



**Rapport final du Programme de lutte contre le  
Paludisme chez la femme enceinte et le jeune  
enfant de l'association JEREMI dans le district  
sanitaire de Ouahigouya (Burkina Faso)**

# SOMMAIRE

Titres	Pages
SOMMAIRE	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	3
I. RESUME DU PROGRAMME	4
II. CONTEXTE DE L'INTERVENTION	5
II.1 Situation du paludisme au Burkina Faso	5
II.2 Cadre institutionnel de la lutte contre le paludisme	6
II.3 Partenaires/ intervenants sur place	6
III. ACTIVITES MENEES DANS LE CADRE DU PROGRAMME	7
III.1. Renforcement des structures sanitaires	7
III.2 Formation des acteurs	7
III.3 Approvisionnement en médicaments et consommables	9
III.4 Information Education Communication	11
IV. RESULTATS DU PROGRAMME	12
IV.1. Impact de l'IEC sur la population cible	12
IV.2. Impact du programme sur le poids du paludisme	14
IV.3. Impact du programme sur l'utilisation des moustiquaires dans les groupes cibles	17
IV.4. Impact du programme sur l'utilisation des TDR par les agents de santé	18
IV.4. Impact du programme sur l'utilisation de la TPI chez les femmes enceintes	19
V. DISCUSSION	20

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ASAQ : Artésunate-Amodiaquine  
ASC : Agent de Santé Communautaire  
ASL : Acide Salicylate de Lysine  
ASM : Animatrice de Santé Mobile  
ASV : Agent de Santé Villageois  
AV : Accoucheuse Villageoise  
CNRFP : Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme  
COGES : Comité de Gestion  
CPN : Consultation Pré-Natale  
CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale  
DLM : Direction de la Lutte contre la Maladie  
DRD : Dépôt Répartiteur du District  
DRS : Direction Régionale de la Santé  
ECD : Equipe Cadre du District  
IEC : Information, Education, Communication  
JEREMI : Jumelage Et Rencontre pour l'Entraide Médicale Internationale  
JHPIEGO : John Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics  
JICA : Agence japonaise de coopération internationale  
MEG : Médicaments Essentiels Génériques  
MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PADS : Programme d'Appui au Développement Sanitaire  
PEP : Préparateur En Pharmacie  
PID : Pulvérisation Intra-Domiciliaire  
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme  
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement  
SNIS : Système National d'Information Sanitaire  
S-P : Sulfadoxine-Pyriméthamine  
TDR : Test de Diagnostic Rapide  
TPI : Traitement Préventif Intermittent  
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## **I. RESUME DU PROGRAMME**

**Titre** : PROGRAMME D'APPUI A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE JEUNE ENFANT DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE OUAHIGOUYA, BURKINA FASO. POSTE ANTI PALUDISME.

**Titre abrégé** : LUTTE CONTRE LE PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE JEUNE ENFANT DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE OUAHIGOUYA

**Pays** : Burkina-Faso

**Lieu d'intervention** : District sanitaire de Ouahigouya (zone urbaine et rurale) pour l'ensemble du programme. Poste anti-paludisme en zone rurale sur le département de Tangaye.

### **Objectifs et réalisations envisagées**

- Renforcer l'utilisation des moustiquaires imprégnées chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans
- Développer le traitement préventif anti-palustre intermittent (TPI) aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse chez les femmes enceintes,
- Améliorer la prise en charge des accès palustres chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans
- Mettre en place une structure pilote appelée « poste anti-paludisme » délimitée au sein d'une zone rurale du district dédiée à la lutte contre le paludisme dans tous ses aspects comprenant :
  - a. Information, Education, Communication (IEC) ;
  - b. lutte vectorielle ;
  - c. diagnostic et traitement précoce

### **Bénéficiaires ou Public/Cible**

- Femmes enceintes, - Mères,- Enfants de moins de 5 ans.

### **Moyens à mettre en œuvre**

- Création de deux postes de coordinateur (1 coordinateur médical et 1 logisticien)
- Recrutement de 4 animatrices et animateurs de santé villageois,
- Recrutement d'une personne d'intervention, chargée de lutte vectorielle pour le poste anti-paludisme
- Recrutement de 2 techniciens entomologistes pour le poste anti-paludisme (missions)
- Formation des agents de santé du district chargés du diagnostic et du traitement
- Aide à la construction et rénovation de locaux,
- Biens d'équipement (automobile, mobylettes, vélos, bureau/informatique)
- Matériel (moustiquaires, matériel de dépistage, insecticides, consommables médicaux, matériel pédagogique)
- Médicaments pour la prise en charge du paludisme simple et du paludisme grave
- Information et sensibilisation des populations concernées

**Durée : 4 ans** (début programme: fin 2007 et fin du programme : fin 2011)

## II. CONTEXTE DE L'INTERVENTION

### II.1. Situation du paludisme au Burkina Faso

Au Burkina Faso, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique et reste une endémie stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière (Mai à Octobre). Selon les données statistiques du système national d'information sanitaire (SNIS), le paludisme demeure la principale cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires.

En 2008, le nombre total de cas de paludisme rapporté est de 3 790 238 dont 346 884 cas de paludisme grave, soit 9,1% de l'ensemble des cas de paludisme. Le paludisme représentait 43,8% des motifs de consultations, 60,6% des hospitalisations et 40,4% des décès dans les structures de santé.

Le District sanitaire de Ouahigouya (416 495 habitants en 2009 répartis dans 310 villages sur 5.343 km<sup>2</sup>) comporte 58 formations sanitaires de proximité ; il est situé au nord du Burkina-Faso dans la province du Yatenga et Ouahigouya (OHG) avec 80.000 habitants, possède un Centre Hospitalier Régional qui joue le rôle d'hôpital du district où sont reçus les cas graves référés par les structures sanitaires périphériques.

A l'examen des statistiques de morbidité et de mortalité du district, le renforcement de la lutte contre le paludisme, en particulier chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 5 ans nous est apparu comme une activité indispensable et complémentaire de toutes les actions déjà entreprises.

