

# PRESCRIPTION COMPLÈTE

Un meilleur traitement contre le paludisme pour plus de patients, l'expérience de MSF

Septembre 2008





Publié par  
Médecins Sans Frontières  
Centre Opérationnel de Bruxelles  
Rue Dupré 94  
1090 Bruxelles

contact: [aau@brussels.msf.org](mailto:aau@brussels.msf.org)

Médecins Sans Frontières est une organisation indépendante d'aide humanitaire fournissant une assistance médicale d'urgence aux populations en détresse dans plus de 60 pays.

# Table des matières

I. Introduction	5
II. Nouveaux outils pour un problème ancien, les défis actuels	6
1. Quantités insuffisantes de CTA	7
2. Obstacles financiers et faible utilisation des services publics par la population	7
3. Diagnostic de qualité et meilleure identification de la morbidité liée au paludisme	7
III. Expériences MSF au Tchad, en Sierra Leone et au Mali : principales conclusions	8
Tchad	10
Sierra Leone	14
Mali	17
IV. Stratégies efficaces pour augmenter l'accès de la population aux soins contre le paludisme	20
1. Supprimer la barrière financière : une condition indispensable pour augmenter l'utilisation des services par les patients et leur accès aux soins contre le paludisme	20
2. Un diagnostic correct : élément crucial pour la qualité des soins	22
3. Étendre la couverture au travers d'activités basées dans la communauté : des soins de qualité dispensés par les « agents palu »	25
V. Conclusions	26





Le paludisme reste une des principales maladies infectieuses responsables des taux de mortalité élevés, surtout infantile, en Afrique subsaharienne. Pourtant, des outils efficaces de diagnostic et de traitement existent. Néanmoins, Médecins Sans Frontières (MSF) constate que seul un nombre extrêmement limité de patients y a effectivement accès. Ce problème doit être résolu d'urgence.

De nombreux acteurs internationaux annoncent la lutte contre le paludisme et ses conséquences comme faisant partie de leurs priorités. Tant les spécialistes de la santé publique que les économistes sont convaincus de l'importance de contrôler la maladie, et une attention croissante de la part des pays affectés et des bailleurs internationaux est désormais portée à son combat. Facilement traité, le paludisme continue pourtant d'être à l'origine d'un grand nombre de décès et reste la maladie la plus souvent diagnostiquée dans beaucoup de pays africains: le paludisme tue un enfant – surtout les plus jeunes – toutes les 30 secondes, 90% d'entre eux se trouvant en Afrique subsaharienne. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus d'un décès infantile sur cinq (20%) survenant en Afrique sont dûs au paludisme<sup>1</sup>.

De nouveaux outils et de nouvelles stratégies, comme les moustiquaires durablement imprégnées d'insecticide, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) ou encore les traitements préventifs intermittents pour les femmes enceintes, permettent de mieux prévenir et traiter ce fléau. Des guides techniques ont été développés, les ressources financières disponibles ont été augmentées et les partenariats comme « Faire Reculer le Paludisme » (Roll Back Malaria - RBM) travaillent à l'identification de moyens et stratégies pour combattre efficacement la maladie.

Pourtant, dans beaucoup de pays où le paludisme est la principale cause de mortalité et de morbidité, force est de constater que très peu de malades reçoivent effectivement le traitement dont ils ont besoin: en Afrique, en moyenne, près de 3% seulement des enfants qui en ont besoin reçoivent le traitement CTA<sup>2</sup>.

L'expérience de MSF dans plusieurs pays d'Afrique montre qu'il est possible d'augmenter significativement le nombre de cas traités sans pour autant compromettre la qualité des soins. En 2006, à Bongor, au Tchad, MSF a traité plus de 87.000 cas confirmés de paludisme, soit presque un quart de l'ensemble des cas traités dans le pays en 2005<sup>3</sup>. Au Mali, entre 2006 et 2007, le nombre d'enfants diagnostiqués et traités dans les centres de santé du cercle de Kangaba a plus que triplé. En Sierra Leone, dans la zone couverte par MSF<sup>4</sup>, le nombre d'enfants recevant des médicaments antipaludéens en cas de fièvre atteint le double de celui enregistré au niveau national<sup>5</sup>.

Ces résultats ne peuvent être atteints qu'à certaines conditions. Or actuellement, les stratégies efficaces contre le paludisme – comme celles mises en place par MSF – tardent à être intégrées à différents niveaux.

Ce document a pour objectif de partager l'expérience de MSF quant à l'augmentation de l'accès des patients aux traitements antipaludiques de qualité en Afrique subsaharienne. Les résultats obtenus montrent qu'il est possible d'atténuer la souffrance causée par le paludisme. Les acteurs nationaux comme internationaux doivent adopter ces approches qui ont prouvé leur efficacité et ainsi démontrer leur volonté de mettre les traitements nécessaires à la disposition des patients.

<sup>1</sup> Dix points essentiels sur le paludisme, OMS, 25 avril 2007, <http://www.who.int/features/factfiles/malaria/fr/index.html>

<sup>2</sup> Rapport Malaria, OMS, 2008.

<sup>3</sup> Proposition de financement du Tchad pour le Fonds Mondial, Round 7. [http://www.theglobalfund.org/search/docs/7TCDM\\_1488\\_0\\_fullF.pdf](http://www.theglobalfund.org/search/docs/7TCDM_1488_0_fullF.pdf)

<sup>4</sup> Données du rapport préliminaire: « Health seeking behaviour in areas covered by MSF intervention, Bo district, Sierra Leone », MSF, 2008.

<sup>5</sup> « Coverage of malaria interventions in eight global fund districts in Sierra Leone », Ministère de la Santé, Sierra Leone, mars 2007.

# NOUVEAUX OUTILS POUR UN PROBLÈME ANCIEN, LES DÉFIS ACTUELS



Depuis peu, des outils permettent un nouveau mode de prise en charge du paludisme. Pourtant, en pratique, leur utilisation auprès des patients reste encore très limitée.

Aujourd'hui, selon l'OMS, environ 40% de la population mondiale, vivant majoritairement dans les pays les plus pauvres, est exposée au risque de paludisme. Cette maladie cause plus de 300 millions d'épisodes aigus et au moins un million de morts chaque année dans les régions tropicales et subtropicales. Les personnes qui survivent à un épisode de paludisme sévère peuvent souffrir de dommages cérébraux ou de difficultés d'apprentissage. Les femmes enceintes sont aussi particulièrement vulnérables, le paludisme étant une cause majeure de mortalité périnatale, de petit poids à la naissance et d'anémie maternelle<sup>6</sup>.

Si le paludisme touche les populations africaines depuis des siècles, de récentes innovations et une augmentation des financements permettent désormais aux acteurs de la santé une prise en charge radicalement différente de la maladie.

Une attention particulière est portée à l'intensification des activités préventives. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action sont plus largement disponibles et distribuées, le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes est activement encouragé et la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide revient également sur le devant de la scène. Au-delà de ces efforts indispensables, le traitement des patients - qui continuent à se faire infecter et à développer la maladie - reste pourtant décisif dans le combat contre la maladie.

Ces dernières années, des changements importants ont influencé la prise en charge des patients atteints de paludisme. La reconnaissance de la résistance généralisée à la chloroquine (traitement utilisé massivement pendant plusieurs décennies) et à d'autres antipaludiques a engendré un changement des protocoles nationaux en faveur des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) plus efficaces mais aussi plus onéreuses. L'existence des tests de diagnostic rapide (TDR) permet de ne plus considérer systématiquement les fièvres comme des cas de paludisme. Avant le recours à ces tests, la seule méthode de confirmation du diagnostic était la microscopie, qui exige que certaines conditions soient réunies pour fonctionner et dont l'utilisation est donc souvent difficile dans beaucoup de contextes.

Sur le terrain, force est pourtant de constater que l'accès à ces nouveaux outils reste souvent très limité pour les patients de nombreux pays subsahariens. C'est notamment le cas dans les trois pays où MSF a mis en place des programmes ayant pour cible spécifique le paludisme: le Tchad, la Sierra Leone et le Mali.

Cette réalité peut être expliquée par différents facteurs: des systèmes de distribution déficients, un manque de médicaments, de structures de santé et de personnel qualifié. Pour tout pays, s'attaquer à ces aspects efficacement constitue un défi en soi. Assurer la disponibilité des quantités adéquates de traitements antipaludéens au niveau national est certainement une des difficultés essentielles auxquelles sont confrontées les autorités.

La plupart des pays subsahariens ont opté pour les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) et des financements accrus sont disponibles pour leur achat, principalement à travers de nouvelles sources internationales<sup>7</sup>. Ce soutien est particulièrement important puisque les CTA sont plus coûteuses que la chloroquine utilisée auparavant. Après de nombreux retards initiaux dans beaucoup de pays, les CTA commencent à atteindre les districts et les structures de santé locales.

