

Sommaire

<i>Titres des présentations</i>	<i>ii-xi</i>
<i>Programme</i>	<i>xii-xxii</i>
<i>Communications orales</i>	<i>1-88</i>
* <i>Session 1 : Déterminants de l'accès aux soins de qualité (1)</i>	<i>2</i>
* <i>Session 2 : Table ronde sur l'exemption et la suppression du paiement direct µen Afrique de l'Ouest</i>	<i>6</i>
* <i>Session 3 : Ethique, équité, accès aux soins de qualité</i>	<i>8</i>
* <i>Session 4 : Sécurité, gestion du risque et accès aux soins de qualités</i>	<i>12</i>
* <i>Session 5 : Economie et accès aux soins de qualité</i>	<i>17</i>
* <i>Session 6 : Déterminants de l'accès aux soins de qualité (2)</i>	<i>21</i>
* <i>Session 7 : Processus d'amélioration de la qualité des soins</i>	<i>25</i>
* <i>Session 8 : Management de la qualité</i>	<i>29</i>
* <i>Session 9 : identification des meilleures stratégies de prise en charge</i>	<i>34</i>
* <i>Session 10 : Laboratoire et accès aux soins de qualité</i>	<i>37</i>
* <i>Session 11 : amélioration de la qualité des soins</i>	<i>41</i>
* <i>Session 12 : Équité d'accès et immunisation (Haddad, S.)</i>	<i>44</i>
* <i>Session 13 : management de la qualité (2)</i>	<i>45</i>
* <i>Session 14 : Performance des mutuelles de santé</i>	<i>49</i>
* <i>Session 15 : Communications libres</i>	<i>52</i>
<i>Posters</i>	<i>57</i>
* <i>Jour 1 : P1-P19</i>	<i>58</i>
*	
* <i>Jour 2 : P20-P38</i>	<i>70</i>
*	
* <i>Jour 3 : P39-P54</i>	<i>81</i>

TITRES

Salle 1

- J1** [R1] La mise en place d'un processus communautaire de sélection des indigents dans le district de Ouargaye (Burkina Faso)
- [R2] Résultats préliminaires de l'analyse du processus communautaire de sélection des indigents dans le district de Ouargaye,
- [R3] Les critères de sélection des indigents dans trois hôpitaux de Côte d'Ivoire (titre provisoire),
- [R4] L'impact positif de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans la lutte contre le paludisme au Mali. Expérience de Médecins Sans Frontières dans le cercle de Kangaba.
- [R5] Processus et effets de la suppression du paiement dans deux districts du Niger
- [C01] Problématique de la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant à Bobo-Dioulasso.
- [C02] L'amélioration du dépistage des cas tuberculose : expérience de l'approche décentralisée dans le district sanitaire de Orodara, Burkina Faso
- [C03] Stratégie de redynamisation du système de référence dans la région sanitaire de Dosso au Niger
- [C04] La mortalité dans le service de médecine interne de l'hôpital Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
- [C05] Les échecs au traitement antirétroviral chez l'enfant infecté par le VIH-1 à Bobo-Dioulasso : essai ANRS 12103
- [C06] Mobilité du personnel dans le district sanitaire de Sebba : Impact sur la qualité des soins

Salle 2

- [C015] Gestion des déchets biomédicaux
- [C016] La stratégie OPM appliquée dans les districts sanitaires de la région de Dosso au Niger
- [C017] Amélioration de la qualité relationnelle entre prestataires et usagers dans l'accès aux soins de santé
- [C018] Amélioration de l'accès au sang de qualité pour la transfusion sanguine: expérience du district sanitaire d'Orodara au Burkina Faso
- [C019] (F)Gérer une patiente atteinte du sida, soupçonnée de tuberculose : réflexion autour d'un cas dans le District sanitaire de Boussé au Burkina Faso
- [C020] (F) Référents culturels et compromis de la modernité dans la prise en charge de la tuberculose : les tradithérapeutes comme acteurs du système de santé au Burkina Faso
- [C028] Déterminants des accouchements à domicile à Ouargaye et à Diapaga, Burkina Faso
- [C029] Acceptabilité et adhésion des mères à la prise en charge communautaire du paludisme des enfants avec une CTA au Burkina Faso
- [C030] Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'épilepsie des agents de santé des districts 15 et 22 de Bobo-Dioulasso. Ouagadougou, Burkina Faso
- [C031] Les facteurs limitant l'adhésion des conjoints dans un programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH dans la ville de Bobo-Dioulasso
- [C020] (F) Référents culturels et compromis de la modernité dans la prise en charge de la tuberculose : les tradithérapeutes comme acteurs du système de santé au Burkina Faso

Salle 1

[C07] (F) Agressions sexuelles féminines : à propos de la 14 cas enregistrés au CHUSS de Bobo-Dioulasso

[C08] La prise en charge des malades démunis par le fonds social du CHR de Dosso au Niger

[C09] La politique de gratuité des soins mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso au Niger

[C010] Etude de la contribution de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) à l'amélioration des couvertures vaccinales du PEV de routine de mars à août 2006 chez les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes : Cas du district sanitaire de Pô

[C011] Quelle stratégie de réduction du stigma ressenti chez les patients tuberculeux en traitement? Une expérience dans 3 districts sanitaires du plateau central.

[C012] Approche socio anthropologique de la Tuberculose à Mopti (Mali) : situation de la tuberculose, recours thérapeutiques et acteurs de la lutte anti-tuberculose

[C013] (F) Perception d'un essai clinique microbicide avant et après son arrêt prématuré

[C014] (F) Habilitation sociale des Travailleuses du Sexe dans le contexte de la Prévention des IST/VIH/SIDA

[C021] Evaluation de la mise en œuvre de la subvention des accouchements et des SONU du 1er octobre 2006 au 31 décembre 2007 du district sanitaire de Pô.

[C022] Evaluation de la mise en œuvre du système de partage des coûts au district sanitaire de Pô

Salle 2

[C028] Déterminants des accouchements à domicile à Ouargaye et à Diapaga, Burkina Faso

[C029] Acceptabilité et adhésion des mères à la prise en charge communautaire du paludisme des enfants avec une CTA au Burkina Faso

[C030] Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'épilepsie des agents de santé des districts 15 et 22 de Bobo-Dioulasso. Ouagadougou, Burkina Faso

[C031] Les facteurs limitant l'adhésion des conjoints dans un programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH dans la ville de Bobo-Dioulasso

[C032] Etude des facteurs d'acceptation des médicaments essentiels génériques par la population de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso, 2005.

[C033] Etude de la contribution des campagnes de rattrapage à l'augmentation des couvertures vaccinales du PEV de routine dans le district sanitaire de Pô de 2004 à 2005

[C034] (F) Facteurs limitant l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes VIH+ incluses dans la cohorte du projet *Kesho Bora* à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) :

Salle 1

[C023] Mise en œuvre de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au centre hospitalier Souro Sanou de Bobo : fonctionnement et difficultés, 1^{ere} année : du 1^{er} décembre 2006 au 1^{er} décembre 2007

[C024] Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux autour de l'accouchement : apport de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) plus les accouchements au niveau du district sanitaire de Orodara, Burkina Faso

[C025] Le recouvrement des coûts dans les établissements publics hospitaliers du mali: l'exemple du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE de Bamako

[C026] Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso

[C027] Microfinance et insertion socioéconomique des personnes vivant avec le VIH/Sida

Salle 2

Salle 1

J2 [C035] L'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux publics du Burkina Faso : « Une démarche participative de définition des normes en soins infirmiers »

[C036] La démarche qualité, un processus permanent et rentable pour l'amélioration des services et des soins aux niveaux des structures de santé

[C037] Promotion de la prescription des médicaments essentiels génériques par les professionnels de la santé : Cas de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso, 2007

[C038] Problématique des prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte dans les formations sanitaires de la Commune Urbaine de Ouagadougou

[C039] L'évaluation de l'estime de soi des prestataires de soins : une expérience dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso.

[C040] Processus de prise de décision pour la recherche de soins qualifiés pendant la grossesse ou l'accouchement dans deux districts ruraux du Burkina Faso :

[C041] (F) Accès et qualité de la transfusion sanguine chez les femmes avec une anémie sévère dans un hôpital universitaire et un hôpital de district au Burkina Faso

[C042] (F) Analyse de la qualité de la prise en charge des complications maternelles au début de la mise en place de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso

[C050] Choix alimentaire et morbidité-mortalité des enfants nés de mères infectées par le VIH1 au cours des six premiers mois de vie à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

[C051] Etude de la prévalence de l'infection par *Schistosoma mansoni* et efficacité du traitement par Praziquantel dans la Vallée du Kou (Burkina Faso).

[C052] Impact positif d'une double supplémentation en vitamine A et en Zinc sur la morbidité due au *Plasmodium Falciparum* chez des enfants d'âge scolaire de l'ouest du Burkina

Salle 2

[C043] Développement et implantation d'un outil pour le recensement des naissances et des populations cibles.

[C044] L'évaluation de la disponibilité et la dispensation des fonctions des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et complets (SOUC) dans le district sanitaire d'Orodara

[C045] Accessibilité des soins, attentes des usagers et qualité des soins : analyse qualitative dans le cadre de l'évaluation de la mise en place de la subvention nationale des accouchements et des SONU

[C046] Evaluation de la qualité de la prise en charge des envenimements par morsure de serpent dans la région du sud-ouest.

[C047] Prise en charge de la douleur post opératoire dans les services du CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso : état des lieux

[C048] (F) Tuberculose ganglio-cutanée : 3 cas au CHU Sanou Souro (CHUSS) de Bobo-Dioulasso sur 2 ans.

[C049] (F) La cryptococcose cutanée : un cas au CHUSS

[C088] Projet de Téléradiologie au Burkina Faso

[C056] Antimicrobial resistance of microorganisms isolated from urinary tracts infections at Saint Camille medical Centre in Ouagadougou

[C057] Etude *in vitro* et analyse moléculaire de la résistance de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques dans la ville de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

[C058] Evolution de l'amyplasémie, de l'azotémie, de la créatinémie et des paramètres anthropométriques chez des personnes adultes VIH séropositives au Centre Médical Saint Camille (CMSC) de

Salle 1

Faso : essai randomisé en double aveugle

[C053] Trithérapie antirétrovirale par DDI+3TC+EFV en prise unique chez l'enfant infecté par le VIH-1 au Burkina Faso : essai ANRS 12103

[C054] Faisabilité et efficacité d'un traitement antirétroviral chez des femmes à haut risque et difficiles à atteindre, en Afrique de l'Ouest

[C055] Amélioration de l'accès des femmes au programme de réduction de la transmission mère enfant du VIH au Burkina: l'expérience du projet Kesho Bora dans la ville de Bobo-Dioulasso

[C062] La réduction de la mortalité maternelle et périnatale est possible au Burkina Faso : Cas de l'hôpital régional de Koudougou

[C063] Aspects épidémiologiques, bactériologiques des méningites bactériennes aiguës à Ouagadougou au cours de l'année 2006

[C064] L'amélioration de la prise en charge des urgences obstétrico-chirurgicales par des médecins généralistes formés en chirurgie de district dans la région sanitaire de Dosso au Niger.

[C065] La césarienne de qualité : Expérience du district sanitaire du secteur 30 Ouagadougou, Burkina Faso

[C066] Impact comparatif de l'efficacité de trois schémas de prévention du paludisme pendant la grossesse au Burkina Faso.

[C067] Amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) dans les districts sanitaires de Bousse et de Zorgho, Région du Plateau Central

[C068] Proportion des cas de fièvres attribuable au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans 2 CSPPS du district sanitaire de Saponé (Burkina Faso)

Salle 2

Ouagadougou (Burkina Faso).

[C059] Prise en charge diagnostique des infections à virus influenza A humain et aviaire pendant l'épizootie de grippe aviaire de 2006 au Burkina Faso

[C060] Recherche des causes des gastro-entérites infantiles au Centre Médical saint Camille de Ouagadougou au Burkina Faso

[C061] (F) Les Plaquettes sanguines: Bon indicateur de l'évolution du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en zone à transmission stable au Burkina Faso

[R6] Une démarche participative pour améliorer les niveaux d'immunisation et réduire les iniquités de couverture vaccinale dans la région de Mopti, Mali

[R7] Déterminants de la réticence des parents à la vaccination en milieu urbain au Bénin

[R8] Les inégalités de couverture vaccinale entre districts au Burkina Faso : une étude de cas multiple.

[R9] La validité des taux administratifs de couverture vaccinale dans les districts du Burkina Faso

[R10] Développement et implantation d'un outil pour le recensement des naissances et des populations cibles.

[R11] L'impact des mutuelles de santé à Papané (Bénin)

[R12] Les alternatives pour éviter la déperdition des membres dans les mutuelles communautaires et professionnelles au premier franc au Sénégal

Salle 1

J3 [C069] Étude des facteurs intrinsèques explicatifs de la faible réduction de la létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés au CMA de Diébougou. (Burkina Faso)

[C070] Décentralisation du traitement antirétroviral au Burkina Faso, perceptions des principaux acteurs et bénéficiaires au Centre Hospitalier Régional de Banfora.

[C071] Communication pour le changement de comportement et utilisation accrue des services de maternité de qualité.

[C072] Influence de la présence d'un accompagnateur sur le vécu de l'accouchement

[C073] Evaluation de la satisfaction des utilisateurs des CSPS et des CMA de la région sanitaire du plateau central

[C074] (F) Dépistage du VIH en milieu prostitutionnel au Burkina Faso : le concept « no test, no sex » des femmes libres de la ville de Ouagadougou.

[C075] (F) L'utilisation du conte dans la lutte contre le VIH : l'expérience de sida Ka Taa

[C076] (F) Appropriation de la prévention du VIH/SIDA au Burkina Faso par le monde communautaire : exemple du sous programme conseil dépistage VIH du Pamac

[C077] Les méningites à pneumocoques de l'enfant à Bobo-Dioulasso.

[C078] Problématique de la collaboration entre les tradipraticiens de santé et les agents de santé en vue de la mise en place d'un système d'orientation recours de patients : Cas du district sanitaire de Diébougou.

[C079] Les tumeurs bénignes et les kystes des mâchoires à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

[C080] Apport du Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire de lutte contre le VIH SIDA au Burkina : Evolution et profil des bénéficiaires de 2004 à 2007.

Salle 2

[R13] Les conventions entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins sont-elles une solution pour agir sur la qualité des soins ? un panorama de 14 pays africains

[R14] Potentiel et limites de la contribution des mutuelles de santé à la lutte contre la pauvreté

[R15] Impact d'une subvention à l'adhésion à l'assurance maladie à base communautaire (AMBC) pour les ménages les plus pauvres identifiés par le community wealth ranking : le cas du district sanitaire de Nouna au Burkina Faso

Salle 1

[C081] Caractéristiques socio-spatiales du choléra en 2005 à Ouagadougou : cas des secteurs 23 et 24

[C082] Les décortications pulmonaire au CHU YO

[C083] Accompagnement psychosocial des patients tuberculeux. Une expérience dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso.

[C084] (F) Alignement stratégique du système d'information sanitaire de l'OOAS :
« Problématique et approches de solutions »

[C085] Paludisme sévère Diversité et masse allotypique du Merozoite Surface Protein- 1 de *Plasmodium falciparum* en milieu hospitalier de Bamako

[C086] Accouchement par voie basse et utérus cicatriciel dans le département de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la Reproduction (DGOMER) du CHUSS de Bobo-Dioulasso : **une** étude rétrospective à propos de 252 cas du 1^{er} août 2005 au 1^{er} août 2006.

[C087] Les hommes et le VIH : une analyse sociologique de la réticence des hommes burkinabè face au dépistage volontaire du VIH

Salle 2

Posters

- J1** [P1] Facteurs de faible recours des patients porteurs d'IST au CDV dans le district sanitaire de Ségénéga
- [P2] Les Histoires de vie et le monitoring communautaire comme méthode de dialogue communautaire et de renforcement du savoir local autour des facteurs évitables de la mortalité maternelle en milieu rural au Burkina Faso.
- [P3] Facteurs influençant la qualité du lavage chirurgical des mains au bloc opératoire du service de gynécologie et d'obstétrique du CHUYO de Ouagadougou
- [P4] Hernies ombilicales étranglées chez l'enfant au Burkina Faso : à propos de 30 cas
- [P5] La contusions abdominales aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Charles de Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso) : à propos de 61 cas
- [P6] L'Allaitement Maternel Exclusif (AME) au Burkina Faso : pratiques, difficultés et vécu.
- [P6] Suivi informatisé des indicateurs de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale dans l'espace CEDEAO
- [P7] Suivi informatisé des indicateurs de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale dans l'espace CEDEAO
- [P8] Profils épidémiologique, clinique et évolutif du paludisme grave en relation avec l'utilisation ou non des matériaux traités aux insecticides, dans les provinces de l'Oubritenga et du Boulgou –
- [P9] Phase initiale de mise en place de la subvention nationale des accouchements et des SONU : analyse qualitative des perceptions des acteurs sur le déroulement des activités dans les formations sanitaires
- [P19] Barrières à l'utilisation de soins qualifiés dans deux districts ruraux du Burkina Faso: Ouargaye et Diapaga
- [P10] Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) chez les sujets hypertendus ou diabétiques : aspects échographiques doppler au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (BURKINA FASO).
- [P11] La pertinence des visites à domicile dans le soutien aux PVVIH : cas des associations soutenues par le PAMAC (Burkina Faso).
- [P12] Structures relais et réseaux nationaux d'associations de lutte contre le VIH/SIDA du Burkina Faso : quelle complémentarité pour une efficacité d'actions ?
- [P13] Implication de structures relais ou pôles régionaux de compétences communautaires pour le renforcement des capacités des organisations à base communautaire (OBC) : L'expérience du PAMAC au Burkina Faso
- [P14] Contribution du mouvement associatif dans la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso, expérience dans la région du Nord avec l'Association Solidarité et Entraide Mutuelle au Sahel (SEMUS)
- [P15] Distribution de la fréquence des mutations *ace-1* et *kdr*, principaux gènes de résistance aux insecticides dans le complexe *Anopheles gambiae* dans l'Ouest du Burkina Faso.
- [P16] Efficacité et pharmacocinétique de la Dihydroartémisinine-piperaquine dans le traitement du paludisme simple au Burkina Faso
- [P17] PTME au district sanitaire de Pô
- [P18] Ecologie larvaire des deux formes chromosomiques d'*Anopheles funestus* à l'Ouest du Burkina Faso : expérience de la transplantation larvaire
- [P20] Barrières à l'utilisation de soins qualifiés dans deux districts ruraux du Burkina Faso: Ouargaye et Diapaga

- J2** [P21] Facteurs influençant la motivation du personnel de santé dans deux districts sanitaires du Burkina Faso: Ouargaye et Diapaga.
- [P22] Perception du VIH et stratégies de coping
- [P23] Les pertes de substances interruptrices de la mandibule : analyse de 83 cas a bobo dioulasso R. Beogo, D. Ouédraogo, H.M Kohoun, Y.Guigma, K. Ouoba
- [P24] Impact de la prise quotidienne de la spiruline sur le statut clinique et biologique des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso
- [P25] Les ruptures utérines au CHUSS de 2000 a 2004 : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques
- [P26] Méningites bactériennes aiguës au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou : aspects bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs de 154 cas à RAS positives . Thèse de médecine UFR/SDS, Ouagadougou, Burkina Faso Fev.2008, 78p
- [P27] Le rapport de la communauté de Bobo-Dioulasso aux gels lubrifiants et autres produits sexuels malgré le VIH/SIDA
- [P28] Dispensation des antirétroviraux dans le service de la pharmacie du CHUSS.
- [P29] Accompagnement psychosocial de l'enfant infecté par le VIH à Bobo-Dioulasso : a propos d'un cas dans l'essai Burkiname, ANRS 12103.
- [P30] Les effets de l'arrêt d'un essai microbicide au Burkina Faso
- [P31] HTA et grossesse: Aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques à la SMI Saint Camille de Ouagadougou à propos de 100 cas.
- [P32] HTA et grossesse: Aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques à la SMI Saint Camille de Ouagadougou à propos de 100 cas.
- [P33] Communications en santé pour le changement positif de comportement : une analyse sémio pragmatique des outils de sensibilisation développés par le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) au Burkina Faso
- [P34] Amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle au Burkina Faso. Quelles stratégies adopter ?
- [P35] Le devenir des cas de méningites purulentes notifiées dans le cadre de la surveillance épidémiologique : à propos de 131 cas notifiés et suivis sur un mois dans le district sanitaire de Orodara, Burkina Faso.
- [P36] Le paludisme chez la femme en accouchement dans le district sanitaire de Orodara, Burkina Faso : importance, facteurs associés et issue de l'accouchement
- [P37] Does community involvement into the case management systems lead to meet the expectations of tuberculosis patients? Let us review the literature.
- [P38] Quelle stratégie de réduction du stigma ressenti chez les patients tuberculeux en traitement? Une expérience dans 3 districts sanitaires du plateau central.