La politique de prise en charge du paludisme dans le système de santé public priorise les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et met en place un système de subvention/gratuité, pour ces cibles. Ainsi, les enfants de moins de 5 ans bénéficient d'une prise en charge du paludisme simple à un prix subventionné (100 F CFA / traitement) et d'une prise en charge gratuite du paludisme grave. Les femmes enceintes, quant à elles, bénéficient gratuitement de la prise en charge paludisme grave et du Traitement Préventif Intermittent (TPI) dans le cadre des Consultations Pré Natales (CPN). Les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII) distribuées aux cibles gratuitement par le Ministère de la Santé.

Il faut préciser toutefois que dans le cadre de la gratuité, celle-ci n'est effective que si le Ministère a fait une dotation en intrants au CSPS. En dehors de cela, les CSPS achètent ces intrants aux Dépôts Répartiteurs de Districts (DRD) et appliquent donc un tarif (fixé par le ministère). En outre, la consultation elle-même, reste payante (entre 75F et 100 F).

## **II.2. Cadre institutionnel de la Lutte contre le Paludisme au Burkina Faso**

Compte tenu du fardeau du paludisme dans le pays, le Burkina Faso a mis en place un programme national de lutte contre le paludisme en 1991. Le programme a été restructuré en 1995 afin de réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme.

La Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) est la structure d'ancrage du PNLP au niveau central.

Le programme qui est la structure de coordination de la Lutte contre le paludisme est chargé de :

- Coordonner les activités de lutte contre le paludisme ;
- Favoriser les activités de recherche opérationnelle dans le domaine du paludisme ;
- Assurer l'approvisionnement régulier en matériaux imprégnés ;
- Etablir les protocoles thérapeutiques.

Le Burkina Faso a élaboré le plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme dont l'objectif général est de réduire de 50% la mortalité et la morbidité liées au paludisme au Burkina Faso d'ici fin 2010 par rapport au niveau de 2000.

Les stratégies préconisées sont :

- La prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme dans les formations sanitaires et des cas de paludisme simple au niveau communautaire ;
- La prévention du paludisme pendant la grossesse par l'utilisation des MII et le TPI à la SP ;
- La lutte anti-vectorielle par la promotion des MII, le traitement ciblé de gîtes larvaires et les mesures d'hygiène et d'assainissement (PID);
- La lutte contre les épidémies du paludisme au Sahel (partie Nord du Pays).
- Stratégies de soutien:
  - ✓ Communication pour le Changement de Comportement,
  - ✓ Renforcement institutionnel,
  - ✓ Recherche Opérationnelle,
  - ✓ Suivi/Evaluation,
  - ✓ Partenariat/collaboration intersectorielle.

## **II.3. Partenaires / intervenants sur place**

Le PNLP a instauré depuis 2007 un cadre de concertation réunissant les partenaires institutionnels, techniques et financiers, dont l'association JEREMI fait partie. La réunion des partenaires, qui se tient environ une fois par trimestre, est un lieu de suivi des activités du PNLP dans la mise en place de la stratégie de lutte contre le paludisme et de discussion avec les différents partenaires.

Les principaux partenaires sont : OMS, UNICEF, PNUD, JICA, Banque Mondiale, JHPIEGO, PADS, différents services du Ministère de la Santé, l'ONG Plan Burkina.

Par ailleurs, le Burkina Faso étant bénéficiaire du Fonds Mondial pour le VIH-Sida, la tuberculose et le paludisme, les différentes requêtes pour l'obtention des fonds sont élaborées par le PNLP, avec l'appui des différents partenaires du cadre de concertation. Ainsi, en 2007, plus de 600 000 000 FCFA ont été dépensé dans le cadre de la lutte contre le paludisme, via le PNLP

## IV. Activités menées dans le cadre du programme 2007-2011

### III.1. Renforcement des structures sanitaires

#### Les constructions

- Le poste paludisme est un bâtiment construit en annexe du dépôt pharmaceutique du CSPS de Tangaye afin de servir de structure de référence décentralisée de la lutte contre le paludisme pour l'ensemble du département. Il est composé d'une salle de stockage, d'une salle de réunion et d'un bureau médical. Ce bâtiment a été rétrocédé au District Sanitaire (COGES de Tangaye) pour développer un laboratoire pour le diagnostic et le dépistage de certaines maladies infectieuses (paludisme, tuberculose, VIH, hépatites virales).
- La maternité de Tangaye a été rénovée pour une meilleure prise en charge des consultations prénatales et des conditions d'accouchement.
- Les espaces de causeries et de séances d'information dans les villages ont été aménagés (bancs).

### III.2. Renforcement des capacités des acteurs

#### Formations des agents de santé

La formation a porté sur la prise en charge du paludisme simple et compliqué. Il s'agissait pour le public cible de :

- savoir détecter les signes de l'accès palustre simple
- savoir utiliser les moyens de diagnostic du paludisme
- assurer une prise en charge correcte du paludisme simple
- savoir détecter les signes d'aggravation du paludisme et connaître la conduite à tenir en cas de paludisme grave
- connaître et savoir donner des conseils sur les moyens et stratégies de prévention du paludisme
- savoir mettre en œuvre le Traitement Préventif Intermittent

L'association de médecins à cette formation permettait en outre de créer une relation d'échanges avec les agents de santé des zones périphériques afin de renforcer la supervision et le suivi des activités à mener par la suite. . Les enseignements ont été dispensés sous formes d'exposés suivis de discussion, de session clinique, de travaux de groupe et de démonstrations pratiques d'utilisation des tests de diagnostic rapide sur individus. Le contenu de la formation était basé sur le manuel de formation élaboré par le PNLP, auquel s'est ajoutée la présentation Powerpoint de niveau infirmier élaboré par le Dr. Michel DUONG, de JEREMI Dijon.

