

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail-Liberté-Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

UNIVERSITE DE LOME
UNITE DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUE



B.P. 12971 Tél. (228) 221-17-21
Fax : (228) 222-08-89
E-mail : urdlome@yahoo.fr
<http://www.urd-lome.org>
Lomé - TOGO

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DES SOINS DE
SANTE PRIMAIRES

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME

B.P. 518 Tél. (228) 221-32-27
Fax : (228) 222-57-59
Lomé - TOGO

EVALUATION DE LA COUVERTURE DE LA
CAMPAGNE NATIONALE DE DISTRIBUTION DES
MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES 2008 ET DE
L'IMPACT DES INTERVENTIONS DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME AU TOGO

« *Evaluation_PNLP/TOGO - 2009* »

Rapport d'étude

Lomé, Janvier 2010

FINANCEMENT



SOMMAIRE

SIGLES ET ACRONYMES	iii
REMERCIEMENTS	iv
RESUME EXECUTIF	v
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES GRAPHIQUES	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I - CADRE GENERAL DE L'ETUDE	4
I.1 - PRESENTATION GENERALE DU PAYS	4
I.1.1 - Données géographiques et administratives.....	4
I.1.2 - Données économiques	5
I.2 - SYSTEME NATIONAL DE SANTE	6
I.2.1 - Le niveau central ou national.....	6
I.2.2 - Le niveau intermédiaire ou régional.....	6
I.2.3 - Le niveau périphérique ou préfectoral ou district sanitaire	7
I.2.4 - Les infrastructures sanitaires	7
I.2.5 - Les ressources humaines	7
I.3 - LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU TOGO	8
I.3.1 - Aspects institutionnel et épidémiologique de la lutte contre le paludisme.....	8
<i>I.3.1.1 - Historique de la lutte contre le Paludisme au Togo</i>	8
<i>I.3.1.2 - Situation actuelle du Paludisme au Togo</i>	11
I.3.2 - Les objectifs du plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme.....	12
I.4 - CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	13
CHAPITRE II - OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE	14
II.1 - OBJECTIFS DE L'ETUDE	14
II.1.1 - Objectif général	14
II.1.2 - Objectifs spécifiques	14
II.1.3 - Principaux indicateurs de l'étude	15
II.2 - METHODOLOGIE	16
II.2.1 - Type et période de l'étude	16
II.2.2 - Populations cibles.....	16
<i>II.2.2.1 - Volet institutionnel</i>	16
<i>II.2.2.2 - Volet « Formation sanitaire (FS) »</i>	16
<i>II.2.2.3 - Volet communautaire</i>	17
<i>II.2.2.4 - Volet ASC</i>	19
II.2.3 - Organisation et déroulement de la collecte des données.....	20
CHAPITRE III - RESULTATS DE L'ETUDE	22
III.1 - Rappel des Caractéristiques des échantillonS de l'étude.....	22
III.2- Campagne nationale de distribution de MII (2008).....	24
III.2.1 - mobilisation sur la campagne.....	24
III.2.2 - Couverture de la population ciblée par la campagne	30
III.2.3 - Possession (disponibilité) des moustiquaires imprégnées par les ménages.....	32

III.2.4 – Etat des moustiquaires non utilisées dans les ménages.....	34
III.3 - Impact des interventions de lutte contre le paludisme	38
III.3.1 - Connaissances et pratiques des populations relatives au paludisme.....	38
III.3.2- Utilisation des moustiquaires imprégnées	40
III.3.2.1- <i>Utilisation des MII dans les ménages</i>	40
III.3.2.2- <i>Utilisation des MII par les enfants de moins de cinq ans</i>	42
III.3.3 - Prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années.....	43
III.3.3.1- <i>Utilisation des services de CPN</i>	43
III.3.3.2 - <i>Utilisation des MII</i>	44
III.3.3.3 - <i>TPI chez les femmes enceintes et les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années</i>	46
III.3.4 - Prise en charge des cas de paludisme	46
III.3.4.1- <i>Prise en charge au niveau communautaire</i>	46
III.3.4.1.1- <i>Prise en charge des enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre dans la communauté</i>	47
III.3.4.1.2 - <i>Prise en charge par les ASC</i>	51
III.3.4.2 - <i>Prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires</i>	56
III.3.4.2.1- <i>Gestion administrative et plateau technique des formations sanitaires</i>	56
III.3.4.2.2- <i>Moyens pour la prise en charge des cas de paludisme</i>	60
III.3.4.2.3 - <i>Qualité de la prise en charge des cas de paludisme dans les FS</i>	74
III.3.5 - Mortalité et morbidité hospitalières en 2008	77
III.3.5.1 - <i>Mortalité due au paludisme</i>	77
III.3.5.2 - <i>Morbidité due au paludisme</i>	77
CONCLUSION ET PROPOSITIONS D’ACTIONS.....	81
LISTE DES INDICATEURS	86
BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXES.....	96

SIGLES ET ACRONYMES

ASC	Agent de Santé Communautaire
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHP	Centre Hospitalier Préfectoral
CMS	Centre Médico-Social
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Périnatale
CRC	Croix Rouge Canadienne
CRT	Croix Rouge Togolaise
CS	Centre de Santé
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DISER	Division Information, Statistiques, Etudes et Recherches
DPS	Direction Préfectorale de Santé
DRS	Direction Régionale de Santé
DSF	Division de la Santé Familiale
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EMP	Evaluation à mi-parcours
FE	Femme enceinte
FMSTP	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FRP	Faire Reculer le Paludisme
FS	Formation Sanitaire
GE/FS	Goutte Epaisse/Frottis sanguin
HD	Hôpital de District
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des maladies de l'Enfance et du Nouveau-né
PEC	Prise en charge
PF	Point Focal
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
QUIBB	Questionnaire Unifié des Indicateurs de base du Bien-Etre
RBM	Roll back Malaria
RAOPAG	Réseau de l'Afrique de l'Ouest pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	Réseau de l'Afrique de l'Ouest pour le Traitement Antipaludique
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SR	Santé de la Reproduction
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URD	Unité de Recherche Démographique
USP	Unité de Soins Périphérique

REMERCIEMENTS

Le bon aboutissement de la présente étude est le fruit de l'étroite collaboration et de la parfaite entente entre l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Ministère de la Santé. A cette occasion, l'équipe d'exécution de l'étude tient à adresser ses remerciements aux personnes et institutions ci-après :

La Croix Rouge Canadienne (CRC), le Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) qui ont décidé de mettre leurs ressources en commun pour financer l'étude ;

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour la confiance faite à l'URD ;

Les missions d'appuis technique et scientifique offerts par la Croix Rouge Canadienne et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les conseils avisés à différentes phases de l'étude ;

Le Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile, celui de la Décentralisation et des Collectivités Locales et celui de la Santé pour avoir facilité le déroulement de l'opération de collecte des données auprès des populations à travers les autorités locales ;

Les membres du Comité de Pilotage de l'étude pour leurs conseils lors des multiples séances de travail en vue de l'amélioration tant du protocole de recherche que des outils de collecte et pour leurs apports dans la gestion des différentes phases de l'étude ;

Les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS), les Directeurs Préfectoraux de la Santé (DPS) et les médecins chefs de services ;

Les superviseurs, les chefs d'équipe, les contrôleurs, les enquêteurs, les agents de saisie, les chauffeurs, les informaticiens et les statisticiens qui ont travaillé d'arrache-pied pour que les données soient collectées et mises en forme ;

Le personnel de l'Administration et des Finances, le personnel de la Documentation, le personnel du Soutien Logistique et de la sécurité de l'URD, pour le dévouement dont ils ont fait preuve lors de la réalisation de l'étude ;

Tous les prestataires des formations sanitaires visitées, les ASC et les populations des différentes régions du pays, qui ont accepté de participer et de collaborer directement ou indirectement à la réussite de cette étude très enrichissante, dont la mise en application des résultats, nous l'espérons, contribuera à l'amélioration de la situation en matière de santé de la population et plus particulièrement en ce qui concerne la lutte contre le paludisme au Togo.

A tous, merci.

RESUME EXECUTIF

Cette étude intitulée « *Evaluation de la couverture de la campagne nationale de distribution des moustiquaires imprégnées 2008 et de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme (Evaluation PNLP/Togo – 2009)* », commanditée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), a été réalisée grâce au soutien financier de la Croix Rouge Canadienne, du Fonds Mondial et de l'UNICEF. Son objectif général est d'évaluer la campagne de distribution gratuite des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) de 2008 et le niveau d'atteinte des indicateurs de résultats et de couverture des interventions de lutte contre le paludisme au Togo.

Sur le plan méthodologique, l'étude a été structurée en 4 volets (volet « *Institutions* », volet « *Formation Sanitaire* », volet « *Communauté* » et volet « *ASC* »).

Le volet « *Institutions* » a touché 1 administrateur du PNLP, 6 DRS et 12 DPS et a permis de cerner le management des activités et les stratégies d'interventions du PNLP. Le volet « *Formation Sanitaire* » a porté sur un échantillon aléatoire national représentatif de 141 FS et a permis de cerner la prise en charge du paludisme dans les FS. Quant au volet « *Communauté* », il a concerné un échantillon de 3969 ménages représentatifs au niveau national, répartis dans les 6 régions du pays. Ce volet a permis de cerner les comportements et pratiques des ménages en matière de prévention et de traitement du paludisme. Le volet ASC a pour sa part touché un total de 566 ASC et a permis d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques de prise en charge des cas de paludisme au sein des communautés.

Il ressort de l'étude les principaux résultats suivants :

❖ *Sur la campagne nationale de distribution de MII (2008)*

La grande majorité des personnes enquêtées dans les ménages (92%) ont déclaré être informées de la tenue de la campagne. Les principales sources d'information de la population sont par ordre d'importance : les gongonneurs/crieurs publics (38%), les ASC (32%), la radio (32%), les amis/parents (29%) et le personnel de santé (29%). Il faut signaler que dans les zones d'intervention de la Croix Rouge Togolaise (Régions des Plateaux et Centrale), les proportions des ménages informés de la campagne par les volontaires représentent respectivement 31% et 38%.

Une forte proportion d'enfants âgés de 0 à 59 mois au moment de la campagne ont reçu une MII (92%). Environ 7 ménages sur 10 (71%) disposaient d'au moins une MII au moment de l'enquête.

Un peu moins de la moitié des ménages enquêtés (48,5%) ont déclaré avoir reçu la visite d'un relais communautaire (ASC, volontaire de la Croix Rouge, personnel de santé) avant la campagne contre 37% qui en ont reçu une après la campagne.

❖ *Sur l'Impact des interventions de lutte contre le paludisme*

➤ Connaissances et pratiques des populations sur le paludisme

La grande majorité des chefs de ménages interviewés (89%) ont un bon niveau de connaissance des causes du paludisme. Si la quasi-totalité des enquêtés (97%) a une bonne connaissance du rôle et de l'utilité de la MII, seulement 60% des enquêtés déclarent se protéger contre le paludisme en dormant sous une moustiquaire.

➤ Disponibilité et utilisation des moustiquaires dans les ménages

Au moment de l'enquête, un grand nombre de ménages (76,9%) disposait d'au moins une moustiquaire tous types confondus et 7 ménages sur 10 disposaient d'au moins une MII. Une proportion de 88,3% des ménages disposant d'au moins une MII en avait suspendu une lors de l'enquête. Par ailleurs, sur les 2719 enfants de moins de 5 ans recensés dans les ménages enquêtés, 77,3% ont dormi sous une MII la veille de l'enquête.

➤ Prévention du paludisme chez la femme enceinte/accouchée

Plus de trois femmes enceintes sur cinq (65%) ont dormi sous MII la veille de l'enquête. Environ 3 femmes sur 4 (76%) ayant accouché au cours des 24 derniers mois ont dormi sous MII la nuit précédant l'enquête. Ce taux est de 74,6% en milieu urbain et 76,9% en milieu rural.

Environ 28% des femmes enceintes ont reçu leur première dose de TPI. Si l'on considère les femmes ayant accouché, ce pourcentage est de 88%. La proportion des femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et qui avaient reçu les deux doses de TPI est de 65%.

➤ Devenir des moustiquaires non utilisées

Dans les ménages, les moustiquaires non utilisées sont soit gardées pour une utilisation ultérieure (47%), soit brûlées (21%) ou enterrées (4,3%).

➤ utilisation des services de CPN

Pour ce qui concerne l'utilisation des services de CPN, la majorité des femmes qui ont accouché au cours des 24 derniers mois (83%) ont déclaré avoir fait 3 CPN et plus lors de leur dernière grossesse.

➤ Prise en charge des cas de paludisme

Au total, 78% des enfants malades au cours des 2 dernières semaines ont souffert de fièvre. Parmi eux, 83% ont souffert de paludisme simple et 3% de paludisme grave.

Même si l'automédication reste le traitement de première intention de la population (56%), parmi les enfants ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines, 41% ont bénéficié en premier recours des soins dans les FS et auprès des ASC.

Une proportion de 90% des ASC est capable de prendre correctement en charge les cas de paludisme au niveau des communautés. Ainsi, 80% des enfants malades au cours des deux dernières semaines et traités par les ASC ont reçu des soins corrects.

Par ailleurs, parmi les enfants de moins de 5 ans ayant fait la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête, 40% ont été correctement pris en charge par les ASC dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.

Au niveau des FS, l'évaluation de la qualité de la PEC a pris en compte les préalables du traitement, la nature de l'antipaludique prescrit, la conformité du dosage de l'antipaludique et

les conseils donnés à l'accompagnant. Il ressort de cette évaluation que 91% des enfants de moins de cinq ans vus en consultation externe ont bénéficié d'une prise en charge correcte.

❖ *Létalité et morbidité hospitalières en 2008*

Le taux d'incidence du paludisme clinique chez les enfants de moins de 5 ans vus en consultation hospitalière dans les FS en 2008 était de 13%. Quant au taux de létalité du paludisme au sein de cette même tranche d'âge, il était de 7% pour le paludisme en général.

En guise de synthèse, si l'on considère le niveau des indicateurs tels que le pourcentage de ménages disposant d'au moins une MII (55% avant la campagne et 71% après), la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous MII la veille de l'enquête (35% avant la campagne et 77% après) et le pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédant l'enquête (26% avant la campagne et 65% après), l'on peut dire que la campagne nationale de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide de 2008 a un effet positif sur le niveau de certains indicateurs clés du programme.

Néanmoins, pour une meilleure atteinte des objectifs du plan stratégique qui fixe à 80% le taux d'utilisation de MII par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes pour 2010, les résultats de l'étude appellent à un renforcement des actions spécifiques. A cet effet, nous formulons les suggestions suivantes :

➤ *En ce qui concerne le Ministère de la Santé et le PNL*

- Permettre à toute la population d'avoir un accès à une MII ;
- Allouer plus de ressources pour renforcer la mobilisation sociale;
- Mettre sur pied un système de gestion des moustiquaires usagées dans les communautés ;
- Doter les FS de moyens de transport pour les références et les évacuations d'urgence ;
- Rendre disponibles les réactifs au niveau des FS ;
- Revaloriser les ASC dans les communautés à travers la sensibilisation des populations ;
- Mettre à la disposition des équipes cadres les moyens financiers et logistiques pour la supervision des activités ;

- Former les nouveaux prestataires recrutés sur les nouvelles directives de prise en charge du paludisme ;
- Assurer une meilleure disponibilité des intrants ;
- Définir un statut plus clair aux ASC et leur prévoir plus de séances de recyclages et d'incitatifs ;
- Pourvoir tous les ASC de Kits complets de PEC du paludisme et les instruire sur le contenu exact de ces Kits ;
- Former les ASC sur la gestion des stocks ;
- Veiller à approvisionner suffisamment et à temps les ASC en intrants ;
- Veiller à ce que la fréquence des visites de suivi soit respectée ;
- Amener les ONG à respecter leurs cahiers des charges ;
- Mettre plus d'accent sur la lutte anti-vectorielle, notamment sur l'assainissement du milieu ;
- Revoir le système de suivi et de supervision des ASC ;
- Intégrer les nouvelles directives de PEC du paludisme dans les programmes de formations spécialisés des prestataires de soins ;
- Faire le plaidoyer pour mobiliser plus de ressources au niveau de l'Etat.

➤ *En ce qui concerne les niveaux régionaux et les districts sanitaires*

- Sensibiliser davantage les femmes lors des CPN sur le respect des doses de TPI ;
- Sensibiliser davantage les prestataires de soins pour le bon remplissage et la bonne tenue des documents administratifs ;
- Faire plus régulièrement les visites de supervision aux prestataires de soins ;
- Disposer à tout moment des réactifs dans les FS ayant un laboratoire ;
- Prendre des dispositions afin de proscrire la prescription et la vente des antipaludiques prohibés ;
- Sensibiliser les mères sur les conséquences de l'automédication chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Sensibiliser les mères et les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans à recourir aux FS/ASC dès l'apparition des symptômes de fièvre.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau II.1: Bilan de la collecte au niveau des 4 volets de l'étude	20
Tableau III.1 : Répartition des formations sanitaires selon le type de structure et le type de secteur.....	23
Tableau III.2 : Nombre de ménages, de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5 ans recensés dans les ménages cartographiées, par milieu de résidence et région.....	23
Tableau III 3 : Répartition des ASC enquêtés selon le niveau d'instruction et le groupe d'âges	24
Tableau III.4 : Pourcentage de ménages informés sur la tenue de la campagne selon la source.....	26
Tableau III. 5 : Répartition des ménages ayant mal apprécié la campagne selon le nombre d'enfants de moins de 5ans présents	28
Tableau III.6 : Proportion de ménages ayant reçu ou non au moins une MII lors de la campagne 2008 selon le milieu de résidence	30
Tableau III.7: Répartition des MII que possèdent les ménages selon le milieu de résidence et la région.....	31
Tableau III.8: Répartition des moustiquaires disponibles dans les ménages selon leur état.....	34
Tableau III.9: Répartition des ménages selon les raisons de la non utilisation des moustiquaires	34
Tableau III.10: Pourcentage des ménages ayant des moustiquaires non utilisées selon leur opinion sur le devenir de ces moustiquaires	35
Tableau III.11: Proportion de ménages disposant ou non d'au moins une moustiquaire usagée par milieu de résidence	35
Tableau III.12 : Répartition des ménages disposant de moustiquaires usagées encore utilisées ou non par milieu de résidence.....	36
Tableau III.13 : Pourcentage des ménages selon leur opinion sur le devenir des moustiquaires usagées qu'on ne plus utiliser pour dormir	37
Tableau III.14 : Pourcentage des ménages ayant donné son opinion sur les dommages causés par des moustiquaires usagées	37
Tableau III.15 : Répartition des ménages selon leur principal moyen de prévention du paludisme	40

Tableau III.16 : Répartition des ménages n'ayant pas suspendu de MII selon la principale raison évoquée.....	41
Tableau III.17 : Proportion d'enfants de 0 à 59 mois ayant dormi sous une moustiquaire par milieu de résidence et par région	42
Tableau III.18 : Répartition des enfants de moins de 5 ans n'ayant pas dormi sous une moustiquaire la veille de l'enquête selon les raisons évoquées par les parents	42
Tableau III.19 : Proportion de femmes enceintes ayant dormi ou non sous MII par milieu de résidence, région et niveau d'instruction.....	44
Tableau III.20: Répartition des femmes enceintes n'ayant pas dormi sous une moustiquaire la veille de l'enquête selon les raisons évoquées	45
Tableau III.21 : Pourcentage de femmes ayant accouché et qui ont dormi sous MII par milieu de résidence et par région.....	45
Tableau III.22 : Pourcentage de femmes enceintes et des femmes ayant accouché qui ont pris le TPI au cours de leur grossesse	46
Tableau III.23 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre selon le type de paludisme	48
Tableau III.24 : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon le premier recours des parents	49
Tableau III.25: Répartition de 100 enfants de moins de 5 ans de chaque type de premier recours selon l'issue du traitement.....	49
Tableau III.26 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines selon la qualité de traitement antipaludique reçu	50
Tableau III.27 : Pourcentage d'ASC capable de prendre correctement en charge les cas de paludisme selon leur profil	52
Tableau III.28 : Répartition des enfants de moins de 5 ans pris en charge par les ASC selon certaines caractéristiques relatives au traitement et au suivi	55
Tableau III.29 : Répartition des formations sanitaires selon diverses caractéristiques d'organisation des services.....	57
Tableau III.30 : Répartition des FS selon certaines caractéristiques relatives à la gestion administrative	58
Tableau III.31 : Pourcentage des agents formés en prise en charge du paludisme et en PCIMNE.....	58
Tableau III.32 : Activités de supervision des FS visitées	59

Tableau III.33 : Répartition des FS où les registres de malades sont bien remplis selon qu'ils aient reçu des visites de supervision ou non entre mai et juillet 2009.....	60
Tableau III.34: Existence de documents de PEC et d'IEC dans les FS visitées	61
Tableau III.35 : Etat du plateau technique dans les services de consultation externe des FS visitées	62
Tableau III.36 : Existence de documents relatifs à l'organisation de services et aux directives techniques d'hospitalisation dans les FS visitées	64
Tableau III.37: Etat du plateau technique dans les services d'hospitalisation des FS visitées.....	66
Tableau III.38 : Prestations de services de laboratoire dans les FS visitées	67
Tableau III.39 : Bilan des activités de laboratoire des FS visitées.....	68
Tableau III.40 : Répartition des FS ayant un laboratoire selon qu'il existe ou non un système de contrôle de qualité des lames lues	68
Tableau III.41: Réalisation de TDR dans les FS sans laboratoire.....	69
Tableau III.42 : Rupture continue de TDR pendant au moins une semaine au cours des 3 derniers mois dans les FS sans laboratoire	70
Tableau III.43 : Répartition de pharmacies selon le type d'outils de gestion, sa disponibilité et sa tenue	72
Tableau III.44 : Pourcentage de pharmacies ayant connu pendant au moins une semaine une rupture de stocks d'antipaludique.....	73
Tableau III.45 : Répartition des FS selon la formation des gérants, la visite de supervision et l'existence d'antipaludiques prohibés.....	73
Tableau III.46 : Informations sur la qualité de la prise en charge des enfants dans les services de consultation externe	75
Tableau III.47 : Répartition des prestataires observés selon la qualification et la formation reçue en PEC du paludisme/PCIMNE.....	75
Tableau III.48 : Informations sur la qualité de la prise en charge des enfants dans les services d'hospitalisation.....	77
Tableau III.49 : Evolution des principaux indicateurs de résultats et d'impact de RBM	80

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique III.1 : Proportion des ménages informés sur la tenue de la campagne selon le milieu de résidence et la région	25
Graphique III.2 : Proportion de ménages ayant reçu la visite d'un relais communautaire avant et après la campagne selon le milieu de résidence et la région	28
Graphique III.3 : Proportion de ménages ayant donné son appréciation de la campagne	29
Graphique III.4 : Proportion de ménages ayant reçu ou non la visite d'un relais communautaire après la campagne et qui ont suspendu les MII selon le milieu de résidence et la région	30
Graphique III.5: Pourcentage d'enfants ayant 0 à 59 mois lors de la campagne et qui ont reçu une MII selon le milieu de résidence et par région	32
Graphique.6 : Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire/ MII par milieu de résidence et la région	33
Graphique III.7 : Nombre moyen de MII dans les ménages	33
Graphique III.8 : Répartition des ménages disposant de moustiquaires usagées selon le niveau de dégradation de ces moustiquaires	36
Graphique III.9 : Proportion de ménages ayant donné leur opinion sur les conséquences des moustiquaires usagées sur l'environnement	38
Graphique III.10: Proportion des ménages connaissant la cause du paludisme.....	39
Graphique III.11 : Proportion de ménages connaissant le rôle de la moustiquaire.....	39
Graphique III.12 : Proportion des ménages ayant au moins une MII suspendue par milieu de résidence et par région.....	41
Graphique III.13 : Répartition des femmes enceintes/ accouchées durant les 24 derniers mois selon l'utilisation des services de CPN	43
Graphique III.14 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines selon le milieu de résidence.....	47
Graphique III.15 : Répartition des enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant reçu ou non un traitement antipaludique correct dans les 24h qui ont suivi l'apparition des symptômes	50
Graphique III.16 : Répartition des ASC selon leur capacité à diagnostiquer correctement ou non le paludisme.....	51

Graphique III.17 : Répartition des ASC selon leur capacité à prendre en charge correctement ou non le paludisme.....	52
Graphique III.18 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant été pris en charge correctement par les ASC et dans les 24 heures ou au-delà des 24 heures suivant l'apparition de la fièvre.....	53
Graphique III.19 : Répartition des enfants de moins 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et pris en charge par l'ASC selon la qualité du traitement reçu	54
Graphique III.20 : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon l'issue du traitement donné par l'ASC.....	55
Graphique III.21 : Proportion de FS ayant connu ou non une rupture continue de consommables pendant au moins une semaine au cours des 3 derniers mois.....	69
Graphique III.22 : Répartition de 100 gérants de pharmacie non qualifiés selon leur niveau d'instruction.....	71
Graphique III.23 : Répartition des pharmacies selon qu'elles aient connu ou non une rupture de stocks pour l'une des formes de présentation d'Artéméther- Luméfantrine pendant au moins une semaine au cours des trois derniers mois.	72
Graphique III.24 : Répartition des enfants malades observés selon qu'ils aient eu recours à la FS dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes ou au-delà.....	76
Graphique III. 25 : Répartition des enfants hospitalisés selon la qualité de la prise en charge	77

INTRODUCTION

Au cours de la 3^{ème} session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine tenue du 9 au 13 avril 2007 à Johannesburg en Afrique du Sud, le constat a été encore fait que le paludisme demeure le problème de santé publique le plus grave en Afrique. Il a été également noté que selon les estimations, 74% de la population africaine vivent dans les régions où la maladie est endémique et seuls 7% de cette population vivent dans des régions où les risques sont minimales ou inexistantes. En Afrique, le paludisme compte pour environ 270 millions de cas cliniques chaque année et 70 à 80% de ces cas sont des enfants de moins de 5 ans. Près de 90% des deux à trois millions de décès dus au paludisme surviennent en Afrique. Environ 24% de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique sont dus au paludisme ou aux maladies apparentées au paludisme. Cette maladie est l'une des causes les plus courantes de visites médicales dans les hôpitaux et elle est responsable de 30 à 40% des cas de malades non hospitalisés (Union Africaine, 2007).

En 1998, pour faire face à ce problème de santé publique, la communauté internationale dans sa diversité, à travers des stratégies multiples et une approche coordonnée, a développé un mouvement (« Roll Back Malaria » (RBM) ou « Faire Reculer le Paludisme » (FRP)) de soutien à la lutte contre ce fléau, visant ainsi à réduire de 50% sa morbidité avant l'an 2010.

En avril 2000, les chefs d'Etat et de gouvernement ont adopté la Déclaration et le Plan d'Action d'Abuja sur le Programme 'Faire Reculer le paludisme'. En juillet de la même année, lors de leur sommet ordinaire tenu à Lomé (Togo), les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont proclamé la journée du 25 avril « *Journée du Contrôle du paludisme en Afrique* ». Le but visé était d'intensifier le plaidoyer en faveur d'une action collective et bien coordonnée à tous les niveaux dans la lutte contre le paludisme.

