



Valéry Ridde et Fatoumata Ouattara

Des idées reçues en santé mondiale

Presses de l'Université de Montréal

23. Les agents de santé communautaires peuvent soigner les enfants fébriles dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne

Thomas Druetz

DOI : 10.4000/books.pum.3665

Éditeur : Presses de l'Université de Montréal

Lieu d'édition : Presses de l'Université de Montréal

Année d'édition : 2015

Date de mise en ligne : 7 novembre 2017

Collection : PUM

ISBN électronique : 9782821895461



<http://books.openedition.org>

Référence électronique

DRUETZ, Thomas. 23. *Les agents de santé communautaires peuvent soigner les enfants fébriles dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne*. In : *Des idées reçues en santé mondiale* [en ligne]. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2015 (généré le 01 mai 2019). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/pum/3665>>. ISBN : 9782821895461. DOI : 10.4000/books.pum.3665.

Les agents de santé communautaires peuvent soigner les enfants fébriles dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne

Thomas Druetz

Au lendemain de la conférence d'Alma-Ata en 1978, des agents de santé communautaires (ASC) ont été déployés dans la plupart des pays à revenus faibles ou modérés afin de mettre en œuvre la politique des soins de santé primaires. Progressivement délaissés en Afrique subsaharienne, notamment à la suite des influences néo-libérales qui ont restreint les politiques publiques et sapé la vision holistique et positive de la santé exprimée à Alma-Ata, l'intérêt porté aux ASC y est aujourd'hui en pleine recrudescence. Jeffrey Sachs, une autorité mondiale en santé publique, a récemment appelé à former un million d'ASC sur le continent africain

Les agents de santé communautaires ont pour mission d'améliorer la santé de la population dans leur village. Ils partagent deux caractéristiques essentielles: (1) ils proviennent du village où ils opèrent et (2) ils reçoivent une formation ad hoc de courte durée, de quelques jours à quelques semaines tout au plus. Les ASC sont souvent considérés comme le prolongement du système de santé dans les villages, même si, dans la plupart des cas, ils ne font pas partie de la fonction publique, ils ne reçoivent pas de salaire officiel et leurs actes ne sont pas réglementés.

avant le terme des Objectifs du Millénaire pour le développement, prévu en 2015. Bien que le spectre des missions qui leur échoient soit vaste, nous traiterons dans ce chapitre de deux idées reçues concernant un axe majeur de leur utilisation actuelle : la prise en charge thérapeutique des enfants fébriles.

Ce regain d'intérêt pour les ASC en Afrique pour soigner les enfants fébriles marque le passage d'une idée reçue à une autre. La première idée, qui n'est combattue que depuis récemment, consistait à voir dans toute fièvre de l'enfant un cas de paludisme. Lorsqu'un enfant fébrile venait en consultation, l'ASC lui administrait automatiquement un traitement antipaludéen s'il en disposait. Depuis l'arrivée de tests de diagnostic rapide du paludisme, cette idée est graduellement remplacée par une autre, celle d'une prise en charge combinée du paludisme et de la pneumonie par les ASC. Les ASC administreraient des antipaludéens aux enfants fébriles dont le test est positif, et des antibiotiques à ceux qui présentent un ou des signes de pneumonie. Cette stratégie permettrait la prise en charge sur le plan communautaire des deux maladies auxquelles on attribue le plus de décès infantiles en Afrique subsaharienne.

Toute fièvre est causée par le paludisme

L'administration systématique d'antipaludéens aux enfants fébriles, sans que le diagnostic ait été confirmé, a longtemps été recommandée dans les pays d'Afrique où le paludisme est très présent. Deux facteurs ont justifié cette stratégie. D'une part, il était utopique de vouloir confirmer tous les cas de paludisme en laboratoire, particulièrement dans les zones rurales. D'autre part, il était important d'administrer rapidement (moins de 24 heures après l'apparition des symptômes) un traitement aux enfants ayant le paludisme sous peine de voir leur état empirer et leur probabilité de décès augmenter. L'idée que toute fièvre est causée par le paludisme a donc été inculquée aux agents de santé et aux ASC. Elle a ensuite interagi avec les contextes locaux, où des préconceptions à l'égard de la fièvre circulaient déjà dans les communautés.

L'utilisation d'ASC pour administrer des antipaludéens dans les villages peut accélérer le recours aux soins des enfants fébriles et diminuer le délai entre l'apparition de la fièvre et le traitement. L'efficacité potentielle de cette stratégie pour réduire la morbidité et la mortalité attribuables au

paludisme a été démontrée, de même que sa faisabilité et son acceptabilité par les populations.

Par contre, les études ont aussi montré que la proportion d'enfants fébriles qui sont véritablement atteints de paludisme est extrêmement variable en fonction de l'épidémiologie locale de la maladie. Ce constat s'est empiré avec le recul du paludisme observé dans plusieurs pays africains depuis les années 1990. Le nombre élevé de faux cas présumés de paludisme a entraîné des effets néfastes. On a ainsi observé une surprescription d'antipaludéens, ce qui a encouragé les ruptures dans les chaînes d'approvisionnement ainsi que l'émergence de résistances du parasite à l'égard des molécules. Également, pour les enfants qui souffrent en réalité d'autres infections ou maladies, la présence présumée du paludisme dans toute fièvre retarde l'établissement du bon diagnostic ainsi que la prise en charge thérapeutique appropriée.

