

IV. Les programmes de santé en zone rurale

Concernant les programmes de santé en zone rurale, au cours des premières années, que ce soit en Haïti, au Malawi, en Ethiopie (mais pas à Madagascar), nous avons d'abord mené des programmes d'ensemble très généraux répondant à un éventail très large de besoins de santé (allant des vaccinations au planning familial, en passant par la nutrition des enfants, la PMI, le suivi pré et post-natal, les visites domiciliaires, les consultations diverses ainsi que les actions de santé scolaire ou les pharmacies communautaires, et même, dans certains programmes, les soins dentaires¹...).

Ces nombreuses actions ont été peu à peu transférées ou remises aux services de l'Etat ou aux partenaires locaux. Mais il est important de souligner que l'évolution majeure dans le domaine de la santé a été le plus souvent la spécialisation des actions sur des domaines précis permettant d'en accroître l'efficacité mesurée, comme notamment la réduction de la mortalité infanto-juvénile (décès d'enfants de moins de 5 ans) qui est souvent très élevée dans les pays où nous intervenons.

¹ Mise en place d'un cabinet dentaire au dispensaire de Médor, dans les Cahos en Haïti. Caroline et Tanguy de Voghel Inter Aide juin 2001 <http://www.interaide.org/pratiques/node/268>



Les programmes de santé menés en **Haïti** ont servi de modèle initial. Ceux-ci furent réalisés sur des zones allant en général de 15 000 à 30 000 habitants, d'abord à Ennery, puis à Bodarie, dans les Cahos (surtout à Pérodin et à Médor), dans le Nord-Ouest, à Marigot, aux Palmes, à Delatte, ainsi même qu'à Boucan Bélier. Le programme était organisé en général autour d'un dispensaire local (le plus souvent religieux ou communautaire) qui assurait les consultations et les actes curatifs. Ce modèle comprenait à la fois des postes de rassemblement où les enfants étaient pesés et vaccinés et les parents formés, de nombreuses séances de PMI avec consultation et suivi complet des mères et des enfants réalisés régulièrement dans chaque sous-zone. Les réseaux d'agents de santé faisaient aussi de nombreuses visites domiciliaires². Des groupements santé permettaient aux mères d'échanger sur les pratiques de bonne santé³. A cela s'ajoutaient les actions de santé scolaire, et dans certains cas des pharmacies communautaires ainsi qu'un appui aux matrones (souvent des hommes dans le cas des Cahos). Ces programmes intégraient aussi, assez souvent, un volet nutritionnel dont l'approche (centre de récupération nutritionnelle central, « Ti-foyers » décentralisés⁴, suivi à domicile⁵) et l'intensité des activités ont varié en fonction des zones et/ou des besoins. Par exemple, dans les Cahos, on a arrêté les centres de réhabilitation nutritionnelle proprement dits quand on a constaté qu'il n'y avait plus qu'un tiers des enfants traités qui provenait de la zone ; on est alors passé au système des « Ti-foyers » et du suivi des cas à domicile.

Les indicateurs d'activité et de résultats (régulièrement suivis par les chefs de secteur ou par moi-même lors de nos visites) étaient nombreux et progressaient en général assez rapidement jusqu'à égaler ou dépasser la moyenne nationale (villes comprises) : il s'agissait par exemple du nombre de postes tenus par mois, du nombre de vaccins administrés, du nombre de 3^e doses de DTP administrées à des enfants de moins d'un an, du nombre de personnes vues en PMI ou dans les dispensaires, du nombre d'enfants de 0 à 5 ans pesés et parmi eux, ceux référés au dispensaire et/ou vers les activités de suivi nutritionnel (cf. missions d'échanges « Pratiques » très intéressantes sur les indicateurs

² Guide de visite domiciliaire à l'intention des agents de santé du projet de Pérodin, dans les Cahos, Cécile Cames, Inter Aide septembre 98 <http://www.interaide.org/pratiques/node/264>

³ Fiche 3.6.1. L'école de la santé à Médor (Haïti) Caroline et Tanguy de Voghel, Inter Aide 2001 <http://www.interaide.org/pratiques/node/262>

⁴ Approche des problèmes nutritionnels dans la région des Cahos en Haïti (les "Ti Comité Foyers"), Dominique Roberfroid, IA 1995 <http://www.interaide.org/pratiques/node/240>

Fiche Pratique SANTÉ 1.1.4. Les "Ti Foyers", foyers de démonstration nutritionnelle dans les Cahos: L'expérience du programme de santé de Pérodin, Haïti - Dr. Laurence Martin-Colligon, Inter Aide oct. 2001

<http://www.interaide.org/pratiques/node/235>

⁵ Fiche Pratique SANTÉ 1.1.5. Le suivi nutritionnel des enfants atteints de malnutrition aiguë sur la zone de Médor en Haïti: le "swivi lakay" — Fiche Pratique SANTÉ 1.1.6. Analyse et critiques du Cren et du " swivi lakay " à Médor — Fiche Pratique SANTÉ 1.1.7. Les premiers résultats du *suivi lakay* à Médor, Caroline et Tanguy de Voghel, IA juillet 2002 <http://www.interaide.org/pratiques/node/234>



de santé⁶ et l'enquête sur la mortalité des enfants de 0 à 6-8 ans dans la zone de Médor, menée dans les Cahos en Haïti, en 1988 et en 2002⁷...).

