

## - SOMMAIRE

Introduction

### **PREMIERE PARTIE : Présentation générale**

Chapitre 1 : Monographie du district de Moramanga

Chapitre 2 : Déroulement de l'étude

### **DEUXIEME PARTIE : Vers une adhésion massive au projet TPIe couplé à la vaccination de routine PEV**

Chapitre 1 : Résultats des quatre études du projet TPIe

Chapitre 2 : Etude acceptabilité

### **TROISIEME PARTIE: Dynamique de l'étude acceptabilité jusqu'à la fin de la mise en œuvre**

Chapitre 1 : Recommandations, Contraintes, Leçons apprises

Conclusion générale

**Bibliographie**

**Table des Matières**

**Liste des tableaux**

**Liste des graphiques**

**Liste des abréviations**

**Annexes**

## Introduction

Depuis des décennies, l'UNICEF, de concert avec les organisations partenaires et les gouvernements, soutient les activités de réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et infanto juvénile. Dans le cadre de la mise en œuvre du « PEV Plus », il collabore avec le gouvernement malgache au niveau national et local pour augmenter la couverture vaccinale de routine dans chaque district sanitaire de manière durable et ajouter d'autres outils de survie de l'enfant tels que la Vitamine A et l'albendazole. Il continue de renforcer les capacités du pays à planifier et à mettre en œuvre les services de vaccination, y compris l'approvisionnement en vaccins et en matériels d'injection. L'utilisation des systèmes de soins de vaccination pour fournir une plus grande variété d'interventions est une stratégie destinée à promouvoir la survie de l'enfant grâce à l'augmentation de l'efficacité des services délivrés.

Le traitement préventif intermittent infantile du paludisme (TPIe) représente un grand avantage pour les enfants en Afrique. Il complète le paquet « PEV Plus ». En tant qu'intervention de prévention importante pour l'allègement du fardeau du paludisme, le TPIe est doté d'un grand potentiel bénéfique pour la majeure partie des zones endémiques du paludisme en Afrique.

Des études antérieures ont prouvé l'efficacité et l'innocuité du TPIe. Les résultats de l'essai de recherche d'Ifakara en Tanzanie sur l'utilisation du TPIe administré au cours du PEV de routine<sup>1</sup>, et les résultats d'un autre essai tanzanien<sup>2</sup> récemment publié, suggèrent que le TPIe est efficace pour le contrôle et la prévention de l'anémie et du paludisme chez les nourrissons. Ces résultats semblent être corroborés par les résultats préliminaires d'autres essais en cours, y compris un essai au Sénégal (Niakhar) qui a constitué en l'administration d'un traitement intermittent aux enfants de moins de cinq ans une fois par mois pendant la saison de forte transmission du paludisme (septembre - novembre 2002)<sup>3</sup>. D'autres essais de TPIe sont en cours d'achèvement au Ghana (Navrongo et Ashanti) et dans plusieurs autres pays.

Dans le but d'accélérer l'opérationnalisation du TPIe en Afrique pour contribuer à une réduction de la morbidité liée à cette affection chez les nourrissons de moins d'un an le plus tôt possible, l'UNICEF et l'OMS en tant que chefs de file du programme des Nations Unies pour l'initiative FRP, se sont engagés à travailler en coordination avec la communauté des

---

<sup>1</sup> Schellenberg D et al. Intermittent treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzania infants: a randomized, placebo-controlled trial. *Lancet* 2001; 357:1471-1477

<sup>2</sup> Massaga J et al. Effect of intermittent treatment with Amodiaquine on anaemia and malarial fevers in infants in Tanzania : a randomized placebo-controlled trial

<sup>3</sup> Cissé B. IRD, Sénégal, Communication Personnelle, novembre 2003.

chercheurs pour développer une mise en œuvre pilote du TPIe dans six pays dont Madagascar.

Madagascar a choisi la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) parce qu'elle est administrée en prise unique, donc facile à superviser par l'agent de santé. La SP a déjà été utilisée pour le Traitement Préventif Intermittent prénatal du paludisme (TPIp) sans effets secondaires remarqués et avec efficacité. Notons que le TPIp a été adopté au plan national comme politique de prévention du paludisme pendant la grossesse et, par conséquent, comme politique de réduction du taux de faible poids de naissance.

Dans la pratique, les nourrissons qui assistent aux séances de vaccination de routine en stratégie fixe ou en stratégie avancée recevront  $\frac{1}{4}$  de comprimé de SP pour les enfants de moins de 5 kg et  $\frac{1}{2}$  comprimé de SP pour l'enfant de plus de 5 kg, lors de l'administration de la 2<sup>ème</sup> dose du pentavalent (à la 10<sup>ème</sup> semaine de vie du nourrisson) et de la 3<sup>ème</sup> dose pentavalent (14<sup>ème</sup> semaine) ainsi que lors de l'administration la dose du vaccin anti-rougeoleux (9<sup>ème</sup> mois).

A Madagascar, le programme sera mis en œuvre dans les Districts d'*Ambatondrazaka*, d'*Amparafaravola*, de *Moramanga* et d'*Anosibe An'Ala*. Mais dans notre recherche nous n'allons qu'étudier seulement qu'un district à savoir Moramanga faute de temps et de budget, de plus le volume de la recherche est déjà limité donc il serait inutile de mener une recherche par rapport aux deux autres.

## CONTEXTE

Les stratégies reposant sur une chimioprophylaxie continue par chloroquine des jeunes enfants ont vu le jour dès 1950 dans les pays en développement (PED) situés en zone d'endémie palustre. Ce volet de lutte a progressivement montré ses limites et a dû être abandonné sous sa forme initiale. En effet, du fait d'une application très inégale de cette stratégie, différents travaux ont confirmé que son application ne faisait que retarder l'âge d'acquisition de la prémunition des enfants vivant dans les zones de paludisme stable. Par ailleurs, l'apparition dans les 1980, de souches de *Plasmodium falciparum* résistantes à la chloroquine et leur diffusion rapide dans de nombreux pays endémiques en limitait considérablement l'intérêt.

De ces faits, l'approche chimioprohylactique a été abandonnée, laissant la place au traitement préventif intermittent (TPI) avec principalement pour population cible les femmes enceintes.

En 1994, Schultz et al. Au Malawi, ont défini un protocole de TPI du paludisme chez la femme enceinte par la sulfadoxine pyriméthamine (SP). L'utilisation de la SP administrée à doses curatives de manière intermittente après le quatrième mois de grossesse (après les premiers mouvements fœtaux pour éviter le risque de malformations fœtales) lors des différentes consultations prénatales s'est avérée avoir un impact significatif en terme de réduction des enfants à faible poids de naissance et de l'incidence des anémies maternelles.

Le succès de cette approche a incité certains auteurs à évaluer cette stratégie chez l'enfant dans quelques pays d'Afrique. Ainsi, l'efficacité de la Sulfadoxine pyriméthamine pour le TPIe a été mise en évidence par des auteurs tels que Schultz *et al.*, Schellenberg *et al.* 2001 ou Massaga *et al.* 2003 en Tanzanie, Kenya et au Mozambique. De même, d'autres molécules notamment des combinaisons à base de dérivés d'artémisinine sont en cours d'étude par le Consortium TPIe. Au Mozambique, une équipe du CDC/KEMRI Research station, évalue l'efficacité comparative de la combinaison SP (une dose) + artésunate (trois jours) vs LapDap (3 jours) vs Amodiaquine (AQ) + artésunate (AR) (trois jours). En zone de transmission saisonnière du Sénégal, Cissé B *et al.* viennent de tester avec succès l'efficacité d'une nouvelle approche pour prévenir le pic annuel de morbidité et de mortalité du au paludisme: le traitement antipaludique préventif intermittent saisonnier. L'association artésunate et sulfadoxine-pyriméthamine a été administrée une fois par mois, pendant trois mois, à 1203 enfants âgés de moins de 5 ans, sans test préalable d'infection paludique, à des dates choisies de façon à couvrir l'ensemble de la période habituelle de survenue de la maladie. Les enfants ont été divisés en deux groupes de taille égale, un traité et un témoin recevant un placebo. Seulement 39 épisodes de paludisme ont été dénombrés dans le groupe traité, contre 222 dans le groupe témoin, soit une efficacité protectrice de 86 %. De même, les auteurs ont montré une diminution de 77% du portage de gamétocytes de *P. falciparum*. Ndayiragije A *et al.*, dans <sup>4</sup>une étude sur l'efficacité de combinaisons thérapeutiques avec des dérivés de l'artémisinine dans le traitement de l'accès palustre non-complicé au Burundi, ont montré une diminution des porteurs de gamétocytes de 83% dans le groupe traité avec une cure de AQ+AR.

Dans le cadre du Consortium sur le TPIe, l'UNICEF, en collaboration avec des institutions internationales et nationales, a conduit la mise en œuvre pilote du TPIe dans six pays d'Afrique à savoir : Bénin, Ghana, Mali, Sénégal, Malawi et Madagascar. La molécule retenue est l'association SP.

---

<sup>4</sup> <http://www.blackwell.synergy.com/links/doi>

Ici, il est important de rappeler concernant ce projet de recherche opérationnel TPIe que 5 études ont été mises en œuvre au niveau du district de Moramanga et de la région Alaotra Mangoro à savoir :

- L'étude acceptabilité qui consiste à décrire et analyser les comportements des agents de santé et des communautés par rapport au couplage PEV/TPIe durant la mise en œuvre en tenant compte des facteurs socio-culturels, politiques, religieux, économiques, anthropologiques... d'où le domaine de l'anthropologie médicale en liaison avec les recherches épidémiologiques
- L'étude communication se définit comme l'utilisation des outils IEC (affiche, dépliant, guide du mobilisation sociale, guide du plaidoyer) et des supports de communication de masse tels que les scripts audio au niveau des radio régionale) et enfin les folklores et les marionnettes pour pouvoir mobiliser et informer les populations cible des avantages du projet au début de la mise en œuvre et au milieu de la mise en œuvre. Ces derniers ont été réalisés avec la collaboration avec l'ASOS et l'ADRA (ONG spécialistes en mobilisation sociale)
- L'étude du coût efficacité, cette étude se rapporte à l'analyse coût effective du projet c'est-à-dire évaluer si les coûts marginaux ou dépenses essentielles concernant le projet peuvent être bénéfiques pour la mise à l'échelle du projet. Il y a aussi la différence entre le temps de réalisation du PEV seulement et les activités PEV/TPIe. Est-ce que cette différence peut avoir un impact négatif concernant le coût du projet
- L'étude de la pharmacovigilance ici, il s'agit de voir s'il existe des effets indésirables liés à la prise des médicaments lors des activités PEV/TPIe. Il y a deux sorte de pharmacovigilance, l'une passive et l'autre active, toutes les deux ont été déjà pratiquées au niveau de la région lors de la mise en œuvre
- L'étude des résistances des parasites aux antipaludiques médicaments, qui consiste à collecter des prélèvements de sang sur papier buvard avant / après la mise en œuvre du TPIe pour étudier et surveiller les marqueurs de résistance des plasmodies aux antipaludiques en général et à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) en particulier. Cette étude a été menée conjointement avec l'Institut Pasteur de Madagascar ou (IPM). Un memorandum de compréhension mutuelle a été écrit entre les deux parties et a été piloté jusqu'à la fin par le principal investigateur de l'équipe TPIe Madagascar.

Mais ce que nous allons approfondir ici c'est l'étude d'acceptabilité qui est le boulot des socio-anthropologues. Nous allons voir les détails ci-dessous.

### **Choix du thème**

Etant déjà un étudiant en DEA qui est en phase de devenir un chercheur confirmé plus tard, nous avons dès maintenant essayé de faire des recherches plus fines et plus pertinentes répondant aux normes actuelles de la recherche en science sociale.

De plus, le thème est encore vierge et original car c'est la première fois que de tels études furent menés à Madagascar et moi-même voulant œuvrer dans des recherches épidémiologiques comme celle-ci. Donc c'est l'occasion pour nous de partager le fruit de nos recherches au département en sociologie qui nous a tant donné.

### **Justification de la nécessité de documenter les comportements d'acceptabilité**

Pour que l'innovation thérapeutique proposée puisse être viable et efficace dans le long terme, il faille que les parties-clés prenantes s'impliquent et se l'approprient. La communauté et les professionnels de la santé sont les composantes essentielles dans ce cadre et leurs réponses et réactions par rapport à l'innovation thérapeutique sont des considérations d'une grande importance dans l'élaboration de programmes efficaces de santé publique. Il est essentiel de connaître leur niveau d'acceptation de l'intervention. Ce principe est également valide pour la communauté cible. Comme le soulignaient d'ailleurs Firey (1960), Clawson (1975) « *en l'absence de l'approbation et de l'acceptabilité de la société, toutes les politiques et pratiques sont vouées à l'échec.* » A notre avis, la question de l'acceptabilité mérite une grande attention pour les raisons suivantes : d'abord, les décisions d'appropriation ne s'appuient pas que sur les évidences scientifiques ; ensuite, les mesures préventives préconisées sont enchâssées dans des conduites sociales, culturelles et il faut tenir compte de leurs modalités d'appropriation ; enfin ce processus d'appropriation se noue en face de barrières potentiels ou facteurs favorisant qu'il faut documenter.

En outre, le TPIe étant rajouté au PEV de routine, la perspective anthropologique est aussi indiquée pour analyser les attitudes et perceptions des prestataires de soins quant à la charge de travail supplémentaire induite. Elle est aussi pertinente pour voir si, du point de vue communautaire, le fait d'ajouter le TPIe au PEV plus va accroître la couverture vaccinale de routine ou alors au contraire affecter négativement les comportements par rapport à la

vaccination. Une compréhension approfondie des perceptions, attitudes et comportements de celui qui est à la recherche des soins de santé pour son enfant d'une part et de celui qui lui délivre ces dits soins d'autre part, est cruciale.

De plus, l'intégration de cette stratégie qui ajoute un médicament aux soins de santé existants oblige également à un renforcement vigoureux des systèmes de pharmacovigilance existants dans les pays, puisque entre autre la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP), médicament de choix du TPIe, peut être éventuellement associée à des sévères réactions adverses. Ignorer le risque d'effets adverse sérieux est inacceptable d'autant plus que les enfants cibles sont au départ sains et non demandeurs de service. Mais trop mettre l'accent sur des possibles risques sévères, sans même qu'on ne connaisse la vraie incidence de ces risques sur les enfants et tout spécifiquement chez les nourrissons preneurs de TPIe est aussi un risque important. Il est donc très utile que la perception de cet enjeux soit étudiée auprès des aides soignants et de la communauté et puisse informer le travail programmatique d'implémentation d'un service de pharmacovigilance approprié au TPIe/PEV.

Finalement, la connaissance très spécifique et approfondie que les spécialistes sociaux culturelles ont du terrain est de valeur inestimable pour l'évaluation d'efficacité des interventions qui font l'objecta de cette recherche opérationnelle, à savoir : la communication de masse, la mobilisation sociale, la pharmacovigilance, etc

## **Objectifs de la recherche**

De façon générale, ce travail de recherche se propose de collecter de l'information sur les mécanismes d'adhésion ou de non adhésion au nouveau protocole (service de santé disponible) et les facteurs déterminants de son acceptabilité.

Objectif global :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé et des communautés en rapport avec le Traitement Préventif Intermittent infantile du paludisme à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (TPIe) ainsi que par rapport au couplage du TPIe à la vaccination de routine.

De façon spécifique, aussi bien chez le personnel soignant que dans les communautés, nous avons pour objectif de décrire et analyser :

1. Les perceptions, le niveau de connaissance sur la vaccination, la prévention palustre, et le TPIe et les modes de circulation de l'information, ainsi que les bricolages de savoirs

2. Les représentations qui entourent la santé infantile et ses liens avec les comportements adoptés face aux mesures de santé publique visant l'enfance
3. L'application des recommandations, l'impact de la pratique des soignants sur le niveau de connaissances et d'adhésion des populations ainsi que l'impact de cette activité supplémentaire sur leurs conditions de travail et la rentabilité de leurs actes.
4. Le processus décisionnel dans les communautés ainsi que les comportements d'adhésion et d'observance face au TPIe couplé à la vaccination.
5. Comprendre les comportements et modes de réappropriation de ce protocole dans une perspective holiste, c'est-à-dire en systématisant qu'est ce qui dans l'individu, les structures sociales, les environnements institutionnels sanitaires sont de nature à expliquer les attitudes
6. Identifier les facteurs qui peuvent constituer des barrières à la réussite de la mise en œuvre du TPIe ainsi que les aspects qui favorisent une meilleure acceptabilité sociale et culturelle dans le long terme.
7. L'impact du TPIe sur la couverture vaccinale et sur l'usage des autres mesures préventives anti-palustres (MII).
8. Evaluer les perceptions des agents de santé et des communautés vis-à-vis des mécanismes de pharmacovigilance (pour identifier, prendre en charge et monitorer toutes les potentielles réactions indésirables sévères dues au SP).

## Cadre théorique de l'étude acceptabilité

La méthode que nous avons utilisée pour tous les travaux de recherche déjà réalisés et que nous allons encore utiliser est axée sur l'approche « socio-anthropologique » telle définie par le Professeur J.P. Olivier de Sardan. En effet, elle nous a bien servi comme base pour la réalisation de nos travaux de recherche :

«J'entends par socio-anthropologie <sup>5</sup>l'étude empirique multidimensionnelle de groupes sociaux contemporains et de leurs interactions, dans une perspective diachronique, et combinant l'analyse des pratiques et des représentations. »

1) La socio-anthropologie fusionne les traditions de la sociologie de terrain et de l'anthropologie de terrain pour tenter une analyse in situ des dynamiques de reproduction et / ou de transformation d'ensembles sociaux de natures diverses prenant en compte les comportements des acteurs, comme la signification qu'ils accordent à leurs comportements. »

2) Selon la sociologie de communication, la communication médicale semble entraîner un « effet hypodermique » <sup>6</sup> chez la population cible

3) Selon la sociologie des organisations<sup>7</sup>, la collaboration interinstitutionnelle<sup>8</sup> est dans une certaine mesure efficace car il y a une mise en œuvre de « l'approche fonctionnelle

L'acceptabilité est une modalité d'appropriation d'une innovation par les individus et les communautés d'après (Brunson : 1996). C'est la réaction de coopération que l'individu adopte face à une mesure ou une politique qui lui est proposée, qui peut être favorable ou défavorable. Pour faciliter l'appropriation du TPIe par la société civile, il est essentiel de développer des stratégies de mobilisation sociale adéquates. Le projet de recherche a donc commencer par développer des interventions de mobilisation espérant aboutir à une participation g  n  ine de la communauté dans le but de parvenir à intégrer la stratégie de façon sustentatrice et pour promouvoir sa bonne gouvernance. Dans le cadre du TPIe/PEV, s'intéresser à l'acceptabilité revient à examiner de près le processus par lequel les personnels de soins ainsi que les communautés confrontées à cette innovation se l'approprient : comment

<sup>5</sup> SARDAN JPO Anthropologie et Développement (Essai en socio anthropologie du changement social) p10

<sup>6</sup> LAZAR, J,(1992) la science de la communication, Paris, PUF,

<sup>7</sup> BEITONE, et al (2000) Sciences sociales Paris,   dition Firey

<sup>8</sup> BREMOND et GELEDAN (2002), Dictionnaire économique et social, Paris, Larousse

ils la jugent, comment ils décident de la nécessité de l'adopter, quels comportements adoptent-ils, quels sont les facteurs qui entrent en jeu pour déterminer les attitudes et les comportements d'appropriation.

Cette question a été abordée dans la littérature classique à partir de la théorie de la rationalité individuelle. On peut retenir le travail important de Philippe Mallein (1996), qui considère que pour qu'une personne « adopte » facilement une innovation ou mesure, il faut qu'elle ait du sens pour elle, soit comprise et que son utilisation soit perçue comme positive, qu'elle lui soit utile dans ses activités habituelles, qu'elle soit facilement utilisable, qu'elle présente une valeur ajoutée économique réelle.

Mallein propose de réinscrire l'utilisateur au cœur de l'analyse de l'acceptabilité et défend l'idée que « *l'utilité précède l'usage* ». Selon Massé (2006)<sup>9</sup>, il postule que « l'acteur individuel, responsable de ses actes, est plutôt sollicité par la santé publique à adopter et à pratiquer une rationalité en finalité ou instrumentale ». Cette perspective explicative de l'acceptabilité est remise en question par Boudon (1996) : elle est limitée devant des actions qui ne semblent pas rationnelles, qui mettent en jeu des croyances non triviales et les réactions échappant à toute considération de caractère égoïste. Ceci revient à la thèse, maintes fois montrée par Lévi-Strauss, de que souvent les mécanismes de la croyance inversent les rapports courants de la croyance et de l'efficacité, en faisant de l'efficacité la conséquence de la croyance (Isambert, 1979)

Sans rentrer dans le piège du débat sur l'influence des "structures sociales" sur les comportements des individus (Boudon, 1996) nous pensons que les comportements d'acceptabilité relèvent d'un processus de coopération ou d'appropriation de la mesure de santé publique ou entrent en compte aussi bien l'autonomie de l'acteur social et ses choix individuels que le poids de structures sociales, religieuses, politiques, économiques, organisationnelles.

Pour répondre à la position de Mallein et Boudon, nous dirons plutôt que le comportement d'acceptabilité entendu comme la modalité d'appropriation du TPIe/PEV se noue en fonction de :

- la perception de l'utilité de la mesure, son utilisation,
- le système sanitaire qui le produit et le met en œuvre (verticalité et procédures bureaucratiques)
- les conditions pratiques de sa mise en œuvre dans les services de santé,

---

<sup>9</sup> Inspiré du protocole de recherche anthropologique écrit par FAYE (S), AFFO (A), DIOP (S) lors d'un atelier de travail à Bamako février 2007, p 3

- les acteurs avec leurs perceptions, leurs valeurs
- leurs interactions avec les services de santé dans lesquels ils travaillent ou qui leur proposent des soins
- leurs interactions avec la culture, la religion, les aspects socio-familiaux dans le cadre de vie
- sa valeur et demande économique (temps ajouté requis pour la prise de l'intervention)
- les dynamiques politiques et institutionnelles

Cela veut dire que dans la perspective de documenter les différents facteurs qui peuvent constituer des barrières ou plutôt favoriser une adhésion à la mesure dans le long terme, nous allons mettre l'accent sur des aspects, qu'ils relèvent des malades, des soignants comme des structures de santé. Nous allons aussi prendre en compte les dynamiques familiales, sociales, économiques, politiques et culturelles dans les communautés, qui complexifient fondamentalement les stratégies des acteurs impliqués ou concernés par le TPIe/PEV. Ce postulat revient à défendre comme Cockerham (2005), que les comportements individuels d'adhésion aux prescriptions de santé publique sont pris dans des rapports complexes qui appellent une théorie multidimensionnelle

### **Problématique de la recherche**

- Comment les personnels de santé et les communautés, dans la pratique, s'approprient et domestiquent les politiques de santé proposées et « bricolent » avec les réalités de leur environnement professionnel ou socioculturel?
- Comment réagissent-ils à l'introduction de cette innovation du TPIe couplé au PEV et quels peuvent être les enjeux et conflits ou les changements induits dans leurs pratiques, leurs modes de gestion du paludisme et leurs motivations ?

### **Hypothèses**

Nous allons essayer de répondre à ces questions et voir à la fin de notre recherche si les agents de santé et les communautés se sont appropriés du projet par la vérification de certains comportements d'adhésion à la nouvelle mesure à savoir :

- Les agents de santé suivent bien le protocole préconisé par les formateurs dans le guide de formation
- Le TPIe est devenue une activité de routine et est complémentaire avec le PEV

- La communauté accepte très bien la nouvelle mesure
- Les parties prenantes telles que les agents de santé, les communautés, les autorités administratives, les leaders religieux et les autorités sanitaires se sont tous appropriées au projet TPIe couplée à la vaccination à la fin de la mise en œuvre

## **Méthodologie de recherche**

Nous nous proposons de trianguler la démarche qualitative et quantitative afin d'avoir une perspective à la fois descriptive des comportements d'adhésion sur le plan statistique, mais aussi explicative.

