



# Les Agents Communautaires et le Paludisme:

Contribution des AC dans la prévention, le dépistage, et le traitement du paludisme



Community-Based Integrated Health Program (CBIHP), localement dénommé MAHEFA, c'est un programme de santé communautaire intégré financé par l'USAID pour cinq ans (2011-2016). Le programme a été mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), en partenariat avec Transaid et The Manoff Group, et en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Il a été réalisé dans six régions du nord et du nord-ouest de Madagascar (Menabe, SAVA, DIANA, Sofia, Melaky et Boeny). Durant la vie du programme, 6 052 agents communautaires (AC) ont été formés, équipés et supervisés pour fournir des services de santé de base dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile; la planification familiale et la santé reproductive, y compris la prévention des infections sexuellement transmissibles; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; la nutrition; la prévention et le traitement du paludisme. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur communauté, encadrés et supervisés par les responsables des centres de santé de base. Ils ont fourni des services selon le mandat qui leur est assigné dans la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). Dans ce cadre, à l'instar des autres acteurs communautaires impliqués dans le programme, ils ont accompli leur travail en volontaires.

Cette fiche technique fait partie d'une série de quinze fiches techniques produites par MAHEFA, et qui mettent en évidence des approches stratégiques choisies, des innovations, des résultats et des enseignements tirés du programme. Les thèmes abordés dans les fiches techniques concernent *la responsabilisation pour le changement de comportement, les groupes d'écoute radio, l'utilisation de la Fiche d'Evaluation par la Communauté, l'introduction combinée de Chlorhexidine 7,1% / Misoprostol, l'approche Communes Championnes, la mobilité des AC, le système de transport d'urgence communautaire, le paludisme, la motivation des AC, la planification familiale et la jeunesse, WASH, eBox, les mutuelles de santé, les systèmes d'information pour la santé communautaire, et le renforcement de capacité des ONG.*

## Contexte Général

Les programmes de santé communautaire se sont révélés être une des stratégies les plus efficaces pour répondre aux besoins en ressources humaines, face au nombre insuffisant des professionnels de santé, et, en même temps permettre d'améliorer l'accès à, et la qualité des soins de santé de base. Beaucoup de pays en développement ont eu des succès en utilisant un réseau d'agents communautaires (AC) pour dépister, traiter des maladies comme le paludisme à domicile, et référer en cas de signes de danger. Etant donné leur proximité avec la population locale, les AC peuvent être particulièrement efficaces dans la promotion de la santé, pour la prévention du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes, et le traitement des cas simples chez les enfants.

## Contexte de MAHEFA

Même si les chiffres présentés dans les rapports nationaux affichent une baisse du nombre des cas de paludisme (entre 2003 et 2012), cette pandémie reste un problème majeur de santé publique à Madagascar, avec toute la population à risque<sup>1</sup>. Les enfants sont les plus vulnérables, ils présentent un risque plus élevé de contracter des maladies graves ou même d'en décéder à cause de cette vulnérabilité. En 2013, le paludisme constituait la huitième cause de morbidité et la seconde cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans à Madagascar<sup>2</sup>. Même les décès survenant à l'hôpital ont connu une baisse, passant de 17 percent en 2003 à 10 percent en 2012, les cas de paludisme graves ont encore figuré parmi les cinq premières causes de mortalité générale déclarée<sup>3</sup>.

Conformément à la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) et au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), les AC de Madagascar sont tenus d'utiliser des tests diagnostiques rapides (TDR) pour faire le diagnostic des enfants et de recourir aux combinaisons thérapeutiques à base d'arthésinine (ACT) pour traiter les cas simples et pour orienter au Centre de santé le plus proche, les enfants présentant des signes de gravité. Les AC devraient également mener des activités de prévention du paludisme.

## Approche de MAHEFA

Dans le cadre du programme MAHEFA, 6052 AC ont été formés, équipés, et bénéficiés d'une supervision technique afin de fournir des services de planification familiale aux femmes et d'offrir des services de prise en charge au niveau communautaire pour les enfants de moins de 5 ans qui présentent des risques ou qui sont atteints de la diarrhée, de la pneumonie ou du palu-

1. [http://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/country-profiles/madagascar\\_profile.pdf?sfvrsn=14](http://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/country-profiles/madagascar_profile.pdf?sfvrsn=14)

