



Le Transport d'Urgence Communautaire:

Les transports d'urgence améliorent l'accès aux services de santé en milieu rural à Madagascar



Community-Based Integrated Health Program (CBIHP), localement dénommé MAHEFA, est un programme de santé communautaire intégré financé par l'USAID pour cinq ans (2011-2016). Le programme a été mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), en partenariat avec Transaid et The Manoff Group, et en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Il a été réalisé dans six régions du nord et du nord-ouest de Madagascar (Menabe, SAVA, DIANA, Sofia, Melaky et Boeny). Durant la vie du programme, 6 052 agents communautaires (AC) ont été formés, équipés et supervisés pour fournir des services de santé de base dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile; la planification familiale et la santé reproductive, y compris la prévention des infections sexuellement transmissibles; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; la nutrition; la prévention et le traitement du paludisme. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur communauté, encadrés et supervisés par les responsables des centres de santé de base. Ils ont fourni des services selon le mandat qui leur est assigné dans la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). Dans ce cadre, à l'instar des autres acteurs communautaires impliqués dans le programme MAHEFA, ils ont accompli leur travail en volontaires.

Cette fiche technique fait partie d'une série de quinze fiches techniques produites par MAHEFA, et qui mettent en évidence des approches stratégiques choisies, des innovations, des résultats et des enseignements tirés du programme. Les thèmes abordés dans les fiches techniques concernent *la responsabilisation pour le changement de comportement, les groupes d'écoute radio, l'utilisation de la Fiche d'Evaluation par la Communauté, l'introduction combinée de Chlorhexidine 7,1% / Misoprostol, l'approche Communes Championnes, la mobilité des AC, le système de transport d'urgence communautaire, le paludisme, la motivation des AC, la planification familiale et la jeunesse, WASH, eBox, les mutuelles de santé, les systèmes d'information pour la santé communautaire, et le renforcement de capacité des ONG.*

Contexte Général

Afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale, l'accès en temps opportun à des soins qualifiés avant, pendant et après la grossesse est critique. Les retards dans l'accès aux soins de qualité constituent un facteur clé de la mortalité maternelle et néonatale. L'accès inadéquat aux transports est parmi l'un des trois principaux retards dans l'accès aux services de santé¹ et peut entraîner la gravité clinique des cas, notamment en cas de complications. La mise en œuvre des stratégies de transport aux côtés d'autres interventions peuvent contribuer à réduire de 80 pourcent les décès maternels². Le fait de maximiser le potentiel pour les communautés à développer et gérer leurs propres systèmes de transport d'urgence (STU) est une méthode efficace pour améliorer l'accès aux services de santé et permettre de renforcer le lien entre la communauté et l'établissement de santé afin d'accroître la demande.

Contexte de MAHEFA

Les décès maternels et néonataux évitables à Madagascar sont alarmants. Avec un taux de mortalité néonatale de 22 décès pour 1 000 naissances vivantes, 64 pourcent des décès sont dus à l'asphyxie à la naissance, au traumatisme de la naissance, et à la prématurité. Le taux de mortalité maternelle de 240 pour 1 000 naissances vivantes est le plus souvent dû à des hémorragies post-partum ou fistules obstétricaux³. Le non accès en temps opportun aux services d'urgence et à des personnes qualifiées constitue l'un des obstacles à la réduction de la mortalité. En outre, les femmes Malagasy en âge de procréer ont également noté comme des obstacles importants pour recevoir des soins : la distance à la formation sanitaire la plus proche et le besoin en véhicules de transport pour rejoindre l'établissement de santé⁴. Il y a plusieurs défis qui influent sur la disponibilité et l'utilisation des transports dans les zones rurales à Madagascar. La disponibilité des moyens de transport est souvent faible; et quand le transport est disponible, le coût constitue souvent un obstacle majeur. En outre, dans les régions du programme MAHEFA, le terrain montagneux et sablonneux est difficile d'accès par véhicule et la majorité des sites deviennent moins accessibles pendant la saison des pluies. Quarante-quatre pour cent des communes dans les zones du programme MAHEFA sont inaccessibles par voiture ou camion pendant au moins quatre mois de l'année et 20 pourcent sont inaccessibles pour près de la moitié de l'année.

