



U.S.T.T-B

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

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



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Mémoire

Master en Santé Publique

Option : Planification et Management des Programmes de Santé

Année Universitaire 2020 - 2021

Sujet

Etude des facteurs de réussite de la chimioprévention du paludisme saisonnier auprès des mères et gardiennes d'enfants âgés de 03 à 59 mois du district sanitaire de Kankan, République de Guinée

P

Présenté et soutenu le

Par :

Mr Joseph Iamilé SONGBONO

Président :
Membre :
Directeur : Prof. Hamadoun SANGHO
Co-directeur : Dr Moctar TOUNKARA

Sponsor: FOGARTY International Center D43

Dédicace

Le présent mémoire est dédié à mes parents qui m'ont mis au monde et qui ont consenti tant de sacrifices pour me conduire sur le bon chemin en vue d'assurer ma réussite dans la vie. Il s'agit de :

- *Feu André Fara SONGBONO et de Bernadette MANSARE*

Qu'ils retrouvent à travers ces lignes de mon mémoire, l'expression la plus évidente de ma reconnaissance et de mon attachement.

REMERCIEMENTS

Je voudrais avant tout exprimer mon infinie gratitude au département d'enseignement et de recherche en santé publique (DERSP) pour l'encadrement de qualité offert malgré le contexte sanitaire lié à la COVID-19.

Je suis reconnaissant à mon Directeur de mémoire, le Professeur Hamadoun SANGHO, qui m'a permis de « maîtriser » les objectifs et les méthodes utilisées tout au long du processus de réalisation de ce mémoire. Prof. Hamadoun SANGHO, votre capacité à vous mettre au niveau de vos étudiants et vos précieux conseils m'ont permis de me sentir valorisé lors de mes premiers pas dans la recherche en santé publique. Un énorme merci à mon co-directeur Dr Moctar TOUNKARA, qui a été disponible pour m'écouter lorsque j'avais besoin de comprendre, d'avoir son point de vue (toujours pertinent).

Cette étude n'aurait jamais pu être déployée sur le terrain sans l'accueil enthousiaste de la direction régionale de la santé de Kankan. J'aimerais souligner le soutien indéfectible de Dr Mohamed Sako Sylla, le directeur régional de la santé de Kankan. Je voudrais par ailleurs souligner la généreuse contribution de la direction préfectorale de la santé de Kankan.

Une mention spéciale à l'Université Johns Hopkins (USA) et aux coordonnateurs de la bourse FOGARTY International Center D43: Prof. Seydou Doumbia, Prof. Peter Winch, Hannah Marker, Lancina Doumbia pour l'encadrement et le soutien sans faille à la fois matériel et financier durant ces deux années de dur labeur.

Enfin c'est le lieu et le moment pour moi d'exprimer toute ma reconnaissance et mes remerciements à toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. QUESTION DE RECHERCHE.....	4
3. OBJECTIFS	4
3.1. Objectif général	4
3.2. Objectifs spécifiques	4
4. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
4.1. Notion d' « acceptabilité »	5
4.4. Acceptabilité de la CPS auprès des mères et gardiennes d'enfants	6
4.5. Effets indésirables médicamenteux de la CPS	6
4.6. Théorie du complot.....	7
5. METHODOLOGIE.....	8
5.1. Cadre d'étude	8
5.1.1. Historique	8
5.1.2. Climat et Végétation.....	8
5.1.3. Population.....	9
5.1.4. Activités économiques	9
5.1.5. Transport	9
5.1.6. Couverture Sanitaire.....	10
5.2. Type d'étude.....	16
5.3. Période d'étude.....	16
5.4. Population d'étude.....	16
5.4.1. Critères d'inclusion	16
5.4.2. Critères de non-inclusion	16
5.4.3. Critères d'exclusion.....	16
5.5. Echantillonnage	16
5.5.1. Taille de l'échantillon.....	16
5.5.2. Technique d'échantillonnage	17
5.6. Collecte des données	18
5.7. Traitement et analyse des données	18
5.8. Considérations éthiques.....	18
6. RESULTATS	20

6.1. Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	20
6.1.1. Lieu de résidence des participantes	20
6.1.2. Lien de la participante avec l'enfant	20
6.1.3. Age des participantes	21
6.1.4. Occupation principale	22
6.1.5. Niveau d'instruction des participantes	23
6.1.6. Statut matrimonial des participantes	23
6.2. Perceptions et pratiques des mères et gardiennes d'enfants sur la CPS	24
6.2.1 : Connaissances des participantes sur la CPS.....	24
6.2.2. Attitudes des participantes face à la CPS	28
6.2.3 : Pratiques des participantes liées à la CPS	29
6.3. Stratégie de communication sur la CPS	32
6.4. Effets indésirables médicamenteux de la CPS	35
6.5. Satisfaction et acceptabilité de la CPS auprès des participantes	39
7. DISCUSSION	43
8. CONCLUSION / RECOMMANDATIONS	46
8.1. Conclusion.....	46
8.2. Recommandations	48
REFERENCES.....	49

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau I: Situation du personnel existant dans le district sanitaire de Kankan en 2020</i>	11
<i>Tableau II: Situation des partenaires du district sanitaire de Kankan en 2020</i>	12
<i>Tableau III: Résultats de la CPS en 2020 dans le district sanitaire de Kankan</i>	13
<i>Tableau IV: Les activités des centres de santé au cours de l'année 2020</i>	13
<i>Tableau V</i>	20
<i>Tableau VIII: Répartition des participantes selon l'occupation principale</i>	22
<i>Tableau IX : Répartition des participantes selon le niveau d'instruction</i>	23
<i>Tableau X : Répartition des participantes selon le statut matrimonial</i>	23
<i>Tableau XI : Répartition des participantes selon le public cible de la CPS</i>	24
<i>Tableau XII: Répartition des participantes selon la durée de l'administration du traitement de la CPS à chaque passage</i>	26
<i>Tableau XIII: Répartition des participantes selon le temps de protection de la CPS</i>	27
<i>Tableau XIV : Répartition des participantes selon l'attitude à ne pas faire dormir l'enfant sous la moustiquaire après l'avoir soumis au traitement de la CPS</i>	28
<i>Tableau XV: Répartition des participantes selon le nombre de comprimés donnés à l'enfant le premier jour du traitement de la CPS</i>	29
<i>Tableau XVI: Répartition des participantes selon le nombre de comprimés donnés à l'enfant le deuxième jour du traitement de la CPS</i>	30
<i>Tableau XVII: Répartition des participantes selon le nombre de comprimés donnés à l'enfant le troisième jour du traitement de la CPS</i>	31
<i>Tableau XVIII : Répartition des participantes selon le moyen d'information sur la CPS</i>	32
<i>Tableau XIX</i>	34
<i>Tableau XXI: Répartition des participantes selon les effets indésirables</i>	36
<i>Tableau XXIV: Répartition des participantes selon la satisfaction</i>	40
<i>Tableau XXV: Répartition des participantes selon l'acceptabilité du traitement de la CPS</i>	41
<i>Tableau XXVI: Répartition des participantes selon les causes de la motivation à participer à la prochaine campagne CPS</i>	42

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Carte de la Préfecture de Kankan</i>	<i>15</i>
<i>Figure 2 : Répartition des participantes selon l'effet du traitement de la CPS sur l'enfant</i>	<i>25</i>
<i>Figure 3: Répartition des participantes selon le message clé de la CPS</i>	<i>33</i>
<i>Figure 4 : Répartition des participantes selon la prise en charge des effets indésirables</i>	<i>37</i>
<i>Figure 5</i>	<i>39</i>

Sigles et Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MILDA : Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action

CPS : Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier

SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine

AQ : Amoniaquine

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

AGBEF : Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

EDS : Enquête Démographique de Santé

MICS : Multiple Indicators Cluster Survey

PEV : Programme Elargi de Vaccination

TPIi : Traitement Préventif Intermittent infantile

DPS : Direction Préfectorale de la Santé

SSP : Soins de Santé Primaire

ME : Médicaments Essentiels

TSP : Technicien de Santé Publique

T L : Technicien de Labo

ATS : Agent Technique de Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

PAM : Programme Alimentaire Mondial

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

HKI: Helen Keller International

OPC: Organisation pour la Prévention de la Cécité

HSD : Haute qualité des services de Santé pour le Développement

MTN : Maladies Tropicales Négligées

IST : Infection Sexuellement Transmissible

PF : Planification Familiale

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

RESUME

Introduction: La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) est un moyen de prévention du paludisme. Au Nord-est de la Guinée, le district sanitaire de Kankan est celui qui rapporte la plus grande couverture de la CPS. Le but de cette étude était de déterminer les causes du succès de la CPS auprès des mères et gardiennes d'enfants âgés de 3 à 59 mois du district sanitaire de Kankan.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive à visée évaluative qui a porté sur un échantillon de 185 mères et gardiennes d'enfants âgés de 3 à 59 mois du district sanitaire de Kankan.

Résultats : L'enquête a révélé que 71,9% des participantes savaient que la CPS était destinée aux enfants de 3 à 59 mois ; 70,49% avaient affirmé que ce traitement protégeait les enfants du paludisme. La proportion d'enfant ayant entièrement reçu le traitement durant les quatre passages était satisfaisante (95,68%). La plus forte proportion des participantes avaient affirmé que la CPS est un traitement efficace (95,6%). Un nombre suffisant des enquêtées avaient un niveau d'information appréciable sur les messages clés de la CPS (73,5%).

Conclusion : le triomphe de la CPS auprès des mères et gardiennes d'enfants âgés de 3 à 59 mois du district sanitaire de Kankan relève du niveau appréciable des connaissances, attitudes et pratiques sur la CPS, des stratégies de communication et de l'efficacité du traitement.

Mots clés : Facteurs de réussite, chimioprévention du paludisme saisonnier, mères, gardiennes d'enfants, Guinée.

ABSTRACT

Introduction: Seasonal malaria chemoprevention (SMC) is a means of preventing malaria. In north-eastern Guinea, the health district of Kankan is the one reporting the greatest SMC coverage. The aim of this study was to determine the causes of the success of SMC among mothers and guardians of children aged 3 to 59 months in the Kankan health district.

Method: This was a cross-sectional, descriptive, evaluative study that involved a sample of 185 mothers and guardians of children aged 3 to 59 months from the Kankan health district.

Results: The survey found that 71.9% of the participants were aware that SMC was intended for children aged 3 to 59 months; 70.49% said this treatment protected children from malaria. The proportion of children who received full treatment during the four visits was satisfactory (95.68%). The highest proportion of participants said SMC is an effective treatment (95.6%). A sufficient number of respondents had a significant level of information on the key messages of SMC (73.5%)

Conclusion: The success of SMC among mothers and guardians of children aged 3 to 59 months in the Kankan health district is due to the appreciable level of SMC knowledge, attitudes and practices, communication strategies and treatment effectiveness.

Keywords: success factors, seasonal malaria chemoprevention, mothers, guardians of children, Guinea.

1. INTRODUCTION

Le paludisme demeure un problème prioritaire de santé publique. La situation de contrôle du paludisme s'est compliquée au cours des dernières décennies avec l'apparition de zones de résistance du parasite aux antipaludiques les plus accessibles financièrement aux populations et la résistance du vecteur aux insecticides les plus couramment utilisés[1].

Le paludisme est dû à un parasite, le Plasmodium, transmis par les moustiques qui en sont porteurs. Chez l'être humain, ces parasites se multiplient dans le foie puis s'attaquent aux globules rouges. Il se manifeste par de la fièvre, des maux de tête et des vomissements. Ces symptômes apparaissent généralement 10 à 15 jours après la piqûre de moustique. En l'absence de traitement, le paludisme peut entraîner rapidement le décès par les troubles circulatoires qu'il provoque[2].

