

## Normes de prévention et de prise en charge formelles et informelles en matière de lutte contre le paludisme à Madagascar

Andry Herisoa Andrianasolo

### Introduction

Madagascar, île de l'Afrique subsaharienne comptant un peu plus de 21 millions d'habitants est un pays à prédominance rurale disposant de ressources très variées. Malgré ses richesses naturelles, le pays était classé en 2013, parmi les pays les moins avancés (PMA), avec un indicateur de développement humain de 0,49 (PNUD). La crise politique qui a secoué le pays en 2009 continue à avoir des impacts majeurs sur le plan socio-économique.

Dans ce contexte de sous-développement, le pays doit affronter de manière permanente des problèmes de santé publique. Le paludisme (ou malaria) est l'une des maladies qui sévit encore durement. Le taux d'incidence a certes diminué dans l'ensemble de la population passant de 90 pour mille en 2000 à moins de 10 pour mille en 2010. Le taux de mortalité dû au paludisme a été divisé par cinq chez les enfants de moins de 5 ans entre 2003 et 2011, et parmi les patients venus consulter, le taux de morbidité est passé de 5 % à 3 % entre 2008 et 2011. Malgré ces progrès, des pics aigus de malaria ont été de nouveau enregistrés depuis 2013, notamment durant les périodes de pluies, dans les régions de l'est et du sud-est de Madagascar. Les plus alarmants ont été observés en mars et avril 2013 : le nombre de cas a été multiplié par 8 à 10. Les enfants en bas âge (avec une prévalence de 6 % pour l'ensemble du pays) et les femmes enceintes sont les plus vulnérables[1].

### Contexte et objectif de l'étude

Le paludisme est une maladie infectieuse tropicale connue par le symptôme de forte fièvre, de grosse sueur tout en ayant très froid, de tremblements et de courbatures, de perte d'appétit, et d'une déshydratation aiguë. À Madagascar, le paludisme est causé par le *Plasmodium Falciparum*, véhiculé par les moustiques femelles, de la famille *Anophèle*. Récemment, les scientifiques ont identifié des patients malgaches affectés par le *Plasmodium Vivax* (le virus qui touche plutôt l'Asie). Le paludisme simple non traité à temps se transforme rapidement en paludisme grave entraînant souvent le décès chez les enfants.

Pourtant, en dépit de ces configurations multiples et inquiétantes, Madagascar se situait parmi les pays exemplaires en matière de lutte contre le paludisme. Le programme est généralement soutenu par le Fonds Mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Les actions menées par le Ministère de la santé et ses différents partenaires techniques se traduisent par des campagnes d'aspersion intra domiciliaires (CAID) d'insecticide, des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées (d'insecticide) de longue durée (MILD), un traitement préventif intermittent (TPI) pour les femmes enceintes lors des consultations prénatales (CPN), des campagnes de sensibilisation sous forme

d'information-éducation-communication pour un changement de comportements (IEC/CCC). La prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme sont pris en charge par le programme à Madagascar.

En 2012, selon le Directeur du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), 2,9 millions de moustiquaires ont été distribuées dans les villages malgaches auprès des femmes et des enfants les plus vulnérables, et des campagnes d'aspersion d'insecticide ont été organisées dans une grande partie des foyers. Le diagnostic de la maladie qui se basait essentiellement sur l'état fébrile du patient, est aujourd'hui confirmé par le test de diagnostic rapide (TDR). Il s'agit d'un prélèvement sanguin réalisé au bout du doigt, dont un résultat positif (après quelques minutes) annonce l'existence du virus dans le corps. Les TDR sont gratuitement mis à la disposition du personnel de santé, y compris les agents communautaires (AC)[2]. Suite à la résistance du virus à la chloroquine, le médicament préconisé par l'OMS pour traiter le paludisme est actuellement l'ACT[3], à base d'Artemisinine. Dans le cadre de la facilité pour l'accès aux médicaments à des prix abordables (AMFm), l'ACT est disponible quasi-gratuitement dans les centres de santé de base de niveau 2 (CSB2), les hôpitaux et les pharmacies sous la gestion du ministère de la Santé.