Ce modèle présentait l'avantage considérable d'améliorer les conditions de santé de la zone, ce qu'attestaient nettement les indicateurs de santé de la zone concernée, mais l'inconvénient d'être assez lourd et difficilement autonomisable. Concernant les dispensaires par exemple, pour garantir un coût par consultation accessible au plus grand nombre, il est nécessaire de subventionner leur fonctionnement. Une autre solution, choisie lorsque l'institution n'a pas accès à des financements suffisants, est de faire payer les médicaments aux patients. Cette solution est plus viable financièrement mais pénalisante du point de vue de l'accessibilité.

Cependant, l'état de santé général d'une zone dépend surtout de certains comportements préventifs, qui eux-mêmes dépendent avant tout des familles (prévention de la malnutrition, lavage des mains, utilisation des méthodes de contraception, par exemple).

Toutes ces actions ont été en général peu à peu transférées pour partie à des associations communautaires locales et/ou aux autorités locales, mais pour une plus grande part à nos partenaires haïtiens⁸ (notamment Concert-Action et Acded)... On peut signaler en passant qu'elles ont permis rien que dans les Cahos par exemple d'assurer environ 30 000 consultations par an sur deux zones, des milliers de vaccinations, et d'identifier et de traiter des enfants dénutris, etc. Des milliers de visites domiciliaires ont aussi été faites par les 18 agents de santé dans la chaîne des Cahos (mais c'est aussi le cas dans la plupart des zones concernées) et comme on l'a déjà écrit, la plupart des indicateurs de santé sont aujourd'hui supérieurs ou égaux à la moyenne nationale (villes comprises).

On n'insistera jamais assez sur la force de ce modèle et sur l'important travail réalisé par les agents et les comités de santé⁹ (voir à ce sujet les termes de référence de l'évaluation faite en 2011 par le F3E¹⁰ (Fonds associatif pour la promotion et le financement des évaluations, notamment pour le gouvernement français) disponibles à Inter Aide¹¹).

⁶ Echanges sur le recueil des données sur les programmes de santé communautaire – Bruno Riezou, Philippe Redon, Thierry Vincent, Inter Aide 1998 <http://www.interaide.org/pratiques/node/269> A la disposition des membres de Pratiques sur demande

⁷ Enquête sur la mortalité des enfants de 0 à 6-8 ans dans la zone de Médor, dans les Cahos en Haïti, 1988-2002. E.Lavergne et T. Hemeryck, IA mars 2003 <http://www.interaide.org/pratiques/node/236>

⁸ Le programme d'Ennery a été transféré à l'ONG haïtienne Prodeva ; les programmes du Nord-Ouest ont été transférés à partir de 1995 à Initiative Développement. Les programmes de Palmes et Delatte, et ceux de Marigot ont été transférés respectivement aux ONG haïtiennes Concert-Action et ACDED. Dans les Cahos, les dispensaires de Médor et Pérodin ont été autonomisés et sont gérés par des Comités de Gestion locaux.

⁹ Fiche Pratique Santé 3.2.1. La formation des comités santé: une proposition pour la zone de Médor - chaîne des Cahos, Haïti <http://www.interaide.org/pratiques/node/261> Evelyne Lavergne et Thijs Hemeryck Inter Aide 2004.

¹⁰ [Evaluation externe des effets et de la stratégie d'Inter Aide dans la chaîne des Cahos \(Haïti\) 2011](#) - Synthèse & Rapport Final, CIEDEL, Novembre 2011, Evaluation externe réalisée avec l'appui du F3E.

¹¹ On notera par exemple, que sur environ 200 femmes choisies au hasard en 1988, elles rapportaient 269 décès d'enfants de moins de 5 ans, alors que le même nombre de femmes interrogées en 2011, n'en rapportait que 34.



Au Malawi, une des spécificités des programmes santé est sans doute leur interaction forte avec les programmes agricoles et hydrauliques.

Au tout début (en 1991) les programmes santé, menés en lien direct avec le ministère de la santé, se sont adaptés à la demande du gouvernement.

On a commencé dans la zone de Nkhoma (région centre proche de Lilongwe) par la construction, l'équipement et l'appui au fonctionnement d'un centre de santé à Chimbalanga.

En même temps, on a mené un programme de santé primaire orienté vers l'amélioration des pratiques d'hygiène dans les villages, associé aux interventions du programme hydraulique (villages ciblés, appui au réseau d'agents de santé (HSA¹²), programme de dalles de latrines, pot à eau couvert avec utilisation de deux tasses, une pour se servir et l'autre pour boire). On a aussi développé et renforcé un réseau de volontaires (pour les cliniques mobiles, la nutrition et le planning familial).

Dès le départ, les programmes de nutrition sont apparus comme primordiaux. Il y a eu en effet une sécheresse particulièrement sévère au cours de la saison agricole 1991-1992. Dix ans plus tard (2001-2002), une famine encore plus grave aura lieu, provoquant le décès de 500 à 1 000 personnes dans la zone de Nkhoma.

