

# Les épidémies commencent et finissent dans la communauté

## La surveillance à base communautaire – une étude de cas

### Témoignage

*« La rage tue. Lorsqu'une fille de six ans du district de Guélandeng a été mordue par un chien enragé, Oumar sut grâce à sa formation en surveillance qu'il devait agir rapidement. En qualité d'agent de santé communautaire, il demanda l'aide de l'épidémiologiste du district et du point focal de la surveillance. Ils recueillirent toutes les informations possibles sur l'attaque, et examinèrent la blessure et le carnet de vaccination de l'enfant. Elle n'avait reçu qu'une seule dose de vaccin antirabique, ce qui n'était pas assez pour lui sauver la vie. Lorsque le père apprit que sa fille aurait besoin de quatre doses supplémentaires se posa le problème de l'argent. Un traitement antirabique coûte 75 000 CFA (115 €) et la famille était très pauvre. Oumar expliqua que cet homme ne pouvait pas se permettre d'attendre de voir si sa fille développerait des symptômes, car il serait alors trop tard. Heureusement, ils persuadèrent le père d'emmener sa fille à l'hôpital du district de Guélandeng, où le directeur médical examina son cas et fit en sorte que les doses supplémentaires de vaccin soient fournies gratuitement. Convaincre la fille que les injections étaient pour son bien fut une autre histoire. Je suis toutefois heureux d'annoncer qu'elle a survécu. »*

**Dr. Carmen Camino**  
Responsable technique de la surveillance



### Introduction

Cette histoire de la fille du district de Guélandeng illustre l'un des nombreux problèmes de sécurité sanitaire auxquels est confronté le Tchad. Le pays est extrêmement vulnérable aux épidémies et ses capacités de riposte sont relativement limitées.<sup>1</sup> Moins de 50 % de la population tchadienne a accès au système de santé. Souvent, la population ne cherche pas d'aide médicale en raison de l'éloignement excessif des centres de santé, du manque de personnel ou de médicaments, ou de l'impossibilité de payer les soins.<sup>2</sup>

L'association de ces facteurs peut avoir des effets mortels. La propagation des maladies peut passer inaperçue quand le gouvernement s'appuie sur les établissements de santé pour repérer les épidémies. Les événements de santé publique sont insuffisamment déclarés, ce qui signifie que les décideurs ne disposent pas des informations nécessaires et opportunes pour déployer des ripostes rapides et efficaces. Des foyers de maladies isolés prennent des proportions épidémiques, causant de grandes souffrances à de trop nombreuses personnes.

La vigilance de l'ensemble de la société est de mise pour lutter contre la propagation d'épidémies de maladies potentiellement mortelles. Le programme L'Afrique contre les épidémies (ACE) aide le Tchad à développer un système de surveillance communautaire dans cette optique. La surveillance communautaire renforce la détection, la déclaration et les ripostes rapides en s'assurant l'aide de la communauté, par l'intermédiaire des réseaux établis d'agents de santé communautaires, pour agir comme un système d'alerte précoce. La surveillance communautaire bénéficie tout particulièrement aux personnes ayant un accès limité au système de santé telles que les femmes, les personnes handicapées et les personnes vivant dans une pauvreté extrême.

<sup>1</sup> Le Tchad est considéré comme présentant un « risque élevé » à l'Indice de gestion des risques, une évaluation mondiale et de source ouverte des risques de crises et de catastrophes humanitaires, qui utilise plus de 50 indicateurs pour mesurer les risques, la vulnérabilité de la population et les ressources dont dispose un pays pour faire face à celles-ci.

<sup>2</sup> Les services de soins de santé ne sont pas gratuits au Tchad, même si le centre de santé peut choisir de faire des exceptions, en fonction des finances du district, pour certains groupes (par exemple, les personnes vivant dans une extrême pauvreté) et pour certains troubles médicaux (par exemple, une grossesse).

# Les défis de la surveillance communautaire au Tchad

La surveillance communautaire n'est pas la panacée. Il est important de reconnaître les difficultés qu'elle implique. Le Tchad a dû relever davantage de défis en matière de surveillance que les autres pays avec lesquels nous travaillons. En effet, ces derniers disposaient de systèmes de surveillance communautaire que nous avons contribué à perfectionner. Le Tchad, lui, partait de zéro.<sup>3</sup>

Lorsque nous avons commencé à soutenir le gouvernement en vue du renforcement de la

surveillance, le Tchad venait d'entamer son processus d'adoption du cadre de surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR-3) de l'OMS. Les communautés ne participaient pas de manière active à la surveillance, à la prise de décisions ou à la planification de la riposte. Le pays envisageait d'intégrer la surveillance communautaire à la surveillance générale. Il avait néanmoins besoin de soutien pour élaborer les politiques, les plans, les outils, les formations, ainsi que les procédures de mise en œuvre et de gestion nécessaires.