En 2019, on estimait à 229 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde[3]. En Afrique subsaharienne, six pays, à eux seuls, ont enregistré plus de la moitié des cas: le Nigéria (25 %), la République démocratique du Congo (12 %), l'Ouganda (5 %), ainsi que la Côte d'Ivoire, le Mozambique et le Niger (4 % chacun)[4].

Le nombre estimé de décès imputables au paludisme s'est élevé à 409 000 en 2019. La part de la charge mondiale de morbidité palustre supportée par la Région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est disproportionnée ; 94 % des cas de paludisme et des décès imputables à cette maladie se sont produits dans cette Région[3].

Rien qu'en Afrique, l'on estime à 12 milliards de dollars US par an le coût du paludisme. Ce chiffre inclut les coûts de soins de santé, de journées de travail perdues pour des raisons de maladie, de journées perdues en éducation, de productivité réduite et de pertes en matière d'investissement et de tourisme[5].

Certains groupes dans la population courent un risque beaucoup plus élevé que d'autres de contracter le paludisme, et d'être atteint de la forme sévère de la maladie. Il s'agit des nourrissons, des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des patients infectés par le VIH/sida ainsi que des migrants non immunisés, des populations mobiles et des voyageurs[6,7].

Dans les régions à forte transmission du paludisme, presque tous les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi que de nombreux enfants plus âgés et adultes, ont une concentration d'hémoglobine réduite. Dans ces régions, une anémie palustre grave, potentiellement mortelle, nécessitant une transfusion sanguine chez les jeunes enfants est une cause majeure

d'hospitalisation, en particulier pendant les mois de la saison des pluies où la transmission du paludisme est la plus élevée[8].

En Afrique, environ 285 000 enfants sont morts pour cause de paludisme avant d'atteindre leur cinquième anniversaire en 2016[9]. Dans les zones à forte transmission, une immunité partielle à la maladie est acquise pendant l'enfance[9]. Dans de tels environnements, la majorité des cas de paludisme, en particulier les cas sévères progressant rapidement vers le décès, sont observés chez de jeunes enfants qui n'ont pas acquis d'immunité. Une anémie sévère, une hypoglycémie et un paludisme cérébral sont des caractéristiques du paludisme sévère plus fréquemment observé chez les enfants que chez les adultes[9].

Les interventions actuellement recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour lutter contre le paludisme comprennent l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et/ou la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent dans la lutte anti vectorielle, un accès rapide aux tests de diagnostic en cas de suspicion du paludisme et le traitement des cas confirmés par des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine[10]. Par ailleurs, d'autres interventions sont recommandées pour des groupes spécifiques à haut risque dans des zones de forte transmission, notamment le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et chez le nourrisson[10].

L'évolution de l'épidémiologie du paludisme a entraîné un passage progressif d'un mode de traitement unique en toute circonstance à des stratégies de lutte contre le paludisme ciblées sur des populations et/ou des endroits spécifiques afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Conformément à cette approche et sur la base de nouvelles données factuelles, l'OMS recommande désormais une intervention supplémentaire pour lutter contre le paludisme à *Plasmodium falciparum* : la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). Elle s'est avérée efficace, peu coûteuse, sûre et réalisable en vue de la prévention du paludisme chez des enfants de moins de cinq ans en zones de forte transmission saisonnière du paludisme[10].

Il s'agit de donner aux enfants des cures mensuelles de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et d'amodiaquine (AQ) jusqu'à 4 mois. Chaque mois, AQ est administré en doses quotidiennes pendant 3 jours, et est administré avec une dose unique de SP le 1er jour[11]. L'objectif étant de maintenir des concentrations thérapeutiques du médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est plus élevé. Elle assure une prévention sûre et efficace contre les cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* non compliqués chez les enfants de 3 à 59 mois dans la zone de forte transmission saisonnière[10].

La République de Guinée est un pays d'endémie palustre avec une prévalence mondiale de 44% et une prévalence régionale du paludisme allant de 39% à 61%. Le paludisme est la première cause de toutes les consultations externes (34%) et la première cause de décès (28%) chez les enfants guinéens[12]. Les principales interventions contre les vecteurs du paludisme mises en œuvre sont surtout l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue durée d'action (MILDA) et l'assainissement du milieu. Les MILDA sont distribuées à travers deux principaux canaux : dans les structures sanitaires (distribution de routine) et lors des campagnes de masse (intégrées au programme intégré de vaccination PEV ou distribution ménage)[13].

C'est à partir de 2015 que la République de Guinée a lancé sa première campagne de CPS[14]. Le maintien de cette approche communautaire se justifie par l'obtention des résultats satisfaisants depuis le premier cycle en 2015. Fort des leçons apprises en 2015, de bien meilleurs résultats ont été obtenus de 2016 à 2019[15].

En effet l'intégralité des 815502 enfants de moins de cinq ans ciblés ont bénéficié du traitement préventif jusqu'au 3ème passage en 2019. En dépit de la rupture d'intrants empêchant l'organisation du 4ème passage dans certains districts, 100% des enfants éligibles ont reçu le traitement complet dans les districts où les quatre passages ont été organisés. En moyenne 86% de la cible ont été effectivement couvertes au plan national[15].

Contrairement aux années précédentes, l'année 2020 a été marquée par la consolidation des acquis. Pour atteindre ce but, le Gouvernement Guinéen a mobilisé grâce au soutien des partenaires 6781 agents distributeurs, 1116 crieurs publics et mobilisateurs sociaux. La stratégie de distribution de médicament étant le porte à porte, le programme national de lutte contre le paludisme a intégré 4 autres préfectures à savoir Mamou, Pita, Dalaba et Faranah pour porter à 17 le nombre de préfectures bénéficiant de cette intervention[15].

Réalisée chaque année durant 4 mois (juillet-août-septembre-octobre), l'administration de la première dose s'effectue par les agents de santé ou prise sous observation directe des agents de santé. Les deuxième et troisième doses sont administrées aux enfants éligibles par la personne en charge de l'enfant suivant les conseils donnés par l'agent de santé lors de la première prise[16].

Malgré la couverture élevée de la CPS de façon globale dans le pays, il y a des disparités entre les districts. Pendant que le district sanitaire de Dinguiraye a rapporté 90,9% d'enfants couverts en 2018, le district sanitaire de Labé n'a couvert que 82,8% d'enfants[14].

Cependant, une des meilleures manières d'améliorer les indicateurs de santé repose sur les leçons apprises d'expériences positives dans des contextes similaires.

Dans la région de Kankan, le district sanitaire de Kankan est celui qui rapporte la plus grande couverture de la CPS (84,2%) face aux districts sanitaires de Siguiri et de Mandiana (42,2% chacun)[14]. Comprendre les expériences de réussite de la CPS dans le district sanitaire de Kankan contribuerait à mieux guider la mise en œuvre de la CPS dans les districts voisins. La présente étude a donc pour but de contribuer à l'amélioration de la couverture de la CPS dans la région de Kankan en apprenant de l'expérience du district sanitaire de Kankan.

2. QUESTION DE RECHERCHE

Quels sont les facteurs qui concourent au succès du traitement préventif intermittent de la CPS auprès des mères et gardiennes d'enfants âgés de 3 à 59 mois du district sanitaire de Kankan ?

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

L'objectif général poursuivi par cette étude consistait à explorer les éléments qui contribuent au triomphe de la chimioprévention du paludisme saisonnier auprès des mères et gardiennes d'enfants de 3 à 59 mois du district sanitaire de Kankan.

Ainsi pour atteindre cet objectif général, un certain nombre d'objectifs spécifiques ont été dégagés.

3.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les perceptions et les pratiques des mères et gardiennes d'enfants sur la CPS ;
- Décrire les stratégies de communication de la CPS ;
- Identifier les effets indésirables médicamenteux de la CPS ;
- Evaluer la satisfaction et l'acceptabilité des mères et gardiennes d'enfants vis-à-vis de la CPS.

4. REVUE DE LA LITTÉRATURE

La littérature sur le paludisme est abondante, riche et variée. Il est difficile de trouver un aspect lié au paludisme qui n'a pas encore fait l'objet d'une enquête ou d'une recherche. Les études antérieures sur la chimioprévention du paludisme saisonnier nous offrent plusieurs informations.

4.1. Notion d' « acceptabilité »

L'acceptabilité est une réaction, un comportement ou une attitude d'appropriation d'une innovation par les individus et les communautés, qui peut être favorable ou défavorable[17]. Les comportements d'acceptabilité peuvent être considérés comme une réaction d'appropriation de la mesure proposée dans laquelle entrent en compte aussi bien l'autonomie de l'acteur social et ses choix individuels que le poids de structures sociales, religieuses, politiques, économiques, organisationnelles, etc.[17].

4.2. Perceptions et pratiques des mères et gardiennes d'enfants sur le paludisme

A Ibadan au Sud-ouest du Nigéria, La majorité des participants avaient une faible connaissance des symptômes du paludisme et n'ont pu identifier qu'un maximum de 2 symptômes de paludisme ou moins (74 % chez les mères enceintes et 69 % chez les mères non enceintes d'enfants de moins de 5 ans). Dans les deux groupes maternels, environ un tiers des personnes interrogées ont indiqué que les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) étaient une méthode courante de prévention du paludisme. De même, un autre tiers a indiqué que les pulvérisations d'insecticides étaient des méthodes courantes de prévention du paludisme. La proportion qui a rapporté les connaissances correctes en matière de prévention du paludisme pour inclure les MII, l'assainissement de l'environnement et la chimiothérapie telle que la thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT), était de 39,6% parmi les femmes enceintes[18].

Au Gabon, la quasi-totalité de la population interrogée avait déjà entendu parler du paludisme (97,7 %) et attribuait la cause du paludisme à une piqûre de moustique (95,7%, 617/649). La majorité des personnes interrogées (96,2%, 624/649) pensaient également qu'elles pouvaient contracter le paludisme en marchant sous la pluie. Certains répondants (17,3%, 112/649) pensaient que le paludisme se transmettait par l'ingestion d'eau sale, et enfin, (8,3% 54/649) de la population étudiée pensaient que le paludisme était transmis sexuellement. Les symptômes cliniques les plus connus par les répondants étaient la fièvre (88,7 %), les

courbatures (78,3 %), les maux de tête (74,1 %), la fatigue (71,3 %), les vomissements (49,69 %), la toux (21,9 %), la diarrhée (20,1 %), et maux d'estomac (19,8 %)[19].

4.3. Perceptions et pratiques des mères et gardiennes d'enfants sur la CPS

Au cours d'une étude sur la perception des interventions de chimioprévention du paludisme chez les nourrissons et les enfants dans huit pays d'Afrique subsaharienne, la CPS a été généralement perçue positivement par les participants à l'enquête grâce à son efficacité dans la prévention du paludisme et à sa gratuité [20].

Selon les responsables des centres de santé et les agents de santé communautaires qui ont participé à l'enquête, 88 % et 92 % des enfants éligibles ont reçu la première dose de CPS chaque mois, respectivement. En ce qui concerne les deuxième et troisième doses, on estime que 11 % des enfants n'en ont pas reçu, selon un responsable de centre de santé. Ce nombre est passé à 22% des enfants, selon les agents de santé communautaires. Les répondants du Cameroun, du Ghana et du Nigéria ont indiqué que les principales raisons de ne pas fournir la CPS aux enfants étaient l'absence ou la maladie, alors qu'au Sénégal, c'était le refus parental. Un certain nombre de mesures ont été mises en place par les personnes interrogées pour s'assurer que les enfants au Cameroun, au Ghana et au Nigéria reçoivent les deuxième et troisième doses de CPS, notamment en fournissant des conseils aux mères, en collectant des blisters vides comme preuve d'administration[20].

4.4. Acceptabilité de la CPS auprès des mères et gardiennes d'enfants

Au Niger 84,2% des parents affirment être satisfaits de la CPS car elle réduirait les épisodes du paludisme et les fréquentations des centres de santé. 89,2% des parents ont respecté l'observance au traitement[21].

