

Capitalisation de la mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier au Niger

Février 2014



Alena KOSCALOVA

Fassouma OUSMANE

Enrique JIMENEZ

AVEC LE SUPPORT DE L'UNITÉ D'ÉVALUATION DE VIENNE

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes rencontrées au cours de cette capitalisation, en particulier l'équipe cadre du Programme Nationale de la Lutte contre le Paludisme pour leur disponibilité et les informations fournies lors de nombreuses réunions de travail, ainsi que pour l'organisation et la facilitation de l'atelier national de restitution des résultats de la CPS qui a eu lieu à Niamey en décembre 2013.

Nous remercions également les équipes de coordination des quatre sections de MSF pour leur contribution à cette capitalisation projet. Nous sommes particulièrement reconnaissants pour leur rôle dans la préparation de l'atelier de restitution et pour leurs efforts de compilation des données de CPS dans un délai aussi court après la finalisation des activités.

Nos remerciements vont également à l'équipe d'EPICENTRE et aux personnes de terrain pour leur participation active à l'atelier national de restitution.

Nous voudrions aussi remercier toutes les personnes concernées des différents sièges pour nous avoir fourni régulièrement des informations complémentaires et la rétroaction nécessaire pour affiner les analyses présentées dans ce rapport.

Un merci particulier à Sandra Bauer et à Chantal Cerdan pour l'édition du rapport.

Enfin, un grand merci à Annick Antierens, Michel Quere, Carole Beilleau, Jeff Mutombo, Cristian Casademont, Wiliam Etienne et Sita Hamadou pour leurs commentaires sur le rapport.

Table de matières

Sommaire.....	1
Résumé des recommandations	3
Abréviations.....	4
1 Introduction.....	6
1.1 Contexte	6
1.2 Objectif général	7
1.3 Objectifs spécifiques	7
1.4 Méthodologie	7
1.5 Limites et biais.....	8
2 Résultats	9
2.1 Population cible et zone de mise en œuvre.....	9
2.2 Résultats sommaires des passages de CPS	11
2.2.1 Participation à la CPS	13
2.2.2 Enfants exclus de la CPS	13
2.2.3 Références	14
2.3 Couverture du programme de CPS	15
2.4 Pratiques pharmaceutiques et pharmacovigilance.....	18
2.4.1 Protocole du traitement, critères d’inclusion et d’exclusion	18
2.4.2 Présentation des médicaments et gestion des commandes	19
2.4.3 Préparation des médicaments sur les sites de distribution	21
2.4.4 Observance du traitement	23
2.4.5 Pratiques d’administration des médicaments à domicile.....	23
2.4.6 Système de suivi des effets indésirables	25
2.4.7 Fréquences des effets indésirables	26
2.4.8 Détection et suivi des effets indésirables majeurs.....	29
2.5 Efficacité de la stratégie CPS	31
2.5.1 Stratégie de distribution.....	31
2.5.2 Analyse financière	37
2.5.2.1 Méthodologie	37
2.5.2.2 Limites de l’analyse financière	38
2.5.2.3 Résultats de l’analyse financière	39

2.5.2.4	Conclusions	42
2.5.3	Collaboration avec les autorités sanitaires et administratives	43
2.5.4	Sensibilisation/mobilisation sociale	44
2.5.5	Formation	45
2.5.6	Outils de collecte de données et de production des rapports.....	46
2.6	Acceptation, satisfaction et perception de la CPS	46
2.6.1	Satisfaction sur les sites de distribution	47
2.6.2	Acceptation et perception de la CPS	47
2.7	Impact de la CPS	49
2.7.1	Tendance de l'incidence du paludisme dans les différents DS	50
2.7.2	Perception de l'impact de la CPS par la population	54
3	Conclusions et discussion	55
4	Recommandations.....	57
5	Annexes	60
5.1	Termes de référence	60
5.2	Rapport sur les pratiques pharmaceutiques et pharmacovigilance	60
5.3	Définitions	60
5.4	Références.....	61

L'Unité d'Évaluation de Vienne

Depuis 2005 l'Unité d'Évaluation de Vienne participe, par ses activités, à la création et à la transmission des savoirs au sein de MSF. Elle contribue ainsi à l'amélioration des interventions sur le terrain et à faire de MSF une organisation responsable et transparente. L'Unité d'Évaluation réalise et supervise différents types d'évaluation et organise des formations et ateliers pour les évaluateurs.

Pour de plus amples informations consultez notre site: <http://evaluation.msf.at>

Sommaire

Introduction

La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) a été mise en œuvre au Niger en 2013, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et à la politique nationale de lutte contre le paludisme. Elle s'est déroulée sous la forme d'une campagne de masse qui a consisté en l'administration de doses curatives de sulphadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine durant trois jours, à un mois d'intervalle entre juillet et novembre, aux enfants de 3 à 59 mois.

La population cible des enfants de 3 à 59 mois résidant dans 12 aires de santé (AS) de cinq districts sanitaires (DS) (Magaria, Madaoua, Bouza, Madaraounfa et Guidam-Roundji) répartis dans trois régions du Niger (Zinder, Tahoua, Maradi) a été initialement estimée à 139 000. Cette estimation a été revue à la hausse de 50 % à l'issue de recensements exhaustifs effectués dans les différents DS, portant le nombre total d'enfants ciblés par la CPS à 206 000.

Les médicaments de CPS, disponibles sous forme de co-blister combinant le SP et l'AQ, ont été distribués par plus de 2 000 agents communautaires encadrés par 90 superviseurs, et ce, sur un ensemble de 179 sites fixes et de 75 sites fixes avancés et par 99 équipes faisant du porte-à-porte.

Seules les équipes d'OCB dans le DS de Guidam Roundji ont surveillé la prise des médicaments pendant les trois jours. Dans les autres DS, seule la première dose de médicaments a été administrée sous surveillance, les deux autres ont été administrées à domicile par les accompagnants.

Résultats

Entre le premier et le quatrième passage, 212 076, 229 099, 226 394 et 232 018 enfants, respectivement, ont reçu le traitement de CPS. Le dépassement des prévisions initiales de 58 % en moyenne est dû principalement à la sous-estimation initiale de la population cible.

En l'absence de dénominateur fiable, le taux de couverture administrative est difficile à évaluer. Si l'on se base sur l'estimation de la population cible ajustée, ce dernier varie de 101 % à 110 % dans les cinq DS avec de grandes disparités entre les districts. Les résultats des enquêtes d'EPICENTRE ont par ailleurs montré que le taux de couverture était très satisfaisant pour les cinq DS et les quatre passages de CPS.

La fièvre chez l'enfant a constitué le principal critère d'exclusion de la CPS. En moyenne, 2 % des enfants vus lors de la distribution n'ont pas reçu la CPS, excepté lors du 3^e passage qui coïncidait avec le pic de paludisme, excluant ainsi 4 % des enfants.

Les enquêtes d'EPICENTRE ont mis en évidence une observance satisfaisante du traitement de trois jours avec un taux de 98.3 % (IC 95 % : 96.8-99.1, deff : 2.8) à Magaria, de 97.7 % (IC 95 % : 95.1-98.9, deff : 3.8) à Madaoua et Bouza, et de 96.8 % (IC 95 % : 94.2-98.3, deff : 2.6) à Madaraounfa. Cependant, de mauvaises pratiques d'administration des médicaments au domicile ont pu être observées, posant notamment des problèmes d'hygiène ou entraînant la prise incomplète de la dose prescrite.

Les effets indésirables potentiels sont restés faibles tout au long des quatre passages de CPS et leur fréquence globale dans les cinq DS a progressivement diminué de 1,2 % au 1^{er} passage à 0,4 % au 4^e passage. Les vomissements ont constitué l'effet indésirable prédominant, avec une fréquence de neuf sur dix (88-97 %). Malgré le temps d'observation relativement limité (15-30 minutes), la majorité des effets indésirables ont été détectés sur les sites de distribution ou par les équipes effectuant le porte-à-porte. Ceci est principalement dû à la banalisation des effets indésirables mineurs par les mères de famille et au manque de compréhension de l'importance du suivi de ces effets par les agents de santé. Soixante et onze effets indésirables majeurs ont été détectés lors des quatre passages de CPS, dont 15 ayant nécessité une hospitalisation de courte durée. Aucun décès suite à la prise de la CPS n'a été signalé.

L'appropriation de la CPS par les autorités traditionnelles et leur implication dans les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale ont largement contribué au succès de sa mise en œuvre.

Les trois approches de distribution choisies par MSF : site fixe, site fixe avancé et porte-à-porte ont permis d'obtenir des taux de couverture et d'observance du traitement très satisfaisants. De plus, les trois stratégies ont été très bien acceptées par la population, même s'il existe une certaine préférence pour la distribution de porte en porte.

D'après l'expérience acquise en 2013, la stratégie de distribution (porte-à-porte ou site fixe) ne semble pas avoir une grande influence sur la couverture du programme de CPS, contrairement au type de milieu dans lequel celui-ci est mis en œuvre. Il semble en effet plus difficile d'atteindre une bonne couverture dans les villes (même avec une stratégie du porte-à-porte) qu'en milieu rural.

En outre, l'expérience de MSF démontre que la distribution dans les grands sites fixes est non seulement gérable mais aussi plus rentable que la distribution de porte en porte lorsque les sites sont bien organisés. La centralisation des équipes de distribution permet d'alléger la supervision et de réduire le nombre de ressources humaines et la quantité de matériel nécessaires pour la distribution.

La stratégie du porte-à-porte peut cependant être privilégiée dans les grandes agglomérations urbaines, soit pour limiter les arrivées de population externe à la zone cible ou pour pallier le refus des populations de se déplacer sur les sites fixes. L'utilisation de la stratégie fixe avancée peut convenir dans le cas d'une population éparpillée dans des hameaux éloignés.

L'expérience de cette année montre également que l'administration sous surveillance des trois doses de CPS a donné d'excellents résultats sur le plan de la couverture et de l'observance du traitement. Cette approche est cependant trop lourde et trop coûteuse pour être mise en œuvre à grande échelle.

La bonne observance du traitement constatée lorsqu'une seule dose est administrée sous surveillance directe indique qu'il est possible de confier l'administration des médicaments aux parents. L'éducation de ces derniers sur l'administration correcte des médicaments à domicile doit cependant être renforcée afin de minimiser les mauvaises pratiques observées sur le terrain.

L'analyse financière a démontré que le coût direct par bénéficiaire était similaire entre, OCG, OCB et OCP, qui avaient tous trois adopté la stratégie fixe avec une seule prise de médicaments surveillée (3,29-3,77 EUR). Ce coût était en revanche trois fois supérieur (9,21 EUR) dans le cas du d'OCB qui a eu recours à la stratégie du porte-à-porte avec trois prises surveillées. Les ressources

humaines représentaient la proportion la plus importante du coût total de la CPS, variant entre 46 % (OCG) et 62% (OCB).

Conclusions

Les résultats de ce travail de capitalisation montrent que la mise en œuvre de la CPS dans le contexte du Niger est faisable et sûre. Sa mise en œuvre à grande échelle nécessitera cependant de simplifier son mode opératoire.

La détection, la prise en charge et le suivi des effets indésirables se sont avérés comme étant les principaux points faibles de l'activité de CPS. Cela s'explique notamment par le mauvais fonctionnement du système de pharmacovigilance au Niger et par une mise en place hâtive de la CPS par MSF sans un encadrement suffisant au niveau de la communauté et des structures sanitaires. La définition imprécise des EI, l'inadéquation des outils utilisés pour la collecte de données, le manque d'appropriation du suivi des EI par les agents de santé, et la réticence des mères à signaler les EI, semblent constituer les problèmes majeurs.

Enfin, en l'absence d'outils appropriés, cette capitalisation n'a pas permis de tirer de conclusions catégoriques sur l'impact de la CPS. Il est toujours possible de réaliser d'autres études pour évaluer cet impact, mais il est difficile d'en justifier l'investissement dans la mesure où l'effet de la CPS sur la diminution de l'incidence du paludisme simple et sévère a été amplement démontré ailleurs.

Résumé des recommandations

- ⇒ Simplifier la mise en œuvre de la CPS et la rendre plus efficace
- ⇒ Renforcer la collaboration avec les autorités sanitaires et les autres acteurs
- ⇒ Améliorer l'organisation des sites de distribution et envisager des activités supplémentaires
- ⇒ Renforcer la pharmacovigilance et les pratiques pharmaceutiques
- ⇒ Revoir le volet du suivi et de l'évaluation

Abréviations

AC	agent communautaire
AQ	amodiaquine
AS	aire de santé
CPS	chimio-prévention du paludisme saisonnier
CRENI	centre de récupération et d'éducation nutritionnelle intensif
CS	case de santé
CSI	centre de santé intégré
CTA	combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
Deff	design effect (effet de grappe)
DNS	direction nationale de la santé
DPM	direction de la pharmacie et du médicament
DRSP	direction régionale de la santé publique
DS	district sanitaire
DS	district sanitaire
EDS	enquête démographique et de santé
EI	effets indésirables
FFOM	forces, faiblesses, opportunités, menaces
IC	intervalle de confiance
IEC	information, éducation, communication
JNV	journées nationales de vaccination
MCD	médecin chef du district
MDO	maladies à déclaration obligatoire
MIILDA	moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MMV	<i>Medicines for Malaria Venture</i>
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
MUAC	<i>mid upper arm circumference</i>
OCB	<i>Operational Centre Brussels</i>
OCBA	<i>Operational Centre Barcelona and Athens</i>
OCG	<i>Operational Centre Geneva</i>
OCP	<i>Operational Centre Paris</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPD	<i>outpatient department</i> (consultations externes)

P à P	porte-à-porte
PEC	prise en charge
PECADOM	prise en charge des cas de paludisme à domicile
PMA	paquet minimum d'activités
PNLP	programme national de lutte contre le paludisme
RGPH	recensement général de la population et de l'habitat
RH	ressources humaines
RMT	responsable médical du terrain
RT	responsable du terrain
SF	site fixe
SP	sulfadoxine/pyriméthamine
SPAQ	sulfadoxine/pyriméthamine + amodiaquine
TDR	test de diagnostic rapide du paludisme

1 Introduction

1.1 Contexte

La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) a été mise en œuvre au Niger en 2013, conformément aux recommandations de l'OMS (1) et à la politique nationale de lutte contre le paludisme(2). Elle s'est déroulée sous la forme d'une campagne de masse qui a consisté en l'administration de doses curatives de sulphadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine durant trois jours, à un mois d'intervalle entre juillet et novembre, aux enfants âgés de 3 à 59 mois.

Malgré le plan du Programme National de la Lutte contre le Paludisme (PNLP) ciblant 447 762 enfants dans quatre districts sanitaires (DS) – Kollo, Say, Boboye et Terra -, le PNL, pour des raisons financières, n'a pas pu tenir ses engagements. En 2013, MSF était donc le seul acteur à instaurer la CPS avec comme projections initiales :

- OCG : 70 631 enfants dans six AS du DS de Magaria
- OCBA : 52 000 enfants dans deux AS du DS de Madaoua et une AS du DS de Bouza
- OCB : 7 404 enfants dans l'AS de Guidam Souru du DS de Guidam Rumdji
- OCP : 15 000 enfants dans deux AS du DS de Madarounfa.

En juillet 2013, les quatre sections de MSF ont lancé le programme de CPS dans 12 AS de cinq DS situés dans trois régions du Niger, ciblant initialement 139 000 enfants. Après le recensement de la population d'enfants âgés de 3 à 59 mois, la population cible a été ajustée à 206 000 (50 % de plus).

Différentes stratégies de distribution de la CPS ont été « expérimentées » par MSF en 2013 :

- OCG : distribution de porte en porte dans la ville de Magaria, postes fixes en milieu rural. Prise surveillée à J1, administration d'AQ par les mères à J2 et J3. Dépistage de la malnutrition par MUAC.
- OCBA : distribution dans des postes fixes avancés dans les petites localités et dans des postes fixes plus grands dans les grandes localités. Prise surveillée à J1, administration d'AQ par les mères à J2 et J3. Mise en œuvre/intégration de la PECADOM+1 et distribution massive de moustiquaires dans certaines zones avant l'instauration de la CPS. Dépistage par MUAC des phases III et IV de la CPS.
- OCB : distribution de porte en porte, trois prises surveillées, distribution massive de moustiquaires avant l'instauration de la CPS.
- OCP : distribution à travers des postes fixes rattachés aux structures sanitaires (CSI/CS). Prise surveillée à J1, administration d'AQ par les mères à J2 et J3. Dépistage de la malnutrition par MUAC.

Les médicaments de CPS ont été distribués par plus de 2 000 agents communautaires (AC) dans 179 sites fixes, 75 sites fixes avancés et par 99 équipes faisant du porte-à-porte.

¹ Prise en charge communautaire du paludisme (PECADOM) + diarrhée et infections respiratoires (PECADOM+) + dépistage par MUAC + supervision de l'état de la couverture vaccinale

La mise en œuvre de la CPS s'est faite en étroite collaboration avec les autorités sanitaires et administratives du Niger qui ont participé aux différentes étapes du processus (planification, sensibilisation, formation, distribution, supervision, etc.). Puisque MSF était le seul acteur impliqué en 2013, une autorisation spéciale lui a été délivrée pour démarrer la CPS dans cinq DS du pays. En contre partie, le MSP a demandé à MSF de documenter rigoureusement cette première expérience, notamment la partie concernant la mise en œuvre et les résultats des différentes stratégies de distribution. Une autorisation d'importation et d'utilisation exceptionnelle des co-blister SPAQ par MSF a également été délivrée par le ministère de la Santé en juin 2013.

1.2 Objectif général

L'objectif général de ce travail est de documenter la mise en œuvre de la CPS au Niger.

1.3 Objectifs spécifiques

1. Documenter la mise en œuvre de la CPS au Niger
2. Documenter les pratiques pharmaceutiques et le suivi des effets indésirables dans le cadre de la CPS
3. Comparer les stratégies de mise en œuvre de la CPS par les différentes sections de MSF
4. Evaluer l'impact de la CPS dans les zones concernées à travers les données du ministère de la Santé et les données programmatiques de MSF

1.4 Méthodologie

La capitalisation s'est déroulée en trois phases : a) la collecte des informations sur le terrain, b) l'analyse des données recueillies et c) la rédaction du rapport. La chronologie des activités est présentée en annexe.

La partie relative à la documentation de cette capitalisation repose principalement sur la compilation des informations secondaires provenant des rapports finaux des programmes de CPS (3-6) et des rapports d'enquêtes d'EPICENTRE (7-10). Ce rapport intègre également les résultats de l'évaluation qualitative réalisée en temps réel lors du 4^e passage de la distribution de CPS à Magaria. La méthodologie utilisée est décrite dans le rapport de capitalisation d'OCG(11).

La partie analytique de ce rapport repose sur les méthodes suivantes :

- Analyse des données du MSP, de MSF, d'EPICENTRE
- Entretiens individuels et de groupe avec les personnes ressources (personnel de MSF autorités sanitaires, acteurs travaillant dans le domaine du paludisme (ONG, agences UN, bailleurs, etc.)
- Analyse FFMO des stratégies de distribution utilisées par les différentes sections de MSF
- Analyse financière des coûts directs et indirects de la CPS
- Atelier national de restitution de la CPS

La méthodologie de l'analyse financière est décrite dans le chapitre correspondant.

Ce rapport présente également certains aspects des problématiques liées à la pharmacovigilance et aux pratiques pharmaceutiques dans le cadre de la CPS. Des informations plus détaillées, notamment sur la gestion des stocks, la constitution des kits de traitement et la répartition des effets indésirables par tranche d'âge sont compilées dans un document séparé (12) annexé à ce rapport.

1.5 Limites et biais

Information incomplète dans les rapports. Les rapports finaux sur la CPS ont été rédigés selon des modèles différents et ne contiennent pas toutes les informations nécessaires sur les sujets abordés dans cette capitalisation. Certaines informations ont pu être complétées lors des discussions avec les personnes ressources, mais plusieurs analyses restent incomplètes du fait du manque de données disponibles dans certains OCs.

Evaluation qualitative menée seulement à Magaria. Les résultats de l'évaluation qualitative du programme de CPS sont valables uniquement pour le DS de Magaria. Nous avons tenu à les présenter dans le rapport intersections, car nous les jugeons importants pour comprendre le programme de CPS.