Ce premier programme de santé communautaire s'articulait principalement autour des cliniques de nutrition, qui prolongeaient l'appui apporté au ministère de la santé pour la tenue mensuelle des « *Under Five Clinics* » (cliniques regroupant les services de PMI pour les moins de 5 ans).

On a notamment essayé d'identifier les enfants souffrant de malnutrition aiguë : à l'arrivée des enfants dans la clinique de nutrition, ils étaient de nouveau examinés pour dépister les états de dénutrition sévère sur la base du ratio poids-taille (dont des cas de kwashiorkor, très nombreux sur la zone centre).

Enfin on s'est efforcé de mettre en œuvre la méthode PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant). On était alors dans une démarche où l'idée n'était pas de concentrer nos efforts sur des maladies particulières, mais de s'intéresser à l'ensemble de la santé et du bien-être de l'enfant.

On a développé des « *health talks et cooking demonstrations* », on a aussi soutenu des « *Growth Monitoring Assistants* » qui participaient aux cliniques de nutrition et qui visitaient les familles concernées. Les résultats étaient mesurés au niveau des cliniques

¹² H.S.A. : Health Surveillance Assistant



de nutrition (le nombre d'enfants réhabilités était alors le critère essentiel du programme).

Ce programme a été reproduit sur la zone de Mazengera en 1993 avec les mêmes objectifs et s'est spécialisé plus tard dans la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë (utilisation du critère poids/taille plutôt que poids/âge, diffusion de bouillie enrichie, référencement des cas graves) avec de très bons résultats. Cette stratégie a permis la récupération précoce d'un grand nombre d'enfants gravement dénutris et d'améliorer les connaissances des mères en matière de nutrition.

Un autre versant a visé à structurer la réponse communautaire autour de la construction d'abris pour faciliter la réalisation de cliniques mobiles, de pharmacies communautaires, d'accompagnement familial, de « *bicycles ambulances* », de lutte contre le paludisme (aspersion domiciliaire et diffusion de moustiquaires imprégnées).

A partir de 2002 on a beaucoup développé des groupes de femmes sur tous les sujets du PCIME. On a peu à peu mis en place un suivi individuel des familles les plus vulnérables pour les accompagner de façon encore plus efficace¹³. Peu à peu, on a même mis en place un appui agricole spécifique pour les familles les plus démunies, avec à chaque fois un diagnostic individualisé de leurs pratiques et une réponse agronomique adaptée à leurs capacités et projets.

A Zomba (région sud), le programme de santé communautaire n'a débuté qu'en 1999.

La création d'une dynamique communautaire autour des sites de cliniques mobiles a été peu soutenue par le district sanitaire. Le recueil de données, orienté surtout sur les données d'activité, a cependant montré un impact sur le nombre de cas de fièvre et de diarrhée, avant d'inclure un suivi de la mortalité des moins de cinq ans à partir de 2005.

Mais ce résumé des activités de santé au Malawi serait incomplet si on ne disait rien des actions de santé scolaire. En effet, au Malawi comme dans bien d'autres pays on a mené de telles activités, notamment la construction de latrines scolaires¹⁴ et la formation des maîtres. Plusieurs initiatives ont vu le jour en 1996 sur les trois zones avec la formation d'enseignants aux traitements simples, la mise en place de pharmacies scolaires, sans que de réels services de consultations scolaires soient mis en place. Le développement des pratiques d'hygiène (en lien avec le programme hydraulique avec la construction de latrines, la réhabilitation de points d'eau et la réalisation de forages) et la promotion du lavage de mains avec la mise en place de réservoirs de stockage d'eau a concerné un

¹³ "Screening form to target the most vulnerable families" programme agro-nutrition, Chitekwele, mai 2005 <http://www.interaide.org/pratiques/node/241>

¹⁴ Fiche Pratique E&A-1.7.2. Construction de latrines scolaires au Malawi, Benoît Michaux, Ingénieur, Inter Aide décembre 2001 <http://www.interaide.org/pratiques/content/fiche-pratique-construction-de-latrines-scolaires-au-malawi>



grand nombre d'écoles (de nombreux points d'eau et de nombreuses latrines ont été réalisés). Les comités d'enseignants et de parents ont été impliqués. L'accès aux latrines (dont le design a évolué de manière permanente) a été essentiel pour favoriser la scolarisation, en particulier pour les jeunes filles.

Les interventions en santé reproductive et prévention des MST et grossesses précoces ont par ailleurs permis de réduire nettement les grossesses chez les adolescentes scolarisées (on en reparlera à propos des actions de prévention du sida).

On a aussi beaucoup travaillé dans ce pays pour lancer des pharmacies communautaires. Dans les zones ciblées, ces pharmacies autogérées ont été développées dès 2002, en lien avec les centres de santé, pour offrir un accès de proximité, payant, à une palette de médicaments plus large (antipaludéens, traitement pour les yeux, sels de réhydratation etc.) prescrits par des volontaires formés par les programmes.

De manière générale, le nombre important d'actions menées simultanément dans les programmes santé rendait ces programmes très complexes au niveau de la mise en œuvre par les responsables de programme (équipes nombreuses comptant parfois jusqu'à 40 salariés), de l'évaluation de l'impact de chaque action mais aussi de leur financement.

