

Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie
Service de Parasitologie – Mycologie
Boite Postale 5005 Dakar - Fann
Professeur Oumar Gaye



Tel.: +221825.19.98

Fax. : +221 825 36 68

***Etude Pilote du Traitement Préventif
Intermittent du Paludisme chez le nourrisson
dans les districts de Vélingara et Kédougou***

Rapport d'activités de Décembre à Juillet 2007

Professeur Oumar Gaye

SOMMAIRE

I. RESUME DU PROJET	3
1. Contexte	3
2. Description du projet	3
a. Les objectifs spécifiques de l'intervention	3
b. Les sites de l'intervention	3
c. Population d'étude ;	4
d. Stratégie d'intervention	4
e. Les différentes étapes de l'intervention :	4
II. REALISATIONS	5
1. Activités de Supervision conjointe :	6
2. Communication et sensibilisation :	8
3. Acceptabilité du TPI chez le nourrisson	10
4. Enquêtes de prévalence et d'incidence:	16
5. Couverture vaccinale TPI-n/ PEV	19
6. Participations aux rencontres internationales	20
7. Pharmacovigilance	23
8. Contraintes majeures	23
9. Leçons apprises	24
10. Prochaines étapes	24

I. RESUME DU PROJET

1. Contexte

Le paludisme est une cause majeure de décès de nombreux enfants à cause de l'inadéquation de la prévention et du traitement. De récentes études révèlent que jusqu'à 23% du taux de mortalité des moins de cinq ans en Afrique, est attribué au paludisme, même si la plupart de ces morts ne sont pas diagnostiquées en tant que telles, mais plutôt comme de sévères troubles anémiques et respiratoires.

Le traitement préventif intermittent chez les nourrissons est une addition logique au paquet « Vaccination Plus » et l'UNICEF a estimé qu'il était urgent d'évaluer sa faisabilité pour d'intégrer la stratégie dans les programmes de vaccination. L'expérience faite avec les changements récents de la politique de traitement du paludisme en Afrique, aux MII, et le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes, révèle qu'une recherche opérationnelle est nécessaire avant l'action.

C'est dans ce contexte que l'UNICEF en partenariat avec les ministères de la santé a décidé d'appuyer six pays de la région africaine, dont le Sénégal à tester l'introduction du traitement préventif intermittent du nourrisson couplé à la vaccination de routine.

Le but général de ce programme de recherche opérationnelle sur le TPI est de générer toutes les informations nécessaires à la modification des politiques et à l'extension du programme accéléré de prévention du paludisme en Afrique, à travers une documentation d'expérience et la compréhension de l'utilité du traitement préventif intermittent chez l'enfant, au sein de divers pays.

Au Sénégal, le Ministère de la santé a retenu de mettre en oeuvre cette étude de faisabilité du traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant de 0 à 1 an dans les districts de Vélingara et Kédougou situés au sud est du pays dans une zone de transmission stable du paludisme.

2. Description du projet

Le Département de Parasitologie de la Faculté de Médecine de l'UCAD, centre de référence du PNLP pour la recherche sur le paludisme apporte son expertise à la réalisation de cette activité de recherche en partenariat avec le Ministère de la santé, l'UNICEF et l'OMS.

a. Les objectifs spécifiques de l'intervention

1. Mettre au point un modèle de mise en oeuvre à grande échelle du Tpi-n au niveau des districts sanitaires de Vélingara et Kédougou.
2. Développer les supports adaptés au système de santé publique pour la formation; la communication et le plaidoyer, la documentation des questions liées à l'approvisionnement, à la gestion et à la distribution de vaccins, des médicaments anti-paludiques et de moustiquaires imprégnées et enfin la planification, la supervision et le suivi de la mise en oeuvre du traitement préventif intermittent chez le nourrisson au niveau district.
3. Evaluer et analyser les attitudes, perceptions, et comportements des agents de santé et des communautés par rapport à l'administration du TPI-n couplée à la vaccination.
4. Documenter l'influence de l'introduction du TPI-n sur la couverture du paquet d'activités du PEV plus.
5. Evaluer les coûts marginaux de l'intégration du TPI-n au PEV de routine dans les districts d'intervention en particulier le rapport coût efficacité.
6. Renforcer le système de pharmacovigilance mis en place dans les districts d'intervention en y intégrant la surveillance des effets indésirables liés au TPI-n.

b. Les sites de l'intervention

Le programme pilote sera exécuté dans les districts de Vélingara et Kédougou situés au sud est du pays dans une zone de transmission stable du paludisme. Ces districts constituent par ailleurs les districts test de la stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant appuyée par l'UNICEF.

Ces districts se caractérisent par un taux de mortalité infanto juvénile très élevée (200 à 205‰ pour un taux national de 121‰).

La population totale de ces deux districts est de 332,625 habitants en 2005 avec une cohorte d'enfants de moins de un an d'environ 12.000 et un taux de ruralité de 88%.

Le paludisme constitue le premier motif de consultation des services de santé qui ont rapporté en 2005, 22,727 cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dont 5,509 chez les nourrissons.

c. Population d'étude ;

Tous les enfants âgés de 0 à 11 mois vivant dans les districts de Vélingara et Kédougou qui fréquentent les services de vaccination seront inclus dans cette recherche.

d. Stratégie d'intervention

La stratégie proposée est de coupler le TPI au PEV de routine. La Sulfadoxine pyriméthamine est la molécule proposée par le Consortium ITPI. Les enfants qui seront vaccinés en stratégie fixe, avancée ou mobile, recevront une dose de SP. Ces médicaments seront reçus en même temps que le Pentavalent 2, le pentavalent3 et les vaccins VAR et VAA. L'étude va se dérouler sur une période de 24 mois.

e. Les différentes étapes de l'intervention :

PHASE 1 : Préparation et planification : Janvier – Octobre 2006

Cette phase sera consacrée au renforcement des Capacités des acteurs, à la mise en place de l'équipe de gestion du projet et du comité de pilotage, à la sensibilisation des acteurs, au développement des matériels et à la collecte de données de base et CAP. Durant cette phase, il est prévu de mener de activités de consolidation de la chaîne d'approvisionnement, du dispositif de vaccination et de micro planification des activités au niveau opérationnel. Un programme de pharmacovigilance sera aussi mis en place dans les districts pour surveiller l'administration de la SP. Tous les agents de santé des districts impliqués dans la gestion du PEV seront aussi formés durant cette phase.