**Une session de formation a été planifiée chaque année au cours des 3 premières années du programme. Au total, 92 agents (infirmiers, sages-femmes) ont participé aux modules préconisés par le programme national de lutte contre le paludisme : 25 agents en 2008, 40 en 2009 et 27 en 2010. Au total 90% des agents de santé travaillant sur les sites du programme ont bénéficié d'au moins une formation sur le paludisme pendant les 3 premières années du programme.**

## **Formations des gérants de dépôts**

Afin de renforcer leurs capacités, et en vue de l'approvisionnement régulier des CSPS en médicaments et consommables, les gérants des dépôts pharmaceutiques des le zone d'intervention ont été formés. Les objectifs de la formation étaient :

- Connaître les notions de base sur les médicaments
- Connaître la délivrance des médicaments
- Savoir conseiller et sensibiliser les patients
- Etre capable d'assurer une gestion rationnelle des stocks de MEG et des ressources financières du dépôt
- Etre capable d'assurer la gestion des produits mis en place par l'association JEREMI Dijon

**Cette formation a concerné un total de 37 gérants sur 3 ans pour un enseignement centré sur les médicaments anti-palustres (10 gérants en 2008, 14 en 2009 et 13 en 2010).**

## **Formation des animatrices et des agents de santé communautaire (ASC).**

L'objectif général de la formation est de former les ASV à la prise en charge rapide du paludisme au niveau communautaire et aux moyens de prévention.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Connaître les signes du paludisme simple et du paludisme compliqué
- Connaître la conduite à tenir en cas de présentation de ces signes
- Connaître les méthodes de prévention du paludisme et être capable de les promouvoir
- Connaître les méthodes de prévention et de soin du paludisme chez la femme enceinte
- Etre capable de promouvoir des activités de sensibilisation.

A l'issue de la formation, il a été rappelé aux ASC leur rôle au sein de leur communauté respective et plus particulièrement concernant le paludisme :

- Référer au CSPS les cas de paludisme simple
- Référer d'urgence au CSPS les cas de paludisme compliqué
- Sensibiliser la population sur la prise en charge précoce
- Sensibiliser la population sur la prévention
- Sensibiliser les femmes enceintes (et/ou leurs maris) sur l'importance des CPN et le TPI

**162 ASC (38 ASC en 2008, 62 en 2009 et 62 en 2010) et les 4 animatrices de santé mobile ont suivi cette formation axée sur les signes cliniques du paludisme, sa prise en charge et sa prévention ainsi que sur le travail de sensibilisation de la population au paludisme.**



### III.3. Approvisionnement en médicaments et consommables

Dans le cadre du programme, l'approvisionnement en médicaments et consommables concerne :

- le traitement du paludisme simple par ASAQ Sanofi (Artésunate-Amodiaquine)
- le traitement du paludisme grave par des kits comprenant la Quinine injectable, des antipyrétique, anticonvulsivant des solutés glucosés et des consommables pour perfusion.
- la prévention du paludisme chez les femmes enceintes par Sulfadoxine-Pyriméthamine
- les Tests de Diagnostic Rapide
- les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide

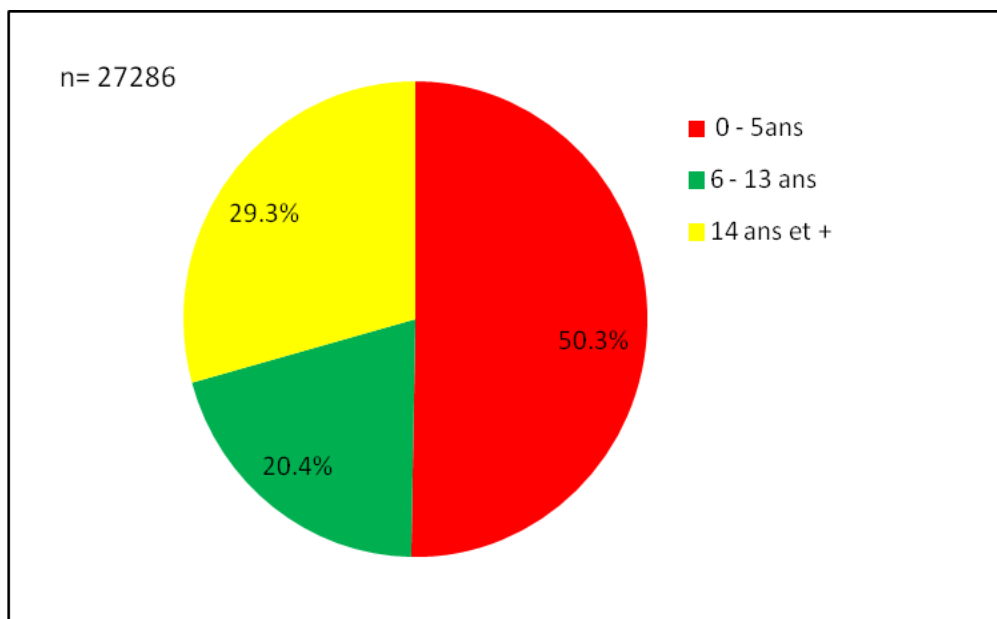
Tous les sites de la zone d'intervention (14 CSPS, le CHR, le Centre Persis, l'association AMMIE et 4 maternités isolées dépendant des CSPS urbains) ont été approvisionnés en fonction du prévisionnel de répartition établi en début de chaque année sur la base des statistiques de morbidité palustre et des CPN fourni par les formations sanitaires. Les quantités de ces approvisionnements périodiques en médicaments et consommables est déterminée en fonction du prévisionnel et des besoins exprimés dans les rapports mensuels transmis par les centres de santé couverts par le programme.

**Au total, les quantités de médicaments antipaludiques et des consommables médicaux (TDR et moustiquaires) mises à disposition au cours du programme ont été les suivantes :**

Consommables	2008	2009	2010	2011	Total programme
ASAQ (unités de traitement)	4450	35425	39425	57125	136425
Quinine 300 mg (comprimés)	9000	7880	17000	29600	63480
Sulfadoxine-Pyriméthamine (comprimés)	3150	29250	16110	17190	65700
TDR (test)	0	4975	3875	14850	23700
Moustiquaires Imprégnées Longue Durée (MILDA)	1000	5879	2300	1190	10369
Kit palu grave enfant (unités)	316	1711	1408	1724	5159
Kits palu grave femme enceinte (unités)	288	189	196	291	964

