

# Les actions de lutte contre la mortalité infanto-juvénile à Madagascar (et en Sierra Léone)

## Cadre théorique

Les projets et actions de santé menés à **Madagascar** par de nombreux opérateurs au cours des 30 dernières années présentaient un certain nombre de défauts communs : une palette d'activités trop large (risque de dispersion), une tendance à se cantonner aux soins de santé primaire avec l'écueil majeur d'agir à la place des systèmes de santé existants (risque de substitution), ou au contraire le souci exclusif de renforcer les structures de soins, une inclination constante à privilégier les indicateurs d'activité par rapport aux marqueurs d'impact (risque d'inefficacité)... Ces constats ont amené les équipes d'Inter Aide, au début des années 2000, à réfléchir sur de nouvelles formes d'action, dont les caractéristiques s'adosseraient à ces enseignements.

### **1. Définir un objectif précis, chiffrable et à la pertinence indiscutable**

La lutte contre la mortalité infantile est apparue naturellement comme une option légitime car elle reflète fidèlement les conditions sanitaires globales d'un contexte à travers la frange la plus vulnérable de la population, que ce soit en termes d'exposition aux risques ou d'accès aux soins de base.

- L'exposition aux risques. Toute action de santé structurée a un impact sur la mortalité, même si celui-ci n'est jamais, ou exceptionnellement, mesuré. Mais le différentiel d'efficacité des différentes actions possibles est considérable. Car si le niveau de mortalité est étroitement lié au degré d'exposition aux risques, la plupart des décès observés sont causés par un nombre limité de pathologies : le paludisme, les maladies hydro-transmissibles et les infections respiratoires aiguës représentent à elles seules la majorité des causes de décès des moins de 5 ans dans l'ensemble des régions concernées, jusqu'à 80% sur la côte Est de Madagascar.

- La question de l'accès aux soins est aussi fondamentale. En effet, une très forte mortalité est souvent observée en dépit de l'existence d'une offre institutionnelle de soins relativement consistante. Malheureusement, l'accès aux soins (mesuré par le taux d'utilisation des services sanitaires) reste très insuffisant, avec de très faibles indices de consultation. Les raisons sont multiples, allant du faible niveau d'éducation des mères à l'éloignement des services sanitaires, en passant par les déficits d'image des Centres de Santé de Base (CSB). Le projet a donc fait le pari que l'accès précoce et permanent à des traitements efficaces contre les principales pathologies était une condition première de l'efficacité thérapeutique et qu'un système de santé centralisé ne pouvait pas répondre à cette exigence. Seul un dispositif décentralisé, simplifié, en permanence accessible et à très faible coût, peut offrir une solution alternative, à la condition indispensable que ce dispositif trouve une forme de viabilité dans le prolongement même du système de santé existant.

**2. Concevoir et mettre en œuvre des procédures validées de mesure de la mortalité** est alors apparu comme nécessaire, de façon à disposer d'un indicateur apte à appuyer les décisions comme à évaluer l'impact des actions entreprises. Les équipes d'Inter Aide ont donc mis au point un format d'enquête simplifié, construit autour d'une douzaine de questions portant sur le niveau et les causes de mortalité des enfants moins de 5 ans mais aussi sur la prévalence de certains symptômes.

La grande simplicité de ces enquêtes les rend utilisables par des acteurs villageois bénéficiant d'une formation courte, ce qui réduit notablement les temps et les coûts d'exécution lorsqu'elles sont réalisées à grande échelle (l'équivalent d'un district).

**3. Les systèmes de santé ne peuvent pas résoudre le problème de l'accès précoce aux soins ni servir de vecteurs d'information auprès des populations isolées et vulnérables.** La délégation de compétences est une stratégie qui vise à donner aux acteurs (et en premier lieu les mères d'enfants de moins de 5 ans) :

- un accès approprié à des informations essentielles sur les maladies prédatrices, leurs voies de transmission, leurs principaux symptômes, les moyens de prévention appropriés et la conduite à tenir devant une crise,
- un accès immédiat continu aux traitements, (ACT<sup>1</sup> pour le paludisme), par l'intermédiaire d'agents villageois formés au diagnostic présomptif (par des algorithmes prédictifs) ou para clinique (par l'utilisation de TDR<sup>2</sup> lorsque c'est possible) et à l'usage des traitements essentiels.