En mai 2006, sous le thème « *Accès Universel aux Services de la lutte contre le VIH et le SIDA, la Tuberculose et le paludisme par une Afrique Unie au plus tard en 2010* », les chefs d'Etat et de gouvernement se sont réunis à Abuja pour évaluer les progrès réalisés par les pays dans l'accomplissement de la tâche assignée en 2000. Presque tous les pays ont mis en place des partenariats nationaux pour renforcer la collaboration et les efforts de coordination dans le contrôle du paludisme. Il a été remarqué que, même si quelques avancées ont été réalisées en ce qui concerne l'accès effectif au traitement et aux services de prévention du paludisme,

l'ampleur des progrès réalisés est plutôt limitée, d'où la nécessité de continuer l'intensification de la lutte.

Au Togo, le Ministère de la santé avec l'appui de ses Partenaires a élaboré en 2006 son deuxième Plan Stratégique pour la période 2006-2010 (le 1^{er} Plan couvrait la période 2001-2005) en vue d'intensifier les interventions de lutte contre le paludisme dans le pays. Ce 2^{ème} Plan avait pour objectif général de réduire de 50%, par rapport à 2001, la mortalité et la morbidité liées au paludisme en 2010.

En Novembre 2008, une évaluation à mi-parcours de ce plan stratégique a été réalisée afin de déterminer le niveau de mise en œuvre des interventions planifiées et proposer des recommandations pour lever les éventuels goulots d'étranglements.

A quelques mois de la fin de la mise en œuvre de ce plan stratégique, il s'avère nécessaire de réaliser une évaluation finale des activités prévues et menées. Cette évaluation a été faite à travers une étude qui s'articule autour de quatre volets complémentaires : un volet institutionnel, un volet sanitaire, un volet communautaire et un volet ASC. Chaque volet a été réalisé selon une méthodologie spécifique.

Le volet institutionnel a été adressé à une vingtaine de responsables du programme tant au niveau central qu'au niveau des régions et districts en ce qui concerne le management et la mise en œuvre des activités.

Le volet « Formation sanitaire » a porté sur un échantillon national représentatif de 141 FS publiques, confessionnelles ou privées. Tous les types d'unités de la pyramide sanitaire ont été touchés : des CHU au sommet de la pyramide jusqu'aux dispensaires à la base. Ce volet a permis de cerner la prise en charge des cas de paludisme dans ces FS.

Le volet « Communauté » réalisé sur un échantillon de 3969 ménages, a permis d'avoir d'une part, des informations sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans au sein des ménages et d'autre part, sur la prévention et la prise en charge de ces deux cibles en cas de paludisme.

Quant au volet ASC, il a touché 566 Agents de Santé Communautaire et a permis d'avoir les informations permettant d'évaluer leur capacité à diagnostiquer et à prendre en charge les cas de paludisme au sein des communautés.

Ce rapport qui rend compte des objectifs, de la méthodologie et des principaux résultats de l'étude est charpenté en trois chapitres. Le premier chapitre présente le cadre général de l'étude, le système national de santé et la lutte contre le paludisme au Togo. Le second chapitre fait état de la méthodologie utilisée. Le troisième chapitre met en lumière les principaux résultats de l'étude. Dans un premier temps, il présente le point sur la campagne

nationale de distribution des MII de 2008. Il évalue ensuite l'impact des interventions de lutte contre le paludisme et enfin il apprécie la prise en charge des cas de paludisme tant au niveau communautaire qu'au niveau des FS.

CHAPITRE I

CADRE GENERAL DE L'ETUDE

I.1 - PRESENTATION GENERALE DU PAYS

I.1.1 - Données géographiques et administratives



Pays situé sur la côte du Golfe de Guinée en Afrique de l'Ouest, le Togo, avec une superficie d'environ 56 785 Km², s'étire sur une longueur de 600 km et une largeur variant entre 50 et 150 km. Il est limité à l'Est par le Bénin, à l'Ouest par le Ghana, au Nord par le Burkina Faso et au Sud par le Golfe de Guinée. Il est subdivisé en cinq régions administratives qui sont du Sud au Nord : la Région Maritime, la Région des Plateaux, la Région Centrale, la Région de la Kara et la Région des Savanes.

Sur le plan sanitaire, Lomé la capitale avec ses 5 districts sanitaires constitue la sixième région. Le pays est subdivisé en 30 préfectures et 04 sous préfectures.

Selon les estimations de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN), la population togolaise est d'environ 6 millions d'habitants en 2009 (DGSCN, 2006), avec un taux d'accroissement annuel de 2,6%. Selon les mêmes estimations, le pays compte environ 51% de femmes contre 49% d'hommes, avec environ 20% d'enfants de moins de 5 ans. Près de la moitié (49%) de la population a moins de 15 ans. La population urbaine représente environ 35% de la population totale. Lomé, la capitale et la plus grande ville du pays rassemble à elle seule pratiquement le quart de la population totale et plus de la moitié de la population urbaine.

Le Togo possède un climat tropical qui se définit par rapport à la disposition de son relief. On y distingue deux (2) zones climatiques :

- Au Nord, un climat tropical humide de type soudanien avec deux saisons : une saison sèche (de mai à octobre) et une saison pluvieuse (de novembre à avril) ;
- Au Sud, un climat tropical de type guinéen ou sub-équatorial avec 4 saisons : 2 saisons sèches (une grande et une petite) respectivement de novembre à mars et le mois d'août et 2 saisons pluvieuses (une grande allant d'Avril à juillet et une petite couvrant les mois de septembre et d'octobre).

I.1.2 - Données économiques

Le Togo est un pays dont la majorité de la population (70%) vit de l'agriculture. Son économie dépend donc traditionnellement essentiellement du secteur primaire mais aussi des services. La production agricole qui est principalement tributaire des aléas climatiques, est dominée par des exploitations de petites tailles.

Le pays a une économie libérale dont la principale caractéristique est sa vulnérabilité. Celle-ci se manifeste essentiellement par le fait que l'économie repose sur l'exportation d'un petit nombre de produits primaires faiblement rémunérés sur le marché international et dont les cours subissent des fluctuations au gré de la conjoncture. Les exportations qui portent principalement sur les phosphates, le ciment, le café, le cacao et le coton, représentaient entre 28% et 33% du PIB de 2002 à 2007.

Selon les résultats de l'enquête QUIBB réalisée en 2006, l'incidence de la pauvreté (approchée par la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté) était de 61,7%. L'incidence de pauvreté est en nette croissance par rapport à la situation de 1990 où il était de 32,3%. La pauvreté est essentiellement rurale (près de 80% des pauvres vivent en milieu rural).

La région des Savanes est la plus pauvre avec une incidence de 90,5%, suivie des régions Centrale (77,7%), Kara (75,0%), Maritime (69,4%), Plateaux (56,2%) et enfin Lomé (24,5%).

I.2 - SYSTEME NATIONAL DE SANTE

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux que sont : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou régional et le niveau périphérique (à la base). Les structures de soins sont diversifiées et appartiennent aux secteurs public, privé, confessionnel et associatif.

I.2.1 - Le niveau central ou national

Sur le plan administratif, ce niveau est composé d'un cabinet du ministre, d'une direction générale, de 05 directions centrales, de 15 divisions, de 39 services centraux et de différents programmes. C'est le niveau conceptuel. Il est chargé de la définition, du suivi et de la mise en œuvre des orientations de la politique sanitaire du pays. Il fixe les normes et standards relatifs au développement sanitaire, assure la coordination de l'action sanitaire et le contrôle de toutes les interventions de santé.

Sur le plan de l'offre des services de soins, il compte 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) dont 2 à Lomé et 1 à Kara, 2 hôpitaux spécialisés (Hôpital Psychiatrique à Aného et l'Hôpital pédiatrique confessionnel à Dapaong), 1 Institut National d'Hygiène (INH), 1 Centre national de Transfusion Sanguine (CNTS) à Lomé, 1 Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) à Lomé.

I.2.2 - Le niveau intermédiaire ou régional

Il correspond aux six régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé (Lomé Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes). Le niveau régional est chargé de l'appui, du suivi et de l'évaluation du district. Il dispose d'une structure de suivi et évaluation et des équipes cadres de région. Il compte 06 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) constituant le deuxième niveau de référence du système de soins. C'est le niveau d'appui stratégique. A ce niveau on trouve également un (1) centre régional de transfusion sanguine (CRTS à Sokodé), deux (2) centres régionaux d'appareillage orthopédique (CRAO à Kara et à Dapaong).

I.2.3 - Le niveau périphérique ou préfectoral ou district sanitaire

Il est composé de 35 Districts Sanitaires (correspondant aux 30 préfetures et 5 districts à Lomé), avec 25 hôpitaux publics, 9 hôpitaux confessionnels, des Centres de santé, des cliniques et cabinets privés. C'est le niveau opérationnel. La gestion des districts est confiée aux Directions Préfectorales de la Santé ou Directions de Districts Sanitaires.

Le district de santé est doté d'une équipe cadre en charge de la planification et de la supervision.

Les hôpitaux de préfecture ou de district, les hôpitaux confessionnels représentent en principe le premier niveau de référence mais jouent le plus souvent le rôle de premier contact pour les bénéficiaires des prestations de soins.

I.2.4 - Les infrastructures sanitaires

Selon les données de la DISER, en 2008, on dénombrait au total environ 654 formations sanitaires publiques (environ 83%) et privées et confessionnelles toutes catégories et tous types confondus. Ces FS regroupent dans leur ensemble, 3 CHU, 6 CHR, 2 hôpitaux spécialisés, 25 hôpitaux de préfecture ou de district, 9 hôpitaux privés/confessionnels et près de 600 unités de soins périphériques (USP) constituées de polycliniques, de centres de santé, de dispensaires et centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Le secteur privé à but lucratif compte 236 cliniques, polycliniques et cabinets médicaux dont la plupart sont concentrés dans la capitale (Lomé).

Malgré ce nombre d'infrastructures sanitaires, le taux de couverture sanitaire reste encore faible du fait de l'accroissement démographique et du développement de zones de peuplement.

Des données disponibles il ressort que, le taux d'accès à une unité périphérique de soins (USP) dans un rayon de moins de 5 km est estimé à 60% (PNLP, 2006).

I.2.5 - Les ressources humaines

Selon les données de la DISER, au 31 décembre 2007, l'effectif des agents du secteur de la santé était estimé à près de 7765 dont 2636 agents de l'État (34%), 2815 émergeant sur les budgets autonomes des établissements hospitaliers (36,3%), 274 sur les budgets des comités de gestion (3,5%), 524 du privé confessionnel (6,7%), etc. Il est à noter que,

faute de données fiables, ces statistiques ne prennent pas en compte le personnel du secteur privé à but lucratif. Toutefois, il est reconnu que l'effectif du personnel de ce secteur est considérable, notamment dans les régions de Lomé Commune et des Plateaux.

Par ailleurs, les statistiques sanitaires révèlent qu'il y a au Togo un (1) médecin pour 12470 habitants, une (1) sage-femme pour 9330 femmes en âge de procréation et un (1) infirmier pour 3093 habitants, inégalement répartis sur le territoire. Près de la moitié du personnel soignant est concentré dans la capitale (Lomé) et ses périphéries. Lomé qui compte environ 25% de la population totale du pays, dispose du tiers (33%) du personnel médical et paramédical, dont 53% de médecins, 42% de sages-femmes et 26% d'infirmiers (DISER, 2007).

I.3 - LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU TOGO

I.3.1 - Aspects institutionnel et épidémiologique de la lutte contre le paludisme

I.3.1.1 - Historique de la lutte contre le Paludisme au Togo

Au Togo, la lutte contre les moustiques a commencé bien avant l'indépendance du pays. Déjà en 1952, l'administration coloniale a créé le « Service de Lutte Antipaludéenne » pour mener une lutte contre les moustiques dans la ville de Lomé. Les actions ont été accentuées d'abord dans les années 1960 avec le recrutement et la formation des « agents itinérants » ayant pour fonction le traitement des cas, la prophylaxie de masse à domicile et l'établissement des cartes de répartition des vecteurs et ensuite dans les années 1970 par les travaux de dragage des lagunes de Lomé et d'Aného.

Les années 1980 ont connu l'application de la chimiothérapie des accès fébriles à la chloroquine et la prophylaxie antipaludique chez la femme enceinte.

La mondialisation de la lutte contre le paludisme a entraîné l'application de directives nationales avec l'adoption d'une politique nationale en 1994 et des stratégies de prise en charge correcte des cas, de prévention y compris la chimioprophylaxie chez la femme enceinte et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Au Togo, la réponse à cette initiative mondiale a été relayée par la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

❖ Présentation du PNLP

- *Mandat et structure interne*

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est membre du Réseau de l'Afrique de l'Ouest pour le Traitement Anti Paludique (RAOTAPII) et du Réseau de l'Afrique de l'Ouest pour la prévention du Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG). Sa mission est de donner les grandes orientations nationales en matière de lutte contre le paludisme au Togo. Le PNLP comporte sept (7) unités¹ au niveau interne qui sont :

- L'unité « Administration et Gestion des Ressources » ;
- L'unité « IEC, Mobilisation Sociale et Partenariat » ;
- L'unité « Surveillance Epidémiologique et Système d'Informations Sanitaires » ;
- L'unité « Planification, Suivi/Evaluation » ;
- L'unité « Prévention » ;
- L'unité « Intervention à base communautaire » ;
- L'unité « Prise en charge ».

Deux de ces sept unités (unité prévention et unité prise en charge) sont subdivisées en sous unités. Ainsi, pour l'unité « Prévention », on distingue la sous unité *Lutte Anti-Vectorielle* et la sous unité *Traitement Préventif Intermittent*. L'unité « Prise en Charge » pour sa part, a une sous unité *Laboratoire*.

Il est prévu que toutes les unités disposeront à terme d'un groupe technique d'appui. On note actuellement deux groupes techniques fonctionnels :

- Le groupe technique d'appui *Suivi/Evaluation* ;
- Le groupe technique d'appui *Prise en Charge*.

Le groupe technique d'appui *Prévention* et le groupe technique d'appui *Partenariat* sont en projet.

Le PNLP est dirigé par un Coordonnateur qui est appuyé par des responsables d'unités et de sous unités. Au total le PNLP compte 26 agents répartis comme suit :

¹ Confère Organigramme du PNLP en annexe

- 14 personnels médicaux et paramédicaux ;
- 5 personnels administratifs ;
- 7 personnels de soutien.

- *Les axes stratégiques d'intervention*

Les stratégies d'intervention du PNLP sont articulées autour de plans stratégiques quinquennaux. Le premier plan stratégique a couvert la période 2001-2005 et le second, la période 2006-2010. Deux axes majeurs se dégagent de ces plans stratégiques :

- ❖ **Le renforcement des mesures de prévention, y compris la lutte anti-vectorielle** (le traitement préventif intermittent (TPI), l'utilisation des barrières contre les moustiques, l'utilisation des larvicides et l'assainissement de base) ;
- **La prise en charge correcte et rapide des personnes souffrant de paludisme** (diagnostic des cas de paludisme simple et grave au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires).

La mise en œuvre de ces stratégies majeures s'appuie sur quatre interventions de soutien que sont :

- Le renforcement du cadre institutionnel et de gestion du programme ;
- Le développement de la communication pour le changement de comportement avec une forte implication de la communauté à la base ;
- La coordination du partenariat ;
- Le renforcement du suivi/évaluation et de la recherche.

- *Mise en œuvre des stratégies sur le terrain*

Au plan national, il existe une carte sanitaire des différents établissements de soins, indiquant la situation géographique des communautés et les populations desservies. Dans chaque Direction Régionale de Santé (DRS) et dans chaque district sanitaire, le PNLP dispose de points focaux paludisme, chargés de la mise en œuvre et du suivi des interventions de lutte contre le paludisme. Ces points focaux font parties des Equipes Cadres Régionales (ECR) et des Equipes Cadres de districts (ECD).

De façon spécifique, ces équipes cadres ont pour mission de :

- Planifier les activités des différents programmes dont celles du programme paludisme ;
- Veiller à la mise en œuvre de ces activités ;
- Réaliser le suivi, le monitoring des activités et la supervision des prestataires ;
- Elaborer les rapports d'activités et les transmettre au niveau supérieur.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du programme, les dépôts régionaux de pharmacie sont approvisionnés en intrants (TDR, CTA, MII). Ceux-ci réapprovisionnent à leur tour les districts avec leurs formations sanitaires respectives sur la base de l'estimation de la population couverte. Des supervisions trimestrielles des prestataires de soins sont planifiées en vue de s'assurer de la mise en œuvre des activités conformément à la planification. Pour ce faire, au niveau du programme, au niveau régional et au niveau district, des voitures de supervision ont été mises à la disposition de l'équipe du programme, des ECR et des ECD. Au niveau des USP, il a été octroyé des motos pour assurer la supervision.

Dans le cadre de l'initiative mondiale « *Faire Reculer le Paludisme* » et conformément aux engagements pris pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Ministère de la Santé du Togo avec l'appui de ses Partenaires a élaboré et mis en œuvre une stratégie de lutte contre le paludisme. Cette stratégie a été opérationnalisée à travers la mise en œuvre de deux (2) Plans Stratégiques de lutte contre le paludisme. Un premier plan stratégique « FRP » pour la période 2001 – 2005 a été élaboré par le PNLP et exécuté. De manière générale, les interventions développées au cours de ce premier plan stratégique ont permis d'améliorer significativement le niveau des indicateurs majeurs déterminés par le PNLP. Un second plan stratégique quinquennal pour la période 2006 – 2010 est actuellement en cours d'exécution.

1.3.1.2 - Situation actuelle du Paludisme au Togo

Sur le plan sanitaire, le paludisme représente au Togo, la première cause de morbidité et de mortalité dans les formations sanitaires. Il est endémique avec une transmission qui dure presque toute l'année sur l'ensemble du territoire national. Il a représenté en moyenne 53% des consultations externes et 50% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques en 2007 avec une durée moyenne d'hospitalisation de 5 jours. Le taux de mortalité hospitalière proportionnelle du paludisme était de 46% en 2007 et occupait ainsi le 1^{er} rang des

pathologies avec une létalité moyenne de 4%. Les enfants de 0-5 ans sont les plus touchés dans une proportion de 36% par rapport au nombre de cas enregistrés tous âges confondus (Ministère de la Santé, 2008b).

Avec la résistance observée au niveau de la chloroquine et de certaines molécules utilisées en monothérapie, le Togo a opté pour une nouvelle politique de traitement de paludisme simple par les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA). En ce qui concerne la prévention du paludisme chez la femme enceinte, le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) a été retenu.

I.3.2 - Les objectifs du plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme

Le deuxième Plan Stratégique élaboré pour la période 2006-2010 par le Ministère de la Santé avec l'appui de ses Partenaires en vue d'intensifier les interventions de lutte contre le paludisme au Togo, avait pour objectif général de réduire de 50% par rapport à 2001, la mortalité et la morbidité liées au paludisme en 2010.

Les objectifs spécifiques visés sont :

- Augmenter la protection des personnes à risque de paludisme grâce à des méthodes appropriées de lutte anti-vectorielle comme les MII, de 76,91% en 2005 à 90% en 2010;
- Améliorer la qualité et la couverture de la prise en charge des cas de paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de 72,79% en 2005 à 90% en 2010;
- Augmenter la protection des femmes enceintes par le TPI de 57,5% à 80% selon le protocole requis ;
- Accroître le taux de réalisation des activités programmées de 60% en 2005 à 80% en 2010.

Les principaux résultats attendus sont :

- Au moins 80% des enfants de moins de 5ans et femmes enceintes dorment sous MII ;
- Au moins 80% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires et dans la communauté ;

- Au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'un TPI correct ;
- Le taux de réalisation des activités programmées est passé de 60% en 2005 à 80% au moins en 2010.

I.4 - CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Au cours du mois de décembre 2008, dans le cadre d'une approche intégrée de réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles, une campagne nationale intégrée de supplémentation en Vitamine A, de déparasitage à l'albendazole et de distribution de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) aux enfants de moins de 5 ans a été conduite au Togo avec l'appui de tous les partenaires intervenant dans le domaine de la santé.

La présente enquête est organisée pour évaluer les résultats de cette campagne et les progrès réalisés par le pays dans l'atteinte de certains objectifs fixés depuis 2000 et réévalués en 2006 dans le cadre du Programme « Faire Reculer le Paludisme (FRP) » et les objectifs de développement du millénaire (OMD). Elle a été rendue possible grâce à l'appui financier de partenaires tels que la Croix Rouge Canadienne (CRC), le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et l'UNICEF.

Cette évaluation a permis d'avoir le niveau des différents indicateurs du PNLN à quelques mois de la fin de la mise en œuvre de son deuxième plan quinquennal stratégique de lutte contre le paludisme (2006-2010), afin de voir quelles réorientations donner à la lutte pour atteindre les objectifs fixés tant au niveau national que régional et mondial. Cette étude a reçu l'appui technique de HealthBridge (au titre de la Croix Rouge Canadienne) pour la formation des équipes de collecte, la supervision de la mise en œuvre de l'enquête. L'OMS (Bureau Régional de Ouagadougou) a quant à elle, appuyé l'équipe de recherche pour l'élaboration des plans d'analyse et du rapport.

CHAPITRE II

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Ce chapitre présente dans un premier temps les objectifs de l'étude et les principaux indicateurs à renseigner et ensuite la méthodologie de chacun des 4 volets de la recherche (volet « Institutionnel », volet « Formation Sanitaire », volet « Communauté » et volet « ASC ») et leurs populations cibles respectives.

II.1 - OBJECTIFS DE L'ETUDE

II.1.1 - Objectif général

L'objectif général de l'étude vise à évaluer la campagne de distribution gratuite des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) de Décembre 2008 et le niveau d'atteinte des indicateurs de résultats et de couverture des interventions de lutte contre le paludisme au Togo.

II.1.2 - Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques découlant de l'objectif général sont énumérés comme suit :

- ❖ Evaluer la campagne de distribution gratuite de MIILDA de 2008 ;
- ❖ Evaluer les pratiques de prévention et de prise en charge du paludisme au niveau communautaire, en particulier chez les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 5 ans ;
- ❖ Recueillir des données sur la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- ❖ Recueillir des données sur le devenir des moustiquaires usagées dans les ménages ;
- ❖ Evaluer la prise en charge des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires ;
- ❖ Evaluer la capacité des ASC à diagnostiquer correctement le paludisme ;
- ❖ Evaluer leur capacité à prendre correctement en charge les cas de paludisme.

II.1.3 - Principaux indicateurs de l'étude

A travers les différents objectifs spécifiques ci-dessus listés, l'enquête vise à renseigner les principaux indicateurs ci-dessous :

- ✓ Proportion de ménages informés de la campagne de distribution gratuite de MIILDA de 2008 ;
- ✓ Niveau d'appréciation de la campagne par la population cible ;
- ✓ Sources d'information sur la tenue de la campagne de 2008 ;
- ✓ Impact de la mobilisation avant et après la campagne de 2008 sur l'appropriation et l'utilisation des moustiquaires ;
- ✓ Proportion des ménages ayant reçu au moins une moustiquaire imprégnée durant la campagne de 2008 ;
- ✓ Proportion des ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée suspendue au moment de l'enquête ;
- ✓ Proportion des enfants de 0-59 mois ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée au cours de la nuit précédente ;
- ✓ Proportion des femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire imprégnée au cours de la nuit précédente ;
- ✓ Taux d'incidence des cas de paludisme clinique chez la population couverte par les FS enquêtées en 2008 ;
- ✓ Taux d'incidence hospitalière des enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ Raisons de la non utilisation des moustiquaires dans les ménages ;
- ✓ Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire ;
- ✓ Proportion de ménages disposant d'au moins une MII ;
- ✓ Taux de létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (Année 2008) ;
- ✓ Pourcentage des patients avec paludisme grave admis dans un établissement de santé et ayant reçu un traitement correct ;
- ✓ Pourcentage des enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme simple et correctement pris en charge dans les structures sanitaires conformément à la politique nationale ;
- ✓ Pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme non compliqué ou de fièvre correctement pris en charge selon la politique nationale par les agents de santé communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre ;

- ✓ Pourcentage des patients de 5 ans et plus avec fièvre ayant été dépistés pour paludisme (avec microscopie ou un TDR) ;
- ✓ Pourcentage des femmes ayant reçu la 1^{ère} dose du Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours de la dernière grossesse durant les 24 derniers mois ;
- ✓ Pourcentage des femmes ayant reçu la 2^e dose de Traitement Préventif Intermittent au cours de la dernière grossesse durant les 24 derniers mois (2^e dose);
- ✓ Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu pendant au moins une semaine au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête, une rupture totale de stocks des médicaments antipaludiques recommandés au plan national.

II.2 - METHODOLOGIE

II.2.1 - Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est articulée en quatre volets complémentaires : un volet institutionnel, un volet sanitaire, un volet communautaire et un volet ASC. L'étude s'est déroulée simultanément sur l'ensemble du pays du 6 au 25 Août 2009 pour les 3 premiers volets et du 14 au 21 décembre 2009 pour le dernier volet.

II.2.2 - Populations cibles

II.2.2.1 - Volet institutionnel

Ce volet s'est déroulé auprès de la coordination du PNLP, des Directeurs Régionaux de Santé (DRS) et des Directeurs Préfectoraux de Santé (DPS), avec comme outil de collecte un canevas d'entretien individuel (Cf. annexes outils de collecte). Tous les DRS (1 par région) et un échantillon de 12 DPS (2 par région) ont été interviewés sur le bilan des grandes actions menées au cours des 5 dernières années et particulièrement depuis la dernière campagne de distribution de MII en décembre 2008.

II.2.2.2 - Volet « Formation sanitaire (FS) »

Pour ce volet, la collecte a eu lieu auprès d'un échantillon national représentatif de 141 FS publiques, confessionnelles ou privées. Tous les 35 districts sanitaires ont été couverts et tous les types d'unités de la pyramide sanitaire ont été touchés : des USP jusqu'aux hôpitaux nationaux de référence en passant par les hôpitaux de régions et de districts.

Sur le plan de l'échantillonnage, outre les hôpitaux de districts sanitaires qui sont systématiquement retenus pour l'enquête, les autres FS du district ont été réparties en 3 groupes :

- Groupe G1 Les FS proches (situées à moins de 11 km de l'hôpital de district) ;
- Groupe G2 : Les FS à moyenne distance (situées entre 11 et 20 km de l'hôpital de district) ;
- Groupe G3 : Les FS éloignées (situées à plus de 20 km de l'hôpital de district).

Dans chacun de ces 3 groupes, une (1) FS est tirée au hasard, ce qui fait trois (3) FS périphériques tirées par district. Ainsi, au total, au sein de chaque district, 4 formations sanitaires ont été visitées : l'hôpital de district (HD) ou toute autre structure de référence et 3 formations sanitaires périphériques privées ou publiques.

L'outil de collecte a comporté 7 questionnaires (Cf. annexes outils de collecte) :

- le questionnaire H1 adressé au responsable des FS ;
- le questionnaire H2 adressé au responsable de la consultation externe ;
- le questionnaire H3 adressé au responsable de l'hospitalisation médicale ;
- le questionnaire H4 adressé au responsable du laboratoire ;
- le questionnaire H5 adressé au gérant de la pharmacie de la FS ;
- le questionnaire H6 destiné à l'observation des prestataires de soins lors des consultations des enfants de moins de 5 ans reçus pour paludisme simple ;
- le questionnaire H7 destiné à l'exploitation des registres de soins ou des dossiers d'hospitalisation de paludisme grave.

