



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Pour l'obtention du Master in Business Administration en Gestion des services de santé

Option : Gestion des Programmes de santé

27ème Promotion

THEME

Contribution à l'amélioration de la gestion du traitement préventif intermittent du paludisme par la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de keur Massar

Présenté par :

Awa SIDIBE

Encadreur :

Dr Malick NIANG

Enseignant associé au CESAG

Année académique 2016-2017

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

✚ mes parents Moussa SIDIBE et Absa KANE

Les efforts consentis pour ma réussite ainsi que celle de tous vos autres enfants sont énormes. Vous n'avez ménagé aucun effort pour notre éducation. Vous nous avez enseigné le culte du travail et de la responsabilité.

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai pour vous. Ce travail est le fruit de vos sacrifices que vous avez consenti pour mon éducation et ma formation. Que Dieu vous garde encore parmi nous très longtemps et en très bonne santé.

✚ mon cher époux Cheikh Tidiane TOURE

Tu m'as soutenu et témoigné ta confiance et ta foi. Ton affection m'a réconforté et soutenu. Je te dédie ce mémoire.

✚ mes frères et sœurs

Boubacar, Pape Arona, Babacar, Adja Sokhna Gaye, Yaye Rama, Ndaté, Absa et Fatou SIDIBE

L'entente, la solidarité et la cohésion familiale que notre père a toujours défendues, demeurent un atout considérable que nous devons à tout prix préserver.

✚ ma belle famille

✚ toute la famille GSS de la 27ème promotion

✚ tout le personnel du PNLP

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma profonde reconnaissance et mes vifs remerciements à:

- ✚ L'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) pour m'avoir permis d'effectuer cette formation au CESAG en m'octroyant la bourse d'étude.
- ✚ Madame Françoise NEBIE, Chef de la Division de la Formation Professionnelle et de l'Emploi (DESFP – DDH) au niveau de UEMOA, chargée du suivi de mon dossier.
- ✚ Professeur Malick NIANG

Notre Maître et Directeur de mémoire, enseignant associé au CESAG, merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail, mais aussi pour vos conseils, vos suggestions constructives et surtout votre accessibilité. Vous m'avez beaucoup soutenu, recevez l'expression de ma reconnaissance et de mon respect. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur.

- ✚ Dr Alioune Badara Gueye, Chef du Bureau Formation Prise en Charge et Pharmacovigilance chargé du FOND MONDIAL

Je vous remercie très sincèrement de m'avoir accueillie au sein de votre unité, de m'avoir accordé votre présence et votre disponibilité quotidienne dans l'élaboration et la conduite de ce mémoire, surtout pour l'interprétation et l'analyse des données. Vous m'avez beaucoup aidé tout au long de ce travail à travers vos discussions éclairantes. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur.

- ✚ Khadija Thiam GUEYE

Merci pour ta disponibilité et tes précieux conseils. J'ai été heureuse de pouvoir bénéficier de ta compétence.

- ✚ Dr El hadj GUEYE chef département CESAG-SANTE, Mme Soukayna GUEYE pour son soutien et tout le personnel enseignant de CESAG SANTE pour la qualité de l'enseignement reçu durant toute la durée de la formation.
- ✚ Pr Boubacar WADE, enseignant associé au CESAG
- ✚ A tous les étudiants de la promotion CESAG SANTE particulièrement la famille GSS 2016-2017.
- ✚ Dr Bouna NDIAYE médecin chef du district de Keur Massar pour m'avoir ouvert les portes de sa structure pour le travail de recherche.

- ✚ Mme Thiaba Cissé BARRO Sage-Femme coordonnatrice de la sante de la reproduction, M. Omar MBOUP point focal du paludisme au niveau du district de Keur Massar et M. Babacar NIANG dépositaire du District. Merci pour votre collaboration et votre accompagnement pendant mon stage.
- ✚ Tous les infirmiers et infirmières Chef de Poste (ICP), Maitresse Sage-Femme et dépositaires des différents postes de santé du district.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES

ANSD : Agence National de la Statistique et de la Démographie

ASC : Agent de Santé Communautaire

CS : Centre de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHN : Centre Hospitalier National

CPN : Consultation Périnatale

CIP : Communication Inter-Personnelle

DSDOM : Dispensateur de Soins à Domicile

EDS IV : Quatrième Enquête Démographique et de Santé

FE : Femme Enceinte

Fig. : Figure

IEC : Information Education Communication

MII : Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide

MFIU : Mort Fœtal In Utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

ODD : Objectif pour le Développement Durable

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PS : Poste de Santé

PECADOM : Prise En Charge des Cas à Domicile

PPN : Petit Poids à la Naissance

PIB : Produit Intérieur Brut

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

RCIU: Retard de Croissance Intra Utérine

SP: Sulfadoxine-Pyriméthamine

SFE: Sage-Femme d'Etat

TPI: Traitement Préventif Intermittent

TPIg: Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse

TPI 1: Traitement Préventif Intermittent première dose

TPI 2: Traitement Préventif Intermittent deuxième dose

TPI 3: Traitement Préventif Intermittent troisième dose

TDO: Traitement Directement Observé

RESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure 1: carte du Sénégal.....	4
Figure 2: Pyramide Sanitaire Nationale	8
Figure 3: carte de la ville de Dakar	15
Figure 4: couverture en TPI du district de Keur Massar en 2016.....	27
Figure 5: couverture en TPI du district de Keur Massar en 2017	28
Figure 6: La répartition des bénéficiaires selon l'occupation professionnelle	34
Figure 7: La répartition des bénéficiaires par commune de provenance	34
Figure 8: La répartition des bénéficiaires selon le niveau d'instruction.....	35
Figure 9 : mode de transmission du paludisme selon les bénéficiaires	36
Figure 10: appréciation de la première CPN chez les bénéficiaires selon le trimestre.....	37
Figure 11: durée de la période de rupture de la SP selon les prestataires	40
Figure 12: Diagramme d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes liées à la rupture en SP	44
Figure 13: le diagramme de PARETO.....	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Infrastructures sanitaires au Sénégal entre 2013 et 2015.....	10
Tableau 2: Priorisation du problème	20
Tableau 3: Nombre de femmes enceintes en CPN consultées au niveau des différentes structures.....	31
Tableau 4: Priorisation des causes	45
Tableau 5: Priorisation des causes par fréquence cumulée.....	47
Tableau 6: Priorisation des solutions	50
Tableau 7: Cadre logique	52
Tableau 8: Plan d'action.....	56
Tableau 9: Budget détaillé des activités.....	59
Tableau 10: Les Indicateurs de Suivi et d’Evaluation	62

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
TABLE DES MATIERES	viii
INTRODUCTION	1
Chapitre1 : Analyse situationnelle	4
I. Analyse de l'environnement externe	4
1. Généralités sur le Sénégal	4
2. Présentation du pays.....	5
2.1 Situation géographique	5
2.2 Situation économique.....	5
2.3. Situation démographique	5
2.4. Administration	6
3. Le système de santé du Sénégal	6
3.1. Organisation du système sanitaire au Sénégal	6
3.2. La politique de santé au Sénégal.....	8
3.3. La situation sanitaire au Sénégal.....	8
4. Présentation du PNLP	10
4.1. Organisation du PNLP	11
4.2. Fonctionnement.....	11
5. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe	12
II. Analyse de l'environnement interne	13
1. Présentation du district de Keur Massar.....	13
1.1. Statut juridique.....	13

1.2. Situation géographique	14
1.3. Démographie.....	14
1.4. Situation socio sanitaire	15
1.5. Infrastructures	15
1.6. Répartition des services	16
1.7. Missions	16
1.8. Objectifs.....	16
1.9. Les partenaires	17
2. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne.....	17
III. Identification et priorisation des problèmes	18
1. Identification des problèmes	18
2. Priorisation	18
Chapitre 2 : cadre théorique de l'étude.....	21
I. Partie A : Problématique.....	21
1. Contexte et justification	21
2. Formulation du problème.....	22
3. Ampleur du problème.....	23
4. Importance du problème.....	24
5. Conséquences du problème.....	24
6. Revue de la littérature	25
7. But de l'étude	26
II. Partie B : Analyse situationnelle du traitement préventif intermittent dans le district de Keur Massar	27
Chapitre 3 : Méthodologie	30
I. Population et type d'étude	30
II. Méthode et techniques d'échantillonnage.....	30
III. Technique de collecte des données	31

IV.	Déroulement de l'enquête	32
V.	Traitement et analyse des données.....	32
VI.	Difficultés et limites de l'étude	32
Chapitre 4 : résultats de l'enquête.....		33
I.	Résultats des questionnaires soumis aux bénéficiaires.....	33
1.	Caractéristiques sociodémographiques	33
2.	Information sur le paludisme et la grossesse.....	36
3.	Sensibilisation sur le paludisme et la femme enceinte.....	37
II.	Résultats des questionnaires soumis aux prestataires	38
1.	Formation sur le TPI	38
2.	Connaissance sur le TPI	39
3.	Observance/Pharmacovigilance	39
4.	Processus de gestion des stocks	39
5.	Information sur la rupture en SP	39
Chapitre 5 : détermination des causes et leur priorisation.....		42
I.	Visualisation des causes liées à la rupture en SP	43
II.	Hierarchisation des causes	45
Chapitre 6 : Plan de mise en œuvre de la solution.....		51
I.	Justification du plan de mise en œuvre	51
1.	Objectif du projet	51
2.	Objectif spécifique	51
II.	Cadre logique.....	51
III.	Plan d'action.....	55
IV.	Budget détaillé des activités.....	59
V.	Les Indicateurs de Suivi et d'Evaluation	61
VI.	Recommandation.....	64
Conclusion		65

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	A
Annexe 1.....	D
Annexe 2.....	J
Annexe 3.....	O

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Le paludisme demeure un problème de santé publique majeur ; l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a enregistré en 2016, 216 millions de cas de paludisme qui ont causé 440 000 décès [18]. Parmi les cinq espèces plasmodiales à l'origine de la maladie, *P. falciparum* est celui qui provoque les cas les plus sévères et la quasi-totalité des cas mortels [1]. L'OMS recommande plusieurs interventions de base pour prévenir l'infection et réduire la morbidité à savoir : la lutte antivectorielle, la chimioprophylaxie, les tests de diagnostic traitement, la promotion et le soutien.

Ces mesures ont visé à protéger les groupes vulnérables que sont principalement les enfants et les femmes enceintes. Pour ces dernières, le Traitement préventif intermittent (TPI) a été recommandé comme une stratégie efficace de prévention du paludisme pendant la grossesse [6].

L'Afrique sub-saharienne enregistre à elle seule 88% des cas des décès [19]. L'OMS recommande des stratégies de prévention pendant la grossesse, basées sur l'administration d'un traitement préventif intermittent (TPI), en raison d'au moins 3 doses de TPI à base de sulfadoxine-pyriméthamine durant chaque grossesse [20]. L'efficacité du TPI à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) a été démontrée en Afrique de l'Ouest [2] et en Afrique de l'Est [3]. Cette efficacité persiste même dans les zones où de quintuples mutations liées à la résistance à SP prévalent chez *P. falciparum*.

Il faudra donc continuer à administrer les TPI à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine aux femmes enceintes vivant dans ces zones [21].

Cependant, nous notons une faible utilisation du TPI pour les femmes enceintes dans certains pays d'Afrique. Parmi les 840 millions de personnes environ à risque de paludisme dans les pays d'endémie palustre de l'Afrique sub-saharienne, il a été estimé que 35 millions de femmes enceintes pourraient tirer avantage des TPI chaque année. Toutefois, au cours de ces dernières années, l'OMS a observé une diminution des efforts pour intensifier les TPI pour les femmes enceintes dans un certain nombre de pays africains [21].

En **2015**, dans les **36** pays africains ayant adopté cette politique de traitement, **31 %** des femmes éligibles avaient reçu au moins trois doses de Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse (TPIg). Il s'agit là d'une forte augmentation par rapport aux **18 %** enregistrés en **2014** et aux **6 %** en **2010**.

Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPIg reste en deçà des objectifs de couverture universelle ; **20 %** des femmes enceintes n'ont pas effectué de consultation prénatale et **30 %** de celles qui ont été consulté n'ont reçu aucune dose de TPIg.

La couverture des interventions reste clairement insuffisante, avec **69 %** des femmes enceintes qui n'ont pas reçu trois doses de TPIg [22].

Le Sénégal est l'un des 43 pays endémiques d'Afrique subsaharienne où le paludisme à *P. falciparuma* a toujours représenté un problème de santé publique pour la population [23].

La prévention du paludisme chez la femme enceinte y constitue une priorité pour les autorités sanitaires nationales, qui ont pour objectif de protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP3 conformément aux directives nationales d'ici 2020. Globalement, la prévention s'est améliorée au cours des cinq dernières années. Le nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes est passé de 6 672 cas à 6 465 [24].

Les couvertures en TPI1 et TPI2 ont connu une amélioration. Cependant, malgré toutes les prévisions, la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du traitement préventif intermittent reste encore faible, le TPI3 tarde à atteindre le niveau attendu (80%) malgré l'augmentation enregistrée au niveau national qui est passé de 25% en 2014 à 45% en 2016.

En 2016, les indicateurs du paludisme ont montré une faible couverture en TPI3 dans les différents districts de la région de Dakar notamment à Keur Massar qui a une couverture de 40,4%, la plus faible de la région médicale de Dakar [25].

Au regard de cette réalité, nous avons envisagé d'effectuer une étude quantitative et qualitative sur l'amélioration de la couverture en TPI à la SP3 dans le district de Keur Massar en vue de déterminer les facteurs qui peuvent être à la base de ce faible accès des femmes enceintes au traitement préventif intermittent (TPI-SP) ; mais aussi d'apporter notre contribution à la prise de décision pour un meilleur accès aux principales interventions antipaludiques chez les femmes enceintes.

Notre démarche consistera à dégager la problématique, puis à rechercher et analyser les causes du problème pour proposer des solutions en vue d'élaborer un plan de mise en œuvre. Enfin nous concluons par les recommandations.

PREMIERE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE
DE L'ETUDE

Chapitre 1 : Analyse situationnelle

I. Analyse de l'environnement externe

1. Généralités sur le Sénégal



Figure 1: carte du Sénégal

2. Présentation du pays

2.1 Situation géographique

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale de l'Afrique, entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Il s'étend sur une superficie de 196 712 kilomètres carrés. Sa position géographique lui confère un climat de type soudano-sahélien avec deux saisons, dont cinq mois pluvieux allant de Mai à Septembre et une longue saison sèche couvrant le reste de l'année [26].

Le Sénégal est limité, au Nord, par la République de Mauritanie, à l'Est, par le Mali, au Sud, par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest, par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom [27].

2.2 Situation économique

En 2015, le Sénégal a enregistré des résultats macroéconomiques solides, avec un taux de croissance de 6,5 % (le plus haut depuis 2003) qui l'a hissé au deuxième rang des pays les plus dynamiques en Afrique de l'Ouest, derrière la Côte d'Ivoire. (8) PIB/tête (2011, ANSD) 526 390 FCFA.

Le Sénégal s'est engagé dans un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Elle met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels [26].

2.3. Situation démographique

Selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), en 2017 la population est estimée à 15 256 346 d'habitants, soit une densité de 78 hbts/km². Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Selon le dernier recensement de 2013, 23 % des habitants du pays sont concentrés dans la région de Dakar (qui couvre 0,3 % du territoire), et 40 % vivent en zones urbaines.