Dans une proportion de 99,7% des mères, une réponse favorable en ce qui concerne l'acceptabilité du programme a été retrouvée au Mali lors de l'évaluation de l'effet de la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans le district sanitaire de Bafoulabe. La majorité des parents avec 99,3% pensait que la CPS protège les enfants contre le paludisme[22].

4.5. Effets indésirables médicamenteux de la CPS

Au Togo, lors d'une étude sur les effets indésirables médicamenteux de la chimioprévention du paludisme saisonnier, dix (10) effets indésirables médicamenteux dont 6 cas de vomissement, 2 cas de somnolence et 2 cas de prurit ont été recensés[23].

Au Niger, 27,8% des parents d'enfants affirment que leurs enfants ont eu des événements indésirables suite à la prise des médicaments de la CPS. Aucun événement indésirable majeur

de type syndrome de Lyell et Steven Janson n'a été enregistré. Par contre des événements indésirables mineurs ont été observés. Le principal événement indésirable est l'intolérance au traitement qui se traduit par de la diarrhée (53,7%) ou des vomissements (38,8%)[21].

Par ailleurs, les vomissements étaient les effets indésirables les plus cités (73,9%) au Sénégal[24].

4.6. Théorie du complot

Au Mali, lors d'une étude sur l'amélioration de la mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme à Koulikoro en 2020, certains participants ont mentionné des raisons telles que le fait qu'il s'agisse d'une stratégie pour l'enrichissement des agents de santé et d'autres ont pensé que le fait de donner les comprimés à leurs enfants pourrait contribuer à répandre la pandémie de la COVID-19[25].

5. METHODOLOGIE

5.1. Cadre d'étude

La préfecture de Kankan chef-lieu de la région du même nom est la plus vaste de la haute Guinée. Elle est limitée à l'Est par la préfecture de Mandiana et la République de Côte d'Ivoire ; à l'Ouest par la préfecture de Kouroussa ; au Sud par les préfectures de Beyla, Kérouané et Kissidougou, au Nord par la préfecture de Siguiri et une partie de Mandiana (Figure 1). Elle couvre une superficie de 19.750 Km² avec une densité de 29 habitants au Km².

5.1.1. Historique

Avant l'arrivée des Maninka et des Maninka-Mory, la zone était, selon les traditions orales, occupée par les Korogba. Ils constitueraient le fond primitif humain de la préfecture de Kankan. Cette population se serait installée avant le X^{ème} siècle en petites familles ayant connu la métallurgie du fer. Selon les traditions, cette population serait assimilée ou refoulée par les Bamanan. La deuxième vague de migration qui prend souche dans la zone fut les Bamanan. Ce terme signifierait 'refus du commandement' ou 'rebelle'. Ils se seraient installés aux environs des X^{ème} et XIII^{ème} siècles en provenance du Nord. Les Bamanan furent suivis dans le processus d'occupation de la zone par les Maninka : les Kourouma occupèrent le Sabadou, les Konaté, le Toron, le GBérédou...

Selon les traditions, les Maninkamori étaient à l'origine des Maraka qu'on appela plus tard des Maninkamori. Ils seraient venus de Djafounou. Leur présence dans la région du haut Niger est très récente comparativement à celle des Kéita dans le Djema, celle des Traoré et des Konaté dans le Toron. On pourrait situer au XVI^{ème} siècle l'installation du 1^{er} groupe de Maninkamori dans le Batè (préfecture de Kankan) et celle du deuxième groupe au XVII^{ème} siècle.

5.1.2. Climat et Végétation

La préfecture de Kankan jouit d'un climat de type tropical Sub-soudanien caractérisé par l'alternance de deux saisons : une saison sèche qui va de novembre à avril et une saison pluvieuse qui va de mai à octobre. Le vent dominant est l'harmattan qui souffle de l'Est en Ouest. La température est surtout très élevée au mois de Mars et Avril. Les cours d'eau importants sont le Milo, le Niandan, le sankarani et quelques grands marigots. Les sols sont généralement pauvres et fragiles (ferralitique et ferrugineux). Les plaines sont relativement riches. La végétation appartient à celle des savanes soudanaises. La formation végétale la plus

répandue est celle de la savane arborée. Les arbres caractéristiques sont le Karité, le Néré, le cailcédrot ... La faune s'est beaucoup appauvrie. L'habitat rural est de type concentré.

5.1.3. Population

Selon le Recensement Général de l'Habitat et de la Population (RGHP 2014), sa population est de 475 897 dont 241 826 femmes et 234 071 hommes. La préfecture compte 12 communes rurales et une commune urbaine comprenant 27 quartiers. De nos jours, la préfecture de Kankan compte des Maninka, des Maninkamori, des peulhs du Fouta, des peulhs du Wassolon et quelques soussous et forestiers pour l'essentiel appartenant à des familles de fonctionnaires et des travailleurs des sociétés minières. Le Malinké, est largement parlé partout dans la préfecture de Kankan. La population est à 96 % musulmane, 3 % de chrétiens et 1% d'animistes. La famille étendue constitue l'unité sociale de base.

5.1.4. Activités économiques

Dans la préfecture de Kankan, l'activité économique dominante est l'agriculture. Une frange importante de la population active pratique les activités agro-pastorales. L'agriculture garde encore un caractère extensif, c'est l'agriculture itinérante. Les cultures intensives ont lieu dans les potagers où l'action maraîchère domine l'agriculture urbaine. Dans la zone, on y cultive le riz, du manioc, du fonio, du maïs, du mil, du sorgho et des tubercules (patate et manioc). De nos jours, l'élevage des bœufs prend de la proportion. La multiplication des fermes avicoles dans la ville de Kankan favorise le ravitaillement des populations en œufs qui entrent désormais dans les habitudes alimentaires. Quant à la chasse, elle est de moins en moins pratiquée en raison de la dégradation des ressources animales. Les pressions anthropiques sur la faune ont entraîné la destruction des habitats naturels et le recul de la faune.

Les métiers de l'artisanat perdent de leur importance, tel le tissage, la cordonnerie, la poterie. Les petits métiers qui structurent le secteur informel sont : la coiffure, la couture, la mécanique, la menuiserie,... Le commerce et les échanges occupent une place centrale dans l'économie de la préfecture. Et ce n'est pas sans raison qu'on appelle Kankan "ville de négoce". La position carrefour de la zone prédispose la ville à jouer un rôle clé dans le développement de la région.

5.1.5. Transport

La préfecture de Kankan est reliée par le transport aérien avec l'Aéroport de Kankan. Elle abritait un port fluvial qui favorisait les échanges commerciaux avec la République du Mali. Kankan était la destination finale du chemin de fer de Conakry à Kankan, dont les activités ont cessé en 1993.

5.1.6. Couverture Sanitaire

Le district sanitaire de Kankan comprend :

- ✓ Une Direction Préfectorale de la Santé (DPS)
- ✓ 12 Centres de Santé ruraux
- ✓ 7 Centres de Santé urbains,
- ✓ 72 postes de santé intégrés au PEV/ SSP/ ME, dont 42 en mauvais état.
- ✓ Un Hôpital Régional de 150 lits

Dans le Secteur Privé il compte :

- ✓ Quatorze pharmacies privées
- ✓ Huit Cabinets médicaux tous agréés dont 3 cliniques
- ✓ Deux cabinets de soins
- ✓ Un Dispensaire catholique,

Toutes les structures privées sont situées dans la Commune Urbaine.

5.1.6.1. Logistique

La situation de la logistique dans le district en 2020 se présente comme suit :

1)- Réfrigérateurs

- Nombre de réfrigérateurs solaire 50 (21 dans les centres de santé, 26 aux postes de santé et DPS 3).

2)-Véhicules :

- Nombre de véhicules : 4 Véhicules dont 2 en bon état et 2 en mauvais états, le besoin est 2 véhicules.

3) Les motos : 60 motos dont 3 à la DPS et le reste dans les centres de santé et postes de santé ; 41 en bon état et 19 en mauvais état, le besoin est 19 motos.

5.1.6.2. Personnel

Tableau I: Situation du personnel existant dans le district sanitaire de Kankan en 2020

Structure	Médecin	Biologiste	Pharma	Aide de santé	Sage-femme	TSP	T L	ATS	Autres
DPS	06	03	01	01	0	01	0	0	05
Santé scolaire	0	0	0	01	0	0	0	04	0
Service hygiène				01		01		03	0
Mat commun	0	0	0	0	0	0	0	08	0
Centre de santé	06	06	0	17	20	0	03	186	62
Hôpital Régional	29	06	03	24	15	0	03	59	31
Total	41	15	4	44	35	2	6	260	98

Total personnel : 505 (Médecins **41**, Biologistes **15**, Pharmaciens **4**, Aide de santé **44**, Sages-femmes **35**, TSP **2**, TL **6**, ATS **260**, autres **98**).

5.1.6.3. Partenaires techniques et financiers

Tableau II: Situation des partenaires du district sanitaire de Kankan en 2020

Partenaires	Domaines d'intervention	Zone d'intervention
UNICEF	Santé de la Mère et de l'enfant, Nutrition, PTME, Urgences humanitaire	
PAM	Nutrition	
FOND MONDIAL	Paludisme, Tuberculose, VIH/SIDA	
UNFPA	Santé de la mère	
HKI	Nutrition, MTN	
OMS	Surveillance épidémiologie	
RAOUL FOLLEREAU	Lutte contre la lèpre et Tuberculose	
OPC	Onchocercose, Cécité	
GAVI	Vaccination	
LES ENFANTS DE L'AIR	Formation continue du personnel de santé	
HSD	Prévention des infections, et l'amélioration des qualités de services.	
AGBEF	Réalise des prestations PF et sensibilisation sur les IST	

5.1.6.4. Campagne de chimioprévention du paludisme saisonnier

Tableau III: Résultats de la CPS en 2020 dans le district sanitaire de Kankan

Tranche d'âge	Population cible	Total traités	Taux de couverture	Observation
3 à 59 mois	112 777	103 884	97%	1 ^{er} passage
3 à 59 mois	112 777	114 410	102%	2 ^{ème} passage
3 à 59 mois	112 777	115 311	102%	3 ^{ème} passage
3 à 59 mois	112 777	115 394	102%	4 ^{ème} passage