2. Annuaire Statistique, 2013

3. Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme Madagascar, 2013-2017

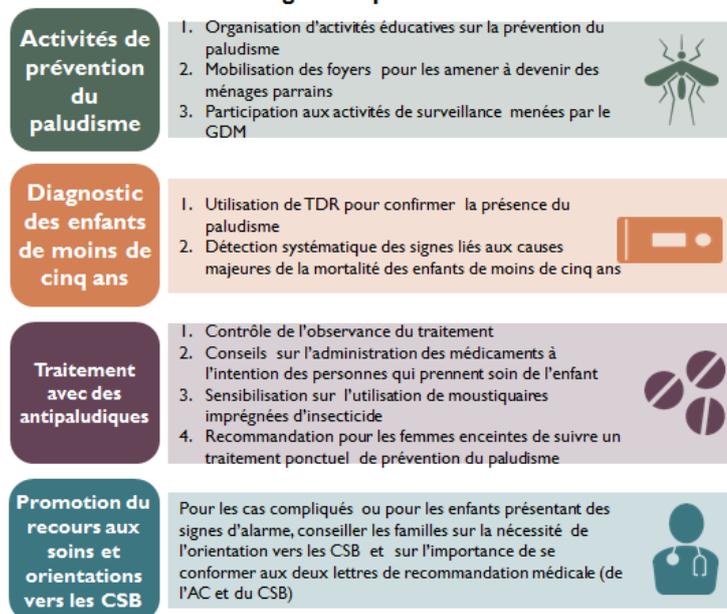


disme. La présente fiche technique traitera du rôle des AC dans la gestion des cas de paludisme ; quant aux autres thèmes, ils seront abordés dans les autres fiches techniques de MAHEFA.

Conformément à la PNSC de Madagascar, MAHEFA a apporté son soutien aux AC pour qu'ils puissent mener les activités de prévention et de gestion des cas de paludisme ci-après : 1) la prévention à travers des stratégies de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ; 2) le diagnostic des enfants de moins de cinq ans présentant une fièvre à l'aide des TDR ; 3) le traitement avec l'ACT, et 4) la promotion du recours aux soins de santé et la référence vers le Centre de Santé de Base (CSB) le plus proche. La Figure 1 illustre le rôle des AC dans la gestion des cas de paludisme au niveau communautaire.

## Principales Activités

**Figure 1. Modèle d'intervention de MAHEFA sur la prise en mains par les agents communautaires des enfants présentant des signes du paludisme**



Pendant les cinq dernières années, le programme MAHEFA a donné des formations, des intrants de santé, ainsi que des supervisions formatives aux 6052 AC qui devaient les aider dans la prévention, le diagnostic et le traitement des cas simples de paludisme dans les six régions.

**1. Mener des activités de prévention du paludisme.** Le programme MAHEFA a formé des AC et les a dotés de supports d'Information, d'Education et de Communication (IEC) pour diffuser les messages sur la prévention du paludisme. Ces messages ont été vulgarisés lors des séances de conseils pendant les visites à domicile et les consultations dans la case de santé ou « Toby » des AC. Les AC appuyés par MAHEFA ont eu recours à l'approche « ménage parrain » pour sensibiliser les ménages à adopter des comportements positifs en matière de santé et à « parrainer » d'autres familles avoisinantes, afin de leur apprendre à adopter les mêmes comportements. Concernant le paludisme, ces comportements consistent à dormir sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à efficacité Durable (MID), à faire soigner rapidement les enfants moins de cinq ans qui ont de la fièvre et à maintenir la maison et les alentours toujours propres. Les AC ont également participé aux campagnes de lutte contre le paludisme et aux événements y afférant organisés par le gouvernement malagasy, notamment les activités de surveillance communautaire du paludisme, la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme ainsi que les campagnes de distribution nationale de MID. Par ailleurs, MAHEFA a développé des messages de sensibilisation sur le paludisme et en a fait une large diffusion par le biais des médias : à travers des vidéos, la télé et la radio. MAHEFA a aussi constitué des groupes d'Ecoute Radio (GER) : un animateur (dans la plupart des cas, un AC) regroupe les villageois afin qu'ils puissent écouter ensemble des diffusions d'émissions radiophoniques sur la santé ; ensuite, il anime une discussion qui porte sur leur compréhension du message. Ces discussions amènent automatiquement les villageois à réfléchir sur la situation locale liée au paludisme et à identifier des solutions réalisables au niveau de la communauté pour remédier aux problèmes.

**2. Diagnostiquer les enfants malades.** Quand des parents emmenaient leurs enfants de moins de cinq ans fiévreux aux cases de santé des AC, ces derniers utilisaient le TDR pour confirmer ou non le paludisme. Les AC ont également procédé à des examens cliniques plus étendus, notamment le comptage de la fréquence respiratoire, la détection de fièvre, de signes éventuels de déshydratation, et d'autres signes de danger. Lorsque les AC ne disposaient pas de suffisamment de TDR à cause d'une rupture nationale, ils suivaient les instructions du Ministère de la Santé pour baser leurs décisions de traitement sur l'évaluation clinique et en excluant les autres facteurs pouvant être causes de fièvre.