**4. L'articulation des dispositifs villageois d'accès précoce aux soins pour les enfants moins de 5 ans et des systèmes de santé** est une dimension fondamentale de la démarche mise en œuvre. L'action des Agents Communautaires est suffisamment documentée pour connaître les limites de leur exercice. Leur statut de bénévoles n'est viable qu'à certaines conditions : une charge de travail minimale, des sessions de formation complémentaire, la reconnaissance des autorités locales et le soutien des services de santé existants apparaissent comme des pré-requis indispensables.

**5. L'intervention repose donc sur quatre piliers, consistant à :**

- faciliter l'accès des populations cibles à une information qualitative et quantitative sur les pathologies dominantes grâce à des séquences éducatives formalisées et de courte durée,
- améliorer et structurer les capacités locales de prévention (accès aux MID<sup>3</sup>, construction de latrines, hygiène de base) et de prise en charge autonome des épisodes critiques (formation d'agents communautaires),
- appuyer les autorités sanitaires dans la mobilisation et la coordination de l'action des acteurs de santé opérant sur leur territoire,
- conduire périodiquement des enquêtes de mortalité et de prévalence.

---

<sup>1</sup> ACT : Artémisin based Combination Therapy

<sup>2</sup> Tests de diagnostic rapide, pour la détection du paludisme.

<sup>3</sup> Moustiquaires à Imprégnation Durable

## Reconstitution des événements

Initialement, l'idée directrice était simple : si l'on acceptait le fait que lutter contre la mortalité infantile était un objectif pertinent et justifié, il y avait de fortes chances que l'efficacité d'une intervention repose sur sa capacité à agir sur les causes principales, en l'occurrence le paludisme et les diarrhées, et ce, sur les versants préventifs et curatifs des pathologies concernées. Car l'axe préventif ne semblait pas suffisamment fort pour parvenir à lui seul à baisser la mortalité. Il fallait aussi rendre possible l'accès précoce à des traitements spécifiques, impératif que ne pouvait assumer le système de santé.

De 2002 à 2008, à Madagascar, nous avons donc avec le Dr Patrick Mougnot et sa femme Martine, travaillé à définir des modes d'action qui puissent répondre au défi proposé : mettre au point des protocoles d'enquête fiables et facilement reproductibles, tester une méthode visant à sensibiliser et informer les mères sur les maladies prédatrices et identifier les femmes les plus influentes et les plus reconnues afin d'en faire des pourvoyeurs de soins au sein du village. Après quelques mois, une méthode de sensibilisation se dégagait, centrée sur des ateliers éducatifs et des exercices ludiques et ciblant toutes les mères d'enfants de moins de 5 ans. Cinq ateliers furent conçus à l'époque et l'idée était que la totalité des mères devait participer aux séances de formation.



*Les saynètes illustrent des situations courantes : ici, la consultation trop tardive de l'ASV s'est traduite par des soins plus complexes et une hospitalisation.*

Avec une organisation idoine des équipes, cela permettait en six mois de couvrir l'intégralité des villages d'une commune rurale. Dans le même temps une « maman conseil », nom donné à l'époque aux agents de santé villageois, était formée et dotée de chloroquine et de sels de réhydratation. Cette maman conseil était présentée aux équipes soignantes du CSB<sup>4</sup> et venait chaque mois participer à des réunions mensuelles tenues au CSB avec l'ensemble des agents villageois. Au cours de cette réunion, à laquelle assistait un superviseur du projet, elle était réapprovisionnée en médicaments essentiels.

L'intervention s'est donc déroulée dans la zone de Manakara, située sur la côte Sud-Est de Madagascar et caractérisée par une mortalité infanto-juvénile très élevée ainsi qu'une forte prévalence du paludisme. La mortalité infanto-juvénile des villages de Manakara a en effet été mesurée **dans une fourchette de valeurs oscillant entre 180 et 220%, dont les deux tiers étaient liés au paludisme et aux maladies diarrhéiques**. Ces valeurs ont été confirmées lors de toutes les enquêtes effectuées et validées par une évaluation externe qui a eu lieu en novembre 2007.