1. Thaddeus & Maine (1994) *Trop loin pour marcher: La mortalité maternelle dans son contexte. Science sociale et médecine*, 38(8), 1090-1110

2. Murray et Pearson (2006) *Systèmes de référence maternel dans les pays en voie de développement: Connaissance actuelle et besoins futurs en recherche. Science sociale & Médecine*, Vol. 62 pp. 2205-2215

3. Organisation Mondiale de la Santé, Madagascar. 2012.

4. Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. 2010. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro.*



Approche de MAHEFA

L'approche de STU de MAHEFA a fourni l'accès aux transports appropriés et localement disponibles en cas d'urgence sanitaire pour améliorer l'accès aux services de santé. En raison de la variété de terrains rencontrée dans les régions du programme MAHEFA, une évaluation approfondie des besoins a été réalisée et les résultats ont été utilisés pour identifier et piloter une gamme de modes de transport non motorisés appropriés au niveau local, notamment des brancards à roue, des bicyclettes ambulances, des pirogues, et des charrettes à bœufs.

MAHEFA a également établi des liens entre les groupes de STU, les systèmes d'assurance santé communautaire « mutuelles » et les activités de Coopérative eBox pour générer des fonds supplémentaires en vue des réparations et entretien futurs des moyens de transports d'urgence. La mise en place des STU et des mutuelles dans les mêmes communautés a permis au STU de recevoir un financement pour soutenir la réparation et l'entretien des mécanismes de transport. Le lien avec l'eBox (une micro entreprise sociale de vente et de réparation de vélos) a permis au STU cinq à dix pourcent des bénéficiaires de l'eBox afin de financer certaines des activités sociales de la communauté, telles l'entretien des moyens de transport d'urgence.

Principales Activités

1. Effectuer une évaluation des besoins. Une évaluation complète des besoins de transport qui comprenait des entrevues avec les membres de la communauté et les dirigeants a eu lieu en 2012 et cela dans l'ensemble des six régions de MAHEFA. Les résultats ont été analysés et le concept de STU a été conçu pour les régions cibles.

2. Fabriquer le parc initial. Pour concevoir divers modes de transport, MAHEFA a tiré profit des pratiques prometteuses en Zambie où les bicyclettes ambulances ont été pilotées de manière extensive et en Afghanistan, où des brancards avec roues ont été utilisés dans les régions montagneuses.

Pour les cyclo-pousses ambulances, pirogues et charrettes, il y avait déjà des connaissances locales considérables sur la conception et leur pertinence pour le terrain local. La fabrication a été réalisée en collaboration avec une organisation malagasy.

3. Expérimenter puis évaluer les activités pilotes au niveau communautaire. Le pilote a été mené dans la région Menabe et plus tard reproduit dans d'autres régions de MAHEFA. Les activités menées au niveau communautaire sont présentées dans l'encadré 1. Après une phase pilote de six mois, MAHEFA a effectué une révision afin de tirer les leçons apprises et modifier l'approche, y compris les modes de STU.

