

# **Mesure de rendement de l'offre de promotion de la prévention du paludisme au sein de la population du CSPS du secteur 30 de Ouagadougou**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU MASTER EN MANAGEMENT STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL**



**Etudiant : Kibsa Palingwendé Noel KABORE**

**Travail dirigé par : Dr. Jean Eric OUEDRAOGO, médecin spécialiste en Santé publique**

**Promotion janvier 2013**

## CITATION

*En ma qualité de Ministre de la santé, si la population me voit à la télévision entrain d'inaugurer un hôpital de 1000 lits, elle va applaudir. En applaudissant, c'est comme si je les invitais à tomber malade pour venir occuper ces lits.*

*Ma préoccupation en tant que Ministre de la santé, c'est de travailler à ce qu'il y ait de moins en moins de malades dans mon pays. C'est par la promotion des moyens de prévention et l'adoption des comportements à moindre risque que nous y parviendrons. Des pays ont réussi à le faire... Pourquoi pas nous ???*

Léné Sebgo, Ministre de la Santé, janvier 2013 à Octobre 2014, lors de d'une audience accordée à l'association des professionnels de la Communication en santé du Burkina, le 29 mai 2013.

## REMERCIEMENTS

A Dieu de qui provient toute intelligence.

Et aux hommes :

A Dr. Jean Eric OUEDRAOGO, notre directeur de mémoire.

Votre très grande disponibilité et votre sens élevé de la méthode nous ont permis de réaliser ce mémoire dans les délais que nous nous sommes fixés ;

A Mme Ester TRAORE, Infirmière chef de poste du CSPS du secteur 30.

Votre grande disponibilité a été indispensable pour la réalisation du présent travail.

A l'Institut international d'ingénierie de l'Eau et de l'environnement.

La qualité de l'encadrement a contribué à aiguïser en nous le sens de la recherche.

## DEDICACE



## RESUME

Le paludisme demeure au Burkina Faso, la principale cause de consultation, d'hospitalisation et de décès. Transmis par la pique de l'anophèle femelle, le paludisme ainsi que ses conséquences peuvent être réduits pour peu que la population adopte des comportements favorables. Entre autres comportements on peut citer l'utilisation des MILDA et l'adhésion des femmes enceintes au TPI/SP.

Le ministère de la Santé et ses partenaires mènent des actions de promotion de la santé, parallèlement aux actions curatives pour faire face à cette endémie. Nous avons voulu, dans une logique de gestion axée sur les résultats, mesurer le rendement de l'offre de promotion de la prévention du paludisme au sein de la population du CSPS du secteur 30 de Ouagadougou. Nous avons identifié le CSPS du secteur 30 à cause de sa situation géographique. Les secteurs de l'aire du CSPS sont quasiment dépourvus de caniveaux pour l'écoulement des eaux de pluie et partagent une partie des zones à habitation spontanée où la population vit dans la promiscuité. Tout ceci favorise le développement des moustiques. En 2014, on a dénombré 26 422 cas de paludisme sur une population de 45 322 soit une incidence de 582,98 pour 1000 habitants dans l'aire de ce CSPS.

Quelques résultats:

- 37,70% ont répondu que chaque cas de paludisme ne peut pas potentiellement entraîner la mort
- 95,08% ont répondu que les us et coutumes admettent que les femmes en grossesse se rendent tôt au centre de santé,
- 79,51% ont déclaré avoir remarqué que leurs familles tombent moins malade depuis qu'elles dorment sous moustiquaire.

Une des recommandations aux Programmes de santé est de mettre l'accent sur la communication porte à porte et de groupe.

### Mots Clés :

---

- 1 - Moustiquaire
- 2 – Traitement préventif intermittent
- 3 – Prévention
- 4 - Santé
- 5 - Barrières

## ABSTRACT

Malaria remains the first cause of consultation, hospitalization and death in Burkina Faso. Transmitted by “anopheles bite”, malaria consequences can be reduced if people adopt certain behavioral changes such as the usage of long-lasting insecticidal net and receiving intermittent preventive treatment for pregnant women.

Health ministry in the country and its partners are undertaking some actions for health promotion alongside with the existing curative methods to roll back the endemic disease. In the context of results-based on management, we intended to evaluate the performance of health care services for promoting and preventing malaria in Ouagadougou, specifically for the population living in the neighbourhood number 30 “health division”. The study conducted focused on this neighbourhood for its geographical location in Ouagadougou. This area is almost devoid of gutters for draining rainwater and its covers a large part of spontaneous infested residences in which people live in complete promiscuity. All this promotes the growth of mosquitoes. In 2014, 26.422 malaria cases were reported out of a population of about 45.322 in habitants, that is to say, an incidence of 582, 98 out of 1.000 in habitants in this health management division.

In order to assess the malaria topic in this area, surveys were conducted and these are the reports:

- 37.70% of the population admitted that every malaria case can really cause death,
- 95.08% thought that according to due process of things, women in pregnancy go early to health care clinics,
- 79.51% stated that they noticed that they have become less sick since they sleep under a net.

One of the recommandations is meant to health Programs to focus on door to door and interpersonal communication.

### Key words :

---

1. Mosquito net
2. Intermittent preventive treatment (IPT)
3. Prévention
4. Health
5. Barriers

## LISTE DES ABREVIATIONS

**FRP** : Faire reculer le paludisme

**CCC** : Communication pour le changement de comportement

**CM** : Centre médical

**CPN** : Consultation pré natale

**CSPA** : Centre de santé et de promotion sociale

**MILDA** : Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

**RBM** : Roll back malaria

**SP** : Sulfadoxine Pyriméthamine

**TPIg** : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse

## Sommaire

1ere partie : CADRE CONTEXTUEL .....	11
<i>Chapitre I : Contexte, justification et objectifs de l'étude</i> .....	12
1.1. Contexte de l'étude.....	12
1.2. Enoncé du problème.....	13
1.3. Justification de l'étude.....	16
1.4. But et objectifs.....	17
2 <sup>e</sup> partie : APPROCHE CONCEPTUELLE.....	18
Chapitre II : Définition et cadre conceptuel.....	19
2.1. Définition des concepts .....	19
2.2. Cadre conceptuel .....	21
3 <sup>e</sup> Partie : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE .....	23
Chapitre III. Organisation du système de santé au Burkina et cadre de l'étude .....	24
3.1. Organisation du système de santé.....	24
3.2. Présentation du Cadre de l'étude .....	25
3.3. Méthodologie.....	28
4 <sup>e</sup> partie : RESULTATS.....	30
Chapitre IV : Caractéristiques sociodémographiques et actions de prévention réalisées .....	31
4.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	31
4.2. Les actions de prévention du paludisme réalisées .....	32
Chapitre V. Etude des normes et attitudes.....	34
5.1. Attitudes favorables en matière de prévention .....	34
5.2. La pratique du comportement recommandé .....	36
5.3. La connaissance des risques et conséquences du paludisme.....	38
Chapitre VI. Les barrières sociales à la prévention .....	41
6.1. Obstacles/barrières au TPI.....	41
6.2. Obstacles/ barrières à l'utilisation des MILDA.....	44
Chapitre VII. La perception des moyens de prévention du paludisme.....	46
7.1. L'efficacité de la réponse .....	46
7.2. L'auto-efficacité de la réponse .....	48
CONCLUSION ET PROPOSITION DE SOLUTIONS D'AMELIORATION.....	51
Bibliographie .....	54

## Liste des figures

Figure 2 Proportion du paludisme par rapport à la population générale.....	27
Figure 3 : Prédilection des enquêtées par rapport au recours à la CPN .....	35
Figure 4 : Répartition des femmes et leurs enfants qui ont dormi sous une moustiquaire.....	37
Figure 5 : Proportion des femmes ayant eu recours à la CPN et ayant bénéficié du TPI .....	38
Figure 6 : Proportion des enquêtées qui perçoivent le paludisme comme une maladie.....	39
Figure 7 : Perception de la dangerosité du paludisme sur les enfants.....	40
Figure 8 : Obstacles à la non fréquentation des femmes enceintes au Centre de santé pour le TPI.....	41
Figure 9 Les personnes obstacles à la fréquentation des FE au centre de santé pour le TPI .....	42
Figure 10 Risques encourus par les femmes.....	43
Figure 11 Freins à l'utilisation des moustiquaires.....	44
Figure 12 : Proportion des enquêtées sur l'efficacité des moustiquaires .....	46
Figure 13 : Proportion des enquêtées sur l'efficacité du TPI/SP .....	48
Figure 14 : Proportion des enquêtées sur la capacité à utiliser les moustiquaires .....	49
Figure 15 : Proportion des enquêtées sur la capacité à obtenir les moustiquaires .....	50

## Liste des tableaux

Tableau 1 Cas de paludisme simple en 2014 par tranche d'âge.....	26
Tableau 2 Cas de paludisme grave en 2014 par tranche d'âge .....	27
Tableau 3 : Répartition des enquêtées selon les caractéristiques socio démographiques.....	31
Tableau 4 : Activités CCC sur le paludisme réalisées .....	32
Tableau 5 : Diffusion de spots de sensibilisation réalisés par le PNLP .....	33
Tableau 6 : Répartition des enquêtées par élément de prédisposition à l'utilisation des MILDA .....	36
Tableau 7 : Raison de non utilisation des moustiquaires .....	37
Tableau 8 : Répartition de canaux de persuasion.....	45

# 1ere partie : CADRE CONTEXTUEL

## ***Chapitre I : Contexte, justification et objectifs de l'étude***

### **1.1. Contexte de l'étude**

La santé est au cœur des préoccupations des nations du monde. Elle figure de ce fait parmi les défis majeurs qui se présentent à notre siècle. Cependant, les multiples décès causés par les différentes pathologies ont un effet direct sur le développement humain, facteur de progrès social.

En effet, le constat<sup>1</sup> en santé publique indique qu'en 2012, on a estimé à 56 millions, les personnes qui sont décédées dans le monde. Parmi celles-ci, le nombre des décès dus au paludisme est estimé à six cent cinquante cinq mille (655 000), dont 91% en Afrique. À l'échelle mondiale, 86% des décès imputables au paludisme ont touché des enfants de moins de cinq ans.

Le paludisme demeure un véritable problème de santé publique dans le monde et particulièrement dans les pays en développement. Selon le rapport mondial 2013 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les estimations ont fait état de deux cent seize (216) millions d'épisodes palustres en 2012, dont 81% dans la région Afrique de l'OMS, soit cent soixante quatorze (174) millions de cas.

A l'image des pays endémiques, le paludisme constitue au Burkina Faso, un problème majeur de santé publique, de par la morbidité et la mortalité qui lui sont imputables. En effet, les statistiques sanitaires de 2014 indiquent que le paludisme était responsable de 54% des motifs de consultation, 57 % des motifs d'hospitalisation et 30% de décès<sup>2</sup>.

Pour lutter contre le paludisme et apporter des réponses appropriées à ses graves conséquences, des efforts énormes sont déployés au niveau mondial, continental et pays.

Ainsi, en juillet 1998, la directrice générale de l'OMS a lancé l'initiative Faire reculer le paludisme (FRP) ou Roll back malaria (RBM) en réponse à un niveau de soutien sans précédent aux efforts développés par les dirigeants des pays et les partenaires au développement. Cette initiative vise la réduction de 50 % de la mortalité liée au paludisme d'ici

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index2.html>

<sup>2</sup> Données statistiques du Programme national de lutte contre le paludisme, mars 2015

2015, et de 20% en 2025, de telle sorte qu'en 2030 cette maladie ne constitue plus un problème de santé publique dans la Région Africaine.

En vue de renforcer l'engagement politique et soutenir l'initiative « Faire reculer le paludisme », un sommet spécial des Chefs d'Etat et de Gouvernements de l'OUA s'est tenu à Abuja, au Nigeria, en avril 2000. Cette importante rencontre a permis d'adopter une déclaration dite « Déclaration d'Abuja » visant à réduire le fardeau socio-économique lié au paludisme.