Cependant, dans ces contextes, on constate une inadéquation entre les quantités de CTA prévues et les besoins médicaux. L'expérience de MSF a permis d'identifier trois sujets principaux de préoccupation :

<sup>6</sup> Qu'est ce que le paludisme? Site web RBM [http://www.rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/015/372/RBMInfosheet\\_1.fr.htm](http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/372/RBMInfosheet_1.fr.htm)

<sup>7</sup> Comme le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et l'Initiative contre le paludisme du président des États-Unis (US President's Malaria Initiative, PMI).

## 1. Quantités insuffisantes de CTA

Les CTA sont loin d'être disponibles dans tous les pays où elles sont nécessaires. Au Tchad, par exemple, les CTA sont encore uniquement fournies par les organisations non gouvernementales et l'UNICEF. Dans d'autres régions, les CTA sont uniquement disponibles pour certains groupes de population: les financements prévus pour les CTA en République démocratique du Congo ne couvrent que la fourniture du traitement pour les enfants. En Sierra Leone, la plupart des initiatives qui prévoient l'approvisionnement en médicaments antipaludéens se concentrent sur les enfants de moins de 5 ans. Or, même pour ce groupe plus vulnérable, les quantités prévues sont loin d'être suffisantes pour répondre aux besoins.

La quantité de médicaments prévue pendant la première année du financement du Fonds Mondial en Sierra Leone suffirait à peine à traiter un tiers des enfants pour un épisode de paludisme par an, alors que la moyenne annuelle est estimée à quatre épisodes par enfant<sup>8</sup>. Si les enfants étaient amenés aux structures publiques de santé chaque fois qu'ils sont malades, des ruptures de stock seraient inévitables. Par ailleurs, les CTA ne semblent pas être prévues du tout pour le traitement des femmes enceintes, également particulièrement vulnérables à la maladie.

## 2. Obstacles financiers et faible utilisation des services publics par la population

La quantité de médicaments à fournir est généralement calculée sur base de l'utilisation actuelle des services de santé plutôt que sur des taux réels de morbidité. Les services publics étant souvent sous-utilisés, la fréquentation de ces structures ne correspond donc pas aux besoins médicaux réels de la population.

L'utilisation limitée des services de soins est un problème général dans beaucoup de communautés pauvres d'Afrique subsaharienne. En Sierra Leone, les autorités rapportent que seulement 12% des enfants suspectés d'être atteints de paludisme utilisent les services de soins<sup>9</sup> dans les 24 heures suivant le début de la fièvre<sup>10</sup>.

Au Mali, les taux de fréquentation sont inférieurs à 0,3 visite par habitant par an et les obstacles financiers sont une des raisons qui empêchent les patients d'avoir recours aux services de soins. Ce manque de fréquentation des centres de santé pourrait avoir comme conséquence qu'une partie des stocks de CTA ne soit pas utilisée avant la date d'expiration<sup>11</sup>.

Dans ce contexte, fournir des traitements sans lever les obstacles financiers à l'accès aux soins des populations est inefficace. Si on veut atteindre l'objectif international et traiter 80% des personnes souffrant de paludisme endéans les 24 heures<sup>12</sup>, la question de la faible utilisation des services doit être abordée de toute urgence.

## 3. Diagnostic de qualité et meilleure identification de la morbidité liée au paludisme

Le nombre de cas de paludisme dans les pays concernés ne constitue généralement qu'une estimation. Actuellement, la grande majorité des diagnostics sont posés sur base de fièvre, à domicile ou dans les structures de santé. Le diagnostic biologique basé sur la microscopie est peu disponible dans de nombreux contextes de pauvreté puisqu'il requiert de l'équipement, du personnel formé, etc., qui ne sont souvent pas disponibles. Ce manque de précision dans le diagnostic signifie que les patients ne sont pas toujours traités pour ce dont ils souffrent et que les médicaments ne sont pas utilisés à bon escient. Cette situation peut changer: des TDR faciles à utiliser et efficaces sont maintenant disponibles et permettent une confirmation rapide du diagnostic. Ils offrent aussi la possibilité d'atteindre les zones reculées au travers d'une approche communautaire. Malheureusement, ils ne sont que trop rarement considérés. Bien que l'utilisation des tests rapides soit davantage promue, leur utilisation systématique accuse un retard considérable et les recommandations internationales continuent à préconiser un traitement des enfants de moins de 5 ans sur la seule base de symptômes, dans les zones à forte prévalence<sup>13</sup>.

La distribution systématique de CTA dans la communauté sur la seule base de symptômes, comme proposée en Sierra Leone<sup>14</sup>, devrait néanmoins être davantage discutée. En effet, une telle approche encourage non seulement une utilisation irrationnelle des médicaments, mais elle risque également de mener plus rapidement au développement de résistance, comme ce fut le cas avec la chloroquine.

L'augmentation de l'utilisation des TDR doit être encouragée et les recommandations pour les enfants de moins de 5 ans doivent être revues.

<sup>8</sup> Proposition de financement de la Sierra Leone au Fonds Mondial, Round 7 [http://www.theglobalfund.org/search/docs/7SLEM\\_1573\\_0\\_full.pdf](http://www.theglobalfund.org/search/docs/7SLEM_1573_0_full.pdf)

<sup>9</sup> Services publics et privés

<sup>10</sup> «Coverage of malaria interventions in eight global fund districts in Sierra Leone» Ministère de la Santé, Sierra Leone, mars 2007.

<sup>11</sup> Source orale dans le pays.

<sup>12</sup> La déclaration d'Abuja et le plan d'action d'Abuja [http://www.rbm.who.int/docs/abuja\\_declaration\\_fr.pdf](http://www.rbm.who.int/docs/abuja_declaration_fr.pdf)

<sup>13</sup> Guide de traitement du paludisme, OMS, 2006.

<sup>14</sup> «National strategic plan to scale up community based interventions for malaria control in Sierra Leone 2008-2012», Sierra Leone, Ministère de la Santé, 2008.

# Expériences MSF au Tchad, en Sierra Leone, et au Mali : principales conclusions

# 3

MSF a soutenu l'utilisation des nouveaux outils disponibles pour diagnostiquer et traiter le paludisme et les a intégrés dans ses propres projets pour améliorer la santé des patients.

Bien que les traitements préventifs pour les femmes enceintes et la distribution de moustiquaires imprégnées fassent partie de la plupart des interventions de MSF contre le paludisme, la priorité reste néanmoins les soins curatifs adéquats administrés aux patients (voir l'encadré "Les projets MSF liés au paludisme"). En 2007, près de 3 millions de TDR ont été achetés par MSF et 1,3 millions de patients ont été traités après confirmation du diagnostic. Dans la plupart des pays subsahariens où nous travaillons, la fièvre est une des raisons principales qui amènent les gens à se rendre dans nos centres de santé et le paludisme est une des trois maladies les plus diagnostiquées (sur base de TDR).

Au Tchad, au Mali et en Sierra Leone, MSF a développé des projets visant spécifiquement à répondre au paludisme. Le but était de faire baisser la mortalité liée à la maladie et de s'assurer qu'un plus grand nombre de patients reçoive un traitement en utilisant les nouveaux outils médicaux disponibles.

Dans chacun des trois pays, les tests rapides et les CTA ont été systématiquement fournis, le personnel a été formé et la communauté a reçu des informations sur la maladie et son traitement. La politique de MSF en matière de paludisme est de faire systématiquement un test rapide aux patients présentant une "suspicion clinique de paludisme", y compris les enfants de moins de 5 ans<sup>15</sup>.

Dans les trois projets concernés, des stratégies ont été mises en place pour réduire les principales barrières à l'accès aux soins pour le paludisme.

Deux barrières principales ont été abordées:

- la barrière financière au niveau des structures de soins: en subsidiant le coût des soins à la place des patients (subside complet ou partiel suivant les projets);
- la barrière géographique: en amenant l'offre de soins gratuits plus près des patients, là où la distance ou l'isolement rendent l'utilisation des services de santé de base difficile. Cette décentralisation a été réalisée par la formation de membres de la communauté à l'identification et au traitement des cas simples de paludisme.

## Les projets MSF liés au paludisme : au-delà des soins curatifs

Aborder une maladie transmissible comme le paludisme requiert une série d'approches et de stratégies complémentaires, dont:

- information et éducation des communautés concernées;
- formation, supervision et motivation du personnel de santé;
- mise en place des mesures de prévention disponibles: distribution de moustiquaires, éducation et communication, traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes et pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide;
- qualité des soins et de l'accueil des patients.