Mauvaise qualité des données recueillies. Certaines des données recueillies sont de mauvaise qualité en raison de l'incohérence de la méthodologie utilisée ou du manque de supervision des activités de CPS, et ne sont donc pas exploitables (p. ex. données du recensement exhaustif effectué par le OCG). D'autres données sont difficiles à analyser, en raison d'un manque de complétude, de compréhension des outils de collecte de données ou d'appropriation (p. ex. données sur les effets indésirables ou les données des CS et CSI).

Définition de la population cible. L'incertitude entachant le dénominateur n'a pas permis de déterminer avec précision la performance de certains indicateurs, tels que la couverture administrative du programme de CPS ou l'incidence du paludisme.

Limites de l'analyse financière et de l'analyse de l'impact. Les facteurs ayant limité l'analyse financière et l'analyse de l'impact de la CPS sont décrites dans les chapitres correspondants.

2 Résultats

2.1 Population cible et zones de mise en œuvre

Le programme de CPS a été mis en œuvre dans les zones d'intervention habituelles de MSF au Niger. Un total de 138 792 enfants âgés de 3 mois à 5 ans ont été initialement ciblés dans 12 AS de cinq districts sanitaires répartis dans trois régions du Niger (tableau 1).

Tableau 1 : Population cible initiale du programme de CPS

Région	District sanitaire	Aire de santé	Section MSF	Population cible initiale
Zinder	Magaria	Dan-Tchiao	OCG	14 006
		Dogo-Dogo	OCG	8 170
		Dungass	OCG	15 732
		Magaria	OCG	17 911
		Malawa	OCG	10 690
		Bangaza	OCG	4 122
Maradi	Madaraounfa	Safo	OCP	9 390
		Moullé	OCP	2 700
	Guidam Roumdji	Guidam Sori	OCB	7 404
Tahoua	Madaoua	Madaoua	OCBA	18 250
		Sabon Guida	OCBA	16 449
	Bouza	Karofane	OCBA	14 148
3 régions	5 DS	12 AS	4 OCs	138 792

La taille de la population cible âgée de 3 mois à 5 ans a été initialement estimée sur la base des données démographiques fournies par le MSP². Comme ces données semblaient fortement sous-estimées, des recensements exhaustifs de la population cible ont été réalisés dans les cinq DS avant le démarrage de la CPS.

Le tableau 2 présente les chiffres de la population cible ajustés en fonction soit des données de recensement (OCBA, OCP, OCB) soit des données extrapolées des enquêtes de couverture réalisées par EPICENTRE³. A l'issue de ces ajustements, l'augmentation moyenne de la population cible était

² Données démographiques du MSP sont basées sur le RGPH de 2001 et majorées annuellement avec le taux de croissance approximativement de 3 %.

³ La population cible était ajusté en utilisant les résultats de la couverture CPS provenant des deux enquêtes transversales réalisées par EPICENTRE à Magaria après le 2ème et 4ème passage CPS. La population cible ajustée = moyenne de nb d'enfants reçus CPS au 2ème passage CPS/0.932 (couverture globale d'enquête

de 48 % par rapport aux prévisions initiales, variant de 14 % dans le DS de Madaoua à 68 % dans le DS de Magaria.

Tableau 2 : Population cible initiale et ajustée du programme de CPS

District sanitaire	Magaria	Madaoua	Bouza	Madarounfa	Guidam-Roundji	TOTAL
Population cible initiale	70 631	34 699	14 148	12 090	7 404	138 972
Population cible ajustée	118 576	39 451	22 048	15 613	10 271	205 959
Différence	+ 68 %	+ 14 %	+ 56 %	+ 29 %	+ 39 %	+ 48 %

Encadré 1 : Leçon apprise – Recensement de la population et estimation de la population cible

L'équipe de Magaria (OCG) a constaté que les données démographiques issues du recensement étaient inexploitable. Cet échec est notamment lié à la préparation hâtive de cet exercice. Les outils de collecte des données n'étaient pas adaptés du fait du faible niveau d'éducation des recenseurs et de la non réalisation d'un test préalable dans la communauté. La supervision effectuée par les recenseurs était également insuffisante. De plus, la distribution des cartes de CPS lors du recensement a suscité un intérêt économique et encouragé le truquage des données dans la communauté. Ainsi, la distribution des cartes qui avait pour but de faciliter l'enregistrement des enfants sur les sites de distribution s'est révélée contreproductive. De nombreuses cartes ont dû être annulées car les enfants ne répondaient pas aux critères d'admissibilité du programme de CPS. Les principaux problèmes enregistrés lors du recensement ont été les suivants :

- Inclusion des enfants hors de la tranche d'âge cible
- Distribution de plusieurs cartes par enfant
- Recensement au-delà de la zone cible

En revanche, on constate que le recensement réalisé par d'autres sections de MSF, même s'il est loin d'être exhaustif, a plutôt bien fonctionné et que la distribution des cartes de CPS n'a pas posé les mêmes problèmes que ceux constatés par l'OCG. Les équipes d'OCBA et d'OCP ont noté que la distribution préalable des cartes avait permis de gagner du temps lors de la distribution. C'est pourquoi il semble que le recensement avec distribution des cartes avant le démarrage de la CPS soit faisable à condition d'adopter une technique adaptée et d'exercer une supervision plus efficace.

On observe aussi que les chiffres de population fournis par le programme JNV sont en général proches de la réalité. On peut utiliser ces chiffres, lorsqu'ils sont disponibles, pour estimer la population cible de la CPS. Dans le cas contraire, il serait plus prudent de réaliser le recensement avant le démarrage des activités.

après le 2ème passage CPS) + nb d'enfants reçus CPS au 2ème passage CPS/0.952 (couverture globale d'enquête après le 4ème passage CPS)=119,826+117,309/2=**118,567 enfants de 3-59 mois**

2.2 Résultats sommaires des passages de CPS

Le tableau 3 résume les résultats globaux des quatre passages de CPS pour les cinq DS. Les résultats par DS sont présentés dans les tableaux 4 à 8.

Tableau 3 : Résultats sommaires des 4 passages de CPS dans 5 DS (4 sections de MSF) :

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants enregistrés	212 076	229 099	226 394	232 018
Enfants ayant reçu la CPS	207 670	225 435	216 906	225 970
Enfants exclus	4 409 (2.1 %)	3 664 (1.6 %)	9 486 (4.2 %)	5 179 (2.2 %)
Effets indésirables	2 410 (1.2 %)	2 827 (1.3 %)	2 461 (0.8 %)	2 186 (0.4 %)
Couverture administrative*	149 %	162 %	156 %	163 %
Couverture administrative ajustée**	101 %	109 %	105 %	110 %

*Basée sur la population cible initiale **Basée sur la population cible ajustée en fonction des données de recensement (OCBA, OCP, OCB) ou des résultats de l'enquête d'EPICENTRE (OCG)

Tableau 4 : Résultats sommaires des 4 passages de CPS dans 6 AS du DS de Magaria (OCG) :

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants enregistrés	103 997	113 720	107 503	112 693
Enfants ayant reçu la CPS	101 492	111 678	101 091	110 119
Enfants exclus	2 505 (2.4 %)	2 042 (1.8 %)	6 412 (6 %)	2 574 (2.3 %)
Effets indésirables	1 418 (1.4 %)	1 452 (1.3 %)	1 075 (1.1 %)	857 (0.8 %)
Couverture administrative*	144 %	158 %	143 %	156 %
Couverture administrative ajustée**	86 %	94 %	85 %	93 %

*Basée sur la population cible initiale **Basée sur la population cible ajustée en fonction des résultats de l'enquête d'EPICENTRE

Tableau 5 : Résultats sommaires des 4 passages de CPS dans 2 AS du DS de Madaoua (OCBA):

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants enregistrés	55 759	58 275	58 950	62 621
Enfants ayant reçu la CPS	54 624	57 239	56 931	60 215
Enfants exclus	1 135 (2 %)	1 036 (1.8 %)	814 (3.7 %)	492 (2.1 %)
Effets indésirables	308 (0.6 %)	508 (0.9 %)	164 (0.8 %)	83 (0.4 %)
Couverture administrative*	157 %	165 %	164 %	174 %
Couverture administrative ajustée**	138 %	145 %	144 %	153 %

*Basée sur la population cible initiale **Basée sur la population cible ajustée en fonction des données de recensement

Tableau 6 : Résultats sommaires des 4 passages de CPS dans 1 AS du DS de Bouza (OCBA):

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants enregistrés	22 437	25 595	29 681	27 921
Enfants ayant reçu la CPS	22 210	25 414	29 105	27 591
Enfants exclus	221 (1 %)	182 (0.7 %)	576 (1.9 %)	430 (1.5 %)
Effets indésirables	260 (1.2 %)	140 (0.6 %)	45 (0.2 %)	64 (0.2 %)
Couverture administrative*	157 %	180 %	206 %	194 %
Couverture administrative ajustée**	101 %	115 %	132 %	125 %

*Basée sur la population cible initiale **Basée sur la population cible ajustée en fonction des données de recensement

Tableau 7 : Résultats sommaires des 4 passages de CPS dans 1 AS du DS de Madaraounfa (OCP):

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants enregistrés	19 240	20 771	19 382	17 682
Enfants ayant reçu la CPS	18 729	20 407	18 940	17 053
Enfants exclus	448 (2.3 %)	364 (1.8 %)	440 (2.3 %)	629 (3.6 %)
Effets indésirables	140 (0.7 %)	729 (3.6 %)	653 (3.5 %)	625 (3.7 %)
Couverture administrative*	155 %	169 %	157 %	141 %
Couverture administrative ajustée**	120 %	131 %	121 %	109 %

*Basée sur la population cible initiale **Basée sur la population cible ajustée en fonction des données de recensement

Tableau 8 : Résultats sommaires des 4 passages de CPS dans 1 AS du DS de Guidam-Roumdji (OCB):

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants enregistrés	10 661	10 738	10 878	11 101
Enfants ayant reçu la CPS	10 543	10 698	10 839	11 092
Enfants exclus	118 (1.1 %)	40 (0.4 %)	39 (0.4 %)	9 (0.1 %)
Effets indésirables	287 (2.7 %)	70 (0.7 %)	44 (0.4 %)	21 (0.2 %)
Couverture administrative*	142 %	144 %	146 %	150 %
Couverture administrative ajustée**	103 %	104 %	106 %	108 %

*Basée sur la population cible initiale **Basée sur la population cible ajustée en fonction des données de recensement

2.2.1 Participation à la CPS

Le nombre d'enfants ayant participé à la CPS a largement dépassé les prévisions initiales. Le tableau 1 montre que des 212 076 enfants enregistrés dans les cinq DS au 1^{er} passage de CPS, 207 670 (97.9 %) ont reçu la CPS, soit une augmentation de 49 % par rapport aux prévisions initiales. Au deuxième passage, des 229 099 enfants enregistrés, 225 678 (98.4 %) ont reçu la CPS, soit une augmentation de 62 % par rapport aux prévisions initiales et de 9 % par rapport au 1^{er} passage. Au troisième passage, 216 906 enfants (93.8 %) ont bénéficié de la CPS sur les 226 394 enregistrés, ce qui représente une baisse de 4 % par rapport au 2^e passage, mais une augmentation de 56 % par rapport aux estimations de base. Au quatrième passage, 225 970 (97.8 %) enfants ont reçu la CPS sur les 232 018 présents lors de la distribution, soit une hausse de 63 % par rapport aux estimations préliminaires.

Ce dépassement des prévisions initiales de 58 % en moyenne est principalement dû à la sous-estimation de la population cible. On observe ce dépassement dans tous les DS et pour l'ensemble des passages, avec des variations de 42 % au 1^{er} passage dans le DS de Guidam-Roundji (tableau 8) à 106 % au 3^e passage dans le DS de Bouza (tableau 6).

2.2.2 Enfants exclus de la CPS

Certains enfants ayant participé à la distribution n'ont pas bénéficié de la CPS pour des raisons médicales telles que la fièvre et le paludisme, l'administration de médicaments contenant de la SP ou de l'AQ dans le mois précédent la distribution, des vomissements répétés provoqués par la prise de SPAQ ou une allergie à un des médicaments (SP ou AQ). Il est à noter qu'un des enfants identifié comme ayant présenté des antécédents récents de fièvre lors de la distribution, a subi un TDR sur place ou dans le CS/CSI vers lequel il avait été référé, et a reçu selon le résultat du test, soit le traitement antipaludéen (Co-artem[®]), soit la CPS.

Dans les cinq DS, le taux d'exclusion variait globalement entre 1.6 % au 2^e passage et 4.2 % au 3^e passage (tableau 3). L'augmentation du taux d'exclusion au 3^e passage s'explique surtout par l'accroissement des cas de paludisme, car ce passage coïncidait avec le pic du paludisme. L'équipe de Magaria qui a enregistré une hausse du taux d'exclusion d'au moins 6 % (tableau 4) a émis l'hypothèse que cette hausse des cas de paludisme au 3^e passage était aussi liée au rallongement du délai de 24 à 28 jours entre les passages 2 et 3 de la CPS.

Les taux d'exclusion les plus faibles ont été observés à Guidam Roundji (COB) passant de 2.7 % au 1^{er} passage à 0.2 % au 4^e passage. Il serait intéressant de savoir s'il existe une corrélation entre ce faible taux d'exclusion et la surveillance de l'administration des trois doses.

Les critères d'exclusion rapportés par l'équipe d'OCBA à Madaoua et à Bouza étaient : la fièvre et le paludisme (76 %), les vomissements répétés (13 %), une maladie grave (2 %), la prise de SP-AQ dans les 28 jours précédant la distribution de la CPS (2 %), une allergie à la SP ou à l'AQ (2 %) ou d'autres critères (5 %). Les paramètres d'exclusion utilisés par les autres sections de MSF ne figurent pas dans les rapports ou dans les bases de données, mais toutes les équipes confirment que la fièvre et le paludisme confirmés étaient la cause de la majorité des exclusions de la CPS.

2.2.3 Références

Dans le DS de Magaria (OCG), plus de 26 000 enfants (6 % des enfants vus) ont été référés au cours des quatre passages de CPS, dont la majorité (60 %) car ils présentaient de la fièvre (tableau 9). Au 4^e passage, des 3 319 enfants référés pour la même raison, 3 282 (99 %) ont subi un TDR qui s'est révélé positif chez 2 590 (79 %) d'entre eux. Comme la majorité des sites fixes se trouvaient à proximité des structures sanitaires (62 sur 70), seulement huit sites offraient le TDR et la PEC du paludisme sur place. Par ailleurs, 9 115 enfants ont été référés pour une suspicion de malnutrition aigüe (MUAC orange ou rouge), mais l'information sur la proportion des enfants qui sont effectivement arrivés au CSI n'est pas disponible.

Dans les DS de Madaoua et de Bouza (OCBA), la majorité des sites fixes étaient également proches des structures sanitaires, et à Magaria par exemple, les enfants suspects de paludisme ont été référés dans les CS/CSI où ils ont reçu le Co-artem[®] ou la SP-AQ. Dans les zones éloignées des structures sanitaires, la PEC du paludisme a été assurée par les agents du programme de PECADOM. Dès le 3^e passage, la PEC du paludisme a été directement effectuée sur les 97 sites fixes. Seuls les enfants dont le TDR était négatif ont été par la suite référés aux CS/CSI. La raison de ce changement de stratégie n'est pas mentionnée dans le rapport. Le dépistage MUAC a été introduit dès le 3^e passage et les équipes d'OCBA ont référés 3 745 enfants pour une suspicion de malnutrition aigüe.

Dans le DS de Madaraounfa (OCP), les sites de distribution étaient situés au sein des structures sanitaires. Les enfants malades étaient donc directement dirigés vers les services de consultation médicale.

Dans le DS de Guidam-Roundji (OCB), les équipes faisant du porte-à-porte réfèrent les enfants malades ou ceux suspects de malnutrition vers les structures sanitaires les plus proches. En l'absence de CS dans le village, le diagnostic et la PEC du paludisme étaient assurés par les superviseurs de la CPS. Au total, 469 enfants (1.1 %) ont été référés vers des CS/CSI durant les quatre passages, dont 238 enfants (51 %) qui présentaient de la fièvre. De ces derniers, 192 (81 %) étaient positifs au TDR. Enfin, 182 enfants ont été référés pour une suspicion de malnutrition aigüe.

Tableau 9 : Nombre d'enfants référés et motifs de référence lors des 4 passages de CPS

	OCG	OCBA	OCP	OCB
Enfants vus	437 895	278 618	N/A	43, 169
Enfant référés	26 257 (6%)	3 745	N/A	469 (1.1%)
<i>Fièvre</i>	15 751 (60%)	0*	N/A	238 (51%)
<i>Malnutrition</i>	9 115 (35%)	3 745 (100%)	N/A	182 (39%)
<i>Autre</i>	1 391 (5%)	0	N/A	49 (10%)

*Les enfants ayant la fièvre sont diagnostiqués et traités sur les sites de distribution

2.3 Couverture du programme de CPS

Couverture administrative du programme de CPS

La taille de la population cible a été difficile à apprécier pour les raisons suivantes : sous-estimation des données démographiques fournies par le MSP⁴, non disponibilité des chiffres désagrégés du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)⁵, non exploitabilité des données du recensement réalisé par MSF (OCG) ou non exhaustivité (OCBA, OCP) de ces données. On constate par ailleurs que malgré l'ajustement de la population cible, la couverture administrative ne correspond pas à la couverture réelle du programme de CPS.

Tableau 10: Taux de couverture administrative basée sur la population cible ajustée (5 DS)

DS (section MSF)	CPS 1	CPS 2	CPS3	CPS4
Magaria (OCG)	86%	94%	85%	93%
Madaoua (OCBA)	138%	145%	144%	153%
Bouza (OCBA)	101%	115%	132%	125%
Madaraounfa (OCP)	120%	131%	121%	109%
Guidam Roudji (OCB)	103%	104%	106%	108%
TOTAL (5 DS)	101%	109%	105%	110%

Le tableau 10 indique que la couverture administrative globale dans les cinq DS basée sur la population cible ajustée variait entre 101 % au 1^{er} passage et 110 % au 4^e passage. Cependant, on note de grandes différences entre les DS. Tandis qu'à Magaria la couverture administrative est passée de 85 % à 94 % entre le 1^{er} et le 4^e passage, elle atteignait 138 % et 153 % aux mêmes passages à Madaoua. Ces disparités, qui s'expliquent par l'utilisation de méthodes différentes d'ajustement de la population, ne permettent pas de comparer ces chiffres. De plus, le dépassement important de 100 % à Madaoua est principalement lié au fait que le recensement n'était pas exhaustif et a amené à sous-estimer la taille de la population cible en dépit de l'ajustement apporté. Ce dépassement peut également s'expliquer par la fréquentation de la CPS par des enfants provenant de l'extérieur de la zone cible, bien que la contribution de ce facteur au dépassement soit difficile à chiffrer. La couverture administrative la plus stable (103 % à 108 %) a été enregistrée à Guidam Roudji (OCB) et elle semble mieux refléter la réalité. Cette stabilité est principalement liée au petit nombre d'enfants inclus dans le programme de CPS, ce qui a permis de réaliser un recensement plus exhaustif, mais aussi à la technique de distribution utilisée (porte-à-porte), qui a limité la participation des enfants provenant de l'extérieur de la zone cible.

⁴ Données démographiques du MSP basées sur le RGPH de 2001.

⁵ Le dernier RGPH a été réalisé en 2012, mais les données démographiques n'étaient pas encore validées.

Couverture des programmes de CPS estimée par les enquêtes d'EPICENTRE

Plusieurs enquêtes ont été menées par EPICENTRE dans les cinq DS pour estimer la couverture du programme de CPS. Le tableau 11 fournit les taux de couverture issus des différentes enquêtes d'EPICENTRE menées après le 4^e passage de CPS. Le tableau 12 indique la proportion d'enfants qui ont reçu la CPS lors des passages 4, 3, 2, 1 ou 0. Les motifs de la non participation à la CPS sont présentés dans les rapports respectifs d'EPICENTRE (7-10).