Au plan national, la lutte contre cette maladie s'organise autour d'un programme national de lutte contre le paludisme mis en place par le ministère de la santé en 1991. Ce programme élabore chaque cinq ans un plan stratégique périodique de lutte contre le paludisme qui se veut un document référentiel pour toute intervention en matière de paludisme au Burkina Faso. Les cibles prioritaires de ce plan sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Faire en sorte que la population bénéficie d'un accès adéquat et adhère à l'offre des services liés au paludisme restent un grands défis tant pour la communauté internationale que nationale. Face à cette situation, l'Etat Burkinabé et ses partenaires intensifient la lutte contre l'endémie palustre par la prise en charge des cas et la promotion de comportements favorables à la réduction de cette pathologie. C'est pour apprécier les efforts de prévention du paludisme dans une des formations sanitaires à Ouagadougou que cette étude se mène.

Intitulée : « Mesure de rendement de l'offre de promotion de la prévention du paludisme au sein de la population du CSPS du secteur 30 de Ouagadougou », l'étude vise à évaluer les actions de promotion de la santé en matière de paludisme dans ce CSPS.

## **1.2. Enoncé du problème**

Au Burkina Faso, notamment à Ouagadougou, comme dans les autres villes, l'économie est caractérisée par la prolifération d'un secteur informel de subsistance et l'existence d'un secteur formel structuré<sup>3</sup>. Dans cet univers, figurent en grande partie les femmes. L'on comprend aisément que le développement du pays ne saurait être assuré que par une population saine, en bonne santé.

Cependant, cette population se trouve malheureusement confronter à l'endémie palustre qui bloque énormément, mais de façon inconsciente, ses chances de progrès.

---

<sup>3</sup> Politique nationale de population au Burkina Faso, Ministère de l'économie et des finances, Conseil national de population, décembre 2000

En effet, le paludisme au Burkina Faso constitue le premier motif de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires. Au cours de l'année 2014, on a enregistré au niveau national 8 278 364 cas de paludisme dont 5 632 décès.

Dans notre zone d'étude qui est le CSPS du secteur 30, on a dénombré 26 422 cas de paludisme simple et 427 cas de paludisme grave, dont 02 cas de décès sur une population totale estimée à 45 322 en 2014<sup>4</sup>. Pour ce qui est des femmes enceintes en particulier, le cumul des rapports d'activités mensuels fait ressortir 1014 cas de paludisme simple et 114 cas de paludisme.

Cette situation pourrait entre autres résulter des comportements non favorables à la lutte contre le paludisme qui sont :

- La non utilisation des MILDA. A Ouagadougou où se situe le CSPS du secteur 30, on estime à 59,2%<sup>5</sup> la population qui déclare avoir dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.
- La relative faible adhésion au TPI chez les femmes enceintes. Au CSPS du secteur 30, les femmes qui ont bénéficié de la première dose de traitement préventif intermittent à la SP s'élèvent selon le cumul des rapports d'activité mensuels de 2014 à 1478 sur 1 856 CPN attendues, soit 79,63% de femmes.

Soucieux de promouvoir la santé de la population, l'Etat Burkinabé avec l'appui de ses partenaires, a opté dans le cadre de la prévention, pour une politique de gratuité concernant la Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) et le Traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI-SP) chez la femme enceinte. En effet, en 2010 et en 2013, le Burkina Faso a organisé deux campagnes de distribution universelle de MILDA sur toute l'étendue du territoire. En dehors de ces campagnes de distribution gratuite, les formations sanitaires assurent une distribution en permanence de MILDA aux femmes qui viennent à la CPN. La SP est aussi donnée gratuitement aux femmes éligibles lors de la CPN. Ces efforts de gratuité sont consentis au regard des avantages que ces moyens de prévention procurent.

En effet, si l'on s'en tient uniquement à l'utilisation des MILDA, Une revue systématique<sup>6</sup> prouve que l'incidence du paludisme est réduite de 39 à 50% et la mortalité infanto-juvénile de

---

<sup>4</sup> Rapport d'activité du CSPS, 2014

<sup>5</sup> Enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso, INSD, PNLP Burkina Faso, IFC International USA, 2014, P. 15

<sup>6</sup> Lengeler C. (2004). Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2

17%, lorsque 70% de la population utilise des MILDA. Avec moins de 2% d'enfants qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les pays où le paludisme sévit à l'état endémique, un enfant africain décède toutes les 45 secondes, soit 20% de la mortalité infantile<sup>7</sup>. Quelques évaluations montrent l'existence de résultats probants sur l'intervention. En effet, en Zambie, la distribution de 3,6 millions de MILDA a fait baisser, entre 2006 et 2008, de 47% les décès dus au paludisme et de 53% la prévalence du parasite<sup>8</sup>. L'anémie sévère a également chuté de 21,8% à 10,2%, chez les enfants malades. Dans deux districts sanitaires de la Tanzanie (Ulanga et Kilombero), un modèle de marketing social a permis d'augmenter de 10% à 50%, en 3 ans, l'utilisation des moustiquaires imprégnées chez les enfants. Les MILDA ont été distribuées par des commerçants des villages avec l'appui des populations et la sensibilisation des leaders d'opinion sur les bienfaits de leur usage. Selon Ridde (2010), l'implication des populations, la gratuité des moustiquaires et les campagnes de promotion sont les garants du succès d'une telle intervention, notamment au Burkina Faso.

Au regard donc de la politique de gratuité et surtout des avantages de ces moyens de prévention, l'on est tenté de dire que l'offre de service de prévention du paludisme devrait rencontrer une adhésion massive de la population dans l'ordre des 90 à 100%. Or, les données relatives à l'utilisation des MILDA et au TPIg au niveau du CSPS du secteur 30 ne montrent pas une adhésion à 90 voire 100% de la population.

Il nous apparaît alors essentiel de nous interroger sur un certain nombre de questions.

- Quelle est l'attitude de la population vis-à-vis des moyens de prévention. Quel jugement fait-elle de ces moyens de prévention ?
- L'entourage exerce-t-il une influence (positive ou négative) sur l'adoption des comportements favorables à la lutte contre le paludisme ? la population subit-elle une pression sociale néfaste au comportement favorable à la lutte contre le paludisme ?
- La population rencontre-t-elle des difficultés dans la mise en pratique des comportements favorables à la lutte contre le paludisme? Est-elle satisfaite de l'utilisation des moyens de prévention du paludisme ?

---

<sup>7</sup> Bryce, J., et alii (2010). The Accelerated child survival and development programme in West Africa: a retrospective evaluation. *The Lancet*, 375, 572-82

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009).

Autant de questions qui méritent d'être posées quand on sait que la prévention occupe une bonne place dans la stratégie nationale de lutte contre du paludisme. La bonne maîtrise des facteurs influençant la demande de service de prévention du paludisme s'impose donc.

### **1.3. Justification de l'étude**

Au Burkina Faso, la lutte contre le paludisme connaît de nos jours une intensification pour répondre aux objectifs internationaux ambitieux en la matière.

Dans cette perspective, les activités de promotion des comportements favorables doivent venir accélérer l'acceptation et l'utilisation correcte des moyens de prévention.

Des actions sont continuellement mises en œuvre pour le changement de comportement en matière de paludisme. D'où la nécessité pour nous de prendre la mesure de ces actions.

Nous avons choisi de limiter notre zone d'étude au CSPS du secteur 30 au regard des considérations suivantes.

D'abord, le CSPS couvre une partie des zones à habitations précaires, communément appelées zones non-loties. Ce sont des zones insalubres et où se développent des constructions spontanées sans le moindre respect des normes en matière d'occupation de l'espace. Alors, on constate une surpopulation indescriptible. Cette situation entraîne la présence en permanence des flaques d'eau (lieu de reproduction des moustiques) autour des concessions. Ces eaux proviennent soit de la pluie, soit des ménages ou des toilettes, etc.

Ensuite, les secteurs relevant de l'aire sanitaire du CSPS ne disposent pratiquement pas de caniveaux pour l'évacuation des eaux de pluie. Toute chose qui entraîne la stagnation des eaux et la prolifération des moustiques.

Ces réalités du CSPS du secteur 30, sont incontestablement favorables au développement du paludisme. En effet, au sein du District sanitaire de Bogodogo qui compte 33<sup>9</sup> CSPS et CM dont le CSPS du secteur 30, l'on a dénombré au total, 276 633 cas<sup>10</sup> de paludisme simple en fin 2014. Si nous considérons le nombre de cas du CSPS de notre zone d'étude qui est de 26 422, on voit clairement que ce seul CSPS a 3,15 fois plus que la moyenne des cas des 33 formations sanitaires qui est de 8 382, 82.

---

9 Base de données BD\_malaria, Programme national de lutte contre le paludisme, 2014

10 Annuaire statistique, Ministère de la santé, 2014

Cette situation incite à apporter un regard particulier sur les actions de prévention du paludisme dans cet environnement. C'est ce qui nous a poussé à orienter notre étude sur la mesure de rendement de l'offre de promotion de la prévention du paludisme dans ce CSPS.

#### **1.4. But et objectifs**

##### **But**

Le but de la présente recherche vise à contribuer à améliorer la prévention du paludisme dans l'aire sanitaire du CSPS du secteur 30.

##### **.Objectif général**

Mesurer le rendement des actions de prévention du paludisme au sein de la population de l'aire de sanitaire du CSPS du secteur 30

##### **Objectifs spécifiques**

- ✚ Apprécier l'attitude de la population vis-à-vis des moyens de prévention ;
- ✚ Apprécier la pression sociale exercée sur la population exposée au changement de comportement ;
- ✚ Evaluer le niveau de satisfaction des populations concernant l'utilisation des moyens de prévention du paludisme ;
- ✚ Apprécier les actions menées par les agents de santé en rapport avec le changement comportemental ;
- ✚ Proposer des recommandations.

## **2<sup>e</sup> partie : APPROCHE CONCEPTUELLE**

## Chapitre II : Définition et cadre conceptuel

### 2.1. Définition des concepts

**Prévention par l'utilisation des MILDA :** Elle consiste à utiliser correctement la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action toutes les nuits, toute l'année pendant tout le temps. L'utilisation correcte consiste à bien fourrer les abords de la moustiquaire sous la couchette.

**Le TPI /SP chez la femme enceinte:** Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) chez la femme enceinte constitue une stratégie de prévention alternative. Plusieurs études<sup>11</sup> conduites en Afrique ont démontré son efficacité dans la réduction du taux de l'infestation placentaire par *Plasmodium falciparum*, du faible poids de naissance et de l'anémie sévère au cours de la grossesse.

Au Burkina Faso, la prévention du paludisme chez la femme enceinte constitue une priorité pour les autorités sanitaires nationales. C'est pourquoi, conformément aux recommandations de l'OMS, et ayant constaté un taux élevé de la chloroquino-résistance (26,9% à 63,3%) en 2003<sup>12</sup>, le pays a adopté en février 2005, le TPI-SP comme une nouvelle stratégie de prévention du paludisme chez la femme enceinte.

Le TPI débute au deuxième trimestre après l'apparition des mouvements actifs du fœtus. Il consiste à administrer 3 comprimés de SP en une prise orale à partir du deuxième trimestre de la grossesse jusqu'à l'accouchement en respectant un intervalle d'un mois entre deux prises<sup>13</sup>.

La prise de la SP se fait au cours des consultations pré natales (CPN) et doit être supervisée au niveau de la formation sanitaire par un agent qualifié.

**Le changement de comportement :** Il est un processus systématique et planifié ayant pour but de sensibiliser l'individu ou le groupe, de promouvoir le changement de comportement considéré comme néfaste à la santé, grâce à la transmission d'informations nécessaires à la

---

<sup>11</sup> Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine –pyriméthamine du paludisme chez les femmes enceintes : efficacité et observance dans deux hopitaux urbains du Burkina Faso, in The pan african medical journal, Sanata Bamba et all., fev.2012

<sup>12</sup> Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine –pyriméthamine du paludisme chez les femmes enceintes : efficacité et observance dans deux hopitaux urbains du Burkina Faso, in The pan african medical journal, Sanata Bamba et all., fev.2012

<sup>13</sup> Directives nationales de prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires du Burkina Faso, révision de septembre 2012

compréhension réciproque et à la motivation. La sensibilisation est l'activité la plus importante des animateurs et des ASBC, en termes de nombre d'interventions. Elle a pour but également de susciter la demande en vue d'augmenter les taux d'utilisation des services de prévention.

