

Contribution des agents de santé communautaire à l'efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans le district sanitaire de l'est-mono au Togo

Lardja Kanati,

Enseignant-Chercheur, sociologie,

Université de Kara, B.P. 43,

*Route de l'ENI, Kara, Togo, Laboratoire Pôle de Recherche
et d'Expertise sur la Dynamique des Espaces et des Sociétés*

kanlardja@yahoo.fr

Résumé

Recommandée par l'OMS depuis 2012, en plus de l'utilisation des moyens classiques de lutte contre le paludisme, la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), une nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme. Elle consiste en l'administration de doses thérapeutiques de médicaments antipaludiques à un mois d'intervalle pendant la saison de haute transmission du paludisme aux enfants âgés de 3 à 59 mois.

Le manque de ressources humaines permettant une prise en charge efficace pendant la saison de haute transmission du paludisme dans les pays à ressources limitées comme le Togo est compensé par la mise en place d'agents de santé communautaires (ASC) travaillant en appui des professionnels de santé. L'objectif de cet article vise à montrer l'impact des actions des ASC sur l'efficacité de la chimioprévention. Un choix raisonné a été porté sur 156 agents de santé communautaires appartenant tous à la zone 2 du District de l'Est-Mono et 1738 enfants de 03 à 59 mois ayant reçu à chaque cycle les trois doses de l'Artémisinine, Artémisinine-Pipéraquine en 2021.

Il ressort qu'à 100% les ASC font la campagne porte à porte ; ils connaissent les effets indésirables, les meilleures méthodes d'administration des comprimés ainsi que la dose prescrite aux enfants. Ils mènent des sensibilisations autour de la CPS et savent gérer le registre de la CPS ainsi que les effets indésirables liés à l'administration des comprimés. Comme impacts, la couverture à chaque cycle a dépassé 95% ; le nombre des cas de paludisme confirmés les moins représentés ont été observés au cours des mois de juin, juillet, août et septembre avec une réduction de 77,5% correspondants à la période de la mise en œuvre de la CPS et les effets indésirables étaient absents au cycle 4 du traitement.

Mots clés : Agents de santé communautaire, prise en charge, chimioprévention, efficacité, district, Est-Mono

Abstract

Recommended by the WHO since 2012, in addition to the use of traditional means of combating malaria, seasonal malaria chemoprevention (CPS), a new strategy for combating malaria. It consists of the administration of therapeutic doses of antimalarial drugs one month apart during the high malaria transmission season to children aged 3 to 59 months.

The lack of human resources allowing effective care during the high malaria transmission season in countries with limited resources such as Togo is compensated by the establishment of community health agents (ASC) working in support of malaria professionals health. The objective of this article aims to show the impact of the actions of CHWs on the effectiveness of chemoprevention. A reasoned choice was made on 156 community health workers all belonging to zone 2 of the Est-Mono District and 1738 children aged 03 to 59 months who received three doses of Artemisinin, Artemisinin-Piperquine in each cycle in 2021.

It appears that 100% of the ASCs carry out the door-to-door campaign; they know the side effects, the best methods of administering the tablets as well as the dose prescribed for children. They raise awareness about the SMC and know how to manage the SMC register as well as the adverse effects linked to the administration of the tablets. As for impacts, coverage in each cycle exceeded 95%; the least represented number of confirmed malaria cases were observed during the months of June, July, August and September with a reduction of 77.5% corresponding to the period of implementation of the CPS and the adverse effects were absent in cycle 4 of treatment.

Keywords: Community health workers, care, chemoprevention, effectiveness, district, Est-Mono

Introduction

Le paludisme est une maladie humaine potentiellement mortelle causée par le plasmodium, un parasite qui se transmet par piqûre de moustique, appelé anophèle femelle (<https://www.who.int/malaria/publications/worldmalaria-report-2018/en/>). En 2020, on estimait à 241 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde et à 627 000 le nombre de décès imputables au paludisme (<https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/malaria>).

La vision mondiale de lutte aujourd'hui est d'éliminer le paludisme. A cet effet, la stratégie technique mondiale 2016-2030 élaborée par l'OMS a pour objectifs entre autres de réduire la mortalité liée au

paludisme au plan mondial par rapport à 2015 d'au moins 90% à 2030 ; réduire l'incidence du paludisme au plan mondial par rapport à 2015 d'au moins 90% à 2030 et éliminer le paludisme des pays où il y avait transmission en 2015 dans au moins 35 pays à 2030.

Toutefois, le paludisme constitue et continue d'être non seulement un problème de santé publique mais aussi un frein pour le développement des pays tropicaux surtout ceux au sud du Sahara. L'Afrique subsaharienne supporte une part importante de la charge mondiale du paludisme. En 2020, 95% des cas de paludisme et 96% des décès dus à la maladie ont été enregistrés dans cette région. Les enfants de moins de 5 ans représentaient, d'après les estimations, 80% de l'ensemble des décès dus au paludisme dans la région (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria>).

Au Togo, le paludisme constitue le premier motif de consultation et la première cause de décès parmi les maladies infectieuses. Malgré les efforts consentis dans la lutte, le paludisme continue de sévir de façon endémique sur l'ensemble du territoire national avec des recrudescences en périodes de pluies. En 2017, cette pathologie avait représenté 37% des consultations en soins externes et 27% des hospitalisations. Les enfants constituent la cible la plus vulnérable et occupent 35% des cas confirmés de paludisme et 54% des hospitalisations dues au paludisme (Ministère de la santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux soins, 2018).

Face à ce problème, la CPS est ainsi recommandée pour les zones dans lesquelles en moyenne plus de 60 % des cas cliniques de paludisme surviennent au cours d'une période maximale de 4 mois consécutifs. Ces zones se caractérisent par une pluviométrie concentrant plus de 60 % des précipitations annuelles moyennes sur moins de trois mois (PNLP, 2021, p. 46).

En avril 2013, le Togo adoptait l'intégration de la CPS dans la politique nationale de lutte contre le paludisme conformément aux recommandations de l'OMS. Ainsi, après analyse des données de 2012, quatre districts de la région des Savanes notamment Tône, Tandjoaré, Kpendjal et Cinkassé répondant aux critères ont bénéficié de la CPS en 2013 et 2014 (A. Wilson, 2011 ; 6 : 16-976). En 2016, la CPS a été étendue dans les régions de la Kara, Centrale et des Plateaux plus précisément dans le district sanitaire de l'Est-Mono.

