

SANTÉ ET ÉPIDÉMIES - MADAGASCAR

Les agents communautaires en manque de patients

Huit ans après la mise en œuvre du programme de santé de proximité malgache, les habitants des zones reculées ne choisissent pas en priorité de se faire soigner auprès des agents communautaires dédiés. Pourquoi cette réticence ?



© Marilyns Victoire Razakamanana

Marilyns Victoire RAZAKAMANANA, de nationalité malgache, docteure en Économie de la santé, est enseignante-chercheuse à l'Université Catholique de Madagascar et rattachée au Centre de Recherche pour le Développement. Elle a consacré une partie de sa thèse à l'impact de la prise en charge communautaire de la pneumonie et du paludisme. Cette recherche dans le domaine des soins communautaires poursuit sa réflexion.

Les contextes et enjeux humanitaires et sociaux

À Madagascar, les habitants des zones rurales enclavées souffrent de ne pas pouvoir se soigner. Pour ces populations à faible revenu résidant loin des centres sanitaires, les solutions restent souvent limitées à l'automédication. Les malades utilisent les comprimés ou les plantes selon la dose qui leur semble bonne. C'est pourquoi des maladies courantes se compliquent souvent et les absences et abandons scolaires se multiplient.

En 2011, une politique de santé consistant à mettre en place des agents communautaires (AC) susceptibles de donner des soins de proximité a été élaborée. Cependant, bien que ces AC proposent leur service à des coûts abordables, les villageois préfèrent ne pas y recourir ou chercher d'autres moyens. À la moindre épidémie, la situation sanitaire risque alors de se dégrader.

Les objectifs de la recherche

Cette recherche a pour objectif de mettre à jour les causes de la faiblesse du recours aux soins communautaires. L'hypothèse de départ veut que la proximité des soins ne soit pas le critère déterminant de préférence. Les soins que fournissent les AC sont en effet physiquement plus accessibles pour les ruraux que les Centres de santé de base public (CSB) ou les centres médicaux privés.

La recherche vise donc à comparer l'appréciation par les populations des zones enclavées des différents types d'unités de santé, en termes de coûts, de qualité et d'efficacité, d'identifier certains déterminants socio-économiques, notamment pour les enfants de moins de 15 ans, de comprendre pourquoi la compétence des AC est mise en question par les patients, et de suggérer des moyens d'améliorer leurs actions et leur attractivité.

Partenaires de la recherche

Cette recherche a été menée en 2019 avec le soutien de la Croix-Rouge française et du Gouvernement de la Principauté de Monaco.



Quels sont les facteurs qui favorisent ou freinent le recours aux soins des agents communautaires ?

Conformément aux recommandations de l'OMS, les AC sont des bénévoles désignés par la communauté villageoise puis approuvés par les chefs des centres de santé de base (CSB) et les autorités administratives locales. Leur rôle consiste à prendre en charge les cas simples, à signaler les cas graves au CSB le plus proche, à gérer un stock de médicaments, à mener des séances de sensibilisation et de mobilisation communautaire en collaboration avec les chefs des CSB, à effectuer des visites à domicile, à faire le suivi des enfants malades et à assurer le rapportage de ces activités au CSB de rattachement¹.

Les AC sont des hommes ou des femmes en qui les habitants ont confiance. Leur contribution à l'amélioration de la santé au village leur procure une grande fierté. C'est pourquoi ils acceptent de travailler bénévolement : être AC est un moyen d'acquérir des expériences dans le domaine des soins médicaux et, par conséquent, constitue une occasion de promotion sociale.

Une faible fréquentation

Pourtant, leur programme rencontre un problème que résume ce constat : parmi les enfants malades au cours des douze mois précédant le début de la collecte de données, 87% ont bénéficié de soins mais seuls 6,2% d'entre eux ont eu recours aux AC. Le reste ne s'est pas fait soigner pour une des raisons suivantes : leurs parents ont estimé qu'il s'agissait d'une maladie peu alarmante (92 % des cas), le manque de temps (5%) ou le manque de moyens financiers (3%).

Afin de mieux comprendre cette situation, nous avons comparé les différents types d'unités de soins en termes de fréquentation, de coût et de qualité des services, et interrogé les enquêtés sur leur perception de l'efficacité de chacun de ces types d'unités.

Il apparaît ainsi que ce sont les services des centres de santé privés qui les satisfont le plus. Même s'ils sont plus chers, les soins qui y sont dispensés leur paraissent plus efficaces que ceux des AC. En dépit de cette satisfaction ce sont toutefois les Centres de santé de base publics qui restent les plus fréquentés. Même si les relations soignant-soignés ainsi que l'assiduité et la compétence du personnel sont souvent critiqués dans les CSB, ces derniers sont en effet beaucoup mieux fournis en médicaments que les AC, souvent en rupture de stocks.