- J3 [P39] Organiser l'implication communautaire dans la prise en charge des patients tuberculeux? Une expérience dans 3 districts sanitaires ruraux du Burkina Faso.
- [P40] Evaluation du système de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV dans le district sanitaire de Kaya en 2005
- [P41] La pellagre au cours du traitement antituberculeux : A propos de trois cas.
- [P42] Etude de l'implantation des dépôts de vente des médicaments essentiels génériques sur l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux patients de la ville de Ouagadougou
- [P43] Séroprévalence comparée de l'infection par le virus de la rubéole chez les femmes enceintes en zone urbaine, et rurale du Burkina Faso
- [P44] Référence contre référence dans le district
- [P45] Evolution des connaissances et des comportements en matière de VIH/SIDA chez les élèves des établissements secondaires de la province de la Comoé (Burkina Faso)
- [P46] Etudes pharmacologiques in vitro des substances naturelles extraites des plantes médicinales dans le cadre de la recherche et du développement des médicaments antipaludiques.
- [P47] Phytothérapie de la fièvre/paludisme par les tradipraticiens de santé de la Comoé au Burkina Faso : pistes pour une recherche scientifique de nouvelles substances antipaludiques
- [P48] Profils épidémiologique, clinique et évolutif du paludisme grave en relation avec l'utilisation ou non des matériaux traités aux insecticides, dans les provinces de l'Oubritenga et du Boulgou – Burkina Faso.
- [P49] etude comparative des meningites a meningocoques a et w135 de l'enfant a bobo-dioulasso burkina faso
- [P50] Etude évaluative de la prévention de la transmission mère enfant du VIH des conjoints des femmes en âge de procréer dans la ville de Bobo-Dioulasso.
- [P51] Jumelles conjointes thoraco-omphalopages : A propos d'un cas observé au CMA de Pô
- [P52] Prévalence et diversité génomique des rotavirus en milieu pédiatrique a Ouagadougou
- [P53] Le Paludisme chez les femmes enceintes du district rural de Boromo, Burkina Faso
- [P54] Etude comparative du polymorphisme génétique de Plasmodium falciparum infestant des femmes enceintes sous prévention antipaludique à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine
- [P55] La résistance aux ACT : l'outil moléculaire peut il être un moyen de prédiction ?

**Programme des 14^{èmes} journées de sciences de santé
de Bobo-Dioulasso du 06 au 9 mai 2008,
Chambre de Commerce de Bobo-Dioulasso**

Journée du mardi 6 mai 2008

10h-12h : Inscriptions, Badge, documents

Lieu : Secrétariat, Salle de conférence, Chambre de Commerce

15h-16h : Inscriptions, Badge, documents

Lieu : Secrétariat, Salle de conférence, Chambre de Commerce

16h-17h : Cérémonie d'ouverture

Lieu : Salle de conférence

Discours de Monsieur le Maire de la Commune de Bobo-Dioulasso

**Discours du Président de l'Association pour les Sciences de la Santé du Burkina,
Président du comité d'organisation des Journées des Sciences de la Santé de Bobo-
Dioulasso**

**Discours de Monsieur le Gouverneur de la Région des Hauts Bassins, Président des
Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso**

17h-18h : Pot de bienvenue

Lieu : Jardin, Chambre de Commerce

Journée du mercredi 7 mai 2008

8h-9h : Conférence inaugurale sur l'exemption et la suppression du paiement direct en Afrique de l'Ouest (Ridde Valery, Bicaba Abel et Haddad Slim)

Lieu : Salle de conférence

La mise en place d'un processus communautaire de sélection des indigents dans le district de Ouargaye (Burkina Faso)

Kafando Y., Sanfo M., Coulibaly N., Bicaba A., Ridde V.

Résultats préliminaires de l'analyse du processus communautaire de sélection des indigents dans le district de Ouargaye,

Yaogo, M., Ridde V.

Les critères de sélection des indigents dans trois hôpitaux de Côte d'Ivoire (titre provisoire),

Didier Blibolo et al.

L'impact positif de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans la lutte contre le paludisme au Mali. Expérience de Médecins Sans Frontières dans le cercle de Kangaba.

L. Kakudji, F. Medina, S. Gerard, G. Jouquet, F. Ponsar

Processus et effets de la suppression du paiement dans deux districts du Niger

Rauland K., Amadou M., Saley, M.

9h -10h30 : Session 1 : Déterminants de l'accès aux soins de qualité (1)

Lieu : salle de conférence

Présidents : Professeur GUIGUEMDE Robert, Docteur BONKOUNGOU Benjamin

[C01] Problématique de la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant à Bobo-Dioulasso.

DORO Harouna, NACRO Boubacar, CESSOUMA Raymond, DA Florentin

[C02] L'amélioration du dépistage des cas tuberculose : expérience de l'approche décentralisée dans le district sanitaire de Orodara, Burkina Faso

MEDA Z. Clément, Konaté Lassina, CISSE Assita, Djibougou Djakourga Arthur, SANOU Moussa, Condé Tiékoura

[C03] Stratégie de redynamisation du système de référence dans la région sanitaire de Dosso au Niger

Mr Oumarou Issoufou ; Dr Zeinabou Idder ; Dr SIDDO Moumouni Daouda,

[C04] La mortalité dans le service de médecine interne de l'hôpital Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Lengane D, Sawadogo A, Millogo A, Sombié I

[C05] Les échecs au traitement antirétroviral chez l'enfant infecté par le VIH-1 à Bobo-Dioulasso : essai ANRS 12103

Zoure E, Hien H, Msellati P, Tamboura H, Rouet F, Ouiminga A, Drabo A, Yaméogo S, Peyrière H, Mathieu O, Nicolas J, Van de Perre P, Nacro B, Diabougou S.

[C06] Mobilité du personnel dans le district sanitaire de Sebba : Impact sur la qualité des soins

Korgo Pascal

[C07] (F) Agressions sexuelles féminines : à propos de la 14 cas enregistrés au CHUSS de Bobo-Dioulasso

Some D et al

9h- 10h30 Session 2 : Table ronde sur l'exemption et la suppression du paiement direct en Afrique de l'Ouest

Lieu salle de réunion : bâtiment annexe au 1^{er} étage

Table ronde de 30 minutes suivies d'une période d'échanges avec la salle

10h30-11h : Pause café

Lieu : jardin

11h-12h30 Session 3: éthique, équité, accès aux soins de qualité

Lieu salle de conférence

Présidents : Docteur SANOU Zézouma, Docteur RIDDE Valéry

[C08] La prise en charge des malades démunis par le fonds social du CHR de Dosso au Niger

Hamet Mamadou Kaou, MD, Msc, GSS, Directeur C.H.R Dosso Niger

[C09] La politique de gratuité des soins mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso au Niger

Abdoulaye Zeïnabou MD MPH ; Moumouni Daouda SIDDO et Séverine De Sadeleer

[C010] Etude de la contribution de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) à l'amélioration des couvertures vaccinales du PEV de routine de mars à août 2006 chez les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes : Cas du district sanitaire de Pô

M. Konéni Augustin BOGNINI , Aloys ZONGO , M. Lassané ZEDA

[C011] Quelle stratégie de réduction du stigma ressenti chez les patients tuberculeux en traitement? Une expérience dans 3 districts sanitaires du plateau central.

K M DRABO, L. OUEDRAOGO, B. KAFANDO, H. KABORE, R. SAWADOGO, S. KONFE, B DUJARDIN, J. MACQ.

[C012] Approche socio anthropologique de la Tuberculose à Mopti (Mali) : situation de la tuberculose, recours thérapeutiques et acteurs de la lutte anti-tuberculose

Abdrmane BERTHE, Fodié MAGUIRAGA, Lala TRAORE, Alima NACRO, Mohamed BERTHE, Abdoul Karim KANOUTE, Etienne MUGISHO, Maxime DRABO, Abdel Kader TRAORE, Pierre HUYGENS

[C013] (F) Perception d'un essai clinique microbicide avant et après son arrêt prématuré

BERTHE Abdrmane, SANOU Zakaria Emmanuel, BAMBA Issiaka, OUEDRAOGO Abdoulaye, NAGOT Nicolas, MACK Natasha, JOHNSON Laura, TOLLEY Betsy

[C014] (F) Habilitation sociale des Travailleuses du Sexe dans le contexte de la Prévention des IST/VIH/SIDA

Mamadou Dao, Laetitia Crouzil, Odette Ky-Zerbo, Jean François Somé, Fodé Simaga

11h- 12h30 Session 4 : sécurité, gestion du risque et accès aux soins de qualité

Lieu salle de réunion : bâtiment annexe au 1^{er} étage

Présidents : Docteur DABIRE, Docteur DAHOUROU Honorine

[C015] Gestion des déchets biomédicaux

Brigitte CHARDON

[C016] La stratégie OPM appliquée dans les districts sanitaires de la région de Dosso au Niger

Maman Kiassa Adamou ingénieur biomédical ; DSrP Dosso

[C017] Amélioration de la qualité relationnelle entre prestataires et usagers dans l'accès aux soins de santé

*Compaoré P, ** Bationo, B, F*, Ouattara F, *** Kaboré A, **** Sanon T, ***** et al*

[C018] Amélioration de l'accès au sang de qualité pour la transfusion sanguine: expérience du district sanitaire d'Orodara au Burkina Faso

MEDA Z. Clément, Dahourou H, KIENOU K., Djibougou Djakourga, SANOU Moussa, SOMBIE Issiaka

[C019] (F)Gérer une patiente atteinte du sida, soupçonnée de tuberculose : réflexion autour d'un cas dans le District sanitaire de Boussé au Burkina Faso

Roger ZERBO

[C020] (F) Référents culturels et compromis de la modernité dans la prise en charge de la tuberculose : les tradithérapeutes comme acteurs du système de santé au Burkina Faso

Roger ZERBO

**12h30-15h : Pause repas
Libre**

15h-17h : Session 5 : économie et accès aux soins de qualité

Lieu : Salle de conférence

Présidents : Docteur KOUYATE Bocar, Docteur SAWADOGO Léon

[C021] Evaluation de la mise en œuvre de la subvention des accouchements et des SONU du 1er octobre 2006 au 31 décembre 2007 du district sanitaire de Pô.

Zongo et al

[C022] Evaluation de la mise en œuvre du système de partage des coûts au district sanitaire de Pô

Zongo et al

[C023] Mise en œuvre de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au centre hospitalier Souro Sanou de Bobo : fonctionnement et difficultés, 1ere année : du 1^{er} décembre 2006 au 1^{er} décembre 2007

Dr Dembélé Adama, Dr Bambara Moussa**, Pr Dao Blami****

[C024] Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux autour de l'accouchement : apport de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) plus les accouchements au niveau du district sanitaire de Orodara, Burkina Faso

MEDA Z. Clément, CISSE Assita, SANOU Moussa, SANOU Kalifa, KOUANDA Issiaka, BAYALA Thomas, SOMBIE Issiaka

[C025] Le recouvrement des coûts dans les établissements publics hospitaliers du mali: l'exemple du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE de Bamako

NACOU LMA Adama, Dr. TCHERE Marie-Laure, SANOGO Guédiouma

[C026] Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso

Ouédraogo C, Richard F, Ouédraogo L., Compaoré J, Wissocq C, Pobel D, Ouattara F, Gruénais ME, De Brouwere V.

[C027] Microfinance et insertion socioéconomique des personnes vivant avec le VIH/Sida

Fatou Alpha Cissé, Fodé Simaga

15h-17h00 : Session 6: Déterminants de l'accès aux soins de qualité (2)

Lieu salle de réunion : bâtiment annexe au 1^{er} étage

Présidents : Docteur BATIONO Fernand, Docteur YAOGO Maurice

[C028] Déterminants des accouchements à domicile à Ouargaye et à Diapaga, Burkina Faso

Somé Donmozoun Télesphore, AudObEm, Centre MURAZ

[C029] Acceptabilité et adhésion des mères à la prise en charge communautaire du paludisme des enfants avec une CTA au Burkina Faso

SIRIMA S. Bienvenu, Abdoulaye TRAORE Youssouf KABORE, Amadou T. KONATE, Malik LANKOANDE, Alfred TIONO.

[C030] Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'épilepsie des agents de santé des districts 15 et 22 de Bobo-Dioulasso. Ouagadougou, Burkina Faso

Ouédraogo SM, Traoré B, Millogo A, Ouédraogo M, Tiéno H, Drabo J

[C031] Les facteurs limitant l'adhésion des conjoints dans un programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH dans la ville de Bobo-Dioulasso

Armande Kotoguétou SANOU

[C032] Etude des facteurs d'acceptation des médicaments essentiels génériques par la population de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso, 2005

Vokouma M. Nikèma J-B., Sondo B., Guissou I. P. Yerbanga M.

[C033] Etude de la contribution des campagnes de rattrapage à l'augmentation des couvertures vaccinales du PEV de routine dans le district sanitaire de Pô de 2004 à 2005

Zongo A et al

[C034] (F) Facteurs limitant l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes VIH+ incluses dans la cohorte du projet *Kesho Bora* à Bobo-Dioulasso(Burkina Faso) :

SANON M.J., GOUEM C, FAO P, OUEDRAOGO S., MEDA A., SOMDA G., BONCOUNGOU J.,TRAORE M., BARRY H.,SOME D.A, MEDA N.

18 h : table ronde sur le thème « les soins offerts dans les formations sanitaires sont- ils de qualité ? »

Lieu : espace Casimir Koné

Journée du jeudi 8 mai 2008

8h-9h : Conférence inaugurale

Lieu : Salle de conférence

Les politiques d'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux du Burkina
(Dr Arlette Sanou, Directrice Générale des Hôpitaux et du Sous secteur Privé, Ministère de la Santé)

9h -10h30 : Session 7: Processus d'amélioration de la qualité des soins

Lieu : salle de conférence

Présidents : Docteur Arlette SANOU, Docteur HADDAD Slim

[C035] L'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux publics du Burkina Faso : « Une démarche participative de définition des normes en soins infirmiers »

Abel BICABA, Elie TAMINY, Pissiyamba OUEDRAOGO, Robert OUEDRAOGO, Ouambi ZIDA, Arlette SANOU

[C036] La démarche qualité, un processus permanent et rentable pour l'amélioration des services et des soins aux niveaux des structures de sante

Abdoulaye FAYE, Papa NDIAYE, Anta TAL-DIA, Adama FAYE, Maty DIAGNE-CAMARA

[C037] Promotion de la prescription des médicaments essentiels génériques par les professionnels de la santé : Cas de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso, 2007

Gounabou L. M.A. Sondo B., Guissou I. P., Akotiong M., Yerbanga M.

[C038] Problématique des prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte dans les formations sanitaires de la Commune Urbaine de Ouagadougou

L. Kaboré, M.Ouédraogo, I.P.Guissou

[C039] L'évaluation de l'estime de soi des prestataires de soins : une expérience dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso.

K M DRABO, B. KAFANDO, H. KABORE, R. SAWADOGO, S. KONFE, B DUJARDIN, J. MACQ.

[C040] Processus de prise de décision pour la recherche de soins qualifiés pendant la grossesse ou l'accouchement dans deux districts ruraux du Burkina Faso : Ouargaye et Diapaga

Donmozoun Téléphore SOME, B. C MADI, I. SOMBIE, N. MEDA,

[C041] (F) Accès et qualité de la transfusion sanguine chez les femmes avec une anémie sévère dans un hôpital universitaire et un hôpital de district au Burkina Faso

Sombié Issiaka, Dubourg Dominique, Mamadou Barro, Kpoda Hervé, Dao Blami, Ronsmans Carine, Meda Nicolas

[C042] (F) Analyse de la qualité de la prise en charge des complications maternelles au début de la mise en place de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso

Sombié Issiaka, Zampaligré Fatimata, Ouédraogo W. Thomas, Sankara Salif, Yaogo Maurice, Ouédraogo Moctar, Belemsaga Danielle

9h- 10h30 Session 8 : Management de la qualité

Lieu salle de réunion : bâtiment annexe au 1^{er} étage

Présidents : Professeur NACRO Boubacar, Docteur DRABO Maxime

[C043] Morbidité palustre en relation avec le type d'hémoglobine en milieu rural (district sanitaire de Saponé du Burkina Faso.

Edith Christiane BOUGOUMA, Alphonse OUEDRAOGO, Issa NEBIE, Amidou DIARRA, Issiaka SOULAMA, Adama GANSANE, Alfred TIONO, Amadou T. KONATE, and Sodiomon B SIRIMA

[C044] L'évaluation de la disponibilité et la dispensation des fonctions des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et complets (SOUC) dans le district sanitaire d'Orodara

MEDA Z. Clément, Konaté Lassina, CISSE Assita, Kounda Issiaka, Barro Seydou, Dao Blami

[C045] Accessibilité des soins, attentes des usagers et qualité des soins : analyse qualitative dans le cadre de l'évaluation de la mise en place de la subvention nationale des accouchements et des SONU

Yaogo M , Konaté B, Sombié I

[C046] Evaluation de la qualité de la prise en charge des envenimations par morsure de serpent dans la région du sud-ouest.

KONFE S, SANON M, BADIEL R, DOFINI L.

[C047] Prise en charge de la douleur post opératoire dans les services du CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso : état des lieux

ROUAMBA A., KONATE H.

[C048] (F) Tuberculose ganglio-cutanée : 3 cas au CHU Sanou Souro (CHUSS) de Bobo-Dioulasso sur 2 ans.

ANDONABA J B , DIALLO B, TAPSOBA P , OUEDRAOGO M , SAWADOGO A , MILLOGO A

[C049] (F) La cryptococcose cutanée : un cas au CHUSS
ANDONABA JB , DIALLO B , OUEDRAOGO M , SAWADOGO A , MILLOGO A

[C088] Projet de Téléradiologie au Burkina Faso
Sanou S, Diallo O, Barro G S, Ouedraogo O, Cisse R.

10h30-11h : Pause café
Lieu : jardin

11h-12h30 : Session 9 : identification des meilleures stratégies de prise en charge
Lieu : Salle de conférence
Présidents : Docteur SIRIMA Sodiomon, Docteur ANDONABA Jean-Baptiste

[C050] Choix alimentaire et morbidité-mortalité des enfants nés de mères infectées par le VIH1 au cours des six premiers mois de vie à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)
NACRO Boubacar, BENA O Lazare, ZOURE Emmanuelle, MSELATTI Philippe, HIEN Hervé, MEDA Nicolas

[C051] Etude de la prévalence de l'infection par Schistosoma mansoni et efficacité du traitement par Praziquantel dans la Vallée du Kou (Burkina Faso).
Yanogo R.D.A., Da O., Sorgho H., Ouédraogo J.B.