PHASE 2 : Mise en œuvre et suivi : Novembre 2006 – Octobre 2007

Il s'agit de la phase pratique du projet où les acteurs de terrain vont appliquer la stratégie. Durant cette phase, il sera procédé à des visites de supervision et suivi post formation des agents de santé afin de s'assurer de la qualité de l'intervention. La collecte des données va se poursuivre de façon routinière mais aussi par des enquêtes ponctuelles complémentaires au besoin.

PHASE 3 : Evaluation : Novembre 2007– Avril 2008

Différentes méthodes d'évaluation seront utilisées telles que :

- les Enquêtes ménages pour surveiller la couverture, les comportements des malades face aux recours aux soins médicaux et la morbidité,
- les sondages qualitatifs, Discussions de « focus group » (DFG) et entretiens d'informateurs clés (Perceptions, Conformité et Accessibilité communautaires, Perceptions et attitudes des agents de santé
- Enfin des sondages sur les infrastructures sanitaires seront menés pour voir les processus d'approvisionnement et gestion des intrants (vaccins, médicaments..) et les activités de supervision et suivi des activités
- Enquête sur les indicateurs paludométriques et l'anémie

II. REALISATIONS

Dans le cadre de la mise en œuvre pilote du TPi chez le nourrisson au Sénégal, l'administration de la Sulfadoxine –Pyriméthamine (SP) a effectivement démarré tout juste après les sessions de formation des prestataires de soins. Entre le 15 novembre et le 30 novembre 2006 près de 90% des postes de santé avaient déjà intégré la SP au cours des séances de vaccination. Ce rapport rend compte de 7 mois d'activité dans lesquels ont pu être menées

- des activités de supervision conjointe avec le PNLP, la DPM et l'UNICEF
- des enquêtes d'acceptabilité par une équipe de socio-anthropologues
- des activités de communication et sensibilisation des communautés
- des enquêtes de prévalence de l'infection palustre, de l'anémie et de l'incidence des accès palustres au niveau des districts concernés et au niveau du district contrôle
- le recueil régulier des données de pharmacovigilance et de couverture de la SP par rapport au PEV
- et la participation à 3 réunions du réseau des 6 Pays Unicef ayant en commun ce projet en janvier et en avril 2007 à Dakar et en juillet 2007 à Madagascar
- Toutes les réalisations ont été effectuées par le groupe de travail du projet dont les membres sont listés ci dessous

POSITIONS dans le projet	Nom/Affiliation
Point focal Local UNICEF	Drs Babacar Gueye, puis Hassan Yaradou et Ndeye Fatou Ndiaye, UNICEF
Principal Investigateur	Pr. Oumar Gaye (Université de Dakar)
Co – Principal Investigateur	Dr. Jean Louis Ndiaye (Université de Dakar)
coordinateur résistance aux médicaments	Dr Babacar Faye (Université de Dakar)
Superviseurs locaux District	Dr Doudou Sow (Université de Dakar) et Dr Mouhamed Ndiaye (Université de Dakar)
Socio Anthropologiste	Dr Sylvain Faye (Université de Dakar)
Superviseurs évaluation	Youssef MBAYE et Sidy BA (doctorants PhD)
Acceptabilité	
Coordinateur Pharmacovigilance	Dr Youssou Ndiaye (Ministère de la Santé)
Economiste de la Santé	Dr Abdoulaye Baldé puis, Dr Abdou Diop (indépendant)
Point focal du PNLP	Drs Fatou Ba Fall, Sylla Thiam
Point focal DPM	Mr Mamadou Barr
Point focal DPL	Dr Birame Dramé
Point focaux District Vélingara	Dr Babacar Ndoeye, Mr Nicolas Ambroise Gomis
Point focaux District Kédougou	Dr Doudou Sene, Mr Mamadou Sarr
Points focaux District Saraya	Dr Youssou Ndiaye, Mr Bassene

1. Activités de Supervision conjointe :

La formation des différents prestataires qui a eu lieu du 9 au 15 novembre 2006, a été suivie deux à trois jours après du démarrage effectif de la stratégie dans la plupart des unités de vaccination. Il nous a semblé judicieux de démarrer les supervisions intégrées UCAD, PNLP, DPM tout juste un mois après

a. Première supervision du 14 au 29 Décembre 2006 dans les 2 districts

Cette supervision menée par une équipe de la DPM, du laboratoire de parasitologie, et du département de socio anthropologie, a été réalisée juste un mois après le début de l'intervention. A l'issue de cette mission, le problème majeur constaté a été un rapportage sur les outils de gestion qui ne respectait pas la notion de couplage et l'absence des nouveaux outils de gestion dans certains postes de santé à Kédougou. La plupart des ICP enregistrait la première dose de SP administrée en SP1 quel que soit le moment du contact : Penta 2, Penta 3 et VAR/VAA

Des rectificatifs ont été apporté pour le remplissage des données et des outils de gestions intégrant la SP ont été mis en place dans les postes où il n'y en avait pas.

b. 2eme Mission de Rectification des erreurs décelées sur le terrain :

Malgré les rectifications, une confusion subsistait et les équipes cadres de district ainsi que les ICP ont demandé une venue des Investigateurs pour revoir ensemble les outils et s'accorder sur une même nomenclature et le rapportage des outils de gestion..

C'est dans ce cadre que l'équipe du laboratoire de parasitologie s'est rendu dans les différents sites du 02 au 06 février et en a profité pour présenter aux équipes cadres de districts le nouvel économiste de la santé recruté au mois de janvier.