## Progresser vers le changement

L'aspiration du Tchad à mettre en œuvre la SIMR-3 signifiait qu'ACE avait la possibilité d'être un catalyseur du changement. Il était possible d'aider le gouvernement à jeter les bases d'un système de surveillance plus efficace conçu autour de la communauté.

Conjointement avec les équipes des provinces et des districts, le gouvernement central a choisi pour pilote le district de Guélandeng, dans la région du Mayo-Kebbi Est. Notre enquête de référence a relevé une faible performance du district. Le district de Guélandeng possédait un point focal de la surveillance (PFS),

mais celui-ci n'était pas formé. Le taux de déclaration des événements de santé publique était faible (50 %). Les rapports étaient incomplets et la moitié d'entre eux n'étaient pas rendus dans les temps. En outre, le district n'avait organisé aucune réunion de coordination. Cependant, Guélandeng présentait cet avantage que le personnel de district, y compris les agents de santé communautaires (ASC), était motivé et prêt à parcourir de longues distances à pied pour assurer une surveillance active. Le leadership du Dr Gaston Nehoulne, le directeur médical instruit et dévoué du district, était également un atout.

## Les réalisations d'ACE

- **Conception de notre stratégie de surveillance communautaire au Tchad (2021) sur la base de notre enquête de référence, des documents et enseignements d'autres pays, et des discussions avec les parties prenantes, afin d'aider le Ministère de la santé à élaborer un plan de mise en œuvre étape par étape.**
- **Soutien au gouvernement dans la préparation de la documentation initiale, y compris un cadre juridique national, des plans et lignes directrices stratégiques, un modèle de suivi et des modules de formation. Soutien à la formation des formateurs nationaux.**
- **Fourniture d'un soutien technique et financier à la formation du personnel de santé de 12 centres de santé de district et de 24 agents de santé communautaires assurée par le Ministère de la santé, en vue de couvrir les 12 sous-districts de Guélandeng (deux ASC par établissement). Sept femmes et 23 hommes y ont participé.**
- **En collaboration avec le Ministère de la santé, organisation d'une réunion multisectorielle afin de discuter et de convenir d'un plan de mise en œuvre avec le district de Guélandeng et les agents régionaux, le personnel de santé et les responsables communautaires.**
- **Soutien à l'équipe de district pour adapter le système d'alerte à la langue locale (une variante de l'arabe tchadien), ainsi qu'aux besoins et risques propres aux communautés.**
- **Soutien à la mise en œuvre des opérations du pilote de surveillance communautaire (mai/juin 2022) par la fourniture d'outils de collecte de données, de crédit téléphonique pour transmettre les alertes, d'une indemnisation pour les ASC, et d'un soutien à la supervision.**
- **Participation à la première réunion de supervision et de coordination du district (juillet 2022) afin d'offrir des conseils sur la mise en œuvre de la surveillance communautaire ainsi que sur les futures réunions.**

<sup>3</sup> Sur la base des enquêtes de référence menées par ACE en 2019 et 2020.

<sup>4</sup> Au mois de juin 2022, le taux d'exhaustivité et de rapidité des rapports du sous-district de Diaou n'était que de 50 %. Cela pouvait s'expliquer par les problèmes de communication liés à son isolement.

<sup>5</sup> Seul le nombre de cas de paludisme a diminué, probablement à cause du calendrier de la saison des pluies.



## Résultats du pilote de Guélandeng

La performance du district s'améliore au fil du temps, selon nos enquêtes et les données du Ministère de la santé. L'évaluation de la formation du point focal de la surveillance indiquait une amélioration des connaissances dans sept des 10 modules (la compréhension des définitions des tâches, certaines enquêtes et l'analyse des risques doivent encore être renforcées).