Tableau 11 : Taux de couverture (% , IC 95 % , effet de grappe) d'après les affirmations des parents consignées dans les 4 enquêtes d'EPICENTRE (7-10)

DS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Magaria urbain	89.3 % [86.5-91.6]	93.7 % [91.4-95.5]	90.7 % [98.5-99.7]	89.7 % [98.2-99.6]
Magaria rural	93.1 % [84.8-97.1, deff : 15.7]	95.3 % [91.7-97.4, deff : 5.1]	93.0 % [88.9-95.7, deff : 7.4]	92.0 % [86.0-95.5, deff : 10.7]
Madaoua et Bouza	92.6 % [77.7-97.8, deff : 36.9]	96.2 % [93.0-98.0, deff : 5.2]	94.5 % [91.3-96.5, deff : 4.0]	88.0 % [81.2-92.6, deff : 9.5]
Madarounfa	95.6 % [93.2-97.2, deff : 2.3]	96.8 % [95.0-97.9, deff : 1.7]	92.8 % [90.5-94.6, deff : 1.6]	85.6 % [80.6-89.4, deff : 4.1]
Guidam-Roundji	99.2 % [98.4-99.6, deff : 1.6]	98.9 % [98.1-99.4, deff : 1.5]	99.3 % [98.5-99.7, deff : 2.5]	99.1 % [98.2-99.6, deff : 1.5]

Source : EPICENTRE

Tableau 12 : Proportion d'enfants ayant reçu la CPS lors des passages 4, 3, 2, 1 ou 0 (% , IC 95 % , effet de grappe) d'après les affirmations des parents consignées dans les 4 enquêtes d'EPICENTRE (7-10)

DS	4 passages	3 passages	2 passages	1 passage	0 passage
Magaria urbain	74.3 % [70.4-77.9]	19.1 % [15.9-22.7]	5.0 % [3.4-7.2]	1.0 % [0.4-2.3]	0.8 % [0.3-2.0]
Magaria rural	81.9 % [72.0-88.8] deff : 13.7	12.5 % [7.8-19.4] deff : 8.9	4.3 % [2.3-8.0] deff : 5.4	1.0 % [0.5-2.1], deff : 1.6	0.4 % [0.07-1.7] deff : 2.8
Madaoua et Bouza	81.5 % [70.7-89.0] deff : 17.4	12.7 % [7.5-20.9] deff : 12.2	3.8 % [1.8-8.0] deff : 7.1	1.1 % [0.6-2.4] deff : 1.9	0.7 % [0.2-2.6] deff : 3.9
Madarounfa	81.8 % [76.4-86.2] deff : 3.9	14.0 % [10.9-17.8] deff : 2.5	2.9 % [1.5-5.3] deff : 2.8	0.1 % [0.04-0.5] deff : 0.5]	1.2 % [0.4-3.5] deff : 3.6
Guidam-Roundji	98.8 % [97.6-99.4], deff : 2.0	0.6 % [0.3-1.5] deff : 1.5	0.09 % [0.02-0.4] deff : 0.7	0.1 % [0.05-0.7] deff : 1.1	0.2 % [0.08-0.7] deff : 0.9

Avec un taux de couverture cible à 85 %, les résultats des enquêtes transversales menées par EPICENTRE (7-10) montrent une couverture globale⁶ très satisfaisante dans l'ensemble des DS et lors de tous les passages de CPS.

⁶ D'après les affirmations des parents (avec ou sans la carte CPS)

D'après ces enquêtes, le DS de Guidam-Roundji (OCB) a affiché la meilleure couverture avec des estimations variant peu entre 98.9 % (IC 95 % 98.1-99.4, deff. 1.5) et 99.3 % (IC 95 % 98.5-99.7, deff. 1.5) au 2^e et 3^e passages, respectivement. On estime que 98.8 % des enfants (IC 95 % 97.6-99.4, deff. 2.0) ont reçu la CPS au cours des quatre passages (tableau 12).

Les taux de couverture les plus bas ont été estimés dans la ville de Magaria (OCG), atteignant seulement 89.3 % (IC 95 % 86.5-91.6) au 1^{er} passage et 93.7 % (IC 95 % 91.4-95.5) au 2^e passage. La même enquête a par ailleurs estimé que 74.3 % (IC 95 % 70.4-77.9) et 19.1 % (IC 95 % 15.9-22.7) des enfants ont reçu la CPS pendant 3 et 4 passages, respectivement.

Les estimations de couverture dans les DS de Madaoua et Bouza (OCBA), de Madaraounfa (OCP) et de Magaria rural (OCG) variaient peu entre les passages et entre les DS (tableau 11). Il est à noter qu'il s'agit de DS qui ont adopté des stratégies identiques de distribution de CPS basées principalement sur des grands sites fixes. On constate cependant une baisse de la couverture à Madaraounfa (OCP) au 4^e passage (85.6 %; IC 95 % 80.6-89.4, deff. 4.1) qui se reflète aussi dans l'évolution de la couverture administrative (tableau 10). L'équipe d'OCP attribue cette baisse à la mauvaise compréhension de la CPS par la population qui s'attendait à recevoir, en plus des médicaments de CPS, une distribution de vivres. Tandis que la couverture administrative au 4^e passage était parmi les plus élevées à Bouza et à Madaoua (tableau 10), la couverture estimée par EPICENTRE au même passage y était la plus basse (tableau 11). Ces données confirment les limites de l'utilisation des couvertures administratives pour évaluer le succès du programme de CPS.

Encadré 2 : Leçon apprise – Estimation de la couverture du programme de CPS

On constate que la couverture administrative ne reflète pas la couverture réelle du programme de CPS sauf si les chiffres de la population cible du programme sont fiables, si la CPS est mise en œuvre à petite échelle, et si une stratégie de distribution de porte en porte qui limite la participation des enfants provenant de l'extérieur de la zone cible (p. ex. OCB à Guidam-Roundji) est utilisée.

En revanche, pour d'autres types de projets de CPS, il est justifié de mesurer la couverture du programme à travers des enquêtes transversales, au moins une fois, à la fin des quatre distributions de CPS.

Encadré 3 : Leçon apprise – Facteurs influençant la couverture du programme de CPS

L'expérience de 2013 indique que la stratégie de distribution choisie (porte-à-porte ou site fixe) influence peu la couverture du programme de CPS, contrairement au type de milieu dans lequel le programme est mis en œuvre. En effet, il semble plus difficile d'atteindre une bonne couverture dans les villes (même avec une stratégie de porte-à-porte) qu'en milieu rural. Plusieurs hypothèses ont été évoquées par les équipes, telles que les préjugés de la population urbaine envers toute activité préventive ou le manque d'intérêt dû à la proximité des services de traitement.

Ces résultats confirment par ailleurs le constat dressé par l'OCP au Mali en 2012 selon lequel les rumeurs circulent rapidement en ville. C'était le cas de Madaoua où l'équipe d'OCBA a dû renforcer la sensibilisation à la suite de rumeurs relatives aux effets indésirables des médicaments et à la baisse de participation dès le 2^e passage de CPS. Dans un des quartiers administratifs de Madaoua, l'équipe a dû changer de stratégie de distribution et adopter la méthode du porte-à-porte suite au refus de certaines personnes d'amener leurs enfants sur les sites de distribution.

2.4 Pratiques pharmaceutiques et pharmacovigilance

Ce rapport présente certains aspects des problématiques liées à la pharmacovigilance et aux pratiques pharmaceutiques rencontrées dans le cadre de la CPS. Des informations plus détaillées portant notamment sur la gestion des stocks, la constitution des kits de traitement et la répartition des effets indésirables par tranche d'âge sont présentées dans un document séparé (12) annexé à ce rapport.

2.4.1 Protocole de traitement, critères d'inclusion et d'exclusion

Le protocole de traitement est résumé dans le tableau 13. Le rythme d'administration était mensuel (4 semaines d'intervalle) pendant une période de quatre mois : juillet, août, septembre et octobre.

Tableau 13 : protocole de traitement et mode d'administration

Jours / tranches d'âge	3 à 11 mois	12 à 59 mois	Administration			
	SPAQ 250/12.5 mg + AQ 75 mg	SPAQ 500/25 mg + AQ 150 mg	OCB	OCBA	OCG	OCP
J1	1cp SP + 1cp AQ	1cp SP + 1cp AQ	Surveillée	Surveillée	Surveillée	Surveillée
J2	1 cp AQ	1 cp AQ	Surveillée	Domicile	Domicile	Domicile
J3	1 cp AQ	1 cp AQ	Surveillée	Domicile	Domicile	Domicile

Critères d'inclusion :

- enfant âgé de 3 à 59 mois⁷ habitant dans la zone d'intervention
- enfant ne présentant aucun critère d'exclusion

Cas particuliers :

- *Un enfant qui présente de la fièvre ou des antécédents récents de fièvre ne doit pas recevoir la CPS tant que le diagnostic de paludisme n'a pas été exclu.*
- *Un enfant avec un MUAC orange et rouge reçoit sa 1^{ère} dose de SP-AQ, et est ensuite orienté vers un centre de prise en charge nutritionnelle.*

Critères d'exclusion :

- enfant atteint d'une maladie aiguë grave ou incapable de prendre des médicaments par voie orale
- enfant ayant reçu un traitement à base de SP ou d'AQ dans les quatre semaines précédant l'administration de la CPS
- enfant allergique à un des médicaments (SP ou AQ)
- enfant sous prophylaxie par cotrimoxazole

2.4.2 Présentation des médicaments et gestion des commandes

La combinaison de sulphadoxine-pyriméthamine (SP) et d'amodiaquine (AQ) utilisée dans le cadre de la CPS au Niger se présente sous forme de co-blister contenant les deux médicaments :

- SPAQ 250/12.5 mg + AQ 75 mg pour les enfants de 3 à 11 mois
- SPAQ 500/25 mg + AQ 150 mg pour les enfants de 12 à 59 mois

Cette présentation combinée en co-blister a été mise au point par le fabricant chinois Guilin à la demande de MMV, et avec le soutien de ce dernier, afin de faciliter la distribution de masse dans le cadre de la CPS. Elle a été pour la première fois utilisée en 2013. Il est à noter que même si les médicaments utilisés dans cette formulation sont préqualifiés par l'OMS, les deux plaquettes de médicaments ne le sont pas. À cette fin, une validation spéciale des co-blisters SPAQ à 500 mg a été effectuée par le groupe des pharmaciens de MSF en mars 2013 et l'utilisation des co-blisters SPAQ à 250 mg a été approuvée par les directeurs médicaux des sections concernées (OCG, OCBA, OCP, OCB) en avril 2013.



Chaque section de MSF a ensuite passé sa propre commande de SPAQ et l'a envoyée au service logistique de MSF. L'OCG a aussi géré la commande d'OCB qui ne collabore pas avec la centrale logistique de Bordeaux. Afin de faciliter l'expédition directe de la commande depuis le fabricant

⁷ Vérification de l'âge au moyen des documents existants : certificat de naissance, carte de vaccination, carnet de santé ou calendrier événementiel, utilisation du bâton de 110 cm ou de l'exercice de l'oreille pour exclure les enfants de plus de 5 ans

en Chine au Niger, une commande groupée pour l'ensemble des sections a été effectuée, et l'OCG en collaboration avec la centrale logistique de Bordeaux, s'est engagé à suivre le processus et à réceptionner la commande au Niger. Il faut noter que la phase préparatoire a duré plusieurs semaines en raison d'un manque de clarté dans le processus d'organisation.

En outre, une autorisation d'importation et d'utilisation exceptionnelle des co-blisters de SPAQ par MSF, qui ne sont pas jusqu'à présent enregistrées au Niger, a été délivrée par le MSP en juin 2013. La demande d'importation a été effectuée parallèlement au traitement de la commande et n'a donc pas retardé l'arrivée des médicaments au Niger.

On a toutefois déploré un retard de trois semaines dans l'arrivée de la commande par rapport à la date prévue (20 juillet au lieu du 3 juillet 2013), ce qui a eu pour conséquence de décaler de dix jours le début des activités de CPS (25 juillet au lieu du 15 juillet). Même si ce décalage n'a pas été dramatique vu le début tardif de la saison du paludisme, les informations contradictoires fournies par Guilin concernant l'arrivage de la commande ont compliqué les opérations de sensibilisation de la population et de communication avec les autorités en ne permettant pas d'annoncer le début de la distribution avant l'arrivée des médicaments.

Plusieurs facteurs ont contribué au retard de livraison de la commande, tels que la décision tardive de MSF d'utiliser des médicaments sous forme de co-blister, qui a laissé peu de temps au fabricant et à MSF Logistique pour gérer la commande de manière efficace, mais aussi la durée trop longue de préparation de la commande. La célébration de nombreux jours fériés en Chine a également contribué à ralentir la fabrication des médicaments. Par ailleurs, le transport aérien des médicaments entre la Chine et le Niger a duré trois semaines et le transporteur utilisé par Guilin s'est montré peu transparent dans la transmission des informations requises.

Deux autres commandes groupées ont dû être passées en juillet et en août 2013 pour pallier les estimations imprécises de la population cible. Ces commandes ont été placées sur le portail de MSF Logistique directement depuis le siège à Genève (sans suivre la procédure habituelle terrain-coordination-siège), ce qui a considérablement raccourci la phase de préparation.

Encadré 4 : Leçon apprise – Commande des médicaments SPAQ

Vu que Guilin reste le seul fabricant des SPAQ, qu'il ne lance la fabrication des médicaments qu'après avoir reçu la commande, que MSF Logistique ne possède pas de stock excédentaire de SPAQ et que de nombreux acteurs planifient de démarrer la CPS en 2014, il est essentiel de passer la commande bien avant le démarrage des activités et de prévoir un stock de sécurité conséquent.

2.4.3 Administration des médicaments sur les sites de distribution

Un des défis majeurs de l'administration des médicaments a été de simplifier la technique de broyage des médicaments et leur administration aux très jeunes enfants. En effet, les comprimés de SPAQ ne se dissolvent pas et il faut donc les broyer et les diluer avant de les administrer à des enfants qui ne peuvent pas mâcher et avaler des comprimés entiers.

Des outils courants et accessibles à tous ont été utilisés pour broyer les médicaments. A Magaria par exemple, l'équipe a testé les combinaisons de mortier + pilon, louche + cuillère et louche + pilon, avant d'opter pour la louche et le pilon comme outils de broyage.



A Madarounfa, dès le début des activités, des broyeurs de médicaments ont été utilisés puis abandonnés à la suite d'un problème de manipulation. Ils ont été remplacés par des mortiers et des pilons comme l'indique le tableau 14 ci-dessous.

Tableau 14 : Matériel de broyage utilisé par les différentes sections de MSF

SECTION	MATERIEL	REMARQUE
OCB (Guidan Roundji)	Louche + Pilon	Fabrication artisanale locale
OCBA (Madaoua et Bouza)	Mortier + Pilon	Fabrication artisanale locale
OCP (Madarounfa)	Mortier + Pilon	Fabrication artisanale locale
OCG (Magaria)	Louche + Pilon	Fabrication artisanale locale

Pour réduire l'amertume des comprimés de SPAQ, ceux-ci ont été administrés soit avec un carré de sucre ou dilués dans une solution sucrée. Différents types de gobelets en plastique ont été utilisés pour administrer les médicaments. Les gobelets en plastique jetable utilisés par l'OCG pour la préparation de la solution médicamenteuse se sont montrés inadaptés à cause de leur manque de rigidité.

Encadré 5 : Leçon apprise – Matériel de préparation

La technique de broyage des comprimés à l'aide d'une louche en aluminium, d'un mortier et d'un pilon en alliage à base d'aluminium (tous de fabrication artisanale) semble bien adaptée au contexte du Niger. Cependant, il faut veiller à ce que les surfaces de ces matériaux soient bien lisses pour limiter la rétention du produit sur les parois du récipient.

L'utilisation de gobelets en plastique solide et réutilisables est à privilégier.

Toutes les sections de MSF ont rencontré des problèmes similaires pour administrer les médicaments aux enfants, à savoir :

- Le rejet d'une partie de la solution médicamenteuse, surtout par les enfants les plus jeunes, qui entraîne l'absorption d'une dose insuffisante. On a constaté que la posture adéquate de la mère et de son enfant et l'administration des médicaments par la mère facilitent la prise de ces derniers par les jeunes enfants.



- Le broyage systématique des comprimés même lorsque les enfants sont capables d'avaler des comprimés entiers. Cet automatisme incite les mères à répéter la même pratique à la maison, mais souvent dans des conditions d'hygiène inacceptables. Cette pratique présente également le risque d'augmenter le nombre d'enfants qui reçoivent une dose insuffisante de médicaments suite à l'écoulement d'une partie du médicament.

- Il était rare de voir une femme au poste de distribution des médicaments. Pourtant, cette activité ne nécessite aucune compétence particulière, et ce sont les femmes qui, ensuite, administrent les médicaments aux enfants à la maison. De plus, on a observé que les femmes présentes au poste de distribution étaient très habiles et patientes avec les enfants.



- Certains distributeurs broient les comprimés dans de l'eau ou ajoutent de l'eau dans le récipient de broyage avant d'administrer le médicament aux enfants. Ce procédé augmente les risques de rétention de médicament sous forme de poudre sur les parois du récipient et de contamination lors de la prochaine administration.

Encadré 6 : Leçon apprise – Administration des médicaments aux enfants sur les sites

La position adéquate de l'enfant, l'administration des médicaments par la mère et la présence des femmes aux postes de distribution semblent faciliter l'administration des médicaments aux très jeunes enfants.

L'utilisation d'une seringue pourrait aussi dans certains cas faciliter l'administration de la solution médicamenteuse aux enfants de moins d'un an. Mais, cette technique peut provoquer des fausses routes et elle doit donc être exécutée par du personnel bien formé et expérimenté.

2.4.4 Observance du traitement

Les équipes d'OCB, dans le DS de Guidam Roundji, ont été les seules à surveiller la prise des médicaments de CPS pendant les trois jours que dure le traitement. Dans les autres DS, seule la première dose de médicaments a été administrée sous surveillance, les deux autres ont été administrées à domicile par les accompagnants.

Les enquêtes d'EPICENTRE (7-10) ont estimé que l'observance du traitement sur trois jours avait été satisfaisante avec un taux de 98.3 % (IC 95 % 96.8-99.1, deff. : 2.8) dans le DS de Magaria, de 97.7 % (IC 95% 95.1-98.9, deff. : 3.8) dans le DS de Madaoua et Bouza, et de 96.8 % (IC 95 % 94.2-98.3, deff. : 2.6) dans le DS de Madaraounfa.

Même si ces résultats sont encourageants, l'estimation du taux d'observance a été basée sur l'affirmation des parents, qui peut être faussée par leur tendance à vouloir satisfaire l'enquêteur en fournissant des réponses positives.

De plus, le succès de l'observance du traitement de trois jours doit être mitigé par les pratiques d'administration des médicaments à domicile, décrites dans le chapitre suivant.

2.4.5 Pratiques d'administration des médicaments à domicile

Ce chapitre documente les observations faites lors de l'évaluation qualitative réalisée pendant le 4^e passage de CPS à Magaria. Ces résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des DS.

Nous avons observé les pratiques d'administration des médicaments à domicile dans 16 concessions réparties dans cinq villages différents. Le choix des villages a été déterminé par le souhait d'atteindre un juste équilibre entre les communautés des Haoussa (3) et des Peuls (2). Bien que le nombre d'observations n'ait pas été déterminé à l'avance, nous avons cherché à atteindre la saturation des pratiques observées. Les pratiques d'administration ont également été abordées lors des discussions de groupe (FGD) avec les femmes.

Ces observations complètent les données de l'enquête d'EPICENTRE qui indiquent une très bonne observance chez les enfants ayant participé au 4^e passage de CPS à Magaria, qui, selon les dires de leurs parents, avaient pris toutes les doses (3) de médicaments.



Photo : Administration du médicament à domicile dans un village haoussa, AS de Magaria

Toutes les femmes interviewées lors des FGD ont également affirmé avoir donné aux enfants les deux doses restantes à la maison. Cependant, même si les femmes n'ont fait mention d'aucune difficulté particulière pour administrer les médicaments à la maison, un certain nombre de pratiques discutables ont été constatées.

La plupart des mères observées écrasaient les médicaments avec leurs doigts dans un gobelet rempli d'eau sans les avoir lavés au préalable. Comme les médicaments sont durs à écraser, ce procédé non hygiénique prend plusieurs minutes.