Cette mission a coïncidé avec les réunions de coordination de Kédougou et de Saraya où le problème était plus critique et a également rencontré l'équipe cadre de Vélingara.

c. 3eme supervision réalisée à Velingara du 29 avril au 6 mai :

Points notés :

- La bonne utilisation des outils de gestion
- l'existence de certaines zones non couvertes par la vaccination à Médina Gounass.
- le bon déroulement du premier plan de communication
- la Mise en place des nouveaux cahiers de Tacojo de 200 pages et des registres à feuille autocopiantes intégrant la SP pour le rapport mensuel

Solutions proposées : reprise des activités de l'équipe mobile de vaccination du district de Vélingara

d. 3eme supervision à Kédougou du 14 au 23 juin 2007 :

Cette supervision a permis de déceler :

- Une rupture de SP dans un poste de santé de Saraya
- les nouveaux cahiers de Tacojo et de rapport mensuel non mis en place dans les postes malgré leur disponibilité au niveau du centre de santé de Saraya
- L'existence de zones non couvertes pendant l'hivernage et de zones non encore imprégnées de la stratégie dans la localité de Tomboronkoto

e. Mission pour l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre du deuxième volet du plan de communication du 17 au 22 Juillet 2007

Elle s'est déroulée essentiellement dans le district de Vélingara et avait pour objectif de partager avec l'équipe cadre de district les résultats des supervisions et de l'enquête socio anthropologique pour leur permettre d'élaborer un deuxième plan de communication devant démarrer en août, financé à hauteur de 2 millions par l'UNICEF. Cette mission a permis également de visiter quelques postes de santé à problème et de briefer les ICP dans l'élaboration de micros plans.

Points faibles notés :

- Retard du financement qui explique la difficulté lors de l'exécution du premier plan de communication
- Absence d'élaboration de micros plans par les ICP
- Absence de suivi des directives de la communication : mal utilisation des relais formés
- Absence de mise à niveau des relais par les ICP au niveau des postes de santé
- Faible proportion de la population qui écoute la radio : selon une enquête réalisée dans 120 ménages, il y aurait seulement environ 4% qui écouterait la radio
- Débauchage des relais par certaines ONG, en plein période des activités de communication
- Arrêt des activités de l'équipe mobile du district dans la zone de médina gounass, par manque de logistique ce qui se répercute sur la couverture du poste
- Absence de maîtrise de la cible au niveau de la commune par défaut de spécification des zones de couverture allouées à chaque unité de vaccination

Actions à prendre par l'ECD

- Former les relais réellement utilisés sur le terrain pour la communication
- Renforcer la connaissance des ICP en matière de communication
- Diminuer les émissions radio pour insister sur les autres moyens de communication (Visites à domicile, communication inter personnelle....)
- Délimiter une zone de responsabilité pour chaque unité de vaccination se trouvant au sein de la commune de Velingara
- Organiser une rencontre avec les autorités administratives et le PCR pour trouver une solution à la crise au niveau du poste de santé de wassadou
- Fournir un canevas pour l'élaboration d'un plan de communication à tous les infirmiers chefs de postes
- Evaluer l'impact de la sensibilisation par l'interrogatoire des femmes amenant leurs enfants à la vaccination

2. Communication et sensibilisation :

Les deux districts ont élaboré des plans de communication. Ceci a permis le déroulement de plusieurs activités lors des trois premiers mois de la stratégie.

a. Activités réalisées

- **A velingara:**

1. Un CDD élargi sur le TPI-n présidé par le préfet et assisté par les membres du CDD, les leaders d'opinion et les partenaires
2. orientation du personnel pendant 2 jours pour leur adhésion à la recherche et l'application des directives
3. Journée d'information avec les leaders communautaires
4. Sponsoring de 5 émissions interactives au niveau des radios locales
5. diffusion de 2 séances d'animation publiques
6. Orientation des relais communautaires sur le TPIIn durant les réunions de coordination
7. Inscription à chaque réunion de coordination du district un point sur le TPIIn
8. communication interpersonnelle à l'occasion des séances de vaccination avec l'application du « MERCI »
9. 2 séances d'animation publiques organisées à Paroumba et Saré Coly
- 10.3 spots radios élaborés en langues locales et nationales sur le TPI-n
- 11.9 spots radios produits diffusés
- 12.20 causeries éducatives organisées avec les femmes, les gardiennes d'enfants, femmes allaitantes, grands-mères et les maris



Intervention responsable PEV dans la zone de Sare coly



Mères allaitantes à Paroumba

CIBLES TOUCHEES :

ACTIVITES	CIBLES TOUCHEES			Total
	HOMMES	FEMMES	JEUNES	

CIP	Cibles touchées par la vaccination et gardiennes d'enfants			
20 Causeries	170	310	120	600
4 Séances d'animation publique	180	426	224	830
9 Spots radio	Population			
5 émissions radiophoniques				

- **A Kédougou**

Le budget alloué à la communication a servi essentiellement à une contractualisation avec la radio

Depuis le début de l'implantation quatre émissions radio animées par l'équipe de l'EPS ont eu à parler de la stratégie PEV/TPIIn au cours de ces émissions destinées à toutes les activités du district

Cependant quelques ICP ont eu des initiatives fructueuses en matière de communication et de mobilisation sociale par exemple de Saroudia dans le district de Saraya par l'utilisation de sketch dans certaines écoles pour imprégner les élèves de la stratégie afin qu'ils puissent sensibiliser leurs parents et veiller au respect des rendez vous pour les prochaines séances de vaccination de leurs cadets car les mères n'ayant pas toujours un niveau d'étude satisfaisant pour les honorer. Néanmoins ces activités restent à être documenter et planifier pour qu'ils puissent servir ailleurs au besoin

La majorités des ICP profite du partenariat avec les ONG sur place pour faire passer leur message pendant leur activités car elles ont acquis une forte capacités de mobilisation sociale mais leur activités ne sont pas toujours orientées vers la stratégie PEV/TPIIn d'où la nécessité pour ces ICP de réorienter leur partenariat avec ces ONG. Dans ce district LA LUMIERE et PROFAM sont les principaux collaborateurs

3. Acceptabilité du TPI chez le nourrisson

Rappel des objectifs de recherche

- Documenter le processus de mise en œuvre du TPI-n couplé au PEV de façon effective dans les services de santé.
- montrer si les parents et prestataires ont été bien informés sur le TPI en analysant les processus de communication et de diffusion de l'information sur le TPI dans les milieux concernés
- Documenter tous les facteurs qui sont de nature à aider à mieux comprendre les réactions des prestataires et des communautés, leurs attitudes et comportements face à la mesure qui leur est proposé.
- identifier les effets positifs ou négatifs de l'inclusion du TPI dans le PEV dans la perception des prestataires-bénéficiaires ainsi que la mise en œuvre des activités de santé dans les services de santé
- Documenter les perceptions et comportements des soignants et des communautés a propos de la pharmacovigilance : perceptions des effets aduerses et comportements de reporting

Activités réalisées :

La stratégie de terrain utilisée a consisté en des enquêtes qualitatives à passages répétés. Les investigations sur le terrain ont débuté depuis Décembre 2007 et se sont poursuivies jusqu'en fin Juin 2007. Elles ont pris la forme de séjour de un mois dans les villages et services de santé afin de pouvoir suivre in situ les processus de mise en œuvre de la stratégie lors des séances de vaccination, ainsi que les réactions et points de vue des communautés.