**Promotion de la santé :** C'est un processus interactif qui consiste à mener des actions en vue d'un bien-être des populations à travers un environnement propice à la santé, l'adoption de modes individuels de vie sains et l'offre de services de santé à base communautaire performante. Le Burkina Faso, s'est doté d'une politique de promotion de la santé<sup>14</sup>. Les problèmes prioritaires retenus dans la politique de promotion de la santé sont: (1) les environnements socio-économique, physique et législatif sont peu favorables à la santé. Cette situation se caractérise par une extrême pauvreté des populations, un cadre de vie peu salubre, des conditions climatiques peu favorables et des textes législatifs et réglementaires peu appliqués. (2) Le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les déterminants sociaux de la santé reste faible. Cela se traduit par une insuffisance de prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles. (3) La participation communautaire et les interventions de santé à base communautaire sont insuffisantes. Cela se manifeste par une couverture insuffisante en intervention à base communautaire et une faible appropriation de ces interventions par les populations. (4) L'offre de services en faveur de la promotion de la santé est insuffisante. Cela s'explique par une faible intégration des actions de promotion de la santé aux services de santé offerts aux populations.

---

<sup>14</sup> Ministère de la Santé, Plan stratégique de Promotion de la santé 2015-2019, juin 2014.

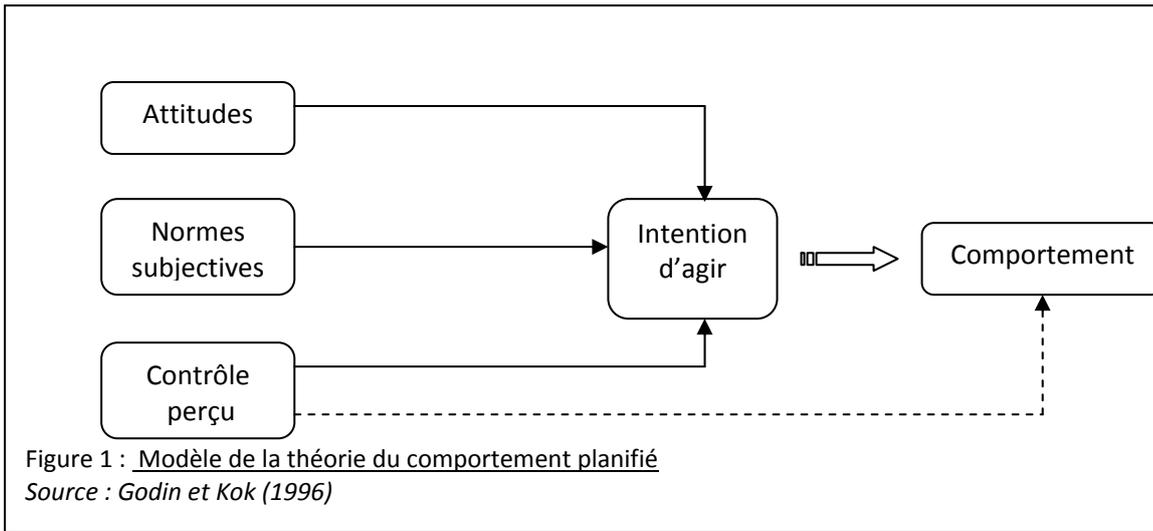
## 2.2. Cadre conceptuel

Le cadre théorique que nous avons choisi de bâtir notre étude est la Théorie du comportement planifié (TCP). Mise au point par Ajzen en 1985, la TCP est une extension de la théorie de l'action raisonnée (TAR). Dans l'esprit de cette théorie, l'intention d'adopter un comportement est le point d'orgue de la genèse du comportement (Berthelette, 2002). Elle est en effet, « [...] un important préalable de l'agir humain ; elle fournit les motivations qui poussent la personne à orienter son comportement dans une direction donnée ». (Chamberlant, 2003, p.162). Toujours selon cette théorie, les attitudes interagissent avec les normes subjectives pour influencer l'intention d'agir, qui elle, détermine le comportement.

La théorie postule que le comportement humain, pour être effectif, doit d'abord être décidé/planifié, d'où le nom de *théorie du comportement planifié*. De plus pour être décidé, trois types de facteurs sont nécessaires :

1. L'attitude à l'endroit du comportement: elle désigne le degré du jugement favorable ou défavorable que la personne possède du comportement en question.
2. La norme subjective : elle correspond à la perception de l'individu de la pression sociale, représentée par ce que pensent les proches du comportement qu'il veut entreprendre. (Hardings et al. 2007).
3. Le contrôle comportemental perçu: il désigne la facilité ou la difficulté perçue vis-à-vis de la réalisation du comportement. Il correspond à la perception qu'a l'individu de la faisabilité du comportement concerné.

### Schéma du cadre conceptuel



## **3<sup>e</sup> Partie : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE**

## Chapitre III. Organisation du système de santé au Burkina et cadre de l'étude

### 3.1. Organisation du système de santé

Le système de santé au Burkina Faso est composé du sous secteur sanitaire public, du sous secteur sanitaire privé et du sous secteur médecine et pharmacopée traditionnelles.

Dans les lignes qui suivent, nous allons nous focaliser sur l'organisation du sous secteur sanitaire public, en ce sens que le CSPS qui est notre cadre d'étude est un élément de ce sous secteur.

Le sous secteur sanitaire public est organisé sous forme pyramidale. Il comporte deux types de structuration : Une structure administrative et une structure des soins.

- **Structure administrative**

On distingue :

- 🏢 **le niveau central.** Il est constitué des Directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général.
- 🏢 **le niveau intermédiaire.** Il s'agit des Directions régionales de la santé qui sont au nombre de 13.
- 🏢 **le niveau périphérique.** Ce sont notamment les Districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé au nombre de 70 dont 63 sont fonctionnels.

- **Structures de soins**

Organisées en trois niveaux, les structures de soins assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- 🏢 **le premier niveau**

Constitué des districts sanitaires, il comprend deux échelons :

- ✓ le 1<sup>er</sup> échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et de Centre médical (CM). On a dénombré 1 698 CSPS et CM en 2013 dont 111 pour la région du centre.
- ✓ Le 2<sup>ème</sup> échelon de soins du district est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Au nombre de 45 en 2013, dont 3 dans la région du Centre, ils servent de référence pour les formations sanitaires du district. 3

### le 2<sup>ème</sup> niveau

Il sert de niveau de référence et de recours aux CMA. Il s'agit notamment des

- ✓ Centres hospitaliers régionaux (CHR). Aux 9 CHR vont s'ajouter deux autres que sont ceux de Manga et Ziniaré.

### le 3<sup>ème</sup> niveau

Il est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) au nombre de 3 voire 4 avec l'hôpital moderne de 600 lits fonctionnel depuis 2011.

## **3.2. Présentation du Cadre de l'étude**

### **• Présentation générale**

Le CSPS du secteur 30 de Ouagadougou relève du District sanitaire de Bogodogo, qui est un des 5 districts sanitaires de la Direction régionale du Centre que sont : Boulmiougou, Baskuy, Nongr Massom, Signoghin. Sur l'aire sanitaire de ce District, on a dénombré 99 formations sanitaires en 2014, y compris le CSPS du secteur 30 qui est situé dans la ville, dans la partie Sud-est de Ouagadougou et couvre une partie des zones à habitation spontanée ou "non loties".

En raison de sa spécificité urbaine, le CSPS du secteur 30 est accessible géographiquement. Il dispose d'une maternité, d'un dispensaire/SMI (santé maternelle et infantile) et d'un dépôt MEG (Médicament essentiel générique). 45 agents de santé travaillent dans ce CSPS. Ils sont constitués de 11 infirmiers d'Etat, 6 Infirmiers brevetés, 3 Sages femmes, 18 Accoucheuses auxiliaires et 7 Agents itinérants de santé.

### **• Données Socio- économiques**

Le type d'habitat rencontré sur l'aire sanitaire du CSPS du secteur 30 est celui des habitations regroupées dont la majorité est en banco amélioré. De plus, l'assainissement est très insuffisant.

Le CSPS est desservi en eau courante. Mais, il y a une insuffisance voire une absence de caniveaux pour l'évacuation des eaux de pluie. Les multiples flaques d'eau stagnante constituent d'importants nids de moustiques; d'où une exposition importante des populations au paludisme qui constitue la 1<sup>ère</sup> cause de décès surtout infantile.

- **Données socioculturelles**

La population du CSPS du secteur 30 à l'instar de celle du Burkina Faso regroupe plusieurs entités ethniques dont la majorité est représentée par les Mossi ; viennent les Gourounsi, les bisssa, les peuls, les Gourmantché, les bobo, les Sénoufo, les dagara, les Samo. Cette diversité ethnique explique la diversité des rites, des coutumes, tabous, des modes de vie diversifiés des populations. Les religions pratiquées sont essentiellement : l'animisme, l'islam, le christianisme.

La médecine traditionnelle occupe une place importante dans la vie des populations du CSPS. Ce secteur connaît un essor remarquable ; cependant le manque de collaboration avec le district pose un certain nombre de difficultés comme par exemple, le retard de prise en charge de certains cas pour lesquels ils sont incompetents.

- **Données sur le paludisme**

Le CSPS du secteur 30 compte une population estimée à 45 322 habitants en l'an 2014. Quelques données<sup>15</sup> retiennent notre attention dans cette étude. L'aire du CSPS couvre une population totale de 45 322 personnes. Parmi cette population, on compte 12 176 femmes en âge de procréer et 1856 consultations pré natales attendues.

**Tableau 1 Cas de paludisme simple en 2014 par tranche d'âge**

Désignation	Ja	F	M	A	M	J	Jl	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
moins de 5 ans	535	519	489	467	500	545	514	896	1417	790	704	258	7634
5ans et + sans FE	776	1074	660	765	613	897	1425	2916	2469	3050	2432	697	17774
Femme enceinte (FE)	27	58	29	37	37	67	65	150	158	154	149	83	1 014
Total													26422

Ce tableau montre que les cas de paludisme simple chez les moins de 5 ans présentent un niveau le plus élevé en septembre avec 1 417 cas contre un niveau le plus bas en décembre avec

<sup>15</sup> Les données sont tirées des Rapports d'activités mensuels de 2014

258. Concernant les 5 ans et + sans les femmes enceintes, le pic se situe en octobre avec 3050 cas contre 613 enregistré en mai.

Pour les femmes enceintes, le nombre de cas le plus élevé (158) est enregistré en septembre et le plus bas (27) a été noté en janvier.

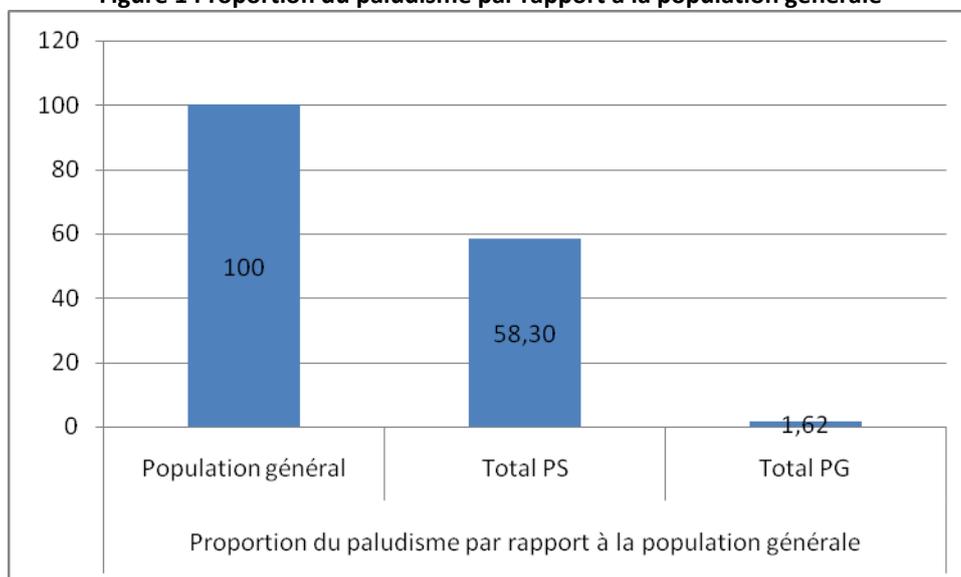
De façon générale, les mois d'aout, septembre, octobre et novembre sont les périodes de haute transmission du paludisme.