A partir de 2003, la mise en place plus systématique de registres de décès au sein des communautés et leur analyse a permis de confirmer village par village les principales causes de mortalité et d'orienter ainsi peu à peu les actions prioritairement sur la lutte contre le paludisme et les diarrhées. De plus, la baisse observée des cas de malnutrition sur les zones ciblées a permis de corroborer ces réorientations et progressivement de concentrer les efforts vers ces nouveaux axes.

A partir de 2008, la stratégie a progressivement évolué avec une approche visant à passer d'actions curatives (on détectait les enfants dénutris, on les soignait et on accompagnait leur famille) à des actions préventives avec une approche village par village, mais en se concentrant principalement sur le paludisme et les diarrhées. La sélection des villages s'appuyait sur la réalisation d'enquêtes annuelles de taux de mortalité infanto-juvénile.

Même si le paludisme était toujours la principale cause de mortalité dans les villages, l'hygiène et l'assainissement constituaient généralement le point d'entrée des actions. Fortes de l'expérience des programmes d'accès à l'eau potable avec en particulier les outils développés autour de la méthode « PHAST » (voir réseau Pratiques¹⁵), les équipes

¹⁵ Adaptation de la méthode PHAST à Chikowi, Malawi : PHAST Protocol, Clément Schmitt, Inter Aide 2011 <http://www.interaide.org/pratiques/node/193>

[Fiche Pratique - Adaptation de la méthode PHAST au Malawi \(Fr & Port\)](http://www.interaide.org/pratiques/node/193) (Traduction portugaise ESSOR)

Fiche Pratique Eau & Assainissement 2.1.8. Adapting the PHAST: ideas to adapt and combine the PHAST with other tools - IA Chiseka Water Project, Malawi - D. Delaplace, Inter Aide 2010 <http://www.interaide.org/pratiques/node/108>



sont parvenues à mobiliser les familles autour du projet concret de la construction de latrines. Cette première action a permis de créer une dynamique dans les villages, d'instaurer la confiance envers le projet... et de réduire sensiblement la prévalence des diarrhées.

Lors de l'analyse des problèmes, faite au cours des premières étapes de la méthode PHAST, les familles mettaient systématiquement en avant le **paludisme**. Il était alors possible de mettre en place des formations adaptées. En parallèle, des *Malaria Control Unit* (MCU) ont été ouvertes dans certains villages. Gérées par des groupes de femmes formées, elles offraient un accès de proximité au traitement antipaludéen (Fansidar, à l'époque) pour les enfants, sur la base d'un fonds de roulement (*revolving fund*). Malgré leur succès (nombre de consultations mais aussi et surtout baisse très nette du taux de mortalité lié au paludisme), les MCU n'ont pas perdurés.

Un changement dans la politique nationale de santé a en effet entraîné l'interdiction d'utiliser le Fansidar au profit du LA (luméfantrine-artéméthère) beaucoup plus onéreux et ne pouvant être dispensé que par du personnel médical. Dans les zones ciblées, l'arrêt des MCU s'est immédiatement traduit par une hausse de la mortalité liée au paludisme, mesurée dans les enquêtes annuelles. À partir de 2010, et grâce à la multiplication du nombre d'agents de santé, un accès au LA a été rendu à nouveau possible au sein de certains villages avec l'ouverture des cliniques mobiles villageoises (*village clinics*), avec des agents de santé progressivement formés pour prescrire le nouveau traitement antipaludéen.

Aujourd'hui, en région centre, cette démarche est toujours opérationnelle. En région sud, d'abord sur la zone de Zomba à titre expérimental puis sur la zone de Mulanje, qui présente des taux de mortalité infanto-juvénile parmi les plus élevés du pays, une approche encore plus verticale a été mise en place, sur la base de ce qui se fait dans le sud-est de Madagascar. Des enquêtes exhaustives de mortalité infanto-juvénile ont été menées annuellement dans chaque village, des formations principalement sur le paludisme et les diarrhées sont proposées par petits groupes à toute la population, l'accès aux moustiquaires est facilité, les agents de santé sont appuyés pour l'ouverture de *village clinics* pour offrir un accès de proximité au traitement antipaludéen.



Au **Mozambique**, en 2007, on a essayé de démarrer directement des actions contre le paludisme et les diarrhées, dans les zones de Nacala-à-Velha et Memba, sur le modèle malawien. Mais on s'est malheureusement heurté à l'époque à un refus de la part des autorités sanitaires de la province de Nampula, qui tenaient à maintenir une exclusivité des agents locaux sur ce domaine (bien que ces derniers soient assez peu actifs). Il faut aussi dire que notre approche communautaire, différente des projets de plus grande envergure intervenant sur la province et qui faisaient avant tout de l'appui institutionnel, combinée au fait que nous n'étions pas encore bien connus des autorités sanitaires locales, nous a sans doute desservis. Nous avons aussi quelques désaccords d'approche. Par exemple, le gouvernement voulait que l'on distribue les moustiquaires gratuitement, sans demander aucune participation aux familles.

On a donc dû tout d'abord se contenter de se concentrer sur la diffusion par la méthode PHAST des pratiques d'hygiène et assainissement¹⁶, ce que faisaient déjà nos programmes hydrauliques de Nacala-à-Velha et Memba. Mais, un changement du contexte 2012 (nouveaux fonctionnaires locaux nommés...) a permis de reprendre le modèle initial.