Nous récapitulons dans ce qui suit les différents séjours de terrain menés :

Décembre 2006 : Vélingara : Postes de santé investigués : Némataba, Kandia, Médina Gounass, Paroumba, Ouassadou

Janvier 2007 : Kédougou : Postes de santé investigués : Tomboronkoto, Dindéfélo, Saraya, Nafadji, Kédougou Centre

Février 2007 : Analyses préliminaires et draft d'analyse soumis aux PI

Mars 2007 : Vélingara : Postes de santé investigués : Kalifourou, Linkéring, Kounkané, Diaobé

Avril 2007 : Participation Atelier UNICEF Working group Acceptabilité a Bamako et Meeting annuel du consortium IPTi

Mai-Juin 2007 : Kédougou : Postes de santé investigués : Dalaba, Kédougou Centre, Bandafassi

Juillet 2007 : Participation Atelier IPTi UNICEF a Madagascar. 2^{ème} Draft de rapport d'analyse en cours de rédaction ; Appui au district de Vélingara dans la définition et mise en œuvre du second plan de communication

Durant les différents séjours de terrain, l'équipe de recherche a mené des observations lors de chaque séance de vaccination en stratégie fixe et avancée organisée par le poste de santé. Les observations ont aussi été menées dans les familles. En outre, des entretiens et des focus group ont été menés avec les personnels de soins (ICP, relais, ASC) ainsi que les parents des enfants concernés par le TPI. Nous avons aussi participé, en cas de possibilité, aux équipes de supervision. La grille de supervision utilisée nous a permis d'investiguer la mise en actes des recommandations données.

Quelques résultats

- **Application de la stratégie** : La stratégie est effectivement implémentée depuis Novembre 2006. Tous les postes de santé concernés appliquent le TPI ainsi que le couplage.

- **Connaissances et attitudes au sein des communautés concernant le TPI** : On se rend compte que les populations ont une faible connaissance ou connaissance déformée du TPI, certainement a cause de l'inadéquation ou la faiblesse des stratégies de communications mises en œuvre a un niveau communautaire. Malgré cela, on note qu'il ya une bonne acceptabilité des femmes reçues en séances de vaccination vis-à-vis de l'administration du SP a leur enfant. Même le temps d'attente supplémentaire induit par le rajout du TPI aux séances de vaccination n'est généralement pas perçu de façon négative par les mères. Cela est dû à plusieurs facteurs : couplage au PEV qui est devenu routinier et perçu comme une loi de l'hôpital, effet positif du médicament qui fait baisser la fièvre post-vaccinale. On observe aussi beaucoup de femmes dont les enfants sont hors cible et qui réclament le médicament. Si cela est révélateur d'une bonne appropriation, cela démontre aussi une faiblesse dans l'information.

En matière d'information, la mobilisation sociale a fait défaut. Les districts sanitaires ont utilisé les moyens en mettant l'accent sur la communication de masse, alors que la communication interpersonnelle dans les communautés a beaucoup manqué. Les causeries avant vaccination ou on discute rapidement de TPI ne permettent pas de fixer l'information et ne prennent pas en compte les acteurs importants de la prise de décision au niveau communautaire concernant la santé de l'enfant. Cela peut induire à moyen ou long terme des cas de refus. Jusqu'à présent, les cas de non observance ou les perdus de vue s'expliquent plus par la mobilité des familles, les rites d'allaitement qui demandent à rejoindre la famille d'origine pour la mère. Les cas de refus investigués montre que c'est surtout le PEV en cause (mauvaises expériences antérieures de vaccination.) Si certaines mères perçoivent que le TPI vient contredire la recommandation d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, cela n'a pas induit des refus.

Dans certains milieux comme Médina Gounass qui sont très indexés religieusement, on observe que les populations calquent beaucoup leurs comportements vis-à-vis de la mesure sur les positions ou les recommandations données par le pouvoir religieux. Son exclusion entraîne des blocages dans la mise en œuvre, son implication est un facteur favorisant. Mais l'effet pervers est que les soignants ne sont pas autonomes et ont les mains liées. Les comportements de mise en œuvre sont fortement calqués sur le vouloir des populations, à cause de la forte contrainte présente dans ces milieux : le soignant lui-même a été choisi par le pouvoir religieux. Cette contrainte explique pourquoi l'infirmier ne respecte pas les recommandations et répond favorablement à la demande des femmes, exprimée à travers le représentant du pouvoir religieux en poste au service de santé, pour qu'elles prennent le médicament avec elles et qu'il soit administré à domicile.

- ***Perceptions et comportements de mise en actes du TPI-PEV par le personnel soignant*** : Les données collectées, ainsi que les observations montrent qu'il y a une bonne connaissance du TPI chez le personnel soignant. Les infirmiers sont plus informés sur la mesure. Les ASC et relais ont une connaissance médiocre alors qu'ils sont les plus impliqués dans la mise en œuvre et l'administration du médicament lors des séances de vaccination.