Nous avons par ailleurs défini des modalités d'enquêtes exhaustives légères, annuelles, avec un questionnaire réduit et une participation d'enquêteurs villageois formés à cet effet. Nous procédions ainsi à des comparaisons de mortalité spatiales (des zones différentes au même moment) et temporelles (la même zone sur des années successives).

---

<sup>4</sup> CSB : Centres de Santé de Base

**Les résultats obtenus se situèrent au-delà de nos espérances**, puisque dans toutes les zones où le projet était intervenu, la mortalité fut mesurée en forte baisse, **pour atteindre en quelques années des valeurs oscillant autour de 70‰ (soit une baisse de près de 2/3) et ce de façon durable** puisque confirmée sur toutes les enquêtes ultérieures. Chaque année permettait d'inclure quatre communes supplémentaires, ce qui fit qu'en huit ans, la totalité des communes du District furent couvertes. **Soit, une population totale d'environ 200 000 personnes et un nombre de décès infantiles évités assez considérable, probablement autour de 5 000.**

C'est à ce moment que nous avons testé d'autres pistes :

*1/ celle d'une collaboration étroite avec les SSD<sup>5</sup> dans le cadre de la mise en place d'un réseau d'ASV<sup>6</sup> à l'échelle du District, 2/ celle de la pérennité des mécanismes d'approvisionnement des agents de santé villageois au travers des CSB, et 3/ celle de la reproductibilité des méthodes dans un district voisin (Farafangana).*

**1/ Cette collaboration-là fut décevante** : l'objectif était de former des ASV dans toutes les communes de Manakara (qui en étaient déjà largement pourvues) et de Mananjary, avec la participation des SSD. C'est d'ailleurs sur leur demande que nous avons inclus les infections respiratoires aiguës dans l'arsenal thérapeutique des ASV. Nous attendions beaucoup (peut-être trop ?) de l'implication des SSD auprès des CSB, car la recherche de l'adhésion des équipes soignantes avait toujours été une des pierres angulaires de notre action. Hélas, nous avons constaté que la chaîne de commandement du système avait beaucoup de laxité et que les médecins et autres responsables de CSB ne se sentaient que peu concernés par les injonctions de leur hiérarchie. Ce programme de deuxième génération n'a donc pas apporté la participation institutionnelle que nous attendions et nous a laissés devant le constat que toute approche des agents des CSB devait être établie et consolidée individuellement.

**2/ Pour ce faire, l'idée fut de contourner le Chef CSB dont la présence n'est plus indispensable au dispositif.** L'acteur clef du système devient le dispensateur de médicaments, personnel nommé par le maire et toujours présent au CSB, contrairement au médecin régulièrement absent. Certains ASV (ASV « Akama ») ont aussi reçu la mission spécifique de jouer un rôle de médiateur entre les ASV et le dispensateur, en vérifiant les rapports des ASV, contrôlant les quantités résiduelles de médicaments ainsi que l'argent disponible et facilitant l'approvisionnement. Ce système est actuellement en vigueur de façon autonome dans 30 CSB sur 45 dans le District de Manakara.



*Réunis au CSB d'Ivandrika, les agents de santé de la commune viennent d'élire au sein de leur groupe deux Agents de Santé « Akama ». Ces deux personnes, tout en conservant leur responsabilité d'agents de santé, ont accepté d'organiser et de vérifier le réapprovisionnement mensuel en médicaments.*

*Nadia, la coordinatrice animation du programme, (au premier plan) va commencer immédiatement leur formation.*