Toutes ces problématiques importantes sont prises en considération dans les projets de MSF et certaines d'entre elles sont mises en place directement par MSF ou par d'autres acteurs. Elles ne sont pas détaillées dans ce rapport.

<sup>15</sup> Pour les enfants de moins de cinq ans, le critère de sélection utilisé est la fièvre ou un épisode de fièvre dans les 48 heures précédentes. Pour les plus de 5 ans, le critère de sélection est "fièvre avec exclusion d'autres infections qui causent la fièvre" puisque les adultes peuvent être porteurs asymptomatiques.



T = 37.1°C  
107 PF  
N 0 luo  
5908  
Sbama



© Tim Dirven

# TCHAD

## Contexte

Le paludisme est hyper endémique dans la partie sud du pays avec une période de haute transmission entre juin/juillet et décembre/janvier. La partie nord bénéficie d'un climat désertique qui limite la transmission du paludisme.

Ces dix dernières années, le paludisme a été la première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Il s'agit de la première cause de consultation dans les centres de santé publics (22,4% de tous les problèmes notifiés)<sup>16</sup>. Depuis 2005, le protocole de traitement a été adapté en faveur des CTA au niveau national (artésunate/amodiaquine comme traitement de première ligne). Pourtant, la chloroquine reste le premier traitement administré dans la plupart des centres de santé du pays et les CTA ont seulement été introduites dans quelques districts soutenus par des organisations internationales comme MSF et l'UNICEF<sup>17</sup>. La disponibilité des nouveaux traitements et leur accessibilité restent des défis cruciaux.

<sup>16</sup> Plan stratégique national pour faire reculer le paludisme au Tchad 2007-2011, Ministère de la Santé publique, version préliminaire de Mai 2007.

<sup>17</sup> Proposition au Fonds Mondial, [http://www.theglobalfund.org/search/docs/7TCDM\\_1488\\_0\\_full.pdf](http://www.theglobalfund.org/search/docs/7TCDM_1488_0_full.pdf)

## L'intervention de MSF

En 2002, MSF a réalisé une étude de résistance dans le district de Bongor, un des cinq districts du Mayo-Kebbi, dans le sud du pays. L'étude a révélé des taux de résistance élevés à la chloroquine (26,3%) ainsi qu'à la sulfadoxine-pyriméthamine, molécule utilisée en traitement de seconde ligne (21,4%)<sup>18</sup>. Sur base de ces résultats, MSF a décidé de soutenir les autorités sanitaires dans le district de Bongor afin de rendre le nouveau traitement contre le paludisme disponible et accessible à la population.

En 2004, MSF a commencé à soutenir l'introduction des TDR et CTA dans 18 centres de santé, en collaboration avec les autorités. La population cible était de 280.000 habitants, 65% d'entre eux vivant à plus de 5km des centres de santé.

## Stratégies mises en place

### Approvisionnement en TDR et CTA à un prix subsidié

Grâce à un subside de MSF, le coût des CTA pour les patients était identique à celui de la chloroquine dans les 18 centres de santé appuyés. Le reste du système payant de recouvrement des coûts restait, lui, inchangé.

Quelques mois après le démarrage du projet, MSF a réalisé une enquête de mortalité rétrospective au sein du district, dans un rayon de 5km des centres de santé. Cette enquête a révélé un taux élevé de mortalité, surtout chez les enfants de moins de 5 ans<sup>19</sup>.

	Taux brut de mortalité	Taux de mortalité chez les moins de 5 ans.
Nombre de décès/10.000/jour	1,02 [0,83-1,22]	2,96 [2,33-3,59]

La principale cause de mortalité rapportée était la fièvre avec une forte suspicion de paludisme. Un nombre élevé de personnes n'avait pas accès aux centres de santé, principalement pour des raisons financières, et ce même avec le système subsidié.

La même enquête a également montré que la majorité de la population vit sous le seuil de pauvreté et que 91% des personnes vivent avec moins de 1USD par jour. Le revenu moyen individuel est de 0,5 USD par jour. Cela signifie que le coût d'un seul épisode de paludisme représente environ le revenu de 10 jours de travail. 50% des patients risquent de s'appauvrir pour payer leurs soins de santé.

Dans un tel contexte, la gratuité des soins aurait dû être mise en place afin d'augmenter l'utilisation des services par les patients, mais MSF n'a pas obtenu des autorités la possibilité de fournir une offre de santé plus largement subsidiée. Le système de coûts des soins restant inchangé, MSF s'est concentrée sur l'amélioration de l'accès aux soins pour le paludisme et spécialement pour les enfants de moins de 14 ans vivant plus loin des centres de santé, en instaurant un réseau d'agents communautaires chargés de la lutte contre le paludisme : les « agents palu ».

### Décentralisation de la prise en charge des cas de paludisme

En 2005, afin de couvrir 32 villages pendant la saison de haute transmission du paludisme, quatre cliniques mobiles ont été organisées. D'autre part, 20 « agents palu » ont été formés et équipés en TDR et CTA. Les patients présentant de la fièvre mais un test rapide négatif étaient référés au centre de santé le plus proche. En 2006, le nombre d'« agents palu » a été augmenté à 92 et à 104 en 2007, tandis que les cliniques mobiles ont été arrêtées en 2006.

### Gratuité des soins

Les activités basées dans la communauté visant particulièrement à traiter les enfants en dessous de 14 ans sont gratuites.

<sup>18</sup> « Etude in vivo de l'efficacité thérapeutique de la Chloroquine, de la Sulphadoxine-Pyriméthamine et de l'Amodiaquine pour le traitement du paludisme non compliqué à Plasmodium Falciparum, Centre de Santé Bongor », Epicentre, avril 2003.

<sup>19</sup> « Mortalité et accès aux soins de santé dans le district de Bongor », MSF, 2005.

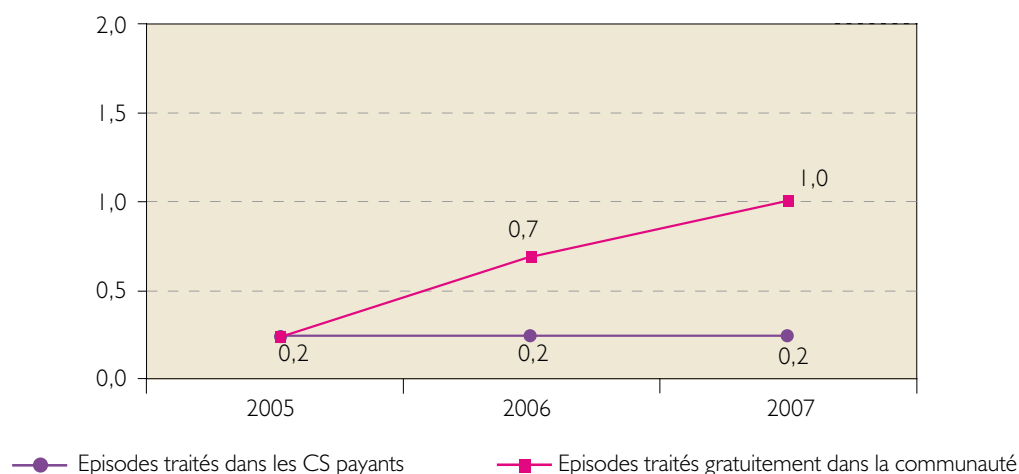
## Résultats

Le nombre de patients diagnostiqués et traités pour le paludisme est très différent dans les deux zones couvertes:

**Dans les centres de santé (CS):** le taux de fréquentation des centres de santé payant est resté faible malgré les subsides de MSF pour les TDR et les CTA. Le nombre de consultations ayant pour cause le paludisme est très bas comparé au nombre de cas traités dans la zone avec le même profil épidémiologique, là où les « agents palu » étaient présents pour fournir des soins gratuits contre le paludisme.

**Par rapport à un système payant des centres de santé, cinq fois plus d'enfants (de moins de 14 ans) ont été traités grâce aux soins gratuits décentralisés.**

Comparaison de l'utilisation des services  
(centres de santé payants versus agents communautaires gratuits) par les patients de moins de 14 ans<sup>20</sup>



De plus, le taux de fréquentation général des centres de santé est resté bas – maximum 0,3 consultation par habitant par an – comparé à la référence de l'OMS de 0,6 dans les zones rurales<sup>21</sup>.

Alors que le projet s'est concentré sur l'accessibilité des nouveaux traitements pour les patients, les résultats ont montré que le nombre de cas de paludisme traités dans les centres de santé reste très bas, révélant que la stratégie de subside partiel n'a qu'un effet limité sur l'utilisation des services par la population.

