

# Analyse situationnelle de la morbidité liée à la filariose lymphatique dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso

Présenté par :

**TAPSOBA Aimé Baowendmalégré**

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

04/04/2019

Devant le Jury composé de :

Dr Patrick THONNEAU	président
Directeur du Département Santé/Université Senghor à Alexandrie	
Pr Anne Marie MOULIN	Examineur
DR/CNRS	
Mr Pierre TRAISSAC	Examineur
IR CE/IRD	

## Remerciements

Tout d'abord, nous adressons nos remerciements aux Professeurs, Thierry VERDEL, Patrick F. THONNEAU et Madame Alice MOUNIR, respectivement Recteur de l'Université Senghor, chef de Département Santé et Chef de Service Administratif du Département Santé. Madame et Messieurs, merci pour votre constante assistance tout au long de cette formation.

Nous remercions particulièrement le Professeur Séni KOUANDA, Chef de Département Biomédical/Santé Publique à l'Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS) au Burkina Faso, pour sa formation et son accompagnement, aussi bien durant notre stage à l'IRSS qu'à l'élaboration du présent document de mémoire. Merci Professeur, pour la pédagogie et la patience dont vous avez fait preuve, nous vous en serons toujours reconnaissant.

Nous exprimons par ailleurs notre gratitude au Docteur Adja Mariam OUEDRAOGO, ancienne Senghor-ienne et chercheur à l'IRSS, pour avoir partagé avec nous ses réflexions autour de notre sujet de recherche, au cours de ce travail.

Nous ne saurions oublier de remercier aussi le Docteur Bernard ILBOUDO, précédemment Directeur Régional de la Santé du Sud-Ouest, lui qui nous a recommandé à l'Université Senghor et nous a beaucoup encourager lors de cette formation. Merci très cher enseignant, de l'assurance que vous nous avez donné, à toutes les étapes de cette aventure à l'Université Senghor.

Quant à Docteur François Marie LAHAYE, ancien Chef du Département Santé, merci de nous avoir incubés, raffermis et stabilisés au cours de la première année de cette formation.

Enfin, nous remercions tous nos camarades du Département Santé ainsi que tous ceux des autres Départements de l'Université Senghor pour la convivialité et les moments inoubliables que nous avons partagés.

## Dédicace

*A*

*Ríntóin Nína Viviane et  
Wendkuni Klaudia Laude*

## Résumé

**Introduction :** Le Programme National pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (FL) a été lancé au Burkina Faso en 2001. Depuis lors, les prévalences enregistrées dans les districts sanitaires ont considérablement régressé grâce aux traitements médicamenteux de masse. Mais après 18 années de prise en charge des complications chroniques de la maladie, la situation socio-sanitaire des personnes victimes reste toujours préoccupante, notamment dans les districts encore endémiques. La FL se superpose très souvent à la pauvreté, la misère, voire l'exclusion sociale. Les souffrances physiques, psychiques et sociales vécues par ces malades chroniques sont susceptibles d'aggraver leurs conditions de vie déjà précaires.

**Objectif :** Analyser la situation de la morbidité liée à la FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso.

**Méthodes :** il s'est agi d'interviews de 33 personnes victimes de complications chroniques de FL, toutes issues de communautés de la région du Sud-Ouest, à l'aide de questionnaire semi-structuré.

**Résultats :** Dans l'ensemble, les personnes âgées, les femmes divorcées ou veuves, étaient les plus nombreuses. La durée moyenne de la phase chronique est de 14 ans. Les femmes étaient plus sujettes aux moqueries et à la malveillance dans les communautés. Par ailleurs, le recours aux pratiques traditionnelles de soins était fréquent dans 2/3 des cas. Aussi, les personnes enquêtées ayant de bonnes connaissances de l'origine de la maladie, avaient près de 4 fois plus, d'intérêt pour une assistance médicale, par rapport aux autres. En outre, du fait de la maladie, les femmes étaient exposées à un risque plus important de 65% de vivre hors union (divorcées ou veuves) par rapport aux hommes.

**Conclusion :** La FL est l'apanage de couches sociales particulièrement démunies dans des milieux hostiles. Pour espérer un Burkina totalement libéré de la FL et de son fardeau, des mesures visant à soutenir les personnes directement affectées dans les communautés doivent être prises.

**Mots clés :** Burkina Faso ; Filariose lymphatique ; morbidité ; exclusion sociale

## **Abstract**

**Introduction :** One of the major strategies advocated by the Global Program to Elimination of Lymphatic Filariasis (GPEFL) launched in 2000, is the intensification of the management of cases of complications of the disease. However, after 17 years of implementation in Burkina Faso, the situation of the people concerned remains worrying, especially in the health districts of regions that are still endemic. The physical, psychological and social sufferings experienced by patients are likely to aggravate their already precarious living conditions, even their social exclusion.

**Aim:** To analyze the situation of people suffering from chronic complications of LF in areas still endemic in 2018.

**Methods:** Cross-sectional study of 33 people with chronic LF complications, from 7 subgroups of villages in the health region of South-West Burkina Faso. The direct interview was used using a semi-structured questionnaire.

**Results:** The average age was 57 years and divorced or widowed women were the most numerous (84.62%). The average duration of the chronic phase of the disease was estimated at 14 years and the use of traditional care practices was common (2/3 of the cases). A statistically significant relationship was found between the sex of the respondents, their marital status and the feeling of being stigmatized in the community. Those with a good knowledge of the origin of the disease, showed about 4 times more interest in medical care compared to others. Because of the disease, Women are at a greater risk about 65% to be alone (divorced or widowed) compared to men.

**Conclusion:** LF is the preserve of particularly poor social strata in hostile environments. In order to hope for a totally liberated world of LF and its burden, it is imperative now that the national health authorities add to the existing public health policies, special programs aimed at supporting those affected by this disease.

**Key-words :** Burkina Faso ; Lymphatic filariasis; morbidity; social exclusion.

## **Sigles et acronymes**

<b>ASC</b>	: Agent de Santé Communautaire
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>DGESS</b>	: Direction Générale des Etudes Sectorielles et Statistiques
<b>DS</b>	: District Sanitaire
<b>FL</b>	: Filariose lymphatique
<b>HKI</b>	: Hellen Keller International
<b>ICP</b>	: Infirmier Chef de Poste
<b>IGB</b>	Institut Géographique du Burkina
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>MTN</b>	: Maladies Tropicales Négligées
<b>NTD :</b>	: Neglected Tropical Diseases
<b>ODD</b>	: Objectifs de Développement Durable
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMEFL</b>	: Programme Mondial pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique
<b>PNDES</b>	: Plan National de Développement Economique et Social
<b>PNDS (2011-2020)</b>	: Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020
<b>PNMTN</b>	: Programme National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
<b>PNS</b>	: Politique Nationale de santé
<b>RPS</b>	: Responsable à la Promotion de la Santé
<b>TAS :</b>	: Transmission Assessment Survey
<b>TMM</b>	: Traitement Médicamenteux de Masse
<b>UEFL</b>	: Unité d'Élimination de la Filariose lymphatique

## Sommaire

<b>Analyse situationnelle de la morbidité liée à la filariose lymphatique dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso .....</b>	<b>I</b>
Remerciements.....	i
Dédicace .....	ii
Résumé .....	iii
Abstract.....	iv
Sigles et acronymes .....	v
Sommaire.....	vi
1 Introduction .....	1
2 Méthodologie .....	10
3 Résultats .....	13
3.1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées .....	13
3.1.2 Conditions de vie des malades chroniques enquêtés.....	13
3.2 Influence du milieu psycho-social et culturel des communautés.....	14
3.2.1 Connaissance sur l'origine de la FL.....	14
3.2.1 Difficultés rencontrées et perceptions des interactions en communauté .....	14
3.2.2 Attitudes, pratiques et relations avec le personnel soignant .....	15
3.2.3 Relation entre « connaissances de la FL » et « recherche d'assistance médicale ».....	15
3.2.4 Relation entre le sexe du malade et le sentiment de marginalisation .....	16
3.2.5 Relation entre situation matrimoniale et sexe des malades enquêtés .....	17
4. Discussion .....	19
4.1 Discussion autour de nos hypothèses de départ .....	19
4.1.1 H1 : la morbidité liée à la FL affecte particulièrement les couches sociales démunies et vulnérables dans la région sanitaire du Sud-Ouest.....	19
4.1.2 H2 : Le milieu psycho-social et culturel aggrave les conditions de vie déjà précaires des malades chroniques de FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso .	20
4.2 Limites et biais de l'étude .....	22
4.3 Recommandations pour une amélioration de la santé des malades de FL .....	23
5 Conclusion.....	24
Références bibliographiques .....	25
Liste des illustrations .....	28
Liste des tableaux .....	28

Annexes .....	A
Annexe 1 : couvertures thérapeutiques de masse entre 2001 ET 2017 .....	A
Annexe 2 : guide d'entretien complet .....	B
Annexe 3 : autorisation de collecte de données dans la région du Sud-Ouest .....	D
Annexe 4 : revue de littérature .....	E
Annexe 5 : présentation de région du Sud-Ouest du Burkina Faso .....	M

## 1 Introduction

La filariose lymphatique (FL) ou éléphantiasis est une maladie causée par un parasite, *Wuchereria bancrofti*, et est transmise par les mêmes vecteurs que ceux du paludisme (Poda, 2007). C'est une parasitose qui reste asymptomatique, très longtemps après que l'infection ait été contractée, dans la plupart des cas au cours de l'enfance. Les manifestations chroniques les plus couramment observées sont : l'éléphantiasis, l'hydrocèle et le lymphœdème (Molyneux and Taylor, 2001) (voir figures 1 et 2). Mais bien que ces conditions ne soient pas fatales, elles peuvent être extrêmement défigurantes et handicapantes (Molyneux and Taylor, 2001). C'est l'une des principales causes au monde d'invalidité permanente et de longue durée (Martindale *et al.*, 2014). Des études menées au Burkina Faso (cas de la région du Centre-Est), au Mali et en Papouasie Nouvelle Guinée ont montré que les femmes souffraient plus du lymphœdème (Tyrell, 2013; Ouédraogo *et al.*, 2014), même si le lien entre le sexe et les signes chroniques de la maladie n'a pas été clairement établi. En revanche, les hommes présentent fréquemment l'hydrocèle ou lymphœdèmes du scrotum (Kima, 2012). Par ailleurs, la chronicité de la FL peut entraîner des problèmes psychosociaux tels que la disgrâce sociale, la réduction des perspectives conjugales, voire le dysfonctionnement sexuel (Ahorlu *et al.*, 1999; Molyneux and Taylor, 2001). En outre, elle empêche les enfants d'aller à l'école et de poursuivre leurs études. Toutefois, l'impact économique de cette maladie se rapporte aux coûts supportés par les individus, les ménages infectés et affectés, à l'échec de production des individus et des communautés dans les zones endémiques, ainsi qu'aux coûts supportés par le gouvernement (Haddix and Kestler, 2000). Même au XXI<sup>ème</sup> siècle, elle fait encore partie des grandes endémies dans de nombreuses régions tropicales et subtropicales d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et le Pacifique (Mou *et al.*, 2009). Elle est la maladie tropicale négligée (MTN) la plus répandue en Afrique et on estime à 856,4 millions, le nombre de personnes exposées dans le monde dont 371,2 millions en Afrique (Donadeu *et al.*, 2009).