**Tableau 2 Cas de paludisme grave en 2014 par tranche d'âge**

Désignation	Jan	Fev	Mars	av	mai	juin	juil	aou	sept	oct	nov	dec	total
moins de 5 ans	4	6	5	6	11	14	18	24	30	14	10	5	147
5ans et + sans FE	10	3	2	13	5	1	9	41	10	44	15	13	166
Femme enceinte (FE)	16	4	8	7	11	10	5	14	11	5	12	11	114
Total													427

En principe, le CSPA qui se trouve au 1<sup>er</sup> échelon du 1<sup>er</sup> niveau, selon l'organisation et le fonctionnement des structures de soins, doit se contenter des soins primaires et référer les cas graves. Mais les données du tableau laissent voir que des cas de paludisme grave qui s'élèvent à 427 ont quand même été pris en charge au CSPA du secteur 30 durant l'année 2014.

**Figure 1 Proportion du paludisme par rapport à la population générale**



Ce tableau traduit l'importance des cas de paludisme simple au sein du CSPA du secteur 30. Sur 100 personnes en population générale, 58,30 cas de paludisme simple ont été enregistrés. Quand on sait que la population totale s'élève à 45 322, on note que 26422 cas de paludisme

simple ont été enregistrés. Les cas de paludisme graves sont aussi rapportés mais dans une moindre mesure (1,62%)

### **3.3. Méthodologie**

#### **▪ Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative, de mesure de rendement dans le domaine de la promotion de la santé en matière de paludisme.

#### **▪ Population d'étude**

Pour atteindre les résultats fixés par l'étude, nous avons identifié comme population d'étude, les femmes âgées de 18 et plus de l'aire sanitaire du CSPS du secteur 30 de Ouagadougou.

#### **▪ Echantillonnage / taille de l'échantillonnage**

Nous avons élaboré des quotas pour une investigation à choix raisonné. Selon les données, l'aire du CSPS du secteur 30 compte 12 176 femmes en âge de procréer. Le taux de sondage qui est utilisé pour le calcul est de 1/100. Ce qui donne un échantillon de femmes en âge de procréer de 122 individus.

#### **▪ Méthode de collecte des données**

La méthode est celle de l'enquête individuelle. Un questionnaire structuré auprès des Femmes en âge de procréer, choisies dans la population générale de l'aire du CSPS du secteur 30 a été utilisé comme outil de collecte des données. Le questionnaire comprend 3 sections, suivant le modèle d'étude. La section 1 qui traite de l'attitude favorable à la lutte contre le paludisme. La section 2 aborde les normes subjectives /la pression (barrière) sociale néfaste à la prévention du paludisme et la section 3 a trait à la mesure du niveau de satisfaction de l'utilisation des moyens de prévention du paludisme.

Deux méthodes ont été utilisées pour valider les outils :

👤 La méthode des juges : Les outils de collecte ont été soumis à l'appréciation du directeur de mémoire. Ses observations ont été prises en compte pour les améliorer.

👤 Le pré test : Une pré enquête a été faite sur l'aire sanitaire auprès des femmes en âge de procréer. Cela a permis de reformuler et d'ajouter certaines questions.

#### **▪ Déroulement de l'enquête**

L'enquête s'est déroulée au mois mars 2015 et s'est intéressée exclusivement et de façon individuelle aux femmes en âge de procréer (18 ans et +), toute catégorie confondue. La stratégie porte-à-porte a été utilisée pour toucher la taille de notre échantillon. Pour mener l'enquête, nous avons sollicité le concours de cinq enquêteurs.

#### **▪ Traitement des données**

Les données issues des enquêtes ont été saisies sur le logiciel Epi data et le traitement des données de l'enquête a été fait avec le logiciel Excel.

▪ **Limites de l'étude**

Au regard de notre cadre conceptuel, nous avons choisi de ne nous intéresser qu'à trois (3) aspects : l'Attitude favorable à la lutte contre le paludisme ; les Normes subjectives /la pression (barrière) sociale néfaste à la prévention du paludisme et le niveau de satisfaction de l'utilisation des moyens de prévention du paludisme.

De plus, cette étude, au regard de sa nature, a été restreinte aux femmes en âge de procréer et s'est limitée à l'aire sanitaire du CSPS du secteur 30 de Ouagadougou compte tenu de nos moyens limités. Il aurait été souhaitable que nous puissions l'étendre à d'autres CSPS.

De plus, le thème de notre étude porte sur la santé, donc qui touche à la sensibilité des enquêtés. De ce fait, nous avons certainement enregistré des biais "social" de réponse : le répondant dit ce qu'il pense que l'enquêteur souhaite entendre, ou essaie de donner une image "idéale" de lui-même.

▪ **Considérations éthiques**

Les informations individuelles collectées dans cette enquête sont couvertes par le secret professionnel. Les outils ne comportent pas de nom pouvant identifier les répondants, ce qui garantit la confidentialité et l'anonymat. Seules celles qui ont accepté volontairement se prêter aux questions ont été interrogées.

## 4<sup>e</sup> partie : RESULTATS

## Chapitre IV : Caractéristiques sociodémographiques et actions de prévention réalisées

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau suivant résume les caractéristiques sociodémographiques des femmes en âge de procréer qui ont été touchées par notre enquête.

**Tableau 3 : Répartition des enquêtées selon les caractéristiques socio démographiques**

Caractéristiques	Fréquence (N=122)	Pourcentage
<b>Age des enquêtées</b>		
18-29 ans	47	38,52
30 - 44 ans	61	50
45 et plus	6	4,92
Ne sais pas	8	6,56
<b>Scolarisation</b>		
scolarisé	80	65,57
Non scolarisé	40	32,79
<b>Niveau de scolarisation</b>		
Primaire	28	35
Secondaire	40	50
Supérieur	12	15
<b>Occupation</b>		
Travailleur du public	20	16,39
Travailleur du privé	13	10,33
Secteur informel	26	21,31
Ménage	50	40,98
Autres : (Elève/coiffeuse/couturière/com merçante)	11	9,02
<b>Statut matrimonial</b>		
Mariée	110	90,16
Célibataire	0	0
Veuve	11	9,02

Au regard du tableau, la moitié des enquêtées ont l'âge compris entre 30 et 44 ans (50%). Elles sont pour la plus part scolarisées (65,57%) et 50% sont arrivées au niveau secondaire. Près de 50% font le ménage et 26,72% évoluent dans les secteurs public et privé. Elles sont quasiment toutes mariées (90,16%).

## 4.2. Les actions de prévention du paludisme réalisées

Le CSPS du secteur 30, tout comme les autres CSPS du Burkina Faso, procure, conformément à ses attributions, des activités de soins primaires et de promotion de la santé à la population. En matière de promotion de la santé, le paquet d'activités dévolu aux CSPS sont notamment : la diffusion des messages radio, les causeries éducatives, les visites à domiciles, les projections vidéo, l'organisation des théâtres forum.

Durant l'année 2014, le CSPS du secteur 30 a réalisé les actions suivantes.

**Tableau 4 : Activités CCC sur le paludisme réalisées**

		Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aout	Sep	Oct	Nov	Dec
Message radio	Nbre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pers. touchées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Causerie éducative	Nbre	122	84	4	9	10	114	65	19	12	163	167	124
	Pers. touchées	3651	2910	1216	131	185	1544	1030	49	142	1252	1136	1116
Visite à domicile	Nbre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pers. touchées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Théâtre forume	Nbre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pers. touchées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Project video	Nbre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pers. touchées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Plusieurs observations peuvent être faites à partir de ce tableau. D'abord, sur les 5 activités prévues, 1 seule est réalisée de façon permanente. Il s'agit de la causerie éducative. La principale raison qui explique cette situation, selon la responsable du CSPS est le manque d'appui financier. Ensuite, on constate que les causeries éducatives ont touché moins de personnes en août (49) que les autres mois. Or, c'est en ces moments que le paludisme connaît son niveau de transmission le plus élevé. Par contre, on note qu'au cours du mois de janvier, le CSPS a enregistré le plus de personnes touchées (3 651) à travers 122 causeries.

En plus de ces actions de sensibilisation, le Programme nationale de lutte contre le paludisme a, au cours de l'année 2014, réalisé des diffusions de spots télé pendant la période de haute transmission (de juillet à octobre) conformément au tableau suivant :

**Tableau 5 : Diffusion de spots de sensibilisation réalisés par le PNL**

Media	Thématique du spot	Nombre de diffusion
Télévision nationale	Promotion du TPIg	27
Canal3		05
BF1		09
SMTV		14
Télévision nationale	Promotion de la prise en charge précoce du paludisme	27
Canal3		05
BF1		08
SMTV		14
Télévision nationale	Promotion de l'utilisation et de l'entretien des MILDA	29
Canal3		10
BF1		17
SMTV1		29

Ce tableau montre que des efforts ont été faits par le PNL en termes de communication de masse pour accompagner les actions des CSPS. Au total, 55 diffusions de spots ont concerné la promotion du TPIg, 54 diffusions ont concerné la promotion de la prise en charge précoce du paludisme et 85 diffusions de spots ont concerné la promotion de l'utilisation et de l'entretien des MILDA.

Comme on peut le remarquer, toutes ces chaînes de télévisions couvrent l'aire sanitaire du CSPS du secteur 30, dont la population a certainement été bénéficiaire de ces messages.

Notre étude nous impose d'aller au-delà de ces activités pour voir les résultats escomptés. En effet, pendant très longtemps, les ministères et des organismes de mise en œuvre- ont porté leur attention sur les intrants (ce qu'ils dépensaient), les activités (ce qu'ils réalisaient) et les extrants (ce qu'ils produisaient).

Même s'il est important d'avoir des données exactes à ce niveau, il convient de reconnaître que ces données ne permettent pas de savoir si des progrès vers la solution du problème sont réalisés.

La Gestion axée sur les résultats exige que nous portions notre regard au-delà des activités et des extrants pour nous intéresser aux résultats ultimes. C'est ce à quoi nous allons nous atteler dans les lignes qui suivent.

## Chapitre V. Etude des normes et attitudes

La connaissance des normes et attitudes est essentielle pour évaluer les comportements de prévention contre le paludisme. Il s'agit ici, d'appréhender l'influence de ces éléments sur les pratiques comme la fréquentation des femmes enceintes dans les formations sanitaires pour bénéficier du TPI/SP, l'utilisation des MILDA au sein de la population du CSPS du secteur 30.

### 5.1. Attitudes favorables en matière de prévention

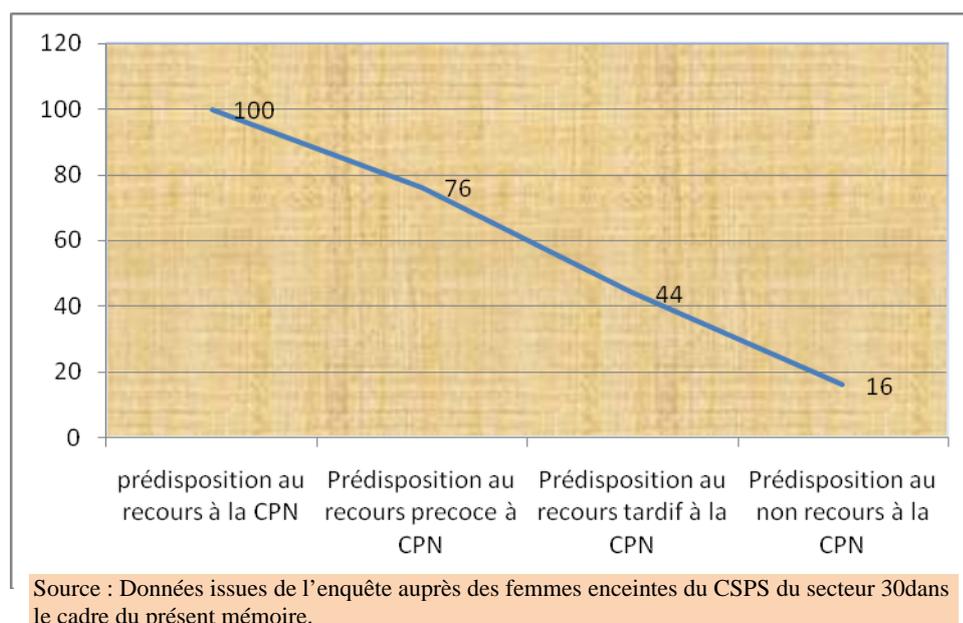
Une « attitude favorable » désigne la prédisposition positive qu'une personne a d'un comportement. On évalue cette prédisposition par le biais des déclarations du répondant indiquant qu'il a une opinion positive du comportement.