En effet, dans la logique d'aller vers l'élimination du paludisme que le Ministère de la santé et de la protection sociale a saisi l'opportunité de l'expérience de plusieurs années de lutte contre le paludisme initiée par la République populaire de Chine dans le traitement de masse antipaludique à travers le projet FEMSE, « Fast Control of Malaria by Source Elimination ». Ce projet, essentiellement communautaire, a été mis en œuvre en phase pilote dans le district sanitaire de l'Est-Mono et a mobilisé les agents de santé communautaire pour traiter les nourrissons et enfants du district sanitaire de l'Est-Mono non à partir d'une combinaison de la sulfadoxine-pyriméthamine et de l'amodiaquine (SP+AQ) mais avec une combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline, sous la supervision des agents de santé.

Les résultats de l'année 2017, première année de mise en œuvre du projet FEMSE, ont montré que 99% de la population éligible ont été traités et une baisse de la prévalence du paludisme de 79 à 37%, trois mois après le traitement, a été observée (Ministère de la santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux soins, 2018). Trois (03) à quatre (04) cycles d'un mois d'intervalle étaient implémentés. La stratégie d'administration du traitement est le porte-à-porte par les Agents de Santé communautaires (ASC). Malgré ces premiers résultats encourageants, on assiste à un taux élevé de 2% de décès dû au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans le district de l'Est-Mono en 2018 (Statistiques du District sanitaire de l'Est-Mono, 2018, p.72).

Six (06) ans après les premiers résultats de l'évaluation de l'impact de ce traitement de masse, force est de constater que les recherches scientifiques sur l'impact de la contribution des ASC sur l'efficacité de la CPS dans l'aire de responsabilité de la formation sanitaire d'Élavagnon sont quasi-inexistantes à ce jour. Aussi, les études d'évaluation d'impact sont-elles souvent commanditées par le Ministère de tutelle et confiées à des cabinets d'étude. Dans ce contexte, une étude sur l'impact des actions des ASC sur l'efficacité de la CPS dans le district de l'Est-Mono pourrait contribuer à renforcer la stratégie de la chimioprévention dans la région des Plateaux.

Nous partons de l'hypothèse selon laquelle les actions des ASC améliorent l'efficacité de la CPS dans l'air de responsabilité de la formation sanitaire d'Élavagnon. L'objectif général consiste à montrer que les actions des ASC influencent la couverture sanitaire, aident à réduire le nombre de cas de paludisme et favorise la maîtrise du mode d'admission des médicaments lors de la campagne de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans le District sanitaire de l'Est-Mono. Plus spécifiquement, il est question de décrire les actions des ASC dans la prévention du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois, d'apprécier la morbidité du paludisme avant le traitement, entre chaque traitement et après le traitement, d'estimer les couvertures administratives obtenues par cycle au cours de la CPS et d'apprécier la tolérance de la CPS au cours de la période de prise en charge.

1. Méthodologie

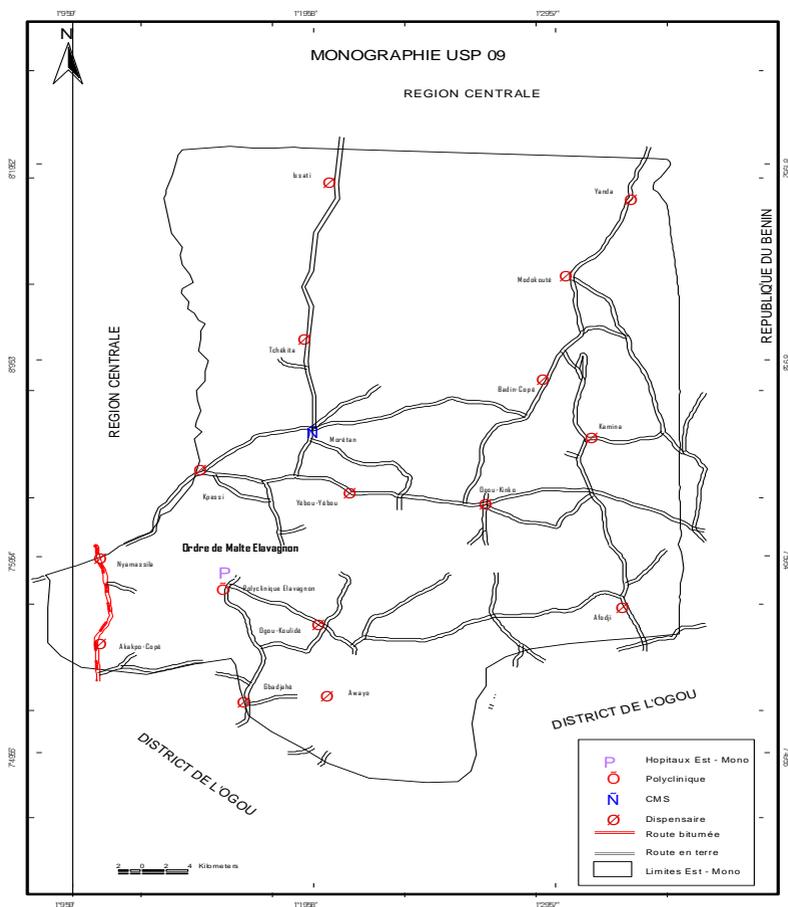
1.1. Présentation du district sanitaire de l'Est-Mono

Avec une longitude Est oscillant entre 1°08 minutes et 1°38 minutes et une latitude Nord variant entre 7°46 minutes et 8°43 minutes, le district sanitaire de l'Est-Mono est limité au Nord par la préfecture de Tchamba (Région centrale), au Sud par la Préfecture d'Anié (Région des plateaux), à l'Ouest par la préfecture de Blitta (Région centrale) et à l'Est par la République du Bénin. Il appartient à la préfecture de l'Est-Mono. Celle-ci compte sept cantons à savoir : Elavagnon, Morétan, Nyamassila, Gbadjahè, Badin-copé, Kamina et Kpessi eux-mêmes subdivisés en 93 villages et 108 fermes et hameaux.

Le district sanitaire de l'Est-Mono est l'un des douze districts de la Région des Plateaux. Il est entièrement confondu à la préfecture de l'Est-Mono comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des préfectures du Togo. Le chef-lieu de la préfecture de l'Est-Mono (district sanitaire de l'Est-Mono) est Élavagnon. Il est situé à 65 Km d'Atakpamé chef-lieu de la Région des Plateaux et à 225 Km de Lomé capitale du Togo. Cette préfecture couvre une superficie de 2474 km² avec une population estimée est estimée à 145 046 habitants en 2018 avec une densité de 55 habitants au km². Le taux d'accroissement de la population est de 2,64% (RGPH 2010 et actualisé en 2018).

L'Est-Mono est peuplé majoritairement par les Ana/Ifè qui représentent 37% de la population, suivis des Kabyè 21,4%, des Losso 12,6%, des Adja Ewé 11% et des Cotocoli 9,2 %. Les autres minorités diverses représentent 8,8%. La religion dominante est l'animisme (54%) suivi du christianisme (35%) et de l'islam (11%).