Photo : Administration du médicament à domicile dans un village peul, AS de Dan-Tchia

La majorité des femmes utilisaient les gobelets en plastique jetable donnés aux enfants en « cadeau » sur les sites de distribution pour préparer le mélange des médicaments. Ces gobelets n'étaient pas assez solides et ne convenaient donc pas à ce type d'utilisation. Nous avons observé qu'une partie du médicament restait sur la paroi du gobelet déformé, entraînant l'administration d'une dose incomplète du médicament.

Certaines femmes laissaient le médicament se dissoudre dans l'eau sans l'écraser. La dissolution complète prenait environ 20 minutes. Cependant, de petits résidus restaient collés sur les parois du gobelet entraînant là encore l'administration d'une dose incomplète de médicament.



Photo : Administration du médicament à domicile dans un village haoussa, AS de Magaria



Photo : Administration du médicament à domicile dans un village haoussa, AS de Magaria

Deux femmes seulement utilisaient un matériel de préparation similaire à celui employé sur les sites de distribution (louche + cuillère ou louche + tige en métal). Même si les conditions d'hygiène étaient dans ce cas meilleures que dans les exemples précédents, l'écrasement à la cuillère provoquait la perte de particules de médicaments qui tombaient à terre.

Nous avons pu observer un seul cas où la mère, à domicile, administrait le médicament entier (sans l'écraser) avec du sucre à ses filles âgées de 3 et 5 ans. Malgré le goût amer de l'amodiaquine, cette pratique semble très bien acceptée par l'enfant, s'avère plus acceptable sur le plan de l'hygiène et permet une prise complète du médicament, à condition que l'enfant soit capable d'avaler des comprimés entiers.



Photo : Administration du médicament à domicile dans un village haoussa, AS de Dan-Tchia

Hormis les exemples cités plus haut, certaines femmes ont admis que les enfants ont pris leurs médicaments tous seuls, en l'absence des parents. Il semble que ce soit une pratique relativement courante et que les enfants étaient particulièrement motivés à prendre les médicaments, car ils étaient accompagnés d'un carré de sucre. Cette pratique devrait être fortement découragée car elle peut facilement mener à des erreurs de posologie du médicament si plusieurs enfants d'âges différents cohabitent dans le même foyer.

Encadré 7 : Leçon apprise – Administration des médicaments à domicile et observance du traitement

Les observations indiquent que l'administration des doses à domicile est souvent incomplète et se fait dans des conditions d'hygiène inacceptables. La sensibilisation des mères sur l'administration correcte des médicaments doit donc être renforcée. Les bonnes pratiques d'administration sont décrites en détail dans le rapport pharmaceutique.

On note que les méthodes utilisées pour évaluer l'observance du traitement n'étaient pas satisfaisantes. Au vu des mauvaises pratiques d'administration observées à domicile et des limites des questionnaires se basant sur les affirmations des parents, on doit envisager l'emploi de méthodes vérifiables de façon objective.

2.4.6 Système de suivi des effets indésirables

Comme tout médicament, les médicaments de CPS (SP et AQ) peuvent provoquer des effets indésirables (EI) mineurs ou majeurs. Ces derniers sont décrits dans le rapport pharmaceutique.

Dans le cadre de la CPS, il a été prévu de renforcer le système de pharmacovigilance peu fonctionnel du Niger par la mise en place d'un système de détection et de surveillance des effets indésirables.

Les **fiches de notification des effets indésirables** du MSP ont été distribuées par MSF dans les structures sanitaires pour assurer le suivi des **effets indésirables majeurs**. Il est à noter que ces fiches de notification, en théorie déjà utilisées par les agents de santé, n'avaient jamais été mises à la disposition des structures sanitaires avant le démarrage de la CPS.

En plus des fiches individuelles de notification, MSF a également distribué sur les sites et dans les structures sanitaires des **feuilles de pointage** destinées à la notification des **effets indésirables mineurs**.

Les **guides de conduites à tenir** en présence d'effets indésirables mineurs et majeurs ont également été mis à la disposition des structures sanitaires et un **système de référence des EI majeurs** a été établi dans tous les DS.

Dans le DS de Madaoua et de Bouza, les équipes du COBA ont constitué des **kits de prise en charge⁸ d'urgence des EI majeurs** qui ont été distribués aux CS/CSI et aux superviseurs de la CPS.

⁸ Kit de prise en charge contenant du diazépam, de la dexamétasone, du métoclopramide et des sels de réhydratation orale (SRO)

Tous les **agents communautaires et les agents de santé concernés ont été formés** à la détection et à la prise en charge des EI causés par les médicaments de CPS.

Les **parents ont également été sensibilisés** à ces effets par le biais de sessions d'information dans les villages, d'émissions de radio, ainsi que sur les sites de distribution où on leur indiquait d'amener les enfants dans les structures sanitaires en cas de suspicion d'EI.

Les effets indésirables étaient rapportés à quatre niveaux différents :

- lors des distributions de CPS (sites fixes et porte-à-porte)
- à domicile à l'aide de recherches actives (OCB et OCBA)
- dans les structures sanitaires périphériques (CSI/CS)
- dans les hôpitaux de district (HD)

Après le 1^{er} et le 4^e passage de CPS, la fréquence des EI a également été mesurée au travers des enquêtes transversales menées par EPICENTRE dans tous les DS.

Malgré le déploiement de tous les efforts décrits plus haut, on constate que le suivi des effets indésirables constitue un des points faibles de la mise en œuvre de la CPS au Niger.

La limite du temps d'observation fixée à 15-30 minutes n'a permis de déceler qu'une faible proportion des EI. Par ailleurs, même si les accompagnants ont été formés à se rendre dans les CS/CSI en cas d'EI, la plupart des mères interviewées ont admis ne pas avoir cherché à obtenir des soins lorsque leurs enfants présentaient des EI mineurs. On a également constaté un manque d'appropriation et de compréhension du suivi des EI par les agents de santé.

2.4.7 Fréquences des effets indésirables

Le tableau 15 résume la fréquence globale des effets indésirables (EI) mineurs ou majeurs observés sur les sites de distribution, dans les structures sanitaires, et notifiés par les AC dans les cinq DS. Les tableaux 16-19 présentent la fréquence des EI notifiés par les différentes sections de MSF. Le tableau 20 donne les estimations de fréquence des EI d'après les enquêtes d'EPICENTRE réalisées après le 4^e passage de CPS (7-10).

Tableau 15 : Fréquence des effets indésirables détectés au cours des 4 passages de CPS (5 DS, 4 OCs)

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants ayant reçu la CPS	207 670	225 435	216 906	225 970
Effets indésirables	2 410 (1.2 %)	2 827 (1.3 %)	2 461 (0.8 %)	2 186 (0.4 %)
Vomissements	2 124 (88 %)	2 644 (94 %)	2 396 (97 %)	2 058 (94 %)
Diarrhée	164 (6.8 %)	69 (2.4 %)	38 (1.5 %)	64 (2.9 %)
Autres	122 (5.0 %)	114 (4.0 %)	27 (1.1 %)	64 (2.9 %)

Tableau 16 : Fréquence des effets indésirables détectés au cours des 4 passages de CPS (Magaria, OCG)

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants ayant reçu la CPS	101 492	111 678	101 091	110 119
Effets indésirables	1 418 (1.4 %)	1 452 (1.3 %)	1 075 (1.1 %)	857 (0.8 %)
Vomissements	1 304 (92 %)	1 361 (94 %)	1 021 (95 %)	838 (98 %)
Diarrhée	48 (3.4 %)	26 (1.7 %)	3 (0.1 %)	6 (0.8 %)
Autres	66 (4.7 %)	77 (5.4 %)	54 (5.2 %)	12 (1.4 %)

Tableau 17 : Fréquence des effets indésirables détectés au cours des 4 tours de CPS (Madaoua et Bouza, OCBA)

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants ayant reçu la CPS	76 843	82 653	86 036	87 806
Effets indésirables	568 (0.7 %)	643 (0.8 %)	582 (0.7 %)	680 (0.8 %)
Vomissements	499 (87.8 %)	599 (93.1 %)	542 (93.1 %)	616 (90.5 %)
Diarrhée	66 (11.6 %)	30 (4.7 %)	32 (5.5 %)	57 (8.4 %)
Autres	3 (4.7 %)	14 (2.2 %)	8 (1.4 %)	7 (1.1 %)

Tableau 18 : Fréquence des effets indésirables détectés au cours des 4 tours de CPS (Madaraunfa, OCP)

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants ayant reçu la CPS	18 792	20 407	18 912	17 194
Effets indésirables	140 (0.7 %)	712 (3.5 %)	595 (3.1 %)	604 (3.5 %)
Vomissements	140 (100 %)	712 (100 %)	595 (100 %)	604 (100 %)

Tableau 19 : Fréquence des effets indésirables détectés au cours des 4 tours de CPS (Guidam-Roundji, OCB)

Passage CPS	CPS 1	CPS 2	CPS 3	CPS 4
Enfants ayant reçu la CPS	10 543	10 698	10 839	11 092
Effets indésirables	287 (2.7 %)	70 (1.3 %)	44 (0.8 %)	21 (0.02 %)
Vomissements	173 (60.3 %)	24 (34.4 %)	14 (31.8 %)	
Diarrhée	50 (17.4 %)	13 (18.6 %)	3 (0.1 %)	
Eruptions cutanées	1 (0.3 %)	3 (4.2 %)	-	
Fièvre	11 (3.8 %)	6 (8.6 %)	10 (22.7 %)	
Fatigue	9 (3.1 %)	-	8 (18.2 %)	
Autres	43 (15 %)	24 (34 %)	54 (5.2 %)	

Tableau 20 : Fréquence des effets indésirables (% , IC à 95 % , effet de grappe) d'après les affirmations des parents consignées dans les 4 enquêtes d'EPICENTRE (7-10)

Section de MSF	OCG	OCBA	OCP	OCB
Taille de l'échantillon	1 618	1 206	939	1 475
Effets indésirables	15.9 % [11.1-12.2] deff. : 8.9	8.0 % [5.6-11.3] deff. : 3.1	9.4 % [6.8-12.9] deff. : 2.6	0.4 % [0.05-0.6] deff. : 1.2
Fièvre	6.0 % [3.5-9.9] deff. : 6.6	3.0 % [1.9-4.7] deff. : 1.8	3.7 % [2.4-5.8] deff. : 2.6	-
Vomissements	4.5 % [2.6-7.5] deff. : 5.2	2.7 % [1.9-4.7] deff. : 1.8	1.2 % [0.6-2.2] deff. : 1.0	0.1 % [0.01-0.7] deff. : 3.6
Nausées	-	-	-	0.2 % [0.05-0.6] deff. : 1.2
Diarrhée	5.2 % [3.3-8.1] deff. : 4.3	2.0 % [1.0-4.0] deff. : 3.0	1.5 % [0.5-4.25] deff. : 3.6	0.02 % [0.002-0.2] deff. : 1.2
Fièvre	6 % [3.5-9.9] deff. : 6.6	3.0 % [1.9-4.7] deff. : 1.8	3.7 % [2.4-5.8] deff. : 2.6	-
Faiblesse	1.6 % [1.0-2.6] deff. : 1.4	0.7 % [0.2-2.1] deff. : 2.6	2.25 % [0.8-5.7] deff. : 4.6	-
Fatigue	0.5 % [0.3-1.19] deff. : 1.0	-	-	-
Jaunisse	-	-	0.3 % [0.1-1.3] deff. : 1.3	-
Eruptions cutanées	-	0.05 % [0.006-0.3] deff. : 2.6	0.1 % [0.04-0.7] deff. : > 50	-
Autres*	0.4 % [0.1-0.9] deff. : 1.3	0.4 % [0.1-1.3] deff. : 1.6	0.4 % [0.05-2.8] deff. : 3.5	0.1 % [0.04-0.4] deff. : < 1

*Inclut les malaises, les maux de tête, les maux de ventre, les nausées, le rhume, la somnolence, la toux

Source : EPICENTRE

La fréquence globale des EI détectés chez les enfants ayant reçu la CPS dans les cinq DS reste faible pendant les quatre passages de CPS, variant de 0.4 % au 4^e passage à 1.3 % au 2^e passage. Les vomissements étaient les EI les plus couramment observés (88 %-98 %), suivi par les diarrhées (1.5 %-6.8 %). Le tableau 15 montre que les autres EI, comme la fatigue, la fièvre, la jaunisse, la pâleur ou les éruptions cutanées représentaient moins de 5 % des EI détectés (1.1 %-5.0 %).

Dans le DS de Magaria (OCG) la fréquence des EI notifiés a progressivement diminué de 1.4 % au 1^{er} passage à 0.8 % au 4^e passage (tableau 16). La plus forte fréquence au 1^{er} passage s'explique surtout par la sur-notification des cas de vomissements confondus avec les rejets de médicaments⁹.

Malgré la limite du temps d'observation fixée à 15-30 minutes sur les sites de distribution des CPS, la plupart des EI ont été détectés sur place ou par les équipes faisant du porte-à-porte. Seuls 117 des cas d'EI mineurs ou majeurs ont été signalés dans les CS/CSI/HD lors des quatre passages tandis que 4 692 cas d'EI ont été notifiés lors des distributions de CPS.

⁹ Le rejet dans le cadre de la CPS correspond majoritairement au vomissement précoce du produit avant son ingestion dû principalement à l'amertume du médicament. Il n'est pas considéré comme un EI.

Dans les DS de Madaoua et de Bouza (OCBA), la fréquence des EI notifiés est restée faible et stable entre les passages (0.7 %-0.8 %) (tableau 17). Les vomissements étaient les EI les plus couramment observés (88 %-93 %), suivis par les diarrhées (4.7 %-11.6 %).

Cinquante-six cas de surdosage (administration de trois comprimés d'AQ en une seule prise) ont été enregistrés lors du 1^{er} passage de CPS. Ces enfants présentaient des symptômes aussi divers que la fatigue, les vomissements, la diarrhée ou la somnolence. Six de ces enfants ont dû être hospitalisés pendant 24 heures, mais ils n'ont présenté aucune séquelle au bout des 21 jours de suivi.

Dans le DS de Madaraounfa (OCP), les équipes ont notifié uniquement les cas de vomissements. La fréquence des vomissements notifiée variait entre 0.7 % au 1^{er} passage et 3.5 % au 4^e passage (tableau 18). La variation entre les passages est principalement due à la confusion dans la notification des cas de rejets et de vomissements au 1^{er} passage. En plus des EI notifiés, les AC ont constaté quelques cas de prurit et de diarrhées, mais ces derniers n'ont pas été répertoriés dans le tableau des EI.

Dans le DS de Guidam-Roundji (OCB), la fréquence des EI a progressivement chuté de 2.7 % au 1^{er} passage à 0.02 % au 4^e passage (tableau 19). Hormis les vomissements qui constituaient les EI les plus fréquents (32 %-60 %), les autres EI observés étaient plus variés que dans les autres DS, ce qui s'explique par le système de suivi. Les équipes de distribution étaient présentes dans la communauté pendant trois jours et pouvaient ainsi détecter les EI se déclarant plus longtemps après la prise des médicaments de CPS. En revanche, on constate que sauf au 1^{er} passage, la fréquence des EI rapportés était plus faible à Guidam-Roundji que dans les autres DS. D'après l'équipe d'OCB, cela est dû principalement au relâchement de la surveillance des EI dès le 2^e passage.

Par ailleurs, la prévalence des EI rapportés par les parents lors des enquêtes d'EPICENTRE (tableau 20) s'avère considérablement plus élevée que celle répertoriée dans les programmes de CPS.

Tandis que la fréquence des EI rapportés au 4^e passage dans les programmes de CPS à Magaria, Madaou et Bouza, Madaraounfa et Guidam-Roundji, était respectivement de 0.8 %, 0.8 %, 3.5 % et 0.02 %, les études EPICENTRE ont estimé, pour le même passage, que 15.9 % des enfants à Magaria (IC 95 % : 11.1-22.2, deff : 8.9), 8.0 % à Madaoua et Bouza (IC 95 % : 5.6-11.3, deff : 3.1), 9.4 % à Madaraounfa (IC 95 % : 6.8-12.9, deff : 2.6) et 0.4 % à Guidam-Roundji (IC 95 % : 0.05-0.6, deff : 1.2) présentaient au moins un EI. La fièvre et les problèmes gastro-intestinaux étaient les symptômes les plus couramment rapportés (tableau 20).

Même si l'analyse de ces données reste limitée en raison du caractère subjectif des appréciations des EI par les parents et les enquêteurs non médicaux, la disparité entre les données programmatiques et celles issues des enquêtes devraient être explorées. Par ailleurs, aucune explication n'a pu être donnée en ce qui concerne les importantes variations observées entre les différents DS.

2.4.8 Détection et suivi des effets indésirables majeurs

Au total, 71 cas d'EI majeurs ont été notifiés dans les cinq DS lors des quatre passages de CPS, ce qui représente 8 EI majeurs pour 100 000 enfants ayant reçu la CPS. 15 cas ont nécessité une

hospitalisation de courte durée, soit une fréquence de 1.7 hospitalisation en rapport avec la CPS pour 100 000 enfants. Cependant, la définition des EI majeurs manque de clarté et le système de détection et de suivi de ces derniers varie entre les OCs.

Dans le DS de Magaria (OCG), 55 cas d'EI majeurs ont été notifiés dans les CS/CSI, dont 48 (87 %) au 2^e et 7 (13 %) au 1^{er} passage de CPS. Aucune explication n'a pu être donnée pour expliquer cette augmentation des EI majeurs au 2^e passage. Cinquante et un de ces EI majeurs (93 %) étaient, selon les agents de santé, des vomissements répétés, trois correspondaient à des diarrhées sévères et un cas n'a pas été spécifié. Contrairement à ce qui était prévu, aucune fiche de notification du MSP n'a été remplie. La prise en charge et l'évolution clinique de ces enfants n'est donc pas connue.

Trois cas d'EI majeurs ont été détectés dans l'hôpital du district (HD) de Magaria, dont un cas de jaunisse et un cas de troubles cardiaques. Aucun suivi n'a été effectué chez ces enfants dont l'évolution reste inconnue. Un seul cas d'EI majeur a été correctement suivi. Il s'agissait d'une fillette de 17 mois qui a fait une crise d'hyperthermie après la 3^e prise de CPS. La fillette a été prise en charge par l'équipe de MSF au CRENI et est sortie de l'hôpital sans aucune séquelle.

Dans le DS de Madaoua et de Bouza (OCBA), 12 enfants ont été hospitalisés en lien avec la CPS, dont six pour une intoxication (administration de trois comprimés d'AQ en une seule prise). Les enfants hospitalisés présentaient des symptômes aussi divers que des vomissements répétés (4), des diarrhées sévères (4), des convulsions (3) et des douleurs abdominales (1). Ces EI majeurs ont tous été détectés lors du 1^{er} passage de CPS. Les enfants ont été hospitalisés dans l'HD de Madaoua et sont tous sortis de l'hôpital guéris et sans séquelles après un suivi de 21 jours.

Dans le DS de Madaraounfa (OCP), un cas de rash cutané accompagné d'œdèmes légers généralisés a été référé à l'hôpital de Madaraounfa. L'évolution de cet enfant n'est pas consignée dans le rapport.

A Guidam-Roundji (OCB), un seul cas de vomissements répétés a été notifié lors du 2^e passage.

Encadré 7 : Leçon apprise – Pharmacovigilance dans le cadre du programme de CPS au Niger

La détection, la prise en charge et le suivi des effets indésirables ont été identifiés comme étant les points faibles du programme de CPS. Parmi les raisons possibles, on peut évoquer le mauvais fonctionnement du système de pharmacovigilance au Niger et la décision hâtive de MSF de mettre le programme en place sans un encadrement suffisant de la communauté et des structures sanitaires. La définition imprécise des EI, l'utilisation d'outils inadaptés pour la collecte des données, le manque d'appropriation du suivi des EI par les agents de santé et la réticence des mères à signaler les EI semblent constituer les problèmes majeurs.

On constate que les variations de fréquence des EI notifiés entre les passages, ainsi qu'entre les OCs, sont principalement liées à la mauvaise compréhension de la définition des EI, notamment à la confusion entre le rejet du médicament et les vomissements. Il semble peu probable que certains EI notifiés lors des distributions, tels que la fièvre, la diarrhée ou la pâleur aient été provoqués par un effet immédiat des médicaments de CPS.

