



**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

**Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

Master en Santé Publique

Option Santé communautaire.

Année Universitaire 2018 - 2019

**Analyse de la stratégie de mise en œuvre des activités de la chimio-prévention
du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans l'aire de santé de
Séno en commune VI du district de Bamako**

Présenté et soutenu le

Par Dr Seybou COULIBALY

Président

:

Membre

:

Directeur

: Pr Adama DIAWARA

Co-directeur

:

Je dédie ce travail

A Madame **COULIBALY Mariame OUATTARA** et mes enfants

A tous mes parents.

Veillez trouver dans ce travail une reconnaissance de votre soutien constant.

Remerciement:

Nous exprimons tout particulièrement ici notre profonde gratitude au **Pr Adama DIAWARA** qui a accepté de diriger notre travail. Pour les sacrifices auxquels vous avez consenti durant ce travail, pour votre disponibilité en tout temps malgré vos multiples occupations, pour votre rigueur scientifique et vos suggestions, veuillez accepter une fois de plus, nos vifs remerciements. Nos remerciements vont également à l'endroit du **Dr Mamadou S SISSOKO ; MRTC** et du **Dr Seydou FOMBA ; PNLP** pour leurs assistances et leurs conseils.

Nous ne saurions passer sous silence le précieux concours que nous a apporté toute **l'équipe des enseignants/chercheurs du DER-SP**, ainsi que tout **le personnel administratif** pour leur contribution et leur appui pour la réussite de notre formation de Master en Santé Publique.

A tout **le personnel du CSCOM de Sénou** ainsi que **les membres de l'ASACO à travers son président** pour leur contribution et leur appui pour la réussite de ce travail.

A tous les **collègues de la 6^{ème} promotion de Master en santé publique** pour les moments de fraternité, d'entraide et d'échange passés ensemble pour l'esprit de convivialité qui nous a animés ces deux années.

A Dr Aly TEMBELY : Médecin-chef du district sanitaire de Djenné et le personnel pour leur soutien constant tout au long de cette formation.

Table des matières

1. ENONCE DU PROBLEME	9
2 OBJECTIFS	10
2.1 Objectif général	10
2.2 Objectifs spécifiques	10
3 QUESTION DE RECHERCHE	11
4 REVUE DE LA LITTERATURE	11
4.1 Généralité sur le paludisme	11
4.2 Epidémiologie	11
4.3 Organisation de la prise en charge du paludisme	12
4.4 La chimio prévention du paludisme saisonnier	13
4.4.1 Aperçue générale sur les avantages	13
4.4.2 Stratégie de la chimio prévention du paludisme saisonnier	14
4.4.3 Adoption et stratégie de mise en œuvre de la chimio prévention du paludisme saisonnier au Mali	16
5 METHODOLOGIE	17
5.1 Cadre de l'étude	17
5.2 Type d'étude	20
5.3 Période d'étude	21
5.4 Population d'étude	21
5.5 Critères d'inclusion	21
5.6 Critères de non inclusion	21
5.7 Echantillon :	22
5.7.1 Technique d'échantillonnage	22
5.7.2 Taille de l'échantillon	22
5.8 Procédure de l'étude (déroulement de l'enquête)	23
5.9 Plan et outils de collecte des données	23
5.9.1 Outils de collecte	23
5.9.2 Pan de collecte des données	24
5.10 Plan d'analyse des données	24
5.11 Variables étudiés	25
5.12 Considération éthique	26
5.13 Définition des termes	26
6 RESULTATS	27
6.1 Caractéristiques de l'échantillon	27

6.2 Taux de couverture des doses de CPS correctement administrées chez les enfants dans les ménages et la supervision.....	31
6.2.1 Taux de couverture	31
6.3 Raisons de non administration correcte des doses du traitement complet de la CPS chez les enfants et effets secondaires.....	32
6.3.1 Raisons de non administration correcte des doses.....	32
6.3.2 Effets secondaires.....	33
6.4 Acceptation et perception de la population sur les activités de la chimio prévention du paludisme saisonnier	34
6.5 Description de l'organisation de la stratégie de mise en œuvre des activités de la CPS au niveau de l'aire de santé ;	35
6.5.1 Formation.....	35
6.5.2 La communication et mobilisation sociale	35
6.5.3 Les ressources financières et les intrants de la campagne	36
6.5.4 Difficultés et contraintes dans l'organisation de la campagne CPS	36
6.5.5 Déroulement de la campagne CPS dans l'aire de santé.....	37
6.6 Evolution des indicateurs de performance (taux de prévalence, taux de mortalité spécifique dû au paludisme au CSCOM, taux de couverture en Moustiquaire Imprégné d'insecticide de Longue Durée (MILD) chez les enfants de l'année 2017	37
6.7 Autres aspects de l'impact des activités de la CPS.....	38
7 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	41
7.1 Analyses de l'échantillonnage.....	41
7.2 Analyse de la couverture CPS dans l'aire de santé.	42
7.3 Analyse des raisons de l'administration non correcte des doses du traitement complet de la CPS chez les enfants.....	42
7.4 Analyse de l'acceptation et la perception de la communauté.....	43
7.5 Analyse des conditions d'organisation de la CPS chez les enfants dans l'aire de santé.....	46
7.6 Analyse de la performance du CSCOM	47
8 LIMITES.....	48
9 CONCLUSION.....	49
10 RECOMMANDATIONS	50
11 REFERENCES.....	52

LISTE DES TABLEAUX & FIGURES

Tableau I : Taux de couverture vaccinale et la distribution de MILD en 2017.....	18
Tableau II : Nombre de cas de consultation selon les différentes tranches d'âge en 2017.....	19
Tableau III : Différentes affections fréquemment rencontrées dans le CSCOM en 2017.....	19
Tableau IV : variables étudiés	23
Tableau V : Répartition selon l'ethnie des parents interviewés dans les ménages	27
Tableau VI Type de canal des informations	28
Tableau VII Causes du paludisme citées par les parents dans les ménages	29
Tableau VIII : Taux de couverture des doses de CPS correctement administrées	30
Tableau IX Raisons de non administration correcte des doses de CPS chez l'enfant	32
Tableau X Niveau d'appréciation et de perception des activités de la CPS par des parents interviewés	33
Tableau XI : Relation entre la protection de l'enfant contre le paludisme et la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS dans les ménages.....	38
Tableau XII : Relation entre la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS et la survenue des cas de paludisme rapporté.....	39
Tableau XIII: Relation entre la survenue de paludisme rapporté et le fait de dormir sous MILD.....	39
Tableau XIV : Relation entre la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS et le niveau d'instruction	40
Figure I : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction des parents.....	27
Figure II : Répartition de l'échantillon selon la profession des parents.....	28
Figure III : Répartition de l'échantillon selon la religion des parents.....	29
Fig. IV Types d'information	29
Fig.V : Graphique de l'administration des doses de CPS dans les ménages.....	31
Fig.VI : Types d'effets secondaires.....	33
Fig. VII : Evolution des cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de cinq ans et les adultes par rapport à la consultation totale courant 2017 dans le CSCOM de Sénou.....	37
Fig. VIII Graphique de la situation de la carte CPS & enfants dorment sous MILD dans les ménages.....	38

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO :	Association de Santé Communautaire.
ASACOSE :	Association Santé Communautaire de Sénou
AQ :	Amodia quine
CPS :	Chimio prévention du Paludisme Saisonnier
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSREF :	Centre de Santé de Reference
CVI :	Commune VI
DEF	Diplôme d'Etude Fondamentale
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
MAT-DNAT :	Ministère de l'Administration Territoriale – Direction Nationale de l'Administration Territoriale
MILD :	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide de Longue Durée
MIS :	Malaria Indicators Survey (Indicateurs de Suivi du Paludisme)
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PID:	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PNLP:	Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme
RBM :	Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme)
SLIS :	Système Local d'Information Sanitaire
SIS:	Système d'Information Sanitaire
SP :	Sulfadoxine Pyriméthamine
TV :	Télévision
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
UNICEF:	les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé

Introduction

La CPS, a été mise en œuvre dans l'aire de santé de Sénou en 2016 chez les enfants de 3 à 59 mois. Notre étude a pour but d'analyser les activités de la mise en œuvre de cette stratégie.

Matériel et Méthodes

Etude transversale descriptive de la stratégie de mise en œuvre des activités de la CPS ; axée sur l'exploitation des données d'une enquête menée en octobre 2018, de l'organisation de la campagne de CPS et des rapports d'activités mensuels de l'année 2017 du CSCOM

Les logiciels utilisés sont Word 2013 et SPSS version 16.2.

Résultats

140 ménages enquêtés avec une prédominance féminine de 87,9% et un âge moyen de 31, 62±0,669 ans.

74,13% de taux de couverture des enfants dans les ménages

Les raisons principales de non administration des doses ont été l'absence de l'enfant dans le ménage (28,6 %) ; l'oubli du parent d'administrer les 2 doses restantes (21,4 %)

87,5 % des ménages apprécient et acceptent ces activités

L'organisation de la campagne est marquée par la formation des acteurs et disponibilité des intrants mais faible implication de la communauté et retard de mobilisation financière qui dépend des partenaires ;

Prévalence du paludisme a été de 5,38% et la forme simple la plus rencontrée.

Faible taux de distribution des MILD chez les enfants (48,6%)

Conclusion

La CPS est effective et acceptée, mais les raisons de non administration et obstacles d'organisation constatés contribuent à réduire son impact.

Clés : CPS, raison de non administration, obstacle, facteur, impact

Summary

Introduction

SPC, was implemented in the Sénou health area in 2016 for children from 3 to 59 months. Our study aims to analyze the activities of the implementation of this strategy.

Material and methods

Descriptive cross-sectional study of the implementation strategy for SPC activities; focused on the exploitation of data from a survey conducted in October 2018, the organization of the SPC campaign and the monthly activity reports for the year 2017 of the CHC (Community Health Center)

The software used is Word 2013 and SPSS version 16.2.

Results

140 households surveyed with a female predominance of 87.9% and an average age of 31, 62 ± 0.669 years.

74.13% coverage rate of children in households

The main reasons for not taking the doses were the absence of the child in the household (28.6%); the parent's forgetfulness of administering the remaining 2 doses (21.4%)

87.5% of households value and accept these activities

The organization of the campaign is marked by the training of the actors and availability of the inputs but weak implication of the community and delay of financial mobilization which depends on the partners;

Prevalence of malaria was 5.38% and the most common simple form.

Low LLIN (Mosquito Net Impregnated with Long-Lasting Insecticide) distribution rate among children (48.6%)

Conclusion

SPC is effective and accepted, but the reasons for non-administration and perceived organizational obstacles contribute to reducing its impact.

Keys: CPS, reason for no administration, obstacle, factor, impact

1. ENONCE DU PROBLEME

Conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la lutte contre le paludisme est basée sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez enfants les moins de 5 ans, le traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes, la prise en charge correcte des cas de paludisme maladie après confirmation biologique et la lutte anti vectorielle.

Bien que ces mesures ont globalement aboutit à une réduction du nombre de décès par rapport aux données dans les années 2000, le paludisme demeure un problème de santé publique dans les pays endémiques. Le rapport mondial de l'OMS estime en 2016, deux cent seize millions (**216 000 000**) de cas de paludisme dans 91 pays, soit environ cinq millions de plus qu'en 2015 et 445 000 décès dans le monde **(1)**

Près de 80% des cas de paludisme et 90% des décès liés au paludisme surviennent en Afrique subsaharienne. La grande majorité des cas cliniques et des décès concernent les enfants de moins de 5 ans parce que leur système immunitaire se défend mal contre le paludisme et aussi cette létalité dû au paludisme est surtout élevée pendant la saison des pluies qui dure généralement de 3 à 4 mois **(2)** où le paludisme a un caractère saisonnier .

La morbidité et la mortalité liées au paludisme a aussi un coût direct et indirect sur le développement économique des pays endémiques

Face à ces facteurs il était impératif de développer une stratégie de protection supplémentaire contre le paludisme pour ces zones et cette tranche d'âge

Dans ce contexte l'administration répétée d'un traitement antipaludique efficace pendant cette période chez les enfants en bonne santé permet de prévenir les cas cliniques et les décès dus au paludisme. Cette intervention porte le nom de Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)**(3)**.

Cette stratégie efficace à faible coût, sûre et faisable a été adoptée au Mali en mars 2012 avec un plan d'extension pour une couverture nationale d'ici 2016.

L'exécution du plan d'extension de la CPS par le PNLP a permis aux autres districts du pays d'organiser des campagnes de CPS. Au regard de cette disposition, le district sanitaire de la commune VI comme à l'instar des autres de Bamako a organisé les premières campagnes de CPS en 2016 avec un taux de couverture administrative de 100%**(4)**

Le CSCOM de Sénou dans le district sanitaire de la CVI dans la mise en œuvre de cette stratégie a obtenu un taux de couverture administrative de 100%.

Malgré ces résultats obtenus dans l'aire de santé de Sénou ; les données de routine du centre n'indiquent pas une réduction escomptée des cas de paludisme en témoignent les statistiques des cas de paludisme confirmé :

- en 2016 : quatre-mille cinq cent quatre-vingt-dix-neuf (**4 599**) cas dont huit cent cinq (**805**) cas des enfants de moins de 5 ans ;
- en 2017 : quatre-mille six cent soixante-quatre (**4 664**) cas dont sept cent cinq (**705**) cas des enfants de moins de 5ans.

Ces données font du paludisme le premier motif de consultation dans le centre de santé.

Le but principal de notre étude est d'analyser la stratégie de la mise en œuvre des activités de la chimio prévention du paludisme saisonnier dans l'aire de santé communautaire de Sénou en commune VI de Bamako afin d'identifier des facteurs ou obstacles, influençant négativement sur la stratégie répercutant ainsi sur l'efficacité de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans.

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Analyser la stratégie de la mise en œuvre des activités de la chimio-prévention du paludisme saisonnier dans l'aire de santé du CSCOM de Sénou, District sanitaire de la commune VI durant la campagne CPS de 2018.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Déterminer le taux de couverture des doses de CPS correctement administrées chez les enfants dans les ménages ;
2. Déterminer les raisons de l'administration non correcte des doses du traitement complet de la CPS chez les enfants ;
3. Décrire la perception et l'acceptation de la population sur les activités de la chimio prévention du paludisme saisonnier ;
4. Décrire les conditions d'organisation de la stratégie de mise en œuvre des activités de la CPS au niveau de l'aire de santé ;
5. Mesurer l'évolution des indicateurs de performance (taux de prévalence, taux de mortalité spécifique dû au paludisme au CSCOM, taux de couverture en Moustiquaire Imprégné d'insecticide de Longue Durée (MILD) chez les enfants de l'année 2017.