L'attitude influence les comportements sociaux, et les individus agissent en fonction des résultats qu'ils pensent obtenir d'un comportement.

Les données suivantes permettent de savoir si les enquêtées ont des attitudes favorables à la lutte contre le paludisme. Il s'agit de savoir si elles ont des prédispositions à adopter des mesures de prévention du paludisme, notamment en ce qui concerne l'utilisation de la MILDA, et le recours à la CPN pour le TPI/SP et si effectivement elles adoptent les dites mesures. Il est aussi question de savoir ce qu'elles pensent des conséquences du paludisme.

#### Prédisposition au recours à la CPN

Le graphique suivant présente les attitudes en termes de prédispositions liées au degré de recours à la consultation prénatale. Pour apprécier, dans un premier temps, la prédisposition au recours ou au non recours à la CPN, nous avons voulu savoir auprès des enquêtées, si *lorsqu'une femme pense être enceinte, elle doit consulter un prestataire de soins dès que possible*. Dans un deuxième temps, nous avons posé la question suivante pour apprécier le recours précoce: *Même si une femme pense être enceinte, elle doit attendre quelques mois pour s'en assurer avant de consulter un prestataire de soins*.



**Figure 2 : Prédiposition des enquêtées par rapport au recours à la CPN**

En observant ce graphique, nous constatons que les chiffres obtenus sont décroissants. De façon générale, les femmes enquêtées ont une prédisposition à aller dans un centre de santé lorsqu'elles pensent être enceintes. Cependant, seulement 36,07% environ, (soit 44/122) estiment qu'elles doivent attendre quelques mois pour s'en assurer. Nous avons qualifié cette attitude de "recours tardif", parce que cette attitude d'attente est la base du recours tardif. Enfin, on note un faible pourcentage : 13,11% des femmes enquêtées qui ne laissent pas apercevoir une prédisposition à la consultation. Pour cette catégorie de femmes *lorsqu'une femme pense être enceinte, elle ne doit pas consulter un prestataire de soins dès que possible.*

Cette prédisposition au recours à la CPN nous donne une idée sur l'attitude par rapport au TPI, quand on sait que c'est au cours de la CPN que l'agent de santé donne la SP aux femmes éligibles pour le TPI.

#### Prédiposition à l'utilisation des MILDA

La mesure de la prédisposition des enquêtées à utiliser les MILDA, est matérialisée dans le tableau suivant.

**Tableau 6 : Répartition des enquêtées par élément de prédisposition à l'utilisation des MILDA**

INDICATEURS	Année 2015 (n=122)
<b>PREDISPOSITION A L'UTILISATION DES MILDA</b>	%
Pourcentage des enquêtées qui ont déclaré qu'on dort mieux lorsque l'on dort sous une moustiquaire.	94,26
Pourcentage des enquêtées qui ont déclaré que c'est une bonne chose que les gens utilisent des moustiquaires	98,36
Pourcentage des enquêtées qui ont déclaré que Les femmes enceintes doivent dormir sous une moustiquaire toutes les nuits	96,72
Pourcentage des enquêtées qui ont déclaré que Les enfants de moins de cinq ans doivent dormir sous une moustiquaire toutes les nuits	91,80

D'une manière générale, les femmes enquêtées ont une bonne prédisposition à utiliser les MILDA. Elles approuvent toutes que c'est une bonne chose que de *dormir/utiliser* les moustiquaires imprégnées. Toutefois, on constate une baisse tendancielle au niveau de la prédisposition à laisser les enfants dormir sous une MILDA.

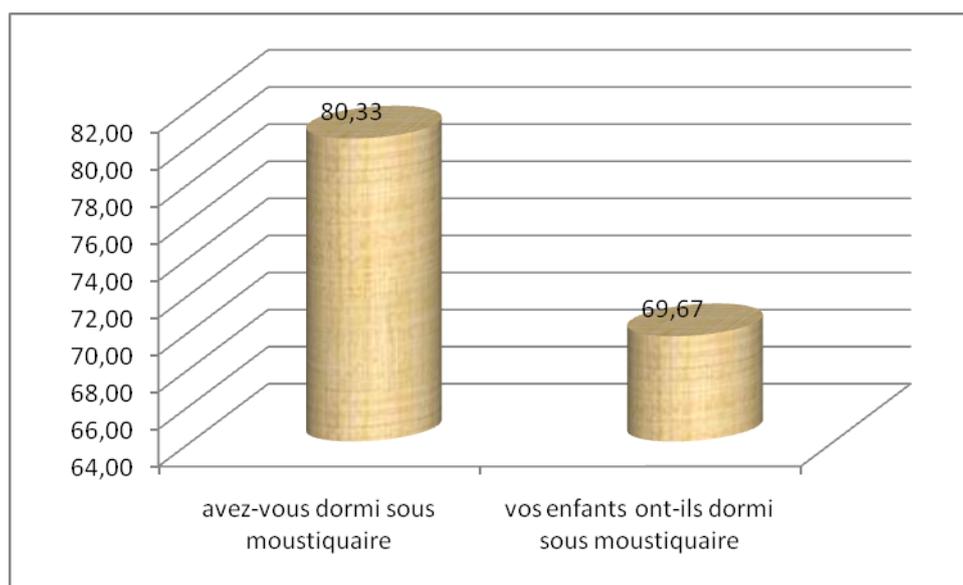
Mais cette prédisposition à l'utilisation des MILDA est-elle vérifiable dans la pratique ?

## 5.2. La pratique du comportement recommandé

Il s'agit ici d'examiner la proportion des enquêtées qui mettent effectivement en pratique le comportement recommandé en matière de prévention contre le paludisme.

### Utilisation des MILDA

A la lumière des données, 80,33% (soit 98 sur les 122) des femmes ont déclaré avoir dormi sous une moustiquaire la nuit dernière, contre 69,67% (soit 85 sur 122) qui ont déclaré que leurs enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit dernière. Ces données sont matérialisées dans le graphique qui suit.



**Figure 3 : Répartition des femmes et leurs enfants qui ont dormi sous une moustiquaire**

L'observation que nous pouvons faire est qu'il existe un écart entre la prédisposition et la pratique de l'utilisation des moustiquaires. Entre la déclaration : *c'est une bonne chose que les gens utilisent des moustiquaires (98,36%)* et celle : *j'ai dormi sous une moustiquaire la nuit dernière (80,33%)*, l'écart est de 18,03%.

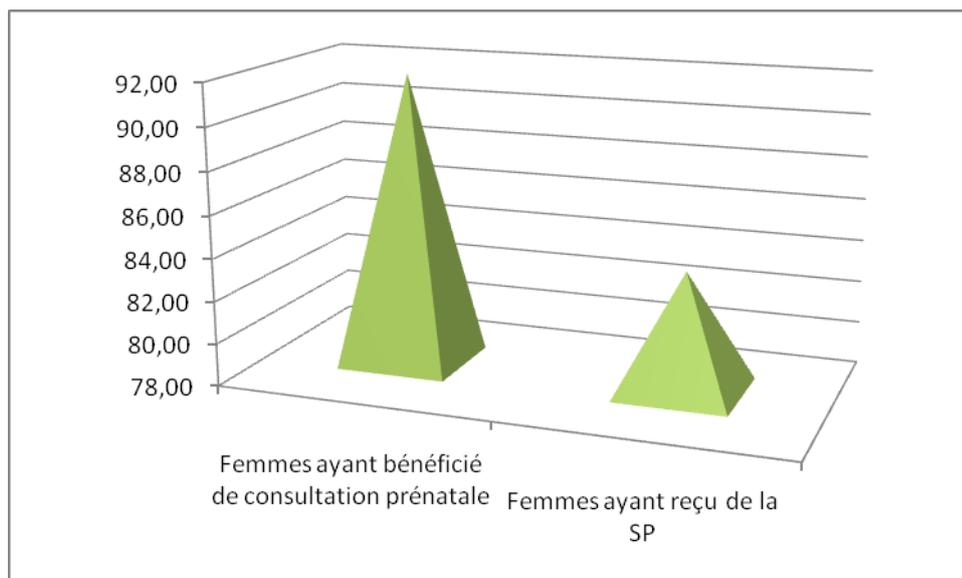
Nous avons voulu savoir les raisons de cet écart. Selon les enquêtées, elles sont de plusieurs ordres.

**Tableau 7 : Raison de non utilisation des moustiquaires**

Femmes enquêtées		Enfants des enquêtées	
Raison de non utilisation	Fréquence	Raison de non utilisation	Fréquence
La chaleur	7	La chaleur	14
L'inconfort (ca gratte)	3	L'enfant a pleuré	8
Le manque de moustiquaire	5	L'enfant avait peur	4
Etat défectueux	4	Les moustiquaires sont utilisées par les adultes	4
Pas de réponse	3	Néfaste pour la santé	8
		Pas de réponse	10

#### Fréquentation des formations sanitaires pour le TPI

Les graphiques suivants présentent le taux de fréquentation des femmes aux formations sanitaires et celui de la prise de la première dose de la SP dans le cadre du TPI.



**Figure 4 : Proportion des femmes ayant eu recours à la CPN et ayant bénéficié du TPI**

On peut lire aisément que le nombre de femmes qui ont bénéficié de la première dose de la SP est de 91,80% tandis que les femmes qui ont déclaré avoir fait une consultation prénatale sont au nombre de 83,61%.

Les raisons évoquées par les femmes qui ont déclaré n'avoir pas pris la SP lors de la CPN sont : le refus de l'agent de santé de donner la SP et les supposés effets secondaires du médicament.

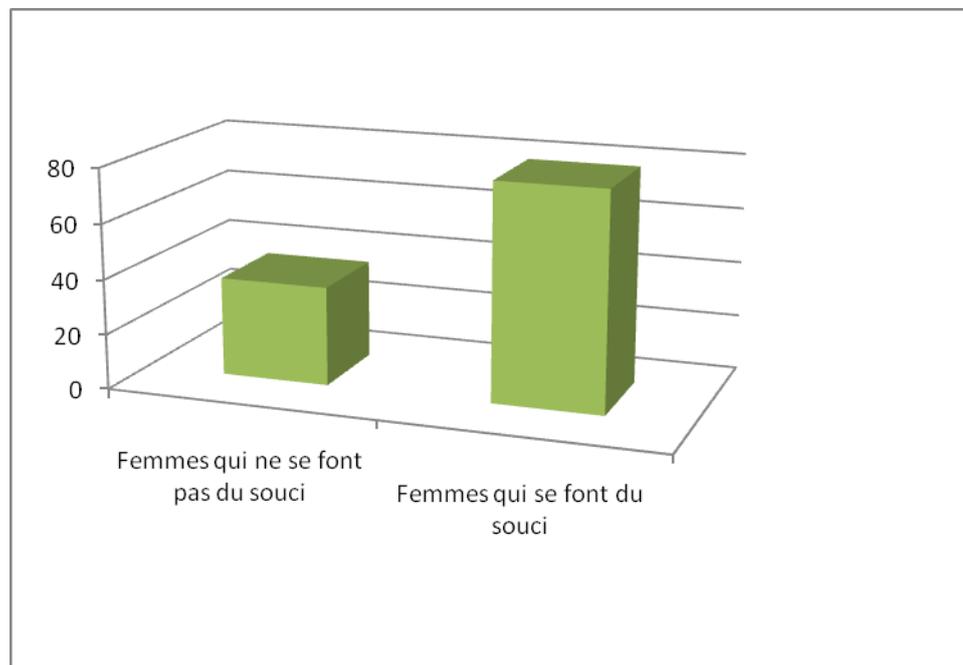
A la lumière des résultats sur la pratique des comportements recommandés, il est opportun d'apprécier la connaissance de la population vis-à-vis des risques et conséquences du paludisme.