Figure 1 : lymphœdème de la jambe (éléphantiasis)



Figure 2 : hydrocèle

Des centaines de millions de dollars sont ainsi perdus chaque année, avec la baisse de la productivité des personnes atteintes (Donadeu *et al.*, 2009). C'est justement au regard de l'impact socio-sanitaire et économique qu'occasionne cette maladie que l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 1997 lors de sa 50<sup>ème</sup> session, la Résolution WHA50.29, laquelle considère la FL comme un problème majeur mondial de santé publique, et appelle à son élimination à l'horizon 2020. Pour l'atteinte de cet objectif ultime, **la protection des populations à risque** est l'épine dorsale et le fer de lance de cette initiative ambitieuse, à travers deux volets stratégiques majeurs que sont :

- l'interruption de la chaîne de transmission par des Traitements Médicamenteux de Masse (TMM) (Albendazole/Diéthylcarbamazine + Ivermectine) dans les districts sanitaires jugés endémiques ;
- la prise en charge adéquate des cas de morbidité (lymphœdèmes/éléphantiasis et hydrocèles), en vue d'éviter les complications de la maladie et de prévenir les incapacités.

Selon l'OMS en 2017, les couvertures nationales de TMM de certains pays d'Afrique de l'Ouest sont établies comme suit : 73,9 % au Mali, 81,6 % au Bénin, 71,6% au Niger, 49,4% au Ghana, 72,4% en Côte d'Ivoire et 76,5% au Burkina Faso. Leurs effets sont éloquentes au regard des résultats d'enquêtes de prévalence (Ouédraogo *et al.*, 2014; Dorkenoo *et al.*, 2015). Mais des efforts considérables restent à faire, pour espérer « un monde totalement libéré de la FL et de son fardeau » d'ici 2020. Dans la réalité, la prise en charge de la maladie, y compris ses séquelles, sont toujours à la traîne de nos jours dans bien des régions du monde, contrairement à la mise en œuvre des TMM. En conséquence, les difficultés de mobilité, les crises aiguës douloureuses à répétition et la stigmatisation que subissent la

plupart des victimes de complications de FL les exposent de façon quasi permanente à des conditions de vie inconfortables, à la misère extrême, voire l'exclusion sociale. En d'autres termes, l'alitement récurrent qui s'impose pendant les périodes critiques impactent négativement sur la qualité de vie des victimes, à travers la réduction de leurs revenus et l'aggravation de leurs problèmes de santé, tant physique que mentale (Zeldenryk *et al.*, 2011; Hotez *et al.*, 2014).

Selon le collectif « **Uniting to combat NTDs** », en 2018 dix pays dans le monde (dont le Togo voisin), sont parvenus à l'élimination de la FL entre 2012 et 2017, tandis que soixante-deux (62) y compris le Burkina Faso et six (06) de ses voisins, restent toujours endémiques. Ces résultats sont nettement en deçà des prévisions du Programme Mondial pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (PMEFL) qui envisageait une interruption du cycle de contamination de cette maladie en 2018, et son élimination définitive dans le monde à l'horizon 2020.

Pour le cas du Burkina Faso, la cartographie de la FL réalisée en Juin 2000 a révélé tous les districts sanitaires endémiques avec des prévalences élevées comprises entre 2 et 74%, soit une moyenne nationale de 29 % (Kyelem D., 2007). En 2017, soixante un (61) des soixante-dix (70) districts sanitaires du pays ont stoppé le TMM, étant donné les prévalences microfilariennes jugées basses et en deçà du seuil référentiel de 1%. En principe, une baisse de la microfilarémie en-dessous de cette valeur seuil (1%), devrait être obtenue au bout de six (06) ans de TMM, si les couvertures thérapeutiques sont comprises entre 70% et 80% dans les zones à faibles prévalences de départ, et à plus de 90% pour celles à très fortes prévalences initiales (Michael E. *et al.*, 2004). C'est pourquoi après dix-huit (18) années de lutte, la persistance de l'endémicité de la FL dans certaines régions du pays, notamment celle du Sud-Ouest, est contrariante. En effet, depuis la mise en œuvre des stratégies de lutte en 2001 au Burkina Faso, la moyenne des couvertures de TMM a toujours dépassé 80% dans tous les DS de cette région, à partir de 2004 (voir annexe 1). De plus, des enquêtes de prévalences effectuées ailleurs, ont montré une baisse considérable de l'indicateur à plus de 90% par rapport à leurs situations en 2000. Par exemple, dans la région sanitaire

de l'Est du pays, une baisse de 95,14% a été obtenue après onze tournées<sup>1</sup>, en douze (12) ans de TMM (Ouédraogo *et al.*, 2014). C'est pourquoi à l'étape actuelle du processus d'interruption de la contamination entamée (préalable pour l'élimination de la maladie), les prévalences toujours élevées sont dignes d'intérêt. En dépit du Sud-Ouest, d'autres régions sanitaires sont encore endémiques. Ce sont : le Centre (partie rurale du DS de Bogodogo), l'Est (DS de Fada N'Gourma), et le Centre Est (DS de Tenkodogo, de Bittou et de Ouargaye).

Or, dans un contexte socio-sanitaire et économique déjà précaire (lié à des conditions physiques, humaines et environnementales délétères), il y a lieu de s'appesantir sur les voies de recours susceptibles d'annihiler les préjudices d'un éventuel fardeau supplémentaire que pourrait infliger la FL aux populations.

Dans l'espoir d'accélérer l'interruption de cette contamination, des mesures supplémentaires ont été préconisées au niveau national depuis 2013 dont : les tournées biennuelles (plutôt qu'une fois l'an) de TMM, l'intensification de la lutte antivectorielle, le renforcement des compétences du personnel de santé, la sensibilisation, l'amélioration des mesures d'hygiène et d'assainissement, et l'accès à l'eau potable (PSLMTN, 2016-2020)<sup>2</sup>. Mais contre toute attente, l'état d'endémicité de la FL s'est maintenu.

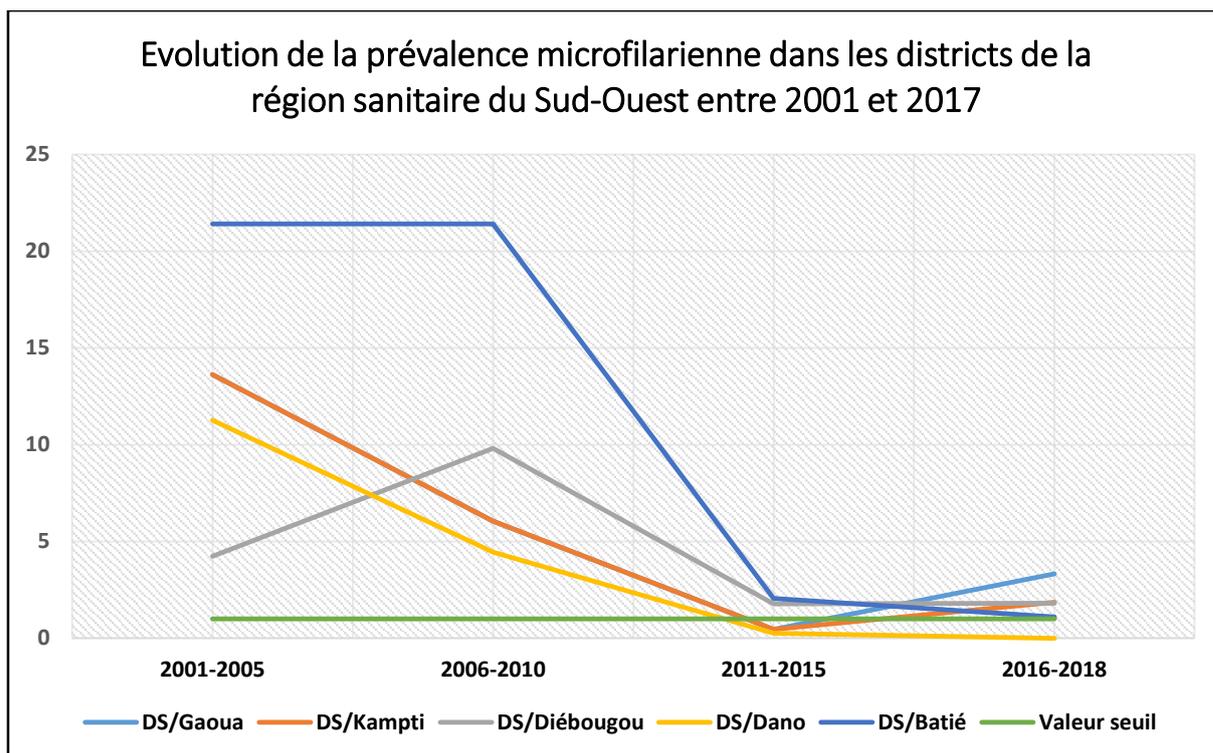
Pour le cas particulier de la région du Sud-Ouest, les prévalences microfilariennes ont resurgi ces dernières années dans les DS de Gaoua et de Kampti, tandis que l'endémicité a été maintenue dans les DS, de Diébougou et de Batié jusqu'en 2017.

Le graphique I ci-après illustre la situation de l'endémicité (prévalences microfilariennes évaluées) dans les DS de la région du Sud-Ouest depuis 2001.

---

<sup>1</sup> Il s'agit des campagnes thérapeutiques annuelles de masse ou TMM. Jusqu'alors, dans le cadre de la lutte contre la filariose lymphatique, une tournée correspond à une année de traitement

<sup>2</sup> PNSMTN : Plan National Stratégique de lutte contre les MTN que le pays s'est doté pour la période 2016-2020



Graphique 1 : évolution des prévalences microfilariennes dans la région du Sud-Ouest

Assurément, le Burkina Faso considère l'élimination de cette maladie dégradante et invalidante comme un tremplin pour lutter efficacement contre la misère et la pauvreté (PNDS 2011-2020<sup>3</sup> et PNDES 2016-2020<sup>4</sup>) (MS/BF, 2016). C'est pourquoi une étude visant à analyser cette situation déconcertante de la FL que vivent les personnes victimes, est digne d'intérêt. Elle pourra permettre une meilleure compréhension de leurs souffrances et jouer favorablement à leur prise en compte dans les politiques publiques nationales de santé. Mais bien que plusieurs études aient déjà permis d'apprécier l'efficacité des traitements de masse et des techniques de prise en charge préconisées (management des lymphœdèmes et des cures d'hydrocèles), très peu se sont intéressées aux souffrances des malades et l'influence de l'environnement psychosocial et culturel (confer annexe 4) des communautés vis-à-vis de la FL. Or cela pourrait contribuer à consolider les acquis déjà

<sup>3</sup> Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2011-2020

<sup>4</sup> Plan National de Développement Economique et Social pour la période 2016-2020

engrangés en matière de lutte contre la FL et favoriser l'accélération du processus d'interruption en cours, grâce aux propositions de solutions susceptibles d'en découler.

En effet :

- **N. Ouédraogo et al**, par une étude prospective dans la région de l'Est du Burkina Faso, confirment l'efficacité du TMM à base de l'association Albendazole + Ivermectine, en dépit du fait que la transmission de la FL n'était pas interrompue. Cette investigation a porté sur 2773 personnes de plus de cinq ans, recrutées sur six sites différents en 2014. Les résultats ont par ailleurs révélé une importante réduction de la prévalence de la microfilarémie qui était évaluée à 1,8% dans cette région, soit un taux global de diminution de 95,14% après 11 ans de TMM. En outre, il y eut autant de tournée, avec un taux de couverture thérapeutique d'environ 80% de la population à risque (Ouédraogo *et al.*, 2014).