Par contre, dans la communauté, à travers les soins gratuits délivrés par les « agents palu », le nombre de cas de paludisme confirmés et traités a fortement augmenté pour passer de 13.268 en 2005 à 90.294 en 2007. Ces résultats démontrent tant les besoins réels de la population face au paludisme que la prévalence de celui-ci dans la zone. Ils illustrent également le fait que les « agents palu » peuvent efficacement diagnostiquer et traiter des patients.

Ces chiffres élevés de cas de paludisme confirmés chez les enfants de moins de 14 ans qui ont accédé aux soins au niveau de la communauté soulignent l'écart entre, d'une part, les besoins de santé de la population, et d'autre part, la faible couverture de ces besoins par les structures de santé qui demandent une participation financière aux patients.

### Impact de la stratégie sur les taux de mortalité

Une enquête de mortalité effectuée en 2008 a révélé que, en comparaison des résultats obtenus en 2004, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, bien que plus bas, n'a pas diminué significativement dans les zones proches des centres de santé. Par contre, dans les zones où les soins gratuits ont été mis en place à travers les « agents palu », les résultats montrent des taux de mortalité significativement plus bas chez les enfants de moins de 5 ans.

	2004	2008
Autour des centres de santé	2,96 [2,33-3,59]	2,33 [1,53-3,14]
Dans les zones avec « agents palu »		1,54 [0,83-2,25]

<sup>20</sup> Le taux d'utilisation pour ce groupe d'âge a été calculé selon la formule suivante: taux d'utilisation des centres de santé pour le paludisme parmi les enfants < 14 ans = nombre total d'épisodes de paludisme traités parmi les enfants de moins de 14 ans en provenance de la zone de couverture des centres de santé / population totale de < 14 ans dans la zone de couverture des centres de santé. La même formule a été utilisée pour la zone couverte par les « agents palu ».

<sup>21</sup> « Système d'information sanitaire », AEDES.





© William Daniels

# SIERRA LEONE

## Contexte

En Sierra Leone, le paludisme est l'un des problèmes de santé publique les plus importants. La transmission est constante pendant l'année avec des pics au début et à la fin de la saison des pluies (de mai à novembre). Le parasite *Plasmodium Falciparum* est responsable de plus de 90% des infections et toute la population est à risque. Comme dans d'autres pays affectés, les groupes les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Parmi les enfants de moins de 5 ans, le paludisme est responsable de 47% de la morbidité en consultation, 37,6% de toutes les hospitalisations avec une létalité de 17,6%. La mortalité attribuée au paludisme est de 38,3% pour les moins de 5 ans et de 25,4% pour tous les âges<sup>22</sup>.

Des études de mortalité rétrospectives réalisées par MSF en 2005 et 2006 ont montré des taux élevés de mortalité avec le paludisme comme principale cause de décès rapportée. Les études ont aussi révélé que 97% de la population des districts étudiés vivent en dessous du seuil de pauvreté avec moins d'un dollar par personne par jour, le revenu moyen par habitant étant de 0,11 USD par jour. Le coût des soins de santé par épisode de maladie représente en moyenne 25 jours de travail pour la population utilisant le système public de recouvrement des coûts<sup>23</sup>.

Suite à des études de résistance réalisées au niveau national en 2003, le protocole national a été changé pour adopter une combinaison thérapeutique composée d'artésunate et d'amodiaquine (AS+AQ) comme traitement pour un paludisme simple. Cependant, au moment de la rédaction de ce rapport, les CTA ne sont toujours disponibles qu'en quantité limitée dans le pays. En outre, le système d'exemption de paiement prévu pour les groupes vulnérables n'est pas fonctionnel.

<sup>22</sup> Proposition de la Sierra Leone au Fonds Mondial, Round 7 : [http://www.theglobalfund.org/search/docs/7SLEM\\_1573\\_0\\_full.pdf](http://www.theglobalfund.org/search/docs/7SLEM_1573_0_full.pdf)

<sup>23</sup> « Access to healthcare in post-war Sierra Leone » MSF, janvier 2006. « Nutritional and retrospective mortality survey, Bo district, Sierra Leone », MSF, septembre 2006.

## L'intervention de MSF

MSF est présente depuis 1986 en Sierra Leone, où elle a travaillé dans les camps de déplacés et soutenu l'hôpital public provincial de Bo depuis août 1995. La structure était débordée par les 100.000 personnes déplacées arrivées à Bo pour échapper au conflit faisant rage dans le pays. Suite à la reprise des combats au Libéria voisin, des réfugiés sont arrivés en 2002 et ont progressivement remplacé les déplacés internes dans les camps, alors que les populations sierra leonaises retournaient vivre dans leur région d'origine. Les services étaient payants pour la population locale mais étaient offerts gratuitement aux réfugiés. En 2003, MSF a ouvert un hôpital privé gratuit car il était devenu presque impossible d'obtenir des soins de qualité dans la structure publique. La population cible était de 142.273 personnes, y compris les 45.500 réfugiés libériens.

Fin 2004, la gratuité des soins pour tous (population réfugiée et résidente) a été mise en place dans les cinq centres de santé soutenus par MSF et, à la même époque, les TDR et CTA ont été introduits dans ces structures ainsi que dans l'hôpital privé. Suite aux résultats alarmants des études de mortalité de 2005 et 2006, MSF a décidé d'intensifier ses efforts dans la lutte contre le paludisme.

## Stratégies mises en place

### Extension de la gratuité des soins

Fin 2004, la gratuité des soins a été étendue à la population résidente et ce, dans les cinq centres de santé soutenus par MSF. Les coûts liés à ces services sont directement pris en charge par MSF à la place du patient.

En 2006, le support de MSF a été étendu à 30 unités de santé périphériques desservant de plus petites communautés éloignées des centres de santé. Le personnel de santé est formé, équipé en TDR et fourni en médicaments pour que le diagnostic et les traitements des cas de paludisme, mais aussi des maladies principales chez les enfants, soient offerts gratuitement aux patients.

### Activités basées dans la communauté pour surmonter l'obstacle géographique

Fin 2007, en plus du support fourni aux centres de santé, 107 « agents palu » ont été sélectionnés dans les villages dont la population éprouve des difficultés à atteindre les centres de santé (soit les populations vivant à une distance de plus de 3 km des structures de santé). Les « agents palu » n'ayant pas de connaissances médicales, ils ont reçu une formation spécifique pour réaliser les TDR et dispenser les CTA. Ils testent les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes souffrant de fièvre et donnent les CTA gratuitement aux patients qui en ont besoin en leur expliquant comment prendre le traitement. Les patients avec un TDR négatif et ceux souffrant de paludisme sévère sont référés au centre de santé le plus proche.

## Résultats

Les résultats de la stratégie révèlent des taux élevés de fréquentation des centres soutenus par MSF en comparaison des taux obtenus dans les structures du système national : 1,21 consultations par personne par an en 2007 contre 0,5 par personne par an au niveau national<sup>24</sup>.

### Augmentation significative de l'utilisation des services suite à l'abolition du paiement demandé à la population résidente.

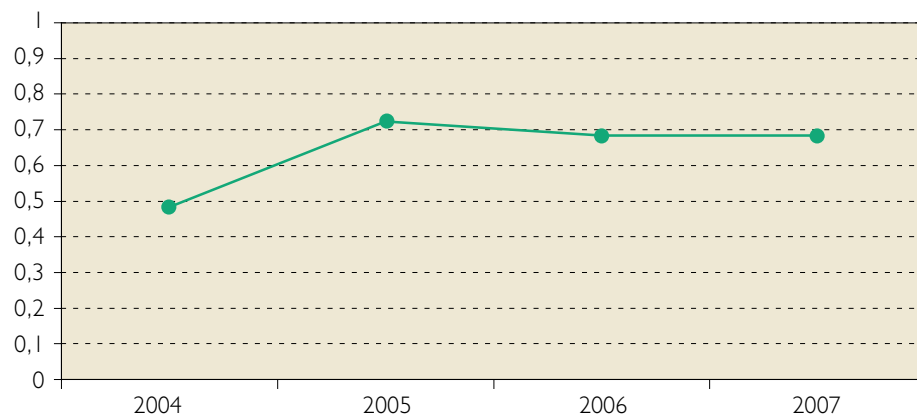
Une augmentation radicale de l'utilisation des structures de santé a été observée quand le forfait demandé aux patients a été supprimé à la fin de l'année 2004. Suite à l'introduction de la gratuité des soins, le nombre de cas de paludisme diagnostiqués et traités a doublé par rapport à l'année précédente : de 5.535 en juin 2004 à 10.451 en juin 2005 et la tendance s'est confirmée les mois suivants.

Au sein de la population résidente qui devait payer auparavant, le nombre de cas de paludisme chez les enfants traités dans la première moitié de l'année 2005 était dix fois supérieur à celui de 2004. Cette augmentation s'est maintenue les années suivantes.