Des normes de prévention et de soins se sont imposées et/ou se sont créées autour de cette maladie[4]. Des normes formelles diffusées durant les campagnes de sensibilisation, les séances d'IEC/CCC, les consultations, et enfin, diffusées dans les émissions de radio et télévisées. Les principaux messages préconisent de se rendre dans une formation sanitaire aux premiers signes de la maladie, ou d'approcher un AC, d'utiliser adéquatement et régulièrement des moustiquaires et de pratiquer des consultations prénatales pour les femmes enceintes. Ces normes formelles s'adressent aux soignants et aux acteurs institutionnels à travers les formations, les réunions périodiques, les séances d'inspection etc. Ainsi, la prise en charge du malade doit passer par le test TDR pour identifier la maladie. Les cas de paludisme grave doivent être évacués dans les hôpitaux des grandes villes les plus proches. À côté de ces normes formelles, il existe des normes informelles diffusées et acquises à travers la culture, le savoir-faire hérité des aînés, les faits vécus, mais surtout à travers les discussions entre les membres de la société.

L'étude que nous avons réalisée, en cohérence avec le PNLP, dans le cadre du Projet PALEVALUT a été initiée et menée par l'Institut Pasteur de Madagascar en collaboration avec les ministères d'autres pays africains. Le projet a pour but d'évaluer l'efficacité des actions de lutte contre le paludisme menées dans les pays du Sud. Il s'agit d'une étude multidimensionnelle. L'analyse que nous présentons ici se limite à l'aspect socio-anthropologique du sujet et évoque les effets de l'existence de différentes normes sur la prévention et la prise en charge du paludisme à Madagascar. La problématique traitée peut s'énoncer ainsi : dans quelle mesure la coexistence des normes de prévention et de prise en charge formelles et informelles affecte-t-elle l'efficacité des programmes de lutte, en matière de paludisme, à Madagascar ?

## Méthodologie

Dans cette étude deux zones géographiques ont été choisies pour apprécier l'influence des

différences épidémiologiques, culturelles sur les comportements des acteurs. Ankazobe se situe sur les Hautes Terres au nord-ouest, à 94 km de la capitale Antananarivo. Le chef-lieu de district Ankazobe dispose d'un centre hospitalier et se trouve sur la route nationale n° 4. Les communes investiguées se situent entre 30 à 60 km d'Ankazobe et sont toutes rurales. Le taux de prévalence du paludisme est relativement faible, du fait de l'altitude. Les cas de paludisme identifiés sont généralement importés de Maevatanana, la zone voisine, où des carrières d'or favorisent des migrations importantes de populations d'origines différentes. Brickaville se localise sur la route nationale n° 2, vers la côte Est de la Grande Ile. Brickaville est à 220 km de la capitale. Toamasina et Vatomanady sont les villes les plus proches vers lesquelles les cas de paludisme grave doivent être évacués en raison de leur dotation en équipements médicaux plus performants. Cette zone est marquée par une forte recrudescence du paludisme. Dans les deux districts sélectionnés, des communes rurales et semi-urbaines ont été investiguées, les unes accessibles, les autres plus difficiles d'accès. Les deux districts diffèrent également par leurs pratiques culturelles.

La méthodologie qui a été adoptée se fonde sur une approche mixte, comprenant une enquête qualitative suivie d'une enquête quantitative.

Au cours de l'enquête qualitative, nous avons réalisé 57 entretiens de soignants et de soignés des deux sexes. Parmi eux des femmes enceintes, des malades, des non malades, des guérisseurs traditionnels, des agents communautaires, des agents administratifs, des enseignants en cycle primaire, des personnels de radios locales, des chefs traditionnels, des représentants d'ONG partenaires. Les entretiens ont concerné les différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme. Le contenu des entretiens portait sur la connaissance du paludisme (cause, mode de transmission et de prévention), la perception de la maladie, les pratiques thérapeutiques et la prise en charge, les déterminants multidimensionnels de l'itinéraire de soins[5], la perception, l'usage et l'utilisation des moustiquaires et d'autres insecticides, la relation soignant-soigné, les expériences professionnelles des soignants, les différentes formes d'IEC/CCC et leurs perceptions par la population, etc.