Si on observe que la majorité ou totalité des infirmiers font appliquer la stratégie dans leurs services de santé, cela ne doit pas cacher des modalités de mise en actes qui sont en décalage avec les comportements attendus. Les comportements de mise en actes ne sont pas toujours en adéquation avec les recommandations : TDO non observé, quelques

fois comprimés entier donné, conseil sur les moustiquaires imprégnées non donné. Néanmoins, on note aussi des attitudes positives de soignants qui visent à mieux faciliter l'introduction du TPI. Ces initiatives renseignent sur une adhésion effective et une bonne appropriation. Tout ce qui précède nous pousse alors à considérer que les comportements de mise en actes ne sont pas homogènes et que l'acceptabilité de la stratégie TPI peut prendre des formes multiples selon les postes de santé et la position des personnels chargés de son application. Les comportements observés sont divers et varient en fonction du niveau statutaire, de l'expérience, de la motivation, des contraintes socio-professionnelles, des projections de carrière professionnelle ainsi de la perception par le personnel soignant des opportunités offertes. Le type d'organisation des séances de vaccination ainsi que le type de personnel ou le staff impliqué jouent aussi un rôle important dans la mise en œuvre de la stratégie. Cette stratégie d'organisation des séances de vaccination est elle-même aussi dépendante de l'expérience de l'infirmier, de son niveau statutaire.

Concernant le temps supplémentaire induit par l'activité TPI, on soulignera qu'il est assez varié selon les postes de santé : 20, 30, 40 minutes. Ce temps diminue ou augmente, d'un poste à un autre, selon le type de personnel impliqué et les modes d'organisation de la séance de vaccination. En revanche, la perception de ce temps par les soignants varie en fonction de leur acceptabilité de la mesure, leur adhésion, mais aussi leur niveau statutaire ainsi que leur expérience.

Il faut aussi souligner que le PEV n'est généralement pas mené de façon exclusive. Il est souvent couplé avec d'autres activités de santé dont certaines sont pilotées par des ONG. Ces dernières mettent à la disposition du personnel soignant des relais motivés financièrement, une logistique. C'est donc une opportunité qui permet d'exécuter le PEV surtout en stratégie avancée, si l'on sait que les postes n'ont pas la logistique suffisante. En revanche, la difficulté induite par une telle situation est que ces activités font plus d'intérêt pour le personnel (intérêt financier) que le PEV-TPI qui n'est pas motivé financièrement.

- Effet de l'inclusion du TPI sur le PEV et les activités de routine dans les services de santé : Il est peut être prématuré pour conclure sur cette question. Néanmoins nos observations de terrain ainsi que les discussions menées avec prestataires et bénéficiaires montrent que le TPI est une bonne opportunité pour le PEV, c'est-à-dire qu'il permet d'améliorer la couverture vaccinale : Les parents sont de plus en plus disposés à venir

au PEV dans la mesure où il ya un médicament gratuit qui peut faire baisser la fièvre post vaccinale. Cette question est à approfondir et à documenter davantage.

En conclusion partielle, on peut dire que les communautés s'approprient favorablement la mesure dans leurs comportements au sein des services alors qu'elles n'ont pas toute l'information sur cette mesure. On observe que lors des séances de vaccination, elles sont toujours disposées à recevoir le comprimé du fait que c'est donné pendant la vaccination, et que c'est l'infirmier qui le demande. Cependant, cela nous ferait-il pour autant conclure à une acceptabilité parfaite ? Il nous a semblé que la meilleure manière de bien mesurer de façon qualitative cette question, c'est d'investiguer les perdus de vue aux séances de vaccination. Pour le moment, les cas investigués expliquent la non observance par la mobilité familiale, les mauvaises expériences passées lors des séances de vaccination. Contrairement à la littérature courante, c'est beaucoup plus l'acceptabilité du personnel soignant qui s'est révélé comme le point crucial. Si les communautés, bénéficiaires des programmes de santé publique sont des acteurs dont l'acceptabilité est à documenter et à analyser, les prestataires que sont les soignants sont des maillons essentiels de la chaîne, des acteurs clés dans la domestication des normes ou protocoles proposés : ils sont chargés à la fois d'appliquer les directives de santé publiques proposées dans les formations, et aussi de diffuser l'information aux populations dans leur relation de soins ou lors d'activités de sensibilisation et de mobilisation sociale.

La mise en parallèle entre attendus (normes techniques) et pratiques de mises en actes réelles montre des écarts aux normes assez intéressants. Les performances dans la mise en actes des directives ne se mesurent pas simplement au seul regard des savoirs disponibles, mais relèvent de facteurs bien plus complexes : les soignants, loin d'adhérer de façon inconditionnelle aux directives du TPI, adoptent des comportements selon les contraintes socio-professionnelles, leur expérience, leurs niveaux statutaires, leurs plans de carrière professionnelle. Les mises en actes procèdent aussi souvent de stratégies de légitimation dans le cadre de l'échelle statutaire.

Prochaines étapes : Août à Novembre 2007

- Appui aux districts de Saraya et Kédougou dans la définition et mise en œuvre du second plan de communication
- Évaluation des activités de communication menées dans le cadre de l'introduction du TPI : 1200 questionnaires à administrer dans les trois districts

- Evaluation des perceptions du personnel soignant par rapport au temps supplémentaire induit par le TPI sur le temps de travail (30 soignants tirés dans les trois districts)
- Séjours ponctuels en Septembre pour suivre les séances de vaccination dans quelques postes de santé. Enquêtes au sein des villages pour l'identification des effets secondaires, leurs perceptions et les comportements de reporting par les familles. Un aspect à documenter aussi : est ce que les comportements de mise en actes des soignants et les réactions des parents connaissent une évolution au fur et à mesure de l'implémentation et de la mise en œuvre des activités de communication.
- Préparation et mise en œuvre de l'enquête finale d'évaluation de l'acceptabilité

4. Enquêtes de prévalence et d'incidence:

a. Prévalence

Une étude de la prévalence du paludisme et de l'anémie chez les enfants âgés de 12 à 23 mois a été réalisée dans les districts de Vélingara et de Kédougou du 10 Janvier au 01 Février 2007 et dans le district témoin de tamba du 26 Avril au 6 Mai 2007. le but de cette étude était de recueillir de données de base sur le paludisme dans le but de comparer ces indicateurs après un an de TPI-n.