<sup>24</sup> Mentionné dans le projet de sécurité social entre NASSIT et l'Organisation Internationale du Travail.

## Nombre élevé de patients diagnostiqués et traités pour le paludisme

Evolution des cas de paludisme traités par habitant par an dans la province de BO



En 2004, près de 75.000 patients (population résidente et réfugiés) ont été traités contre le paludisme. Plus de 110.000 cas confirmés de paludisme ont été traités en 2005 et les années suivantes.

### Impact de l'intervention sur la mortalité

Une enquête réalisée en septembre 2007 montre une nette diminution du taux de mortalité: de 1,7 décès/10.000/jour en 2005<sup>25</sup> – ce qui est au-dessus du seuil d'alerte de 1/10.000/jour – à 0,7/10.000/jour en 2007<sup>26</sup>; de même, la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 3,5 en 2005 à 1,3 en 2007<sup>27</sup>. Cette tendance positive doit être confirmée par une étude à mener en 2008, même si des résultats encourageants sont déjà constatés.

<sup>25</sup> CI 95 % [1,4-2,0]

<sup>26</sup> CI 95 % [0,6-0,9]

<sup>27</sup> CI 95 % [2,6-4,4] in 2005; [0,9-1,7] in 2007.







© Bruno De Cock

# MALI

## Contexte

Toute la population du Mali est affectée par le paludisme mais la maladie est particulièrement endémique dans les régions du centre et du sud et a un potentiel épidémique dans celles du nord. Le profil épidémiologique du paludisme au Mali est caractérisé par une intense période de transmission pendant la saison des pluies dont la durée varie suivant les zones. Le paludisme est la principale cause de morbidité et mortalité, surtout chez les enfants de moins de 5 ans qui, en moyenne, souffrent de deux épisodes de paludisme par an alors que la population âgée de plus de 5 ans en développe, en moyenne, un par an<sup>28</sup>. Plus de 30% des consultations dans les centres de santé sont liés au paludisme; en 2005 uniquement, plus de 960.000 cas ont été rapportés dans les structures publiques<sup>29</sup>. Ce nombre ne reflète sans doute qu'une partie de la réalité puisque le nombre de patients visitant ces structures est extrêmement bas. La majorité des cas présumés de paludisme sont pris en charge à domicile en utilisant les moyens disponibles au sein de la communauté<sup>30</sup>.

En 2005, face à l'augmentation de la résistance à la chloroquine, le gouvernement du Mali a décidé d'abandonner la chloroquine en faveur des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA). La combinaison retenue pour le traitement des cas simples de paludisme est l'artésunate/amodiaquine (AS+AQ); elle est utilisée après confirmation des cas par microscopie ou par test rapide.

En pratique, aujourd'hui, la disponibilité et l'accessibilité à ces nouveaux traitements demeurent un énorme défi pour le pays. Les autorités ont mis l'accent sur la disponibilité des CTA pour les enfants de moins de 5 ans et la politique nationale a prévu la gratuité des TDR et CTA pour ce groupe spécifique. Cependant, il reste aujourd'hui d'importants obstacles quant à l'accès aux soins des patients. Dans ce contexte, une partie des stocks actuels de CTA risquent donc de ne pas être utilisés.

<sup>28</sup> Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé, République du Mali, avril 2007.

<sup>29</sup> Idem.

<sup>30</sup> Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme, Ministère de la santé, 2006.

## L'intervention de MSF

Même si le Mali est un pays stable, MSF en tant qu'organisation humanitaire médicale y est encore présente. Les taux élevés de mortalité relevés dans une étude réalisée en 2005<sup>31</sup> dans le cercle de Bougouni – 1,9 décès/10.000 personnes/jour<sup>32</sup> pour les enfants de moins de 5 ans – principalement dus au paludisme et le manque de traitements effectifs ont amené nos équipes à continuer un projet de santé au Mali.

Suite à plusieurs études démontrant les niveaux élevés de résistance aux médicaments antipaludéens, MSF a décidé d'intervenir pour réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Le projet, démarré dans le cercle de Kangaba, vise à soutenir les autorités sanitaires du Mali dans la mise en place de leur nouveau programme de lutte contre la maladie.

L'appui de MSF au cercle de Kangaba a débuté en août 2005 avec l'introduction des TDR et CTA dans sept centres de santé communautaires (CSCOM) et dans le service hospitalier du centre de référence (CSREF)<sup>33</sup>. Ces centres couvrent une zone où vivent plus de 70.000 personnes.

## Stratégies mises en place et résultats<sup>34</sup>

### Diagnostiques et traitements subsidiés dans un système de recouvrement des coûts

Durant la période d'août 2005 à novembre 2006, les TDR et CTA ont été subsidiés par MSF afin d'en augmenter l'accès: TDR et CTA étaient gratuits pour les enfants de moins de 5 ans et disponibles à bas prix (le prix de la chloroquine), pour les patients de plus de 5 ans. Mais les coûts de consultation et de traitement des autres maladies étaient maintenus suivant le système de recouvrement des coûts en vigueur.

Après un an et demi d'intervention, les résultats en termes d'augmentation de la fréquentation des services étaient mitigés :

Malgré une augmentation observée du nombre de consultations, le taux de fréquentation est resté bas par rapport au taux de référence de l'OMS de 0,6 consultation par personne par an dans les zones rurales<sup>35</sup>. De même, la couverture des besoins pour le paludisme était largement insuffisante, sachant qu'on évalue à un ou deux les épisodes de maladie par personne par an (selon le groupe d'âge)<sup>36</sup>.

Le subside du traitement seul n'a donc eu qu'un impact limité sur l'augmentation de la fréquentation dans les structures de santé, et en particulier celle liée au paludisme.

Dans un contexte de recouvrement des coûts, la gratuité du diagnostic et du traitement n'a eu que très peu d'effet sur l'accès aux soins.

### Suppression et réduction de la barrière financière

En décembre 2006, pour améliorer l'accès aux TDR et CTA, la gratuité totale des soins pour toutes les maladies a été mise en place pour les enfants de moins de 5 ans. De plus, les femmes enceintes présentant de la fièvre étaient également traitées gratuitement. Enfin, un forfait avait été fixé pour les plus de 5 ans présentant une fièvre.

La stratégie globale de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et pour les femmes enceintes souffrant de fièvre a eu un effet direct et rapide sur la fréquentation des structures et a largement amélioré la couverture des besoins de santé, plus particulièrement en ce qui concerne la prise en charge du paludisme.

<sup>31</sup> « Accès aux soins de santé primaires au Mali - résultats d'une enquête épidémiologique. Etude réalisée dans le cercle de Bougouni, région de Sikasso », MSF, juin 2005.

<sup>32</sup> CI 95% [1,2-2,6]

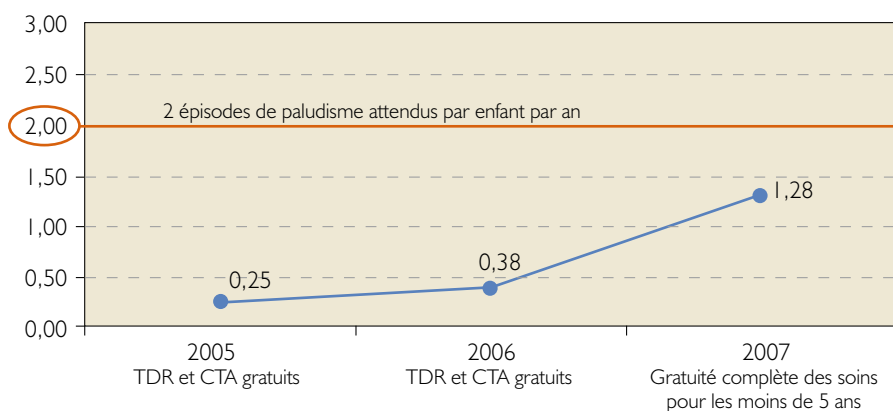
<sup>33</sup> En janvier 2008, ce soutien a été étendu à un huitième centre.

<sup>34</sup> « Améliorer l'accès aux traitements efficaces contre le paludisme au Mali », MSF, avril 2008.

<sup>35</sup> Système d'Information Sanitaire, AEDES.

<sup>36</sup> Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé, République du Mali, avril 2007.