Parmi les effets indésirables majeurs les plus redoutés, on note un seul cas de jaunisse et un cas de rash cutané généralisé, notifiés lors des quatre passages de CPS. Même si l'on ne peut exclure le manque de performance du système de détection pour expliquer cette constatation, on sait que la procédure de notification et de suivi des EI majeurs n'a pas toujours été respectée et a donc joué un rôle.

Le système de suivi des EI doit donc être renforcé en 2014 de façon à mettre l'accent sur la détection, la notification, la prise en charge et le suivi des EI majeurs.

2.5 L'efficacité de la stratégie de CPS

2.5.1 Stratégies de distribution

Différentes stratégies de distribution ont été adoptées au Niger.

Le protocole national de mise en œuvre de la CPS au Niger (13) prévoit deux stratégies de distribution :

- Le porte-à-porte dans les localités de plus de 2 000 habitants
- Les petits sites fixes dans les localités de moins de 2 000 habitants

Les deux stratégies prévoient l'administration de la première dose de médicaments de CPS sous observation directe et des deux autres par les parents au domicile.

MSF a décidé d'expérimenter plusieurs stratégies de distribution au Niger afin de déterminer celles qui étaient le mieux adaptées au contexte. Ces dernières sont résumées dans le tableau 21. L'OCB a organisé l'administration des trois doses sous surveillance uniquement dans le DS de Guidam-Roundji. Dans les autres DS, la première dose de médicaments de CPS a été administrée sous observation et les deux autres par les parents à domicile.

Tableau 21 : Stratégies de distribution adoptées par les différents OCs

OC	Type de stratégie	Population attendue	Lieux de distribution	Suivi Prise CPS
OCG	Fixe	Sauf la ville de Magaria	Ecoles, villages avec les CS/CSI	J1 surveillée
	Porte-à-porte	Ville de Magaria	Chaque maison	J1 surveillée
OCBA	Fixe	↑ 200 enfants	CS, CSI, écoles, lieux publics	J1 surveillée
	Fixe avancée	↓ 200 enfants	Maisons chef de village + visites des hameaux	J1 surveillée
OCP	Fixe	Toute la population	CS, CSI	J1 surveillée
OCB	Porte-à-porte	Toute la population	Chaque maison	J1, J2, J3 surveillée

L'OCG a envisagé de suivre la stratégie de distribution préconisée dans le document national de mise en œuvre afin d'en démontrer l'applicabilité au Niger. Cette stratégie s'est toutefois avérée difficile à mettre en place sur le plan de la logistique et de la supervision des nombreuses équipes faisant du porte-à-porte pour couvrir l'ensemble des localités de plus de 2 000 habitants. Des difficultés semblables ont été rencontrées pour l'implantation de petits sites fixes constitués de trois personnes, comme prévu dans la stratégie nationale. Après plusieurs adaptations de la stratégie, il a été décidé de faire une distribution de porte en porte en ciblant 70 enfants par jour et par équipe de deux personnes, et cela uniquement dans la ville de Magaria. Pour le reste de la zone, la distribution a été effectuée dans les grands sites fixes, dont chacun ciblait environ 500 enfants par jour. Chaque équipe fixe était composée de 6 à 10 personnes selon la taille du site qui a été modifiée à plusieurs reprises au cours des passages de CPS. L'évolution des équipes fixes et des équipes effectuant du porte-à-porte est résumée dans le tableau 22.

Dans le DS de Madaoua et de Bouza (OCBA), le SP-AQ a été distribué au 1^{er} passage de CPS dans 88 sites fixes de huit personnes chacun, pour une population cible de 500 enfants par jour, ainsi que dans 44 sites fixes avancés gérés par deux personnes, pour une population cible de 100-200 enfants par jour. Comme le taux de participation des enfants était nettement supérieur aux prévisions et qu'il était important d'atteindre la population pendant la saison des pluies, le nombre de sites fixes a été augmenté à 97 et celui des sites fixes avancés à 75 dès le 2^e passage de CPS. Au 4^e passage, une distribution de porte en porte a été effectuée dans le quartier administratif de Madaoua, après le refus de plusieurs familles de se rendre sur les sites.

Dans le DS de Madaraounfa (OCP), neuf sites de distribution fixes ont été initialement installés dans les enceintes des CS/CSI. Trois sites supplémentaires ont été ajoutés dès le 2^e passage de CPS.

Dans le DS de Guidam-Roundji (OCB), la distribution de CPS a été assurée par 79 équipes de trois personnes faisant du porte-à-porte. Le nombre des équipes est resté stable lors des quatre passages de CPS.

Tableau 22 : Tableau récapitulatif des stratégies de distribution (durée, nombre d'équipes/de sites, ressources humaines) :

	OCG	OCBA	OCP	OCB
Durée de distribution	4 jours x 2 (CPS 1-3) 3 jours x 2 (CPS 4)	3 jours	3 jours	3 jours
Durée de rattrapage	Non	1 jour	2 jours	2 jours (CPS 1-3) 1 jour (CPS 4)
Nb de sites fixes	68 (CPS 1) 70 (CPS 2-4)	88 (CPS 1) 97 (CPS 2-4)	9 (CPS 1) 12 (CPS 2-4)	N/A
Nb de sites avancés	N/A	46 (CPS 1) 75 (CPS 2-4)	N/A	N/A
Nb d'équipes de PàP	14 (CPS 1) 17 (CPS 2-3), 20 (CPS 4)	N/A	N/A	79
Nb d'acteurs/équipe	Fixe : 8-11 PàP : 2	Fixe : 8-9 Fixe avancé : 2	Fixe : 9	PàP : 3
Population cible/jour	Fixe : 500 PàP : 70	Fixe : 500 Fixe avancé : 100-200	Fixe :	PàP : 100-130
Nb de superviseurs	8 (MSF) + 35 assistants (MSF)	28 (MSP)	5 (3 MSF + 2 MSP)	14 (5 MSF + 3 RC + 6 agents des CS)

Durée des distributions

Les distributions de CPS ont duré entre quatre (OCBA) et dix jours (OCG).

A Magaria (OCG), la distribution mensuelle a duré dix jours et s'est déroulée en deux phases de quatre jours, avec deux jours de préparation entre les phases. La distribution en deux phases a permis de réduire le nombre des superviseurs. Au 4^e passage, le nombre de jours de distribution par phase a été réduit à trois. Cette durée plus courte s'est avérée suffisante pour couvrir la population cible. L'équipe cadre de Magaria a constaté que la distribution sur 10 jours était trop longue, et qu'elle ne laissait pas aux équipes suffisamment de temps pour évaluer les résultats du passage précédent, préparer le prochain passage, mais aussi récupérer entre deux passages.

A Madaoua et à Bouza (OCBA), la distribution a duré quatre jours au total, quelque soit la stratégie utilisée. La distribution selon la méthode fixe a duré trois jours, plus un jour de rattrapage. Les deux derniers jours, certains sites fixes ont fait du porte-à-porte pour identifier les enfants qui n'avaient pas reçu le traitement. Comme le taux de participation des enfants à la CPS avait largement dépassé les prévisions, certains sites n'ont pas pu effectuer d'activités de rattrapage.

A Madaraounfa (OCP), la distribution a duré cinq jours au total, les deux derniers jours étant considérés comme des jours de rattrapage.

A Guidam-Roundji (OCB), la distribution a également duré cinq jours (dont deux jours de rattrapage), puis elle a été réduite à quatre jours lors du dernier passage. Cette durée plus courte s'est avérée suffisante pour couvrir la population cible.

Supervision des sites et des équipes faisant du porte-à-porte

Pour assurer la supervision, l'OCG a recruté huit infirmiers dans le cadre d'un contrat de cinq mois régi par MSF. Après le démarrage des activités, on a constaté que ces personnes n'arrivaient pas à superviser les quatre ou cinq sites qui leur avaient été confiés. Pour pallier ce problème, un poste d'assistant superviseur et un poste de chef d'équipe ont été créés dès le 2^e passage. Au total, 35 assistants superviseurs ont été recrutés (un assistant pour deux équipes) sous contrat journalier pour couvrir la période de distribution. Des chefs d'équipes ont été désignés au sein de l'équipe de distribution.

L'OCBA a uniquement travaillé avec les superviseurs du MSP, au nombre de 28. Aucun problème de supervision n'a été signalé par les équipes.

L'OCP a assuré la supervision avec l'aide d'une équipe mixte regroupant trois employés de MSP et deux employés de MSF.

L'OCB a recruté 14 superviseurs dont cinq provenaient de MSF, six étaient des agents de santé des CS et trois faisaient partie des relais communautaires (RC).

Efficacité des différentes stratégies de distribution

La comparaison des stratégies de distribution en fonction du nombre d'enfants vus par équipe et par jour, et du nombre d'acteurs de distribution et de superviseurs lors du 4^e passage de CPS est présentée dans le tableau 23.

Pour l'OCG, la différence entre le nombre moyen d'enfants vus par acteur de distribution varie peu entre la stratégie fixe (50 enfants/acteur/jour) et la stratégie du porte-à-porte (48 enfants/acteur/jour). On note cependant de grandes variations entre les sites fixes, qui pour certains recevaient plus de 100 enfants par acteur et par jour.

Le nombre d'enfants vus par acteur dans le cadre de la stratégie fixe utilisée par l'OCP (33 enfants/acteur/jour) était plus faible que dans les deux stratégies adoptées par l'OCG. Cette différence est liée d'une part à la diminution du nombre d'enfants participant à la CPS lors du 4^e passage, et d'autre part, à la mise en place des deux jours de rattrapage pendant lesquels le nombre d'enfants vus sur les sites diminuait de manière conséquente.

L'OCB, qui a utilisé la stratégie du porte-à-porte avec trois visites par enfant, a pu prendre en charge 35 enfants par acteur de distribution et par jour. Ce résultat, moins bon que dans la stratégie du porte-à-porte adoptée par l'OCG, est probablement lié à la différence de taille entre les équipes (tableau 22), mais également à la mise en place des jours de rattrapage pendant lesquels le nombre d'enfants vus par les équipes diminuait. Il faut noter par ailleurs que les mêmes enfants ont été vus trois jours de suite, ce qui érode la rentabilité de la stratégie.

Vingt-deux enfants ont été vus par acteur et par jour sur les sites fixes d'OCBA. Ce chiffre paraît très inférieur à ceux obtenus dans les autres sections de MSF et doit être vérifié. Il est possible qu'il ait

été sous-estimé si toutes les personnes considérées comme des acteurs (776) n'ont pas travaillé pendant les quatre jours effectifs de la distribution. Le nombre de 36 enfants par acteur et par jour tel qu'établi dans la stratégie des sites fixes avancés semble plus juste.

Par ailleurs, le tableau 23 indique que la supervision des grands sites fixes est moins lourde que celle des équipes faisant du porte-à-porte. Pour la stratégie du porte-à-porte, l'OCG et l'OCB ont employé un superviseur par jour pour 484 et 595 enfants, respectivement. Dans le cas de la stratégie fixe, l'OCG, l'OCP et l'OCBA ont fait appel aux services d'un superviseur ou d'un assistant superviseur pour 938, 707, et 808 enfants, respectivement par jour.

Tableau 23 : comparaison des différentes stratégies de distribution par rapport au nombre d'enfants vus par équipe, par acteur de distribution et par superviseur lors du 4^e passage de CPS.

Section MSF	OCG	OCG	OCBA	OCBA	OCP	OCB
Stratégie	Fixe	Porte-à-porte	Fixe	Fixe avancée	Fixe	Porte-à-porte J1-3
Enfants vus	106 886	5 807	68 889	21 643	17 682	11 101 x 3
Sites/équipes	70	20	97	75	12	79
Acteurs	713	40	776	150	108	230
Jours de distribution	3	3	4	4	5	4
Enfants vus/équipe/jour	509	97	176	72	295	
Enfants vus/acteur/jour	50	48	22	36	33	35
Nb de superviseurs	38	4	28		5	14
Enfants vus/superviseur/jour	938	484	808		707	595

Les résultats de cette année semblent indiquer que la stratégie de distribution influence peu les taux de couverture et d'observance du traitement (voir les chapitres « Couverture du programme de CPS » et « Observance du traitement »).

Lors des discussions de groupe organisées à Magaria, les femmes ont exprimé leur satisfaction à l'égard de la stratégie fixe : « Nous aimons bien venir sur les sites, cela nous distrait », même si plusieurs d'entre elles ont confié que « le porte-à-porte serait encore mieux ». En revanche, dans le quartier administratif de la ville de Madaoua, l'OCBA a décidé de passer d'une stratégie fixe à une stratégie du porte-à-porte à la suite du refus de certains fonctionnaires d'Etat d'amener leurs enfants sur les sites de distribution. Devant ce constat, nous sommes en droit de nous demander si cette stratégie ne favorise pas davantage cette population plutôt « privilégiée », contrairement à la population plus vulnérable des hameaux éloignés qui accepte de se déplacer.

Le tableau 24 présente une analyse FFOM des trois stratégies de distribution employées au Niger. Chacune des stratégies a ses forces et ses faiblesses. En ce qui concerne les menaces présentées par ces stratégies, elles semblent plus importantes pour la stratégie fixe que pour celle du porte-à-porte. En revanche, la stratégie fixe présente aussi plus d'opportunités. Cette analyse ne prend pas en compte le suivi des prises de médicaments (surveillance d'un jour vs surveillance de trois jours)

Tableau 24 : Analyse FFOM des trois stratégies de distribution : grands sites fixes, petits sites fixes (stratégie fixe avancée), distribution de porte en porte

Stratégie	Fixe	Fixe avancée	Porte-à-porte
Forces	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation+ par la population - Simple à superviser - Observation de l'enfant pendant 30 minutes - Sensibilisation des mères sur les sites 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation++ par la population - Proximité - Observation de l'enfant pendant 30 minutes - Sensibilisation des mères sur les sites 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation+++ par la population - Proximité - Milieu connu pour l'enfant (moins de stress) - Bonne maîtrise de la cible - Sensibilisation de proximité - Présence des RC dans la communauté 24 h/24 h
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> - Endroit stressant pour les enfants - Distance pour certains - Long délai d'attente - Besoin de matériel d'installation 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision et logistique lourdes - Eloignement de la PEC du paludisme (sauf si PECADOM) - Multiplication du matériel de distribution et des outils de collecte de données 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision lourde - Fatigue de l'équipe - Eloignement de la PEC du paludisme - Multiplication du matériel de distribution et des outils de collecte de données - Multiples visites en cas d'absence - Observation de 10 minutes maximum (sauf si 1 personne de plus pour la PV)
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> - Dg - PEC du paludisme de proximité (CS et CSI) - Inllu - Inclusion d'autres activités préventives (ex. micronutriments, vaccination, Albendazol, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du réseau communautaire (ex. PECADOM) - Conjointe à d'autres activités préventives (ex. vaccination contre la rougeole) 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'ajouter une autre activité préventive (ex. JNV)
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de sécurité sur le site - Discrimination de certaines ethnies (ex. peul) - Jalousies des communautés par rapport au choix des sites - Refus de se déplacer sur le site (distance, stratégie, confinement, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants absents pendant les travaux champêtres - Problème d'identification des ménages qui se déplacent 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants absents (école, travaux champêtres, etc.)

Encadré 8 : Leçon apprise – stratégies de distribution

Les trois approches de distribution choisies par MSF : sites fixes, sites fixes avancés et porte-à-porte ont permis d'obtenir des taux de couverture et d'observance du traitement très satisfaisants. Les trois stratégies ont d'autre part été bien acceptées par la population, même s'il existe une certaine préférence pour la distribution de porte en porte.

Craignant de ne pas pouvoir maîtriser la distribution de la CPS dans les grands sites fixes, la stratégie nationale préconise que la distribution soit effectuée par des équipes fixes de petite taille dans les localités de moins de 2 000 habitants et par des équipes faisant du porte-à-porte dans les localités de taille supérieure.

L'expérience de MSF démontre que la distribution dans des grands sites fixes est non seulement gérable, mais également plus rentable que la distribution de porte en porte, lorsque les sites sont bien organisés. De plus, la centralisation des équipes de distribution permet d'alléger la supervision et de réduire le nombre de ressources humaines et la quantité de matériel de distribution nécessaires.

On peut cependant privilégier la stratégie du porte-à-porte dans les grandes agglomérations urbaines pour limiter les arrivées de population externe à la zone cible ou en cas de refus des populations de se déplacer sur les sites fixes.

La stratégie fixe avancée peut se justifier pour couvrir des populations éparpillées dans des hameaux éloignés. Cependant, ce choix doit être bien pesé pour ne pas dissuader d'autres communautés de se déplacer vers les sites fixes. De plus, il est souhaitable que cette stratégie soit assortie d'un accès à la PEC du paludisme, comme c'est le cas dans le programme de PECADOM. Le cas échéant, les enfants fébriles ne pourraient bénéficier ni de la CPS ni du traitement antipaludéen.

L'expérience de cette année montre également que l'administration sous surveillance des trois doses de médicaments donne d'excellents résultats sur le plan de la couverture et de l'observance du traitement. Cette approche est cependant trop lourde et trop coûteuse pour être mise en œuvre à grande échelle.

2.5.2 Analyse financière

2.5.2.1 Méthodologie de l'analyse financière

L'analyse financière se base sur deux éléments : le coût par bénéficiaire de chaque section de MSF et les comptes clôturés de la mission à la fin de janvier 2014. Le nombre de bénéficiaires a été calculé sur la base du nombre moyen de bénéficiaires pris en charge lors des quatre passages de la CPS. Le coût par bénéficiaire n'étant pas été disponible au niveau du COP, il a dû être calculé par l'évaluateur. Aucun chiffre non vérifié par les services comptables n'a été retenu pour l'analyse. Pendant la visite de dix jours à Niamey en décembre 2013, l'évaluateur a travaillé en collaboration

avec les coordinateurs financiers afin d'obtenir les informations nécessaires à la finalisation de l'analyse.

Pour le calcul du coût par bénéficiaire, les coûts indirects ont été ajoutés aux coûts directs des activités de CPS, c'est-à-dire, un pourcentage des coûts transversaux et de support du projet.

Les coûts transversaux et de support englobent :

- Les postes de coordination du projet (responsable du projet, référent médical)
- Les postes liés à l'administration et aux finances.
- Les postes logistiques (magasiniers, assistants logistiques, etc.)
- Le coût des consultants et du personnel de soutien externe
- Les coûts des maisons, du bureau, de la pharmacie et de son personnel, et les frais de fonctionnement

2.5.2.2 Limites de l'analyse financière

En premier lieu, le travail d'analyse financière a commencé trop tôt après la fin des activités de CPS, et n'a pas permis de prendre en compte les dernières dépenses allouées au projet. Il n'a pas non plus donné l'opportunité à chaque coordinateur financier de faire ses premières analyses.

En second lieu, l'analyse financière se base sur les données fournies par les différentes sections de MSF et supportés par les extraits comptables. Or la saisie de la comptabilité n'a pas été faite de manière très rigoureuse. On a notamment constaté de nombreuses erreurs d'allocation des dépenses, voire l'imputation de coûts non justifiés. Les coordinateurs financiers ont dû par la suite tenter de déterminer les coûts réels de la CPS.

Par ailleurs, les coûts par bénéficiaire, calculés pour chaque section, ne sont pas comparables, car ils sont de nature différente. Certaines sections de MSF (OCP, OCB) n'ont initialement inclus que les coûts « directs » de la CPS, c'est-à-dire les coûts identifiés clairement comme rattachés directement et uniquement à la CPS (en utilisant l'axe analytique « CPS »), tandis que d'autres sections (OCG, OCBA) ont également inclus les coûts indirects (axes « transversaux » et « support »). Le coût global a été ensuite calculé en ajoutant une certaine proportion des coûts indirects, sauf dans le cas du COB où ce calcul n'a pas été possible. Cependant, l'estimation des coûts indirects reste approximative et ne reflète pas nécessairement la situation réelle.

2.5.2.3 Résultats de l'analyse financière

Le tableau 25 résume l'évaluation initiale de la qualité et de la comptabilité de l'analyse financière.