Carte N° 1 : Carte du district sanitaire de l'Est-Mono



Source : ECD et Direction Préfectorale de la Santé de l'Est-Mono

1.2. Données

Cet article propose quelques réflexions sur les l'impact des actions des ASC sur l'efficacité de la chimioprévention dans le District sanitaire de l'Est-Mono. Il s'est agi d'une étude descriptive à passage unique ayant porté sur les actions des ASC et la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 03 à 59 mois dans le district de l'Est-Mono. L'étude s'est déroulée du 20 janvier au 20 juillet 2022. Nous avons utilisé une méthode mixte qui a fait appel à la fois à la méthode quantitative et qualitative sur les données de la mise en œuvre la CPS de l'année 2021. La population cible de cette étude est constituée de l'ensemble des ASC du District sanitaire, les enfants âgés de 03 à 59 mois ayant bénéficié d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline au cours de la CPS et les enfants âgés de 03 à 59 mois chez qui une confirmation du paludisme a été faite au cours de l'année 2021 et personnes ressources que sont les parents d'enfants traités et le personnel de santé.

Pour interroger les Agents de santé communautaire, nous nous sommes appuyés sur les données déjà existantes concernant les Agents de santé communautaire. Il faut signaler qu'avant l'arrivée du Projet FEMSE, le Projet la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIME-C) avec l'accompagnement de l'ONG « SOS Vita » Togo, avaient formé et mis à la disposition des populations de la préfecture de l'Est-Mono 310 agents de santé communautaire. Ne pouvant pas sillonner toute la préfecture à cause de l'impraticabilité des routes en cette période de pluies, nous avons fait un choix raisonné en délimitant la préfecture en deux zones. La zone une et la zone deux. Le sous-ensemble nommé Est-Mono 2 a été retenu pour l'étude puisque 156 sur les 310 sont issus de cette zone. Tous les 156 agents de santé communautaires rencontrés dans ce sous-ensemble ont été interrogés. Un questionnaire semi-structuré a été adressé chaque ASC. Ce questionnaire portait sur l'identification des enquêtés, les actions menées par les ASC, les limites de l'action des ASC ainsi que l'efficacité perçue des actions des ASC sur la chimioprévention. Le sous-ensemble que nous avons dégagé regroupe les cantons soit éloignés du chef-lieu de Préfecture soit considérés comme cantons à accès difficile. Il couvre les cantons de Kpéssi, Nyamassila, Akakpo-Copé, Issati, Tchékita, Modokouté,

Badin-Copé et Yanda dont l'effectif total des ASC est de 156 soit 50% de la population cible.

Tableau N°1 : Répartition des ASC enquêtés par canton

Cantons	Effectif ASC	Pourcentage
Kpéssi	32	20,51%
Nyamassila	24	15,38%
Akakpo-Copé	16	10,25%
Issati	16	10,25%
Tchékita	23	14,74%
Modokouté	15	09,61%
Badin-Copé	17	10,89%
Yanda	13	08,33%
TOTAL	156	100%

Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

La recherche documentaire nous a permis de collecter les données primaires ainsi que les données sur les enfants ayant bénéficié de la chimioprévention. Les registres du district nous a été d'une grande importance. Sont inclus dans l'étude les enfants de 03 à 59 mois éligibles et ayant reçu à chaque cycle les trois doses d'Artémisinine, d'Artémisinine-Pipéraquline en 2021 et les enfants 03 à 59 mois chez qui une confirmation du paludisme a été faite au cours de l'année 2021. Sont exclus de l'étude, les enfants cibles dont le TDR est positif ou sous Cotrimoxazole il y'a moins de cinq (5) semaines au moment de l'administration d'Artémisinine, d'Artémisinine-Pipéraquline.

L'échantillonnage était exhaustif et avait pris en compte 1738 enfants ayant bénéficié de l'administration de la CPS et 537 enfants âgés de 03-59 mois ayant le paludisme confirmé au cours de l'année 2021. La technique utilisée était l'analyse documentaire. Elle a consisté au dépouillement de douze registres de la CPS du 1^{er} juin au 30 septembre 2021 et du registre de consultation du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021. La collecte des données de cette étude était réalisée au moyen d'une fiche d'analyse documentaire. Elle a consisté à concevoir une maquette sur ordinateur relative aux informations recherchées. Les paramètres étudiés ont concerné : les caractéristiques socio- démographique : âge ; sexe ; provenance des enfants cible

traités ; les couvertures par cycle chez les enfants cibles traités ; les raisons de la non administration d'Artémisinine, d'Artémisinine-Pipéraquline ; les cas confirmés de paludisme chez les enfants cibles avant, pendant et après le traitement de la CPS et la tolérance à l'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline au cours de la période de traitement.

Un guide d'entretien a été utilisé pour les entretiens individuels avec cinquante (50) parents d'enfants et six (06) infirmiers qui ont été pour nous des personnes ressources. Les entretiens ont porté respectivement sur l'image sociale de l'ASC, les actions des ASC et l'efficacité perçue de la chimioprévention.

1.3. Méthode de traitement des données

L'analyse et le traitement des données ont été réalisés grâce aux logiciels Epi Info version 7.2.0, Microsoft Excel 2019 et Word 2019. Les résultats ont été présentés sous formes de tableaux et des graphiques conçus à l'aide du logiciel Excel. L'analyse du contenu a été appliquée aux données qualitatives. Ce travail a consisté essentiellement à regrouper par thématique les discours qui se recourent. Puis nous avons passé à l'analyse des résultats.

Pour l'analyse des résultats, nous avons fait appel à des théories. Le recours aux agents de santé communautaire dans la couverture sanitaire est un fait social. Et, pour expliquer un fait social, il convient de l'inscrire dans un cadre théorique préexistant. Le recours aux ASC par le projet FEMSE dont nous voulons connaître la contribution en matière de dispensation des soins de santé et son impact sur l'efficacité de la chimioprévention, peut s'expliquer par certaines théories correspondantes. L'une de ces théories est le diffusionnisme qui émerge en anthropologie entre le XIXe siècle et début XXe siècle. Pour ses tenants à savoir l'américain Franz Boas, l'allemand Léo Frobenius et l'anglais Eliot Smith, la culture qu'on observe dans les « sociétés primitives » est le résultat d'une longue diffusion partant des foyers culturels situés généralement dans les « sociétés occidentales » vers plusieurs aires géographiques situées dans l'ailleurs. Dans la logique de notre étude, les ASC du projet FEMSE sont le résultat d'une longue diffusion partie de l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) vers plusieurs organes décentralisés situés dans les communautés à la base.

