

PROGRAMME COMMUNITY CAPACITY FOR HEALTH DE L'USAID

Un plan de riposte communautaire efficace pour atténuer l'impact de l'épidémie de peste dans les communautés rurales de Madagascar



RÉSUMÉ DU PROGRAMME

Le Programme Community Capacity for Health de l'USAID, dénommé localement Mahefa Miaraka est un programme de santé communautaire intégré financé pour cinq ans (2016-2021) par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID). Le programme est la résultante d'une collaboration entre le Ministère de la Santé Publique, l'USAID et JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Il fournit des équipements et des renforcements de capacités à quelques 10,000 agents communautaires volontaires (AC) qui prodiguent des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Mahefa Miaraka par ailleurs travaille avec les institutions gouvernementales nationales et locales aux fins de renforcer le secteur et les politiques de santé.

MAHEFA MIARAKA



INTERVIENT DANS
7 RÉGIONS DE
MADAGASCAR



DESSERVANT AU T
OTAL **4 708** VILLAGES



AVEC UNE
POPULATION TOTALE
ESTIMÉE A **6.6** MILLIONS



SOIT LES **28%** DE
DE LA POPULATION
TOTALE DU PAYS



CONTEXTE

L'approche promue dans la Stratégie Nationale de Santé Communautaire de Madagascar (2017) repose sur une réelle appropriation, une participation active ainsi qu'une gestion des interventions de santé au niveau local par la communauté tout en étant lié et renforcé par le système de santé formel. Pour garantir le succès de cette approche, il est essentiel de promouvoir un leadership fort et réactif dans les structures communautaires existantes tout en mettant en œuvre de manière efficace un ensemble de services de santé de base fournis par les ACs.

L'épidémie record de peste de 2017 à Madagascar a mis le système de santé communautaire à rude épreuve. La peste est une épidémie récurrente sur les hautes terres centrales de Madagascar : chaque année, une recrudescence saisonnière des cas de peste, généralement sous la forme bubonique, se produit entre septembre et avril mais est habituellement rapidement endiguée et reste localisée. Cependant, à partir d'août 2017, Madagascar a connu une épidémie de peste sous forme majoritairement pulmonaire qui a touché tant les zones régulièrement touchées que celles rarement ou n'ayant jamais expérimentées l'épidémie à l'instar de la capitale Antananarivo et la ville portuaire de Toamasina. La forme pulmonaire étant hautement contagieuse, se propage par contact de personne à personne et peut déclencher de graves épidémies. À moins d'être traitée suffisamment tôt, elle entraîne la mort. En réponse à la propagation rapide de l'épidémie, Mahefa Miaraka a travaillé en étroite collaboration avec les responsables de la santé au niveau nation-

al, régional et district pour mettre en œuvre une riposte bien coordonnée et efficace qui a été axée sur l'éducation et la vigilance communautaire, la surveillance et les stratégies d'endiguement. Les ACs se trouvaient en première ligne de la stratégie de riposte, de par leur rôle dans l'éducation et la mobilisation dans les villages (fokontany), la coordination des campagnes de nettoyage et de désinfection et la mise en œuvre d'une surveillance et d'un plan d'endiguement au niveau des villages. Les actions adoptées dans le cadre d'un plan de riposte intensif ont permis la diminution du nombre de cas de peste, conduisant à la déclaration de fin de l'épidémie de peste pulmonaire en milieu urbain par le Ministère de la Santé (MinSanP) le 27 novembre 2017. En avril 2018, le Ministère de la Santé a signalé 2 417 cas confirmés, probables ou suspects de peste, dont 209 décès (taux de mortalité de 9%). Les sept régions côtières où le programme Mahefa Miaraka intervient, ont été moins affectées que la région centrale des hauts plateaux, avec un total de 61 cas présumés de peste et un décès, grâce en partie à la vigoureuse riposte décrite dans cette note d'information.

APPROCHE

En raison de son expertise développée à tous les niveaux du paysage sanitaire à Madagascar, Mahefa Miaraka était particulièrement bien placé pour accompagner les efforts visant à enrayer l'épidémie de peste. L'approche du programme consistait à transformer les structures de santé communautaire existantes qu'il appuyait en un système d'intervention d'urgence efficace



face à l'épidémie, tout en renforçant la capacité d'intervention et de gestion des urgences des équipes de santé régionales et de district du MinSanP de la santé publique.