[C052] Impact positif d'une double supplémentation en vitamine A et en Zinc sur la morbidité due au Plasmodium Falciparum chez des enfants d'âge scolaire de l'ouest du Burkina Faso : essai randomisé en double aveugle
Augustin N Zeba, Hermann Sorgho, Noël Rouamba, Issiaka Zongo, Jeremy Rouamba, Robert T. Guiguemdé, Davidson H. Hamer, Najat Mokhtar, Jean Bosco Ouedraogo

[C053] Trithérapie antirétrovirale par DDI+3TC+EFV en prise unique chez l'enfant infecté par le VIH-1 au Burkina Faso : essai ANRS 12103
Hien H, Nacro B, Diagbouga S, Zoure E, , Tamboura H, Rouet F, Ouïminga A, Drabo A, Yaméogo S, Peyrière H, Mathieu O, Nicolas J, Van de Perre P, Msellati P

[C054] Faisabilité et efficacité d'un traitement antirétroviral chez des femmes à haut risque et difficiles à atteindre, en Afrique de l'Ouest
C. Huet, A. Ouedraogo, I. Konaté, J.-L. Ouedraogo, I. Traoré, F. Rouet, A. Ouïminga, A. Sanon, R. Diallo, P. Mayaud, N. Nagot, P. Van De Perre, pour le Groupe d'Etude

[C055] Amélioration de l'accès des femmes au programme de réduction de la transmission mère enfant du VIH au Burkina: l'expérience du projet Kesho Bora dans la ville de Bobo-Dioulasso
Fao P, Gouem C, Ky-Zerbo O, Sanou K.A, Valea D, Kania D, Ayassou K' Ouedraogo P.E, Somda K.P., Hien M.H , Sioho N, Sanogo B , Siribie I , Ouedraogo M, Sanon M-J, Boncougou J, Traore M, Somda G, Kone H, Meda K.A, Karembege M, Ouedraogo F, Thio J.E, Traore A, Mantoro J, Kabre D, Koussoube T.' Kombassere S, Meda N.

11h-12h30 Session 10: Laboratoire et accès aux soins de qualité
Lieu salle de réunion au 1^{er} étage du bâtiment annexe
Présidents : Professeur OUEDRAOGO Anicet, Docteur CISSE Ousmane

[C056] Antimicrobial resistance of microorganisms isolated from urinary tracts infections at Saint Camille medical Centre in Ouagadougou
Karou Simplicite D., Ilboudo Denise, Nadembega Wendyame M.C., Ameyapoh Yaovi, Ouermi Djeneba, Pignatelli Salvatore, Pietra Virginio, Traore Alfred S, De Souza Comlan, Simpire Jacques

[C057] Etude *in vitro* et analyse moléculaire de la résistance de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques dans la ville de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Bonkian LN., Tinto H., Zongo I., Nikiema JB et Ouédraogo JB.

[C058] Evolution de l'amylasémie, de l'azotémie, de la créatinémie et des paramètres anthropométriques chez des personnes adultes VIH séropositives au Centre Médical Saint Camille (CMSC) de Ouagadougou (Burkina Faso).

Traore Lamine; Nadembega Christelle ; Ouermi Djeneba; Ilboudo Denise ; Karou Damintoti; Pietra Virginio; Pignatelli Salvatore; Sia Dabogo Joseph; Nikiema Jean-Baptiste; Ouedraogo Georges Annicet; Simpoire Jacques

[C059] Prise en charge diagnostique des infections à virus influenza A humain et aviaire pendant l'épidémie de grippe aviaire de 2006 au Burkina Faso

Z. Tarnagda, A.T. Kam, M.C. Tahita, I. Youbaré, M.F. Ducatez, C. P. Muller, J.B. Ouedraogo

[C060] Recherche des causes des gastro-entérites infantiles au Centre Médical saint Camille de Ouagadougou au Burkina Faso

Simpoire Jacques; Karou Damintoti; Ouermi Djeneba; Nadembega Christelle; Ilboudo Denise ; Zeba Boukare; Pietra Virginio; Pignatelli Salvatore; Schumacher Fabbio; Castelli Francesco

[C061] (F) Les Plaquettes sanguines: Bon indicateur de l'évolution du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en zone à transmission stable au Burkina Faso

Gansané A, Henry BN, Ouédraogo A, Diarra A, Soulama I, Sanon S, Bougouma E, Yaro JB, Ouédraogo CE, Konate AT, Tiono A, Nebié I, Sirima SB.

**12h30-15h : Pause repas
Libre**

15h- 17h Session 11: amélioration de la qualité des soins

Lieu : salle de conférence

Présidents : Docteur OUEDRAOGO Cheick, Docteur OUEDRAOGO Charlemagne

[C062] La réduction de la mortalité maternelle et périnatale est possible au Burkina Faso : Cas de l'hôpital régional de Koudougou

Kaboré M, Wanda D, Yoda A, Thiombiano O, Sombié I

[C063] Aspects épidémiologiques, bactériologiques des méningites bactériennes aiguës à Ouagadougou au cours de l'année 2006

Laurent T. OUEDRAOGO, Abdoulaye TRAORE, Ahoué Richard Thomson DJE

[C064] L'amélioration de la prise en charge des urgences obstétrico-chirurgicales par des médecins généralistes formés en chirurgie de district dans la région sanitaire de Dosso au Niger.

N. BABADI; H.C. T. OUEDRAOGO; F. BARKIRE; B. SANOU

[C065] La césarienne de qualité : Expérience du district sanitaire du secteur 30 Ouagadougou, Burkina Faso

Charlemagne Ouédraogo, Fabienne Richard, Lionel W Ouédraogo et al

[C066] Impact comparatif de l'efficacité de trois schémas de prévention du paludisme pendant la grossesse au Burkina Faso.

Alphonse OUEDRAOGO, Edith C. BOUGOUMA, Amidou DIARRA, Amadou T. KONATE, Alfred B. TIONO, Sodiomon B. SIRIMA

[C067] Amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) dans les districts sanitaires de Boussé et de Zorgho, Région du Plateau Central

B. KAFANDQ, S. KONFE, R. SAWADOGO, K M DRABO, J. B. OUEDRAOGO, B DUJARDIN, J. MACQ.

[C068] Proportion des cas de fièvres attribuable au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans 2 CSPS du district sanitaire de Saponé (Burkina Faso)
Espérance OUEDRAOGO, Jean-Baptiste YARO, Alphonse OUEDRAOGO, Amadou T. KONATE, Alfred B. TIONO, Sodiomon B. SIRIMA

15h-17h00 : Session 12 : Équité d'accès et immunisation (Haddad, S.)
Lieu : salle de réunion au 1^{er} étage du bâtiment annexe

Une démarche participative pour améliorer les niveaux d'immunisation et réduire les iniquités de couverture vaccinale dans la région de Mopti, Mali
Karim Sangaré, Valérie Lahaie, Marta Feletto, Slim Haddad

Déterminants de la réticence des parents à la vaccination en milieu urbain au Bénin
L. Fourn; Djego G; Gansè R.

Les inégalités de couverture vaccinale entre districts au Burkina Faso : une étude de cas multiple.
Abel Bicaba, Slim Haddad, Boureima Zida, Elie Taminy, Moussa Kabore, Dieudonné Soubeiga, Boubacar Ouedraogo, Marta Feletto, Pierre Fournier

La validité des taux administratifs de couverture vaccinale dans les districts du Burkina Faso
Slim Haddad, Abel Bicaba, Abdoulaye Traore, Fernand Toe, Boureima Zida, Boubacar Ouedraogo, Maria Victoria Zunzunegui, Marta Feletto, Pierre Fournier

Développement et implantation d'un outil pour le recensement des naissances et des populations cibles.
Some, Julie de Barbeyrac, Pierre Fournier, Slim Haddad

Journée du vendredi 9 mai 2008

8h-9h : Conférence inaugurale
Lieu : Salle de conférence

L'apport des populations dans l'amélioration de l'accès aux soins de qualité (Dr Fodé Simaga, Projet d'Appui au Monde Associatif et Communautaire, Ouagadougou)

9h -10h30 : Session13 : management de la qualité (2)
Lieu : salle de conférence
Présidents : Docteur SOME François, Docteur VALEA Dieudonné

[C069] Étude des facteurs intrinsèques explicatifs de la faible réduction de la létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés au CMA de Diébougou. (Burkina Faso)
Gnanou Valentin

[C070] Décentralisation du traitement antirétroviral au Burkina Faso, perceptions des principaux acteurs et bénéficiaires au Centre Hospitalier Régional de Banfora.
KONATE B., VALEA, E. D., SOMDA, A.; WONE I, TAL A. D

[C071] Communication pour le changement de comportement et utilisation accrue des services de maternité de qualité.

B. Bassané, D. Diallo, E Themmen, S. Origny, M. Sanfo

[C072] Influence de la présence d'un accompagnateur sur le vécu de l'accouchement
SOME D.A., OUATTARA S., OUATTARA I.O., BAMBARA M., DAO B.

[C073] Evaluation de la satisfaction des utilisateurs des CSPS et des CMA de la région sanitaire du plateau central
S. KONFE, B. KAFANDO, K M DRABO, D ZONGO, J. B. OUEDRAOGO, B DUJARDIN, J. MACQ.

[C074] (F) Dépistage du VIH en milieu prostitutionnel au Burkina Faso : le concept « no test, no sex » des femmes libres de la ville de Ouagadougou.
Sosthène KERE, Odette KY-ZERBO, Jean François SOME, Fodé SIMAGA

[C075] (F) L'utilisation du conte dans la lutte contre le VIH : l'expérience de sida Ka Taa
A. Sanon, D. Guiré, A., Ouédraogo, C. Clarisse, I. Traoré, Achille S., Emmanuel S, A. Berthé

[C076] (F) Appropriation de la prévention du VIH/SIDA au Burkina Faso par le monde communautaire : exemple du sous programme conseil dépistage VIH du Pamac
Sosthène KERE, Odette KY-ZERBO, Jean François SOME, Fodé SIMAGA

9h-10h30 : Session 14 : Performance des mutuelles de santé
Lieu : salle de réunion au 1^{er} étage du bâtiment annexe

L'impact des mutuelles de santé à Papané (Bénin)
Ismaelou Yacoubou, Michel Gbetie, Valéry Ridde, Pierre Fournier, Slim Haddad.

Les alternatives pour éviter la déperdition des membres dans les mutuelles communautaires et professionnelles au premier franc au Sénégal
Idrissa Diop

Les conventions entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins sont-elles une solution pour agir sur la qualité des soins ? un panorama de 14 pays africains
Ndiaye Pascal, Lefèvre Pierre, Vanlerberghe Veerle, Criel Bart

Potentiel et limites de la contribution des mutuelles de santé à la lutte contre la pauvreté
Slim Haddad et Florence Morestin

Impact d'une subvention à l'adhésion à l'assurance maladie à base communautaire (AMBC) pour les ménages les plus pauvres identifiés par le community wealth ranking : le cas du district sanitaire de Nouna au Burkina Faso
SAVADOGO Germain

10h- 10h30 : Pause café
Lieu : jardin

10h- 11h30 Session 15: Communications libres
Lieu salle de conférence
Présidents : Docteur KAMBOU Thimoté, Docteur SOME Mathias

[C077] Les méningites a pneumocoques de l'enfant à Bobo-Dioulasso.
B. Nacro, E. Zouré, R. Cessouma, H. Traoré, S. Yaro

[C078] Problématique de la collaboration entre les tradipraticiens de santé et les agents de santé en vue de la mise en place d'un système d'orientation recours de patients :Cas du district sanitaire de Diébougou.

Voumpine DA,

[C079] Les tumeurs bénignes et les kystes des mâchoires à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)
R. BEOGO, O. GOUMBRI LOMPO, A. LAMIEN SANOU, H.M. KOHOUN, R. SOUDRE

[C080] Apport du Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire de lutte contre le VIH SIDA au Burkina : Evolution et profil des bénéficiaires de 2004 à 2007.
Marcel Lougué, Anne Marie Ouattara, Odette Ky-Zerbo, Jean François Somé, Fodé Simaga

[C081] Caractéristiques socio-spatiales du choléra en 2005 à Ouagadougou : cas des secteurs 23 et 24
KASSIE Daouda, FOURNET Florence ; OUEDRAOGO François de Charles,

[C082] Les décortications pulmonaire au CHU YO
Bonkougou

[C083] Accompagnement psychosocial des patients tuberculeux. Une expérience dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso.
L. OUEDRAOGO, K M DRABO, B. KAFANDO, S. KONFE, B DUJARDIN, J. MACQ.

[C084] (F) Alignement stratégique du système d'information sanitaire de l'OOAS : « Problématique et approches de solutions »
BARRO S, KAMBOU S, OKOLO A, DAO B

[C085] Paludisme sévère Diversité et masse allotypique du Merozoite Surface Protein- 1 de *Plasmodium falciparum* en milieu hospitalier de Bamako
Mamadou W. BAGAYOKO ; Ousmane. KOITA; Ousmane. TRAORE; Moussa KALOGA; Daouda. BAGAYOKO ;Ibrah. MAHAMADOU; Sory. TRAORE; Hamadoun SANGO; James. COLBORN; Donald J. KROSGTAD.

[C086] Accouchement par voie basse et utérus cicatriciel dans le département de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la Reproduction (DGOMER) du CHUSS de Bobo-Dioulasso : une étude rétrospective à propos de 252 cas du 1^{er} août 2005 au 1^{er} août 2006.
Dembélé A, Dao B, Bambara M, Ouattara S

[C087] Les hommes et le VIH : une analyse sociologique de la réticence des hommes burkinabè face au dépistage volontaire du VIH
Lalla SANOU, Abdramane BERTHE

12h- 15h : Pause repas
Libre

16h- 17h30 Session : Cérémonie de clôture
Lieu salle de conférence

COMMUNICATIONS ORALES

Session 1 : Déterminants de l'accès aux soins de qualité

[CO1] Problématique de la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant à bobo-dioulasso

Doro Harouna, Nacro Boubacar, Cessouma Raymond, DA Florentin

Résumé : La tuberculose de l'enfant est une information épidémiologique essentielle car elle témoigne toujours d'une transmission récente.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au Centre Hospitalier Universitaire SANOU Sourou (CHUSS) et au Centre Régional de Lutte Anti-Tuberculeuse (CRLAT) de Bobo Dioulasso de tuberculose documentés des enfants de moins de 15 ans entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2006.

Résultats : cent neuf cas avaient été répertoriés représentant 3,2% de l'ensemble des cas de tuberculose pris en charge pendant la même période. Le sexe ratio est de 1,13. L'âge moyen est de 8 ans pour un poids moyen de 18,7Kg. La tranche d'âge de 10 à 14 ans est la plus touchée avec 44,9% des cas. Environ 73,4% des patients proviennent des milieux défavorisés. La couverture vaccinale au BCG a été estimée à 81,7% chez nos patients, la notion de contagé a été retrouvée dans 22% des cas et dans 91,6% des cas, il s'agit d'un contagé intrafamilial. Environ 11% des enfants avaient une malnutrition protéino-calorique et l'association VIH et tuberculose a été retrouvée dans 42,2% des cas. Sur l'ensemble des 109 cas, 60 soit 55% ont développé une tuberculose pulmonaire dont 30,3% de TPM⁺ et 3,3% de primo-infection tuberculeuse. Les miliaires tuberculeuses ont constitué la forme extrapulmonaire la plus fréquente avec 14,6%. Au plan évolutif le pronostic des TPM⁺ est très bon avec 90% de taux de guérison. Cependant le taux élevé de perdus de vue (19,3%), la forte létalité (11%) avec l'insuffisance de diagnostic des cas constituent des préoccupations majeures.

Conclusion : Le renforcement des capacités, une supervision intégrée et la prise en charge gratuite de la tuberculose du diagnostic au traitement devraient permettre d'améliorer un temps soit peu la prise en charge des enfants souffrants de tuberculose. Cependant la vraie victoire sur la tuberculose passe par une lutte sans complaisance contre la paupérisation à tous les niveaux.

[CO2] L'amélioration du dépistage des cas tuberculose : expérience de l'approche décentralisée dans le district sanitaire de Orodara, Burkina Faso

Meda Z. Clément, Konaté Lassina, Cisse Assita, Djibougou Djakourga Arthur, Sanou Moussa¹, Condé Tiékoura

Introduction: le bilan des activités du district a montré une nette proportion élevée d'affections respiratoires soit 23,8% des cas en 2005, faisant des infections respiratoires le 2^{ème} motif de consultation après le paludisme. La tuberculose occupe une place de choix parmi ces affections respiratoires. Mais force est de constater un faible taux de dépistage des cas de tuberculose dans le district (8,88% en 2004 et de 10,29% en 2005). La présente étude se propose d'améliorer le dépistage précoce des cas de tuberculose pour un traitement efficace et une prise en charge rapide et se doter de statistiques sur la tuberculose et la co-infection VIH – Tuberculose.

Matériel et Méthode: il s'est agi d'une étude de type prospectif à visée descriptive sur d'une durée d'un (01) an allant d'août 2006 à juillet 2007. Les cibles étaient les adultes de sexe féminin ou masculin d'âge supérieur ou égal à 15 ans et présentant une toux évoluant d'au moins dix (10) jours vus en consultation. Ont été également exclues de cette étude, toutes les personnes d'âge inférieur ou égal à 15 ans et présentant une toux aiguë et vue hors période de l'étude, les patients TPM+ déjà sous traitement et les TPM moins. Il a été proposé des définitions opérationnelles et la collecte des données a été faite sur la base des registres des cas au laboratoire et en consultation, les bulletins d'examen tuberculose et VIH, des rapports mensuels de la tuberculose mis en place. Les agents ont été formés pour la prise en charge des cas de tuberculose et au recueil des crachats et leur traitement selon le protocole PNT et au prélèvement VIH pour les cas TPM positif après counseling prétest puis post-test. Les prélèvements pouvaient être gardés au réfrigérateur et transportés au labo : les crachats sont conservés au frais (+4 et + 8°C) pendant 10 jours maximum, à la température ambiante pendant 5 jours maximum. L'approche décentralisée des prélèvements et du traitement antituberculeux après mise en route du traitement au CMA aux CSPS a été celle retenue. Les populations ont été sensibilisées au cours de l'étude sur la tuberculose. Les lames positives ont été l'objet le contrôle de qualité par le PNT/CRLAT. Le traitement des données a été fait sur Excel.

Résultats: au total, 422 causeries débats et 29 sorties de supervision ont été réalisées dans les CSPS. Les tousseurs représentaient 7,4% des patients ayant consulté au cours de la période de l'étude. Les tousseurs de plus de 10 jours

représentaient 6,8%, les tousses de plus de 15 jours 4,40% et les tousses entre 10 jours et 15 jours 2,43%. La proportion des tousses parmi les consultants a varié de façon mensuelle entre 3,6% et 10,4 %. Cinq cent trois prélèvements ont été analysés au laboratoire et 28 cas de tuberculose identifiés, supérieur au nombre de cas identifiés régulièrement dans le district. On notait 05 cas chez les tousses entre 10 et 15 jours et 23 cas chez les tousses de 15 jours et plus. Sur les 28 tuberculeux décelés, 03 étaient positifs au VIH (2 VIH1 et 1 VIH2). Les cas dépistés ont été mis sous traitement antituberculeux sur leur site d'origine et les cas de VIH positifs, inclus dans la file active VIH du district conformément aux dispositions existantes.

Conclusion : il est possible d'améliorer le dépistage de la tuberculose à l'échelle du district en impliquant activement les agents des centres de santé de base. Aussi, la présence de quelques cas chez les patients avec une toux évoluant entre 10 et 15 jours amène de conseiller la recherche de baar chez tout patient tousses de 10 jours et plus afin de limiter la contamination de l'entourage.

[CO3] Stratégie de redynamisation du système de référence dans la région sanitaire de Dosso au Niger

Mr Oumarou Issoufou¹, Dr Zeinabou Idder², Dr Siddo Moumouni Daouda³.