5.1.6.5. Les activités réalisées dans les structures de santé

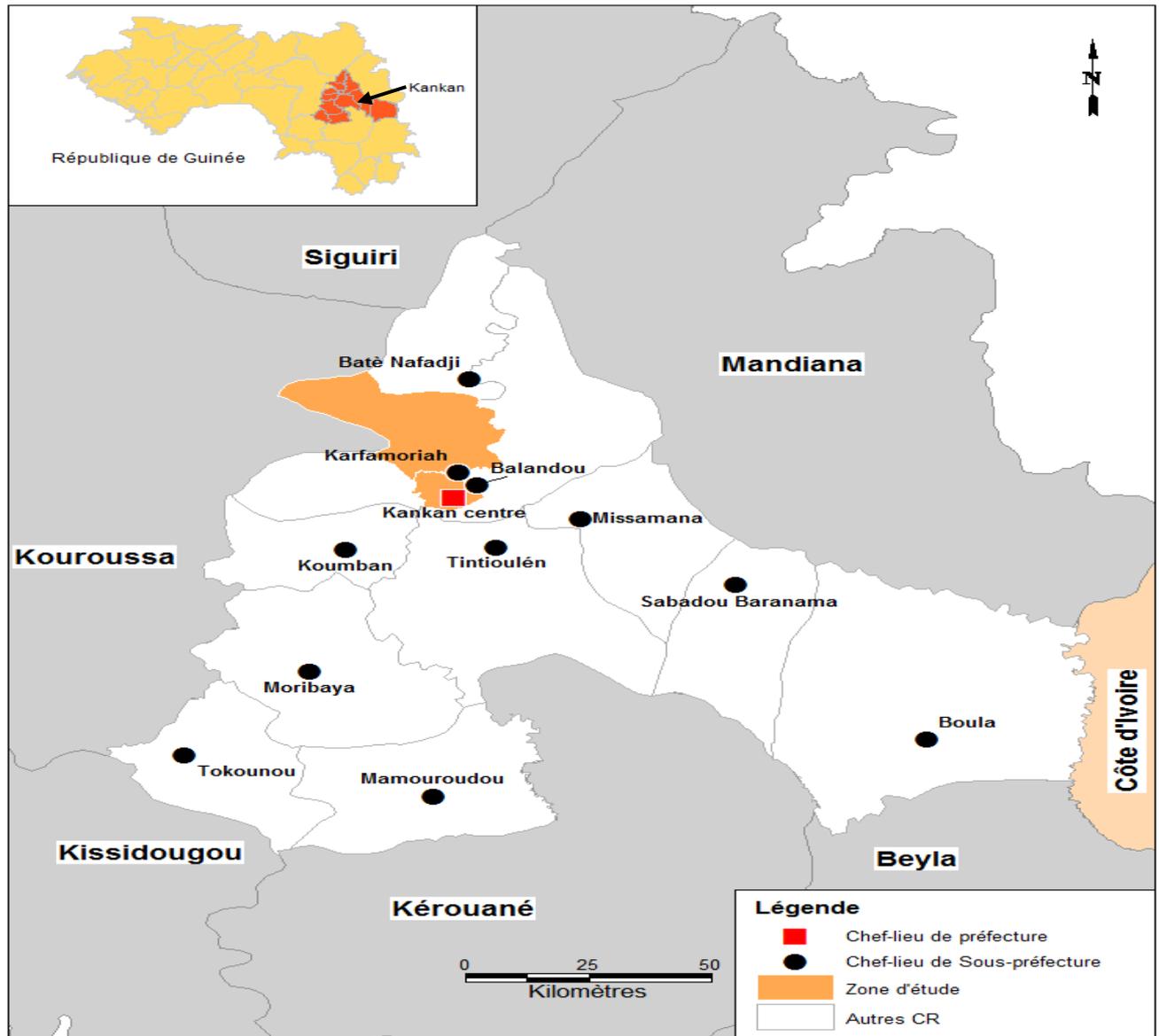
❖ Dans les centres de santé :

Tableau IV: Les activités des centres de santé au cours de l'année 2020

I)- CONSULTATION CURATIVE.		NOMBRE
Nombre de premiers contacts		111 448
Nombre de contacts Ultérieurs		2152
Nombre de contacts Traitements		54 796
Nombre Total Prestations		168 396
Nombre de premiers contacts des Enfants de moins de 5 ans		34 681
II)- SANTE MATERNELLE ET INFANTILE.		
Nombre de premières CPN		29 552
Nombre de Fiche avec au moins 4 CPN dont une au dernier mois		14 584
Nombre d'accouchements dans le centre de santé		13 825
Nombre d'accouchements gémellaires		53
Nombre de naissances vivantes	1- Au centre de santé	13 776
	2-A domicile	603
Nombre de décès maternels	1- Au centre de santé	0
	2- A domicile	0
Nombre de nouveau-nés pesés		12 551
Nombre de nouveau-nés de poids inférieur 2500 Grs		693
Nombre de femmes ayant bénéficié d'une méthode de contraception moderne durant l'année 2020		14 44

❖ Au sein de l'hôpital régional de Kankan

- Nombre de Consultations -----55 492
- Nombre d'hospitalisations Pédiatriques----- 5000
- Nombre d'hospitalisations Adultes ----- 8181
dont 313 à la maternité
- Nombre d'hospitalisations Avec Intervention ---2232
- Nombre de Césariennes-----805
- Total des Hospitalisations----- 16 218
- Nombre d'accouchements Simples-----3790
- Nombre d'extractions dentaires -----.4477
- Nombre d'examens de Laboratoire-----167 358
- Nombre d'examens de Radio----- 5740
- Nombre d'examens Echographiques-----4064
- Activités de L'unité de Transfusion Sanguine-----5493



Source: IGN 1998 & DN météo/ICRISAT/ACMAD (1997):
Agroclimatologie de l'Afrique de l'ouest

Réalisation: Mohamed Diakité, CEPAGEC Kankan,
Tel: (224) 622990950 / Email: mamadidiata1953@gmail.com
et Joseph Lamilé Songbono, PMPS, DERSP Bamako, juillet 2021

Figure 1 : Carte de la Préfecture de Kankan

5.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à visée évaluative qui a porté sur les mères et gardiennes d'enfants âgés de 3 à 59 mois du district sanitaire de Kankan.

5.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 13 semaines allant du 24 Mai au 31 Aout 2021.
L'enquête s'est déroulée du 15 juillet au 31 juillet 2021.

5.4. Population d'étude

Elle était constituée des mères et gardiennes d'enfants qui prennent soin des enfants âgés de 3 à 59 mois et qui décident des questions importantes relatives l'état de santé des enfants.

5.4.1. Critères d'inclusion

- Résider dans les localités retenues pour l'enquête ;
- Être mère ou avoir en charge un enfant de 3-59 mois couvert par la CPS.

5.4.2. Critères de non-inclusion

- Refus de participer à l'étude

5.4.3. Critères d'exclusion

- Non résidant dans les localités retenues pour l'étude ;
- Mères ou gardiennes d'enfants n'ayant pas d'enfant dans la tranche d'âge cible ;
- Mères ou gardiennes d'enfants ayant des enfants non couverts par la CPS.

5.5. Echantillonnage

5.5.1. Taille de l'échantillon

Selon le programme national de lutte contre le paludisme, en moyenne 86% de la cible ont été effectivement couvertes au plan national en 2019[15].

Pour déterminer ainsi la taille de notre échantillon, nous avons appliqué la formule de SCHWARTZ :

$$n = z^2 pq / i^2$$

n = Taille de l'échantillon ;

p = Taux de couverture de la CPS = 86% = 0,86

q = probabilité d'échec ou probabilité de réalisation négative.

q = 1-p = 1-0,86 = 0,14

z = écart réduit = 1,96 pour un risque d'erreur α de 5% ;

i = précision statistique fixée à 5% : 0,05

On a donc obtenu $n = (1,96)^2 \cdot (0,86 \cdot 0,14) / (0,05)^2 = 185$

5.5.2. Technique d'échantillonnage

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé un échantillonnage à plusieurs degrés.

Dans un premier temps, des numéros ont été attribués sur des bouts de papier aux six (6) quartiers qui ont été couverts par la CPS dans la commune urbaine de Kankan en 2020. Un enfant a été désigné pour tirer au sort un bout de papier plié et placé dans un panier. Nous avons utilisé le même procédé pour sélectionner une commune rurale parmi les sept (7) communes rurales qui ont été couvertes par la CPS en 2020 dans le district sanitaire de Kankan. Cela nous a conduit à retenir la commune rurale de Karifamoriah et le quartier Missira de la commune urbaine comme zones de mise en œuvre de notre étude.

Dans un second temps, les localités retenues et leurs populations respectives ont été répertoriées. Ensuite nous avons déterminé la somme de l'effectif de la population des deux (2) localités retenues. Connaissant la population de chaque localité retenue, la population totale des deux (2) localités retenues et la taille de notre échantillon, nous avons procédé à la détermination du nombre de ménages à visiter dans chaque localité. Cela a consisté à diviser la population de chaque localité par la population totale des deux (2) localités retenues et à multiplier le résultat obtenu par la taille de notre échantillon. Vu que les localités retenues n'avaient pas les mêmes populations, cette démarche nous a permis de tenir compte de la proportionnalité dans le choix du nombre de ménages à visiter dans chaque localité de notre zone d'étude.

Enfin nous avons procédé à une sélection par tirage au sort dans les ménages comprenant plusieurs mères d'enfants de moins de 5 ans (ménage polygame).

Dans la présente étude, nous avons défini et présenté la composition du ménage comme suit :

- Un homme, sa femme ou ses femmes plus tous les dépendants
- Une veuve plus tous ses dépendants
- Un grand frère ou sœur et leurs dépendants s'ils sont orphelins.

5.6. Collecte des données

Pour procéder au recueil des données, nous avons choisi un guide au sein de la population pour faciliter les déplacements de l'équipe dans le quartier et dans la commune rurale.

A partir du domicile du chef de quartier ou du maire de la commune rurale, nous avons choisi au hasard la direction à suivre en lançant un stylo en l'air, ensuite nous avons suivi la direction indiquée. La première maison à droite sur cette direction a été prise pour le point de départ de notre enquête. Une seule mère ou gardienne d'enfant a été interrogée par ménage.

Des entretiens ont été réalisés dans les ménages de chaque localité pour évaluer l'acceptabilité de la chimioprévention du paludisme saisonnier auprès des mères et gardiennes d'enfants. Des catégories d'informations différentes ont été utilisées pour la reconstruction détaillée des effets indésirables de la CPS, des stratégies de communication de la CPS, des perceptions et des pratiques des sujets sur la CPS. Seuls les ménages ayant des enfants de 3 à 59 mois ont été visités.

Un contrôle de qualité des données recueillies sur le terrain a été fait à travers un nettoyage systématique ; les fiches ont été comptées et vérifiées avant de quitter chaque localité visitée afin d'identifier des erreurs possibles. L'instrument de collecte des données (le questionnaire) a été testé pendant deux jours par les enquêteurs afin de mieux l'adapter[16].

5.7. Traitement et analyse des données

Les perceptions et pratiques liées à la CPS ; les avantages et les effets secondaires de la CPS ; les stratégies de communication de la CPS ainsi que l'acceptabilité de la campagne ont été documentés à travers les propos avancés par les mères et gardiennes d'enfants. Après l'administration du questionnaire, les informations recueillies auprès des participantes ont été saisies à partir du logiciel Microsoft office (Excel 2010). Ensuite les données ont été exportées dans le logiciel SPSS version 25 pour leur analyse.

L'interprétation des informations s'est faite de façon distincte afin d'éviter toute confusion dans la démarche méthodologique. Les résultats des différentes analyses sont présentés sous formes de graphiques ; de tableaux et de façon narrative.

5.8. Considérations éthiques

Après l'approbation du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé de la République de Guinée, une permission d'exécution a été demandée aux autorités régionales et locales après avoir expliqué les différentes activités à réaliser.

Au niveau du quartier Missira et de la commune rurale de Karifamoriah, le but de l'étude a été expliqué aux responsables, aux chefs de famille et aux participantes. Un accord écrit a été

sollicité auprès des répondantes. Il n'y avait pas de prime de participation à l'étude. Les informations recueillies auprès des sujets ont été classées confidentielles. Les sujets ont été informés qu'ils avaient le droit de participer ou non à l'étude sans perdre les intérêts futurs du PNLN.

6. RESULTATS

La collecte des données s'est réalisée auprès de 185 ménages, dont 185 personnes de sexe féminin enquêtées.

6.1. Caractéristiques sociodémographiques des participantes

6.1.1. Lieu de résidence des participantes

Tableau V : Répartition des participantes selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	n	%
Rural	106	57,3
Urbain	79	42,7
Total	185	100

Il apparaît du tableau V que les participantes vivant en milieu rural étaient les plus représentées (57,3%).

6.1.2. Lien de la participante avec l'enfant

Tableau VI: Répartition des participantes selon le lien avec l'enfant

Lien avec l'enfant	n	%
Mère biologique	164	88,6
Gardiennne d'enfant	21	11,4
Total	185	100

Les résultats portés au tableau VI montrent que les mères biologiques constituaient la plus grande proportion des participantes (88,6%).