Le diffusionnisme ne saurait à lui seul rendre compte de la réalité au niveau des ASC du projet FEMSE. Cette théorie ne trace que l'histoire de la culture observée dans les sociétés primitives. Ce courant nous donne une vision partielle sur les ASC. Pour pallier aux insuffisances de cette théorie, il faut se référer à d'autres théories. Pour Bronislaw Malinowski et Radcliffe-Brown, précurseurs du fonctionnalisme, toute activité remplit une fonction en satisfaisant un besoin particulier. Selon eux, deux concepts (fonction et besoin) sont indissociables. Radcliffe-Brown envisage la société comme un tout cohérent. Aussi dit-il : « la fonction d'un usagé social déterminé (...) est sa contribution au fonctionnement du système social total ». Dans notre contexte, l'activité d'un ASC remplit une fonction, celle de satisfaire au besoin particulier de soins de santé de la communauté. Donc, les deux concepts que sont la fonction d'un ASC et le besoin de soins de santé de la communauté sont indissociables car ils s'inscrivent dans un ensemble cohérent et unifié.

La notion d'interaction, objet spécifique de la sociologie, a deux sens bien distincts chez Simmel. Le premier sens est assez simple, et renvoie au principe, rencontré précédemment, d'une influence réciproque entre les individus. Le mouvement historique est tel que les individus agissent comme dirait Marx, à partir des conditions qu'ils n'ont ni voulues ni créées. Mais en même temps, ceux-ci agissent réellement, modifient ces circonstances en créant de nouvelles, qui conditionnent l'action de leurs successeurs. Dans notre étude, les actions des ASC doivent être appréhendées au regard de leur influence sur l'offre des soins de santé. Les actions des ASC du projet FEMSE ont dans cette logique une influence de la dispensation des soins de prévention du paludisme dans le district sanitaire de l'Est-Mono.

La théorie de l'engagement de Kiesler (1971) se démarque assez nettement des conceptions habituelles en matière d'influence sociale (campagnes publicitaires, campagnes politiques, etc.). Les premières mettent au premier plan les représentations et les convictions que peut avoir la cible d'influence. La théorie de l'engagement met plutôt en

avant les comportements préalables (actes préparatoires) que l'on peut obtenir d'elle. Cette théorie pose, en effet, que l'individu n'est pas engagé par ses idées mais par ses actes. Pour C. Kiesler (1971), le principal théoricien de l'engagement, l'engagement correspond au lien qui existe entre l'individu et ses actes. Bien qu'intuitive cette définition nous apprend deux choses : premièrement seuls nos actes nous engagent et deuxièmement on peut être engagé à des degrés divers par ses actes. Ces différentes théories ont été appliquées à des études sur la prévention et le traitement, bref sur le recours aux soins de santé. Dans notre contexte actuel, ces théories nous semblent importantes à plus d'un titre car elles nous aideront à comprendre les comportements des ASC et des malades face au problème de santé.

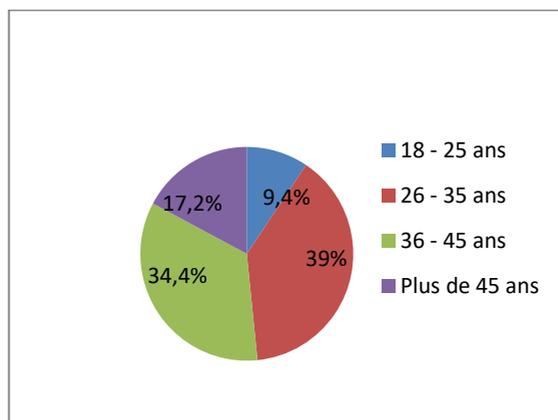
2. Résultats

2.1. Données relatives aux ASC

2.1.1. Identification des ASC

Sur un total de 156 ASC interrogés, 79,4% de l'échantillon (n=124) sont des hommes contre 20,5% de femmes (n=32). Il ressort que le genre masculin est majoritairement représenté parmi les ASC du projet FEMSE et les femmes représentent le quart des hommes.

Graphique N°1 : Répartition des enquêtés selon leur âge



Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

De ce graphique 1, il ressort que ceux qui sont l'âge 26-35 ans (n=61) et 36-45ans (n=53) sont les plus représentatifs avec respectivement 39% et 34,4% des ASC enquêtés. En d'autres termes, plus de la moitié des ASC (73,4%) ont un âge compris entre 26 et 45 ans. Les tranches d'âge 18-25 ans (n=15) et plus de 45ans (n=27) sont les moins représentées du groupe des ASC avec respectivement 9,4%, 15% et 17,2%.

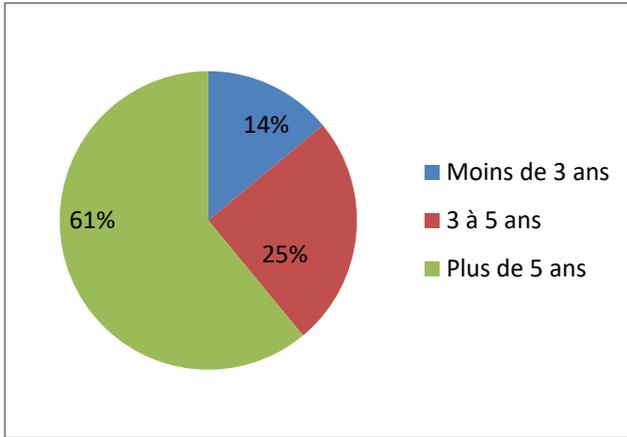
La répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction nous donne les données suivantes : 36% des personnes interrogées (n=56) ont le niveau primaire et 64% des enquêtés (n=100) ont fait les études secondaires. Les ASC naturellement sont des personnes alphabétisées puisque l'exercice de leur fonction nécessite le renforcement de compétences à travers les formations.

Sur les 156 ASC interrogés, 115 parmi eux (73,4%) sont des agriculteurs contre 17 ASC (26,6%) qui sont des artisans (menuiserie, maçonnerie, mécanique...). Il n'y a pas d'ASC fonctionnaire. Le travail d'ASC nécessite non seulement de la disponibilité mais de la proximité avec la population.

2.1.2. Durée d'exercice dans la fonction d'ASC

A la lumière des résultats du graphique 2, quatorze pourcent (14%) des personnes interrogées disent faire le travail d'agent de santé communautaire il y a moins de trois ans ; 25% des enquêtées exercent cette fonction, il y a de cela trois, quatre voire cinq ans contre Soixante-un pourcent (61%) des enquêtés qui le sont il y a plus 5 ans. Nous constatons que dans le District de l'Est-Mono, les ASC enquêtés capitalisent une longue expérience dans l'exercice de leur fonction. Ils font plus de 5ans d'exercice de cette fonction. Ces données sont réelles puisque le projet FEMSE date de 2016.