<sup>5</sup> SSD : Services de Santé du District

<sup>6</sup> ASV : Agents de Santé Villageois

**3/ Enfin, la reproduction de l'action sur la zone de Farafangana** a permis de montrer que même dans le cas d'une grande proximité géographique, les conditions locales peuvent radicalement changer. Le projet a dû dès le départ compter avec une réalité très différente de celle observée à Manakara : nous avons dû renoncer aux enquêteurs villageois, enclins dans cette zone à éviter les maisons dans lesquelles un enfant était décédé, refaire un grand nombre d'enquêtes faute de fiabilité des résultats (les communes sont immenses à Farafangana et donc plus difficiles à couvrir intégralement) avant de décider, contre tout principe de délégation de compétences, de recruter une équipe d'enquêteurs permanente ! Les populations locales sont aussi beaucoup moins averties, moins informées et plus réticentes à adopter des mesures d'hygiène-assainissement, les premiers ASV formés avaient une activité relativement plus faible qu'à Manakara.

Pourtant les conditions d'accès aux soins sont considérablement plus précaires à Farafangana, où la densité de centres de santé est deux fois inférieure à celle de Manakara : la population par CSB est deux fois plus importante et donc nettement plus éloignée en moyenne des structures de soins à Farafangana. L'implication de Renaud et Laurence Keutgen (anciens responsables de programme scolaire à Chenot en Haïti, qui sont partis s'installer à Farafangana avec leurs quatre enfants) va parvenir à renverser la perspective, en aboutissant à un taux d'activité sidérant de la part des ASV : **aujourd'hui, les ASV assurent 90% de la prise en charge totale des moins de 5 ans sur les pathologies cibles ! L'indice de consultation (nombre de consultations infantiles spécifiques rapporté à la population des enfants de moins de 5 ans) à Manakara est de 1,24 dont 0,54 assuré par les CSB et 0,70 par les ASV. Il est de 3,83 à Farafangana, dont 0,23 pour les CSB et 3,6 pour les ASV.**

Ces chiffres montrent l'étendue des besoins en termes d'accès aux soins. Notons que l'activité des ASV ne se développe pas au détriment des CSB (dont l'activité demeure stable ou en légère augmentation) mais représente une réponse à une demande qui ne s'exprimait pas jusque-là.



*Madame Douna, ASV, explique fièrement que les patients peuvent venir chez elle à toute heure et qu'elle n'a pas besoin d'afficher sa photo à l'extérieur.  
A droite, sa carte d'agent de santé villageois.*

Nous avons aussi démarré en 2011 un projet similaire en **Sierra Leone**, pays où la mortalité infanto-juvénile est une des plus élevées du monde. Le contexte sanitaire en Sierra Leone peut se définir par une très forte intensité d'exposition aux risques : le paludisme y est omniprésent, l'accès à l'eau et à l'assainissement particulièrement défaillant, et l'offre de soins très déficitaire en dépit d'une densité de structures sanitaires type CSB convenable. Combinés à un très fort taux d'illettrisme, surtout chez les femmes, ces facteurs expliquent un niveau de mortalité infanto-juvénile très élevé. Selon les zones, il se situe entre 200 et 300‰.

Nous avons donc naturellement mis en place une approche similaire à celle menée à Madagascar. Un certain nombre de données particulières à cette région nous ont amenés à adapter nos méthodes. Ces données particulières comprennent notamment l'extrême difficulté à trouver des acteurs de santé villageois alphabétisés, la grande mobilité des populations locales en milieu rural et l'impossibilité actuelle d'impliquer le personnel des structures de soins dans l'approvisionnement des agents villageois en médicaments essentiels. S'il est trop tôt pour connaître l'impact du projet sur la mortalité infanto-juvénile, il est déjà possible de mesurer l'intensité du besoin en termes d'accès aux soins par le nombre d'actes réalisés par les agents villageois, qui apparaît deux à trois fois supérieur à celui observé à Madagascar. Nous attendons la suite... mais évidemment la présence du virus Ebola a beaucoup retardé nos efforts.



*Ci-dessus : A Mapenda (Sierra Leone), les moustiquaires sont désormais utilisées et les agents de santé disposent d'outils de sensibilisation à l'hygiène (à droite).*



*Ce jeune agent de santé du village de Mayemeh en Sierra Leone écoute les conseils de Paul, le coordinateur du programme (à droite).*