Qui a recours aux AC ?

Les résultats de l'enquête montrent que plus un individu est âgé, moins il pratique l'automédication et plus la probabilité qu'il ait recours aux AC augmente.

Ce recours varie aussi selon le niveau d'instruction. En effet, plus les chefs de ménage sont instruits, moins ils se font soigner par les AC. Ceux qui n'ont pas dépassé les classes primaires vont chercher des soins auprès des AC, alors que ceux qui ont fait des études secondaires préfèrent acheter des médicaments à la pharmacie sans consulter.

Les AC présentent pourtant l'avantage de leur faible coût. Ces volontaires de la santé résidant dans les villages, les ménages n'ont pas à payer de frais de déplacement pour aller les consulter. De plus les soins dans les sites communautaires sont gratuits et les médicaments se vendent à des prix abordables. Les coûts indirects et directs liés aux maladies sont donc peu élevés.

En revanche, si le coût du recours aux AC augmente, les ménages se tournent vers l'automédication ou les

Centres de santé de base, même si l'AC possède un autre avantage : le temps d'attente avant de le consulter est souvent beaucoup moins long que dans les CSB. Un facteur souvent signalé explique la désaffection des AC : la pénurie de médicament, fréquente dans les sites communautaires, alors que les CSB sont mieux pourvus.

En résumé, les villageois choisissent de se faire soigner dans les sites

communautaires s'ils constatent qu'il ne leur faut pas beaucoup de temps pour y aller, qu'ils peuvent y trouver les médicaments et les soins dont ils ont besoin, et qu'ils n'ont pas à patienter. Il apparaît donc que l'efficacité de la politique de santé communautaire ne dépend pas uniquement de l'existence de financement (elle est financée dans certains endroits mais pas dans d'autres). En réalité, l'attrait des soins communautaires tient beaucoup à la motivation des AC, à leur disponibilité et à leurs moyens.

Les contraintes du bénévolat

Même si les AC sont engagés dans le bénévolat, ils regrettent que les indemnités promises ne leur soient pas versées. Devant subvenir aux besoins de leurs familles, ils ne peuvent consacrer qu'un temps limité au service communautaire. *Contrairement*, ils participent pleinement aux campagnes de vaccination, activités périodiques pour lesquelles des indemnités leur sont versées.

Les zones d'intervention des AC sont les villages constituant leurs *fokontany* (groupes de villages, hameaux et quartiers parfois très épars) respectifs. Dans les districts étudiés, ils se trouvent en moyenne à 6 km ou à 9 km du CSB le plus proche. Mais faute d'indemnité de déplacement, certains ne vont



que rarement dans les villages et les hameaux trop éloignés de leurs lieux de résidence. Ce sont plutôt les habitants de ces villages qui viennent jusqu'à eux pour consulter. Par ailleurs, certains AC vivant loin de leur CSB de rattachement ne participent que rarement aux réunions mensuelles. D'autant moins qu'ils perçoivent que les chefs des CBS doutent de leurs compétences et ne leurs distribuent pas de médicaments ni d'outils de soin.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU PLANNING FAMILIAL.
Guide de mise en œuvre pour l'introduction de la prise en charge communautaire des infections respiratoires aiguës, de la diarrhée et du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans à Madagascar, 2012, 34 p.



Méthodes et sources de données

La recherche s'est concentrée sur 2 districts : Andramasina, dans la région Analamanga, et Arivonimamo, dans la région Itasy. Le premier district reçoit un financement pour ses activités de prise en charge communautaire, contrairement au second. L'étude comprend deux volets.

Un volet qualitatif qui a consisté en 81 entretiens avec le responsable de la Direction de la Santé familiale au Ministère de la Santé publique, les médecins inspecteurs et responsables des services de districts sanitaires (SDSP), les responsables de Centres de santé de base (CSB), et les agents communautaires (57).

Un volet quantitatif sous forme de 2 questionnaires établis auprès de 620 individus (300 ménages) vivant dans des villages situés à plus de 5 km d'un centre de santé.

Les limites des résultats

Que les activités communautaires soient financées ou non, nous avons pu constater dans nos deux zones d'études que les ménages ont rarement recours aux AC. Toutefois, les résultats de nos travaux pourraient être enrichis avec d'éventuelles recherches dans d'autres zones.