Mots clés : Référence-contre référence, évacuations, niveaux de soins, participation communautaire

Thème : Système de référence et contre référence

Contexte : A partir de 2004, les responsables sanitaires de la région de Dosso avec l'aide de leurs partenaires, ont mis en œuvre un ensemble de mesures destinées à assurer une prise en charge adéquate des patients référés ou évacués. La plupart des structures de soins de la région ont été équipées en radios à bande latérale unique (BLU). Des ambulances ont été mises en place. La formation continue des agents et l'équipement approprié des structures ont été prônés pour réduire les références non justifiées. Un dialogue entre prestataires et communautés avait donné lieu à l'instauration d'une contribution de 100 F CFA par utilisateur. Il s'agit du 'centime additionnel' qui continue d'alimenter un fonds géré par les comités de gestion

¹ Chef service programmation et information sanitaire (SPIS) de la Direction régionale de la santé de Dosso

² Médecin de santé publique Directrice régionale de la Santé Publique (DRSP) Dosso

³ Expert de santé publique Programme d'appui à la mise en œuvre du plan de développement sanitaire (PAPDS) Dosso

pour financer les évacuations. Ces différentes mesures n'avaient pas fait l'objet d'un suivi et n'avaient pu être évaluées à partir de données factuelles. En 2006, la DRSP, consciente de l'importance stratégique de la référence-contre référence, a convié les acteurs concernés à un atelier de réflexion pour l'identification de pistes d'amélioration du système. Sur la base d'une analyse des contraintes et dysfonctionnements relevés dans les districts, des résolutions ont été prises en vue de recadrer et relancer le système. Ces résolutions ont été traduites en actions qui sont actuellement en cours dans les districts de Dosso.

Actions en cours : La stratégie de redynamisation du système de référence-contre référence mise en œuvre à Dosso consiste à coordonner un ensemble d'actions entreprises concomitamment. Il s'agit de : 1) Développer un mécanisme pour assurer la disponibilité constante des fiches de référence, leur utilisation et leur classement ; 2) Rendre systématique et obligatoire la contre référence 3) Renforcer la formation continue des agents sur base d'instruction opérationnelles (IO) et équiper les structures afin d'augmenter leurs capacités d'accueil et de prise en charge, réduisant ainsi les références non justifiées 4) Maintenir la gratuité des évacuations en encourageant le financement par le centime additionnel ; 5) Assurer la permanence des services dans les structures de référence ; 6) Assurer la maintenance des appareils de communication et du matériel roulant et 7) mettre sur pied un système de suivi et d'évaluation.

Objectif : Redynamiser et rendre viable le système de référence et contre référence au niveau de la région sanitaire de Dosso afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients en respectant dans la mesure possible la hiérarchie des échelons de soins.

Résultats préliminaires : 1) La contre référence du Centre Hospitalier Régional (CHR) aux Hôpitaux de district (HD) et de l'HD aux Centres de Santé Intégrés (CSI) a été systématisée ; 2) Les fiches de référence et registres d'évacuation sont disponibles dans toutes les structures 3) Les radios BLU sont mieux utilisées et entretenues ; L'utilisation des ambulances a été rationalisée ; 4) la communauté continue à verser le 'centime additionnel' malgré l'application des politiques de gratuité. 5) des réflexions sont en cours pour l'intégration de la référence-contre référence dans le système d'information nationale.

Leçons apprises : 1) La mise en place d'un système d'information est indispensable à tout suivi évaluation ; 2) La retro information constitue en effet une formation continue des agents de santé des niveaux périphériques (CSI, HD) ; 3) La communauté suffisamment sensibilisée est capable d'assurer la pérennité du fonds d'évacuation. Le mécanisme du 'centime additionnel' a inspiré des

DS d'autres régions qui en font également l'expérience actuellement.

Question : Même si le système de référence et contre référence fonctionne normalement et à la satisfaction de la communauté, il demeure que la prise de décision d'évacuer et les moyens d'orienter le patient du village vers le centre de santé représentent encore un véritable casse-tête ; comment y remédier tout en sachant que la population est en majorité pauvre et analphabète ?

[CO4] La mortalité dans le service de médecine interne de l'hôpital Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Lengane D¹, Sawadogo A², Millogo A², Sombié I²

1 : Centre Hospitalier Régional de Fada, Burkina

2: Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso, Burkina

Objectif : étudier la mortalité hospitalière dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso

Méthodologie : étude rétrospective sur deux années (2004 et 2005) a été réalisée à partir des registres et des dossiers cliniques. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire pré établi. Elles ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI Info, 6.4.

Résultats : Nous avons recensé 3 974 admissions durant la période d'étude et 3 686 (92,7%) dossiers étaient exploitables. Des dossiers exploitables, 1279 décès ont été identifiés soit une mortalité globale de 34,7%. Cette mortalité était significativement plus importante chez les hommes (37,3%) que chez les femmes (32,1%) (p=0,0007). Les décès de l'admission à la 48 ème heure représentaient 45,6%. La majorité des décès (74%) ont eu lieu pendant les heures de garde. La principale cause de décès était les maladies infectieuses surtout le VIH/SIDA par contre la létalité était importante au niveau des syndromes et états morbides mal définis (70,4%) et au niveau des maladies du système nerveux (46,1%).

Conclusion : cette forte mortalité hospitalière montre un problème de qualité dans la prise en charge des malades. Le manque d'unité de réanimation, l'accès aux antiretroviraux et l'organisation des services de garde semblent être des éléments à prendre en compte pour réduire cette mortalité.

[CO5] Les échecs au traitement antirétroviral chez l'enfant infecté par le VIH-1 à Bobo-Dioulasso : essai ANRS 12103

Zoure E1, Hien H2, Msellati P3, Tamboura H1, Rouet F2, Ouiminga A2, Drabo A2, Yaméogo S1, Peyrière H4, Mathieu O4, Nicolas J4, Van de Perre P4, Nacro B1, Diabougou S2.

1 : Département de pédiatrie, CHUSS Bobo-Dioulasso 2: Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, 3: UMR 145 IRD, CreCSS, Aix en Provence, 4 : Laboratoire de virologie et de pharmacologie du CHU Montpellier, France.

Objectif : Etudier les échecs de TAR par DDI+3TC+EFV en prise unique au cours de l'essai clinique

Méthode : 52 enfants sous TAR en prise unique journalière ont été suivis pendant 12 mois avec dosage trimestriel des CD4, charge virale et des tests génotypiques pour des charges virales >1000 copies/ml après 3 à 6 mois de traitement.

Résultats : 7/10 séquençages réalisés, 7 ont présenté des résistances, tous aux INNRT, 6 résistances aux 3TC en plus des INNRT. Soit au total 11,7% de résistance. Les génotypes retrouvés : CRF02 et CRF 06. Les traitements de seconde ligne ont été proposés en fonction de ces résultats. À 12 mois de suivi, 19% d'échec avec une charge virale moyenne: 344.006 copies/ml, écarts [1762 - 1090000].

Conclusion : La charge virale et les tests de résistances ont un intérêt certain pour évaluer l'efficacité du TAR et pour le choix des molécules de seconde ligne.

[CO6] Mobilité du personnel dans le district sanitaire de Sebba : Impact sur la qualité des soins

Korgo Pascal

Objectif : La pénurie des ressources humaines dans le secteur de la santé est une crise mondiale liée au manque de formation, aux mauvaises conditions de travail et à l'absence de mesures d'incitation. Tous ces facteurs contribuent à éloigner les professionnels de la santé des régions où les besoins sont les plus criants. Ils les incitent à se tourner vers de meilleures perspectives dans les régions urbaines. Cette mobilité du personnel de santé au niveau du Burkina se fait surtout des zones rurales vers les zones urbaines. Le district sanitaire de Sebba situé dans la région du Sahel est affecté par cette mobilité du personnel. La ressource humaine constitue l'élément crucial de la qualité des soins. Le renforcement des compétences, la connaissance du milieu, de l'environnement de travail sont des

facteurs qui déterminent la qualité des soins. Chaque année des ressources importantes sont consacrées au renforcement des compétences des agents au niveau du budget des plans d'action de district et des partenaires financiers. Le problème de mobilité de personnel affecte lourdement l'atteinte des résultats dans la mise en œuvre des programmes tels que SONU, PTME, PCIME, paludisme, Tuberculose, VIH/SIDA. L'implémentation de ces programmes coute beaucoup en ressources et en temps pour renforcer les compétences des équipes existantes. Ainsi l'agent de santé ayant acquis des renforcements de compétences dans le management ou l'offre technique de soins et qui quitte son district laisse encore un besoin à pourvoir et des ressources supplémentaires pour y consacrer d'où un coût d'opportunité. L'objectif du travail était d'analyser la mobilité du personnel au niveau du district sanitaire de Sebba.

Méthodologie : nous avons analysés les dossiers du personnel de santé du district en insistant sur les dates d'arrivée et de départ dans le district.

Résultats : En ce qui concerne le district de Sebba, au cours de l'année 2007 au niveau de l'Equipe cadre du district sur les 7 membres la mobilité a concerné 4 personnes soit 57%. Au niveau opérationnel chez les infirmiers chefs de poste, sur les 11 la mobilité a concerné 5 soit 45%. Cette mobilité est une menace des acquis du district, des ONG, de programmes de santé.

Conclusion : cette instabilité du personnel est une menace pour la pérennisation d'expériences induites tant dans l'organisation, le management, l'effectivité des connaissances acquises, l'appropriation des bonnes pratiques au sein des structures. Le nouveau personnel affecté non orienté sur les pratiques novatrices mettra du temps pour l'acquisition des compétences. Il pourrait alors en résulter alors un impact sur la qualité des soins offerts.

[CO7] Agressions sexuelles féminines a propos de 14 cas enregistrés au chuss bobo-dioulasso

Some d.a^{1,2}, Ouattara s^{1,2}. Diallo¹ Foko j¹., Dao b^{1,2}.

1-Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU-SS Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2- Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA) à l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, (UPB), Burkina Faso

objectif: Décrire les cas d'agressions sexuelles reçus au DGOMR

Patientes et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée du 1/3/07 au 29/2/08 au service des urgences gynécologiques du

CHUSS. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux à l'aide d'un questionnaire écrit. Les principales variables étaient : l'identité complète de ladite victime, son occupation principale, le nombre et le profil desdits agresseurs, le moment, et le type de l'agression, le délai de consultation, les résultats de l'examen clinique. Les données ont été traitées et analysées grâce au logiciel épi info version 6.0

Résultats: 14 patientes ont consulté pour agression sexuelle. L'âge moyen a été 15,7ans (4 à 41 ans). 10 patientes étaient des mineures. Elles habitent la ville de Bobo-Dioulasso (11/14), surtout dans les secteurs 14, 20, 21. En cas d'agression sexuelles, les victimes ont informé en premier lieu un parent (7/14), une tutrice ou les forces de l'ordre .

Le délai moyen de consultation a été de 8,2 jours. Parmi les filles qui se sont confiées à leurs tutrices, une a consulté 2 mois après, l'autre 6 mois. 4 patientes ont consulté le jour même dudit viol et 2 après avoir fait leur toilette intime. Les agressions ont eu lieu surtout la nuit (9/14) entre 18h et 00h. L'agresseur est souvent seul. 4 cas de viol multiple à 2 ou 3 personnes ont été rapportés. Aussi 2 filles ont été abusées par le même agresseur à des jours différents. 11 agresseurs étaient connus de leurs victimes. Ce fut l'oncle ou le voisin dans 2 cas.

Les agressions ont été des pénétrations sexuelles sans préservatif (13/14) et le lieu fut souvent une concession que la nature . Des plaies hyménales, labiales et vaginales ont été retrouvées chez 6 patientes. Le traitement d'urgence a été la pilule du lendemain et les ARV. Une seule patiente a bénéficié de suture hémostatique au bloc opératoire sous anesthésie générale.

Le bilan d'urgence fut la sérologie HIV, hépatite B (12/14), syphilis (8), test de grossesse (7), prélèvement vaginal(5), échographie pelvienne(4). Mais aucune patiente n'est revue après la consultation.

Conclusion:La consultation pour agression sexuelle est tardive. Lesdites victimes sont surtout des mineures et sont perdues de vue après leur consultation d'urgence. Il convient d'organiser la prise en charge des cas de viols en mettant l'accent sur une consultation immédiate sans toilette et un suivi après cette consultation.

Mots-clés : *Agression sexuelle, viol, lésions, prévention, Bobo-Dioulasso*

Session 2 : l'exemption et la suppression du paiement direct en Afrique de l'Ouest

[R1] La mise en place d'un processus communautaire de sélection des indigents dans le district de Ouargaye (Burkina Faso)

Kafando Y., Sanfo M., Coulibaly N., Bicaba A., Ridde V.

Dans un Contexte où les principes du recouvrement des coûts et du paiement direct des soins perdurent, tout le monde s'accorde pour dire que les plus pauvres, les indigents incapables de payer les soins sont toujours exclus de l'accès au système de santé. Rares sont les pays où des expériences ont été tentées pour améliorer l'équité dans l'accès aux soins. Qui est indigent ? Comment les sélectionner ? Cette communication, ainsi que la suivante qui lui est associée, vise à rendre compte de la mise en place d'une recherche-action menée en collaboration avec l'équipe cadre du district de Ouargaye afin de trouver une modalité efficace d'exemption du paiement des indigents. 10 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) du district de Ouargaye ont été retenus pour la mise en œuvre de l'étude. Après un processus d'information communautaire, 124 comités villageois de sélection ont été mis en place pour procéder à l'identification des indigents qui doivent recevoir une carte d'exemption du paiement, étant entendu que ce paiement est pris en charge par les COGES à partir des fonds thésaurisés et des bénéfiques tirés de la vente des consultations et des médicaments. Aucune ressource exogène n'est prévue. Ces comités devaient être composés de sept personnes et ils ont suivi une formation. Aucun critère de sélection des indigents ne leur a été fourni au préalable, seul leur jugement d'expert local devait être employé pour l'identification des personnes dans leurs villages. Les listes d'indigents sélectionnés par ces comités ont ensuite été validées par le chef du village et les comités de gestion (COGES) des structures sanitaires. En effet, les COGES ont le dernier mot puisque ce sera à l'aide des bénéfiques du recouvrement des coûts que les indigents seront soignés gratuitement, aucune aide financière extérieure n'est prévue. Au total, 566 personnes ont été identifiées comme indigentes par les comités villageois de sélection et 269 (soit 47,53%) ont été finalement retenues par les COGES pour recevoir la carte d'exemption. La proportion d'indigents retenus varie de 0 à 100% selon les COGES. 18 comités sur 121 (soit 14,87%) n'ont identifié aucun indigent dans leur village. La majorité des comités (80%) ont sélectionné entre 1 et 10 indigents par village et seulement 3 comités

(1,18%) ont sélectionné plus de 15 indigents par village. Les COGES ont retenu autant de femmes que d'hommes (134 vs 135) et 63% des personnes ont plus de 50 ans. Enfin, plusieurs éléments de discussions seront proposés concernant les forces et les faiblesses de la mise en œuvre de ce processus de sélection communautaire des indigents à Ouargaye dans le cas d'une éventuelle réplique ailleurs au Burkina Faso.

[R2] Résultats préliminaires de l'analyse du processus communautaire de sélection des indigents dans le district de Ouargaye

Yaogo, M., Ridde, V.

L'objectif de cette communication est de documenter la première phase d'une expérience en cours de réalisation concernant une recherche-action entreprise dans le district sanitaire de Ouargaye par une équipe pluridisciplinaire (voir résumé précédent). Il s'agit de rapporter les résultats préliminaires de l'évaluation du processus communautaire de sélection des indigents décrit lors de la communication précédente.

Deux types d'outils ont été combinés. Premièrement, 12 focus groups ont été réalisés : un avec huit membres des comités de gestion, un avec neuf infirmiers chefs de poste des CSPS du district et 10 autres avec les membres des comités de sélection des villages correspondant aux 10 villages impliqués dans les activités de la recherche-action. Deuxièmement, trois entretiens individuels complémentaires ont été conduits avec des personnes ressources pour cette phase de la recherche-action (coordonnateur des activités de terrain et deux membres de l'Equipe cadre de district). Les données qualitatives ont été intégralement transcrites, saisies et exploitées par analyse de contenu à la fois manuelle et informatisée. Les thèmes clés identifiés, codés et classés ont fourni la matière pour l'analyse textuelle du corpus de données dont des extraits significatifs seront utilisés pour illustrer la communication. Les observations en temps réel sur le terrain et quelques entretiens informels additionnelles avec des personnes ressources ont complété cette approche qualitative.

Toutes les personnes rencontrées s'accordent globalement sur le fait qu'il n'y a pas eu de difficulté majeure de nature à entraver la bonne marche de l'intervention selon le calendrier établi. Un consensus se dégage également concernant l'acceptation unanime de l'idée de favoriser l'accès aux soins des indigents. Cependant, selon le Contexte spécifique de chaque village, les enjeux sont différents concernant la mise en œuvre concrète de la sélection, précisément pour ce qui est de l'application des critères communautaires de sélection et la validation des listes d'indigents

sélectionnés par les COGES. Certaines difficultés pratiques ont été relevées, comme par exemple le fait que dans certains villages la plupart des membres des comités sont illettrés, alors qu'il est prévu le remplissage de cahiers contenant les listes d'indigents sélectionnés. Il y a aussi le fait que la définition de l'indigent, pour consensuelle qu'elle ait été acceptée dans sa formulation générale, était difficile à appliquer, d'où l'introduction de certains critères additionnels pour ne sélectionner que les indigents reconnus sans autre forme de soutien extérieur. L'étape de la validation des listes par les COGES a montré que l'une des raisons majeures qui a motivé dans certains cas un tri minimaliste n'est pas étrangère à la prise en charge endogène des coûts exemptés. Ainsi, il est apparu que certains ICP et d'autres leaders locaux ont manifestement influencé la décision des membres des COGES en pesant sur la décision plus qu'en se cantonnant à leur rôle attendu de conseil. A cela s'ajoute également une vision des membres des COGES allant majoritairement dans le sens de la thésaurisation des ressources générées par les activités de vente de médicaments du COGES que leur utilisation pour les besoins de fonctionnement du CSPS et d'autres dépenses opportunes qu'elles sont en mesure d'assurer, dans l'esprit de l'Initiative de Bamako. Selon les CVS, l'un ou l'autre enjeu est intervenu dans le processus de mise en œuvre de la sélection communautaire des indigents, ce qui explique une tendance à la réduction parfois significative entre les listes proposées par les CVS et leur validation par les COGES.

L'idée d'une sélection des indigents à partir d'un processus communautaire avec une approche participative allant de la préparation à la mise en œuvre des activités de sélection trouve un écho favorable auprès des différentes catégories d'acteurs. Cependant, les enjeux d'une prise en charge endogène des coûts exemptés montrent un décalage entre certaines attributions théoriques des COGES et leur mise en œuvre pratique.

[R3] Les critères de sélection des indigents dans trois hôpitaux de Côte d'Ivoire (titre provisoire),

Didier Blibolo et al. Ecole nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée, Abidjan

Résumé non parvenu

[R4] L'impact positif de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans la lutte contre le paludisme au Mali. Expérience de Médecins Sans Frontières dans le cercle de Kangaba.

L. Kakudji, F. Medina, S. Gerard, G. Jouquet, F. Ponsar

Comment garantir que les nouveaux traitements efficaces contre le paludisme soient accessibles aux patients qui en ont besoin, au travers des structures de santé existantes ? L'expérience de MSF au Mali suggère qu'une stratégie d'ouverture de tous les soins essentiels pour les enfants de moins de 5 ans assure une intervention plus efficace grâce à une meilleure couverture des besoins. MSF intervient à Kangaba, au Sud du Mali, pour le traitement du paludisme, en approvisionnant les centres de santé communautaires en CTA et en RDT. Au Mali, les centres de santé fournissent les soins de santé primaire – y compris les traitements contre le paludisme - au travers d'un système de participation financière du patient. Au début de son intervention, MSF a d'abord réduit le coût des soins pour le patient - en subsidiant le paquet CTA+TDR seulement. A partir de 2007, MSF, en collaboration avec les autorités sanitaires, a décidé de rendre les soins complètement gratuits pour tous les enfants de moins de 5 ans, quelle que soit leur maladie. La suppression des paiements par les patients pour les enfants de moins de 5 ans a entraîné une augmentation substantielle de la fréquentation des centres de santé - de 0,67 nouvelle consultation par enfant par an en 2006 à 2,86 en 2007. Le nombre de cas de paludisme traités dans les centres de santé a été multiplié par 3, mettant en évidence les problèmes de couverture préexistants. En 2007, 60 % des cas de paludisme attendus pour les enfants de moins de 5 ans sont pris en charge dans les centres de santé contre 20% en 2006. Avant l'abolition des paiements par les patients, l'approvisionnement et les subsides disponibles pour les médicaments (CTA) et les tests n'atteignaient pas la majorité de la population. De ce fait, ils ne pouvaient avoir un impact sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme dans la zone.