La population croît rapidement : le fort taux de croissance démographique de 2,7 % observé entre 2002 et 2013 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5,0 en 2012-2013) et d'une mortalité infantile en baisse (61 ‰ en 2005, 47 ‰ en 2010-2011 et 43 ‰ en 2012-2013). De cette forte croissance, résulte une extrême jeunesse de la population : l'âge moyen de la population est de 22,7 ans et la moitié de la population à moins de 18 ans (âge médian). Selon la quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV), pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005, le taux brut de natalité est de 39,1 pour mille. En effet, l'indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme).

2.4. Administration

Le Sénégal compte 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, soit un total de 180 circonscriptions administratives. Il compte 543 collectivités locales réparties comme suit : 483 communes, 46 communes d'arrondissement, en plus des 14 régions.

Le pays s'est engagé depuis plus d'une décennie dans un processus de décentralisation qui s'est davantage consolidé avec la communalisation intégrale mise en œuvre en 2013. Cette décentralisation s'est traduite par la suppression de la région en tant que collectivité locale et l'érection du département en collectivité locale. Cependant, il faut noter que cette réforme concerne 42 départements, car dans le cadre de son application, l'Acte III préconise que les départements de Dakar, Pikine et Guédiawaye gardent leur statut. La taille et le nombre des départements varient selon la région [26].

3. Le système de santé du Sénégal

3.1. Organisation du système sanitaire au Sénégal

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales, et périphériques appelés districts sanitaires [27].

❖ Niveau central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions, les divisions, les bureaux (programmes de santé nationaux prioritaires) et des Services rattachés. C'est à ce niveau que sont définies les orientations générales et les priorités en matière de santé [21].

❖ **Niveau Intermédiaire**

Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification.

Le niveau intermédiaire regroupe, outre la Région, direction régionale de la santé ou les régions médicales, Services ou bureau rattachés à ces dernières : l'Equipe cadre de région est dirigée par le médecin chef de région. La région médicale en elle-même couvre plusieurs districts sanitaires [27].

❖ **Niveau périphérique : district sanitaire**

Le district sanitaire est la plus petite aire géographique dans laquelle les programmes de soins de santé primaires peuvent être organisés par des personnels qualifiés.

Le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales [27].



Figure 2: Pyramide Sanitaire Nationale (source PSN paludisme 2016-2020)

3.2. La politique de santé au Sénégal

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et celui des objectifs pour le développement durable (ODD) [27].

3.3. La situation sanitaire au Sénégal

On distingue quatre types d'infrastructures sanitaires :

❖ Le Poste de Santé (PS)

Est le premier niveau de contact des populations avec une structure publique. Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'Etat (IDE) ou une Sage-femme d'Etat (SFE) qui occupe la fonction d'Infirmier Chef de Poste (ICP). Son plateau technique lui permet de dispenser des soins de santé de base. Le poste polarise et supervise un ensemble de structures de santé que sont les cases de santé et maternités rurales situées au niveau villageois et gérées par des Agents de Santé Communautaires (ASC) ou des Matrones.

Toutefois, pour améliorer l'accessibilité des populations à des soins de qualité, le PNLP a développé la stratégie de Prise en charge des cas à domicile (PECADOM) avec des Dispensateurs de soins à domicile (DSDOM) qui agissent au niveau communautaire. Ces structures communautaires font recours au poste de santé en cas d'urgence. Les postes sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communauté rurale ou les villages relativement peuplés [24].

❖ **Le Centre de Santé (CS)**

Second palier du schéma des infrastructures sanitaires publiques, est le niveau de référence des postes de santé. Il est implanté au niveau de la commune. Il polarise et supervise un ensemble de postes. Il est dirigé par un médecin qui assure la fonction de Médecin chef [24].

❖ **Le Centre hospitalier (CH)**

Est le troisième maillon de la chaîne et constitue le recours pour le centre de santé. C'est un établissement public de santé qui a une autonomie de gestion. En fonction de sa localisation, il peut être communal, départemental ou régional. Il est implanté au niveau du chef-lieu de région, de département ou dans une commune et dispense des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales. La norme nationale de couverture est d'un hôpital pour 150 000 habitants [24].

❖ **Le Centre Hospitalier National (CHN)**

Est le dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Il en existe sept au niveau de Dakar, la capitale. Le CHN est une structure sanitaire nationale qui dessert l'ensemble de la population eu égard à son plateau technique très spécialisé et à la diversité de ses gammes de services.

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. Toutefois, mis à part le privé confessionnel, il n'est pas toujours mis à profit en ce qui concerne la mise en œuvre des interventions contre le paludisme. On y distingue le secteur privé à but lucratif et celui non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont présenté une fièvre ou une toux, 16% ont eu un recours aux soins au niveau du secteur privé [24].

Tableau 1: Infrastructures sanitaires au Sénégal entre 2013 et 2015(source PSN paludisme 2016-2020)

Désignation	2013		2014		2015	
	Nombre existant	Nombre fonctionnel	Nombre existant	Nombre fonctionnel	Nombre existant	Nombre fonctionnel
Secteur Public						
Région Médicale	14	14	14	14	14	14
Districts Sanitaires	76	76	76	76	76	76
Hôpitaux	25	23	36	35	36	35
Etablissement Publics de Santé non hospitaliers	6	6	7	7	7	7
Centres de santé	89	89	98	98	99	99
Postes de Santé	1247	1237	1237	1237	1237	1237
Cases de Santé	2 162	2162				
Maternité rurales	129	129				
Sites PECADOM	1992	1992	2115	1851	2115	1926
Secteur Privé						
Clínicas	37	37	46	46	46	46
Cabinets médicaux	555	555	389	389	389	389
Cabinets paramédicaux	570	570	570	570	570	570
Structures d'entreprises	23	23	23	23	23	23
Postes de Santé privé	77	77	77	77	77	77

4. Présentation du PNL

En 1995, le Sénégal a élaboré un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dont les activités ont été intégrées dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007 et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS). Il a été créé avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé, la Banque Mondiale, l'UNICEF, et le PNUD. Le PNL est logé à la Division de la lutte contre la Maladie de la Direction de la santé du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

La mission du PNL est de mettre en œuvre la Politique de lutte contre le paludisme au Sénégal. Dans sa vision le PNL travaille en synergie avec l'ensemble des secteurs afin que le paludisme ne soit plus un fardeau qui freine le développement socio-économique du pays.

4.1. Organisation du PNLP

Le PNLP comprend :

- La Coordination
- Les Bureaux

La coordination est assurée par le Coordonnateur assisté d'un Adjoint, d'un auditeur interne et du secrétariat.

Il existe 6 Bureaux:

- le Bureau Administratif et financier
- le Bureau Partenariat, Promotion de la Lutte contre le Paludisme
- le Bureau Lutte Anti Vectorielle
- le Bureau Prise en charge, Formation et Prévention médicale
- le Bureau Approvisionnement et Gestion des stocks
- le Bureau Suivi-Evaluation et Surveillance épidémiologique

4.2. Fonctionnement

La coordination

Une réunion de coordination se tient une fois par semaine ; elle regroupe le Coordonnateur, son adjoint, les chefs de bureaux, l'auditeur interne et l'assistante. Les chefs de bureaux tiennent des réunions hebdomadaires avec les membres de leurs bureaux. L'unité de coordination qui regroupe tout le personnel du PNLP se réunit une fois par mois, ou chaque fois de besoin sur convocation du coordonnateur. Tous les trois mois, le Coordonnateur rencontre les partenaires stratégiques du PNLP. Cependant, suivant le contexte, le calendrier institutionnel ou événementiel, le coordonnateur peut organiser des rencontres avec les personnes ou services intéressés par le sujet.

Les points focaux

Pour le suivi de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme dans les districts sanitaires, des membres de l'unité de coordination ont été désignés comme points focaux. Chaque point focal a en charge un certain nombre de districts. C'est ainsi que ces points focaux, en plus de leurs tâches quotidiennes, ont pour rôle d'assurer le suivi de la réalisation des activités dans les districts et de répondre aux sollicitations des équipes cadre de districts en vue de leur permettre de résoudre leurs problèmes.

Les commissions

Le PNLP dispose de commissions techniques pluridisciplinaires et multisectorielles qui apportent leurs expertises et accompagnent le programme dans l'accomplissement des missions décrites dans le plan stratégique.

Ces commissions sont :

- a) La commission de la formation
- b) La commission de la recherche
- c) La commission des Interventions à Base Communautaire
- d) La commission chargée du suivi et de l'évaluation

5. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe

L'étude de l'analyse externe nous a permis, de mettre en exergue les menaces et les opportunités

❖ Menaces

- Croissance rapide de la population
- Zone de forte densité démographique à Dakar
- Non-respect de la pyramide sanitaire
- Diminution des ressources allouées par les PTF

❖ Opportunités

- Volonté de l'Etat à améliorer la situation sanitaire du pays
- Environnement politique stable
- Implication des populations au niveau communautaire

II. Analyse de l'environnement interne

1. Présentation du district de Keur Massar

1.1. Statut juridique

Le district sanitaire de Keur Massar a été créé par arrêté ministériel N° **01259 du 12 Février 2010**. C'est l'un des trois districts du Département de Pikine (Région de Dakar) après ceux de Mbao et de Pikine. Le district Sanitaire de Keur Massar épouse les limites administratives de l'Arrondissement des Niayes du Département de Pikine. (Voir Carte en dessous). Il regroupe 4 communes d'arrondissement que sont :

- Keur Massar
- Malika
- Yeumbeul Nord
- Yeumbeul Sud

L'érection de Keur Massar en district est la traduction d'une volonté politique de répondre aux aspirations des populations à pouvoir bénéficier de soins de proximité curatifs et préventifs de qualité. Le défi majeur est donc pour les professionnels de la santé de répondre concrètement à ces attentes.

Les axes stratégiques et les activités prévues s'inscrivent dans les orientations et les politiques définies par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Il s'agit concrètement:

- d'amener les populations à avoir plus confiance au système de santé en réduisant les délais de prise en charge, en améliorant cette prise en charge (accueil, information, réduction des coûts, traitement précoce de la douleur, conditions d'hospitalisation, disponibilité et efficacité des traitements et des services)
- de susciter le réflexe de prévention chez les populations par une véritable politique de communication sociale qui insiste sur les bénéfices sanitaires et sociaux de cette prévention et emprunte les canaux idoines et les valeurs positives de la communauté.

- de renforcer chez les agents de santé leurs capacités à identifier les problèmes de santé, à collecter, à analyser et à transmettre des données exhaustives et fiables à temps, à évaluer les actions sur le terrain, à faire preuve d'empathie et à répondre efficacement aux besoins des populations. Il faut pour cela renforcer en permanence leurs capacités professionnelles, mettre à leur disposition des moyens opérationnels, améliorer leurs conditions de travail, les motiver et les superviser.
- de développer un partenariat dynamique avec tous les segments de la société : l'administration territoriale, les pouvoirs locaux, les femmes, les jeunes, les organisations de la société civile...

1.2. Situation géographique

Le district sanitaire s'étend une superficie de 30km². Il est situé dans la zone des Niayes où le climat est de types subsaharien, frais et humide de Novembre à Juin, chaud et pluvieux de Juillet à Octobre. Le district est limité, au Nord, par l'Océan Atlantique et le District de Guédiawaye, au Sud, par le District de Mboi, à l'Est, par le District de Rufisque, et à l'Ouest, par le District de Pikine.

1.3. Démographie

La population du district est estimée à 561 501habitants en 2017, soit une densité de 18716 hbts/km². La population des enfants de moins de 5 ans est de 91 412habitants et le nombre de grossesses attendues est de 20719.

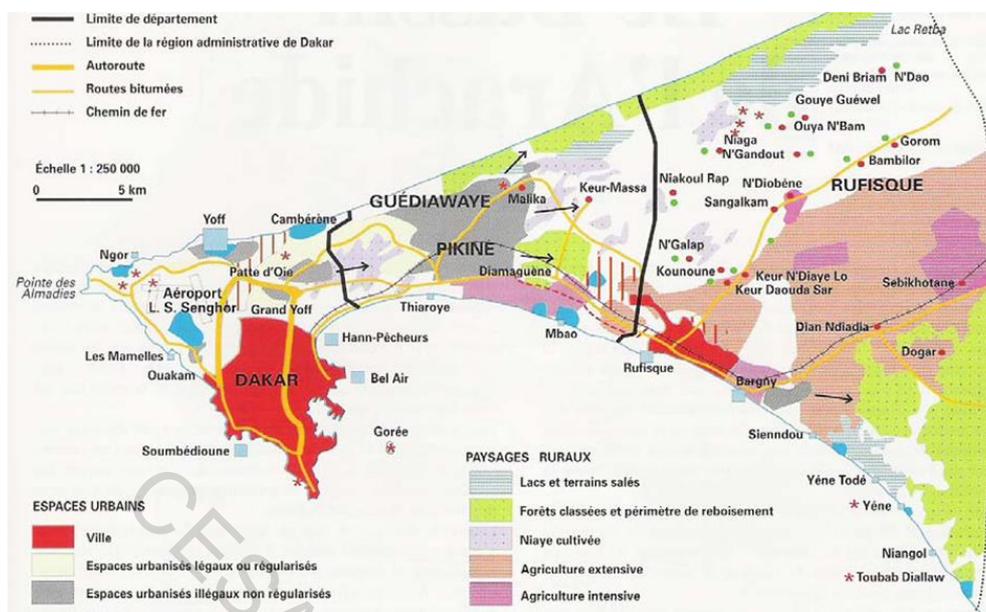


Figure 3: carte de la ville de Dakar source (données du district)

1.4. Situation socio sanitaire

RATIO personnel qualifié (Médecin, Infirmier, Sage-Femme)/POPULATION					
1 Médecin / habitants	1/280750	1 Infirmier / habitants	1/26739	1 Sage-Femme / habitants	1/3774

1.5. Infrastructures

L'offre de santé du district est constituée par :

❖ Structure publique

1 Centre de Santé, siège du district qui a à sa tête un Médecin Chef spécialiste en Santé Publique assisté d'une équipe cadre.

14 postes de santé

17 cases de santé

34 DSDOM fonctionnels

❖ Structures parapubliques

Confessionnelles : 1

Militaires : 1

❖ Structures privées

Lucratives : 49

1.6. Répartition des services

L'organisation des services est regroupée en blocs :

BLOC1 : l'accueil, les consultations externes, les bureaux médicaux, service social, le cabinet dentaire, le service d'hygiène et de sécurité, le gestionnaire, le bureau du Médecin-chef, le secrétariat, la salle de soins, la pharmacie IB.

BLOC 2 : Le Laboratoire, la radiologie, la pharmacie centrale, la salle de conférence, la pédiatrie.

BLOC 3 : la médecine

BLOC4 : la maternité, PEV

1.7. Missions

Le Centre de Santé a pour vocation d'administrer des soins de qualité chez les patients référés par les postes de santé ou qui viennent en consultation. Différentes spécialités sont retrouvées notamment la pédiatrie, l'ophtalmologie. Il existe des vacations en gynécologie et en pédiatrie dont les consultations se font deux fois par semaine ou toutes les semaines.

1.8. Objectifs

Le Centre de Santé a pour objectif :

- ✓ d'assurer des soins médicaux de qualité aux populations.
- ✓ prendre en charge les patients référés par les postes de santé.
- ✓ assurer la formation des étudiants en médecine.