II.2.2.3 - Volet communautaire

Ce volet a permis de collecter surtout des informations sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans au sein des ménages d'une part et la prévention et la prise en charge de ces deux cibles en cas de paludisme d'autre part.

Cette collecte réalisée à partir d'un questionnaire de type quantitatif a également été soutenue par un échantillonnage probabiliste, afin de permettre une extrapolation des résultats de l'échantillon observé à l'ensemble des ménages du Togo.

La procédure d'échantillonnage de l'étude a eu pour base de sondage l'enquête « Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-Etre (QUIBB), réalisée en 2006 par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN, 2006).

Sur le plan opérationnel, il a été procédé à un sondage aléatoire à deux degrés avec stratification au premier degré. Le critère de stratification retenu pour cette enquête était le milieu de résidence, ce qui a permis de séparer les ménages ruraux des ménages urbains dans chaque région et de pouvoir procéder à des comparaisons lors de l'analyse des données.

Au niveau de chacune des 6 régions du pays, des zones de dénombrement (ZD) ont été tirées. Dans chaque ZD, un échantillon de 20 ménages a été tiré.

Le plan de sondage défini par les modes de tirage retenus pour les deux degrés induit un échantillon auto-pondéré, ce qui signifie que toutes les unités secondaires (les ménages) ont la même probabilité d'appartenir à l'échantillon. L'avantage d'un tel type d'échantillon est la simplification qu'il apporte lors des estimations statistiques.

La taille de l'échantillon des ménages a été définie en adoptant la procédure de détection d'une différence entre 2 échantillons à partir de la proportion d'un paramètre qualitatif dans une population dont on dispose déjà d'une estimation antérieure.

De façon plus concrète, pour la présente étude, nous avons considéré comme indicateur à suivre, « *Le % d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête* ».

A partir de l'ensemble des facteurs suivants :

- *la valeur initiale de l'indicateur ;*
- *la variation de l'indicateur que l'on souhaite détecter de manière fiable ;*
- *Le degré de certitude qu'un changement observé n'est pas dû au hasard (risque alpha);*
- *le degré de certitude qu'un changement survenu est effectivement détecté (risque bêta) ;*
- *L'intervalle de confiance de 95% des proportions ;*
- *La taille moyenne d'un ménage est de 6 individus.*

L'enquête au niveau de la communauté a touché 3969 ménages et a permis de collecter des informations sur les populations cibles en fonction de la thématique, notamment les femmes enceintes ou celles ayant accouché dans les 24 derniers mois et les enfants de moins de 5 ans.

Les principales sections abordées dans le questionnaire communautaire (Cf. annexe outils de collecte) sont :

- Disponibilité et utilisation des MII par les ménages, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- Mobilisation sociale avant et après la campagne de décembre 2008 ;
- Exposition à la campagne de 2008 sur l'utilisation des MII ;
- Caractéristiques socio-économiques des ménages ;
- Prise en charge des enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre ;
- Prise en charge des femmes enceintes pour la prévention du paludisme ;
- Raisons de la non utilisation de MII ;
- Devenir des moustiquaires usagées.

II.2.2.4 - Volet ASC

Ce volet a couvert les 6 régions du pays et s'est déroulé dans 34 USP (Tableau A-III.7). Au total 566 agents de santé communautaires (ASC) ont été touchés par l'enquête.

Le questionnaire élaboré pour la collecte des données (Cf. annexe outils de collecte) distingue quatre grandes sections:

- i)** les connaissances des ASC au sujet du paludisme;
- ii)** les pratiques des ASC en matière de prévention du paludisme;
- iii)** les pratiques des ASC en matière de traitement des cas de paludisme;
- iv)** la tenue des registres de santé par les ASC.

Le tableau II.1 ventile les populations enquêtées au niveau de chacun des 4 volets de l'étude par région.

Tableau II.1: Bilan de la collecte au niveau des 4 volets de l'étude

REGIONS	Volet institutionnel (Nbre de personnes interviewées)			Volet FS Nbre de FS visitées)		Volet Communautaire (Nbre de ménages)	Volet ASC (Nbre d'ASC enquêtés)
	Central	DRS	DPS	HD	USP		
Lomé	1	1	2	5	15	820	-
Maritime	-	1	2	6	18	749	128
Plateaux	-	1	2	10	27	755	168
Centrale	-	1	2	4	12	561	86
Kara	-	1	2	7	21	625	86
Savanes	-	1	2	4	12	459	98
Ensemble	1	6	12	36	105	3969	566

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

En ce qui concerne les considérations éthiques, l'étude a reçu l'aval du Ministère de la Santé. Par ailleurs, les objectifs de l'étude ont été clarifiés à toutes les personnes ciblées et interviewées. Aucune personne n'a été contrainte à participer à l'enquête. Toutes les personnes ont reçu des explications claires et détaillées sur le sujet et ont déclaré avoir compris l'explication de la nature et du but de l'étude. Elles ont été interviewées après un consentement libre et éclairé. La confidentialité et le secret statistique leur ont été également assurés.

II.2.3 - Organisation et déroulement de la collecte des données

II.2.3.1 - Recrutement, formation du personnel et collecte des données

L'enquête « Formation Sanitaire »

La collecte au niveau de ce volet a été réalisée du 24 Août au 05 Septembre 2009 par une soixantaine de prestataires de soins (médecins, sages-femmes, assistants médicaux, etc.) après 2 jours de formation et de standardisation des notions et des procédures de la collecte. Chaque agent enquêteur a couvert au moins 2 FS.

L'enquête « Communauté »

Un atelier de formation organisé pour les enquêteurs et chefs d'équipes de l'enquête (35 personnes ; en majorité des diplômés des facultés des sciences sociales de l'université ou des agents expérimentés dans ce genre de collecte), et animé par les chercheurs de l'URD, s'est tenu du 24 juillet au 01 Août 2009 avec la facilitation d'une mission de la Croix Rouge Canadienne, de la DISER, du PNLP et de la Faculté de Médecine (Service de Pédiatrie). La

formation a été centrée sur la maîtrise de la méthodologie de l'enquête, la conduite à avoir pendant l'enquête, la cartographie des ménages, la conduite des interviews dans les ménages, la vérification et le contrôle des questionnaires sur le terrain.

Par ailleurs, un pré-test des questionnaires et leur validation ont été réalisés pour éprouver les outils et mettre les enquêteurs dans les conditions d'un terrain réel avant la collecte proprement dite.

L'enquête a eu lieu pendant la saison des pluies, une période de forte transmission du paludisme. Elle s'est déroulée environ 7-8 mois après la campagne de distribution des MIILDA de décembre 2008.

Sept équipes composées chacune de 4 agents enquêteurs et 1 chef d'équipe, ont été constituées pour la collecte des données dans les 6 régions du pays. La supervision de la collecte a été réalisée par des chercheurs de l'URD et les membres de l'équipe de coordination du PNL. Pour faciliter les déplacements sur le terrain lors de la collecte des données, chaque équipe était dotée d'un véhicule 4X4.

L'enquête « ASC »

Une formation à l'administration du questionnaire ASC a été donnée aux enquêteurs recrutés pour la collecte des données. Les opérations de terrain se sont déroulées du 14 au 21 décembre 2009.

II.2.3.2 - Saisie, apurement, exploitation statistique et analyse des données

Les questionnaires vérifiés et contrôlés sur le terrain, ont été ramenés dans les locaux de l'URD à Lomé pour la saisie. Celle-ci a été faite avec le logiciel EPI-DATA qui a servi à élaborer le masque de saisie. L'apurement des fichiers et l'analyse statistique des données ont été réalisés avec le logiciel SPSS. Des fréquences, des tableaux croisés bi-variés, des graphiques et quelques tests statistiques ont été utilisés à cet effet.

La méthodologie adoptée et l'analyse des données collectées ont permis d'obtenir les résultats qui sont présentés dans les pages suivantes.

CHAPITRE III

RESULTATS DE L'ETUDE

Ce chapitre présente les principaux résultats de l'étude, notamment ceux relatifs aux effets induits par la campagne nationale de distribution des MII et à l'impact des interventions de lutte contre le paludisme.

III.1 - RAPPEL DES CARACTERISTIQUES DES ECHANTILLONS DE L'ETUDE

L'évaluation de la campagne de distribution de moustiquaires imprégnées s'est déroulée sur l'ensemble du territoire et s'est intéressée aux communautés, aux institutions chargées du suivi de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme et au déroulement des activités dans les formations sanitaires et aux ASC.

✓ **Au niveau institutionnel**

Un canevas d'entretien individuel a été administré au coordonnateur du PNLP, aux Directeurs Régionaux et Préfectoraux de Santé. Au total 6 Directeurs Régionaux (DRS), a raison d'un DRS par région, 12 Directeurs Préfectoraux de Santé (2 DPS par région) et 1 Coordonnateur du programme national de lutte contre le paludisme ont été interviewés sur entre autres thèmes, la gestion de leurs institutions respectives, la mise en œuvre, la supervision des activités planifiées dans le plan stratégique 2006-2010.

✓ **Au niveau des formations sanitaires**

Au total 141 formations sanitaires (FS) publiques, confessionnelles ou privées ont été visitées lors de cette évaluation. L'enquête a couvert tous les 35 districts sanitaires du pays en tenant compte des 3 niveaux de soins de la pyramide sanitaire du pays. Le tableau III.1 présente la répartition des formations sanitaires visitées par type de structures et type de secteur.

Au niveau de chaque formation sanitaire, les services de consultations externes, d'hospitalisation, de laboratoire (au cas où il en existe) et de dépôt de pharmacie ont été évalués.

Tableau III.1 : Répartition des formations sanitaires selon le type de structure et le type de secteur

Caractéristiques des Formations sanitaires		Pourcentage	Nombre
Type de structure	CHU	1,4	2
	CHR	4,3	6
	CHP/HD	17,7	25
	CS/CMS/Polyclinique	21,3	30
	Dispensaire	55,3	78
Type de secteur	Public	86,5	122
	Privé	3,5	5
	Confessionnel	7,2	10
	Associatif (ONG)	2,8	4
Total		100	141

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

✓ Au niveau de la communauté

Dans les 3969 ménages visités lors de la collecte des données, au total 22783 personnes ont été enregistrées. La répartition de cet échantillon de ménages par milieu de résidence montre que la zone rurale a eu le nombre de ménages le plus élevé, 2578 ménages, soit 65% de l'échantillon total. L'analyse de la couverture de la campagne et de la possession des MII a été faite à partir de cet échantillon national de ménages. Au total, il a été enregistré dans les ménages visités, 2719 enfants de moins de 5 ans et 561 femmes enceintes (Tableau III.2).

Tableau III.2 : Nombre de ménages, de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5 ans recensés dans les ménages cartographiés, par milieu de résidence et région

Caractéristiques		Nombre de ménages		Nombre de personnes dans les ménages		Nombre d'enfants de moins de 5ans		Nombre de femmes enceintes	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
MILIEU	Urbain	35	1391	31,6	7194	32	872	36	202
	Rural	65	2578	68,4	15589	68	1847	64	359
REGIONS	Lomé	20,7	820	17,6	4004	17	458	16,7	94
	Maritime	18,9	749	17,4	3966	18	482	13,7	77
	Plateaux	19	755	18,1	4128	18	495	14,6	82
	Centrale	14,1	561	13,9	3164	13	355	17,6	99
	Kara	15,7	625	18,1	4125	19	509	19,4	109
	Savanes	11,6	459	14,9	3396	15	420	18	100
Total		100	3969	100	22783	100	2719	100	561

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

✓ Au niveau des ASC

Cette enquête a touché un échantillon de 566 ASC. Le tableau III.3 présente une image de la ventilation de cet échantillon selon l'âge et le niveau d'instruction.

Tableau III 3 : Répartition des ASC enquêtés selon le niveau d'instruction et le groupe d'âges

Groupes d'âges		Niveau d'instruction			Total
		Primaire	6è- 3è	2nde & +	
15-24 ans	%	3,7	77,8	18,5	100,0
	Effectif	2	42	10	54
25-34 ans	%	14,8	68,5	16,7	100,0
	Effectif	32	148	36	216
35-44 ans	%	16,2	77,8	6,1	100,0
	Effectif	32	154	12	198
45 ans & +	%	20,4	63,3	16,3	100,0
	Effectif	20	62	16	98
Effectif		86	406	74	566
%		15,2	71,7	13,1	100,0

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009; Volet ASC

III.2- CAMPAGNE NATIONALE DE DISTRIBUTION DE MII (2008)

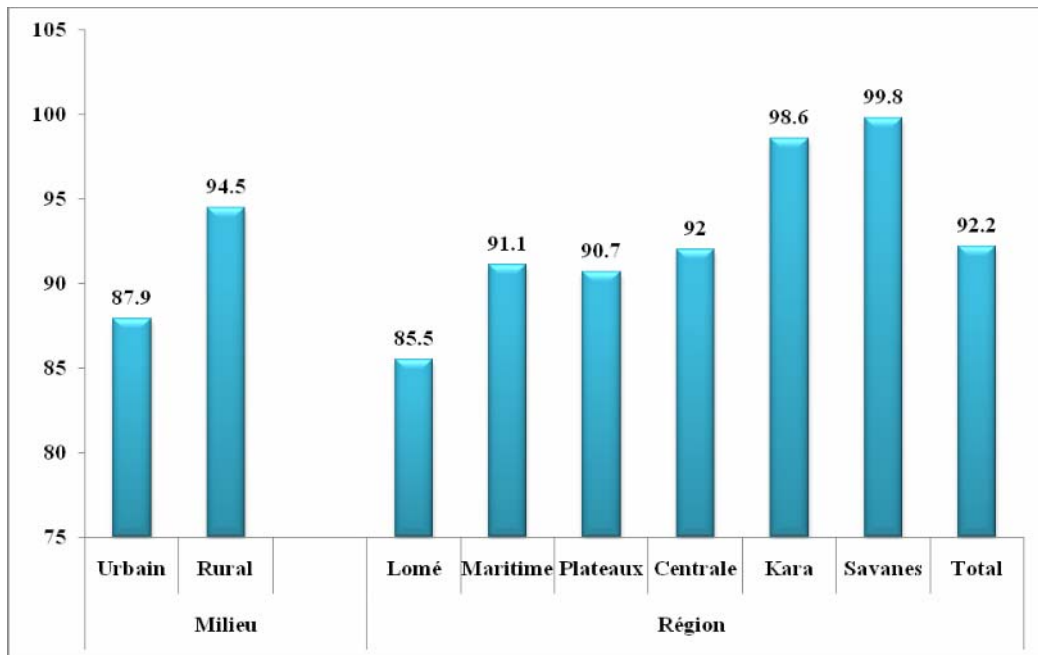
III.2.1 - Mobilisation sur la campagne

La campagne intégrée d'administration de la vitamine A, de l'albendazole et de distribution des MII de l'année 2008 a été précédée d'une activité de mobilisation sociale. Plusieurs stratégies de communication (la communication interpersonnelle, la communication de masses etc.) ont été utilisées pour informer les populations sur la tenue de la campagne. Comme l'indique le graphique III.1, les résultats de l'évaluation de cette campagne montrent que 92% des 3969 ménages enquêtés ont été informés sur la tenue de la campagne. L'analyse par milieu de résidence révèle que sur les 2578 ménages enquêtés en milieu rural, près de 95% ont eu l'information relative à la campagne contre environ 88% des 1391 ménages en milieu urbain.

La répartition de ce résultat par région se présente comme suit :

- Lomé commune : 86%
- région maritime : 91%
- région des plateaux : 90%
- région centrale : 92%
- région de la Kara : 99%
- région des savanes : 100%.

Graphique III.1 : Proportion des ménages informés sur la tenue de la campagne selon le milieu de résidence et la région



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Les principaux canaux utilisés au cours de la campagne tels qu'ils sont cités par les enquêtés sont par ordre d'importance décroissante (tableau III.4):

- Gongonneurs : 38%
- ASC : 32%
- Radio : 32%
- Amis/parents : 29%
- Personnel santé : 29%

Tableau III.4 : Pourcentage de ménages informés sur la tenue de la campagne selon la source

Sources d'information	Ménages informés de la campagne de décembre 2008
	%
ASC	32,2
CRT	14,2
Personnel santé	28,7
Radio	32,0
Télé	8,6
Journaux	1,6
Gongonneurs	38,1
Conjoint	2,7
Leaders communautaires	4,0
Religieux	5,0
Amis/parents	29,3
Au travail	1,0
Brochure	0,2
Banderole	0,1
Effectif	3658

Régions	Ménages informés par les volontaires de la CRT
	%
Lomé	4,1
Maritime	11,0
Plateaux	30,5
Centrale	37,8
Kara	9,3
Savanes	7,3
Total	100,0
Effectif	518

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

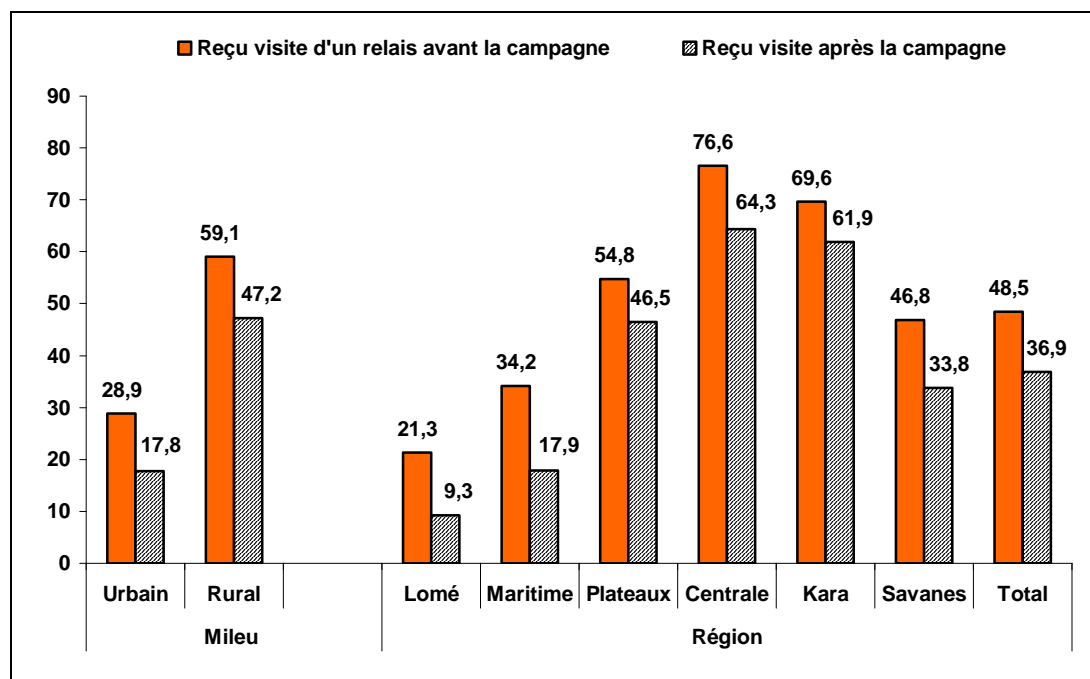
En permettant d'atteindre un nombre élevé de personnes, les gongonneurs ou crieurs publics constituent un meilleur canal de communication au sein des communautés. Par rapport aux volontaires de la CRT, le faible taux observé à leur niveau s'explique par le fait que ces volontaires ont surtout travaillé dans deux des six régions sanitaires du pays à savoir la région des plateaux et la région centrale. Il est à noter que si l'on s'en tient à ces deux régions, les proportions des personnes enquêtées ayant cité les volontaires de la Croix Rouge Togolaise comme source d'information étaient respectivement de 38% et 31% dans la région centrale et celle des plateaux.

Les activités de mobilisation sociale se sont déroulées avant, pendant et après la campagne intégrée de distribution des MII aux enfants de moins de 5 ans en 2008. Les agents informateurs qui ont été mobilisés pour mener ces activités étaient de différents types : les agents de santé communautaire (ASC), les volontaires de la croix rouge togolaise (CRT), etc. Avant la campagne ces agents informateurs ont fait des visites d'information/sensibilisation des parents et tuteurs d'enfants de moins de 5ans dans les ménages pour les inviter à participer à la campagne. Cette mobilisation a continué après la campagne dans les ménages. Les résultats de l'enquête montrent une baisse des activités de mobilisation sociale après la campagne. En effet, sur les 3969 ménages interrogés, près de 49% ont reçu la visite d'un informateur avant la campagne contre environ 37% qui ont reçu cette visite après la campagne (Graphique III.2).

L'analyse selon le milieu de résidence montre qu'il existe une différence significative entre les ménages de la zone rurale (59,1%) et ceux de la zone urbaine (28,9) quant à ce qui concerne la mobilisation sociale ($Z=10,78$; $p=0,000$). La même tendance est observée au niveau des visites des relais communautaires aux ménages après la campagne.

Selon les responsables du PNLP, la baisse des activités de mobilisation sociale après la campagne s'expliquerait en partie par le manque de motivation des relais communautaires surtout des ASC afin de réaliser cette activité. Toutefois, si la région des Plateaux et la région Centrale font exception à ce constat, c'est parce les volontaires de la CRT qui travaillent dans ces régions bénéficient de moyens mis à leur disposition par leur organisme.

Graphique III.2 : Proportion de ménages ayant reçu la visite d'un relais communautaire avant et après la campagne selon le milieu de résidence et la région



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Lors de l'évaluation, il a été demandé aux personnes interrogées de donner leur appréciation sur la campagne de décembre 2008. D'après le graphique III.3, la plupart des personnes interrogées (72%) ont eu une bonne appréciation de cette campagne². Comme l'indique le tableau III.5, les ménages ayant mal apprécié la campagne sont principalement ceux qui ont au plus un enfant de moins de cinq ans (82%).

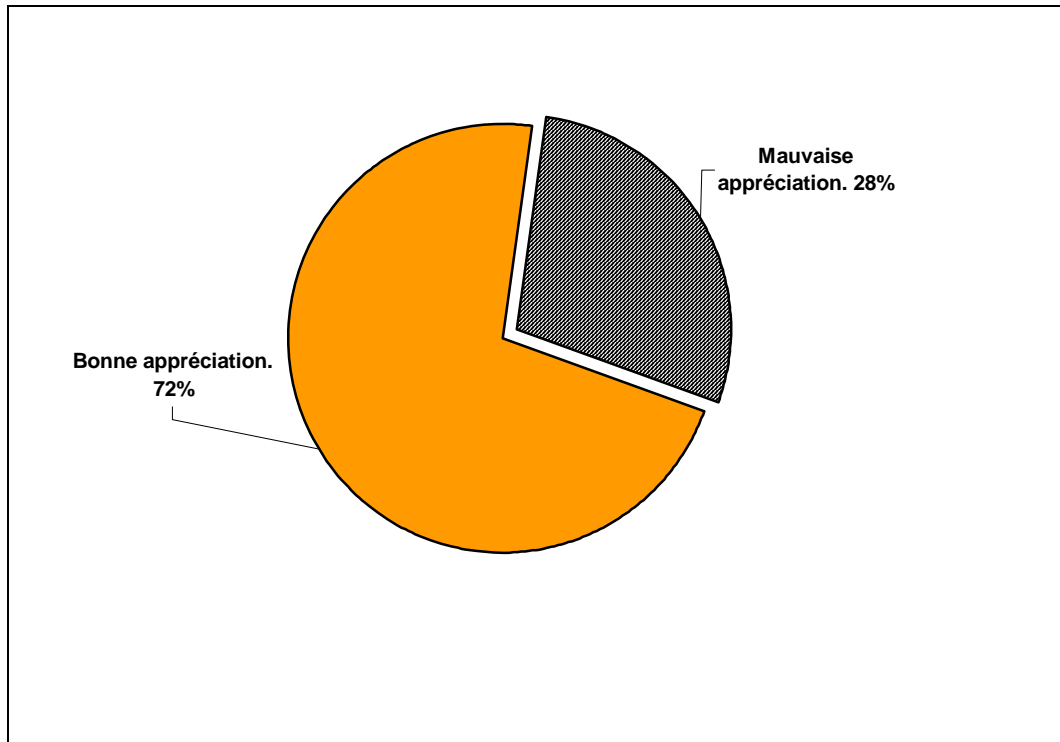
Tableau III. 5 : Répartition des ménages ayant mal apprécié la campagne selon le nombre d'enfants de moins de 5ans présents

Nombre d'enfants de moins de 5ans	%
Pas d'enfants	47,1
1	34,8
2 à 3	17,2
4 et plus	0,9
Total	100,0
Effectif	1145

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

² Les 72% englobent les catégories « Très bien appréciée » et « Bien appréciée ».

Graphique III.3 : Proportion de ménages ayant donné son appréciation de la campagne



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

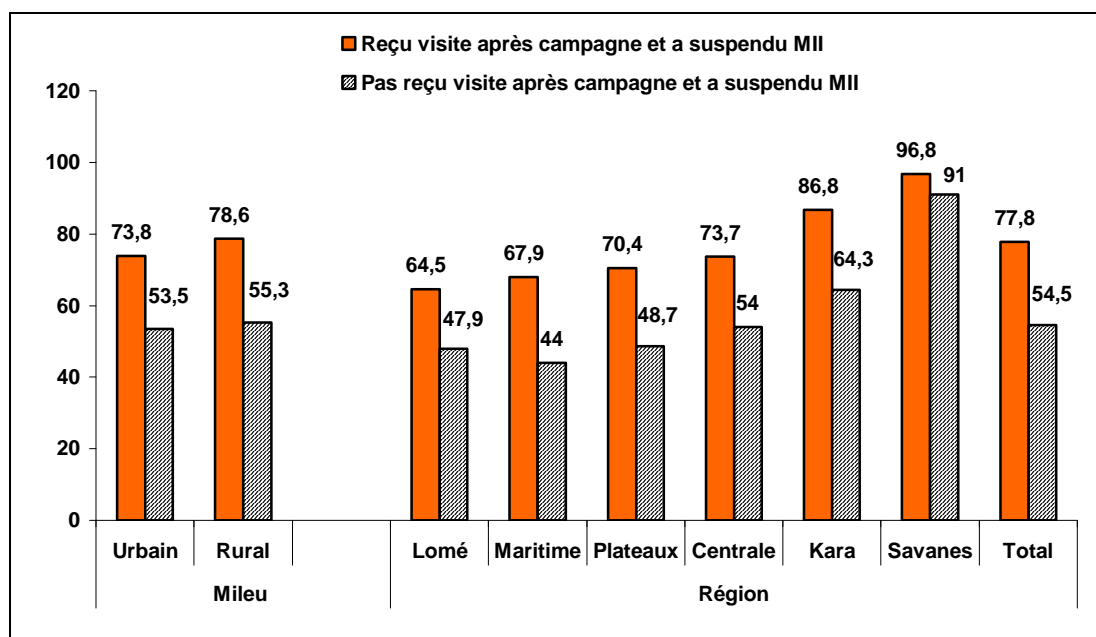
a- Impact de la mobilisation sociale

Après la campagne de distribution de MII, les ASC et les volontaires de la CRT sont passés de ménage en ménage pour rappeler les informations sur le paludisme et l'importance de l'utilisation de la MII, s'assurer de la disponibilité de la MII et vérifier que la MII était correctement fixée ou accrochée au-dessus du lit ou de la natte. Ils ont aussi aidé les ménages à fixer la MII au cas où elle n'était pas suspendue ou était mal fixée et rappelé les informations sur l'entretien de la MII etc.