L'enquête quantitative a porté sur 4 262 individus répartis dans 803 ménages. Ces ménages ont été sélectionnés par tirage simple aléatoire. Les thématiques de l'enquête qualitative ont été reprises, complétées d'autres modules socio-économiques sur le revenu du ménage et le niveau et les conditions de vie des membres du ménage. Une partie du questionnaire concerne chaque individu du ménage, une autre partie concerne le ménage en général, et une dernière partie porte plus particulièrement sur la possession et l'utilisation de moustiquaires.

L'ensemble des entretiens et des enquêtes a été réalisé durant le premier semestre de 2014 et se sont déroulés en malgache (officiel ou dialectique). Les entretiens qualitatifs ont été retranscrits en malgache officiel puis traduits en français avant d'être analysés suivant une grille commune. Les données quantitatives ont été traitées avec le logiciel statistique *Stata*. 11®.

Résultats

Les résultats des différentes analyses portent sur trois points :

- la transmission des normes de prévention et de prise en charge formelles ;
- la transmission des normes de prévention et de prise en charge informelles ;
- les effets de la coexistence des normes de prévention et de prise en charge formelles et informelles en matière de paludisme.

#### *Transmission des normes de prévention et de prise en charge formelles*

Les normes de prévention et de prise en charge du paludisme sont diffusées officiellement par les médecins, les sages-femmes et les agents communautaires qui donnent les consignes.

Lors des revues trimestrielles organisées et dirigées par le médecin inspecteur de chaque service de santé du district, le sujet du paludisme est largement discuté avec les personnels de santé, particulièrement durant la saison des pluies (d'octobre à mars) favorables à de fortes prévalences de maladie. C'est lors de ces visites que les nouvelles consignes sont données (par exemple l'utilisation du TDR pour confirmer un cas de paludisme). Les médecins chefs des CSB2 interrogés ont affirmé la nécessité d'assister régulièrement aux revues trimestrielles pour être informé des nouvelles pratiques à mettre en œuvre pour la prise en charge des malades.

Au niveau des CSB2 ou CSB1, les normes médicales sont transmises à la population essentiellement durant la consultation. Dans ces cas, la diffusion des normes se limite, la plupart du temps, aux instructions liées à la prescription des médicaments. Le mode de prise des médicaments est expliqué à l'oral et à l'écrit en présence d'une personne lettrée. Les personnes interrogées (ayant déjà vécu un épisode de paludisme) étaient, en général, capables de répéter aux enquêteurs comment prendre les médicaments. En revanche les causes de la maladie, ainsi que son mode de transmission, sont rarement expliqués aux patients. Les soignants ont avoué que contraints par le temps, ils n'expliquent pas entièrement la maladie à leurs malades. En effet, la durée moyenne d'une consultation est de 7 à 10 minutes sauf en cas de paludisme grave qui nécessite plus de mobilisation du médecin et de ses collaborateurs. En matière de prévention, l'utilisation de moustiquaires est généralement rappelée, mais sans éclaircissement non plus.

Lors des consultations prénatales, les femmes enceintes reçoivent des explications et des consignes sur la prévention du paludisme de la part de la sage-femme ou du médecin chef. Le PNLN en partenariat avec l'UNICEF prévoit une moustiquaire par femme enceinte (il s'agit de la distribution de routine). Une femme enceinte doit également prendre, sous la surveillance de la sage-femme, un cachet pour la prémunir contre le paludisme lors de chaque consultation. Mais, le message sur le paludisme est parfois dilué dans d'autres informations, car le cachet antipaludique est à prendre avec d'autres comprimés (de fer, de vermifuge, de vitamines), et d'autres points sur la grossesse sont évoqués. Le mode de transmission et les causes du paludisme sont également peu compris.

