

# ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE AU MALI

Présentée par le Docteur Mamadou Sidibé Coordinateur du Programme National de Lutte contre la Lèpre au Mali

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

1

## JUSTIFICATION DE LA POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE ET DE L'INTEGRATION DES SOINS

- Au milieu des années 80
- Les programmes verticaux n'étaient plus soutenus par les partenaires alors qu'ils revenaient trop chers pour le budget national
  - D'ailleurs leurs résultats étaient très instables à cause de la non implication des communautés bénéficiaires à leur élaboration et à leur mise en œuvre
  - L'état n'était plus en mesure de recruter assez de personnel de santé pour les populations

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

2

## MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE QUI INTEGRE TOUS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE

Fin des années 80, « Initiative de Bamako »  
Les Communautés sont entièrement responsables de leurs problèmes de santé

Pour mettre en œuvre cette initiative, le Mali a élaboré une politique sectorielle basée sur :

- La création de Centres de Santé Communautaires (C.S.Com.)

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

3

## POLITIQUE DES CSCOM ET INTEGRATION (suite)

- Paquet Minimum d'Activités (P.M.A) défini pour chaque niveau de la pyramide sanitaire du pays :  
CSCom : détection et prise en charge des cas simples de maladie (lèpre, tuberculose, onchocercose, paludisme), référence des cas compliqués, IEC

Centre de santé de cercle (niveau district) : prise en charge des cas référés, supervision intégrée et ravitaillement des CSCom en médicaments

Direction régionale de la santé (avec hôpital) : prise en charge des cas référés par le cercle, supervision intégrée et ravitaillement des cercles en médicaments

La Direction Nationale élabore les Politiques, Normes et Procédures de Services, supervise et mobilise les ressources de l'Etat et Partenaires

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

4

## POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE ET INTEGRATION DES SOINS (suite)

- Disponibilité des médicaments essentiels à moindre coût à tous les niveaux  
Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (S.D.A.M.E)
- Participation Communautaire aux activités de soins (Approches communautaires)
- Supervisions intégrées et spécifiques à tous les niveaux

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

5

## 1- PRINCIPAUX ACQUIS DE LA LUTTE CONTRE LA LEPRE

- 50% de la population a accès aux services de soins intégrés de base dans un rayon de 5kms. Parmi ces services, il y a la PCT et la lutte contre les autres maladies prioritaires.  
Sur les 1200 Centres de Santé Communautaires qui doivent offrir ces services, 600 sont opérationnels.
- La même proportion de population a accès aux médicaments essentiels dont ceux de la lèpre dans le même rayon.

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

6

## PRINCIPAUX ACQUIS (suite)

- Par niveau, le personnel de santé est entraîné à mener des activités intégrées de lutte contre la maladie (lèpre, tuberculose, paludisme, onchocercose, cécité, autres).
- Grâce à des séances de sensibilisation répétitives, les communautés aident les agents de santé à détecter et à traiter les personnes atteintes par la lèpre, la tuberculose ou le ver de Guinée.

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

7

## PRINCIPAUX ACQUIS (suite)

- Pour augmenter cette participation communautaire, mises en œuvre des Campagnes d'Élimination de la Lèpre et des Projets d'Actions Spéciales d'Élimination de la Lèpre dans tout le pays.
- C'est ainsi que le taux de prévalence de la lèpre est passé de plus de 2 cas dans les années 90 à moins d'1/2 cas par 10000 habitants en fin 2003.

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

8

## DIFFICULTES / CONTRAINTES

- L'autre moitié de la population du pays doit faire plus de 5 kms pour accéder aux soins intégrés (y compris la PCT)
- 5 districts sanitaires (d'accès difficiles aux soins primaires) n'ont pas atteint le seuil d'élimination ou ont atteint ce seuil mais qui reste fragile.
- A cause de la faible viabilité de certains CSCOM dont le nombre augmente avec la décentralisation administrative, assez d'erreurs diagnostiques sont commises dans la détection des cas.

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

9

## DIFFICULTES / CONTRAINTES (suite)

- Les agents de santé communautaires ne savent ni évaluer, ni traiter les réactions et les rechutes de lèpre.
- En l'absence d'un plan opérationnel de réhabilitation communautaire des anciens malades, les communautés restent septiques quand à la guérison totale de la lèpre.

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

10

## PERSPECTIVES

- Pour l'atteinte des zones enclavées nous envisageons la mise en œuvre régulière de Projets d'Actions Spéciales (SAPEL) avec une forte participation communautaire en attendant que l'extension de couverture sanitaire n'atteigne ces zones.
- Pour corriger les erreurs diagnostiques et former sur place le personnel de santé communautaire, les supervisions nationales, régionales et locales se compléteront pour valider les cas enregistrés avant l'envoi des rapports trimestriels d'activités.

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

11

## PERSPECTIVES (suite)

- Élaborer et mettre en œuvre un plan de prévention et de prise en charge des réactions et des invalidités liées à la lèpre.
- Créer de nouveaux CSCOM afin d'augmenter l'accès des populations aux soins de santé primaire dans lesquels est intégrée la lutte contre la lèpre.

25/08/2005

Lutte contre la Lèpre au Mali

12

## Conclusions

- Le seuil d'élimination de la lèpre est atteint pour 50 sur 55 districts sanitaires au Mali.
- A cause de l'enclavement, l'élimination de la lèpre dans les 5 districts restant demandera des efforts plus compliqués que ceux fournis pour les 50 districts blanchis.
- Nous devons aller très vite pour aider les anciens malades à une réhabilitation physique et socio-économique pour éviter que la communauté ne refuse de croire à la guérison totale de la lèpre.