Le lien a tout d'abord été renoué avec les autorités sanitaires de Nacala-à-Velha, lors de la saison pluvieuse 2011-2012. Une importante propagation de diarrhées et quelques cas de choléra dans une zone du district a nécessité l'intervention des autorités ce qui a permis de mettre en avant l'importance de nos actions en matière d'hygiène¹⁷. Nous avons alors été sollicités par le nouveau directeur de la santé de Nacala, et avons saisi cette occasion pour lui exposer notre volonté et notre capacité d'en faire davantage en matière de santé, en particulier concernant la lutte contre le paludisme.

Appuyés par l'administration ainsi que la direction de la santé de ce district, nous avons donc de nouveau approché Direction Provinciale de la Santé (DPS) de Nampula (dont le directeur avait aussi été remplacé). Après de nombreuses réunions et beaucoup d'échanges de documents, le projet de lutte contre le paludisme que nous leur avons proposé a finalement été validé par eux en décembre 2012¹⁸.

Dans un premier temps, le projet consiste à intervenir au niveau préventif : sensibilisation en petits groupes des familles rurales sur la transmission, les symptômes et les moyens de prévention du paludisme. Comme pour l'hygiène, des ateliers spécifiques sont réalisés pour les enfants. Les ateliers de sensibilisation sont animés par

¹⁶ Doenças transmissíveis ligadas à água e saneamento + Pre-test & Post-test, Formation sur les maladies transmissibles liées à l'eau et à l'assainissement + pré et post-test (en portugais). Suzanne Tenreira Martins, Inter Aide Memba Mozambique 2010 <http://www.interaide.org/pratiques/node/186>

¹⁷ Formation sur le Cholera (en portugais) - Suzanne Tenreira Martins Inter Aide Memba Mozambique 2010 <http://www.interaide.org/pratiques/node/188>

¹⁸ Lutte contre les diarrhées et la malaria : présentations, formations et outils réalisées en portugais par Suzanne Tenreira Martins, Inter Aide 2010 <http://www.interaide.org/pratiques/node/190>



les facilitateurs qui, comme à Madagascar, vivent dans les villages pendant tout le cycle de formation (entre 3 et 4 mois). A l'issue de ce cycle, les personnes ayant été assidues aux ateliers reçoivent gratuitement une moustiquaire imprégnée.

En 2012, environ 2 500 personnes ont été directement sensibilisées et 2 000 ont été équipées d'une moustiquaire sur le district de Nacala-à-Velha. Un cycle de formation est actuellement en cours et nos équipes doivent prendre part à la campagne de distribution de moustiquaires prévue par les services de santé du district début 2013.

Pendant le cycle de formation, les personnes référentes en matière de santé communautaire sont identifiées au sein des villages (accoucheuses, agents communautaires, guérisseurs traditionnels, etc.). Il est proposé à ces personnes de constituer un groupe référent santé, qui sera ensuite suivi et renforcé par l'équipe. Le groupe sera formé sur la diffusion secondaire des messages de prévention et l'accompagnement des familles : utilisation des moustiquaires, réponse immédiate à apporter aux cas aigus et déplacement au centre de santé, etc.

Même si l'accord obtenu de la DPS se limite pour l'instant aux actions de prévention, l'objectif est désormais d'aller au-delà (référencement, diagnostic et prise en charge) à travers la mise en relation des groupes référents avec les unités de santé locales, ainsi que l'accompagnement des services du district pour une meilleure offre de santé en zone rurale et au niveau des dispensaires. La stratégie sera peu à peu définie et discutée avec les autorités locales. Finalement, nous allons donc enfin pouvoir contribuer efficacement à la réduction de la mortalité infanto-juvénile dans ces régions.



En Ethiopie, les premières actions de santé ont démarré sur la zone de Bele (district du Kindo Koysha) en 1987, sur une base de santé communautaire similaire à ce que nous avons expérimenté dans d'autres pays. Les conditions de santé qui prévalaient alors en Ethiopie rurale étaient véritablement catastrophiques, dans une région montagneuse à densité de population très élevée, à très forte insécurité alimentaire, aux disettes récurrentes et avec un unique centre de soins pour une population de 135 000 personnes dont les plus éloignées à plus de 8 heures de marche dans le Kindo Koysha ; puis, un peu plus tard, dans le district de l'Ofa (environ 120 000 habitants) où les conditions étaient similaires.

Tout était à faire à ce moment et l'option de travailler sur une approche de santé primaire générale se justifiait tant l'accès aux soins était difficile. S'ajoutait à cette carence de l'offre la contrainte d'un mode d'habitat dispersé qui rendait plus compliquée la mise en place de services structurés. Le recours aux unités mobiles et l'organisation de sites périodiques de soins de santé primaire constituèrent notre première réponse aux défis du milieu. Les services proposés pendant ces journées incluaient l'ensemble habituel des composantes de santé préventive : suivi des femmes enceintes, pesée des nourrissons, vaccinations, suivi nutritionnel, séances d'animation sur des thèmes spécifiques, planning familial, consultations générales...