[R5] Processus et effets de la suppression du paiement dans deux districts du Niger,

Rauland K., Amadou M., Saley, M.

Le Niger est l'un des premiers pays en Afrique de l'Ouest à avoir exempté du paiement la totalité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, les consultations prénatales, le planning familial et la césarienne dans toutes les formations sanitaires publiques du pays en mars 2007. L'ONG allemande HELP accompagne les équipes de deux districts sanitaires

(1 millions d'habitants) dans la mise en œuvre du nouveau système d'exemptions afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour ces groupes vulnérables. Précédant cette décision de l'État nigérien, HELP avait en 2006 démarré cette expérience d'exemption du paiement dans ces deux districts en rendant l'accès gratuit pour les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Le suivi et l'analyse des statistiques sanitaires ont permis de constater une hausse importante des taux de fréquentation des centres de santé. Cette tendance s'est maintenue une fois le phénomène de nouveauté passé. Après deux ans d'exemption de paiement, le taux de fréquentation pour les enfants avoisine les 100 % dans les deux districts sanitaires, ce qui est un développement très encourageant dans la lutte contre la malnutrition et éventuellement la contribution à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cette communication réalisée par les membres de HELP présentera les effets de la suppression du paiement mais proposera également une réflexion sur le rôle qu'une ONG peut jouer dans ce Contexte particulier. Dans le cas présent du Niger, l'ONG a été l'un des catalyseurs de cette nouvelle politique et a notamment accompagné le ministère dans un tel processus tout en soulevant certaines questions sur les risques et les effets non désirés de la mise en œuvre des exemptions du paiement.

Session 3: éthique, équité et accès aux soins de qualité

[CO8] La prise en charge des malades démunis par le fonds social du CHR de Dosso au Niger

Hamet Mamadou Kaou, MD, Msc, GSS, Directeur C.H.R Dosso Niger

Mots clés : accessibilité financière, indigence, fonds social, qualité de soins, service social,

Thème : Accessibilité financière aux soins de santé des personnes démunies

Contexte : L'extrême pauvreté qui sévit dans certaines couches de la population du Niger empêche les malades démunis d'accéder aux soins dont ils ont besoin au niveau des hôpitaux. Ces structures souvent en difficulté financière se trouvent toutefois dans l'obligation de leur assurer une prise en charge adéquate à partir des faibles moyens dont elles disposent. C'est le cas du Centre Hospitalier Régional de Dosso, structure de niveau secondaire, établie dans les années 70. Sa capacité est de 180 lits pour une population de 1,5 millions répartis sur 5 Districts Sanitaires. Il est à noter que cette structure régionale sert également d'hôpital de district pour le DS où elle est située (Dosso, chef-lieu de région). L'hôpital abrite un service social

créé pour y faciliter le séjour des démunis, mais sans moyens conséquents pour ce faire avant 2002. Les actions de ce service étaient orientées vers les collectivités locales ou les organismes caritatifs auprès desquels il soumettait des requêtes, le plus souvent sans aval, au nom des malades identifiés comme 'cas sociaux'. La qualité des soins accordés à ces patients constituait une préoccupation croissante des agents de santé. Dans une tentative de redresser l'inégalité de prise en charge, l'Etat nigérien en partenariat avec la CTB a mis en place en 2002 un fonds spécial au niveau du C.H.R. Ce fonds financé à 100% par la CTB et géré par le service social, est destiné principalement aux indigents. Le profil des bénéficiaires comprend 3 catégories : 1) malades démunis hospitalisés (en majorité), 2) malades non accompagnés admis aux urgences, 3) 'cas sociaux' précédemment identifiés. Le statut de 'cas social' est déterminé par l'entretien direct avec le malade, l'accompagnateur ou dans certains cas l'agent soignant. Dans l'éventualité d'indigence, une enquête est systématiquement menée aux domiciles des patients qui habitent les communes environnantes. Si le malade remplit les critères, la procédure de prise en charge est immédiatement engagée et il bénéficie d'exonérations sur les frais d'actes, d'examens para cliniques et de séjour. Pour les urgences, les soins n'attendent pas. S'il est établi après coup que c'est un cas qui répond aux critères de prise en charge par le fonds, le service social rembourse les médicaments utilisés en urgence et continue d'assurer la suite des soins. Si le traitement se termine sans que les parents ne soient identifiés, le service social est chargé de ramener le patient à son village d'origine, les frais du carburant étant à la charge de l'hôpital. Une fois sur place, le cas est confié au chef du village ou aux services communaux qui vont retrouver sa famille en vue de sa réinsertion.

Objectif : Assurer une prise en charge de qualité des patients démunis qui accèdent au CHR

Hypothèses : 1) La mise en place d'un fonds social au CHR améliorera les conditions de prise en charge des patients dépourvus d'argent au moment de leur admission ou durant leur séjour à l'hôpital

Résultats : 1) Une revitalisation du service social dont le volume d'activités a nettement augmenté depuis 2002 ; 2) Une augmentation importante du nombre de cas pris en charge (200 en 2002 à plus de 450 en 2006) ; 3) Réduction des délais de prise en charge des urgences ; 4) satisfaction des agents de santé ; 5) Les cas 'chroniques' occupent actuellement une part importante du volume de prise en charge par le fonds ; 5) L'existence du fonds n'a pas suscité d'apport des collectivités territoriales.

Enseignements/ perspectives : 1) Le fonds social du CHR actuel s'adresse essentiellement aux cas qui sont déjà à l'hôpital d'où des questions quant à

l'accessibilité financière proprement dite ; 2) Les contributions au fonds étant en grande partie externes, il y a lieu de prévoir des mécanismes dont le but serait d'assurer la viabilité de cette initiative qui garde toute sa valeur en l'absence d'autres approches

[CO9] La politique de gratuité des soins mise en œuvre dans les régions sanitaires de Dosso et Niamey au Niger

Abdoulaye Zeïnabou Idder⁴; Moumouni Daouda Siddo⁵ et Astrid de Laminne de Bex⁶

Contexte de travail : A l'instar d'autres pays d'Afrique sub-saharienne, le Niger cherche activement à se doter d'une politique de financement de la santé qui favorise l'accès à des soins de qualité pour sa population. Jusqu'à 1990, les soins de santé au Niger étaient en principe gratuits mais l'on constatait des ruptures fréquentes d'intrants essentiels à leur dispensation adéquate. Entre 1990 et 1992, on procéda à un test de recouvrement partiel des coûts ayant pour Objectifs : 1) le renouvellement des stocks de médicaments et consommables dans les structures sanitaires publiques, 2) la disponibilité des supports de gestion et 3) le paiement des salaires des gestionnaires communautaires des Centres de santé (CSI). L'expérience s'étant révélée positive, le recouvrement des coûts fut alors institué dans toutes les structures sanitaires publiques du pays à partir de 1994. Pourtant, une évaluation du PDS 1994-2000 a démontré qu'en dépit de la disponibilité des médicaments, les indicateurs de l'état de santé de la population et d'utilisation des services sont demeurés précaires. Une explication soutenue internationalement dans le Contexte actuel des stratégies de réduction de la pauvreté et des ODM, est que le recouvrement des coûts constitue un frein à l'accessibilité financière des populations pauvres du pays. Fort de ce constat, le MSP/LCE a instauré à partir de novembre 2005 une politique de gratuité des soins. D'abord limitée aux césariennes, elle s'est rapidement étendue aux contraceptifs, à la consultation prénatale et aux soins des moins de 5 ans (avril 2006) En pratique, les structures de soins doivent sans perception de frais, offrir des prestations bien définies aux groupes bénéficiaires directs de la politique et demander par la suite à l'Etat un remboursement en fonction d'un tarif forfaitaire préétabli. Faute d'instructions

⁴ MD /MPH, Directrice Régionale de la Santé Publique de la Région de Dosso

⁵ MD /MPH, Expert national de Santé publique au Programme d'appui à la mise en œuvre du Plan de développement sanitaire (PAPDS) Dosso Niger

⁶ Volontaire Coopération Technique Belge- PAPDS DSIII Niamey Niger

opérationnelles suffisamment diffusées, la mise en œuvre effective de la politique n'a démarré dans les structures de soins qu'à partir du deuxième trimestre 2007. Les équipes cadres des districts des régions de Dosso et Niamey avec l'appui de la CTB/PAPDS ont entrepris un monitoring de l'Introduction de la gratuité afin d'en évaluer les implications pour les structures, les districts et la population. L'étude porte sur l'analyse rétrospective des premiers mois de mise en œuvre de la politique dans les services de santé des DS de Gaya et DS III Niamey.

Objectif : Améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant en réduisant les barrières financières pour les groupes cibles identifiés.

Hypothèse : La suppression de la participation financière aux soins de santé des groupes cibles identifiés entraînera une meilleure utilisation des services.

Contraintes constatées en cours d'intervention :

1) Doutes des agents de santé et des comités de santé quant à l'effectivité du remboursement des fonds liés à la gratuité ; 2) Augmentation de la charge de travail du personnel de santé 3) Ruptures de stocks survenues dans certaines structures ; 4) Retards dans l'envoi des demandes de remboursement, 5) Lenteur dans le processus de remboursement par l'Etat.

Résultats préliminaires : 1) Augmentation marquée de l'utilisation des services enregistrée dans toutes les structures concernées par l'analyse (entre 2 à 10 fois les chiffres de 2006) ; 2) Tendance aux prescriptions irrationnelles ; 3) Impression de consultations plus précoces ; 4) Mise en évidence par l'analyse financière de possibilités de bénéfices contrairement aux suppositions initiales d'éventuels manques à gagner ou de pertes substantielles ; 5) Tournées des structures par les mères pour obtenir des médicaments.

Leçons apprises/enseignements : 1) L'engagement soutenu de tous les détenteurs d'enjeux semble essentiel à la réussite de cette politique ; 2) Les mesures d'accompagnement (comme sensibilisation des communautés, formation des agents de santé et suivi/évaluation) doivent être identifiées, mises en place effectivement et évaluées ; 3) Des études et réflexions plus poussées sont nécessaires pour pouvoir mieux cerner les effets de la politique dans ses multiples dimensions.

Mots clés : Gratuité des soins, accessibilité financière, qualité des soins

Thème : Accessibilité financière aux soins de santé.

[C010] Etude de la contribution de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) à l'amélioration des couvertures vaccinales du PEV de routine de mars à août 2006 chez les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes : Cas du district sanitaire de Pô

M. Konéni Augustin Bognini : Préparateur D'Etat en Pharmacie DS/Pô

Dr Aloys Zongo : Médecin-Chef du District Sanitaire de Pô

M. Lassané Zeda : Responsable PEV DS/Pô

Introduction: Le district sanitaire de Pô est marqué ces cinq dernières années par une faiblesse de ses couvertures vaccinales malgré la mise en œuvre des stratégies traditionnelles de vaccination (avancée, fixe et Mobile). Les causes de cette faiblesse sont entre autre l'insuffisance de ressources (humaines matérielles et financières), l'insuffisance de motivation des agents de terrain, le Contexte socioculturel difficile et la situation de frontière avec les districts voisins du Ghana où les cibles bénéficient de présents lors de la vaccination. Dans le but d'améliorer ses indicateurs de couverture vaccination, le district a bénéficié d'un projet de coopération « Burkina Faso/Centre de Contrôle des Maladies (CDC) Atlanta/Organisation Mondiale de la Santé (OMS) » qui utilise l'approche ACD dont la mise en œuvre a eu lieu de mars à août 2006. Ainsi, nous avons initié cette étude pour apprécier l'apport de cette approche dans l'amélioration des indicateurs du PEV de routine du district sanitaire de Pô.

Objectif: Etudier la contribution de l'approche ACD à l'amélioration des couvertures vaccinales du district sanitaire de Pô

Méthode Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive réalisée dans le district sanitaire de Pô sur la période de mars à août de 2004 à 2006 et qui a concerné tous les antigènes du PEV. Une comparaison des couvertures vaccinales a été faite pour la même période de 2004 à 2006. L'échantillon de l'étude a porté sur 53 personnes que sont les ICP, les responsables PEV des formations sanitaires, les chefs d'unité du CMA et l'ECD.

Résultats: Les résultats obtenus ont montré que :

- Toutes les composantes de l'approche ACD ont été mises en œuvre
- Les données sur les enfants retrouvés lors de la recherche active des PDV ne sont pas disponibles dans toutes les formations sanitaires
- Les données collectées ne permettent pas de différencier les enfants vaccinés en Stratégie Avancée de ceux vaccinés en Stratégie Fixe.
- Le score de qualité des données de 91%

- Le taux d'abandon DTC1/DTC3 est passé de 13.57% en 2004 à -12.14% en 2006
- Le retour des enfants burkinabé qui faisaient leur vaccination au Ghana
- Les couvertures vaccinales après ACD étaient nettement supérieures aux couvertures vaccinales avant ACD pour la même période
- Avant ACD les pourcentages de variation étaient de 0.34% pour le BCG, 5.07% pour le DTC1, 20.22% pour le DTC3, 23.03% pour le VAR, 13.85% pour le VAA et 32.1% pour le VAT2+FE
- Après ACD les pourcentages de variation ont atteint 33.9% pour le BCG, 24.32% pour le DTC1%, 42.15% pour le DTC3, 46.99% pour le VAR, 47.31% pour le VAA et 70.63% pour le VAT2+FE

Conclusion: Au terme de cette étude, nous disons que l'approche ACD est une alternative pour l'amélioration des couvertures vaccinales mais aussi pour l'amélioration de la gestion de la qualité des données du PEV de routine dans le district sanitaire de Pô. Cependant dans le Contexte actuel du district, il serait souhaitable de combiner l'approche ACD à d'autres interventions (moustiquaires, vitamine A...)

[C011] Quelle stratégie de réduction du stigma ressenti chez les patients tuberculeux en traitement? Une expérience dans 3 districts sanitaires du plateau central.

K M Drabo¹, R Zerbo¹, I Ouedraogo², S. Konfè², B Dujardin³, J. Macq³

¹: *Institut de Recherche en Sciences de la Santé Burkina Faso;*

²: *Direction Régionale de la Santé du Plateau central, Ziniaré, Burkina Faso*

³: *ESP-ULB Bruxelles, Belgique*

Correspondance: Maxime Drabo, IRSS Bobo-Dioulasso; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Phone/Fax: (226) 20 97 48 68 E-mail: m_drabok@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose demeure un problème de santé publique et est parfois source de stigmatisation du patient par son entourage. Depuis 2006 un accompagnement psychosocial mensuel des patients tuberculeux en traitement est réalisé dans les 3 districts sanitaires du plateau central. Les Objectifs de ce travail sont : a) de mesurer l'impact de cet accompagnement sur le stigma ressenti par les malades tout au long du traitement et b) de déterminer le lien entre le stigma ressenti et le niveau d'estime de soi. Pour cela les résultats ont été comparés avec ceux des patients de la zone contrôlée composée par 3 DS du centre Est.

Méthodes: Deux grilles ont été utilisées pour évaluer tout le long du traitement, le stigma ressenti

(grille de J Macq) et le niveau d'estime de soi (grille de Rosenberg) chez 56 patients tuberculeux dans la zone d'intervention et 59 patients dans la zone contrôle. La grille de J Macq est construite autour de 20 questions réparties dans 4 rubriques représentant les différentes facettes d'expression du stigma ressenti (l'interprétation négative du comportement des autres ; la perte du potentiel comme être humain ; l'intériorisation du complexe d'infériorité et l'intériorisation du complexe de culpabilité). La grille de Rosenberg est construite autour de 20 questions réparties dans 3 rubriques (l'actualisation de son potentiel comme être humain ; l'attrait pour ses semblables et les perspectives futures du patient).

Dans les 6 districts les questionnaires ont été administrés à chaque malade de la manière suivante: au J0: grille de Rosenberg; J15: grille de J Macq; J60: grille de J Macq; J120 Grilles de Rosenberg et J Macq; J 180: grille de J Macq et J240: Grilles de Rosenberg et J Macq.

Résultats: Le stigma ressenti est au niveau le plus élevé à J60 dans les deux groupes (Zone intervention et Zone contrôle). Cependant il reste élevé au J120 dans la zone contrôle et baisse significativement dans la zone d'intervention. A J180 il baisse dans la zone contrôle et est très faible dans la zone d'intervention. Les rubriques les plus en cause sont: l'intériorisation du complexe d'infériorité et l'intériorisation du complexe de culpabilité. Le niveau de l'estime de soi est faible au même moment où le stigma ressenti est élevé. L'accompagnement psychosocial mensuel des patients tuberculeux a eu un impact significatif sur le stigma ressenti par les malades au cours du traitement antituberculeux.

Conclusion: La lutte contre la stigmatisation ressentie au cours du traitement antituberculeux, devra se focaliser sur l'intériorisation par les malades du complexe d'infériorité et de culpabilité. L'accompagnement psychosocial mensuel est une stratégie pouvant contribuer efficacement à réduire le stigma ressenti par les malades en traitement et aussi à améliorer la qualité de vie pendant la même période.

Mots clé: Patient tuberculeux, Accompagnement psychosocial, Stigma ressenti, Estime de soi

[CO13] Approche socio anthropologique de la Tuberculose à Mopti (Mali) : situation de la tuberculose, recours thérapeutiques et acteurs de la lutte anti-tuberculose

Abdramane BERTHE¹, Fodié MAGUIRAGA², Lala TRAORE², Alima NACRO³, Mohamed BERTHE³, Abdoul Karim KANOUTE², Etienne MUGISHO⁴, Maxime DRABO⁵, Abdel Kader TRAORE², Pierre HUYGENS⁶

1 = SHADEI, Centre Muraz (Burkina Faso)

2 = CNAM (Mali)

3 = PNLT (Mali)

4 = CTB (Mali)

5 = IRSS (Burkina Faso)

6 = ESP-ULB (Belgique)

Background

La tuberculose avec ou sans le VIH entraîne une diminution des capitaux physique, financier et social des individus et des populations. En 2008, plus de 5000 cas de tuberculose ont été enregistrés au Mali en 2006. Pour une meilleure riposte à la tuberculose, le projet Foresa prône une approche participative de tous les acteurs. Cette étude socioanthropologique a été initiée pour analyser la situation de la Tuberculose au Mali et répertorier les acteurs afin de stimuler une meilleure riposte.

Méthode: les investigateurs ont réalisé : une revue documentaire, des observations participantes, conduit des entretiens formels et informels avec des leaders d'opinion, des agents de santé, des anciens et nouveaux patients et réalisé des focus group. Les données ont été dépouillées manuellement.

Résultats: différentes formes de toux ont été citées et catégorisées par les interviewés. Selon les interviewés, plusieurs signes dont la fièvre, les maux de tête, etc. indiquent la tuberculose et diverses situations exposent la situation à cette maladie perçue comme une *maladie contagieuse, mortelle, honteuse*. Cette perception serait à l'origine de la stigmatisation des tuberculeux. Au Mali, la prévention de la tuberculose se résume essentiellement à l'évitement des facteurs exposant et/ou transmettant la tuberculose. Le recours aux soins modernes est souvent tardif. Une quantité d'acteurs sont mobilisés et mobilisables pour une véritable réponse malienne à la tuberculose.

Conclusion: pour une meilleure réponse à la tuberculose au Mali, il faut : dynamiser et pérenniser les cadres de concertations entre les acteurs, renforcer les compétences de l'ensemble des acteurs et améliorer les connaissances des populations sur la tuberculose, suivre et évaluer les interventions.

[CO13] PERCEPTIONS D'UN ESSAI CLINIQUE MICROBICIDE AVANT ET APRES SON ARRET PREMATURE

BERTHE Abdramane¹, SANOU Zakaria Emmanuel¹, BAMBA Issiaka¹, OUEDRAOGO Abdoulaye², NAGOT Nicolas², MACK Natasha³, JOHNSON Laura³, TOLLEY Betsy³.