Aux niveaux national, régional et district, le Programme a fourni des conseils techniques et stratégiques aux acteurs clés pour le suivi et la notification et le rapportage des cas, des appuis des districts aux barrages sanitaires pour le dépistage des voyageurs, et dans les investigations et ripostes des cas suspects et l'appui logistique pour la distribution des matériels et équipements. En vue de briser la chaîne de transmission de la peste, le Programme s'est appuyé sur sa plateforme d'acteurs communautaires, mobilisant ainsi près de 10 000 ACs formés et expérimentés. En collaboration avec les leaders communautaires et les autorités locales, ces ACs ont facilité la mise en œuvre rapide d'actions d'éducation sanitaire, de sensibilisation et de veille communautaire, de lutte antivectorielle, de surveillance des cas et des stratégies de recherche des cas contacts

Avec son engagement stratégique et ses appuis logistiques, le Programme a veillé à ce que les acteurs de la santé à tous les niveaux aient les compétences nécessaires pour riposter à l'épidémie et aient la capacité à s'acquitter de leurs responsabilités en toute efficacité.

PRINCIPALES ACTIVITÉS

Renforcer la riposte aux niveaux national et régional. Le programme a joué un rôle actif dans la définition de la réponse à la crise au niveau national en contribuant au plan d'action national et en participant aux réunions de coordination des parties prenantes. Les apports essentiels du programme ont consisté entre autres en la mise en place de comités de lutte contre la peste au nombre de 7 au niveau régional et 34 au niveau district ainsi que de 109 comités de vigilance dirigés par les communes, chargés de surveiller les cas de peste dans leurs régions, et en leur appui logistique. En outre, Mahefa Miraka a fourni un soutien logistique au MinSanPP, dans la distribution de médicaments et d'intrants, la fourniture de supports d'information relatifs à la peste dans toutes les zones d'intervention du Programme.

Formation des intervenants de la riposte à la peste. L'une des plus grandes contributions du programme a été la formation des leaders communautaires des villages, des ACs et des responsables du MinSanP aux niveaux régional, district et commune, dans le but de briser la chaîne de transmission et de réduire la propagation des cas de peste. Les formations portaient sur la surveillance des cas de peste, la prise de mesures communautaires de lutte contre la peste, le suivi des cas contacts, la référence des cas suspects vers les centres de santé de base et les compétences de gestion. Mahefa Miraka a utilisé une approche de formation en cascade, en commençant par former les équipes de management du MinSanP des niveaux régional et district. Par la suite, ces formateurs ont formé les chefs des centres de santé, qui à leur tour ont assuré la formation des ACs. Ce modèle de formation visait à renforcer les capacités du personnel du MinSanP et des ACs ainsi que le rôle de supervision à chaque niveau.

Mobiliser les communautés dans la lutte contre la peste, pour le nettoyage et la lutte antivectorielle. Après leurs formations, les leaders communautaires ont mobilisé leurs communautés dans la lutte contre la peste. Ils ont mené pour ce faire des campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) à leur endroit; ont organisé les actions communautaires pour lutter contre les vecteurs de la peste, notamment le nettoyage collectif, un meilleur assainissement et la notification de morts de rongeurs; ont également fourni un appui logistique au niveau local dans la distribution de matériels et la mise en œuvre du plan d'action national.

Information et communication pour engager l'action communautaire. Durant l'épidémie, le programme a mis en œuvre une solide campagne de communication pour mobiliser l'action communautaire. Le programme a traduit les messages en dialectes locaux et a conclu des contrats avec 23 stations de radio locales pour la diffusion de messages de santé publique sur l'épidémie de peste plusieurs fois par jour. Il a également élaboré et distribué une fiche pour les ménages décrivant les mesures à prendre à leur niveau, et des affiches indiquant les mesures de prévention contre la transmission de la peste. Chaque village a élaboré son propre plan d'action où figurait entre autres, une campagne intensive de nettoyage et d'assainissement. Chaque ménage devait nettoyer sa maison et ses



CONTRIBUTION DE USAID ET MAHEFA MIARAKA DANS LA RIPOSTE CONTRE LA PESTE A MADAGASCAR 2017

CAS DE PESTE DANS LES ZONES D'INTERVENTION DU PROGRAMME

- Analanjirifo, Boeny, Menabe, SAVA, Sofia, et DIANA (as of November 16, 2017)
- 61 cas suspectés (29 cas de Peste Pulmonaire)
 - 60 cas traités et guéris
 - 12 cas probables et/ou confirmés par RDT/IPM (6 cas de Peste Pulmonaire)
- Source: DRSP