3 QUESTION DE RECHERCHE

Quelles sont les raisons du faible impact de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois dans l'aire de santé du CSCOM de Sénou dans le district sanitaire de la commune VI ?

4 REVUE DE LA LITTERATURE

4.1 Généralité sur le paludisme

Le paludisme est une érythrocytopathie fébrile et hémolysante due à un hématozoaire du genre plasmodium, transmis à l'homme par la piqure infectante d'un moustique : l'anophèle femelle (5).

Il existe 6 espèces de parasite responsable du paludisme chez l'homme, dont deux Plasmodium falciparum et Plasmodium vivax sont les plus dangereux

Les manifestations cliniques du paludisme sont nombreuses et complexes. Elles sont variables selon les espèces, les hôtes, les lieux géographiques et le contexte épidémiologique et social. De façon général, il se caractérise par des symptômes récurrents : frissons, fièvre et douleurs corporelles généralisées).

4.2 Epidémiologie

En dépit des immenses progrès enregistrés dans la lutte contre le paludisme, il demeure l'un des problèmes de santé publique les plus importants des pays tropicaux et de l'Afrique subsaharienne en particulier.

L'OMS estime en 2016, deux cent seize millions (**216 000 000**) de cas de paludisme dans 91 pays, soit environ cinq millions de plus qu'en 2015 et 445 000 décès dans le monde (1)

C'est surtout l'Afrique subsaharienne qui supporte la charge mondiale du paludisme.

En 2016, quelques 90% des cas de paludisme et 91% des décès sont survenus dans 14 pays de cette région, représentant 80% de la charge palustre mondiale. Mais, le pourcentage d'infections palustres parmi la population à risque en Afrique subsaharienne est passé de 17% en 2010 à 13% en 2015. Si le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 29% entre 2010 et 2015, le paludisme demeure toujours un facteur majeur de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans : les deux tiers (70%) des décès surviennent dans cette tranche d'âge, un enfant mourant du paludisme toutes les deux minutes (6).

En terme d'investissement financier pour le contrôle de l'élimination du paludisme 2,7 milliards US\$ en 2016 ont été dépensés par les gouvernements des pays endémiques et les partenaires internationaux dont 31 % (800 millions US\$) vient des gouvernements des pays endémiques, le reste des partenaires internationaux en particulier les Etats –Unis le premier bailleur avec 1 milliard US\$ (38% du budget total)(6)

Au Mali, selon EDSV le paludisme est responsable de 42% de motif de consultation et de mortalité spécifique de 25 à 30 % chez les enfants de moins de 5 ans.

Cette tendance de morbidité et de mortalité selon le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) en 2016 se présente ainsi au niveau des différentes tranches d'âge de la population chez les enfants de 1-4 ans, le paludisme simple (172,7‰), est la première cause de consultation suivi des IRA basses (71,71‰) et du paludisme grave (64,4‰)(7).

Les statistiques nationales de la même année 2016 ont notifiés dans les établissements de santé deux million trois cent treize mille cent soixante-quinze (**2 313 175**)de cas de paludisme confirmé ont été enregistrés (un million six cent cinquante-huit neuf cent quatre-vingt-deux (**1 658 982**) cas simples et six cent cinquante-quatre mille cent quatre-vingt-treize (**654 193** cas graves) avec mille trois cent quarante-quatre (**1 344**)décès(8)

Cette létalité dû au paludisme est surtout élevée chez les enfants de moins de 5 ans et au cours de l'hivernage (2) dans la région sahélienne où le paludisme a un caractère saisonnier.

A la même année au niveau du centre de santé de référence de la CVI, les données statistiques ont notifiés quarante-trois mille deux cent trente-quatre (**43234**) cas de paludisme confirmé dans les différents centres de santé du district sanitaire (trente -deux mille sept cent cinquante-sept (**32 757**) cas simple et dix mille quatre cent soixante-dix-sept (**10 477**) cas graves) avec treize (**13**) décès(8).

Le CSCOM de Sénou à la même période a enregistré du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, quatre mille cinq cent quatre-vingt-dix-neuf (**4 599**) cas de paludisme confirmé sur treize mille cent-trente-cinq (**13 135**) consultations, soit **35%** du motif de consultation. Chez les enfants de moins de 5 ans le nombre de cas de paludisme confirmé enregistré est de huit cent cinq (**805**) cas soit un taux de 17,5 % des cas de paludisme enregistré dans le service(9).Aucun cas de décès n'a été enregistré dans le centre selon les rapports d'activité.

4.3 Organisation de la prise en charge du paludisme.

Depuis 1998, le partenariat Roll Back Malaria (RBM) regroupant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement et la Banque Mondiale fut créé pour une lutte coordonnée au niveau international contre le paludisme. Aujourd'hui, en plus de ces institutions le partenariat RBM réunit également les états des pays endémiques, les partenaires du secteur privé, les organisations non gouvernementales et communautaires, les fondations, ainsi que les institutions de recherche et universitaires dans le but de coordonner les actions et les ressources pour réduire la mortalité et la morbidité associées au paludisme par le biais d'une couverture universelle et d'un renforcement des systèmes de santé (10).

De nos jours les interventions essentielles recommandées par l’OMS pour lutter contre le paludisme sont :

- l’utilisation de moustiquaires imprégnées d’insecticide (MILD) et/ou les pulvérisations intra domiciliaires d’insecticides à effet rémanent (PID) pour la lutte anti vectorielle qui consiste à stopper la transmission du parasite par le moustique vecteur de l’être humain au moustique, puis à nouveau à l’être humain, ce qui permet de réduire la charge de morbidité
- l’accès rapide aux examens de diagnostic en cas de suspicion du paludisme et le traitement des cas confirmés ;
- les interventions supplémentaires recommandées dans les zones de forte transmission pour certains groupes à haut risque sont le traitement préventif intermittent pendant la grossesse et le traitement préventif intermittent chez l’enfant.

4.4 La chimio prévention du paludisme saisonnier.

4.4.1 Aperçue générale sur les avantages

L’Afrique sub-saharienne qui concentre plus de 90% des cas de décès, majoritairement des enfants de moins de 5 ans, il était impératif de développer une stratégie de protection supplémentaire contre le paludisme pour ces zones et cette tranche d’âge.

L’OMS recommande à cet effet la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) contre le paludisme à *Plasmodium falciparum* (3) pour les enfants âgés de 3 à 59 mois.

Le mécanisme et l’efficacité de la chimio prévention du paludisme saisonnier ont été élucidés par les études cliniques randomisées en Afrique et également au Mali(11,12).

Les recommandations des politiques de l’OMS pour la CPS sont basées sur les résultats de sept études menées au niveau des zones de forte transmission du paludisme saisonnier dans les régions sahéliennes, sub-sahéliennes et sub-sahariennes africaines entre 2002 et 2011.

Ces études suggèrent que l’administration mensuelle de la CPS avec SP et AQ pendant 4 mois de la saison de transmission du paludisme aux enfants de 3 à 59 mois :

- prévient environ 75% des épisodes de paludisme;
- prévient environ 75% des épisodes de paludisme grave;
- peut réduire la mortalité infantile d’environ 1 sur 1000;
- peut probablement réduire l’incidence de l’anémie de gravité modérée ;

- n'entraîne pas une recrudescence du paludisme dépassant le niveau précédant l'administration de la CPS pendant la saison de transmission suivante un an après l'administration .Cependant il faut noter que les conséquences de l'administration de la CPS pendant plusieurs années n'ont pas encore été évalués et on n'a pas signalé d'évènements indésirables graves qui sont probablement rares ;
- la stratégie est également efficace à faible coût, sûre et faisable.

La **CPS** est l'administration intermittente d'un traitement complet par un médicament antipaludique (Sulfadoxine pyriméthamine + Amodia quine) pendant la saison de haute transmission du paludisme pour éviter la maladie, l'objectif étant de maintenir des concentrations thérapeutiques de médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est le plus élevé.

Après l'administration correcte et complète de la SP+AQ, l'enfant sera protégé pendant 1 mois. Cela ne signifie pas que l'enfant ne peut pas faire une infestation palustre, mais il aura moins de chances de s'infester, surtout s'il dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MILD).

4.4.2 Stratégie de la chimio prévention du paludisme saisonnier

L'administration se fait dès le début de la période de haute transmission (de juillet à octobre-novembre au Mali), à intervalle d'un mois et pour une durée de quatre mois maximum. Chaque mois constitue un cycle dont l'administration se déroule les trois premiers jours (Schéma 1) (13).

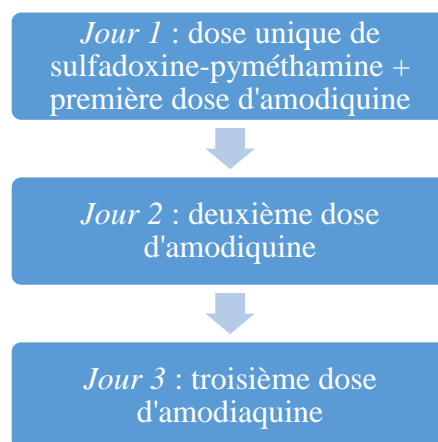


Schéma 1 : Cycle d'administration d'amodiaquine et de sulfadoxine-pyriméthamine

L'administration se fait selon deux groupes posologiques définis par tranche d'âge : les enfants de moins de 12 mois et les enfants de 12 à 59 mois :

Pour les enfants de moins de 12 mois : la posologie est un demi-comprimé dosé à 153 mg d'amodiaquine une fois par jour, pendant trois jours et une dose unique de sulfadoxine-pyriméthamine à un demi-comprimé de 500/25 mg.

Pour les enfants de 12 à 59 mois : la posologie est de un comprimé dosé à 153 mg d'amodiaquine une fois par jour, pendant trois jours et une dose unique de sulfadoxine-pyriméthamine à un comprimé de 500/25 mg.

Les doses du jour 1 sont administrées par un agent de distribution qui va alors remettre les doses restantes et expliquer la technique d'administration aux parents ou tuteur qui administreront les doses du jour 2 et 3.

Si un enfant n'a pas reçu la dose lors du premier jour, il doit se rendre accompagné d'un de ses parents ou du tuteur au centre de santé dans le plus bref délai pour recevoir les doses.

Si un enfant manque un cycle d'administration, il pourra participer au cycle suivant.

Il y a des contre-indications à la chimio prévention du paludisme saisonnier, qui sont à respecter.

Elle ne doit pas être dispensée :

- à un enfant atteint d'une maladie aiguë grave, ou dans le cas où la voie orale est impossible,
- à un enfant séropositif pour le VIH et prenant du cotrimoxazole (interaction médicamenteuse avec le traitement de chimio prévention),
- à un enfant ayant eu une dose d'amodiaquine ou de sulfadoxine-pyriméthamine dans le mois précédent (risque de surdosage),
- à un enfant allergique à une des deux thérapeutiques utilisées.

Le suivi des réactions indésirables après l'administration de la CPS est un aspect important du programme de la CPS.

Tout événement indésirable observé par un agent de santé ou un agent distributeur ou de la communauté doit être signalé au directeur technique du CSCOM qui le communiquera au médecin du district qui prendra les mesures nécessaires.

Les effets indésirables observés sous sulfadoxine-pyriméthamine et amodiaquine sont bénins à modérés. Les effets indésirables associés à la prise de sulfadoxine-pyriméthamine sont des éruptions cutanées et des réactions locales au niveau des muqueuses. Dans de rares cas, une atteinte cutanée grave (syndrome de Stevens-Johnson) ou une hépato toxicité sont possibles.

Les effets indésirables associés à la prise d'amodia quine sont des vomissements, des douleurs abdominales, une fièvre, des diarrhées, des démangeaisons, des céphalées et des éruptions cutanées. Dans de rares cas, une anémie aplasique ou une hépato toxicité sont possibles (ces cas ont été observés lors d'une prise hebdomadaire d'amodia quine et non mensuelle) (14).

Les difficultés rencontrées généralement au niveau communautaire sont le manque d'expérience des agents distributeurs et l'ignorance d'effets indésirables considérés comme non liés aux médicaments ce qui entraînent des sous-notifications, d'où l'importance de la formation en amont.

4.4.3 Adoption et stratégie de mise en œuvre de la chimio prévention du paludisme saisonnier au Mali

Au Mali, en mars 2012, la chimio prévention du paludisme saisonnier fut adoptée comme politique nationale par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) avec des plans d'extension pour une couverture nationale d'ici 2016.

La stratégie de mise en œuvre de cette politique après adoption se fait sous forme de campagne de distribution en stratégie fixe dans les CSCOM ou en stratégie mobile dans les zones reculées.

La stratégie est menée par des agents de santé communautaire ou les relais qui sont des ressources humaines privilégiées.

Le nombre d'agent varie de 6 personnes pour la stratégie fixe et de 4 personnes pour la stratégie mobile.

Le choix de la stratégie dépend des aspects ci-dessous

- des localités avec une population cible de 500 enfants et plus bénéficieront des sites fixes pour la distribution ;
- dans les grandes agglomérations, les écoles près des CSCOM seront privilégiées pour l'implantation des sites fixes ;
- pour les sites fixes, on estime une moyenne de 300 bénéficiaires/jour/site. Aussi, le relai peut regrouper les enfants d'un même groupe de maisons ou quartier ;
- une moyenne de 100 enfants par équipe mobile et par jour.

Dans tous les cas il est important de faire une carte communautaire avec l'implication active des autorités villageoises(15).

Cette campagne se déroule pendant 4 passages et 5 jours par passage pendant la période de juillet à décembre de l'année en cours.

Ainsi les étapes de l'organisation de ces campagnes sont la planification, la formation, la communication, la distribution et la supervision, la restitution des résultats.

Chacune de ces étapes est importante pour la réussite de la campagne.

La planification fait l'estimation des intrants, l'estimation de la population cible, le budget, les ressources humaines et les logistiques. Elle se fait en avance du déroulement de la campagne pour faciliter la mobilisation de ces ressources nécessaires.

La formation doit avoir lieu à tous les niveaux, du niveau national au niveau communautaire, pour faciliter la compréhension des enjeux, la mobilisation et le bon fonctionnement.

La communication est également une étape importante qui vise le changement de comportement. Elle se fait en communication de masse et en communication interpersonnelle

La communication de masse permet de faire passer les messages clés en français et dans les principales langues nationales à travers les médias (radio, télévision, presse écrite) et hors-média (affiches, dépliants, banderoles).