- **Correas et al**, font le bilan de l'enquête d'évaluation de la filariose lymphatique au Togo en 2012, après trois années d'arrêt du TMM dans les sept derniers districts endémiques du pays. Cette enquête s'étant portée sur 6380 enfants d'âge scolaire (6 à 7 ans) répartis dans 331 écoles. Treize (13) cas ont été révélés positifs à l'ICT (carte immunochromatographique) qui est une méthode recherche de microfilaire. Mais la recherche d'une microfilarémie nocturne et celle de l'antigène Og4C3 par la technique d'ELIZA ont finalement été négatifs, confirmant ainsi l'absence de microfilaires chez tous les enfants testés. La rupture de la chaîne de transmission de FL était ainsi maintenue au Togo en 2012 (Correas *et al.*, 2014).

- **J. Saugrain et D. Outrin** font le bilan de la lutte contre la filariose lymphatique en Polynésie française. Alors qu'entre 1949-1953, les indices microfiliariens avoisinaient 30% et les éléphantiasis fréquents dans les différents groupes d'îles, grâce à différents schémas prophylactiques essentiellement basées sur l'emploi de la diéthylcarbamazine, les indicateurs (les indices microfiliariens) furent quasiment annulés en 1970 sur toute l'étendue du territoire : l'indice microfilarien moyen a été ramené à 1,45%. Ce qui confirmait l'efficacité de ce médicament contre *Wuchereria Brancofti* (Saugrain, 1972)

- **Kyelem Dominique et al**, étudient les facteurs déterminant les succès des différents programmes nationaux d'élimination de la FL. Parmi une quarantaine d'éléments influençant, les suivants ont été identifiés comme les plus importants : le niveau d'endémicité de base, les capacités d'adaptation des moustiques vecteurs, le régime du TMM et l'adhésion des populations au traitement. De l'avis de ces scientifiques, la recherche reste un moyen précieux pour explorer et venir à bout de ces déterminants de l'efficacité des programmes de lutte contre la FL. (Kyelem *et al.*, 2008)

- **P. Jullien et al** enquêtent sur l'efficacité du management du lymphœdème entrepris par le système national de santé du Burkina Faso. Sur 1089 patients enrôlés au total, avant la pratique du « washing quotidien », 78,1% (IC 95% : 75,5-80,5%) des patients a eu une crise dans le mois précédant la consultation. Et après quatre mois et demi de lavage quotidien, ces crises ont été réduites de 39,1% (IC 95% : 36,2-42,1%). Une réduction des crises aiguës rapportées au nombre de consultations. L'âge ou le genre n'était pas observé lors de cette étude. Mais au regard des résultats, ils conclurent que le management du lymphœdème dans le système de santé du Burkina Faso était efficace dans la réduction de la morbidité liée à la FL dans un court terme (Jullien *et al.*, 2011).

Ces cinq premières études ont pour trait communs, de s'être penchées sur l'appréciation des stratégies de lutte et de contrôle de la filariose lymphatique préconisées d'ailleurs par le PMEFL. Ils ont ainsi servi de témoignage à l'efficacité des actions menées, pour lutter contre la FL. C'est ainsi que l'OMS encourage les pays toujours en situation d'endémie à poursuivre la mise en œuvre de ces stratégies. Grâce à ces actions, l'espoir d'éliminer la FL dans un proche avenir est permis.

- **Sarah Martindale et al.**, ont tenté de quantifier les fardeaux, physiques et économiques du lymphœdème filarien du *Wuchereria Bancrofti* dans le district de Chikwawa au Malawi. L'étude relate que 70% des cas de lymphœdèmes recrutés étaient des femmes tandis que le sexe masculin représentait 21%. Par ailleurs, les personnes âgées et les hommes étaient les plus affectés par leurs conditions : une hausse du niveau global d'invalidité était liée de manière significative à une baisse de l'activité physique et

économique en rapport avec la distance parcourue à pied et le temps de travail (Sarah Martindale, 2014).

- **Ede Tyrell**, dans son article intitulé « fardeau socio-économique de la filariose lymphatique à Georgetown en Guyane », a inclus des malades chroniques dont 44% affirment avoir des changements majeurs dans leur vie depuis que leur maladie a été diagnostiquée. En outre, 40% ont fait cas de l'anxiété, du renchérissement du coût de la vie et de séparation avec leur conjoint. La majorité était empêchée de sortir, de visiter leurs proches, de voyager et d'aller au marché tandis que 54% ont essayé de cacher leur condition (Tyrell, 2013).

Ces études deux précédentes études ont tenté de prouver scientifiquement l'impact socio-économique considérable de la FL dans le quotidien des personnes victimes de complications graves de la FL (éléphantiasis et l'hydrocèle). Il s'agit véritablement d'une maladie appauvrissant à vaincre absolument pour espérer atteindre les objectifs du millénaire pour le développement durable (ODD) aux quels nos pays ont tous souscrit pour l'horizon 2030.

- **Kelly-Hoppe**, avec l'aide de ses collaborateurs, décrit la relation existant entre la filariose causée par *W. Bancrofti* et la malaria due au *Plasmodium falciparum*, tous endémiques en Afrique de l'Ouest. Il démontre par cette étude qu'il existe une association spatiale négative de ces deux parasites en lien avec d'autres facteurs tels que la saisonnalité, la compétition inter-espèce des parasites, les différences de répartitions spatio-temporelles, la compétence des vecteurs anophèles et leur résistance aux insecticides ainsi que les pratiques culturelles. Selon ce groupe de chercheurs, des investigations plus poussées étaient opportunes en l'état actuel, étant donné l'existence de programmes mondiaux de contrôle de ces deux maladies (paludisme et FL) (Kelly-Hope et al., 2006).

- **Carne B.** en 2005 quant à lui a dénoncé l'incongruité de la cartographie de l'épidémiologie de la filariose lymphatique, d'alors publiée par l'organisation mondiale de la santé. En effet, celle-ci incluait habituellement le Gabon et Congo Brazzaville comme zones d'endémie de cette filariose alors que ces deux pays n'ont notifié de cas que depuis

les années 1980, voire 1970. En revanche, l'auteur atteste l'existence d'autres filarioses dont celles à Loa Loa, à Mansonella Perstans, à Onchocerca Volvulus et à Mansonella Streptocerca (Carme B., 2005).

Pour traiter de notre thème sur l'analyse de la morbidité liée à la FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest, (toujours endémique en 2018), nous tenterons de répondre à la question principale suivante :

Quelle analyse situationnelle peut-on faire de la morbidité liée à la FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest en l'étape actuelle de la lutte contre cette maladie au Burkina Faso ?

L'**objectif principal** de cette étude est donc d'examiner la situation de la morbidité liée à la FL dans cette région sanitaire.

Cet objectif général se décline en trois **objectifs spécifiques** que sont :

- décrire le statut socio-démographique des personnes victimes de complications chroniques de FL dans les districts sanitaires de la région du Sud-Ouest ;
- montrer l'influence du milieu psycho-social et culturel sur l'aggravation des souffrances des personnes victimes de complications chroniques de FL dans la région du Sud-Ouest ;
- faire des propositions de solutions visant à améliorer la prise en charge des malades chroniques de FL et ainsi accélérer le processus d'élimination de la maladie et de son fardeau, en cours au Burkina Faso.

Pour notre étude, nous formulons les **hypothèses** ci-après :

- La morbidité liée à la FL affecte particulièrement les couches sociales démunies et vulnérables dans la région du Sud-Ouest du Burkina Faso ;
- Le milieu psycho-social et culturel aggrave les conditions de vie déjà précaires des malades chroniques de FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso.

## 2 Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique de cas de morbidité liée à la filariose lymphatique dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso, toujours en situation d'endémie.

La collecte des données s'est déroulée du 27 Juillet au 02 Août 2018, dans des districts sanitaires de cette région.

Notre population d'étude a été constituée de personnes vivant avec des complications chroniques de FL dans des communautés établies dans cette région (Sud-Ouest du Pays).

Pour ce faire, nous avons d'abord effectué un choix aléatoire de deux (02) districts sanitaires dans la région, parmi les quatre (04) en situation d'endémie jusqu'en 2018. C'est ainsi que Diébougou et Kampti ont été sélectionnés (cf carte ci-après).

Par la suite, trente-trois (33) personnes porteuses de complications chroniques de FL ont été identifiées de façon hasardeuse, et recherchés avec l'aide des Agents de Santé Communautaires (ASC). Cette sélection s'est faite à partir des bases de données de morbidité dans les formations sanitaires, (après examens et diagnostics confirmés par les agents de santé). Au bilan partiel, ces personnes malades sélectionnées sont issues d'un sous-groupe de sept (07) villages (cf carte ci-dessous), tous dotés de formation sanitaire.

Les questionnaires utilisés visaient à rechercher des informations sur les statuts socio-démographiques des enquêtés, leurs connaissances et perceptions de la FL, de même que leurs démarches dans la recherche de soins, et les obstacles perçus et vécus au quotidien dans leurs communautés respectives. D'autres données cliniques supplémentaires ont aussi été enregistrées, notamment la durée de la phase chronique de la maladie et le types de complication (voir questionnaire complet à l'annexe 2).

Pour avoir déjà servi dans cette région du pays en tant qu'Attaché de Santé en Epidémiologie, nous nous sommes rendus dans les districts sélectionnés sans encombre.

Après nous avoir formellement autorisé à collecter les données dans sa région (cf annexe 3), le **Directeur Régional de la Santé** du Sud-Ouest s'est chargé lui-même de tenir informés

les **Médecins Chefs des Districts** choisis. Ces derniers ont à leur tour ont relayé l'annonce de l'enquête aux **Infirmiers Chefs de Poste (ICP)**, lesquels se sont chargé finalement d'informer les **ASC** et prévenir **les populations** concernées. C'est dans cette dynamique que les ASC nous ont donc aidé à repérer les malades aléatoirement identifiés. Ils nous ont aussi aidé à résumer les propos des interviewés, ainsi qu'à les traduire en français.