La réduction progressive du fardeau global du paludisme, l'élaboration de tests de diagnostic rapide et la crainte de nouvelles résistances ont incité, en 2010, l'OMS à recommander aux États de ne traiter désormais que les cas confirmés de paludisme. Dans ce nouveau contexte, les ASC sont progressivement formés à utiliser les tests de diagnostic rapide et à n'administrer les antipaludéens qu'aux cas positifs. Mais ce nouveau protocole de prise en charge entre souvent en conflit avec l'idée qu'on leur inculquait depuis des années et selon laquelle tout enfant ayant une fièvre souffre de paludisme. Des études récentes montrent que ce nouveau protocole se heurte à une certaine opposition de la part des agents de santé et des mères qui amènent leur enfant fébrile en consultation. Par conséquent, de nombreux antipaludéens continuent d'être administrés aux enfants fébriles dont le test est pourtant négatif.

L'ASC pour traiter de façon combinée le paludisme et la pneumonie

Au fur et à mesure que l'utilisation de tests de diagnostic rapide se répand, une nouvelle idée progresse. Les ASC administreraient des antipaludéens aux seuls cas confirmés de paludisme, et procureraient des antibiotiques aux enfants fébriles qui présentent un ou plusieurs signes de pneumonie. Plusieurs éléments justifient cette stratégie. D'une part, en Afrique subsaharienne, la pneumonie se situe au deuxième rang (après le paludisme) des plus importantes causes de mortalité – près de 750 000 décès infantiles

annuels lui sont attribués. D'autre part, la pneumonie, tout comme le paludisme, nécessite une prise en charge rapide sous peine d'augmenter les probabilités de décès.

Plusieurs études ont montré que les ASC peuvent efficacement prendre en charge la pneumonie infantile et réduire ainsi la mortalité qui lui est attribuée. Un protocole a été développé pour leur permettre de diagnostiquer la pneumonie chez l'enfant et de distinguer les formes sévères des formes simples. Des outils ont été conçus pour les aider à déceler un taux élevé de respiration par minute, qui est un signe clinique caractéristique de la pneumonie. Les ASC ont montré une bonne capacité à utiliser ces outils et à suivre fidèlement le protocole. Cependant, la grande majorité des études ayant démontré le succès de la prise en charge de la pneumonie par des ASC ont été menées en Asie, dans un contexte radicalement différent de celui de l'Afrique subsaharienne. En effet, outre la présence beaucoup plus marquée du paludisme, l'Afrique subsaharienne se caractérise par un accès plus restreint aux soins de santé, par des services publics plus rares et par un taux d'alphabétisation de la population et des ASC moins élevé.

En réalité, l'impact de la prise en charge de la pneumonie par des ASC en Afrique reste à démontrer. En ce qui concerne la performance des ASC, les rares études qui l'ont mesurée suggèrent que les ASC éprouvent des difficultés à suivre le protocole décisionnel, particulièrement s'ils sont formés à prendre en charge plusieurs maladies (par exemple, le paludisme et la pneumonie) ou si l'enfant présente des signes de sévérité. Les déterminants de bonne performance des ASC sont pour la plupart inconnus, de même que les critères associés à une bonne implantation de cette stratégie. Les taux de sur-prescription et de sous-prescription d'antibiotiques, le traitement administré en cas de pneumonie, varient grandement d'une étude à l'autre, ce qui est préoccupant dans une perspective de santé publique. En effet, dans l'hypothèse où cette stratégie est implantée à grande échelle, elle pourrait encourager le développement de résistances aux antibiotiques. De surcroît, l'épidémiologie de la pneumonie dans les milieux ruraux d'Afrique subsaharienne est mal connue, notamment la proportion des cas causés par des infections autres que bactériennes – et pour lesquels les antibiotiques ne sont pas indiqués.

Ainsi, le recours aux ASC peut permettre d'améliorer l'accès rapide à des traitements efficaces dans les zones rurales. Toutefois, le potentiel

des ASC pour diminuer la mortalité des enfants fébriles a été limité par deux idées qui ont gouverné leur utilisation. Ces idées sont tombées dans le même travers: miser sur l'efficacité des traitements administrés (anti-paludéens ou antibiotiques) plutôt que d'accorder une considération suffisante à la pluralité des causes de la fièvre ou aux difficultés d'implantation en Afrique subsaharienne d'une stratégie éprouvée en Asie. Le recours aux ASC sur le continent africain ne constitue donc pas une solution simple et facile au problème crucial du manque d'accès aux soins des populations rurales.

Pour aller plus loin

- BAIDEN, F., WEBSTER, J., OWUSU-AGYEI, S. et CHANDRAMOHAN, D. (2011). Would rational use of antibiotics be compromised in the era of test-based management of malaria? *Tropical Medicine & International Health*, 16 (2): 142-144.
- DRUETZ, T., SIEKMANS, K., GOOSSENS, S., RIDDE, V. et HADDAD, S. (2015). The community case management of pneumonia in Africa: A review of the evidence. *Health Policy Plan*. 30 (2): 253-266.
- FAYE, S. (2012). Améliorer la prise en charge du paludisme par les tests de diagnostic rapide (TDR): appropriation par les prestataires et bénéficiaires de soins au Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot*, 105(3): 237-244.