### Les données du Ministère de la santé (de janvier à juin 2022) dressent le constat suivant :

- Depuis le déploiement des ASC, aucune épidémie n'a échappé à la détection. Auparavant, les données de surveillance communautaire au niveau de la communauté n'étaient ni collectées ni transmises. On rapporte des épidémies de rougeole en 2021, mais les données, lorsqu'elles étaient disponibles, n'étaient pas fiables.
- Le taux de déclaration était de 100 % dans 11 des 12<sup>4</sup> centres de santé de sous-district.
- L'exhaustivité des rapports des centres de santé a augmenté de 50 % avant le pilote, à 96 % au milieu de l'année 2022. La norme de l'OMS est de 80 %.
- Selon les rapports du personnel soignant, la proportion de membres de la communauté qui cherchaient une aide médicale dans les centres de santé avait augmenté de 10 à 20 % par rapport à un taux de référence de 26 %.
- Les ASC et les centres de santé communiquent quotidiennement (à part dans le sous-district de Diao) et tous les sous-districts envoient des rapports hebdomadaires.
- Le nombre de cas détectés a augmenté pour toutes les maladies prioritaires sous surveillance, sauf une.<sup>5</sup> Par exemple, 11 cas de fièvre jaune ont été détectés contre trois cas en 2021, le nombre de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) détectés est passé d'un à 12, et ceux de malnutrition de 3 250 à 5 398.
- Le délai entre l'alerte et la riposte a été réduit en deçà de 24 heures (contre 48 heures en 2019) pour satisfaire aux normes de l'OMS. La totalité des alertes envoyées par les ASC aux centres de santé a fait l'objet d'une enquête et des échantillons ont été envoyés aux laboratoires sous 48 heures, le cas échéant.

Ces résultats sont extrêmement encourageants. Si l'approche pilotée est maintenue, la santé de la communauté du district de Guélandeng s'améliorera, car les maladies seront rapidement détectées et traitées, et le nombre d'épidémies s'en trouvera diminué. Le déploiement de la surveillance communautaire sur l'ensemble du territoire tchadien permettrait de réduire le taux actuel de morbidité et de mortalité, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans. Les résultats devraient être similaires à ceux du Niger voisin, où le taux de mortalité infantile a été réduit de 134,7 à 45,6 suite à la mise en œuvre de la surveillance communautaire et de son attention toute particulière aux maladies infantiles.



Photos (G à D): Investigation d'un cas de rage, représentate de l'ACE Carmen Camino rencontre des femmes de Guélandeng formées en SBC

## Une remarque supplémentaire

Il convient de noter que les patients s'attendaient à bénéficier de services gratuits dans les établissements de santé vers lesquels la surveillance communautaire les orientait. Bien souvent, ce n'est malheureusement pas le cas. Les établissements de santé et le district sanitaire ont adopté la surveillance communautaire parce qu'elle permettait un diagnostic et un traitement plus précoces, ainsi qu'une augmentation du nombre de patients (et donc des revenus). Bien que cette augmentation des revenus se soit majoritairement faite au détriment des malades, elle leur a été directement profitable. En effet, ils ont bénéficié de soins médicaux rapides et ainsi évité les coûts supplémentaires associés à une maladie de plus longue durée, ainsi qu'à une potentielle hospitalisation.

Avec le Ministère de la santé, nous avons recommandé que les ASC fournissent des informations claires quant aux possibles paiements des soins, mais aussi des conseils sur les risques de maladie (en particulier chez les enfants, compte tenu du taux élevé de malnutrition dans le district), tout en insistant sur les avantages de chercher une aide médicale. La consultation avec un guérisseur traditionnel coûte de 5 à 10 000 CFA de plus qu'une consultation dans un centre de santé (de 2 à 5 000 CFA). Le problème n'est donc pas tant l'accessibilité du prix que le manque de confiance dans les soins et la réponse des prestataires.

## Et ensuite ?

En collaboration avec le Ministère de la santé et les équipes de gestion du district, notre analyse du pilote permet de mieux comprendre comment financer les coûts de fonctionnement de la surveillance communautaire au Tchad. ACE a investi près de 36 000 £ pour instaurer une surveillance communautaire dans ce district. Nous estimons à 1 820 000 CFA (2 732 €) par mois les coûts du fonctionnement actuel de la surveillance communautaire à Guélandeng.

- **Intégration de la surveillance à l'initiative de santé communautaire globale du Ministère de la santé, sous la direction du Dr Mahamat Hamid Takane (Directeur national de la santé communautaire).** Le Ministère de la santé dispose d'un plan en ce sens, mais celui-ci n'est pas encore opérationnel. L'intégration de la surveillance communautaire dans la « boîte à outils » des ASC permettrait d'étendre la couverture et ainsi de puiser dans d'autres ressources de partenaires tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

- **Le diagnostic et le traitement des patients peuvent prolonger le soutien de la surveillance communautaire. L'augmentation du nombre de visites dans les centres de santé permet au district de tirer davantage de revenus des patients. L'équipe de gestion du district propose que les Comités de gestion de district affectent une partie de ces fonds à la surveillance communautaire. Ces fonds pourraient être utilisés pour former davantage d'ASC, renforcer la surveillance active dans les sous-districts prioritaires, ou encore élargir les exemptions pour garantir un meilleur accès à ceux qui ne peuvent pas se permettre de payer des soins.**
- **Paiement à la performance :** Le futur Plan national de développement sanitaire du Tchad inclut une composante de paiement à la performance pour les districts. Étant donné que les ASC incitent les patients à se rendre dans les centres de santé, les paiements liés à la performance devraient augmenter, renforçant ainsi la capacité du district à financer la surveillance communautaire.