1.9. Les partenaires

Le district travaille en collaboration avec des partenaires que sont l'OMS, l'UNICEF, le Fonds Mondial, le CNLS qui permettent de financer les activités des programmes (PEV, Paludisme, Tuberculose, SIDA).

2. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne

L'étude de l'analyse externe nous a permis, de mettre en exergue les forces et les faiblesses du district sanitaire :

❖ Les forces

- Personnel Qualifié
- Cadre général agréable
- Disponibilité d'un service d'aide au diagnostic
- L'engagement et l'implication du personnel

❖ Les faiblesses

- Forte densité de la population pour 14 PS publics
- Déficit en médecins et SFE
- 49 structures privées dont 3 seulement transmettent leurs données au district
- Accessibilité limité en hivernage
- Absence de certains services comme :
 - Accueil et urgence
 - Bloc opératoire non fonctionnel pour les urgences obstétricales

III. Identification et priorisation des problèmes

Nous avons identifié et priorisé les problèmes recensés au niveau du district de Keur Massar en nous inspirant de la technique du groupe nominal (approche dite par recherche de consensus).

La technique consiste en une réflexion collective, et un vote individuel, avec un groupe de personnes ressources (informateurs-clés), dit groupe nominal.

1. Identification des problèmes

Après avoir eu un entretien avec le personnel et les responsables de l'établissement, nous avons obtenu des informations qui nous ont permis de recenser un certain nombre de problèmes dont les plus fréquents sont les suivants :

- 1- Rupture fréquente de SP
- 2- Méconnaissance de la stratégie par la population
- 3- Non-respect du nouveau calendrier d'administration de SP par les prestataires et les clientes
- 4- Insuffisance dans la CIP sur le TPI
- 5- Recours tardif aux services de CPN
- 6- Non-respect des rendez-vous de prise de la SP
- 7- Utilisation de plusieurs structures durant la grossesse

2. Priorisation

Pour ce qui est de la priorisation du problème, nous avons convenu, avec les membres de l'équipe cadre de district, des critères valides par le groupe pour hiérarchiser les problèmes.

Un groupe de travail a été constitué. Il s'agit de :

- Le médecin chef du district
- Le responsable point focal paludisme du district
- La sage-femme coordonnatrice de la santé de la reproduction
- La sage-femme
- L'étudiante

Nous avons, par la suite, procédé après discussion, au choix du problème prioritaire après avoir trié la liste des problèmes recensés. La priorisation s'est basée sur les critères suivants :

❖ L'importance du problème :

Il s'agit de voir si le problème entrave l'atteinte des objectifs du service ou de l'établissement.

❖ **L'ampleur du problème**

Désigne la fréquence, la récurrence, l'incidence, l'étendue du problème, s'il touche plusieurs secteurs et son impact sur le fonctionnement de la structure.

❖ **La perception du problème**

Désigne comment le personnel ou la structure perçoit le problème et son adhésion à la résolution du problème

❖ **La solvabilité**

Désigne l'existence de solutions possibles, et la possibilité de mise en œuvre des moyens nécessaires à la résolution du problème.

Pour chaque problème identifié, chaque membre du groupe a attribué un certain nombre de points par critère en fonction de l'échelle ci-dessous

Niveau faible = 1 point

Niveau moyen = 2 points

Niveau élevé = 3 points

Tableau 2: Priorisation du problème source (nous-même)

Critères	L'importance	L'ampleur	La perception	La solvabilité	Total	Score
Rupture fréquente de SP	5	5	5	5	20	1 ^{er}
Méconnaissance de la stratégie par la population	3	5	5	3	16	3 ^{eme}
Non-respect du nouveau calendrier d'administration de SP par les prestataires et les clientes	3	3	3	3	12	5 ^{ex}
Insuffisance dans la CIP sur le TPI	3	1	3	3	10	6 ^{eme}
Non-respect des rendez-vous de prise de la SP	5	5	3	1	14	4 ^{ex}
Utilisation de plusieurs structures durant la Grossesse	1	1	3	1	6	7 ^{eme}
Recours tardif aux services de CPN	5	4	5	3	17	2 ^{eme}

Au vu du tableau, le problème prioritaire est celui de **la rupture fréquente de SP** puis vient en 2^{eme} position le problème 7 relatif au Recours tardif aux services de CPN puis en 3^{eme} position la méconnaissance de la stratégie par la population, en 4^{eme} position le Non-respect des rendez-vous de prise de la SP, en 5^{eme} position, le non-respect du nouveau calendrier d'administration de la SP par les prestataires et les clientes, en 6^{eme} position, l'insuffisance dans la CIP sur le TPI et en 7^{eme} position, l'utilisation de plusieurs structures durant la grossesse.

Après cette priorisation, **la rupture fréquente de SP** a été retenue comme problème prioritaire ; problème auquel nous allons tenter d'apporter notre modeste contribution à sa

résolution pour une meilleure prise en charge des cas de paludisme dans le district de Keur Massar.

Chapitre 2 : cadre théorique de l'étude

I. Partie A : Problématique

1. Contexte et justification

Le paludisme est une maladie parasitaire due à un protozoaire du genre *Plasmodium* avec cinq espèces pathogènes pour l'homme : *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*), *P. vivax*, *P. malariae* et *P. ovale* et *P. knowlesi*. Il est causé par la piqûre infectante d'un moustique femelle du genre *Anophèles* qui inocule à l'homme au moment de la piqûre, des sporozoïtes de *Plasmodium*.

Le paludisme reste une maladie infectieuse majeure qui affecte des millions de personnes. Environ deux tiers de la population mondiale vit dans des zones à risque de paludisme [4], menaçant près de 3,3 milliards de personnes dans 109 pays et territoires à travers le monde. Le plus grand nombre de cas et la mortalité la plus élevée sont observés dans 30 pays d'Afrique et 5 pays d'Asie-Pacifique [28]. L'impact humain et économique de la maladie constitue un frein sérieux au développement économique: soit de manière directe par les coûts de santé relatifs aux soins et hospitalisations, soit de manière indirecte par les journées de travail perdues pour incapacité personnelle ou pour s'occuper d'un enfant malade.

L'infection palustre pendant la grossesse représente un problème de santé publique majeur, comportant des risques substantiels pour la mère, le fœtus puis le nouveau-né [21].

Chaque année, près de 25 millions de femmes enceintes, dont 20% de primipares, sont confrontées aux conséquences du paludisme en Afrique subsaharienne. Le placenta en effet est le site préférentiel de séquestration et de développement des plasmodiums pendant la grossesse. La femme enceinte a ainsi une forte susceptibilité d'être infestée par *Plasmodium falciparum*. Ceci se traduit par des épisodes palustres avec une forte densité parasitaire par rapport aux femmes non enceintes [5].

Dans les régions ayant un niveau d'endémicité de *Plasmodium falciparum* modéré à fort, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un ensemble de mesures afin de lutter contre le paludisme et ses effets au cours de la grossesse. **Trois interventions** se sont

montrées efficaces pour réduire la malaria placentaire et par conséquent, l'anémie maternelle ainsi que le petit poids à la naissance (PPN) et ses conséquences :

Le traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) administré au cours des consultations prénatales (CPN), l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) et la prise en charge précoce et correcte des cas chez la femme enceinte [15]. Ces interventions ont été intégrées dans la stratégie mondiale « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) et adoptées dans les politiques sanitaires dans la plupart des pays à endémie palustre [29]. Conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette stratégie préconise l'administration de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) en traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte [30].

Au Sénégal, le paludisme a toujours représenté un problème de santé publique pour la population, en termes de décès liés au paludisme, le Sénégal a enregistré en 2016, 325 cas de décès [25]. Globalement, la prévention du paludisme au cours de la grossesse au Sénégal s'est améliorée au cours des cinq dernières années. Les autorités ont pour objectif de **protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales d'ici à 2020**. La protection de la femme enceinte demeure encore une intervention majeure dans notre politique de santé vu les risques encourus aussi bien par la femme enceinte que par l'enfant qu'elle porte d'autant plus que la grossesse est un facteur qui joue défavorablement sur son système immunitaire [24].

Toutefois, des efforts substantiels doivent être faits dans le domaine du TPI compte tenu des faibles niveaux de couverture révélés par les données d'enquête mais aussi les données de routine. Celles-ci font ressortir un gap encore important entre les premiers contacts CPN et la couverture en TPI-2. Le retour dans les services après le premier contact qui permet l'administration des doses suivantes de TPI demeure aussi problématique comme le montre l'écart entre le TPI-1, TPI-2 et le TPI-3 [24].

2. Formulation du problème

Le Traitement préventif intermittent (TPI) a été recommandé comme une stratégie officielle de prévention du paludisme pendant la grossesse [6].

Il a été adopté après la Conférence d'Abuja (avril 2000) et classé comme une politique officielle avec l'ambition d'une couverture efficace d'au moins 60% chez les femmes

enceintes. Sa mise en œuvre a révélé qu'il réduisait le risque d'anémie chez la mère, de parasitémie placentaire et d'insuffisance pondérale à la naissance.

Depuis octobre 2012, l'OMS recommande que ce traitement préventif soit administré à toutes les femmes enceintes lors des visites de soins prénatales dès le début du deuxième trimestre de grossesse avec au moins 3 doses de TPI à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine durant chaque grossesse [21]. Selon l'OMS, les doses de TPI sont administrées selon le calendrier suivant :

- le TPIg-SP est indiqué à partir du début du deuxième trimestre de grossesse (13^{ème} semaines), en doses répétées à intervalle d'au moins un mois. Chaque femme enceinte devant recevoir au moins trois doses administrées au cours des consultations prénatales programmées, ce jusqu'à l'accouchement (sans crainte d'ictère nucléaire du nouveau-né)
- la dose usuelle de la SP pour le TPIg-SP est de 3 comprimés de SP (500mg/25mg) soit 1500mg de Sulfadoxine et 75mg de Pyriméthamine, à prendre à jeûn ou avec de la nourriture.

L'analyse situationnelle du TPI au niveau du district de Keur Massar par le PNLP, indique que le nombre de 3^{ème} dose administrée (**TPI3 41% en 2016**) est faible par rapport à la 2^{ème} dose (**TPI2 63.3% en 2016**) au niveau des services de soins prénataux du district.

Notre problème se résume à la faible couverture en TPI3 dans le district de Keur Massar. Cela revient à étudier les facteurs qui peuvent être à la base de cette faible couverture.

3. Ampleur du problème

En Afrique subsaharienne, l'OMS, estime en 2015 que 69 % des femmes enceintes n'avaient pas reçu trois doses de TPI-SP [22].

Ce qui fait que la proportion de femmes enceintes recevant les trois doses de SP recommandées reste faible 42,9% au Malawi, en RDC, les femmes enceintes ayant reçu la deuxième dose de TPI reste faible par rapport à la première dose : 36,6% pour TPI-SP1 contre 15,8% pour TPI-SP2. Cette proportion est trop faible par rapport aux projections du PNLP-RDC pour la période allant de 2011-2015 (80% des femmes reçoivent deux doses de SP au cours des visites prénatales) [7].

Au Mali, la couverture nationale du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes TPI2 est de 20% [31].

Au Sénégal, en 2016, la couverture au niveau national du TPI-SP était estimée à 45%. Cependant, nous notons des disparités et des niveaux d'ampleur différents selon les localités. Certaines régions comme Kaffrine, Kaolack, Saint Louis, Sédhiou, Thies et Ziguinchor ont une couverture en TPI-3 supérieur à 45% ; d'autres régions comme Dakar, Diourbel, Fatick, Kédougou, Louga et Matam ont une couverture en TPI-3 qui se situe entre 35% et 45%. Les régions de Kolda et Tamba enregistrent la plus faible couverture en TPI-3 inférieure à 35% [25].

Ainsi au niveau du district de Keur Massar, en 2016, sur les 15 postes de santé du district seul deux (**Maternité Gallo Dia** et **Ainoumady Sotrac**) ont une bonne couverture en TPI3 soit respectivement 61,1% et 65,1% [32].

4. Importance du problème

Le monde est arrivé à un moment décisif dans son combat contre le paludisme. Il est aujourd'hui possible, et urgent, d'accélérer les progrès en réduisant la morbidité et la mortalité dans tous les pays, en augmentant le nombre de pays, territoires et zones exempts de paludisme, et en recensant les approches de réduction de la transmission. Il est possible d'accélérer les progrès en étendant fortement les interventions existantes, en faisant de l'action contre le paludisme une priorité technique, financière et politique, et en maximisant l'élaboration et l'utilisation des nouveaux outils et solutions. Les efforts de prévention et de lutte contre le paludisme contribuent au développement durable, dont ils tirent eux-mêmes profit. Les objectifs visant à réduire la charge de morbidité et à éliminer le paludisme sont étroitement liés à plusieurs des objectifs de développement durable envisagés à 2030.

5. Conséquences du problème

Influence du paludisme sur la grossesse :

Au cours du 1er trimestre

- Avortement
- Aggravation des vomissements

Au cours des 2èmes et 3èmes trimestres

- Avortements tardifs - Accouchements prématurés
- RCIU (Retard de Croissance IntraUtérine)

- MFIU (Mort Fœtale In Utero)

L'infection palustre chez la femme enceinte se caractérise par une anémie maternelle. Les carences nutritives qui en résultent pour le fœtus sont parfois source d'avortements, de retard intra utérine, de mort in utero et de prématurité [8,9]. Au regard des conséquences du paludisme durant la grossesse, il est important que les femmes enceintes vivant dans les zones d'endémie palustre soient sous prophylaxie antipalustre.

6. Revue de la littérature

Des recherches sont actuellement menées afin de comprendre les obstacles du faible accès des femmes enceintes au TPIp-SP.

En RD Congo, (BOPE, V., and MANTEMPE, J.) en 2015 se proposent d'identifier les facteurs associés au faible accès des femmes enceintes au traitement préventif intermittent, malgré des taux d'utilisation des services de consultations prénatales (CPN) souvent élevées, considérées comme des véritables opportunités manquées où les femmes devraient avoir le TPI (Ter Kuile, 2007).

Le recours aux soins prénatals, n'est pas le seul facteur associé à ce faible accès, l'environnement social et économique des femmes, les caractéristiques individuelles, notamment, le niveau d'instruction et les connaissances des femmes en matière de prévention du paludisme sont aussi associés. Le personnel en charge de soins prénatals ainsi que le nombre des visites prénatales (CPN) sont déterminantes dans la prise de TPI-SP via les CPN.

Il convient de signaler aussi l'importance de l'instruction de la femme dans la prise de TPI-SP. En effet, les femmes enceintes de niveau secondaire et plus ont 1,7 fois de chances d'avoir accès aux TPI-SP via CPN que les femmes non instruites.

En ce qui concerne le personnel en charge des soins prénatals, la qualification du prestataire de soins prénatals constitue un facteur associé au faible accès des femmes au TPI-SP en RD Congo. Ce constat peut s'expliquer par le fait qu'un personnel qualifié est doté des connaissances et développent des capacités lui permettant de suivre convenablement les directives de lutte contre ce fléau d'une part, et est capable de donner une éducation sanitaire qui peut susciter l'adhésion des femmes à ce traitement. Ces résultats sont similaires à ceux de (meyo, 2011) au Cameroun, montrant une association significative au seuil de 5% entre la qualification du prestataire de soins prénatals et le non recours au TPI par les femmes enceintes [14].