Les objectifs spécifiques étaient de mesurer à l'aide de Gouttes épaisses, d'un hémocue et des papiers filtres :

- la prévalence de l'infection palustre
- la prévalence de l'anémie
- la prévalence des marqueurs moléculaires de la résistance à la SP,
- les taux de couverture en MII,

Un échantillonnage en grappe a été effectué avec 30 grappes (villages) par tirage au sort au niveau de chaque district. (enquêtes en grappes du PEV) avec un effectif de 21 enfants par grappe

Résultats :

Ainsi 640 enfants ont été recrutés à vellingara, 558 à Kédougou et 659 à Tambacounda

- **Vélingara**

- Sur les 640 GE ,118 étaient positives soit un taux de prévalence 18,4%. 78,2% des enfants ont présenté une anémie sévère à modérée (Hb<7g/dl) parmi les 575 prélevés. Il semble que les enfants de 18 à 23 mois soient plus atteints que les 12-17 mois 56,8% versus 43,2% La couverture en moustiquaire a été évaluée à 71,5%. Toutefois cette bonne couverture ne semble pas avoir d'impact sur l'infection palustre dans la

mesure que l'on trouve la même proportion de couverture chez les enfants parasité que le non parasités (70,3 versus 71,8% respectivement).

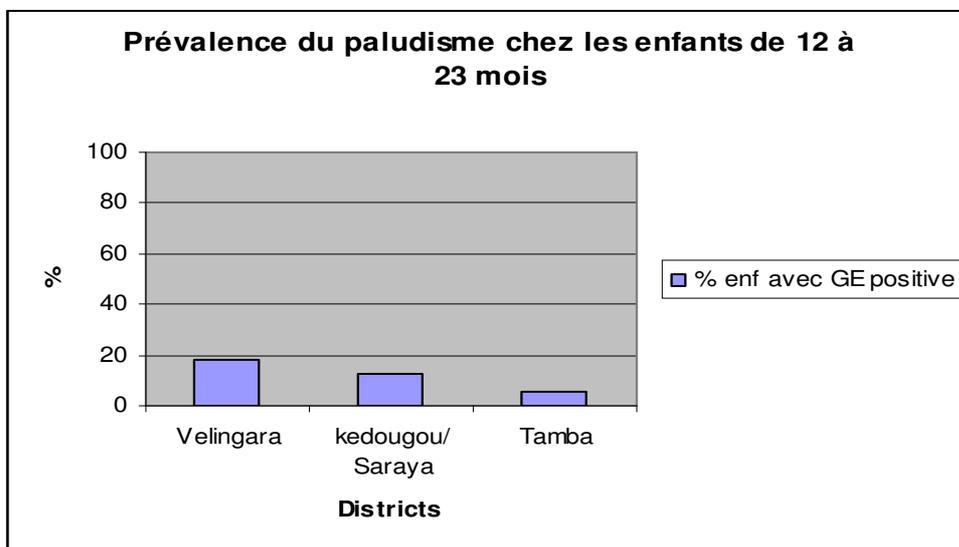
- **Kédougou et Saraya**

on a effectuée 558 GE dont 71 positifs soit un taux de prévalence d'infection palustre de 12,7%. La couverture en MII atteignait dans cette tranche d'âge 77,8%. Environ 92% des enfants ont présenté une anémie sévère à modérée sur les 558 prélèvements examinés grâce à l'hémocue.

- **A Tambacounda**

Nous y avons obtenu le taux de prévalence le plus faible (5,8%) des 3 districts probablement du au fait que cette enquête s'est déroulée à la fin de la saison de transmission.

Figure 1 : Prévalence du paludisme

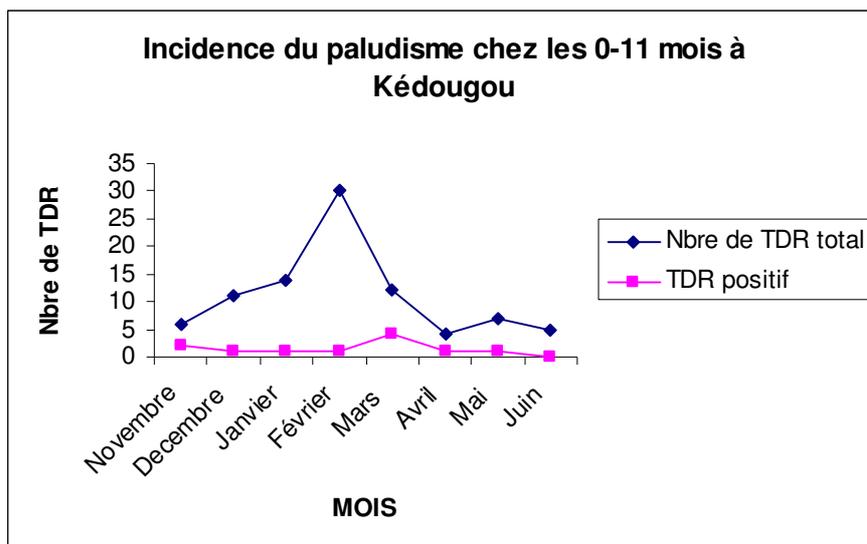


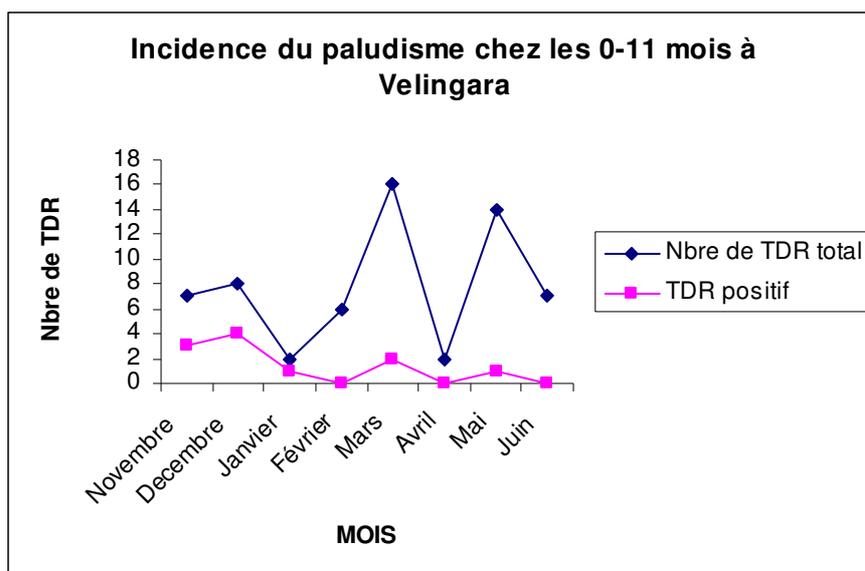
NB : les données concernant les marqueurs moléculaires de résistance à la SP sont en cours d'analyse