FORMATION SUR LA PESTE



- 937 Staff du MSANP formés
- 4 304 Maires, CCDS, Chef Fokontany formés
- 8 349 AC formés dans 456 communes et 34 districts

ACTIVITES DE PREVENTION

Participation aux activités de prévention au niveau regional et district:

- 23 barrières sanitaires
- Diffusion de spots radiophonique à travers les radios locales
- Activités d'assainissement des lieux publics et de désinfection



INVESTIGATION & RIPOSTE



Fournir un appui et participer aux enquêtes de terrain menées dans 6 districts (Voehemar, Antalaha, Mahabo, Mitsinjo, Fenerive-est, Vavatenina) de 4 regions (SAVA, Menabe, Boeny, Analanjirofo)

AUTRES CONTRIBUTIONS DU PROGRAMME

Mahefa Miaraka contribue également aux efforts de prévention de la peste en transportant des intrants et matériels, en traduisant les messages de la peste en dialectes locaux et en distribuant des affiches informatives.

Il instaure des contrôles de température quotidiens pour son staff et dans chaque bureau.



ACTION COMMUNAUTAIRE



- Nettoyage collectif dans les villages, les marchés de fokontany et les lieux publics
- L'éducation sur les symptômes de la peste et les dispositions à prendre en cas de suspicion par les AC

The USAID Community Capacity for Health program, locally known as Mahefa Miaraka, is a five-year (2016-2021) community-based integrated health program funded by the United States Agency for International Development (USAID). The Program is a collaboration between the Ministry of Public Health, USAID, and JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI).



This poster is made possible by the support of the American People through the United States Agency for International Development (USAID). The contents of this poster are the responsibility of JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

environs immédiats et la communauté s'est mobilisée pour nettoyer les espaces collectifs tels que les marchés. Chaque village a identifié les vecteurs potentiels de peste, tels que les ordures non-collectées ou la défécation à l'air libre, et a pris des mesures pour les éliminer.

Mesures immédiates pour endiguer les risques de peste et / les foyers épidémiques éventuels. Tout en encourageant la vigilance dans tous les domaines du programme, Mahefa Miaraka a priorisé la riposte dans les villages où l'épidémie de peste est récurrente et là où des cas suspects ont été signalés. Les équipes d'intervention de district se sont rendues dans les villages prioritaires et ont mené des efforts intensifs de nettoyage et de lutte contre la peste, notamment en pulvérisant des insecticides et en installant des dispositifs de lutte contre les rongeurs. Le Programme a également soutenu les barrages sanitaires positionnés sur les routes nationales pour freiner la propagation de l'infection.

Surveiller, signaler et localiser tous les cas suspects. Afin d'endiguer l'épidémie, les ACs ont effectué une étroite surveillance afin de détecter d'éventuels cas suspects de peste dans leurs villages. En présence d'un cas suspect, les CSB ont mené des investigations, ont établi les diagnostics et ont recommandé un traitement à domicile impliquant un confinement pour éviter que d'autres personnes soient infectées. Les cas contacts ont reçu un traitement prophylactique pendant sept jours. Les ACs ont retracé et surveillé toutes les personnes qui ont été en contact avec le cas suspect.

RÉSULTATS

Le personnel du programme a participé à 1 041 réunions de planification, de coordination et de revue. Dans l'ensemble, l'équipe du programme a pris une part active à la riposte contre la peste menée par le MinSanP aux niveaux national, régional, district et communautaire (32 réunions nationales, 100 réunions régionales, 121 réunions au niveau district et 788 réunions communautaires sur la riposte à l'épidémie). Ces réunions ont eu lieu pendant la saison active de la peste d'octobre à avril. Les réunions ont abouti à la formulation et à la mise en œuvre du plan d'action national de lutte contre la peste et à une meilleure riposte à l'épidémie ; à la mobilisation de ressources ; à la coordination des formations et des mesures de contrôle de la peste ; et à la mobilisation communautaire pour la lutte antivectorielle, à l'identification et à la référence des cas et à la recherche des cas contacts par les ACs.

Formation de 13 777 personnes sur la prévention et la riposte à la peste. A travers son approche de formation en cascade, le Programme a formé 937 membres du personnel du MinSanP à la riposte à la peste (41 membres régionaux, 276 membres des équipes de management de district et 620 chefs de centres de santé de base), ainsi que 187 membres du personnel du programme. Ces formateurs ont à leur tour formé 8 349 ACs et 4 304 leaders communautaires.