Tableau 25 : Qualité des comptabilités des quatre OCGs, utilisées pour l'analyse financière de l'activité CPS

CENTRE OPERATIONNEL	CODE PROJET ¹⁰	AXE ANALYTIQUE ¹¹	LIBELLE STANDARD ¹²	QUALITE COMPTABILITE ¹³
OCG	Oui	Oui	Oui	Bonne
OCB	Non	Non	Oui	Correcte
OCBA	Non	Oui	Non	Correcte
OCP	Non	Oui	Non	Faible

L'OCG a utilisé un code de projet spécifique pour la CPS, ainsi que deux axes analytiques : « prévention » et « support ». Même si la CPS se déroulait à Magaria où l'OC mène déjà d'autres activités dans le cadre de programmes réguliers, celle-ci a été gérée de manière indépendante et ses frais ont été assumés en totalité. Seuls certains coûts, d'un montant minime, liés au stockage ou à la pharmacie, ont été partagés entre les deux projets. Le tableau 26 résume la répartition des coûts par famille budgétaire.

Tableau 26 : Répartition des coûts par famille budgétaire, OCG

Famille	Libellé	TOTAL (EUR)	Prévention (EUR)	Support (EUR)
61	Expatriés	72 779	17 834	54 945
62	Personnel national	163 517	120 866	42 651
63	Bureau	19 441	1 327	18 114
64	Médical	155 471	150 012	5 459
65	Construction, Eau, Assainissement (EHA)	7 784	4 546	3 238
66	Formation externe, appui local	0	0	0
67	Transport, fret, stockage	61 793	41 528	20 265
68	Consultants et support terrain	30 802	22 352	8 450
	TOTAL	511 587	358 465	153 122

Le coût du support inclut principalement les deux postes de personnel international (responsable terrain + administrateur), ainsi que plusieurs postes nationaux, comme les employés de maisons, les postes logistiques et administratifs. Ces deux lignes totalisent à elles seules un coût de 100 000 EUR, soit 2/3 des coûts de support.

¹⁰ Code projet - l'activité CPS a été identifiée par un code de projet dans la comptabilité

¹¹ Axe analytique - l'activité CPS a été identifiée par un axe analytique à l'intérieur du projet qui englobait la CPS

¹² Libellé standard - les entrées comptables correspondant à la CPS ont été identifiées par un libellé standard

¹³ Qualité comptable - les allocations aux différents axes analytiques étaient correctes pour les axes « CPS », « transversal », et « support ».

Les coûts des consultants et du personnel de soutien sur le terrain (famille 68) représentent essentiellement les frais du point focal qui a appuyé la mise en œuvre de la CPS pour l'OCG, mais qui a aussi assuré une harmonisation des activités CPS entre les différentes sections. En théorie, ce coût aurait donc du être partagé entre les sections MSF. N'ayant pas été refacturés aux différentes sections MSF, ces dépenses sont intégrées dans le coût global de l'OCG.

Tableau 27 : Coût global d'OCG, coûts directs et coûts de support par bénéficiaire, pour un nombre moyen de bénéficiaires de 106 095

	Coût total (EUR)	Coût/bénéficiaire (EUR)
Coûts directs	358 465	3.38
Coûts de support	153 122	1.44
Coût global	511 587	4.82

Pour l'OCP, l'activité CPS a été intégrée dans un projet plus large (FS102) mené par Forsani, une ONG locale à laquelle le COP apporte son soutien depuis plusieurs années. Dans la comptabilité il existe un axe analytique spécifique (axe « Prévention »), mais malheureusement l'encodage n'a pas été fait de manière rigoureuse. Le tableau 28 résume la répartition des coûts par famille budgétaire basés sur la comptabilité initiale, et après corrections des erreurs comptables.

Tableau 28 : Répartition des coûts par famille budgétaire, OCP

Famille	Libellé	Prévention	Prévention corrigée
6	Charges		13 852
61	Expatriés	0	0
62	Personnel national	26 232	26 232
63	Bureau	0	0
64	Médical	2 597	2 597
65	Construction, Eau, Assainissement (EHA)	6 636	6 636
66	Formation externe, appui local	241	241
67	Transport, fret, stockage	12 234	12 234
68	Consultants et support terrain	4 120	0
	TOTAL	52 060	61 792

En analysant l'axe « prévention » correspondant au coût direct de l'activité, on constate que la famille personnel inclut le personnel médical et les équipes de distribution, mais ne prend pas en compte les postes logistiques, administratifs, etc.

Pour cette raison, une proportion des coûts transversaux (8,63 %) a été intégrée dans le coût global de la CPS. Ce pourcentage correspond au poids de la CPS (61 780 EUR) sur coût le total des activités directes du projet FN102 (715 926 EUR). Les coûts de support ont été ainsi estimés à 42 720 EUR.

Le coût global, les coûts directs et les coûts de support par bénéficiaire sont résumés dans le tableau 29.

Tableau 29 : Coût global pour l'OCB, coûts directs et coûts de support par bénéficiaire, pour un nombre moyen de bénéficiaires de 18 782

	Coût total (EUR)	Coût/bénéficiaire (EUR)
Coûts directs	61 792	3.29
Coûts de support	42 720	2.27
Coût global	104 512	5.56

L'OCB a également intégré les activités de CPS dans un projet existant, mais contrairement aux autres sections de MSF, l'axe analytique de la CPS n'a pas été créé. La reconstitution des dépenses a été faite en partie à partir des libellés de la comptabilité, mais aussi sur la base du budget et des rapports d'activités. Ce travail a été intégralement accompli par la coordinatrice financière à Niamey.

Le tableau 30 résume la répartition des coûts par famille budgétaire.

Tableau 30 : Répartition des coûts par famille budgétaire, OCB

Famille	Libellé	TOTAL
61	Expatriés	16 247
62	Personnel national	46 380
63	Bureau	1 585
64	Médical	18 331
65	Construction, Eau, Assainissement (EHA)	793
66	Formation externe, appui local	0
67	Transport, fret, stockage	17 740
68	Consultants et appui terrain	0
	TOTAL	101 076

Le coût total présenté dans le tableau 30 correspond principalement aux coûts directs de la CPS. Il nous été impossible d'attribuer une proportion des coûts indirects de la CPS en nous basant sur la comptabilité. On constate cependant que sur un projet de près de 3 millions d'euros le poids de la CPS n'était pas très significatif et que les coûts indirects n'auraient pas changé de façon substantielle le montant du coût global.

Le tableau 31 résume le coût total et le coût direct par bénéficiaire.

Tableau 31 : Coût total et coût direct par bénéficiaire, OCB, pour un nombre moyen de bénéficiaires de 10 973

	Coût total (EUR)	Coût/bénéficiaire (EUR)
Coûts directs	101 076	9.21
Coûts de support	-	-
Coût global	-	-

Pour l'OCBA, la situation d'un point de vue financière était plus compliquée, car l'activité CPS s'inscrivait dans deux projets différents. Dans chaque projet, la CPS avait un axe analytique spécifique.

Le tableau 32 résume la répartition des coûts par famille budgétaire.

Tableau 32 : Répartition des coûts par famille budgétaire, OCBA

Famille	Libellé	TOTAL CPS	MADOUA	BOUZA
61	Expatriés	19 750	9 875	9 875
62	Personnel national	130 353	86 658	43 695
63	Bureau	727	462	265
64	Médical	93 183	63 838	29 345
65	Construction, Eau, Assainissement (EHA)	11 534	7 056	4 478
66	Formation externe, appui local	14 444	9 536	4 911
67	Transport, fret, stockage	43 913	31 386	12 527
68	Consultants et appui terrain	0	0	0
	TOTAL	313 907	208 811	105 096

L'OCBA a ensuite estimé les coûts « indirects » des activités CPS à 0,9 EUR/bénéficiaire pour chacun des projets.

Le tableau 33 résume le coût global, les coûts directs et les coûts de support par bénéficiaire, pour chacun des projets de CPS (Madaoua et Bouza), ainsi que le coût global pour l'OCBA.

Tableau 33 : Coût global, coûts directs et coûts de support par bénéficiaire (OCBA) pour un nombre moyen de bénéficiaires de 57 252 à Madaoua et de 26 080 à Bouza.

	MADAOUA		BOUZA		TOTAL
	Coût total (EUR)	Coût/bénéficiaire (EUR)	Coût total (EUR)	Coût/bénéficiaire (EUR)	Coût/bénéficiaire (EUR)
Coûts directs	208 811	3.65	105 096	4.03	3.77
Coûts de support	50 062	0.87	23 302	0.89	0.88
Coût global	258 873	4.52	128 398	4.92	4.65

2.5.2.4 Conclusions de l'analyse financière

Le tableau 34 résume le coût global, les coûts directs et les coûts de support par bénéficiaire pour les quatre sections de MSF.

Tableau 34 : Coût global, coûts directs et coûts de support par bénéficiaire, 4 OCs

Coût/bénéficiaire (EUR)	OCG	OCP	OCB	COBA
Coûts directs	3.38	3.29	9.21	3.77
Coûts indirects	1.44	2.27	-	0.88
Coût global	4.82	5.56	-	4.65

On constate que le coût direct par bénéficiaire varie peu entre les trois sections (OCG, OCBA, OCP) qui ont mis en œuvre la stratégie fixe avec une seule prise de médicaments surveillée. Le coût élevé enregistré pour l'OCB est principalement lié à l'utilisation de la stratégie du porte-à-porte qui a donné lieu à trois prises de médicaments surveillées.

Indépendamment de la stratégie de CPS choisie, on observe que les ressources humaines rendent compte d'environ la moitié du coût global de mise en œuvre : 46 % pour l'OCG et 62 % pour l'OCB. Pour des interventions plus larges, il faudrait envisager de recourir à des structures ou à des stratégies plus souples ou moins gourmandes en ressources humaines.

Par ailleurs, on constate que les coûts « fixes » sont assez élevés de par la nature des interventions de MSF : personnel expatrié, moyens logistiques importants, etc. Le coût par bénéficiaire diminue avec le nombre de bénéficiaires ciblés.

2.5.3 Collaboration avec les autorités sanitaires et administratives

La mise en œuvre de la CPS a été réalisée en collaboration étroite avec les autorités sanitaires. Cependant, alors que l'équipe d'OCBA (Madaoua et Bouza) considère la collaboration avec le MSP comme un des points forts de son programme de CPS, cette collaboration a été jugée comme problématique par l'OCG (Magaria).

A Madaoua et à Bouza (OCBA) on constate une forte appropriation des activités de CPS par le MSP. C'est le médecin chef de district (MCD) qui a mis en place le comité de pilotage avec trois commissions spécifiques :

- **Commission technique** qui avait pour but d'élaborer le plan de microplanification, de désigner les superviseurs et les acteurs de distribution et d'organiser les formations.
- **Commission logistique** qui était responsable de repérer les sites de distribution et de définir les besoins en matériel de ces sites.
- **Commission MOSO** dont l'objectif était de préparer les messages de sensibilisation, les supports de communication et d'adapter les canaux de communication au contexte.

C'était également le MCD qui convoquait les réunions périodiques du comité de pilotage. Les commissions techniques étaient composées de membres du personnel de MSF, du MSP (point focal pour le paludisme, communicateur du district, etc.), mais aussi des autorités traditionnelles (chefs de villages, chefs religieux, etc.). Il faut souligner qu'à Madaoua et à Bouza, l'équipe de superviseurs était uniquement composée d'employés du MSP.

Contrairement à l'expérience d'OCBA, les autorités sanitaires du district de Magaria regrettent que les activités de CPS leur aient été « parachutées » et que MSF ait fait une fois de plus « cavalier seul ». Le MCD reproche en particulier à MSF de ne pas avoir inclus le district dans la microplanification des activités et de ne pas avoir suffisamment impliqué les responsables des CS/CSI dans l'organisation et la supervision des activités de CPS. Par ailleurs, la coordinatrice régionale du PNLP n'a pas apprécié le fait que les chiffres de la CPS lui aient été communiqués au moment de la réunion nationale et pas avant. Elle regrette également que la coordination régionale du PNLP n'ait pas davantage participé à la supervision des activités.

La coordinatrice du PNLP a également reproché à MSF à maintes reprises de ne pas lui avoir fourni à temps les rapports des différents passages de CPS. Par contre, elle réclamait des rapports même aux sections de MSF qui les avaient déjà envoyés. Il semble donc pertinent d'élaborer les rapports compilés après chaque passage de CPS afin de faciliter leur lecture au niveau national.

Toutes les sections de MSF décrivent l'importance d'assurer une bonne collaboration avec les autorités administratives et traditionnelles. Le rôle de ces dernières dans la CPS est décrit de façon plus détaillée dans le chapitre sur la sensibilisation et la mobilisation sociale.

Encadré 9 : Leçon apprise – Collaboration avec les autorités sanitaires, administratives et traditionnelles

D'après l'expérience positive d'OCBA, il semble possible d'obtenir l'appropriation de la CPS par le MSP en permettant aux autorités sanitaires de participer activement au processus depuis le début et en leur confiant des responsabilités telles que la supervision des activités.

Par ailleurs, la contribution des chefs traditionnels, ainsi que des autorités administratives et religieuses, semble également indispensable pour le bon déroulement des activités. On constate, également que lorsque la microplanification est élaborée par toutes les parties prenantes, elle est plus efficace et cela garantit le succès de la CPS.

En outre, la responsabilisation des chefs traditionnels dans le choix des acteurs de la CPS facilite la gestion de ces derniers.

2.5.4 Sensibilisation/mobilisation sociale

A Magaria, les activités de sensibilisation avant le démarrage de la CPS ont été assurées par 175 agents communautaires (AC), soit un AC pour trois villages/hameaux et par des messages régulièrement diffusés à la radio locale, en haoussa, en peul et en français.

A partir du 2^e passage de CPS, les autorités traditionnelles (chefs de village, chefs de quartier, etc.) se sont plus fortement impliquées dans la sensibilisation et la mobilisation de leur population. La plupart ont désigné des « messagers » dans les villages qui passaient de maison en maison pour informer la population sur la CPS. La population reconnaît que la sensibilisation est plus efficace lorsqu'elle est assurée par leurs représentants. Par ailleurs, l'usage de la radio s'est avéré très judicieux pour annoncer les dates de distribution.

A Madaoua et à Bouza, les messages de sensibilisation et les canaux de communication ont été mis au point par la commission technique (MOSO) et validés par le comité de pilotage. Les principaux canaux de communication utilisés ont été : la radio de proximité, les crieurs (griots), les autorités administratives et traditionnelles, les chefs religieux, les relais communautaires, et les associations féminines. Il y a eu également trois débats radiophoniques animés en langue locale par le superviseur IEC.

A Guidam-Roundji, la sensibilisation de proximité a été assurée par les relais communautaires présents dans les villages avant, pendant, et après la distribution de CPS. Par ailleurs, les crieurs ont été utilisés pour annoncer les dates de distribution. Les chefs de villages se sont fortement impliqués dans la mobilisation sociale.

Encadré 10 : Leçon apprise – Mobilisation sociale

On observe une forte mobilisation sociale autour de la CPS qui a abouti à une participation importante à cette activité préventive. La campagne de sensibilisation a réussi à mobiliser aussi bien les communautés des haoussas que celles des peuls qui sont connus pour être plus réticents envers ce type d'événements de masse. Il semble que cette mobilisation de la population considérée par certains comme « sans précédent » ait notamment été favorisée par :

- a) La prise de conscience de la population – le paludisme est reconnu comme le principal facteur de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.
- b) La forte implication des autorités traditionnelles qui a augmenté la crédibilité de cette activité.
- c) Les canaux de communication utilisés, notamment les représentants locaux et la radio.

Cependant, si le paludisme représente moins une menace pour les familles, il est important de rester vigilant pour maintenir cette forte mobilisation dans les années suivantes.

2.5.5 Formation

Une formation en cascade a été réalisée en juillet 2013 et le recyclage des AC a eu lieu avant chaque passage de CPS. Les premières formations ont ciblé les futurs superviseurs de la CPS qui ont également joué un rôle éducatif dans les formations ultérieures. Les superviseurs ont formé les agents de santé des CS/CSI, ainsi que les agents de distribution qui ont reçu une formation pratique d'une journée, également assurée par les agents des CS/CSI. Au total, plus de trois mille personnes ont été formées dans les cinq DS.

Les outils de formation se sont principalement inspirés du guide de formation de l'OMS et des modules de formation utilisés par l'OCP au Mali en 2012.

De manière générale, les formations se sont bien déroulées. Néanmoins, lors de l'évaluation qualitative à Magaria, nous avons constaté que certaines sessions de formation avaient été trop courtes, notamment pour les superviseurs/formateurs, et qu'une partie importante de l'information s'était perdue entre les différents niveaux de la formation. De ce fait, l'organisation du premier passage de CPS a été assez chaotique et les AC de même que les superviseurs ont dû apprendre le travail sur le tas.

Encadré 11 : Leçon apprise – Formation

Un support pédagogique serait certainement un atout à l'avenir pour permettre l'élaboration d'un plan de formation et soutenir la formation des superviseurs dans les deux domaines très différents que sont la supervision et la formation.

2.5.6 Outils de collecte et de communication des données

La plupart des outils de collecte de données ont été élaborés par l'OCP au Mali. Il s'agit principalement des feuilles de pointage utilisées lors des distributions de CPS. On note que même s'il existe de petites nuances entre les outils et les supports électroniques utilisés par les différentes sections, chaque section a pu fournir les données principales (population cible, enfants vus lors de chaque passage de CPS, enfants ayant reçu une CPS, enfants exclus, fréquence des effets indésirables). Des différences entre les OCs existent notamment dans la façon de collecter les informations sur le type d'effets indésirables, les critères d'exclusion de la CPS et les motifs de référence des enfants vers les structures sanitaires. A cet égard, on peut difficilement comparer les données entre les différents OCs.

Aucune section de MSF n'a eu recours aux registres nominatifs pour suivre les enfants lors des quatre passages de CPS. Seule l'équipe d'OCBA a entamé cette procédure, puis l'a rapidement abandonné la considérant trop fastidieuse.

En revanche, on observe que les modèles de rapports étaient très différents d'une section de MSF à l'autre, ce qui a compliqué la compilation des informations.

Encadré 12 : Leçon apprise – Outils de collecte des données

L'utilisation des feuilles de pointage est adaptée pour suivre les activités de CPS, car ces outils sont faciles à utiliser et à compiler.

Certains outils, tels que les outils de suivi des effets indésirables ont besoin d'être revus et simplifiés.

Il est par ailleurs souhaitable d'harmoniser les outils de collecte de données et la présentation des rapports afin de faciliter la compilation et l'analyse des données, ainsi que la rédaction des rapports intersections.

2.6 Acceptation, satisfaction et perception de la CPS

Les informations présentées dans ce chapitre proviennent principalement des résultats de l'enquête qualitative menée à Magaria, bien qu'elles intègrent également des éléments d'autres DS qui ont été décrits dans les rapports ou relatés lors des discussions avec les personnes ressources.

2.6.1 Satisfaction sur les sites de distribution

En général, on note une très bonne satisfaction de la population à l'égard des activités de CPS.

La plupart des personnes interviewées ont exprimé leur satisfaction à l'égard de l'organisation de la CPS sur les sites de distribution et dans les quartiers de Magaria couverts par les équipes faisant du porte-à-porte.

« Tout était bien organisé... Nous étions bien accueillies... Nous étions rapidement sorties... Il n'y a pas eu de bousculades, sauf pour le 1^{er} passage quand nous n'avons pas compris la planification et que nous avons dû revenir trois fois... » (Participant(e)s FGD, AS de Dan-Tchiao)



Photo : Jour de distribution de CPS, AS de Dan-Tchiao

« La distribution s'est très bien passée dans notre quartier. Tous les gens ont beaucoup apprécié cette activité. Nous sommes très contents de la collaboration avec MSF. (Représentant de canton, AS de Magaria).

Cependant, certaines femmes ont rapporté se sentir discriminées sur les sites de distribution. Dans plusieurs villages peuls, les femmes ont mentionné que leurs homologues haoussas étaient privilégiées sur les sites de distribution. Ce problème s'est amélioré au fur et à mesure des passages grâce à la présence de représentants de cantons peuls sur les sites de distribution.

« On arrive très tôt est on est servies en dernier. D'abord ce sont les Haoussas qui sont servies. La dernière fois j'ai dû revenir trois jours avant de recevoir les médicaments... On part très tôt le matin, les enfants ne prennent pas de petit déjeuner, ils ont faim, ils ont peur, on se bouscule, il y a trop de monde... Il faudrait faire deux files, une pour les Peuls et une pour les Haoussas... » (Participant(e)s FGD, AS de Magaria et de Dan-Tchiao)

2.6.2 Acceptation et perception de la CPS

De manière générale, on note une **excellente perception et acceptation de la CPS** par la population et aucun refus n'a été enregistré dans les cinq DS. Cette image positive de la CPS semble être principalement liée à la prise de conscience de la communauté des ravages faits par le paludisme, notamment chez les enfants de moins de 5 ans; à l'impact immédiat de la CPS perçu par la population, mais aussi à l'implication des autorités traditionnelles dans la mise en œuvre de la CPS.

