

# Les enfants de moins de 5 ans sont rarement conduits à un agent de santé communautaire lorsqu'ils présentent de la fièvre

Druetz T, Haddad S,  
Kouanda S & Ridde V

## LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME PAR DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Au Burkina Faso, on estime qu'environ 25 000 décès infantiles sont attribuables chaque année au paludisme. La majorité pourrait être évitée par une administration rapide de médicaments efficaces. En 2010, les autorités ont généralisé la stratégie dite PECADO, visant à assurer la prise en charge rapide à domicile du paludisme par des agents de santé communautaires [ASC]. Présents dans chaque village, les ASC vendent des antipaludéens à un prix subventionné. Deux ans après l'implantation de la PECADO, notre étude vise à (1) décrire le recours aux soins des enfants fébriles ; (2) analyser les effets sur le recours aux soins de l'introduction de la gratuité (des consultations et médicaments) dans les centres de santé [CSPS] de Kaya en juillet 2011.

## MÉTHODOLOGIE

Un panel de 2000 ménages sélectionnés aléatoirement a été constitué dans un rayon de 20 kilomètres autour de la ville de Kaya. Les ménages sont visités annuellement en période de haute transmission du paludisme. Les enfants de moins de 5 ans ayant connu un épisode de fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête sont au nombre de 532 en 2011 (soit 31 %) et 484 en 2012 (soit 25 %). Les analyses portent essentiellement sur le premier recours aux soins, l'ambition de la PECADO étant que l'ASC constitue la porte d'entrée de la prise en charge de l'épisode de fièvre. Un examen des statistiques de fréquentation des 5 centres de santé de la zone à l'étude (Kaya) et de 4 centres de santé d'un district de comparaison (Zorgho) complète l'étude.

## I. LE PREMIER RECOURS SE FAIT TRÈS RAREMENT AUPRÈS DE L'ASC

En milieu urbain, presque aucun enfant n'a été conduit en première intention à un ASC et en milieu rural, ils sont moins de 1 enfant sur 12. La propension à conduire l'enfant à un ASC ne progresse pas d'une année à l'autre. Le recours limité aux ASC s'explique par une combinaison de facteurs au titre desquels figure leur disponibilité limitée, l'absence de local de consultation, les fréquentes ruptures en médicaments ou le fait qu'il faille payer le médicament qu'ils remettent aux patients. C'est principalement au CSPS que l'on conduit d'emblée l'enfant qui a de la fièvre. Les différences entre milieux se sont réduites entre 2011 et 2012 puisque le choix du CSPS en premier recours a diminué là où il était le plus fréquent (en milieu urbain) mais a progressé là où il l'était le moins (en milieu rural et non loti). La catégorie « Autre », qui regroupe les consultations d'un tradithérapeute et l'automédication, a connu une progression inverse à celle du CSPS. En 2012, un an après l'introduction de la gratuité, elle absorbait de 26 % à 36 % des premiers recours.

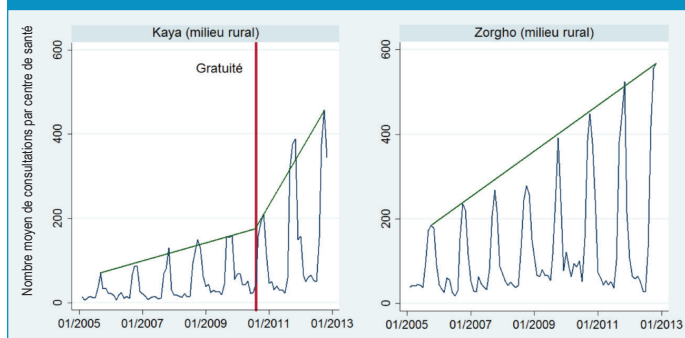
Tableau 1: Distribution du premier recours à Kaya