ACE présentera ces conclusions à un large éventail de partenaires et de parties prenantes, en vue de renforcer le soutien et d'obtenir des financements jusqu'à ce que le paiement à la performance ou les fonds du district puissent soutenir la surveillance communautaire.

# Les défis de l'instauration d'une surveillance communautaire durable dans tout le Tchad

## Une adaptation localisée

Chaque district est confronté à ses propres défis en matière de surveillance. Le choix entre un système d'alerte à haute technologie ou à faible technologie, par exemple, doit être adapté à une communauté particulière. Le système de Guélandeng repose sur des équipes de surveillance qui fournissent des alertes par écrit dans la langue locale.

Les progrès que nous avons facilités dans le district de Guélandeng ne sont pas nécessairement reproductibles dans d'autres contextes où les incitations financières sont différentes, voire inexistantes. Lorsque les systèmes de financement n'offrent aucune ressource supplémentaire pour pallier le surcroît de travail induit par les orientations des ASC, la motivation ou la capacité de réponse est souvent limitée. Sans enquête sur les alertes, les réseaux communautaires peuvent être découragés et le système discrédité. Bien qu'elle soit nécessaire, l'adaptation au niveau des districts s'avère problématique dès lors qu'on s'efforce de garantir la cohérence et l'extension.

## L'équilibre entre sensibilité et spécificité

Il est essentiel de trouver un équilibre entre la sensibilité (détecter autant d'événements que possible dès leur apparition au sein de la communauté) et la spécificité (détecter les véritables événements de santé publique). Une sensibilité excessive augmente la charge de travail du système de soins de santé, qui doit vérifier et écarter les fausses alertes, pour les maladies qui peuvent être traitées à domicile. Quant à la spécificité, elle nécessite une formation médicale plus poussée des bénévoles de la communauté

et comporte un risque de diminution des alertes envoyées. Certaines épidémies peuvent ainsi échapper à la détection. Cet équilibre délicat ne peut être atteint que par une supervision, un mentorat et un perfectionnement continu des conseils en matière de surveillance communautaire, qui impliquent des coûts.

## Équité et inclusion - Impliquer les femmes avec sensibilité

La surveillance communautaire soutient l'égalité de genre et l'inclusion sociale en termes des personnes qui en bénéficient le plus. En outre, elle favorise une approche plus participative en matière de sécurité sanitaire. Son adoption peut aider les gouvernements à progresser vers une stratégie nationale plus inclusive et équitable répondant aux besoins et aux intérêts des groupes vulnérables de la société. Nous devons toutefois tenir compte des obstacles empêchant d'intensifier la participation directe des groupes vulnérables aux travaux de surveillance. Il est important que nous ne tentions pas d'imposer un point de vue externe sur ce qui « devrait » se produire. Par exemple, nous avons constaté que les femmes vivant dans des environnements peu sûrs préfèrent souvent rester dans des centres de santé proches de leur domicile, plutôt que d'être exposées aux multiples dangers inhérents à des déplacements sur de longues distances entre les villages. Seules trois femmes sur les sept que nous avons formées travaillent actuellement dans la communauté. L'augmentation du financement pourrait permettre de recruter davantage d'ASC, de réduire les distances que chaque personne doit parcourir et ainsi d'atténuer les problèmes de sécurité.

<sup>6</sup> Ventilation des coûts mensuels de fonctionnement (estimations au mois de juillet 2022 en CFA) : indemnisation des ASC, fixée par le Ministère de la santé (24 x 25 000) ; crédits téléphoniques des ASC (24 x 7 000) ; équipe de gestion (5 x 7 000) ; supervision trimestrielle pour 4 sous-districts (1 027 000) ; réunion trimestrielle de coordination (3 100 000).

DAI Global Health dirige un consortium de partenaires qui travaillent ensemble pour mettre en œuvre le programme ACE.

Partenaires principaux



The Operations Partnership

UK-MED

## L'Afrique contre les épidémies