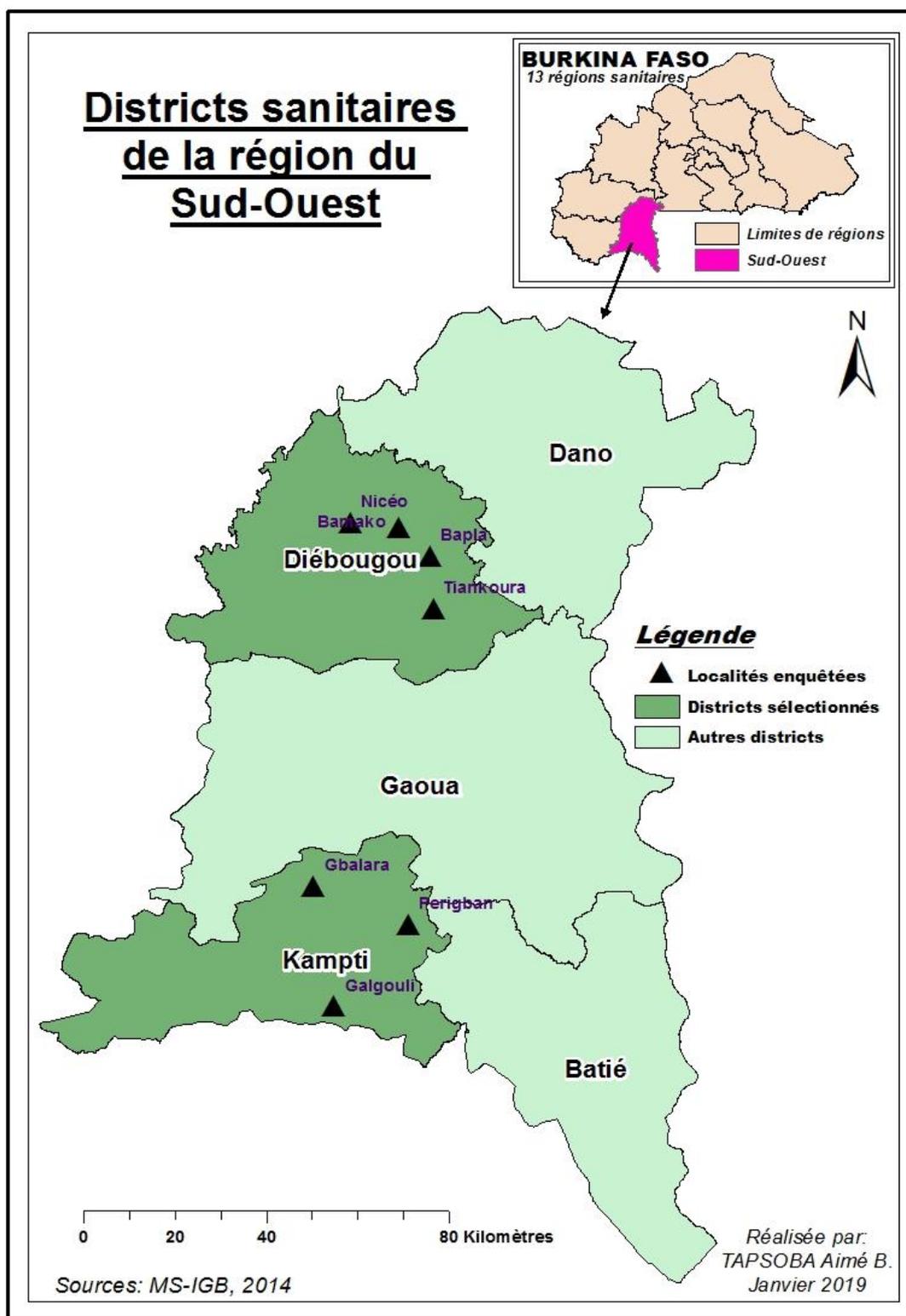
Par mesure de prudence les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, en même temps que les réponses étaient notées dans les questionnaires préconçus.

Pour nous assurer du respect de la confidentialité des informations recueillies, la tenue des différentes interviews a été effectuée de façon anonyme, après accord des intéressés, pour participer à l'étude.

Les données d'enquête de terrain collectées ont été saisie, traitées et analysées à l'aide du logiciel Epi Info 7, version 2.2.6 et Microsoft Excel version 2016. Au cours de l'examen, une marge d'erreur de 5% a été tolérée.

Ainsi, les variables « connaissance de l'origine de la FL », « situation de famille » et « niveau d'instruction » ont été recodées en variables de type booléens lors des croisements. Par ailleurs, la durée de la chronicité de la maladie a été transformée en deux classes d'âge, en référence à l'âge médian qui est de 10 ans (« moins de 10 ans » et « plus de 10 ans »).

En outre, la représentation cartographique de la zone d'étude a été effectuée grâce au logiciel Arc GIS version 10.1 et le traitement de texte (rédaction du mémoire et sa mise en forme) à l'aide de Microsoft Word version 2016.



Carte 1 : répartition des districts sanitaires de la région du Sud-Ouest

### **3 Résultats**

#### **3.1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées**

##### **3.1.1 Profil socio-démographique des malades chroniques de FL**

Pour trente-trois (33) cas de complications chroniques de FL enquêtés, dix-huit (18) sont des éléphantiasis et quinze (15) des hydrocèles. L'âge est compris entre 36 et 83 ans, soit une moyenne de 57 ans et une médiane de 54 ans.

La majorité des cas d'éléphantiasis sont de sexe féminin (16/18 soit 88,89%) tandis que tous les cas d'hydrocèle sont des hommes (15). Et sur dix-sept (17) hommes atteints de complications chroniques, seulement deux (02) sont porteurs d'éléphantiasis.

Dans l'ensemble des cas interviewés, les 2/3 ne savent, ni lire, ni écrire (22/33 soit 67%). Aucun d'entre eux n'a de niveau secondaire, encore moins supérieur.

Par ailleurs, la quasi-totalité des hommes affectés sont en union (15/17, soit 88%) tandis que le plus grand nombre de femmes victimes de complications chroniques de FL, soit environ de 2/3 des cas, sont divorcées ou veuves (11/16 cas, soit 69%).

Aussi, la presque-totalité des enquêtés sont agriculteurs ou ménagères (82%), trois (03) d'entre eux sont sans emploi (9%) du fait de co-morbidité (cécité ou infirmité), et deux (02) sont des commerçants.

##### **3.1.2 Conditions de vie des malades chroniques enquêtés**

La durée de la période de souffrance rapportée par les enquêtés eux-mêmes est en moyenne de 14 ans, avec des valeurs comprises entre 1 et 36 ans, et un mode estimée de 10 ans.

Près des 3/4 des personnes enquêtées ne disposent pas d'un moyen de déplacement motorisé (24/33, soit 73%), et un d'entre eux utilise une charrette à traction animale pour ses déplacements. Aucun des enquêtés ne dispose de voiture.

En outre, les enquêtés ayant plus de cinq (05) personnes à leur charge représentent 61%, tandis que 12% ont entre trois et cinq personnes dépendant directement d'eux.

Parmi ces malades interviewés, quatre (04) d'entre eux souffrent d'une co-morbidité liée à des séquelles graves d'onchocercose ou cécité des rivières (02), de poliomyélite (01) ou de blessures sérieuses (01).

Enfin, la distance approximative estimée entre la formation sanitaire la plus proche et le domicile des malades chroniques enquêtés s'étend de moins d'un kilomètre à 25 kilomètres, soit une distance moyenne de 3,46 Kilomètres.

### 3.2 Influence du milieu psycho-social et culturel des communautés

#### 3.2.1 Connaissance sur l'origine de la FL

Les origines présumées de la FL selon les enquêtés sont rapportées selon le tableau de fréquences ci-après.

Tableau 1 : Origine présumée de la maladie

Origines présumées de la FL	Fréquences	Pourcentages
Alimentaire	1	3,0%
Héréditaire	4	12%
Nature spirituelle/Maléfice	4	12,2%
Moustique ou vers	10	30,3%
Ne sais pas	11	33,3%
Travaux difficiles	3	9,1%
Total	33	100%

La majorité des interviewés avouent ignorer l'origine de la maladie (33%), 12% l'attribuent à un héritage génétique (héréditaires) tandis que 21,1% ont évoqué des raisons spirituelles ou maléfiques et les travaux difficiles.

#### 3.2.1 Difficultés rencontrées et perceptions des interactions en communauté

Un grand nombre de personnes porteuses de complications chroniques interviewées attestent ouvertement avoir le sentiment d'être soutenus par leur famille respective (26/33 soit 79%). Ils ont malheureusement déjà fait l'objet de moqueries ou d'attitudes

malveillantes au sein de leurs communautés d'appartenance (22/33 soit 67%), cela en rapport avec les déformations secondaires aux complications de la maladie.

De l'avis des malades interviewés, les autres difficultés majeures qui pèseraient sur leur quotidien sont de divers ordres : « matériel et financier » (17/33 ; 52%), « physique » (7/33 ; 21,2 %) et « absence de temps libre » (1/33, soit 3%).

### **3.2.2 Attitudes, pratiques et relations avec le personnel soignant**

La majorité des interviewés affirment être à la recherche d'assistance médicale (15/33 soit 45%) mais voient aussi des tradi-thérapeutes et/ou féticheurs (21/33 soit 64%), de manière exclusive ou concomitamment aux consultations faites dans les formations sanitaires (le plus souvent motivées par les crises aiguës douloureuses et récidivantes).

Dans notre échantillon, plus de la moitié, soit 55% (18/33) avouent entretenir de bonnes relations avec le personnel de santé de leur localité. Cependant, une seule personne (3%) a reconnu que ses rapports avec les professionnels de santé étaient plutôt conflictuels. Les autres ont tenu à préciser qu'ils ne se rendaient pas aux centres de soins de santé (45%).

Toutefois, le statut social des personnes enquêtées est susceptible de déterminer leurs perceptions, attitudes, pratiques et vécus au sein de leurs communautés respectives. C'est pourquoi ces liens (suspects) ont fait l'objet de tests statistiques.

### **3.2.3 Relation entre « connaissances de la FL » et « recherche d'assistance médicale »**

Au cours de notre étude, la variable « connaissance de l'origine de la FL » a été recomposée en type booléen (oui/non) selon le tableau I ci-dessus. Seule la réponse « Moustique ou vers » a été retenue comme étant la bonne. Le tableau II ci-après résume le résultat de ce croisement :

Tableau II : relation entre connaissance de l'origine de la FL et la recherche d'assistance

		Recherche d'assistance médicale		
		Oui	Non	Total
Connaissance de l'origine présumée de la maladie	Oui	9	1	10
	Non	6	17	23
Total		15	18	33

$\chi^2 = 11,48 > 3,84$  (Chi2 théorique) ;  $\alpha = 0,05$ , soit 5% et ddl (degré de liberté) = 1.

Par ailleurs, les malades chroniques à la recherche de soins médicaux qui représentent 45,45% n'est pas négligeable.

La relation statistique est dans ce cas significative. On admet alors qu'il existe un lien statistique significatif entre la « demande d'assistance médicale » et la « connaissance de l'origine présumée de la maladie » dans l'échantillon.

Le rapport des prévalences (RP) = 3,45 et l'intervalle de confiance (IC) à 95% = [1,68 ; 7,07], ne contient pas la valeur cible de 1 et  $P\_value < 0,05$ .

On peut donc conclure que les personnes ayant une bonne connaissance de l'origine de la maladie ont près de 4 fois plus d'intérêt pour les interventions d'un personnel médical pour le suivi de leur maladie, par rapport à celles n'ayant pas de bonnes connaissances sur la FL.

### 3.2.4 Relation entre le sexe du malade et le sentiment de marginalisation

Le résultat de ce croisement est consigné dans le tableau III ci-après :

Tableau III : relation entre sexe et malveillance en communauté

		Objet de propos malveillants		
		Oui	Non	Total
Sexe du malade	Féminin	14	2	16
	Masculin	8	9	17
Total		22	11	33

$\chi^2 = 6,066 > \chi^2$  théorique de 3,84 ( $\alpha = 5\%$  et ddl = 1).

Le test du Chi 2 montre un lien statistique significatif entre le sexe des malades enquêtés et le sentiment d'avoir été marginalisé dans la communauté. En d'autres termes, la nature du sexe (masculin ou féminin) des enquêtés pourrait expliquer les attitudes malveillantes tenues à leur encontre, et vice versa. De plus, dans l'échantillon (22/33), soit 67% ont déjà été objet d'attitudes humiliantes, ce qui n'est pas négligeable.