Le Programme a touché plus d'un million de personnes à travers les programmes de communication sur la prévention

Régions	Cas suspects de peste			Cas suspects reçus et traités au CSB		
	Peste bubonique	Peste pulmonaire	Cas suspects de peste	Peste bubonique	Peste pulmonaire	Cas traités
Analanjirifo	6	19	25	6	19	25
Boeny	17		17	17		17
DIANA	2	6	8	2	6	8
Menabe	1	2	3	1	2	3
SAVA		2	2		2	2
SOFIA	4		4	4		4
Melaky	2	0	2	1	0	1
Total	32	29	61	31	29	60

tion de la peste qu'il a appuyés. Les ACs ont organisé des séances d'éducation communautaire sur les maladies transmissibles, y compris la peste, touchant 498 683 personnes, et quelques 37 914 personnes par le biais d'événements de forte visibilité. Les stations de radio locales ont diffusé pendant l'épidémie des informations sur la peste en dialectes locaux, ayant permis d'atteindre 594 960 personnes. En outre, le programme a distribué 10 000 fiches ménages (décrivant sept mesures que les familles devraient prendre pour se protéger) ; 8 333 catalogues pour la construction de latrines; et 5 449 affiches sur la prévention de la peste élaborées par le MinSanP.

Le Programme a conduit 61 investigations dans les villages considérés à risque ou avec des cas de peste qui ont été signalés. Parmi lesquels, des activités de lutte antivectorielle ont été menées dans 55 villages présentant un haut risque d'infection, et une désinfection intensive de 49 villages avec des cas rapportés de peste.

Il a fourni un appui matériel à 23 barrages sanitaires pour le dépiage des voyageurs sur les routes principales dans six régions.

Au total, 22 ACs ont référé des cas suspects de peste, ont organisé le transfert des personnes concernées en toute sécurité vers les centres de santé de base et ont retracé les cas contacts pour surveiller les signes de peste.

Un seul cas de décès enregistré sur les 61 cas suspects détectés par le MinSanP dans la zone d'intervention du Programme. Ce taux est bien inférieur au taux de mortalité au niveau national qui a été de 9% (209 décès sur 2 417 cas). Les efforts intensifs du Programme en appui à la riposte communautaire à la peste ont permis de détecter rapidement les cas suspects de peste et d'apporter une riposte efficace, notamment en délivrant un traitement approprié et des mesures pour stopper l'épidémie.

DÉFIS

Le mauvais état des infrastructures sanitaires à Madagascar a considérablement réduit l'efficacité de la riposte à l'épidémie.

Initialement de nombreuses formations sanitaires manquaient d'infrastructures de base et d'intrants pour faire face à l'épidémie, tels l'absence d'eau courante, de dispositifs de lavage des mains, de désinfectants, d'équipements de protection individuelle et d'unité d'isolement, ainsi que d'antibiotiques et d'autres médicaments. Plusieurs partenaires du secteur santé et de l'assainissement ont mobilisé des fonds et des ressources d'urgence pour apporter les intrants essentiels.

Les déplacements fréquents et réguliers de la population ont fait qu'il a été difficile d'endiguer l'épidémie. De nombreuses personnes à Madagascar voyagent régulièrement pour des raisons commerciales ou familiales, et de tels voyages ont occasionné la contamination des zones auparavant indemnes de la peste, notamment Antananarivo et d'autres grandes villes.

La riposte à l'épidémie a été davantage compliquée par les croyances culturelles profondément ancrées sur la cause de la maladie (en particulier dans les zones non endémiques de peste). Certains patients hésitaient à se faire soigner. Les ACs appuyés par le Programme ont joué un rôle crucial dans les efforts visant à vaincre les appréhensions de la communauté et à convaincre les personnes présentant des signes suspects de peste à consulter un médecin.

La plupart des ACs ne disposent pas de téléphones portables ou vivent en dehors de la couverture du réseau, ce qui complique considérablement la communication entre les ACs et leurs superviseurs dans les centres de santé. A cause de cette situation, il a été difficile pour les ACs d'alerter les CSB face à des cas suspects et d'obtenir les instructions sur les mesures à prendre.