### Nouvelles consultations paludisme/enfant/an



### Activités dans la communauté

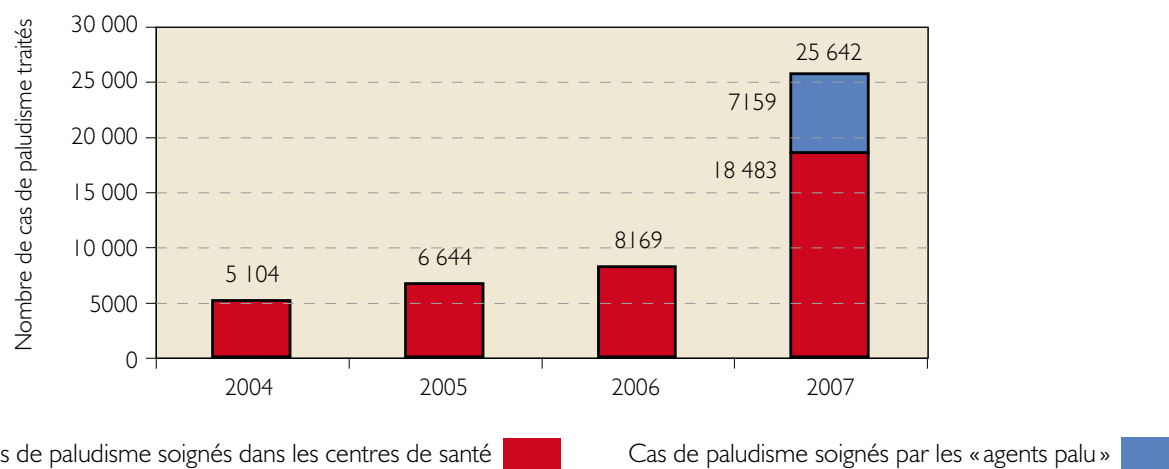
Etant donné la distance et l'isolement de certains villages par rapport aux centres de santé, et ce surtout pendant la saison des pluies, un réseau d'« agents palu » a été mis en place afin de donner aux populations isolées un meilleur accès aux traitements gratuits contre le paludisme. Dans ces villages, des « agents palu » ont été sélectionnés et formés pour prendre en charge gratuitement les cas de paludisme simple chez les enfants de moins de dix ans. Les cas présentant un TDR négatif et les cas sévères sont référés vers le centre de santé le plus proche ou vers l'hôpital.

Les activités basées dans la communauté à travers les « agents palu » ont contribué à augmenter la couverture et fournir aux enfants atteints de paludisme un accès rapide au traitement. Cette expérience montre aussi que l'utilisation des TDR par des personnes de la communauté est possible et efficace à condition que celles-ci soient formées et supervisées.

Ces différentes stratégies ont mené à une augmentation significative du nombre de patients traités :

- la mise en place de la gratuité complète pour les enfants et les femmes enceintes avec fièvre a permis de doubler le nombre de consultations dans les centres de santé;
- la disponibilité du diagnostic et du traitement gratuits au niveau des communautés a permis l'extension de la couverture pour le groupe particulièrement vulnérable des enfants.

### Évolution du nombre de cas de paludisme traités entre 2004 et 2007



### Impact de l'intervention sur la mortalité

Une enquête de population a été menée en juillet/août 2008 pour mesurer l'impact des stratégies sur les taux de mortalité; l'analyse des résultats est en cours.

# Stratégies efficaces pour augmenter l'accès de la population aux soins contre le paludisme

# 4

En dépit de la fourniture de médicaments et du subside de certains coûts, de nombreux projets mis en place dans le passé n'ont réussi à atteindre qu'un nombre limité de patients, dont les plus vulnérables étaient souvent exclus. L'évaluation des différentes approches mises en place par MSF au Mali, au Tchad et en Sierra Leone permet de tirer d'importantes conclusions sur les stratégies nécessaires afin d'assurer aux patients l'accès aux traitements dont ils ont besoin.

## 1. Supprimer la barrière financière : une condition indispensable pour augmenter l'utilisation des services par les patients et leur accès aux soins contre le paludisme

L'expérience de MSF a montré que la simple disponibilité des CTA dans les centres de santé, même à bas prix, n'était pas suffisante. Au Tchad, il n'y a pas eu d'augmentation significative de la fréquentation des structures où seuls les médicaments étaient subsidiés. Dans des contextes où la pauvreté est généralisée, toute participation financière, même minimale, constitue un obstacle dans la recherche de soins par les patients. La même conclusion a été tirée de notre expérience en Sierra Leone et au Mali. En effet, ce n'est que lorsque la gratuité complète des soins est mise en place que le nombre de consultations augmente radicalement (tableau 1).

Tableau 1 : Évolution des consultations pour le paludisme dans les centres de santé du Mali et du Tchad

	Mali	Tchad
Nombre de centres de santé	7	22
Population couverte	75.000	286.000
Coût des TDR+CTA dans les centres de santé	Gratuits entre 2005 et 2006, mais le reste des coûts de santé sont payants.	Subsidiés au prix de la chloroquine depuis 2005
Gratuité globale dans les centres de santé	Oui, depuis 2006	Non
Nombre de cas de paludisme traités dans les centres de santé	6.644 en 2005 8.169 en 2006 18.483 en 2007 ↓ <b>Multiplié par 2,8</b>	24.889 en 2005 26.915 en 2006 23.356 en 2007 ↓ <b>Pas d'augmentation</b>

La stagnation du nombre de cas de paludisme traités dans les centres de santé au Tchad est encore plus frappante quand on sait que, dans la même zone et à la même période, des milliers d'enfants ont été traités gratuitement dans la communauté par les «agents palu». Les besoins de soins pour le paludisme étaient donc bien réels mais aucune réponse n'y était apportée étant donné le coût peu abordable des soins de santé. Le facteur financier s'est révélé essentiel dans la décision par les patients d'utiliser les services.

L'expérience de MSF a montré que, dans des contextes où la pauvreté est très répandue, la participation financière demandée aux patients constitue une barrière à l'utilisation des services existants (voir encadré « Sans argent, pas de soins »). Dans ces contextes, seule une partie limitée des patients bénéficie des subsides fournis. Les patients les plus vulnérables continuent d'être exclus des services dont ils ont besoin, tant que la gratuité complète des soins n'est pas instaurée.

### Sans argent, pas de soins

L'impact négatif de la contribution financière demandée aux patients des pays pauvres a été largement documenté<sup>37</sup>. Les enquêtes de population sur l'accès aux soins réalisées par MSF en République démocratique du Congo, au Burundi, au Mali, au Tchad, en Sierra Leone et en Haïti ont révélé des éléments récurrents<sup>38</sup>:

- la pauvreté est beaucoup plus sévère et répandue dans les zones rurales que ce que suggèrent les moyennes nationales, avec une majorité des ménages vivant sous le seuil de pauvreté;
- près de la moitié des familles interrogées ne s'était pas rendue dans le centre de santé le plus proche lors d'un épisode de maladie à cause du coût des soins;
- une contribution financière, même peu élevée, constitue un obstacle à la recherche de soins;
- pour ceux qui ont obtenu des soins, le coût de la visite dans une structure de santé représente l'équivalent de 5 à 30 jours de travail;
- les vendeurs de médicaments sont une des principales alternatives aux centres de santé, simplement parce qu'ils sont moins chers. 30 à 60% des ménages citent le prix comme raison principale à leur recours.

Dans les pays étudiés, la participation financière demandée à la population a souvent un effet négatif sur la qualité des soins. La contrainte financière incite les parents à retarder le recours aux services médicaux (jusqu'à ce qu'il soit parfois trop tard, le temps de collecter l'argent nécessaire, etc.) ou peut influencer la prescription (médicaments moins chers ou traitements incomplets prescrits ou achetés pour s'adapter aux capacités financières du patient).

Si les systèmes d'exemption sont censés éviter ces problèmes, dans la réalité, ils sont inefficaces. La plupart du temps, ils ne sont pas mis en place correctement et ils sont insuffisamment financés, ce qui rend les structures de santé dépendantes des patients pour leur revenu. L'expérience de MSF a montré que quel que soit le système d'exemption mis en place, un nombre inacceptable de personnes reste exclu des soins.

Par contre, la mise en place de la gratuité des soins s'est avérée être une manière efficace d'améliorer l'accès aux soins, avec un impact non-négligeable sur la santé des populations les plus pauvres. Dans de nombreux contextes, la suppression de la contribution financière des patients permet aux femmes de bénéficier d'un accouchement assisté ou d'une césarienne, des cas de paludisme confirmés sont correctement traités et les cas sévères peuvent bénéficier d'une hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

<sup>37</sup> « Equity and health sector reforms: Can low income countries escape the medical poverty trap? » M. Whitehead and al. The Lancet, vol 358, 2001. « Poverty and user fees for public health care in low-income countries: lessons from Uganda and Cambodia », Meesen et al., The Lancet, vol 368, 2006.