La communication interpersonnelle est un moyen de communication de proximité permettant de toucher de façon plus efficace les cibles visées. Les principales activités sont : la sensibilisation porte à porte, la diffusion des messages par les crieurs publics dans les quartiers, les marchés ou par les religieux dans les lieux de culte.

La supervision et le monitoring sont des activités clés pour la réussite de la campagne

Elle sera réalisée en cascade par les superviseurs nationaux, régionaux, des districts et des aires de santé en collaboration avec la société civile.

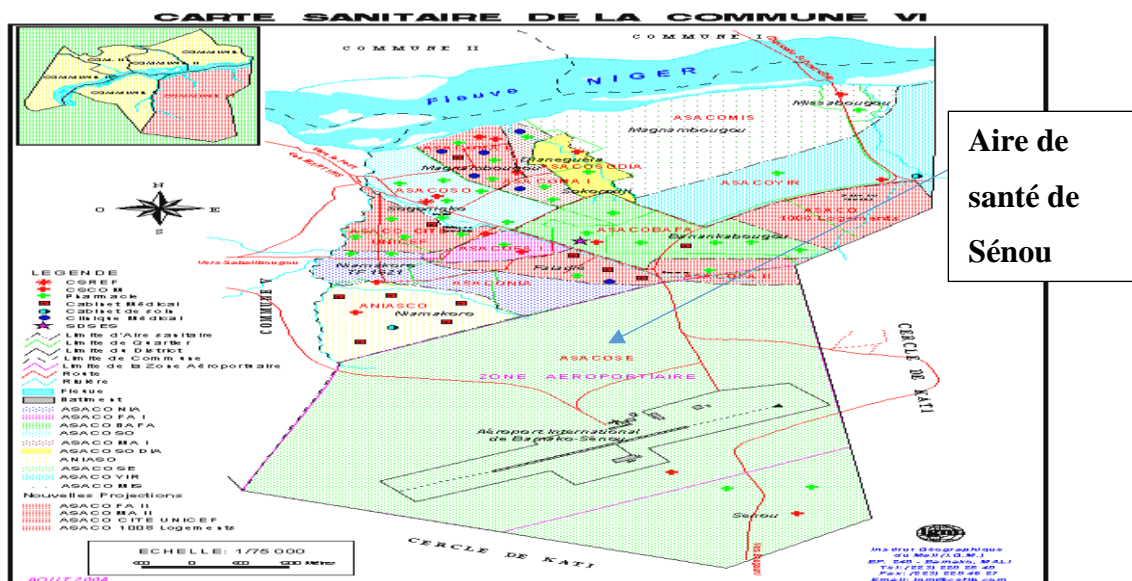
La phase pilote de cette stratégie a été réalisée à Koutiala par le Programme National de Lutte contre le Paludisme avec l'appui du partenaire MSF-France.

La mise en œuvre de cette phase dans le district de Koutiala en 2012 avec 266 villages concernés et 42 structures de santé a permis d'obtenir un taux de couverture de 89,1% entre août et octobre 2012 à travers la distribution de trois doses de SP+AQ. Les données de routine du centre de santé indiquent une réduction hebdomadaire des cas de paludisme de 67%, des hospitalisations de 69% et des décès dus au paludisme de 72% suite à la CPS à Koutiala (16).

5 METHODOLOGIE

5.1 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans l'aire de santé de Sénou illustré sur la carte du district sanitaire de la commune VI sous le sigle de (ASACOSE)



Aire de santé de Senuou

Carte de la zone Source: base de données CS Réf CVI 2010

Senuou est un village qui relève de la commune VI reparté en 15 secteurs.

Il couvre une superficie de 20 km² et une population actualisée en 2018 estimée à **87895** habitants. Il est limité :

- au nord par le village de Sirakoro Meguetana ;
- à l'ouest par les villages de Gana et Missalabougou ;
- au sud par Banakoro ;
- à l'est par le village de Diatoula

Sur le plan sanitaire, Senuou dispose d'un CSCOM, une infirmerie de la garnison militaire de l'armée de l'air Base 101 et 20 cabinets médicaux officiellement reconnus au niveau administratif.

Le CSCOM de Senuou est créé sous le numéro 0386/MAT-DNAT du récépissé de déclaration d'association du 02 mai 1992.

L'architecture du CSCOM comprend un bloc pour le dispensaire, un bloc pour la maternité, un hangar pour usage multiple, des toilettes.

Le personnel dont l'effectif est dynamique est au nombre de 25 dont 2 médecins généralistes, 5 sages-femmes, 4 infirmières obstétriciennes, 3 techniciens supérieurs de santé et 3 techniciens de santé.

Les activités réalisées au niveau de la structure sont des activités de soins curatifs, préventifs et promotionnels.

Courant 2017 les résultats des activités obtenus dans la structure sont libellés dans les tableaux ci –dessous :

- la situation vaccinale de l’aire de santé en 2017 se résume dans le tableau I

Tableau I : Taux de couverture vaccinale et la distribution de MILD en 2017.

Antigènes /MILD	Nombre d’enfants de 0-11 mois vaccinés	Pourcentage
BCG	7250	209,30%
Penta 1	4702	135,74%
Penta 3	4038	116,57%
VAR	3871	111,75%
VAA	3871	111,75%
MILD Enfant de 0-11 mois	1684	48,61%

Les taux de couverture vaccinale par antigène chez les enfants de 0-11 mois ont dépassé les objectifs fixés par la structure.

Les dépassements de 100% des objectifs s’expliquent par un flux massif des femmes hors aire pour une meilleure prise en charge notamment les villages environnant où la vaccination ne se fait pas en occurrence Missalabougou, Diatoula et également le non maitrise de la population réelle de l’aire de santé de Sénou.

- Bilan de consultation curative qui se traduit par le nombre de personnes ayant consulté au niveau centre est représenté dans le tableau II

Tableau II : Nombre de cas de consultation selon les différentes tranches d’âge en 2017

Population totale 2017	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-44 ans	45-59 ans	60 ans et plus	TOTAL	Taux de C.C
86627	839	2 085	2 694	5 572	1 270	608	13128	0,15

Le taux de nouvelle consultation par habitant et par an est de 0,15 dans l’aire de santé du CSCOM en 2017. La tranche de moins de 5 ans représente 22 % de la consultation.

- Affections fréquemment rencontrés dans le centre courant 2017 sont surtout de paludisme, d’infection respiratoire aigüe, les

infections sexuellement transmissibles, les traumatismes d'accident de la voie publique, les diarrhées et les dermatoses rapportées dans le tableau III.

Tableau III : Différentes affections fréquemment rencontrées dans le CSCOM en 2017

Affections	Nombre de cas
Paludisme simple confirmé	2699
Paludisme grave confirmé	1965
Infections respiratoires aiguës hautes (IRA hautes)	2173
Infections respiratoires aiguës bases (IRA bases)	36
Infections sexuellement transmissibles	380
Diarrhées	691
Traumatisme (plaie, brûlures, fractures) liés aux accidents de la voie publique	403
Traumatisme (plaie, brûlures, fractures) non liés aux accidents de la voie publique	362
Traumatisme: coups et blessures volontaires	225
Dermatoses	323

Le paludisme simple confirmé reste le premier motif de consultation, suivi des infections respiratoires aiguës hautes et le paludisme grave confirmé dans le centre de santé du CSCOM. Le CSCOM de Sénou comme les autres CSCOM du pays est administré par l'ASACO selon le Décret n° 05 – 299 / P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de santé communautaires (CSCOM).

En terme de fonctionnalité de l'ASACO, le comité courant 2018 a organisé neuf réunions mensuelles (09) avec procès-verbal de janvier à septembre ; une réunion du conseil d'administration en juillet et une assemblée générale au 21 juillet.

Les principales décisions prises lors de ces réunions sont l'amélioration des conditions de travail, la situation des travailleurs, la construction d'un bâtiment pour le dépôt de vente et une salle de réunion.

5.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de la mise en œuvre des activités de la chimio-prévention du paludisme saisonnier dans l'aire de santé de Sénou du district sanitaire de la commune VI afin d'identifier les obstacles ou facteurs réduisant l'efficacité de la dite stratégie.

5.3 Période d'étude

Cette étude s'est déroulée de septembre à décembre 2018, dans l'aire de santé de Sénou.

5.4 Population d'étude

L'étude a porté sur la population cible ci-dessous :

- Les parents des enfants de 3-59 mois résidant à Sénou et ayant accepté l'administration de nos questionnaires.
- Les agents de santé communautaire et les membres de l'ASACO ayant accepté l'administration de nos questionnaires.
- Les agents techniques de la santé impliqués dans l'organisation et l'administration de la CPS au niveau du CSCOM et également du centre d santé de référence de la commune VI.

5.5 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude les personnes des deux sexes répondant aux critères ci-dessous et ayant accepté de signer le consentement éclairé :

- Tous les enfants de 3 à 59 mois, cible de la CPS dans l'aire de santé du CSCOM de Sénou
- Les parents des enfants de 3 à 59 mois ayant accepté l'administration de nos questionnaires
- Les agents techniques et les membres de l'association santé communautaire du CSCOM de Sénou impliqués dans l'organisation de la campagne CPS
- Les responsables de l'équipe cadre du district sanitaire de la commune VI impliqués dans l'organisation de la campagne CPS.

5.6 Critères de non inclusion

- Les enfants de 3-59 mois absents lors du déroulement de l'étude
- Les parents d'enfants ayant refusé de participer à l'étude
- Les parents d'enfants absents lors du déroulement de l'étude

5.7 Echantillon :

5.7.1 Technique d'échantillonnage

Il s'agissait d'un sondage en grappe à 3 degré

Parmi les quinze (15) secteurs que compte le village de Sénou, nous avons sélectionné dix (10) par tirage au hasard représentant ainsi le premier degré.

C'est ainsi sur la liste des 15 secteurs (Médine I ;II ;III ;Cité des gendarmes ; Ladjibougou ; Sénouvillage ;HemakonèI ;II ;III ;Souleymanebougou ;Plateau ;Lafiabougou ;Siribabougou ; Hamadallaye,Sabalibougou), les dix (10) sélectionnés ont été Médine I ;II ;III ;Ladjibougou ;Sénou village ;HemakonèI ;Lafiabougou ;Siribabougou ;Hamadallaye ; Sabalibougou.

Au niveau des dix (10) secteurs sélectionnés, une grappe constituée de 10 concessions a été retenu pour chaque secteur, représentant ainsi le second degré.

Au niveau de chaque concession, un choix au hasard d'un ménage a été effectué pour déterminer l'homme ou la femme à interviewer.

5.7.2 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule suivante de Schwartz

$$ne = n * DE = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

N: Total de la population

z: (z = 1,96 correspondant au risque $\alpha = 0,05$)

d: Précision absolue ($\alpha = 5\%$)

p: Proportion attendue de paludisme dans la population= (6% à Bamako selon MIS 2015)

DE: Effet de grappe (1,5)

ne : échantillon effectif : n * effet grappe

Selon la formule la taille de l'échantillon est estimée ainsi :

$$ne = n * DE = \frac{86621(1,96)^2 0,06 (1-0,06)}{(0,05)^2 (86621-1) + (1,96)^2 0,06 (1-0,06)}$$

$$Ne = 129,8713 = 130$$

En utilisant un taux de non utilisation des questionnaires remplis de 10% nous obtenons un échantillon minimal de 134.

5.8 Procédure de l'étude (déroulement de l'enquête)

A l'arrivée dans chaque secteur, à l'aide de morceaux de papier numérotés de 1 à 4, on a choisi au hasard la direction à suivre. Le 1 correspond à l'est, le 2 à l'ouest, le 3 au Nord et le 4 au sud.

Après le choix de la direction, nous avons procédé à la visite de la première concession ; et à partir de cette concession, la progression a été faite de proche en proche jusqu'à obtenir le nombre requis.

Dans chaque concession visitée, nous avons procédé aux salutations coutumières puis à la présentation de l'objectif de la visite et en fin d'entretien nous avons remercié nos interviewés de leur disponibilité

5.9 Plan et outils de collecte des données

5.9.1 Outils de collecte

Quatre guides d'entretien ont été élaborés dont un guide destiné à chaque groupe cible.

- Le guide destiné à l'enquête ménage contient 26 questions dont 8 questions concernent les caractéristiques sociodémographiques et les 18 autres questions concernent les aspects de la connaissance, l'attitude et la pratique des ménages par rapport aux activités de la CPS ;
- Le guide destiné aux agents distributeurs contient 15 questions dont 3 questions concernent les caractéristiques sociodémographiques et les 12 autres concernent aussi les aspects de la connaissance, l'attitude et la pratique des agents distributeurs ;
- Le guide destiné au responsable de la structure sanitaire contient 12 questions qui concernent uniquement l'aspect organisationnel de la CPS ;
- Le guide destiné au membre de l'ASACO en occurrence le président contient 8 questions qui concernent également l'aspect organisationnel de la CPS dans l'aire de santé. (voir annexe du document).

5.9.2 Pan de collecte des données

Un entretien semi-directif approfondi en individuel face-face avec le médecin-chef du district de la CVI, le médecin directeur du CSCOM ainsi que le président de l'ASACO; combinés à des prises de notes, suivi d'une synthèse systématique après chaque interview ont été réalisés.

Cet entretien nous a permis d'expliquer les objectifs de l'étude, solliciter leur collaboration et recueillir des informations pertinentes sur les faits de la CPS ainsi que l'organisation de la campagne dans l'aire de santé.

En plus une administration des questions à dix agents de distribution dont trois femmes et sept hommes a été faite pour cerner la qualité de la formation reçue.

Egalement une enquête menée dans 140 ménages selon le contenu des questionnaires élaborés a permis de collecter les données.

5.10 Plan d'analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS version 16.2. Pour la confection des graphiques, Excel 2013 a été utilisé et le Word 2013 pour la création des tableaux ainsi que la rédaction du rapport. La moyenne, l'écart-type et la proportion ont été calculés pour résumés respectivement les variables quantitatives et qualitatives. Le test de Khi-carré a été utilisé avec un risque alpha de 5%.