Toute riposte à une épidémie demande des efforts et des ressources substantielles, et a inévitablement un impact sur la mise en œuvre des activités de santé publique de routine. S'il a fallu réorienter beaucoup de temps et de ressources à la riposte à l'épidémie, le Programme a néanmoins réussi à mobiliser des fonds et des ressources supplémentaires pour soutenir les activités de santé essentielles pendant cette période.

LA MARCHÉ À SUIVRE

La disponibilité de quelques 10 000 ACs mis en place par Mahefa Miaraka au niveau des villages, associée à la forte présence du Programme aux niveaux national, régional et district, font que ce dernier était particulièrement bien positionné pour mettre en œuvre une riposte rapide, bien coordonnée et efficace à l'épidémie de peste. Il a été en mesure de coordonner une riposte efficace aux niveaux supérieurs de l'administration de la santé et de s'assurer que les ACs la mettent en œuvre rapidement et efficacement au niveau des villages. En fait, le système de santé communautaire soutenu par Mahefa Miaraka a été en mesure de se transformer rapidement en un système tout à fait opérationnel pour une riposte d'urgence à l'épidémie.

Afin de prévenir d'éventuelles épidémies de peste, il est nécessaire de maintenir la vigilance et de faire progresser les normes d'assainissement communautaire. Le Programme a mis en œuvre telles mesures, notamment la campagne de vigilance contre la peste en 2018 avec la formation continue de 11 040 personnes (295 maires; 2 106 chefs de villages; 7 815 ACs; 86 membres des équipes de santé régionales et de district et 738 agents de santé); la diffusion de spots radio sur la sensibilisation et la vigilance contre la peste; et des campagnes intensives de nettoyage et de désinfection dans les villages à risque élevé de propagation de la peste.

En outre, Mahefa Miaraka continue de soutenir le renforcement des systèmes de surveillance et de rapportage du MinSanP. En septembre 2018, le programme a fourni une assistance financière à la Direction de la Veille Sanitaire et de Surveillance des Epidémies (DVSSE) du MinSanP pour la formation de 91 responsables régionaux et de district de la région d'Itasy (une zone d'endémie de peste) sur le système national de surveillance et de rapportage électroniques.

Amélioration des liens entre les centres de santé et la communauté. Il s'agit d'assurer des réunions mensuelles de routine entre les chefs des centres de santé, les ACs et les leaders communautaires pour les rapports, la formation continue, l'évaluation des compétences et l'approvisionnement en produits de santé.

Renforcement continu des structures de gouvernance communautaire et des compétences des ACs, et reconnaissance des contributions des communautés. En 2019, le Ministère de la Santé a finalisé son plan stratégique pour le renforcement de la santé communautaire en vue d'améliorer la gestion des comités de santé communautaires et de renforcer la capacité des ACs, en mettant l'accent sur l'identification de stratégies pour obtenir des résultats durables et des moyens de reconnaissance et de motivation des acteurs.



Programme Mahefa Miaraka

CONTRIBUTION DU PROGRAMME POUR LA LUTTE CONTRE LA PESTE REGION ANALANJIROFO

PARTICIPATION ACTIVE DANS LES REUNIONS DE LA CELLULE DE CRISE



FESTIVAL JERIJERY à Vavatenina

- Mise en place de tente d'urgence et de contrôle stricte à l'entrée du festival
- Engagement des étudiants paramédicaux bénévoles et de l'équipe mobile pour la prise de température
- Soutien du programme Mahefa Miaraka et de l'OMS dans les diverses activités de surveillance durant le festival

ACTIVITES DE SURVEILLANCE



Conduire une surveillance au niveau de port Fluvial - Katsepy, Région Boeny



Collaborer avec les Agents de sécurité dans les barrières sanitaires - Région Analanjirofo



Contrôler les passagers au niveau des stations de taxi-brousse 24h/24 - Région Analanjirofo

ACTIVITES DE RIPOSTE



Conduire des activités de désinsectisation toutes les véhicules de transport public de Katsepy - Mitsinjo - Soalala



Effectuer des activités d'assainissement du Centre Hospitalier de Référence Régional de Fénérive Est



Mener des activités d'assainissement dans les lieux publics - Région Boeny



USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
Mahefa Miaraka
JSI RESEARCH & TRAINING INSTITUTE, INC.

L'élaboration de ce roll-up a été rendue possible grâce à l'appui financier du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research & Training Institute, Inc. est entièrement responsable du contenu de ce roll-up, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

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

6 | Programme Community Capacity For Health De l'USAID

www.jsi.com

jsiinfo@jsi.com