« Quand ton enfant est malade, tu es toi-même malade. Tu ne penses plus à autre chose. Cette année, les enfants n'ont pas eu de soucis de santé. Mais, maintenant il faut penser à nous les adultes... » (Représentant de canton, site de Guetci, AS de Magaria)

« L'année prochaine, on reviendra en courant. On prendra même les raccourcis pour arriver plus vite » (Participant(e)s de FGD de Magaria et de Dan-Tchiao).

Cependant, on note qu'à Magaria les avis sur la CPS sont plus nuancés chez les « intellectuels », en particulier chez les agents de santé. Ces derniers reconnaissent la diminution de l'incidence du paludisme grave et de la mortalité palustre après la mise en œuvre de la CPS, mais ils perçoivent moins l'impact sur le paludisme simple. De plus, **plusieurs AS sont persuadés que les médicaments de CPS ont causé l'augmentation des cas de malnutrition** cette année. Certains se sont plaints qu'ils ont plus de travail à cause de la CPS, d'autres regrettent ne pas avoir été impliqués davantage dans les activités de distribution. Plusieurs AS ont jugé que MSF n'était pas très bien organisée (p. ex. matériel de CPS délivré à la dernière minute). Pour la plupart des AS interviewés, la collaboration avec MSF n'était pas idéale, mais elle s'est améliorée avec le temps.

« Cette année, nous avons constaté une diminution des cas de paludisme grave. Les décès sont moindres contrairement à l'année passée. Pour le paludisme simple, les deux premières semaines après la distribution, la situation a été vraiment calme, puis le nombre de cas a commencé à augmenter... Il y a eu une augmentation de la malnutrition cette année à cause de la CPS. C'est à cause des effets indésirables comme les diarrhées et les vomissements. Parfois, la diarrhée persiste longtemps... » (Agent de santé, AS de Dan-Tchiao)

En outre, les équipes dans tous les DS ont affirmé que malgré la sensibilisation de la population, **une partie de la population s'attendait toujours à une hypothétique distribution de nourriture** et pensait que la carte de distribution de CPS comportait un « code d'accès » à conserver soigneusement pour cette éventuelle distribution des vivres.

La plupart des participantes aux groupes de discussion à Magaria ont exprimé que **rien ne pouvait les empêcher de participer à la distribution de CPS à condition qu'elles en soient informées à l'avance**. Nous avons spécifiquement investigué le problème de coïncidence entre les périodes de distribution de CPS et de travaux champêtres.

« La CPS n'empêche rien. On reçoit les médicaments et on part aux champs après... Ce n'est pas d'aller aux champs qui nous préoccupe. Nous avons vu les ravages que le paludisme a faits. La santé passe avant tout... Les travaux champêtres c'est tout le mois, la CPS c'est un jour... Quand la distribution a lieu, on ne pense même pas aux travaux champêtres... » (Participant FGD, AS de Magaria et Dan Tchiao)

En revanche, les **effets secondaires courants, tels que les vomissements, l'asthénie ou la diarrhée ont été mal perçus par certains ménages qui ont failli renoncer à poursuivre la CPS**. Ce constat a été notamment établi par les équipes du COB et du COBA.

2.7 L'impact de la CPS

L'impact de la CPS a été largement démontré dans les pays du Sahel.

Une méta-analyse récente des études menées sur la CPS (14) dans des pays de l'Afrique de l'Ouest tels que le Sénégal, la Gambie, le Burkina Faso ou le Mali, pays qui administrent le sulphadoxine-pyriméthamine-amodiaquine (SP-AQ) de façon mensuelle aux enfants de moins de 5 ans, a démontré une diminution de 83 % (IC à 95 % : 72 %, 89 %) de l'incidence du paludisme simple et une réduction similaire de l'incidence du paludisme sévère (77 %; IC 95% : 45 %, 90 %) (15).

Pour cette raison, la démonstration de l'impact de la CPS au Niger n'a pas été jugée comme prioritaire, et pour ne pas alourdir la mise en place de la CPS en 2013, il a été décidé de ne pas mener d'études visant à mesurer son impact dans la zone d'intervention de MSF. Les études d'EPICENTRE avaient plutôt comme objectifs de démontrer la faisabilité et la « sécurité » de la CPS par le biais d'évaluations de la couverture, de l'observance du traitement et de la fréquence des effets indésirables.

Les outils permettant de mesurer l'impact de la CPS au Niger n'étaient pas mis en place.

Il a été convenu d'estimer « l'impact » de la CPS en se basant sur des données programmatiques et des statistiques du MSP et en prenant en considération le fait que ces analyses donnent lieu à un nombre important de biais pour les raisons citées ci-après. Il s'avère aussi que ces analyses peuvent induire en erreur et il est donc préférable de s'abstenir de les faire pour ne pas causer de confusions.

En effet, hormis d'importantes variations annuelles dues aux conditions climatiques, l'incidence du paludisme rapporté par le MSP dépend d'autres facteurs qui varient considérablement d'une zone à l'autre, ainsi que d'une année à l'autre. C'est pourquoi l'incidence du paludisme rapportée dans les statistiques du MSP (MDO) ne reflète pas la réalité. Cette incidence peut être sous-estimée ou surestimée selon les facteurs prédominants suivants :

- Type de diagnostic (clinique vs TDR/examen microscopique) ;
- Prise en charge thérapeutique des cas de fièvre ;
- Performance du système de surveillance (proportion des structures de santé contribuant à la surveillance du paludisme) ;
- Disponibilité des intrants dans les structures (CTA et TDR)
- Tarifs informels pour les enfants de moins de 5 ans ;
- Fiabilité des données démographiques (dénominateur souvent largement sous-estimé) ;
- Activités incitant une recherche active des cas de paludisme (ex. CPS).

Plusieurs études ont eu lieu au Niger pour objectiver l'incidence du paludisme ainsi que les facteurs ayant une influence sur l'incidence théorique rapportée dans les statistiques.

Les résultats d'une enquête transversale nationale effectuée en 2012 ont mis en évidence que seuls 4 % des cas de paludisme présumés en saison sèche et 28 % en saison pluvieuse étaient positifs au TDR (16). Au Niger, le taux d'utilisation du TDR varie largement dans le temps et selon les régions, ce qui rend la comparaison des données sur le paludisme impossible.

Une étude prospective se basant sur une surveillance passive et active des cas de paludisme chez 441 personnes suivies pendant 2 ans¹⁴ a démontré une incidence annuelle moyenne de la maladie de 254/1 000. L'incidence annuelle chez les enfants de 0-2 ans et de 2-5 ans était de 439/1 000 et de 606/1 000, respectivement. L'incidence annuelle chez les adultes (> 15 ans) était de 152/1 000 (17). On note que la plupart des DS rapportent une incidence largement inférieure à ces estimations, ce qui reflète une sous-notification des cas. Pour cela, les données provenant de zones dont les taux de notification diffèrent sont également incomparables. On constate ainsi que la présence de MSF a permis d'accroître la détection et la notification des cas de paludisme. De plus, la mise en œuvre du programme de CPS, qui améliore la détection et le diagnostic des cas fébriles, augmente encore le taux de détection dans les zones couvertes par la CPS.

L'Enquête de démographie de la santé (EDS) de 2012 semble indiquer que les parents d'enfants de moins de 5 ans cherchent à obtenir des soins auprès d'un professionnel de la santé en moyenne dans 56 % des cas de fièvre. Cette proportion est moins élevée en milieu rural (55 %) et dans la région de Tahoua (46 %), et elle est plus élevée pour les garçons (58 %) que pour les filles (54 %) (18). On observe que dans les zones couvertes par la CPS, le recours aux soins s'améliore d'une façon importante, notamment pendant les distributions de médicaments.

2.7.1 Évolution de l'incidence du paludisme dans les différents DS

Dans le **DS de Magaria** (OCG), les données disponibles sur le paludisme étaient incomplètes, ce qui a limité les analyses.

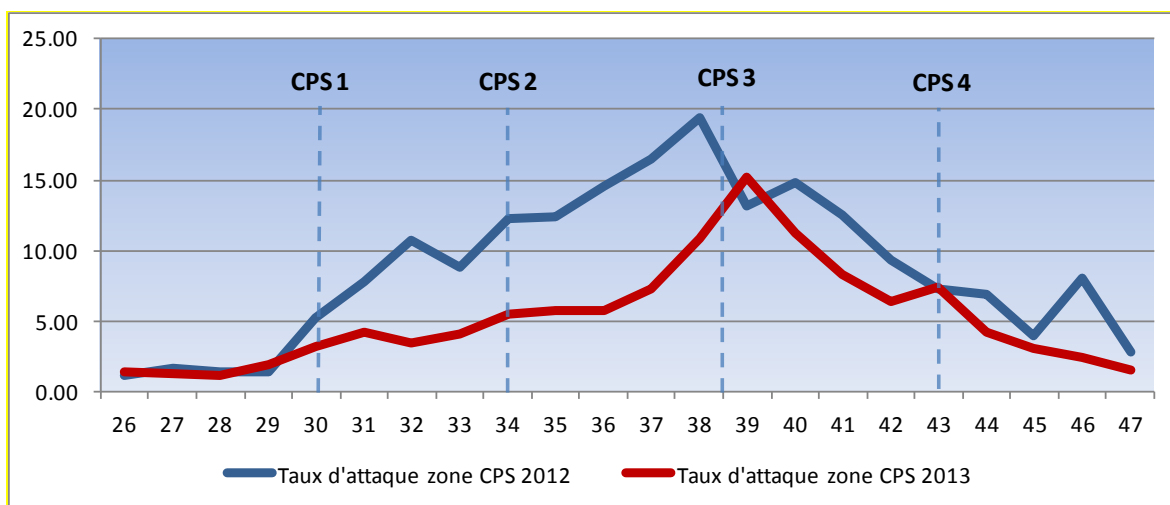
Le graphique 1 démontre que les taux cumulés d'attaques de paludisme (adultes + enfants) S26-47 dans les six AS couvertes par la CPS étaient de 115/1 000 en 2013 versus 192/1 000 en 2012, soit 40 % de moins en 2013 (données du MSP).

Le graphique 2 indique que le taux d'attaques chez les enfants de moins de 5 ans pour les semaines 35 à 47¹⁵ était de 561/1 000 en 2013 vs 1 115/1 000 en 2012, ce qui correspond à une baisse de 50 % en 2013 (données de MSF). Il serait toutefois incorrect d'attribuer cette baisse à l'effet de la CPS, compte tenu des fortes variations annuelles des taux d'incidence selon les conditions climatiques. En revanche, on constate que la variation d'incidence du paludisme de la semaine 26 à la semaine 47 dans les 15 AS du DS de Magaria non couvertes par la CPS a été minime entre 2012 et 2013 (115/1 000 en 2013 vs 125/1 000 en 2012), ce qui plaide en faveur de l'effet positif de la CPS dans les six AS couvertes par cette activité.

¹⁴ L'étude a eu lieu dans le village de Zindarou : 13°26.09 N/2°55.23 E, zone rurale du DS de Birni N'Gaoure, à environ 100 km au sud-est de Niamey.

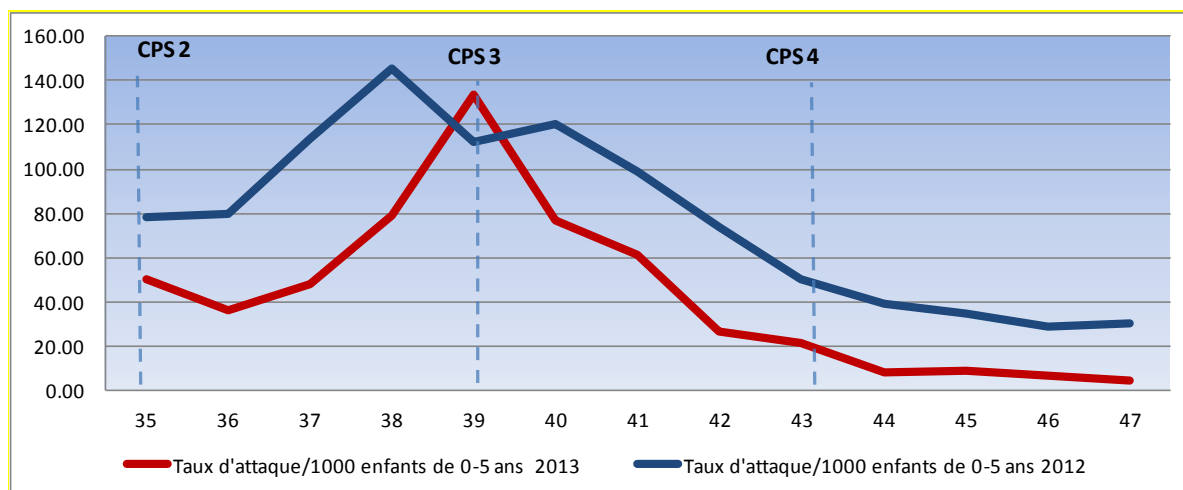
¹⁵ Données de MSF de 2012 disponibles seulement pour la semaine 35

Graphique 1 : Taux d'attaques hebdomadaires de paludisme simple (S26-S47) pour 1 000 habitants (enfants + adultes) en 2012 et 2013 dans 6 AS du DS Magaria couvertes par la CPS



Source des données : MSP (MDO)

Graphique 2 : Taux d'attaques hebdomadaires de paludisme simple (S35-S47) pour 1 000 enfants de 0-5 ans en 2012 et 2013 dans 6 AS du DS de Magaria couvertes par la CPS

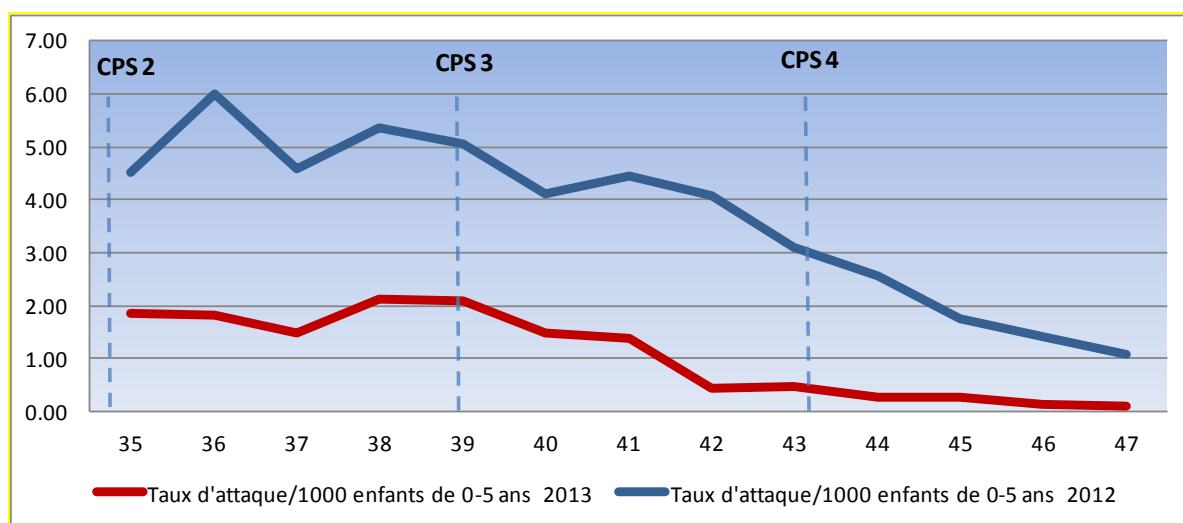


Source des données : MSP (MDO)

Le taux d'attaques de paludisme grave de la semaine 35 à la semaine 47¹⁶ chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone couverte par la CPS était de 14/1 000 en 2013 vs 48/1 000 en 2012, soit 71 % de moins en 2013 (graphique 3). Si on applique les mêmes limites à l'analyse de l'évolution du paludisme grave, il est peu probable que cette baisse importante soit simplement due à une variation saisonnière entre les années 2012 et 2013.

¹⁶ Données de MSF de 2012 sont disponibles seulement pour la semaine 35

Graphique 3 : Taux d'attaques hebdomadaires de paludisme grave (S35-S47) pour 1 000 enfants de 0-5 ans en 2012 et 2013 dans 6 AS du DS de Magaria couvertes par la CPS

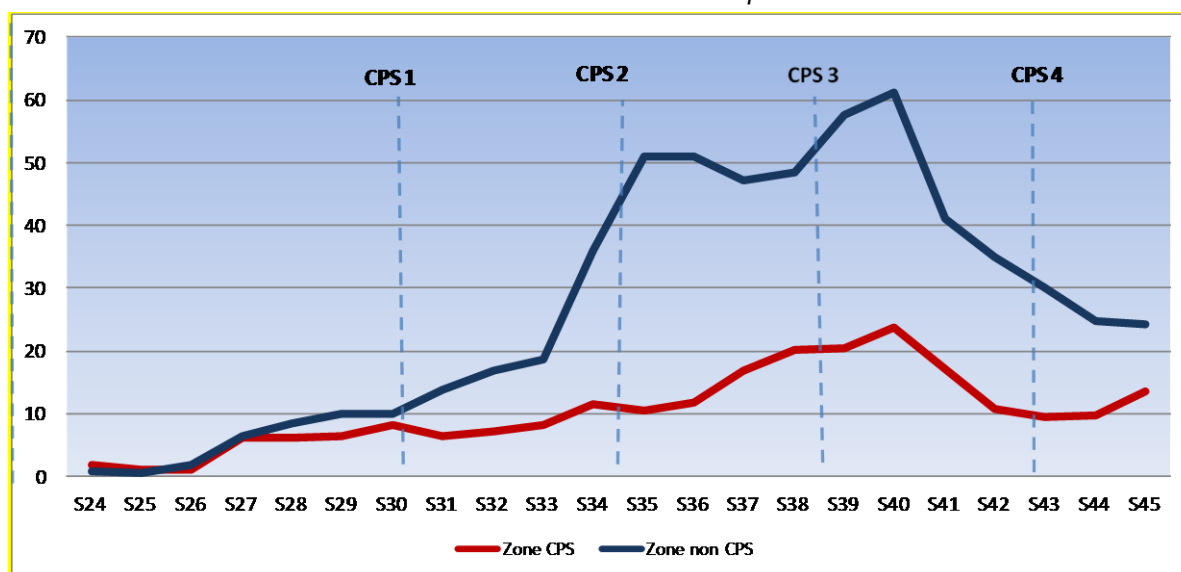


Source des données : MSF

L'incidence du paludisme dans une zone couverte par la CPS (2 AS) versus une zone non couverte (6 AS) a pu être comparée seulement dans le **DS de Madaoua** (OCBA). En effet, les deux zones présentent des profils épidémiologiques similaires et MSF y offre le même type de soutien, sauf pour la CPS qui a été mise en œuvre uniquement dans deux des huit AS soutenus par MSF. Le graphique 4 indique que le taux cumulé d'attaques (S24-S45) chez les enfants de 0-5 ans était de 228/1 000 dans la zone couverte par la CPS vs 594/1 000 dans la zone non couverte, soit 62 % de moins dans la zone couverte.

Même s'il est impossible d'attribuer cette différence uniquement à l'effet de la CPS, la tendance est en faveur d'un impact concret de cette dernière.

Graphique 4 : Taux d'attaques hebdomadaires de paludisme simple (S24-S45) pour 1 000 enfants de 0-5 ans en 2013 dans 2 AS du DS de Madaoua couvertes par la CPS vs 6 AS non couvertes



Source des données : MSF (Programme de PECADOM)

2.7.2 L'impact de la CPS sur la mortalité

L'impact de la CPS sur la mortalité n'a pas été suffisamment démontré dans les études cliniques. Une méta-analyse récente suggère un effet protecteur de la CPS sur la mortalité de 34 % (IC 95 % : 73 %-75 %, $p = 0.40$), mais les résultats n'attendent pas un niveau de signifiante statistique (14).