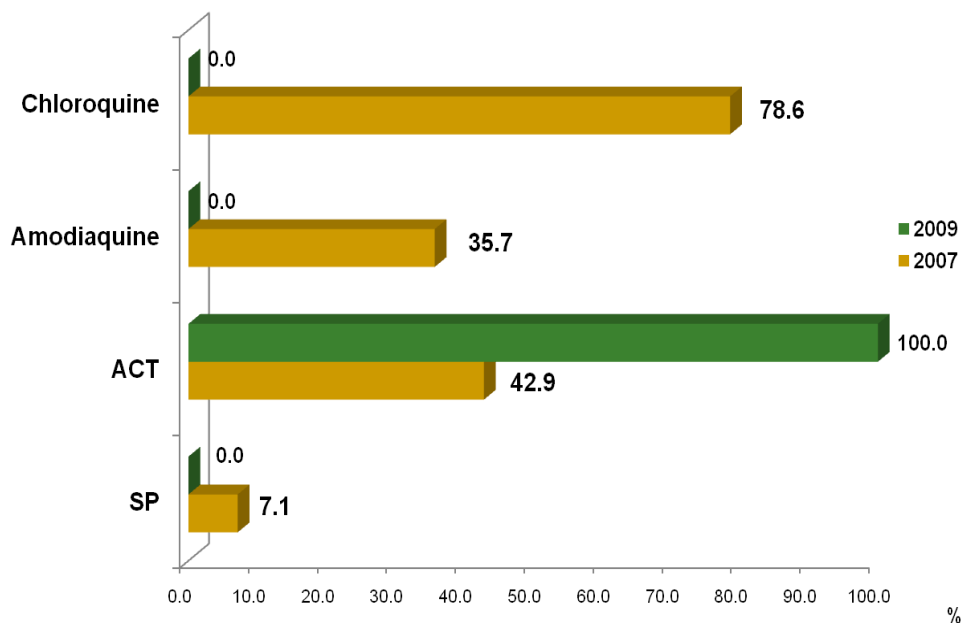
Tableau 1 : Quantités de médicaments antipaludiques et de consommables médicaux mises à disposition au cours du programme

A titre indicatif, le graphique 1 suivant montre la répartition des traitements d'ASAQ administrés par tranche d'âge en 2009. Un traitement sur 2 est délivré à un enfant de 0 à 5 ans.



Graphique 1 : Répartition des traitements d'ASAQ administrés par tranche d'âge en 2009.

Le graphique 2 montre que 18 mois après le début du programme, la chloroquine a été abandonnée au profit des ACT dans le traitement du paludisme simple



Graphique 2 : Evolution de l'utilisation des antipaludiques entre 2007 et 2009

### III.4. L'Information-Education-Communication(IEC) de la population cible

Le volet IEC est une composante essentielle du programme et consiste à étendre, au niveau communautaire, l'appui apporté par le programme de JEREMI. Il est mis en œuvre par les ASM, qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les ASC et les agents de santé des CSPS.

Un outil de communication et de formation, « Boîte à images », a été élaboré par JEREMI en partenariat avec les acteurs locaux et l'association partenaire ABB, et tiré à 50 exemplaires avec le soutien financier des partenaires ; il est utilisé tant dans les centres fixes (formations sanitaires) que par les animatrices de santé mobiles, et proposé également à d'autres programmes de lutte contre le paludisme; cet outil soumis au PNLN est en cours de validation pour sa mise à disposition plus large dans la région.

L'objectif principal des activités d'IEC est le changement de comportement des populations cibles en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme.

Les objectifs secondaires sont :

- La population connaît les signes du paludisme
- La population se rend au CSPS ou contacte l'ASC dès que l'apparition des premiers signes du paludisme
- La population connaît et utilise les moyens de prévention du paludisme
- La population connaît la gravité du paludisme chez les femmes enceintes et les jeunes enfants
- Les personnes ressources sont capables de conseiller la population concernant le paludisme
- L'animatrice, les agents de santé et les personnes ressources s'assurent de la bonne compréhension et la mise en pratique des conseils donnés

Ces objectifs sont mis en œuvre à travers une stratégie en trois temps :

- Une sensibilisation de masse par village, pour faire connaître l'association et le projet, et pour faire passer un message général sur le paludisme (*paludisme = maladie grave, qui se soigne, importance de la prévention, populations cibles = jeunes enfants et femmes enceintes*)
- Des animations-causeries de groupe, afin de préciser le message à un public plus ciblé et homogène en utilisant une méthode conviviale et participative
- Enfin des sensibilisations familiales, dans les concessions, afin de vérifier la bonne compréhension des messages et leur mise en application.

Cette stratégie a été appliquée à travers les différentes activités d'IEC développées dans le programme:

- Activités des ASM
- Film-débat sur le thème du paludisme
- Théâtre-forum dans les villages de la zone d'intervention
- Célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme

**Le nombre total de séances d'IEC menées au cours du programme et le nombre de personnes ayant bénéficiées de l'IEC sont les suivants :**

- **Activités des animatrices de santé communautaires**
  - Les causeries éducatives : 1554 causeries ont été faites rassemblant 56459 participants
  - Les visites à domicile avec suivi de l'utilisation des moustiquaires : 4480 visites ayant permis de rencontrer 129804 personnes
  
- **Sensibilisation de masse**
  - 38 séances de théâtre-forum (troupe ARCAN de Ouahigouya) rassemblant 8040 spectateurs
  - 70 séances de film-débat sur le thème du paludisme rassemblant 9529 spectateurs
  
- **Manifestations et célébrations**
  - La journée mondiale de lutte contre le paludisme a été célébrée chaque année par l'organisation d'animations destinées au grand public : manifestations sportives, championnat inter villages par un jeu de questions-réponses sur le paludisme, distribution de tee-shirt, etc.

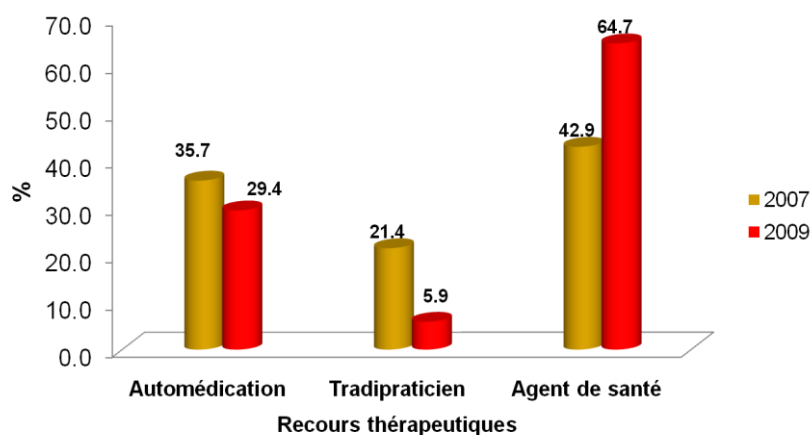
## **IV. RESULTATS**

### **IV.1. Impact de l'IEC sur la population cible**

Une enquête sur les connaissances et les pratiques de la population vis-à-vis du paludisme a été réalisée avant (Octobre 2007) puis 2 ans après le début des activités d'IEC (Octobre 2009). Cette enquête a été réalisée chez des adultes vivant dans 10 villages du département de Tangaye. Pendant 2 semaines, 2 équipes de 5 personnes (médecins, infirmiers, techniciens, enquêteurs) ont travaillé sur 10 villages de la zone de Tangaye, correspondant à un bassin de population de 10000 habitants. Un échantillon de 150 adultes, tirés au sort a été évalué au cours de chaque enquête. L'enquête réalisée en 2009 a montré une meilleure connaissance globale du paludisme et des changements de comportement vis-à-vis de la prise en charge et de la prévention du paludisme chez les villageois. Les principaux résultats de cette évaluation de l'IEC sont résumés sur les 2 tableaux et le graphe suivants :