RP = 1,85 et IC à 95% = [1,08 ; 3,18] (ne contient pas valeur 1) et  $P\_value < 0,05$ .

On en déduit que les enquêtés de sexe féminin ont près de 2 fois plus de risque de subir les humiliations du fait de leur maladie, par rapport au sexe opposé (masculin), dans les communautés de la région.

### 3.2.5 Relation entre situation matrimoniale et sexe des malades enquêtés

Pour réaliser ce test, la variable « situation de famille » a été recodée en variables de type booléen à partir des deux modalités que sont : « en union » et « pas en union » (divorcé ou veuf (ve) ou célibataire). Les résultats de ce croisement sont consignés dans le tableau IV ci-après :

Tableau IV : rapport entre sexe et situation de famille dans la région enquêtée

		En union		
		Oui	Non	Total
Sexe du malade	Féminin	5	11	16
	Masculin	15	2	17
Total		<b>20</b>	<b>13</b>	<b>33</b>

Chi 2 = 11,21 > Chi 2 théorique de 3,84 (ddl = 1 et  $\alpha = 5\%$ ) ;

Il existe alors un lien statistique significatif entre le sexe des personnes victimes de complications de FL et leur situation de famille. Par ailleurs, la proportion de malades vivant en union est de 60,61%. Ce qui n'est pas négligeable.

RP = 0,35 avec IC = [0,16 ; 0,74] (ne contient pas la valeur 1) et  $P\_value < 0,05$ .

On peut alors déduire de ce test que les malades chroniques de sexe féminin sont exposées dans 65% des cas à vivre seules, c'est-à-dire veuves ou divorcées, par rapport à ceux de sexe masculin.

D'autres croisements entre variables ont par ailleurs été effectués lors de notre étude, mais aucun lien statistique significatif n'a été trouvé. C'est le cas de celles-ci après :

- « durée de la chronicité de la maladie » (moins de 10 ans et plus de 10 ans) et « sentiment d'être soutenu par sa famille ou ses proches » ;
- « durée de la chronicité de la maladie » et « recherche d'assistance médicale » ;
- « sexe des personnes malades » et « recherche d'assistance médicale » ;
- « sexe des personnes malades » et le « recours à des tradi-praticiens et/ou féticheurs » ;
- « niveau d'instruction » (recodé en variable de type booléen) et « recherche d'assistance médicale » ;
- « Niveau d'instruction » et « connaissance de l'origine de la FL » (recodé en type booléen).

## 4. Discussion

### 4.1 Discussion autour de nos hypothèses de départ

Compte tenu des résultats obtenus, nous avons mené la discussion autour de nos deux hypothèses (H1 et H2) de départ que sont :

- H1 : la morbidité liée à la FL affecte particulièrement les couches sociales démunies et vulnérables dans la région du Sud-Ouest du Burkina Faso ;
- H2 : le milieu psycho-social et culturel aggrave les conditions de vie déjà précaires des malades chroniques de FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso.

Ce qui nous permet d'analyser la situation de la morbidité liée à la FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest, en faisant un rapprochement avec d'autres études antérieures.

#### 4.1.1 H1 : la morbidité liée à la FL affecte particulièrement les couches sociales démunies et vulnérables dans la région sanitaire du Sud-Ouest

L'analyse du statut sociodémographique des malades enquêtés, de même que leurs conditions générales de vie, dénotent une multiplicité de difficultés rencontrées.

L'âge médian estimé des enquêtés est de 54 ans. Elle se rapproche ainsi de celui trouvé dans l'étude de **Martindale en 2014**, dans le district de Chikwawa au Malawi, où il était estimé à 60 ans.

Dans notre étude, plus de 72% des personnes porteuses de complications chroniques de FL affirment avoir plus de trois personnes à leur charge. Cependant, bien qu'ils soient déjà affaiblis par l'âge, ils souffrent aussi de gênes et de crises douloureuses récurrentes liées à la maladie. Leur état sanitaire délétère occasionne ainsi des baisses de productivité et de gains, sachant que des charges sociales considérables les incombent. Ces résultats se rapprochent de ceux de **Parera et ses collaborateurs en 2007** qui ont trouvé en **Sri Lanka** que la plupart de ces malades chroniques de FL vivaient dans des ménages où quatre (04) personnes en moyenne étaient susceptibles de subir les conséquences économiques et sociales liées à la maladie (Perera *et al.*, 2007).

Aussi, certains malades enquêtés sont simultanément sous le poids supplémentaire d'une co-morbidité (cécité probablement due à l'onchocercose, infirmité liées à la poliomyélite et lésions corporelles graves). Ce qui fait d'eux des personnes particulièrement vulnérables et dépendant des autres, surtout que la durée de chronicité va souvent au-delà de 30 ans de vie (maximum : 36 ans).

Tout ce qui précède conforte d'ailleurs le point de vue de **Stanton en 2017**, qui par une étude cas-témoins de **31 malades** chroniques avec **autant de témoins**, a montré que les personnes victimes de complications de FL étaient nettement moins avantagées que leurs pairs et ont une qualité de vie inférieure (Stanton *et al.*, 2017).

Par ailleurs, les 2/3 des malades interviewés ne savent, ni lire, ni écrire. Ce résultat est similaire à celui de l'**Enquête Multisectorielle Continue en 2014 (EMC 2014)** au Burkina Faso où le taux d'analphabétisme a été estimé à 65,5% au niveau national. Ces conditions pourraient expliquer le faible niveau général de connaissance des enquêtés sur la maladie dont ils souffrent.

Toutes ces circonstances montrent combien les personnes vivant avec des complications chroniques de FL sont démunis et vulnérables au sein de leurs communautés respectives.

Toutefois, la supériorité numérique des hommes inclus dans l'étude (54,54%) est contraire à celui du rapport relatif au dernier **Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-2006)**, où le sexe masculin représentait 48% de la population générale. Cette situation est sans doute liée aux absences de certains malades de leurs domiciles à notre passage, pour diverses raisons (funérailles, voyages, travaux champêtres et autres).

#### **4.1.2 H2 : Le milieu psycho-social et culturel aggrave les conditions de vie déjà précaires des malades chroniques de FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso**

Bien que les conditions climatiques, humaines et environnementales ne soient pas particulièrement favorables au développement de l'agriculture (voir annexe 5), cette activité reste la principale à être entreprise par la majeure partie de la population, y compris les personnes affectées par la maladie (82%). Son exercice suscite d'intenses

efforts physiques auxquelles les déformations liées à la maladie (puisqu' potentiellement handicapantes) s'opposent. Ainsi, la productivité de ces pauvres agriculteurs s'en trouve négativement affectée. C'est pourquoi dans les communautés, beaucoup de ces malades chroniques vivent l'humiliation en permanence et sont traités de « fardeaux financiers » **(Martindale S., 2014)**.

Aussi, dans notre échantillon, la plupart des femmes (68,75%) ne vivent pas en union (divorcées ou veuves). Un lien statistique significatif a été trouvé entre la « situation matrimoniale » et le « sexe » des victimes. En effet, les femmes victimes de FL sont relativement exposées à vivre dans la solitude. Une telle situation place inexorablement ces dernières déjà affaiblies physiquement et mentalement, à une aggravation de leurs conditions de vie précaires, leur stigmatisation, voire leur exclusion sociale. Ce résultat s'accorde donc avec celui de **Molyneux et Taylor en 2001**, qui par une analyse de métadonnées, ont soutenu que la chronicité de la FL peut entraîner des problèmes psychosociaux tels que la disgrâce sociale, la réduction des perspectives conjugales.

Pour certains enquêtés (4/33, soit 12%), les facteurs génétiques seraient à l'origine de leur maladie et de ses complications (éléphantiasis et hydrocèle). De leur point de vue, cela s'expliquerait d'ailleurs par le fait qu'un proche parent ait déjà vécu la maladie. Ce qui laisse penser aux fortes prévalences de la maladie dans cette région au début de la mise en œuvre des stratégies du PMEFL, soit une quinzaine d'années plutôt (en rapport avec la durée moyenne de la chronicité de plus de 15 ans chez les enquêtés). Cette situation corrobore ainsi avec les résultats de la cartographie de la FL en 2000, évoquée par **Kyelem D. en 2007**, où les prévalences étaient comprises entre 2 et 74%, avec une moyenne nationale de 29%. La FL étant alors perçue dans les communautés comme **une maladie courante**, limite considérablement le recours aux soins de santé, en particulier médicaux. Or, les consultations tardives dans les formations sanitaires comportent malheureusement des risques accrus d'aggravation ou d'évolution sévère de la maladie.

Cette étude a montré que les femmes porteuses de complications chroniques de FL sont plus affectées. D'une part, leur statut en tant que « femme » fait déjà l'objet discrimination sociale dans les pays en développement : violences conjugales, faible scolarisation, santé

précaire, pauvreté monétaire, pour ne citer que cela (**Ryckmans H., 2008**). D'autre part, elles subissent des humiliations supplémentaires (63,64%) et risquent de rester seules (hors union) dans 65% des cas par rapport aux hommes. Ce qui rend leurs conditions de vie davantage pénibles dans les communautés.

#### **4.2 Limites et biais de l'étude**

La présente étude avait pour objectif d'analyser la situation de la morbidité liée à la FL dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso, toujours endémique après 18 ans de mise en œuvre des stratégies de lutte contre cette maladie. Pour ce faire, nous nous sommes limités à la description des caractéristiques socio-démographiques des personnes victimes de complications chroniques de FL dans ladite région, et l'analyse de quelques facteurs psycho-sociaux et culturels susceptibles d'influencer les conditions de vie de ces malades dans leurs communautés respectives. Nous nous sommes basés sur le recueil des données d'une enquête transversale qui ne prend pas en compte l'exhaustivité de tous les aspects liés à la morbidité de la FL, notamment toutes les étapes chronologiques de la maladie.

Les sujets inclus sont ceux parmi les cibles qui étaient présents à notre passage, et la forte pluviométrie dans notre zone d'étude nous a parfois contraint à changer d'itinéraire. Ce qui a pu biaiser la qualité de la sélection de nos sujets.

Le guide d'entretien utilisé pour la collecte des données n'a pas tenu compte de la spécificité de chaque type de complication de la maladie (éléphantiasis ou hydrocèle).

L'insuffisance de nos moyens matériels et financiers, ainsi que notre agenda chargé, nous ont par ailleurs contraint à restreindre la taille de notre échantillon à un strict minimum. Ce qui peut entacher sa représentativité et limiter ainsi les résultats atteints.

Lors des entretiens individuels, la présence expresse des ASC (qui ont contribué à repérer et à traduire les propos des malades) a pu influencer les réponses des enquêtés tout au long de la collecte de données sur le terrain.

Au PNMTN où nous avons collecté des données statistiques enregistrées sur la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la FL, la plupart des fichiers n'étaient pas à jour. Les prévalences n'étaient pas évaluées systématiquement tous les ans dans tous les districts

de la région, si bien que nous avons dû procéder par agrégation en estimant leurs moyennes sur une durée de cinq années consécutives. En plus, les données obtenues se limitent à l'année 2017.