1. La pré-enquête qui sert à collecter les données de base au cours desquelles nous avons conçues l'échantillonnage à savoir (nombre de CSB/district, nombre de commune, nombre de la population/commune/fokontany, nombre de la population desservie par chaque CSB, localisation géographique, distance géographique des fokontany par rapport au chef lieu de la Commune, nombre de population cible de 0 à 11mois, données PEV, taux de couverture vaccinale en DTChépB2, DTChépB3 et VAR/district). Ainsi que les données socio-culturelles et anthropologiques afin de bien connaître les réalités sur terrain avant le début des investigations sur terrain comme (les jours de vaccination, les interdits sociaux, les us et coutumes encore existantes les normes traditionnelles l'existence des personnes consultant des guérisseurs traditionnels ou tradipraticiens)

2. L'observation directe participative dans les communautés et dans les services de santé : elle ciblera les comportements des soignants et de leurs interactions avec les parents lors des séances de vaccination. En outre, les réactions des parents dans le poste de santé ou une fois à domicile concernant le TPIe, les modes d'usage des moustiquaires imprégnées, ainsi que les précautions qui entourent le nourrisson durant sa première année de vie. Les observations concerneront le processus de diffusion de l'information sur le TPIe, les stratégies de mobilisation sociale et de sensibilisation, les causeries, les émissions radio mises en œuvre. Notre présence d'immersion sur les terrains nous permettrons également de collecter toutes les rumeurs qui circulent à propos TPIe, du médicament SP ainsi que les effets secondaires qui surviennent. Nous allons aussi observer les différentes dynamiques familiales et sociales en cours dans le milieu et qui peuvent renseigner sur les comportements populaires face au TPIe.

3. Les entretiens approfondis avec les parents de l'enfant et le personnel de soins impliqué dans la vaccination : Le recours à des entrevues ouvertes et non structurées nous permettra d'amener les enquêtés à nous parler de leurs différents points de vue à propos de la prévention palustre, les rumeurs positives ou négatives concernant le TPIe, les perceptions face aux médicaments (effets secondaires ressentis) et les avantages perçus de l'intervention. Les entretiens concerneront aussi les attitudes d'observance du traitement, ainsi que les raisons de l'adhérence, de l'observance ou du refus face au TPIe. Concernant les procédures de recrutement des personnes à interroger, nous allons appliquer la procédure du « seuil de saturation », c'est-à-dire que sans partir d'un nombre prédéfini, nous allons interroger les ménages jusqu'au moment où nous sentirons une redondance dans les discours.

4. Les focus groups ou discussions collectives : Dans chaque pays, des groupes de discussion seront organisés. Nous allons cibler toutes les personnes qui interviennent dans la prise en charge de la maladie chez l'enfant, ainsi que celles impliquées dans la mise en œuvre du TPI-PEV au niveau communautaire ou du poste de santé. Ces acteurs seront organisés en différents groupes à partir des critères de sexe et d'âge, mais aussi en tentant de faire représenter la diversité ethnique, culturelle et socio-familiale des milieux : pères de nourrissons ; mères de famille ; grand-mères ; grand-pères ; les agents de santé à base communautaire ou ASBC. Ces discussions de groupe nous semblent le cadre idéal pour collecter l'expression plurielle des points de vue sur les mesures préventives du paludisme, la différence entre TPIe et vaccination, son efficacité, les rumeurs ainsi que les effets secondaires notés, les raisons de l'adhésion ou du refus. Le point de vue des parents sur les changements notés dans leur offre de soins depuis l'introduction du TPIe lors du PEV, les avantages et inconvénients perçus, l'impact perçu de la mesure sur la santé des enfants seront aussi collectés. Concernant particulièrement le groupe des relais ou ASBC, de leur perception et adhésion au TPIe, leurs modes de mise en œuvre du protocole, l'impact de l'activité supplémentaire sur leurs conditions de travail, leur motivation, l'offre de soins.

Lors de notre séjour sur terrain, nous avons utilisé des appareils d'enregistrement comme le dictaphone ou MP4 pour pouvoir bien enregistrer et vérifier les données discursives lors des entretiens approfondis auprès des communautés ou mères d'enfants moins d'un an et les discussions de groupes focalisées). De ce fait toutes données ont été soigneusement collectées en écrit que sur enregistrement avant de l'exploiter.

Comme notre approche a été focalisée sur le qualitatif, nous avons utilisé le logiciel NVIVO dans l'exploitation des données qualitatives pour bien interpréter et analyser les données collectées lors du séjour sur terrain.

### Echantillonnage

Dans cette recherche, nous avons surtout privilégié l'approche qualitative donc nous n'avons pas utilisé les types d'échantillonnage qui favorisent le quantitatif (méthode d'échantillonnage probabiliste ou aléatoire). Nous allons interviewer tous les agents de santé impliqués directement aux activités PEV/TPIe et les communautés à savoir les mères ayant un enfant moins d'un an. Les entretiens approfondis qu'on va mener auprès de ces mères s'arrêteront seulement si on commence à s'apercevoir qu'il y a redondance dans les réponses fournies par les mères. Autrement dit si les données commencent à être saturées donc cela veut dire qu'on ne quantifiera pas au préalable le nombre de mères que l'on va enquêter.

**Tableau 1** : Répartition de la population de Moramanga

AMBATOVOLA	10 428
AMBOASARY	11 103
AMBOHIBARY	18 864
AMBOHIDRONONO	11 991
AMPASIMPOTSY GARE	5490
AMPASIMPOTSY MANDIALAZA	10 372
ANDAINGO	17 359
ANDASIBE	10 897
ANOSIBE IFODY	10 901
ANTANANDAVA	10 800
ANTANIDITRA	5320
BEFORONA	14 078
BELAVABARY	6038
MANGARIVOTRA	11 446
FIERENANA	9805
LAKATO	19 720
MANDIALAZA	11 652
MORAMANGA	36 570
MORARANO GARE	15 199
SABOTSY ANJIRO	16 194
VODIRIANA	5971
TOTAL	270 201

Source: Recensement Commune (2006)

0- 11 mois 3,53 %

< 5 ans 18%

Au niveau du district, les formations sanitaires ont été sélectionnées par rapport :

- Type de la structure : CSB 1 et CSB2 ;
- Localisation géographique : urbaine ou rurale ;
- Taux de couverture vaccinale : basse, moyenne et élevée ;
- Nombre de population desservie par les formations sanitaires : basse, moyenne et élevée ;
- Au niveau du Centre de santé, ménages choisis à partir des conditions suivantes
  - Familles avec des enfants correctement immunisés (bac à fiche au CSB) ;
  - familles où les enfants ont manqué des séances d'immunisation (bac à fiche au CSB) ;
  - Familles ayant des enfants non- vaccinés (collaboration avec les cosan ou ASBC) ;
- Au niveau du ménage, recrutement selon
  - statut *socio-économique, familial, matrimonial et* sociodémographique (Age, CSP, village, nombre d'enfants vaccinés...) ;
  - accessibilité aux services de santé.

### Populations cibles de la recherche

- Agents de santé directement impliqués aux activités PEV/TPIe (Médecin chef CSB, Infirmier(e), Sage-femme...)
- Communautés : les mères ayant des enfants moins d'un an situées au niveau des villages desservies par les centres de santé publics échantillonnés

**Tableau 2** : Les données chiffrées d'enquêtes de l'étude acceptabilité au niveau du district pendant le premier passage

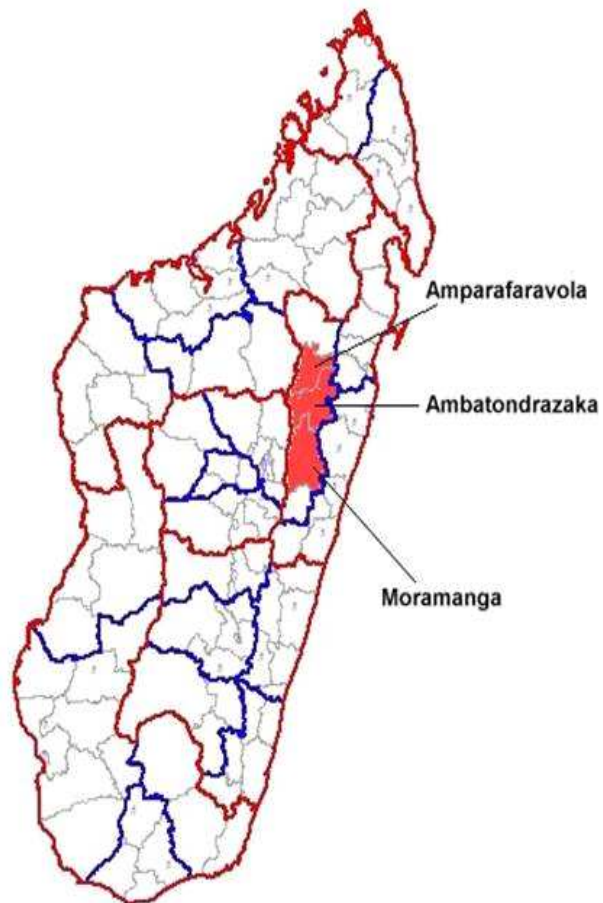
District	Nombre d'enquête (agents de santé)	Nombre d'observation (jour de vaccination)	Nombre d'enquête (communauté)	Nombre d'enquêteurs	Nombre d'entretien leader traditionnel
Moramanga	8	8	50	8	1
Total	8	8	50	8	1

Source : Enquête personnelle, janvier 2008

Ainsi donc dans la première partie, nous allons voir la présentation générale du district de Moramanga, dans la seconde partie vers une adhésion massive du projet TPIe couplé à la vaccination de routine PEV et enfin dans la troisième, la dynamique de l'étude acceptabilité et du projet TPIe

## **Première partie : Présentation générale du district de Moramanga**

**Site d'étude du projet TPIe au niveau de la région Alaotra Mangoro**



**Source :** Enquête personnelle, 2008

## **Chapitre 1 : Monographie du district de Moramanga**

### **Section 1 : Situation socioculturelle au niveau du district de Moramanga**

La majorité de la population de Moramanga sont des Bezanozano, néanmoins quelques ethnies figurent aussi parmi le peuplement de Moramanga à savoir l'ethnie Merina, Betsileo, des étrangers comme les Chinois, les métisses existent aussi dans la Commune urbaine de Moramanga.

En milieu urbain, la plupart des gens sont constitués par des marchands et quelques fonctionnaires mais les opérateurs économiques riches sont les étrangers chinois (propriétaires d'hôtel, de stations d'essence, de restaurant très chics...) ils sont aussi presque des cultivateurs surtout les hommes et les femmes sont des artisans.

Mais en revanche les activités économiques dominantes de la population restent encore l'agriculture et l'artisanat.

La ville de Moramanga est le carrefour pour les marchands entre la capitale et celle de la province de Tamatave, c'est la ville de transit pour les transporteurs de carburant de Tamatave pour aller à Tana et les voyageurs qui circulent entre les deux provinces.

Us et coutumes encore existantes : joro, fanompoan-tsampy, sikidy, tromba traduits en français comme le culte des ancêtres, la croyance en des êtres surnaturels.

La principale langue parlée par la population de Moramanga est le Bezanozano, néanmoins comme c'est une ville cosmopolite, la langue malgache officielle peut être compréhensible par tout le monde.

Après avoir vu la situation socioculturelle de Moramanga, voyons maintenant dans le second chapitre, les généralités concernant le paludisme à Madagascar.

### **Section 2 : Généralités sur le paludisme à Madagascar**

Le paludisme <sup>10</sup>est un problème de santé majeur. Les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes sont les couches les plus vulnérables et les formes graves sont en grande partie dûes au *Plasmodium falciparum*.

L'initiative Faire reculer le paludisme est un mouvement mondial dont le but est de réduire le fardeau du paludisme qui reste un frein au développement des pays endémiques. L'objectif visé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Madagascar par la

---

<sup>10</sup> Manuel de référence pendant la formation des agents de santé concernant le paludisme, le PEV, RABARIJAONA (L) p 3

réduction de 50% de la morbidité et de la mortalité dûes au paludisme d'ici 2010 par rapport au niveau de l'an 2000 en :

- Protégeant 80% des personnes à risque de paludisme grâce à des méthodes appropriées de lutte antivectorielle comme les MII, les PID et une gestion de l'environnement d'ici 2010 ;
- Traitant efficacement 80% des patients de paludisme avec une combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine dès le début de la maladie d'ici 2010 ;
- Protégeant 80% des femmes enceintes par le traitement préventif intermittent dans les zones à paludisme stable selon le protocole requis d'ici 2010.

### 1.2.1 Définition

Le paludisme est une maladie causée par un groupe de parasites appelés Plasmodium. Il existe beaucoup de types de plasmodium, et ils causent le paludisme chez les animaux aussi bien que les humains. Des quatre types qui touchent les humains ; seul le Plasmodium falciparum est important dans la majeure partie de l'Afrique.

### 1.2.2 Epidémiologie

Le paludisme <sup>11</sup>appelé « *tazo* » ou « *tazomoka* » à Madagascar, est un synonyme de « fièvre, frisson, magie et bouche amère ». Le mot « moka » signifie moustique. Ainsi l'appellation « *tazomoka* » sous entend l'implication d'un moustique dans la survenue de cette maladie.

Les conditions bioclimatiques ont principalement des conséquences sur deux types de facteurs influant le paludisme : la distribution des anophèles, moustiques qui transmettent le paludisme et le développement du parasite dans ces moustiques.

La distribution des anophèles ne suit pas strictement les régions bioclimatiques. Certaines conditions de sécheresse dans le Sud aride ou de froid en altitude au dessus de 1800 à 2000m sont parfois limitantes quant au développement du moustique. Mais la plupart des vecteurs impliqués dans la transmission sont relativement tolérants quant au climat et peuvent tempérer des écarts importants par une adaptation à l'homme, à son habitat (repos à l'intérieur des maisons par exemple) et à ses cultures (gîtes dans les rizières).

Lors de son cycle à l'intérieur des moustiques, le parasite est soumis aux aléas climatiques. Son développement n'est possible que dans une gamme modérée de température. A Madagascar, les températures le plus basses rencontrées pendant la saison froide ou en

---

<sup>11</sup> Op. Cit. p 3

altitude vont empêcher le cycle complet du parasite et bloquer complètement la transmission. Au niveau des zones d'altitude, des conditions climatiques variables peuvent rendre possible un cycle parasitaire donnant un caractère temporel marqué saisonnier ou épidémique à l'épidémiologie du paludisme.

Cinq zones sont définies par la durée et l'intensité de la transmission :

- Une zone côtière orientale ou septentrionale, incluant le Sambirano où la transmission est forte et quasi pérenne (c'est-à-dire pendant toute l'année)
- Une zone occidentale où la transmission est relativement importante pendant au moins 6 mois dans l'année
- Une zone de plateaux où la transmission est faible, saisonnière et parfois épidémique
- Une zone sud où la transmission est très faible, réduite à quelques mois par an ou épidémique
- Une zone de montagne où la transmission est absente

Le paludisme est transmis d'homme à homme par la piqure d'une moustique femelle du genre *Anopheles*. Ce mode de transmission nécessite la transformation biologique du parasite à l'intérieur du moustique vecteur. Cette transformation ne peut s'effectuer que sous certaines conditions de température, en particulier, la transmission pourra être interrompue du fait de la saison froide de l'altitude. De même seules certaines espèces anophèles participent à la transmission. Ce sont surtout des espèces à durée de vie relativement longue (à forte longévité), dont la préférence alimentaire va à l'homme (anthropophilie) et dont la physiologie est compatible avec le développement du parasite. Quatre espèces anophéliennes sont vectrices à Madagascar : *Anopheles gambiae*, *Anopheles arabiensis*, *Anopheles funestus* et *Anopheles mascarensis* (Maramba et al ; 1999).

Les deux espèces vectrices *Anopheles gambiae sensus lato* et *Anopheles arabiensis*, appartiennent au complexe *Anopheles gambiae* qui comprend 7 espèces africaines. Ces espèces indiscernables sur le plan morphologique sont maintenant étudiées soit par cytogénétique soit par biologie moléculaire. Ces outils n'étant pas disponibles lors de la parution de la carte de 1958, les trois espèces malgaches du complexe *Anopheles gambiae*, *Anopheles arabiensis*, *Anopheles merus*, étaient confondues sous le terme « *Anopheles gambiae* ».

*Anopheles gambiae* est un vecteur très efficace et sa répartition concerne exclusivement les zones inférieures à 1000mètres. Il présente souvent un gradient d'abondance quand l'altitude diminue. Ses caractéristiques cytogénétiques le rapprochent des populations

d'Afrique orientale. Sa relative exophilie par rapport aux populations continentales le rend moins accessible aux traitements d'insecticides intradomiciliaires. *Anopheles arabiensis* est très présent sur les hautes terres centrales.

*Anopheles funestus* présente parfois des comportements trophiques ou de repos qui le différencient des populations d'Afrique continentale.

La présence à Madagascar de ces trois vecteurs est souvent reliée à l'arrivée de l'homme sur la grande île. Une quatrième espèce vectrice, *Anopheles mascarensis* est endémique. Son rôle vecteur a été établi depuis à peine une dizaine d'années dans deux sites sur la côte Est n'ont pas été trouvées infectées malgré un important effort de recherche. Des études sont en cours pour préciser les risques liés à cette espèce qui peut, localement, tenir un rôle majeur.

### **1.2.3 Transmission**

Le paludisme ne peut pas être transmis directement d'un être humain à un autre. Le paludisme est transmis par des moustiques infectés par les parasites paludéens. Le moustique peut acquérir ces parasites en piquant une personne infectée. Or tous les moustiques ne sont pas en mesure de transmettre le paludisme. Les moustiques femelles de la famille :

#### **1<sup>ère</sup> manifestation du paludisme chez une personne ;**

Le moustique Anophèle diffère d'un moustique qui ne transmet pas le paludisme par la manière dont il place son corps lorsqu'il se tient sur un objet. Une personne est infectée après avoir été piquée par un moustique anophèle infecté. En piquant, le moustique femelle injecte sa salive, contenant les parasites, dans le sang humain. Les parasites passent ensuite dans les cellules hépatiques humaines.

#### **2<sup>ème</sup> manifestation du paludisme chez une personne**

Environ une à deux semaines après la piqûre, les parasites rentrent de nouveau dans le sang de la personne ; c'est le moment où la personne commence à montrer des symptômes de paludisme

#### **3<sup>ème</sup> manifestation du paludisme chez une personne**

Les symptômes communs du paludisme sont la fièvre, les frissons, les sueurs et les céphalées. Les parasites s'attaquent alors aux globules rouges et commencent à consommer l'hémoglobine, la partie du sang qui transporte l'oxygène. La perte de ces globules rouges cause l'anémie.

L'infestation des globules rouges et la libération des pigments malariques, en plus de l'anémie hémolytique qu'elle entraîne, occasionne aussi l'hypoglycémie, un déséquilibre hydroélectrolytique, des troubles de la coagulation la formation et la libération de TNF (tumor necrosis factor).

Vu que les moustiques anophèles ne sont actifs que la nuit, les efforts de prévention du paludisme sont les plus efficaces du crépuscule jusqu'à l'aube. Cependant, étant donné que les moustiques peuvent transmettre d'autres maladies, il vaut mieux éviter toute piquûre. Il importe de noter que, malgré le fait que les moustiques peuvent transmettre beaucoup d'autres maladies, ils ne peuvent pas transmettre le VIH.

Tant qu'une personne est exposée aux moustiques, le cycle d'infection palustre peut se reproduire. Parfois, quelques parasites demeurent dans le foie et peuvent être relâchés même quelques mois ou quelques années plus tard.

#### **1.2.4 Les populations les plus touchées par le paludisme**

Le paludisme est un problème de santé publique dans le monde entier. Parmi les 300 millions de cas estimés chaque année dans le monde, plus de 90% se déclarent en Afrique Subsaharienne. Les jeunes enfants et les femmes enceintes sont les deux groupes de personnes courant le risque le plus élevé d'infection. Des millions de grossesses surviennent chez les femmes habitant les régions endémiques africaines à forte transmission palustre mais seulement une petite minorité d'entre elles ont accès à des interventions efficaces.

Voici quelques statistiques du cas de paludisme enregistré en Afrique :

- En Afrique, toutes les 10 secondes, une personne meurt du paludisme ;
- A peu près 70% des décès palustres surviennent chez les enfants de moins de 5ans ;
- Les femmes enceintes sont deux fois plus à risque d'être infectées que celles qui ne sont pas enceintes ;
- Les femmes dans leur première ou seconde grossesse courent un risque plus élevé.

D'autres personnes qui sont à risque plus élevé d'infection palustre sont les immigrés, les réfugiés ou les visiteurs venant de zones où il y a peu ou pas de paludisme (zones de faible transmission) qui viennent en visite ou qui habitent dans des zones de forte transmission palustre et les gens atteint de drépanocytose ou du VIH/SIDA.

### 1.2.5 Le paludisme chez l'enfant

Un décès d'enfant sur cinq en Afrique est imputable du paludisme. L'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance, l'épilepsie et les problèmes neurologiques, conséquences fréquentes du paludisme, compromettent la santé et le développement de plusieurs millions d'enfants dans les pays tropicaux. Pourtant, l'impact du paludisme sur les enfants pourrait être atténué au niveau mondial en intervenant avec des moyens dont nous disposons déjà.

Plus de 40% des enfants de la planète vivent dans des pays où le paludisme est endémique. Chaque année, près de 300 à 500 millions d'infections palustres entraînent plus d'un million de décès ; plus de 75% des victimes sont des enfants africains de moins de cinq ans infectés par *Plasmodium falciparum*. Une résistance aux médicaments antipaludiques de plus en plus fréquente, aggravée par une pauvreté répandue, l'insuffisance des infrastructures médicales et dans certains pays, de troubles civils, expliquent que la mortalité provoquée par le paludisme continue à progresser en Afrique. Le plus tragique, c'est que la grande majorité de ces décès pourrait être évitée. Les graves conséquences du paludisme sur le développement et sur la santé de l'enfant sont souvent sous-estimées et ne sont pas correctement prises en charge.

Le paludisme pendant la grossesse se solde par une insuffisance pondérale à la naissance et des accouchements avant terme, deux problèmes associés à un risque accru de décès néonatal et de retard du développement cognitif. Dans de nombreux pays en développement, les soins spéciaux administrés aux bébés nés avec un petit poids de naissance sont insuffisants et de l'hypoglycémie (faible taux de glucose dans le sang, un problème courant chez les bébés nés avec un poids insuffisant), si elle n'est pas traitée, peut provoquer des lésions cérébrales.

En Afrique, d'après les estimations ; les enfants ont entre 1.6 et 5.4 accès de paludisme chaque année, chiffre qui varie selon les conditions géographiques et épidémiologiques. Les enfants sont vulnérables au paludisme dès l'âge de 4 mois et dans les zones fortement endémiques, pendant la période où la transmission atteint son paroxysme, près de 70% des enfants d'un an ont les parasites du paludisme dans leur sang.