En outre, l'ouverture de postes de santé permanents gérés par des agents de santé formés par les programmes et disposant d'une petite pharmacie (à l'offre limitée par les directives fédérales) visait à combler partiellement l'absence absolue de structures de santé dans les zones rurales concernées.

Enfin, nous avons ouvert, non loin du centre de traitement de la tuberculose¹⁹ de Bele, un centre de renutrition où étaient admis les enfants les plus gravement dénutris. Ce centre accueillait, les « bonnes années », 150 enfants appartenant à des familles dans des situations de dénuement absolu. Les mauvaises années (1994) se soldaient par des milliers d'enfants en état de dénutrition aigüe, ce qui nous poussa même, une année, à ouvrir un camp de prise en charge à Bele pour répondre à l'urgence... Il est important de souligner que le même type de centre a été ouvert, et le même type d'activités conduit à Gesuba dans l'Ofa.

Nous avons le sentiment, d'une réponse très favorable (à cette époque) des populations locales, qui venaient parfois très nombreuses aux séances de PMI, ce qui nous avait amenés à étendre nettement notre implantation et à conduire simultanément trois projets de santé dans le Wolayta (Bele, Gesuba et Mure). Mais une étude méticuleuse de nos registres montrait qu'après une phase d'engouement de quelques mois, la fréquentation

¹⁹ Lutte contre la tuberculose: Guide d'animation pour la prévention et le traitement de la Tuberculose, IA Ethiopie: Vanessa Bourgois, IA 2007 <http://www.interaide.org/pratiques/node/257>



des sites déclinait inexorablement, déclin renforcé par l'introduction d'une participation financière à la fourniture de médicaments, décidée en 1997.

Au cours des dix premières années, l'activité déployée a été considérable et a permis très certainement d'améliorer les indicateurs de santé de ces zones, dans un contexte sanitaire effroyable...

Malheureusement, ce modèle présentait certaines faiblesses, dont sa grande pesanteur en termes de logistique, avec la nécessité de transporter quotidiennement deux équipes d'intervention pour chaque site, l'absence d'agents de santé à proximité des communautés locales, la difficulté de mesurer l'impact de l'action (au-delà d'une image quantifiée de l'activité), et surtout l'inexistence d'un système de santé qui rendait inévitable la poursuite perpétuelle des activités que nous conduisions.

Le développement très lent du système de santé dans ce pays a tout de même permis, après 12 ans d'intervention, de transférer une partie de nos activités aux acteurs institutionnels.

Par la suite, nous avons tiré les leçons de cette expérience, ce qui a donné naissance au modèle que nous avons testé à Madagascar et que nous décrivons plus loin. Parmi les principaux enseignements, celui de resserrer notre champ d'action et d'avoir des cibles beaucoup plus définies semblait être une clef pour gagner en efficacité. Nous avons donc décidé de conserver une seule composante de notre arsenal, celui de la contraception qui touche aujourd'hui six Woredas et compte environ 25 000 utilisatrices. Les raisons relevaient d'une analyse fondée de la situation : le rôle majeur de la charge démographique dans l'insécurité alimentaire, l'influence très positive de l'espacement des naissances sur la mortalité infantile et maternelle et le frémissement observé dans la demande de contraception émanant des populations locales. Nous avons donc développé un projet de « santé reproductive » en 2004-2005, dont l'activité centrale était la promotion du planning familial²⁰. L'action vise à agir sur la demande par une approche éducative et promotionnelle ainsi que sur l'offre, par un appui aux acteurs institutionnels dans l'organisation de postes avancés.

Une nouvelle méthode, basée sur la mobilisation des acteurs intermédiaires (responsables administratifs, leaders religieux, notables locaux...) fut expérimentée afin de faciliter la diffusion des messages et la transformation des normes sociales. Le succès a été assez remarquable, et nous avons été probablement l'acteur qui a le plus contribué

²⁰ Reproductive Health Facilitators Guidelines, IA May 2011 <http://www.interaide.org/pratiques/node/15>
Guide for Family Planning Animators, IA January 2011, <http://www.interaide.org/pratiques/node/16>

2 notes Pratiques : Analyse de la mise en place de l'animation en santé reproductive - Agathe Simonin, Inter Aide Ethiopie, mars et juin 2011 <http://www.interaide.org/pratiques/node/18>



au véritable essor de la contraception dans cette zone, passée de 3% d'utilisatrices à la fin des années 90 à plus de 30% aujourd'hui.

L'absence de « spécialisation » de nos interventions dans ce pays s'expliquait jusqu'alors par le contexte historique d'une part et l'environnement sanitaire spécifique éthiopien de l'autre. Le paludisme avait évidemment un impact limité sur la mortalité infantile du fait de l'influence de l'altitude. Pour leur part, les maladies diarrhéiques avaient déjà été prises en compte par notre soutien à la construction de milliers de latrines traditionnelles. Par ailleurs, les pathologies liées à la malnutrition, elles-mêmes fortement liées à la densité démographique et au contexte de famine verte, représentaient les facteurs dominants dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Ces facteurs étaient alors partiellement pris en compte par le biais de nos actions eau, hygiène et assainissement²¹ (EHA) et par nos activités de récupération nutritionnelle.