Le nombre de visites prénatales influence aussi l'accès des femmes au TPI-SP. Selon (Félix Essiben et al), un début tardif de CPN pourrait être incriminé puisque la SP est administrée au décours de celle-ci. Il faut donc débiter le traitement le plus tôt possible en début de grossesse et respecter le délai entre deux prises [10]. L'administration de moins de trois doses de SP s'est révélée être un facteur d'échec du TPIp-SP. Ces résultats sont similaires à ceux de Lia (2013, pp.29) en Afrique Sub-saharienne montrant que le nombre de visites était déterminante dans la prise de deux doses de SP [11].

Au Cameroun, la sous-utilisation de la CPN tient aux barrières financières du fait de la pauvreté rampante en zones rurales. Selon (meyo, 2011), le secteur d'activité est un important facteur de différenciation du non recours au TPI par les femmes enceintes. La proportion de non recours au TPI est de (92,5%) chez celles qui sont sans occupation [14].

7. But de l'étude

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme chez la femme enceinte dans le district de Keur Massar.

II. Partie B : Analyse situationnelle du traitement préventif intermittent dans le district de Keur Massar

Les données récapitulatives du TPI en 2016 et 2017 nous ont permis de faire l'analyse situationnelle dans le district de Keur Massar. Ces données regroupées par trimestre sont représentées sur les **figures 4 et 5**.

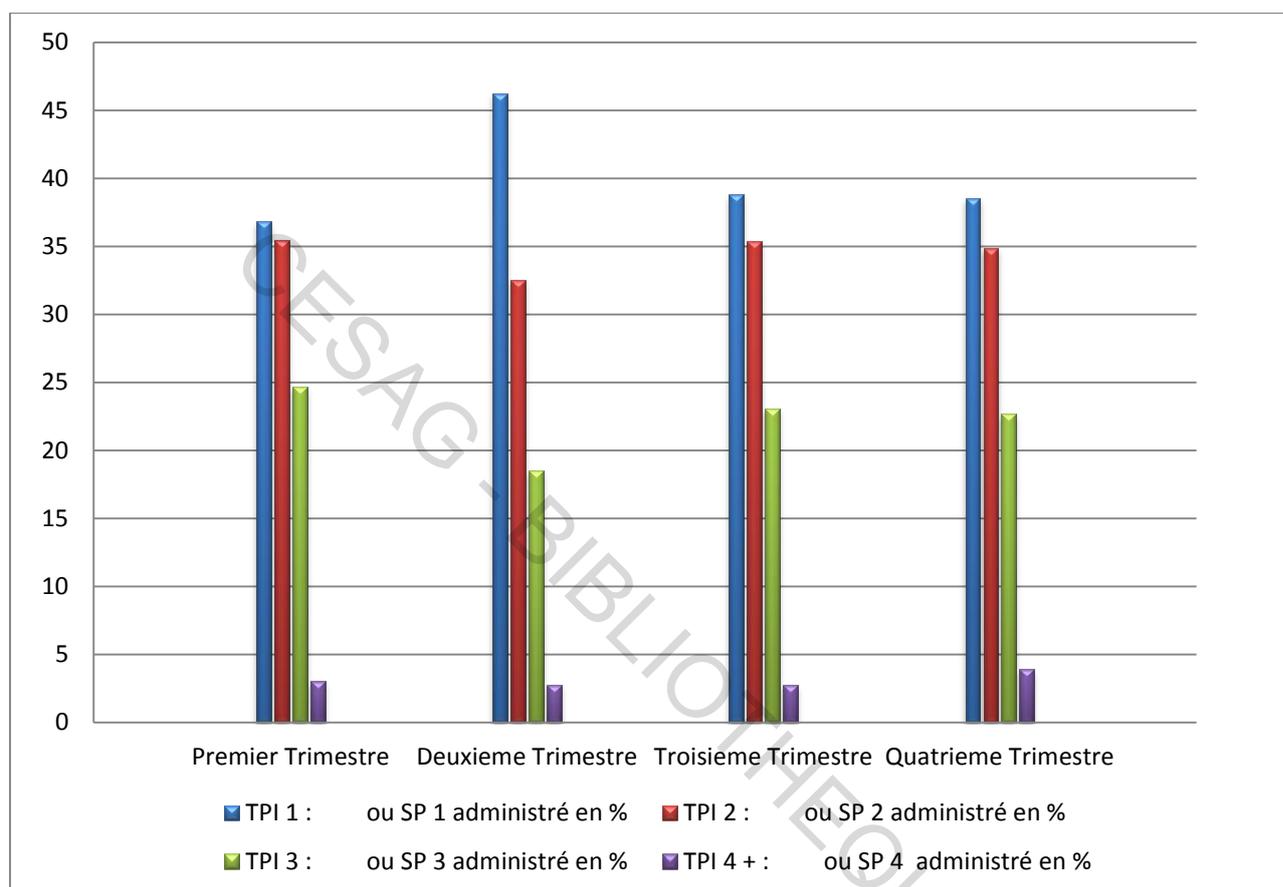


Figure 4: couverture en TPI du district de Keur Massar en 2016 source (données district)

Le nombre de doses de SP administrées aux femmes enceintes durant l'année 2016 est représenté sur la **figure (fig.) 4**. Les données sont regroupées par trimestre. Globalement sur les 4 trimestres nous constatons que la couverture en TPI-1 et TPI-2 tourne autour de 35%, le TPI-3 tarde à atteindre les 25%. Cependant il faut noter qu'au deuxième trimestre la couverture en TPI-1 a atteint les 45%. La même tendance s'observe en 2017 (**fig.) 5**.

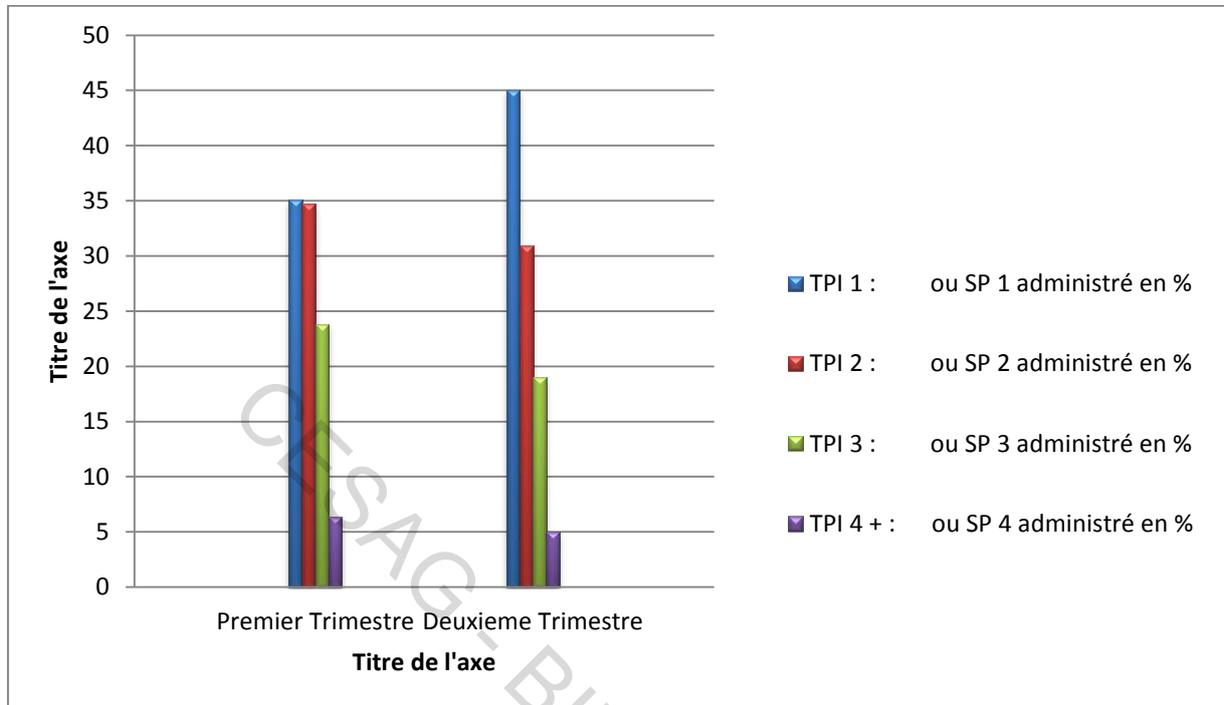


Figure 5: couverture en TPI du district de Keur Massar en 2017 source (données district)

**DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE
L'ENQUETE**

Chapitre 3 : Méthodologie

I. Population et type d'étude

Nous avons effectué une étude quantitative et qualitative sur la base d'une enquête et des entretiens. La population d'étude constituée par :

- les prestataires (sages-femmes et dépositaires) du district de Keur Massar
- les femmes enceintes du district de Keur Massar venant en consultation prénatale, quel que soit l'âge de la grossesse.

II. Méthode et techniques d'échantillonnage

L'enquête a été menée au niveau du Centre de Santé, et Postes de Santé du district.

Les femmes enceintes et les prestataires ont été interviewés sur la base de questionnaires au sortir de la consultation prénatale.

Nous avons effectué un sondage par choix raisonné qui consiste à sélectionner les éléments de l'échantillon en fonction de leur présence à un endroit déterminé et un moment précis. Ainsi pour les besoins de l'enquête, 75 femmes enceintes venues en consultation prénatale, 21 sages-femmes et 11 dépositaires ont été incluses.

Tableau 3: Nombre de femmes enceintes en CPN consultées au niveau des différentes structures source (nous-même)

STRUCTURES	NOMBRE DE FEMMES ENQUETEES
Ainoumady Keur Massar	5
Keur Massar Village	5
PA Keur Massar	5
Yeumbeul Nord	5
Yeumbeul Sud	5
Maternité Gallo Dia	5
Thiaroye Miname	5
Yeumbeul Diamalaye	5
Boune	5
Mame Dior	5
Ainoumady Sotrac	5
Centre de Santé	10
Malika Sonatel	5
Malika	5
Total	75

III. Technique de collecte des données

Pour le recueil des données, nous avons procédé à une enquête via les questionnaires auprès des femmes enceintes et du personnel du district.

Les outils de collecte des données que nous avons utilisés :

- *La revue documentaire* : a essentiellement porté sur divers documents et supports du PNLN, des mémoires, articles et revues portant sur les TPI consultés à la bibliothèque du CESAG.
- *Des entretiens* avec le personnel médical
- *Les questionnaires* (voir annexes) :

Pour le personnel, le questionnaire a été distribué individuellement à chaque participant, afin qu'il le remplisse.

Pour ce qui est des patientes, nous les avons interrogées nous-même.

IV. Déroulement de l'enquête

Notre stage, s'est déroulé du 28 Aout au 22/12/2017. Nous avons été bien accueillies aussi bien par l'équipe du PNLP qu'au niveau du district de Keur Massar.

V. Traitement et analyse des données

Les données ont été traitées et analysées avec le tableur de Microsoft Office (Word et Excel), puis présentées sous forme de tableaux et graphiques. Les questionnaires ont été élaborés grâce au logiciel Epi info.

VI. Difficultés et limites de l'étude

Au cours de cette étude, nous avons été confrontées au manque de disponibilité de certains professionnels de santé.

Chapitre 4 : résultats de l'enquête

I. Résultats des questionnaires soumis aux bénéficiaires

❖ Description des résultats

Nous nous sommes d'abord intéressés aux caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires à savoir:

- l'âge moyen
- l'occupation professionnelle
- le niveau d'instruction
- l'occupation professionnelle de leurs maris

Ensuite, nous avons recueilli l'avis des bénéficiaires sur l'accueil, le niveau d'information et de connaissance des femmes enceintes sur le paludisme et la grossesse à savoir :

- le mode de transmission,
- les manifestations,
- les conséquences du paludisme sur la femme enceinte,
- la connaissance de la SP.

Et enfin, nous terminerons par la sensibilisation

1. Caractéristiques sociodémographiques

❖ L'âge

Nous avons enquêté 75 bénéficiaires âgées de 16 à 42 ans, avec un âge moyen de 27 ans.

Age	Effectifs
Moyen	27
Minimum	16
Maximum	42
Ecart-type	6,77

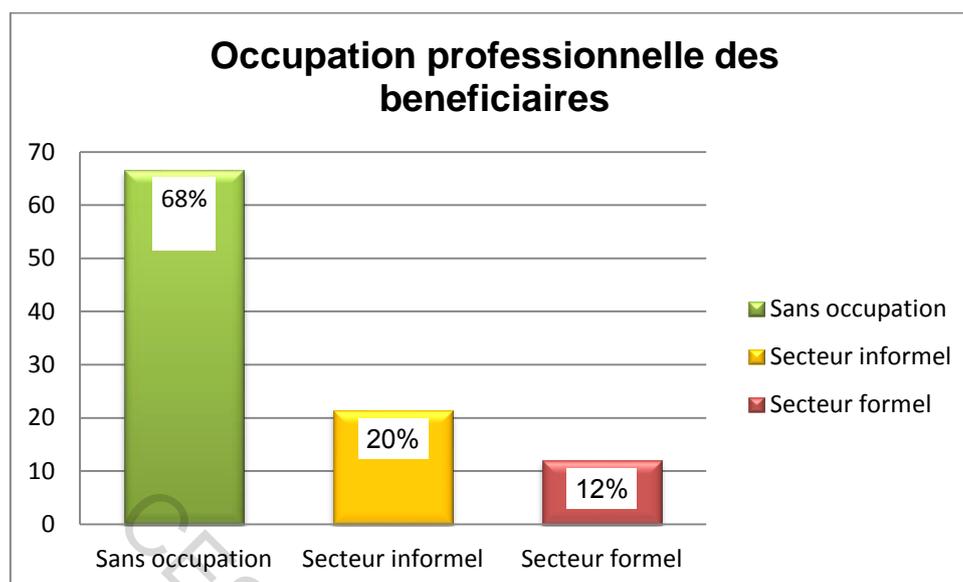


Figure 6: La répartition des bénéficiaires selon l'occupation professionnelle

Sur la **figure 6**, nous constatons que **68%** des bénéficiaires n'ont pas d'occupation professionnelle, **20%** sont dans le secteur informel et **12%** dans le secteur formel.