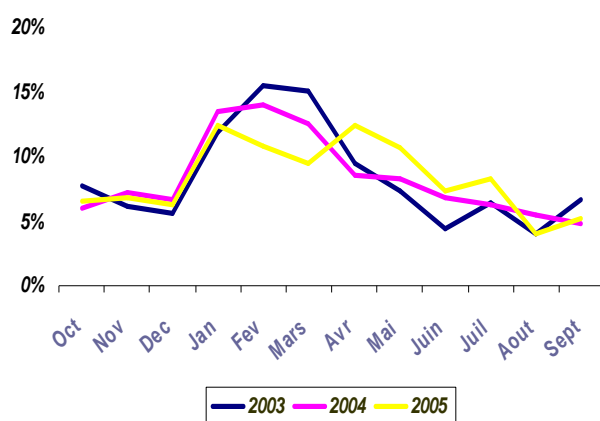
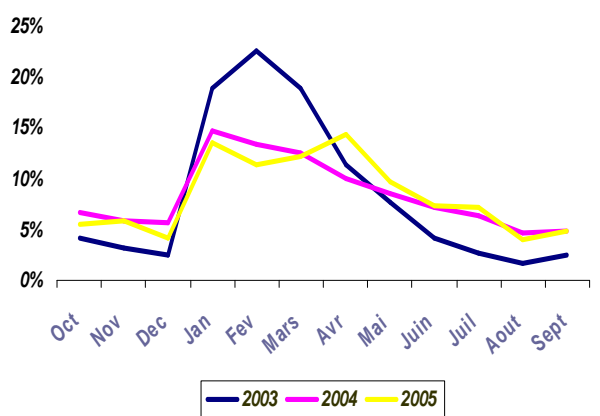
Le fièvre coupe l'appétit, ce qui exacerbe la malnutrition. Les épisodes récurrents de paludisme chez l'enfant sont souvent synonymes d'absences prolongées de l'école.

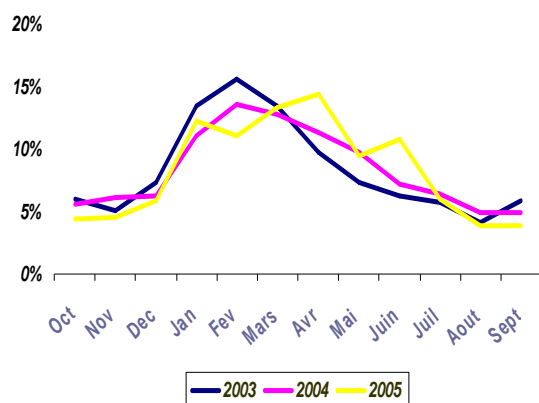
Des données préliminaires indiquent également que les crises multiples de paludisme sans complications ont par elles mêmes des conséquences négatives sur les résultats scolaires, indépendamment de l'absentéisme et du niveau socio-économique.

L'initiative Faire reculer le paludisme est née en 1998 de la prise de conscience du fait que la morbidité et les mortalités provoquées par le paludisme en Afrique sont d'autant plus acceptables qu'on dispose d'un certain nombre d'outils de lutte efficaces et d'un coût abordable. Dans la Déclaration d'Abuja faite en avril 2000 ; des chefs d'Etats africains ont décidé de renforcer les interventions, qui sont la pierre angulaire de la stratégie pour faire reculer le paludisme d'ici 2010.

Plusieurs interventions efficaces et abordables ont fait leur preuve ; si on les mettait en œuvre tout en les adaptant aux situations locales dans les pays où le paludisme est endémique, elles pourraient réduire considérablement la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

**Graphique1 : Transmission du paludisme au niveau des trois districts**





Source : Enquête personnelle, octobre 2008

### Section 3 : Généralités sur le PEV ou Programme Elargi de Vaccination

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV)<sup>12</sup>, initié à Madagascar en 1976, avait pour objectif de vacciner au moins 80% des enfants avant leur premier anniversaire contre les 4 maladies cibles évitables par la vaccination à savoir la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Il avait débuté avec 4 antigènes qui sont : le BCG et le DTC. En 1982, le vaccin Polio Oral (VPO) vaccination contre la poliomyélite a été introduit dans le PEV et le vaccin antirougeoleux (VAR) a été intégré dans le PEV depuis 1985. Dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins, le vaccin contre l'hépatite B a été officiellement introduit dans le programme en 2001.

#### 1.3. Maladies cibles du PEV

Le Programme Elargi de Vaccination vise à protéger les enfants contre les 7 maladies suivantes : Il s'agit de la Tuberculose, la Poliomyélite, la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et la Rougeole.

##### 1.3.2 Population cible et calendrier vaccinal

La population cible est celle du PEV : les enfants de 0 à 11 mois. L'enfant doit démarrer la vaccination à la naissance et doit achever sa série vaccinale avant son premier anniversaire.

**Tableau 3: Calendrier vaccinal pour le PEV de routine à Madagascar**

Age	Vaccins
Naissance	BCG, VPO Zéro
6 semaines	DTCHepB1, VPO1
10 semaines	DTCHepB2, VPO2
14 semaines	DTCHepB3, VPO3
9 mois	Rougeole

<sup>12</sup> Op. Cit. p10

Source : Manuel de référence janvier 2007

Voici le calendrier vaccinal établi par le Ministère de la santé au niveau de toutes les formations sanitaires de Madagascar. L'enfant reçoit le BCG, VPO Zéro à la naissance, à 6 semaines le DTCHepB1, VPO1, à 10 semaines le DTCHepB2, VPO2, à 14 semaines le DTCHepB3, VPO3 et enfin quand l'enfant aura 9 mois, il sera vacciné par le vaccin anti-rougeoleux ou VAR.

#### **Section 4 : Généralités sur le TPIe ou Traitement Intermittent du Paludisme chez l'enfant moins d'un an**

I Il a été prouvé que le traitement intermittent des femmes enceintes par la sulfadoxine-pyriméthamine (SP)<sup>13</sup> réduisait le risque d'anémie chez la mère, de parasitémie placentaire et d'insuffisance pondérale à la naissance ; c'est pourquoi il est intégré aujourd'hui sur les programmes de lutte contre le paludisme d'un certain nombre de pays africains. Des études réalisées récemment en Tanzanie ont également révélé que le traitement systématique des nourrissons par la SP aux âges de 2,3 et 9mois, lors de la vaccination, réduisait de 60% les épisodes de paludisme clinique et de 50% les épisodes d'anémie pernicieuse.

Bien que de recherches supplémentaires soient nécessaires pour déterminer si des résultats similaires peuvent être obtenus dans d'autres contextes épidémiologiques, cette étude met à jour le potentiel prometteur de l'utilisation du Programme Elargi de vaccination pour mener à bien un certain nombre d'interventions (médicaments antipaludiques, vitamine A, suppléments de fer, moustiquaires traitées par un insecticide) contre le paludisme et l'anémie. La SP est le médicament de choix, efficace, sûre, facile à administrer (dose unique sous observation directe) et limite les problèmes d'observance.

##### **1.4.1 Historique<sup>14</sup> de la molécule SP**

- En 1956, c'est la Gambie qui a expérimenté la première fois la chloroquine toutes les semaines, il y eut une réduction des enfants nés deux mois après la naissance, de paludisme et d'anémie selon McGregor et autres. BMJ (1956) 32:686-692
- En 1986, c'était en Tanzanie que l'on a administré du chloroquine mensuellement et il y eut 50% de réduction de morbidité chez les enfants de 2 à 9 mois Ann Trop Med Parasitol (1986) 80:155-167
- En 1997, au Sud-Est de la Tanzanie, on a administré toutes les semaines des

<sup>13</sup> Op. Cit. p 14

<sup>14</sup> Présentation powerpoint de la Coordonnatrice mondiale du projet TPIe lors du Colloque International du projet opérationnel TPIe regroupant les 6 pays africains bénéficiaires du projet (Sénégal, Mali, Bénin, Madagascar, le Malawi et le Ghana) à Antananarivo le 11 et 12 juillet 2007 organisé par le Bureau Unicef Madagascar.

pyriméthamines + dapsons, il y eut 60% de réduction de morbidité pour les enfants de 2 à 10 mois, et un rebond à 11 mois Menendez et al. *Lancet* (1997) 350:844-850

- En 2001, au Sud-Est de la Tanzanie, on a administré tous les mois une sulfadoxine-pyriméthamine et il y eut 59% de réduction de paludisme et 50% d'anémie et pas de rebond selon Schellenberg et autres. Bistouri (2001) 357:1471-1477
- En 2003, Au nord de la Tanzanie, on a administré de l'amodiaquine et il y eut 50% de réduction de paludisme chez les enfants de 2, 3 et 9 mois selon Massaga et al. *Lancet* (2003) 361:1853-1860

#### 1.4.2 Rappel sur la SP

C'est un anti paludique efficace pour le traitement curatif et préventif du paludisme. La forme « compromis » comporte 500mg de sulfadoxine et 25 mg de pyriméthamine.

- Mode d'action : Association d'un sulfamide et d'une pyrimidine, il agit en inhibant une enzyme indispensable à la croissance des schizontes (forme parasitaire présente dans les globules rouges)
- Effets secondaires : Trouble gastro-intestinal (nausées, vomissements, diarrhées)
- Effets indésirables : Manifestations cutanées : rash cutané, Syndrome de Lyell et de Stevens Johnson.

**Tableau 4 : Mode d'administration du SP couplé à la vaccination de routine PEV**

Age	Vaccins	SP ou TPIe
6 semaines	DTChepB1, VPO1	SP1 ou TPIe1
10 semaines	DTChepB2, VPO2	SP2 ou TPIe2
9 mois	Rougeole	SP3 ou TPIe3

Source : Manuel de référence janvier 2007

La SP est administrée après avoir écrasé et dilué le comprimé dans le lait maternel ou dans l'eau potable, sous observation directe lors de la vaccination par l'agent de santé : Traitement Directement Observé (TDO).

En cas de vomissement dans les 30mn suivant l'administration, la même dose est reconduite. Au 3<sup>ème</sup> vomissement, il ne faut pas insister mais noter cet événement en observation.

L'administration du TPIe est strictement liée à l'administration du DTChepB 2, DTChepB 3 et du vaccin antirougeoleux et non pas à l'âge de l'enfant.

Par exemple : Si un enfant arrive au centre de santé pour le DTCHepB 1 à l'âge de 6 mois, l'agent de santé ne doit pas lui administrer le TPIe. Il doit par contre demander à la mère ou le responsable d'enfant de respecter le calendrier vaccinal.

Si un enfant arrive fébrile au centre avec un diagnostic de présomption ou confirmé de paludisme simple, il ne reçoit pas du TPIe mais un traitement anti-paludique et le vaccin qu'il doit recevoir. L'agent de santé doit indiquer le cas en observation.

Un enfant résidant d'une autre localité (Hors cible) mais muni de son carnet de santé peut recevoir le TPIe. Dans ce cas, comptabiliser l'enfant comme « Hors cible »

### **Dose de SP**

- ½ comprimés pour les enfants supérieurs ou égal 5 kg
- ¼ de comprimé pour les enfants de moins de 5kg

Dans ce second chapitre, nous allons parler de l'étude proprement dit, c'est-à-dire de l'enquête de pré implémentation jusqu'à la fin de la mise en œuvre

**NB : La SP ne doit pas être administrée plus d'une fois par mois,**

## **Chapitre 2 : Déroulement de l'étude**

### ***Section 1 : Enquête pré implémentation***

L'enquête de pré implémentation<sup>15</sup> a été confiée du 15 au 24 octobre 2006 à l'ONG Penser Madagascar. Leur contrat s'arrête à la saisie et à écrire un rapport avec une analyse préliminaire des données. L'analyse approfondie devrait être réalisée par un statisticien ayant contracté avec l'UNICEF. Cette personne n'a jamais réalisé ce travail. L'analyse des données sera faite de façon comparative avec l'enquête post mise en œuvre qui devrait se tenir au début du mois de novembre 2008.

---

<sup>15</sup> Rapport final et guide de l'enquête de base pour la mise en œuvre du projet TPIe à Madagascar écrit par l'ONG Penser Madagascar

**Tableau 5: Répartition de la population enquêtée au niveau des trois districts**

District	Population enquêtée	12 à 23 mois	24 à 47 mois
Amparafaravola	658	119	219
Ambatondrazaka	738	145	254
Moramanga	715	252	497
Total	2111	516	970

Source : Rapport préliminaire de l'enquête de pré implantation novembre 2006

Au niveau des 3 districts, le total de la population enquêtée est de 2111 dont 516 de 12 à 23 mois et 970 de 24 à 47 mois. Pour Moramanga, sur les 711 enquêtées, 516 enfants ont entre 12 et 23 mois et 497 ont entre 24 à 47 mois.

- Consultations <sup>16</sup>prénatales pour la dernière grossesse - pourcentage 89%
- Pourcentage des femmes vaccinées utilisant le TT 82%
- Pourcentage qui a pris du TPIe ou SP pendant la grossesse 67%
- Pourcentage des enfants complètement immunisés avant 11 mois 64%
- Pourcentage des enfants diagnostiqués et attrapant la fièvre ces 12 dernières années 64%
- Pourcentage des enfants diagnostiqués et attrapant la fièvre et traités avec succès 92%

## **Section 2 : Collecte des données de base au niveau des 4 communes d'intervention du district de Moramanga (Ambohibary, Ambodinifody, Ambodiakatra et Moramanga ville )**

Comme le projet est en phase de mise en œuvre, nous avons commencé notre recherche par le collecte de diverses données socio culturelles et anthropologiques avant de commencer notre investigation. Autrement dit, il est vraiment utile et important de faire une visite préliminaire sur terrain pour connaître et identifier les facteurs de blocage qui pourraient freiner le bon déroulement du projet.

Nous sommes descendus sur terrain donc pour collecter certaines données de base telles que (voir monographie du district de Moramanga)

---

<sup>16</sup> Enquête personnelle

Données socioculturelles comme :

- le nombre de la population
- le nombre de fokontany :
- les activités économiques
- l'origine de la population( Bezanozano, Merina, Betsileo, Betsimisaraka...)

Données sur les infrastructures sanitaires :

- le nombre de Centre de santé au niveau du district
- la distance par rapport au SSD
- le jour de vaccination
- le taux de couverture vaccinale

Entretien auprès des chefs traditionnels concernant les données anthropologiques

- Les normes traditionnelles : valin-tanana (entraide dans les tâches quotidiennes particulièrement dans la culture du riz)
- L'existence des personnes consultant des guérisseurs traditionnels ou tradipraticiens : situé en milieu rural, traitement par les médecines traditionnelles
- Les valeurs traditionnelles : Le fihavanana <sup>17</sup>(amour du prochain)
- L'existence des interdits sociaux : Le jeudi est un jour interdit pour les cultivateurs

Cette première descente était vraiment importante pour connaître la situation zéro du district, de la population, de l'accessibilité des formations sanitaires, des prestations des agents de santé après le début de la mise en œuvre et enfin les comportements des communautés par rapport au couplage PEV/TPIe

Après cette première descente, nous avons obtenu quelques données utiles pour la confection d'un échantillonnage adéquat et bien représentatif de la recherche. De plus nous avons collecté beaucoup d'informations pour mieux préparer notre prochaine descente c'est-à-dire le commencement de l'enquête proprement dite. De cette façon, il nous était plus facile de planifier à l'avance notre premier séjour sur terrain selon un chronogramme d'activités bien précis en tenant compte des contraintes qui peuvent survenir lors de notre enquête (mauvais temps, calendrier cultural...)

---

<sup>17</sup> OTTINO, R. (1998) Les champs de l'ancestralité à Madagascar, Pris, Karthala, ORSTOM, p.590 : « La notion de fihavanana repose sur cette idée de condition commune qui découlant de l'ancestralité est également étendue aux voisins qui se nourrissant des produits d'un même terroir ont le sentiment de partager une même substance »

Pour ce premier passage de l'étude, trois outils ont été confectionnés pour évaluer les connaissances, les attitudes et pratiques des agents de santé et des communautés par rapport au couplage TPIe et vaccination de routine PEV au niveau du district d'intervention du TPIe.

De cette façon, les outils nous ont été essentiels pour trianguler notre recherche anthropologique du couplage TPIe/PEV afin de pouvoir vérifier les informations obtenues auprès des communautés et des agents de santé et de pouvoir analyser les connaissances de ces deux cibles (enquête par questionnaire) et les attitudes et pratiques ou comportement d'appropriation du couplage TPIe/PEV (Observation des séances de vaccination) lors des jours de vaccination. Sans oublier l'approche bibliographique à savoir le protocole de recherche anthropologique de l'étude acceptabilité qui nous a servi de guide pour pouvoir bien canaliser nos recherches en théorie et pour pouvoir comparer par d'autres outils en pratiques.

## **1.1 Identification des facteurs de blocage**

### **1.1.1 : La formation des agents de santé**

Au début de la mise en œuvre c'est-à-dire après la formation des chefs CSB par rapport au TPIe, les agents de santé surtout responsables de la mise en œuvre au sein des formations sanitaires (Infirmier ou responsable PEV/TPIe, sage femme) avaient un niveau de connaissance bas et percevaient mal le TPIe en terme d'attitude et en pratique dans la réalisation des activités ils ne maîtrisaient pas les outils de gestion et passaient beaucoup de temps chaque jour de vaccination. Ils ne s'adaptaient pas du tout à la nouvelle mesure et lors de notre première descente, nous avons vu que le TPIe pesait beaucoup pour eux et était vraiment considéré comme une charge de travail par rapport au PEV. La raison est que les responsables concernés n'étaient pas formés directement à la mise en œuvre du TPIe, c'était les médecins chefs de postes qui l'étaient donc cela a eu un impact sur la connaissance, attitude et pratiques des agents de santé car dans la réalité les médecins ne participent pas directement aux activités PEV/TPIe, leurs activités sont surtout focalisées à la consultation externe seuls les paramédicaux sont vraiment impliqués.

Mais arrivé à 4 mois de la mise en œuvre, il y eut un changement, car beaucoup de supervision formative effectuées par les trois médecins coordonnateurs de districts TPIe et les responsables de l'EMAD et PEV/TPIe au niveau des districts ont été fait au niveau du CSB, donc cela a amélioré la mise en œuvre au niveau des formations sanitaires surtout cibles de l'étude. Nous avons pu vérifier tout cela lors des enquêtes auprès des agents de santé des observations des séances de vaccination que nous avons faits.

A 9 mois de la mise en œuvre le TPIe est définitivement entrée comme une activité de routine car cela supporte bien le PEV et cause un impact positif sur le taux de couverture vaccinal et il a augmenté par rapport au fait diminuer le taux de morbidité et le taux de mortalité par rapport au palu ont nettement diminué au niveau du district prouves lors des enquêtes faites au niveau des agents de santé. (on va démontrer par des graphiques)

### **1.1.2 : L'absence d'IEC durant les jours de vaccination au niveau de quelques centres de santé**

Par rapport au niveau de connaissance, attitude et comportement des communautés, cela fut presque pareil par rapport car tout au début, les agents de santé ne respectaient pas bien le protocole établi par l'équipe Unicef donc les communautés ne connaissaient pas du tout le TPIe (absence de counselling lors des séances de vaccination) ou ne sont pas attentifs pendant ces IEC ou arrivaient en retard, toutes ces raisons vérifiées dans les enquêtes nous a permis d'en déduire un niveau bas de connaissance du TPIe par les communautés. Néanmoins, ils ont un bon comportement d'acceptabilité car n'affichent aucun refus lors de l'administration du TPIe par les agents de santé.

Même s'ils ne savent pas bien le TPIe, ils sont convaincus que la nouvelle mesure est une bonne chose pour ces enfants donc ils acceptent facilement par peur des agents de santé et par peur du paludisme sans oublier la loi d'hôpital qui contraint les mères à s'adapter aux nouvelles programmes de santé intégrées dans les différentes formations sanitaires.

### **1.1.3 L'analyse du contexte socioculturel et des caractéristiques des services de Vaccination et des politiques de santé des quatre Communes d'intervention**

En général chaque formation sanitaire a sa propre organisation de travail par rapport aux services de vaccination, l'adoption des politiques de santé concernant le paludisme, la vaccination et la mise en œuvre du TPIe. Si on parle de localisation géographique, de répartition des formations sanitaires éligibles pour la mise en œuvre du TPIe, la majorité sont inaccessibles pour ne pas dire enclavées car les routes sont non seulement en mauvais état mais ces centres de santé se trouvent très loin des villages des populations cibles. Ceux qui engendrent beaucoup de problèmes comme la non- fréquentation des populations cibles au centre de santé, le manque de supervision faite par les responsables du bureau de santé de district et même les coordonnateurs de districts TPIe et enfin le manque de motivation des agents de santé à cause du nombre de consultation des populations concernant les 3 programmes.

Les jours de vaccination de ces différentes formations sanitaires sont surtout les mardis et les jeudis car la majorité de la population sont des cultivateurs .Ils se trouvent en

milieu rural et ces jours sont des jours interdits pour la population agricole et rurale donc les mères peuvent venir consulter les centres de santé. Un facteur socio culturel comme le jour du marché joue un rôle aussi pour la fréquentation de masse par les populations cibles, car c'est pendant ces jours aussi que les mères en profitent pour venir aux formations sanitaires pour faire vacciner leurs enfants. Donc les responsables des centres de santé adaptent leur jour de vaccination en tenant compte de ces facteurs pour pouvoir bien réaliser ces travaux et pour avoir le maximum de populations bénéficiaires.

A partir des données collectées auprès des agents de santé, ils domestiquent bien les politiques de santé proposées (Traitement du paludisme) et s'approprient bien les nouvelles mesures thérapeutiques (inclusion du TDR et des nouveaux médicaments anti-paludiques pour soigner le paludisme l'ACT), ce qui a facilité l'intégration du TPIe surtout dans les centres de santé échantillonnés pour l'étude acceptabilité au niveau du district. De plus, les agents de santé n'ont pas connu encore de problème par rapport au vaccination donc il a suffi de bien mobiliser la population cible de la nouvelle stratégie de couplage PEV/TPIe pour réussir la mise en œuvre.

En dépit du nombre très limité de personnels de santé au niveau de chaque district l'Etat ne les paie pas bien alors que leur condition de travail est assez lourde surtout le jour de vaccination, ils ne sont pas pour autant démotivés dans l'accomplissement de leur devoir après l'observation directe des pratiques de PEV/TPIe vérifiées par les entretiens faits au niveau des agents de santé.

**2<sup>ème</sup> partie : Vers une adhésion massive au projet TPIe couplé à la  
vaccination de routine PEV**

Avant de voir les résultats de l'étude durant ces deux années de mise en œuvre, voyons tout d'abord en résumé les résultats des autres études à savoir : l'étude coût efficacité, l'étude communication, le pharmacovigilance et le drug résistance.

## **Chapitre 1 : Résultats des quatre études du projet TPIe**

### **Section1 : l'étude communication**

Madagascar est devenu leader de ce volet après la désignation de la coordonnatrice mondiale du projet. Concernant l'évaluation des activités sur la communication dans le cadre du projet TPIe. Trois pays, le Bénin, le Malawi et le Sénégal, m'ont envoyé leurs données. Le principal investigateur de l'équipe TPIe Madagascar a préparé un plan d'analyse qu'il a soumis au Coordonnateur mondial et à tous les PI des 5 pays. Maintenant selon l'enquête que j'ai effectuée avec lui, il est en train d'attendre les remarques et questions.

Pour Madagascar, l'enquête a été conduite en Janvier - Février 2008.

Les outils et supports de communication n'ont jamais pu être produits malgré deux tentatives de collaboration avec la société « Factories » (elle a été payée pour ses prestations). Les documents sortis n'ont pas pu avoir ni l'aval ni la validation des services compétents du Ministère de la santé. Des enquêtes d'évaluation de l'étude ont été faites au niveau des trois districts issus de la région *Alaotra Mangoro*, seuls les résultats des deux autres ont été opérationnels faute de procédure non suivie.

### **Section 2 : Etude coût efficacité**

Toutes les activités ont été réalisées selon les méthodologies recommandées. L'étude time and motion a été conduite dans 30 CSB. Avant chaque étude time and motion, une enquête sur les perceptions des agents de santé a été conduite. La méthodologie adoptée par Madagascar a été signalée comme référence pour cette étude lors de l'atelier de Septembre 2008. Les outils pour les études In Patient, Outpatient, et Health cost system sont actuellement en cours.