5.11 Variables étudiés

Les variables étudiés sont résumés dans le tableau (Cf. Tableau IV)

Tableau IV : variables étudiés

Variables liés à l'enfant	Variables liées aux agents distributeurs	Variables liés à la communauté
âge	âge	âge
Nombre d'enfant dans le ménage	sexe	sexe
	ethnie	ethnie
	religion	religion
Nombre d'enfant ayant reçu la dose correcte de CPS dans le ménage	Niveau de scolarisation	Niveau de scolarisation
Nombre d'enfant n'ayant pas reçu la dose correcte de CPS dans le ménage	connaissances : mode d'administration, la posologie, les effets secondaires des doses de CPS, la tranche d'âge d'enfant concerné, les contre-indications de la CPS, les avantages de la CPS)	Connaissance : cause du paludisme, les dates de la campagne, les enfants concernés pour la campagne, les effets secondaires des médicaments CPS, les avantages de la CPS
Nombre d'enfant tombé malade dans le ménage	Pratique : la capacité de la dispensation de l'administration, l'observation des effets secondaires.	Pratique : la capacité d'administrer les 2 doses de CPS ; le fait de dormir les enfants sous MILD, d'identifier les effets secondaires
	Attitude : difficultés rencontrées)	Attitudes : les raisons de l'administration ou non des doses de CPS

5.12 Considération éthique

Ce protocole a été soumis pour approbation et validation du comité d'éthique du département de la santé publique de la FMOS.

Le protocole et le but de la recherche ont été présentés aux autorités administratives sanitaires du CSREF de la CVI et du CSCOM de Sénou pour recueillir leur consentement éclairé et verbal à mener cette étude.

L'accent a été mis aussi sur la liberté d'opinion des parents d'enfant à interviewer et leur consentement éclairé et verbal a été au préalable recueilli.

Les données recueillies sur les fiches de collecte de données et de dépouillement étaient confidentielles et à accès limité.

Le refus de participer à l'étude n'avait aucune conséquence pour les personnes et leurs familles

5.13 Définition des termes

CPS : la Chimio Prévention du paludisme Saisonnier est l'administration intermittente d'un traitement complet par un médicament antipaludique (Sulfadoxine pyriméthamine + Amodiaquine) pendant la saison de haute transmission du paludisme pour éviter la maladie, l'objectif étant de maintenir des concentrations thérapeutiques de médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est le plus élevé.

Effets secondaires : sont considérés comme des réactions nocives et non souhaitées à un médicament survenant à la suite de l'administration de doses de médicament normalement utilisées chez l'homme, d'une mauvaise utilisation du médicament, d'une erreur thérapeutique, ou encore d'un manque d'efficacité ou de qualité du médicament.

Pharmacovigilance : regroupe toutes les activités relatives à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention de ces effets indésirables.

Couverture administrative de la CPS : Nombre d'enfants ayant reçu la CPS / Nombre d'enfants attendus.

Obstacles : Difficulté d'ordre matériel, moral ou intellectuel empêchant ou gênant la réalisation des activités de la chimio prévention.

Facteurs : élément qui concourt à l'atteinte d'un résultat.

Activité : l'activité est définie comme l'exécution d'une série d'actions et « les représentations qui l'accompagnent et qui la guident ».

6 RESULTATS

6.1 Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons interviewé 140 personnes dont 123 femmes et 17 hommes dans 140 ménages.

L'échantillon des parents des enfants est caractérisé par une prédominance féminine de 87,9% contre 12,1% de sexe masculin.

L'âge moyen des parents d'enfants interviewés est de $31,62 \pm 0,669$ ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 52 ans.

Nous avons dénombré **487** enfants de 3-59 mois, dont les parents ont été questionnés sur la mise en œuvre des activités de la chimio prévention du paludisme saisonnier dans l'aire de santé de Sénou

Parmi les 487 enfants enrôlés dans l'étude, 44 enfants (9,03 %.) sont tombés malades avant l'administration du prochain cycle .Des cas de paludisme ont été rapportés sur la base des informations reçues lors de l'entretien avec les parents et ; ou des ordonnances délivrées si disponible par le centre de santé où l'enfant a été reçu.

A cet effet **26** cas de paludisme (**59,1 %**) ont été rapportés contre **18** cas de paludisme non rapportés (**40,9 %**) par les parents dans les ménages.

Le niveau d'instruction primaire des interviewés est le plus dominant avec 31,4% suivi du niveau secondaire 16,4% et du supérieur 7,1%. A côté de l'instruction moderne, on note l'instruction coranique à 13,6%. Les non alphabétisés représentent 24,3%. (Cf. Fig. I)

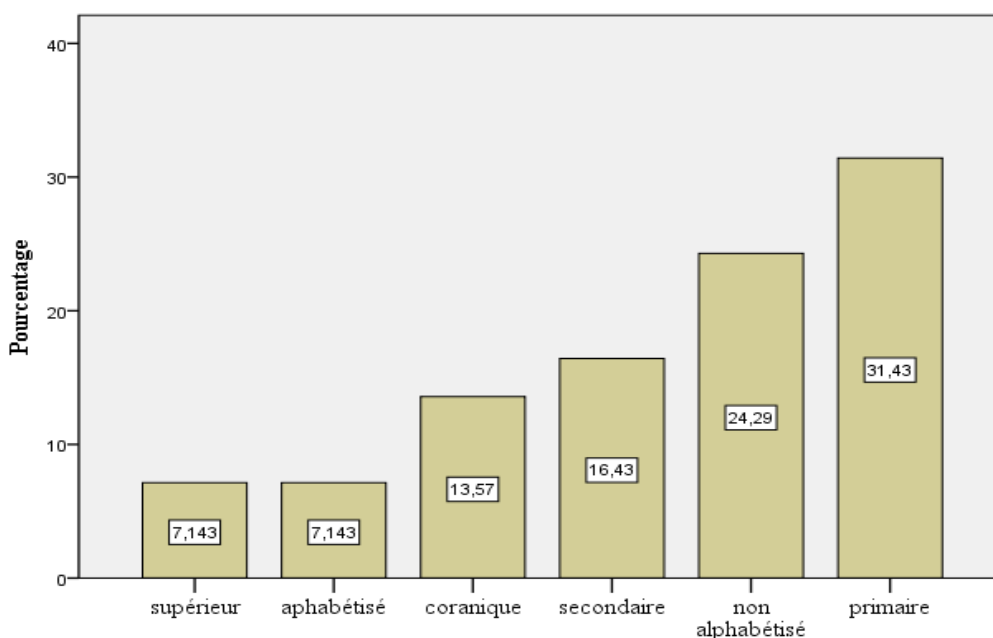


Fig I :Répartition de l'échantillon selon le niveau d'insrtuction des parents

La profession ménagère est la plus dominante de l'ensemble des professions de l'échantillon soit 73,6 %, suivi des commerçants avec 12,9 % et la plus faible est celle des artisans avec 0,7 % (Cf. Fig. II)

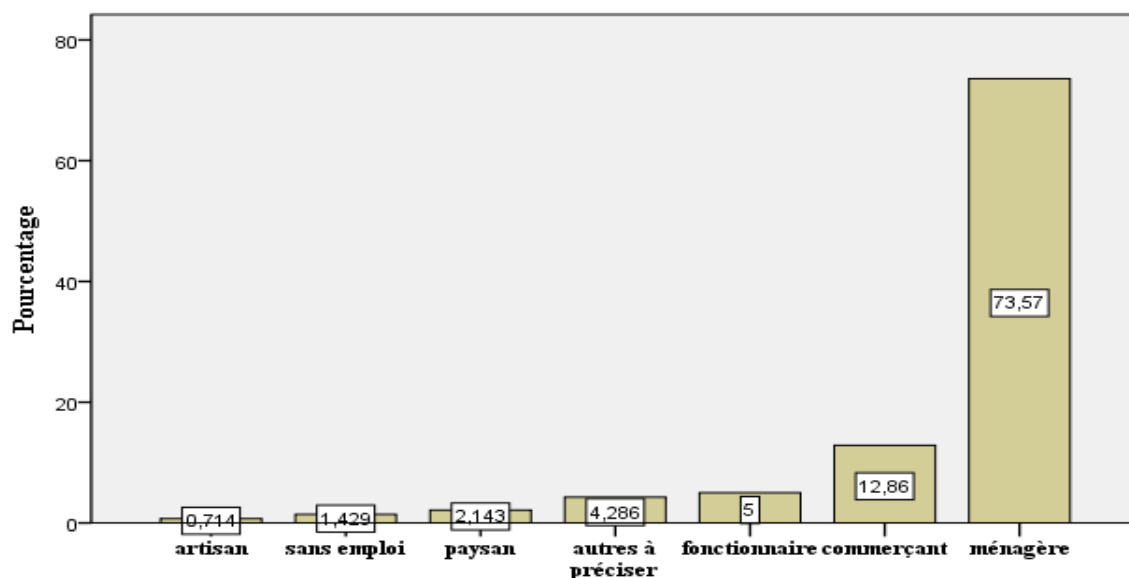


Fig II Répartition de l'échantillon selon la profession des parents

La répartition de l'échantillon des parents des enfants selon l'ethnie se présente ainsi dans le tableau V

Tableau V : Répartition selon l'ethnie des parents interviewés dans les ménages

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	77	55,0
Peul	23	16,4
Senoufo	11	7,9
Dogon	5	3,6
Sonrhäï	3	2,1
Bozo	2	1,4
Minianka	2	1,4
Autres	17	12,1
Total	140	100,0

L'ethnie bambara est la plus représentée avec 55 % suivi par les peulhs 16,4 % et les Senoufos 7,9 %.

La religion musulmane est la plus représentée dans l'échantillonnage des parents dans les ménages avec 92,1 %, suivi de la religion chrétienne avec 7,9 %. (Cf. Fig. III)

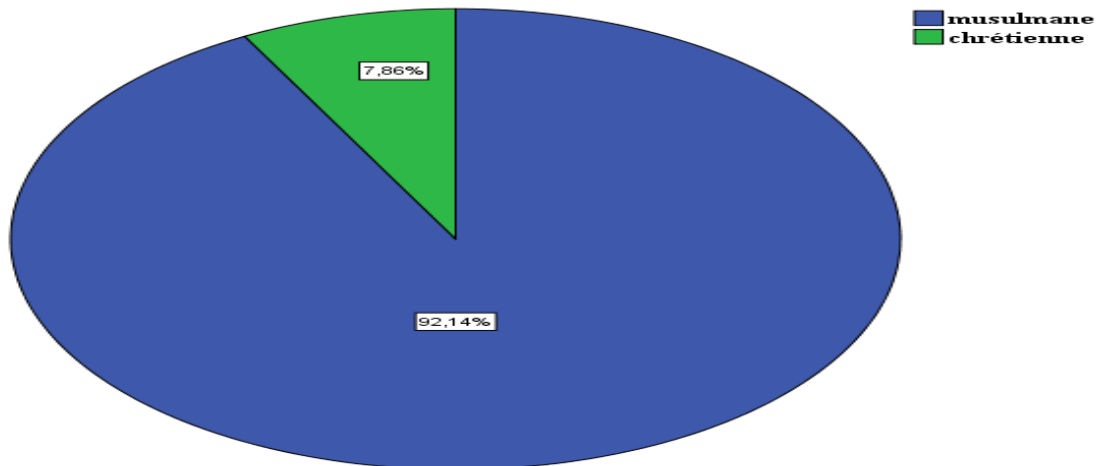


Fig III Répartition de l'échantillon selon la religion des parents

Notre étude a trouvé que les informations sur le paludisme en général et les messages de sensibilisation, de mobilisation en prélude de la campagne de la chimio prévention du paludisme saisonnier ont été reçues dans des ménages. Ainsi 86,4% des ménages ont accès aux informations générales sur le paludisme contre 13,6 % ; 52,9 % des ménages ont été sensibilisés et mobilisés par rapport à la campagne de la CPS contre 47,1% des ménages ; 59,3 % des ménages ne maîtrisent pas le calendrier de passage des équipes de distribution contre 40,7 % (Cf. Fig IV)

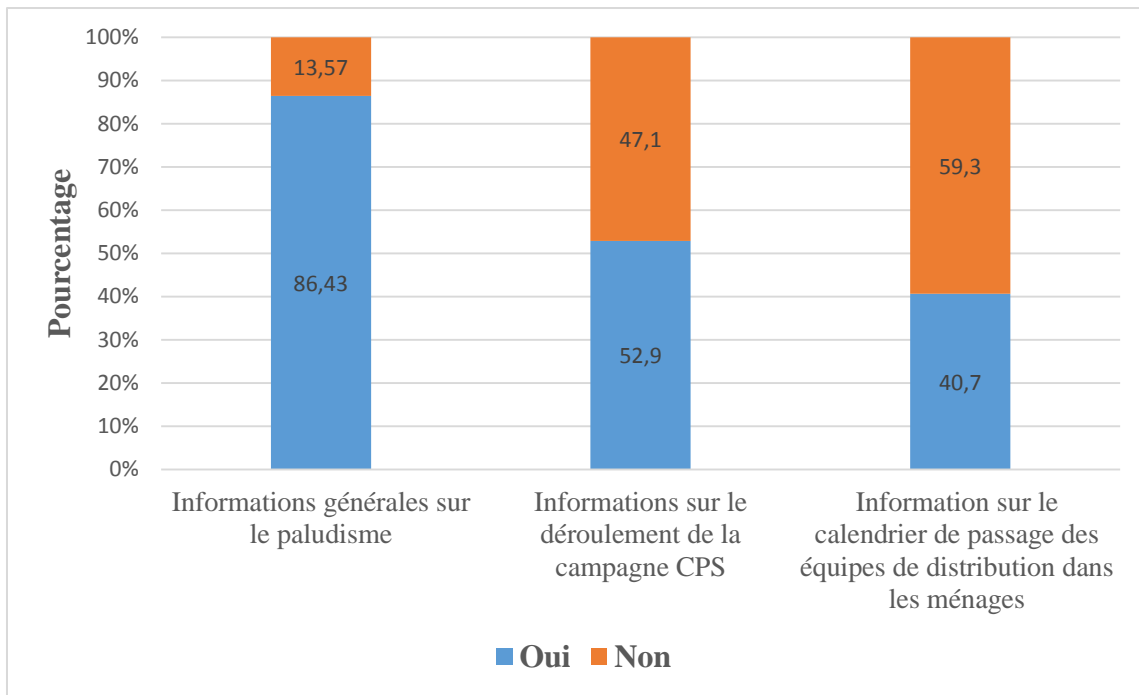


Fig. IV Types d'information

Les types de canaux d'information utilisés par les parents d'enfants sont répertoriés dans le tableau (Cf. Tableau VI)

Tableau VI Type de canal des informations

Type de canal	Effectifs	Pourcentage (%)
TV+ Radio+ Agent de santé	44	31,4
Radio	25	17,9
TV	24	17,1
Agent de santé	23	16,4
Aucune source d'information	13	9,3
Autres (causerie dans les groupements de tontine, école)	11	7,9
Total	140	100,0

Le tableau révèle que les informations reçues par les parents d'enfant dans 127 ménages sur les 140 ménages sont obtenues principalement à la fois par le canal de la télévision, de la radio et les agents de santé dans 31,4%, suivi de la radio seule dans 17,9% et le plus faible taux est obtenu par les autres dans 7,9 %.