Comparaison de la qualité des services offerts selon 4 critères

Classification selon la fréquentation : du plus fréquenté au moins fréquenté (de gauche à droite)



Classification selon les coûts : du moins coûteux au plus coûteux (de gauche à droite)



Classification selon la satisfaction des usagers : du plus satisfaisant au moins satisfaisant (de gauche à droite)



Classification selon l'efficacité : du plus efficace au moins efficace (de gauche à droite)



Source : Marilys Victoire Razakamanana



Marilyns Victoire Razakamanana : « Le manque de moyens fragilise les agents communautaires. »

Les chefs CSB perçoivent-ils les AC comme des auxiliaires ou de possibles concurrents ?

M-V. R. : Les AC appuient les chefs CSB dans la réalisation de leurs tâches notamment lors de la réalisation de campagnes de vaccination, de distribution de moustiquaires, de vitamine A et de vermifuges, ainsi que dans le cadre de la prise en charge de cas simple de maladies. Quand les AC disposent de compétences suffisantes, les chefs CSB apprécient cette collaboration. Sinon, ils ne leur accordent pas leur confiance et les considèrent comme des entraves à la bonne réalisation des activités sanitaires.

Y-a-t-il des cas de démission d'AC démotivés ?

Comme nous l'avons constaté dans deux communes des districts étudiés, les chefs CSB doutent de la compétence des AC et n'osent pas mettre les médicaments à leur disposition. Démotivés par ce manque de confiance, ces derniers ne viennent pas aux réunions mensuelles au CSB. N'ayant pas de matériels et de médicaments, ces AC arrêtent leurs activités communautaires et se consacrent à des activités génératrices de revenu.

Les bienfaits de l'action des AC ont-ils été évalués statistiquement ?

Il a été observé que les ménages font recours aux AC notamment lorsqu'ils disposent des matériels et médicaments nécessaires pour la prise en charge. Ainsi, dans la mesure où les AC sont effectivement compétents, ce recours devrait engendrer une baisse des cas graves constatés au niveau des CSB et hôpitaux, les maladies étant prises en charge à temps, et les sensibilisations et préventions efficaces. Toutefois, aucune étude sur la relation entre ce recours et le nombre de cas graves de maladies n'a encore été faite jusqu'à présent.

Les enseignements scientifiques au-delà du cadre de l'étude

Si très peu d'études se sont intéressées sur le recours aux soins de proximité, nos résultats rejoignent ceux des recherches précédentes (Griffin en 1988 ou Meuwissen en 2002) qui ont prouvé que le choix de type de recours aux soins dépend de la disponibilité des médicaments. Ils corroborent aussi ceux d'Andersen (1995) qui a montré le poids des déterminants socio-culturels comme l'âge, le niveau d'éducation ou le lieu de résidence sur le choix du recours aux soins. Notre enquête nous a par ailleurs menés à conclure que Madagascar est à mi-chemin du but à atteindre en matière de prise en charge communautaire.

Quelles implications pour l'action humanitaire et sociale ?

Pour entretenir le dynamisme des AC et encourager le recours à leurs services, il faudrait :

- Réviser le montant de leurs indemnités, les payer régulièrement ou les verser avant la fin de chaque activité.
- Assurer leur ravitaillement en matériels et médicaments.
- Prévoir des frais de déplacement pour qu'ils puissent participer aux réunions mensuelles des CSB, sinon les doter de moyens de transport (bicyclettes, par exemple).
- Restaurer une relation de confiance entre les chefs de CSB avec les AC, notamment en renforçant les capacités de ces derniers, via des formations et des suivis. L'objectif étant de rendre les AC capables de reconnaître les signes de gravité des maladies afin de distinguer rapidement les cas à renvoyer aux CSB et de convaincre la population de la nécessité des soins et de la prévention.

La Fondation Croix-Rouge française est une fondation reconnue d'utilité publique dédiée à la recherche dans les champs de l'action humanitaire et sociale. Elle porte la volonté de la Croix-Rouge française de promouvoir la connaissance scientifique, la réflexion éthique et l'innovation sociale pour faire avancer l'action au service des plus vulnérables.

La série « Pratiques & Humanités » de la Fondation Croix-Rouge française synthétise les travaux de recherche des chercheurs soutenus par la Fondation. Elle a pour objectif de mettre à disposition des acteurs de l'humanitaire une information scientifique de qualité et concise.

Retrouvez toutes les publications de la Fondation et abonnez-vous à la newsletter sur le site www.fondation-croix-rouge.fr

Fondation Croix-Rouge française
21 rue de la Vanne | CS 90070 | 92126 MONTRouGE CEDEX
+33 1 40 71 16 34 | www.fondation-croix-rouge.fr
contact@fondation-croix-rouge.fr



**FONDATION
croix-rouge française**