		2011	2012
Urbain (loti)	ASC	1%	0%
	CSPS	68%	56%
	Autre	29%	36%
	Aucun	3%	7%
Urbain (non loti)	ASC	2%	0%
	CSPS	42%	68%
	Autre	52%	26%
	Aucun	5%	6%
Rural	ASC	8%	7%
	CSPS	50%	55%
	Autre	37%	30%
	Aucun	5%	8%

## II. L'INTRODUCTION DE LA GRATUITÉ MODIFIE LES PRATIQUES DE CONSULTATION

Le volume de consultations d'enfants pour lesquels un diagnostic de paludisme est posé est en constante augmentation depuis janvier 2005. Une accentuation de l'accroissement a suivi l'introduction en juillet 2011 de la gratuité dans les centres de santé pour les enfants de moins de 5 ans (à gauche sur la figure). Une telle accentuation de l'accroissement n'est pas observée dans le site de comparaison de Zorgho (à droite sur la figure).

Figure 1: Consultations d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un diagnostic de paludisme dans un centre de santé



Le recours aux ASC, dont les médicaments demeurent payants, diffère selon que les ménages sont ou ne sont pas au courant de l'introduction de la gratuité dans les CSPS. La propension à visiter l'ASC en première intention diminue et on observe une substitution entre ASC et CSPS dans les familles informées de la présence de la gratuité.

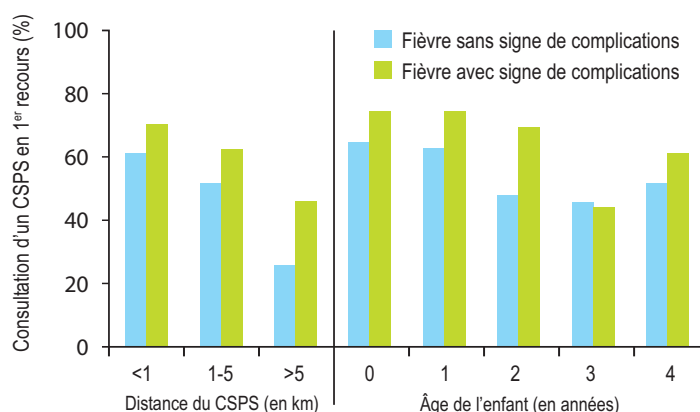
Tableau 2: Comparaison du premier recours en 2011 (milieu rural)

			ASC	CSPS
Premier recours	Parent non informé de la gratuité	a	19%	15%
	Parent informé de la gratuité	b	7%	55%
Différence	Écart absolu	(b-a)	-12%	39%
	Écart relatif	(b-a)/a	-64%	256%

## III. TOUTEFOIS, TOUS LES ENFANTS NE BÉNÉFICIENT PAS ÉGALEMENT DE LA POLITIQUE DE GRATUITÉ DANS LES CSPS

Un an après l'introduction de la gratuité, on observe certaines inégalités dans le recours au CSPS. Les enfants plus âgés, ceux qui ne présentent pas de signes de complications (léthargie, pâleur, vomissements, convulsions) et ceux qui doivent parcourir une distance plus grande pour s'y rendre fréquentent moins le centre de santé.

Figure 2: Consultations du CSPS en 1<sup>er</sup> recours dans un contexte de gratuité



## RECOMMANDATIONS

Est-il opportun de maintenir la PECADO telle qu'elle était planifiée à l'origine ? En milieu urbain, les raisons de son insuccès devraient être examinées et l'opportunité de son maintien, considérée. En milieu rural, la pertinence du modèle d'intervention fondé sur les agents de santé communautaires pourrait être plus grande s'ils pouvaient contribuer à réduire les inégalités d'accès persistantes après le déploiement de la gratuité. Ceci requerrait sans doute une redéfinition de la stratégie d'implantation de la PECADO pour mieux l'intégrer aux politiques de gratuité. Une première étape pourrait être de supprimer le paiement des médicaments fournis par les agents de santé communautaires.