Seul l'OCBA a réalisé des enquêtes de mortalité dans ses zones d'intervention couvrant les périodes de l'année 2012 et 2013. Même si ces enquêtes non pas été conçues pour démontrer l'impact de la CPS, les résultats de l'étude de 2013 (19) suggèrent que la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans était deux fois plus faible dans la zone non couverte par la CPS, comparativement à la zone couverte (IRR 0.49, IC 95 % : 0.17-1.13, $p = 0.09$). Cependant ces résultats n'attendent pas un niveau de signifiante statistique. De plus, une différence de mortalité entre les deux zones peut s'expliquer par de nombreux facteurs et ne pas être directement liée à l'effet de la CPS. L'enquête de 2013 a également démontré une baisse importante de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans par rapport à l'année 2012 (20), mais on ne peut pas se baser sur cette baisse pour démontrer l'impact réel de la CPS.

Il est clair que l'on manque d'éléments pour évaluer le véritable impact de la CPS sur la mortalité, mais on peut aussi questionner le rôle de MSF à cet égard. En effet, les enquêtes portaient sur de très grands échantillons et ont donc causé des problèmes d'interprétation des résultats liés à la difficulté d'établir une comparaison entre les différentes zones.

2.7.3 L'impact de la CPS perçu par la population

Même s'il est difficile d'estimer le véritable impact de la CPS à travers les données disponibles, les témoignages indiquent que la population perçoit fortement un impact positif de la CPS en raison de la diminution importante du paludisme en 2013, attribuée à l'effet des médicaments de CPS.

« L'année passée, tous les enfants étaient malades. Nous étions tout le temps sur la route pour nous rendre à l'hôpital. Il y avait aussi beaucoup de morts. Cette année, nos enfants ne sont pas tombés malades, c'est grâce à ce médicament... » (Participante FGD, AS de Magaria)

« Cette année, il n'y a pas eu beaucoup de cas de paludisme dans ce village par rapport à l'an passé. Il n'y a pas eu de mort liée au paludisme. L'année passée, nous sommes allés deux fois à Guidam Roudji pour une hospitalisation de deux puis de trois semaines. Cette année, nous sommes restés dans notre village et nous avons eu le temps de nous occuper de notre champ et de nos bêtes. » (Témoignage d'une grande mère, AS de Guidam-Sori)

« Cette année, nous pouvons nous occuper de nos travaux ménagers et champêtres »... « Nous n'avons pas de dépenses de santé »... « Il n'y a pas de file d'attente au centre de santé » (Participant FGD, AS de Magaria)

« Il y a eu un grand changement depuis que cette distribution des médicaments a commencé. Cette année il n'y a pas de cas de fièvre et de paludisme. Il y a aussi moins de décès. La mortalité a vraiment diminué. » (Représentant de canton, AS de Magaria)

« Cette année nous sommes fiers parce que nous n'avons pas dépensé un sou pour le traitement de nos enfants pas rapport à l'an passé » (Représentant de canton, AS de Guidam-Sori).

Encadré 13 : Leçon apprise – Analyse de l'impact

Cette capitalisation n'a pas permis de tirer les conclusions espérées sur l'impact de la CPS. Il est toujours possible de réaliser d'autres études pour évaluer cet impact, mais il est difficile d'en justifier l'investissement dans la mesure où l'effet de la CPS sur la diminution de l'incidence du paludisme simple et sévère a été amplement démontré ailleurs.

Toutefois, il semble pertinent de renforcer le système de surveillance de paludisme afin de suivre son évolution au cours du temps.

Il semble également justifié de surveiller l'incidence du paludisme chez les enfants ayant reçu ou n'ayant pas reçu la CPS afin de repérer une éventuelle perte d'efficacité du traitement dans le futur.

3 Conclusions et discussion

Stratégie de mise en œuvre

Les résultats de cette capitalisation indiquent que la mise en œuvre de la CPS dans le contexte du Niger est faisable et sûre. Cette mise en œuvre nécessite cependant une simplification du mode opératoire de la CPS pour pouvoir être étendue à une grande échelle.

L'appropriation de la CPS par les autorités traditionnelles et leur implication dans les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale ont largement contribué au succès des activités de CPS.

Les trois approches de distribution choisies par MSF : sites fixes, sites fixes avancés et porte-à-porte ont donné lieu à des taux de couverture et d'observance du traitement très satisfaisants. De plus, les trois stratégies ont été très bien acceptées par la population, même s'il existe une certaine préférence pour la distribution de porte en porte.

Par ailleurs, d'après l'expérience de 2013, la stratégie de distribution (porte-à-porte ou site fixe) ne semble pas vraiment influencer la couverture du programme de CPS, contrairement au type de milieu dans lequel ce programme est mis en œuvre. En effet, il semble plus difficile d'atteindre une bonne couverture dans les villes (même avec une stratégie du porte-à-porte) qu'en milieu rural. Plusieurs hypothèses ont été avancées par les équipes, telles que les préjugés de la population urbaine envers les activités de prévention ou un manque d'intérêt dû à la proximité des services de traitement.

En outre, l'expérience de MSF démontre que la distribution au travers de grands sites fixes est non seulement gérable mais aussi plus rentable que la distribution de porte en porte, si les sites sont bien organisés. De plus, la centralisation des équipes de distribution permet d'alléger la supervision et de réduire le nombre de ressources humaines et la quantité de matériel de distribution nécessaires.

La stratégie du porte-à-porte peut être cependant privilégiée dans les grandes agglomérations urbaines pour limiter les arrivées de population externe à la zone cible ou pour pallier le refus des populations de se déplacer sur les sites fixes. L'utilisation de la stratégie fixe avancée peut se justifier pour couvrir une population éparpillée dans des hameaux éloignés. Cependant, ce choix doit être bien pesé pour ne pas dissuader d'autres communautés de se déplacer vers les sites fixes. De plus, il est souhaitable que cette stratégie soit assortie d'un accès à la PEC du paludisme, comme c'est le cas dans le programme de PECADOM.

L'expérience de cette année montre également que l'administration sous surveillance des trois doses de médicaments permet d'obtenir des résultats excellents sur le plan de la couverture et de l'observance du traitement. Cette approche est cependant trop lourde et trop coûteuse pour être mise en œuvre à grande échelle.

La bonne observance du traitement de trois jours observée lorsqu'une seule dose est administrée sous surveillance directe indique qu'il est possible de confier l'administration des médicaments aux

parents. Cependant, l'éducation de ces derniers sur l'administration correcte des médicaments à domicile doit être renforcée afin de minimiser les mauvaises pratiques observées sur le terrain.

On constate aussi qu'en absence de chiffres fiables sur la population cible, la couverture administrative ne reflète pas la couverture réelle du programme de CPS, ce qui justifie l'utilisation des enquêtes transversales pour mesurer la couverture du programme au moins une fois, à la fin des quatre distributions de CPS.

Pharmacovigilance dans le cadre de la CPS au Niger

La détection, la prise en charge et le suivi des effets indésirables ont été identifiés comme étant les points faibles de l'activité CPS. Ceci est lié notamment au mauvais fonctionnement du système de pharmacovigilance au Niger et à la décision hâtive de MSF de mettre en place la CPS sans un encadrement suffisant au niveau de la communauté et des structures sanitaires. La définition imprécise des EI, l'utilisation d'outils inadaptés pour la collecte des données, le manque d'appropriation du suivi des EI par les agents de santé et la réticence des mères à signaler les EI semblent constituer des problèmes majeurs.

On constate que les variations de fréquence des EI notifiés, entre les passages ainsi qu'entre les OCs sont principalement liées à la mauvaise compréhension de la définition des EI, notamment à la confusion entre le rejet des médicaments et les vomissements. Il semble également peu probable que certains des EI notifiés lors des distributions, tels que la fièvre, la diarrhée ou la pâleur, aient été provoqués par un effet immédiat des médicaments de CPS.

On note également que parmi les effets indésirables majeurs les plus redoutés, seuls un cas de jaunisse et un cas de rash cutané généralisé ont été notifiés lors des quatre passages de CPS. Même si l'on ne peut exclure le manque de performance du système de détection pour expliquer cette constatation, on sait que la procédure de notification et de suivi des EI majeurs n'a pas toujours été respectée et a donc joué un rôle.

Le système de suivi des effets indésirables doit donc être renforcé en 2014 de façon à mettre notamment l'accent sur la détection, la notification, la prise en charge et le suivi des EI majeurs.

Analyse de l'impact

Cette capitalisation n'a pas permis de tirer les conclusions attendues sur l'impact de la CPS. Il est toujours possible de réaliser d'autres études pour évaluer cet impact, mais il est difficile d'en justifier l'investissement dans la mesure où l'effet de la CPS sur la diminution de l'incidence du paludisme simple et sévère a été amplement démontré ailleurs.

Toutefois, il semble pertinent de renforcer le système de surveillance de paludisme afin de suivre les tendances de la maladie au fil du temps. Il paraît également justifié de surveiller son incidence chez les enfants ayant reçu ou n'ayant pas reçu la CPS afin de repérer une éventuelle perte d'efficacité du traitement dans le futur.

4 Recommandations

Simplifier et rendre plus efficace la mise en œuvre de la CPS

- ⇒ Se procurer des chiffres fiables sur la population afin de mieux planifier les commandes et les ressources pour les distributions (utilisation des chiffres JNV ou du recensement exhaustif).
- ⇒ Privilégier la distribution dans les grands sites fixes, notamment en milieu rural avec une concentration de population suffisante.
- ⇒ Alléger la structure des RH dans les sites fixes afin d'augmenter leur productivité (p. ex. sept acteurs par site fixe pour une population escomptée de 500 enfants = 71 enfant/acteur/jour).
- ⇒ Envisager d'utiliser la stratégie du porte-à-porte et des sites fixes avancés dans les endroits où les sites fixes ne sont pas rentables ou acceptés (faible fréquentation).
- ⇒ Maintenir des équipes de petite taille pour faire du porte-à-porte afin de réduire les coûts (p. ex. deux acteurs/équipe ciblant 100 enfants par jour = 50 enfants/acteur/jour).
- ⇒ Ne pas faire de rattrapage ou le faire avec une équipe de taille réduite.
- ⇒ Conserver la stratégie d'administration d'une seule dose de SPAQ sous surveillance et des deux autres doses à domicile.
- ⇒ Prévoir un soutien pédagogique pour la formation des éducateurs et des superviseurs
- ⇒ Assurer la continuité avec les services de traitement en utilisant les structures sanitaires proches ou en faisant appel aux agents du programme de PECADOM.
- ⇒ Maintenir les canaux de communication utilisés en 2013 pour assurer la mobilisation sociale et la sensibilisation (autorités, relais communautaires, radio locale).
- ⇒ Créer des stocks de kits de CPS décentralisés pour réduire les transports.

Renforcer la collaboration avec les autorités sanitaires et les autres acteurs

- ⇒ Participer à la révision du protocole national de mise en œuvre de la CPS.
- ⇒ Officialiser la collaboration avec le MSP et clarifier les responsabilités de chacun.
- ⇒ Faire participer le MSP à toutes les étapes du processus de mise en œuvre de la CSP (microplanification, formation, sensibilisation, supervision, collecte et analyse des données, production des rapports).
- ⇒ Prévoir des équipes de supervision mixtes (MSF et MSP).
- ⇒ Appuyer les autres acteurs dans la mise en œuvre de la CPS (partage des lignes directrices et des outils de collecte de données, soutien aux formations, etc.)
- ⇒ Suivre le processus d'enregistrement des plaquettes alvéolées de SPAQ par Guilin et au besoin redemander l'autorisation d'importation exceptionnelle.

Améliorer l'organisation des sites de distribution et envisager l'introduction d'activités supplémentaires

- ⇒ Renforcer le rôle du chef d'équipe dans la gestion du site de distribution.
- ⇒ Maintenir la présence des chefs traditionnels haoussa et peul sur les sites de distribution pour garantir la sécurité, une meilleure gestion de la foule et éviter toute discrimination.
- ⇒ Adapter la taille de l'équipe du site fixe à la population cible attendue (p. ex. équipe de 5 à 9 personnes pour une population de 300 à 800 enfants par jour).
- ⇒ Envisager d'intégrer des activités supplémentaires lors de la distribution de CPS (p. ex. distribution de micronutriments, Plumpy'doz, Alendazole, vitamine A, etc.).
- ⇒ Privilégier le recrutement des femmes aux postes de distribution des médicaments.
- ⇒ Remplacer les gobelets jetables (type OCG) par les gobelets plus solides (type OCBA).

Renforcer la pharmacovigilance et les pratiques pharmaceutiques

- ⇒ Continuer à surveiller en priorité les EI majeurs par rapport aux EI mineurs.
- ⇒ Clarifier la définition des EI, en particulier la différence entre les rejets et les vomissements et la distinction entre EI mineurs et majeurs.
- ⇒ Impliquer la direction de la pharmacie, le PNLP et le MCD dans le renforcement du suivi des EI liés à la CPS en 2014.
- ⇒ Responsabiliser davantage les agents de santé pour le suivi et la notification des EI.
- ⇒ Renforcer la sensibilisation des mères sur les bonnes pratiques d'administration des médicaments au domicile.
- ⇒ Renforcer les messages au niveau de la communauté sur les possibles EI majeurs et sur l'importance de consulter les structures sanitaires dès la déclaration d'un EI.
- ⇒ Mettre à jour les lignes directrices sur la prise en charge des EI majeurs.
- ⇒ Définir la composition du kit de soins médicaux de PEC des EI à différents niveaux (site de distribution, CS, CSI, hôpital).

Revoir le volet de suivi et d'évaluation

- ⇒ Ajuster les objectifs des analyses aux moyens (p. ex. analyse de l'impact).
- ⇒ Définir les indicateurs de performance.
- ⇒ Maintenir les enquêtes de couverture en 2014.
- ⇒ Documenter le lien entre la CPS et la malnutrition.
- ⇒ Améliorer la documentation des coûts.
- ⇒ Prévoir les évaluations qualitatives pour évaluer la connaissance, l'acceptabilité et la perception de la CPS, ainsi que les pratiques d'administration des médicaments à domicile.

- ⇒ Standardiser les outils de collecte de données et les modèles de rapports entre les différents OCs.
- ⇒ Renforcer la surveillance du paludisme (p. ex. via les sites sentinelles).

5 Annexes

5.1 Termes de référence



ToR evaluation
intersection CPS Nige

5.2 Rapport sur les pratiques pharmaceutiques et la pharmacovigilance



Pharmacovigilance_p
ratiques pharmaceuti

5.3 Définitions

Enfants enregistrés/vus à la CPS – tous les enfants ayant participé à la distribution de CPS qu'ils aient reçu ou non les médicaments.

Enfants exclus de la CPS – tous les enfants ayant participé à la distribution de CPS, mais qui n'ont pas reçu les médicaments pour les raisons suivantes : diagnostic de paludisme, prise de médicaments contenant de la SP ou de l'AQ dans le mois précédent la distribution, vomissements répétés à la suite de la prise de SPAQ, allergie à un des médicaments (SP ou AQ) ou utilisation d'une prophylaxie par le cotrimoxazole.

Enfants référés – enfants ayant participé à la distribution de CPS qui ont été référés au CS/CSI pour des symptômes de fièvre, de malnutrition ou pour d'autres pathologies. Ces enfants ne sont pas automatiquement exclus de la CPS. Il s'agit notamment d'enfants malnutris qui reçoivent leur première dose de CPS sur le site et qui sont ensuite pris en charge pour la malnutrition. Les enfants fébriles peuvent recevoir les médicaments de CPS après avoir reçu un diagnostic négatif de paludisme.

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

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

Couverture administrative de la CPS – enfants ayant reçu la CPS/enfants attendus.

Fréquence des effets indésirables – nombre d'effets indésirables notifiés par enfant ayant reçu la CPS.

5.4 Références

1. OMS. Recommandation de politique générale de l'OMS : Chimio-prévention du paludisme saisonnier pour lutter contre le paludisme à *Plasmodium falciparum* en zone de forte transmission saisonnière dans la sous-région du Sahel en Afrique. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2012.
2. MSP. La politique nationale de lutte contre le paludisme In: (PNLP) PNdlLclP, editor. Niamey, Niger: Ministère de la Santé Publique (MSP); 2013.
3. MSF/OCBA. Campagne de distribution de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois dans le DS de Madaoua et de Bouza, rapport final d'activités. 2013.
4. MSF/OCG, Wanteu T. CPS Magaria 2013, Rapport terrain de quatre passages. 2013.
5. MSF/OCB. Capitalisation de la mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier, Saison 2013. 2013.
6. MSF/OCP. Rapport général de la distribution CPS dans les aires de santé de Safo et Moule, District sanitaire de Madarounfa, Région de Magardi. 2013.
7. Aiki A, Touré B, Coldiron M. Enquête de couverture d'un programme de chimio-prévention saisonnière du paludisme et de couverture des moustiquaires imprégnées, juillet-novembre 2013, Aire de Santé de Guidan Sori, Maradi, Niger. EPICENTRE, Médecins sans Frontières – Centre Opérationnel Brussels, 2013.
8. Halidou S, Coldiron M. Couverture d'un programme de chimio-prévention de paludisme saisonnier, juillet - octobre 2013 Madarounafa, Région de Maradi, Niger. EPICENTRE, Médecins sans Frontières – Centre Opérationnel Paris, 2013.
9. Touré B, Coldiron M. Couverture d'un programme de chimio-prévention de paludisme saisonnier, Juillet-Novembre 2013, Département de Magaria, Région de Zinder, Niger EPICENTRE, Médecins sans Frontières - Centre Opérationnel Genève 2013 Décembre 2013. Report No.
10. Touré B, Coldiron M. Couverture d'un programme de chimio-prévention de paludisme saisonnier, juillet - octobre 2013, District Sanitaire de Madaoua, Région de Tahoua, Niger. EPICENTRE, Médecins Sans Frontières –Centre Opérationnel Barcelone-Athènes, 2013
11. Koscalova A. Capitalisation de la mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier au Niger, expérience d'OCG à Magaria. Médecins Sans Frontières (MSF), Janvier 2014.
12. Ousmane F, Mlakar N, Koscalova A. Mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier au Niger, Pratiques pharmaceutiques et pharmacovigilance, Vienna Evaluation Unit, Médecins Sans Frontières, 2013.
13. PNLP. Protocole de mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 5 ans au Niger. Niamey, Niger: Programme Nationale de la Lutte contre le Paludisme (PNLP), 2013 Février 2013. Report No.
14. Meremikwu MM, Donegan S, Sinclair D, Esu E, Oringanje C. Intermittent preventive treatment for malaria in children living in areas with seasonal transmission. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;2:CD003756. PubMed PMID: 22336792. Epub 2012/02/18. eng.
15. Wilson AL. A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of intermittent preventive treatment of malaria in children (IPTc). PloS one. 2011;6(2):e16976. PubMed PMID: 21340029. Pubmed Central PMCID: PMC3038871. Epub 2011/02/23. eng.
16. Doudou MH, Mahamadou A, Ouba I, Lazoumar R, Boubacar B, Arzika I, et al. A refined estimate of the malaria burden in Niger. Malaria journal. 2012;11:89. PubMed PMID: 22453027. Pubmed Central PMCID: PMC3342108. Epub 2012/03/29. eng.
17. Guillebaud J, Mahamadou A, Zamanka H, Katzelma M, Arzika I, Ibrahim ML, et al. Epidemiology of malaria in an area of seasonal transmission in Niger and implications for the

- design of a seasonal malaria chemoprevention strategy. *Malaria journal*. 2013 Oct 30;12(1):379. PubMed PMID: 24172107. Pubmed Central PMCID: PMC3816780. Epub 2013/11/01. Eng.
18. INS. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger EDSN-MICS-IV 2012, Rapport préliminaire. Niamey, Niger: Institut National de la Statistique, 2012 Decembre 2012
 19. Touré B, Aziz A, Coldiron M. Enquête de mortalité rétrospective et de couverture du programme de prise en charge des maladies a domicile, juillet-décembre 2013, Districts Sanitaires de Bouza et de Madaoua, région de Tahoua, Niger EPICENTRE, Médecins Sans Frontières – Centre Opérationnel Barcelone-Athènes, 2014.
 20. N’Goran A. Enquête de Mortalité Rétrospective, Départements de Madaoua et Bouza, région de Tahoua, république du Niger, Juillet-Décembre 2012. EPICENTRE, Médecins Sans Frontières – Centre Opérationnel Barcelone-Athènes, 2013.