#### **4.3 Recommandations pour une amélioration de la santé des malades de FL**

Au regard de l'analyse des résultats de notre étude et des suggestions formulées par les enquêtés, nous formulons les suggestions/recommandations suivantes afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades de FL ainsi que le contrôle de cette maladie invalidante :

##### **Au niveau des autorités sanitaires au niveau intermédiaires et locale :**

- A court et moyen termes

- ✓ Améliorer les couvertures de traitement de masse en intégrant la distribution des médicaments (Albendazole + Ivermectine) au paquet d'activités de routine dans les formations sanitaires ;

- ✓ Encourager la constitution de groupes d'échange et de discussion des personnes victimes de complication de la maladie où ces derniers pourront partager des expériences et apprendre à mieux gérer leur maladie ;

##### **Au niveau du Ministre de la santé**

- Moyen et long terme

- ✓ Soutenir des travaux de recherche visant à élucider **une possible résistance** des microfilaires aux médicaments utilisés dans les traitements de masse (depuis 18 ans), mais aussi à faire la lumière d'une **possible réadaptation des moustiques** vecteurs de la maladie.

- ✓ Soutenir les malades sur le plan matériel, financier et psychologique, par des interventions directes, de concert avec le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, afin de réduire la pauvreté et la misère de la majeure partie d'entre eux.

## 5 Conclusion

La présente étude a porté sur l'analyse situationnelle de la morbidité liée à la filariose lymphatique dans la région sanitaire du Sud-Ouest du Burkina Faso. Son but était de contribuer à l'amélioration de la santé des populations, en particulier dans les régions toujours endémiques. Une enquête transversale nous a permis d'une part de caractériser le statut socio-démographique des personnes victimes de la maladie dans les DS de cette région. D'autre part, l'examen des données nous a permis de comprendre l'influence du milieu psycho-social et culturel des communautés sur l'aggravation des conditions de vie des malades de FL. En effet, cette parasitose est l'apanage de couches sociales particulièrement démunies dans un environnement hostile. D'où l'idée d'initier et de développer des programmes spéciaux d'accompagnement. L'idée est de soulager les souffrances des personnes affectées, par une PEC socio-sanitaire intégrée.

Les résultats de notre étude fournissent des réponses satisfaisantes aux hypothèses émises au début de l'étude. Cependant, cette étude ayant fait l'objet d'un certain nombre d'insuffisances, nous proposons qu'une investigation socio-économique et sanitaire beaucoup plus approfondie soit menée plus tard, pour davantage mettre en exergue les difficultés liées aux complications de la FL. Ce qui peut jouer en faveur des malades dans les politiques publiques de santé des pays toujours endémiques.

## Références bibliographiques

Uniting to Combat NTDs. 2017. Neglected Tropical diseases : lymphatic filariasis. [en ligne]. <http://unitingtocombatntds.org/ntds/lymphatic-filariasis/lymphatic-filariasis-endemic-countries/> . Consulté le 21/09/2018).

Ahorlu, C. K. *et al.* (1999) 'Lymphatic filariasis related perceptions and practices on the coast of Ghana: Implications for prevention and control', *Acta Tropica*, 73(3), pp. 251–261.

AUBRY P., G. B.-A. (2015) 'Filariose lymphatique', *La Revue Medecine Tropicale*, pp. 839–850. Available at: [www.medecinetricale.com](http://www.medecinetricale.com).

Carme B. (2005) 'Filariose lymphatique en République du Congo et éléphantiasis du scrotum', *PARASITOLOGIE*, (5), pp. 363–364. Available at: <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T98-5-2827-2p.pdf>.

Correas, J. M. *et al.* (2014) 'Rapport de situation 2000-2009 et plan stratégique 2010-2020 du programme mondial pour l'élimination de la fi lariose lymphatique : à mi-parcours vers l'élimination de cette maladie', *La Revue du praticien*, 19(4), pp. 181–187.

Donadeu, M. *et al.* (2009) 'Weekly epidemiological record: relevé épidémiologique hebdomadaire', *The Weekly Epidemiological Record*, pp. 445–452.

Dorkenoo, A. M. *et al.* (2015) 'Enquête d'évaluation de la transmission de la filariose lymphatique en milieu scolaire, 3 ans après l'arrêt du traitement de masse à l'albendazole et à l'ivermectine dans les 7 districts endémiques du Togo', *Bulletin de la Societe de Pathologie Exotique*, 108(3), pp. 181–187.

Frew, S. E., Liu, V. Y. and Singer, P. A. (2009) 'Downloaded from content.healthaffairs.org by Health Affairs on June 21, 2015 by guest', 6(6), pp. 1760–1773.

Haddix, A. C. and Kestler, A. (2000) 'Lymphatic of lymphatic filariasis as a public health problem aspects of the disease and programmes'.

Hotez, P. J. *et al.* (2014) 'The Global Burden of Disease Study 2010: Interpretation and Implications for the Neglected Tropical Diseases', *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 8(7).

Jullien, P. *et al.* (2011) 'Efficacy of home-based lymphoedema management in reducing acute attacks in subjects with lymphatic filariasis in Burkina Faso', *Acta Tropica*. Elsevier B.V., 120(SUPPL. 1).

Kelly-Hope, L. A. *et al.* (2006) 'Short communication: Negative spatial association between lymphatic filariasis and malaria in West Africa', *Tropical Medicine and International Health*, 11(2), pp. 129–135.

Kima, A. (2012) *Lutte Contre La Filariose Lymphatique Au Burkina Faso 2001-2011 : Etat Des Lieux*. Université de Ouagadougou.

Kyelem, D. *et al.* (2008) 'Determinants of success in national programs to eliminate lymphatic filariasis: A perspective identifying essential elements and research needs',

*American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 79(4), pp. 480–484.

Martindale, S. *et al.* (2014) 'Quantifying the physical and socio-economic burden of filarial lymphoedema in Chikwawa District, Malawi', (September), pp. 759–767.

Molyneux, D. H. and Taylor, M. J. (2001) 'Current status and future prospects of the Global Lymphatic Filariasis Programme', *Life, Earth & Health Sciences*, pp. 155–159.

Mou, Y. *et al.* (2009) 'Évaluation de la prévalence de la filariose lymphatique en 2008 en Polynésie française', *BEH thématique*, 48-49-50, pp. 504–507.

MS/BF (2016) 'Plan Stratégique De Lutte Contre Les Maladies Tropicales Négligées 2016-2020 Burkina Faso', in, p. 104.

Ouédraogo, A. N. *et al.* (2014) 'Impact du Traitement de Masse de la Filariose Lymphatique par l' Albendazole-Ivermectine en Zone de Savane : Cas de la Région de l' Est du Burkina', pp. 16–21.

Perera, M. *et al.* (2007) 'Neglected Patients with a Neglected Disease ? A Qualitative Study of Lymphatic Filariasis', 1(2).

Poda, J. N. (2007) 'Les maladies liées à l'eau dans le bassin de la Volta: Etat des lieux et perspectives. Volta Bain Focal Project Report No 4.', (4), p. 87.

Ryckmans H., M. P. (2008) 'Population et développement : égalité de genre et droits des femmes', *De Boeck Supérieur | « Mondes en développement »*, Vol. 36-20, pp. 67–82. Available at: <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2008-2-page-67.htm>.

Sarah Martindale, *et al.* (2014) 'Quantifier la charge physique et socio-économique du lymphoedème filarien dans le district de Chikwawa, au Malawi', *NTD News for Africa*, (Novembre 2014), pp. 1–3.

Saugrain, J. et D. O.-F. (1972) 'subperiodique de Bancroft en Polynesie frangaise', *Bull. Org. mond. Sante*, pp. 249–252.

Stanton, M. C. *et al.* (2017) 'Measuring the physical and economic impact of filarial lymphoedema in Chikwawa district, Malawi : a case-control study'. *Infectious Diseases of Poverty*, pp. 1–9.

Taylor, M. J. (2009) 'Current practices in the management of lymphatic filariasis', *Expert Reviews*, pp. 595–605. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485799>.

Tyrell, E. (2013) 'Socioeconomic burden of lymphatic filariasis in Georgetown, Guyana', 18(2), pp. 152–158.

Zeldenryk, L. M. *et al.* (2011) 'The emerging story of disability associated with lymphatic filariasis: A critical review', *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 5(12).

Compaoré Rachidatou (2016). *Evaluation de la fidélité de l'implantation de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans le district sanitaire de Kaya*. Mémoire de

Master en Santé Publique. Institut Africain de Santé Publique, Ouagadougou.68p

Kyelem D. (2007). *Epidemiology and control of lymphatic filariasis in Burkina Faso*, Thèse en santé Publique, university of liverpool, UK 2007

Ouédraogo Adja Mariam, (2015). *Facteurs prédictifs de la mortalité maternelle au Burkina Faso : étude cas-témoins réalisée en 2014*. Mémoire de Master en Santé Internationale, Université Senghor, Alexandrie. 59p

Ministère de la Santé (2016) Direction de Lutte contre la Maladie. Plan National Stratégique de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2016-2020, Ouagadougou, 104p.

Ministère de l'Education Nationale (2017) : DGESS, Annuaire statistique 2016 du MENA, 189p

Ministère de l'Economie et des Finances (2015) : INSD. Enquête Multisectorielle Continue 2014, Alphabétisation et scolarisation, 62p

Ministère de l'Economie et des Finance (2008), INSD. Rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2006. 325p

OMS/Eurpe ( 1986). Rapport de la Charte d'Ottawa. Adoptée en Novembre 1986. Ottawa (Canada) 6p

OMS (2005), Bureau Régional de l'Afrique : Rapport de situation de l'élimination de filariose lymphatique dans la région africaine en 2004, 10p

OMS (2012), Rapport de la 7eme réunion de GAELF. Un futur libéré de la filariose lymphatique : la vision, bientôt une réalité avec l'extension ou la réduction progressive des interventions et en allant au-delà des barrières, Novembre 2012

OMS (2010), GPELF : Rapport de la 6ème réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique, Juin 2010, 78p

OMS (2013), GPELF : suivi et évaluation épidémiologique du traitement médicamenteux de masse. Les Editions de l'OMS. Geneve (Suisse). 78p

OMS (2015), GPELF : filariose lymphatique : entamologie pratique. Manuel à l'intention des programmes nationaux. Geneve, Suisse 2015, 92p

## Liste des illustrations

Figure 1 : lymphœdème de la jambe (éléphantiasis) .....	2
Figure 2 : hydrocèle .....	2
Figure 3 : une filaire isolée, vu au microscope .....	H
Figure 4 : Un anophèle femelle. ....	I

## Liste des tableaux

Tableau I : Origine présumée de la maladie.....	14
Tableau II : relation entre connaissance de l'origine et la recherche d'assistance.....	16
Tableau III : relation entre sexe et malveillance de la communauté (victime de propos injurieux ou attitudes dégradantes) .....	16
Tableau IV : rapport entre sexe et situation de famille dans la région enquêtée .....	17
Tableau V : taux de couverture des TMM entre 2001 et 2008 .....	A
Tableau VI : taux de couverture des TMM entre 2009 et 2017 .....	A

## Annexes

### Annexe 1 : couvertures thérapeutiques de masse entre 2001 ET 2017

- Couvertures des tournées annuelles et uniques de TMM entre 2001 et 2008

Tableau V : taux de couverture des TMM entre 2001 et 2008

Unité d'exécution	Nombre de tournées	Nombre de tournées effectives	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Batié	21	21	80,01	81,86	82,18	84,32	86,93	86,19	82,8	89,36
Dano	20	20	80,59	85,24	76,42	82,9	84,67	81,77	83,27	83,97
Diébougou	21	20	71,65	63,54	66,93	86,91	86,1	83,94	85,61	83,08
Gaoua	21	21	75,84	73,02	75,46	80,39	74,19	82,94	81,22	80,6
Kampti	21	21								

Source : PNMTN, 2018

Globalement, les couvertures thérapeutiques dans la région tournent autour de 80% pour tous les districts de la région entre 2001 et 2008, telles que préconisées par le Programme Mondial pour l'Élimination de la FL (PMEFL). Cependant elles varient entre 63,54% dans le DS de Diébougou en 2002, et 89,36 pour le DS de Batié en 2008.