1 = SHADEI-Muraz (Centre Muraz)

2 = Centre Muraz (Burkina Faso)

3 = Family Health International (FHI), USA

Introduction: en septembre 2006, parce que la séroincidence du VIH (1%) était faible chez les participantes potentielles, le démarrage d'un essai microbicide a été arrêté au Burkina Faso. Un monitoring socio-comportemental a cerné la perception des différents acteurs avant et après cet arrêt prématuré.

Méthodologie: outre une brève revue documentaire, les investigateurs ont réalisé :

- des entretiens individuels avec 10 membres du staff, 6 informateurs clés, 8 clients des travailleuses du sexe et 12 participantes potentielles ;
- 5 focus group avec des associations et 3 avec le staff.

Les données ont été dépouillées manuellement.

Résultats: avant cet arrêt, les interviewés du staff percevait cet essai comme une intervention crédible, nécessaire pour confirmer ou infirmer l'efficacité du gel candidat. Tous ont exprimé un sentiment de joie de participer à cet essai. Une minorité le percevait comme un essai risqué. Malgré l'arrêt, ils ont gardé les mêmes perceptions du gel et de l'essai. Les participantes potentielles et la communauté étaient très peu informées sur la préparation de cet essai. Celles qui étaient informées la percevaient positivement avant et après cet arrêt. Tous les membres du staff trouvent que la raison de cet arrêt au Burkina Faso est intelligible mais reste non justifiée. A l'unanimité, les autres interviewés trouvent intelligible la raison de cet arrêt. Près de la moitié la trouvent justifiée et la moitié pensent le contraire.

Conclusion: cet arrêt n'a pas entraîné de changement dans la perception positive des microbicides et/ou de cet essai chez les différents acteurs. Certains ont trouvé dommage de ne pas prendre part à l'essai. Cependant certains interviewés demandent plus d'attention pour tout futur essai microbicide car celui-ci à plus tard été arrêté dans les autres pays pour efficacité non probant gel candidat.

[CO14] Habilitation sociale des Travailleuses du Sexe dans le Contexte de la Prévention des IST/VIH/SIDA

Mamadou Dao, Laetitia Crouzil, Odette Ky-Zerbo, Jean François Somé, Fodé Simaga

Contexte: Au Burkina Faso, les travailleuses du sexe (TS) ont été identifiées par les politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA comme groupe particulièrement vulnérable constituant un noyau de transmission du virus. En 2005, la prévalence du VIH était de 19% dans cette population contre 2% en population générale.

Partant de ce constat, depuis trois ans, le PAMAC a développé une intervention ciblant les TS et mettant un accent particulier sur leur habilitation sociale.

Description de l'intervention: La stratégie d'intervention a été élaborée lors de rencontres entre les différents acteurs de ce domaine : les leaders TS, les boys friends, les associations évoluant dans le milieu prostitutionnel, les forces de l'ordre et les gérants des sites de prostitution et des chambres de passe. Le PAMAC a ensuite financé les plans d'action de 8 associations. De 2005 à 2007, ces 8 structures ont mis en place une stratégie d'éducation par les pairs. Ainsi, 75 paires éducatrices ont été formées et intégrées aux associations. Elles ont créé 25 clubs, mis en place 3 mutuelles de solidarité et disposent toutes désormais de comptes d'épargne. Elles ont aussi initié un système d'information en chaîne sur les clients hostiles à l'utilisation du condom, et se sont impliquées dans le renforcement de l'hygiène et de la sécurité dans l'environnement de la prostitution. 5000 TS ont participé chaque année aux campagnes de dépistage, et ont mis en place 20 points de vente de condoms

Leçons apprises: Grâce à ce projet, les TS ont désormais accès aux services de prévention et de santé. L'accompagnement par les associations favorise les prises de conscience des TS qui font face à de nombreuses difficultés sociales et financières.

Prochaines étapes: Au regard des acquis de cette intervention, il paraît maintenant nécessaire de développer une stratégie de suivi personnalisé des TS pour permettre un renforcement de leur pouvoir d'agir en vue d'une intégration sociale réussie.

Session 4 : sécurité, gestion du risque et accès aux soins de qualité

[CO15] Gestion des déchets biomédicaux

Brigitte Chardon

consultante formatrice santé environnement
CEDDES (Centre pour l'Environnement, le Développement Durable et l'Education à la Santé)
14 rue Delmas - le valcyre 2 - 34000 Montpellier - FRANCE

tél/fax : (00 33) 4 67 22 49 70

mobile : (00 33) 6 89 65 54 96

email : chardonb@aol.com

Environncedd@aol.com

De par leurs activités, les établissements de soins produisent des déchets en grande quantité et de natures très diverses : ce sont les déchets biomédicaux (DBM).

Environ 85% des DBM sont assimilables à des déchets ménagers, les 15% restants sont à risques : infectieux (piquants coupants tranchants, déchets anatomiques humains, ...), chimiques et toxiques (déchets des laboratoires, déchets pharmaceutiques, génotoxiques, mercuriels, argentifères,...), radioactifs.

Les chiffres récents indiquent : pour les pays développés, une production de DBM ménagers de 1,1 à 12 kg/lit/jour, et de DBM à risques de 0,4 à 5,5 kg/lit/jour - pour les pays en développement, une production de DBM ménagers de 0,5 à 3 kg/lit/jour, et de DBM à risques inférieure à 0,3 kg/lit/jour. La législation s'appliquant aux DBM repose sur la réglementation internationale (conventions de Bâle et de Stockholm) et les réglementations nationales, plus ou moins avancées selon les pays, qu'il s'agisse des pays du Nord ou de ceux du Sud. A chaque catégorie de déchets doit correspondre une filière d'élimination appropriée et bien identifiée, respectueuse des règles d'hygiène et de sécurité à chaque étape : tri, conditionnement, collecte, entreposage, enlèvement, transport, traitement. Une gestion inadéquate des DBM engendre des risques pour la santé des personnes, à l'intérieur de l'établissement de soins (soignants, patients, visiteurs,...) comme à l'extérieur (personnels des installations d'élimination des déchets, grand public,...) et pour l'environnement.

Ces risques surviennent dans différentes situations tout au long de la filière : mauvais tri, conditionnement inadapté, pratiques de recyclage des seringues, incinération non conforme, sites de dépôts non contrôlés... La stratégie de gestion optimale des DBM doit prendre en compte de nombreux paramètres : types de déchets produits, environnement local, technologies disponibles, réglementations nationales et internationales, coûts et financements, acceptation sociale et culturelle,... Elle doit s'intégrer dans une politique nationale de gestion des déchets (instauration d'un cadre réglementaire; application des principes de base de précaution, proximité, pollueur payeur, devoir de diligence; appui des autorités municipales et régionales,...). Elle doit tenir compte de l'évolution constante de la réglementation (normes des emballages) et des technologies de traitement (incinération, banalisation,...). Elle vise à optimiser le système global de gestion, de la production à l'élimination des déchets, par des actions de formation et de sensibilisation, et l'utilisation d'outils d'évaluation performants (indicateurs de procédés, de résultats sur les pratiques,...).

La mise en place d'une bonne gestion des DBM est une oeuvre de longue haleine qui requiert l'implication de tous les acteurs. Il s'agit de ne pas occulter les difficultés qui existent pour éliminer les DBM : contraintes structurelles, organisationnelles, réglementaires, budgétaires, mais aussi de garder à l'esprit que les enjeux d'une

gestion appropriée des DBM touchent à la fois à la sécurité des personnes, à la sauvegarde de l'environnement, au respect de la réglementation, au contrôle de l'incidence économique de l'élimination des DBM.

Il est essentiel de toujours remettre en avant les points clés de l'hygiène hospitalière, primordial dans la lutte contre les infections nosocomiales.

[CO16] La stratégie OPM appliquée dans les districts sanitaires de la région de Dosso au Niger

Maman Kiassa Adamou ingénieur biomédical ; DSrP Dosso

Mots clés : Ouvriers polyvalents de maintenance (OPM) ; décentralisation ; Qualité des soins

Thème : Maintenance de l'équipement sanitaire

Contexte du travail : Longtemps reléguée au second plan dans les préoccupations des décideurs, la maintenance des matériels et équipements sanitaires est désormais une priorité au Niger. Elle constitue en effet un axe stratégique inscrit dans le plan de développement sanitaire du pays (2005-2011). Jusque très récemment, l'entretien en périphérie était assuré de façon insuffisante par des techniciens des services régionaux dont les déplacements pour des interventions souvent banales, rendaient coûteux et inefficaces l'ensemble de leurs prestations. De leur côté, prestataires et comités de gestion des structures ne savaient comment s'y prendre pour résoudre des problèmes mineurs qui paralysaient les services, perturbant ainsi la fourniture adéquate des soins. Pour pallier cette situation, le MSP/LCE, inspiré d'une expérience en cours au district de Ouallam, avec l'appui de ses partenaires (notamment CTB et FAD) a développé une stratégie de mise en place d'OPM. Ces derniers ont été recrutés sur base d'un concours après avoir soumis leurs dossiers aux districts de leur choix. Une formation/orientation d'une durée d'un mois a été organisée au profit des candidats sélectionnés. Chaque OPM formé devrait ainsi être capable d'organiser son travail et d'intervenir des domaines tels l'électricité, la plomberie, la mécanique, la menuiserie métallique, etc. Au terme de la formation, chacun a été doté d'une caisse à outils, d'une moto tout terrain, d'un petit atelier avec des pièces de rechange essentielles fournis par les partenaires. Une fois affectés dans les districts, ils ont été placés sous l'autorité des Médecins Chefs de Districts qui gèrent désormais les ressources allouées spécifiquement à la maintenance. Leur supervision technique dépend du point focal de maintenance au niveau régional. Leurs tâches ont consisté à participer activement à l'élaboration des plans de maintenance des districts, à assurer la maintenance préventive et curative aux

deux niveaux de soins, à tenir à jour les outils de gestion de la maintenance et à élaborer et soumettre des rapports d'activités périodiques. A Dosso, on compte un (1) OPM fonctionnel dans chacun des cinq districts sanitaires de la région. Ils sont entrés en fonction au cours du second semestre 2007.

Objectifs : 1) Améliorer la disponibilité et la sécurité des équipements et infrastructures des districts sanitaires de la région par des services de maintenance efficaces et efficaces; 2) Promouvoir une culture de maintenance dans le secteur de la santé

Hypothèse : Des services de maintenance décentralisés offerts par des Ouvriers Polyvalents formés, munis d'un outillage minimal et de moyens de déplacement faciliteraient la dispensation de soins de qualité par les différentes structures des districts sanitaires de la région.

Résultats : Après 6 mois de mise en œuvre de la stratégie, on a observé une diminution importante des requêtes de réparation soumises aux services techniques régionaux (49% de la moyenne des deux semestres précédents l'introduction des OPM). Il en est de même pour le nombre de pannes qui résultaient de manipulations inadéquates de la part des prestataires de soins, ces derniers ayant pris conscience de la nécessité de protéger le matériel dont dépendent leurs capacités diagnostiques et l'efficacité technique essentielles à la qualité des soins fournis. On observe une meilleure implication des comités de gestion qui sont plus enclins à entreprendre des réparations mineures comme réparer un banc ou changer une serrure, ceci pour un meilleur accueil des patients et de meilleures conditions de travail pour le personnel. Les outils de gestion de la maintenance sont mieux utilisés et mis à profit.

Leçons apprises : 1) L'existence d'un personnel qualifié, polyvalent et motivé est un facteur favorisant le développement de la culture de maintenance. 2) La maintenance dite préventive de proximité, organisée sur base d'un plan élaboré de manière participative s'avère un atout majeur de la stratégie. 3) L'expérience en cours démontre que la décentralisation des services de maintenance et l'établissement d'une culture de maintenance au niveau des prestataires et de la communauté sont possibles au Niger.

Question : Comment assurer la pérennité du système quand les partenaires qui fournissent actuellement une grande partie des ressources (primes, pièces de rechange, etc.) se seront désengagés ?

[CO17] Amélioration de la qualité relationnelle entre prestataires et usagers dans l'accès aux soins de santé

Compaoré P, ** Bationo, B, F*, Ouattara F, *** Kaboré A, **** Sanon T, ***** et al

Au Burkina Faso, l'utilisation des services de santé par les populations reste encore faible (34%)⁷. En ce qui concerne la santé génésique, l'offre et la demande semblent avoir particulièrement du mal à s'ajuster, et on ne saurait limiter la question de la fréquentation des services aux seuls aspects « techniques » (équipement, qualification des personnels, etc.). L'amélioration de l'accès à des soins de qualité exige également une approche qualitative s'interrogeant sur les itinéraires thérapeutiques, les attentes et les besoins identifiés par les populations et les prestataires. Pour contribuer à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, le projet « PASSAGE » a initié des rencontres originales entre prestataires, et entre usagers/prestataires.

Approche méthodologique : L'approche méthodologique utilisée est essentiellement qualitative. Des entretiens de groupes ont été réalisés entre prestataires/usagers jeunes (filles/garçons), prestataires/usagers adultes usagers (femmes/hommes) et entre soignants. Les rencontres se sont tenues dans les mairies de Boulmiougou et de Bogodogo pour les usagers/prestataires et dans les districts sanitaires pour le personnel soignant. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Les rencontres ont permis de relever des facteurs sociaux qui expliqueraient les difficiles interactions sociales entre prestataires et usagers dans la relation thérapeutique.

Résultats : Au total dix huit (18) rencontres ont été organisées et environ 300 personnes y ont participé. Il ressort de ces entretiens que la confidentialité, les agressions verbales et parfois physiques des sages femmes et Accoucheuses à l'endroit des patientes, le vol de médicaments des patients, la vente parallèle des médicaments par des agents de santé à des patients, la consultation thérapeutique très rapide ou expéditive du personnel de santé, la représentation sociale du corps surtout chez les jeunes étaient des facteurs déterminants dans l'accès aux soins de santé de qualité. Ce travail a pour objectif de présenter les opinions des différents acteurs liées à ces relations entre prestataires de soins de santé et usagers.

Mots-clés : *Projet Passage, - santé génésique - soins de qualité- Bogodogo-Boulmiougou - Burkina Faso*

⁷ DEP/SANTE, annuaire statistique, 2005, Ouagadougou.

« PASSAGE », ** Département de Sociologie, *** IRD, **** « PASSAGE », *****DRS

[CO18] Amélioration de l'accès au sang de qualité pour la transfusion sanguine: expérience du district sanitaire d'Orodara au Burkina Faso

Méda z. Clement¹, Dahourou h.², Kienou k., Djibougou Djakourga¹, Sanou Moussa¹, Sombie Issiaka³

1: District sanitaire d'Orodara

2: Centre Régional de transfusion sanguine, Bobo-Dioulasso

3: INSSA/Université Bobo-Dioulasso, CHUSS, Centre MURAZ de Bobo-Dioulasso

Objectif : Au niveau du district sanitaire de Orodara, les besoins en sang ont justifié 80% des évacuations du CMA vers le CHUSS de Bobo Dioulasso en 2004. La prise en charge de ces évacuations était assurée en grande partie par les malades. Afin de réduire ces évacuations, en 2005, une collaboration avec le Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) de Bobo Dioulasso a permis la mise en place de dépôt de sang au sein du District de Orodara. Dans ce cadre, l'organisation suivante a été mise en place: aider le CRTS pour la promotion du don de sang dans la région de Orodara; organiser en collaboration avec le CRTS des collectes de sang à Orodara; approvisionnement régulier du district de Orodara (1 fois toutes les 2 semaines) en produits sanguins ; mettre en place un système d'hémo-vigilance et de traçabilité au sein du district à l'aide de fiches post transfusionnelles et d'un comité hospitalier transfusionnel au sein du district pour la supervision de toutes les activités transfusionnelles. L'objet de ce travail est de faire le bilan après deux ans et demi de mise en œuvre.

Méthode : Les fiches post transfusionnelles (FPT) sont agrafées à la poche au moment de la distribution des produits sanguins labiles (PSL). Une partie de la FPT est remplie par le technicien de laboratoire et l'autre partie par l'infirmier qui assure l'acte transfusionnel après la transfusion. Une analyse des supports de données au CMA et au niveau du CRTS a été faite mensuellement afin de mettre en évidence les forces et les faiblesses des pratiques transfusionnelles au sein du CMA de Orodara.

Résultats : Au total, quatre (4) séances de collecte de sang ont été réalisées à Orodara, ce qui a permis de collecter 746 poches de sang. Toutes les poches collectées ont été soumises systématiquement à la détermination des groupes sanguins ABO-RHD (44.0% de groupe O; 21.1% de groupe A ; 28.9% de groupe B ; 3.6% de groupe AB) et au dépistage du VIH, des hépatites B et C, de la syphilis pour la qualification biologique des dons (0,4% de VIH ; 19,2% de VHB; 3,6% de VHC ; 0,8% de syphilis). Pour l'approvisionnement, des missions spéciales ont été organisées toutes les deux semaines et

entièrement financées entièrement par le CMA (481.000 FCFA en moyenne par an). Sur 561 poches de sang demandées, 450 poches de sang ont été obtenues, soit un taux de satisfaction de 84.7%. Cent quatre vingt huit (198) malades ont été transfusés au CMA et 84 malades évacués au CHUSS pour insuffisance de satisfaction en PSL au niveau du CRTS. Les unités consommatrices de sang étaient par ordre d'importance la maternité, la pédiatrie, la chirurgie et la médecine. Pour ce qui est de l'analyse des FPT, on a noté un taux de promptitude de 70%, un taux de complétude de 92%, le délai entre la distribution et le début de la transfusion était de 89% pour 90mn (délai arrêté en consensus à cause de nos conditions climatiques) et la durée de la transfusion était de 78% pour 2heures. Il n'a pas été noté d'accidents ni d'incidents majeurs au cours de la transfusion. La mise en place de système a permis de réduire le coût de la prise en charge du malade pour le district et aussi pour le malade.

Conclusion : Cette expérience montre qu'il est possible, en matière de sécurité transfusionnelle, d'offrir du sang de qualité dans un district sanitaire. Plusieurs intérêts à cette approche de transfusion décentralisée existent: le bénéfice pour le district et amélioration de la fonctionnalité du CMA comme niveau de référence, le bénéfice pour les malades et leurs familles et le bénéfice pour le CHUSS. Le défi reste la disponibilité du sang qualifié au niveau du CRTS pour réduire significativement les ruptures en sang dans les hôpitaux de district.

[CO19]Gérer une patiente atteinte du sida, soupçonnée de tuberculose : réflexion autour d'un cas dans le District sanitaire de Bousé au Burkina Faso

Roger Zerbo *

*Anthropologue, doctorant à l'Université Libre de Bruxelles / Chercheur au CNRST-IRSS

Adresse Postale : 09 BP : 1316 Ouagadougou 09. Burkina Faso ; E-mail : zerboroger@yahoo.fr

Introduction: L'épidémie du sida en Afrique sous-saharienne a été suivie de près et parallèlement par une augmentation des cas de tuberculose. Ainsi, les Programmes nationaux de lutte antituberculose, ont-ils dû faire face au défi d'assurer les services de diagnostic et de traitement pour un nombre croissant de cas. La co-infection tuberculose-sida rend le diagnostic de la dernière plus complexe, et le traitement des deux maladies conjointes sont assez lourds pour les malades. Au-delà de la problématique des échecs thérapeutiques, l'interruption des traitements, d'autres facteurs sont envisageables, notamment le fort taux de mortalité chez les co-infectés, et l'insuffisance du paquet de

soins offerts aux malades. Les incohérences dans la coordination des systèmes de soins antirétroviraux et antituberculeux, interpelle à plus d'un titre, étant entendu que ces deux maladies ont un poids social et thérapeutique très considérable.