### **Section 3 : Résistance des parasites aux antipaludiques**

Prélèvements pré implémentation. Un total de ( ) prélèvements est en cours de traitement par l'IPM.

### **Section 4 : Volet pharmacovigilance : passive et active**

La mise en place et/ou le renforcement d'un système de pharmacovigilance dans les districts où le TPIe est mis en oeuvre représente une composante importante des recherches opérationnelles. La tolérance et l'innocuité de la SP utilisée dans la stratégie TPIe a été une des importantes questions soulevées par le Comité National d'Ethique de Madagascar.

Pour ce faire, le principal investigateur a participé avec des collègues du Ministère de la Santé à donner aux agents de santé des notions sur la pharmacovigilance passive lors de la formation TPIe de février 2007. Toutefois, cette pharmacovigilance passive semble ne pas être suffisante pour répondre aux questions quant à la sécurité d'emploi de SP et des antigènes du PEV. Ainsi, c'est dans le but de documenter les éventuels effets indésirables de la SP et des antigènes du PEV du couplage du TPIe à la vaccination de routine dans les 5 districts sanitaires de la région de l'*Alaotra Mangoro* que l'Agence du Médicament de Madagascar (Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale) et le Bureau de l'UNICEF de Madagascar ont décidé de rédiger un Memorandum of Understanding. L'objectif principal de ce MoU est la conduite d'une pharmacovigilance active.

Historiquement, ce volet aurait dû être conduit au Ghana et au Malawi mais le Malawi n'a pas pu le réaliser. Le Coordonnateur mondial a alors demandé à la partie Malawi de transférer le fonds d'un montant de 28 000 USD à l'UNICEF Madagascar. Lors de l'atelier international qui s'est tenu à Antananarivo le mois de Juillet 2007, le Dr Alexandra de Sousa avec l'aide de l'équipe du Ghana ont adapté ce budget (28 000 USD) pour réaliser les activités à Madagascar. Un contact a été pris avec les responsables de la DAMM et il a été décidé d'écrire un MoU. J'ai personnellement écrit ce MoU et suivi jusqu'à sa signature en août 2007. Ce Mou prévoit le recrutement d'un point focal qui sera affecté à la DAMM : Dr Hantamalala Ravelomanantena .

Les outils pour la pharmacovigilance active ont été confectionnés. Le point focal en collaboration et sous la supervision du Dr Donat Rakotomanana et du Dr Sabrina Lock Njarasoa a conduit la formation de 78 agents de santé (50 à *Ambatondrazaka* et 28 à *Amparafaravola*) et des agents de service à base communautaire par district (59 ASBC pour *Ambatondrazaka*, 39 pour *Amparafaravola* et 88 pour *Moramanga*). Ils ont distribué 25000 cartes de notification et ont reçu au retour 5317 (à la date du 7 mars 2008). Après des séances d'imputabilité, sur un total de 1805 cartes étudiées, 626 EIM ont été notifiés dont 24 cas de manifestations cutanées (manifestations qui pourraient être le plus souvent dues à la SP).

Après avoir vu les résumés des quatre études du projet opérationnel TPIe, voici maintenant ceux de l'étude acceptabilité.

## **Chapitre 2 : Etude acceptabilité**

### **Section 1 : Connaissance, attitude et pratiques des agents de santé par rapport au couplage PEV/TPIe**

En général pendant notre première descente, nous avons pu noter que les agents de santé se sont appropriés du projet car ils ont bien respectés le protocole préconisé dans le guide de formation tels que l'enregistrement, la pesée, la vaccination l'administration du TPIe et la tenue d'un conselling et le rappel de l'utilisation d'un MII. Ensuite, ils ont une bonne connaissance du PEV/TPIe par rapport à leur statut professionnel surtout les personnels de soins directement impliqués par les activités PEV/TPIe (Infirmier, Sage femme, Personnels d'appui). Et ce qui est vraiment remarquable et à la fois surprenant pendant notre séjour sur terrain, c'est que les agents de santé se sont bien conduits en dépit du charge de travail très lourde du fait que l'intégration du TPIe avec la vaccination de routine PEV lors du jours de vaccination. D'après nous, il y avait une bonne perception du TPIe par les agents de santé car non seulement ils sont conscients que le paludisme est un grand problème de santé publique mais aussi l'inclusion du TPIe dans leurs activités n'était pas un facteur de blocage, au contraire cela leur a ravi car les taux de consultations externes en matière de paludisme ont diminué considérablement vérifiées par la baisse du taux de couverture vaccinale. Ajouter à cela aussi, les fréquentations des mères pour vacciner leurs enfants ont augmenté. Ici, nous pouvons affirmer que le TPIe supporte bien le PEV au niveau du district de Moramanga car cela cause un impact positif sur le taux de morbidité et de mortalité concernant le Paludisme. Enfin, le TPIe est devenu une activité de routine au sein des CSB échantillonnés au niveau du district.

Néanmoins, nous pouvons signaler quelques imperfections comme :

- Le non respect du protocole transmis lors de la formation des médecins chef CSB (Cas d'un CSB au niveau du district de Moramanga) surtout au début de la mise en œuvre) ;
- Dans certains CSB : absence conselling et/ou de la pesée lors du jour de vaccination ;
- Certaines mères elles-mêmes administrent le SP aux enfants cas d'un CSB urbain au niveau du district de Moramanga ;

## **Section 2 : Connaissance, attitude et pratiques des communautés par rapport au couplage PEV/TPIe**

D'après les enquêtes que nous avons réalisées lors de notre descente sur terrain, nous avons vu noter une bonne connaissance du paludisme par la Communauté (symptôme, manifestation...) et de sa prévention (utilisation du MID). Et aussi une bonne connaissance de l'usage de la vaccination et de sa prévention contre les maladies infantiles telles que la Diphtérie, la Rougeole, la polio et la rougeole...). Mais en revanche, les mères connaissent mal le TPIe en, cela à cause de la non-finalisation des supports IEC et de la mauvaise qualité du conselling au niveau des formations sanitaires. Parfois, elles perçoivent mal le TPIe car elles confondent le médicament par paracétamol car il fait baisser la fièvre ou la température après les séances de vaccination. En général, les mères se sont appropriées du TPIe car aucun cas de refus n'a été noté durant la mise en œuvre ; elles ont approuvé la nouvelle mesure justifiée par l'enthousiaste à propos des fréquentations sanitaires pour faire vacciner leurs enfants et réclament déjà le TPIe en DTChépB1.

Il y a une forte acceptabilité de la population du TPIe surtout pour les enfants complètement vaccinés et ayant reçu les 3 doses de TPIe. Mais cette acceptabilité est moyenne pour les mères n'ayant pas encore fini les 3 séries de vaccination et n'ont reçu que deux ou une seule dose de TPIe ; elles ont encore peur que leurs enfants peuvent attraper le paludisme s'ils n'ont pas reçu la dose complète. Les mères acceptent timidement le TPIe à cause du niveau de connaissance bas lors de l'intervention de la mauvaise qualité du conselling (certaines formations sanitaires au niveau des trois districts). Enfin, elles acceptent difficilement le TPIe par peur des agents de santé et surtout du loi d'hôpital qui oblige les personnes bénéficiaires de soins à s'adapter forcément à l'implantation de nouvelle mesure thérapeutique au sein des formations sanitaires sans vraiment savoir quels les sont les effets directs par rapport à la santé de leurs enfants. Cela, selon nous à cause du niveau d'instruction des mères car beaucoup n'ont pas atteint le niveau primaire, donc font confiance aveuglement à la bonne foi des agents de santé. La non-disponibilité des supports IEC aussi au cours du mis en œuvre a causé un impact négatif sur le niveau de connaissance des mères.

La non-observance ou le fait de ne pas respecter le calendrier vaccinal par les mères est due à des facteurs plus culturels tels que:

- La migration de la mère chez ses parents quand elle vient d'accoucher ;
- La non-consultation du carnet de santé de son enfant par ignorance et par manque d'intérêt.

Le SP dilué avec de l'eau est perçu comme contradictoire avec les recommandations des sages femmes aux accouchées au niveau du district de Moramanga qui suit le protocole du mélange du lait maternel avec le SP) : Allaitement Maternel exclusif enfants moins de 6 mois (néanmoins cela n'affecte pas l'adhésion des mères)

Enfin les causes de la non-fréquentation des formations sanitaires (familles non vaccinées)

- Famille nombreuse (non-pratique du planning familial) ;
- Pauvreté et ignorance ;
- Mauvaise expérience quant à la précédente série de vaccination (fièvre ou pleurs excessives de l'enfant) ;
- Fidélité aux médicaments à base traditionnelle ;
- Superstition (absence de confiance quant à l'intérêt de la vaccination).

Ainsi, nous abondons dans le sens de PARSONS <sup>18</sup> lorsqu'il dit que l'on distingue cinq caractéristiques essentielles au rôle médical du soignant qui est en fait un rôle professionnel. « Le premier porte sur la compétence technique : cette compétence acquise est un élément fondamental du statut professionnel. L'universalisme est le second point qui alimente le rôle du médecin : la relation médecin/malade est régie par des règles abstraites fondées sur une compétence technique. Le thème de la spécificité fonctionnelle constitue le troisième élément du rôle du médecin ; ce dernier est spécialiste d'un domaine précis, limité à la santé et à la maladie, on ne peut donc attendre de lui une compétence égale dans les domaines. La neutralité affective est également de rigueur pour un rapport neutre et objectif dans une relation où par définition, le malade se trouve dans une situation de vulnérabilité. Enfin, l'orientation vers la collectivité ; le premier souci du professionnel du médecin doit être celui du bien-être de son patient, d'un dévouement envers la collectivité... »

### **Section 3 : L'analyse du contexte socioculturel et des caractéristiques des services de Vaccination et du politique de santé du district de Moramanga**

En général chaque formation sanitaire a sa propre organisation de travail par rapport aux services de vaccination, l'adoption des politiques de santé concernant le paludisme, la vaccination et la mise en œuvre du TPIe. Si on parle de localisation géographique, de répartition des formations sanitaires éligibles pour la mise en œuvre du TPIe, la majorité est inaccessible pour ne pas dire enclavée car les routes sont non seulement en mauvais état mais ces centres de santé se trouvent très loin des villages des populations cibles. Ceux qui

---

<sup>18</sup> CARRICABURI, D. et MENORET, M. (2005) Sociologie de la santé, Paris, Armand Colin, p.49

engendrent beaucoup de problèmes comme la non- fréquentation des populations cibles au centre de santé, le manque de supervision faite par les responsables du bureau de santé de district et même les coordonnateurs de districts TPIe et enfin le manque de motivation des agents de santé à cause du nombre de consultation des populations concernant les 3 programmes.

Les jours de vaccination de ces différentes formations sanitaires sont surtout les Mardis et les jeudis car la majorité de la population sont des cultivateurs car ils se trouvent en milieu rural et ces jours sont des jours interdits pour la population agricole et rurale donc les mères peuvent venir consulter les centres de santé. Un facteur socio culturel comme le jour du marché joue un rôle aussi pour la fréquentation de masse par les populations cible, car c'est pendant ces jours aussi que les mères en profitent pour venir aux formations sanitaires pour faire vacciner leurs enfants. Donc les responsables des centres de santé adaptent leur jour de vaccination en tenant compte de ces facteurs pour pouvoir bien réaliser ces travaux et pour avoir le maximum de populations bénéficiaires.

A partir des données collectées auprès des agents de santé, ils domestiquent bien les politiques de santé proposées (Traitement du paludisme) et s'approprient bien les nouvelles mesures thérapeutiques (inclusion du TDR et des nouveaux médicaments anti-paludiques pour soigner le paludisme l'ACT), ce qui a facilité l'intégration du TPIe surtout dans les centres de santé échantillonnés pour l'étude acceptabilité au niveau des 3 districts. De plus, les agents de santé n'ont pas connu encore de problème par rapport au vaccination donc il a suffi de bien mobiliser la population cible de la nouvelle stratégie de couplage PEV/TPIe pour réussir la mise en œuvre.

En dépit du nombre très limité de personnels de santé au niveau de chaque district l'Etat ne les paie pas bien alors que leur condition de travail est assez lourde surtout le jour de vaccination, ils ne sont pas pour autant démotivés dans l'accomplissement de leur devoir après l'observation directe des pratiques de PEV/TPIe vérifiées par les entretiens faits au niveau des agents de santé. Ce qui nous a ravi lors de notre descente sur terrain, c'est que ces agents de santé aiment vraiment leur travail qui peuvent vraiment être fatigant le jour de vaccination, la plupart ne mange même pas l'après midi à cause du nombre illimité de bénéficiaires de soins. Donc le TPIe est déjà une activité de routine avec le PEV au niveau du district de Moramanga.

## **Section 4 : Analyse des comportements des agents de santé par rapport aux mères lors des activités PEV/TPIe**

Nous allons détailler ci-dessous les comportements des agents de santé qui peuvent provoquer des mutations ou des transformations en termes d'acceptation du TPIe lors du jour de vaccination.

### **1.1 : Représentation de l'image de l'agent de santé dans les formations sanitaires**

La représentation de l'agent de santé joue un grand rôle sur l'acceptation des communautés par rapport au couplage TPIe/PEV c'est-à-dire que les agents de santé doivent avoir une bonne image, une bonne attitude qui influence les communautés à fréquenter les centres de santé. Ici, nous parlons de santé donc le responsable doit montrer un bon exemple pour persuader les communautés de s'approprier facilement à la nouvelle mesure

### **1.2 : Type d'accueil des agents de santé à l'encontre de la Communauté lors des jours de vaccination**

La façon d'accueillir les communautés lors des jours de vaccination peut influencer l'adhésion des communautés par rapport à la nouvelle mesure. D'après notre enquête, cet aspect s'est révélé positif car aucune mère ne s'est plainte concernant ce point. Ce qui est une bonne chose car les agents de santé sont conscients de leur travail et prennent bien en charge ses patients.

### **1.3 : Type de relation entre les agents de santé et les communautés (mode de communication comme la mauvaise humeur, caractère mauvais des agents de santé) lors des jours de vaccination**

La relation entre les agents de santé et les communautés est très déterminante pour l'adhésion de la communauté au TPIe car si ces dernières sont sceptiques par rapport aux soignants, ils ne vont plus revenir aux centres ce qui va nuire à la réputation de l'agent de santé qui sera un facteur de désapprobation et aura un impact sur l'acceptation du projet.

### **1.4 : Rupture de stock des médicaments proposés lors des activités PEV/TPIe**

La qualité de l'approvisionnement des médicaments (TPIe) aussi est un point à prendre en compte, car une rupture de stock fréquent peut modifier le comportement de la Communauté par rapport au couplage TPIe/PEV. La majorité des populations cibles habitent à plus de 5km des formations sanitaires et si les médicaments ne sont pas disponibles lors de leur venue dans les formations sanitaires le jour de la vaccination, cela peut avoir un impact négatif sur leur comportement d'adhésion.

### **1.5 Prise de décision au sein du ménage par rapport à la santé infantile**

D'après le contexte socioculturel au niveau de la région *Alaotra Mangoro*, les habitants vivent tous dans des ménages mais ne vivent pas en concession. Concernant la santé infantile, ce sont les deux parents seuls qui prennent les décisions et surtout la mère qui est plus impliquée démontrée par nos enquêtes. Généralement, le père n'intervient pas beaucoup donc la décision n'affecte pas trop le comportement de la mère pour fréquenter les formations sanitaires et pour adhérer à la nouvelle mesure.

### **1.6 : Particularité de l'épidémiologie du paludisme au niveau de la région**

La région *Alaotra Mangoro* a été éligible pour le projet de recherche opérationnelle TPIe car elle est une région à endémie palustre avec une transmission stable et un pic saisonnier. Les habitants de la région sont conscients que le paludisme est un problème de santé publique, ce qui a facilité l'intégration du TPIe en tant que programme de santé couplé à la vaccination de routine PEV. Ce qui a facilité l'acceptation de la population du projet et sont ravis qu'une nouvelle mesure soit mise en œuvre dans leur région.

- Effet des contextes politiques et religieux sur les attitudes face au TPIe couplé à la vaccination de routine PEV

A Madagascar, la majorité des autorités administratives, sanitaires et religieuses doivent se conformer à la politique du gouvernement malgache. Lorsque nous avons fait le plaidoyer au niveau de ces diverses autorités le contexte politique était encore sous l'ère de l'ancien président, la réalisation du MAP est l'une des priorités du gouvernement alors que dans le MAP l'éradication du paludisme est la seconde cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Donc, ils se sont tout de suite appropriés par rapport au projet donc cet aspect là n'était pas un facteur de blocage pour la bonne mise en œuvre du projet. Mais dernièrement, après notre dernière descente, le MAP n'est plus de la feuille de route la Haute Autorité de la transition mais concernant l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, ils sont d'accord par rapport aux priorités du MAP. La preuve, le Premier ministre a honoré la dernière manifestation de la SSME ou Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant. De plus la mise en œuvre du TPIe continue toujours jusqu'à maintenant en collaboration avec le Ministère de la Santé en dépit du changement des personnels au sein du Ministère en question.

### **1.7 : Influence du TPIe pendant la grossesse distribue lors du CPN des femmes ayant des enfants moins d'un an**

On connaît déjà tous maintenant qu'une mesure à savoir le Traitement Préventif Intermittent du paludisme chez la femme enceinte ou TPIp a été déjà mise en œuvre au sein des centres de

santé de Madagascar. Donc les femmes ayant accouché récemment savent l'existence de ces médicaments qui leur ont été offerts lors du CPN, est que le fait de recevoir ces médicaments en période de grossesse peuvent influencer un comportement d'adhésion des mères après l'intégration du TPIe car d'après leurs réponses lors de l'enquête, le rôle de ce médicament prévient elle et son enfant du paludisme donc il n'est plus difficile pour elle d'adhérer à la nouvelle mesure quand son enfant va recevoir le TPIe.

### **1.8 : Existence probable de rumeur avant, au cours et après la mise en œuvre**

Nous savons tous que pour un projet pilote comme celui-ci, est très sensible si jamais il y a propagation d'une rumeur et va causer des obstacles pour le bon déroulement du projet. Nous nous sommes déjà documenté sur ce point-là lors de nos enquêtes mais ni les agents de santé ni les communautés n'ont entendu aucune rumeur concernant le TPIe/PEV jusqu'à maintenant car les populations et les agents de santé sont satisfaits de l'efficacité de ce médicament et du bon impact qu'il a sur le PEV. En dépit de la mauvaise interprétation de la molécule SP en paracétamol ou perçu par la communauté comme un antipyrétique responsable de la baisse de fièvre après la vaccination.

## **Section 5: l'acceptation ou le rejet de l'usage du SP dans les stratégies de prévention du paludisme (TPIe et TPIp) avant et après le changement de politique de traitement du paludisme**

### **1.9.1 : Le TPIe supporte bien le PEV**

Après l'intégration du TPIe dans les programmes de soins, le taux de couverture vaccinal n'a cessé d'évoluer car les populations cibles sont conscientes du contexte épidémiologique du paludisme qui est un grave problème de santé publique et est placé au second rang en ce qui concerne le taux de morbidité et le taux de mortalité infantile à Madagascar.

Au contraire, les mères sont très enthousiastes concernant les fréquentations des formations sanitaires après l'administration du TPIe comme mesure de prévention du paludisme. Lors de notre enquête sur terrain « une mère a demandé le TPIe aux agents de santé alors que son enfant vient d'être vacciné au DTChépB1 c'est que son enfant n'a qu'un mois. Tout cela pour montrer l'intérêt des mères concernant l'intégration du TPIe dans les services de santé.

## **Section 6 : Il n'y a aucun impact négatif du TPIe sur les autres stratégies de prévention du paludisme (utilisation du MID)**

Après notre investigation durant les enquêtes de premier passage de l'étude acceptabilité et même vérifiées lors de notre dernière enquête concernant l'évaluation des activités de communication. Non seulement pendant les IEC avant les séances de vaccination, l'utilisation du MID est toujours rappelé en addition de l'administration du TPIe mais le MID a été toujours utilisé par les populations bien avant l'intégration du TPIe comme nouvelle stratégie de prévention du paludisme, donc ce n'était pas un problème pour la population de toujours l'utiliser même si le TPIe était arrivé.

## **Section 7 : Evaluation des perceptions des agents de santé et des communautés vis-à-vis des mécanismes de pharmacovigilance**

D'après les enquêtes que nous avons effectuées auprès des agents de santé, ils connaissent tous le pharmacovigilance c'est-à-dire l'existence des effets indésirables médicamenteux liés à la prise des médicaments. Jusqu'à maintenant aucun cas sévère n'a été notifié comme le syndrome de l'aïeul ou les infections cutanées ; seul les pleurs excessifs et vomissement des enfants lors de l'administration du TPIe ont été notifiés. De plus la pharmacovigilance active est en phase de mise en œuvre, c'est-à-dire suivre vraiment pendant une période la mère si jamais des EIM apparaissent, pour cette occasion un point focal de pharmacovigilance a été recruté et a déjà fini de former tous les agents de santé à base communautaire (distribution des cartes de notifications auprès des mères lors des jours de vaccination).

## **Section 8 : Evaluation des stratégies de communication TPIe**

Dernièrement nous avons pu évaluer les activités de communication effectuées par l'ASOS avant la mise en œuvre (marionnette, folklore, spot radio...).

Comme résultat préliminaire, nous avons vu que les supports de communication n'ont pas été signalé par les communautés lors de l'enquête, seul le counselling au niveau des agents de santé lors des jours de vaccination a été la seule stratégie de mobilisation sociale énoncée par les ménages pour connaître le TPIe. Cette enquête d'évaluation nous a été utile dans le but d'améliorer notre stratégie de communication au niveau des trois districts et pour pouvoir atteindre les objectifs de l'étude communication car Madagascar est le leader de ce volet au niveau des 6 pays africains retenus pour la mise en œuvre du projet TPIe

## **Section 9 : Etude comparative de l'étude acceptabilité Madagascar par rapport aux autres pays (le Sénégal, le Mali, le Bénin)**

Au niveau des 6 pays africains bénéficiaires du projet TPIe, un groupe de travail entre 4 pays francophone est né (le Sénégal, le Mali, le Bénin et enfin Madagascar) pour pouvoir comparer et discuter de l'état d'avancement de l'étude entre les 4 pays, c'est-à-dire les contraintes, les éventuels problèmes qui peuvent survenir, les pistes de réflexions pour améliorer l'étude. Ce groupe est co-dirigé par le Sénégal et le Mali à partir de février 2007. Un protocole de recherche est sorti donc après la première réunion, il faut rappeler en passant que Madagascar n'était pas encore inséré dans le groupe faute de retard concernant le recrutement de l'anthropologue et la mise en œuvre du projet TPIe en général.

Maintenant, comme le Sénégal, le Mali et le Bénin étaient déjà en avance car ils ont commencé en octobre 2006 la pré-implantation du projet, ils avaient déjà quelques avantages énormes par rapport à Madagascar. Le Sénégal a déjà fini la seconde descente donc a complètement fini, concernant les résultats de l'étude, il n'y a pas beaucoup de différence sauf que les services de santé offerts sont payants pour le Sénégal, différents à celles de Madagascar, le Bénin et le Mali. La différence à noter par rapport aux 3 pays c'est que Madagascar a trois sites contrairement aux 3 autres qui n'ont que deux sites et donc moins de travail. Néanmoins l'équipe malgache a pu étudier les trois sites pour pouvoir comparer les résultats lors du dernier colloque à Bamako en novembre 2007.