Encadré 1. Etapes de mise en place de STU

1. *Mener un atelier initial pour expliquer le STU dans les fokontany présélectionnés.* Cette étape est importante pour évaluer l'intérêt et l'adoption et sensibiliser les communautés sur l'intervention.
2. *Procéder à une évaluation technique des sites.* MAHEFA a effectué une évaluation technique pour la faisabilité du STU, les modes de transport appropriés pour les terrains spécifiques, et la gestion potentielle du STU et la capacité d'exploitation dans chaque région.
3. *Effectuer le choix du site et la mise en place de l'activité STU à base communautaire.* La communauté a sélectionné des conducteurs bénévoles et les membres du comité de gestion du STU.
4. *Organiser une formation pour les membres des comités de gestion du STU, les superviseurs et les conducteurs.* Le contenu de la formation comprenait un aperçu des rôles individuels, les réparations et l'entretien des modes de TU, les signes de danger pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, et la façon d'interagir avec le personnel des établissements de santé. Les comités de gestion ont appris à garantir que les services de STU étaient disponibles et accessibles, gérer les relations avec les conducteurs, coordonner les réparations, et gérer le lien avec le régime d'assurance santé communautaire et, le cas échéant, avec l'eBox.
5. *Calculer les coûts et les frais d'utilisation.* Les lignes directrices sur l'établissement des coûts et des frais d'utilisation de STU potentiels ont été établies pour que les communautés puissent fixer leurs propres prix selon la demande, les distances et le pouvoir d'achat.
6. *Mettre en place des systèmes de rapportage.* Cela comprenait des carnets pour les conducteurs, consolidés par les comités de gestion communautaire pour agrégation et envoyés aux équipes régionales de MAHEFA.

4. Atelier de réflexion sur les modes de STU après la phase pilote. Un atelier a été organisé afin d'assurer la qualité de la production ultérieure de modes de STU; l'atelier a également servi à renforcer davantage la production des modes d'expertise en STU des partenaires locaux.

5. Mise à l'échelle dans d'autres régions. Après la phase pilote réussie dans la région Menabe et l'application des leçons apprises, le STU a été mis à l'échelle dans quatre régions (SAVA et Sofia en 2014, et à DIANA et Melaky en 2015). Un petit nombre de charrettes à bœufs a été ajouté en 2015 dans cinq communes, où MAHEFA a remis les charrettes aux communautés, lesquelles ont fourni les bœufs.



Résultats

La carte de la figure 1 montre les résultats des activités du STU dans le programme MAHEFA. Les activités du STU ont été mises en œuvre dans 11 communes couvrant 132 *fokontany*. Cinq modes de TU ont été fournis, dont 119 brancards avec ou sans roues, 78 bicyclettes ambulances, 43 cyclo pousse ambulances, 8 charrettes à bœufs ambulances et 6 pirogues ambulances. La même figure présente également que le programme a formé 160 membres des comités de gestion du STU et 454 superviseurs et conducteurs.

Pendant la durée du programme, un total de 964 personnes a été transporté par le STU de leur communauté vers les centres de santé de base publics ou CSB. Les enfants de moins de cinq ans ont représenté 66 pourcent de ceux qui en ont bénéficié.

Les synergies entre les activités des mutuelles et l'eBox ont été créées pour contribuer à la viabilité financière du STU. En 2015, la contribution annuelle de l'eBox au STU allait de 320 000 à 640 000 MGA (100-200 USD); le frais de réparation moyen s'élève à un peu moins de 6 400 MGA (2 USD).

Défis

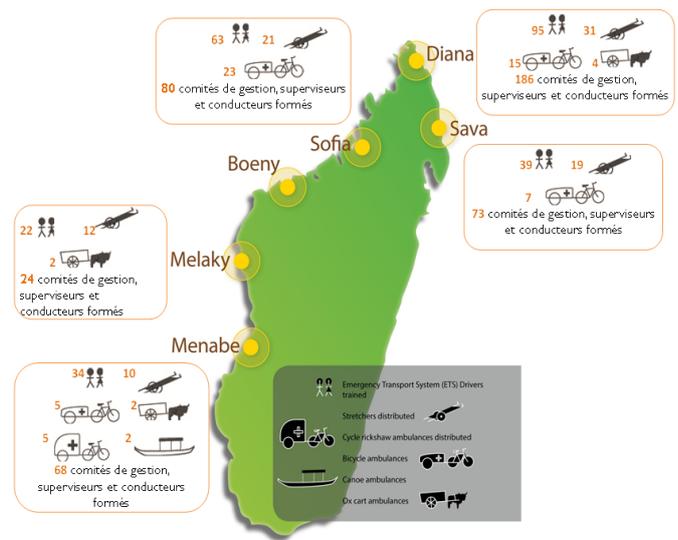
Les obstacles culturels à la perception des modes de transport. Malgré une évaluation compréhensive des besoins et des activités de sensibilisation, il y a encore une perception dans certaines régions MAHEFA selon lesquelles on ne devrait pas recourir aux bicyclettes ambulances et brancards pour le transport des personnes décédées, ce qui entraîne une faible adoption de ce mode de transport.