**3. Traiter les enfants malades et conseiller les responsables d'enfants.** Les AC ont traité les enfants diagnostiqués positifs au paludisme par l'ACT. Pour les cas d'enfants de moins de cinq ans présentant des signes de danger, les AC les ont référés directement au CSB le plus proche. A chaque consultation, les AC ont également (1) donné des conseils aux responsables des



enfants et familles sur l'administration des médicaments ; (2) suivi de l'adhérence au traitement, (3) promu l'utilisation des MID ; et (4) référé au CSB les femmes enceintes pour le traitement préventif contre le paludisme.

**4. Promouvoir le recours aux soins et référer au CSB de rattachement.** Pour les cas compliqués ou pour les enfants présentant des signes de danger, les AC les réfèrent au CSB le plus proche avec une fiche de référence. Ils expliquaient en même temps aux parents ou autres accompagnateurs des enfants l'importance de la fiche de référence. Après avoir examiné et soigné les enfants, le personnel médical du CSB remettait à ces derniers le coupon de contre référence. La fiche de contre-référence contenait des informations sur l'issue de la prise en charge par le personnel de santé du CSB et fournit des indications sur le suivi du traitement par les AC au village. Les références et contre-références ont fait l'objet d'un suivi et de discussion entre les AC et l'équipe du CSB durant les visites de supervision et les regroupements mensuels. Les AC ont effectué des visites de suivi à domicile chaque fois que cela était nécessaire.

## Résultats

D'après la figure 2, il y a eu une hausse du nombre de personnes ayant reçu les messages clés sur le paludisme entre 2013 et 2016. Le tableau 1 présente les services de diagnostic, de traitement, et de référence fournis par les AC depuis le début du programme (2012—2016). En 2015, presque la moitié (47 percent) des enfants de moins de cinq ans avec fièvre testés par le TDR ont été diagnostiqués positifs au paludisme, un taux nettement inférieur par rapport aux taux enregistrés les deux années précédentes (82 percent en 2013 et 54 percent en 2014). Deux raisons pourraient expliquer cette régression. D'un côté, une campagne nationale de distribution de MID a été effectuée par le Ministère de la Santé en 2013, qui avec une stratégie d'engagement efficace devrait avoir réduit le nombre de cas d'infections pendant les prochaines années. De l'autre côté, pendant les deux dernières années, les AC et d'autres acteurs ont intensifié les activités de prévention du paludisme dans leurs districts. Par ailleurs, le nombre d'enfants de moins de cinq ans traités avec l'ACT par les AC est plus élevé que le nombre d'enfants de moins de cinq ans diagnostiqués positifs. Cela peut s'expliquer en partie par la rupture en TDR, et d'autre part par la formulation dans le rapport utilisé par le Ministère de la Santé. Ces rapports ne fournissent pas d'informations sur la spécificité du traitement (ex : ACT ou paracétamol) et ne distinguent pas non plus les cas des enfants de moins de cinq ans diagnostiqués positifs de ceux qui ne le sont pas.

Figure 2. Nombre de personnes ayant participé aux activités de BCE menées par MAHEFA et ayant reçu les messages clés sur le paludisme

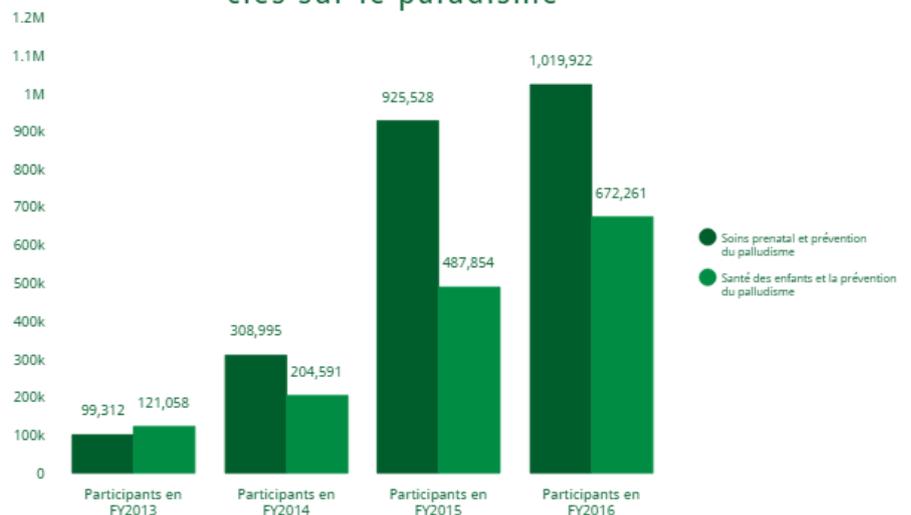


Tableau 1. Nombre d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu les services de prise en charge du paludisme auprès des AC dans les zones d'intervention du programme MAHEFA (2012 – 2016)