Tableau 2: Connaissances sur le paludisme	Pré-IEC (%)	Post-IEC (%)	P value
Le paludisme est transmis par les moustiques	75	81	>0.05
La saison des pluies est la période la plus à risque de transmission du paludisme	80	81	>0.05
Le réservoir naturel des moustiques est l'eau	88	90	>0.05
Le réservoir naturel des moustiques est l'eau	81	87	>0.05
Les enfants de moins de 5 ans sont à risqué de paludisme grave	47	83	<0.001
La moustiquaire protège des piqûres de moustiques	5	95	<0.001
Le paludisme est une maladie qui peut être très grave	84	94	0.004
Les femmes enceintes sont à risque	0	36	<0.001

Tableau 3 : Connaissances sur les signes du paludisme	Pré-IEC (%)	Post-IEC (%)	P
Fatigue	29	43	0.04
Mal de crane	51	38	<0.001
Frissons	20	19	>0.05
Convulsion	2	8	0.01
Fièvre	83	89	>0.05
Un faible poids de naissance est une conséquence du paludisme de la mère	13	18	0.2



Graphique 3 : Modifications des habitudes de prise en charge du paludisme dans la population

## IV.2. Impact du programme sur le poids du paludisme

### IV.2. 1 Statistiques du Paludisme dans le district sanitaire de OHG de 2008 à 2011

Le tableaux suivant donne la synthèse des données couvrant la période objet du présent rapport sur tous les sites d'interventions.

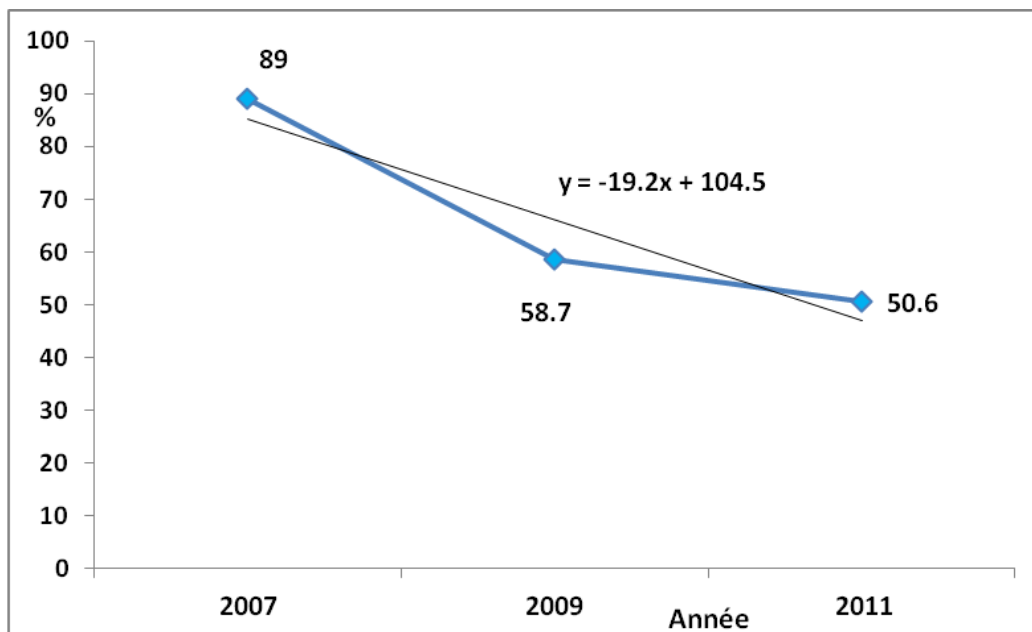
	2008	2009	2010	2011	Total programme
Nombre de cas de paludisme simple	20577	32829	46477	56228	156111
Nombre de cas de paludisme simple chez < 5 ans	8188	15839	21429	24669	70125
Nombre de cas de paludisme simple chez > 5 ans et +	12380	16990	25048	31559	85986
Nombre de cas de paludisme grave	2550	2798	4100	5174	14662
Nombre de cas de paludisme grave chez < 5 ans	1044	1496	1932	2125	6597
Nombre de cas de paludisme grave chez > 5 ans et +	1506	1302	2168	3049	8065

Tableau 4 : Nombre de cas de paludisme simple et compliqué pris en charge dans les sites du programme de 2007 à 2011 (statistiques du district sanitaire de Ouahigouya)

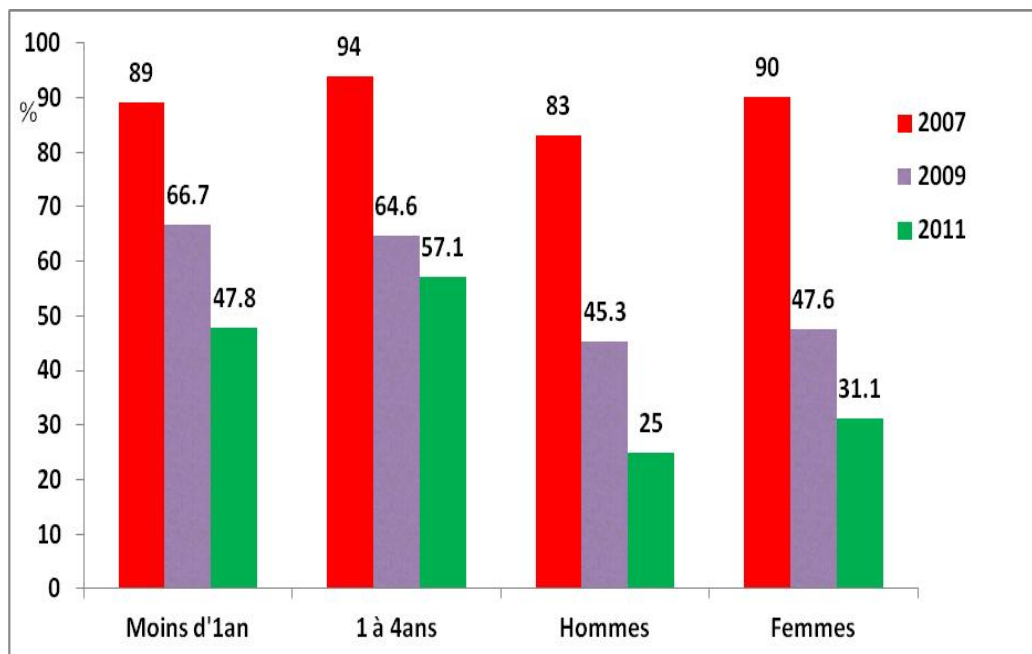
### IV.2. 1 Situation du paludisme dans l'aire sanitaire de Tangaye de 2008 à 2011