Par contre 13 ménages soit 9,3% n'ont pas donné de réponse sur le type de canal d'information

Parmi ces informations essentielles, notre enquête a permis de recueillir les causes du paludisme fréquemment citées par les parents dans les ménages répertoriées dans le tableau

Tableau VII Causes du paludisme citées par les parents dans les ménages

Causes du paludisme	Effectifs	Pourcentage (%)
Moustique (genre anophèle)	72	51,4
Moustique (genre anophèle) +eau sale + ordures alimentaires + huiles + banane + maïs frais	40	28,6
Ordures	10	7,1
Aliments huileux	6	4,3
Banane + maïs frais	5	3,6
Ne sait pas	4	2,9
Eau sale	3	2,1
Total	140	100,0

Le tableau révèle que les causes du paludisme les plus fréquemment citées dans notre étude sont le moustique anophèle (51,4 %) ; du moustique anophèle associé aux eaux sales plus les ordures, les aliments huileux aussi bien la banane et le maïs frais (28,6 %) ; et la plus faible cause citée est l'eau sale avec 2,1 %.

Egalement le tableau révèle que les personnes interviewées dans les ménages (2,9 %) ne savent pas la cause du paludisme.

6.2 Taux de couverture des doses de CPS correctement administrées chez les enfants dans les ménages et la supervision

6.2.1 Taux de couverture

Notre enquête dans les ménages a permis de déterminer le taux de couverture des doses de CPS correctement administrées chez les enfants dans les ménages (Cf. Tableau VIII)

Tableau VIII : Taux de couverture des doses de CPS correctement administrées chez enfants dans les ménages

Couverture des doses de CPS correctement administrées	Effectifs	Pourcentage(%)
Enfant ayant reçu correctement les 3 doses de CPS	361	74,13
Enfant n'ayant pas reçu correctement les 3 doses de CPS	126	25,87
Total	487	100,0

Ce tableau révèle que sur les 487 enfants recensés dans les 140 ménages, 361 enfants ont reçu les 3 doses de CPS pendant les 3 jours soit un pourcentage de 74,13% contre 25,87% qui n'ont pas reçu correctement les 3 doses de CPS.

6.2.2 Supervision de la 1ère dose et l'administration des doses de CPS

Notre enquête dans les ménages a permis également de vérifier l'effectivité de la supervision de l'administration de la première dose de CPS par les agents de l'équipe de distribution et l'administration des deux doses restantes par les parents au 2^{ème} et 3^{ème} jour

Ainsi l'administration de la première dose de CPS a été supervisée par les équipes de distribution dans 74% des ménages contre 26 % , l'administration de la 2^{ème} dose de CPS par les parents a été effective dans 83,6 % contre 16,4 % et l'administration de la 3^{ème} dose de CPS par les parents a été effective dans 80,7 % contre 19,3 % (Cf. Fig. V)

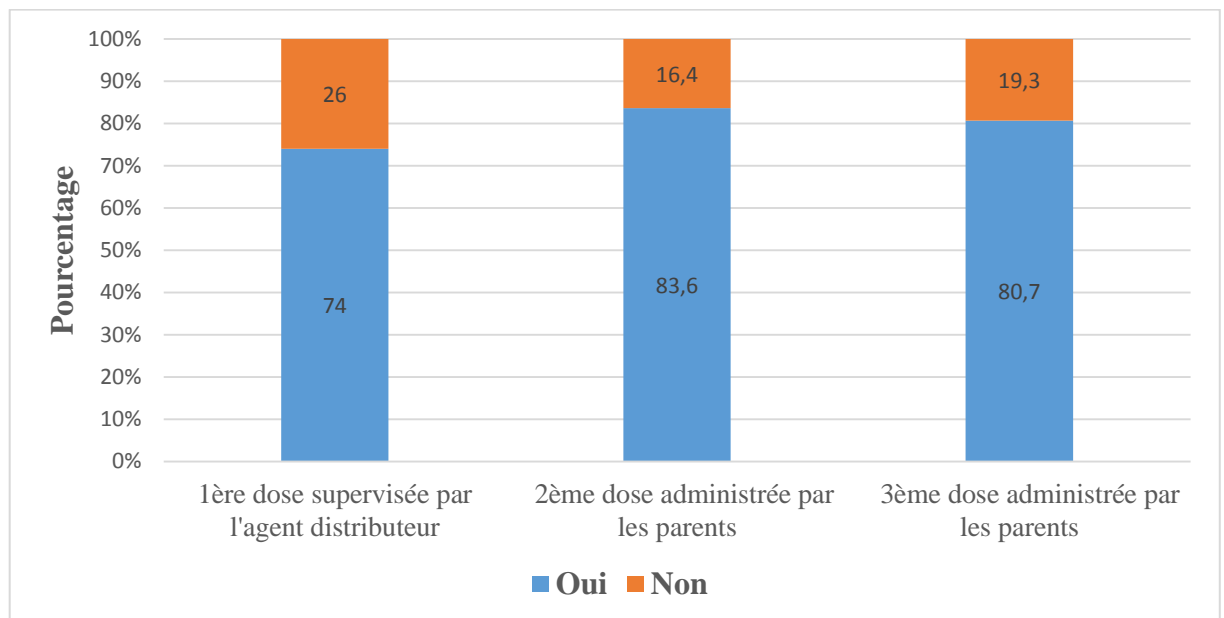


Fig. V Graphique de l'administration des doses de CPS dans les ménages

6.3 Raisons de non administration correcte des doses du traitement complet de la CPS chez les enfants et effets secondaires

6.3.1 Raisons de non administration correcte des doses

Nos enquêtes dans les ménages ont montré que soixante-dix ménages soit 50% de l'effectif n'ont pas administré correctement les doses du traitement complet de la CPS chez les enfants. Les différentes raisons de non administration correcte des doses de CPS chez l'enfant sont récapitulées dans le tableau (Cf. Tableau IX)

Tableau IX Raisons de non administration correcte des doses de CPS chez l'enfant dans les ménages

Raisons de non administration correcte des doses de CPS chez l'enfant	Effectif	Pourcentage(%)
Enfant absent du ménage lors du passage de l'équipe	20	28,6
Oubli des parents d'administrer les doses	15	21,4
Aucune information du calendrier de passage des équipes de distribution et sur la campagne	13	18,6
Enfant malade	12	17,1
Refus des parents	6	8,6
Enfant en voyage	4	5,7
Total	70	100

Le tableau révèle que les raisons de non administration des doses de CPS aux enfants sont dues le plus souvent à l'absence de l'enfant dans le ménage lors du passage de l'équipe de distribution (28,6 %) ; l'oubli du parent d'administrer les 2 doses restantes (21,4 %) ; l'absence d'information sur le calendrier de passage des équipes de distribution dans les ménages de CPS (18,6 %), l'enfant malade (17, 1 %) ,le plus faible taux étant la raison de voyage avec 5,7 %.Il faut également souligner que le refus est observé (8,6 %) dans les ménages.

6.3.2 Effets secondaires

Notre enquête a permis de mettre en évidence également la survenue de quelques effets indésirables après administration des molécules de CPS chez les enfants rapportés par les parents dans 47 ménages (33,6%) contre 93 ménages (66,4 %) où aucun effet secondaire n'a été signalé chez les enfants toujours selon les parents

Les principaux types d'effets secondaires observés sont les vomissements (51,1 %) ; une fébricule non quantifiée (25,5 %) ; le plus faible taux des effets indésirables est représenté par la diarrhée avec 4,3 %.(Fig. VI)

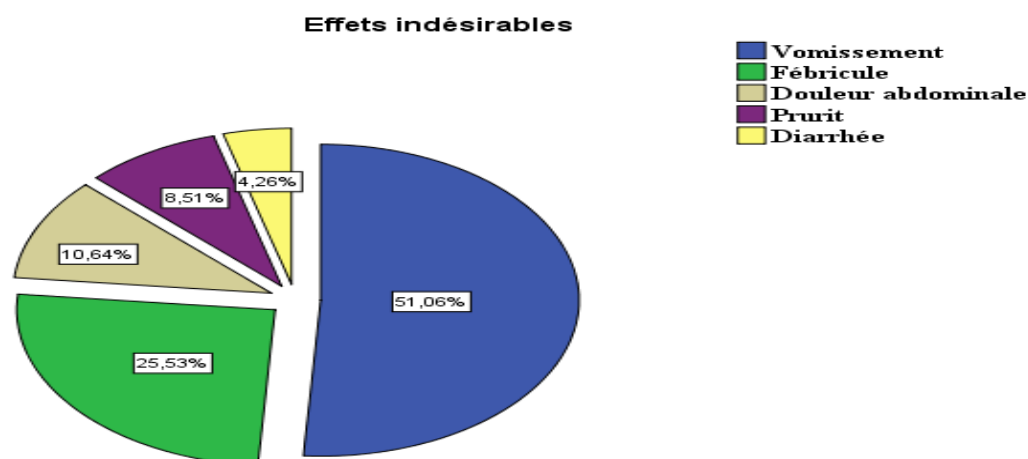


Fig VI Type d'effets secondaires recensés dans les ménages

6.4 Acceptation et perception de la population sur les activités de la chimio prévention du paludisme saisonnier

Notre enquête a permis d'évaluer le degré d'acceptation et de perception des activités de la CPS par la communauté ainsi consignés dans le tableau (Cf. Tableau X)

Tableau X Niveau d'appréciation et de perception des activités de la CPS par des parents interviewés dans les ménages

Niveau d'appréciation	Effectifs	Pourcentage(%)
Efficace	50	35,7
Insuffisance d'information sur la CPS	37	26,4
Encouragement à poursuivre les activités de la CPS	33	23,6
Pas d'opinion	18	12,9
Mauvais	2	1,4
Total	140	100,0

Le tableau révèle que 35,7 % des ménages enquêtés apprécient l'efficacité de la CPS ; suivi de 26,4 % des ménages qui manifestent une insuffisance d'information sur les activités de la CPS ; ensuite 23,6 % des ménages qui encouragent l'Etat la poursuivre des activités de la CPS. Le plus faible taux est représenté par un échantillon qui trouve mauvaises les activités de la CPS avec 1,4 %.

6.5 Description de l'organisation de la stratégie de mise en œuvre des activités de la CPS au niveau de l'aire de santé.

Les conditions d'organisation de la campagne CPS au niveau de l'aire de santé de Sénou s'articulent autour des points suivants

6.5.1 Formation

Selon l'interview du médecin chef du district sanitaire de la commune CVI, pour renforcer les capacités des acteurs, le district planifie des formations en cascade sur les activités relatives à la campagne de CPS.

C'est une formation de 2 jours pour les formateurs du niveau CSCOM qui auront la tâche de former les agents distributeurs au niveau de l'aire de santé. Cette formation s'appuie sur les thématiques du module de formation de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois(15)

A cet effet pour le CSCOM de Sénou selon l'interview du médecin directeur deux agents dont le médecin directeur ont eu la chance de participer à la formation des formateurs.

A l'issue de cette formation des formateurs, les agents distributeurs, les mobilisateurs et superviseurs ont reçu une formation d'un jour.

Au total vingt un (21) équipes de sept (07) personnes soit cent quarante-sept personnes (147) réparties entre les 15 secteurs de Sénou pour assurer la distribution de la CPS et supervisées par deux (02) superviseurs du niveau CSCOM.

La supervision du CSCOM est renforcée par celles du niveau district, régional et central lors de certains passages.

Pour apprécier la qualité de la formation reçue par les agents distributeurs, il est ressorti de notre étude, lors de l'administration de nos questions que la majorité (95%) de ces distributeurs a répondues favorablement à nos questions posées en occurrence sur la cible pour la CPS, la posologie concernant les tranches d'âge, les avantages et inconvénients de la CPS. Cependant la communication interpersonnelle dans les ménages reste un défi à relever

6.5.2 La communication et mobilisation sociale

La mobilisation sociale est un élément essentiel pour promouvoir la participation au niveau de la communauté et la communication vise à promouvoir les comportements tels que l'administration correcte des doses de CPS, faire dormir les enfants sous MILD.

Pour parvenir à ces objectifs les ASACO sont informés et impliqués dans tout le processus de la campagne, mais leur degré d'implication diffère d'une ASACO à une autre

Au niveau de l'aire de santé de Sénou, selon le médecin directeur du CSCOM

Le plan de communication et de mobilisation mis en place par le centre de santé n'est pas fonctionnel. Cette non-fonctionnalité du plan se traduit par l'absence de la tenue des réunions de coordination avec les membres de l'ASACO dans le cadre de la tenue de la campagne. Il y a également le délai d'information de la tenue des campagnes CPS très court entre le niveau du district et l'aire de santé, rendant difficile la tenue de ces réunions de coordination.

Néanmoins la mobilisation de proximité se fait par un membre de l'ASACO qui informe le chef du secteur et le coordinateur des imans qui doivent diffuser à leur tour l'information au préalable à la communauté.

Selon l'interview du président de l'ASACO, leur implication n'est pas effective dans l'organisation de la campagne de CPS. Les dates de la tenue de ces campagnes sont données par message-texte au téléphone de la part du médecin directeur ainsi que le médecin-chef du district. Le médecin directeur du centre fait le choix des agents distributeurs avec tous les risques que cela comporte.

6.5.3 Les ressources financières et les intrants de la campagne

Les ressources financières et les intrants de la campagne sont au préalable planifiés sur la base d'un micro plan de chaque aire de santé au niveau du district.

Les intrants sont en quantité suffisante selon la population cible du micro plan retenu pour assurer le bon déroulement de la campagne.

Par contre la mobilisation des ressources financières se fait en retard et demeure insuffisante. Également le mode de paiement par Orange money pose des contraintes surtout pour les agents distributeurs par rapport aux numéros orange qui ne sont pas inscrits.

L'appui de l'ASACO à la campagne se fait sur proposition du DTC, permettant ainsi d'assurer le transport des équipes de distribution au niveau de certains secteurs reculés

6.5.4 Difficultés et contraintes dans l'organisation de la campagne CPS

Selon le médecin directeur du CSCOM, les difficultés rencontrées lors de ces campagnes résultent surtout du retard de paiement des agents distributeurs et le niveau d'instruction de certains d'entre eux dans l'incapacité de remplir correctement les supports de campagne (mauvais choix des agents de distribution).