Durabilité après la fin du programme. À l'exception de la charrette ambulance tirée par des bœufs, d'autres modes de STU ont été construits en fonction de spécifications techniques par des entreprises spécialisées recrutées par MAHEFA. Cela signifie des coûts plus élevés et la dépendance des communautés sur des constructeurs externes.

Les réparations peuvent être un défi. Bien que les conducteurs soient capables d'effectuer les réparations simples, celles plus complexes nécessitant un mécanicien peuvent être un défi. Dans certains cas, les conducteurs ont l'expertise, mais il peut y avoir des problèmes de coût élevé des pièces de rechange.

La collecte des données. On a noté des défis en matière de collecte de données sur les activités des STU et la pertinence de ces données pour les communautés. Ces défis comprenaient le fait de s'assurer que les conducteurs remplissent leurs registres

Figure 1. Modes de STU dans les régions⁵ de MAHEFA



Encadré 2. Résultats des entretiens qualitatifs

L'équipe de MAHEFA a mené une entrevue qualitative sur le STU dans trois régions en Août et Septembre 2015. Un résumé des résultats est présenté ci-dessous:

- ◆ Le temps de déplacement réduit en cas d'urgence, de deux heures à pied à un maximum d'une heure et 15 minutes après l'innovation STU.
- ◆ Avant l'innovation STU, il a fallu entre une et trois heures pour organiser le transport. Après l'innovation STU, ce dernier est disponible à la demande.
- ◆ Réduction considérable des coûts. Avant l'innovation STU, au Menabe, le coût d'utilisation d'un taxi minibus (si disponible) est de 4 000 MGA (1,25 USD); louer un chariot à bœuf coûte environ 30 000 MGA (9,40 USD); et une voiture pourrait coûter jusqu'à 100 000 MGA (31,00 USD). Dans une situation d'urgence, des stratégies de tarification de l'exploitation ont été souvent utilisées, résultant en des prix prohibitifs.
- ◆ Avec l'innovation STU en place, les membres de la communauté paient les coûts suivants:
 - Membres de *Mutuelle*: Après avoir payé 1 200 MGA (0,38 USD) par ménage et par an pour adhérer à la *mutuelle*, les avantages des membres comprennent l'utilisation gratuite du STU.
 - Non-membres de *Mutuelle*: Les membres de la communauté paient une redevance pour chaque utilisation du STU, mais cela dépasse rarement 1 500 MGA (0,50 USD) par voyage; ce montant est considéré comme abordable.
 - Les familles vulnérables: La revue a également fait mention qu'on ne refusait pas l'accès au STU aux personnes qui ne pouvaient pas payer au moment de l'utilisation. Les communautés connaissent les familles les plus vulnérables, et les conducteurs et les comités de gestion ont pu faire preuve de souplesse pour permettre l'égalité d'accès.

Dans un contexte où le coût constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins et où un gain de temps peut faire la différence entre la vie et la mort, ces résultats sont significatifs.



et s'assurer que les données les concernant soient consolidées et partagées avec différents publics. Ainsi, les informations sur les services reçus par les utilisateurs de STU ne sont pas encore disponibles.