Graphique N°2 : Répartition des enquêtés selon la durée dans la mission



Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

2.1.3. Formation et recyclage

Tous les ASC rencontrés ont été formés. Mais concernant leur recyclage, 23,4% des enquêtés disent bénéficier toujours des séances de recyclage contre plus de la moitié (76,6%) qui affirme que les séances de recyclage ne se font pas façon régulière.

2.1.4. Statuts et rémunération

Tous les 156 ASC disent ne pas avoir un statut clair. 18,8 % des ASC sont pris en charge par l'USP contre 81,2% sont pris en charge par les Organisations de la société civile plus particulièrement les ONG. Ceci peut être une source de démotivation des ASC dans l'exercice de leur fonction.

2.2. Paquet d'activités des ASC

2.2.1. Stratégie d'administration de la CPS

2.2.1.1. La stratégie porte à porte

A la question « Comment arrivez-vous à offrir les prestations du traitement de masse à base d'Artémisinine, d'Artémisinine-Pipéraquine ? », tous les enquêtés soit 100% des ASC disent faire le porte à porte. Les ASC sont toujours en binôme. Etant issus du milieu,

les ASC connaissent tout le monde comme tout le monde les connaît. Ceci facilite leur travail.

2.2.1.2. Recensement et modes d'administration

En dehors de la stratégie porte à porte, Tous les ASC soit 100% des enquêtés ont procédé à un recensement des enfants de 03-59 mois dans leur zone avant remettre la plaquette de d'Artémisinine, d'Artémisinine-Pipéraquline aux parents, puis superviser l'administration de la dose unique d'Artémisinine, d'Artémisinine-Pipéraquline plus la première dose d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline aux enfants de 03 à 59 mois dans chaque ménage. Le mode d'administration de la dose d'Artémisinine, d'Artémisinine-Pipéraquline nécessaire pour le traitement des deux jours suivants est expliqué à la mère ou au gardien de l'enfant. 90 pourcent des ASC (n=140) disent avoir promis de revenir une autre fois dans une concession lorsque la maman ou le gardien des enfants était absent.

2.2.1.3. Tenue du registre

Après le recensement de tous les enfants de moins de 5 ans notamment tous les enfants de 03 à 59 mois, tous les ASC soit 100% des enquêtés ont consigné dans leur registre, les informations suivantes sont renseignées sur la page de garde : les données administratives (région, district, unité de soins périphérique (USP) et la localité); les périodes des cycles qui mentionnent le début et la fin du cycle ; les noms, prénoms et localités des ASC de l'équipe et le remplissage du tableau du registre ligne par ligne.

2.2.2. Connaissance de la procédure d'administration d'Artémisinine-Pipéraquline

En termes de connaissance de la procédure d'administration d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline devant tout enfant éligible c'est-à-dire âgé de 3 à 11 mois ou 12 à 59 mois, les ASC à l'unanimité ont mentionné entre autres : sortir le comprimé de d'Artémisinine et 1 comprimé d'Artémisinine-Pipéraquline de la plaquette ; donner les 2 comprimés restants d'Artémisinine-Pipéraquline dans la plaquette au gardien de l'enfant ; montrer au gardien comment dissoudre les comprimés dans un verre d'eau ou cuillère ou équivalent ; asseoir l'enfant bien droit et utiliser une petite

cuillère ou une tasse pour donner le médicament petit-à-petit pour éviter que l'enfant crache ou vomisse ; ne pas forcer l'enfant à avaler le médicament en lui tenant la tête et le cou en arrière et en lui bouchant le nez ; vérifiez que l'enfant avale tout le médicament ; garder l'enfant en observation pendant 30 minutes pour s'assurer qu'il ne vomit ou ne crache pas le médicament ; redonner à l'enfant une dose de chacun des deux médicaments en cas de vomissure; enregistrer les doses dans le registre de CPS et remplir la carte d'administration de la CPS de l'enfant. On déduit que les ASC interrogés ont une assez bonne connaissance des rôles qui leur sont assignés.

2.2.3. Connaissance des effets indésirables

Il faut noter que la CPS est généralement bien tolérée cependant, les ASC mentionnent à l'unanimité que les effets indésirables couramment rapportés sont : les vomissements, à ne pas confondre avec les rejets ; les réactions cutanées à type de grattage, urticaire ; les douleurs abdominales ; les somnolences et l'ictère ou jaunisse. Rarement se manifestent la sensation de chaleur dans le corps et l'apparition de bulles ou de signes de brûlures sans brûlure sur la peau.

2.3. Données relatives aux enfants

2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

2.3.1.1. Âge des enfants ayant reçu la CPS

La tranche d'âge de 48 à 59 mois était la plus représentée, soit 32,96% suivie par la tranche d'âge 36-47 mois soit 19,85%. L'âge moyen des enfants était de 48 mois comme le montre le tableau 2 ci-dessous.

Tableau N°2 : Répartition des enfants ayant reçu la CPS selon la tranche d'âge

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
3 - 11 mois	280	16,11
12 - 23 mois	311	17,89
24 -35 mois	229	13,17
36 - 47 mois	345	19,85
48 - 59 mois	573	32,96
Total	1738	100

Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

2.3.1.2. Répartition des enfants ayant reçu la CPS selon le sexe

Le sexe le plus représenté est le sexe féminin 50,75% avec une sex-ratio (F/H) de 1,03 comme on peut l'observer dans le tableau 3.

Tableau N°3 : Répartition des enfants ayant reçu la CPS selon la tranche d'âge

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
3 - 11 mois	280	16,11
12 - 23 mois	311	17,89
24 -35 mois	229	13,17
36 - 47 mois	355	20,42
48 - 59 mois	563	32,39
Total	1738	100

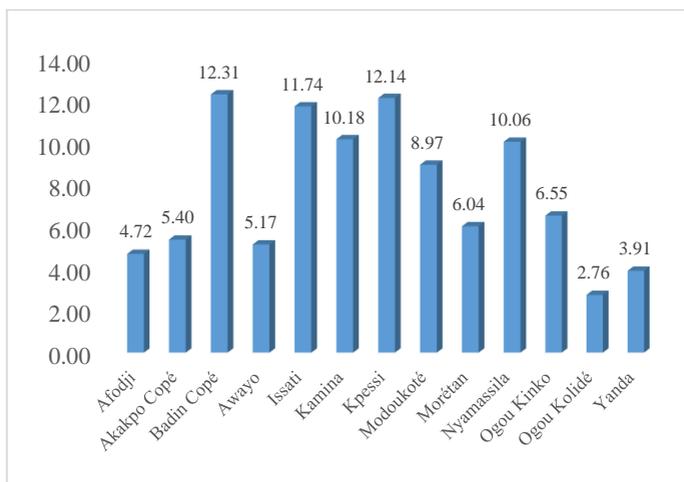
Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

2.1.3.3. Couverture de la CSP

2.1.3.3.1. Couverture la CPS par la localité

Les localités des enfants ayant reçu la CPS les plus représentés étaient respectivement Badin Copé (12,31%), Kpessi (12,14%), Issati (11,74%), Kamina (10,18%) et Nyamassila (10,06%) conformément aux données contenues dans le graphique 2. Les ASC ont pu couvrir des localités difficiles d'accès comme Badin Copé, Issati et des localités éloignées du chef-lieu du District sanitaire coe Kpéssi et Nyamassila.