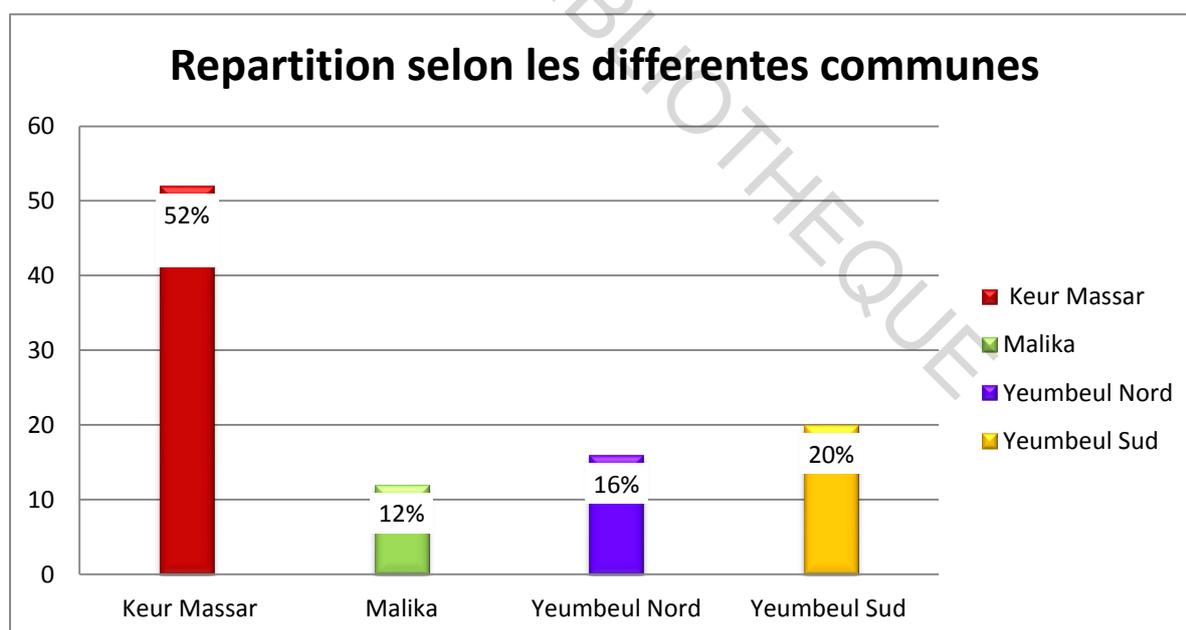


Figure 7: La répartition des bénéficiaires par commune de provenance

Sur la **fig. 7**, nous constatons que **52%** des bénéficiaires proviennent de la commune de Keur Massar, **20%** de la commune de Yeumbeul Sud, **16%** de la commune de Yeumbeul Nord et **12%** de la commune de Malika.

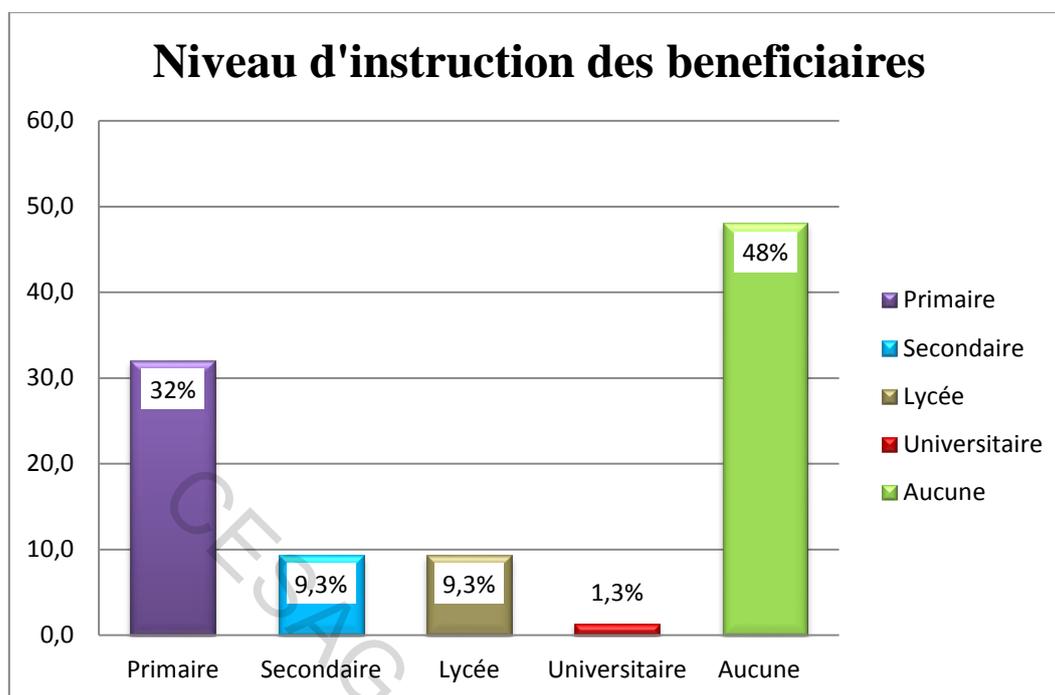


Figure 8: La répartition des bénéficiaires selon le niveau d'instruction

Sur la **fig.8**, nous constatons que près de la moitié des bénéficiaires (**48%**) n'ont aucun niveau d'instruction, **32%** ont le niveau primaire, **9,3%** ont le niveau secondaire et lycéen et **1,3%** le niveau universitaire.

Pour ce qui est de **l'occupation professionnelle des maris**, **84%** des époux des bénéficiaires travaillent dans le secteur informel et **16%** dans le secteur formel.

1. Accueil / Information / Temps d'attente

En ce qui concerne l'accueil et le temps d'attente dans les postes et centre de santé, toutes les bénéficiaires enquêtées (**100%**) ont déclaré être bien accueillies, **66%** d'entre elles jugent le temps d'attente trop long.

2. Information sur le paludisme et la grossesse

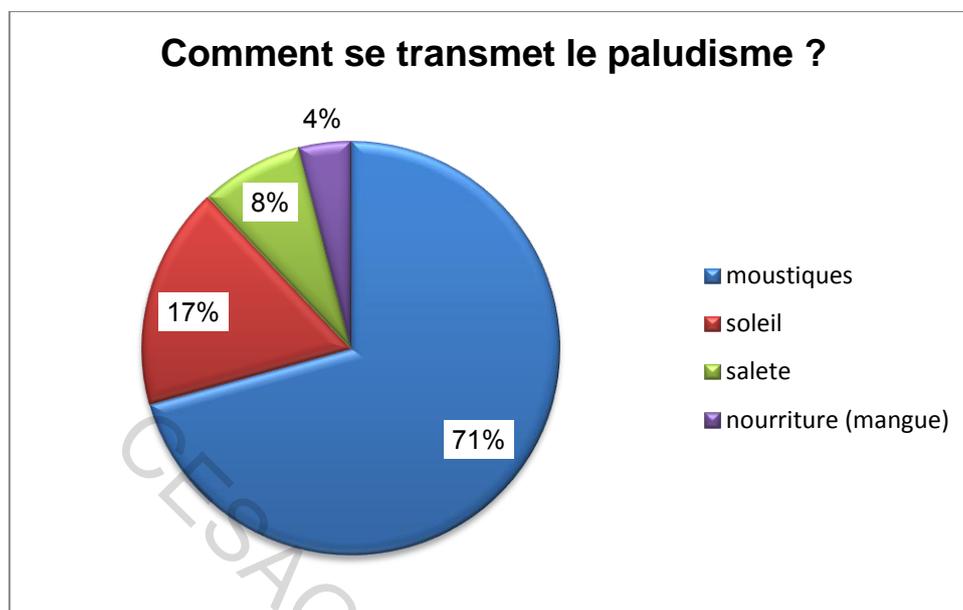


Figure 9 : mode de transmission du paludisme selon les bénéficiaires

Selon l'enquête, **71%** des bénéficiaires connaissent le mode de transmission du paludisme.

Pour ce qui est du niveau de connaissance des manifestations du paludisme et ses conséquences sur la femme enceinte, à l'unanimité, toutes les bénéficiaires enquêtées connaissent les manifestations du paludisme et leurs conséquences sur la femme enceinte.

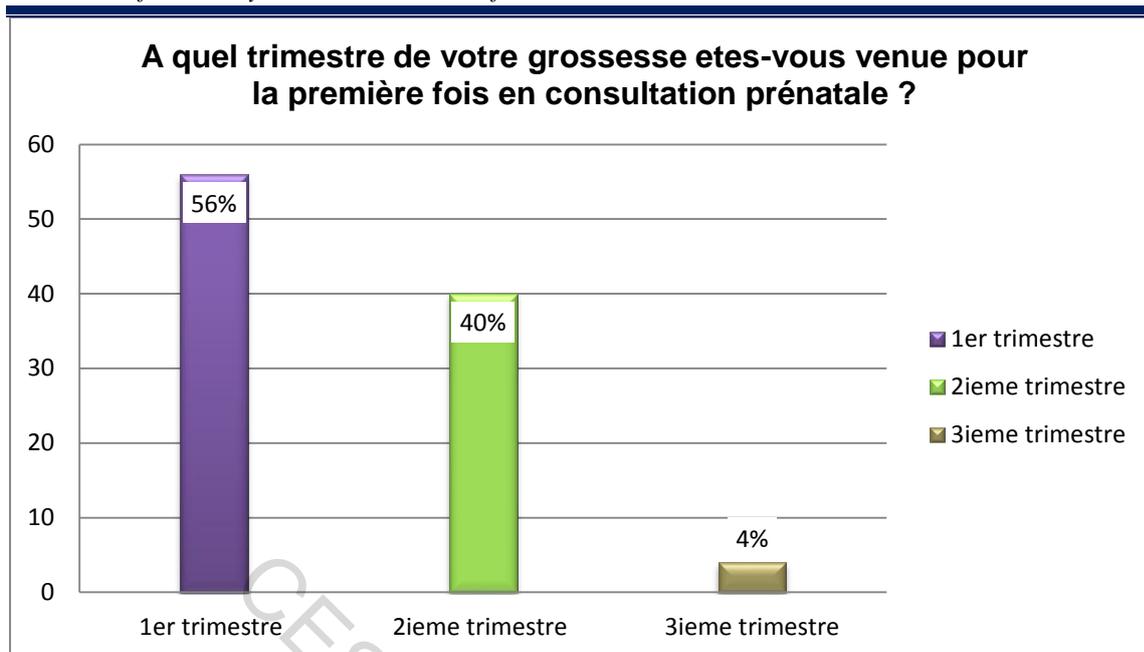


Figure 10: appréciation de la première CPN chez les bénéficiaires selon le trimestre

Selon l'enquête, nous constatons que **56%** des bénéficiaires viennent pour la première fois en consultation prénatale durant le premier trimestre, 40% dans le deuxième trimestre et 4% dans le troisième trimestre.

Pour ce qui est de la connaissance de la posologie de la SP, Nous constatons que **67%** des bénéficiaires connaissent la posologie de la SP par contre les **33%** des bénéficiaires ne savent pas comment prendre la SP.

Pour le **Traitement Directement Observé (TDO)**, nous constatons que plus de la moitié des bénéficiaires (**74%**) n'ont pas pris la SP devant la Sage-femme.

3. Sensibilisation sur le paludisme et la femme enceinte

Pour l'appréciation du niveau de sensibilisation des bénéficiaires, nous constatons que **28%** des bénéficiaires n'ont jamais assisté à des séances d'information sur les moyens de prévention du paludisme chez la femme enceinte et **55%** n'ont jamais vu d'affiches sur la chimio-prévention du paludisme chez la femme enceinte.

❖ Analyse et Commentaires

L'objectif de ce travail a été de contribuer à l'amélioration du TPI du paludisme par la SP chez les femmes enceintes dans le district de Keur Massar par une analyse quantitative et qualitative. La SP est un des moyens les plus efficaces dans la stratégie de lutte intégrée à grande échelle contre le paludisme comme on a pu le constater au niveau du Sénégal [26].

L'analyse de l'occupation professionnelle des bénéficiaires montre que la majorité d'entre elles n'a pas d'activités, donc pas de revenu, associé à un revenu instable de leur mari (84% sont dans le secteur informel). Ce qui peut être un frein pour le retour de ces femmes dans les structures de santé pour le suivi du traitement car l'utilisation des services des soins prénatals pendant la grossesse est influencée par des facteurs liés notamment à l'environnement social et économique des femmes.

En outre, du fait de la faiblesse du niveau d'instruction des bénéficiaires (48% n'ont aucun niveau d'instruction), nous constatons un manque de perception par rapport au suivi du traitement. Par contre, malgré le faible niveau d'instruction, la majorité (71%) connaît le vecteur responsable de la maladie ; même s'il y a une minorité (29%) qui évoque d'autres facteurs comme le soleil, la saleté ou les mangues, comme étant les causes du paludisme.

Par ailleurs, nous pouvons noter que beaucoup de ces bénéficiaires sont peu ou pas informées par rapport aux moyens de prévention du paludisme chez la femme enceinte (28%). Or on connaît bien l'importance de la sensibilisation dans la réussite des programmes de santé.

Un autre point à souligner est le temps d'attente trop long dans les structures de santé (66%), ce qui décourage beaucoup de femmes à y retourner.

II. Résultats des questionnaires soumis aux prestataires

❖ Description des résultats

Les questionnaires soumis aux prestataires (21 sages-femmes et 11 dépositaires) ont porté sur leur formation et le niveau de connaissance sur le TPI, sur l'observance et la pharmacovigilance. Les résultats suivants ont été enregistrés :

1. Formation sur le TPI

Globalement, 86% des prestataires ont suivi des séances de formation sur le TPI.

2. Connaissance sur le TPI

Toutes les sages-femmes enquêtées connaissent le mode d'administration de la SP (au deuxième trimestre dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus).

3. Observance/Pharmacovigilance

Les résultats sur le respect du traitement directement observé (TDO) montrent que 10% seulement des prestataires administrent la SP sous TDO. Et pour l'acceptation de la prise de SP en TDO par les bénéficiaires, **90%** des prestataires jugent que la prise de la SP sous TDO est bien acceptée.

En ce qui concerne la pharmacovigilance, les résultats montrent que : **86%** des prestataires savent comment déterminer l'allergie aux sulfamides, mais seules **81%** d'entre elles recherchent systématiquement les signes allergiques et **29%** des prestataires ont enregistré des cas d'allergie.

Pour ce qui est de la supervision des sages-femmes, les résultats de l'enquête montrent que **48%** des sages-femmes ont été supervisées cette année mais seul **43%** de cette supervision a porté sur le paludisme et le TPI.

4. Processus de gestion des stocks

Pour la gestion des stocks, nous constatons que **86%** des commandes effectués ne sont pas planifiées au début de l'année, **7%** seulement des postes de santé ne tiennent pas compte des paramètres de gestion tels que le point de commande, le délai d'approvisionnement, le stock de sécurité et la consommation moyenne mensuelle pour le lancement de leur commande.

Il faut noter que le délai moyen d'approvisionnement en SP est de **moins de 6 mois** dans tous les postes de santé du district.

5. Information sur la rupture en SP

Les résultats sur la disponibilité de la SP montrent qu'à l'unanimité, tous les prestataires (sage-femme et dépositaire) interrogés déplorent les ruptures fréquentes de la SP.

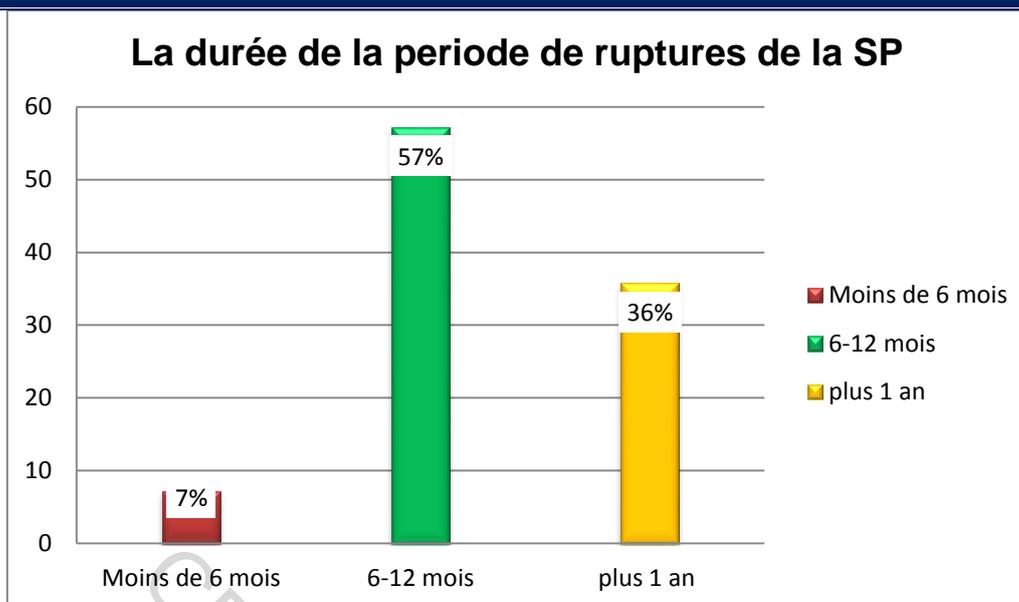


Figure 11: durée de la période de rupture de la SP selon les prestataires

La durée de la période de rupture de **57%** des postes de santé se situe entre **6 à 12 mois**.