Des résultats de l'évaluation, il ressort qu'environ 78% des ménages qui avaient reçu la visite d'un agent informateur après la campagne avaient une MII suspendue contre environ 55% qui n'avaient pas reçu de visite d'un agent informateur et qui avaient une MII suspendue (graphique III.4).

De ces résultats on peut déduire que la mobilisation sociale après la campagne a eu une influence globalement positive sur l'utilisation des MII au sein des ménages.

Graphique III.4 : Proportion de ménages ayant reçu ou non la visite d'un relais communautaire après la campagne et qui ont suspendu les MII selon le milieu de résidence et la région



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.2.2 - Couverture de la population ciblée par la campagne

La campagne de distribution des MII a été faite sur toute l'étendue du territoire et a touché spécifiquement les enfants de moins de 5 ans qui constituent une des cibles les plus vulnérables au paludisme.

Tableau III.6 : Proportion de ménages ayant reçu ou non au moins une MII lors de la campagne 2008 selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	A reçu au moins une MII (%)	Intervalle de confiance (95%)	N'a pas reçu de MII (%)	Intervalle de confiance (95%)
Urbain	31,0	[29,2 – 32,8]	41,0	[38,5– 43,5]
Rural	69,0	[67,2 – 70,8]	59,0	[56,5 – 61,5]
Total	100,0		100,0	
Effectif	2438		1531	

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Sur les 3969 ménages enquêtés, 2438 soit 61%³ ont déclaré avoir reçu au moins une MII lors de cette campagne de 2008. On note une variation de la couverture en moustiquaire imprégnée en

³ Cet indicateur rapporte le nombre de ménages ayant reçu au moins une MII à l'ensemble des ménages. Si l'on tenait uniquement compte des ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans lors de la campagne, le niveau de l'indicateur s'élèverait à 92% (cf. Tableau A-III.5).

fonction du milieu de résidence. Elle est de 69% en milieu rural contre 31% en milieu urbain (Tableau III.6).

Tableau III.7: Répartition des MII que possèdent les ménages selon le milieu de résidence et la région

Caractéristiques		Nombre total de MII dans le ménage lors de l'enquête	%	Nombre de MII reçues lors de la campagne	%
MILIEU	Urbain	1619	28,1	1058	28,0
	Rural	4125	71,9	2715	72,0
	Total	5744	100,0	3773	100,0
REGIONS	Lomé	874	15,2	558	14,7
	Maritime	816	14,2	612	16,3
	Plateaux	909	16,0	687	18,2
	Centrale	714	12,4	484	12,8
	Kara	1218	21,2	806	21,4
	Savanes	1213	21,0	626	16,6
	Total	5744	100,0	3773	100,0

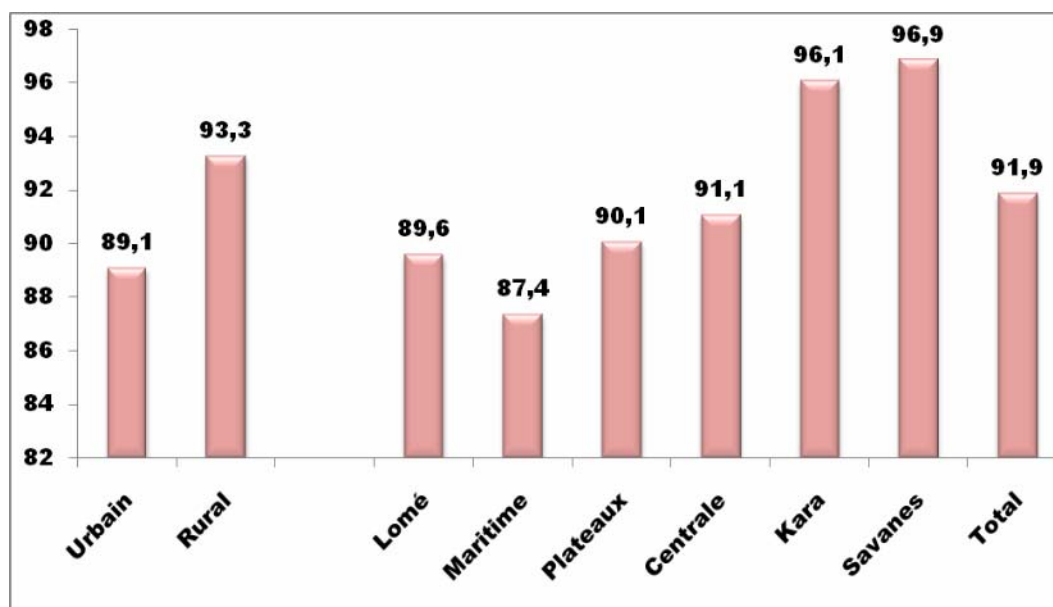
Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

En ce qui concerne le nombre de MII possédées par les ménages, le tableau III.7 montre que les MII reçues lors de la campagne représentent 66% des MII disponibles. Par ailleurs le milieu rural se révèle mieux doté que le milieu urbain.

Comme l'illustre le graphique III.5, environ 92% des enfants de moins de 5ans ont reçu une MII lors de la campagne de 2008. Selon le milieu de résidence, l'analyse montre qu'il existe une différence significative entre la proportion d'enfants de moins de 5ans du milieu rural ayant reçu une MII (93%) et la proportion d'enfants de moins de 5ans du milieu urbain qui en ont reçu une (89%)⁴.

⁴ Z= 3,28 et p= 0,0010

Graphique III.5: Pourcentage d'enfants ayant 0 à 59 mois lors de la campagne et qui ont reçu une MII selon le milieu de résidence et par région



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

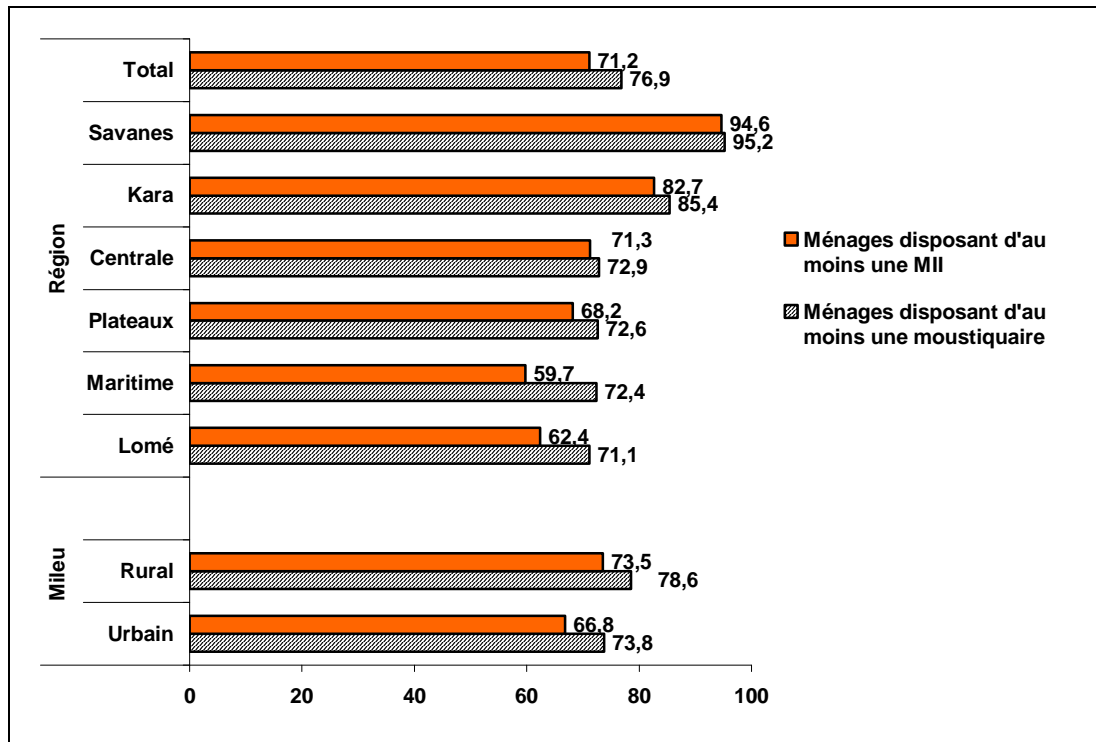
III.2.3 - Possession (disponibilité) des moustiquaires imprégnées par les ménages

La campagne nationale intégrée d'administration en Vitamine A, de déparasitage à l'albendazole et de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide a permis de distribuer plus d'un million de moustiquaires imprégnées en 2008. Sept mois après cette campagne, il ressort de l'analyse des données que sur l'ensemble des ménages enquêtés, 77% possèdent au moins une moustiquaire (imprégnée ou non) contre 71% qui disposent uniquement de moustiquaires imprégnées (Graphique III.6) ; on en déduit que 92% des moustiquaires disponibles dans les ménages sont des MII. Rappelons qu'en 2006, selon les résultats de l'évaluation du Plan Stratégique 2001-2005, le pourcentage de ménages qui disposaient d'au moins une MII était de 76,91%.

Par rapport au milieu de résidence, les résultats révèlent qu'il existe une différence significative entre les ménages de la zone rurale qui possèdent au moins une moustiquaire imprégnée (74%) et ceux du milieu urbain où cette proportion est de 67% ($z=3,806$; $p=0,0001$).

Au niveau des régions, la région des Savanes enregistre le pourcentage de possession de moustiquaires le plus élevé (environ 95% de MII et 95,2% de moustiquaires tous types) ; suivi de la région de la Kara (83% de MII et 85% de moustiquaires tous types). La région Maritime (environ 60%) et Lomé (71%) ont les plus faibles pourcentages de possession de MII.

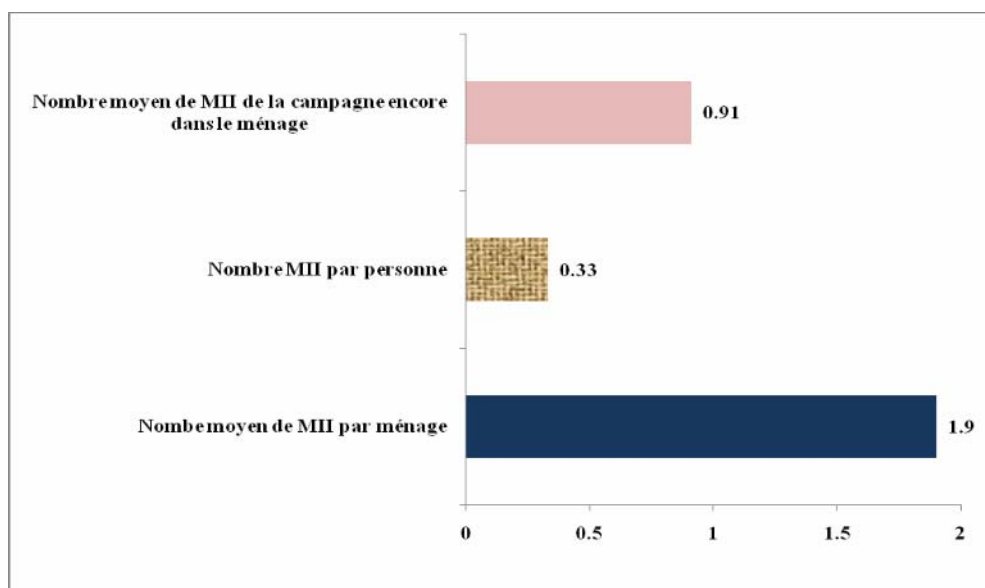
Graphique.III.6 : Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire/ MII par milieu de résidence et la région



Source: Evaluation_PNL/Togo-URD, 2009

Sur les 3969 ménages, 2438 ont déclaré avoir reçu des MII lors de la campagne de 2008. Selon les résultats du graphique III.8, il y a en moyenne 0,91 MII reçues lors de la campagne de décembre 2008 encore disponibles dans les ménages visités au cours de l'enquête. L'analyse a aussi montré que le nombre moyen de MII par personne est de 0,33. Le nombre moyen de MII par ménage selon les résultats de l'évaluation est égal à 1,9.

Graphique III.7 : Nombre moyen de MII dans les ménages



Source: Evaluation_PNL/Togo-URD, 2009

Des questions ont été posées au cours de l'enquête sur l'état des moustiquaires à ceux qui en possèdent. Sur un total de 6608 moustiquaires tous types confondus dénombrées dans les ménages :

- environ 73% sont en bon état c'est-à-dire sans trous ;
- 11% présentent quelques petits trous ;
- 7% comportent de grands trous ;
- 5% sont totalement déchirées ;
- 4% sont toujours emballées (Tableau III.8).

Tableau III.8: Répartition des moustiquaires disponibles dans les ménages selon leur état

Etat des moustiquaires	%
Bon état	72,9
Petits trous	10,7
Plusieurs petits trous	7,0
Déchirées avec grands trous	5,3
Encore sous emballage	4,1
Total	100,0
Effectif	6608

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.2.4 – Etat des moustiquaires non utilisées dans les ménages

✓ *Point sur les moustiquaires non utilisés*

L'évaluation a révélé que sur les 3969 ménages visités, 956 (24%) possèdent des moustiquaires qui ne sont pas utilisées, qu'elles soient en bon état ou non. Les raisons de la non utilisation de ces moustiquaires sont diverses.

Tableau III.9: Répartition des ménages selon les raisons de la non utilisation des moustiquaires

Raisons de la non utilisation	%
Trop abîmée/en mauvais état	33,0
A reçu ou a acheté une nouvelle moustiquaire	1,2
N'aime pas dormir sous moustiquaire	4,1
Plus d'insecticide dans la moustiquaire (périmée)	0,3
Pas assez de moustiques	2,1
C'est trop raccommode	3,9
Il fait très chaud	0,9
Allergie à l'imprégnation	1,3
Pas d'endroit pour la suspendre	11,0
Moustiquaire ordinaire (non imprégnée)	1,6
Moustiquaires supplémentaires	33,2
Autres	7,4
Total	100,0
Effectif	956

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Les principaux motifs de non utilisation évoqués sont (Tableau III.9):

- Moustiquaires trop abîmées (33%) ;
- Moustiquaires supplémentaires (33%) ;
- Pas d'endroit pour suspendre la moustiquaire (11%) ;
- N'aime pas dormir sous moustiquaire (4%).

Dans les ménages, les moustiquaires qui ne sont pas utilisées sont soit détruites, soit utilisées à d'autres fins. Ainsi, 2% des ménages concernées déclarent que ces moustiquaires servent à des usages domestiques (utilisées comme drap, torchon etc.) ; 21% disent qu'ils les brûlent. Il faut noter que 47% de ménages qui ont des moustiquaires non utilisées les ont gardées pour une utilisation ultérieure (Tableau III.10).

Tableau III.10: Pourcentage des ménages ayant des moustiquaires non utilisées selon leur opinion sur le devenir de ces moustiquaires

Devenir des moustiquaires non utilisées	%
<i>Moustiquaires usagées</i>	
Brûlées	21,0
Enterrées	4,3
Comme drap	1,7
Comme torchon	0,2
Comme éponge	0,1
Protéger les semences	0,8
Comme filet de pêche	0,3
<i>Moustiquaires non usagées</i>	
Utilisation ultérieure	46,9

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

* Les pourcentages présentés ici proviennent de questions à choix multiples

✓ *Point sur les moustiquaires usagées*⁵

Tableau III.11: Proportion de ménages disposant ou non d'au moins une moustiquaire usagée par milieu de résidence

Milieu de résidence	Moustiquaires usagées			Effectif
	Oui	Non	Total	
	%	%		
Urbain	18,8	81,2	100	1391
Rural	24,2	75,8	100	2578
Total	22,3	77,7	100	3969

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

⁵ Dans cette section, nous entendons par moustiquaires usagées toutes les moustiquaires comportant des trous (Cf. photo en annexe).

Le tableau III.11 fait le point sur les moustiquaires usagées dans les ménages visités. Il en ressort que des 3969 ménages recensés, 22% possèdent au moins une moustiquaire usagée. Le tableau III.12 indique que 56% des ménages qui disposent de moustiquaires usagées les utilisent encore.

Tableau III.12 : Répartition des ménages disposant de moustiquaires usagées encore utilisées ou non par milieu de résidence

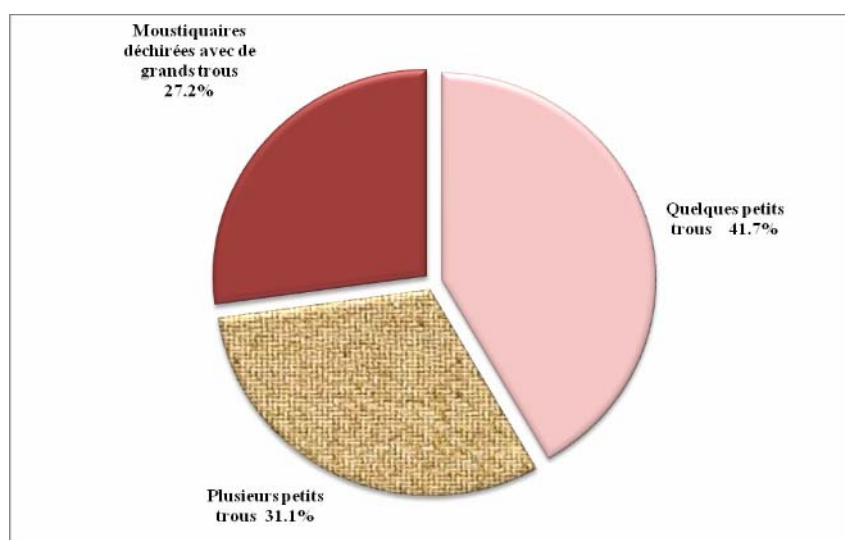
Milieu de résidence	Moustiquaires usagées encore utilisées ?				Total	
	Oui		Non		%	Effectif
	%	Effectif	%	Effectif		
Urbain	52,5	137	47,5	124	100	261
Rural	57,1	356	42,9	267	100	623
Total	55,8	493	44,2	391	100	884

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

La collecte s'est aussi intéressée au niveau de dégradation des moustiquaires usagées disponibles dans les ménages. Les enquêteurs ont demandé à observer les moustiquaires usagées disponibles dans le ménage afin d'apprécier leur état de dégradation. Cette appréciation a été faite à partir d'une fiche comportant les photos de plusieurs moustiquaires avec des degrés de dégradation différents (fiche de niveau de dégradation en annexe). Des résultats du graphique III.8, on note que:

- les moustiquaires usagées observées dans près de 42% des ménages présentent quelques petits trous (c'est-à-dire de 1 à 3 petits trous) ;
- 31% des ménages disposent des moustiquaires comportant plusieurs petits trous (4 à 7) ;
- 27% des ménages ont des moustiquaires totalement déchirées.

Graphique III.8 : Répartition des ménages disposant de moustiquaires usagées selon le niveau de dégradation de ces moustiquaires



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

La collecte a aussi permis de recueillir les opinions des personnes rencontrées sur certains aspects relatifs à la gestion des moustiquaires usagées et à leur conséquence sur l'environnement. Des questions ont été posées à ces personnes sur ce qu'on peut faire des moustiquaires usagées d'une part, et sur les dommages que peuvent entraîner ces moustiquaires jetées sur les dépotoirs d'autre part.

En ce qui concerne le devenir des moustiquaires usagées qu'on ne peut plus utiliser pour dormir, plusieurs réponses ont été évoquées. Les idées qui sont plus ressorties selon les résultats du tableau III.13 se présentent comme suit :

- 62% des personnes interrogées pensent que ces moustiquaires peuvent être brûlées ;
- 14% pensent quant à elles qu'on peut les enterrer ;
- 4,5% disent qu'elles peuvent servir à des usages domestiques (utilisées comme des draps, torchons etc.).

Tableau III.13 : Pourcentage des ménages selon leur opinion sur le devenir des moustiquaires usagées qu'on ne plus utiliser pour dormir

Devenir des moustiquaires usagées	%
Brûlées	62,0
Enterrées	13,7
Usage domestique	4,5
Utilisation à l'extérieure	1,1
Utilisation ultérieure	6,1

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Par rapport aux conséquences que peuvent entraîner les moustiquaires usagées jetées sur le dépotoir, une proportion non négligeable de l'échantillon (25%) pense que ces moustiquaires ne causeront aucun dommage.

Tableau III.14 : Pourcentage des ménages ayant donné son opinion sur les dommages causés par des moustiquaires usagées

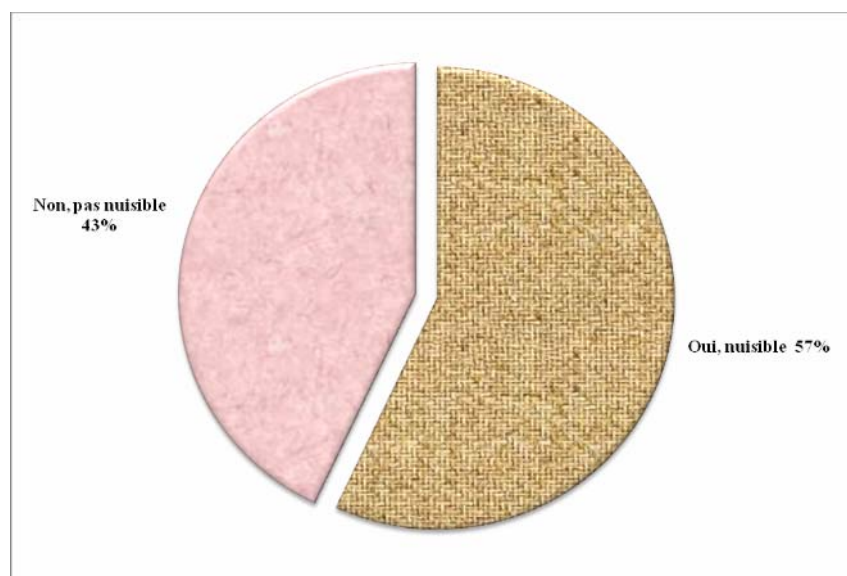
Dommages causés par les moustiquaires usagées	%
Peut causer des maladies	45,6
Peut causer l'inondation	0,4
Ne peut causer aucun dommage	25,3
Ne sait pas	28,7
Total	100
Effectif	3969

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Si certaines personnes jugent que ces moustiquaires usagées jetées sur les dépotoirs n'auront aucun effet, 46% des enquêtés pensent qu'elles peuvent être à l'origine de certaines maladies (Tableau III.14).

Si l'on s'intéresse spécifiquement aux conséquences que ces moustiquaires peuvent avoir sur l'environnement, une proportion non négligeable de personnes (environ 57%) pense que les moustiquaires jetées sur les dépotoirs peuvent être nuisibles à l'environnement contre environ 43% qui affirment le contraire (Graphique III.9).

Graphique III.9 : Proportion de ménages ayant donné leur opinion sur les conséquences des moustiquaires usagées sur l'environnement



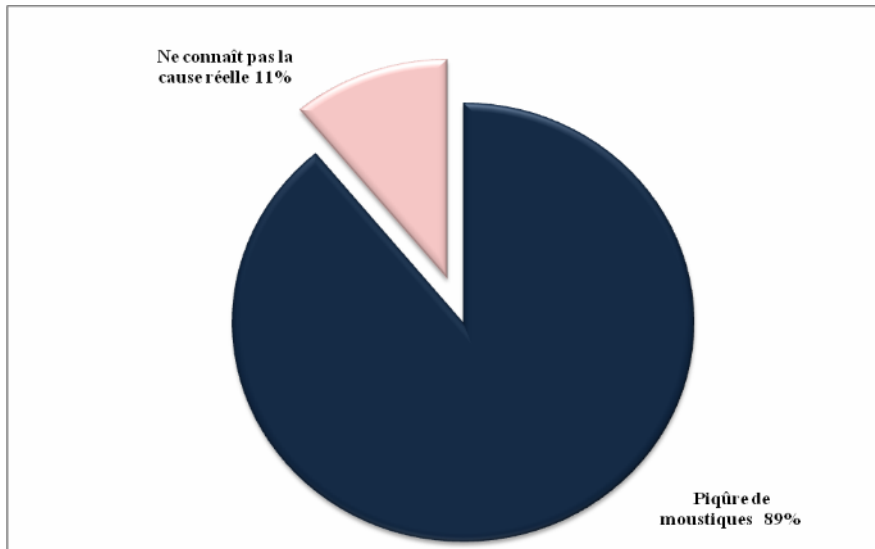
Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3 - IMPACT DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

III.3.1 - Connaissances et pratiques des populations relatives au paludisme

Dans le but de mesurer la connaissance des populations sur le paludisme, des questions ont été posées à toutes les personnes interrogées sur les causes de cette maladie. Des résultats du graphique III.10, il ressort que sur l'ensemble des ménages visités, une proportion non négligeable (89%) a lié le paludisme à une piqûre de moustiques. Ce résultat traduit un bon niveau de connaissance des populations sur le paludisme.

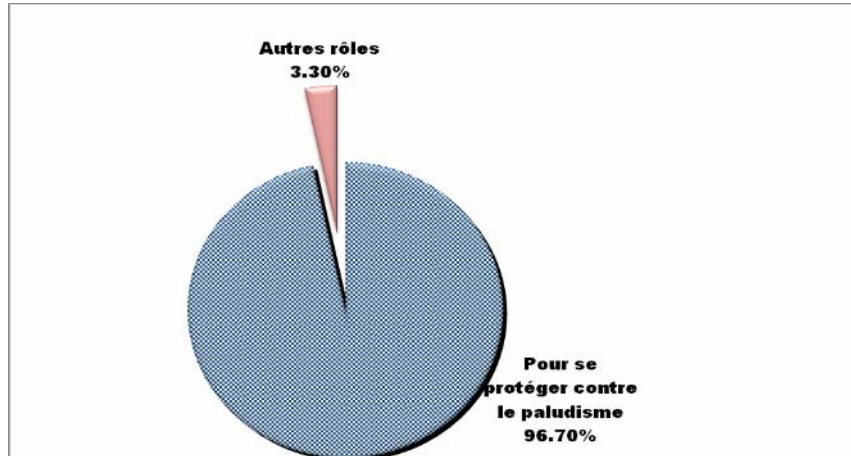
Graphique III.10: Proportion des ménages connaissant la cause du paludisme



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Par rapport à la connaissance de l'utilité des MII, sur l'échantillon des ménages visités, 97% déclarent que la MII est utile pour se protéger contre le paludisme (Graphique III.11).

Graphique III.11 : Proportion de ménages connaissant le rôle de la moustiquaire



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Les principaux résultats relatifs aux moyens de prévention souvent utilisés par les ménages pour se protéger contre le paludisme se présentent comme indiqué dans le tableau III.15:

Tableau III.15 : Répartition des ménages selon leur principal moyen de prévention du paludisme

Moyens de prévention	%
Dormir sous moustiquaire	48,8
Dormir sous une MII	11,4
Utiliser insecticide en pulvérisation/spirale	14,7
Maintenir l'environnement propre	2,5
Mettre les grillages aux portes et aux fenêtres	0,4
Prendre des décoctions, tisanes	9,7
Prendre des médicaments	6,8
Ne fait rien	3,5
Autre	2,2
Total	100,0
Effectif	3969

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

En résumé, 3 personnes interrogées sur 5 (60%) déclarent utiliser habituellement les moustiquaires (imprégnées ou non) qui sont des moyens de protection individuelle contre le paludisme.