Selon le président de l'ASACO aucune concertation ne se fait au sein du CSCOM pour peaufiner les activités à mener. C'est l'une des raisons qui font que le plan de communication et de mobilisation mis en place ne fonctionne pas.

Ces difficultés de mobilisation des ressources financières des partenaires ont été évoquées par le médecin-chef du district sanitaire qui se fait toujours en retard avec un décalage sur les dates retenues pour les campagnes observé cette année à Bamako.

6.5.5 Déroulement de la campagne CPS dans l'aire de santé

La stratégie adoptée pour la répartition des agents distributeurs par le CSCOM est la recombinaison de l'équipe classique de 7 agents en 3 agents. Ainsi 63 équipes sont constituées réparties en 3 zones également.

La zone 1 couvre 6 secteurs, la zone 2 couvre 6 secteurs et la zone 3 couvre 5 secteurs

Ces agents s'approvisionnent en intrants chaque matin au CSCOM et reviennent le soir avec les résultats et le reste des intrants.

Les intrants sont les molécules de présentation (Sulfadoxine 500mg Pyrimétamine 25mg (SP) et Amodia quine 150mg base(AQ)), (Sulfadoxine 250mg Pyrimétamine 12,5mg (SP) et Amodia quine 75mg base(AQ)), le test de dépistage rapide du paludisme (TDR), le registre CPS, la carte CPS, la fiche de référence, un stylo.

Comme le plan de mobilisation mis en place dans le centre ne fonctionne pas normalement, la campagne se déroule dans une morosité totale.

La stratégie de distribution se fait de porte en porte et une équipe fixe au centre.

Les résultats sont compilés le soir par le chargé du système d'information sanitaire, puis transmis le même soir au centre de santé de Référence de la commune VI.

6.6 Evolution des indicateurs de performance (taux de prévalence, taux de mortalité spécifique dû au paludisme au CSCOM, taux de couverture en Moustiquaire Imprégné d'insecticide de Longue Durée (MILD) chez les enfants de l'année 2017

La collecte des indicateurs de performance du CSCOM a été réalisée sur la base des rapports mensuels et trimestriels.

IL faut noter que tous les rapports étaient disponibles avec une complétude totale.

Ainsi le taux de prévalence du paludisme est de 5,38 %. Aucun cas de décès dû au paludisme n'a été enregistré courant 2017 dans le centre (Cf.Fig VII).

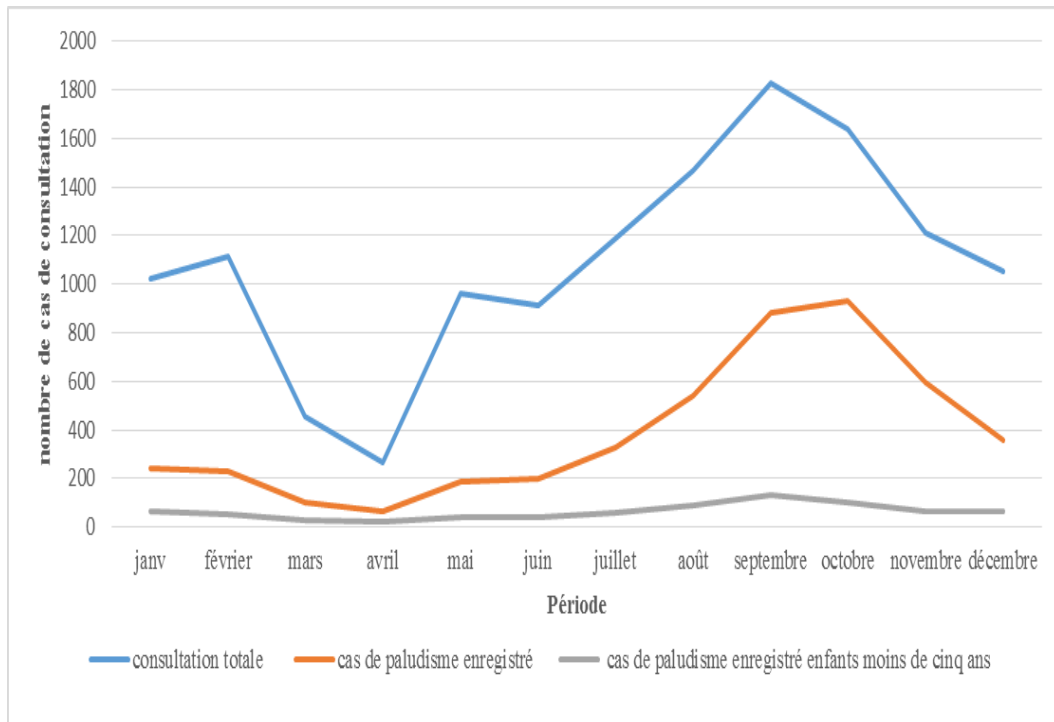


Fig. VII : Evolution des cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de cinq ans et les adultes par rapport à la consultation totale courant 2017 dans le CSCOM de Sénou.

La distribution de MILD chez les enfants de moins de cinq ans a été de 48,6%.

Le taux de nouvelle consultation par an et par habitant dans le centre est de 0,15.

6.7 Autres aspects de l'impact des activités de la CPS.

Notre enquête dans les ménages a aussi mis en évidence de la délivrance effective des cartes de la CPS à 69,7 %, la conservation de ces cartes à 92,6 % et les enfants dorment sous MILD à 82,1 % dans les ménages. Uniquement dans 17,9 % les enfants ne dorment pas sous MILD dans les ménages. (Cf.Fig VIII).

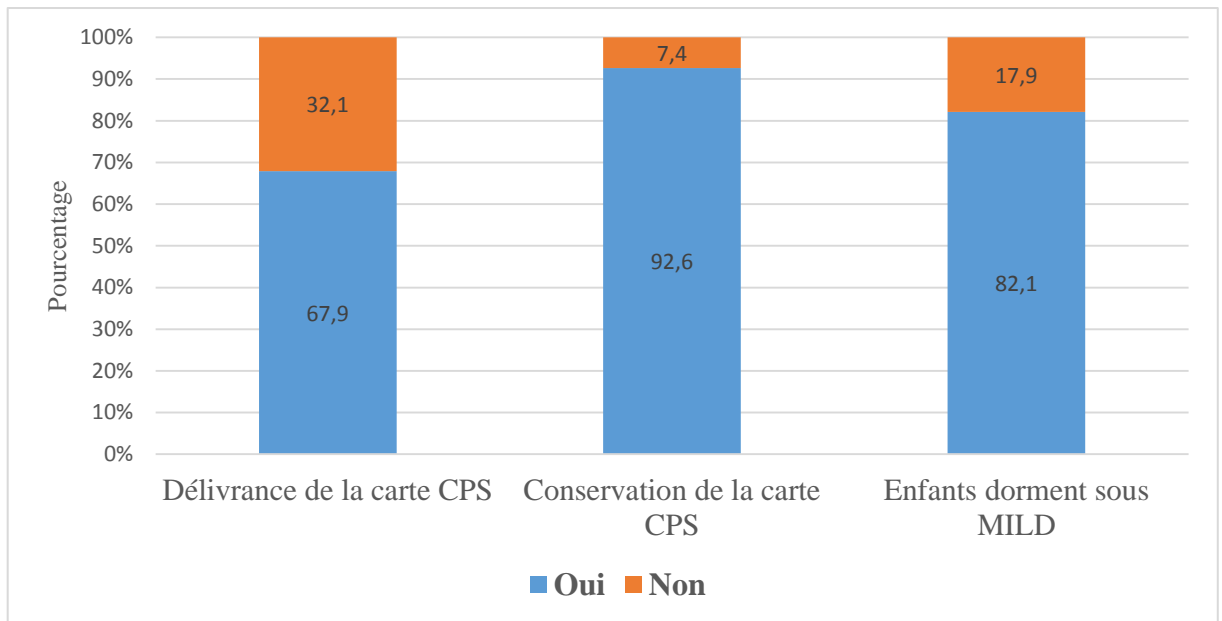


Fig. VIII Graphique de la situation de la carte CPS & enfants dorment sous MILD dans les ménages

Les résultats de notre enquête nous ont permis d'établir des relations entre la protection de l'enfant contre le paludisme et la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS dans les ménages consignées dans le tableau XI

Tableau XI : Relation entre la protection de l'enfant contre le paludisme et la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS dans les ménages

Pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS dans les ménages	Prévention du paludisme (+)	Prévention du paludisme (-)	Total
Oui	14 (10%)	56 (40%)	70
Non	69 (49%)	1 (1%)	70
Total	83	57	140

K = 89,516 ; p < 0,0010

Le tableau révèle que les enfants sont mieux protégés contre la survenue du paludisme dans les ménages ayant administré correctement les doses de CPS (49 %) que dans les ménages n'ayant pas administré correctement les doses de CPS (10 %) ; K = 89,516 ; p < 0,0010 ; associé à un degré fort de signification.

Les résultats de notre enquête nous ont permis aussi de voir la relation existant entre les cas de paludisme rapporté par les parents et l'administration correcte des doses de CPS dans les ménages consignées dans le tableau (Cf. Tableau XII)

Tableau XII : Relation entre la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS et la survenue des cas de paludisme rapporté

Pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS dans les ménages	Paludisme rapporté (+)	Paludisme rapporté (-)	Total
Oui	20 (45 %)	17 (39 %)	37
Non	6 (14%)	1 (2 %)	7
Total	26	18	44

Le tableau révèle que 45% des cas de paludisme rapporté par les parents ont été observé dans les ménages n'ayant pas administré correctement les doses de CPS contre 14% dans les ménages ayant administré correctement les doses avec un test de Fisher Exact $p= 0,211$ non associé à un degré de signification.

Les résultats de notre enquête nous ont permis également d'établir des relations entre la survenue des cas de paludisme rapportés et certaines pratiques observées dans les ménages, en occurrence le fait que les enfants ne dorment pas sous MILD consignées dans le tableau (Cf. Tableau XIII)

Tableau XIII: Relation entre la survenue de paludisme rapporté et le fait de dormir sous MILD.

Enfants dorment sous MILD	Paludisme rapporté (+)	Paludisme rapporté (-)	Total
Oui	10 (23%)	12 (27%)	22
Non	16 (36%)	6 (14%)	22
Total	26	18	44

K =3,385 ; p< 0,10

Le tableau révèle que 36% des cas de paludisme rapportés par les parents, ont été observés dans les ménages où les enfants ne dormaient pas sous MILD contre 23% des cas qui dormaient sous MILD non associé à un degré de signification

Les résultats de notre enquête nous ont permis d'établir des relations entre l'administration correcte des doses de CPS dans les ménages et le niveau d'instruction des parents dans les ménages, afin d'apprécier la qualité de la CPS reçue consignées dans le tableau (Cf. Tableau XIV)

Tableau XIV : Relation entre la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS et le niveau d'instruction

Pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS dans les ménages	Instruction (+)	Instruction (-)	Total
Oui	50 (36 %)	33(24 %)	83
Non	27 (19 %)	30(21%)	57
Total	77	63	140

Le tableau révèle que l'administration des doses de CPS était meilleure dans les ménages où existe l'instruction (36%) que dans les ménages où il n'existe pas d'instruction (24%), $K = 2,262$, $p < 0,167$. Il n'existe pas de lien statistiquement significatif.

7 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

7.1 Analyses de l'échantillonnage

L'échantillonnage a concerné 140 ménages avec une prédominance féminine de 87,9 % des chefs de ménage/gardien d'enfants. L'âge moyen des enquêtés de notre échantillon est de $31,62 \pm 0,669$ ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 52 ans. Cet écart important d'âge pourrait s'expliquer par le fait que certains enfants sont gardés par les grands-parents qui sont parfois très âgés. Dans notre étude le niveau d'instruction de la majorité de nos interviewés (24,3% non alphabétisé, 13,6% niveau coranique et 31,4 % niveau primaire) n'est pas très favorable pour assimiler certains messages pour le changement de comportement dans le cadre du développement de la santé. C'est ainsi que l'étude nous a trouvé que l'administration des doses de CPS était meilleure dans les ménages où existe l'instruction (36%) que dans les ménages où n'existe pas d'instruction (24%).

Aussi 44 sur les 487 enfants enrôlés dans l'étude soit 9,03 % sont tombés malades avant l'administration du prochain cycle de CPS. Parmi ces maladies, 26 cas de paludisme ont été rapporté par les parents (59,1%) contre 18 cas de paludisme non rapporté par les parents (40,9 %).

Notre étude a trouvé que les cas de paludisme rapporté par les parents sont observés dans 45 % des ménages n'ayant pas administré correctement les doses de CPS chez l'enfant contre 14 % des ménages ayant administré correctement les doses de CPS et aussi dans 36 % des cas où les enfants ne dormaient pas sous MILD contre 23 % des cas où les enfants dormaient sous MILD. C'est ainsi que notre étude a trouvé que l'enfant était mieux protégé contre la survenue du paludisme dans les ménages où la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS n'existe pas que dans les ménages où la pratique existe ($K = 89,516$; $p < 0,0010$) associé à un lien fort de degré de signification.

Egalement les ménages ont accès aux informations générales sur le paludisme (86,4 %) à travers la TV, la radio et les agents techniques de santé (31,4%). Parmi ces informations recueillies les causes du paludisme fréquemment citées sont le moustique anophèle (51,4 %) ; le moustique anophèle associé aux eaux sales, les ordures, les aliments huileux aussi la banane et le maïs frais (28,6%)

7.2 Analyse de la couverture CPS dans l'aire de santé.

Nos résultats ont montré que, la couverture administrative ne reflète pas la couverture réelle de l'aire de santé. Ainsi, lorsque que la couverture administrative indique un taux moyen de 100%, nos enquêtes de couverture dans les ménages ont trouvé un taux de 74,13%.

Ce faible taux de couverture peut s'expliquer d'une part par la faible mobilisation et de communication. En effet, il est ressorti que 47,1% des ménages ont affirmé qu'ils n'ont pas reçu l'information sur la CPS et que 59,3% ont affirmé ne pas connaître le calendrier de passage de l'équipe de distribution de la CPS dans les ménages. L'information est très importante car elle conditionne l'efficacité de la CPS en termes de couverture et continuité. Le ménage qui a reçu plus d'explication sera plus convaincu et appliquera les consignes données. Pour ces raisons, les membres de l'ASACO en plus des agents techniques doivent sensibiliser d'avantage la population afin qu'il y ait une meilleure acceptation et une bonne observance de cette stratégie.