Les séances d'IEC/CCC sont rarement organisées de manière officielle par les médecins chefs ou leurs collaborateurs faute de temps. L'IEC/CCC tend à se mélanger aux consultations selon les soignants. En revanche, les agents communautaires sont plus

disponibles pour assurer des séances d'IEC/CCC individuelles. Leur statut (membre du village, non professionnel, à proximité de la population) leur permet d'accorder plus de temps pour aborder le sujet, lorsque les malades sont conduits auprès d'eux.

Les agents administratifs font rarement de la sensibilisation. Ils participent seulement aux campagnes de distribution de MILD ou d'aspersion intra-domiciliaire d'insecticide, et aux opérations d'assainissement du village. Leur rôle se résume à la mobilisation de la population et à son recensement le jour de la sensibilisation. Ainsi, à la question sur les raisons du débroussaillage de l'environnement, une grande proportion des personnes enquêtées a évoqué le caractère obligatoire de l'opération et la peur des sanctions de la part des chefs du *fokontany*, plutôt qu'une prévention contre le paludisme.

Par ailleurs, le paludisme fait l'objet d'un enseignement à l'école en cycle primaire. La chaîne de radio locale (cas de Brickaville) travaille en partenariat avec le service de santé du district pour assurer des émissions périodiques sur la santé. Mais il est à noter que les communes ne captent pas toutes les ondes de radio.

Dans l'ensemble, on peut dire que l'essentiel des normes formelles sur le paludisme est diffusé, bien qu'elles ne soient pas toujours bien comprises de la population. Les normes de prévention et de prise en charge sont les plus soulignées.

#### *Transmission des normes de prévention et de prise en charge informelles*

Toutes les normes de prévention et de prise en charge du paludisme, autres que les normes formelles, sont qualifiées d'informelles dans cette analyse. Ces normes sont, tout d'abord, héritées des savoir-faire des aînés ou des anciens. Les jeunes mères sont initiées par leur mère ou belle-mère. Ces normes sont tacitement transmises par les pratiques, retenues de génération en génération. La préparation d'infusion ou de tisane pour faire baisser la fièvre en est une illustration.

Les normes informelles sont également acquises à travers des épisodes vécus ou connus (un cas dans le ménage voisin, par exemple). Toutes les personnes interrogées ayant connu un cas de décès du paludisme sont capables d'expliquer de façon suffisamment claire la maladie. Ainsi, ces individus distinguent les normes formelles des normes informelles dorénavant. Par ailleurs, les discussions entre voisins ou villageois nourrissent la persistance des normes informelles. Dans l'automédication, par exemple, le choix du médicament à prendre ou à acheter repose généralement sur l'influence des autres, particulièrement, lorsque les comprimés sont achetés dans une épicerie ou auprès des marchands ambulants.

Enfin, la prise en charge par les guérisseurs traditionnels constitue des normes informelles connues, respectées et suivies. Dans l'enquête quantitative, très peu de réponses évoquent le recours à la médecine traditionnelle, mais les entretiens qualitatifs ont souligné des pratiques ancestrales encore en vigueur pour soigner le paludisme, et attribuant à cette maladie une origine liée aux sortilèges.

Ces normes, officiellement opposées, coexistent et sont connues et respectées dans la société malgache.

Quels sont les effets de la coexistence des normes de prévention et de prise en charge formelles et informelles en matière de paludisme ?

La coexistence des normes formelles et informelles se traduit par une contradiction en matière de prévention et surtout en matière de prise en charge du paludisme.

Bien que la nécessité de dormir sous la moustiquaire soit connue, ne serait-ce que pour éviter la nuisance des insectes, l'utilisation de moustiquaire est parfois refusée. Certains ménages préfèrent préparer des solutions répulsives « fait-maison » pour se protéger. Ainsi, ces gens utilisent de la graisse appliquée sur la peau ou du produit chimique (*Nuvan*®) dilué dans une petite quantité de pétrole puis aspergé sur les murs ou des fumigations pour faire fuir les insectes. Or un mode de prévention qui ne se focalise pas sur la lutte contre les moustiques de manière efficace ne peut assurer une protection sûre contre le paludisme [6]. Dans certains cas, les méthodes préventives locales sont appliquées en parallèle avec l'utilisation de moustiquaires.