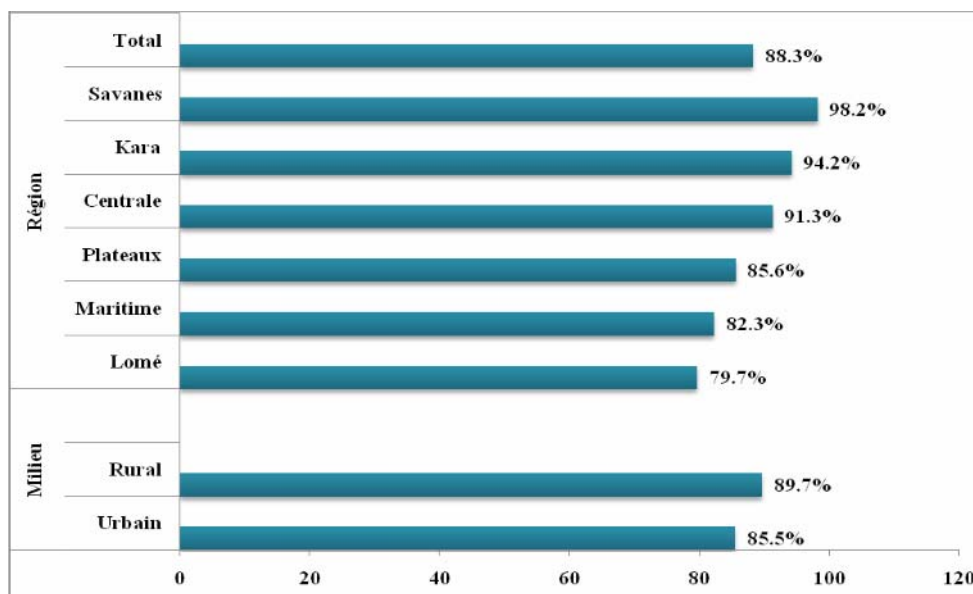
III.3.2- Utilisation des moustiquaires imprégnées

III.3.2.1- Utilisation des MII dans les ménages

Pendant plusieurs années, le PNLP a focalisé ses activités de prévention sur les groupes cibles tels que les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Néanmoins, l'étude s'est intéressée aux populations en dehors de ces cibles pour évaluer l'utilisation des moustiquaires imprégnées chez celles-ci. Une question a été posée aux personnes interviewées pour savoir si elles ont dormi ou non sous une MII la veille de l'enquête. Pour preuve, les enquêteurs ont vérifié si la moustiquaire est suspendue au dessus du lit au moment de l'enquête.

Pour ce qui est de l'utilisation des MII par la population générale, 45% des 22783 personnes recensées dans les ménages ont déclaré avoir dormi sous une moustiquaire imprégnée la veille de l'enquête (Tableau A-III.1 annexe). Sur les 2825 ménages disposant d'au moins une MII, 88% avaient au moins une MII suspendue au moment de la collecte (Graphique III.12).

Graphique III.12 : Proportion des ménages ayant au moins une MII suspendue par milieu de résidence et par région



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Les raisons évoquées par les ménages qui ont au moins une MII non suspendue sont diverses. Parmi celles-ci figurent les justifications suivantes (Tableau III.16):

- Moustiquaires supplémentaires : 33% ;
- Moustiquaires en mauvais état : 22% ;
- Pas d'endroit pour suspendre la moustiquaire : 15% ;
- N'aime pas la moustiquaire : 3%.

Tableau III.16 : Répartition des ménages n'ayant pas suspendu de MII selon la principale raison évoquée

Raisons de la non suspension de la moustiquaire	%
Moustiquaires supplémentaires non utilisées	33,4
Moustiquaires en mauvais état	22,0
Pas d'endroit pour la suspendre	14,5
N'aime pas la moustiquaire	3,3
Pas de moustiques	3,1
Il fait très chaud	2,9
Allergie à l'imprégnation	1,3
Ne sait pas comment la suspendre	1,1
Autres	18,6
Total	100,0
Effectif	946

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3.2.2- Utilisation des MII par les enfants de moins de cinq ans

L'enquête a recensé au total 2719 enfants de moins de 5ans dans les ménages visités. Parmi ces enfants, 80% ont dormi sous moustiquaire et 77%⁶ sous MII la nuit précédant l'enquête (Tableau III.17).

Tableau III.17 : Proportion d'enfants de 0 à 59 mois ayant dormi sous une moustiquaire par milieu de résidence et par région

Caractéristiques		Enfants de 0 à 59 mois ayant dormi sous moustiquaire				Effectif
		Moustiquaire (tous types) %	Intervalle de confiance	MII %	Intervalle de confiance	
Milieu	Urbain	74,9	[72,0 – 77,8]	73,1	[70,2 – 76,0]	872
	Rural	82,3	[80,6 – 84,0]	79,4	[77,6 – 81,2]	1847
Région	Lomé	72,5	[68,4 – 76,6]	70,3	[66,1 – 74,5]	458
	Maritime	71,2	[67,2 – 75,2]	63,9	[59,6 – 68,2]	482
	Plateaux	75,6	[71,8 – 79,4]	72,5	[68,6 – 76,4]	495
	Centrale	86,5	[82,9 – 90,1]	85,6	[81,9 – 89,3]	355
	Kara	85,5	[82,4 – 88,6]	83,9	[80,7 – 87,1]	509
	Savanes	91,2	[88,5 – 93,9]	91,2	[88,5 – 93,9]	420
Total		80,0	[78,5 – 81,5]	77,3	[75,7 – 78,9]	2719

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Pour ce qui concerne les 20% d'enfants de moins de 5ans qui n'ont pas du tout dormi sous une moustiquaire, le tableau III.18 nous permet d'en comprendre les raisons.

Tableau III.18 : Répartition des enfants de moins de 5 ans n'ayant pas dormi sous une moustiquaire la veille de l'enquête selon les raisons évoquées par les parents

Raisons de la non utilisation des moustiquaires	%
Il fait très chaud	3,1
N'aime pas la moustiquaire	2,8
Il n'y a pas assez de moustiquaires/Pas de moustiquaires	51,7
Utilise les spirales ou la bombe insecticide	4,6
Pas d'endroit pour la suspendre	5,3
Ne sait pas comment la suspendre	1,0
Moustiquaires en mauvais état	2,8
Pas de moustiques dans l'environnement	7,2
Autre	21,5
Total	100,0
Effectif	545

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

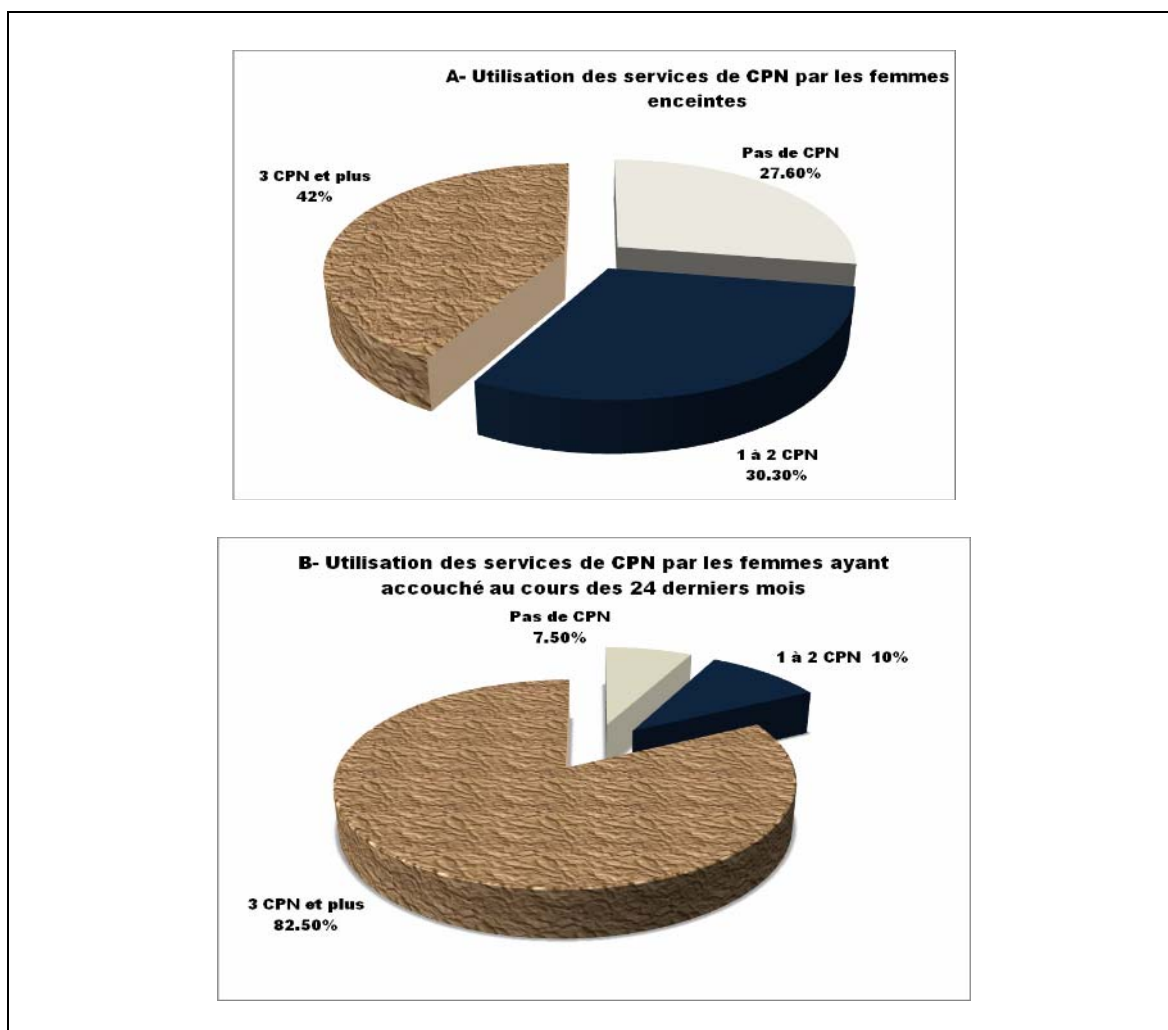
Il en ressort principalement que l'insuffisance du nombre de moustiquaires les ménages explique principalement la non utilisation des moustiquaires.

⁶ En 2006 la proportion d'enfants de moins de 5ans ayant dormi sous MII était de 58% et 52% en 2008 (Ministère de la santé, 2008b). Rappelons que les évaluations de 2006 et 2008 ont porté chacune sur 6 des 35 districts sanitaires du pays

III.3.3 - Prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années.

III.3.3.1- Utilisation des services de CPN

Graphique III.13 : Répartition des femmes enceintes/ accouchées durant les 24 derniers mois selon l'utilisation des services de CPN



Source: Evaluation_PNL/P/Togo-URD, 2009

Pour ce qui concerne l'utilisation des services de CPN par les femmes, les graphiques III.13 A et B révèlent que :

- 42% des femmes enceintes rencontrées ont fait plus de 3 visites prénatales contre 28% qui n'en ont fait aucune ;
- 83% des femmes qui ont accouché au cours des 24 derniers mois ont déclaré avoir fait 3 CPN et plus lors de leur dernière grossesse.

III.3.3.2 - Utilisation des MII

➤ par les femmes enceintes

Pour ce groupe cible, au total 561 femmes enceintes (FE) ont été enregistrées lors de l'évaluation. L'analyse révèle que 65% d'entre elles ont dormi sous MII la veille de l'enquête (Tableau III.19).

Tableau III.19 : Proportion de femmes enceintes ayant dormi ou non sous MII par milieu de résidence, région et niveau d'instruction

Caractéristiques socio-démographiques		Dormi sous MII				Total	
		Oui		Non		%	Effectif
		%	Effectif	%	Effectif		
Milieu	Urbain	60,9	123	39,1	79	100,0	202
	Rural	67,4	242	32,6	117	100,0	359
Région	Lomé	55,3	52	44,7	42	100,0	94
	Maritime	49,4	38	50,6	39	100,0	77
	Plateaux	48,8	40	51,2	42	100,0	82
	Centrale	60,6	60	39,4	39	100,0	99
	Kara	79,8	87	20,2	22	100,0	109
	Savanes	88,0	88	12,0	12	100,0	100
Niveau d'instruction	Aucun	70,5	153	29,5	64	100,0	217
	Primaire	60,8	135	39,2	87	100,0	222
	Secondaire	65,2	75	34,8	40	100,0	115
	Supérieur	50,0	1	50,0	1	100,0	2
	Autre	20,0	1	80,0	4	100,0	5
Total		65,1	365	34,9	196	100,0	561

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

La promotion et l'utilisation de moustiquaires chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans devraient permettre d'atteindre un des objectifs du plan stratégique mondial selon lequel au moins 80% des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dorment sous MII.

Même si entre 2006 et 2009 ce taux d'utilisation est passé de 40%⁷ à 65% chez les femmes enceintes et de 58% à 77% chez les enfants de moins de 5 ans, on peut conclure au vu des résultats de la présente évaluation que cet objectif est pratiquement atteint.

En ce qui concerne les femmes enceintes qui n'ont pas du tout dormi sous une moustiquaire qu'elle soit imprégnée ou non, le tableau III.20 indique que la principale raison évoquée par ces dernières est l'insuffisance du nombre de moustiquaires dans le ménage (41%).

⁷ Source : évaluation finale du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005. Cette évaluation a porté sur 6 des 35 districts sanitaires du pays.

Tableau III.20: Répartition des femmes enceintes n'ayant pas dormi sous une moustiquaire la veille de l'enquête selon les raisons évoquées

Raisons de la non utilisation de la moustiquaire	%
Il n'y a pas assez de moustiquaires	41,0
Il fait très chaud	9,6
Pas de moustiques dans l'environnement	9,0
N'aime pas la moustiquaire	5,4
Utilise les spirales	2,4
Moustiquaires en mauvais état	2,4
Ne sait pas comment la suspendre	1,8
Allergie à l'imprégnation	0,6
Autre	22,3
Total	100,0
Effectif	166

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ par les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années

Les résultats consignés dans le tableau III.21 montrent que 76% des 1464 femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois ont dormi sous MII la nuit précédant l'enquête.

Tableau III.21 : Pourcentage de femmes ayant accouché et qui ont dormi sous MII par milieu de résidence et par région

Caractéristiques socio-démographiques		Dormi sous MII				Total	
		Oui		Non		Effectif	%
		%	Effectif	%	Effectif		
Milieu	Urbain	74,6	393	25,4	134	527	100
	Rural	76,9	721	23,1	216	937	100
Région	Lomé	71,9	212	28,1	83	295	100
	Maritime	62,4	164	37,6	99	263	100
	Plateaux	70,5	179	29,5	75	254	100
	Centrale	83,0	176	17,0	36	212	100
	Kara	85,3	238	14,7	41	279	100
	Savanes	90,1	145	9,9	16	161	100
Niveau d'instruction	Aucun	77,9	402	22,1	114	516	100
	Primaire	76,7	419	23,3	127	546	100
	Secondaire	73,8	271	26,2	96	367	100
	Supérieur	64,3	9	35,7	5	14	100
	Autre	61,9	13	38,1	8	21	100
Total		76,1	1114	23,9	350	1464	100

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3.3.3 - TPI chez les femmes enceintes et les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années

Le traitement préventif intermittent à la SP est une des stratégies développées par le Ministère de la Santé pour protéger la femme enceinte contre le paludisme. Au cours de la grossesse, chaque femme devrait normalement recevoir sous observation du prestataire deux doses de SP. Au total 561 femmes enceintes et 1464 femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois ont été recensées lors de l'enquête. Parmi ces 2025 femmes, 1926 (95%) ont déclaré avoir pris un médicament pendant leur grossesse pour prévenir le paludisme.

Pour ce qui concerne l'utilisation de la SP, les résultats du tableau III.19 montrent que 28% des femmes enceintes et 88% des femmes qui ont accouché au cours des deux dernières années ont pris leur première dose de TPI au cours de leur grossesse. L'évaluation révèle aussi qu'environ 65% des femmes ayant accouché ont affirmé avoir reçu la 2^{ème} dose de TPI (tableau III .22). Par ailleurs parmi les femmes qui ont pris le TPI, 98% l'ont reçu lors des CPN (tableau A-III. 2 annexe).

Tableau III.22 : Pourcentage de femmes enceintes et des femmes ayant accouché qui ont pris le TPI au cours de leur grossesse

Type de TPI ⁸	Femmes enceintes (%)	Intervalle de confiance (95%)	Femmes ayant accouché (%)	Intervalle de confiance (95%)
TPI-1	27,8	[24,1 – 31,5]	88,4	[86,8 – 90,0]
TPI-2	-		64,7	[62,3 – 67,1]
Effectif	561		1464	

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3.4 - Prise en charge des cas de paludisme

La prise en charge correcte et rapide des personnes souffrant de paludisme fait partie des grandes orientations de la Politique Nationale de lutte contre le Paludisme au Togo. Il s'agit de la prise en charge du paludisme simple et du paludisme grave au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires (unités de soins périphériques et hôpitaux de district).

III.3.4.1- Prise en charge au niveau communautaire

Outre le personnel de santé qui assure la prise en charge des cas de paludisme, les agents de santé communautaire (ASC) sont formés et dotés de protocole de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour assurer la même mission. Sur la base de ce protocole, ils recherchent les signes

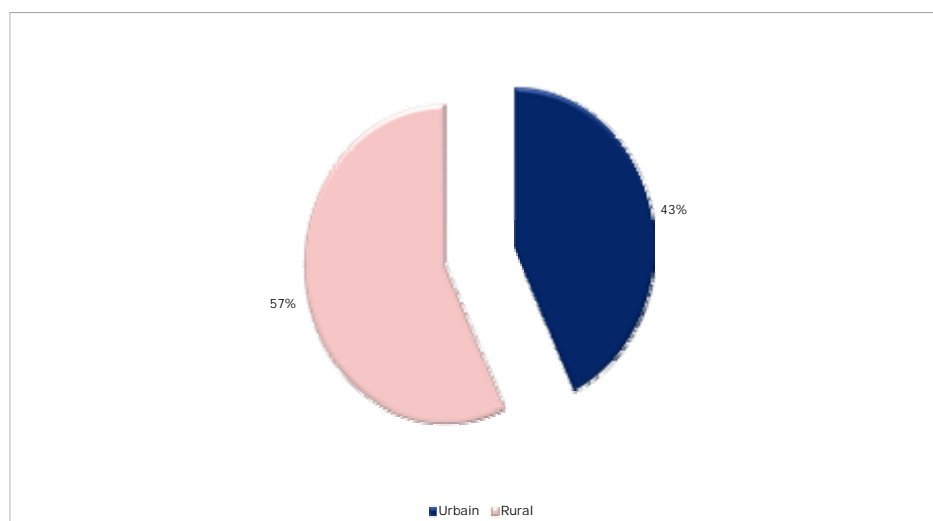
⁸ Pour le mode de calcul de ces indicateurs, confère indicateurs 17a, 17b et 17c dans la liste des indicateurs.

cliniques suspect du paludisme tels que la fièvre, les maux de tête, la courbature, les convulsions, le manque d'appétit, les yeux jaunes, etc. Chez les personnes dont l'âge dépasse cinq ans et actuellement de plus en plus chez les enfants de moins de 5 ans, un test de diagnostic rapide (TDR) est appliqué par les ASC pour confirmer le diagnostic clinique.

III.3.4.1.1- Prise en charge des enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre dans la communauté

Sur les 2719 enfants recensés dans les ménages visités au cours de la présente étude, 202 ont été malades au cours des deux dernières semaines. Parmi eux, 157 ont souffert de fièvre. Le graphique III.14 indique que parmi ces enfants, 43% vivent en milieu urbain et 57% en milieu rural.

Graphique III.14 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines selon le milieu de résidence



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

❖ Informations sur la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans

Un questionnaire « *Enfant de moins de 5 ans* » a été administré aux mères ou aux personnes à charge des enfants de moins de 5 ans ayant été malades au cours des deux dernières semaines dans les ménages visités. Les informations recherchées par ce questionnaire concernent la présence de fièvre et les actions entreprises pour soulager les enfants qui en ont souffert. Il ressort de l'analyse des données collectées que parmi les 202 enfants ayant été malades au cours des deux dernières semaines, 78% ont souffert de fièvre. Parmi ces derniers, 83% ont été diagnostiqués comme souffrant de paludisme simple et 3% de paludisme grave (Tableau III.23).

Tableau III.23 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre selon le type de paludisme

Type de paludisme	%
Paludisme simple	83
Paludisme grave	3
Pas de paludisme	14
Total	100
Effectif	157

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

❖ Traitement précoce des cas de paludisme

Dans le Plan stratégique 2006-2010, il est prévu d'accélérer la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge précoce et efficace des cas de paludisme. Ce point aborde les informations relatives aux actions prises face à la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans par les parents et la qualité de la prise en charge reçue.

➤ Actions prises en présence de la fièvre

Parmi les enfants ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines, les données du tableau III.24 révèlent que :

- 41% ont bénéficié en premier lieu des soins dans les formations sanitaires et chez les ASC (FS/ASC) ;
- 56% ont eu recours à l'automédication ;
- 2% ont eu recours à la médecine traditionnelle ;
- 1% n'ont bénéficié d'aucune action.

De ces résultats, il ressort qu'il demeure encore une proportion significative de personnes qui ne recourent pas toujours aux structures de santé et aux agents de santé communautaires en premier recours pour traiter les enfants souffrant de fièvre et que l'automédication demeure dans une large mesure, le premier soins administré aux enfants de moins 5ans souffrant de fièvre.

Tableau III.24 : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon le premier recours des parents

Premier recours aux soins	%
ASC	8
FS	33
Automédication	56
Médecine traditionnelle	2
Aucun recours	1
Total	100
Effectif	157

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Issue de l'action

A l'issue de la première action, 67% des enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié de soins auprès des FS/ASC disent être guéris. Pour ceux qui ont eu des recours autres que les FS/ASC, 58% le sont également (Tableau III.25).

Tableau III.25: Répartition de 100 enfants de moins de 5 ans de chaque type de premier recours selon l'issue du traitement

Issue du traitement	Type du 1^{er} recours	
	FS/ASC	Autre que FS/ASC
Guéris	67,2	58,2
Traitement en cours	28,1	30,8
Pas guéris	4,7	11,0
Total	100,0	100,0
Effectif ***	64	91

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

***Sur les 157 enfants < 5 ans avec fièvre, 2 enfants n'ont bénéficié d'aucune tentative de traitement.

Peu de personnes (8%) ont déclaré avoir posé une deuxième action pour traiter la fièvre des enfants de moins 5 ans. A l'issue de cette deuxième action, 2/3 des enfants ont été guéris contre 1/3 dont le traitement est en cours.

❖ Qualité du traitement antipaludique pris par les enfants de moins de cinq ans

➤ Traitement par un antipaludique conforme à la politique nationale

Sur les 157 enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines, 26,5% ont pris un traitement antipaludique de qualité en respectant la posologie requise (Tableau III.26).

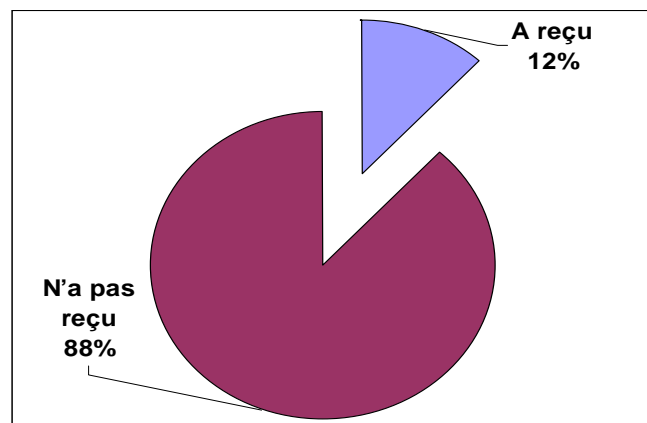
Tableau III.26 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines selon la qualité de traitement antipaludique reçu

Qualité du traitement	%
Médicaments en quantité suffisante	26,5
Quantité insuffisante	1,3
Surdosage	3,9
Aucun antipaludique	68,3
Total	100,0
Effectif	155

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Les résultats de l'enquête révèlent que 12% des enfants ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines ont reçu un traitement antipaludique correct dans les 24 h suivant l'apparition des symptômes de fièvre conformément à la politique nationale (Graphique III.15).

Graphique III.15 : Répartition des enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant reçu ou non un traitement antipaludique correct dans les 24h qui ont suivi l'apparition des symptômes



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3.4.1.2 - Prise en charge par les ASC

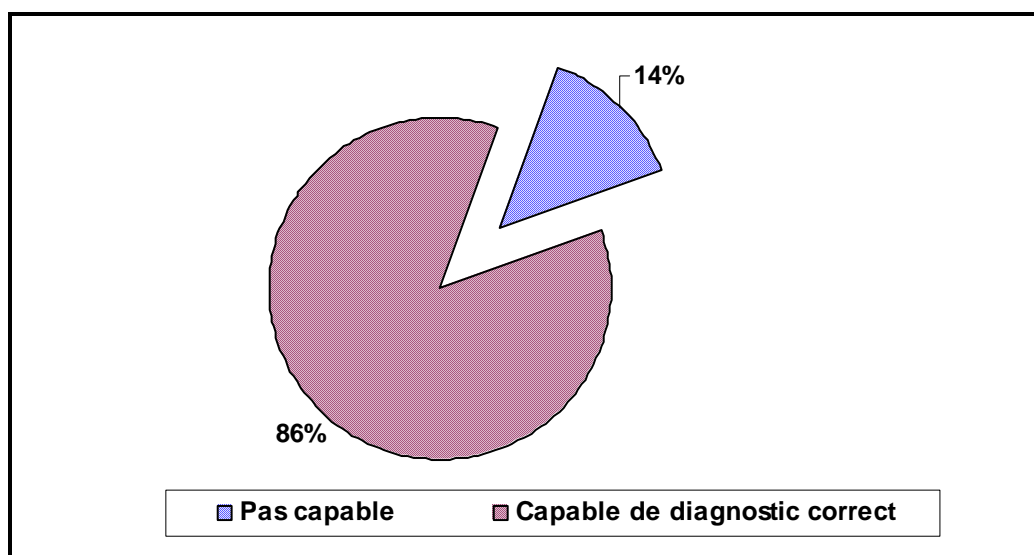
Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010, les ASC ont pour rôle d'assurer les actions de mobilisation sociale, de faire le diagnostic et la prise en charge de cas de paludisme simple au sein de la communauté. Après une période d'expérimentation de la stratégie d'intervention axée sur les ASC, il s'agit ici d'évaluer la portée productive de leurs interventions à travers les entretiens auprès des ASC eux-mêmes d'une part et les mères d'enfants de moins de cinq ans d'autre part.

❖ Les entretiens avec les ASC

- *Capacité des ASC à diagnostiquer correctement le paludisme*

A travers une série de questions notamment la connaissance des signes de paludisme, le but du TDR et son utilisation etc., les ASC ont été testés sur leur capacité à diagnostiquer correctement le paludisme. Il ressort du Graphique III.16 que 86% des ASC sont capables de poser un diagnostic correct du paludisme, qu'il soit simple ou grave.