Graphique N°2 : Répartition des enfants ayant reçu la CPS selon la localité



Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

2.1.3.3.2. Couverture de la CPS selon les cycles et raisons du non administration de la CPS

2.1.3.3.2.1. Couverture de la CPS par cycle

D'après le tableau 4, la couverture au cours de chaque cycle a dépassé 96% suite à l'intervention des ASC.

Tableau N°4: Couverture de la CPS selon les cycles

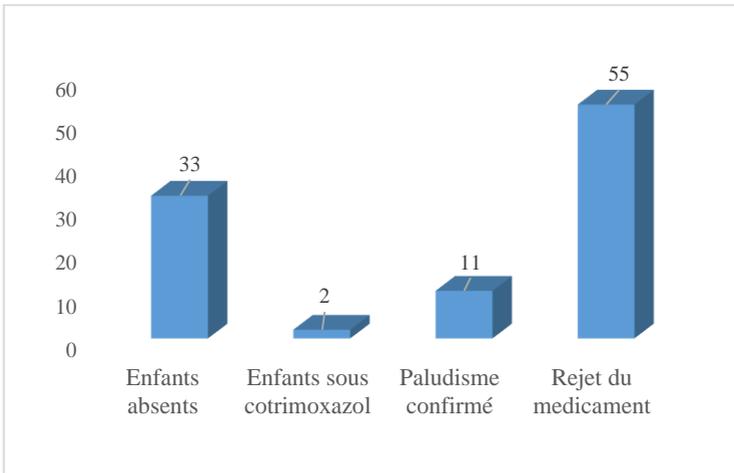
	Cible	Effectifs(n)	Couvertures CPS (%)
Cycle1	1780	1738	97,64
Cycle2	1780	1718	96,52
Cycle3	1780	1717	96,46
Cycle4	1780	1717	96,46

Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

2.1.3.3.2.2. *Raisons du non administration d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline*

Les raisons du non administration d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline les plus enregistrées étaient les rejets du médicament et l'absence de l'enfant dans respectivement 55% et 33% comme le présente le graphique 3 ci-dessous.

Graphique 3 : Répartition des enfants selon les raisons de non administration d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquline

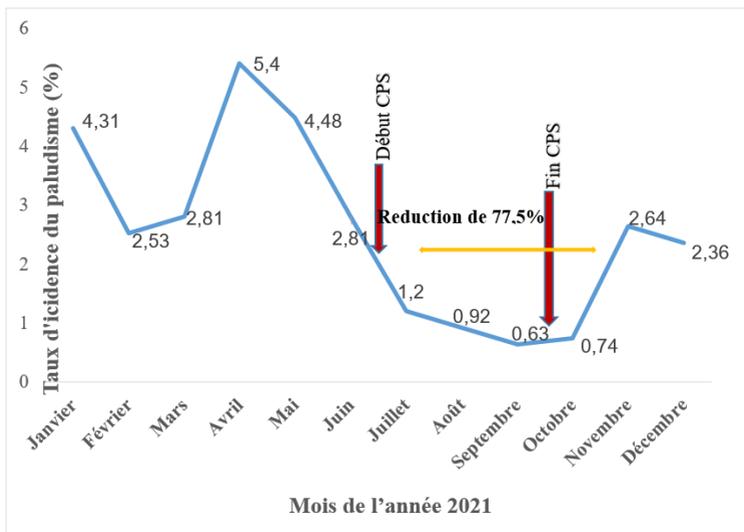


Source : données d'enquête de terrain, juillet 2022

2.1.3.3.2.3. *Répartition des cas confirmés de paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois*

Le nombre des cas de paludisme confirmés les moins représentés ont été observés au cours des mois de juin, juillet, août et septembre avec une réduction de 78,5% correspondants à la période de la mise en œuvre de la CPS (graphique 4).

Graphique 4 : Répartition des cas confirmés de paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois selon la période d’avant, pendant et après le traitement de la CPS au cours de l’année 2021.



Source : données d’enquête de terrain, juillet 2022

2.1.3.3.2.4. Tolérance de la CPS au cours de la période

Les effets indésirables rapportés au cours de la CPS étaient essentiellement les vomissements qui étaient plus remarquables au cycle 1 soit 59,60% se sont révélés absents au cycle 4 comme l’indique le tableau 5.

Tableau N°5 : Tolérance de la CPS au cours du traitement

	Cas de vomissements rapporté	Pourcentage	Effets indésirables graves rapportés
Cycle 1	19	59,60	0
Cycle 2	9	25,24	0
Cycle 3	5	15,15	0
Cycle 4	0	0	0
Total	33	100	0

Source : données d’enquête de terrain, juillet 2022

3. Discussion

3.1. Identification des ASC

Dans notre étude, les agents de santé communautaires sont principalement des hommes (cf. graphique 1). Ce résultat est confirmé par l'UNICEF et le Fonds français MUSKOKA dans leur rapport sur les politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre (2019, p.55). Ce rapport relève qu'une disparité de genre est à noter parmi les ASC, avec 82% d'hommes et 18% de femmes » au Togo. Non seulement les politiques sont toujours peu sensibles au respect du genre, mais les questions concernant ces ratios déséquilibrés ne sont pas suffisamment soulevées. Le sex-ratio, et l'ampleur de la mise en œuvre des différentes composantes de l'ensemble de services des ASC, laissent à penser, d'une part, que la disponibilité des données n'est pas optimale et que le système d'information de la santé communautaire doit être renforcé et, d'autre part, que le leadership des gouvernements vis-à-vis des partenaires dans la mise en œuvre de certains services peut être questionné.

Concernant les enfants mis sous la CPS, la tranche d'âge de 48 à 59 mois était la plus représentée. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de M. Adjalimbasse et *al.* (2022) où la tranche d'âge de 48 à 59 mois était la plus représentative. Ces résultats sont contraires à ceux obtenus par Alkassoum et *coll.* (2013) qui avaient trouvé dans leur étude sur l'évaluation de l'efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 03 à 59 mois au district sanitaire de Madarounfa au Niger que les enfants étaient majoritairement âgés de 12 à 24 mois.