### **5.3. La connaissance des risques et conséquences du paludisme**

Cette partie va nous permettre de mesurer la perception que les enquêtées ont des risques de contracter le paludisme. Nous estimons que la bonne connaissance des conséquences néfastes du paludisme sur les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans peuvent influencer les prises de décision individuelle en faveur de la prévention du paludisme. La peur dit-on peut inciter à agir. Autrement dit, le fait de savoir que le paludisme tue beaucoup plus les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes peut provoquer un changement de comportement favorable à la prévention.

Pour apprécier la perception des risques et conséquences, nous avons d'abord voulu savoir si les enquêtées perçoivent le paludisme comme une maladie dont on doit s'occuper ou comme

une simple maladie. La réponse à la question suivante : *Je ne me fais pas de souci au sujet du paludisme car je sais qu'il peut être facilement soigné* a donné le graphique suivant.



**Figure 5 : Proportion des enquêtées qui perçoivent le paludisme comme une maladie**

De façon générale, les femmes qui se font du souci au sujet du paludisme parce qu'il peut être facilement soigné sont au nombre de 79 sur les 122 enquêtées, soit 64,75%. Celles qui ne se font pas du souci sont estimées à 29, 51%. A côté de ces chiffres, il ya celles qui n'ont pas donné de réponse qui sont estimés à 5, 74%.

Le constat que l'on peut faire est que les données en faveur de celles qui ne se font pas du souci sont importantes. Cela confirme les préjugés courant qui tendent à ne pas prendre le paludisme au sérieux, sous le prétexte qu'il se soigne facilement, etc.

Toujours concernant la perception des conséquences du paludisme, nous avons voulu savoir si chaque cas de paludisme peut potentiellement entrainer la mort. 59,02% ont répondu par l'affirmative, tandis que 37,70% ont répondu par la négative. Les indécis (celles qui n'ont pas donné de réponse) sont estimés à 3,28%.

Nous trouvons que le taux des femmes qui pensent que le paludisme ne peut pas potentiellement entrainer la mort est élevé (37,70%). Si on y ajoute les sans réponses, ce taux devient plus important. Ce qui veut dire qu'il existe beaucoup de femmes qui ne pensent pas

que le paludisme est la première cause de décès et qu'il a des conséquences néfastes sur la femme en grossesse.

Pour ce qui concerne les enfants, la connaissance des conséquences du paludisme sur ceux-ci ont été évalués auprès des enquêtées à travers cette question : *Seuls les enfants fragiles peuvent mourir des suites du paludisme?*

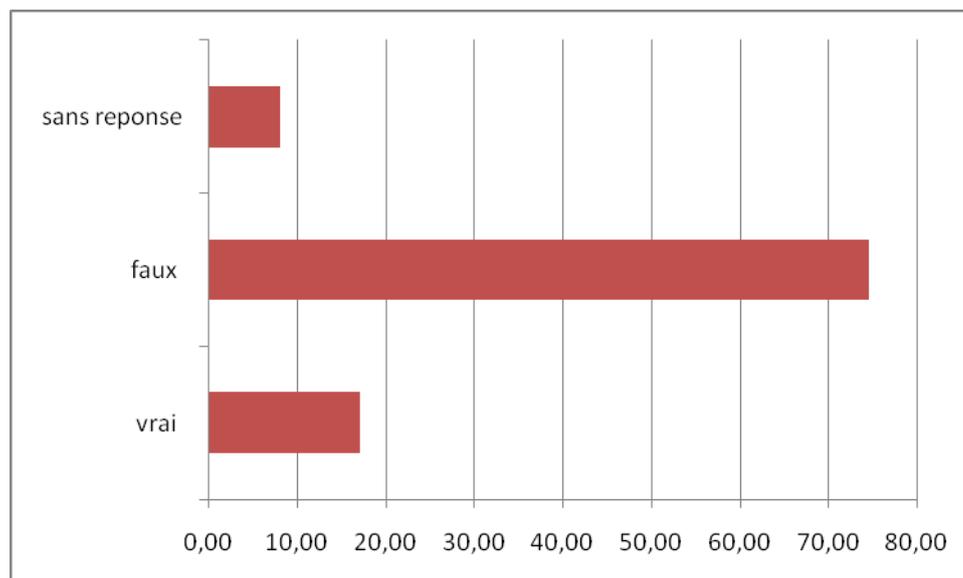


Figure 6 : Perception de la dangerosité du paludisme sur les enfants

A la lecture de ce graphique, 17,21% soit 21 sur les 122 enquêtées pensent que seuls les enfants fragiles peuvent mourir de paludisme. A ce nombre s'ajoutent les sans réponses au nombre de 10.

Ces données révèlent la méconnaissance des conséquences dramatiques du paludisme sur les enfants. C'est un fait qui peut bien expliquer le recours tardif au soin surtout à l'endroit des enfants. Les données suivantes permettent d'apprécier cette problématique.

En effet, à la question de savoir si *lorsque votre enfant a de la fièvre, attendez-vous généralement quelques jours avant de consulter un prestataire de soins?* 72, 95% ont répondu par la négative tandis que 23,77% ont dit oui. En d'autres termes, 23,77% amènent tardivement leurs enfants en consultation en cas de fièvre.

## Chapitre VI. Les barrières sociales à la prévention

Cette partie se donne pour ambition de déterminer les raisons pour lesquelles la population n'adopte pas les mesures de lutte contre le paludisme. Ces données nous permettent d'avoir une idée des persistances des obstacles ou barrières. Elles permettent également de savoir quels obstacles posent réellement problème de sorte que les responsables des programmes bénéficient d'informations pouvant les aider à concevoir des programmes plus efficaces.

Pour faciliter l'analyse, les obstacles relatifs à la non-adoption des comportements recommandés peuvent être répartis en deux catégories : les « obstacles subjectifs » et les « obstacles objectifs ». Les *obstacles subjectifs* relèvent principalement de l'attitude et les *obstacles objectifs*, en revanche, sont principalement d'ordre matériel.

### 6.1. Obstacles/barrières au TPI

Pour connaître les barrières liées au TPI, nous avons d'abord voulu savoir ce qui peut amener une femme enceinte à ne pas aller au centre de santé pour bénéficier du TPI/SP. Le résultat donne le graphique suivant :

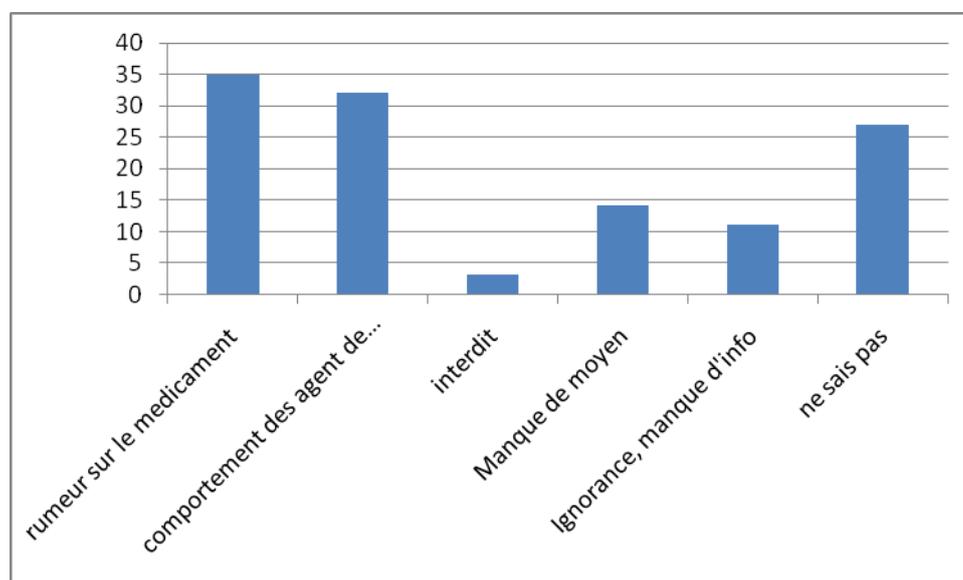


Figure 7 : Obstacles à la non fréquentation des femmes enceintes au Centre de santé pour le TPI

Les résultats laissent apparaître que ce sont les obstacles subjectifs qui sont régulièrement cités. Il s'agit de la rumeur sur le médicament qui vient en tête (35/122) puis le comportement des agents de santé (32/122). De plus, 11 enquêtées sur les 122 ont évoqué l'ignorance/manque d'information comme obstacle à l'accès au TPI. Un seul obstacle objectif qui est le manque de

moyen (14/122 a été cité. De ce qui précède, nous pouvons noter que des efforts de sensibilisation doivent être renforcés.

Autres éléments qui ont retenu notre attention pour rechercher les barrières sont les ‘us et coutumes’. A la question de savoir si *votre milieu (us et coutumes) admet que les femmes se rendent tôt au centre de santé en cas de grossesse pour avoir le TPI/SP*, 95,08% des enquêtées ont répondu par l'affirmative contre 4,92%. La barrière ‘us et coutumes’ ne paraît pas très importante dans cette population.

Par ailleurs, nous avons voulu savoir *les personnes qui n'acceptent pas ou qui peuvent ne pas accepter que les femmes enceintes fréquentent les centres de santé pour avoir le TPI/SP*. Le résultat est le suivant :

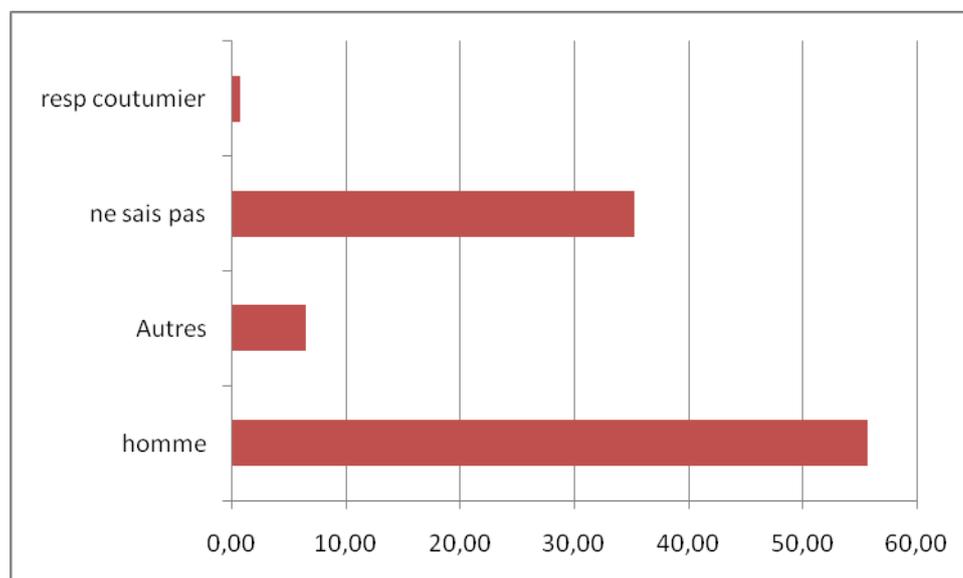


Figure 8 Les personnes obstacles à la fréquentation des FE au centre de santé pour le TPI

Selon l'enquête, ce sont les hommes de façon générale qui constituent l'obstacle majeur à la consultation prénatale pour le TPI (55,74%). Spécifiquement, elles citent dans la rubrique ‘autres’ obstacles (les maris illettrés, maris musulmans et anciens) qui sont estimés à 6,56%. Il convient de souligner que les enquêtées qui n'ont pas cité d'obstacles sont quand même importantes. Elles représentent 35,25%.