7.3 Analyse des raisons de l'administration non correcte des doses du traitement complet de la CPS chez les enfants.

Sur la base de l'interview des parents et la carte CPS ; la proportion des enfants ayant bénéficié de la supervision de la dose du premier jour par l'agent distributeur était de 74%. Les doses de médicaments pour les 2ème et 3ème jours ont été remises aux parents dans plus de 80% des cas et cependant certaines doses n'ont toujours pas été administrées à domicile. Les raisons principales de la non administration de ces doses ont été l'absence de l'enfant dans le ménage lors du passage de l'équipe de distribution (28,6%); l'oubli du parent d'administrer les 2 doses

restantes (21,4%) ; ensuite de l'absence d'information sur la campagne de CPS (18,6 %), le plus faible taux étant la raison de voyage (5,7%).

Nos résultats s'apparentent à ceux de Dicko A. et al qui trouvent que les raisons principales de non administration de la CPS sont le voyage ou le déplacement (43%) suivie de la non-information des parents (38%)(17).

En marge de ces raisons de non administration des doses de CPS, certains effets secondaires susceptibles d'influencer à la pratique des raisons de non administration correcte des doses de CPS dans les ménages ont été enregistrés. Les vomissements ont représenté (51,1%), une fébricule non quantifié (25,5%) ; douleur abdominale (10,6%), prurit (8,5%) et diarrhée (4,3%). Ces effets secondaires ont été signalés par les parents sans une confirmation par le personnel de santé. Ce qui ne permet pas de confirmer s'il s'agissait d'effets secondaires ou d'autres manifestations telles que le rejet pour ce qui est de vomissement. Il est aussi important de sensibiliser les parents sur les effets secondaires afin de mieux faire la différence entre un effet secondaire de la molécule et autres manifestations.

Nos résultats rejoignent ceux de Cissé B, Diallo. T, Traore. D et autres qui trouvent la rareté des évènements indésirables graves. Les plus cités sont les vomissements provoqués par l'association amodia quine et sulfadoxine-pyriméthamine (18).

7.4 Analyse de l'acceptation et la perception de la communauté

L'acceptation et la perception de la communauté sur les activités de la CPS ont été différemment appréciées dans notre étude, car des ménages (37,5%) enquêtées apprécient l'efficacité de la CPS et des ménages (23,6%) encouragent l'état y compris les agents de santé à poursuivre les activités de la CPS contre des ménages (26,4%) trouvent une insuffisance d'information sur les activités de la CPS même si celle-ci est efficace dans la réduction du paludisme chez les enfants.

De façon générale nous avons remarqué une adhésion de la communauté aux activités de la CPS par les biens fondés de cette stratégie dans la réduction de la morbi-mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

Les propos d'un échantillon de 7 personnes recueillis sont en corrélation avec cette adhésion générale dont la teneur suit :

N°1 F.T, âgé de 18 ans, ethnie sonhaï, non scolarisé, domicilié à Sénou Médine I mariée et mère d'un seul enfant de 20 mois.

<< J'ai attendu parlé de sumaya, on attrape la maladie par les mangues non mûres, les aliments sucrés, les aliments sales ; selon lui, tout ce qui est sucré apporte la maladie.

La maladie se déclare par les yeux jaunes, vertige, tu ne peux pas manger, tu as envie de vomir, courbatures généralisés. Son enfant est né avec le sumaya. Je donne Efferalgan sirop, ciprofloxacine et Mali aspirine. Souvent je viens avec l'enfant au dispensaire et si pas d'argent, je paie les médicaments. Seuls les médecins possèdent des médicaments pour lutter contre le paludisme, mais avec la campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier nos enfants ne tombent pas malade si on lui donne ces comprimés pendant 3 jours et qu'ils dorment sous MILD Il faut respecter le dosage de ces médicaments et le passage pour le rendez –vous du mois prochain. Cette CPS est venue pour le bonheur de nos enfants >>

N°2 M. D, âgé de 30 ans, marié mère de 3 enfants, niveau de scolarisation secondaire (DEF)
<< J'ai déjà attendu parlé de paludisme, la maladie se nomme sumaya en bambara. La maladie se transmet par la piqûre de moustique. Les signes sont le vomissement, maux de tête, corps chaud, pas envie de manger. Pour prévenir il faut allumer les moustiquos et attacher les moustiquaires et également la nouvelle campagne de CPS qu'on donne aux enfants de moins de 5 ans. J'ai appris le déroulement de la campagne CPS à la télévision et les agents de santé qui consiste à donner le 1^{er} jour un comprimé blanc et jaune, le 2^{ème} jour un jaune, le 3^{ème} jour un autre jaune. Mon enfant a eu ces comprimés. Je n'ai pas de recommandation particulière mais j'encourage l'état à poursuivre les activités de la CPS car c'est efficace pour les enfants. Depuis l'introduction de cette nouvelle stratégie nos enfants tombent moins fréquemment malade >>

N°3 K. T, âgé de 25 ans, ethnie malinké non scolarisé, domicilié à Sénou Lafiabougou, mariée et mère de 5 enfants dont des jumeaux.

<< Je reconnais la maladie par le corps chaud, aigreur de la bouche, maux de tête, courbature généralisée avec asthénie générale. Si la maladie n'est pas traitée à temps apparait le " saillie blanc", les yeux deviennent blanc et le corps aussi. Une fois qu'on amène l'enfant au dispensaire il fait le prélèvement de sang. Si la maladie est grave on fait le sérum et les produits contre le paludisme " sossonie" Pour traiter selon moi, il faut la prise de sang pour diagnostiquer, prescrire des médicaments pour toute la maladie. J'ai aussi appris que les enfants sont protégés contre le paludisme s'ils prennent les comprimés de CPS. Par rapport à la campagne CPS ; selon moi, est très efficace, malgré que mon enfant n'aime pas les comprimés, je fais tout pour l'administrer ces médicaments selon le conseil de l'équipe de distribution >>

N°4 B. B., âgé de 25ans, ethnie bambara, marié mère de 2 enfants avec 5 maternités, domicilié à Sénou lafiabougou.

<<Le paludisme est traité avec le" golobè" et "kita quinquéliba" et des arbres pour se laver. Il faut traiter le paludisme, j'ai perdu 3 enfants par suite de "sumaya" Avoir des médicaments contre le paludisme c'est mieux car tes peines se réduisent en néant, 9 mois ne signifie pas 9 jours. Ce qui concerne la CPS, c'est une bonne stratégie et efficace dans la prévention du paludisme mais il faut surtout renforcer l'information car je n'ai pas reçu l'information par rapport à l'arrivée de l'équipe de distribution. Mes enfants ont reçu leur comprimé pendant 3 jours >>

N°5 R. S., âgée de 25 ans, ethnie somono, non scolarisé, domicilié à Sénou village, marié et mère de 3 enfants

<< La maladie commence par des douleurs articulaires, les maux de tête, vomit tout ce que tu manges, tels sont les signes dont débute sa maladie

Pour les enfants je regarde la couleur des yeux, j'amène l'enfant au dispensaire, si la couleur de l'urine change, et également je prépare un médicament traditionnel "Dalibourona", "djiou", "belibounou", "ganiaka" et je lave l'enfant avec cette préparation et du savon blanc. J'utilise du beurre de karité pour faire un massage de l'enfant.

Mais à l'arrivée de la CPS que mes enfants ont bénéficié, j'ai vu qu'ils font moins d'épisode de paludisme et j'ai renforcé la prévention en faisant dormir les enfants sous MILD, nous remercions l'Etat pour ces actions qui sont beaucoup encourageantes et meilleure pour la santé de nos enfants >>

N°6 M. S., âgé de 25 ans, ethnie malinké, scolarisé niveau secondaire, mariée et mère de 3 enfants, domicilié à Sénou Médine II.

<< sumaya, la personne a froid, le corps chaud, beaucoup de salive dans la bouche, diarrhée, asthénie, pas envie de manger, envie de vomir, somnolence. Chez l'enfant maux de ventre, vomissement, rhume, diarrhée chronique. La maladie est due au moustique, certains aliments donnent le paludisme surtout les aliments froids, les aliments sales consommés dans les rues par l'enfant, la base c'est surtout les moustiques et également l'air pollué (harmattan). J'amène l'enfant au dispensaire et respecte la posologie. Il faut garder les médicaments c'est les docteurs qui peuvent guérir la maladie. Comme solution il faut protéger l'enfant par le port des habits, dormir sous moustiquaire, vérifier ce que l'enfant mange et également la venue de la stratégie CPS a beaucoup diminuer la souffrance de nos enfants. Je n'ai pas observé de vomissement ni autre chose chez mes enfants >>

N° 7 R. C, 25 ans, ethnie sénoufo, domiciliée à Sénou poste niveau secondaire de scolarisation, mariée et mère de 4 enfants.

<<"Sumaya" est une maladie grave, la maladie est due au moustique (anophèle).

La maladie se manifeste par le corps chaud, toux, rhume.

J'amène le malade au dispensaire et également la médecine traditionnelle (" golobè", "patoukou», sambabourou" sont des plantes qu'on utilise pour le traitement du paludisme. Ce qui concerne la CPS, j'ai eu l'information à la radio et j'ai beaucoup apprécié cette campagne car j'ai remarqué que mes enfants font moins de paludisme, en plus les agents distributeurs m'ont conseillé également de faire dormir les enfants sous MILD

C'est une bonne chose >>

Cet aspect positif de la CPS peut s'expliquer par une prise de conscience de la communauté des ravages faits par le paludisme, notamment chez les enfants de moins de 5 ans, et à cause de l'impact immédiat de la CPS perçu par la population : « moins d'enfants malades, moins de rendez-vous au CSCOM, moins de dépenses pour la famille, plus de temps pour les activités ».

Cependant des ménages (1,4%) enquêtés trouvent mauvais les activités de la CPS.

Les raisons évoquées par les ménages pour expliquer cet état de fait est l'insuffisance d'information sur la CPS et surtout les effets secondaires des médicaments ; d'où l'importance de mettre un accent sur la communication et la sensibilisation par rapport à l'intérêt de la chimio-prévention du paludisme saisonnier et l'assurance d'une prise en charge des effets indésirables liés aux médicaments.

7.5 Analyse des conditions d'organisation de la CPS chez les enfants dans l'aire de santé

Il ressort de nos interviews auprès des différents responsables du CSCOM que les conditions d'organisation de la campagne ne sont pas conformes aux principes. En effet les principes retiennent qu'il faut tenir des réunions de coordination avant, en cours et après les activités pour pallier aux obstacles selon le module de formation cité. Ces insuffisances ainsi constatées au niveau du CSCOM de Sénou contribuent à détériorer la qualité de la campagne et à la réduction de l'impact de la CPS. Il s'agit en occurrence :

- la faible implication des membres de l'ASACO,
- l'absence de tenue des réunions de coordination ;
- le retard dans la mobilisation des finances des partenaires techniques financiers pour assurer le carburant du déplacement des équipes mobiles et des superviseurs des équipes ainsi que le per diem des agents impliqués dans les activités de la CPS.

- la faible contribution financière de l'ASACO (**15 000 f CFA**) à l'organisation de la campagne
- le mode de paiement du per diem des distributeurs et superviseurs par Orange money. En effet, les per diems sont reçus tardivement après les activités de la campagne.

7.6 Analyse de la performance du CSCOM

Par rapport aux indicateurs de la performance du CSCOM courant 2017, nous avons trouvé que la prévalence du paludisme a été de 5,38% et la forme simple a été la forme la plus rencontrée dans 55,2% des cas. Cette prévalence est un peu plus inférieure à celle retrouvée par MIS en 2015 au niveau national dans le district de Bamako qui était de 6% (**19**). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étude s'est déroulée pendant la période de distribution de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants, réduisant ainsi l'incidence. La comparaison de la courbe des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et celui du total des cas montre un décalage des cas de paludisme chez la population adulte. Nous avons aussi noté que dans l'aire de santé de Sénou la distribution de MILD(48,6%) chez les enfants est très faible par rapport à l'objectif national fixé par le PNLP en matière de prévention qui est de moins 80% des enfants de 3-59 mois des zones ciblées par la CPS bénéficient d'une protection(**20**).Ce faible taux de distribution s'explique selon le médecin-directeur par une dotation insuffisante en MILD(mil MILD par trimestre) .

Cependant malgré ce faible taux La proportion des ménages où les enfants dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticide au cours de notre enquête a été de 82,1%. Ces résultats s'apparentent à ceux de EDSMV qui est de 82% en milieu urbain.(**21**).

Cela s'explique selon les informations recueillies auprès de la communauté par la contribution des ménages à payer des MILD et également la distribution gratuite universelle des MILD.

8 LIMITES

- Temps limité pour la rédaction du mémoire qui ne permet pas de prendre en compte tous les contours. Cependant pour minimiser cet aspect les questionnaires ont été élaborés à l'avance.
- Biais de politesse : Certaines réponses des participants, ainsi que des personnes ressources ont pu être livrées par politesse afin d'apporter les réponses convenables aux questions posées.
- Le risque du biais d'oubli des parents par rapport aux informations données par les agents chargés de l'administration des médicaments.

9 CONCLUSION

L'analyse de la stratégie de la mise en œuvre des activités de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans l'aire de santé de Sénou nous a permis de mettre en exergue que la mise en œuvre de cette stratégie dans l'aire de santé est de façon globale acceptée et appréciée par la communauté.

Cependant certains obstacles ou facteurs liés à l'organisation de la campagne, à la performance du CSCOM, à la communauté et aux effets secondaires des médicaments constatés lors de notre étude font que l'incidence du nombre de cas de paludisme ne diminuent pas comme souhaité dans l'aire de santé de Sénou notamment :

- L'inexactitude de l'évaluation de la couverture administrative de la CPS ;
- L'insuffisance dans la sensibilisation et la mobilisation de la population cible ;
- L'existence des ménages n'ayant pas administré correctement les doses de CPS ;
- Le fait que les enfants ne dorment pas sous MILD dans certains ménages ;
- Une insuffisance notoire dans l'organisation de la CPS illustrée par le non implication des acteurs clés de cette stratégie en occurrence l'ASACO dans la mise en œuvre des activités sur le terrain ;
- La sous-estimation de la population de l'aire de Sénou, à titre d'information lors du dénombrement de la population dans le cadre de la distribution des MILD, cette population était estimée à 156000 habitants en 2015 contre **87895** habitants en 2018 ;
- Les effets secondaires liés au médicament (vomissement, fébricule...)