²¹ School Hygiene & Sanitation Booklet - Thomas Léonard, Inter Aide Ethiopie 2012

<http://www.interaide.org/pratiques/node/391>

Community Hygiene and Sanitation Booklet, Inter Aide Ethiopia, Thomas Léonard, Inter Aide Ethiopia 2012

<http://www.interaide.org/pratiques/node/388>



A Madagascar, nous n'avons commencé qu'en 2001 les activités de santé. Nous avons d'emblée expérimenté une approche radicalement nouvelle, fondée sur les leçons tirées de nos programmes de santé communautaire conduits précédemment dans différents pays, où comme on l'a déjà dit, les activités reposaient surtout sur une approche « horizontale », de type santé primaire. En d'autres termes, on peut rappeler qu'il s'agissait à l'époque de proposer dans ces pays une large palette de services de santé maternelle et infantile, à visée essentiellement préventive et par nature récurrente, et dont il était parfois difficile de mesurer l'impact d'une année sur l'autre.

L'initiative lancée sur la côte sud-est malgache reposait sur deux postulats essentiels mais simples :

- il est possible d'agir sur la mortalité infantile par une intervention « verticale » en ciblant les causes dominantes, celles-ci étant relativement constantes dans les zones du sud-est de Madagascar où Inter Aide intervient (essentiellement paludisme et diarrhées) ;
- les principaux verrous se situent au niveau de la très faible connaissance du paludisme et des diarrhées par les parents, et du manque d'accès au traitement provoqué par un faible taux des fréquentations des structures sanitaires.

Nous avons donc débuté une première action en testant différentes méthodes. D'abord dans le domaine des enquêtes de mortalité, l'expérience nécessitant des mesures fiables pour prouver son efficacité²². Ensuite dans celui de l'information des mères, où nous avons mis au point des ateliers éducatifs traitant exclusivement du paludisme et des diarrhées ainsi que des mécanismes de diffusion des moyens de prévention (moustiquaires imprégnées, latrines). Enfin dans celui de l'accès aux médicaments essentiels, où nous avons donné une formation spécifique à certaines femmes pour qu'elles deviennent des agents de santé villageois à même de prescrire des traitements adaptés pour les enfants de moins de 5 ans face à ces deux pathologies²³.

Après 18 mois de tests, nous avons pu mettre au point un modèle opérationnel qui permet en six mois de couvrir l'intégralité des villages d'une commune rurale, soit

²² Enquête sur la situation sanitaire des populations dans l'arrière-pays de Manakara, Madagascar 2002 - Dr. Mougénot, Inter Aide <http://www.interaide.org/pratiques/node/243> , Enquête 2004 <http://www.interaide.org/pratiques/node/244> 2005, <http://www.interaide.org/pratiques/node/248>

²³ **Lutte contre la mortalité infantile à Manakara, Madagascar:** Fiche Pratique SANTÉ-1.1.8. Modélisation du programme de lutte contre la mortalité infanto-juvénile dans l'arrière pays de Manakara, Madagascar. Dr. P. Redon, Inter Aide, mars 2006 — <http://www.interaide.org/pratiques/node/249>

Fiche Pratique SANTÉ-1.1.9. Organisation de réunions avec un petit groupe de femmes : prévention et traitement des diarrhées — - Fiche Pratique SANTÉ-1.1.10. Organisation de réunions avec un petit groupe de femmes : prévention et traitement du paludisme (malaria) — Fiche Pratique SANTÉ-1.1.11. Formation des " mamans conseil " au diagnostic et traitement du paludisme, Dr. P. Mougénot, Inter Aide 2003 <http://www.interaide.org/pratiques/node/245>

Jeu de dominos , jeu de l'oie, et jeu de cartes pour la prévention des diarrhées et de la malaria © Martine et Patrick Mougénot 2005. Programme de lutte contre la mortalité infanto-juvénile dans les villages de l'arrière pays de MANAKARA, MADAGASCAR, Inter Aide - Réseau Pratiques <http://www.interaide.org/pratiques/node/247>



environ 5 000 habitants²⁴. Une enquête préalable, confiée à des volontaires villageois formés à cet exercice, a permis de mesurer la mortalité initiale.

Des groupes de mères ont été constitués et ont suivi une séquence de six ateliers éducatifs, conçus autour des principales causes du paludisme et des diarrhées, des moyens de prévention et de la conduite à tenir en cas d'épisodes aigus.

Parallèlement, le programme diffuse des moustiquaires et des dalles pour latrines à prix subventionné. Certaines femmes reconnues socialement et motivées par la proposition, ont été formées au diagnostic rapide, à l'usage des traitements et à la rédaction de rapports d'activité ultra simplifiés. Elles ont été présentées au personnel des centres de santé qui ont participé à leur formation et à leur approvisionnement en médicaments.

Partout où ce modèle a pu être mis en œuvre, c'est-à-dire dans plus d'une trentaine de communes de la zone de Manakara, il a montré une grande efficacité. La mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé d'environ deux tiers (c'est-à-dire d'une valeur initiale moyenne de 200 ‰ et parfois plus à une valeur finale de 70 ‰) dans la totalité des zones concernées dans un délai de deux ans et avec une durée de l'effet puisque cette baisse de mortalité s'est maintenue ce qui a été confirmée depuis par toutes les enquêtes. Plus de 25 000 mères et environ 40 000 enfants ont bénéficié directement de ce programme, qui continue dans le district proche autour de Farafangana²⁵.