<sup>38</sup> « Sans argent, pas de soins: l'impact des soins payants sur la santé » MSF mars 2008. Disponible sur [www.accesstohealthcare.msf.be](http://www.accesstohealthcare.msf.be)

## 2. Un diagnostic correct : élément crucial pour la qualité des soins

Pendant des dizaines d'années, le diagnostic du paludisme s'est fait sur base d'un examen clinique combiné à l'expérience ou à l'instinct du consultant. La confirmation biologique à l'aide du microscope requiert, en effet, des techniciens de laboratoire formés, une supervision correcte, des réactifs, des lames etc., ce qui limite souvent sa disponibilité et son utilisation sur le terrain.

Depuis 2004, MSF utilise des tests rapides dans de nombreuses régions. Suite à l'utilisation systématique du test pour confirmer le diagnostic, l'endémicité du paludisme s'est révélée moins élevée que ce qui avait été décrit. Ces tests ont mis en évidence l'inadéquation des « arbres décisionnels » couramment utilisés pour la prise en charge de la fièvre au niveau des soins de santé primaires.

Les trois contextes documentés présentent des profils épidémiologiques distincts : à Bo, en Sierra Leone, la transmission du paludisme est élevée durant toute l'année alors que dans les deux autres projets, la transmission est largement influencée par les saisons. Les résultats des TDR réalisés dans les différentes régions ont mis en évidence une proportion élevée de cas de fièvre dont l'origine n'était pas le paludisme : jusqu'à 37% de TDR négatifs, et ceci en période de haute transmission.

### Pourcentage de positivité moyenne des TDR réalisés sur des cas suspects de paludisme, tous âges confondus, 2006:

	TDR positif en période de haute transmission	TDR positif en période de basse transmission
Sierra Leone, district de Bo	65%	
Tchad, district de Bongor	66%	43%
Mali, cercle de Kangaba	63%	43%

Les avantages du diagnostic biologique systématique, largement facilité par l'existence des TDR, sont connus<sup>39</sup> et confirmés par l'expérience acquise par MSF dans ses projets.

L'utilisation systématique des TDR permet d'effectuer un diagnostic différentiel et augmente les chances du patient d'être traité pour ce dont il souffre réellement. Les TDR encouragent la détection et le traitement des fièvres non paludiques pouvant être fatales si elles ne sont pas traitées. L'expérience de MSF dans ses différents projets montre que, moyennant une information, une formation et une supervision correctes, le personnel médical ainsi que les patients font confiance aux résultats des tests.

A Bo, où les TDR<sup>40</sup> sont systématiquement utilisés et où la transmission est élevée toute l'année, plus d'un quart des 315.383 tests réalisés entre juillet 2004 et décembre 2006 chez des patients cliniquement suspectés de paludisme étaient négatifs; une personne sur quatre soupçonnée de paludisme n'était en fait pas atteinte par la maladie. A Bongor, 40% des 393.293 personnes testées de 2005 à 2007 étaient négatifs.

**Ces résultats montrent, qu'en moyenne dans nos projets, au moins un patient sur quatre suspecté de paludisme souffre d'une autre maladie pour laquelle la CTA n'aura aucun effet.**

Sans le test, ces patients auraient reçu un traitement aussi inutile qu'inefficace et seraient rentrés chez eux avec un problème médical non traité.

<sup>39</sup> Guide de traitement du paludisme, OMS, 2006.

<sup>40</sup> Les TDR utilisés dans les projets de MSF sont de type HRP2.

L'usage de CTA comme traitement systématique de la fièvre peut donc avoir de lourdes conséquences. Outre le risque de créer un sentiment de suspicion au sein de la population quant à l'efficacité du traitement alors que le patient ne se rétablit pas, et le risque de souffrir de rares, mais possibles, effets secondaires, ces chiffres montrent surtout à quel point un traitement systématique des fièvres mènerait à un usage irrationnel des CTA.

En 2007, à Kangaba au Mali, durant la période de haute transmission du paludisme, le traitement des cas confirmés uniquement par les TDR a permis d'économiser 7.000 traitements (23.000 résultats positifs sur 30.000 cas suspects testés). A l'échelle nationale, l'impact de la confirmation systématique des cas par TDR serait d'autant plus important. Si ces tests ont un coût, ils permettent néanmoins une économie financière en évitant des gaspillages de traitements et le développement de complications suite à des retards de traitements de fièvres n'ayant pas pour origine le paludisme (qui à leur tour peuvent mener à des coûts de re-consultations et/ou hospitalisations). Enfin, l'utilisation des TDR correspond tout simplement à une pratique médicale correcte.

L'impact d'une large utilisation des CTA pour des fièvres non paludiques sur le développement de résistances est également non négligeable. En effet, il existe un réel risque de résistance aux CTA comme cela a été le cas avec la chloroquine. Alors que la demie-vie (la durée pendant laquelle le médicament reste dans le corps) de l'artémisinine est de moins d'un jour, ce qui lui confère donc moins de risques de développement de résistances, celle du « médicament accompagnateur » est habituellement beaucoup plus longue. L'amodiaquine, par exemple, reste plus de 10 jours dans le sang<sup>41</sup>. Par ailleurs, l'utilisation des CTA pour des cas de paludisme non confirmés peut amener le patient à abandonner son traitement, vu son manque d'effet, et à le reprendre lors de l'apparition d'une nouvelle fièvre.

Malgré les avantages reconnus des TDR, la position actuelle de l'OMS concernant les enfants de moins de 5 ans est que: « Jusqu'ici, rien ne prouve que les avantages d'un diagnostic parasitologique au sein de ce groupe très vulnérable supplantent les risques de ne pas traiter les faux négatifs »<sup>42</sup>. Dans les zones de haute transmission, les enfants de moins de 5 ans doivent donc être traités avec des CTA sur base de symptômes de fièvre (sans autres causes évidentes), le paludisme étant la cause la plus probable de leur maladie. Au niveau national, cette recommandation est généralement traduite par une administration systématique de CTA pour tout enfant de moins de 5 ans se présentant avec de la fièvre. MSF remet cette approche en question.

Les données recueillies dans les projets de MSF montrent que le paludisme n'est souvent pas la « cause la plus probable » de la fièvre. A Kangaba, au Mali, pendant la période de haute transmission, 75% des enfants de moins de 5 ans présentant de la fièvre ou un épisode de fièvre étaient positifs pour le paludisme pour seulement 53% pendant la basse saison. Au sein du projet de MSF en Sierra Leone, en moyenne, 70% des enfants testés dans les centres de santé étaient positifs pour le paludisme.

Le risque pour des patients « faux négatifs » de développer un paludisme sévère est très limité lorsqu'on utilise les tests à haute sensibilité (plus de 95%) disponibles actuellement sur le marché<sup>43</sup>. MSF a entamé une étude multicentrique de suivi des enfants de moins de 5 ans avec un résultat de TDR négatif afin de vérifier s'ils développaient ensuite un paludisme sévère. Les premiers résultats sont encourageants: dans une cohorte de 120 enfants suivis au Tchad, aucun enfant n'a souffert de paludisme dans les deux semaines qui ont suivi le résultat négatif de TDR. Le risque de passer à côté d'un cas de paludisme lors d'un TDR négatif est minime. Par contre, en traitant tous les cas de fièvre avec des CTA, on risque de ne pas soigner correctement une autre infection potentiellement sévère et grave.

Selon l'expérience de MSF et malgré les limites des tests existants (voir encadré), traiter les cas de paludisme qui sont confirmés par TDR, y compris chez les enfants de moins de 5 ans, est plus rationnel que de traiter les cas suspects uniquement sur base clinique.

<sup>41</sup> Cela signifie qu'au moment de la piqûre par le moustique infecté, celui-ci sera exposé à des doses inférieures de médicament, ce qui peut entraîner le développement de résistance.

<sup>42</sup> <http://www.who.int/malaria/docs/diagnosisandtreatment/TreatmentGuidelines2006-fr.pdf>

<sup>43</sup> Partant du principe que les tests sont réalisés correctement ce qui, comme dans toute procédure, requiert une formation et une supervision du personnel.

### TDR: des améliorations nécessaires

Les tests comme ceux de type HRP2 utilisés par MSF ne sont pas parfaits. Un des problèmes principaux réside dans le fait qu'ils restent positifs jusqu'à plusieurs semaines après un traitement réussi<sup>44</sup> «troubant le diagnostic quand les patients se présentent avec de multiples fièvres sur une courte période»<sup>45</sup>. Cela signifie que le test ne peut être utilisé quand le patient a été traité de manière efficace dans les deux semaines précédentes. Ces cas représentent seulement une très petite proportion des consultations. Dans les projets de MSF, le personnel de santé a pour instructions de ne pas faire de TDR aux patients qui ont pris un traitement complet de CTA dans les deux dernières semaines.