Séance de recrutement et de prélèvement dans un village du poste de santé de Paroumba, à Vélingara

b. Incidence



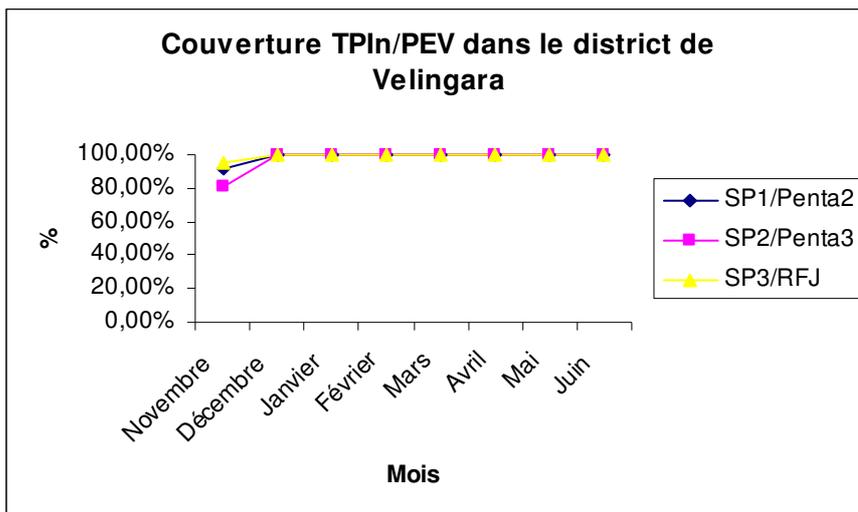


Des tests de diagnostic rapide (TDR) mis en place au niveau des centres de Santé de Vélingara et de Kédougou et de 2 postes de Santé par district ont permis de voir l'évolution des taux d'incidence palustre chez les nourrissons de 0 à 11 mois. Un test paracheck* (99% de sensibilité et de spécificité) était effectué chez tout nourrisson présentant des signes suspects de paludisme. Un taux d'incidence des accès palustres de novembre 2006 à juin 2007 de 12,7% a été noté à Kédougou versus 17,3% à Vélingara dans la même période. Une augmentation de TDR réalisés a été observée dans les 2 districts au mois de février à avril malgré une incidence très faible pourrait coïncider avec un pic des infections respiratoires aiguës habituellement observée à cette période

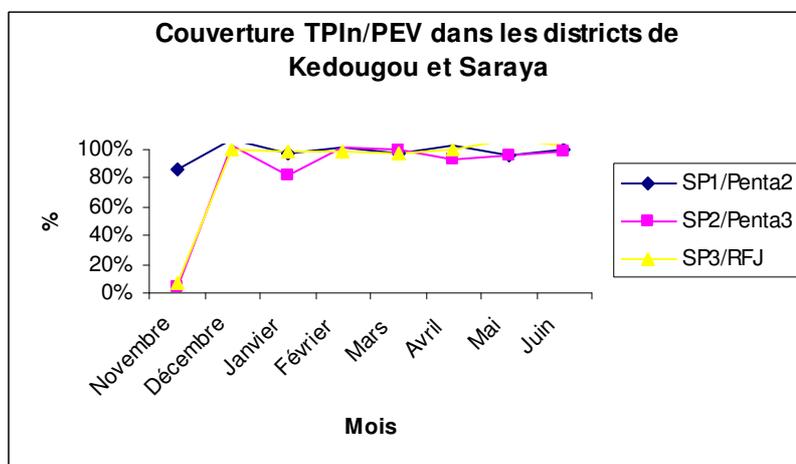
5. Couverture vaccinale TPI-n/ PEV

Depuis le début de la stratégie en mi-novembre, l'administration de la SP s'est bien déroulée d'une manière générale à part les quelques problèmes de reports au démarrage. Les courbes ci-dessous montrent le nombre de doses de SP administrés au moment des séances de vaccination par rapport aux nombres de vaccins penta 2, penta 3 et VAA administrés. Elle ne tiennent pas compte du de la couverture du PEV en tant que telle dans la mesure que souvent la cible du PEV constituée à partir du recensement de 2002 n'a pas été réactualisée dans les districts et ne prend pas en compte les marchés hebdomadaires surtout dans la zone de Diaobé et de Sinthiang Coundar et le Daaka de Médina Gounass

- **A Vélingara :**



• **A Kédougou et Saraya**



Dans les 2 figures, après 2 mois de démarrage les couvertures ont atteint rapidement 100% et sont restés stables de février à juin 2007

6. Participations aux rencontres internationales

a. Atelier sur le TPIIn tenu à Dakar les 4 et 5 janvier 2007

Il s'est tenu dans les locaux du bureau régional de l'UNICEF et a réuni les six pays qui ont débattus sur les différents aspects de la stratégie à savoir la pharmacovigilance, la drug résistance, l'acceptabilité et la communication. Il est ressorti plusieurs points lors de cette réunion :

Economie de la santé : recrutement d'un économiste de la santé local pour qu'il puisse démarrer les activités le plus rapidement possible

Pharmacovigilance

-Chaque pays doit nommer un point focal pharmacovigilance qui va travailler avec l'expert du Ghana qui a été désigné par l'UNICEF pour coordonner toutes les activités pharmacovigilance du projet TPIIn

-Les pays doivent utiliser les systèmes nationaux de notification des MAPI déjà existant

-Les pays vont adopter une surveillance passive des effets secondaires sauf pour le Ghana et le Malawi qui vont faire une surveillance active

-Attention spéciale dans l'investigation des effets secondaires dermatologiques (Stevens Johnson, Rashes....) et les effets secondaires graves (choc anaphylactique, hémolyse