Nous avons voulu savoir les sanctions possibles qui sont infligées aux femmes si malgré ces obstacles, elles se rendent à la CPN.

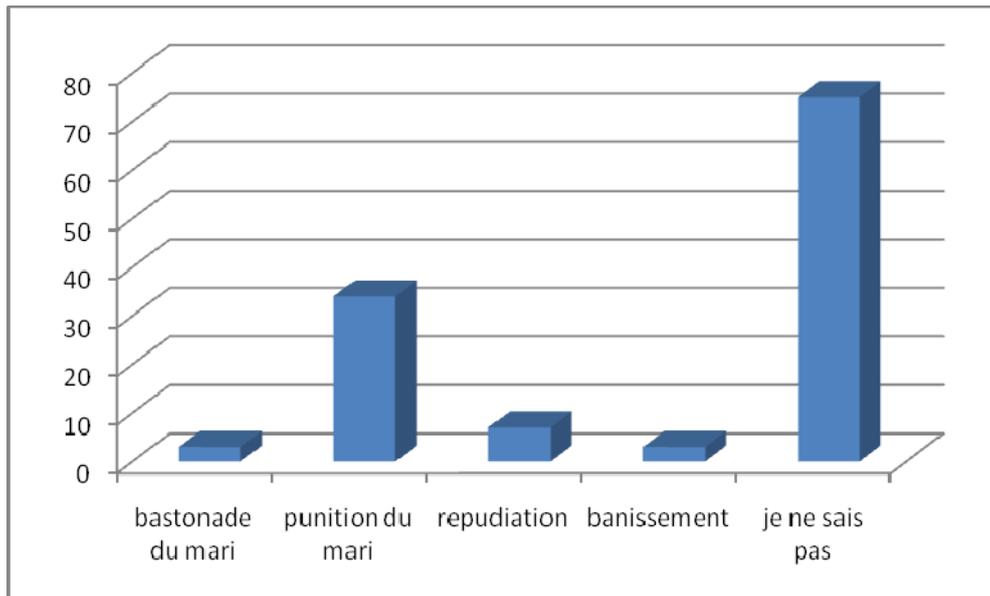


Figure 9 Risques encourues par les femmes

Il ressort clairement que la punition du mari est citée 34/122. Certaines ont tenu à préciser le type de punition à savoir : la répudiation (7/122). La bastonnade et le banissement sont à égalité : (3/122). Il convient de noter que celles qui ont préféré ne pas donner de réponse à cette question sont très importantes (75/122). Toute chose qui laisse croire que les enquêtées semblent être enclines à ne pas se prononcer sur les aspects liés aux barrières et aux sanctions.

Evoluant dans une société à forte croyance religieuse, où la foi en Dieu peut parfois influencer la prise de décision, nous avons cherché à savoir si les femmes croient que Dieu approuve ces barrières assorties de sanctions possibles. Celles qui ne croient pas que Dieu approuve cela sont estimées à 58,20% contre 24,59% pour celles qui y croient. Ce chiffre peut expliquer la résignation que l'on constate chez certaines femmes face à ces genres de difficultés. Ainsi, n'a-t-on pas coutume d'entendre : « C'est Dieu lui-même qui a établi les choses ainsi... ».

Pour arriver à obtenir le changement de comportement favorable à la fréquentation des centres de santé, nous avons amené les femmes à faire, elles-mêmes des propositions. Les réponses donnent par ordre d'importance :

- la sensibilisation porte à porte : 42,62%,
- la sensibilisation de masse : 36,89%,
- la sensibilisation de groupe : 16,39%,

## 6.2. Obstacles/ barrières à l'utilisation des MILDA

Avant de nous intéresser aux obstacles à l'utilisation des MILDA, nous avons voulu savoir ce que pensent les enquêtées du niveau d'utilisation correcte des MILDA au sein de la population. Il ressort que 50,82% ont déclaré que la population n'utilise pas correctement toutes les nuits durant tout le temps de l'année, les moustiquaires, contre seulement 15,57% qui pensent le contraire. Les indécises, celles qui ont répondu "peut-être" sont estimées à 27,87% et celles qui n'ont pas donné de réponse sont estimées à 5,74%.

Au regard des chiffres, nous estimons que 50,82% des enquêtées qui pensent que la population n'utilise pas correctement les moustiquaires représentent un taux très élevé. C'est pourquoi nous avons voulu savoir ce qui *peut amener une personne à ne pas utiliser correctement les moustiquaires*. Ainsi, nous avons obtenu le graphique suivant

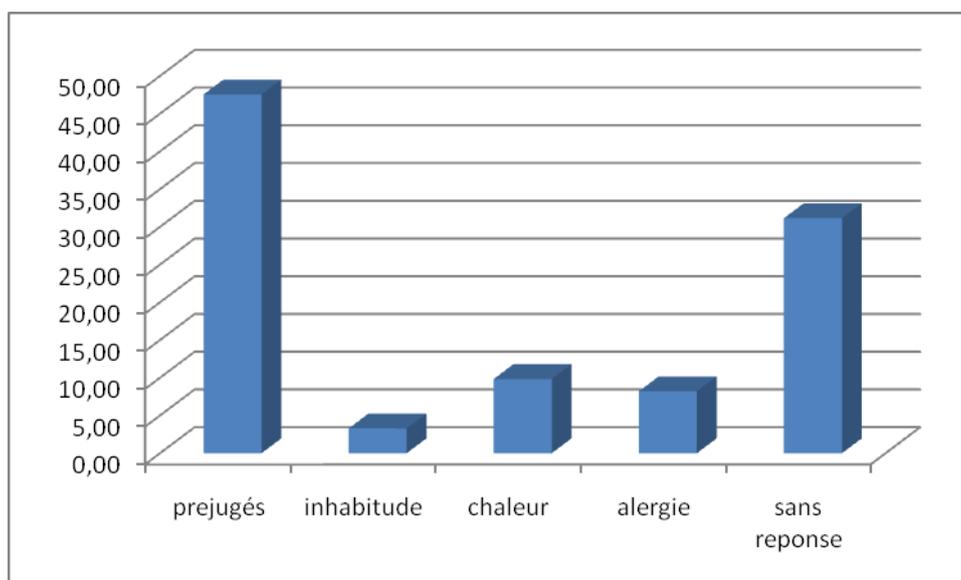


Figure 10 Freins à l'utilisation des moustiquaires

Dans leur réponse, 47,54% des enquêtées citent les préjugés autour de la moustiquaire comme obstacle à son utilisation. De plus les aspects liés à l'inconfort de la moustiquaire, notamment la chaleur et l'allergie qu'elle provoquerait ont été mentionnées faiblement à savoir, respectivement : 9,84% et 8,20%. La remarque est que celles qui n'ont pas donné de réponse sont importantes : 31,15%. Toutes les réponses ont trait aux obstacles subjectifs et nécessitent des actions de changement de comportement.

Après ces obstacles, nous nous sommes intéressés à l'homme comme obstacle. Nous avons voulu savoir s'il ya des *personnes qui n'acceptent pas ou qui peuvent ne pas accepter que les*

*gens utilisent les moustiquaires?* A ce niveau, les enquêtées qui trouvent que les hommes peuvent constituer un obstacle à l'utilisation des moustiquaires sont estimées à 36,89% tandis que celles qui pensent que ce sont les femmes elles-mêmes l'obstacle représentent 6,56%. Là encore, on constate un fort taux de sans réponse : 56,56%.

L'objectif de l'identification de ces barrières est d'orienter les programmes de santé vers des actions spécifiques. C'est pourquoi nous avons permis aux enquêtées de citer ceux qui peuvent contribuer à amener la population à utiliser les moustiquaires.

**Tableau 8 : Répartition de canaux de persuasion**

Désignation	%
Media	56,56
Agents de santé	11,48
Chef de village	6,56
Chef de famille	6,56
Gouvernement	6,56
Responsable religieux	3,28
Sans réponse	9,02

L'étude sur les barrières sociales nous a permis de cerner les facteurs défavorables à la prévention du paludisme chez la femme enceinte qui constituent des défis majeurs à relever pour tout programme de santé.

Un des points à prendre en compte pour relever ce défi est la satisfaction que la population tire de l'utilisation des produits de prévention du paludisme.

## Chapitre VII. La perception des moyens de prévention du paludisme

Ce point va nous permettre d'aborder le niveau de satisfaction de l'utilisation des moyens de prévention du paludisme. Il s'agit de voir si les enquêtées trouvent que les MILDA et le TPI sont efficaces ou non. L'efficacité peut être appréhendée sous deux aspects : l'efficacité de la réponse et l'auto-efficacité.

### 7.1. L'efficacité de la réponse

L'efficacité de la réponse désigne le fait que l'enquêtée estime que les moyens de prévention du paludisme proposés permettent effectivement, ou non, d'éviter le paludisme. Le fait par exemple qu'une enquêtée pense que les moustiquaires sont un bon moyen de se protéger du paludisme est un exemple d'efficacité de la réponse. Il s'agit ici de trouver la proportion d'individus qui pensent que les moyens de prévention recommandés (MILDA et TPI/SP) réduisent les risques de contracter le paludisme.

#### 7.1.1. L'efficacité des MILDA

Il s'agit ici de trouver la proportion de la population qui pense que les moustiquaires réduisent les risques de contracter le paludisme. Pour y arriver, la question suivante a été posée : *Le risque que vous courrez de contracter le paludisme est-il le même que vous dormiez ou non sous une moustiquaire?* Les réponses donnent ce qui suit :

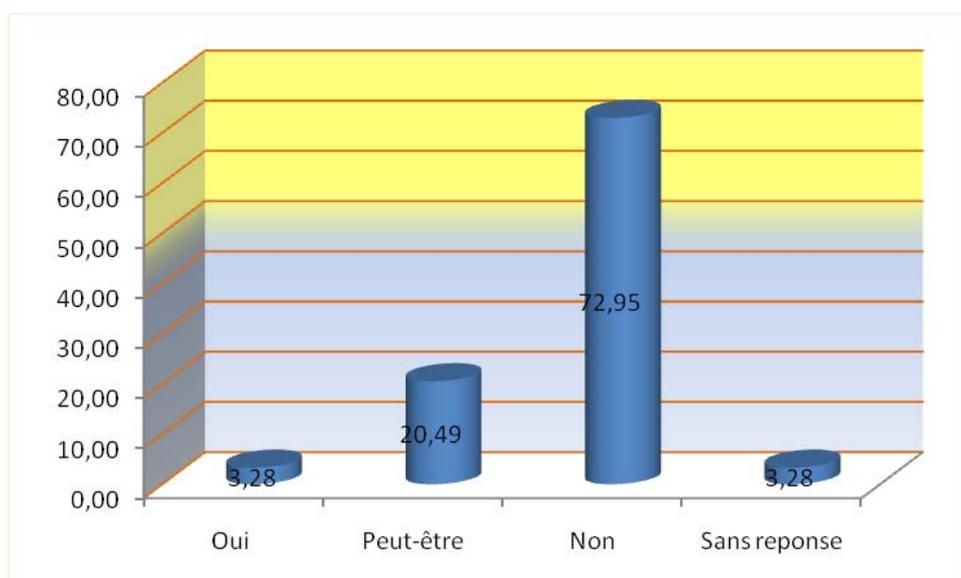


Figure 11 : Proportion des enquêtées sur l'efficacité des moustiquaires

Les enquêtées qui n'approuvent pas cette assertion, c'est-à-dire, celles qui pensent que les moustiquaires réduisent les risques de contracter le paludisme sont estimées à 72,95%. Nous estimons que ce pourcentage peut être jugé satisfaisant.

Pour davantage apprécier ce que la population pense de l'efficacité de la moustiquaire, nous avons voulu que les enquêtées se prononcent sur cette phrase : *J'ai remarqué que ma famille tombe moins souvent malade depuis que nous dormons sous des moustiquaires.*

Seulement 2,46% trouvent que cette assertion est fausse et 18,03% n'ont pas donné de réponse. Par contre, 79,51% déclarent être d'accord avec l'assertion. Ce pourcentage traduit le degré de satisfaction lié à l'utilisation de la moustiquaire.