#### A- Evolution du niveau d'impaludation

Le taux d'impaludation en fin de saison de haute transmission a été mesuré dans la population du département de Tangaye avant, au milieu et en fin de programme. Ces enquêtes ont montré une diminution significative du taux et du niveau d'impaludation dans toutes les tranches d'âge de la population.



Graphique 5 : Evolution du taux d'impaludation de 2007, 2009 et 2011 (Tangaye)



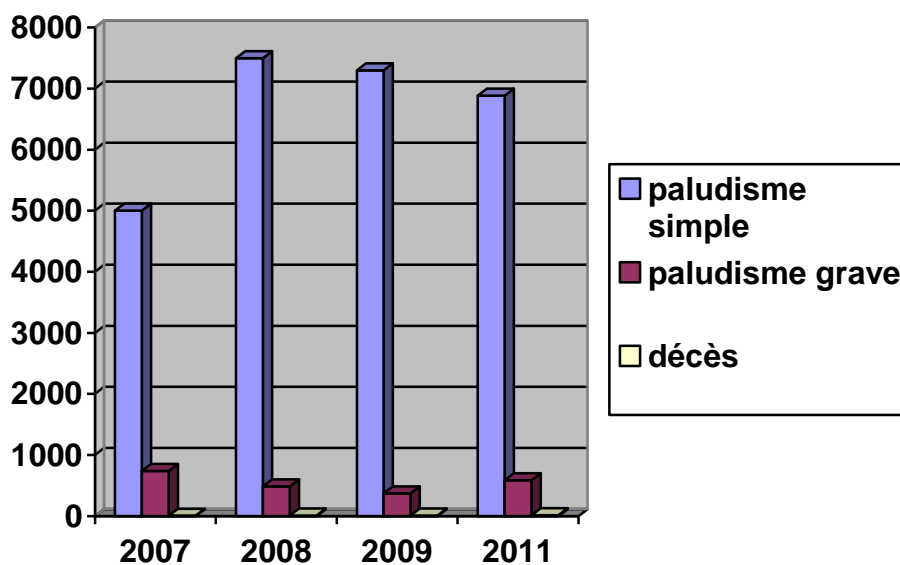
Graphique 6 : Taux d'impaludation par groupe ciblé de 2007, 2009 et 2011 (Tangaye)

## B- Statistiques de morbidité et mortalité du paludisme de la zone sanitaire de Tangaye

La zone sanitaire de Tangaye correspond environ à 9% de la totalité de la population du district sanitaire de Ouahigouya (qui comprend 8 départements)

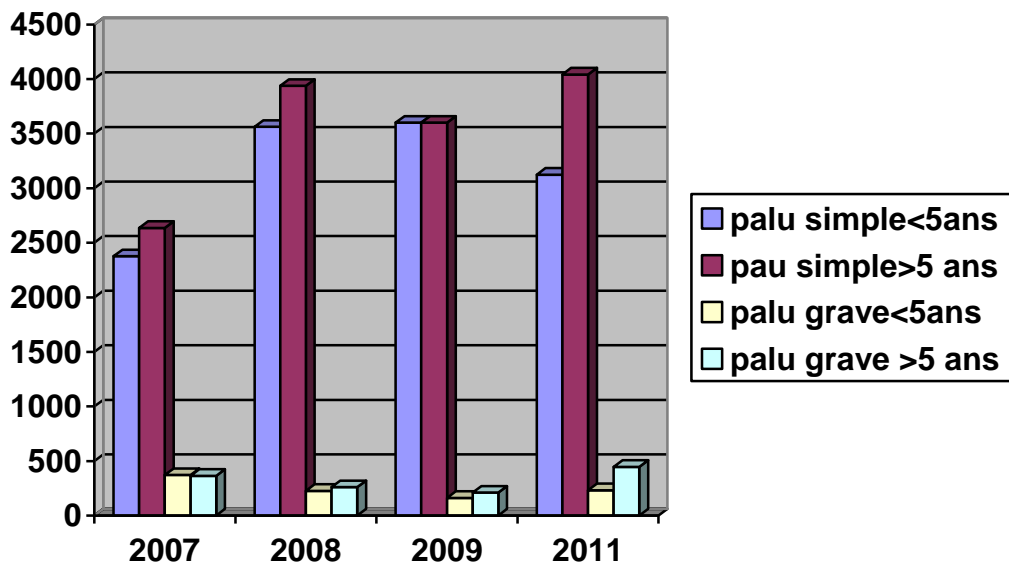
Les chiffres recueillis au niveau du district de 2007 à 2011 montrent qu'à partir de 2008, le nombre de cas de paludisme simple pris en charge dans les sites du programme a fortement augmenté (+ 30%) puis s'est stabilisé en 2011 entre 6000 à 7000 cas/an, tous âges confondus. Concernant le paludisme grave, on notait une réduction régulière des cas de 2007 à 2009 (- 30%) avec une réascension en 2011 pour retrouver le niveau de 2008.

Les chiffres de mortalité annuelle de enfants de moins de cinq ans relevés par les formations sanitaires du département de Tangaye sont stables, au nombre d'une dizaine d'enfants ; ces chiffres sont à prendre avec réserve, car il s'agit seulement des enfants décédés dans la formation sanitaire où ils ont été pris en charge, nombre d'entre eux n'étant pas hospitalisés.