❖ Analyse et Commentaires

Les données nous permettent de constater que toutes les prestataires maîtrisent le mode d'administration de la SP et la majorité d'entre elles (**86%**) a déjà suivi une séance de formation sur le TPI. Ce qui montre l'importance de la formation.

Dans le cas de notre étude, les résultats sur l'observance du traitement directement observé (TDO) montrent que **10%** seulement des prestataires administrent la SP sous TDO. Or la stratégie de TDO consiste à observer la femme lorsqu'elle prend les trois comprimés. Ce faible pourcentage du TDO est probablement dû à la rupture de la SP.

En ce qui concerne la pharmacovigilance, les résultats montrent que seul **81%** des prestataires recherchent systématiquement les signes allergiques. Ce qui entraîne un enregistrement et une notification faibles de ces signes.

Pour ce qui est de la supervision, les résultats de l'enquête montrent que plus de la moitié (**52%**) des sages-femmes n'ont pas été supervisée cette année, alors que la supervision permet de corriger certaines imperfections.

TROISIEME PARTIE:
DETERMINATION DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION
IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS
PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Chapitre 5 : détermination des causes et leur priorisation

Dans ce chapitre, nous allons identifier les causes possibles du problème. La recherche des causes d'un problème s'est effectuée à travers un brainstorming avec les différents acteurs.

Le Brainstorming (Remue-Méninges) permet d'élargir notre vision du problème pour identifier les idées de causes possibles. C'est une technique de créativité permettant de produire un maximum d'idées, qui se pratique en groupe et qui a pour objectif la résolution de problème. Il est conçu dans les années 30 par Alex Osborn, qui travaillait pour une agence de publicité américaine.

L'outil pour visualiser les causes possibles d'un problème considère comme un effet est le diagramme de 'causes à effets' également appelé diagramme d'Ishikawa. Ce diagramme est utile, parce qu'il permet d'avoir une vision globale des causes mais également permet de classer les idées émises, en grands chapitres.

Ishikawa propose cinq (5) grandes familles de causes que sont :

- Première famille de causes : **Matières**

Correspond à ce qui est consommable

- Deuxième famille de causes : **Méthodes**

Correspond aux méthodes en rapport avec l'organisation (procédures, consignes, instruction de travail, modes opératoires, etc.);

- Troisième famille de causes : **Matériels**

Correspond aux différents investissements (installation, machines, équipements);

- Quatrième famille de causes : **Milieu**

Correspond à l'environnement (température, hygrométrie, propreté, bruit, éclairage, etc.);

- Cinquième famille de causes : **Main-d'œuvre**

Correspond à tout ce qui est en rapport avec l'action humaine (**compétences, formation, comportement, communication, etc.**).

A la suite de la visualisation des causes, il faut hiérarchiser les causes. L'outil utilisé est appelé **le vote pondéré**.

Démarche du vote pondéré : pour chaque cause identifiée, une lettre lui sera affectée (A, B, C...), chaque participant du vote pondéré dispose de **20 points** maximum et chacun a le droit d'effectuer au maximum **5 points** par cause tout en respectant le principe de l'anonymat.

I. Visualisation des causes liées à la rupture en SP

Causes liées à la matière

- Rupture de la SP au niveau national

Causes liées à la méthode

- Lenteur dans les procédures de commandes au niveau opérationnel
- Mauvaise quantification des besoins
- Lenteur dans le mode d'acquisition de la SP au niveau central

Causes liées au matériel

- Absence d'outil informatique pour la gestion des stocks

Causes liées au milieu

- Difficulté d'accès pour l'acheminement des médicaments

Causes liées à la main-d'œuvre (personnel)

- Faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks
- La sous-notification des bénéficiaires

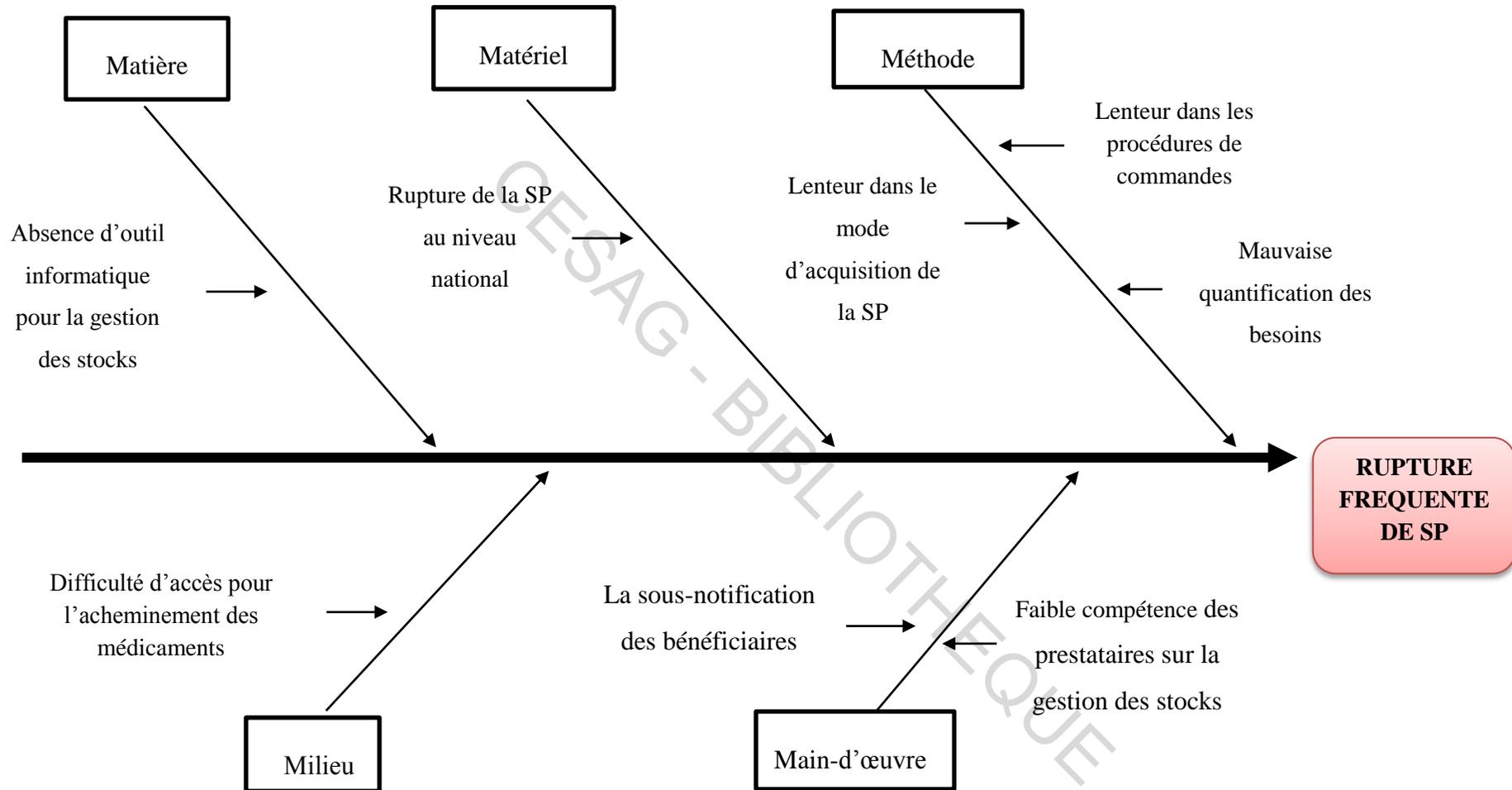


Figure 12: Diagramme d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes liées à la rupture en SP source (nous-même)

II. Hiérarchisation des causes

Résultats du vote pondéré :

Tableau 4: Priorisation des causes

Causes	Notation	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Score	Rang
Rupture de la SP au niveau national	A	5	5	4	14	1
Mauvaise quantification des besoins par les prestataires	B	4	3	5	12	2
Non maîtrise des procédures de commandes au niveau district	C	3	4	3	10	3
Faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks	D	2	4	4	10	3
La sous-notification des bénéficiaires	E	2	3	3	8	4
Lenteur dans le mode d'acquisition de la SP	F	1	2	1	4	5
Absence d'initiative locale pour l'achat de la SP	H	1	1	1	3	6

Au regard de ce tableau, le groupe de travail considère **la Rupture de la SP au niveau national** comme cause prioritaire à la rupture fréquente de SP au niveau du district.

Après cette priorisation, nous avons utilisé le diagramme de PARETO qui est un outil de confirmation. C'est un outil simple et efficace de visualisation, d'analyse et d'aide à la prise de décision, basé sur la LOI DE PARETO ou LOI DES 80/20. Il permet d'identifier clairement l'ordre et l'importance des causes, de visualiser l'ordre de grandeur des anomalies et de choisir sur quoi on doit entreprendre des actions (**courbes 80/20**).

L'observation de PARETO est que : 20% de la population possède 80% de la richesse. Cette observation fut généralisée plus tard : 20% des CAUSES produisent 80% des EFFETS.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 5: Priorisation des causes par fréquence cumulée

Causes	Score obtenu	Fréquence en %	Fréquence cumulée
Rupture de la SP au niveau national	14	23	23
Mauvaise quantification des besoins par les prestataires	12	20	43
Non maîtrise des procédures de commandes au niveau district	10	16	59
Faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks	10	16	75
La sous-notification des bénéficiaires	8	13	89
Lenteur dans le mode d'acquisition de la SP	4	7	95
Absence d'initiative locale pour l'achat de la SP	3	5	100
TOTAL	61	100	

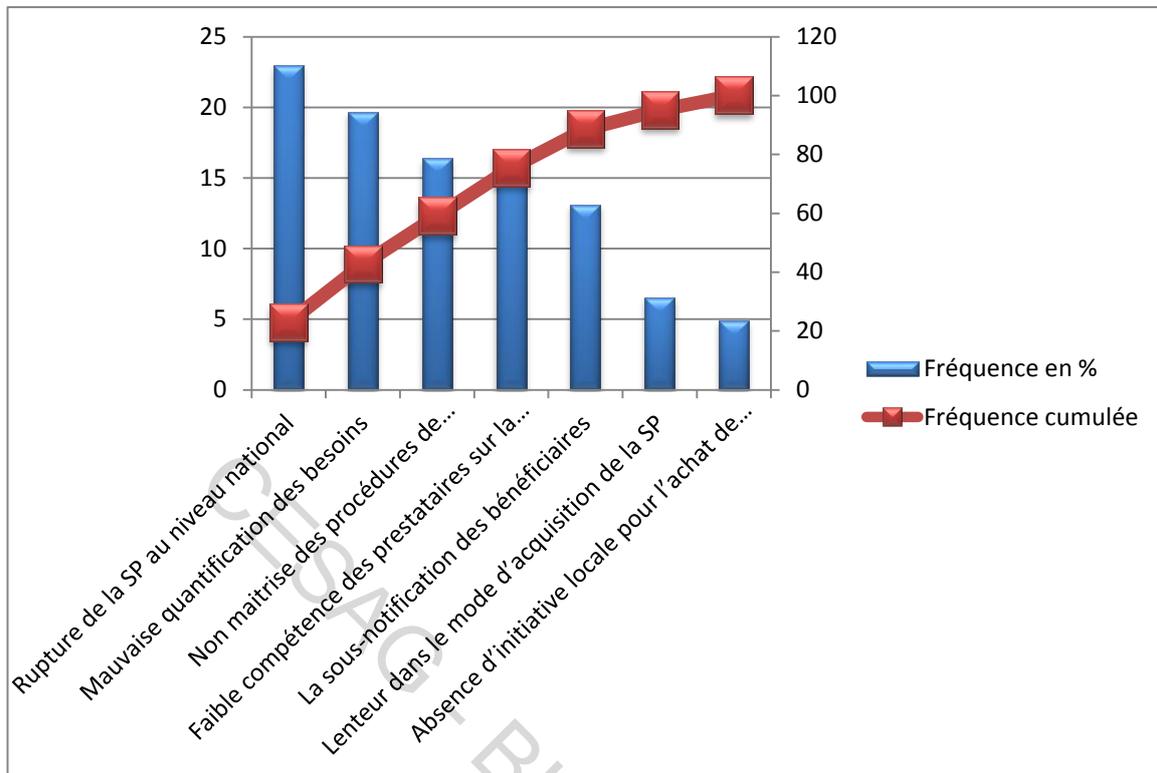


Figure 13: le diagramme de PARETO source (nous-même)

Dans l'analyse de la **figure 13** représentant le diagramme de PARETO, nous pouvons constater que 80% des ruptures fréquentes de SP sont dues à la :

- ✓ Rupture de la SP au niveau national
- ✓ Mauvaise quantification des besoins par les prestataires
- ✓ Non maîtrise des procédures de commandes au niveau district
- ✓ Faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks

❖ Identification et priorisation des solutions

A la suite du Brainstorming, le groupe de travail a proposé les solutions suivantes :

- ✓ La formation du personnel dans la gestion des médicaments ;
- ✓ Mise en place des outils de gestion des médicaments ;
- ✓ Disponibilité de la SP au niveau du district ;
- ✓ Uniformisation des outils de gestion dans les postes de santé du district ;
- ✓ Sensibilisation des chefs de services ;
- ✓ Le recrutement du personnel.

Le choix de la solution à appliquer en vue de résoudre le problème, s'est basé sur les critères suivants :

- la solution retenue est-elle réalisable ?
- la solution retenue va-t-elle permettre au district d'améliorer la couverture en TPI chez les femmes enceintes ?
- la faisabilité financière de la solution retenue ?

Priorisation et choix de la solution

Coût faible = 3, Coût moyen = 2, Coût élevé = 1

Efficacité : grande = 3, moyenne = 2, minime = 1

Impact : court terme = 3, moyen terme = 2, long terme = 1

Tableau 6: Priorisation des solutions

Solution	Critères			Score
	Réalisable	Résolution du problème	La faisabilité financière	
La formation du personnel dans la gestion des médicaments	3	3	2	8
Mettre en place des outils de gestion des médicaments	3	1	2	6
Disponibilité de la SP au niveau du district	3	2	3	8
Uniformiser les outils de gestion dans les postes de santé du district	2	2	1	5
Sensibiliser les chefs de services	3	1	3	7
Le recrutement du personnel	1	2	1	4

Le groupe de travail retient comme solution prioritaire **la formation du personnel dans la gestion des médicaments** et **la disponibilité de la SP au niveau du district** pour améliorer la couverture en TPI-SP chez la femme enceinte au niveau du district.

Pour le plan de mise en œuvre de la solution, après analyse, nous avons choisi **la formation du personnel dans la gestion des médicaments**. En effet, compte tenu du fait que **la disponibilité de la SP** n'est pas du ressort du district.