### **7.1.2. L'efficacité du TPIf**

Tout comme la moustiquaire, il s'agit de trouver la proportion de la population qui pense que le TPI/SP est bénéfique pour la femme enceinte. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous avons voulu savoir si *Les médicaments que l'on donne aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme est efficace et leur permet de rester en bonne santé?* Les données issues de cette question montrent que 81,15% se sont prononcés en faveur de cette assertion, contre seulement 5,74%. 13,11% n'ont pas donné de réponse. La conclusion que nous pouvons tirer à partir de ces données est que la SP semble bénéficier d'une certaine confiance de la part des enquêtées (81,15%).

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés à l'appréhension de l'efficacité du TPI/SP sur le fœtus.

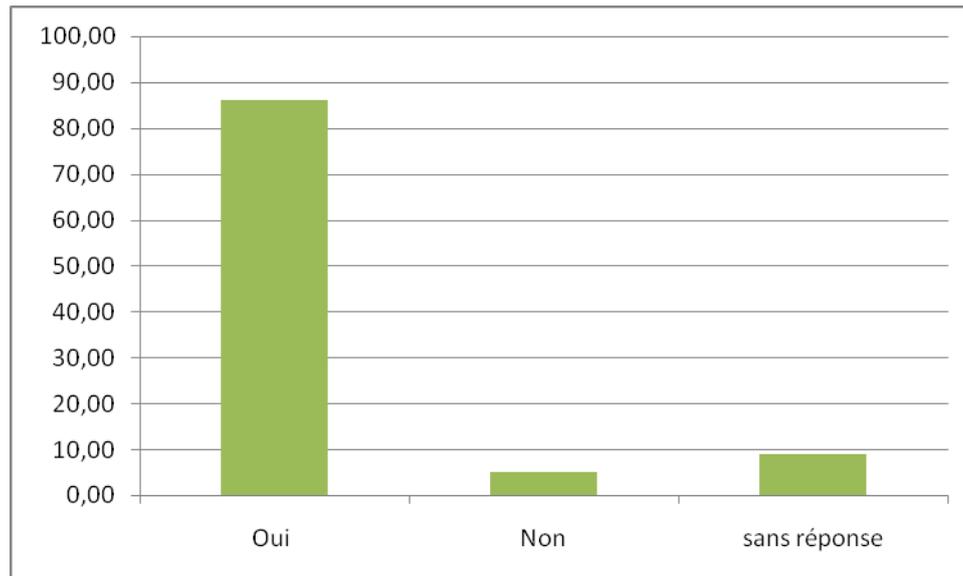


Figure 12 : Proportion des enquêtées sur l'efficacité du TPI/SP

86,07% ont déclaré que le médicament que l'on donne aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme est efficace et permet au bébé d'être en bonne santé à la naissance. Dit autrement, les 86,07% estiment que le TPI/SP peut réduire le risque que le bébé subisse des effets néfastes du paludisme.

La majorité des individus pensent que les moyens de prévention recommandés (MILDA et TPI/SP) réduisent les risques de contracter le paludisme .

## 7.2. L'auto-efficacité de la réponse

L'auto-efficacité désigne la conviction qu'un individu a de pouvoir adopter un comportement favorable à la lutte contre le paludisme. Il mesure la confiance que les individus ont en eux dans la pratique du comportement. L'auto-efficacité diffère de l'efficacité de la réponse relative aux moyens de prévention. Les deux concepts sont néanmoins liés, car la confiance en l'efficacité d'un moyen ou d'une mesure encourage l'adoption du comportement associé.

Les principaux modèles et théories sur le changement de comportement reconnaissent l'importance de l'auto-efficacité perçue dans l'adoption et la mise en pratique d'un comportement sur le long terme. Bandura (2004) note que la confiance en sa propre efficacité joue un rôle central dans le changement personnel et affirme que l'auto-efficacité est le fondement de la motivation et de l'action humaine.

Pour évaluer l'auto-efficacité, nous avons souhaité que les enquêtées nous indiquent dans quelle mesure elles se sentent capables de mettre en œuvre les moyens de prévention contre le paludisme. Nous leur avons demandé de nous dire si elles pensent qu'elles seraient totalement capables, probablement capables, probablement incapables ou totalement incapables d'adopter le comportement.

Ainsi, nous avons premièrement voulu savoir si elles se sentent capables de se protéger et de protéger leurs enfants contre le paludisme.

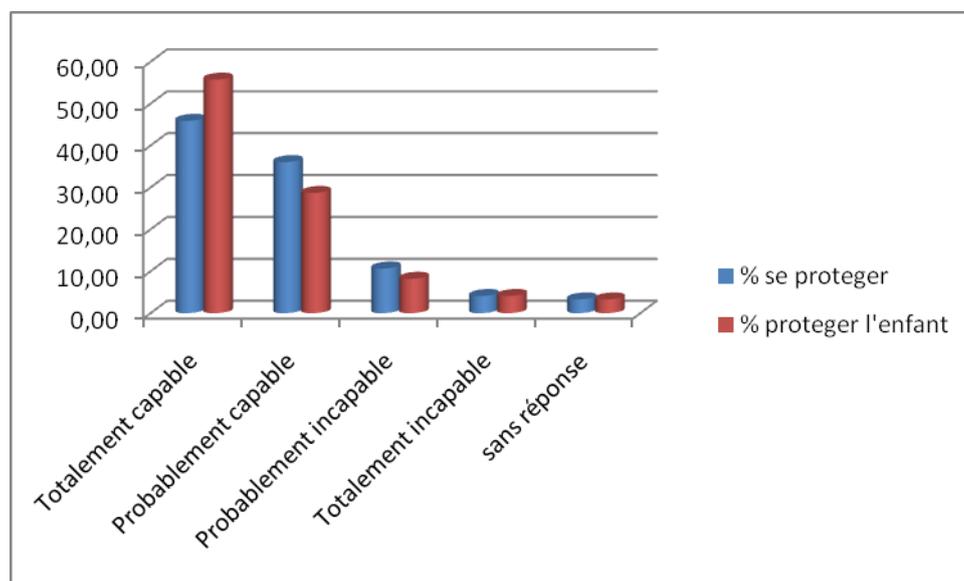


Figure 13 : Proportion des enquêtées sur la capacité à utiliser les moustiquaires

A l'observation, nous voyons qu'elles se sentent plus « *totalement capable* » de protéger leurs enfants (55,74%) qu'elles-mêmes (45,90%). Cependant, elles sont à égalité avec un taux faible (4,10%) à avoir déclaré qu'elles se sentent « *totalement incapable* » de se protéger et de protéger leurs enfants contre le paludisme.

Ensuite, nous avons voulu mesurer la capacité de la population à obtenir une moustiquaire et à l'utiliser.

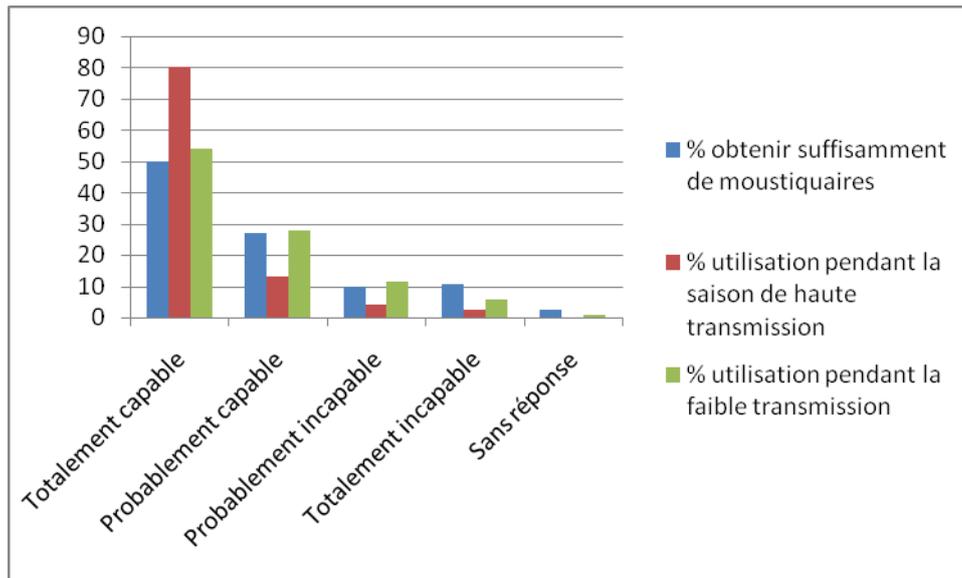


Figure 14 : Proportion des enquêtées sur la capacité à obtenir les moustiquaires

Ce graphique nous enseigne que la population se sent plus totalement capable d'utiliser la moustiquaire pendant la saison de haute transmission que de l'obtenir.

Il ressort que de façon générale les enquêtées se sentent capables de mettre en œuvre les moyens de prévention contre le paludisme.

## **CONCLUSION ET PROPOSITION DE SOLUTIONS D'AMELIORATION**

## Conclusion

Au terme de nos travaux de recherche qui ont porté sur la mesure de rendement de l'offre de promotion de la prévention du paludisme au sein de la population du CSPS du secteur 30 de Ouagadougou, nous avons abouti aux principaux résultats suivants :

### ➤ Normes et attitudes

- 13,11% des femmes enquêtées ne laissent pas apercevoir qu'elles sont prédisposées à la consultation pré natale ;
- 80,33% des femmes ont déclaré avoir dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ;
- 64,75% des femmes se font du souci au sujet du paludisme.

### ➤ Barrières sociales à la prévention

- 95,08% des enquêtées ont déclaré que les us et coutumes admettent que les femmes en grossesse se rendent tôt au centre de santé en cas de grossesse pour avoir le TPI/SP
- 55,74% des enquêtées ont répondu que les hommes constituent l'obstacle majeur à la fréquentation des femmes aux centres de santé.
- 47,54% des enquêtées citent les préjugés autour de la moustiquaire comme obstacle à son utilisation.

### ➤ Perception des moyens de prévention

- 72,95% des enquêtées pensent que les moustiquaires réduisent les risques de contracter le paludisme
- 81,15% des enquêtées trouvent que les médicaments que l'on donne aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme est efficace et leur permet de rester en bonne santé
- 86,07% ont déclaré que le médicament que l'on donne aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme est efficace et permet au bébé d'être en bonne santé à la naissance.

## **Proposition de solutions d'amélioration**

Il découle des résultats que, pour renforcer la prévention des femmes enceintes du paludisme au niveau du CSPA du secteur 30 de Ouagadougou, les responsables des programmes de santé devraient faire un effort particulier pour :

- Renforcer la perception selon laquelle les moustiquaires protègent les familles ;
- Renforcer la promotion de l'utilisation des moustiquaires dans la communauté ;
- Renforcer la perception selon laquelle le TPIg protège la femme et le fœtus du paludisme ;
- Renforcer la communication en direction des hommes pour accroître le taux de fréquentation des femmes à la CPN ;
- Renforcer la communication à l'endroit des agents de santé pour un meilleur accueil des femmes ;
- Mettre l'accent sur la communication porte à porte et de groupe.

## Bibliographie

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2008). Document d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé.

Lengeler C. (2004). Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Bryce, J., Gilroy, K., Jones, G., Hazel, E., Black, R.E. & Victora, C.G. (2010). The Accelerated child survival and development programme in West Africa: a retrospective evaluation. *The Lancet*, 375, 572-82.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009). *Paludisme : la Zambie réduit de 66% le nombre de décès*. Voir :

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/malaria\\_deaths\\_zambia\\_20090423/fr/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/malaria_deaths_zambia_20090423/fr/)

Yazbeck, A.S. (2009). *Tacking Inequality in the Health Sector: A Synthesis of Evidence and Tools*. Washington : the word bank.

Dr Awa Seck, Dr Dieudonné Valéa, *Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso, Rapport final, février 2011*

Ministère de la santé, *Plan stratégique de promotion de la santé 2015-2019*, juin 2014.