- Couvertures de TMM en première tournée/passage unique entre 2009 et 2017

Tableau VI : taux de couverture des TMM entre 2009 et 2017

Unité d'exécution	Nombre de tournées	Nb de tournées effectives	2009	2010-2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Batié	21	21	83,35	85,5	82,88	82,85	80,81	80,34	79,78	80,15
Dano	20	20	83,05	82,82	82,51	81,02	83,04	80,82	82,79	
Diébougou	21	20	80,38	84,67	84,54	84,23	84,49	84,12	83,66	82,29
Gaoua	21	21	102,82	83,24	82,02	81,69	83,18	80,72	81,95	
Kampti	21	21							82,25	80,07

Source : PNMTN, 2018

**Annexe 2 : guide d'entretien complet**

1	Identifiant					
2	Date d'entretien					
3	Localité/village					
4	Type de complication	Lymphœdème/éléphantiasis		Hydrocèle		
5	Age du malade					
6	Sexe	Masculin		Féminin		
7	Situation de famille ?	célibataire	En union	Divorcé (e)	Veuf (ve)	
8	Niveau d'instruction	Non instruit	Alphabétisé (e)	Primaire	Secondaire	
9	Activités menées ?	Cultivateur/ménagère	Commerçant	Ouvrier	Sans emploi	
10	Des personnes à charge ?	Oui		Non		
11	si oui, combien sont-ils ?	Moins de 3	Entre 3 et 5	Plus de 5		
12	Distance entre domicile et FS la plus proche ?					
13	Moyen de locomotion	Pied	Vélo	Moto	Autres	
14	Durée de la souffrance					
15	Connaissance de l'impact de la maladie sur votre vie ?	Oui		Non		
16	Si oui, racontez					
17	Recherchez d'assistance médicale ?	Oui		Non		
18	Quelle est selon vous l'origine de votre maladie ?	Moustique/vers	Travaux	Héritage	Spirituelle/maléfice	Ne sais pas
19	Recours à un féticheur ou herboriste ?	Oui		Non		

20	Voyez-vous du personnel de santé pour votre maladie	Oui	Non		
21	Si oui, comment trouvez-vous les délais d'attente	Courts	Acceptable	Long	
	Appréciation des relations avec les agents de santé ?	Très bonnes	Plutôt bonnes	Mauvaises	Sans objet
23	Sentiment d'être soutenu par votre famille ?	Oui	Non		
24	si oui, de quelle nature ?	Financière	Matérielle	Morale	
25	Objet de moquerie, de rejet ou autres malveillance ?	Oui	Non		
26	décrire et précisez le lieu	A domicile	Espaces publics du village	Ailleurs (précisez)	
27	Difficultés particulières rencontrées-dans le suivi de votre maladie ?	Physiques	Matérielles/Financières	temporelles	Autres (précisez)
28	Suggestions-en vue d'améliorer le quotidien des victimes ?				

**Annexe 3 : autorisation de collecte de données dans la région du Sud-Ouest**

PVV/AH  
**MINISTÈRE DE LA SANTE**  
=°=°=°=  
**REGION DU SUD-OUEST**  
=°=°=°=  
**DIRECTION REGIONALE  
DE LA SANTE**



**BURKINA FASO**  
*Unité – Progrès – Justice*  
=°=°=°=

Gaoua, le 13 Juillet 2018

N°2018- 062 /MS/RSUO/DRS

**Le Directeur Régional de la Santé**  
**A**  
Monsieur Baowendmalégré Aimé TAPSOBA

**Objet :** Réponse à la demande d'autorisation d'enquête

En réponse à votre demande relative à une autorisation d'enquête dans la région sanitaire du Sud-Ouest, je viens par la présente marquer mon accord pour la réalisation de ladite enquête.

Aussi, **Monsieur TAPSOBA Aimé Baowendmalégré** voudrait bien prendre attache avec nos structures pour les autres formalités. Par ailleurs, vue la pertinence du thème, « *la situation de filariose lymphatique dans la région sanitaire, notamment dans les districts de Kampti et de Diébougou* », je vous serai reconnaissant de nous faire parvenir les résultats de la recherche à des fins d'exploitation.

Tout en vous souhaitant bonne réception, soyez rassurer Monsieur, de notre franche collaboration.

**Ampliation**

- DS Diébougou
- DS Kampti
- ArchiveS

**Le Directeur**



**Dr Albert HIEN. /-**  
Médecin de Santé Publique

Direction Régionale de la Santé du Sud-Ouest ; B.P. 03 Gaoua Tél : 20 90 01 65 ; Fax : 20 90 00 64

## **Annexe 4 : revue de littérature**

Au cours de notre recherche portant sur l'analyse de la situation de morbidité liée à la filariose lymphatique dans la région sanitaire du Sud-Ouest, nous avons eu recours à la documentation disponible au sein du Ministère de la Santé, notamment au Programme National de Lutte contre les MTN (PNMTN). Des recherches sur internet nous ont aussi permis d'élargir notre champ de vision sur cette parasitose, notamment à travers des sites web comme Pubmed, PloS, Google scholar, et celui de l'OMS. Les articles qui y sont publiés, ont énormément contribué à nous édifier sur cette parasitose, ainsi que les avancées entrant dans le cadre de son élimination dans le monde entier.

### **1) Définitions de concepts**

- **Maladies Tropicales Négligées (NTD)**

Les maladies tropicales négligées (MTN ; NTD en anglais) peuvent être définies comme un groupe de maladies infectieuses que l'on rencontre surtout dans les zones rurales ou dans les zones urbaines et pauvres des pays à revenu faible et intermédiaire (Frew, Liu and Singer, 2009). Ce sont des maladies qui sont propices aux contextes d'humidité et de chaleur des zones tropicales et subtropicales. Cette catégorie de maladies est souvent perçue comme facteur aggravant de pauvreté et de la misère. Le Département Maladies Tropicales Négligées de l'OMS reconnaît de nos jours dix-sept maladies comme telles : la dengue, la rage, le chikungunya (maladies virales), le trachome, l'ulcère de Buruli, la lèpre, le pian (maladies bactériennes), la leishmaniose, la trypanosomiase (humaine africaine et américaine), la cysticercose, la dracunculose, l'échinococose, le trématodose d'origine alimentaire, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, les géohelminthiases intestinales (maladies parasitaires). Au Burkina Faso, les MTN ciblés par la chimiothérapie préventive sont : la FL, l'onchocercose, la schistosomiase, le trachome et les vers intestinaux (PNSMTN, 2016). Cependant, compte tenu de la rareté des ressources du pays, trois maladies à forte mortalité sont le plus souvent pris en compte par le PNMTN dont la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme.

- **Traitements Médicamenteux de Masse (TMM)**

Selon le manuel de suivi-évaluation (PMEFL, 2013), le TMM est une forme de chimio prévention utilisant des molécules (médicaments) seules ou associées, dans un but promotionnel de santé des populations à risque. Dans le cadre de la lutte contre les MTN, des campagnes thérapeutiques sont organisées par les autorités en charge de la santé ; des médicaments sont ainsi distribués gratuitement aux populations. Dans le cadre de la lutte contre la FL au Burkina Faso, une association d'Albendazole et d'Ivermectine (dosée en fonction des constantes anthropométriques) est offerte chaque année dans les zones endémiques. Ces médicaments sont pris sur place sous surveillance des distributeurs communautaires des des agents de santé supervisent. Ce qui permet d'assurer une meilleure efficacité des traitements offerts.

- **Compétences psychosociales (CPS)**

Ce concept est défini par l'OMS en ces termes :

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les CPS ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé au sens large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et au pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être » (OMS, 1993).

Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous considérons l'**environnement psychosocial et culturel** comme l'ensemble des conditions culturelles et mentales auxquelles se prêtent les interactions des individus dans leurs communautés. Il peut être avantageux ou compromettant vis-à-vis de la cohésion sociale.

- **Compétences psychosociales et promotion pour la santé**

Ce concept est relatif à la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), à son axe d'intervention 4 qui stipule que : « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face, à tous les stades de leur vie, et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes ».

Les compétences psychosociales occupent ainsi une place essentielle dans la prévention des problèmes de santé, à travers des valeurs clés telles que : une pensée créatrice et critique, de bonnes relations interpersonnelles, une estime de soi et de son prochain, une meilleure gestion de ses émotions, pour ne citer que cela.

## **2) Généralités sur la filariose lymphatique**

### **a. Parasite**

Selon la documentation de l'OMS en 2017, trois espèces de vers parasites sont à l'origine de la filariose lymphatique. Ce sont : *Wuchereria bancrofti* (90% des cas), et *Brugia malayi* et *Brugia timori*, qui ont généralement un cycle évolutif similaire. Les filaires adultes vivent dans le système lymphatique. Elles émettent des microfaires qui évoluent périodiquement dans le sang. Le parasite peut ainsi rester silencieux dans l'organisme de l'hôte pendant longtemps, voire entre huit et quinze ans, en altérant progressivement son système lymphatique. *Wuchereria bancrofti* (principale filaire incriminée dans les filarioses lymphatiques), sévit en zone tropicale et intertropicale d'Afrique, d'Asie et d'Amérique. C'est un vers long entre 4 et 10 cm vivant dans les ganglions et les vaisseaux lymphatiques. Son apparition préférentielle dans le sang au cours de la nuit justifie les prélèvements nocturnes lors des enquêtes de suivi épidémiologique. On contracte la FL, soit par contamination directe du parasite (à travers l'alimentation lorsqu'ils sont sous forme de

kyste), soit par la piqûre d'un insecte, (le plus souvent la moustique) qui lui-même est parasité.



Figure 3 : une filaire isolée, vu au microscope  
Marc Parkins, 2011

#### **b. Vecteur**

Les moustiques de type *Anophèle*, *Culex*, *Aedes*, *Mansonia*, transmettent la FL par l'absorption de microfilaires au cours de leur repas sanguin (OMS, 2015). Ces dernières évoluent morphologiquement au sein de l'insecte et deviennent des infectantes au bout de 12 à 14 jours. Elles sont ensuite transférées à un nouvel hôte lors d'une piqûre ultérieure. *Wuchereria bancrofti*, puisque c'est de lui qu'il s'agit principalement, est transmis dans la plupart des pays de la sous-région, (Bénin, Togo, Ghana, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Guinée, Nigéria, etc.), par l'espèce *anophèle*, très répandue en zone rurale. Elle est la plus incriminée au Burkina Faso et seule la femelle est hématophage. Ses repas sanguins coïncident avec la périodicité de l'hyperfilariémie nocturne des personnes infectées. Leur distance de vol moyenne se situe entre 1000 et 3000 mètres (PMEFL, 2015). Certains anophèles sont endophages ; ils entrent le plus souvent à l'intérieur des habitations pour se nourrir. D'autres par contre restent à l'extérieur des maisons

(exophages). Toutefois, les étangs, les flaques d'eau polluées, les puits à ciel ouvert, les étendues d'eau plus ou moins importantes, constituent de potentielles gîtes de reproduction en toute saison de ces vecteurs.