Généralement, le TPIe est acceptable au niveau des bénéficiaires de soins vérifiés par un colloque entre les 4 pays. Aucun anthropologue n'a insinué le refus de la mère lors de l'administration du TPIe à leurs enfants au contraire le fait d'avoir le TPIe couplé à la vaccination PEV lors des jours de vaccination est perçu comme positif pour elles. La preuve, chaque pays a mentionné un taux de couverture vaccinale en hausse, un taux de consultation externe concernant le paludisme en baisse. Après l'inclusion du TDR, rare sont les cas confirmés de paludisme durant la mise en œuvre. A Madagascar, à propos de l'étude des résistances des parasites aux antipaludiques aucun cas n'a été notifié.

Aussi bien que les agents de santé que les communautés, aucune rumeur n'a été également notifiée au niveau des 4 pays. Les agents de santé aussi domestiquent bien la nouvelle mesure proposée car ils suivent bien les protocoles en dépit de la charge de travail lourde lors du jour de vaccination. Les méthodologies de chacun des pays ont été uniformisées grâce à un protocole de recherche anthropologique pour mieux comparer les résultats obtenus après les premières descentes donc aucun pays n'a pas eu beaucoup de difficulté lors de la mise en application sur terrain sauf Madagascar qui n'a pas été totalement

équipé (retard de la mise en œuvre, retard du recrutement des enquêteurs, inexistence d'appareil d'enregistrement lors des enquêtes à Amparafaravola et Moramanga).

En général, le TPIe est bien accepté et bien approuvé notamment chez les agents de santé que les communautés au niveau des 4 pays, même si les réalités socio-culturelles s'avèrent différentes comme la prise de décision concernant la santé des enfants. En Afrique bien que les pères aient été formellement les décideurs finaux concernant la santé ces enfants, un répondant a convenu que les hommes généralement n'interviennent pas dans les décisions au sujet de la santé infantile. Dans la pratique il est de la responsabilité de la mère de porter l'enfant à la clinique et les mères ont la liberté relative d'en décider de ceci sans devoir toujours consulter des maris ou d'autres parents tels que des belles-mères. Le mari est impliqué mais la personne qui s'occupe de l'enfant est la mère. Quand l'enfant tombe, les hommes malades laissent le fardeau entier à la femme pour porter l'enfant à l'hôpital. Par conséquent la femme est celle qui sait ce que continue avec l'enfant. (Interviewer résident) quelques pères étaient critiques au sujet du TPIe. Un interviewer résident a rapporté entendre un homme être fâché avec son épouse pour qu'elle accepte de donner leur PS d'enfant quand l'enfant n'était pas malade. L'homme avait dit: Les mères ont juste accepté les médicaments qui sont sans signification, parce que nous sommes censés donner un médicament à un enfant qui est malade. Il est normal qu'il y a une influence des hommes dans la prise de décision réelle, mais il est clair qu'en général les hommes ne sont pas un facteur blocage important dans l'adhésion des mères concernant les activités PEV/TPIe. Concernant le niveau de connaissance, la perception du TPIe, au niveau des 4 pays il y a aussi une différence car lors des enquêtes, les mères les confondent par un paracétamol ou bien comme un antipyrétique responsable de la baisse de fièvre lors des vaccinations. C'est le cas du Sénégal et de Madagascar, pour les deux autres aucun commentaire. Cela est dû comme nous avons dit plus haut au retard de la mise en œuvre des outils communication, l'absence de counselling et parfois les mères ne sont pas attentives lors de l'éducation sanitaire faite par les personnels de soins qui changent par rapport aux types de centres de santé. Pour un CSB1, c'est un paramédical en la personne d'un sage femme ou d'un infirmier qui le fait, mais en revanche, pour un CSB2, c'est souvent un médecin qui le fait ou bien un paramédical car un médecin dès fois ne s'implique pas directement sur les activités PEV/TPIe. Cela dépend des réalités socio culturelles de chaque pays. Par exemple au Sénégal, au Mali et au Bénin, un ASC ou relais communautaire participe directement aux activités PEV/TPIe mais payé comme bénévole. A Madagascar, le travail du relais communautaire se limite aux sensibilisations des mères pour fréquenter les centres de santé (visite à domicile ou pendant les assemblées

générales au niveau des fokontany). Surtout, lors des séances de vaccination à stratégie avancée, c'est là que ces relais aident beaucoup les personnels de santé pour identifier les enfants perdus de vue ou qui ne respectent le calendrier de vaccination en stratégie fixe. Beaucoup de motifs sont énoncés par les agents de santé par exemple :

- l'éloignement du domicile de la mère par rapport aux centres de santé ;
- le phénomène de « hors cible » c'est-à-dire les mères qui vont faire vacciner leurs enfant dans un autre centre de santé autre que les leurs par choix, accessibilité ou qualité de service ;
- la migration vers une autre localité ou une autre Commune ;
- l'ignorance des mères qui ne lisent pas ou ne vérifient pas les carnets de santé après la précédente série de vaccination ;
- le manque d'intérêt des mères quant à la vaccination des enfants qui pour elles est une chose secondaire (pauvreté et famille nombreuse) ;
- l'attentisme des mères qui attendent toujours la mobilisation d'un relais pour venir faire vacciner leurs enfants.

Ces causes sont un peu près semblables au niveau des 4 pays africains d'après le dernier colloque en novembre 2007 à Bamako.

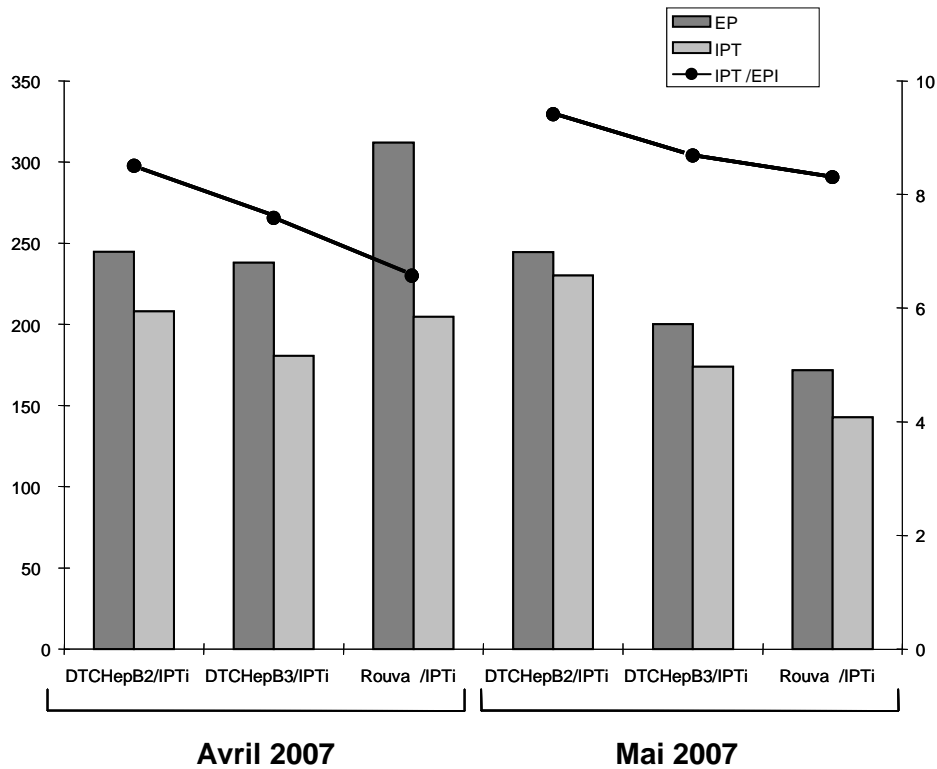
Enfin en terme de comportement ou d'attitude, les mères qui respectent l'observance se comportent bien et affichent un bon enthousiasme en dépit du long temps d'attente lors du jour de vaccination. Elles suivent facilement les recommandations des agents de santé lors des activités PEV/TPIe et ne montrent aucune résistance et de doute au moment de l'administration du TPIe.

Même si quelques facteurs comme la peur des agents de santé et la loi d'hôpital qui obligent les mères à accepter facilement les nouvelles mesures thérapeutiques mises en œuvre dans les services de santé. A notre avis ils ont beaucoup de confiance à l'endroit des agents de santé et par conséquent ont une vision supérieure des personnels de santé dans leur imaginaire symbolique<sup>19</sup> qui leur contraignent toujours à adhérer aveuglement à ces mesures. Cela est valable surtout en milieu rural au niveau des pays africains en général à cause du niveau bas d'instruction, la peur de l'administration, la pauvreté...

---

<sup>19</sup> Selon CARRETERO PASIN, A, E. (2006) Pouvoirs et imaginaires sociaux, Paris, L'Harmattan, p.20 « La perception de la réalité est construite à partir d'un ensemble de significations imaginaires institutionnalisées qui lui procurent une certaine intelligibilité... »

**Graphique 2 : Couverture vaccinale d'Avril 2007 au mois de Mai 2007 au niveau du district de Moramanga**



Source : Enquête personnelle, octobre 2008

D'après cette graphie, au commencement de la mise en œuvre c'est-à-dire au mois d'avril, nous pouvons observer une légère avance du PEV par rapport au TPIe mais à partir du mois de Mai l'avance s'est réduite car le TPIe commence à être distribué au sein des formations sanitaires.

### Mise en œuvre du TPIe

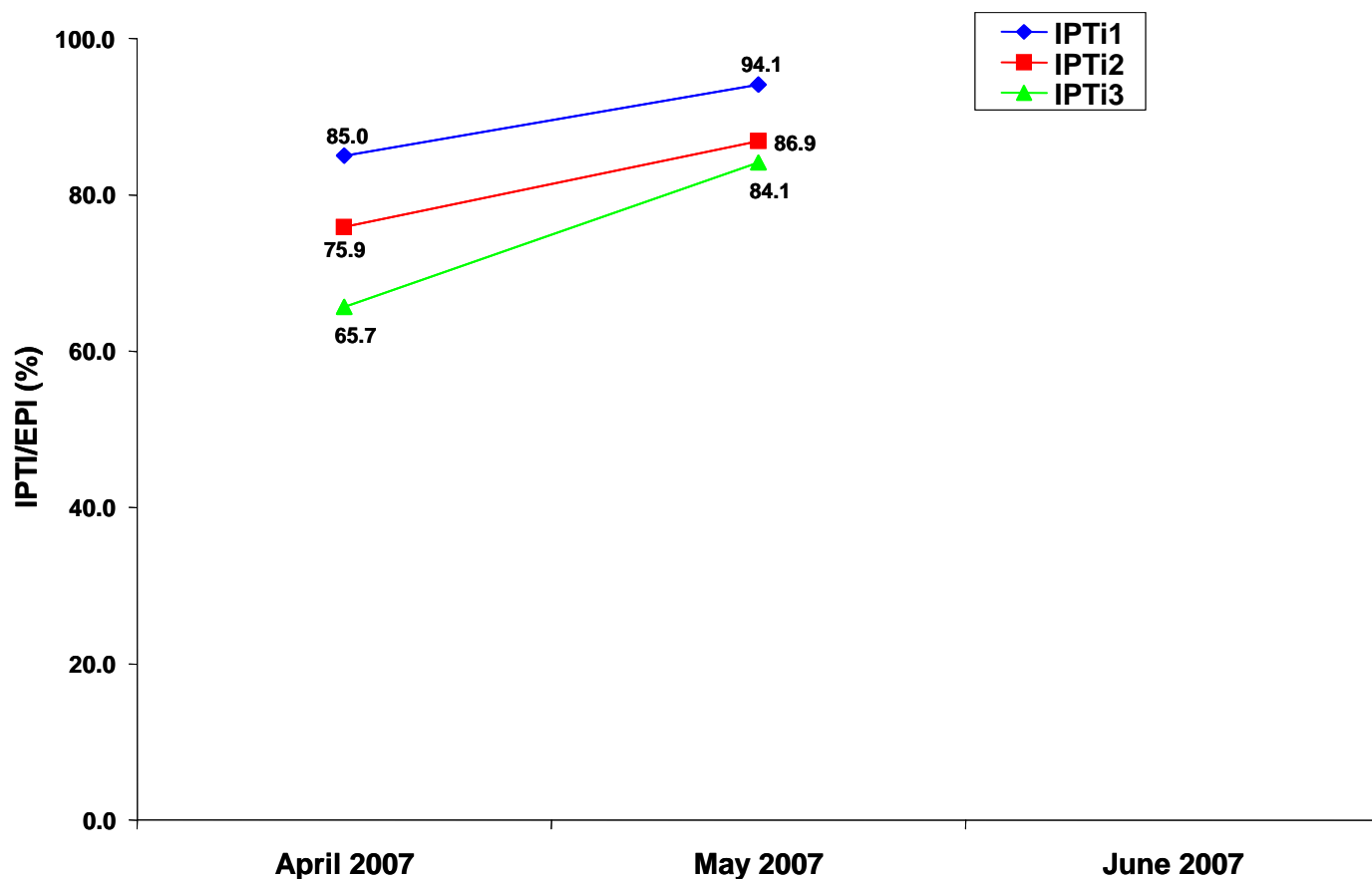
- La mise en œuvre du TPIe a débuté les deux dernières semaines du mois d'Avril 2007 au niveau des trois districts ;
- La Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant s'est tenue du 23 au 27 avril et le lancement officiel du projet TPIe a eu lieu à Moramanga.

**Tableau 6 : Répartition des doses de TPIe distribuées au niveau des 3 districts**

District	DTChepB2 TPIe1 Doses	DTChepB2 TPIe2 Doses	Rouvax TPIe3 Doses	Total Doses
MORAMANGA	1,569	1,065	1,079	3,713
AMBATONDRAZAKA	1,649	1,439	1,383	4,469
AMPARAFARAVOLA	1,165	1,040	1,013	3,218
TOTAL				11,400

Source : Enquête personnelle, octobre 2008

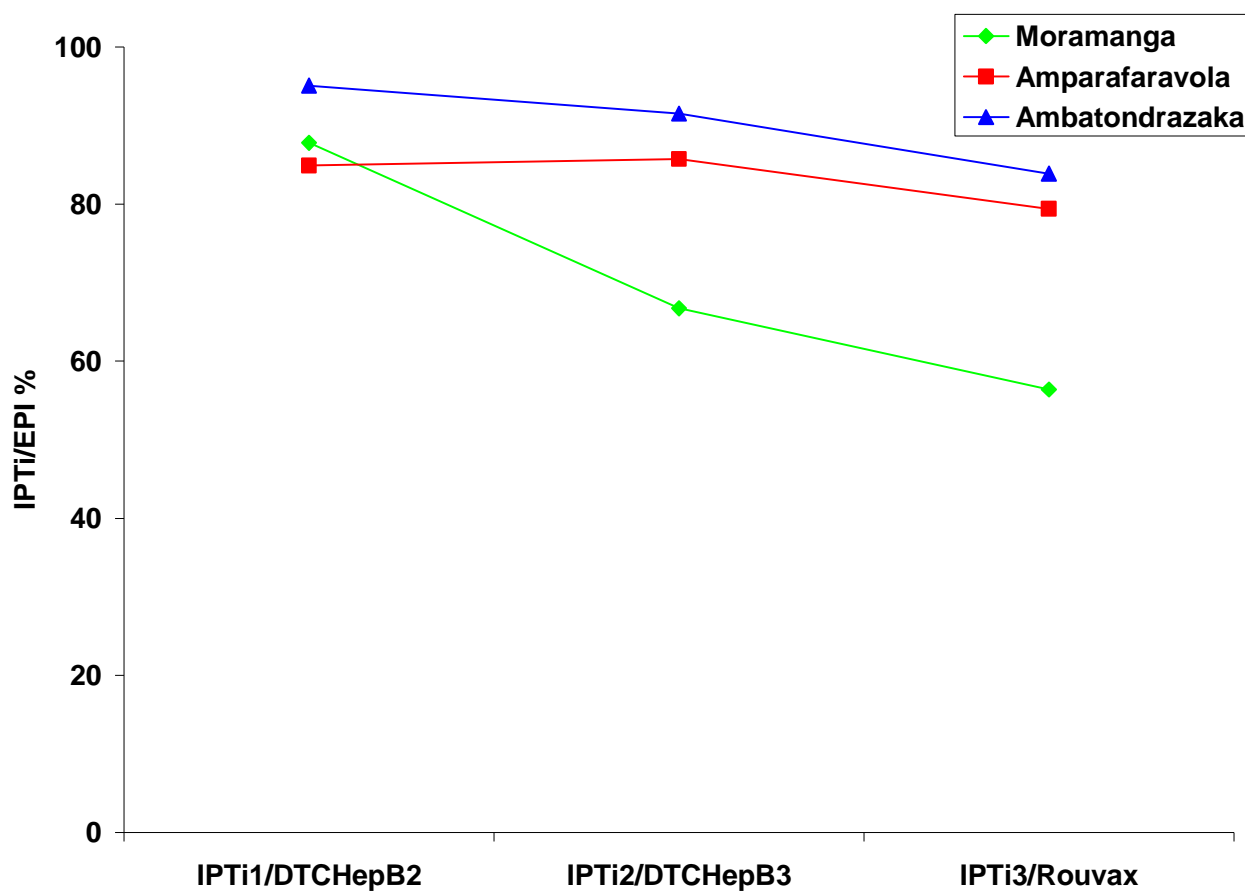
En octobre 2008, les doses de SP distribués au sein des formations sanitaires des 3 districts d'intervention sont de 11, 400 à une année de la mise en œuvre et pour Moramanga seulement c'est 3,713. Nous pouvons noter que les enfants qui ont reçu les doses de TPIe1 1 ,569 sont plus nombreux que les doses de TPIe 2 1,065 et de TPIe3 1.079

**Graphique 3 : Couverture vaccinale TPIe par mois au niveau du district de Moramanga avril mai 2007**

Source : Enquête personnelle, octobre 2008

Du mois d'avril au mois de mai 2007, la distribution de TPI 1, 2 et 3 n'a cessé de progresser pour le district de Moramanga 19% pour le TPIe1, et de 11% pour le TPIe2 et TPIe3.

**Graphique 4 : Couverture vaccinale TPIe par mois au niveau du district de Moramanga avril juin 2007**



**Source :** Enquête personnelle, octobre 2008

Les activités PEV/TPIe commencent à augmenter au sein des 3 districts et nous pouvons voir que le couplage PEV/TPIe est complémentaire au sein des formations sanitaires, les 3 courbes sont croissantes.

## Section 10 : Discussion

La discussion dans ce secteur, immunisation était généralement acceptable et était comportement courant pour la plupart des mères. Le TPIe a bénéficié de cette situation d'équiper dans les modes du comportement déjà établis d'une manière discrète, et de la résonance des pratiques préventives traditionnelles. Bien que la plupart des mères n'aient pas détaillé la connaissance de l'immunisation, elles l'ont généralement interprétée en tant que quelque chose de salubre. Les mères ont vu peser comme activité importante de santé-soin en soi, et ceci semble avoir eu un effet positif sur l'assistance de clinique du PEV. L'assistance de clinique<sup>20</sup> était également un événement social qui a donné à des femmes une coupure de la monotonie des corvées et du travail domestiques de ferme et une occasion de s'habiller vers le haut et de rencontrer des amis. Ces facteurs sont tous semblables aux résultats d'une étude en Mozambique. Quand les femmes se sont transférées, c'était en grande partie un résultat des facteurs pratiques. Cependant, les raisons de la non adhérence étaient des facteurs structureaux parfois multiples et complexes, et également impliqués en dehors de la commande des mères ou du personnel individuelles de clinique. Ceci suggère que les interventions pour améliorer l'assurance de et l'adhérence aux activités PEV/TPIe (mais également d'autres interventions) devraient tenir compte des empêchements structureaux plus larges.

Tandis qu'il n'est pas faisable dans le court ou moyen terme pour adresser les larges contraintes structurelles décrites par des auteurs tels que le fermier de Paul comme " violence structurelle " (pauvreté, inégalité) , elle est faisable pour changer les contraintes structurelles plus locales identifiées dans cette étude (par exemple l'eau et fourniture de l'électricité aux centres de santé). Il y a également place pour l'expérience des femmes soulignantes ou augmentantes de ces aspects des visites de clinique qu'elles perçoivent comme important, quoiqu'elles puissent être moins essentielles d'un point de vue de santé publique. Par exemple, plus d'accent pourrait être mis sur peser des enfants, et ceci pourrait mieux être organisé, et davantage pourrait être fait de jours de clinique en tant qu'événements sociaux. Deux des soucis principaux concernant la réception d'IPIe lié à EPI ont été que les nouvelles additions à EPI pourraient négativement influencer les attitudes des personnes à et la prise de l'immunisation, et que les gens pourraient mal comprendre TPIe comme immunisation contre la malaria et en conséquence pour négliger d'autres mesures de mesure préventive. Concernant l'ancien, il n'y a aucune évidence dans cet arrangement que le TPIe a eu n'importe

---

<sup>20</sup> Inspiré de l'article de POOL (R) membre du Consortium concernant l'étude acceptabilité mené au Tanzanie du Sud-est

quel impact négatif sur des attitudes liées au PEV ou qu'il a eu n'importe quel effet sur l'adhérence au PEV. Concernant le dernier, les gens en cela étudient, comme dans l'étude de la Mozambique n'a pas généralement pensé que la réception du TPIe a signifié que leur enfant n'obtiendrait plus la malaria. Ce n'était pas parce qu'ils se rendaient compte de la protection limitée offerte par TPIe, mais plutôt y compris parce qu'ils ont regardé tout l'empêchement, des pratiques préventives traditionnelles et immunisation biomédicale, comme partiel – la maladie atténuante plutôt que complètement d'empêchement. Ceci a également résonné avec une vue fatalistic de la cause de quelques maladies: elles " se produisent juste " (ce sont les maladies décrites comme " naturalistic " ou " provoquées par un dieu " en étiologies africaines traditionnelles) .Cependant, ceci ne signifie pas que le TPIe n'a eu aucun effet négatif sur des attitudes reliées par EPI et comportement, juste qu'il n'y avait aucune évidence claire de ceci dans les données qualitatives dans cette étude. En outre, quoiqu'il n'y ait eu aucune évidence dans les données que le TPIe avait affecté le comportement de chercher de traitement pour la maladie fébrile dans les enfants en bas âge, ceci a été basé sur l'autoévaluation de l'individu et les scénarios hypothétiques de cas, et il est possible que quelques femmes aient répondu différemment en réalité. Il y a d'évidence indirecte des données que quelques mères ne se sont pas attendues à ce que leurs enfants obtiennent la malaria après qu'elles aient reçu le TPIe, et que dans certains cas ceci a affecté chercher de traitement. Ceci s'inquiète et devrait être un foyer dans des campagnes d'éducation accompagnant l'exécution. En particulier, des campagnes relatives à l'information ont pu être conçu pour équiper plus étroitement régner et des idées largement tenues au sujet d'empêchement de santé. Aussi longtemps que les perceptions locales de l'efficacité ne sont pas directement nocives à l'interposition, ce n'est pas nécessairement un problème qu'elles ne sont pas entièrement précises d'un point de vue biomédical. Beaucoup de mères se plaignent parfois au sujet du TPIe grâce à la manière où le médicament a été administré. Ce n'est pas tellement l'écrasement des comprimés et le donner à l'enfant en bas âge sur une cuillère qui les préoccupe, du mais c'est surtout leur perception de l'hygiène des tasses et des cuillères. Ceci sert à souligner l'importance de développer une formulation pour le TPIe qui est plus approprié aux enfants en bas âge. En outre concernant l'administration du médicament, il y avait d'évidence que le personnel sanitaire a donné le PS aux mères pour administrer à la maison, bien qu'une fois demandés explicitement ils ont toujours nié ceci. Il est impossible de dire avec précision comment répandu c'était une grande partie de l'évidence pour ceci a été dérivée officieusement pendant l'observation de participant, et tous ceux impliquées ont eu un intérêt n n'indiquant pas ceci aux chercheurs.