La plupart des ASC de l'Est-Mono sont jeunes et actifs (n=114). Pour jouer le rôle d'ASC, il faut non seulement être jeune mais aussi responsable. Pour devenir ASC dans le district de notre étude, des compétences en lecture et en calcul sont demandées. C'est ce qui explique le fait que les ASC sont tous scolarisés (n=56 pour le primaire ; n=100 pour le secondaire). Ce critère de sélection est relevé par l'UNICEF et le Fonds français MUSKOKA (2019, p.28) quand ils précisent qu'aucun niveau d'étude n'est requis en Sierra Leone pour devenir ASC alors que des compétences en lecture et en calcul

sont demandées au Cameroun, en RCA, au Tchad, en RDC, au Libéria, au Niger, au Sénégal et au Togo.

Avec généralement un niveau d'étude moyen, les ASC du projet SEMFE ne sauraient être de véritables professionnels de la santé, mais des adaptés de santé communautaire. Selon nos données, c'est soit un agriculteur (73,4%), soit un artisan (26,6%) de son état qui se met disponible à servir ces confrères. Ici, on fait appel au caractère social de l'individu et du coup à la théorie de l'activité sociale de Weber qui se décline en trois critères (le comportement humain, le sens subjectif du comportement humain et le comportement humain se rapportant significativement à autrui) puis en trois dimensions (son sens, son déroulement et ses effets). Ces résultats sont confirmés par les travaux de Madjédjé Inoussa (2014, p.70) qui trouve que les ASC du projet PCIME-C dans le district sanitaire de l'Est-Mono étaient majoritairement agriculteurs.

C'est parce que l'on est sensible à la souffrance des autres (qui n'ont aucun recours en cas de maladie que l'automédication) que quelqu'un accepte volontiers sacrifier une partie de son temps pour se faire former afin de prendre en charge certains soins élémentaires dans son milieu ou village. De par son engagement et des cas auxquels il a apporté soulagement, l'ASC acquiert progressivement une certaine renommée dans le village qu'il est sollicité davantage. Plus l'agent de santé communautaire est performant, plus il est sollicité et du coup sa contribution dans la couverture sanitaire de sa zone d'intervention devient plus grande.

Avant d'aborder le volet activités de l'ASC, revenons sur les critères de son choix et sa formation. Il est choisi par la communauté elle-même avec l'appui du responsable de l'Unité de Soins Périphériques (USP), de l'équipe cadre de district et des responsables d'ONG. Cet appui consiste à informer et à s'accorder avec la communauté sur les critères, les procédures du choix et les tâches de l'ASC. Chaque quartier après sensibilisation et concertation, propose des candidats. Lors d'une réunion générale de tout le village, les ASC seront choisis par consensus et par répartition géographique équitable. Le nombre d'ASC à choisir dépendra de l'importance de la population et de la charge du travail de l'ASC. Une fois choisi, l'agent de santé

communautaire est officiellement investi par le chef de village en présence des représentants de la chefferie, du CVD, des COSAN/COGES et autres personnes ressources notamment enseignants, agents de promotion sociale, ONG. Les ASC de la zone d'étude ont tous été formés et majoritairement recyclés (76,6%). Ces agents n'ont pas de statut bien défini si bien qu'ils n'ont pas de rémunération. Ils reçoivent juste un intéressement de la part de leur Unité de Soins Périphériques (USP), soit par les organisations de la société civile (ONG). Ces données sont confirmées par le rapport de l'UNICEF et le Fonds français MUSKOKA (2019) où il ressort que les ASC en Afrique n'ont pas de statut clair. Les agents de santé communautaire travaillent souvent en binômes si bien qu'il est difficile d'évaluer l'impact du niveau d'instruction, de l'ancienneté ou de la nouveauté dans l'exercice de cette fonction sur l'efficacité de la chimioprévention étant donné qu'un ancien peut être couplé à un nouveau ou qu'un agent du niveau du secondaire soit couplé avec celui du primaire.

3.2. Paquet d'activités des ASC

Dans le cadre du projet FEMSE, les activités menées par les ASC sont entre autres le recensement de tous les enfants de moins de 5 ans notamment tous les enfants de 03 à 59 mois et l'administration de l'Artémisinine, Artémisinine-Pipéraquline aux enfants de la zone sanitaire de l'Est-Mono ; la tenue du registre ; l'inscription des informations comme les données administratives (région, district, unité de soins périphérique (USP) et la localité); les périodes des cycles ; les noms, prénoms et localités des ASC de l'équipe et le remplissage du tableau du registre ligne par ligne. Les ASC savent bien le faire car ils ont été formés. Le personnel de santé rencontré déclare ce qui suit : « une fois identifiés par leur communauté, nous les recrutons et nous les formons ». La stratégie porte à porte a été adoptée comme nous le souligne ce parent enquêté : « Ils viennent dans nos maisons, puisque tout le monde les connaît et ils les connaissent ; je dirai qu'ils font du bon boulot ».

3.3. Couverture de la CSP

Selon les résultats de l'étude, la tranche d'âge de 48 à 59 mois était la plus représentée, soit 32,96%. Ces résultats vont le même sens que les

travaux de M. Adjalimbasse et *al.* (2022, p.16) qui avaient trouvé dans leur étude sur l'évaluation de l'efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier à base d'Amodiaquine Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP-AQ) chez les enfants de 03 à 59 mois au district sanitaire de Koumondè dans la Préfecture d'Assoli était de 32,39%. Concernant le sexe, l'étude a montré qu'une nette prédominance féminine soit 50,75% avec un sex-ratio de 1,03. Camara au Mali en 2017, avait trouvé également une prédominance féminine dans 54,3% des cas. Les localités des enfants ayant reçu la CPS les plus représentés sont respectivement Badin Copé, Kpessi, Issati et Nyamassila. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que ces cantons sont les localités les plus difficiles d'accès (Badin Copé, Issati) et les plus éloignés du chef-lieu du district sanitaire (Kpessi et Nyamassila). Ces résultats sont contraires à ceux de M. Adjalimbasse et *al.* (2022) qui montrent plutôt que les plus reçus à la CPS étaient les localités les plus peuplées du canton de Koumondè.

La couverture au cours de chaque cycle était élevée. Ce qui dénote d'une bonne adhésion de la population à la campagne de CPS et de la stratégie porte à porte qui a permis aux ASC de toucher tous les ménages de l'aire de responsabilité du centre. L'atteinte des couvertures cible s'explique par des sensibilisations menées auprès des leaders communautaires et des ménages par les ASC comme le note une femme interrogée : « les ASC nous tiennent toujours informés des séances et en complicité avec le chef de village, le crieur parcourt le village pour nous annoncer que les ASC passeront ». Ces résultats sont similaires à ceux de P. Dena qui avait trouvé dans son étude sur l'évaluation de l'effet de chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 03-59 mois dans le district sanitaire de Bafoulabé au Mali en 2020 un taux de couverture de 98% au cours des quatre (4) passages.