Graphique III.16 : Répartition des ASC selon leur capacité à diagnostiquer correctement ou non le paludisme

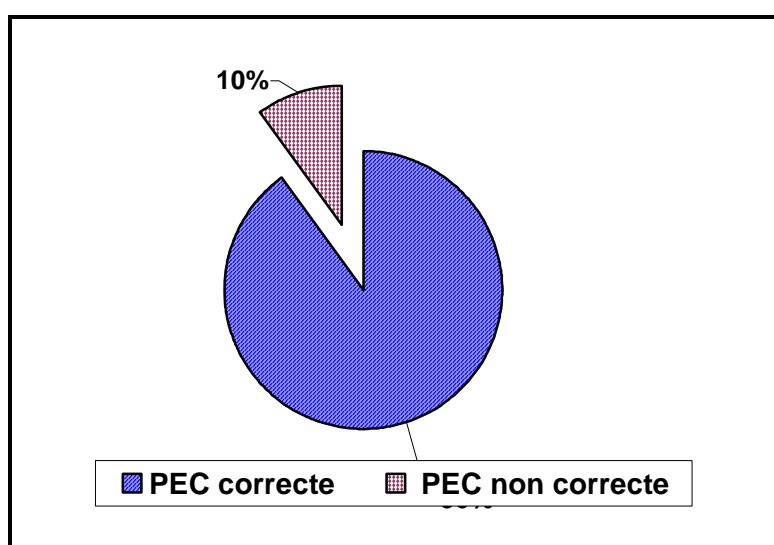


Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009; Volet ASC

- *Capacité des ASC à prendre en charge le paludisme*

Comme pour le diagnostic, la prise en charge du paludisme⁹ a été approchée à travers une série de questions, entre autres, la conduite à tenir par l'ASC devant des malades présentant des signes de paludisme grave, les produits à donner actuellement à une personne malade de paludisme, les actions à mener devant une femme enceinte souffrant de paludisme.

Graphique III.17 : Répartition des ASC selon leur capacité à prendre en charge correctement ou non le paludisme



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009; Volet ASC

Comme l'illustre le graphique III.17, la majorité des ASC (90%) est en mesure de prendre correctement en charge les cas de paludisme au niveau des communautés. Ces résultats confortent ceux du tableau III.27 qui montrent que, dans le groupe des ASC qui ont diagnostiqué correctement le paludisme à travers leurs réponses, une proportion de 91% peut être considérée comme capable de prendre correctement en charge les cas de paludisme.

Tableau III.27 : Pourcentage d'ASC capable de prendre correctement en charge les cas de paludisme selon leur profil

Profil d'ASC	Capables de prendre correctement en charge	
	%	Effectif
ASC capables de poser un diagnostic correct	90,6	488
Ensemble des ASC	90,1	566

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009; Volet ASC

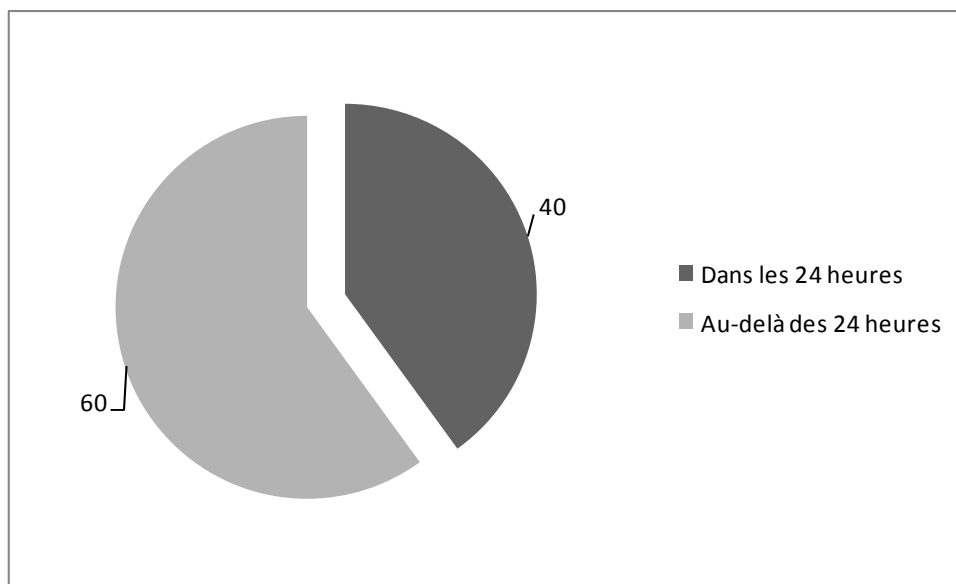
⁹ Telle qu'elle est conçue ici, la prise en charge du paludisme prend en compte aussi bien la capacité à référer et à traiter les cas de paludisme.

❖ Entretien avec les parents d'enfants de moins de cinq ans

Un questionnaire « ASC » a été administré aux mères et aux personnes à charge des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et ayant été traités spécifiquement par les ASC. Ce questionnaire a permis d'évaluer la qualité de la prise en charge des enfants malades par les ASC. Sur les 202 enfants de moins de 5 ans malades au cours des deux dernières semaines, 40 (25%) ayant souffert de fièvre ont été traités par les ASC.

Lorsque l'on s'intéresse à la prise en charge des cas de paludisme simple par les ASC, les résultats du graphique III.18 indiquent que 40% des enfants ayant souffert de fièvre ont reçu un traitement antipaludique correct dans les 24 heures, contre 60% qui l'ont reçu au-delà des 24 heures.

Graphique III.18 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant été pris en charge correctement par les ASC et dans les 24 heures ou au-delà des 24 heures suivant l'apparition de la fièvre

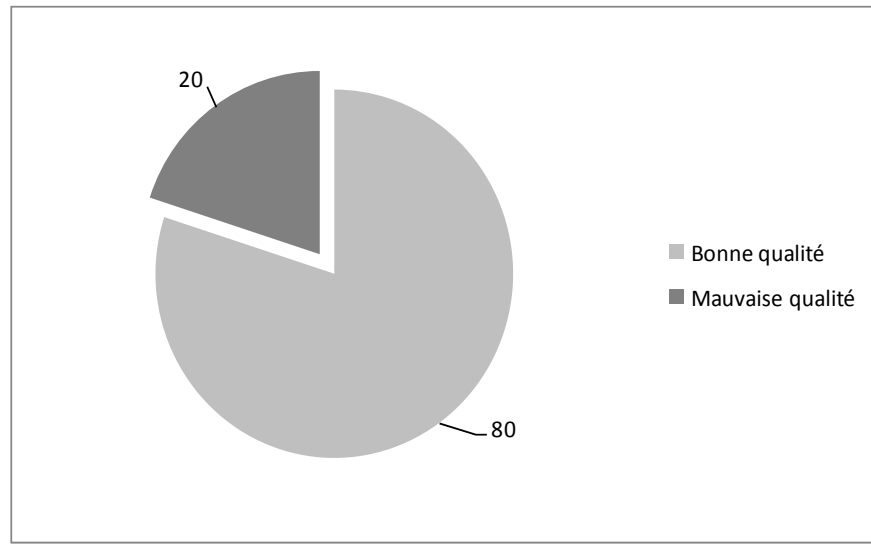


Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

- **Appréciation de la qualité du traitement donné par l'ASC**

Dans l'ensemble, 80% des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre ont reçu un traitement de qualité par les ASC (Graphique III.19).

Graphique III.19 : Répartition des enfants de moins 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et pris en charge par l'ASC selon la qualité du traitement reçu



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

- ***Respect de la prescription et des conseils des ASC par les mamans***

La majorité des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre et ayant été consultés par les ASC ont pris les médicaments de façon appropriée (80%), c'est-à-dire conformément à la posologie indiquée.

En ce qui concerne le suivi, 78% des enfants de moins de 5 ans ont reçu la visite de l'ASC le 2^{ème} jour du traitement. De même la plupart (83%) ont reçu une visite de l'ASC le 3^{ème} jour (Tableau III.28).

Tableau III.28 : Répartition des enfants de moins de 5 ans pris en charge par les ASC selon certaines caractéristiques relatives au traitement et au suivi

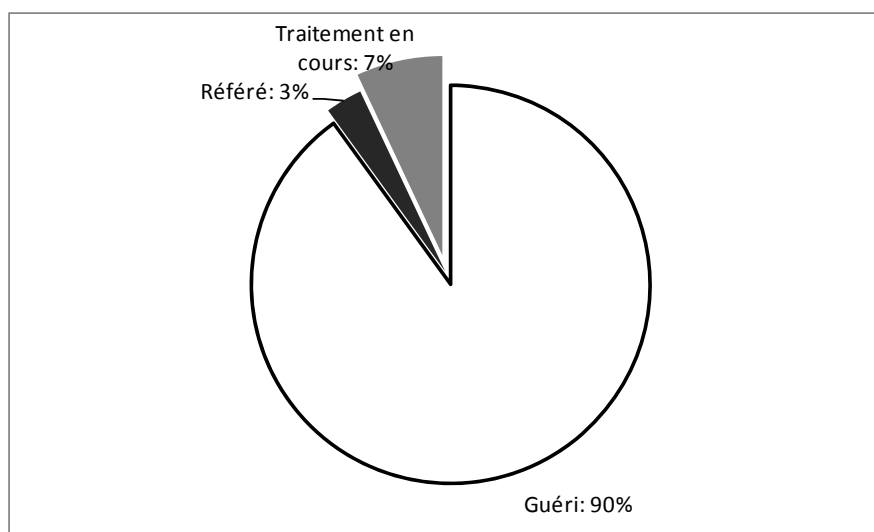
Caractéristiques	%
<i>Prise du médicament</i>	
Appropriée	80,0
Non appropriée	20,0
Total	100
Effectif	40
<i>Visite le 2^{ème} jour</i>	
Oui	77,5
Non	22,5
Total	100
Effectif	40
<i>Visite le 3^{ème} jour</i>	
Oui	82,5
Non	17,5
Total	100
Effectif	40
<i>Issue du traitement</i>	
Guéri	90
Référé	2,5
Traitement en cours	7,5
Total	100
Effectif	40

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

- **Issue du traitement donné par les ASC**

A l'issue du traitement donné par les ASC, 90% des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre ont recouvré leur santé et 3% ont été référés (Graphique III.20).

Graphique III.20 : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon l'issue du traitement donné par l'ASC



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

En résumé, sur la base des données recueillies auprès des ASC et des parents d'enfants de moins de cinq ans, plus de la moitié des ASC diagnostiquent et traitent correctement le paludisme. La quasi totalité des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre et traité par les ASC ont recouvré leur santé. En ce qui concerne le suivi, la plupart des enfants de moins de 5 ans sont bien pris en charge par les ASC. Toutefois, cette capacité à bien prendre en charge les cas de paludisme simple est handicapée par l'incomplétude de leurs Kits de PEC, notamment les ruptures fréquentes des CTA et de TDR.

III.3.4.2 - Prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires

Cette section fait état de la gestion administrative et du plateau technique des formations sanitaires et inventorie les moyens pour une prise en charge correcte des cas de paludisme.

III.3.4.2.1- Gestion administrative et plateau technique des formations sanitaires

❖ Organisation des services

Des résultats du tableau III.29, il ressort qu'en matière d'organisation des services :

- ✓ Plus des 3/4 (76%) des formations sanitaires visitées ont une zone de couverture définie et cartographiée ;
- ✓ Respectivement 86%, 72% et 43% des formations sanitaires visitées ont des directives nationales de prise en charge du paludisme, de prévention de paludisme et de PCIMNE ;
- ✓ Dans la majorité des FS visitées (87%), il existe une tarification des services ;
- ✓ Quatre formations sanitaires sur cinq visitées (79%), disposent de comités de santé;
- ✓ Les formations sanitaires visitées disposent de moyens de transport dans les proportions suivantes : Bus ou ambulances (21%) ; motocyclettes (6,4%) bicyclettes (4,3%).

Tableau III.29 : Répartition des formations sanitaires selon diverses caractéristiques d'organisation des services

Caractéristiques	%
<i>Existence d'une zone de couverture</i>	
A une zone de couverture	75,9
N'a pas de zone de couverture	24,1
Total	100,0
Effectif	141
<i>Documents de politique</i>	
Directives nationales de PEC du paludisme	85,8
Directives nationales de prévention du paludisme	71,6
Directives PCIMNE	42,6
Hépatite+VIH	25,5
Effectif	141
<i>Existence de tarification</i>	
Existe	87,2
N'existe pas	12,8
Total	100,0
Effectif	141
<i>Existence d'un comité de santé</i>	
Oui	78,7
Non	21,3
Total	100,0
Effectif	141
<i>Moyens de transport fonctionnel</i>	
Bicyclettes	4,3
Motocyclettes	6,4
Bus ou ambulances	20,6
Autres	11,3
Effectif	141

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Par rapport aux informations relatives à la gestion des données administratives, les résultats du tableau III.30 révèlent que :

- ✓ Dans presque toutes les formations sanitaires de l'étude (95%), les données relatives au paludisme sont traitées et analysées mensuellement ;
- ✓ Les 2/3 (67%) des formations sanitaires de l'étude appliquent les exemptions pour les cas sociaux ;
- ✓ 99 % des formations sanitaires font la prise en charge du paludisme et la PCIMNE ;
- ✓ 99% offrent des services prénataux ;
- ✓ 97% font la promotion des MII.

Tableau III.30 : Répartition des FS selon certaines caractéristiques relatives à la gestion administratives

Caractéristiques	%
<i>Fréquence de traitement et d'analyse des données</i>	
Chaque semaine	1,4
Chaque mois	95
Chaque trimestre	0,7
Non	2,8
Total	100,0
Effectif	141
<i>Existence d'exemptions</i>	
Oui	67,4
Non	32,6
Total	100,0
Effectif	141
<i>Services fournis</i>	
PEC paludisme et PCIMNE	98,6
Services prénataux	99,3
Services de laboratoire	47,5
Promotion des MII	97,2
Effectif	141

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

❖ Formation continue du personnel sur le paludisme/PCIMNE

Les informations administratives obtenues lors de la présente évaluation et consignées dans le tableau III.31 révèlent que :

- ✓ Sur un effectif total de 1898 prestataires de soins, environ 817 (43%) ont reçu une formation en cours d'emploi sur la prise en charge du paludisme entre 2006 et 2009 ;
- ✓ Sur l'ensemble des prestataires de soins, environ 11% ont reçu une formation en cours d'emploi sur la PCIMNE entre 2006 et 2009.

Tableau III.31 : Pourcentage des agents formés en prise en charge du paludisme et en PCIMNE

Caractéristiques	Pourcentage d'agents formés
PEC paludisme	43
PCIMNE	11,9
Effectif	1898

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

❖ Suivi des activités communautaires

En ce qui concerne le suivi des activités communautaires, il ressort du tableau III.32 que :

- ✓ Une forte proportion des formations sanitaires visitées (92%) a une équipe de supervision des activités communautaires ;
- ✓ Environ 2 formations sanitaires sur 5 visitées (42%) ont supervisé les activités à base communautaire durant les trois derniers mois de l'année 2008 ;
- ✓ La plupart des formations sanitaires visitées (71%) ont reçu une visite de supervision administrative et technique entre mai et juillet 2008 contre 19% qui n'en ont reçu aucune ;

Tableau III.32 : Activités de supervision des FS visitées

Caractéristiques	%
<i>Existence d'une équipe pour la supervision des activités communautaires</i>	
Oui	92,0
Non	8,0
Total	100
Effectif	112
<i>Supervision des activités communautaires au cours des 3 derniers mois de l'année 2008</i>	
Oui	41,8
Non	58,2
Total	100
Effectif	110
<i>Supervision des activités communautaires au cours des six derniers mois de l'année 2008</i>	
Oui	54,1
Non	45,9
Total	100
Effectif	111
<i>Issue des informations collectées et analysées</i>	
Envoyées au niveau supérieur	99,3
Planification locale	60,3
Archivage	86,5
Effectif	122

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3.4.2.2- Moyens pour la prise en charge des cas de paludisme

❖ Matériels essentiels pour la consultation externe et l'hospitalisation

➤ Visites de supervision

Parmi les FS offrant des services de consultation externe et qui remplissent correctement les registres des patients, les 3/4 (75%) ont reçu une visite de supervision administrative et technique au cours des trois derniers mois précédant l'enquête (mai-juillet 2009). Il apparaît également qu'un nombre non négligeable de FS (14%) remplissent correctement les registres des malades bien qu'elles n'aient pas reçu de visites sur la période.

La même observation est faite sur les informations obtenues dans les services d'hospitalisation où 67% de ceux qui remplissent correctement les registres des patients ont reçu une visite de supervision administrative et technique au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Dans 20% des cas, les registres des malades hospitalisés sont correctement remplis bien qu'il n'y ait pas eu de visite de supervision (Tableau III.33).

Tableau III.33 : Répartition des FS où les registres de malades sont bien remplis selon qu'ils aient reçu des visites de supervision ou non entre mai et juillet 2009

Type de visite de supervision reçue	Registre bien rempli en consultation externe	Registre bien rempli en Hospitalisation
	%	%
Visite administrative	2,5	-
Visite technique	8,3	13,3
Les deux	75,0	66,7
Pas de visite	14,2	20,0
Total	100,0	100,0
Effectif	120	30

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Consultation externe : organisation des services et directives techniques

Comme l'indique le tableau III.34, l'organisation des services et des directives techniques dans les services de consultation externe se présente comme suit :

- ✓ Les registres des patients vus en consultation externe sont correctement remplis (nom, sexe, âge, poids, température, diagnostic, traitement) dans 85% des formations sanitaires visitées ;

- ✓ Dans les services de consultation externe, plus de la moitié des formations sanitaires visitées (60%) n'affichent pas les tableaux/graphiques récapitulatifs de la situation sanitaire. Une proportion de 10% les affichent avec les données relatives au paludisme et 30% les affichent sans ces données ;
- ✓ Dans 87% des formations sanitaires où des patients sont vus en consultation externe, il existe des documents de directives sur le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- ✓ Dans 43% des formations sanitaires où des patients sont vus en consultation externe, il existe des documents de directives PCIMNE sur le diagnostic et la prise en charge ;
- ✓ Huit formations sanitaires sur dix (82%) offrant des services de consultation externe affichent les matériels d'éducation sanitaire sur la prévention et la lutte antipaludique.

Tableau III.34: Existence de documents de PEC et d'IEC dans les FS visitées

Caractéristiques	Pourcentage
<i>Remplissage correct des registres des patients vus en consultation externe</i>	
Bien rempli	85,1
Mal rempli	14,9
Total	100
Effectif	141
<i>Affichage des tableaux graphique récapitulatifs de la situation sanitaire</i>	
Oui, avec paludisme	10,6
Oui, sans paludisme	29,8
Non	59,6
Total	100
Effectif	141
<i>Existence d'un carnet de liaison</i>	
Existe	92,9
N'existe pas	7,1
Total	100
Effectif	141
<i>Existence des directives sur le diagnostic et le traitement du paludisme</i>	
Existe	87,2
N'existe pas	12,8
Total	100
Effectif	141
<i>Existence des directives PCIMNE sur le diagnostic et la prise en charge</i>	
Existe	43,3
N'existe pas	56,7
Total	100
Effectif	141
<i>Affichage des matériels d'éducation sanitaire sur la prévention et la lutte contre le paludisme</i>	
Affiché	81,6
Pas affiché	18,4
Total	100
Effectif	141

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Consultation externe : le plateau technique et les outils de collecte des données

Concernant le plateau technique et les outils de collecte des données dans les services de consultation externe, les résultats du tableau III.35 montrent que :

- ✓ Presque toutes les formations sanitaires ont un thermomètre fonctionnel (99%) ;
- ✓ La majorité des formations sanitaires (96%) ont une balance fonctionnelle ;
- ✓ 31% des formations sanitaires ont un otoscope fonctionnel ;
- ✓ 46% des formations sanitaires ont une lampe torche fonctionnelle ;
- ✓ 79% des formations sanitaires ont une abaisse langue ;
- ✓ La plupart des formations sanitaires (72%) ont reçu une visite de supervision administrative et technique au cours de trois derniers mois précédant l'enquête.

Tableau III.35 : Etat du plateau technique dans les services de consultation externe des FS visitées

Caractéristiques	Pourcentage
<i>Existence d'un thermomètre fonctionnel</i>	
Oui	99,3
Non	0,7
Total	100,0
Effectif	141
<i>Existence d'une balance fonctionnelle</i>	
Oui	96,5
Non	3,5
Total	100,0
Effectif	141
<i>Existence de matériels de diagnostic fonctionnel</i>	
Otoscope	30,5
Lampe torche	46,1
Abaisse langue	78,7
Effectif	111
<i>Visite de supervision entre mai et juillet 2009</i>	
A reçu une visite administrative	2,2
A reçu une visite technique	7,8
A reçu les deux	72,3
Pas de visite	17,7
Total	100,0
Effectif	141

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Hospitalisation : organisation de services et des directives techniques

Les résultats relatifs à l'organisation de services et des directives techniques qui ressortent du tableau III.36 indiquent que :

- ✓ Les registres des patients hospitalisés sont correctement tenus dans 77% des formations sanitaires visitées ;
- ✓ Dans les services d'hospitalisation, la majorité des formations sanitaires visitées (74%) n'ont pas affiché les tableaux/graphiques récapitulatifs de l'état de santé des patients hospitalisés ;
- ✓ Un dossier de patients hospitalisés correctement rempli et comportant les éléments tels que les symptômes et signes, les examens physiques, le diagnostic, l'investigation et le traitement, n'existe pas dans 36% des formations sanitaires offrant des services d'hospitalisation ;
- ✓ La majorité des services d'hospitalisation des FS visitées (92%) possèdent des documents de directives sur le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- ✓ Les documents de directives PCIMNE pour le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'enfant existent dans 54% des formations sanitaires offrant des services d'hospitalisation ;
- ✓ Les fiches d'évaluation du coma n'existent que dans 38% des formations sanitaires offrant des services d'hospitalisation ;
- ✓ Des matériels d'éducation sanitaire sur la prévention et la lutte contre le paludisme n'existent pas dans 23% des FS offrant des services d'hospitalisation.

Tableau III.36 : Existence de documents relatifs à l'organisation de services et aux directives techniques d'hospitalisation dans les FS visitées

Caractéristiques	Pourcentage
<i>Remplissage correct du registre des patients hospitalisés</i>	
Bien rempli	76,9
Mal rempli	23,1
Total	100
Effectif	39
<i>Affichage des tableaux/graphiques récapitulatifs de l'état de santé des patients hospitalisés</i>	
Oui, pour toutes les causes de morbidité/mortalité	12,8
Oui, pour certaines causes de morbidité/mortalité	12,8
Non	74,4
Total	100
Effectif	39
<i>Existence d'un dossier de patients hospitalisés bien rempli</i>	
Oui	64,1
Non	35,9
Total	100
Effectif	39
<i>Existence de documents de directives sur le diagnostic et le traitement du paludisme</i>	
Oui	92,3
Non	7,7
Total	100
Effectif	39
<i>Existence des directives PCIMNE pour le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'enfant</i>	
Oui	53,8
Non	46,2
Total	100
Effectif	39
<i>Existence des fiches d'évaluation du coma</i>	
Oui	38,5
Non	61,5
Total	100
Effectif	39
<i>Existence de matériels d'éducation sanitaire sur la prévention et la lutte contre le paludisme</i>	
Oui (boîtes à images+affiches)	46,2
Oui (boîtes à images ou affiches)	30,8
Non	23,1
Total	100
Effectif	39

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Hospitalisation : le plateau technique et les outils de collecte de données

Pour ce qui est du plateau technique et des outils de collecte de données au niveau des services d'hospitalisation, il ressort des données du tableau III.37 que :

- ✓ 1 thermomètre fonctionnel existe dans presque toutes les formations sanitaires (97%).
- ✓ 1 balance fonctionnelle existe dans 92% des FS ;
- ✓ 1 otoscope fonctionnel existe dans 49% des hôpitaux ;
- ✓ 1 lampe torche fonctionnelle existe dans 62% des hôpitaux ;
- ✓ 1 abaisse langue fonctionnelle existe dans 92% des hôpitaux ;
- ✓ 1 tensiomètre est disponible dans 92% des hôpitaux ;
- ✓ 1 Kit/ aiguille à ponction lombaire est disponible dans 59% des hôpitaux ;
- ✓ Des lames sont disponibles dans 67% des hôpitaux ;
- ✓ Des Bandelettes de Glucotest sont disponibles dans 49% des hôpitaux.
- ✓ Le système de supervision interne n'existe que dans 33% des FS offrant des services d'hospitalisation ;
- ✓ Dans 90% des FS offrant des services d'hospitalisation, les médecins chefs organisent des revues hebdomadaires des dossiers des patients enregistrés ;
- ✓ Une proportion de 67% des FS offrant des services d'hospitalisation a reçu une visite de supervision administrative et technique au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

Tableau III.37: Etat du plateau technique dans les services d'hospitalisation des FS visitées

Caractéristiques	Pourcentage
<i>Existence de thermomètre fonctionnel</i>	
Oui	97,4
Non	2,6
Total	100,0
Effectif	39
<i>Existence de balance fonctionnelle</i>	
Oui	92,3
Non	7,7
Total	100,0
Effectif	39
<i>Existence de matériels de diagnostic disponibles et fonctionnels</i>	
Otoscope	48,7
Lampe torche	61,5
Abaisse langue	92,3
Tensiomètre	92,3
Kit/ aiguille à ponction lombaire	59,0
Lames	66,7
Bandelles de Glucotest	43,6
Effectif	39
<i>Existence d'un système de supervision interne</i>	
Oui	33,3
Non	66,7
Total	100,0
Effectif	39
<i>Organisation des revues hebdomadaires des dossiers des patients enregistrés</i>	
Oui	89,7
Non	10,3
Total	100,0
Effectif	39
<i>Visite de supervision au cours des trois derniers mois précédant l'enquête</i>	
Visite administrative	2,6
Visite technique	15,4
Les deux	66,7
Pas de visite	15,4
Total	100,0
Effectif	39

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

❖ Services de diagnostic biologique du paludisme

Dans les FS offrant des services de diagnostic biologique du paludisme, une liste de contrôle a été soumise aux responsables des laboratoires en vue d'apprécier leur fonctionnalité et leurs prestations de services. Il ressort des résultats consignés dans le tableau III.36 qu'un laboratoire fonctionnel existe dans 46% des formations sanitaires visitées et que la plupart des formations sanitaires ayant

un laboratoire (97%), font des analyses de goutte épaisse/frottis sanguin à tous les malades atteints de paludisme clinique. Par ailleurs :

- ✓ 89% des laboratoires visités font le dosage de l'hémoglobine ;
- ✓ 86% font des analyses de glycémie ;
- ✓ 79% font des analyses de numération et de formule sanguine.