Comme avec d'autres issues discutées ici, il y avait des aspects positifs et négatifs à ceci, et également des facteurs structureaux plus larges qui doivent être pris en considération. Dans une certaine mesure administration nationale était le résultat de la connivence entre le personnel sanitaire qui a voulu réduire leur fardeau de travail ou s'assurer que les enfants n'ont pas manqué une dose due aux manques de l'eau dans la clinique, et mères qui ont voulu ce qu'ils ont perçu en tant qu'étant les meilleurs pour leur enfant. Il y a d'évidence claire des mères prenant la maison de PS et ne l'employant pas comme recommandé, mais il y a également d'évidence des mères mettant en application du TPIe à la maison de la façon appropriée. Le fait que le personnel et les mères de clinique se sont entendus dans l'administration nationale du PS nous rappelle premièrement que le comportement de santé dans des situations pratiques dévie souvent des intentions des planificateurs de santé et la connaissance que le personnel de santé ont de ce qu'ils sont censés faire; et deuxièmement cette adhérence peut parfois plus en juste proportion être réalisée en allant avec quels utilisateurs font de toute façon et essayant d'adapter ce comportement pratique de manière subtile, plutôt que d'essayer de le parler. Le TPIe s'était discutées dans la communauté et les informations sur elles ont filtré par les communautés locales très lentement, malgré un puits conçu et ont mis en application la campagne de l'information. Cependant, ceci ne devrait pas être pris pour signifier que l'information ne voyage pas rapidement et efficacement par de telles communautés rurales: il y a d'évidence suffisante de l'efficacité du radio trottoir [radio de trottoir car la circulation sans cérémonie d'information est mentionnée en Afrique francophone]. Quelques genres d'information (par exemple de rumeurs au sujet du sang volant ou au sujet de l'effet de stérilisation des vaccinations) peuvent écarté à travers de vastes secteurs dans une question des jours. Le fait que les gens apparemment n'ont pas prêté beaucoup d'attention aux affiches du TPIe et n'ont pas discuté du TPIe en dehors de la clinique, et le fait que des informations sur le TPIe, peuvent être interprété de deux manières par la communauté. D'une part, il pourrait conclure que la stratégie de l'information n'a pas fonctionné, et que les gens n'étaient pas assez intéressés par l'interposition pour la discuter. D'autre part il pourrait discuter que le TPIe adapté sans faille dans une interposition et un ensemble déjà existants et largement admis de prétentions fondamentales au sujet d'empêchement, et le fait qu'il n'a pas été largement discuté reflète simplement le succès de cette intégration. Si les perceptions des personnes dans les secteurs d'interposition avaient été primordialement négatif puis les rumeurs auraient écarté probablement rapidement par l'intermédiaire du radio trottoir.

Ces aspects de la circulation d'information reliés par santé par les communautés locales ont des implications pour la disposition d'éducation sanitaire et d'information plus

générale. Par exemple, étudier la manière dont l'information voyage par les canaux sans cérémonie du radio trottoir et de la forme et de la nature des messages transmis ainsi pourrait suggérer des manières d'employer les mécanismes semblables pour transmettre des messages de santé publique. En outre relié à la fourniture de l'information, le fait que tant de participants ont réclamé que la carte du RCH de l'enfant était une source importante d'information suggère la possibilité de développer les différentes sources d'information qui sont plus personnalisées que les feuillets que les patients peuvent jeter. L'expérience avec des interventions réussies dans les communautés qui sont généralement cependant pas très bien informées positif au sujet de l'interposition, et sur où le succès est basé le routinisation et les notions vagues de la santé, devrait mener aux discussions au sujet de combien et quel genre d'information est d'une façon minimum nécessaire pour assurer le succès des interventions de santé. Peut-être la prétention que la plus est donné le meilleur - n'est pas le droit information. Elle devrait également mener à une question de prétention que le succès et la durabilité à long terme des interventions tels que l'immunisation exigent une demande active plutôt que l'acceptation passive juste. Il est clair que le rapport entre les patients et le personnel de soin dans ces communautés rurales soit ambivalent et que les rapports sociaux se renversent plus de la communauté dans l'arrangement de clinique d'où les voisins soudainement doivent prendre les rôles le fournisseur de santé et le patient. Une étude de la demande du traitement de malaria et l'empêchement en Tanzanie de l'indication que les mères ont souvent la connaissance nécessaire pour chercher le soin approprié pour leur enfant. Ces rapports et les contextes dans lesquels ils sont inclus devraient être étudiés plus loin afin d'améliorer des rapports et communication dans la clinique. Dans le terme plus court il y a de diverses possibilités. On doit fournir au personnel une meilleure formation.

Ce par lui-même ne serait pas suffisant, parmi bien que, et exigerait également la surveillance de support et le développement d'une attitude de résolution des problèmes le personnel de santé et leurs surveillants. Il y aurait probablement une surveillance plus de support pour le personnel de santé si c'était politique nationale et entièrement adopté par le PEV N'importe quel personnel de santé visé par interposition devrait tenir compte en dehors du fardeau d'additionnel de travail dû au personnel sanitaire se sentant moralement obligé de fournir le soin leur environnement formel de travail et heures de travail. En outre, les panneaux de service de santé ont pu jouer un rôle. Ceux-ci sont censés être un mécanisme pour améliorer des services de santé (faisant participer membre de la Communauté influents qui sont censés avoir de l'autorité au-dessus du personnel de santé), mais ils sont mal compris et pas très efficaces. Cependant, dans l'exemple final amélioration substantielle exigerait un

programme beaucoup plus large visé développant une culture dans laquelle le respect de personnel de santé leurs clients et font aux meilleurs intérêts de leurs clients leur souci primaire, et dans quels patients se rendent compte qu'ils ont des droits à cet égard et apprennent à exiger l'information ou les services qu'ils ont un droit à. La conclusion dans cette discussion est que le TPIe couplé au PEV est généralement acceptable. L'acceptabilité a été liée au routinisation antérieur EPI et résonance avec des pratiques traditionnelles. La non observance était due en grande partie à des facteurs pratiques, sociaux et structureaux, dont beaucoup pourraient facilement être surmontés. Ces facteurs incluent des rapports sociaux locaux et la manière dont ils sont reproduits dans des arrangements de santé. Des priorités locales devraient être tenues compte, quoiqu'elles puissent ne pas être les priorités les plus élevées de santé publique, aussi longtemps qu'elles ne sont pas nocives et peuvent faciliter la prise des interventions (par exemple, plus d'emphasis sur peser et socialisation pendant les visites de clinique. Relié à ceci, il devrait y avoir plus de considération d'un point de vue pratique au sujet la connaissance minimum et compréhension exigée pour rendre des interventions réussis, plutôt que supposer simplement de que plus est meilleur. L'exécution réussie à plus long terme que le TPIe exigera l'un ou l'autre le développement d'une formulation acceptable pour des enfants en bas âge (par exemple baisses), le développement des moyens plus acceptables d'administrer les comprimés, ou l'acceptation de l'administration nationale en comportant (et l'autorisation) des mères en tant que collaborateurs actifs. Ceci pourrait également être important si un régime à plusieurs doses est employé pour le TPIe avec des solutions de rechange au Personnel de soins. À un niveau plus général, ce qui est nécessaire est le développement d'une culture de respect entre le personnel de santé et le patient.

**3<sup>ème</sup> partie : Dynamique de l'étude acceptabilité jusqu'à la fin de  
la mise en œuvre**

Dans cette troisième et dernière partie, nous allons voir les recommandations, les perspectives et enfin les leçons apprises pour pouvoir mettre à l'échelle ce projet surtout concernant l'étude d'acceptabilité.

## **Chapitre I : Recommandations, Contraintes, Leçons apprises**

### **Section1 : Recommandations**

#### **1- Etude de communication**

Concernant l'étude de communication, il faudrait donc, il faut envisager de refaire l'enquête de communication pour le district d'Amparafaravola dans le meilleur délai. Le Principal investigateur du projet est déjà entré en contact avec le responsable du service de la promotion de la santé du Ministère de la Santé pour la confection des outils et supports pour les activités de communication (affiches, flyers...).

#### **2-Etude de coût et d'efficacité**

Cette étude s'est bien déroulée d'après ce que nous avons dit ci-dessus jusqu'à ce qu'une ONG s'est intervenue pour interpréter toutes les données obtenues durant la mise en œuvre. Comme recommandation, les données et les informations sur l'analyse du coût et d'efficacité peuvent être communiquées au personnel de Penser Madagascar.

#### **3- Résistance des parasites aux antipaludiques**

Cette étude également a été bien menée mais elle doit être encore continuée. Selon le principal investigateur du projet il faut :

- ajouter les prélèvements faits par l'IPM en 2006 ;
- Lancer à temps la collecte pour l'étude post –implémentation ;
- Prévoir de conduire une autre collecte en février 2009, pour avoir un recul de deux ans de la mise en œuvre.

#### **4- Pharmacovigilance passive et active**

Après des réunions de travail avec le coordonnateur mondial lors de son passage à Madagascar en mars 2008, il a été convenu que l'on apporte un avenant d'un montant de 29 000 USD pour assurer la réalisation des activités dans le cadre de la pharmacovigilance active. Un montant de 8100 USD sera consacré au recyclage des agents.

#### **5- Etude d'acceptabilité**

Enfin pour l'étude d'acceptabilité, il faudrait encore continuer aussi l'étude jusqu'à la fin même si les précédents résultats ont été déjà moyens. A notre avis, il faudrait améliorer les outils de collecte de façon à répondre aux attentes des études et de l'étude comme l'équipement complet des enquêteurs (ordinateur portable, appareil d'enregistrement, véhicule...). Pour

avoir aussi un bon résultat, il faudrait améliorer les méthodologies de collecte en fonction du contexte socio culturel malgache comme le recrutement des enquêteurs qui doivent vraiment avoir toutes les capacités et les facultés d'un enquêteur. Les procédures à l'Unicef aussi semblent trop rudes, ce qui causent un impact négatif au déroulement de l'étude retard de la budgétisation, recrutement des enquêteurs sur terrain, obligation de signer des décharges pour ces enquêteurs, qui signifie que le bureau démissionne de toutes responsabilités pénales et pécuniaires en cas d'accident ou d'autres événements malheureux qui portent atteinte à la sécurité de ces personnes. Alors qu'il oblige le Consultant à recruter des enquêteurs sur terrain. Il faudrait revoir tout cela dans le futur car ce projet est tellement utile et efficace pour un pays sous développé comme Madagascar.

## **Section 2 : Contraintes**

### **1- Etude communication :**

En effet, l'équipe d'Amparafaravola n'a pas réalisé l'enquête selon la méthodologie et les procédures recommandées.

Les outils et supports de communication n'ont jamais pu être produits malgré deux tentatives de collaboration avec la société « Factories » (elle a été payée pour ses prestations). Les documents sortis n'ont pas pu avoir ni l'aval ni la validation des services compétents du Ministère de la santé.

### **2-Eude coût efficacité**

- Bien qu'une ONG Malagasy a été retenue pour conduire l'évaluation des activités sur le coût efficacité, l'unité malaria et l'équipe TPIe du Bureau UNICEF Madagascar n'ont pas été consultées ni lors de la préparation ni lors de la conclusion du contrat. J'ai eu beaucoup de difficulté pour céder des données au personnel de Penser Madagascar : quid de la propriété des données.
- Les membres de l'équipe, étant consultants à l'UNICEF, ont observé un break : les activités ne pourraient jamais être réalisés à temps si l'on se réfère à l'agenda établi lors de l'atelier de Février 2008.

### **3- Résistance des parasites aux antipaludiques**

Les contraintes sont essentiellement liées au retard du lancement de la collecte des prélèvements. En effet, la collecte a commencé seulement en avril 2007 correspondant à la fin de la saison de transmission du paludisme dans la région de l'*Alaotra Mangoro*. La taille d'échantillon de 350 par district (*Moramanga* intervention TPIe et *Anosibe An'Ala*, témoin).

### **4-Pharmacovigilance passive et active**

- Peu de cartes sont collectées par rapport à celles distribuées ;
- Le point focal ne dispose pas de véhicule lors de ses déplacements ;
- Les ASBC et les agents de santé ne sont pas motivés ;
- Il n'y a pas de fonds prévus pour la prise en charge des éventuels EIM.

### **5- Etude acceptabilité**

- Matériels incomplets lors de la première descente ;
- Non fiabilité des enquêteurs recrutés sur terrain ;
- Rigidité de la procédure ;
- Non achat du logiciel d'exploitation de données qualitatives (NVIVO).

## **Section 3 : Leçons apprises**

### **1- Etude communication :**

Pour toutes activités nécessitant l'aval et/ou la validation des directions ou des services compétents du Ministère de la Santé, il faudrait plutôt les impliquer dès la conception des activités et pour toutes les phases.

### **2- Eude coût efficacité**

Il est difficile de travailler avec un partenaire s'il n'y a pas de transparence dans la réalisation des contrats

### **3- Pharmacovigilance passive et active**

Les responsables pays doivent être consultés et impliqués dans toutes initiatives ayant pour but de recherche une collaboration avec des ONG ou institutions implantées dans le pays. En effet, ils sont les mieux placés pour connaître les réalités du terrain et cela permet d'éviter d'apporter un avenant aussi élevé

**4- Etude acceptabilité**

- Bonne acceptabilité de la communauté des activités PEV/TPIe malgré le niveau de connaissance bas, le manque d'attention de la communauté lors du conselling lors des jours de vaccination
- Cas refus sont dus: mauvaise expérience liée à la précédente vaccination des enfants ;
- Non respect des séances de vaccination à cause de la migration vers une autre localité, retour chez les parents après avoir accouché, manque d'intérêt pour la vaccination ;
- Obligation de finaliser au plus vite les supports de communication pour augmenter le niveau de connaissance des mères ;
- Contacter deux semaines auparavant le Coordonnateur de district TPIe de chaque district pour faire un plaidoyer au niveau des autorités administratives et sanitaires avant la descente sur terrain dans le but d'informer en avance les communautés de la tenue d'une enquête.

## Conclusion générale

Cette étude nous a permis de savoir l'importance de l'approche socio anthropologique dans un travail de recherche opérationnel comme celui-ci. Surtout l'étude d'acceptabilité, car aucun projet n'est faisable ni réalisable sans l'acceptation des populations cibles. Le TPIe couplé au PEV était généralement acceptable au niveau des communautés du district de Moramanga à la fin de la mise en œuvre car en ce moment ces bénéficiaires de soins exigent la continuation de l'administration du TPIe à cause des impacts positifs (baisse de la mortalité et morbidité infantile). L'adhésion communautaire a été liée à la routinisation antérieure du PEV et à la résonance des pratiques traditionnelles. La non observance <sup>21</sup>était due en grande partie des facteurs pratiques, sociaux et structureaux, dont beaucoup pourraient facilement être surmontés. Ces facteurs incluent des rapports sociaux locaux et la manière dont ils sont reproduits dans des systèmes de santé. Des priorités locales devraient être tenues en compte, quoiqu'elles puissent ne pas être les priorités les plus élevées de santé publique, aussi longtemps qu'elles ne sont pas nocives et peuvent faciliter la prise des interventions (par exemple, plus d'emphasis sur peser et socialisation pendant les visites de clinique. Relié à ceci, il devrait y avoir plus de considération d'un point de vue pratique au sujet la connaissance minimum et compréhension exigée pour rendre des interventions réussies, plutôt que supposer simplement de savoir qui est ce qui est plus meilleur. L'exécution réussie à plus long terme le TPIe exigera l'un ou l'autre le développement d'une formulation acceptable pour des enfants en bas âge (par exemple baisses), le développement des moyens plus acceptables d'administrer les comprimés, ou l'acceptation de l'administration nationale en comportant (et l'autorisation) des mères en tant que collaborateurs actifs. Ceci pourrait également être important si un régime à plusieurs doses est employé pour le TPIe avec des solutions de rechange au Personnels de soins. À un niveau plus général, ce qui est nécessaire est le développement d'une culture de respect entre l'ouvrier de santé et le patient et l'autorisation des patients pour l'adhésion à cette nouvelle mesure. Les contributions des auteurs ont joué un rôle important dans la conception de l'étude d'acceptabilité, du développement des instruments, de la surveillance de la collecte de données, et de l'interprétation des données. Il a également pris la tête en écrivant le papier. L'équipe du consortium a participé à la conception d'étude et le développement des outils de collecte de données, il a joué un rôle important dans la collection des données et il a aidé à l'interprétation des données sur le

---

<sup>21</sup> Inspiré de l'article de POOL (R) membre du Consortium concernant l'étude d'acceptabilité mené au Tanzanie du Sud-est

papier. Ce qui est mieux, ce n'est pas de collecter les données et à interpréter les résultats et les observations sur le manuscrit. Quelques-uns des membres du consortium ont contribué à la conception et la gestion du projet de logiciel de Nvivo pour contrôler et analyser les données, à l'interprétation des données et à l'écriture du papier. Les autres ont fourni la surveillance globale de la recherche, entrée sur à la collecte de conception et de données d'étude, et ont contribué d'analyse et écriture ce manuscrit. Enfin, certains ont fourni l'entrée technique à la conception de l'étude globale et ont présenté ses observations sur le manuscrit. Remerciements que les auteurs voudraient remercier le rob Newman et Andrea Egan de leurs commentaires utiles sur une ébauche précédente de cet article.

Il faut mettre à l'échelle l'intégration du TPIe après les deux années de mise en œuvre au niveau du district de Moramanga et de la région *Alaotra Mangoro*. Malgré les contraintes que nous avons rencontrées jusqu'à la fin de la mise en œuvre par rapport aux cinq études. Car il ne faut pas oublier qu'en tant que chercheur, il vaut mieux déceler tous les problèmes pour bien mettre à l'échelle le projet qui est la distribution du TPIe au niveau des formations sanitaires de Madagascar. Ces études seront complémentaires et indissociables l'une de l'autre dans un projet de recherche opérationnel, donc jusqu'ici les résultats étaient satisfaisants et à notre avis plein d'espoir par rapport à d'autres pays comme le Malawi qui faute d'organisation n'a pas pu expérimenter toutes les études alors que l'Unicef Madagascar les ont bien appuyées financièrement.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier dans un point de vue sociologique, qu'il y a des enjeux institutionnels entre la fondation Gates, l'Unicef et l'Etat malagasy qu'il ne faut pas ignorer. C'est-à-dire que des intérêts cachés, des vols, des blanchiments d'argent sont derrière ces aides, ces formes de collaboration au niveau de ces trois parties car à la fin le paludisme a toujours existé depuis 40 ans dans le monde surtout en Afrique subsaharienne. Mais on a jamais pu éradiquer complètement ce fléau malgré tous les efforts, actions déployées par ces bailleurs, donc ils se servent des pays sous développés pour s'enrichir, pour cacher leur vrai jeu, ces derniers favorisent la dépendance ne matière d'aide socio-économique et culturelle en faveur des pays sous-développés. Mais en fin de compte les projets de recherche opérationnels n'aboutissent pas tout de suite aux cibles que si l'Etat fait vraiment une recherche très poussée d'une grande envergure.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages généraux**

1. BELLONCLE (G), (1981). Structures villageoises et stratégies de développement Projets coopératifs et projets éducatifs en Afrique noire. Extrait d'Archives de Sciences sociales de la Coopération. Bureau d'études Coopératives et communautaires 7, avenue Franco-russe, Paris
2. BASTIDE (R), (1963). Anthropologie Appliquée. 1<sup>ère</sup> édition, Payot, Paris
3. BASTIDE (R), (1963). Sociologie et Psychanalyse édition, Payot, Paris
4. BOUDON (R), (1969). Les méthodes en sociologie, « Que sais-je ? », PUF, Paris 1<sup>ère</sup> édition
5. BOURDIEU (P), CHAMBODERON (JC) et PASSERON (JC), (1968). Le métier d'un sociologue, Mouton, Paris- La Haye- New York
6. CUCHE (D), (2001). La notion de culture en Sciences Sociales. Nouvelle édition. Paris
7. DURKHEIM (E), (1937). La règle de la méthode sociologique
8. DE SARDAN (JPO), (1995). Anthropologie et développement. Edition Karthala
9. RENOARD (G) et MONTOUSSE (M), (1998). 100 fiches pour comprendre la sociologie. Bréal
10. RIVIERE (C), (1995). Introduction à l'Anthropologie. Edition, Hachette, Paris

### **Ouvrages spécialisés**

11. AUGÉ (M) HERZLICH (C), (1983). Le sens du mal. Anthropologie, Histoire, sociologie de la maladie., éditions des archives contemporaines, Paris
12. BEITONE et al 2002, Sciences Sociales, ,Editions Qireux, Paris
13. BREMOND et GELEDAN (2002) Dictionnaire économique et social, , Larousse, Paris
14. BURY (J.A), (1988). Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planification. De Boeck Université. Bruxelles

15. CARRETERO PASIN, A, E. (2006) Pouvoirs et imaginaires sociaux, l'Harmattan Paris,
16. CARRICABURI, D et MENOIRET, M (2005) Sociologie de la santé, édition Armand Colin, Paris
17. COOK (J), DOMMERGUES (J P) (1993). L'enfant malade et le monde médical: Dialogue entre famille et soignants. Centre International de l'Enfance, Syros Paris
18. COOK (J), Dr TURSZ (A), (1995), Mis au point et déroulement d'une recherche communautaire, Centre International de l'Enfance, Syros Paris
19. COOK (J), Dr TURSZ (A), (1996). Cours International sur la santé de la Mère et de l'enfant Centre International de l'Enfance, Syros Paris
20. DESCHAMPS (JP), (1992). Comportement et santé. Questions pour la prévention. PUF de Nancy
21. FASSIN (D) et JAFFRE(Y). (1990). Sociétés, Développement et Santé « Université Francophone, édition Ellipses, Paris
22. FASSIN (D), (1987). Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar », Psychopathologie Africaine
23. FAYE (S), DIOP (S), AFFO (A), (2007). Protocole de recherche anthropologique concernant l'étude d'acceptabilité du projet TPIe UNICEF en collaboration avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial.
24. LAZAR(J) (1992). La science de la communication, PUF Paris,
25. OTTINO (R), (1998). Les champs de l'ancestralité à Madagascar, Karthala, ORSTOM, Paris
26. RABARIJAONA (L), (2007). Manuel de référence TPIe/PEV chez l'enfant
27. RABARIJAONA (L), (2007). Guide du TPIe (formation des agents de santé au niveau de la région *Alaotra Mangoro* au début de la mise en œuvre)
28. RAHELIMAMALALA (R) et RATOVOANANAHARY(R), (2006). Rapport final et Guide de l'enquête de Base, pour la mise en œuvre du Projet TPIe à Madagascar
29. RAMAMBAZAFY-RALAINONY (J) (2007). Anthropologie et Ethnomédecine, cours de santé-environnement-INSPC Antananarivo
30. RETEL-LAURENTIN, (A). (1983). Une anthropologie médicale en France, Centre national de la recherche scientifique, Paris