En matière de traitement du paludisme, l'indicateur pertinent de l'incompatibilité des normes formelles et informelles, est la longue errance entre l'apparition des premiers signes de la maladie et le premier recours aux soins médicaux appropriés. Aux premiers symptômes de la maladie, c'est-à-dire une hausse de la température et un mal de tête, l'individu (ou les parents de l'enfant) ne se doute de rien. Ces signes sont négligés ou sont considérés comme causés par la chaleur ou la consommation de fruits non mûrs, etc. Parfois, la persistance de la température est masquée par le fait que l'individu continue d'être actif. Lorsque la décision d'agir se manifeste, elle se limite à la préparation de tisane ou, au plus, à l'automédication. Pour certains, la suite du recours est de se rendre auprès d'un guérisseur traditionnel. Les cas de paludisme grave s'expliquent très souvent par le retard du recours dans les centres de santé. Les enfants y succombent souvent [7]. Toutefois, dans l'ensemble, une bonne proportion des malades est conduite directement, et à temps, dans les CSB2 après les premiers signes.

## Conclusion

La persistance du paludisme ne s'explique pas uniquement par l'incompatibilité des normes de prévention et de prise en charge formelles et informelles. D'autres facteurs interviennent également et sont à prendre en considération, tels que : l'insuffisance de connaissance sur la maladie, le nombre inadéquat de moustiquaires dans un ménage obligeant quelques individus à dormir non protégés, l'éloignement du centre de santé, le niveau socio-économique du ménage, la disponibilité des soignants, la qualité du rapport soignant-soigné, les problèmes structurels, etc. L'efficacité des programmes de lutte contre le paludisme passe par la prise en compte de ces facteurs dans leur ensemble.

*Cette étude entre dans le cadre d'un projet d'évaluation opérationnelle de la lutte intégrée contre le paludisme (projet PALEVALUT), financé par Initiative 5 % sida-tuberculose-paludisme du Fonds mondial, réalisée au sein de l'Institut Pasteur de Madagascar. Avec la contribution de : Emma Raboanary, Chiarella Mattern, Thomas Kesteman, Dolorès Pourette*

et Christophe Rogier.

## Notes

[1] Institut National de Statistique (INSTAT), National Malaria Control Program (PNLP), Institut Pasteur de Madagascar (IPM) and II, (2013), *Malaria Indicator Survey*, 2013.

[2] Les AC sont des habitants du village, pouvant être volontaires ou proposés par le Chef du *fokontany*\*, validés et formés par le Médecin Chef du Centre de Santé de Base de niveau 2 (CSB2), pour prendre en charge les enfants de moins de 5 ans, en cas de paludisme simple, ou orienter les malades adultes et les cas de paludisme grave vers le CSB2. Ils disposent en stock des ACT et des TDR. Ils sont également mobilisés pour prendre en charge les enfants en matière de malnutrition et d'autres maladies, sous l'encadrement de l'équipe de l'UNICEF.

\*Le *fokontany* est la dernière circonscription administrative et géographique dans le système administratif malgache.

[3] Artemisinin-based Combination Therapy.

[4] C. Commeyras, J.-R. Ndo, O. Merabet, H. Kone, F.-P. Rakotondrabe, « Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Caméroun », *Cahier d'études et de recherches francophones /Santé*, 16, 2006, p. 5-12.

[5] C. Baxerres, J.-Y.-L. Hesran, « Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : Entre contrainte économique et perception des maladies », *Sciences sociales et santé*, 2004, p. 5-23.

[6] O. Bouchaud, « Paludisme », *La revue du praticien*, 56-12, 2006, p. 1 377-1 383.

[7] J.-K. Assimadi, A.-D. Gbado, D.-Y. Atakouma, K. Agbénowossi, K. Lawson-Evi, A. Gayibor, et al., « Paludisme sévère de l'enfant au Togo », *Archives de pédiatrie*, vol. 5, Issue 12, 1998, p. 1 310-1 315.