Les moustiques du genre *Aedes* piquent généralement pendant la journée avec des pics tôt le matin et le soir. Les mesures visant à protéger le dormeur ne sont donc pas efficaces tandis que les espèces *Culex* sont retrouvées en milieu urbain, contrairement aux *anophèles*.



Figure 4 : Un anophèle femelle.  
[www.sciencesetavenir.fr](http://www.sciencesetavenir.fr)

### c. Hôte

*Wuchereria bancrofti* semble être exclusivement un parasite humain alors que *Brugia malayi* et *Brugia timori* sont zoonotiques dans de nombreuses situations (Taylor, 2009). En zone d'endémie, des sujets soumis à de multiples infestations peuvent ne présenter aucune manifestation clinique ou parasitologique de la maladie (OMS, 2015).

### d. Manifestations cliniques de la FL

La filariose lymphatique, habituellement contractée pendant l'enfance, cause une dégradation du système lymphatique sur la vie entière du sujet infecté (AUBRY P., 2015).

Elle se manifeste cliniquement sous deux formes typiques : aigüe (inflammation) et chronique (blocage).

La forme aigüe est marquée par :

- des lymphangites aigües récidivantes, le plus souvent des membres inférieurs, de progression centrifuge, et parfois des adénites régionales.
- des épisodes génitaux aigües marquées par des funiculites aigües (inflammation d'une racine nerveuse), des lymphangites du cordon spermatique, des orchio-épididymiques (inflammation du testicule et de l'épididyme), et des lymphangites du sein chez la femme.
- Des adéno-lymphangites pouvant évoluer vers une lymphorrhée et siégeant le plus souvent à l'aîne.

Ces manifestations aigües sont spontanées et récidivantes. Cependant, celles chroniques de la maladie surviennent environ 10 à 15 ans après les premières crises. Elles sont marquées par des signes pouvant s'associer dont :

- un hydrocèle (épanchement séreux dans la tunique vaginale, autour du testicule) ;
- une varicocèle lymphatique (dilatation anormale des vaisseaux lymphatiques), le plus souvent logée dans la bourse testiculaire ;
- un éléphantiasis qui est la forme la plus avancée du lymphoedème.
- une tumeur ganglionnaire à l'aîne ;
- des varices lymphatiques (dilatation des vaisseaux sanguins) ;

Néanmoins, des infections microbiennes secondaires au cours de la chronicité, peuvent jouer un rôle majeur dans l'évolution de la maladie.

### **3) Lutte contre la filariose lymphatique**

A la faveur du Programme Mondial pour l'élimination de FL (PMEFL), le Ministère de la santé du Burkina Faso a créé depuis 2013, l'Unité d'Élimination de la FL (UEFL) au sein du Programme National de Lutte contre les MTN (PNMTN). En vue de parvenir à l'objectif d'élimination en 2020 (conformément au PMEFL), un accent particulier a été mis sur la chimiothérapie préventive ainsi que le contrôle de la morbidité liée à la maladie (Aubry P., 2015). A cet effet, des campagnes annuelles de distribution de combinaison thérapeutique

(Ivermectine + Albendazole) sont menées, avec pour cible, les populations de plus de cinq ans, et cela depuis 2001. Seules les femmes enceintes ou allaitantes et personnes atteintes de maladies graves sont exclues. Toutefois, la prise en charge systématique des cas d'éléphantiasis et d'hydrocèles est intégrée dans le paquets minimum d'activités des formations sanitaires en vue de prévenir les incapacités et les handicaps.

**a) la chimiothérapie préventive ou TMM**

Les TMM sont des thérapies à grande échelle qui utilisent deux (02) médicaments associés (Albendazole + Ivermectine), administrés chaque année aux populations à risque de contracter la maladie. Selon l'OMS (2015), l'objectif des campagnes annuelles de TMM est de réduire la microfilarémie des individus infectés à un niveau suffisamment bas, pour garantir l'arrêt des contaminations. Pour un meilleur suivi des TMM, un certain nombre d'activités sont entreprises en amont et en aval, pour garantir son efficacité et permettre la capitalisation des acquis. Il s'agit de la cartographie préalable, de la surveillance épidémiologique par des enquêtes de prévalence ou Transmission Assessment Survey (TAS). Pour un arrêt des TMM, une prévalence inférieure à 1% (seuil d'endémicité conventionnelle) est requise. Evidemment, une couverture thérapeutique efficace préalable de la population à risque est aussi indispensable (entre 65 et 90% pour espérer un interruption au bout de 6 ans de TMM). Par ailleurs, des enquêtes d'évaluation de la transmission (Transmission Assessment Survey ou TAS) sont fortement recommandées par le PMEFL après 2 à 3 ans d'arrêt des TMM, afin de s'assurer de l'absence effective de contamination au sein des populations.

**b) La prise en charge effective des cas de complication de la FL**

Une prise en charge précoce des complications de la FL permet de soulager les malades et d'éviter les incapacités y relatives. De ce point de vue, il s'agit d'une nécessité en santé publique, qui se doit d'être intégrée aux activités de routine dans les formations sanitaires, de l'avis de Dr Drabo, ex-Coordonnateur du PN MTN.

Pour réduire la progression des lymphoedèmes et éviter les crises à répétition qu'ils engendrent, le respect de l'hygiène en générale et des soins cutanés en particuliers, est très contributrice (Jullien *et al.*, 2011). Aussi, les exercices des membres affectés et leur

surélévation sont fortement indiqués. Malheureusement, ces soins palliatifs doivent durer toute la vie des victimes d'éléphantiasis ou de lymphœdèmes. C'est pourquoi cette prise en charge se base sur la formation des personnels soignants, mais aussi des malades au « management du lymphœdème » ou encore « techniques du lavage quotidien ». Cette technique est à répéter tous les matins et soirs, étant entendu que la propreté est le principal pour éviter les crises à répétition. Elle se résume comme suit :

- ✓ laver proprement les mains ;
- ✓ utiliser un mouchoir ou une compresse propre trempé d'antiseptique pour nettoyer les parties atteintes de lymphœdème (le pied atteint d'éléphantiasis par exemple), tout en y versant délicatement de l'eau ;
- ✓ bien nettoyer l'éléphantiasis du haut en descendant, en insistant sur la propreté entre les orteils et des différents plis de la peau ;
- ✓ utiliser de l'eau propre pour bien rincer le pied atteint et utiliser un autre mouchoir sec pour le sécher ;
- ✓ laver aussi l'autre pied, même s'il n'est pas atteint, en procédant de la même manière ;
- ✓ ne pas oublier de laver les chaussures aussi.

Ce procédé technique est à répéter tous les matins et soirs, étant entendu que la propreté est le principal pour éviter les crises à répétition.

La plupart des cas d'hydrocèles peuvent être soulagés par une intervention chirurgicale. Cette technique consiste à réséquer les feuillets de la vaginale où s'accumule anormalement la lymphe et d'en vider le contenu (PNMTN, 2013). Après pansement, les résultats pour beaucoup sont satisfaisants de l'avis des spécialistes.

*« quand la maladie n'est pas soignée, la première conséquence est qu'elle affecte les testicules. Il y a des cas où elle détruit complètement les testicules. Ce qui a un impact sur la fertilité, c'est-à-dire la possibilité d'avoir des enfants. La maladie gêne aussi les patients dans leur travail, la plupart des personnes atteintes étant des cultivateurs », nous informe Dr Sunny D. Mante de la Fondation Hellen Keller Internationale (HKI) alors interviewé par les médias au sujet de la PEC des Hydrocèles en Décembre 2016.*

## **Annexe 5 : présentation de région du Sud-Ouest du Burkina Faso**

### **A. Administration et conditions physiques**

La région sanitaire du Sud-Ouest représente l'une des treize régions administratives du Burkina Faso avec une superficie de 16 576 Km<sup>2</sup>. Elle couvre cinq districts sanitaires que sont Gaoua, Kampti, Batié, Diébougou et Dano. Elle est limitée à l'Ouest par la République du Ghana et la région du Centre-Ouest, au Sud par la République de Côte d'Ivoire, à l'Ouest par les régions sanitaires, des Hauts-Bassins et de la Boucle du Mouhoun. Ce qui fait de cette région une zone carrefour entre trois pays. Elle est dotée par ailleurs d'un centre hospitalier de référence, le Centre Hospitalier Régional (CHR de Gaoua), qui est situé à environ 400 Km de la capitale Ouagadougou. En outre, il y prévaut un climat soudanien avec des précipitations variant entre 900 et 1200 mm selon les années (Direction de la Météorologie, 1998). La région est principalement irriguée par de nombreux cours d'eau dont les affluents du fleuve Mouhoun, la Bougouriba et le Poni. Ce qui fait d'elle l'une des régions les plus arrosées du pays. Le sol est généralement gravionnaire et le relief est particulièrement accidenté, avec une prédominance de plateaux et de vastes plaines. La végétation correspond à une savane faites de forêts claires et de forêts galeries le long des cours d'eau.

Ces conditions naturelles d'humidité, de chaleur et flore qui caractérisent la région sont propices au développement de maladies vectées et manu-portées telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques et autres maladies infectieuses comme l'onchocercose et la filariose lymphatique.

### **B. Situation démographie et santé**

La région sanitaire du Sud-Ouest est majoritairement occupée par des peuples autochtones que sont les Lobi, les Birifor, les Sénoufo, Dyan et les Gan et les Dagara. Les pratiques religieuses traditionnelles sont prépondérante, ainsi que christianisme et l'islam dans une moindre mesure. De nos jours, on assiste à un flux important de migration des populations des autres régions du pays vers cette zone restée longtemps faiblement occupée. Selon le rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006 (projeté en 2018), la population totale de la région s'élèverait à 866 662 habitants avec un taux brut

de natalité d'environ 39,6/1000, soit un taux de croissance moyen de 2,5% l'an. Le taux de mortalité est estimé à 12,4/1000 et l'espérance de vie est de à 55,3 ans (DGESS, 2017). Néanmoins, cette région est de plus en plus occupées avec des centres urbains sommairement aménagées, donc relativement modestes.

Le taux brut de scolarisation figure parmi les plus faibles du pays (13,4% contre 19,6%) selon les statistiques du Ministère en charge de l'éducation en 2016.

De ce qui précède, l'adhésion des populations locales aux programmes de développement sanitaire est relativement très limitée.

### **C. Données économiques de la région**

La région du Sud-Ouest est l'objet ces dernières années d'afflux d'orpailleurs, venant des autres provinces, même des pays voisins tels que le Ghana et la Côte d'Ivoire. Ce qui positionne l'orpaillage comme l'une des activité pourvoyeur d'emploi de la région. L'agriculture et l'élevage restent des secteurs peu développés en dépit d'une pluviométrie relativement bonne du pays. La production est essentiellement faite de céréales et de tubercules (le maïs, le sorgho, le riz et l'igname) et la dénutrition infantile est omniprésente (annuaire statistique 2017, Ministère de la Santé). Le secteur industriel est quasi inexistant et l'artisanat est essentiellement utilitaire. Elle est basée sur la poterie, la vannerie et le tissage, bien appréciés mais peinent à se développer. Les activités de chasse dans la région manquent toujours d'organisation bien que les retombées économiques de ce secteur ne soient pas négligeables. En 2014, le taux de pauvreté dans la région était estimé à 41,5% contre 40,1% au niveau national (INSD, 2015).