# TABLE DES MATIERES

## SOMMAIRE

## REMERCIEMENTS

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PARTIE I : Présentation générale du district de Moramanga</b> .....	<b>16</b>
<b>CHAPITRE I : Monographie du district de Moramanga</b> .....	18
<b>SECTION 1 : Situation socioculturelle au niveau du district de Moramanga</b> .....	18
<b>SECTION 2 : Généralités sur le paludisme à Madagascar</b> .....	18
1.2.1 Définition.....	19
1.2.2 Epidémiologie .....	19
1.2.3 Transmission .....	21
1.2.4 Les populations les plus touchées par le paludisme. ....	21
1.2.5 Le paludisme chez l'enfant.....	23
<b>SECTION 3 : Généralités sur le PEV ou Programme Elargi de Vaccination</b> .....	25
1.3. Maladies cibles du PEV .....	25
1.3.1 Population cible et calendrier vaccinal.....	25
<b>SECTION 4 : Généralités sur le TPIe ou Traitement Intermittent du Paludisme chez l'enfant moins d'un an</b> .....	26
1.4.1 Historique de la molécule SP .....	26
1.4.2 Rappel sur la SP .....	27
<b>CHAPITRE II : Déroulement de l'étude</b> .....	28
<b>SECTION 1 : Enquête pré implémentation.</b> .....	28
<b>SECTION 2 : Collecte des données de base au niveau des 4 communes d'intervention du district de Moramanga</b> .....	29
1.1 Identification des facteurs de blocage .....	31
1.1.1 La formation des agents de santé. ....	31
1.1.2 L'absence d'IEC durant les jours de vaccination au niveau de quelques centres de santé.....	32
1.1.3 L'analyse du contexte socioculturel et des caractéristiques des services de Vaccination et des politiques de santé des quatre Communes d'intervention .....	32
<b>PARTIE II : Vers une adhésion massive au projet TPIe couplé à la vaccination PEV...</b>	<b>34</b>
<b>CHAPITRE 1 : Résultats des quatre études du projet TPIe</b> .....	35
<b>SECTION 1 : l'étude communication.</b> .....	35
<b>SECTION 2 : Etude coût efficacité..</b> .....	35
<b>SECTION 3 : Résistance des parasites aux antipaludiques</b> .....	35
<b>SECTION 4 : Volet pharmacovigilance : passive et active</b> .....	35
<b>CHAPITRE 2: Etude acceptabilité</b> .....	37
<b>SECTION 1 : Connaissance, attitude et pratiques des agents de santé par rapport au couplage PEV/TPIe</b> .....	37
<b>SECTION 2 : Connaissance, attitude et pratiques des communautés par rapport au couplage PEV/TPIe</b> .....	38
<b>SECTION 3: L'analyse du contexte socioculturel et des caractéristiques des services de Vaccination et du politique de santé du district de Moramanga</b> .....	39
<b>SECTION 4: Analyse des comportements des agents de santé par rapport aux mères lors des activités PEV/TPIe.</b> .....	41
1.1 Représentation de l'image de l'agent de santé dans les formations sanitaires. ..	41

1.2 Type d'accueil des agents de santé à l'encontre de la Communauté lors des jours de vaccination. ....	41
1.3 Type de relation entre les agents de santé et les communautés (mode de communication comme la mauvaise humeur, caractère mauvais des agents de santé) lors des jours de vaccination.....	41
1.4 Rupture de stock des médicaments proposés lors des activités PEV/TPIe. ....	41
1.5 Prise de décision au sein du ménage par rapport à la santé infantile .....	42
1.6 Particularité de l'épidémiologie du paludisme au niveau de la région. ....	42
1.7 Influence du TPIe pendant la grossesse distribuée lors du CPN des femmes ayant des enfants moins d'un an .....	42
1.8 Existence probable de rumeur avant, au cours et après la mise en œuvre. ....	43
<b>SECTION 5: l'acceptation ou le rejet de l'usage du SP dans les stratégies de prévention du paludisme (TPIe et TPIp) avant et après le changement de politique de traitement du paludisme .....</b>	<b>43</b>
1.9.1 Le TPIe supporte bien le PEV.....	43
<b>SECTION 6 : Il n'y a aucun impact négatif du TPIe sur les autres stratégies de prévention du paludisme (utilisation du MID).....</b>	<b>44</b>
<b>SECTION 7 : Evaluation des perceptions des agents de santé et des communautés vis-à-vis des mécanismes de pharmacovigilance. ....</b>	<b>44</b>
<b>SECTION 8 : Evaluation des stratégies de communication TPIe .....</b>	<b>44</b>
<b>SECTION 9 : Etude comparative de l'étude d'acceptabilité Madagascar par rapport aux autres pays (le Sénégal, le Mali, le Bénin). ....</b>	<b>45</b>
<b>SECTION 10 : Discussion.....</b>	<b>51</b>
<b>PARTIE III : Dynamique de l'étude d'acceptabilité jusqu'à la fin de la mise en œuvre. .56</b>	<b>56</b>
<b>CHAPITRE I : Recommandations, Contraintes, Leçons apprises. ....</b>	<b>57</b>
<b>SECTION 1 : Recommandations. ....</b>	<b>57</b>
1.1 Etude communication. ....	57
1.2 Etude coût efficacité .....	57
1.3 Résistance des parasites aux antipaludiques. ....	57
1.4 Pharmacovigilance passive et active. ....	57
1.5 Etude d'acceptabilité. ....	57
<b>SECTION 2 : Contraintes. ....</b>	<b>58</b>
1.1 Etude communication.....	58
1.2 Etude coût efficacité. ....	58
1.3 Résistance des parasites aux antipaludiques. ....	59
1.4 Pharmacovigilance passive et active. ....	59
1.5 Etude d'acceptabilité.....	59
<b>SECTION 3 : Leçons apprises. ....</b>	<b>59</b>
1.1 Etude communication.....	59
1.2 Etude coût efficacité.....	59
1.3 Résistance des parasites aux antipaludiques.....	59
1.4 Pharmacovigilance passive et active. ....	59
1.5 Etude d'acceptabilité. ....	60
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>63</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b>	

**LISTE DES ABREVIATIONS**

# Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition de la population de Moramanga-----	13
Tableau 2 : Les données chiffrées d'enquête de l'étude acceptabilité au niveau du district de Moramanga pendant le premier passage-----	14
Tableau 3 : Calendrier vaccinal pour le PEV de routine à Madagascar-----	25
Tableau 4 : Mode d'administration du SP couplé à la vaccination de routine PEV-----	27
Tableau 5 : Répartition de la population enquêtée au niveau des trois districts-----	29
Tableau 6 : Répartition des doses de TPIe distribuées au niveau des 3 districts-----	49

# Liste des graphiques

1- Transmission du paludisme au niveau des 3 districts.....	24
2- Couverture vaccinale d'avril 2007 à mai 2007 au niveau du district de Moramanga.....	48
3- Couverture vaccinale du TPIe par mois au niveau du district de Moramanga. Avril à mai.....	49
4- Couverture vaccinale du TPIe par mois au niveau du district de Moramanga. Mai à juin.....	50

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ASBC : Agent de Santé à Base Communautaire  
ASC : Agent de Santé Communautaire  
CPN : Consultation Pré-Natale  
CSB1 : Centre de Santé de Base niveau 1  
CSB2 : Centre de Santé de Base niveau 2  
CSP : Catégorie Socio-Professionnelle  
DTChépB1: Diphtérie Tétanos Coqueluche hépatite B1  
DTChépB2: Diphtérie Tétanos Coqueluche hépatite B2  
DTChépB3: Diphtérie Tétanos Coqueluche hépatite B3  
DAMM: Direction des Agences de Médicaments de Madagascar  
EIM : Effets Indésirables Médicamenteux  
IEC : Information Education Communication  
IPM : Institut Pasteur de Madagascar  
MID : Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide  
ONG : Organisation Non Gouvernementale  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PED : Pays en Développement  
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine  
TNF : Tumor Necrosis Factor  
TDO : Traitement Directement Observé  
TDR : Test de Diagnostic Rapide  
TPIe : Traitement Préventif Intermittent chez l’enfant moins d’un an  
TPIp : Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte ou pregnant  
UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (United Children’s Fund)  
VAR : Vaccination anti-rougeoleuse  
VPO : Vaccin Polio Oral

## ANNEXE 1 : Couverture vaccinale du District Moramanga 2006

CSB	population totale	population cible	Nombre d'enfant vacciné						Taux de couverture vaccinal		
			DTC2	DTC3	VAR	dtc2	dtc3	var			
CSB2 AMBATOVOLO	5400	216	149	177	83	69%	82%	38%			
CSB2 AMBOASARY	12826	513	488	551	454	95%	107%	88%			
CSB2 AMBOHIBARY	10973	439	218	185	201	50%	42%	46%			
CSB1 AMBODIMANGA BAC	2460	98	102	90	49	104%	91%	50%			
CSB1 AMBODIAKATRA	3454	138	175	158	180	127%	114%	130%			
CSB2 AMBOHIDRONONO	5937	237	232	232	317	98%	98%	133%			
CSB1 AMBODIRANO MANGORO	1725	69	69	68	84	100%	99%	122%			
CSB2 AMPASIMPOTSY MANDIALAZA	3344	134	185	165	109	138%	123%	81%			
CSB1 MIADANA	3243	130	191	164	168	147%	126%	130%			
CSB2 AMPASIPOTSY GARA	7585	303	224	245	169	74%	81%	56%			
CSB2 ANDAINGO	9933	397	404	387	309	102%	97%	78%			
CSB1 BEMBARY	4747	190	176	160	113	93%	84%	60%			
CSB2 ANDASIBE	9418	377	287	399	256	76%	106%	68%			
CSB2 AMBODINIFODY	1738	70	104	129	129	150%	186%	186%			
CSB2 ANOSIBE IFODY	1554	62	86	174	65	138%	280%	105%			
CSB2 ANTANANDAVA	8002	320	295	279	252	92%	87%	79%			
CSB2 ANTANIDITRA	3768	151	149	155	145	99%	103%	96%			
CSB2 BEFORONA	13866	555	624	631	565	113%	114%	102%			
CSB2 ANKENIHENY	1389	56	79	52	61	142%	94%	110%			
CSB2 BELAVABARY	4479	179	113	131	113	63%	73%	63%			
CSB1 MAROVITSIKA		0	-	-	-						
CSB1 AMPASIKA	2950	118	109	114	78	92%	97%	66%			
CSB2 BEPARASY	5909	236	25	30	12	11%	13%	5%			
CSB1 AMBALAHORINA	2514	101	52	81	48	52%	81%	48%			
CSB1 MANAKANA EST	2409	96	82	79	78	85%	82%	81%			
CSB2 FIERENANA	5015	201	304	274	223	152%	137%	111%			
CSB1 AMPARIHIVOLA	2627	105	140	136	113	133%	129%	108%			

## II

CSB2 LAKATO	9074	363	137	67	136	38%	18%	37%
CSB1 AMPASIMAZAVA LAKATO	4716	189	121	147	163	64%	78%	86%
CSB1 MAROFODY LAKATO	3460	138	79	65	59	57%	47%	43%
CSB2 MANDIALAZA	10275	411	407	405	341	99%	99%	83%
CSB1 ANKOKALAVA	1880	75	77	79	61	102%	105%	81%
<b>CSMI MORAMANGA</b>	<b>39711</b>	<b>1588</b>	<b>1 505</b>	<b>1 480</b>	<b>1 632</b>	<b>95%</b>	<b>93%</b>	<b>103%</b>
CSB2 MORARANO GARA	5934	237	324	302	345	137%	127%	145%
CSB1 MAROFODY MORARANO	2373	95	113	98	80	119%	103%	84%
CSB1 MAROVOAY GARA	3639	146	185	158	164	127%	109%	113%
CSB2 SABOTSY ANJIRO	15921	637	644	682	533	101%	107%	84%
CSB2 VODIRIANA	7096	284	317	318	253	112%	112%	89%
<b>TOTAL</b>	<b>241 344</b>	<b>9 654</b>	<b>8 971</b>	<b>9 047</b>	<b>8 141</b>	<b>93%</b>	<b>94%</b>	<b>84%</b>

Source : Service de Santé de district de Moramanga 2006

### III

#### ANNEXE 2 : Nombre de villages desservis par CSB dans le SSD MORAMANGA ANNEE 2006

Type	Nom du CSB	Nombre total de population desservie par CSB	Distance (km) par rapport au CHD2 (V=par voiture P=à pied)	Nom de FKT desservies par le CSB	Nombre de FKT desservies par le CSB	Nb de population desservie par CSB	Nb de village par Fokontany	Distance en km entre le FKT et le CSB	Nbre de FKT situés dans un rayon de 5 km	Nbre de population située dans un rayon de 5 km	Nbre de village ou groupe de 3 à 4 villages ayant 4000 habitants	COMMUNE
CSB.2	Ambatovola	5400	59	1.Ambatovola	7	1021		0	1	1021	0	AMBATOVOLA
			46 V	2.Fanovana		835		10				
			13 P	3.Volove		965		10				
				4.Vohibazaha		718		12				
				5.Andonaka		682		18				
				6.Ankondromorona		642		10				
				7.Antsiramihanana		537		7				
CSB.2	Amboasary	12826	60	8.Amboasary	13	3386	5	0	1	3386	0	AMBOASARY
				9.Ampangabe		971	7	7				
				10.Ambohibolabe		943	9	11				
				11.Ambohidava		985	5	9				
				12.Ambohimiarina		964	13	6				
				13.Amboanjo		938	8	10				
				14.Ambohibary Sud		456	5	30				

## IV

				15.Antananambony		842	15	33				
				16.Fanafana		461	3	13				
				17.Analabe		692	5	15				
				18.Atanifotsy S		886	6	45				
				19.Marotsipoy		678	2	35				
				20.Atanifasina		624	6	20				
CSB.2	Ambohibary	10973	6	21.Analalava		1801		1				
				22.Ambohimanatrika		630		15				
				23.Soavinorona		721		17				
				24.Ankarahara	8	1628		15	1	1801	0	AMBOHIBARY
				25.Antsirinala		1482		17				
				26.Ampahitra		1539		22				
				27.Sahafitahana		1509		11				
				28.Ambohitrakanga		1663		17				
CSB1	Ambodimanga Bac	2460	27	29.Ambodimanga Bac	2	1076		0	1	1076	0	AMBOHIBARY
			Moto 27	30.Antsily		1385		8				
CSB1	Ambodiakatra	3454	8	31.Ampitambe	2	2107	8	9	1	1347	0	AMBOHIBARY
				32.Befotsy		1347	6	3				
CSB2	Ambohidronono	5937	52	33.Ambohidronono	4	1858	7	0	2	3043	0	AMBOHIDRONONO
				34.Mangabe		1354	3	10				
				35.Ambodiranon'Am bi		1541	5	6				
				36.Ambohimanarina		1185	10	3				

CSB1	Ambodirano Mangoro	1725	50	37.Ambodirano Mangoro	1	1725		0	1	1725	0		
CSB2	Ampasimpot sy Mand	3344	69	38.Ampasimpotsy Mand	3	1392		0	3	3344	0	AMPASIPOTSY MANDIALAZA	
				39.Antsinanambohitr a		1262		3					
				40.Ambinanindrano		690		5					
CSB1	Miadana	3243	77	41.Miadana	2	2508	15	0	2	3243	0		
				42.Ambohimanjaka		735	8	1					
CSB.2	Ampasimpot sy Gare	7585	16	43.Ampasimpotsy Gare	5	1357	5	0	1	1357	0	AMPASIPOTSY GARE	
				44.Ambatoharanana		1393	6	10					
				45.Ambodiriana		1530	9	10					
				46.Amparafara		1844	7	6					
				47.Tsiazompody		1461	12	15					
CSB.2	Andaingo	9933	85	48.Andaingo I	11	1250	14	0	4	4766	0	ANDAINGO	
				49.Andaingo II		2170	9	2					
				50.Ambohibary		1287	9	7					
				51.Moratelo		820	5	11					
				52.Antanimafy		530	3	5					
				53.Ambodirano		816	3	4					
				54.Ambodiampalibe		881	6	6					
				55.Ambohimena		429	6	8					
				56.Ambatomanolotra		278	23	35					

[illegible]

## VII

CSB2	Anosibe Ifody	1554	32	74.Anosibe Ifody	2	822	11	0	1	822	0	
				75.Tsaramiafara		732	12	15				
CSB.2	Antanandava	8002	68	76.Antanandava	10	967	7	0	3	2247	0	ANTANANDAVA
				77.Tsarafangitra		542	7	15				
				78.Andakakely		1837	11	7				
				79.Ambolomborona		900	10	8				
				80.Ambodinivongo		666	4	8				
				81.Ambodiakondro		538	6	10				
				82.Ampasimpotsy		667	5	15				
				83.Andobotelo		603	3	12				
				84.Sahalemaka		773	3	1				
				85.Antanambao		507	5	5				
CSB.2	Antaniditra	3768	85	86.Antaniditra	3	1075		0	1	1075	0	ANTANI DITRA
				87.Mahatsara		1580		15				
				88.Ambilombe		1113		11				
CSB2	Beforona	13866	50	89 Beforona	12	1540	3	0	2	2443	0	BEFORONA
				90 Marozevo		1042	4	7				
				91Fierenana		903	4	5				
				92 Ambohimarina		1009	4	9				
				93 Ambatoaranana		1140	6	9				
				94Antsaviro		1362	4	13				
				95Ambodilaingo		1054	5	18				

## VIII

				96 Ambinanintsahavolo		1157	4	42					
				97 Antandrokomby		896	3	17					
				98 Ampasimazava		1435	9	37					
				99 Ambodiara		1104	4	42					
				100 Sahanonoka		1222	5	27					
CSB1	Ankeniheny	1389	83	101 Ankeniheny	1	1389		0	1	1389	0		
			50 V										
			33 P										
CSB2	Belavabary	4479	39	102 Belavabary	3	1628	10	0	2	3964	0	BELAVABARY	
				103 Tsarafangitra		515	3	8					
				104Marovitsika		2336	12	3					
CSB1	Ampasika	2950	44	105 Ampasika	2	1733		0	1	1733	0		
				106 Antatabe		1218		10					
CSB2	Beparasy	5909	75	107Beparasy	5	1388		0	2	2555	0	( BEPARASY ) MANGARIVOTRA	
				108Ambohimiadana		881		7					
				109 Ankazondandy		1167		5					
				110 Andapa		1226		14					
				111Ambohimarina		1247		19					
CSB1	Ambalahorina	2514	70	112Ambalahorina	1	2514	7	0	1	2514	0		
CSB1	Manakana Est	2409	91	113 Manakana Est	1	2409	4	0	1	2409	0		

## IX

			55 V										
			25 P										
CSB2	Fierenana	5015	91	114 Fierenana	6	1680		0	2	2232	0	FIERENANA	
				115 Ambohitromby		677		17					
				116 Ampatakana		957		7					
				117 Manakambahiny		552		4					
				118 Ankailava		477		15					
				119Sahanomana		672		12					
CSB1	Amparihivol a	2627	86	120 Amparihivola	4	1192		0	3	2191	0	FIERENANA	
				121 Ambohitranjakana		515		3					
				122 Mankary		484		5					
				1123 Amboanjo		435		10					
CSB2	Lakato	9074	60	124 Lakato	5	2721	3	0	2	5136	0	LAKATO	
				125 Anivorano		2415	5	5					
				126 Mahafiaina		1464	4	6					
				127 Sahavolo		1466	4	28					
				128 Sahamadio		1008	6	18					
CSB1	Ampasimaza va Lakato	4716	77	129 Ampasimazava	3	1704		0	1	1704	0		
			60 V	130Ambatomasina		1753		7					
			17 P	131 Ambodivarongy		1259		10					
CSB1	Marofody Lak.	3460	111	132 Marofody	2	1825		0	1	1825	0		

			60 V	133 Vohibola		1635		8				
			51 P									
CSB.2	Mandialaza	10275	74	134.Mandialaza	9	2415	5	0	4	6023	0	MANDIALAZA
				135.Antseva		1716	7	5				
				136.Ambongatsimo		922	12	5				
				137.Fierenana		970	9	2				
				138.Antanetibe		1067		10				
				139.Ambohimandroso		849	8	12				
				140.Ambohimiarimbe		648	10	10				
				141.Ambongabe		985	5	6				
				142.Manakambahiny		701	4	8				
CSB1	Ankokalava	1880	82	143.Ankokalava	1	1880	9	0	1	1880	0	
CSB.2	CSMI Urbain	39711	0	144.Moramanga Ambony	13	2859	4	0	13	39711	0	COMMUNE URBAINE MORAMANGA
CSB.2	Dispensaire Urbain			145.Moramanga Ville		2736	3	1				
				146.Ambohitranjavidy		1314	3	3				
				147.Tsarahonenana		2114	3	1				
				148.Tanambao		3036	2	2				
				149.Tsaralalana		1918	1	1				
				150.Antanamandroso Est		5320	1	1				
				151.Antanamandroso Ouest		4094	5	1				
				152.Ambodiakondro		2434	2	1				
				153.Tsarafasina		2599	6	2				

				154.Ambohimadera		3611	4	2				
				155.Camps des mariés		5429	4	2				
				156.Ambarilava		2249	5	3				
CSB.2	Morarano Gare	5934	30	157.Morarano	3	3269	15	0	1	3269	0	MORARANO - GARE
				158.Ambohidray		1819	8	10				
				159.Sakalava		846	4	15				
CSB.1	Marofody Morarano	2373	60	160.Marofody Morarano	1	2373			1	2373	0	
CSB.1	Marovoay Gare	3639	20	161.Marovoay	3	2227	8	0	2	2898	0	
				162.Androfia		742	2	6				
				163.Ambohibolakely		671	2	3				
CSB.2	Sabotsy Anjiro	15921	35	164.Sabotsy Anjiro	6	2784	11	0	3	8804	0	
				165.Anjiro		3765	17	2				
				166.Mahasoa		3966	11	6				
				167.Ambohimandroso		1224	7	10				
				168.Miakadaza		1927	6	7				
				169.Ambodimanga		2255	8	3				
CSB.2	Vodiriana	7096	44	170.Vodiriana	6	1607	3	0	1	1607	0	VODIRIANA
				171.Andranobe		764	2	10				
				172.Fatakana		1256	4	7				

## XII

				173.Antananjaza		1477	5	7				
				174.Berano		502	4	10				
				175.Andreba		1490	3	7				
<b>TOTAL=23 CSB2 et 15 CSB1</b>	<b>Population Totale=241344</b>			<b>175 FKT dans le SSD</b>		<b>241344</b>			<b>74 FKT situées dans un rayon de 5 km</b>	<b>139281,3</b>	<b>0</b>	<b>21 COMMUNES</b>

Source : Service de Santé de district de Moramanga 2006

**ANNEXE 3 : Couverture vaccinale du district de Moramanga 2007**

<b>Communes</b>	<b>DTC2</b>	<b>DTC3</b>	<b>VAR</b>
CSB2 AMBATOVOLOA	149	177	83
CSB2 AMBOASARY	488	551	454
CSB2 AMBOHIBARY	218	185	201
CSB1 AMBODIMANGA BAC	102	90	49
CSB1 AMBODIAKATRA	175	158	180
CSB2 AMBOHIDRONONO	232	232	317
CSB1 AMBODIRANO MANGORO	69	68	84
CSB2 AMPASSIPOTSY MANDIALAZA	185	165	109
CSB1 MIADANA	191	164	168
CSB2 AMPASIPOTSY GARA	224	245	169
CSB2 ANDAINGO	404	387	309
CSB1 BEMBARY	176	160	113
CSB2 ANDASIBE	287	399	256
CSB2 AMBODINIFODY	104	129	129
CSB2 ANOSIBE IFODY	86	174	65
CSB2 ANTANANDAVA	295	279	252
CSB2 ANTANIDITRA	149	155	145
CSB2 BEFORONA	624	631	565
CSB2 ANKENIHENY	79	52	61
CSB2 BELAVABARY	113	131	113
CSB1 MAROVITSIKA	-	-	-
CSB1 AMPASIKA	109	114	78
CSB2 BEPARASY	25	30	12
CSB1 AMBALAHORINA	52	81	48
CSB1 MANAKANA EST	82	79	78
CSB2 FIERENANA	304	274	223
CSB1 AMPARIHIVOLA	140	136	113
CSB2 LAKATO	137	67	136
CSB1 AMPASIMAZAVA LAKATO	121	147	163
CSB1 MAROFODY LAKATO	79	65	59
CSB2 MANDIALAZA	407	405	341
CSB1 ANKOKALAVA	77	79	61
CSMI DU CHD2	1 505	1 480	1 632
CSB2 MORARANO GARA	324	302	345
CSB1 MAROFODY MORARANO	113	98	80
CSB1 MAROVOAY GARA	185	158	164
CSB2 SABOTSY ANJIRO	644	682	533
CSB2 VODIRIANA	317	318	253
<b>Total</b>	<b>8 971</b>	<b>9 047</b>	<b>8 141</b>

Source : Service de Santé de district de Moramanga 2006

**ANNEXE 4 : Enquête Acceptabilité du TPI couplé à la vaccination du nourrisson, Moramanga 2008, Volet Anthropologie projet TPI Ministère SANTÉ UNICEF-MADAGASCAR**

## Guide d'entretien parents projet UNICEF

**Date d'enquête****heure d'enquête**

## Caractéristiques générales

Village :

Nom et prénoms :

Age :

Situation matrimoniale:

Nombre d'enfants :

Occupation professionnelle de la femme et celle du mari :

Mode de résidence : ménage ou concession ? Présence de la belle famille ?