Méthodologie: Avec l'application de la méthode d'analyse en groupe (Van Campenhout et al, 2005) dans le cadre d'une intervention de santé publique (Projet « Formation Recherche-action en Santé » : (FORESA) avec l'appui de l'ESP/ULB, la CTB (Belgique), le l'UE (EuropAid Santé/2004/078-590. Au Burkina, les travaux se déroulent dans la région sanitaire du plateau central (districts de Boussé, Ziniaré, et Zorgho de 2005 à 2007) ; le Comité de soutien aux malades du district sanitaire de Boussé, composé de 14 acteurs stratégiques, a été mise en place pour réfléchir périodiquement sur des expériences réelles des malades, en vue de trouver des solutions rendant plus efficiente et efficace l'offre de soins et de prévention en matière de pathologies chroniques (sida & tuberculose). Avec l'accompagnement d'un anthropologue, le récit d'une femme séropositive sous traitement antirétroviraux qui présente en même temps une toux assez chronique a été mis en examen.

Résultats: La prise en charge de la co-infection tuberculose est un défi pour les acteurs des politiques et système de santé, et présente des enjeux psychologiques, socioculturels et médicaux. Les malades font face à une double crainte : l'image sociales négatives des deux malades, et la lourdeur des traitements. L'expérience de la femme séropositive mise en examen ici révèle plusieurs dimensions. Il y a un problème d'intégration sociale : ses relations sociales sont mises en difficultés par des brimades et la marginalisation sociale. Son état psychologique est déséquilibré, présentant des réactions impulsives spontanées de nervosité, une résignation et la fatalité face au sida. Elle vit la peur de la stigmatisation sociale liée à une probable co-infection et refuse le diagnostic de la tuberculose malgré la chronicité de la toux qu'elle a. son expérience d'accompagnement des malades séropositifs crée en elle une amertume face aux médicaments et les caprices des services de soins, ainsi que son expérience douloureuse de la prise quotidienne des antirétroviraux. Les réflexions mettent en évidence une représentation négative de la vie et de la maladie. Etant malade chronique par le sida, la lassitude face au poids social et thérapeutique du sida engendre le stoïcisme et une négligence de la tuberculose.

Conclusion: Outre la précarité économique, la stigmatisation sociale et la marginalisation, subits par les malades chroniques dans leur environnement, la réflexion débouche sur l'estime de soi des malades. Une dimension importante à explorer et promouvoir en vue d'organiser mieux les adhésions aux traitements, améliorer leurs

rapports sociaux, et leur condition de vie, avec la collaboration des médecins traitants, qui se doivent d'acquérir des compétences en la matière.

Mots clé: Anthropologie, analyse en groupe, service de soin, séropositif, tuberculose

[CO20]Référénts culturels et compromis de la modernité dans la prise en charge de la tuberculose : les tradithérapeutes comme acteurs du système de santé au Burkina Faso

*Roger Zerbo **

**Anthropologue, doctorant à l'Université Libre de Bruxelles / Chercheur au CNRST-IRSS*

Adresse Postale : 09 BP : 1316 Ouagadougou 09. Burkina Faso ; E-mail : zerboroger@yahoo.fr

Introduction: La qualité de prise en charge des malades tuberculeux, suppose un changement des comportements et des attitudes des acteurs des systèmes de santé. Pour ces renouveaux, les Contextes locaux doivent être pris en considération et cette prise en compte des référents culturels exige la collaboration avec des tradithérapeutes dont l'offre de soins fait référence aux représentations sociales de la maladie grâce à une politique de promotion de la médecine traditionnelle au Burkina Faso. Cependant, la nature de leur interaction avec les prestataires de soins officiels et les espaces de collaboration devraient faire l'objet de réflexions critiques, prospectives pour déboucher sur les alternatives de collaboration profitables pour le bien-être des malades et l'estime de soi de tous les acteurs des systèmes de santé. Dans le cadre d'un projet de recherche-action interdisciplinaire, impliquant l'anthropologie et la santé publique, des approches ont été initiées en vue mobiliser les tradithérapeutes pour participer au fonctionnement des services de soins. Les tradithérapeutes ont été identifiés comme acteurs, détenteurs d'enjeux dans les décisions de soins en ce sens que ces fournisseurs de soins accordent une attention particulière aux aspects somatiques et psychosociaux de la maladie.

Méthodologie: Une activité de recherche-action en santé publique qui met en réseau des acteurs impliqués dans la prise en charge des malades tuberculeux, à partir d'une reconstitution anthropologique des itinéraires thérapeutiques des tousseurs chroniques et des malades tuberculeux. Le processus est basé sur une approche participative pour améliorer la qualité et l'accès aux soins de santé pour les malades. C'est le projet « Formation Recherche-action en Santé » : (FORESA) avec l'appui de l'ESP/ULB, la CTB (Belgique), le l'UE (EuropAid Santé/2004/078-590). Au Burkina, les travaux se déroulent dans la région sanitaire du plateau central (districts de Boussé, Ziniaré, et Zorgho de 2005 à 2007). Un dispositif de

concertation, d'échange et de partage d'expériences a été mis sur pied mobilisant les acteurs stratégiques impliqués dans les décisions de santé, avec l'accompagnement d'un anthropologue.

Résultats: L'approche unissant anthropologie et santé publique fait comprendre les représentations socioculturelles de la maladie dont les tradithérapeutes sont détenteurs. En renforçant les connaissances des tradithérapeutes sur les signes cliniques de la maladie et en suscitant leur prise de conscience sur les insuffisances des traitements traditionnels de la tuberculose pulmonaire, la recherche établissant une collaboration entre les prestataires de soins « modernes » et tradithérapeutes a montré les capacités de ces derniers à référer les tousseurs suspects de tuberculose aux centres de santé. Ainsi, la contre référence de malades vers les tradithérapeutes a-t-elle également été notée selon leur demande. L'émergence d'un « réseau d'acteurs » à la prise en charge des malades montre que la collaboration systématique et efficiente entre tradithérapeutes et agents de santé, a été un processus dynamique qui facilite la complémentarité des acteurs, améliore leur interaction et permis un bon niveau d'estime de soi des professionnels de la santé impliqués dans cette approche. La place accordée aux tradithérapeutes dans le système de santé traduit un renforcement de la politique de reconnaissance de la médecine traditionnelle et l'image sociale de la maladie. Le renforcement des connaissances du tradithérapeute au travers de sa participation aux activités de recherche-action fait de lui un relais auprès des autres pour accroître la référence des malades aux centres de santé et une source d'expériences permettant aux agents de santé de prendre en compte la logique sociale de construction de la maladie du comportement de santé.

Conclusion: Le recueil des "savoirs traditionnels" dans une perspective d'intégration de la médecine traditionnelle au système de soins de santé primaires modernes est indispensable pour le succès des actions de santé publique. Sinon que deviendrait une action de santé publique qui n'est pas socialement acceptée ?

Mots clés : Anthropologie, santé publique, soins de qualité, tuberculose, tradithérapeute.

Session 5: économie et accès aux soins de qualité

[CO21]Evaluation de la mise en œuvre de la subvention des accouchements et des sonu du 1^{er} octobre 2006 au 31 décembre 2007 au ds de po

Zongo et al

Introduction: Une subvention des SONU a été mise en place le 1^{er} octobre 2006 et la subvention des accouchements le 08 février 2007 au DS sanitaire de Pô. Cette subvention concerne les accouchements eutociques, les accouchements dystociques, les soins intensifs du nouveau né, les aspirations manuelles intra-utérines, les éclampsies, les césariennes et les grossesses extra-utérines.

Au terme de 14 mois de mise en œuvre nous nous proposons de faire une première évaluation afin de dégager les forces, les faiblesses et de proposer des solutions.

Objectif: Evaluer la mise en œuvre de la subvention des SONU et des accouchements au DS de Pô

Matériels et méthodes: Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive effectuée au district sanitaire de Pô entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2007 pour les SONU et entre le 08 février 2007 et le 31 décembre 2007 pour les autres prestations. L'étude a concerné tous les cas de prestations subventionnés colligés à travers des fiches individuelles de prise en charge.

Résultats: Sur le plan physique : Au niveau du CMA, ce sont au total 169 césariennes/laparotomies, 53 accouchements dystociques, 14 éclampsies, 26 aspirations manuelles intra-utérines (AMIU), 6 soins intensifs du nouveau né et 3 autres SONU qui ont été pris en charge.

Au niveau des CSPS, ce sont au total 3121 accouchements eutociques qui ont été pris en charge.

Parmi ces accouchements, on a pratiqué 439 épisiotomies soit 14,06% des accouchements eutociques

Sur le plan financier: Au niveau du CMA

En chirurgie, on a dépensé 8 700 045, la contribution des bénéficiaires était de 1 857 000, la subvention reçue était de 7 436 000 soit un solde positif de 592 955

A la maternité du CMA, on a dépensé 1 253 095, la contribution des bénéficiaires était de 363 600, la subvention reçue était de 1 468 800 soit un solde positif de 579 305

Au niveau des CSPS: On a dépensé 11 475 415, la contribution des bénéficiaires était de 2 808 900, la subvention reçue était de 11 235 600 soit un solde positif de 2 569 085

A l'échelle du district: On a dépensé 21 428 555, la contribution des bénéficiaires était de 5 029 500, la subvention reçue était de 20 140 400 soit un solde positif de 3 741 345

En terme d'indicateurs de résultats: La couverture obstétricale est passée de 36,50 en 2006 à 50,12% en 2007

Le taux de césarienne est passé de 95,27% en 2005 à 132,40% en 2006 et à 190,25% en 2007

En terme d'indicateurs d'impact: L'indice de mortalité maternelle pour 100 000 naissances

vivantes (dans les services de santé) est passé de 269,32 en 2005 à 148,77 en 2006 et à 199,38 en 2007.

La différence n'est pas statistiquement significative. Sur les 9 décès maternels enregistrés en 2007, 3 étaient dus à une hémorragie de la délivrance, 2 à une anémie sévère décompensée, 1 à une rupture utérine, 1 à une GEU méconnue au niveau d'un CSPA, et 2 à une éclampsie.

La mortalité néonatale est passée de 1,38% en 2005 à 1,63% en 2006 et à 2,29% en 2007.

La différence est statistiquement significative.

Conclusion: La mise en œuvre de la subvention des accouchements et des SONU est satisfaisante dans son ensemble au regard du bilan physique, financier et des indicateurs de résultats.

Cependant les indicateurs d'impact nous montrent que beaucoup restent à faire pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au sein du district.

[C022] Evaluation de la mise en œuvre du système de partage des coûts au district sanitaire de Pô

Zongo et al

Introduction: Un système de partage de coût (SPC) pour la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales (césariennes et grossesse extra-utérine) a été mis en place dans le district sanitaire de Pô.

Ce SPC s'intègre dans un Contexte national de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence qui a ramené le coût des SONU de 55000FCFA à 11000FCFA.

Avec ce SPC, le coût de la prestation SONU est passé de 11000F CFA à 2000F CFA.

Ce système a bénéficié de la contribution des comités de gestion, du comité de jumelage coopération Mably-Pô, du district, du PADS, des bénéficiaires, et de certaines bonnes volontés.

Objectif: Contribuer à l'accessibilité de la population aux soins d'urgences gynéco-obstétricales de qualité par la réduction des coûts de la prise en charge.

Matériels et méthode: Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive effectuée au centre médical avec antenne chirurgicale de Pô du 17 février 2007 au 31 décembre 2007.

L'étude a concerné tous les cas de césarienne et de laparotomie pour grossesse extra-utérine effectués au CMA de Pô colligés à travers des fiches individuelles de prise en charge des urgences gynéco-obstétricales.

Résultats: Au total sur 116 cas prévus, 132 cas ont bénéficié du SPC soit 113,79%.

01 cas de laparotomie pour GEU n'a pas pu bénéficier du système.

07 cas n'ont pas été pris en charge par le système car ne provenaient pas de l'aire de santé du district.

03 cas ont été évacués à Ouaga (1 par manque de sang, 2 pour éclampsie) et n'ont pas bénéficié du système par suite de dysfonctionnement du comité de gestion mis en place.

La plupart des cas provenaient du 1^{er} échelon (CSPA niché) du CMA avec 34% des cas suivi de loin par le CSPA urbain avec 11,36% des cas.

Sur le plan financier, sur une prévision de **2 406 150 F CFA** ce sont **2 438 150 FCFA** qui ont été mobilisés soit un taux de mobilisation de **101,32%**.

1 454 500 FCFA ont été dépensés pendant la période avec un solde positif de **983 650 FCFA**.

Tous les bénéficiaires ont pu payer le forfait de 2000F demandé.

Une enquête d'opinion au sein de la communauté a permis de noter une satisfaction totale des bénéficiaires qui ont aussi souhaité la pérennité du système.

Conclusion: Cette expérience de mise en œuvre du SPC au DS de Pô dans un Contexte national de subvention des SONU est très satisfaisante.

Au regard de l'adhésion de tous les acteurs, de la bonne exécution physique et financière, de la satisfaction des bénéficiaires, nous restons confiants quand à la pérennité du système.

[C023] Mise en œuvre de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au centre hospitalier Souro Sanou de Bobo-Dioulasso: fonctionnement et difficultés, 1 année après: du 1^{er} décembre 2006 au 1^{er} décembre 2007

Dr Dembélé Adama, Dr Bambara Moussa**, Pr Dao Blami****

Objectifs: Il s'agit de décrire la mise en œuvre de la subvention des SONU au CHUSS de Bobo et de faire le point une année après en insistant sur les difficultés rencontrées.

Matériels et Méthodes: C'est avec regard rétrospectif que nous avons constitué les faits. Nous avons utilisé pour cela les documents de la DSF sur la subvention des SONU, les documents de toutes les rencontres au CHUSS sur la subvention des SONU, les statistiques SONU de la salle d'accouchement et du post-opéré de DGOMR.

Résultats: Une année après la mise en œuvre de la subvention, il y a eu un total de 1048 actes qui ont été subventionnés. Les césariennes représentent 84,7% des actes subventionnés, les GEU, 9%, et les ruptures utérines 6,3%. Le coût de chaque acte, grâce à la subvention, revient à 11 000 frs CFA. Les actes non encore subventionnés sont, l'accouchement eutocique et dystocique, la pré-éclampsie, la crise d'éclampsie et l'AMIU. Les difficultés principales restent la sous-estimation du

coût de la césarienne par la subvention et l'absence d'une coordination SONU.

Conclusion: La subvention des SONU est une expérience très intéressante. Elle a permis une amélioration nette du pronostic maternelle et fœtale. En effet le taux de suppuration a nettement diminué et le délai d'exécution de l'urgence chirurgicale s'est considérablement écourté. Le souci pour l'avenir demeure la pérennité du système.

Mots clés: Subvention – SONU – Césarienne – GEU – Rupture utérine – 11 000 FRS CFA – Pérennité

[CO24] Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux autour de l'accouchement : apport de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) plus les accouchements au niveau du district sanitaire de Orodara, Burkina Faso

Meda Z. Clément¹, CISSE Assita¹, Sanou Moussa¹, Sanou Kalifa¹, Kouanda Issiaka¹, Bayala Thomas¹, Sombie Issiaka²

1: District sanitaire d'Orodara

2: INSSA/Université Bobo-Dioulasso, CHUSS, Centre MURAZ de Bobo-Dioulasso

Introduction : à partir 2004, la stratégie de réduction du coût des soins d'urgence pour améliorer l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence a été mis en place. En 2007, la stratégie nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence plus les accouchements a été mise en place. L'objectif de cette communication est de faire le bilan un an après la mise en place de cette dernière stratégie et analyser son apport au niveau de l'utilisation des soins obstétricaux dans le district d'Orodara.

Méthode : Analyse des rapports d'activités des formations sanitaires et de l'équipe du district. Les activités menées pour la mise en place ont été recensées et le nombre de patientes prises en charge et le bilan financier de la mise en place de la stratégie a été établi.

Résultats : avant la mise en place de la stratégie le premier janvier 2008, des directives de mise en œuvre et des supports locaux ont été élaborés. Des réunions d'informations avec tous les acteurs (agents de santé, populations) ont été tenues. Une définition de l'indigence a été communiquée en référence à la définition selon les services de l'Action sociale; à défaut, le comité de gestion (infirmier chef de poste, président et trésorier du comité de gestion) devrait déclarer l'indigence en impliquant l'administration. Les remboursements étaient réalisés régulièrement en fonction des rapports fournis. Au total en un an, 8 128 femmes ont été reçues en maternité pour accouchement dans le district et la subvention a pris en charge 8259 cas

repartis comme suit : 7425 accouchements eutociques, 676 accouchements dystociques, 142 césariennes, 11 autres urgences obstétricales au bloc opératoire et 5 cas de pré-éclampsie/éclampsie. Les indigents représentaient 177(2,14%) des cas pris en charge par la subvention. On notait 164 cas accouchements eutociques, 4 accouchements dystociques, 4 césariennes, 3 cas de pré-éclampsie/éclampsie et 2 autres urgences obstétricales au bloc opératoire. Des 271 femmes référées à l'hôpital du district, 246 ont été prises en charge sur place et 25 évacuées au CHUSS. Du bilan fait de la contre-référence cherchée par le district au CHUSS, il ressort un remboursement attendu du CHUSS de 420.000FCFA pour le carburant. Le bilan financier s'élève à 39 834 057 FCFA réparti en : 66,90% au niveau CSPS (26 649 500), 31,94% au niveau CMA (12 722 418) et 1,16% pour la mobilisation sociale (462 139). Il n'y a pas eu de problème pour les remboursements. La répartition selon les rubriques des dépenses était la suivante : 25,8% pour la tarification, 27,9% pour les médicaments réactifs et consommables, 5,7% hospitalisation, 40,6% pour le carburant. Au niveau du CMA, il a été dépensé 27,7% pour le carburant au compte des évacuations des CSPS au CMA et 72,3% du CMA au CHUSS. De 2006 à 2007, on note une amélioration de la fréquentation et de l'utilisation des services de santé maternelle : augmentation du taux de couverture en CPN2 de 66,81% à 75,84%, du taux d'accouchement assisté de 58,34% à 68,77% et de la couverture en césarienne de 29,18% à 45,22%. Au niveau de la mise en œuvre, une insuffisance de mise en place des supports et une faible connaissance des accouchements dystociques ont été les difficultés. Elles ont été corrigées lors des supervisions.

Conclusion : la mise en place de la subvention été une réalité dans le district d'Orodara. Elle a permis d'améliorer l'utilisation des services autour de l'accouchement et surtout de prendre en charge des indigents. Au niveau financier, le bilan est resté positif pour le district. Cette subvention devrait continuer pour améliorer l'accès des services aux populations.

[CO25] Le recouvrement des couts dans les établissements publics hospitaliers du mali: l'exemple du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE de Bamako

Nacoulma Adama, Dr. Tchere Marie-Laure, Sanogo Guédiouma

1. Administrateur des services financiers, DESS en management des institutions sanitaires

2. Médecin de santé publique, Directeur Coordonnateur du Programme National de Promotion de la Santé Bucco- Dentaire de Côte-d'Ivoire

3. *Administrateur civil, Chargé des Ressources Humaines au CHU Gabriel TOURE de Bamako Mali*

Introduction: Le CHU Gabriel TOURE de Bamako est un Etablissement Public à caractère Hospitalier (EPH), doté de la personnalité morale et d'une autonomie de gestion financière.

En 2004, le taux de fréquentation du CHU était de 7,34%, nettement supérieur à la moyenne nationale (0,26%). Or à la même année, sur une prévision de recettes de quatre cent quatre millions six cent quarante six mille six cent quinze (404.646.615 F) CFA, les ressources propres effectivement encaissées ne s'élevaient qu'à deux cent quatre vingt onze millions trois cent cinquante six mille neuf cent quarante quatre (291.356.944 F) CFA. Presque la moitié des prévisions n'a pas été couverte, ce qui montre que des obstacles existent quant à la mise en œuvre de la politique de recouvrement.

C'est ce qui a motivé le choix de notre thème qui est : « Le recouvrement des coûts dans les établissements publics hospitaliers du Mali : l'exemple du CHU Gabriel TOURE de Bamako ».

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur les implications du recouvrement des coûts

Résultats: De façon générale, les données montrent qu'il existe un écart assez important entre les prévisions et les réalisations (179.116.890 Fcfa en 2005 et 48.729.072 Fcfa en 2004). Il peut s'agir d'une planification très optimiste ou de faiblesses de recouvrement.

De façon spécifique,

- les prévisions en activités hospitalières n'ont jamais été atteintes. Au contraire, l'écart a augmenté de 2.162.248 entre 2004 et 2005.