Leçons Apprises et Recommandations

Mener une évaluation des besoins est essentiel. L'évaluation des besoins permet de veiller à ce que des solutions de transport communautaires soient spécifiques à la situation géographique et au contexte local, et aident à fournir la perspective et l'information communautaires pour renforcer les mécanismes de transport existants.

Prioriser l'engagement communautaire. Il est crucial d'investir du temps pour établir des systèmes de gestion communautaire, de récompenser publiquement les conducteurs, de sensibiliser la communauté à la création de la demande si l'on veut s'assurer que : le transport soit accessible, les conducteurs bénévoles restent motivés et les membres de la communauté s'impliquent au STU. Sensibiliser les personnels de santé et d'autres fournisseurs de soins communautaires concernant la disponibilité des services aidera également à améliorer l'adoption du STU.

Utiliser des modes de production locale de STU. Le renforcement des capacités locales sur la production de transport constituait une partie importante de l'innovation du STU et a promu l'appropriation locale et l'acceptation culturelle. Il est important que la communauté ait accès à des constructeurs locaux pour les modes de STU, soit au niveau communautaire ou du moins au niveau régional. Autant que possible, la capacité de production du STU devrait être disponible au niveau local.

Planifier des solutions locales de coût d'entretien et de réparation depuis le début. En dépit des coûts abordables de la mise en œuvre générale, associés au mode de transport non motorisé, il y a besoin de réparations et d'entretien de ces TU et ainsi, de mécanisme pour financer ces derniers. Tout programme mettant en œuvre cette approche devrait dès sa conception travailler avec la communauté et les membres du comité de STU. Ceci afin d'identifier les sources de financement disponibles, ou mobilisables localement pour couvrir les frais d'entretien ou de réparation.

Collecter les données sur l'utilisation et les services de STU reçus par les utilisateurs. Pour permettre de connaître l'impact de STU sur l'accès à la santé, il est important que le programme collecte à la fois les données sur l'utilisation et les services reçus par les bénéficiaires au CSB. Cela faciliterait la communication de leurs avantages pour les futurs programmes.

Encadré 3. Le transport d'urgence peut sauver la vie : L'Expérience de la Région Menabe

Dans les zones difficilement accessibles de la région Menabe, le taux de mortalité est en hausse. Cela peut être causé par l'inaccessibilité financière. Le coût des transports s'élève entre 20 000 et 40 000 MGA par trajet, ce qui équivaut au budget mensuel moyen d'une famille en zone rurale. Pour y remédier, 43 conducteurs de transports d'urgence ont été équipés et formés par le programme MAHEFA pour fournir des services de transport d'urgence afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Erinesy, 65 ans, et ancien militaire est maintenant un bénévole de transport d'urgence, et conduit un cycloporteur à Marofototra. « Depuis mon service militaire jusqu'à maintenant, ma vocation c'est de servir les gens. J'ai transporté plus de 70 personnes avec mon cycloporteur — des enfants, des femmes enceintes, des personnes âgées ».

« J'aime savoir que, même à mon âge, je peux encore avoir un impact dans ma communauté. Ce travail me permet à la fois de sauver des vies et d'être en forme physiquement » nous confie Erinesy. Dernièrement, toujours aussi engagé, il a pu emmener à temps au CSB, à plus de 7 km de son village, un enfant de 6 mois qui avait des difficultés respiratoires sur son cycloporteur.

Dans les six régions de MAHEFA, 454 superviseurs et conducteurs de transport d'urgence ont été formés et sont prêts pour servir leur communauté.



Erinesy avec l'enfant de 6 mois qu'il a transporté au CSB, région Menabe

POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ CONTACTER:

JSI Research & Training Institute, Inc. | 44 Farnsworth Street, Boston, MA 02210 617.482.9485 , www.jsi.com

Cette fiche technique a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research and Training Institute, Inc est entièrement responsable de son contenu, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.