Drug resistance : conduit par le Sénégal et le mali

-Elaboration d'un protocole commun pour tous les pays

-Acheminement de ce protocole dans les semaines à venir

Communication : un spécialiste de l'IEC recruté par le Bénin va se charger d'élaborer un plan de communication qu'il va soumettre aux autres pays

b. Visite de la coordinatrice globale du projet UNICEF TPIIn à Velingara les 02-03 avril 2007

Cette visite a permis à la coordonnatrice régionale basée à New York de rencontrer l'équipe cadre du district de velingara et de visiter certains postes en particulier Wassadou et Saré coly et Kandia

c. Réunion annuelle du consortium IPTi à Dakar les 11 et 12 Avril 2007 :

Cet atelier a réuni pendant deux jours les membres du consortium et les Working Group des six pays qui ont eu à débattre sur les thèmes suivants :

- Analyse des récents essais sur le TPIIn utilisant la SP dans différents pays (Gabon, Ghana, Kenya, Tanzanie, Nouvelle Guinée) et le bilan des essais en cours
- Présentation des différentes stratégies pilotée par l'UNICEF au niveau des Six pays avec une mise au point sur les aspects suivants : Pharmacovigilance, résistance à la SP , Communication , cout-efficacité, et acceptabilité

d. Atelier régional sur le TPI-n à Antananarivo (Madagascar) les 12 et 13 juillet 2007

Lors de cet atelier le Sénégal était représenté par une équipe composée de :

- Dr Jean Louis Ndiaye, UCAD
- Dr Hassane Yaradou, Child Survival, UNICEF
- Mr Sylvain Landry Faye, Socio Anthropologiste, Point Focal Acceptabilité
- Dr Youssoupha Ndiaye, MCD Saraya, Point Focal Pharmacovigilance

A la suite des Country Update, certains engagements ont été pris pour faire avancer et/ou améliorer certains aspects du projet.

- Pharmacovigilance

- le démarrage des activités du Réseau Pharmacovigilance coordonné par le Ghana
- Un consensus sur le format et les détails de la fiche de collecte de données à transmettre au réseau et au consortium, indépendante des fiches de pharmacovigilance adoptées dans chacun des pays
- Le type de communication dans le réseau et avec le consortium et les délais d'envoi des rapports
- Les dates des visites de terrain au Ghana (prévu pour la deuxième semaine du mois d'Août pour le point focal du Sénégal et de Madagascar)

- Acceptabilité

- Harmoniser les protocoles acceptabilité en incluant le Malawi & le Ghana dans le protocole commun des 4 pays francophones
- Démarrer la deuxième phase communication au Sénégal et évaluer le 1^{er} plan de communication
- Observation directe de l'acceptabilité du TPI-n pendant la saison des pluies

- Drug Resistance

- Finaliser le protocole Drug Resistance (Sénégal, Mali, Madagascar)
- Procéder à l'Analyse des Papiers filtres
- Définir les besoins par rapport au DR Group du consortium

- Cost effectiveness

- Recruter 1 économiste de la santé qui devra être engagé à plein temps et démarrer le recueil de données pour le volet Coût efficacité au Sénégal
 - Reporting Systems
- Définir un format de rapport mensuel de 2 pages à partager avec les coordinateurs régionaux et globaux, un draft discuté sur place n'a pu obtenir de consensus
 - Quality Control
- Partager avec le grand groupe le protocole contrôle de qualité de la SP qui existe dans chaque pays et statuer sur l'Assurance qualité qui va être confiée à la LSHTM

7. Pharmacovigilance

Le système adopté est basé sur celui mis en place par le PNLP et les superviseurs PEV sont les points focaux de cette activité qui est coordonnée par le MCD de Saraya

Activités réalisées

- Outils et schéma de notification déjà disponibles
- ECD et ICP orientés

Résultats

- Quelques MAPI notifiés mais essentiellement des effets mineurs et surtout à prédominance localisés au niveau des points d'injection des vaccins
- Aucun effet secondaire lié à la SP encore notifié

8. Contraintes majeures

Les principales contraintes notées ont trait au fait que :

- Les résultats des enquêtes de couverture des données de base effectuées depuis novembre 2006 par la division des Statistiques ne sont toujours pas disponibles
- L'analyse coût-efficacité n'a toujours pas démarré du fait de la démission de l'économiste de la santé recruté et un remplaçant n'a toujours pas été recruté
- Il existe une mauvaise gestion du stock de SP du TPI-n utilisé aussi bien chez la femme enceinte que chez le nourrisson dans certains postes et due au fait que la division Santé de la Reproduction n'achète plus la SP pour les districts
- Il existe un déficit important en ressources humaines dans les équipes cadres de
 - Kédougou : le MCD est en formation à l'ISED, le superviseur PEV : est un technicien anesthésiste et le superviseur SSP est un technicien ophtalmologiste et l'EPS , un agent du service d'hygiène.

- Saraya : en dehors du MCD l'équipe cadre ne compte qu'un membre SSP.

9. Leçons apprises

- Importance d'un engagement fort du personnel de sanitaire pour une appropriation efficace
- En effet les zones où le TPI-n marche le mieux ont été celles où l'ECD a montré une implication propre dans sa mise en œuvre malgré certaines plaintes telles que
 - Augmentation Charge de travail
 - Allongement du temps de travail déploré par certains ICP lors de l'administration de la SP du fait de sa forme comprimé difficile à dissoudre
 - Agenda souvent conflictuel avec les séminaires et autres activités programmées notamment avec les ONG intervenant dans les 2 districts
- Nécessité d'un renforcement du système pour assurer un meilleur
 - Activité locale de communication et sensibilisation
 - Supervision intra district
 - Gestion du TPI-n au sein des districts d'intervention

10. Prochaines étapes

- Analyse des papiers filtre par PCR pour la mesure des marqueurs moléculaires de la résistance à la SP
- Atelier de restitution et d'évaluation à mi-parcours au niveau des trois districts
- Enquête d'évaluation de la première phase de communication par l'équipe socio anthropologique
- Enquête de prévalence du paludisme et de l'anémie chez les enfants de 12 à 23 mois à la fin de l'étude
- Troisième et quatrième supervision dans toutes les unités de vaccination des trois districts
- Renforcement de la pharmacovigilance
- Démarrage de l'analyse coût efficacité
- Evaluation finale