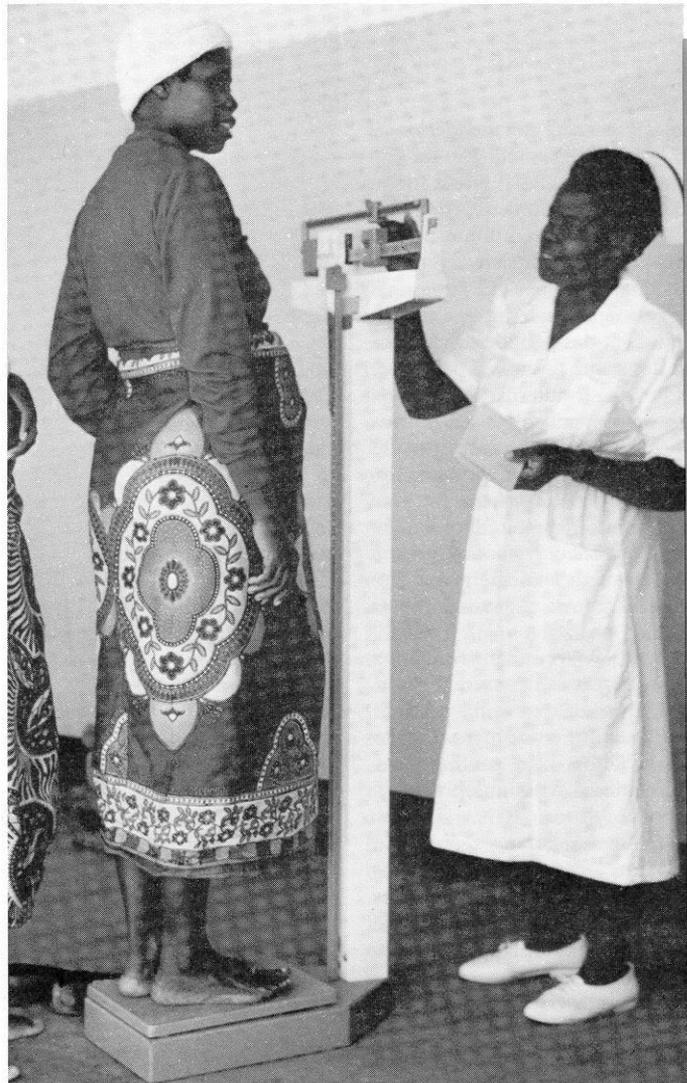


Photo: Rhoda Metcalfe

RHODA METCALFE

Tous les mardis matins, un groupe de femmes enceintes se retrouve dans la salle d'attente de la clinique Mtendare, en banlieue de Lusaka, la capitale. Entourées de jeunes enfants qui s'agitent et s'impatientent, elles attendent que les infirmières commencent la classe mensuelle de soins prénataux. En plus des conseils habituels sur l'hygiène et la nutrition des bébés, on aborde

depuis peu un nouveau sujet: l'importance de subir des tests et des traitements contre le «kaswende», la redoutable syphilis.

Dans cette salle mal éclairée comme dans bien d'autres à travers le pays, on compte une femme sur huit porteuse de la terrible maladie. Cette statistique inquiétante a été établie lors de la première phase d'une étude financée par le CRDI et réalisée par les chercheurs de l'Hôpital universitaire de Lusaka.

Une femme atteinte de syphilis peut vivre pendant des années sans remarquer aucun symptôme. Une fois transmise à l'enfant, la syphilis s'avère souvent mortelle. La syphilis congénitale est ainsi directement responsable de 20 à 30 pour cent de toutes les fausses couches et décès périnataux, soit l'équivalent de 10 à 15 décès pour 1 000 naissances.

Les enfants qui naissent avec une syphilis sont susceptibles de souffrir d'anémie, de jaunisse ou d'éruptions cutanées. Dans les cas graves, les organes vitaux comme le foie ou la rate sont atteints irrémédiablement. «En Zambie, la syphilis cause plus de maladies et de décès chez les bébés que toute autre infection», explique le docteur S.K. Hira, directeur du projet.

Pour ceux qui sont nés dans un pays occidental et qui ont moins de quarante ans, il est difficile d'imaginer le fléau que représentait la syphilis avant la découverte de la pénicilline. Les jeunes médecins occidentaux n'ont pas non plus souvent l'occasion de diagnostiquer des syphilis au stade tertiaire de leur développement quand le système cardio-vasculaire, la vue et le système nerveux sont atteints. De même, ils voient rarement de syphilis congénitales. C'est que le spirochète, l'agent pathogène de la maladie, a perdu de sa virulence au cours des dernières décennies. L'emploi de plus en plus courant d'antibiotiques pour soigner une multitude de maladies réduit aussi la gravité de toute infection syphilitique prise à ses débuts. Au tiers-monde toutefois, cette diminution ne s'est pas encore fait sentir. Le personnel des cliniques zambiennes est bien formé mais les médicaments et le matériel manquent. Les trousses de dépistage sont rares. Dès 1984, l'Unicef a commencé à en distribuer dans les cliniques. Deux ans plus tard, 77 pour cent des femmes enceintes des villes et 35 pour cent de celles des campagnes avaient accès à ces trousses. Et ces pourcentages ne cessent de croître.