Tableau III.38 : Prestations de services de laboratoire dans les FS visitées

Caractéristiques	Pourcentage
<i>Existence d'un laboratoire fonctionnel</i>	
Oui	46,1
Non	53,9
Total	100,0
Effectif	141
<i>Analyse de goutte épaisse aux les malades présentant les signes de paludisme clinique</i>	
Oui	96,9
Non	3,1
Total	100,0
Effectif	65
<i>Autres types d'examens</i>	
Dosage de l'hémoglobine/ Hématocrite	89,2
Glycémie	86,2
Numération et formule sanguine	78,5
Effectif	65
<i>GE/FS aux les malades hospitalisés</i>	
Oui	81,5
Non	18,5
Total	100,0
Effectif	65

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

En 2008, sur un total de 104141 lames examinées dans les Unités Centrales de Soins, 41% sont contrôlées positives pour les parasites du paludisme et 56% ont été examinées avec numération de la densité parasitaire. Pour les Unités de Soins Périphériques, sur un total de 59020 lames examinées, ces proportions sont respectivement de 49% et 62% (Tableau III.39).

Tableau III.39 : Bilan des activités de laboratoire des FS visitées

Résultats de l'analyse	Type de FS	
	Unités Centrales de Soins (%)	Unités Périphériques de Soins (%)
Lames contrôlées positives pour les parasites du paludisme	40,7	45,5
Lames avec numération de la densité parasitaire	55,7	58,9
Effectif	104141	59020

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Système de suivi du laboratoire

Les résultats du tableau III.40 montrent qu'il n'existe pas de système permanent de contrôle de qualité des lames dans 68% des FS.

Tableau III.40 : Répartition des FS ayant un laboratoire selon qu'il existe ou non un système de contrôle de qualité des lames lues

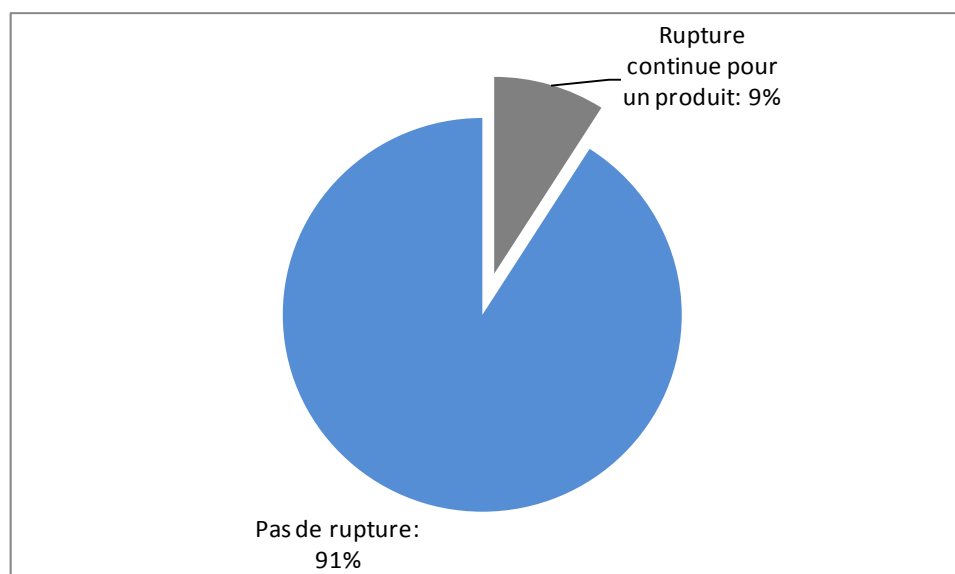
Caractéristiques	Pourcentage
<i>Existence d'un système de contrôle de qualité des lames lues</i>	
Oui, toujours	18,5
Oui, de temps en temps	67,7
Non	13,8
Total	100
Effectif	65
<i>Contrôle des échantillons de lames</i>	
Envoyés au superviseur	60,0
Contrôlés dans la structure	9,1
Certains envoyés, d'autres contrôlés sur place	30,9
Total	100
Effectif	55

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Disponibilité de matériels de laboratoire

Peu de laboratoires (9%) ont connu une rupture continue pendant au moins une semaine au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête pour l'un des produits consommables suivants : réactifs, lames, vaccino-stylet, bandelettes et diagnostic etc. (Graphique III.21).

Graphique III.21 : Proportion de FS ayant connu ou non une rupture continue de consommables pendant au moins une semaine au cours des 3 derniers mois



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Confirmation du paludisme avec TDR

Dans la mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme, les FS sans laboratoire sont équipés en TDR. Selon le tableau III.41, presque toutes les formations sanitaires sans laboratoire (99%) ont réalisé des TDR aux malades souffrant de paludisme clinique.

Pour ce qui est des cibles des TDR dans les formations sanitaires sans laboratoire, le même tableau révèle que le TDR a été beaucoup plus réalisé sur les personnes de 5 ans et plus (99%) et sur les femmes enceintes ayant souffert de fièvre (93%). On note que 61% des enfants de moins de 5 ans ont également bénéficié de TDR.

Tableau III.41: Réalisation de TDR dans les FS sans laboratoire

Caractéristiques	Pourcentage
<i>FS sans laboratoire où se fait le TDR aux malades souffrant de paludisme clinique</i>	
Oui	98,7
Non	1,3
Total	100,0
Effectif	76
<i>Population cibles des TDR</i>	
Enfants de moins de 5 ans	61,8
Personnes de 5 ans et plus	98,7
Femmes enceintes ayant la fièvre	93,4
Effectif	76

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Gestion des TDR

On note une rupture continue de TDR pendant au moins une semaine au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête dans 38% des FS sans laboratoire. Par ailleurs, dans environ 11% de ces FS, les TDR disponibles pendant l'enquête étaient périmés (Tableau III.42).

Tableau III.42 : Rupture continue de TDR pendant au moins une semaine au cours des 3 derniers mois dans les FS sans laboratoire

Caractéristiques	Pourcentage
<i>Existence de rupture de TDR</i>	
Oui	38,2
Non	61,8
Total	100,0
Effectif	76
<i>Péremption de TDR</i>	
Oui	10,5
Non	89,5
Total	100,0
Effectif	76

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

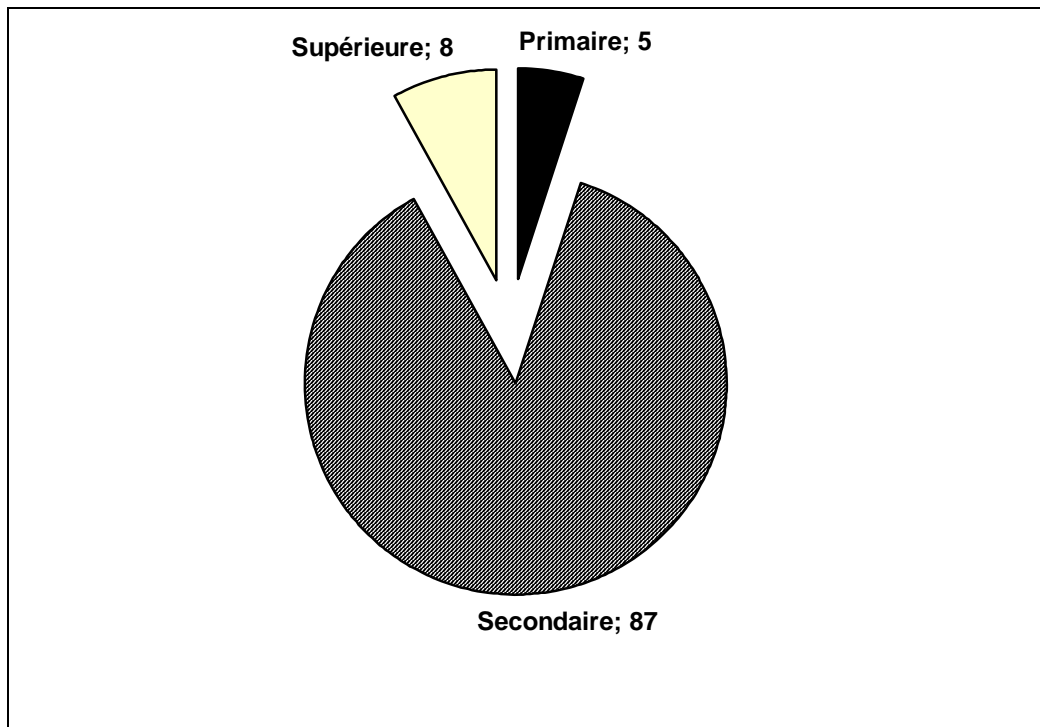
❖ **Service de cession des médicaments**

Une liste de contrôle de la pharmacie a été administrée aux gérants des pharmacies. Cette liste a permis de cerner les informations sur les outils de gestion des médicaments et la disponibilité des antipaludiques.

➤ Outils de gestion des médicaments :

Dans 21% des 141 formations sanitaires visitées, les pharmacies étaient gérées par un agent de santé qualifié. La plupart des gérants (87%) de pharmacie qui n'étaient pas des agents de santé qualifiés, avaient le niveau d'études secondaires (Graphique III.22).

Graphique III.22 : Répartition de 100 gérants de pharmacie non qualifiés selon leur niveau d'instruction



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Comme le montre le tableau III.43, l'état des outils de gestion dans les pharmacies se présentent comme suit :

- ✓ 73% des pharmacies ont des fiches de stocks. Dans 88% de ces pharmacies, ces fiches sont bien tenues ;
- ✓ 91% des pharmacies ont des registres de sorties journalières. Dans 81% des pharmacies où ces registres sont disponibles, ils sont bien tenus ;
- ✓ Des souches de factures sont disponibles dans 92% des pharmacies et sont bien tenus dans 96% des cas ;
- ✓ Quant aux Fiches/guides techniques sur la PEC du paludisme, ils sont disponibles dans 52% des pharmacies et bien tenus dans 94% des cas.

Tableau III.43 : Répartition de pharmacies selon le type d'outils de gestion, sa disponibilité et sa tenue

Type d'outils de gestion	Pourcentage	
Fiches de stock	Disponibles	73,1
	Bien tenus	87,8
	Effectif	134
Registres de sorties journalières	Disponibles	91,0
	Bien tenus	81,1
	Effectif	134
Souches de factures	Disponibles	91,8
	Bien tenus	95,9
	Effectif	134
Fiches/guide technique sur la PEC du paludisme	Disponibles	52,2
	Bien tenus	94,3
	Effectif	134

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

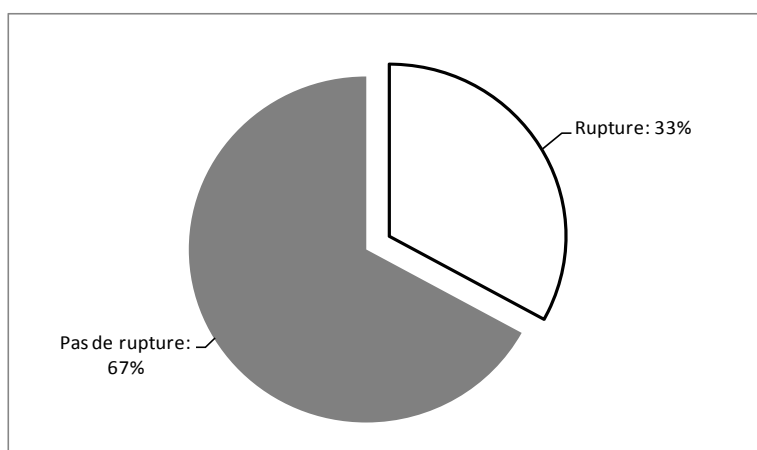
➤ Disponibilité des antipaludiques : pour le traitement du paludisme simple

Aucune pharmacie des formations sanitaires visitées n'a connu de rupture simultanée de stock pendant au moins une semaine pour les 4 formes de présentation d'Artéméther Luméfantrine (plaquette de 6cp ; plaquette de 12cp ; plaquette de 18cp ; plaquette de 24cp).

Par contre, 33% des pharmacies visitées ont connu durant au moins une semaine, une rupture pour l'une des 4 formes de présentation d'Artéméther-Luméfantrine. Comment peut-on expliquer cette rupture sachant que la CAMEG est régulièrement approvisionnée ?

Par ailleurs, 40% des pharmacies ont connu une rupture d'Artésunate Amodiaquine pendant au moins une semaine (Graphique III.23).

Graphique III.23 : Répartition des pharmacies selon qu'elles aient connu ou non une rupture de stocks pour l'une des formes de présentation d'Artéméther-Luméfantrine pendant au moins une semaine au cours des trois derniers mois



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Disponibilité des antipaludiques : pour le traitement du paludisme grave

Il ressort du tableau III.44 que 44% des pharmacies ont connu une rupture de stocks de quinine injectable 300mg et que 8% ont connu une rupture de stocks de quinine injectable 600mg.

Tableau III.44 : Pourcentage de pharmacies ayant connu pendant au moins une semaine une rupture de stocks d'antipaludique

Type d'antipaludique	Pourcentage
Artésunate Amodiaquine	40,3
Quinine injectable 300mg	44,4
Quinine injectable 600mg	8,3
Quinine comprimé	7,9
Sulfadoxine-Pyriméthamine	8,7
Effectif	134

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

En matière de formation continue des gérants de dépôts de pharmacie et de suivi de ces dépôts, les résultats du tableau III.45 montrent que :

- ✓ 47% des gérants de pharmacies n'ont pas été formés pour gérer les stocks de médicaments ;
- ✓ 61% des gérants de pharmacies ont reçu des visites de supervision au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête (mai-juillet 2009).

Par ailleurs, on observe dans certaines pharmacies des FS visitées, qu'il existe encore des antipaludiques prohibés (Chloroquine 5%, Amodiaquine comprimé 2%, Amodiaquine sirop 11% ; Sulfadoxine injectable 3%).

Tableau III.45 : Répartition des FS selon la formation des gérants, la visite de supervision et l'existence d'antipaludiques prohibés

Caractéristiques	Pourcentage
Formation des gérants	
Formé	53,2
Non formé	46,8
Total	100,0
Effectif	141
Visite de supervision de la pharmacie	
A reçu une visite	61,0
N'a pas reçu de visite	39,0
Total	100,0
Effectif	141
Existence d'antipaludiques prohibés	
Chloroquine	5,0
Amodiaquine comprimé	2,3
Amodiaquine sirop	10,9
Sulfadoxine injectable	3,1
Effectif	141

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3.4.2.3 - Qualité de la prise en charge des cas de paludisme dans les FS

❖ **Prise en charge des enfants de moins de 5 ans vus en consultation externe pour paludisme simple**

➤ Observation du prestataire

Pour apprécier la qualité de la PEC, 7 enfants souffrant de fièvre ont été observés dans chaque formation sanitaire visitée durant la consultation. Au total, 759 enfants ont pu être observés.

Des informations consignées dans le tableau III.46 sur la prise en charge de l'enfant malade (interrogatoire de l'accompagnant de l'enfant, examen physique de l'enfant, confirmation du paludisme), il se dégage les constats suivants :

- ✓ 65% des prestataires ont interrogé les accompagnants des enfants malades sur des signes du paludisme (fièvre, convulsion, vomissements, diarrhée, toux, incapacité à manger, etc.), les traitements antérieurs et l'âge de l'enfant ;
- ✓ 55% des enfants malades ont subi un examen physique (prise de poids et de température, recherche de signes d'anémie, de pneumonie et de déshydratation) ;
- ✓ La confirmation du paludisme a été faite chez 76% des enfants malades ;
- ✓ Il a été prescrit du LM-AM, du AS-AQ et de la Quinine à 90% des enfants malades ;
- ✓ Une dose appropriée d'antipaludique a été prescrite à 95% des enfants malades conformément aux directives nationales ;
- ✓ 70% des accompagnants ont reçu des conseils pour l'administration correcte du traitement et le suivi de l'enfant ;
- ✓ 68% des accompagnants ont reçu des informations sur le diagnostic du paludisme.

Tableau III.46 : Informations sur la qualité de la prise en charge des enfants dans les services de consultation externe

Composantes de la prise en charge	Pourcentage
<i>Préalables du traitement</i>	
Interrogatoire de l'accompagnant	64,5
Examen physique	54,6
Confirmation du paludisme	76,3
<i>Effectif</i>	759
<i>Qualité du traitement</i>	
LM-AM/AS-AQ/Quinine	89,9
Autre CTA	2,2
SP/Chloroquine/Amodiaquine/Dérivée de l'Artémisinine en monothérapie	7,9
<i>Total</i>	100
<i>Effectif</i>	759
<i>Prescription de dose antipaludique</i>	
Dose appropriée	94,5
Dose non appropriée	5,5
<i>Total</i>	100
<i>Effectif</i>	759
<i>Conseils donnés à l'accompagnant</i>	
Conseils sur l'administration correcte du traitement, suivi de l'enfant	70,0
Information de la mère à propos du diagnostic du paludisme	68,0
<i>Effectif</i>	759

Source: Evaluation_PNL/Togo-URD, 2009

Pour ce qui est de la formation continue du prestataire relative à la prise en charge du paludisme/PCIMNE, on note que 54% des prestataires de soins observés ont reçu une formation uniquement en paludisme et que 22% ont reçu une formation en paludisme et en PCIMNE (Tableau III.47).

Tableau III.47 : Répartition des prestataires observés selon la qualification et la formation reçue en PEC du paludisme/PCIMNE

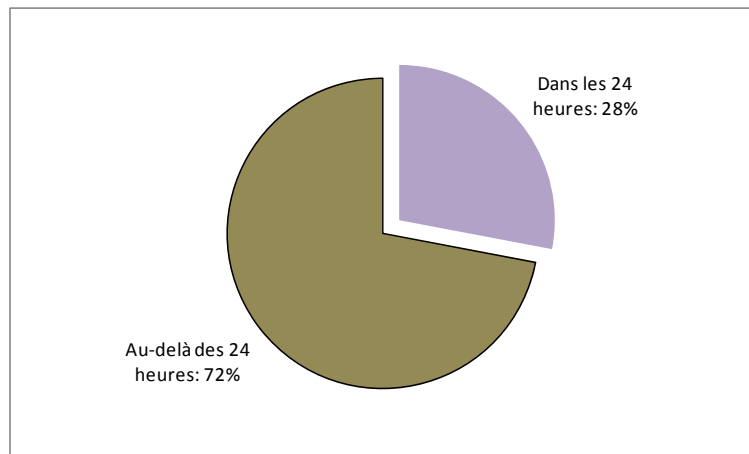
Caractéristiques	Pourcentage	
Formation en :	Paludisme	54,3
	PCIMNE	2,6
	Paludisme +PCIMNE	21,5
	Non	21,6
	<i>Total</i>	100,0
	<i>Effectif</i>	759
Qualification	Médecin	9,5
	Assistant médical	24,6
	Infirmier	56,9
	Sage-femme	0,8
	Aide soignant	8,1
	<i>Total</i>	100,0
	<i>Effectif</i>	759

Source: Evaluation_PNL/Togo-URD, 2009

➤ Délai de recours à la consultation

Une proportion de 28% des enfants observés ont été amenés chez les prestataires de soins dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes (Graphique III.24).

Graphique III.24 : Répartition des enfants malades observés selon qu'ils aient eu recours à la FS dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes ou au-delà



Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

❖ **Prise en charge des enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme grave**

Dans les registres de chaque service d'hospitalisation, des informations ont été recueillies sur 25 enfants malades. Au total, les informations concernant 823 enfants de moins de 5 ans récemment hospitalisés ont été enregistrées. Les données du tableau III.48 qui rend compte de la prise en charge de ces enfants, montrent que :

- ✓ Les informations sur l'identification des enfants hospitalisés ont été enregistrées dans 82% des formations sanitaires ;
- ✓ Les informations sur les examens de laboratoire des enfants hospitalisés ont été enregistrées dans 88% des FS;
- ✓ Les informations sur le traitement reçu par les enfants hospitalisés ont été enregistrées dans 59% des FS.

Tableau III.48 : Informations sur la qualité de la prise en charge des enfants dans les services d'hospitalisation

Composantes de la PEC	Pourcentage
Identification de l'enfant	81,6
Pesée de l'enfant	78,9
Réalisation de la GE/frottis	88,1
Administration d'un traitement	58,5
Effectif	823

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

➤ Prise en charge correcte de l'enfant

Au total, 87% des enfants hospitalisés ont reçu une prise en charge correcte dans les services d'hospitalisation des FS visitées (Graphique III.25).

Graphique III. 25 : Répartition des enfants hospitalisés selon la qualité de la prise en charge

Erreur ! Liaison incorrecte.

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

III.3.5 - Létalité et morbidité hospitalières en 2008

III.3.5.1 - Létalité due au paludisme

En ce qui concerne la létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en 2008, on constate que sur un nombre total de 20624 enfants de moins de 5 ans hospitalisés en 2008 avec diagnostic clinique et confirmé, 1444 décès ont été enregistrés (7%).

Pour ce qui est de la létalité proportionnelle du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, il se révèle que sur un nombre total de 2336 décès d'enfants de moins de 5 ans enregistrés dans les formations sanitaires de l'étude, 1444 (soit 62%) sont dus au paludisme.

III.3.5.2 - Morbidité due au paludisme

❖ Incidence du paludisme clinique

Les taux d'incidence du paludisme présentés ici ont été calculés à partir des cas de paludisme clinique (ou confirmés) relevés dans les registres au cours de l'année 2008 en prenant en

considération les populations couvertes, populations dont les effectifs ne sont que des estimations du fait de l'absence de données réelles. Pour mieux cerner les indicateurs d'incidence, il faut une enquête médicale spécifique, ce dont le Togo ne dispose pas encore. De plus l'absence de données chronologiques ne permet pas de faire des comparaisons ni dans le temps ni avec celles d'autres pays de la sous-région.

Le taux d'incidence du paludisme clinique¹⁰ dans l'ensemble de la population couverte par les FS enquêtées était de 50‰ en 2008. Par rapport au milieu de résidence, ce taux était de 90‰ en milieu rural et de 40‰ en milieu urbain. Chez les enfants de moins de 5 ans vus en consultation externe dans les FS visitées, ce taux était de 130‰ (90‰ en milieu urbain et 340‰ en milieu rural).

❖ Incidence hospitalière du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés, le taux d'incidence du paludisme clinique était de 10‰ en 2008. Pour ce qui est du taux d'incidence hospitalière du paludisme confirmé chez les enfants de moins de 5 ans, il était également de 10‰ en 2008.

❖ Morbidité proportionnelle liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Pour la morbidité proportionnelle liée au paludisme, on distinguera le paludisme clinique d'une part et le paludisme confirmé d'autre part.

En ce qui concerne le paludisme clinique, au niveau des consultations externes, sur un total de 832.549 admissions au cours de l'année 2008, le taux de morbidité proportionnelle est de 129 ‰ (103 ‰ en milieu urbain et 221 ‰ en milieu rural). Quant au paludisme confirmé, le taux de morbidité proportionnelle est de 57 ‰ (30 ‰ en milieu urbain et 154 ‰ en milieu rural).

❖ Morbidité proportionnelle hospitalière de l'anémie chez les enfants de moins de 5ans

Sur un nombre total de 28813 enfants de moins de 5 ans hospitalisés en 2008 dans les FS visitées, 10768, soit 37%, avaient été hospitalisés pour anémie.

*

* *

¹⁰ Pour la formule ayant permis le calcul de cet indicateur, confère liste des indicateurs

En guise de synthèse, depuis que le Togo a adopté les CTA en Mai 2004, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge dans les 24 heures a du mal à augmenter. Malgré l'adoption de la stratégie de prise en charge à domicile impliquant directement les ASC, il semble que les communautés aient encore d'importantes difficultés d'accessibilité au Coartem®.

On note par contre un progrès important dans la disponibilité des MII dans les ménages et dans leur utilisation par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes depuis les deux campagnes de distribution gratuites de Décembre 2004 et de Décembre 2008.

Quant à la qualité de la prise en charge des cas simples et graves du paludisme par les agents de santé, elle a atteint un niveau appréciable depuis 2006.

Enfin, l'analyse des deux enquêtes d'évaluation des indicateurs de mortalité permet de noter une importante diminution de la mortalité infantile et infanto-juvénile puisque la barre des 100‰ du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a été franchie pour la première fois (97‰). Notons qu'avant l'enquête MICS 2006, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et ceux de moins d'1 an dont on disposait provenaient de l'EDST de 1998 (respectivement 146‰ et 80‰).

Tableau III.49 : Evolution des principaux indicateurs de résultats et d'impact de RBM

Evaluations Indicateurs	Données 2000/2001 (3 DS)	Evaluation 03/2003 (17 DS)	Evaluation mi-parcours PS 2001-05 (01/2004) (6 DS)	MICS 2006 (04-05/2006) (6 RS)	Evaluation finale PS 2001-05 (06/2006) (6 DS)	Enquête CDC Atlanta (Dec 07-Fev 08) (35 DS)	Evaluation mi-parcours PS 2006-010 (11/2008) (6 DS)	Evaluation URD 2009 (8-9/2009) (35 DS)	Objectifs fixés par le PNLN pour 2010
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge dans les 24 h	49 %	63,7 %	9,4 %	38 %	31,3 %	10,9 %	19,9 %	12,1 %	
% de ménages disposant d'au moins une MII	3,6 %	3,6 %	13,1 %	40 %	57,6%	55%	72,7%	71,2%	-
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII	3,5 %	3,5 %	16,5 %	38 %	39,9%	35,4%	52,3%	77,3%	80%
% de FE dormant sous MII	5,1 %	5,6 %	21,5 %	ND ¹¹	76,9%	26,4%	38,9%	65,1%	80%
% des femmes enceintes ayant reçu la 1 ^{ère} dose de TPI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	27,8%	-
% des femmes ayant accouché au cours des 2 dernières années et qui ont reçu la 1 ^{ère} dose de TPI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	88,4%	-
% des femmes ayant accouché au cours des 2 dernières années et qui ont reçu 2 doses de TPI	ND	ND	ND	ND	57,5%	48,1%	67,5	64,7%	80%
% d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme correctement PEC en consultation externe	33,3 %	55,1 %	27,3 %	ND	72,8%	ND	97,3	90,8%	80%
% d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme grave correctement PEC dans les hôpitaux	54 %	22,9 %	11,1 %	ND	76,6%	ND	88,8	87%	80%

¹¹ ND signifie Non disponible

CONCLUSION ET PROPOSITIONS D' ACTIONS

Maladie parasitaire la plus répandue dans le monde, le paludisme est au 1^{er} rang des priorités de l'OMS tant par ses ravages directs que par ses conséquences socio-économiques. Ainsi, au delà d'un problème de santé publique, le paludisme est au Togo, - comme dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne - un véritable problème de développement, car ses impacts sont non seulement sanitaires (taux d'occupation des lits d'hospitalisation élevé, nombre de personnel sanitaire dédié à la prise en charge etc.), mais aussi socioéconomiques (absentéisme des patients sur leur lieu de travail, manque à gagner pour les familles et les entreprises, décès, coûts des funérailles, coûts de la prise en charge etc.).

Il a été noté que l'une des stratégies efficaces et peu coûteuses pour faire reculer le paludisme est l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), qui permet de limiter la transmission du parasite (à défaut du vaccin dont l'avènement est encore très incertain, vu le nombre élevé de molécules du parasite inoculé par le moustique anophèle). Des campagnes de prévention sur le thème relatif à l'utilisation des MII sont notamment développées tant aux plans international, régional que national. Même si les soins médicaux et l'acte médical sont très valorisants pour les professionnels de la santé, l'information sanitaire quant à la prévention ne peut pas être négligée, vu le coût relativement élevé de la prise en charge d'un malade de paludisme.