Chapitre 6 : Plan de mise en œuvre de la solution

Cette partie comportera un cadre logique, un plan d'action, une budgétisation et un volet suivi-évaluation.

I. Justification du plan de mise en œuvre

1. Objectif du projet

Contribuer à l'augmentation de la couverture en TPI-3 chez la femme enceinte au niveau du district de Keur Massar.

2. Objectif spécifique

- Porter le taux de couverture en TPI-3 de **41%** à **70%** de Jan à Déc. 2018 chez les femmes enceintes au niveau du district de Keur Massar
- Assurer la disponibilité de la SP dans 100% des postes de santé du district.
- Faire passer le taux d'achèvement des TPI de **56,9%** à **70%** de Jan à Déc. 2018 dans le district de Keur Massar

II. Cadre logique

C'est une représentation des principes du programme qui traduit la conversion des intrants en activités, des activités en produits, des produits en résultats et des résultats en impact;

Il permet :

- ✓ l'identification des facteurs de succès ;
- ✓ de fournir la base pour l'évaluation d'un programme.

Tableau 7: Cadre logique

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
Objectif général	Contribuer à l'augmentation de la couverture en TPI-3 chez les femmes enceintes au niveau du district de Keur Massar.	Proportion de femmes enceintes ayant reçu le TPI3.	Fiche mensuelle TPI	Disponibilité de la SP
Objectifs spécifiques (Effet)	OS1 Porter le taux de couverture en TPI-3 de 41% à 70% de Jan à Déc. 2018 chez la femme enceinte au niveau du district de Keur Massar	Proportion de femmes enceintes ayant reçu le TPI3.	Fiche mensuelle TPI	Disponibilité de la SP
	OS2 Assurer la disponibilité de la SP dans 100% des postes de santé du district.	Pourcentage de disponibilité de la SP	Fiche de stock de la SP	Engagement des acteurs du PNLP, de la PNA et du district
	OS3 Faire passer le taux d'achèvement des TPI de 56,9% à 70% de Jan à Déc. 2018 dans le district de Keur Massar	% de femmes enceintes ayant reçu les 3 doses de SP	Registre des CPN	Adhésion des femmes enceintes à la stratégie

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
Résultats (Extrants)	R1 : Environ 3500 femmes enceintes sensibilisés sur la SP pendant l'année	Nombre de femmes enceintes sensibilisés sur le nombre total	Registre des activités de sensibilisation	Adhésion des femmes enceintes
	R2.1 : 21 SFE sont formées sur la gestion des médicaments.	Nombre de SFE formes sur le nombre total	Rapport des activités de formation	- Adhésion des chefs de service, SFE et des dépositaires
	R2.2 : 14 dépositaires sont formés sur la gestion des médicaments.	Nombre de dépositaires formes sur le nombre total		
	R2.3 : 100% des commandes mensuelles de SP du district sont faites	Pourcentage de disponibilité de la SP	Fiche de stock de la SP	PNA, PNLP
	R2.4 : Les 14 postes de santé sont dotés en SP	Nombre de postes santé dotés en SP sur le nombre total	Rapport de supervision / grille de supervision	PNLP
R2.5 : Une mission de supervision semestrielle effectuée dans les dépôts de médicaments et les postes de santé	Nombre de dépôts de médicaments et les postes de santé supervisés sur le nombre total			

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
Résultats (Extrants)	R3 : le suivi des 43% FE irrégulières en CPN effectué	Nombre de perdues de vue retrouver sur le nombre total	Cahier de CPN	Adhésion des femmes enceintes
Activités	A1 : Organiser une session de sensibilisation à l'endroit de 20 FE sur la SP tous les mois par poste de santé	Nombre de femmes enceintes ayant participé à la séance sur le nombre de femmes prévus	Rapport des activités de sensibilisation	District ASC, Badienou-gokh
	A2.1 : Organiser une session de formation de 21 SFE sur les techniques de gestion des médicaments	Nombre de SFE formés sur le nombre prévu	Rapport des activités de formation	Adhésion des SFE et des dépositaires Disponibilité de la SP
	A2.2 : Organiser une session de formation de 14 dépositaires sur les techniques de gestion des médicaments	Nombre de dépositaires formés sur le nombre prévu	Rapport des activités de formation	
	A2.3 : Faire des commandes mensuelles de SP pour le district au niveau de la PRA	Nombre de commandes faites sur le nombre prévus	Bon de commande	
A2.4 : Doter en SP chaque mois les 14 postes de santé du district	Nombre de structures dotées sur le nombre total de structure du district	Bon de livraison		

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
Activités	A2.5 : Organiser chaque semestre des missions de supervision des postes de santé et des dépôts de médicaments	Nombre de supervisions effectuées sur le nombre prévu	Rapport des activités de supervision	PNLP
	A3 : Assurer le suivi des 43% FE irrégulières en CPN	Nombre de FE irrégulières retrouvé sur le nombre total	Registre de CPN	District
Intrants	Ressources Humaines Ressources Financières SP, Matériels pour TDO Supports IEC			

III. Plan d'action

Notre plan d'action s'articule autour de 6 rubriques citées ci-après:

- ✓ les activités à mener pour la réussite de la solution retenue ;
- ✓ la période des activités ;
- ✓ les résultats attendus ;
- ✓ les ressources humaines et matérielles nécessaires pour la mise en œuvre ;
- ✓ les personnes responsables ;
- ✓ le budget ;
- ✓ les sources de financement.

Tableau 8: Plan d'action

Activités	Résultat attendu	Période	Ressources nécessaires	Responsable	Budget	Source de financement
<p>-Organiser une session de sensibilisation de 20 FE sur la SP tous les mois par poste de santé</p> <p>-Sensibiliser les maris, les délégués de quartier et les leaders communautaires sur la SP</p>	<p>3360 femmes enceintes sensibilisés sur la SP dans l'année</p> <p>Les maris, les délégués de quartier et les leaders communautaires sont sensibilisés</p>	Janv. 2018 à Déc. 2018	<p>-Une SFE</p> <p>-Badienou-gokh</p> <p>-Affiche sur le TPI</p> <p>Les relais communautaires</p>	La sage-femme coordonnatrice de la santé de la reproduction	920 000	District
Organiser une session de formation de 21 SFE sur les techniques de gestion des médicaments	21 SFE sont formées sur la gestion des médicaments.	Janv. 2018	<p>-1 expert en gestion des médicaments</p> <p>-Matériel et documents de formation</p> <p>- une salle pour la formation</p>	Médecin chef du district	960 000	District de Keur Massar

Contribution à l'amélioration de la gestion du traitement préventif intermittent du paludisme par la SulfadoxinePyrimethamine chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de keur Massar

Activités	Résultat attendu	Période	Ressources nécessaires	Responsable	Budget	Source de financement
Organiser une session de formation de 14 dépositaires sur les techniques de gestion des médicaments	14 dépositaires sont formés sur la gestion des médicaments.	Janv. 2018	-1 expert en gestion des médicaments -Matériel et documents de formation - une salle pour la formation	Médecin chef du district	960 000	District de KeurMassar
Faire une commande semestrielle de 10 000 tablettes de SP pour le district au niveau de la PRA	10 000 tablettes de SP commandés chaque semestre	Janv 2018 a Dec 2018	-La SP -1 gestionnaire des médicaments	Médecin chef du district La sage-femme coordonnatrice de la santé de la reproduction	4 500 000	District de Keur Massar

Contribution à l'amélioration de la gestion du traitement préventif intermittent du paludisme par la SulfadoxinePyrimethamine chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de keur Massar

Activités	Résultat attendu	Période	Ressources nécessaires	Responsable	Budget	Source de financement
Doter en SP chaque mois les 14 postes de santé du district	Tous les PS sont dotés en SP chaque mois	Chaque mois à partir de Mars 2018	La SP	La sage-femme coordonnatrice de la santé de la reproduction	-	District de Keur Massar
Organiser chaque semestre des missions de supervision des dépôts de médicaments et des postes de santé du district	Deux missions de supervisions ont été effectuées dans les postes de santé	Juin 2018 et Déc. 2018	Personnel du PNLP Prise en charge (perdiems) Logistique Fiches de supervision	Coordonnateur du PNLP	140 000	PNLP
Assurer le suivi des 43%FE irrégulières en CPN	le suivi des 43% FE irrégulières en CPN effectué	De façon continue	1 Badienou-gokh	La sage-femme coordonnatrice de la santé de la reproduction	25 000	Communautaire ou district

IV. Budget détaillé des activités

Tableau 9: Budget détaillé des activités

Désignation	Quantité	Nombre	Prix unitaire FCFA	Montant FCFA	Source de Financement
Activité 1					
- Affiches sur le TPI	500	1	1000	500 000	PNLP
-Badienou-gokh	1	12	5000	60 000	
-un local	-	-	-	-	
-Honoraire du chargé de la sensibilisation (SFE)	1	12	10 000	120 000	
-Collation	20	12	1000	240 000	
Sous-total 1				920 000	
Activité A2 et A3					
Perdiems					District de Keur Massar
- SFE	21	5	7 500	787 500	
-Dépositaires	14	5	5000	350 000	
- Honoraire du chargé de formation	1	5	22 500	112 500	
-Pause-café /déjeuner	35(21+14)	5	3000	525 000	
-Matériel didactique	-	-	-	20 000	
-Location salle	1	5	25 000	125 000	
Sous-total 2				1 920 000	

Contribution à l'amélioration de la gestion du traitement préventif intermittent du paludisme par la SulfadoxinePyrimethamine chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de keur Massar

Désignation	Quantité	Nombre	Prix unitaire	Montant FCFA	Source de Financement
Activité A4 et A5					
Montant de la SP	60000 tablettes	-	75	4 500 000	District de Keur Massar
Sous-total 3				4 500 000	
Activité A6					
Perdiems -Honoraire du chargé de supervision	1	14	10 000	140 000	PNLP
Sous-total 4				140 000	
Activité A7					
Perdiems Badienou-gokh	1	5	5000	25 000	District de Keur Massar
Sous-total 5				25 000	
TOTAL				7 505 000	

V. Les Indicateurs de Suivi et d'Evaluation

Le suivi

est un contrôle régulier de l'état d'avancement des activités prévues dans le plan d'action en se focalisant sur certains aspects : mise en place de ressources matérielles selon les prévisions, comparaison de l'exécution effective des activités et du plan de travail, budget dépensé selon prévision respect de l'échéancier.

Un comité de suivi sera créé et sera composé d'un médecin, de la sage-femme responsable de la santé de la reproduction et du dépositaire du district. Le suivi se fera tous les mois.

L'évaluation

est un jugement de valeur ou une appréciation sur des changements qui ont été introduits uniquement par les activités prévues dans le plan d'action. Elle aide à la prise de décision.

Le comité d'évaluation sera créé et sera composé d'un médecin, du responsable point focal du paludisme et d'un cadre du PNLP. L'évaluation aura lieu au 6^{ème} mois de l'exécution du projet et à la fin du projet.

Tableau 10: Les Indicateurs de Suivi et d'Evaluation

INDICATEURS	DEFINITION	SOURCES	FREQUENCE
INTRANTS Nombre de femmes enceintes, SFE et dépositaires à sensibiliser sur les TPI	Numérateur : nombre de FE, SFE et dépositaires sensibilisés Dénominateur : nombre prévu	Au niveau du district	Mensuel
PROCESSUS Pourcentage de séances de sensibilisation et de formation des FE, SFE et dépositaires en TPI.	Numérateur : nombre de séances effectuées Dénominateur : nombre de séances prévues	Au niveau du district	Mensuel
EXTRANTS -Pourcentage de centres et postes de sante sans rupture continue de SP pendant trois mois -Pourcentage de femmes enceintes utilisant les services de CPN -Pourcentage de FE recevant une chimio - prévention directement observée à la SP conformément aux directives du PNLP	Numérateur : Nombre de centres et postes de santé sans rupture continue de SP Dénominateur : Nombre total de centres et postes de santé visitées Numérateur : Nombre de femmes utilisant les services de CPN Dénominateur : Nombre de femmes enceintes prévues Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) en TDO au cours de la CPN Dénominateur : Nombre total de FE venues en premier contact (CPN1)	Rapport de supervision Registre de CPN Données de monitoring	Trimestrielle Mensuelle 6 mois

INDICATEURS	DEFINITION	SOURCES	FREQUENCE
IMPACT			
Morbidité proportionnelle palustre chez la FE	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme chez les FE enregistrées par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de FE vues en consultations externes y compris les CPN, dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel statistiques du PNLP	Annuel
Supervision pour le suivi effectué	<p>Numérateur : Nombre de supervision effectué</p> <p>Dénominateur : Nombre prévu</p>	Rapports de supervision	Mensuel
Réunion d'évaluation tenue	<p>Numérateur : Nombre d'évaluation effectué</p> <p>Dénominateur : Nombre prévu</p>	Rapports de Formation	Semestriel

VI. Recommandation

❖ Niveau District

- ✓ Renforcer la sensibilisation des populations sur l'intérêt de la prise régulière de SP durant la grossesse
- ✓ Assurer une disponibilité permanente de la SP
- ✓ Assurer la continuité des services de CPN durant les heures de garde
- ✓ Respecter le calendrier de dispensation de la SP
- ✓ Collecter périodiquement les données du secteur privé

❖ Niveau Région

- ✓ Porter le plaidoyer auprès des autorités du niveau central en vue de la disponibilité de la SP
- ✓ Assurer le suivi des activités de relance du TPI

❖ Niveau Central

- ✓ Assurer la disponibilité de la SP à tous les niveaux
- ✓ Affecter des sages-femmes dans le district sanitaire de Keur Massar pour améliorer la santé de la reproduction.

Conclusion

Au terme de notre étude portant sur le traitement préventif intermittent du paludisme avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez la femme enceinte dans le district sanitaire de Keur Massar, nous avons noté la faible couverture en TPI-3 (41%) des femmes enceintes et du taux d'achèvement du TPI (56%). Cette faible couverture est liée à la connaissance des agents de santé sur le TPI, l'approvisionnement en SP, l'application du traitement directement observé, les connaissances de la femme sur le paludisme et la sensibilisation des populations.

La dispensation du TPI à la SP est préconisée au moment de la CPN. Ce constat nous amène à penser que s'il y avait d'autres occasions de prestation du TPI (en plus des CPN), cela augmenterait la bonne couverture en TPI. Par ailleurs, des études ont montré qu'en impliquant les relais communautaires, on parvient à élever le pourcentage de femmes ayant une bonne couverture en TPI pendant leur grossesse.

L'amélioration de l'offre de services, la disponibilité de la SP, l'implication des populations et le renforcement du personnel qualifié sont des leviers pouvant augmenter de façon notable la couverture en TPI. Ces constats nous ont conduits à élaborer un projet pour renforcer la couverture en TPI. Ce projet est en adéquation avec le plan stratégique national de lutte contre le paludisme du Sénégal 2016-2020, qui prévoit un certain nombre d'activités pour atteindre 80% de couverture en TPI-3 pour les femmes enceintes.