Davantage de recherche et de développement sont nécessaires afin d'obtenir de meilleurs tests. MSF est actuellement en train d'utiliser et/ou de tester d'autres TDR<sup>46</sup> dans certaines régions. Ces autres tests deviennent négatifs plus rapidement, entre 2 à 3 jours après la disparition du parasite, et sont donc meilleurs du point de vue de la spécificité (moins de risque de faux positifs). Certains de ces tests détectent aussi d'autres types de *Plasmodium*, ce qui n'est pas le cas de celui que nous utilisons actuellement.

L'intégration du diagnostic biologique systématique dans les protocoles et les programmes nationaux ainsi qu'une augmentation du financement garantissant la disponibilité des TDR utilisés systématiquement avant l'administration de CTA, devraient être assurés.

Les doutes qui continuent à influencer la politique de diagnostic pour les enfants doivent être levés d'urgence afin que les recommandations internationales soient adaptées en conséquence.



<sup>44</sup> Le retard observé avec les tests HRP2 est dû au fait que ce test détecte une protéine produite par le parasite qui reste dans le sang pendant un certain temps après la disparition des parasites.

<sup>45</sup> « Reducing the burden of childhood malaria in Africa: the role of improved diagnostics ». Rafael M.E. et al 2006 Nature PublishiGroup. <http://www.nature.com/diagnostics>

<sup>46</sup> Ces tests sont basés sur la détection de PLDH, une enzyme produite par le parasite.



### 3. Étendre la couverture au travers des activités basées dans la communauté: des soins de qualité dispensés par les « agents palu »

Outre l'aspect financier, la distance – ou d'autres barrières géographiques – est un autre facteur important qui influence les démarches de recherche de soins des malades. Étant donné que la majorité des enfants qui meurent de paludisme décèdent dans les 48 heures suivant le début de la maladie<sup>47</sup>, un diagnostic précoce couplé à un traitement administré à proximité de la maison constituent indéniablement une approche pertinente.

L'OMS préconise la mise en oeuvre d'une approche basée sur la communauté (ou la prise en charge du paludisme à domicile) dans les régions où la population est éloignée des structures de santé, et ce, afin d'augmenter la couverture de soins pour le paludisme, particulièrement chez les enfants<sup>48</sup>.

L'expérience de MSF avec les « agents palu » montre des résultats positifs en termes d'augmentation de la couverture de soins obtenus grâce à cette stratégie. L'approche est mise en place de façon différente selon les différents profils épidémiologiques du paludisme: en Sierra Leone, les « agents palu » sont actifs dans la communauté durant toute l'année alors qu'au Tchad et au Mali, ils ne travaillent que pendant la période de haute transmission. Dans chaque cas, les soins sont fournis gratuitement.

Beaucoup plus d'enfants et de femmes enceintes peuvent être traités rapidement en confiant la sélection des « agents palu » à leur communauté – ce qui renforce leur légitimité –, en leur procurant les outils, en les formant et en assurant la supervision nécessaire.

Les résultats obtenus dans les projets montrent également que l'utilisation systématique de TDR est possible à ce niveau et que l'approche communautaire est une manière efficace d'augmenter le nombre de patients traités. Par exemple, dans notre projet au Tchad (en 2007), les « agents palu » ont traité un épisode de paludisme par enfant et par an.

***“La gratuité des soins dans la communauté est une grande aide pour la population durant la saison des pluies. Les médicaments sont gratuits et disponibles sur place alors qu'on doit payer dans les centres de santé. Avant la gratuité, les enfants mouraient beaucoup pendant la saison des pluies (...).”***

Interview du chef de village à Mouhounam, dans le district de Bongor.

L'approche basée sur la communauté est une stratégie efficace qui permet de supprimer la barrière géographique à l'accès aux structures de santé existantes; mais elle ne doit en aucun cas se substituer à celles-ci. Dans des pays comme la Sierra Leone où très peu d'enfants ont accès à des traitements contre le paludisme dans les centres de santé, il est crucial, en complément de la prise en compte des barrières géographiques, d'identifier les raisons pour lesquelles les services sont si peu fréquentés. Notre expérience a montré que la barrière financière représente un facteur critique influençant l'accès des enfants à ces services<sup>49</sup>. Supprimer cette barrière, tout comme améliorer l'accès et la qualité des services<sup>50</sup>, devrait être une priorité. L'approche basée sur la communauté pour décentraliser les soins et traiter le paludisme doit être considérée comme un moyen supplémentaire d'en améliorer l'accès.

Si le diagnostic biologique systématique doit être mis en place dans les centres de santé, il doit également être envisagé dans l'approche communautaire. L'administration de CTA à tous les enfants se présentant avec de la fièvre donnerait lieu à l'utilisation d'énormes quantités du médicament, ce qui pourrait augmenter les risques de développement de résistances. Plus grave encore, cela empêcherait les enfants de recevoir le traitement dont ils ont vraiment besoin.

Jusqu'ici, il était impossible de confirmer un diagnostic de paludisme dans des régions isolées. Aujourd'hui, avec les TDR, la confirmation biologique du diagnostic est réalisable à tous les niveaux de la pyramide de santé. Les TDR ont ouvert la porte à de nouvelles stratégies comme celles des « agents paludisme ». Une couverture plus étendue des besoins est désormais possible grâce à la décentralisation des outils disponibles.

<sup>47</sup> « Stratégie pour améliorer l'accès au traitement par la prise en charge du paludisme à domicile », OMS 2006.

<sup>48</sup> Ibidem

<sup>49</sup> « Access to healthcare in post-war Sierra Leone » MSF, janvier 2006. Disponible sur [www.accesstohealthcare.msf.be](http://www.accesstohealthcare.msf.be)

<sup>50</sup> Comme par exemple: une organisation facile et accueillante pour le patient, des services de garde en dehors des heures de service, du personnel en suffisance, un bon circuit des patients pour réduire les heures d'attente, des salles d'attente protégées du soleil, de l'eau potable à disposition.

Bien que de considérables efforts aient été fournis afin d'augmenter la disponibilité des outils préventifs et curatifs nécessaires à la lutte contre le paludisme, beaucoup de patients ne bénéficient toujours pas des médicaments dont ils ont besoin, même quand ceux-ci sont censés être disponibles dans leur pays.

Différents projets mis en place jusqu'ici, y compris ceux de MSF, n'atteignaient pas de nombreux patients. Aujourd'hui, les stratégies de MSF visant à augmenter l'accès aux soins pour la prise en charge du paludisme sont basées sur:

- la garantie de la gratuité des soins aux patients: subsidier uniquement les traitements s'est révélé être une approche inefficace pour atteindre les patients les plus pauvres. Le subside complet du coût des soins assuré par MSF a, par contre, permis d'augmenter le nombre de personnes diagnostiquées et traitées pour le paludisme.
- la qualité des soins assurée par l'utilisation systématique des TDR pour confirmer les cas de paludisme de type *Falciparum*, y compris chez les enfants de moins de 5 ans.
- la mise en place d'activités basées au sein de la communauté quand la barrière géographique représente un obstacle au recours aux services existants et cela, sans compromettre la qualité des soins grâce à l'emploi des TDR.

Une diminution de la mortalité est observée dans les zones où ces approches sont mises en place.

Les acteurs engagés dans la lutte contre le paludisme doivent intégrer ces stratégies de façon urgente dans leurs approches afin de réduire l'impact de la maladie sur la santé des populations qui vivent dans la pauvreté. Concrètement, outre le fait d'augmenter la disponibilité de traitements efficaces contre le paludisme au niveau national:

- la fourniture de soins de santé gratuits devrait être considérée de façon systématique pour tous les projets paludisme. Les acteurs finançant les médicaments devraient inclure des mesures complémentaires pour couvrir les autres frais liés aux soins (consultation, autres médicaments, etc.) facturés aux patients, afin de maximiser l'efficacité de leur intervention. Le nombre de patients recevant le traitement devrait être un indicateur essentiel de mesure de l'efficacité de toute approche dans le traitement du paludisme.
- la qualité des soins doit être assurée par l'utilisation systématique de TDR et ce, également dans les activités basées au sein de la communauté.

Davantage de recherche et de développement sont nécessaires pour parfaire les outils actuellement disponibles: diversifier les combinaisons thérapeutiques, améliorer les TDR, trouver des alternatives aux médicaments actuellement administrés aux femmes enceintes, etc. Cependant, aucun argument valable ne justifie le manque de recours aux outils disponibles aujourd'hui.

Les objectifs nationaux et internationaux très ambitieux en termes de couverture des soins pour la prise en charge du paludisme sont réalisables mais à certaines conditions. Outre une véritable volonté politique et une augmentation des financements, les barrières empêchant l'utilisation des structures de santé par les patients doivent absolument être levées.

Le seul indicateur valable pour mesurer les progrès dans la lutte contre le paludisme est le nombre de patients qui accèdent effectivement aux traitements dont ils ont besoin.