6.1.3. Age des participantes

Tableau VII: Répartition des participantes selon l'âge

Tranche d'âge	n	%
(23-28)	50	33,6
(18-22)	37	24,8
(29-33)	33	22,1
(34-38)	12	8,1
(44-48)	8	5,4
(39-43)	6	4
(54-58)	1	0,7
(59-63)	1	0,7
(64 et plus)	1	0,7
Total	149	100

Les résultats du tableau VII montrent que la plus forte proportion des mères et gardiennes d'enfants étaient dans la tranche d'âge de 23-28 ans (33,6%). Les âges extrêmes allaient de 54 ans à 64 ans et plus.

6.1.4. Occupation principale

Tableau VIII: Répartition des participantes selon l'occupation principale

Occupation principale	n	%
Commerçantes	70	37,8
Ménagère	53	28,6
Couturière	19	10,3
Elève	10	5,4
Infirmière	9	4,9
Diplômée sans emploi	6	3,2
Enseignante	5	2,7
Coiffeuse	5	2,7
Médecin	4	2,2
Electricienne	1	0,5
Biologiste	1	0,5
Pharmacienne	1	0,5
Etudiante	1	0,5
Total	185	100

L'examen du tableau VIII révèle que sur les 185 participantes 70 personnes, (37,8%) ont déclaré qu'elles font principalement le commerce, le ménage (28,6%) ; la couture (10,3%).

6.1.5. Niveau d'instruction des participantes

Tableau IX : Répartition des participantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	n	%
Non scolarisée	72	38,9
Secondaire	55	29,7
Primaire	42	22,7
Université	16	8,6
Total	185	100

Les résultats du tableau IX montrent que notre population d'étude était dominée par les personnes non scolarisées.

6.1.6. Statut matrimonial des participantes

Tableau X : Répartition des participantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	n	%
Mariée	164	88,6
Célibataire	16	8,6
Veuve	3	1,6
Divorcée	2	1,1
Total	185	100

Les résultats portés au tableau X montrent que notre population d'étude était largement représentée par les femmes mariées; puis venaient les célibataires ; les veuves et les divorcées.

6.2. Perceptions et pratiques des mères et gardiennes d'enfants sur la CPS

6.2.1 : Connaissances des participantes sur la CPS

Tableau XI : Répartition des participantes selon le public cible de la CPS

Destinateur de la CPS	n	%
Aux enfants de 3 à 59 mois	133	71,9
Aux enfants de 0 à 15 ans	21	11,4
Autre	18	9,7
Ne sais pas	11	5,9
Aux femmes enceintes	2	1,1
Total	185	100

Les résultats du tableau XI révèlent que plus de la moitié des participantes (71,9%) ont soutenu que la CPS était destinée aux enfants de 3 à 59 mois.

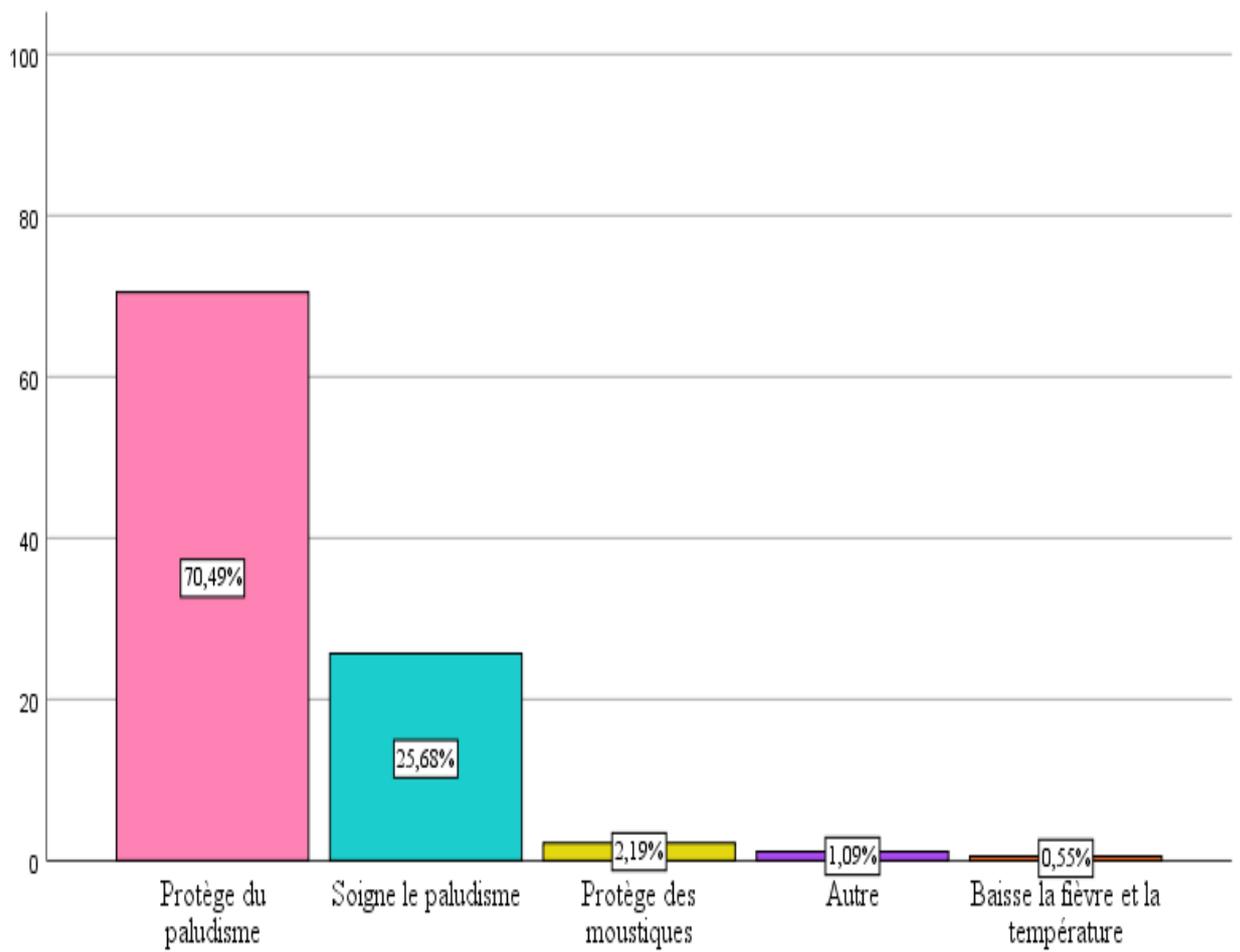


Figure 2 : Répartition des participantes selon l'effet du traitement de la CPS sur l'enfant

Tableau XII: Répartition des participantes selon la durée de l'administration du traitement de la CPS à chaque passage

Nombre de jours CPS	n	%
Trois jours	139	75,1
Deux jours	15	8,1
Un seul jour	15	8,1
Quatre jours	10	5,4
Plus de 5 jours	4	2,2
Cinq jours	2	1,1
Total	185	100

L'examen des données portées au tableau XII montre que la majorité des participantes ont affirmé que l'administration du traitement de la CPS à chaque passage s'étendait sur 3 jours.

Tableau XIII: Répartition des participantes selon le temps de protection de la CPS

Temps de protection	n	%
Ne sais pas	63	34,4
28 jours	46	25,1
3 mois	25	13,7
Un mois au maximum	25	13,7
6 mois au moins	10	5,5
Plus d'un an	10	5,5
Un peu moins d'un an	4	2,2
Total	183	100

Les résultats du tableau XIII révèlent que plus du 1/4 des personnes interrogées ne connaissaient pas la durée de l'efficacité de la CPS. Près du 1/4 des répondantes ont estimé que le traitement de la CPS était efficace sur une période de 28 jours.

6.2.2. Attitudes des participantes face à la CPS

Tableau XIV : Répartition des participantes selon l'attitude à ne pas faire dormir l'enfant sous la moustiquaire après l'avoir soumis au traitement de la CPS

Attitude	n	%
Non	127	68,6
Oui	52	28,1
Je ne sais pas	6	3,2
Total	185	100

Les résultats portés au tableau XIV montrent que plus de la moitié de l'effectif des participantes avaient souligné que l'enfant doit nécessairement dormir sous la moustiquaire même après l'avoir soumis au traitement de la CPS. Par contre plus du ¼ de notre échantillon avait estimé que l'enfant n'est pas obligé de dormir sous la moustiquaire après l'avoir soumis au traitement de la CPS.

6.2.3 : Pratiques des participantes liées à la CPS

Tableau XV: Répartition des participantes selon le nombre de comprimés donnés à l'enfant le premier jour du traitement de la CPS

Nombre de comprimés jour 1	n	%
Deux comprimés	154	83,2
Un seul comprimé	20	10,8
Je ne sais pas	8	4,3
Trois comprimés	2	1,1
Quatre comprimés	1	0,5
Total	185	100

Il apparaît sur le tableau XV que sur les 185 mères et gardiennes d'enfants enquêtées, 154 personnes (83,2%) avaient affirmé que leurs enfants ont reçu deux comprimés le premier jour de chaque passage. Cependant 8 personnes (4,3%) ne savaient pas le nombre de comprimés que leurs enfants ont reçu le premier jour.

Tableau XVI: Répartition des participantes selon le nombre de comprimés donnés à l'enfant le deuxième jour du traitement de la CPS

Nombre de comprimés jour 2	n	%
Un seul comprimé	179	96,8
Je ne sais pas	4	2,2
Deux comprimés	2	1,1
Total	185	100

Les résultats du tableau XVI montrent que la quasi-totalité des répondantes avaient administré un seul comprimé à leurs enfants le deuxième jour du traitement de la CPS. Une infime partie des participantes ne savaient pas le nombre exact de comprimés qu'elles avaient donné à leurs enfants.

Tableau XVII: Répartition des participantes selon le nombre de comprimés donnés à l'enfant le troisième jour du traitement de la CPS

Nombre de comprimés jour 3	n	%
Un seul comprimé	168	90,8
Je ne sais pas	12	6,5
Deux comprimés	5	2,7
Total	185	100

Les données portées au tableau XVII révèlent que les participantes avaient massivement administré un seul comprimé à leurs enfants le troisième jour du traitement.

6.3. Stratégie de communication sur la CPS

Tableau XVIII : Répartition des participantes selon le moyen d'information sur la CPS

Moyen de communication CPS	n	%
Radio	68	32,1
Des visites à domicile	44	20,8
Des causeries	33	15,5
Agent de santé	27	12,7
Télévision	13	6,1
Des sermons de prêtres ou d'imans	11	5,2
Des crieurs publics	9	4,2
Des affichages	7	3,3
Total	212	100

L'examen des données portées au tableau XVIII démontre que les émissions radio (32,1%) constituaient la principale source d'information de nos enquêtées sur la CPS.