Les raisons du non administration de l'Artémisinine, Artémisinine-Pipéraquine les plus enregistrées étaient les rejets du médicament et l'absence de l'enfant. Les rejets des médicaments seraient liés au goût désagréable des comprimés et l'absence seraient dus à la migration saisonnière vers le Bénin. Pour M. Adjalimbasse (2022, p.23), les rejets des médicaments seraient liés au goût désagréable des

comprimés et l'absence de l'enfant seraient dus à l'occupation de certains parents.

Dans notre étude la période avant la CPS, c'est-à-dire de janvier à mai, l'incidence moyenne du paludisme confirmé était de 19,56%. Cette incidence est similaire à celle de M. Adjalimbasse et al. (2022). Cette incidence serait sous-estimée car les Agents de Santé Communautaires (ASC) formés font aussi la prise en charge du paludisme simple dans les villages notamment dans ceux de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire d'Elavagnon.

A partir du mois de juin jusqu'en septembre, qui correspond à la période de haute transmission du paludisme, le nombre de cas de paludisme confirmé a baissé avec une réduction de 78,5%. Cette réduction du nombre de cas au cours de cette période est due à la CPS qui a débuté au mois de juin 2021 et pour prendre fin en septembre de la même année. Ces résultats rejoignent les premiers résultats de l'étude d'impact du projet FEMSE dans l'Est-Mono (77%). Ces résultats étaient encourageants.

L'incidence des cas de paludisme confirmés (0,74%) du mois d'octobre restait bas malgré la fin de la CPS en septembre. Ces résultats montrent que l'Artémisinine, Artémisinine-Pipéraquline est un traitement ayant une durée d'action d'un mois. C'est ce qui expliquerait la durée d'un cycle de traitement qui est d'un mois. A partir du mois de novembre, l'incidence du paludisme confirmé a commencé par s'élever jusqu'en décembre. Cette augmentation a été relevée par M. Adjalimbasse et al. (2022) dans la chimioprévention à base d'Amodiaquine Sulfadoxine-Pyriméthamine.

Les effets indésirables rapportés au cours de la CPS étaient essentiellement les vomissements qui étaient plus remarquable au cycle 1 soit 59,60% et absent au cycle 4. Ces résultats sont similaires à ceux de M. Adjalimbasse et al. (2022) qui avait montré que les vomissements représentaient le principal effet indésirable soit 60,60% des cas. Ces vomissements seraient liés aux effets secondaires de la SPAQ selon un parent d'enfant rencontré.

Conclusion

Afin de relever le défi de la couverture de santé primaire pour l'ensemble de la population, des programmes et interventions se sont développés, privilégiant des services de santé essentiels de proximité. Les soins de santé communautaire ainsi que les Agents de santé communautaire (ASC) sont aujourd'hui reconnus pour être partie intégrante d'une stratégie prometteuse dans la recherche d'un accès accru aux soins et traitements réservés aux enfants, contribuant ainsi à améliorer l'équité et à la réduction de la mortalité infantile (l'UNICEF et le Fonds français MUSKOKA, 2019, p.11).

De nombreux services de santé, y compris ceux qui nécessitant une technologie sophistiquée, un haut niveau d'expertise médicale, ou un niveau de connaissance approfondie de la physiologie ou de la biochimie, ne sont successibles d'être fournis par des agents de santé communautaires. Cependant la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant au niveau communautaire et le service de dispensation d'Artémisinine, l'Artémisinine-Pipéraquine sont assurés par les ASC dans le district de l'Est-Mono.

A l'issue de notre recherche, il ressort que les ASC à travers leurs actions ont contribué à élever la couverture de la chimioprévention conséquence d'une bonne adhésion de la population à la campagne de CPS. Les effets indésirables rapportés au cours de la CPS ont diminué voire disparaître. Cependant, le statut et la rémunération des ASC restent des questions d'une grande importance à traiter. À l'exception de quelques pays, les ASC sont encore appelés volontaires communautaires et ne jouissent pas d'un statut solide, et même lorsqu'ils ont été identifiés comme ayant un statut Spécifique (par exemple, des contractuels), ils sont rarement protégés par un contrat de travail. En même temps, dans certains pays, soit pour maintenir les ASC à un statut de volontaires par principe, soit par manque de ressources, les ASC sont encore des travailleurs non rémunérés qui, bien que bénéficiant de certains avantages en nature, gagnent au mieux un incitatif mensuel, alors qu'ils ont souvent à consacrer la majeure partie de la journée, tout au long du mois, à leurs activités d'ASC.

References bibliographiques

TASK shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. 2008, World Health Organization, PEPFAR, UNAIDS: Geneva

Community health workers are key to Universal Health Coverage. 2016 [cited 2017 2 April 2017]; Available from: <http://www.mcsprogram.org/community-health-workers-key-universal-health-coverage/>.

Togo First, « RGPH5 : le Togo compte 8 millions d’habitants, pour 51% de femmes » [archive], sur www.togofirst.com (consulté le 27 mai 2023)

ACCESS-SMC Partnership, Lancet, 2020, 396 (10265): 1829-1840. doi: 10.1016/S0140 6736(20)32227-3, Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention at scale in west and central Africa: an observational study, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278936/>

UNICEF et Fonds français MUSKOKA, 2019, « Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l’Ouest et du Centre

ADJALIMBASSE Maurice, GMAKAYI Kondi, TOUKOUNA et DISSIRAMA Komlan, 2022, Efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 03 à 59 mois : cas de la formation sanitaire de Koumondè, district d’Assoli, Mémoire pour l’obtention du diplôme de licence professionnelle en sciences de la santé, option soins infirmiers, Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux, Kara-Togo

UNICEF et Fonds français MUSKOKA, 2019, Rapport sur les politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l’Ouest et du Centre

Partenariat ACCESS-SMC, 2020, Efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier à l’échelle de l’Afrique de l’Ouest et de l’Afrique centrale : une étude d’observation, Lancet 2020 ; 396 : 1829-40, www.thelancet.com Vol 396, 5 décembre 2020

MADJEDJE Inoussa, 2014, Contribution des agents de santé communautaire du projet PCIME-C dans la couverture sanitaire en milieu rural: cas du district sanitaire de l’Est-Mono, Mémoire de Maîtrise de sociologie, Université de Kara

DENA Pierre, 2020, Evaluation de l'effet de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans le district sanitaire de Bafoulabe. Bamako. Faculté de médecine et d'odontostomatologie