Graphique 7 : Nombre de cas de paludisme simple et compliqué et nombre de décès dans l'aire sanitaire de Tangaye de 2007 à 2011 (statistiques du district sanitaire de Ouahigouya)

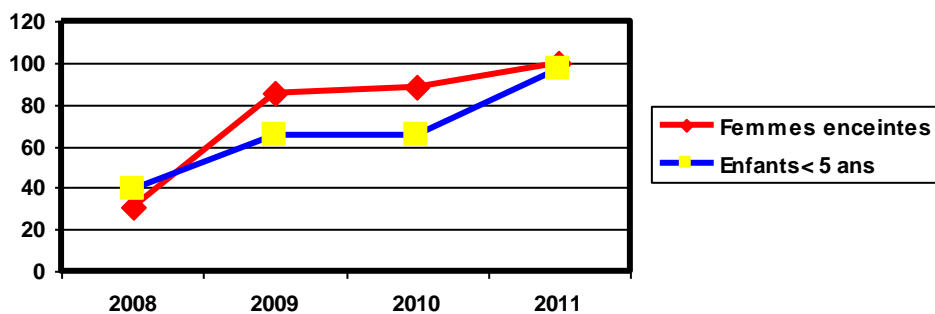




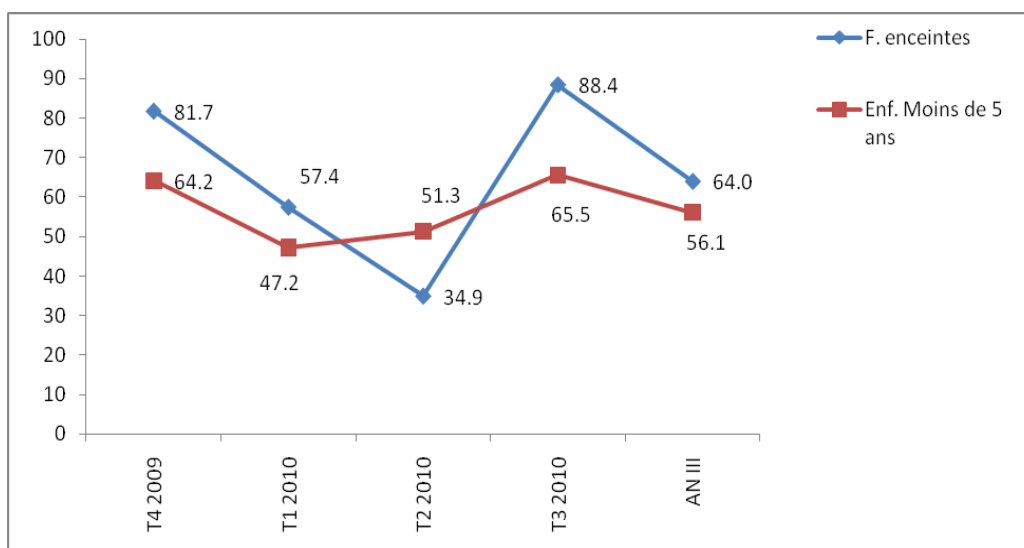
Graphique 8 : Nombre de cas de paludisme simple et compliqué dans l'aire sanitaire de Tangaye de 2007 à 2011, selon l'âge (statistiques du district sanitaire de Ouahigouya)

#### IV.3. Impact du programme sur l'utilisation des moustiquaires dans les groupes cibles

L'utilisation des moustiquaires dans les foyers a été renseignée au moyen d'une fiche d'enquête annexée au cahier de visite à domicile que les animatrices remplissaient lors de leur passage dans les ménages. Les données concernent les villages ou quartiers concernés par le programme. Le taux d'utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a fortement progressé suite à la distribution gratuite des moustiquaires et à la sensibilisation à leur utilisation par les animatrices. Chez les femmes enceintes, le taux est passé de 30% à 100 %; ce taux a atteint 95% chez les enfants de moins de 5 ans à la fin du programme (graphe 4). Ces taux d'utilisation correspondent à la période de plus forte transmission du paludisme, ce qui correspond au 3<sup>ème</sup> trimestre de chaque année et ne reflètent pas l'utilisation à l'année des moustiquaires. On constate en effet que ce taux diminue significativement pendant la saison sèche et lorsque les températures sont élevées et que les familles dorment à l'extérieur (graphe 5)



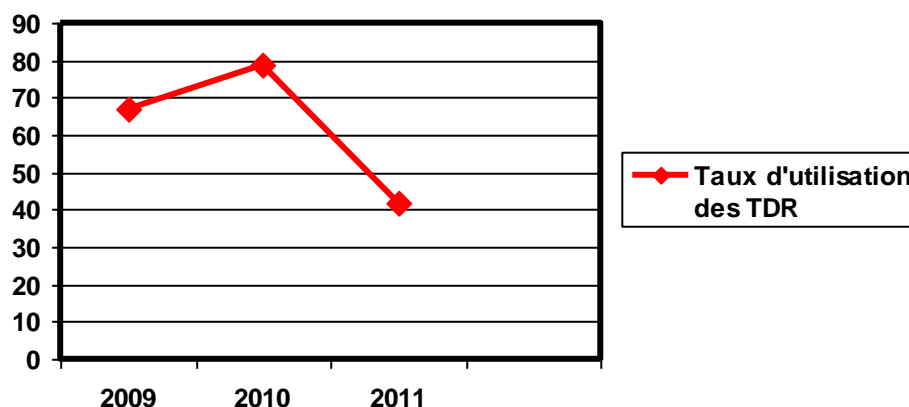
Grappe 9 : Evolution de l'utilisation des moustiquaires dans les groupes cibles pendant la période de forte transmission du paludisme (3<sup>ème</sup> trimestre)



Graph 10 : Evolution de l'utilisation des moustiquaires dans les groupes cibles selon la période de l'année