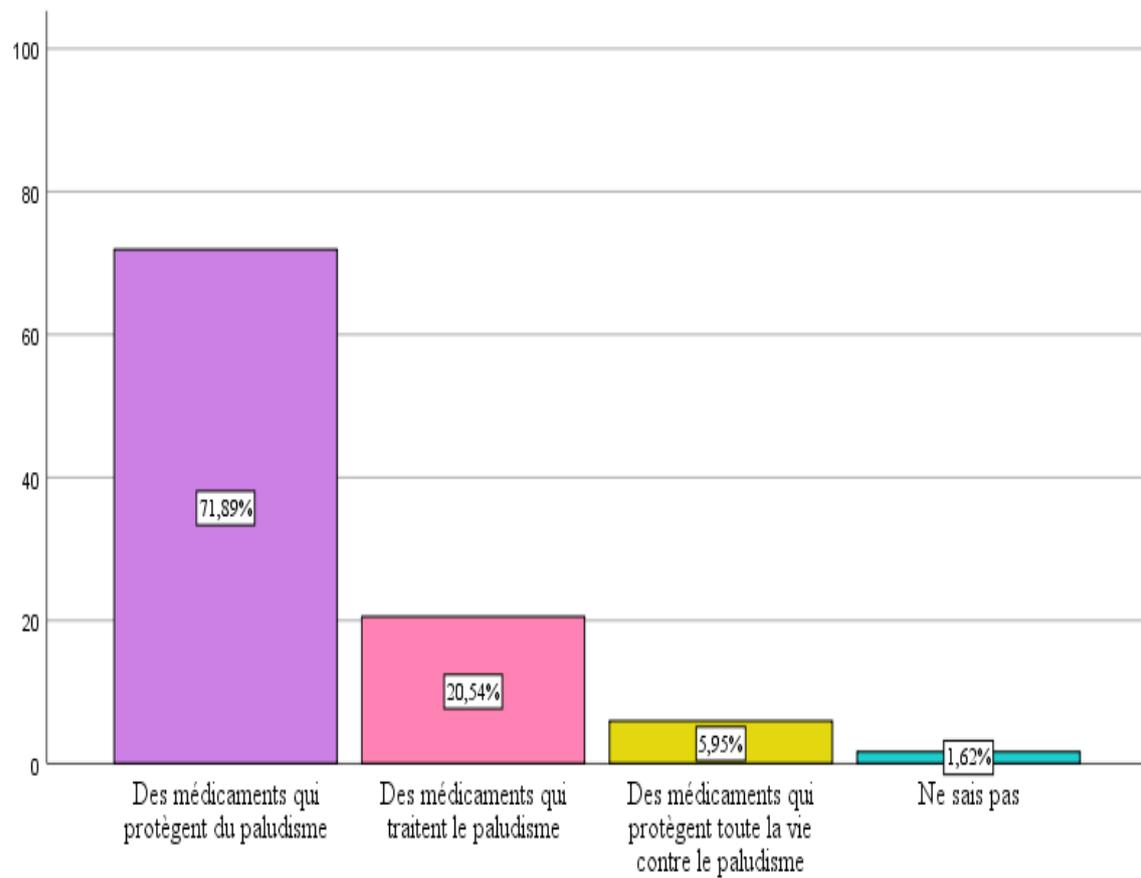


Figure 3: Répartition des participantes selon le message clé de la CPS

Tableau XIX: Répartition des participantes selon le niveau d'information sur la CPS

Niveau d'information	n	%
Très bien informée	98	53
Suffisamment informée	38	20,5
Insuffisamment informée	23	12,4
Pas du tout informée	15	8,1
Je ne sais pas	8	4,3
Pas de réponse	3	1,6
Total	185	100

Les résultats tableau XIX montrent que sur les 185 participantes, 98 (53%) étaient très bien informées et 8 (4,3%) n'étaient pas du tout informées de la CPS.

6.4. Effets indésirables médicamenteux de la CPS

Tableau XX: Répartition des participantes selon les difficultés rencontrées lors de l'administration du médicament

Difficultés	n	%
Aucune difficulté	112	60,5
Le médicament est trop amer	19	10,3
L'enfant a rendu après avoir avalé	17	9,2
Refus de l'enfant	16	8,6
Oubli des médicaments	7	3,8
Difficulté à écraser les médicaments	6	3,2
La plaquette a été égarée	4	2,2
La prise sur plusieurs jours est pénible	3	1,6
Durée de l'efficacité est limitée	1	0,5
Total	185	100

Les données portées au tableau XX montrent que les participantes dans leur grande majorité (60,5%) n'avaient rencontré aucune difficulté lors de l'administration du médicament.

Tableau XXI: Répartition des participantes selon les effets indésirables

Effets indésirables	n	%
Fièvre / Corps chaud	56	40
Vomissements	28	20
Diarrhées	15	10,7
Perte d'appétit	11	7,9
Maux de tête	10	7,1
Douleurs abdominales	7	5
Eruptions cutanées	5	3,6
Toux	5	3,6
Jaunisse	2	1,4
Autre effet	1	0,7
Total	140	100

Les résultats du tableau XXI laissent apparaître que la fièvre / corps chaud (40%) constituait l'effet indésirable le plus cité par les participantes ; puis les vomissements (20%) ; les diarrhées (10,7%).

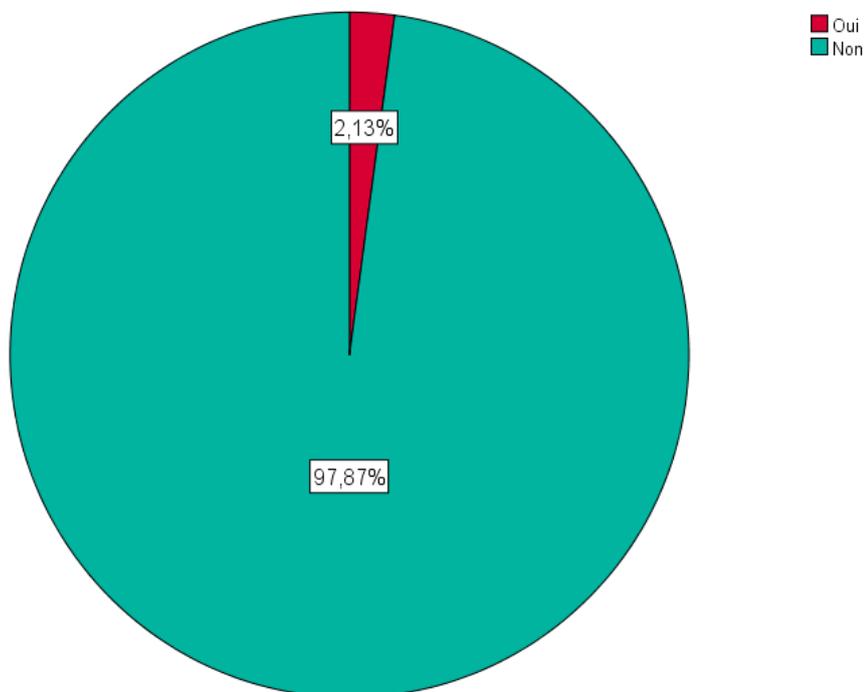


Figure 4 : Répartition des participantes selon la prise en charge des effets indésirables

Tableau XXII : Répartition des participantes selon les raisons de la non prise en charge des effets indésirables

Raisons	n	%
Nous ne sommes pas allés vers eux	46	52,3
Nous ne savions pas qu'ils pourraient nous aider	27	30,7
Nous n'avons pas pu les joindre	8	9,1
Je n'ai trouvé personne disponible	7	8
Total	88	100

Plus de la moitié des mères et gardiennes d'enfants interrogées n'étaient pas allées vers le personnel de la CPS pour une prise en charge des effets indésirables et Près du 1/3 ne savaient pas qu'elles pouvaient être aidées par le personnel de la CPS.

6.5. Satisfaction et acceptabilité de la CPS auprès des participantes

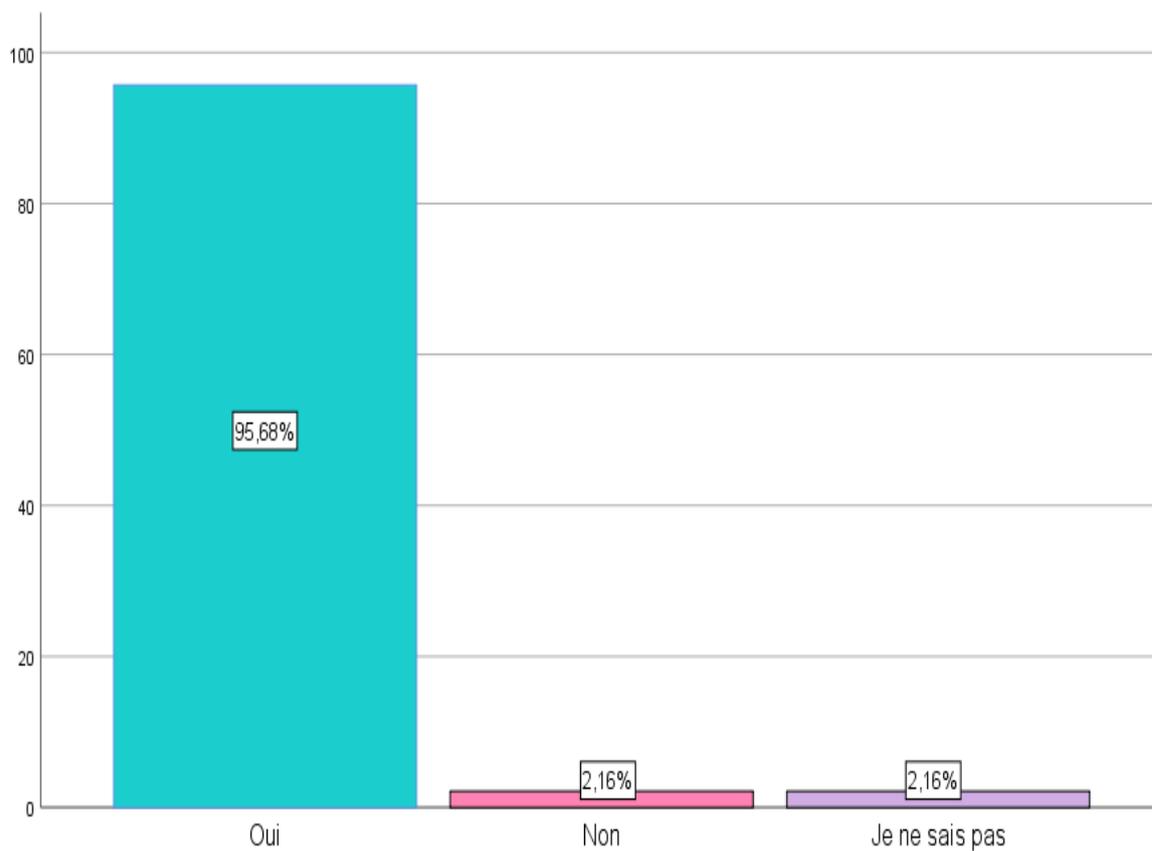


Figure 5: Répartition des participantes selon le taux de couverture de la CPS

Tableau XXIII: Répartition des participantes selon l'efficacité du traitement

	n	%
Oui	174	95,6
Non	4	2,2
Je ne sais pas	4	2,2
Total	182	100

Les résultats du tableau XXIII montrent que la plus forte proportion des participantes (95,6%) avaient affirmé que la CPS était un traitement qui protégeait réellement l'enfant du paludisme.

Tableau XXIV: Répartition des participantes selon la satisfaction

Réponse	n	%
Oui	170	93,4
Non	7	3,8
Je ne sais pas	5	2,7
Total	182	100

L'examen des données portées au tableau XXIV révèle que près de la totalité des participantes étaient satisfaites de la façon dont la CPS est mise en œuvre dans leur localité. Une infime partie des participantes étaient insatisfaites.

Tableau XXV: Répartition des participantes selon l'acceptabilité du traitement de la CPS

Réponse	n	%
Oui	171	94,5
Non	9	5
Je ne sais pas	1	0,6
Total	181	100

Les résultats du tableau XXV démontrent que presque toutes les participantes étaient prêtes à accepter que leurs enfants prennent les médicaments de la CPS l'année suivante, si cela était possible.

Tableau XXVI: Répartition des participantes selon les causes de la motivation à participer à la prochaine campagne CPS

Cause de la Motivation	n	%
Efficacité du traitement	114	63,7
Le traitement se fait à domicile	25	14
Le traitement est gratuit	19	10,6
Implication des mères et gardiennes d'enfants dans le traitement	16	8,9
Pas de réponse	3	1,7
Je ne sais pas	2	1,1
Total	179	100

Les données du tableau XXVI montrent que l'efficacité du traitement de la CPS était la principale raison qui motivait les enquêtées à participer à la prochaine campagne (63,7%). Puis venaient le traitement à domicile (14%) et la gratuité du traitement (10,6%).