L'amélioration de l'état de santé d'une population nécessite de disposer d'informations (indicateurs) circonstanciées qui permettent non seulement de connaître les problèmes de santé de cette population, mais surtout de prendre les mesures correctives qui s'imposent. Pour les Responsables de programmes de santé et plus spécifiquement, ceux du PNLN, ces indicateurs sont d'autant plus indispensables qu'ils sont utiles pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des recommandations du FRP et des OMD, ce qui explique l'intérêt que les organismes de soutien de ces programmes leur portent.

L'évaluation du second Plan Stratégique qui vient d'être réalisé à travers la présente étude permettra au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) de mesurer les progrès accomplis et de faire ressortir les contraintes afin de les partager avec les différents partenaires qui le soutiennent et l'appuient dans la mise en œuvre de ses activités.

Au plan méthodologique, il s'agit d'une étude transversale à quatre volets complémentaires : un volet institutionnel, un volet sanitaire, un volet communautaire et un volet ASC.

❖ Que peut-on tirer comme grandes conclusions de l'étude par rapport à chaque volet ?

➤ *Volet FS*

Les enfants malades souffrant de paludisme sont correctement pris en charge dans les FS. Les prestataires de soins sont relativement bien formés à la prise en charge du paludisme. Dans aucune FS visitée, l'on n'a relevé de rupture continue des quatre formes d'Artéméther-Luméfantrine. Dans les FS sans laboratoire, le TDR est réalisé sur une proportion appréciable de malades. En dépit de ces progrès constatés, l'étude a relevé qu'un certain nombre de formations sanitaires ne disposent pas de moyens de transport pour évacuer les cas d'urgence. On note également des ruptures de réactifs et de médicaments antipaludiques dans certaines FS. Par ailleurs, les visites de supervision gagnent à être effectuées régulièrement.

➤ *Volet communautaire*

Une forte proportion de ménages dispose d'au moins une MII. Une forte proportion d'enfants de moins de 5 ans ont dormi sous MII la veille de l'enquête. Plus de la moitié des femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois ont reçu deux doses de TPI. Toutefois la pratique de l'automédication reste le premier recours en cas de maladie de l'enfant dans les familles togolaises.

➤ *Volet ASC*

Les ASC ont une bonne connaissance des symptômes du paludisme simple et une connaissance relativement bonne des symptômes du paludisme grave. Ils sont bien appréciés par les ménages pour leur rôle d'éducation et de sensibilisation en matière de lutte contre le paludisme. Par ailleurs, plus de la moitié des ASC diagnostiquent et traitent correctement le paludisme. Cependant, quelques insuffisances sont relevées à leur niveau :

- Une très faible proportion d'ASC ont leur Kit de prise en charge au complet ;
- Une proportion non négligeable ne bénéficie pas du nombre requis de visites de suivi de la part de leur ONG d'encadrement ;
- Peu d'ASC bénéficient de l'encadrement des ONG pour le remplissage des supports (cahiers registres et cahiers de rapport mensuel) ;
- Une faible proportion d'ASC connaît les conséquences du paludisme chez la femme enceinte ;
- Des ruptures de stocks de produits antipaludiques sont fréquentes au niveau des ASC ;

➤ *Volet institutionnel*

La plupart des activités planifiées pour 2006-2010 ont été mises en œuvre. Les prestataires de soins ont été formés sur la prise en charge du paludisme et le TPI. Les MII ont été distribuées gratuitement lors des campagnes ou vendues à prix subventionnés aux populations cibles après la campagne. Les sensibilisations et les visites à domicile sont plus ou moins réalisées par les ASC. Globalement, la mise en œuvre du programme a permis l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme grâce à la formation des prestataires de soins. L'implication de la communauté dans la mise en œuvre des activités notamment à travers les ASC, l'amélioration de la gestion des intrants et du niveau de connaissance des populations sur le paludisme ont également constitué des atouts dans la réussite du programme.

Toutefois les acteurs chargés de la mise en œuvre des activités ont été confrontés à des difficultés lors de leur mission. On note entre autres la non disponibilité permanente des intrants, le manque de moyens financiers et logistiques pour réaliser les visites de supervision, le manque de formation des prestataires de soins nouvellement recrutés, l'insuffisance des prestataires de soins qualifiés, l'absence de motivation des ASC qui sont chargés de faire les sensibilisations et les visites à domicile. De plus, le manque de compétence en matière de supervision a aussi été déploré par certains points focaux.

En définitive, la présente étude a été une opportunité de mesurer les indicateurs de résultats post-campagne de décembre 2008 mais aussi les indicateurs de résultat de l'Initiative « *Faire Reculer le Paludisme* » au Togo. La particularité de cette étude réside dans sa représentativité nationale.

Les résultats obtenus montrent une atteinte satisfaisante des objectifs du programme, même si pour certains indicateurs des efforts restent encore à faire. A cet effet, quelques propositions d'actions sont faites à l'endroit des parties prenantes.

➤ *En ce qui concerne le Ministère de la Santé et le PNL*

- Permettre à toute la population d'avoir un accès à une MII ;
- Allouer plus de ressources pour renforcer la mobilisation sociale;
- Mettre sur pied un système de gestion des moustiquaires usagées dans les communautés ;
- Doter les FS de moyens de transport pour les références et les évacuations d'urgence ;

- Rendre disponibles les réactifs au niveau des FS ;
- Revaloriser les ASC dans les communautés à travers la sensibilisation des populations ;
- Mettre à la disposition des équipes cadres les moyens financiers et logistiques pour la supervision des activités ;
- Former les nouveaux prestataires recrutés sur les nouvelles directives de prise en charge du paludisme ;
- Assurer une meilleure disponibilité des intrants ;
- Définir un statut plus clair aux ASC et leur prévoir plus de séances de recyclages et d'incitatifs ;
- Pourvoir tous les ASC de Kits complets de PEC du paludisme et les instruire sur le contenu exact de ces Kits ;
- Former les ASC sur la gestion des stocks ;
- Veiller à approvisionner suffisamment et à temps les ASC en intrants ;
- Veiller à ce que la fréquence des visites de suivi soit respectée ;
- Amener les ONG à respecter leurs cahiers des charges ;
- Mettre plus d'accent sur la lutte anti-vectorielle, notamment sur l'assainissement du milieu ;
- Revoir le système de suivi et de supervision des ASC ;
- Intégrer les nouvelles directives de PEC du paludisme dans les programmes de formations spécialisés des prestataires de soins ;
- Faire le plaidoyer pour mobiliser plus de ressources au niveau de l'Etat.

➤ *En ce qui concerne les niveaux régionaux et les districts sanitaires*

- Sensibiliser davantage les femmes lors des CPN sur le respect des doses de TPI ;
- Sensibiliser davantage les prestataires de soins pour le bon remplissage et la bonne tenue des documents administratifs ;
- Faire plus régulièrement les visites de supervision aux prestataires de soins ;
- Disposer à tout moment des réactifs dans les FS ayant un laboratoire ;
- Prendre des dispositions afin de proscrire la prescription et la vente des antipaludiques prohibés ;
- Sensibiliser les mères sur les conséquences de l'automédication chez les enfants de moins de 5 ans ;

- Sensibiliser les mères et les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans à recourir aux FS/ASC dès l'apparition des symptômes de fièvre.

**EVALUATION DE LA COUVERTURE DE LA CAMPAGNE NATIONALE DE DISTRIBUTION
DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES 2008 ET DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS
DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU TOGO**
« *Evaluation_PNLP/TOGO - 2009* »

LISTE DES INDICATEURS

(Les indicateurs sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95%)

1. - Indicateurs de résultats post-campagne

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
1	Proportion de ménages informés sur la tenue de la campagne	Numérateur: Nombre de ménages ayant été informés sur la tenue de la campagne Dénominateur : Nombre de ménages visités	87,9 [86,2 – 89,6]	94,5 [93,6 – 95,4]	92,2 [91,4 – 93,0]
2	Proportion de ménages enquêtés ayant été informés sur la tenue de la campagne selon la source d'information	Numérateur : nombre de ménages enquêtés informés selon la source Dénominateur : Nombre de ménages ayant été informés sur la tenue de la campagne <i><u>Dans l'analyse, faire ressortir les sources d'informations principales</u></i>	Voir tableau à la fin de la présente liste des indicateurs		

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
3	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois ayant reçu une MII lors de la campagne (soit pendant l'enquête l'âge de 7 à 66 mois)	Numérateur: Nombre d'enfants de 7 à 66 mois (vus) ayant reçu une MII Dénominateur : Nombre total d'enfants de 7 à 66 mois vus dans les ménages visités	89,1 [86,9 – 91,3]	93,3 [92,0 – 94,6]	91,9 [90,8 – 93,0]
4	Proportion des chefs de ménages enquêtés ayant donné une bonne appréciation de la campagne de distribution de MII	Numérateur: nombre de ménages enquêtés ayant donné une bonne appréciation de la campagne Dénominateur : Nombre de ménages visités	63,6 [61,1 – 66,1]	76,1 [74,4 – 77,8]	71,7 [70,3 – 73,1]
5	Proportion de ménages ayant une bonne connaissance du rôle (de l'utilité) de la MII	Numérateur: Nombre de ménages connaissant le rôle de la MII Dénominateur : Nombre de ménages visités	97,6 [96,8 – 98,4]	96,2 [95,5 – 96,9]	96,7 [96,1 – 97,3]
6a	Proportion de ménages ayant reçu la visite d'un relais communautaire avant la campagne	Numérateur: Nombre de ménages ayant reçu la visite d'un agent informateur <u>avant la campagne</u> Dénominateur : Nombre de ménages visités	28,9 [26,5 – 31,3]	59,1 [57,2 – 61,1]	48,5 [46,9 – 50,1]
6b	Proportion de ménages ayant reçu la visite d'un relais communautaire après la campagne	Numérateur: Nombre de ménages ayant reçu la visite d'un agent informateur <u>après la campagne</u> Dénominateur : Nombre de ménages visités	17,8 [15,8 – 19,8]	47,2 [45,3 – 49,1]	36,9 [35,4 – 38,4]

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
7a	Proportion de ménages <u>ayant reçu la visite d'un agent informateur (ASC) après la campagne et ayant suspendu la MII</u>	<p>Numérateur : Nombre de ménages ayant reçu la visite d'un agent informateur (ASC) après la campagne et ayant suspendu la MII</p> <p>Dénominateur : Nombre de ménages ayant reçu la visite d'un agent informateur <u>après la campagne</u></p>	<p>73,8</p> <p>[68,3 – 79,3]</p>	<p>78,6</p> <p>[76,3 – 80,9]</p>	<p>77,8</p> <p>[75,7 – 79,9]</p>
7b	Proportion de ménages <u>n'ayant pas reçu la visite d'un ASC</u> après la campagne et ayant suspendu la MII	<p>Numérateur: Nombre de ménages n'ayant pas reçu la visite d'un agent informateur (ASC) après la campagne et ayant suspendu la MII</p> <p>Dénominateur : Nombre de ménages n'ayant pas reçu la visite d'un agent informateur <u>après la campagne</u></p>	<p>53,5</p> <p>[50,6 – 56,4]</p>	<p>55,3</p> <p>[52,6 – 58,0]</p>	<p>54,5</p> <p>[52,5 – 56,5]</p>
8	Proportion de ménages ayant reçu au moins une MII durant la campagne	<p>Numérateur: Nombre de ménages ayant reçu au moins une MII durant la campagne</p> <p>Dénominateur : Nombre de ménages visités</p>	<p>55,1</p> <p>[52,5 – 57,7]</p>	<p>64,9</p> <p>[63,1 – 66,7]</p>	<p>61,4</p> <p>[59,9 – 62,9]</p>
9	Proportion de ménages ayant au moins une MII suspendue au moment de l'enquête	<p>Numérateur: Nombre de ménages ayant au moins une MII suspendue</p> <p>Dénominateur : Nombre de ménages ayant au moins une MII</p>	<p>85,5</p> <p>[83,2 – 87,8]</p>	<p>89,7</p> <p>[88,3 – 91,1]</p>	<p>88,3</p> <p>[87,1 – 89,5]</p>

2 - Indicateurs de résultats et impact des interventions de lutte contre le paludisme

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
10	Proportion des enfants (0-59 mois) ayant dormi sous une MII au cours de la nuit précédant l'enquête	Numérateur: Nombre des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII au cours de la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages visités	73,1 [70,2 – 76,0]	79,4 [77,6 – 81,2]	77,3 [75,7 – 78,9]
11	Proportion des femmes enceintes ayant dormi sous une MII au cours de la nuit précédant l'enquête	Numérateur: Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MII au cours de la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes dans les ménages visitées	60,9 [54,2 – 67,6]	67,4 [62,6 – 72,2]	65,1 [61,2 – 69,0]
12	Proportion des ménages disposant d'au moins une moustiquaire	Numérateur: Nombre de ménages disposant d'au moins une moustiquaire Dénominateur : Nombre Total de ménages enquêtés	73,8 [71,5 – 76,1]	78,6 [77,0 – 80,2]	76,9 [75,6 – 78,2]
13	Proportion des ménages disposant d'au moins une MII	Numérateur: Nombre de ménages disposant d'au moins une MII Dénominateur : Nombre Total de ménages enquêtés	66,8 [64,3 – 69,3]	73,5 [71,8 – 75,2]	71,2 [69,8 – 72,6]

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
14	<p>Proportion des enfants < 5 ans avec fièvre pour lesquels il y a eu une action FS/ASC</p> <p><i>R1 = Proportion des enfants < 5 ans avec fièvre pour lesquels il y a eu un 1^{er} recours vers les FS/ASC</i></p> <p><i>R2 = Proportion des enfants < 5 ans avec fièvre pour lesquels il y a eu un 2^{ème} recours vers les FS/ASC</i></p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre pour lesquels il y a eu un recours (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}) au niveau de FS/ASC</p> <p>Dénominateur : Nombre total des enfants malades enquêtés avec fièvre selon l'effectif durant chaque recours</p>	<p>R1 => 42,6</p> <p>[30,8 – 54,4]</p> <p>R2 -=> 5,9</p> <p>[0,3 – 11,5]</p>	<p>R1 => 39,3</p> <p>[29,2 – 49,4]</p> <p>R2 -=> 5,6</p> <p>[0,8 – 10,4]</p>	<p>R1 => 40,8</p> <p>[33,4 – 48,5]</p> <p>R2 -=> 5,7</p> <p>[2,1 – 9,3]</p>
15	<p>Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes, conformément à la politique nationale</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçus un traitement antipaludique correct dans les 24 h conformément à la politique nationale</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines.</p>	<p>14,7</p> <p>[6,3– 23,1]</p>	<p>10,1</p> <p>[3,8 – 16,4]</p>	<p>12,1</p> <p>[7,0 – 17,2]</p>

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
16	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de <u>fièvre</u> ou de <u>paludisme simple (non confirmée)</u> correctement pris en charge selon la politique nationale par les agents de santé communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre ou de paludisme simple (non confirmée) correctement pris en charge par les ASC dans les 24h suivant l'apparition de la fièvre</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'enfants souffrant de fièvre ou de paludisme simple (non confirmée) ayant été pris en charge par les ASC</p>	<p>40,0</p> <p>[9,6 – 70,4]</p>	<p>40,0</p> <p>[22,5 – 57,5]</p>	<p>40,0</p> <p>[24,8, – 55,2]</p>
17A	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu la 1ère dose du Traitement Préventif Intermittent (TPI)	<p>Numérateur: Nombre femmes enceintes ayant reçu la 1ère dose du Traitement Préventif Intermittent (TPI)</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes enquêtées</p>	<p>28,2</p> <p>[22,0 – 34,4]</p>	<p>27,6</p> <p>[23,0 – 32,2]</p>	<p>27,8</p> <p>[24,1 – 31,5]</p>
17B	Pourcentage des femmes ayant accouché dans les 24 derniers mois et qui ont reçu la 1ère dose du Traitement Préventif Intermittent (TPI)	<p>Numérateur: Nombre femmes ayant accouché dans les 24 derniers mois et qui ont reçu la 1ère dose du Traitement Préventif Intermittent (TPI)</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes ayant accouché dans les 24 derniers mois enquêtées</p>	<p>92,0</p> <p>[89,7 – 94,3]</p>	<p>86,3</p> <p>[84,1 – 88,5]</p>	<p>88,4</p> <p>[86,8 – 90,0]</p>
17C	Pourcentage des femmes ayant accouché dans les 24 derniers mois et qui ont reçu la 2e dose de Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours de la dernière grossesse	<p>Numérateur: Nombre de femmes ayant accouché dans les 24 derniers mois et qui ont reçu la 2e dose de Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours de la dernière grossesse</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois enquêtées</p>	<p>66,2</p> <p>[62,2 – 70,2]</p>	<p>63,8</p> <p>[60,7 – 66,9]</p>	<p>64,7</p> <p>[62,3 – 67,1]</p>

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
18	Taux d'incidence du paludisme clinique chez les enfants de moins de 5 ans vus en consultation externe dans les FS enquêtées en 2008 (en ‰)	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme (diagnostic clinique) des enfants de moins de 5 ans vus en consultation externe dans les FS enquêtées en 2008</p> <p>Dénominateur : Total des enfants de moins de 5ans de la zone de couverture des FS enquêtées</p>	<p>90</p> <p>[89,9 – 90,1]</p>	<p>340</p> <p>[337 – 343]</p>	<p>130</p> <p>[129 – 131]</p>
19	Taux d'incidence du paludisme clinique chez la population couverte par les FS enquêtées en 2008 (en ‰)	<p>Numérateur : Nombre total de cas de paludisme cliniques vus en consultation externe dans les FS enquêtées en 2008</p> <p>Dénominateur : Total des populations de la zone de couverture des FS enquêtées</p>	<p>40</p> <p>[39,9 – 40,1]</p>	<p>90</p> <p>[89,9 – 90,1]</p>	<p>50</p> <p>[49,9 – 50,1]</p>
20	Taux d'incidence hospitalière du paludisme clinique chez les enfants de moins de 5 ans en 2008 (en ‰)	<p>Numérateur : Nombre total des enfants de moins de 5ans hospitalisés en 2008 pour paludisme clinique au niveau des hôpitaux enquêtés</p> <p>Dénominateur : Total des enfants de moins de 5ans de la zone de couverture des FS enquêtées</p>	<p>10</p> <p>[9,9 – 10,1]</p>	-	<p>10</p> <p>[9,9 – 10,1]</p>
21	Taux d'incidence hospitalière du paludisme confirmé en 2008 chez les enfants de moins de 5 ans (en ‰)	<p>Numérateur: Nombre de nouveaux cas de paludisme (diagnostic confirmé) des enfants de moins de 5 ans admis et hospitalisé dans les FS en 2008</p> <p>Dénominateur : Total des enfants de moins de 5ans de la zone de couverture des FS enquêtées</p>	<p>20,0</p> <p>[19,9 – 20,1]</p>	-	<p>10,0</p> <p>[9,9 – 10,1]</p>

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
22	Taux de létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en 2008 (en %)	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans décédés de paludisme (clinique et confirmé) en 2008</p> <p>Dénominateur : Nombre Total d'enfants âgés de moins de 5 ans, hospitalisés pour paludisme (clinique et confirmé) en 2008</p>	<p>7,0</p> <p>[6,9 – 7,1]</p>	-	<p>7,0</p> <p>[6,9 – 7,1]</p>
23	Pourcentage des patients avec <u>paludisme grave</u> admis dans une formation sanitaire ayant reçu un traitement correct	<p>Numérateur: Nombre de cas étudiés de paludisme grave admis dans une FS, ayant reçu un traitement correct</p> <p>Dénominateur : Nombre des cas étudiés de paludisme grave admis dans une FS</p>	<p>85,0</p> <p>[82,6 – 87,4]</p>	<p>100,0</p> <p>-</p>	<p>87,0</p> <p>[84,8 – 89,2]</p>
24	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans atteints de <u>paludisme simple</u> qui ont été correctement pris en charge dans les FS	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans observés avec paludisme simple correctement pris en charge dans les FS</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans observés avec paludisme simple dans les FS</p>	<p>90,6</p> <p>[87,7 – 93,5]</p>	<p>91,1</p> <p>[88,2 – 94,0]</p>	<p>90,8</p> <p>[88,7 – 92,9]</p>
25	Pourcentage des patients de 5 ans et plus avec fièvre ayant été <u>dépistés</u> pour paludisme (avec microscopie ou un TDR)	<p>Numérateur: Nombre de patients de 5 ans et plus avec fièvre ayant été dépistés pour paludisme (avec microscopie ou un TDR)</p> <p>Dénominateur : Nombre total de patients 5 ans et plus reçus pour paludisme</p>	<p>50,0</p> <p>[49,7 – 50,3]</p>	<p>59,0</p> <p>[58,6 – 59,4]</p>	<p>52,0</p> <p>[51,8 – 52,2]</p>

N°	Indicateurs	Mode de calcul	Niveau/valeur de l'indicateur		
			Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
26	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête, une rupture totale de stocks des médicaments antipaludiques recommandés au plan national.	<p>Numérateur: Nombre de FS n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête une rupture totale de stocks de l'un des antipaludiques recommandés au plan national.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de FS enquêtées</p>	<p>72,6</p> <p>[61,5 – 83,7]</p>	<p>63,3</p> <p>[52,7 – 73,9]</p>	<p>67,4</p> <p>[59,7 – 75,1]</p>

Tableau : Pourcentage (%) de ménages enquêtés ayant été informés sur la tenue de la campagne de distribution selon la source d'information

Sources	%
Gongonneur, crieur public	38,1
ASC	32,2
Radio	32,0
Amis/parents	29,3
Personnel de santé	28,7
Croix Rouge	14,2
Télévision	8,7
Religieux	5,0

BIBLIOGRAPHIE

Anipah, K., Mboup, G., Ouro-Gnao, A., Boukpepsi, B., Messan, A., et Salami-Odjo, R. (1999) - Enquête Démographique et de Santé au Togo ; 1998. Calverton, Maryland USA : Direction de la Statistique et Macro International Inc.287p.

Audibert M., de Roodenbeke E., Pavy-Letourmy A., Mathonnat J. (2004) - *Utilisation des services de santé en Afrique: L'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ?* Clermont Ferrand, CERDI, 22 p.

Banque Mondiale (2006) – *Priorités en matière de santé*, Publication de la Banque Mondiale, Washington, 223 p.

Brunet-Jailly (ed.), (1999) - Santé en capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales Ouest-Africaines, Abidjan, CEDA, 384 p.

DGSCN (2007) - Enquête sur les indicateurs de Base du Bien-Etre (QUIBB). Rapport préliminaire ; Lomé ; 102 p.

Lassonde L. (1996) – *Les défis de la démographie. Quelle qualité de vie pour le XXI^e siècle*, Paris, Editions La Découverte, 225 p.

Ministère de la Santé (2008a) - Campagne nationale intégrée de supplémentation en Vitamine A, de déparasitage à l'albendazole et de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux enfants de 0- 5 ans au Togo. Rapport technique. Lomé ; Décembre 2008 ; 25 p.

Ministère de la Santé (2008b) - Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme 2006-2010. Rapport d'étude. Lomé ; Novembre 2008 ; 52 p.

Ministère de la Santé Publique du Togo (2002) - Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)/ Période 2002-2007.

Paret H. (1984) - *Planification de la santé en Afrique*, Editions L'Harmattan, Paris, 198 p.

UNICEF (2007) - Suivi de la situation des enfants et des femmes : Résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Togo ; 2006 ; Rapport final. 171p + annexes.

Union Africaine (2007)- Campagne d'élimination du paludisme en Afrique ; le combat contre le paludisme : de la lutte à l'éradication d'ici 2010. 3^{ème} session de la conférence des ministres de la santé. Avril 2007, Johannesburg, Afrique du Sud, 13 p.

URD (2004) – Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo, Rapport d'études, Fascicule 2 ; URD, Lomé 120 p.

ANNEXES

❖ Les tableaux et graphiques complémentaires

Tableau A-III.1: Répartition des personnes des ménages ayant dormi sous MII selon le milieu de résidence et la région

Caractéristiques		Nombre total de personnes du ménage ayant dormi sous MII		Nombre de personnes	
		Effectif	%	Effectif	%
Milieu	Urbain	2782	26,9	7194	31,6
	Rural	7549	73,1	15589	68,4
Région	Lomé	1428	13,8	4004	17,6
	Maritime	1287	12,5	3966	17,4
	Plateaux	1505	14,6	4128	18,1
	Centrale	1596	15,4	3164	13,9
	Kara	2115	20,5	4125	18,1
	Savanes	2400	23,2	3396	14,9
Total		10331	100	22783	100

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Tableau A-III.2 : Pourcentage des femmes enceintes/accouchées ayant pris la SP durant leur grossesse selon la source

Sources des SP	Effectif	Pourcentage
Visite prénatale	1445	98,2
Autre visite dans une FS	25	1,7
Autre source	2	0,1
Total	1472	100,0

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Tableau A-III.3 : Répartition des pharmacies selon l'existence d'un outil de gestion

Existence d'un outil de gestion	%	Effectif
Oui	95	134
Non	5	7
Total	141	100

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Tableau A-III.4: Répartition des pharmacies selon l'existence d'une liste standard de médicaments essentiels y compris les antipaludiques

Existence d'une liste standard de médicaments essentiels y compris les antipaludiques	%	Effectif
Existe	84,4	119
N'existe pas	15,6	22
Total	100	141

Source: Evaluation_PNLP/Togo-URD, 2009

Tableau A-III.5 : Proportion des Ménages ayant un enfant de moins de 5 ans lors de la campagne et qui ont reçu ou non au moins une MII selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Ménages ayant un enfant de moins de 5 ans lors de la campagne et qui ont reçu ou non au moins une MII				Total	
	Oui		Non		Effectif	%
	%	Effectif	%	Effectif		
Urbain	89,1	667	10,9	82	749	100,0
Rural	93,3	1409	6,7	101	1510	100,0
Total	91,9	2076	8,1	183	2259	100,0

Source: Evaluation_PNL/P/Togo-URD, 2009

Tableau A-III.6: Répartition des ménages ayant au moins une MII selon le nombre de MII

Nombre de MII	Ménages (%)	Effectif
1	43	1214
2	31	876
3	14	397
4 et plus	12	338
Total	100	2825

Source: Evaluation_PNL/P/Togo-URD, 2009

Tableau A-III.7 : USP visitées et nombre d'ASC sélectionnés.

Régions	Nb total ASC	Nom des USP	Nb ASC enquêtés
Maritime	1747	Abobo	6
		Adidogomé	50
		Alokoègbé	17
		Avévé	7
		Kpomé Akad.	10
		Légbassito.	29
		Lébé	13
Plateaux	2669	Foukotè	7
		Gadjagan	15
		Game	17
		Tutu	3
		Tshadomé	5
		Patatoukou	7
		Glékopé	10
		Kponou	13
		Glitto	26
		Akparé	27
		Apéyéomé	51
Centrale	1130	Pagala Gare	17
		Kadambara	19
		Kaboli	21
		Mélaboua	8
		Tchifama	12
Kara	1137	Atchangbadé	24
		Binaparba	7
		Bitchabé	11
		Houdé	6
		Natchitikpi	7
		Yadè-Bohou	24
		Yaka	17
Savanes	859	Papri	27
		Dapaong	39
		Pana	6
		Kountoiré	8
Total	7542		566