Le traitement est administré en une seule injection de benzyl-pénicilline. Toutefois, les médecins se sont rendus compte que ce traitement-choc ne suffisait pas à combattre les syphilis congénitales. C'est que les femmes enceintes se présentent souvent tard en clinique: le fœtus est parfois déjà atteint. Le docteur Phiri qui participe au projet, explique que les femmes cachent leur grossesse de peur que leur enfant ne soit l'objet de sorcellerie.

Les chercheurs soulignent l'importance de diagnostiquer tôt et de soigner les deux partenaires pour éviter une réinfection avant l'accouchement. «Nous avons constaté, explique le

docteur Hira, que les femmes, pour éviter les querelles, négligent d'informer leur partenaire.

L'équipe de chercheurs s'est intéressée aux effets de l'éducation sanitaire dans le contrôle de la syphilis congénitale. Ils ont d'abord observé le fonctionnement de six cliniques où des femmes étaient traitées avant d'introduire un programme spécial d'éducation dans trois de ces cliniques. Le programme présentait les symptômes et les effets de la syphilis congénitale en insistant sur l'importance de se soumettre tôt au test et au traitement. Les femmes étaient aussi encouragées à en parler aux autres femmes de leur quartier.

Avant, les travailleurs médicaux avaient toujours cru le sujet trop délicat pour en parler en groupe mais Tynes Banda, infirmière à la clinique Mtendare affirme que les femmes, entre elles, étaient prêtes à en parler très ouvertement.

A sa première visite à la clinique, la femme subissait un examen approfondi, y compris un test de dépistage de la syphilis. Les infirmières s'entretenaient ensuite individuellement avec chaque femme dont le test était positif.

«Nous demandions aux femmes d'emmener leur mari pour que nous leur expliquions la maladie. Nous ne voulions pas qu'ils reçoivent de leur femme de mauvais renseignements», raconte Alexandria Mwale, infirmière à la clinique de Chilenje.

En général, les maris acceptaient volontiers le traitement bien qu'il y ait souvent des discussions enflammées sur le responsable de l'infection. «Nous les invitons à se faire soigner d'abord et à discuter ensuite, ajoute l'infirmière. Par contre, les partenaires non mariés étaient plus difficiles à convaincre», précise-t-elle.

Au départ, 51 pour cent des femmes atteintes de syphilis avaient connu des problèmes à l'accouchement. Après les cours, ce pourcentage avait été ramené à 26,5 pour cent.

«Le message est clair. L'éducation sanitaire est possible en Afrique», affirme le docteur Hira pour qui les sommes affectées par les donateurs internationaux à l'éducation ne peuvent plus être qualifiées de gaspillage.

La Zambie est à l'avant-garde de tels programmes éducatifs en Afrique. C'est le seul pays d'Afrique orientale à avoir adopté un programme national de lutte contre les MTS. Chaque année, quinze cliniciens sont formés au traitement des maladies transmises sexuellement (MTS) à l'hôpital universitaire, puis vont rejoindre un des 35 hôpitaux de district

du pays. Ces spécialistes oeuvrent exclusivement avec des cas de MTS et doivent donner chaque semaine des conférences à l'intention des travailleurs oeuvrant en hygiène maternelle et infantile.

Les chercheurs de l'étude financés par le CRDI ont maintes fois eu l'occasion de s'adresser à ces groupes de spécialistes de sorte que les résultats de leurs recherches font déjà partie du système de soins.

Malgré le succès apparent du projet, les problèmes ne sont pas pour autant terminés. Alors que l'approvisionnement en matériels et médicaments était assuré par les fonds du projet, il faut maintenant que les cliniques s'en remettent au gouvernement zambien.

A la clinique Chilenje, par exemple, les femmes ne manquent pas de trousses de dépistage mais elles ont rarement les seringues et les éprouvettes nécessaires aux tests.

«L'autre jour, nous avons vu une femme qui montrait les symptômes de la maladie mais nous n'avions pas le matériel pour lui faire une prise de sang. Nous l'avons référée à l'hôpital universitaire, mais nous ne savons pas si ces femmes prennent la peine d'y aller», raconte Alexandria Mwale.

La pénicilline aussi se fait rare. Même si en principe, la Zambie offre les médicaments gratuitement, la plupart du temps, les infirmières sont forcées de donner des ordonnances aux malades qui doivent alors déboursier 30 kwachas (5,40 \$ Can.) pour l'injection. Souvent, les couples préfèrent se contenter d'une seule injection pour la femme.

Selon le docteur Hira, il est possible que l'Organisation mondiale de la santé fournisse les médicaments vers la fin de 1988. Entre temps, les cliniques devront se débrouiller avec une pénurie de pénicilline.

Dans les cliniques, les femmes demandent elles-mêmes à se faire soigner, ce qui prouve bien le succès du programme d'éducation sanitaire. «Maintenant, les gens se plaignent parce que nous ne pouvons pas le faire», ajoute madame Mwale.

«C'est bien le problème avec ce genre d'études», ajoute le docteur Phiri. «Vous trouvez la solution, mais vous ne pouvez pas l'appliquer faute d'argent. Le stock manque dans les cliniques des villes, mais c'est bien pire dans les zones rurales.» ■

Rhoda Metcalfe est une journaliste indépendante canadienne qui a visité l'hôpital universitaire et des cliniques de Lusaka en octobre dernier.