#### IV.4. Impact du programme sur l'utilisation des TDR par les agents de santé

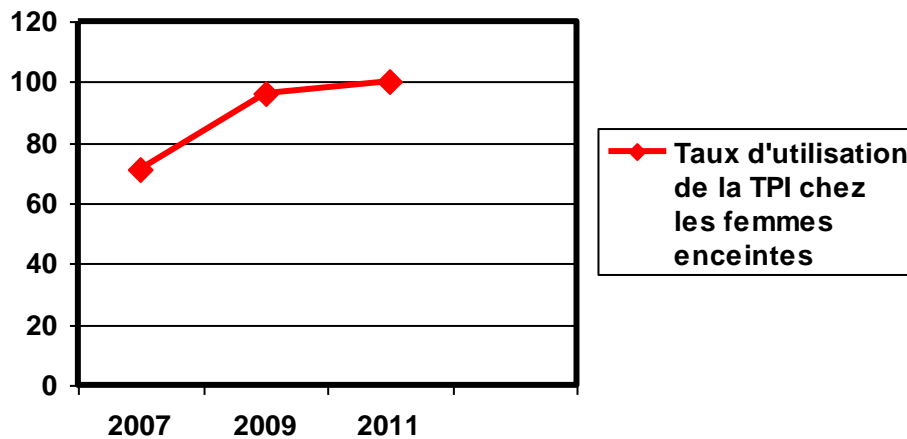
Avant la mise en place du programme, les TDR n'avaient jamais été utilisés en routine dans le district sanitaire de Ouahigouya. Après réalisation d'une formation à l'utilisation et à l'interprétation des TDR, ceux-ci ont été mis à disposition des agents de santé début 2009. Un suivi de l'utilisation des TDR a été mis en place sur les sites ruraux et périurbains. Le taux d'utilisation des TDR au sein des sites du programme sur les 3 dernières années (2009 à 2011) est indiqué sur le graphe 6. Il Fin 2009 il était de 67% et a augmenté en 2010 à 79%. On note une chute à 42% en 2011 liée à une rupture de stock prolongée en TDR. Une analyse a pu être faite sur 3355 TDR réalisés en 2009 et 2010 ; un quart de ces TDR étaient négatifs permettant d'éviter un traitement contre le paludisme pour 820 personnes sur 3355 testées.



Graph 11 : Evolution de l'utilisation des TDR de 2009 à 2011

#### IV.5. Impact du programme sur l'utilisation de la TPI chez les femmes enceintes

Conformément aux recommandations nationales, le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine (SP) a été administré aux femmes enceintes lors du suivi de grossesse à partir du deuxième trimestre de la grossesse, selon un protocole de deux doses de SP séparées d'au moins un mois, lors de ces CPN. L'appui du programme aux maternités a permis une augmentation significative du TPI avec 100% des femmes enceintes couvertes par la TPI à la fin du programme (graphe).



Graphe 12 : Evolution de l'utilisation de la TPI chez les femmes enceintes entre 2007 et 2011

## V. DISCUSSION

Le programme de lutte contre le paludisme mis en place par l'association JEREMI dans le district sanitaire de Ouahigouya a pu être mené à bien pendant 4 ans et sans difficulté majeure. L'analyse des résultats montre que d'importantes améliorations dans la prévention et la prise en charge du paludisme dans la zone concernée par notre intervention ont été apportées grâce au développement de toutes les activités qui étaient programmées.

En ce qui concerne l'éducation sanitaire de la population cible, les activités d'IEC portées par les animatrices de JEREMI ont permis une amélioration majeure des connaissances et surtout des pratiques de la population vis à vis du paludisme. Les connaissances de base sur le paludisme sont actuellement connues par une grande majorité de la population. Des changements de comportements ont été mis en évidence très rapidement après la mise en place de l'IEC et l'accession à de nouveaux outils de prévention (moustiquaires) et de prise en charge thérapeutique (TDR, ACT, Kit de traitement pour le paludisme sévère). L'utilisation des moustiquaires surtout dans les groupes à risque (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) a fortement progressé (de l'ordre de 50%) du fait d'une meilleure connaissance sur leur efficacité et leur utilisation et de leur mise à disposition de façon gratuite ou à un coût modéré. La dispensation d'importantes quantités de SP associée à un programme de formation des agents de santé, sages-femmes et accoucheuses à la TPI ont permis d'obtenir une couverture de 100% de TPI pour les femmes enceintes suivies en CPN et vues à domicile sur les sites du programme. De profondes modifications dans le recours au soin ont été notés avec une augmentation importante de la fréquentation des CSPS et des dispensaires pour la prise en charge d'accès palustre avec dans le même temps une diminution du recours à la médecine traditionnelle.

La mise en place d'un circuit d'approvisionnement efficace en ACT et en kits pour le traitement du paludisme sévère (sans aucune rupture de stock durant le programme) a permis une prise en charge optimale du paludisme pour la population cible. Le traitement par ASAQ adapté à l'âge et au poids des sujets est devenu le traitement de référence de la crise de paludisme simple avec l'abandon de traitements potentiellement inefficaces comme la chloroquine. La possibilité de confirmation du diagnostic de paludisme par la réalisation d'un TDR a été mise à disposition des infirmiers des sites du programme. L'introduction de la pratique des TDR a été encadrée par des formations. Globalement, les TDR ont été bien intégrés dans la pratique des infirmiers et bien acceptés par la population. On doit déplorer des ruptures de stocks en TDR dont la plus longue est intervenue dans la dernière année du programme. En effet, l'augmentation importante des consultations pour suspicion de crise de paludisme

s'est accompagnée d'une forte demande en TDR à laquelle ni le district sanitaire ni le programme JEREMI n'ont pu répondre.

Les différentes enquêtes réalisées au cours du programme et les statistiques du district sanitaire en matière de paludisme ont montré une amélioration significative de la situation du paludisme dans la zone concernée par le programme (en particulier dans l'aire sanitaire de Tangaye). En effet, l'évaluation de fin de programme a montré une diminution importante de l'impaludation (de l'ordre de 40%) entre 2007 et 2011. Cette baisse de l'impaludation de la population ne s'est pas accompagnée d'une diminution des cas de paludisme sur la zone cible. Au contraire, on a constaté une forte augmentation du nombre de cas de paludisme simple (et à un moindre du nombre de cas de paludisme sévère) pris en charge dans les formations sanitaires dans les deux dernières années du programme. Ceci est probablement lié au fait que les formations sanitaires sont devenues le premiers recours de la population pour la prise en charge du paludisme. Dans ces conditions, il est très difficile de savoir si le programme a eu un impact sur l'incidence des cas de paludisme, en sachant que 90% des cas de paludisme ne sont pas confirmés par un test diagnostic.