7. DISCUSSION

La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) contribue à faire baisser considérablement la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones de forte transmission saisonnière du paludisme [25]. C'est pour cette raison que l'Organisation Mondiale de la Santé recommande la CPS aux pays sub-sahariens où le fardeau du paludisme se fait de plus en plus ressentir. Cette étude permettra de faire un état des lieux de la mise en œuvre de la CPS dans le district sanitaire de Kankan.

Dans le district sanitaire de Kankan, la presque totalité des mères et gardiennes d'enfants ont une très bonne connaissance des messages de la chimioprévention du paludisme saisonnier. Elles savent que la CPS est destinée aux enfants de 3 à 59 mois afin de les protéger contre le paludisme pendant la saison des pluies. La proportion des participantes qui ont une connaissance appréciable de la CPS dans notre étude est d'ailleurs inférieure à celle trouvée dans une étude Sénégalaise qui avait trouvé que 95,2% des personnes interrogées déclaraient que la CPS protégeait les enfants contre le paludisme [24]. Ce décalage soulève un besoin de renforcement de la communication et de la sensibilisation pour une large diffusion des messages de la CPS à tous les niveaux.

Au total les enfants reçoivent quatre comprimés sur une période de trois jours à chaque passage. Le premier jour ils reçoivent une dose unique de sulfadoxine/pyriméthamine (SP) et une dose d'amodiaquine (AQ). Les deux jours qui suivent le premier jour du traitement, les enfants reçoivent deux doses d'amodiaquine (AQ), soit une dose par jour [11]. La proportion d'enfant ayant entièrement reçu le traitement durant les quatre passages est très satisfaisante. Cela explique une forte adhésion des mères et gardiennes d'enfants vis-à-vis du traitement. Toutefois, une étude récente rapporte un pourcentage moins élevé où 92 % des enfants éligibles avaient reçu la première dose de CPS chaque mois, respectivement. En ce qui concerne les deuxième et troisième doses, 11 % des enfants n'en avaient pas reçu [20].

Le fait pour les mères de ne pas être à la maison à cause du travail fait que certains enfants ne reçoivent pas entièrement leurs doses. La coïncidence de la campagne CPS à la période agricole (saison des pluies) favorise l'absence des mères à la maison [7]. Néanmoins au-delà de l'absence des mères, une étude réalisée en Guinée en 2018 a révélé que les raisons les plus

courantes de ne pas recevoir la CPS étaient que l'enfant était absent ou l'agent de santé communautaire n'était pas venu[14]. Egalement au Cameroun, au Ghana et au Nigéria les principales raisons de ne pas fournir la CPS aux enfants étaient l'absence ou la maladie, alors qu'au Sénégal, c'était le refus parental[20].

L'utilisation de la moustiquaire est une attitude très répandue. Les mères et gardiennes d'enfants continuent à faire dormir les enfants sous la moustiquaire même après les avoir soumis au traitement de la CPS. Des effets secondaires se manifestent régulièrement suite à la prise des médicaments. Deux principaux évènements indésirables sont identifiés par les répondantes. Il s'agit de la fièvre et des vomissements. Par ailleurs 6 cas de vomissement, 2 cas de somnolence et 2 cas de prurit avaient été recensés par Potchoo au Togo [23].

Un système de gestion des effets secondaires est mis en place à travers les centres de santé les plus proches [25]. Pour la prise en charge des effets secondaires, la majeure partie des mères préfèrent ne pas aller vers le personnel de la CPS. Elles estiment que les effets secondaires sont à la fois moins graves et éphémères. Cependant certaines répondantes ne savent pas que le personnel de la CPS peut les aider à prendre en charge les évènements indésirables provoqués par la prise des médicaments. Ce qui traduit un faible niveau d'information sur le mécanisme de prise en charge des effets secondaires.

Les émissions radio constituent la principale source d'information des mères et gardiennes d'enfants. Ce qui explique une bonne couverture radiophonique des localités visitées. Par contre au Niger, Issa SALISSOU et ses collaborateurs avaient trouvé que les agents de santé communautaire représentaient le principal canal de transmission de l'information sur la CPS soient 83,4% [21].

Une proportion très importante des participantes étaient satisfaites de la façon dont la CPS était mise en œuvre dans le district sanitaire de Kankan. Contrairement à notre étude, les mères Maliennes étaient beaucoup plus satisfaites au cours d'une étude où PIERRE DENA a trouvé un taux de satisfaction de 99,3% [22]. Cette différence découle de la rupture des intrants et des difficultés liées à l'administration des doses. Le niveau d'acceptabilité du programme est très important à cause de l'efficacité du traitement, de l'implication des parents dans le

processus du traitement, de la gratuité du traitement et du traitement à domicile qui a considérablement réduit les fréquentations des centres de santé.

Pour interpréter nos résultats, il faudrait tenir compte d'un certain nombre de limites qui caractérisent notre étude. Sur toute l'étendue du district sanitaire de Kankan, elle n'a couvert qu'un seul quartier de la commune urbaine et une seule commune rurale. Elle a également été moins inclusive par rapport aux principaux acteurs de mise en œuvre de la CPS en ne ciblant que les mères et les gardiennes d'enfants. A cela, il faudrait aussi ajouter un problème de mémorisation au moment de la collecte des données qui découle de la nature rétrospective de l'étude. Toutefois, ces limites sont loin d'affecter la validité de nos résultats.

La réticence de la population et le contexte sanitaire lié à la COVID-19 ont été les principales difficultés rencontrées.

8. CONCLUSION / RECOMMANDATIONS

8.1. Conclusion

Les résultats auxquelles l'étude a abouti sont au nombre de cinq (5) :

- Le profil sociodémographique des enquêtées :

Notre étude a montré que les participantes appartiennent à des groupes bien distincts.

- les perceptions et pratiques des mères et gardiennes d'enfants sur la CPS :

L'enquête a révélé que les enquêtées dans leur grande majorité possèdent des connaissances, des attitudes et pratiques appréciables en matière de CPS. Ce qui constitue d'ailleurs un facteur qui contribue à la mise en œuvre de la CPS dans le district sanitaire de Kankan.

- les stratégies de communication sur la CPS :

Il ressort de notre étude que bien que plusieurs moyens de communication soient mobilisés pour faire passer les messages de la CPS, une faible proportion des répondantes ne se sentent pas être très bien informées. Toutefois, grâce à la campagne de communication notamment à travers les émissions radio et les visites à domicile, le message clé de la CPS, le groupe cible de la CPS, l'effet du traitement sur l'enfant, la durée de l'efficacité du traitement et la durée du traitement sont connus de la majorité des personnes interrogées.

- les effets indésirables médicamenteux de la CPS :

Notre étude a montré qu'en plus des effets indésirables médicamenteux, les répondantes sont confrontées à un certain nombre de difficultés lors de l'administration du médicament. "Le médicament est trop amer" ; "l'enfant a rendu après avoir avalé" ; "refus de l'enfant" ; "l'oubli des médicaments" ; "difficulté à écraser les médicaments" ; "la plaquette a été égarée" ont été les principales difficultés citées. Toutefois, aucune difficulté n'a été rencontrée par la majorité des répondantes. Concernant la prise en charge des effets indésirables, beaucoup d'entre elles ne sont pas allés vers le personnel de la CPS ou tout simplement ne savaient pas qu'elles pouvaient être aidées par le personnel de la CPS.

- le niveau de satisfaction et d'acceptabilité de la CPS auprès des mères et gardiennes d'enfants :

Il ressort de notre enquête que les répondantes dans leur presque totalité, sont satisfaites de la manière dont la CPS est mise en œuvre dans leur localité, et sont disposées à participer à la prochaine campagne. Cela s'explique par le fait qu'elles croient fermement en la capacité de

la CPS à protéger efficacement les enfants de moins de cinq ans pendant les périodes de forte transmission saisonnière du paludisme.

De ces analyses, plusieurs recommandations peuvent être envisagées pour le renforcement des acquis de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans le district sanitaire de Kankan.

8.2. Recommandations

Partant des réalités observées sur le terrain et des analyses faites de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans le district sanitaire de Kankan, nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires et administratives

- Fournir davantage des efforts pour l'identification, la notification et la prise en charge des évènements indésirables qui sont rapporté par les ménages.
- Donner plus de force à la communication et à la sensibilisation pour une large diffusion des messages de la CPS à tous les niveaux.
- Impliquer davantage les leaders communautaires dans la mise en œuvre de la stratégie CPS

Aux chercheurs

- Développer un mécanisme de surveillance de l'observance du traitement dans les ménages afin de s'assurer de l'administration effective des doses dans les différents ménages ;

Aux populations du district sanitaire de Kankan

- Accueillir favorablement toutes les mesures de prévention conseillées par le programme national de lutte contre le paludisme de Guinée ;
- Respecter les conseils donnés par les agents de santé au sujet du paludisme et en particulier de la CPS ;
- Faciliter à travers une franche collaboration le travail des agents distributeurs qui se déplacent dans les différents ménages ;
- Expliquer de façon claire l'état de santé et l'âge des enfants au personnel de la CPS avant toute administration des médicaments.

REFERENCES

1. **Kouakou TBT.** Etude pilote sur la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 mois à 9 ans dans une zone de forte transmission au Mali : Dangassa. Thèse Médecine USTTB Bamako 2020;90p; n°48
2. **OMS | Paludisme [Internet].**WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/malaria/fr/>
3. **OMS.** Paludisme [Internet]. [Cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
4. **OMS | Le Rapport sur le paludisme dans le monde 2019 en un clin d’œil [Internet].** WHO. [Cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2019/fr/>
5. Guide des stratégies pour la lutte: Malaria safe - Recherche Google [Internet]. [Cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=le+guide+des+strat>
6. **OMS | Groupes à haut risque [Internet].** WHO. [Cité 21 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/fr/
7. **Chatio S, Ansah NA, Awuni DA, Oduro A, Ansah PO.** Community acceptability of Seasonal Malaria Chemoprevention of morbidity and mortality in young children: A qualitative study in the Upper Region of Ghana. PLoS ONE 2019;14(5):e0216486
8. **White NJ.** Anaemia and malaria. White Malar J 2018; 17:371
9. **OMS | Le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans [Internet].** WHO. [Cité 21 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/children/fr/
10. **Organisation Mondiale de la Santé.** Chimio-prévention du paludisme saisonnier par administration de sulfadoxinepyriméthamine et d’amodiaquine aux enfants guide de terrain - Recherche Google [Internet]. 2013 [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.google.com/search>
11. **Coldiron ME, Von Seidlein L, Grais RF.** Seasonal malaria chemoprevention: successes and missed opportunities. Malar J. 28 2017;16(1):481.
12. **Beavogui AH, Delamou A, Camara BS, Camara D, Kourouma K, Camara R, et al.** Prevalence of malaria and factors associated with infection in children aged 6 months to 9 years in Guinea: Results from a national cross-sectional study. Parasite Epidemiol Control 2020;11:162
13. **Plan-strategique-national-de-lutte-contre-le-paludisme-2013-2017.pdf [Internet].** [Cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.invest.gov.gn/document/plan-strategique-national-de-lutte-contre-le-paludisme-2013-2017>