## I- Pratiques préventives et curatives concernant les enfants

1-La maladie chez l'enfant est-elle quelque chose de grave ?

2- Quels sont les types de maladie infantile que vous connaissez ?

### 3-Y a-t-il des rites spécifiques qui préviennent chacune de ces maladies ?

#### 4-Le paludisme fait-il partie de ces maladies ?

## II- Représentations du paludisme infantile et pratiques préventives

1-À quels signes reconnaît-on un accès palustre chez un enfant ?

## 2-Qu'est ce qui transmet le paludisme chez l'enfant ?

### 3-Est-ce une maladie grave ? En quoi consiste cette gravité ?

#### 4- Pensez-vous qu'on peut éviter cette gravité ?

5-Pensez vous qu'on peut éviter le paludisme ?

## 6-De quelle façon est qu'on peut y échapper ?

## 7-Quelles méthodes de prévention connaissez-vous ?

8-Lesquels utilisez-vous et qu'est ce qui les différencie ?connues

9 Utilisez-vous des médicaments pour prévenir le paludisme ?

10-Pensez vous que ces médicaments suffisent pour que l'enfant ne tombe pas malade ?

11 Que pensez-vous des médicaments actuellement prescrits pour le traitement du paludisme ?

12-Y a-t-il des effets indésirables quand vous les prenez ou votre enfant ?

### **III- Représentations et attitudes entourant la vaccination chez le nourrisson**

13-Avez-vous vacciné vos différents enfants pendant leur première année ?

14-Selon vous, à quoi servent les vaccinations ?que se passe-t-il si l'enfant n'est pas vacciné ?

15- les vaccinations servent à la prévention des maladies infantiles et au tuberculose

16-Quelles sont vos impressions sur les vaccins que vos enfants reçoivent ou ont reçu ?

17-Avez-vous entendu parler de rumeurs à propos des vaccinations ? Pouvez-vous en parler ?

18 Que pensez-vous des campagnes de vaccination gratuites ou quelque fois organisées ?

19-Pensez vous que c'est une bonne chose pour les enfants ? Expliquer

20-Avez-vous des réserves sur ces campagnes de vaccination ? Expliquer et dire pourquoi

### **IV- Connaissances et perceptions entourant le TPI chez le nourrisson**

21-Connaissiez-vous les médicaments proposés à vos enfants au moment de la vaccination ?

22-Qui vous en a parlé ? Pouvez-vous dire ce qu'on vous a dit ?

23-Quelles sont vos impressions sur ces médicaments ?

24-Pensez vous qu'ils sont efficaces ?

25-Qu'est ce qui vous fait dire qu'ils sont efficaces ou non ?

26-Y a-t-il des effets indésirables liés à la prise de ce médicament en préventif ?

27-Votre enfant ou celui du voisin a-t-il connu des problèmes avec ces médicaments ?lesquels

28-Quelles rumeurs qui circulent dans votre entourage à propos de ces médicaments ?

29-Selon vous, prendre les médicaments proposés apporte-t-il quelque chose à votre enfant ?

30-Pensez vous qu'un enfant qui a pris le TPI peut tomber malade ?

31-Si cela arrive, qu'est-ce qui est la cause selon vous ?

**V- Perception des liens entre la vaccination et le TPI chez le nourrisson ?**

32-Est- ce que les médicaments donnés au moment du PEV jouent le même rôle que les vaccins ?

33 -Si Oui, qu'est ce rôle ?

34-Si non qu'est ce qui les différencie ?

**VI- Attitudes et comportements face au TPI au moment du PEV et observance**

-Maintenant nous allons parler de votre dernier enfant, des vaccinations qu'il a reçues et aussi du TPI.

Mais avant cela, j'aimerais qu'on revienne un peu sur la grossesse :

35-Pendant cette grossesse, avez-vous suivi les Consultations prénatales ?

36-Avez-vous pris le TPI pendant la grossesse ? Parlez nous des médicaments pris et combien de fois l'avez-vous pris ?

37-Pourquoi avez-vous décidé de prendre ces médicaments pendant votre grossesse ?

38-A l'accouchement, l'enfant était-il en bonne santé ?

39-Depuis sa naissance, a-t-il connu des problèmes de santé ?

40-A-t-il été vacciné ?

Si l'enfant n'a pas été vacciné :

41- Pourquoi n'a-t-il pas été vacciné ?

-Si l'enfant a été vacciné : Combien de fois l'a-t-il été (demander les carnets de vaccination)

41-Pourquoi avez-vous décidé de le vacciner

42-A-t-il reçu le médicament SP en même temps ?

Si l'enfant a reçu le demi comprimé au moment de la vaccination :

43-Pour quelle raison avez-vous décidé d'accepter que l'enfant reçoive le médicament ?

44-Qu'est-ce qui vous a motivé pour recevoir le TPI en même temps que les vaccins ?

45-Avez-vous utilisé d'autres moyens de prévention contre le paludisme pour votre enfant en dehors du TPI ?

46-Si oui, lesquels et pourquoi ?

47-Si non, avant le TPI utiliseriez-vous la moustiquaire imprégnée ?

48-Le cas échéant, pourquoi avoir abandonné ce moyen de prévention ?

Si l'enfant n'a pas reçu le SP :

49- Pouvez-vous nous dire pour quelles raisons l'enfant n'a pas pris le demi comprimé au moment du vaccin ?

## **VII- Dynamique communautaire autour du recours au poste de santé**

-J'aimerais maintenant discuter avec vous de la décision pour la prise du TPI et le PEV :

50- Généralement, quelle est votre responsabilité dans les décisions de soins de vos enfants ?

51- Concernant les vaccinations, la décision d'amener l'enfant vient elle de vous seule ou avez-vous demandé et pris en compte le point de vue d'autres personnes ?

52- Quelles sont ces personnes et leurs responsabilités : papa ? Grand-mère ? Grand-père?

53- Pouvez-vous me rappeler ce que ces personnes vous ont dit ?

54- Lorsque vous êtes partis au poste de santé, était ce uniquement pour les vaccinations, pour le TPI ou pour les deux ?

55- Saviez vous auparavant que des médicaments seraient donnés au moment des vaccins ?

56- Si oui, qu'est-ce qui vous a motivé pour y aller ou non ?

## XVIII

57-Si non, qu'est-ce qui vous a décidé à accepter que votre enfant le reçoive ?

58-Dans le cas d'un refus du TPI : Avez-vous refusé parce que vous n'étiez pas au courant ?  
Où y a-t-il d'autres raisons à votre refus ?

### **VIII- Rapports et interactions avec les soignants lors de la consultation**

59-Que pensez-vous de vos relations avec l'infirmier et son équipe lors de vos différents recours ?

60- Lors des vaccinations, avez-vous vécu des difficultés dans les services de soins ?

61- Lors des différentes campagnes de vaccination, comment appréciez-vous le travail ASC et relais ?

62- Lors du recours pour le PEV-TPI, comment avez-vous perçu le comportement du personnel ?

63- Lors du vaccin, comment l'agent a-t-il donné les médicaments à votre enfant ?

64- Quels messages, explications et conseils vous a-t-il transmis à l'occasion de la consultation ?

65- Avez-vous bien compris les informations qui vous ont été communiqués (s'il y en a) ?

Signature de l'enquêteur

date

**Enquête Acceptabilité du TPI couplé à la vaccination du nourrisson, - Moramanga 2008**  
**Volet Anthropologie, projet TPI Ministère Santé Unicef- MADAGASCAR**

**Guide d'entretien : Dispensateurs de soins      date de l'enquête**

**Caractéristiques générales**

Village :

Nom :

Age et lieu de naissance

Situation matrimoniale

Origines ethnique

Niveau d'instruction:

**-I- Parcours professionnel**

-1- Pouvez-vous nous parler des études que vous avez effectuées et des diplômes obtenus ?

-2- Si vous avez suivi des formations, pouvez vous nous en parler ?

-3- Quelle formation avez-vous suivi pour exercer votre activité actuelle ?

-Si c'est un infirmier

-4- Pouvez-vous nous en parler de votre parcours depuis que vous avez eu votre diplôme

-5- Quand êtes vous arrivés en dehors de votre travail d'infirmier ?

-Si c'est un relais ou ASBC :

-6- Depuis quand occupez-vous fonction ?

-7- Comment avez-vous été choisi ?

-8- À votre connaissance, existe-t-il des associations de relais ou ASBC ? Si oui êtes-vous membre etc ?

-9- Si oui, pouvez-vous nous parler de cette association : objectifs, organigramme, activités menées etc ?

-10- Exercez-vous un autre travail en dehors de votre activité d'agent de santé :

-

**-II- Responsabilités et activités menées**

-11- Quelles sont vos fonctions dans le poste de santé ?

-12- Quelles sont les activités qui relèvent de vos compétences dans le poste ?

-13- Comment sont organisées les activités de vaccination ? Y êtes vous impliqué ?

-14- Si oui, en quoi consiste votre tâche et quel est votre cahier de charge ?

- 15- Quelles sont les autres personnes impliquées et leur responsabilité ?
- 16- Comment sont organisées les activités de sensibilisation ou de mobilisation communautaires ?
- 17- Y êtes vous impliqués et quelle est votre fonction ?

### **-III- Points de vue sur votre profession**

- 18- Que pensez-vous de la profession que vous exercez ?
- 19- Selon vous que signifie être un agent de santé ? Qu'est ce que cela demande comme dispositions ?
- 20- Pensez vous que c'est un métier valorisant et motivant ?
- 21- Que pensez-vous de vos conditions de travail ?
- 22- Rencontrez-vous des problèmes dans votre métier ? Pouvez vous nous en parler ?
- 23- Rencontrez-vous des difficultés pour exercer vos taches lors des séances de vaccination ?
- 24- Selon vous, que représente le paludisme chez l'enfant en terme de gravité ?
- 25- Quelles sont les méthodes de préventions actuellement proposées ?
- 26- Quel est le protocole de traitement proposé actuellement ?
- 27- Que pensez-vous des médicaments actuellement prescrit pour le traitement du paludisme ?
- 28- Y a-t-il des effets indésirables ?
- 29- Cela entraîne-t-il des difficultés pour vos prescriptions ?
- 30- Vous arrive-t-il de prescrire autre chose que les molécules proposées par le protocole ?
- 31- Si écarts par rapports aux recommandations, quelles contraintes expliquent ces derniers ?
- 32- Que pensez-vous des changements fréquents de politique curative et préventive concernant le paludisme

### **IV- Prise en charge du paludisme : pratiques curatives et préventives**

- 33- Selon vous, que représente le paludisme chez l'enfant en terme de gravité ?
- 34- Quelles sont les méthodes de préventions actuellement proposées ?
- 35- Quel est le protocole de traitement proposé actuellement ?
- 36-Que pensez vous des médicaments actuellement prescrits pour le traitement du paludisme ?

37- Y a-t-il des effets indésirables ?

38- Cela entraîne-t-il des difficultés pour vos prescriptions ?

39- Vous arrive-t-il de prescrire autre chose que les molécules proposées par le protocole ?

40- Si écarts par rapports aux recommandations, quelles contraintes expliquent ces derniers ?

41- Que pensez-vous des changements fréquents de politique curative et préventive concernant le palu disme ?

**-V- Attitudes et Points de vue sur la vaccination, le TPI et le protocole TPI couplé au PEV**

42- A votre connaissance, à quoi servent les vaccinations chez le nourrisson ?

43- Pouvez-vous nous parler du calendrier national et de son organisation ?

44- A quoi servent les comprimés donnés au moment des vaccinations ?

45- Remplissent-ils la même fonction ?

46- Comment se passe l'administration de la SP au moment de la vaccination :

47- Expliquez nous toute la procédure lorsqu'un enfant se présente : ce que vous faites, ce que vous dites, les actes que vous posez, qui vous assiste etc

48- Les médicaments ont-ils été disponibles ?

49- Comment sont administrés les médicaments ?

50- Que pensez-vous de ces médicaments proposés en TPI : sont-ils tolérés au sein de la Communauté ?

51- Quelles rumeurs entendez-vous à propos de la SP ?

52- Qu'en pensez-vous vous-même ?

53- Est-ce que l'inclusion du TPI a augmenté ou diminué le suivi de la vaccination ?

54- Observez-vous des changements dans l'utilisation des autres moyens préventifs ?

55- Avez-vous observé un changement dans les taux de morbidité palustre pendant l'intervention ?

56- Que pensez-vous de la relation avec les patients pendant l'administration ?

57- Comment les populations ont-elles été sensibilisées à la stratégie TPI-PEV ?

58- Quels moyens avez-vous utilisé pour faire passer les informations ?

59-Ce discours vous a-t-il semblé bien reçu et perçu par les femmes ?

60 Que pensez-vous du fait que le TPI soit ajouté à vos activités de routine ?

61- Quels changements cela a-t-il induit dans les services de santé, vos activités de santé infantile ?

62- Pensez vous que cela a été une bonne initiative ?

63- Pensez vous avoir reçu une information suffisante pour appliquer ce protocole ?

64- Pensez vous avoir disposé des moyens et du temps nécessaires pour être efficaces dans l'intervention ?

65- Avec du recul, que pensez vous de la façon dont vous avez appliqué les recommandations ?

66 Que suggérez-vous pour une meilleure application du TPI dans les postes de santé ?

-Signature de l'enquêteur

date

**Enquête Acceptabilité du TPI couplé à la vaccination du nourrisson, Moramanga 2008,  
Volet Anthropologie projet TPI Ministère Santé-UNICEF- MADAGASCAR**

**Guide d'observation pour les activités PEV/TPIe lors du jour de vaccination**

**1<sup>re</sup> observation**

Voir surtout le respect des protocoles par les agents de santé tout en observant la réaction des communautés face à la nouvelle mesure proposée (enregistrement, pesée, conselling, Vaccination et TPIe, rappel de l'utilisation de la moustiquaire et du prochain rendez vous). Mais chaque centre de santé a sa propre organisation dont il ne faut pas tenir en compte. Généralement, c'est le conselling d'abord et c'est le rappel de l'utilisation de la moustiquaire et au prochain rendez vous qui finit les activités.

**I- Préparation des agents de santé avant les activités PEV/TPIe**

- 1- Ordonner l'entrée des mères avant le début des activités
- 2- Faire les enregistrements des carnets de santé des mères par ordre d'arrivée
- 3- Ecraser en avance le médicament SP avant la réception des mères
- 4- Faire bouillir à l'avance de l'eau pour mélanger le médicament SP avant l'administration
- 5- Préparer les antigènes
- 6- Bien laver les cuillères et les tasses avant de les utiliser

**II- Début de l'activité PEV/TPIe**

- 1- Un des personnels de santé fait un conselling aux mères, c'est-à-dire qu'il explique les avantages de la vaccination et de la venue du TPIe en addition pour les enfants de un mois et demi, deux mois et demi et 9 mois
- 2- Appeler une par une les mères par ordre d'arrivée soit par le sage femme, l'infirmier(e) ou un personnel d'appui
- 3- Vérification s'il y a effectivement respect du calendrier vaccinal des mères avant le début de l'activité
- 4- S'il y a respect, tout de suite un personnel de santé pèse l'enfant pour savoir la dose de SP à administrer
- 5- Après, vacciner l'enfant selon son âge en respectant le calendrier vaccinal
- 6- Ensuite, un autre personnel de santé lui administre une dose de TPIe s'il est éligible c'est-à-dire que son âge correspond à la prise de TPIe
- 7- Bien regarder si l'enfant réussit à avaler le médicament ou bien il vomit
- 8- Si l'enfant vomit, on doit lui redonner une autre dose de TPI après 30 minutes, donc il faudrait vérifier si les agents de santé respectent cette procédure
- 9- Après 30 minutes, si les agents de santé lui redonnent et qu'il vomit encore, ils doivent noter ce fait sur son carnet de santé et faire un rapport aux responsables TPIe de l'Unicef
- 10- Enfin, c'est là où les agents de santé doivent rappeler l'utilisation de la moustiquaire imprégnée même si l'enfant a reçu le TPIe et il rappelle aussi aux mères de bien consulter les carnets de santé pour la prochaine série de vaccination.

### III- Réaction des mères avant et après les activités PEV/TPIe

- 1- L'observateur sans trop se faire remarquer dans la foule doit bien observer le comportement des mères pendant le conselling, de préférable il ne doit pas emmener un bout de papier pour prendre des notes mais vraiment voir la situation réelle des faits et des observés, il doit savoir prendre un certain recul par rapport aux personnes observées
- 2- L'observateur doit être attentif aux conversations, au comportement des mères qui attendent leur tour car cela peut durer très longtemps
- 3- L'observateur doit être capable de voir ce qui se passe dans la salle de vaccination et en dehors tout en étant indiscret pour ne pas biaiser le déroulement de l'activité (changement de comportement des agents de santé ou des communautés car ils se sentent observer)
- 4- L'observateur doit voir si les mères refusent le TPIe au moment de l'administration, cela en TDO (Traitement directement Observé)
- 5- L'observateur doit être patient lors de la première observation car il se peut que rien d'anormal ne se passe
- 6- L'observateur aussi doit voir si c'est la mère seule qui accompagne son enfant au centre de santé ou bien elle se fait accompagner par son mari ou bien sa belle mère pour emmener son enfant se faire vacciner

### IV- Deuxième observation

Le protocole de recherche oblige le chercheur à faire une seconde ou même une troisième observation pour voir la dynamique des comportements des agents de santé ou des communautés :

- 1- Il se peut que dans la première observation, les personnels de santé directement impliqués fassent beaucoup d'erreur, ils ne respectent pas le protocole ou la procédure
- 2- Mais dans un second temps, il peut se rattraper par une rectification de ces erreurs commises dans la première
- 3- Dans un 3<sup>ème</sup> temps, il peut toujours continuer ces erreurs sans se soucier de ces impacts par rapport aux mères (non respect du calendrier vaccinal, abandon des activités de vaccination et du coup le TPIe peut être affecté aussi, changement de centre de santé, frustration des mères...)
- 4- Généralement, le jour de vaccination coïncide avec le jour de marché ou le jour interdit, vérifier aussi la fréquentation des mères ce jour là
- 5- Vérifier aussi dans les centres de santé éligible par le Ministère par leurs bonnes pratiques concernant tous les services de santé, la fréquentation des mères au centre pour faire vacciner leurs enfants. Car ces centres peuvent donner des antigènes 2 à 3 fois par semaine. Il peut y avoir une différence par rapport aux autres.

### V- Restitution

Généralement le protocole oblige le chercheur à faire une restitution après les 2 séances d'observation précédées de l'entretien approfondi auprès des personnels directement impliqués aux activités PEV/TPIe.

- 1- Demander au médecin chef CSB une réunion des personnels de santé dans le but d'évaluer la mise en œuvre des activités PEV/TPIe

- 2- Critiquer un par un les personnels de santé qui n'ont pas respecté le protocole de façon polie sans les choquer ou les offenser
- 3- Affirmer aussi les bonnes prestations des agents de santé aux yeux de leur chef
- 4- Enfin, apporter des solutions durables et pérennes pour la bonne continuation de la mise en œuvre tout en promettant de revenir encore une troisième fois
- 5- Féliciter les agents de santé pour leur accueil et leur collaboration

## **VI- Troisième observation**

La troisième observation se fait surtout pendant la deuxième descente dans le but de voir le dynamisme des agents de santé et des communautés concernant la nouvelle mesure :

- 1- Voir les interactions entre la vaccination de routine PEV et le TPIe
- 2- Décrire les comportements observés par la recherche de facteurs explicatifs non seulement des agents de santé et la communauté
- 3- Voir les rapports entre les personnels soignants et les mères au cours de la mise en œuvre
- 4- Voir si d'autres facteurs socioculturels peuvent influencer l'adhésion des mères (éloignement du centre de santé, mauvaises expériences quant à la précédente série de vaccination...)

## **VII- Triangulation des méthodes avant l'analyse finale**

Car c'est une approche qualitative, il faut avoir une bonne grille d'analyse dans la façon d'analyser les données observées et les données enquêtées par la triangulation

Nom : RAKOTONJOHARY

Prénoms : Mamy Andrianiana

Date et lieu de naissance : 27 décembre 1979 à Fianarantsoa

Adresse : Lot 40 Cité Mandroseza , Tana 101

Tél : 032 56 998 72 ou 033 02 574 00

E-mail : [rakotojoh26@yahoo.fr](mailto:rakotojoh26@yahoo.fr) ou, [mrakotonjohary@google.com](mailto:mrakotonjohary@google.com)

Intitulé du mémoire : « Etude socio-anthropologique de l'adhésion communautaire au projet TPIe couplé à la vaccination de routine PEV en collaboration avec l'Unicef Madagascar et le MINSANPFPS »

Rubrique : .....Anthropologie médicale

Pagination : .....66

Tableaux : .....05

Graphique : .....04

Tirage : .....3 exemplaires

Annexes : .....03

Références bibliographiques : .....30

## RESUME

Depuis des décennies, l'Unicef a toujours contribué à l'amélioration de l'état de la santé de la mère et de l'enfant concernant la lutte contre le paludisme car il constitue la seconde cause de morbidité et mortalité infantile non seulement à Madagascar mais en Afrique aussi. Grâce au don offert par la fondation Gates, elle a pu financer la mise en œuvre du projet de recherche opérationnel appelé « TPIe » ou Traitement Préventif Intermittent du Paludisme chez l'enfant moins d'un an au niveau de six pays africains à savoir le Sénégal, le Mali, le Bénin, le Ghana, le Malawi et enfin Madagascar. Plusieurs recherches furent déjà menées dans plusieurs pays d'Afrique (Tanzanie, Ghana, Mozambique) par le Consortium (réseaux de chercheurs collaborant avec l'Unicef) pour démontrer l'efficacité du médicament anti-paludique appelé « Sulfadoxine Pyriméthamine ». Cinq études ont été conçues dans le but de tester la viabilité, l'efficacité, l'acceptabilité de ce projet pour le long terme (l'étude du coût efficacité, communication, pharmacovigilance, l'étude concernant la résistance des parasites contre les anti-paludiques et enfin l'étude acceptabilité). C'est ce dernier que nous avons surtout étudié dans le cadre de ce mémoire. Il a pour objet d'analyser les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé et des communautés face au couplage vaccination de routine PEV et TPIe pendant la mise en œuvre. Comme résultat, le projet a été accepté et approprié par les deux cibles car en ce moment le TPIe est devenu une activité de routine au sein des formations sanitaire de la région *Alaotra Mangoro* en dépit des contraintes (charge de travail supplémentaire, éloignement des centres de santé). Pour conclure notre étude, ce projet doit être mis à l'échelle nationale, il ne reste plus que l'approbation de l'OMS et le Ministère de la Santé et du Planning familial.

Directeur de mémoire : Professeur RANDRIAMASITIANA Gil Dany