Enfants de moins de 5 ans avec fièvre testés avec le TDR	475 429
Enfants de moins de 5 ans avec fièvre testés positifs avec le TDR	241 138
Enfants de moins de 5 ans traités avec l'ACT dans les 24 heures après l'apparition de la fièvre	257 106
Enfants de moins de 5 ans avec des signes de danger ou cas compliqués de paludisme référés aux CSB par les AC.	17 284



## Défis

**Retard du recours aux soins.** Au vu du taux d'incidence élevé du paludisme, il est extrêmement important que les parents ou les accompagnateurs emmènent rapidement les enfants de moins de 5 ans avec fièvre chez l'AC (dans les 24 heures). Les AC ont sensibilisé les familles dans ce sens et plus de familles adoptent les bonnes pratiques. Cependant, on constate que des familles n'emmènent pas toujours leurs enfants malades chez les AC dans les 24 heures qui suivent l'apparition de la fièvre.

**Faible utilisation des MID.** Malgré les efforts menés dans la sensibilisation de la population locale sur les bienfaits des MID, certaines familles ne dorment pas sous une moustiquaire. D'après les informations anecdotiques fournies par les AC, cela peut être dû : en premier lieu au nombre insuffisant de moustiquaires pour tous les membres de la famille, et en second lieu par la perception selon laquelle il fait trop chaud sous une moustiquaire.

**Rupture de stock des TDR et manque de précision diagnostique sans le test.** Vu le nombre insuffisant de kits de TDR, et parfois, le manque d'expérience de certains AC en début de leur prestation de services, certains enfants de moins de cinq ans ont été traités contre le paludisme alors qu'ils ne sont pas testés positifs. Dans certains sites, les AC ont immédiatement traité les enfants de moins de cinq ans avec fièvre par des ACT.

## Leçons Apprises et Recommandations

**Inclure les soins contre le paludisme parmi les attributions de l'AC.** Etant donné l'importance de diagnostiquer correctement un enfant avec fièvre et lui administrer le traitement nécessaire dans les plus brefs délais, les AC constituent des éléments clés dans la chaîne des soins de santé. Comme l'a démontré le nombre élevé d'enfants avec fièvre pris en charge par les AC dans les zones d'interventions de MAHEFA, le fait d'avoir formé, équipé et supervisé les AC pour offrir des services contre le paludisme a bien répondu aux besoins en matière de santé dans les zones difficiles d'accès. Il est essentiel de superviser les AC afin de s'assurer qu'ils suivent bien les protocoles de prestation, pour le diagnostic et le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

**Recourir à des approches de RCC appropriées pour atteindre le plus de personnes.** MAHEFA a constaté que la diffusion de messages de sensibilisation contre le paludisme par le biais de différents supports médiatiques de manière régulière s'avère efficace. Les messages clés ont souligné l'importance de dormir sous une moustiquaire, de recourir aux soins immédiats pour les enfants de moins de cinq ans avec fièvre, et d'assainir les lieux favorables à la prolifération des moustiques. Les messages ont été diffusés pendant les visites des AC, lors de rassemblements publics, à travers les médias, les supports imprimés et lors d'événements à haute visibilité. Cette approche intégrée et globale de RCC a contribué à renforcer le recours aux mesures de prévention et de traitement du paludisme.

**Approvisionner les AC en produits de santé pour éviter la rupture de stock en TDR et ACT.** On peut éviter la rupture de stock des produits nécessaires de deux manières, en améliorant la chaîne d'approvisionnement du niveau central jusqu'au niveau communautaire et en s'assurant que les directives nationales sur le diagnostic et le traitement du paludisme comprennent des instructions concernant ce qu'on doit faire si on ne dispose pas de TDR. Les programmes de santé communautaire peuvent jouer ce rôle pour que les AC puissent s'y conformer efficacement.

**Renforcer le partenariat public-privé pour contribuer aux efforts de lutte contre le paludisme.** On devrait, si possible, poursuivre les partenariats entre le secteur public et privé pour renforcer les efforts et assurer la couverture intégrale des activités de lutte contre le paludisme. Par exemple, dans la région Boeny, MAHEFA a établi un partenariat avec ExxonMobil pour appuyer les CSB et les AC dans leurs activités conjointes de prévention et de traitement contre le paludisme. Ce partenariat a permis de raffermir leur collaboration étroite et la fréquence de leurs efforts communs à fournir des services de prévention et de traitement du paludisme à la population locale.

POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ CONTACTER:

JSI Research & Training Institute, Inc. | 44 Farnsworth Street, Boston, MA 02210 617.482.9485, [www.jsi.com](http://www.jsi.com)

Cette fiche technique a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research and Training Institute, Inc est entièrement responsable de son contenu, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.