A partir de 2006, sur l'initiative du ministère de la santé et d'autres organisations, on a assisté à l'émergence de nouveaux agents de santé villageois, plus ou moins actifs, alors qu'il n'y avait jusque là que des agents formés par Inter Aide. En 2009, avec les services de santé du district, nous avons effectué un recensement de l'ensemble de ces nouveaux agents. Dans certaines communes, où le projet n'était pas intervenu et où il n'y avait pas du tout d'agent, des volontaires ont été recrutés. A l'inverse, quand il y avait plusieurs agents, une sélection a été faite pour ne garder que les plus compétents (deux agents par *Fokontany*). Ensuite, des formations de remise à niveau des compétences ont été organisées, notamment sur le paludisme, les maladies diarrhéiques et, à la demande du ministère de la santé, également sur les infections respiratoires aiguës. En lien avec les chefs des centres de santé (CSB), il s'agissait aussi d'homogénéiser l'approche et l'organisation de rapports simples, et de permettre au district d'avoir une vue complète des activités des agents de santé sur l'ensemble des communes. Au total, pas moins de 600 agents villageois (!) ont ainsi été formés sur le district de Manakara, et en plus 400 agents villageois sur le district de Mananjary.

²⁴ Programme de réduction de la mortalité infanto-juvénile: présentation de l'expérience développée à Manakara (Madagascar) Philippe Redon, Inter Aide 2008 <http://www.interaide.org/pratiques/node/251>

²⁵ Outils du programme de lutte contre la mortalité infanto-juvénile à Farafangana Madagascar, Olivier Rochat, 2010 <http://www.interaide.org/pratiques/node/211>



Devant le succès de ce modèle peu coûteux, efficace et simple à mettre en œuvre, nous avons cherché à le reproduire dans toutes les zones d'action où les mêmes conditions prévalent (notamment au Malawi et au Mozambique).

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 déficiente en dépit d'une densité de formations sanitaires convenable. Combinés à un taux d'illettrisme très élevé, 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 mis en place une approche similaire à celle menée à Madagascar. Un certain nombre de données particulières à cette région nous ont amenés à aménager 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.



En conclusion,

Ce texte est un peu déséquilibré dans la mesure où l'on a été amené à donner plus de détails sur les programmes du Malawi.

Mais il ressort de tout ce qui précède que l'évolution majeure de nos méthodes sur les programmes de santé en milieu rural a surtout consisté, dans presque tous les pays concernés, en une concentration de nos efforts sur les actions permettant de réduire directement la mortalité infanto-juvénile (celle des moins de 5 ans).

Cependant cette spécialisation, si elle a été générale, s'est faite en fonction des contextes particuliers et notamment des causes de la mortalité des enfants : en ce qui concerne Haïti, par exemple, ces dernières sont trop diverses pour envisager une spécialisation. En Ethiopie, elles tiennent surtout à la densité de population et aux diarrhées alors qu'elles sont surtout liées au paludisme et aux diarrhées au Malawi, au Mozambique, à Madagascar et en Sierra Léone. Comme toujours, il s'agit de faire évoluer les méthodes, mais en gardant le principe de s'adapter aux besoins et au contexte local de chaque région.

Les échanges de Pratiques dans le domaine de la santé sont accessibles sur le site du Réseau Pratiques <http://www.interaide.org/pratiques/sante/sante>



HAÏTI

A Pérodin, dans les Cahos en



1991

ETHIOPIE

17

**Réseau PRATIQUES**

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement
<http://www.interaide.org/pratiques>

A Muré en 1995, déjà sur le thème du planning familial.



Après le Drama, l'animatrice (particulièrement dynamique) donne aux femmes l'occasion de s'exprimer sur le sujet.



MALAWI

Programme de santé à Thondwé, en région sud (juillet 2004).



Animé par Jonah Mphanda, ce programme comprend :

- des activités de PMI, avec 9 cliniques de nutrition accueillant environ 250 enfants par an et un appui à 30 CBDA (agents de promotion de l'espacement des naissances),
- le suivi de 7 pharmacies Communautaires («Drug Revolving Fund») avec 3000 consultations par an
- la promotion des latrines(360 San-Plats faites en maï) et la vente de moustiquaires 450 en 2 mois).

A Phulania, un village de 200 familles, nous visitons la Pharmacie communautaire. Tenue par quelques femmes et 2 hommes, elle doit desservir aussi 9 villages alentours. Elle a reçu 834 patients en un an, provenant surtout de Phulania (cas de Malaria, parasites, diarrhées, anémies, gale etc...).

Elle a aussi permis de diffuser 295 moustiquaires depuis mars, ce qui est important.



MADAGASCAR

Programme de santé à Manakara en 2004, lutte contre la mortalité infanto-juvénile.





Il s'agit du 2^{ème} atelier sur les diarrhées, après les 2 ateliers déjà donnés sur le paludisme. Les images (ci-dessus, la fabrication du sérum oral) et la reprise des messages sous forme de jeux logiques favorise à la fois une bonne compréhension et la mémorisation des liens de cause à effet.