Pour une bonne marche de la stratégie TPI, il faut une bonne sensibilisation de toute la population en générale et de la femme enceinte en particulier, un engagement fort des autorités et des prestataires et une disponibilité permanente en SP.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGE

1. **Guerra, C.A., Gikandi, P.W., Tatem, A.J., Noor, A.M., Smith, D.L., Hay, S.I., and Snow, R.W. (2008).** The limits and intensity of *Plasmodium falciparum* transmission: implications for malaria control and elimination worldwide. *PLoS Medicine* 5, 38.
2. **Sirima, S.B., Cotte AH, Konaté A, Moran AC, Asamoah K, Bougouma, E.C., Diarra, A., and Ouedraogo, A. (2006).** Malaria prevention during pregnancy: Assessing the disease burden one year after implementing a program of intermittent preventive treatment in koupéla district, Burkina Faso. *Am J Trop Med Hyg.* 75 (2): 205-11. PubMed | Google Scholar.
3. **Ter Kuile F.O., van Eijk, A.M., and Filler, S.J. (2007).** Effect of sulfadoxine-pyrimethamine resistance on the efficacy of intermittent preventive therapy for malaria control during pregnancy: a systematic review. *Jama.* 297: 2603-2616. PubMed | Google Scholar.
4. **Hay, S.I., Guerra, C.A., Gething, P.W., Patil, A.P., Tatem, A.J., Noor, A.M., Kabaria, C.W., Manh, B.H., Elyazar, I.R., Brooker, S., Smith, D.L., Moyeed, R.A., and Snow, R.W. (2009).** A world malaria map: *Plasmodium falciparum* endemicity in 2007. *PLoS Medicine* 6, 1000048.
5. **Sanata, B., Adama, S., Rodrigues, N., Tinto, H., Blandine, T., Blami, D., and Robert, T. G. (2013).** Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine – pyriméthamine du paludisme chez les femmes enceintes: efficacité et observance dans deux hôpitaux urbains du Burkina Faso. *Pan African Medical Journal*, 8.
6. **Faye, S.L., Ndiaye, J.L., Ba, S., and Gaye, O. (2010).** Appropriation d'un nouveau protocole antipaludéen au Sénégal Le Traitement préventif intermittent (TPI) couplé au Programme élargi de vaccination (PEV).
7. **BOPE, V., and MANTEMBA, J. (2015).** Paludisme chez les femmes enceintes : facteurs associés au faible taux d'accès au TPI en RD CONGO. *SESSION 503 : Système de Santé et Santé Maternelle, Néonatale et Infantile*, 31.
8. **Anyanwu SE. (2004).** Seasonal variation in the risk and causes of maternal death in The Gambia: malaria appears to be an important factor. *Am J Trop Med Hyg.* 70: 510-51. PubMed.

9. **Tako, E.A., Zhou, A., Lohoue, J., Leke, R., Taylor, D.W., and Leke, R.F. (2005).** Risk factors for placental malaria and its effect on pregnancy outcome in Yaounde, Cameroon. *Am J Trop Med Hyg.*72: 236-242. PubMed.
10. **Félix, E., Pascal, F., Marcelle, A.T., Filbert, E., Philip, N. N., Robinson, M. E., and Emile, T.M. (2016).** Facteurs prédictifs de l'échec du Traitement Préventif Intermittent du paludisme à la sulfadoxine – pyriméthamine (TPIp-SP) dans une population de femmes enceintes à Yaoundé. *Pan African Medical Journal*,9.
11. **LIA FLOREY, (2013).** “Preventing Malaria during Pregnancy in Sub-Saharan Africa: Determinants of Effective IPTp Delivery”, DHS Analytical Studies No. 39, USAID, Calverton, 59p.
12. **Ndour, C.T., Ba, O., Manga, N.M., Fortes, M.L., Nyamwasa, D., and Sow, P.S. (2006).** Le paludisme : connaissance, attitudes et pratiques des chefs de ménage de la population rurale de Gossa, Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot*; 99 : 290-3.
13. **Hutton, G., Musango, L., and Savadogo, B. (2003).** Résultats de l'Enquête-Ménage dans la province de Kibuye, Rwanda. Direction de la Santé, Genre et Affaires Sociales Province de Kibuye Swiss tropical Institute., 53 p.

THESES ET MEMOIRES

14. **MEYO, (2011).** « Facteurs explicatifs du non recours au traitement préventif intermittent du paludisme par les femmes enceintes au Cameroun », Yaoundé, 154.
15. **DOUAMBA, (2012).** « paludisme asymptomatique chez la femme enceinte au centre médical saint Camille de Ouagadougou », mémoire de DEA en Biologie moléculaire, université de Ouagadougou, Ouagadougou, pp.15.
16. **DIAKITE, M. (2006).** Contribution à l'amélioration de la mise en œuvre de la stratégie du traitement préventif intermittent du paludisme par la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez la femme enceinte dans le district de Guediawaye. Mémoire de fin de cycle, CESAG, 124.
17. **GUINDO, I.K. (2014).** influence de la qualité des consultations prénatales sur l'issue de la grossesse dans le csref de kati. Thèse, P 135.

WEBOGRAPHIE

18. **WHO 2017.** World Malaria Report. *World Health Organization*, 242.
19. **WHO 2015.** World Malaria Report. *World Health Organization*, 32. Consulté le 29/08/2017

20. **Roll Back Malaria.** Paludisme et grossesse.
http://www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/369/infosheet4_fr.pdf.
21. **OMS en ligne Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes** Dernière mise à jour: 1 mai 2017 date de consultation le 06/09/2017.
22. **WHO 2016.** World Malaria Report. *World Health Organization*, 24. Consulté le 30/10/2017
23. **PNLP 2014.** Cadre stratégique national de lutte contre le paludisme au Sénégal. *Trimestriel d'informations du PNL*, 93.
24. **PNLP 2016.** Plan strategique national de lutte contre le paludisme au senegal 2016-2020, 116. Consulté le 06/09/2017
25. **PNLP 2017.** Bulletin epidemiologique annuel 2016 du paludisme au senegal, 31. Consulté le 28/08/2017
26. **Atlas démographique du Sénégal rapport final Aout 2016.** Recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE), 67. Consulté le 28/09/2017
27. **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018**, 89.
28. **WHO 2014.** World Malaria Report. *World Health Organization*, 242.
29. **WHO 2008.** The global malaria action plan: for a malaria free world. *World Health Organization*, 287.
30. **World Health Organization 2007.** Report of the technical expert group meeting on intermittent preventive treatment in pregnancy. Geneva: WHO; 2007.
31. **Plan stratégique pour la Pré-élimination du paludisme au Mali. 2016.** Consulté le 04/10/2017.
32. **PNLP 2017.** Analyse situationnelle traitement preventif intermittent, 7. Consulté le 19/10/2017.

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRES DES FEMMES ENCEINTES AU SORTIR DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)

Identification de la femme

Nom :

Prénom :

Age :

Occupation professionnel : Sans occupation Secteur informel Secteur formel

Commune : Keur Massar Malika Yeumbeul Nord Yeumbeul Sud

Niveau d'instruction

Primaire Secondaire Lycée Universitaire Aucun

Statut matrimonial : Célibataire Mariée

Occupation professionnel du mari :

Sans occupation Secteur informel Secteur formel

Niveau d'instruction du mari :

Primaire Secondaire Lycée Universitaire Aucune

Accueil

1. Etes-vous bien accueillie au centre ?

Oui

Non

2. Avez-vous reçu toutes les informations ?

Oui

Non

3. Le temps d'attente est-il long ?

Oui

Non

Appréciation du niveau de connaissance des femmes enceintes sur le paludisme :

4. A quoi est dû le paludisme ? cocher la bonne réponse

- Au soleil

- Aux moustiques

- A la saleté

- A la nourriture (les mangues)

- Autres

5. Comment se manifeste-t-il ? cocher les bonnes réponses

- Par des maux de tête

- Par des vomissements

- Par des courbatures

- Par des frissons

- Autres

6. Le paludisme représente-t-il des dangers chez la femme enceinte ?

Oui

Non

Si oui, citez au moins deux de ces dangers

- Mauvais pour la mère et l'enfant
- Provoque des avortements
- Donne des enfants de faible poids à la naissance
- Provoque des anémies graves
- Entraîne des mort-nés

Sensibilisation

7. Etes-vous bien renseignée sur les méthodes de prévention du paludisme dans la salle de consultation ?

Oui Non

Si oui quelles sont les méthodes que la SFE vous a parlées ?

- La moustiquaire imprégnée
- Le TPI a la SP
- Autres

8. Vous-a-t-elle expliquer clairement le bénéfice lie à ces méthodes ?

Oui Non

Appréciation des moyens de lutte

9. Ces moyens sont-ils efficaces ?

Oui Non

10. Citez parmi ces moyens, les plus efficaces

- Moustiquaires imprégnées
- TPI a la SP
- Autres

Suivi de la grossesse chez la femme enquêtée

11. A quel âge de votre grossesse êtes-vous venue pour la première fois en consultation prénatale ?

- Au 1 trimestre de la grossesse ?
- Lorsque vous avez perçu les mouvements actifs du fœtus (au 2^{ème} trimestre de la grossesse) ?
- Au 3^{ème} trimestre de la grossesse ?
- Autres ? à préciser

12. Combien de CPN avez-vous effectuée ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Connaissance du médicament

13. Avez-vous déjà entendu parler du médicament qui protège les femmes enceintes contre le paludisme ?

Oui Non

14. Selon vous quel est le nombre de prise de SP recommandée pour le TPI chez la femme enceinte ?

- Une prise unique de 3 comprimés par CPN
- Une prise au 2^{ème} trimestre et une prise au 3^{ème} trimestre
- Une prise tous les mois
- Autres

15. Avez-vous pris ce médicament dans la salle de consultation devant le prestataire ?

Oui Non

Si oui, combien de comprimés avez-vous pris ?

- 1 comprimés
- 2 comprimés
- 3 comprimés
- Autres

16. Avez-vous perçu les mouvements actifs du fœtus quand vous preniez le médicament pour la première fois ?

Oui

Non

Pour la prise du médicament

17. Un point d'eau était-il disponible ?

Oui

Non

18. Une tasse ou autre récipient était-il disponible ?

Oui

Non

Appréciation du médicament

19. Tolérez-vous bien ce médicament ?

Oui

Non

Si, non pourquoi ?

20. Avez-vous eu le paludisme pendant votre grossesse ?

Oui

Non

Si oui, à quel moment de la grossesse ?

21. Pouvez-vous le prendre à jeun ?

Oui

Non

si non pourquoi

Canal de l'information

22. Avez-vous déjà assisté à des séances d'information sur les méthodes de prévention du paludisme chez la femme enceinte ?

Oui

Non

23. Avez-vous déjà vu des affiches sur la chimioprévention du paludisme chez la femme enceinte ?

Oui

Non

Accessibilité du médicament

24. Ce médicament vous a-t-il été donné gratuitement ?

Oui

Non

Si non, à quel prix ?

Annexe 2

QUESTIONNAIRE DES SAGES-FEMMES

Identification de la femme

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu de travail :

Formation :

1. Avez-vous déjà reçu une formation sur le paludisme ?

Oui

Non

Si oui, quand votre dernière formation remonte-t-elle ?

- Moins de 6 mois

- 1 an

- 2 ans

- 3 ans

- Plus

Si non, pourquoi ?

2. Avez-vous entendu parler des directives du Programme National de Lutte contre le Paludisme?

Oui

Non

Si oui, en disposez-vous ?

3. Quel médicament utilisez-vous en première intention pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte ?

- Chloroquine
- Amodiaquine
- SP
- Autres

4. A quelle dose ?

- 1 comprimés
- 2 comprimés
- 3 comprimés
- Autres

5. Avez-vous suivi des séances de formation sur le TPI ?

Oui

Non

6. Combien de fois ?

- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- Plus

7. Quel est l'intervalle de temps minimum entre 2 doses de SP ?

8. A partir de quand donnez-vous la SP ?

- Au premier trimestre
- Au deuxième trimestre dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus
- Au deuxième trimestre même si les mouvements actifs du fœtus ne sont pas perçus
- Au deuxième trimestre si la hauteur utérine dépasse 16 cm
- Dès la première consultation prénatale
- A la deuxième consultation prénatale quel que soit l'âge de la grossesse

9. Administrez-vous la SP en Traitement Directement Observé (TDO) ?

Oui

Non

10. Citez deux ou trois contraintes lies au TDO

11. La SP en TDO est-elle bien acceptée ?

Oui

Non

Si non, pourquoi

Stock et approvisionnement

12. Comment vous approvisionnez-vous en SP ?

- A la PNA

- A la pharmacie du district

- Autres

13. Y a-t-il déjà eu des ruptures de stock ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

14. Pouvez-vous estimer la période de rupture ?

Oui

Non

Si oui, combien de fois dans l'année ?

- 1 fois

- 2 fois

- 3 fois

- Plus

15. Tenez-vous des fiches de stock pour la gestion de la SP

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

Observance du traitement

16. Est-ce que toutes les femmes qui prennent la première dose reviennent pour la deuxième ?

Oui

Non

Si non, pourquoi elles ne reviennent pas ?

17. Savez-vous comment déterminer l'allergie aux sulfamides ?

Oui

Non

Si oui, comment ?

18. Est-ce que vous recherchez systématiquement les signes allergiques

Oui

Non

19. Avez-vous déjà eu des cas d'allergie chez les femmes enceintes ayant reçu la SP?

Oui

Non

Si oui, quelle attitude avez-vous adoptée ?

20. Les tasses ou autres récipients sont-ils toujours disponibles ?

Oui

Non

21. Un point d'eau potable est-il toujours disponible ?

Oui

Non

Sensibilisation

22. Les affiches sur la chimioprévention du paludisme chez la femme enceinte sont-elles disponibles ?

Oui

Non

23. Avez-vous déjà été supervisée au cours de cette année ?

Oui

Non

Si oui, combien de fois ?

24. Est-ce que cette supervision a porté sur le paludisme et les TPI ?

Oui

Non

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 3

QUESTIONNAIRE DES DEPOSITAIRES

1. Qui s'occupe de la gestion des stocks de médicaments ?

2. Comment vous approvisionnez-vous en SP ? cochez la bonne réponse

- A la PNA

- A la pharmacie du district

- A la PRA

- Autres

3. Pouvez-vous-nous décrire le processus d'approvisionnement en SP mis en place par le district ?

4. Comment quantifiez-vous vos besoins d'achats en SP ?

5. Est-ce que les commandes sont planifiées au début de l'année ?

Oui

Non

6. Tenez-vous compte des paramètres de gestions tels que le point de commande, le délai d'approvisionnement, le stock de sécurité, la consommation moyenne mensuelle pour le lancement de vos commandes ?

Oui

Non

7. Tenez-vous des fiches de stock pour la gestion de la SP

Oui

Non

Si non, pourquoi ?



8. Les fiches sont-elles remplies après chaque mouvement ?

Oui

Non

9. Fait-on un inventaire périodique ?

Oui

Non

Si oui

- Mensuel

- Trimestriel

- Annuel

- Sans périodicité

10. Quels sont les outils de gestion de stocks utilisés à votre niveau ?

11. Quel est le délai moyen d'approvisionnement ?

- Moins de 6 mois

- 1 an

- plus

12. Quelle est la fréquence de vos commandes ?

13. Y a-t-il déjà eu des ruptures de stock ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

14. Pouvez-vous estimer la période de rupture ?

Oui

Non

Quand a lieu ces ruptures ?

15. Quelle est la durée moyenne de rupture que vous avez connue ?

16. Quelles sont selon vous les causes de ruptures de stocks en SP ?

17. Les locaux du magasin sont-ils adaptés pour prendre le maximum de produits ?

Oui

Non

CESAG - BIBLIOTHEQUE