14. **Loua K M, Milligan P.** Seasonal Malaria Chemoprevention Coverage Survey Guinea, 2018. Project Report. LSHTM. 2019 May. Disponible sur: <https://scholar.google.com/scholar>
15. **Camara M.** Campagne de chimioprévention du paludisme saisonnier 2020 [Internet]. PNLG GUINEE. 2020 [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <http://pnlp-guinee.org/campagne-de-chimioprevention-du-paludisme-saisonnier-2020/>
16. **ACCESS-SMC-Enquête-CAP-Rapport-Guinée.pdf** [Internet]. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.speakupafrika.org/wp-content/uploads/2018/12/ACCESS-SMC-Enque%CC%82te-CAP-Rapport-Guine%CC%81e.pdf>
17. **Mark W. Brunson, Linda E. Kruger, Catherine B. Tyler, Susan A. Schroeder.** Defining social acceptability in ecosystem management: a workshop proceedings; 1992 June 23-25; Kelso, WA. Gen. Tech. Rep. PNW-GTR369. Portland, OR: U.S. Department of Agriculture, Forest Service, Pacific Northwest Research Station. 142 p
18. **Oladimeji KE, Tsoka-Gwegweni JM, Ojewole E, Yunga ST.** Knowledge of malaria prevention among pregnant women and non-pregnant mothers of children aged under 5 years in Ibadan, South West Nigeria. *Malar J.* (2019) 18:92
19. **Imboumy-Limoukou RK, Maghendji-Nzondo S, Sir-Ondo-Enguier PN, Niemczura De Carvalho J, Tsafack-Tegomo NP, Buekens J, et al.** Malaria in children and women of childbearing age: infection prevalence, knowledge and use of malaria prevention tools in the province of Nyanga, Gabon. *Malar J.* (2020) 19:387
20. **Audibert C, Tchouatieu A-M.** Perception of Malaria Chemoprevention Interventions in Infants and Children in Eight Sub-Saharan African Countries: An End User Perspective Study. *Trop Med Infect Dis.* 11 mai 2021;6(2).
21. **Issa SALISSOU, Lamine MAHAMAN MOUSTAPHA, Bako YERIMA.** Perception de la chimioprévention du paludisme saisonnier au Niger. *Int. J. Biol. Chem. Sci* 2016; 10 (6): 2710-271
22. **Dena P.** évaluation de l'effet de la chimio- prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois dans le district sanitaire de Bafoulabé. Thèse Médecine USTTB Bamako 2020; 80p; n°206.
23. **Potchoo Y, Yerima M, Diallo A, Bakoma B, Salou M, Gnamien J, et al.** Effets indésirables médicamenteux liés à la chimioprévention du paludisme au Togo. *J Rech Sci L'Université Lomé.* 2018;20(1):217-24.

- 24. S.Diop, J Kaly, D Lawson, M Diop, B Diop.** Connaissances, attitudes et pratiques des mères ou gardiennes d'enfants sur la chimioprévention du paludisme saisonnier. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2017;47(4):S97.
- 25. Diarra NH.** Amélioration de la qualité de la mise en œuvre de la chimio prévention du paludisme saisonnier : Recherche formative à Koulikoro au Mali en 2020. *Mali Santé Publique.* 4 août 2021;11(1):85-93.

ANNEXES

1. Approbation du Comité National d’Ethique pour la Recherche en Santé

REPUBLIQUE DE GUINEE

=====

TRAVAIL – JUSTICE – SOLIDARITE

COMITE NATIONAL D’ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE
(CNERS)

Conakry, le 22 Juin 2021

N° : 103 /CNERS/21

Objet : Examen d’un protocole.

LA PRESIDENTE

A

Mr Joseph Lamilé Songbono
Département Sociologie,
Université Jullus Nyérére, Kankan
Tél : 0 0 224 628 28 43 67
Email : «songbonoj@gmail.com»

Monsieur,

Le Comité National d’Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) a procédé à l’examen de votre protocole de recherche intitulé: «Etude des facteurs de réussite de la chimio prévention du paludisme saisonnier auprès des mères et gardiennes d’enfants de 03 à 59 mois du district sanitaire de Kankan, République de Guinée».

Le thème est pertinent et le protocole est bien rédigé avec une méthodologie adaptée.

Le CNERS autorise la mise en œuvre de votre protocole de recherche dans le respect des principes éthiques y énoncés. Il tient à être informé de toute autre modification du présent protocole au cours de sa mise en œuvre. Il vous invite à lui transmettre le rapport final de l’étude.

Cette approbation est valable pour une période d’un an à compter de sa date de signature.

Veillez agréer, l’expression de ma considération distinguée.



La Présidente

Pr Oumou Younoussa Sow

Présidente : Professeur Oumou Younoussa SOW. Tel. +224 664 962 434 Email : oumou45@yahoo.fr
Assistante Administrative : Aissatou BAH. Tel : +224 664 571 933 Email : aissatou_dalaba07@yahoo.fr

2. Outil de collecte des données

QUESTIONNAIRE

Date :/...../2021

N° :

Prénoms et Nom de l'enquêteur : Tel :

I. Caractéristiques sociodémographiques

Q1 : Lieu de résidence de la participante

Urbaine	1
Rurale	2

Q2 : Vous vous occupez de l'enfant en qualité de qui ? **(encerclez le chiffre correspondant à la réponse)**

Mère biologique	1
Gardienne d'enfant	2

Q3 : S'il vous plaît quel âge avez-vous (année) ?

Q4 : Quel est votre occupation principale ? :

.....

Q5 : Quel est votre niveau d'instruction ? **(encerclez le chiffre correspondant à la réponse)**

Non scolarisée	1
Primaire	2
Collège	3
Lycée	4
Université	5

Q6 : Quel est votre statut matrimonial ? (**encerclez le chiffre correspondant à la réponse**)

Célibataire	1
Mariée	2
Séparée	3
Divorcée	4
Veuve	5

II. Perceptions et pratiques des mères face à la CPS

Q7 : Avez-vous déjà entendu parler de la CPS ?

Oui	1
Non	2

Q8 : A qui est destiné ce programme de la CPS ? (**Ne pas lire, Réponse unique**)
(*Connaissance*)

Aux femmes enceintes	1
Aux pères de famille	2
Aux enfants de 0 à 15 ans	3
Aux enfants de 3 à 59 mois	4
Ne sais pas (Ne pas lire)	5
Autres à préciser:	6

Q9. Comment agit le traitement CPS ? (**Lire les réponses, Réponse unique**)
(*Connaissance*).

Protège du paludisme (Prévient la maladie)	1
Soigne le paludisme	2
Baisse la fièvre et la température	3
Protège des moustiques	4
Autres à préciser	5

Q10 : le traitement de la CPS s'étend sur combien de jours à chaque passage ? **(Ne pas lire les réponses, Réponse unique)** (*Connaissance*).

Un seul jour	1
Deux jours	2
Trois jours	3
Quatre jours	4
Cinq jours	5
Plus de 5 jours	6

Q11 : Pendant combien de temps le traitement de la CPS protège-t-il contre le Paludisme ? **(Ne pas lire, Réponse unique)** (*Connaissance*)

28 jours	1
Un mois au maximum	2
3 trois mois	3
6 mois au moins	4
Un peu moins d'un an	5
Plus d'un an	6

Q12 : Pensez-vous que le fait d'avoir soumis votre enfant au traitement de la CPS fait qu'il n'est plus obligé de dormir sous une moustiquaire ? **(Ne pas lire, Réponse unique)** (*Attitude*)

Oui	1
Non	2
Je ne sais pas (Ne pas lire)	3

Q13 : Au cours de chaque passage de la CPS, combien de comprimé votre enfant reçoit-t-il le premier jour ? **(Lire les réponses, Réponse unique)** (*Pratique*)

Q14 : Combien de comprimés lui donnez-vous à la maison le second et le troisième jour? **(Lire les réponses, Réponse unique)** (*Pratique*)

Q15 : Et combien de comprimés lui donnez-vous le troisième jour ?

	Q13	Q14	Q15
Un seul comprimé			
Deux comprimés			
Trois comprimés			
Quatre comprimés			
Plus de quatre comprimés			
Je ne sais pas (Ne pas lire)			

III. les effets indésirables médicamenteux de la CPS

Q16 : Lors de la dernière campagne CPS avez-vous réellement donné les doses à votre enfant ? **(Réponse unique)**

Oui	1
Non	2
Je ne sais pas (Ne pas lire)	3

Q17 : Si oui quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'administration du médicament? **(Lire les réponses, Réponse unique)**

Oubli des médicaments	1
Refus de l'enfant	2
L'enfant a rendu après avoir avalé	3
La plaquette a été égarée	4
Il n'y avait pas de 3e dose	5
Difficulté à écraser les médicaments	6
Le médicament est trop amer	7
La prise sur plusieurs jours est pénible	8
Durée de l'efficacité limitée	9
Aucune difficulté	10
Autres à préciser	11

Q18 : Quels sont les effets indésirables que les médicaments de la CPS ont provoqué sur votre enfant ? **(Ne pas lire, plusieurs réponses possible)**

Fièvre / Corps chaud	1
Diarrhées	2
Eruptions cutanées	3
Vomissements	4
Perte d'appétit	5
Jaunisse	6
Toux	7
Prurit	8
Douleurs abdominales	9
Maux de tête	10
Autres à préciser	11

Q19 : Votre enfant été pris en charge par le personnel de la CPS lorsque ces effets secondaires se sont manifestés ?

Oui	1
Non	2

Q20 : Si Non, Pourquoi votre enfant n'a pas été pris en charge par le personnel de la CPS ? **(Ne pas lire, plusieurs réponses)**

Je n'ai trouvé personne disponible	1
Nous ne sommes pas allés vers eux	2
Nous ne savions pas qu'ils pourraient nous aider	3
Nous n'avons pas pu les joindre	4
Autre à préciser.....	5

IV- Campagne de communication sur la CPS

Q21 : Quel est le moyen par lequel vous avez entendu parler de la CPS avant le lancement de la campagne ? **(Plusieurs réponses possibles)**

Des émissions radios	1
Des crieurs publics	2
Des sermons de prêtres ou d'imams	3
Des bandes annonces à la télévision	4
Des affiches banderoles	5
Des spots radio	6
Des visites à domicile	7
causerie au sein d'associations	8
Des affichages	9
Des spots télévisés	10
Des amis ou des parents	11
Agent de santé	12
Autres à préciser:.....	13

Q22 : Quel est le message clé de la campagne CPS ?

Des médicaments qui protègent du paludisme	1
Des médicaments qui traitent le paludisme	2
Des médicaments qui protègent toute la vie contre le paludisme	3
Des médicaments qui vous dispensent de dormir sous une moustiquaire	4

Q23 : Est-ce que ce que les messages de la CPS vous ont permis de bien comprendre en quoi consistait le programme ? **(Lire, une seule réponse)**

Tout à fait	1
Plutôt	2
Moyennement	3
Pas vraiment	4
Pas du tout	5

Q24 : Globalement, dans quelle mesure vous sentez-vous bien informé sur la CPS ? **(Lire les réponses, Réponse unique)**

- Très bien informé(e).....1
- Suffisamment informé(e).....2
- Insuffisamment informé(e).....3
- Pas du tout informé(e).....4
- Je ne sais pas.....88
- Pas de réponse.....99

V- Niveau de satisfaction et d'acceptabilité de la CPS auprès des mères et gardiennes d'enfants

Q26 : Trouvez-vous que la CPS est un traitement qui protège réellement votre enfant du paludisme ? **(Ne pas lire, Réponse unique)**

Oui	1
Non	2
Je ne sais pas (Ne pas lire)	3

Q27 : Etes-vous satisfait de la façon dont la CPS est mise en œuvre dans votre localité ?

Oui	1
Non	2
Je ne sais pas (Ne pas lire)	3

Q28 : Seriez-vous prêt à accepter que votre enfant prenne la CPS l'année prochaine si cela était possible? (**Lire les réponses, Réponse unique**)

Oui	1
Non	2
Je ne sais pas (Ne pas lire)	3

Q29 : Qu'est-ce qui vous motive à participer à la prochaine campagne CPS ? (**réponses à choix multiple**)

- les mères et gardiennes d'enfants sont impliquées dans le traitement
- le traitement se fait à domicile
- le traitement est efficace
- le traitement est gratuit
- je ne sais pas
- pas de réponse

Q30 : Selon vous quelles sont toutes les actions à mettre en place afin d'améliorer la qualité de la CPS au sein de votre communauté ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous sommes arrivés au terme de notre entretien. Merci pour votre contribution à la réalisation de cette étude.