10 RECOMMANDATIONS

Au terme de cette analyse, la mise en œuvre des recommandations ainsi formulées dans le tableau contribueront à améliorer les activités de la chimio prévention dans l'aire de santé de Sénou et réduire de façon considérable la morbi-mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins 5 ans.

La mise en œuvre de ces recommandations implique principalement les agents techniques de la santé, la communauté plus particulièrement les membres de l'ASACO et le niveau national.

N°	Recommandations	Activités	Indicateur de suivi	Evaluation	Niveau d'exécution
1	Evaluer la couverture exacte de la CPS dans l'aire de santé	Organiser des enquêtes de couverture sur le terrain	Rapport d'enquête réalisé	Nombre réalisé sur nombre prévu	Appui du niveau national (PNLP)
2	Impliquer les membres ASACO dans l'organisation des campagnes CPS	Tenue régulière des réunions de comité de coordination des campagnes	Procès-verbaux des réunions du comité de pilotage	Nombre de réunions tenues sur prévues	Médecin – directeur du CSCOM
3	Impliquer les membres de la communauté (hommes, femmes, leaders religieux, politiques et coutumiers)	Sensibiliser les membres de la communauté (homme, femme, leaders religieux, politiques et coutumières) sur les problèmes de santé de l'enfant afin d'obtenir leur	Rapport de sensibilisation réalisé au niveau de l'aire de santé	Nombres d'hommes, femmes, leaders religieux, coutumiers et politiques sensibilisés sur nombre prévu.	Membres de l'ASACO et les agents de santé

		adhésion complète aux activités de la CPS			
4	Renforcer la surveillance de la pharmacovigilance au niveau de la communauté	Sensibiliser la communauté en particulier les gardiens d'enfant sur les effets secondaires des médicaments	Rapport de sensibilisation	Nombre de séances tenues sur le nombre prévu	Communauté et agents de santé

11 REFERENCES.

1. OMS | Rapport 2016 sur le paludisme dans le monde [Internet]. WHO. [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/fr/>
2. Guillebaud J MA, Zamanka H, Katzelma M, Arzika I, Ibrahim ML, et al. . Epidemiology of malaria in an area of seasonal transmission in Niger and implications for the design of a seasonal malaria chemoprevention strategy. 2013;12(1):379.
3. OMS. Recommandation de politique générale de l'OMS: Chimio-prévention du paludisme saisonnier pour lutter contre le paludisme à Plasmodium falciparum en zone de forte transmission saisonnière dans la sous-région du Sahel en Afrique [Internet]. WHO. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_smc_policy_recommendation/fr/
4. PNLP, MSHP. Base de données de la CPS 2016. Bamako, Mali; 2016.
5. Gentillini M. et al. Paludisme. 6ème Ed. Lavoisier. 2012.
6. Aubry P, Gaüzère B. Actualité paludisme 2017. Médecine Tropicale. 4 décembre 2017.
7. Direction Nationale de la Santé DNS. Annuaire Système d'Information Locale Sanitaire 2016. Bamako, Mali; 2016 p. p 190.
8. PNLP, MSHP. Canevas 2016 niveau region district de Bamako. Bamako, Mali; 2016.
9. CSCOM de Sénou. Rapport d'activités du 1er échelon. 2017.
10. Roll Back Malaria Faire reculer le paludisme [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <http://webcache.googleusercontent.com/search>
11. Cairns M, Cheung YB, Xu Y, Asante KP, Owusu-Agyei S, Diallo D, et al. Analysis of Preventive Interventions for Malaria: Exploring Partial and Complete Protection and Total and Primary Intervention Effects. Am J Epidemiol. 15 juin 2015;181(12):1008-17 - Recherche Google [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.google.com/>
12. Greenwood B, Dicko A, Sagara I, Zongo I, Tinto H, Cairns M, et al. Seasonal vaccination against malaria: a potential use for an imperfect malaria vaccine. Malar J. 2 mai 2017;16(1):182.
13. OMS. Chimio-prévention du paludisme saisonnier par administration de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine aux enfants: guide de terrain. [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241504737/fr/>
14. OMS. Chimio-prévention du paludisme saisonnier par administration de sulfadoxine et pyriméthamine ; guide de terrain. Juillet 2013.
15. PNLP, MSHP. MODULE DE FORMATION DE LA CHIMIOPREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER CHEZ LES ENFANTS DE 3 A 59 MOIS. juin 2017.

16. CHIMIO-PREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER (CPS). Mali, district de Koutiala, région Sikasso. Période de mise en oeuvre : juillet à octobre 2012. - Recherche Google [Internet]. [cité 14 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?source=hp&ei=PaKbW4uYDbKIlwTW5Y3YDQ&q=CHIMIOPREVENTION+DU+PALUDISME+SAISONNIER+%28CPS%29.+Mali%2C+district+de+Koutiala%2C+r%C3%A9gion+Sikasso>.
17. Alassane Dicko, MD, PhD, Malaria Research and Training Center (MRTC), Faculté de Pharmacie, Université de Sciences Techniques et Technologies de Bamako, B.P. 1805; Bamako, Mali, Tel: 2023-2022 7440, Email: adicko@icermali.org. Evaluation de la mise en oeuvre de la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier dans le district de Kita, Mali.
18. Cisse B1, Diallo T2,3, Traore D4, Denou A2, Coulibaly SK5, Diara A2, Coulibaly BF2, Ba H S2,6, Maiga A2, Maiga S2. Étude des effets indésirables liés à l'administration de Sulfadoxine-Pyriméthamine et Amodiaquine lors de la chimio prévention du paludisme saisonnier au Mali. Rev Mali Infect Microbiol 2018, Tome 11.
19. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Institut National de la Statistique (INSTAT), INFO-STAT, Institut National de la Recherche en Santé Publique (INRSP) et ICF International, 2016. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPM) 2015. PNLP; juill 2016.
20. PNLP, MSHP. Plan Stratégique Nationale de lutte contre le paludisme 2016-2018; 2016.
21. CPS/SSDSPF, INSTAT, INFO-STAT. Enquête démographique et de santé du Mali 2012-2013. Bamako, Mali; 2014 p. 577.

ANNEXE

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

Thème de recherche : Analyse de la stratégie de mise en œuvre des activités de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans l'aire de santé de Sénou en commune VI du district de Bamako.

ENQUETE CAP-CPS

QUESTIONNAIRE POUR MENAGE

IDENTIFICATION

Nom de l'enquêteur : _____/___/ N° Fiche-ménage : /___/___/___/

Date de l'enquête /___/___/_____/ Résidence /-----/

CARACTERISTIQUES SOCIO-GEO-DEMOGRAPHIQUES

Q1. Sexe : /___/ 1= masculin / 2= féminin

Q2. Age : /___/___/___/ ans

Q3. Situation matrimoniale /___/

1= marié (e) / 2= divorcé (e) / 3= célibataire / 4= veuf (ve)

Q4. Profession /___/

1=fonctionnaire / 2=paysan / 3= ménagère

4= commerçant / 5= artisan / 6= sans-emploi / 7= autres, à préciser : _____

Q5. Niveau d'instruction /___/

1=primaire / 2=secondaire / 3=supérieur / 4= coranique / 5=alphabétisé 6=analphabète

Q6. Ethnie /___/ ___/

1= bambara / 2= senoufo / 3= dogon/ 4= bozo / 5= peul / 6=sonrhaï 7= minianka /

8=autres

Q7. Religion : /___/

1= Musulmane / 2= Chrétien / 3= Traditionnelle / 4= Sans religion

CONNAISSANCES-ATTITUDES-PRATIQUES
--

Q8. Avez-vous accès aux informations sur le paludisme /___/

1=oui / 2=non

Q9.1 Si oui à travers quel canal/ quels canaux ?/_____/

1 TV /___/ .2 Radios /___/ 3 Agents de santé /___/ 4 Autres à préciser

Q10. Pouvez-vous nous citer la cause du paludisme

Q11 .Avez-vous reçu des informations sur la campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans :

1=oui / 2=non

Q12. Avez-vous connaissance du calendrier de passage des équipes d'administration de la CPS dans le quartier : 1=oui / 2=non

Q13. Votre enfant a-t-il reçu la carte CPS ?

1=oui / 2=non

Q14. Votre enfant a-t-il reçu la 1ere dose supervisée de la CPS ?

1=oui / 2=non

Q15. Votre enfant a-t-il reçu la 2^{ème} dose le 2^{ème} jour à domicile à l'heure indiquée?

1=oui / 2=non

Q16. Votre enfant a-t-il reçu la 3^{ème} dose le 3^{ème} jour à domicile à l'heure indiquée ?

1=oui / 2=non

Q17. Avez – vous observé d'effets secondaires des médicaments chez l'enfant après administration ?

1=oui / 2=non

Q18. Si oui pouvez – vous, nous les citer ?

Q19. Votre enfant est tombé malade après administration de la CPS

1=oui / 2=non

Q20. Si oui, de quoi il souffrait ?

Q21. Combien d'enfants âgés de 3-59 mois sont dans le ménage : ()

Q22. Combien d'enfants n'ont pas reçu la CPS : ()

Q23. Combien d'enfants ont reçu la dose complète de CPS : ()

Q24. Pour quelles raisons l'enfant n'a pas reçu la CPS

Raison1.....

Raison 2.....

Raison 3.....

Q25. Les enfants dorment-ils sous MILD

1=ooui / 2=non

Q26. Quelle solution, proposeriez-vous à l'équipe du CSCOM pour l'amélioration de la qualité du service

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

Thème de recherche : Analyse de la stratégie de mise en œuvre des activités de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans l'aire de santé de Sénou en commune VI du district de Bamako.

ENQUETE CAP-CPS

QUESTIONNAIRE POUR PERSONNEL DE SANTE /AGENTS
D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS DE LA CPS

IDENTIFICATION

Nom de l'enquêteur : _____/___/ N° Fiche : /___/___/___/

Date de l'enquête /___/___/_____/

CARACTERISTIQUES SOCIO-GEO-DEMOGRAPHIQUES

Q1. Sexe : /___/ 1= masculin / 2= féminin

Q2. Age : /___/___/___/ ans

Q3. Catégorie d'agent de santé /___/

1=TSS / 2=Sage-femme / 3= TS

4= Matrone / 5= Agent de santé communautaire / 6= Relai / 7= autres, à préciser

CONNAISSANCES-ATTITUDES-PRATIQUES

Q4. Avez-vous reçu une formation par rapport à la dispensation de l'administration de la CPS

1= OUI ; 2 = Non

Q5. La communauté a-t-elle été informée du passage de l'équipe dans le quartier pour la CPS

1= OUI ; 2 = Non

Q6. Selon vous ; quelle est la tranche d'âge concernée ?

/__/ 1= 3-59 M ; 2 = 6-59 M ; 3= autres

Q7. Savez-vous quelle est la posologie à administrer ? /__/ 1=OUI ; 2= NON

Q8. Donnez-vous toujours cette information aux accompagnants? /__/ 1= OUI ; 2= NON

Q9- Connaissez-vous les effets secondaires liés aux médicaments ? /__/ 1=OUI ; 2= NON

Q10. Si oui, citez au moins 2 effets secondaires

Q11. Lors de la causerie avant l'administration, donnez –vous ces informations aux parents ?

1= toujours ; 2= souvent ; 3= NON

Q12- Connaissez- vous les contre- indications à la prise de la CPS ?/__/

1=OUI 2=NON

Q13. Si oui citez au moins 3 critères

Q14- Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'activité:

Citez-les

Q15- Quelles sont vos recommandations pour améliorer les prochaines campagnes :

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

Thème de recherche : Analyse de la stratégie de mise en œuvre des activités de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans l'aire de santé de Sénou en commune VI du district de Bamako.

GUIDE D'ENTRETIEN

RESPONSABLE DE LA STRUCTURE

IDENTIFICATION

Nom du Centre : _____

Noms/Contacts DTC _____

Nom de l'enquêteur : _____ / ___ /

Date de l'enquête / ___ / ___ / _____ /

ASPECT-ORGANISATIONNELLE DE LA CPS

Q1. Avez –vous reçu une formation pour la campagne CPS ?

1=oui ; 2= non

Q2 . Disposez –vous d'un microplan par rapport à la campagne ?

1=oui ; 2= non

Q3. Les agents de distribution ont-ils eu une formation ?

1=oui ; 2= non

Q4. Quelle est la population cible dans ton aire de santé ? / _ /

Q5. Combien d'équipes de distribution disposez –vous dans la structure ? / _ /

Q6 . Nombre de réunion de pilotage tenue / _ /

Q7. Quel est le niveau d'implication de l'ASACO dans l'organisation de la campagne

Q7. Avez –vous reçu d'appui local en termes de ressources financière ou matériel pour la campagne ?

oui =1 ; non = 2

Q8. Avez –vous reçu d’appui de l’ASACO dans l’organisation de la campagne CPS ?

oui =1 ; non = 2

Q9. Disposez –vous d’un plan de communication par rapport à l’organisation de la campagne CPS ?

oui =1 ; non = 2

Q10. Disposez-vous d’intrants suffisants (registre, médicaments, carte CPS, fiches de pointage, support de gestion) oui =1 ; non = 2

Q11. Quelles sont les difficultés rencontrées dans l’organisation de la campagne ?

Q12- Quelles sont vos recommandations pour améliorer les prochaines campagnes ?

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

Thème de recherche : Analyse de la stratégie de mise en œuvre des activités de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans l'aire de santé de Sénou en commune VI du district de Bamako.

GUIDE D'ENTRETIEN

Questionnaire pour leaders communautaires ((MEMBRES ASACO))

IDENTIFICATION

Nom ASACO : _____

Noms/Contacts _____

Nom de l'enquêteur : _____/____/

Date de l'enquête /____/____/____/

ASPECT-ORGANISATIONNELLE DE LA CPS

Q1. Avez –vous reçu l'information du déroulement de la campagne CPS ? 1=oui ; 2= non

Q2. Nombre de réunion de pilotage tenu /_ /

Q3. Quel est le niveau d'implication de l'ASACO dans l'organisation de la campagne

Q4. Avez –vous fait un appui local en termes de ressources financière ou matériel pour la campagne ?

oui =1 ; non = 2

Q5. Si oui, commentaire

Q6. Disposez –vous d'un plan de communication par rapport à l'organisation de la campagne CPS ?

oui =1 ; non = 2

Q7. Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'organisation de la campagne ?

Q8- Quelles sont vos recommandations pour améliorer les prochaines campagnes ?