En 2004, le budget propre n'a contribué qu'à hauteur de 2,95% au fonctionnement. En 2005, il y a certes une augmentation significative de 59,68%, mais sans être couvert par les recettes des activités hospitalières et du recouvrement des créances.

- les dépenses de salaires sont assez énormes. Plus de la moitié des recettes propres en 2005 est consacrée aux salaires. En 2004, le salaire du personnel contractuel représentait 83,58% du total des dépenses effectuées sur fonds propres. En 2005, il est de 30% soit une diminution de 50 points

- la prise en charge des indigents, les gratuits et les impayés constituent une contrainte à ce budget et suscite le commentaire suivant:

- le cumul des impayés et des gratuits en 2005 donne un montant de quatre vingt sept millions trois cent quatre vingt dix neuf mille trente (87.399.030 FCFA). Le recouvrement de cette somme représente 20% des recettes et contribuerait à diminuer l'écart de prévisions entre les recettes et les dépenses à moins treize millions sept cent quatre vingt un mille huit cent quatre vingt onze (-

13.781.891 FCFA) soit une réduction de 86%. De même, la contribution des recettes propres aux dépenses de fonctionnement augmenterait de 2,79% par rapport à la subvention de l'Etat.

Mais il s'agit aussi de ne pas perdre de vue la mission sociale du CHU pour ne s'intéresser qu'aux Objectifs financiers.

Mots clés: Recouvrement des coûts, budget, indigents, gratuité et impayés, mission sociale du CHU, subvention de l'Etat

[CO26] Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso

Ouédraogo C, Richard F, Ouédraogo L., Compaoré J, Wissocq C, Pobel D, Ouattara F, Gruénais ME, De Brouwere V.

Introduction: Avec un ratio de 484 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, l'amélioration de la santé maternelle et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence représentent un défi majeur pour le système de santé du Burkina Faso.

Pour réduire les barrières financières de l'accès aux soins obstétricaux, le district sanitaire du secteur 30, district urbain de la ville de Ouagadougou a mis en œuvre un système de partage des coûts depuis janvier 2005. Ce travail présente 3 années d'expérience de mise en œuvre du système de partage des coûts.

Matériel et Méthode

Le système de partage des coûts a pu être documenté grâce aux différents rapports de mission, et rapports annuels d'activités produits dans le cadre du projet AQUASOU qui ont décrit les différentes phases d'implantation. Les rapports des comités restreints et des comités de suivi ont permis de documenter les difficultés de mise en œuvre, les résultats en termes de nombre de personnes prises en charge par le forfait et la viabilité financière (balance entre les dépenses et les contributions des différents acteurs).

Afin de mesurer les résultats du système de partage des coûts sur l'utilisation des services, sur la qualité des soins et sa perception par la population et le personnel des études supplémentaires ont été nécessaires en plus des données de routine du service maternité.

Résultats: La majorité des femmes opérées proviennent de l'aire de responsabilité du district du secteur 30, autour de 80%. Sur les 808 interventions obstétricales majeures en 2007, 22% des femmes étaient hors-district. La progression du nombre d'interventions pour les femmes du secteur 30 a été de 23% entre 2005 et 2006 et de 20% entre 2006 et 2007.

On a noté dès 2005 une nette augmentation des références en urgence des CSPS du district vers le

CMA du secteur 30. Cette tendance s'est poursuivie en 2006 et en 2007: de 16% de l'ensemble des admissions en 2005, les patientes référées représentaient 38% en 2007.

Par rapport à la population du district du secteur 30, les taux d'interventions obstétricales majeures (pour 100 naissances attendues) ont augmenté rapidement les trois premières années pour revenir à un niveau moyen de 3,7%. De 2005 à 2007, ce sont 2.022 interventions (IOM et complications hémorragiques graves du périnée et du col) qui ont été réalisées au CMA du secteur 30. Il y a eu 15 décès au cours des trois ans en per ou postopératoire. La mortalité périnatale précoce (<24h) per ou post-césarienne est passée de 3,6% en 2005 à 2% en 2007 tous types de césarienne confondus et de 4% à 2,2% pour les césariennes en urgence. Si on fait le total des trois ans, il y a un taux de recouvrement de 79% des COGES. Quand aux patientes, le taux de recouvrement est passé de 90% en 2005 à 97,7% en 2007. Neuf indigentes ont été prises en charge en 2007 contre vingt en 2006 avant le passage au 6.000 CFA.

Conclusion: Ces 3 années de mise en œuvre ont eu le mérite de prouver qu'un tel système de partage des coûts pouvait être adapté au milieu urbain avec le soutien de nouveaux acteurs: les collectivités locales et les structures privées confessionnelles. L'expérience du partage des coûts dans le district sanitaire du secteur 30 est prometteuse mais nécessite une assurance de l'implication des collectivités locales. Le système de partage des coûts a su s'adapter aux nouvelles données de la politique nationale telle la subvention nationale pour les soins obstétricaux d'urgence et les accouchements, mais demande à être suivi de près pour voir son évolution dans le temps.

[CO27] Microfinance et insertion socioéconomique des personnes vivant avec le VIH/Sida

Fatou Alpha Cissé, Fodé Simaga

Contexte: La santé et l'économie des plus démunis sont affectées par le VIH/Sida. Ainsi, pour l'ensemble des PVVIH, le soutien économique s'avère indissociable de la prise en charge. Pour cela, la microfinance apparaît de plus en plus comme un moyen pour les populations démunies de faire face aux conséquences de la maladie. Malheureusement, les institutions de microfinance sont généralement réticentes à financer les projets portés par des PVVIH. Ainsi, à la demande de ses associations partenaires, le PAMAC s'est appuyé sur l'expérience innovante du Fonds d'Appui aux Initiatives Communautaires (FAIC), qui avait été menée en 2002, pour mettre en place un mécanisme pérenne, alliant produits financier (fonds de garantie) et non financiers (accompagnement et

suivi des bénéficiaires). La présente communication a pour objet de présenter ce mécanisme.

Description: Le PAMAC a sollicité la collaboration technique de PlaNet Finance, une ONG française spécialisée dans la microfinance, pour la définition et la mise en place de ce mécanisme qui vise l'insertion socioéconomique des PVVIH par le développement d'AGR et l'accès au microcrédit.

Une étude de marché préalable a été menée en mars 2007 sur un échantillon de 874 bénéficiaires des associations partenaires du PAMAC, afin de mieux cerner leurs besoins en termes de services financiers et d'évaluer l'impact de la maladie sur leurs activités économiques. Les résultats de cette étude montrent qu'environ 58% d'entre eux ont un revenu mensuel inférieur à 25.000 FCFA (38 euros). De plus, 59,5% des personnes interrogées ont déclaré ne pas mener d'AGR actuellement, dont 64,1% par manque de moyens financiers.

Au vu de ces résultats, le PAMAC a entrepris des démarches pour un accord avec la Fédération des Caisses Populaires du Burkina (FCPB), qui sera chargée d'accorder les crédits aux PVVIH et d'héberger le fonds de garantie.

Leçons apprises: Les résultats de l'étude de marché montrent que le microcrédit, en tant que moyen de renforcement des activités génératrices de revenus, et les services d'épargne, en tant que moyen d'accumulation de ressources, peuvent participer à l'autonomisation financière des PVVIH.

Perspectives: Développer un modèle de programme d'insertion socioéconomique pour les PVVIH et diffuser les meilleures pratiques.

Session 6: Déterminants de l'accès aux soins de qualité (2)

[CO28] Déterminants des accouchements à domicile à Ouargaye et à Diapaga, Burkina Faso

Somé Donmozoun Télesphore, AudObEm, Centre MURAZ

01 BP 390 Bobo Dioulasso 01

Tel (bureau) : 20 97 50 32 ; Mob : 76 61 39 36

Email : dtsome.muraz@fasonet.bf

Introduction: Dans les pays en développement, beaucoup de femmes accouchent encore à domicile pour diverses raisons. Ces accouchements dans leur majorité, ne sont assistés par un personnel qualifié, ce qui accroît le risque de complication ou de décès de la femme et/ou de l'enfant.

Méthodes: Une approche qualitative basée sur les techniques des entretiens semi structurés a été utilisée. 30 entretiens individuels approfondis et 08 focus groups ont été réalisés. Les sites de l'étude étaient Dourtenga et Comin yanga dans le district

sanitaire de Ouargaye; Namounou et Palboa dans le district sanitaire de Diapaga. Les entretiens ont été faits en Yana, Mooré, Gulmacema et ont tous été enregistrés, transcrits en verbatim et analysés à l'aide de NVIVO.

Résultats: Les principales raisons des accouchements à domicile évoquées par les femmes sont :

- le travail rapide et accouchement facile,
- la distance à un centre de santé,
- le manque d'argent,
- les croyances culturelles,
- l'ignorance,
- les mauvais traitements subis dans les centres de santé

Conclusion: Plusieurs raisons expliquent la faiblesse du taux national d'accouchement assisté par un personnel qualifié. Les plus importantes sont liées à des facteurs géographiques, culturels, économiques et institutionnels.

Pour améliorer le niveau d'accouchement assisté par un personnel qualifié, l'implication de différents acteurs (politique, système de soins, communautés) est plus que nécessaire. Si des mesures urgentes ne sont pas prises dans ce sens, le 5^{ème} ODM risque de ne pas être atteint.

[CO29] Acceptabilité et adhésion des mères à la prise en charge communautaire du paludisme des enfants avec une CTA au Burkina Faso

Sirima S. Bienvenu, Abdoulaye Traoré Youssouf Kabore, Amadou T. Konate, Malik Lankoande Alfred Tiono.

Introduction: Les CTA sont actuellement le traitement efficace pouvant réduire le fardeau du paludisme. Mais, l'administration en stratégie communautaire de ce composé thérapeutique est encore controversée. Pour contribuer à lever cette controverse, le CNRFP a expérimenté cette stratégie en milieu rural avec le coartem®, et étudié son acceptabilité en milieu urbain.

Matériels et méthodes: Un observatoire de population couvrant le district sanitaire de Saponé a servi de plateforme à l'expérimentation. Des enquêtes quantitative et qualitative ont permis de recruter et de former 176 ASC/RC pour diagnostiquer et traiter le paludisme simple chez les enfants avec le coartem®, dans une zone d'intervention. Dans une autre zone témoin, le coartem® était disponible seulement dans les CSPS. Après une année, l'adhésion des populations au programme, le degré de couverture et la qualité de la prise en charge à domicile, ont été évalués. La même année, une étude d'acceptabilité de cette stratégie fut conduite à Ouagadougou.

Résultats:

- Les populations rurales adhèrent à la prise en charge domiciliaire du paludisme avec le coartem®.
- La plupart des ASC/RC avait fait preuve de bon diagnostic du paludisme simple et administrer conséquemment un traitement.
- Les références aux CSPS de la zone d'intervention des cas de paludisme grave étaient nettement inférieures aux cas enregistrés dans la zone témoin.
- A Ouagadougou, les attitudes et pratiques face au paludisme des enfants étaient comparables à celles enregistrées à Saponé.
- Les populations manifestaient une bonne acceptabilité de la stratégie et suggéraient les associations de quartiers comme structures relais des services de santé.

Conclusions:

- Les péripéties d'accès aux formations sanitaires expliquent partout le recours tardif au traitement adéquat de la fièvre/paludisme.
- Les similitudes de comportements (populations rurales et urbaines) dans la quête de soins pour la fièvre/paludisme, le parallélisme des organisations locales d'entraide, et l'accompagnement des agents de santé, constituent des potentialités structurelles sûres pour une stratégie communautaire d'accès aux traitements de qualité.

[CO30] Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'épilepsie des agents de santé des districts 15 et 22 de Bobo-Dioulasso.

Ouédraogo SM, Traoré B, Millogo A, Ouédraogo M, Tiéno H, Drabo J

Résumé: La plus part des patients épileptiques entrent dans le système sanitaire par les centres de santé et de promotion sociale, très peu arrivent chez les spécialistes dans les hôpitaux. Cependant une prise en charge inadéquate de ces patients par les agents de santé de première ligne peut conduire à des complications et parfois à l'acquisition de séquelles à vie. Ainsi cette étude a eu pour but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé de première ligne afin d'améliorer d'une part la prise en charge des cas d'épilepsie et d'autre part de réduire les complications liées à l'épilepsie.

Cette étude transversale de type descriptif qui s'est déroulée dans 41 formations sanitaires réparties sur l'aire des districts 15 et 22 de Bobo-Dioulasso de la Région Sanitaire des Hauts Bassins, nous a permis d'enquêter 143 agents de santé de première ligne sur les 192 agents attendus. Les tests statistiques utilisés étaient le Khi2 et le test exact de Fischer avec un seuil de signification retenu $p < 0,05$.

L'âge moyen de nos agents enquêtés est de 35,75 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio de 1,3 :1). La zone urbaine est représentée à 52%, et 76% des agents enquêtés ont un niveau d'étude secondaire. On note une prédominance de personnel paramédical soit 56% et 51% des agents avaient moins de 10 années de service.

La connaissance et l'aptitude devant l'épilepsie étaient bonnes chez les agents enquêtés.

Le statut et le niveau d'instruction influent fortement sur les connaissances de l'épilepsie, ce qui n'est pas le cas pour la zone d'exercice et l'ancienneté professionnelle.

Il est à noter aussi que le statut a une influence sur l'aptitude à prendre en charge l'épilepsie et qu'une forte relation existe entre le niveau de connaissance de l'épilepsie et l'aptitude à la prendre en charge.

L'accent doit être mis sur la formation des agents de santé afin d'améliorer certains aspects de la connaissance de l'épilepsie et des gestes appropriés devant une crise d'épilepsie

Mots clés : Epilepsie, agents de santé, connaissance, attitude, pratique, Bobo-Dioulasso

[CO31] Les facteurs limitant l'adhésion des conjoints dans un programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH dans la ville de Bobo-Dioulasso

Armande Kotoguéto Sanou

Introduction : Outre le traitement préventif de la transmission verticale, le programme de PTME apporte aux femmes un traitement ARV en cas de nécessité et propose le dépistage et la prise en charge gratuite de l'unité familiale. Malgré la prise en compte des conjoints leur adhésion demeure insuffisante. Cette étude avait pour objectif de comprendre les facteurs qui limitent l'adhésion des hommes au programme PTME.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative. On a procédé à un choix raisonné pour la sélection des femmes séropositives, des conjoints informés du statut sérologique de leurs partenaires et des responsables des sites PTME et un échantillonnage exhaustif pour les responsables des associations.

Résultats : L'adhésion des conjoints est déterminée par (a) des facteurs intrinsèques à l'individu (insuffisance de connaissance du VIH et de la TME, perception et représentation négative du VIH/SIDA); (b) des facteurs socioculturels (insuffisance de communication au sein du couple sur la sexualité et la crainte du partage du résultat); (c) des facteurs liés au programme (insuffisance des stratégies de mobilisation des hommes dans le cadre de la PTME et l'accès limité des hommes aux services de SMI).

Conclusion : Le programme de PTME tout en visant le passage à l'échelle devrait mettre l'accent

sur l'amélioration du niveau de connaissance des hommes sur le VIH et sur la PTME encore très mal connue de la population étudiée aussi bien dans les aspects de transmission que de prévention.

Mots clés : PTME, adhésion des conjoints, facteurs limitants

[CO32] Etude des facteurs d'acceptation des médicaments essentiels génériques par la population de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso, 2005

Vokouma M. Nikèma J-B., Sondo B., Guissou I. P. Yerbanga M.

Dans le but de contribuer à une plus grande acceptation des médicaments essentiels génériques, nous avons entrepris d'étudier les facteurs d'acceptation de ces derniers par la population de la ville de Ouagadougou. Nous avons réalisé une revue documentaire, et un entretien avec des chefs de ménage de juillet à août 2005. Globalement, 2 professionnels de santé sur 5 prescrivait exclusivement des MEG à leurs patients et dans 3 ordonnances sur 4, un médicament sur deux prescrits était un MEG. Les MEG jouissent auprès de 77% de personnes qui les ont utilisés, d'une image de médicaments « moins cher » et « efficaces » pour respectivement 82% et 68% des chefs de ménage, et de « présentation satisfaisante » pour 65% des chefs de ménage. Le niveau d'instruction et l'activité professionnelle des enquêtés étaient associés significativement au recours aux soins de santé modernes, à la couverture des dépenses de santé par des tiers et à l'information sur les MEG. Ces facteurs étaient également associés à la perception des enquêtés sur l'efficacité et la présentation des MEG. Une plus grande promotion des MEG auprès de la population et une amélioration de leur présentation sont de nature à renforcer leur acceptation populaire.

Mots clés : médicaments essentiels génériques ; population ; acceptation ; Ouagadougou.

[CO33] Etude de la contribution des campagnes de rattrapage à l'augmentation des couvertures vaccinales du PEV de routine dans le district sanitaire de Pô de 2004 à 2005

Zongo et al

Introduction: Le DS de Pô connaît des problèmes de couverture vaccinale. Les stratégies traditionnelles utilisées étaient la stratégie fixe, la stratégie avancée et la stratégie mobile.

Aussi on a noté une absence de mécanisme de motivation au niveau local et une insuffisance des ressources (Humaines, matérielles, financières)

d'où des difficultés de mise en œuvre efficace des stratégies du PEV de routine.

Alors nous nous sommes demandés quelle pourrait être l'alternative locale pour l'atteinte des Objectifs de couverture vaccinale dans un Contexte d'allocation des ressources basée sur la performance, donc une obligation de résultats ?

D'où la tenue des campagnes de rattrapage depuis 2002. Ce présent travail se propose de vous présenter les résultats de 2 années de mise en œuvre

Objectif général: Étudier la contribution des campagnes de rattrapage à l'augmentation de la CV du PEV de routine dans le district sanitaire de Pô

Matériels et méthodes: Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive effectuée entre le 1^{er} janvier 2004 et 31 décembre 2005. Les documents exploités ont été les plans d'actions, les tableaux synoptiques, les rapports mensuels de trésorerie. Une fiche d'enquête a servi de base pour la collecte des données.

Résultats : Pour le DTCP3, 8 CSPS en 2004 et 6 CSPS en 2005 n'ont pas atteint l'objectif de couverture vaccinale fixée. Pour l'ensemble, le DS n'a pas atteint son objectif de couverture vaccinale en 2004 : 61,86% pour un objectif fixé à 66%.

En 2005 l'objectif a été atteint : 83,71% pour un objectif fixé à 76%.

Pour le VAT2 et +, 6 CSPS en 2004 et 2005 n'ont pas atteint l'objectif de couverture vaccinale qui était respectivement de 36% et 50%.

Pour l'ensemble le DS a atteint son objectif de couverture soit respectivement 42,78 en 2004 et 57,36 en 2005

L'évolution mensuelle de la couverture vaccinale des principaux antigènes (BCG, DTCP3, VAR, VAT2 et +) a montré une nette augmentation des couvertures vaccinales pendant les mois de campagne en 2004 et 2005.

En 2005, les couvertures vaccinales du 2^{ème} semestre, période des campagnes étaient pratiquement le double des CV du 1^{er} semestre, période sans campagne. La combinaison de distribution de moustiquaires imprégnées pendant les campagnes de 2005 a donné d'excellents résultats. La durée des campagnes était de 4 jours.

Sur le plan financier, on a mobilisé 447 200 FCFA en 2004 et 396 530 FCFA en 2005 comme coût additionnel pour financer ces campagnes soit respectivement 1,33% et 1,08% du budget annuel des formations sanitaires. Le coût additionnel par enfant vacciné en DTC3 était de 437 F CFA en 2004 et de 208 F CFA en 2005. La motivation des agents était de 1000FCFA/agent vaccinateur/jour.

Conclusion : Cette étude nous a permis de faire une analyse critique des forces, faiblesses, opportunités et menaces des campagnes de rattrapage.

Au regard des résultats et dans le Contexte actuel du DS de Pô, nous convenons avec BOLANDA D., OUATTARA M qu'il serait souhaitable de

combiner les stratégies du PEV de routine aux campagnes de rattrapage et au besoin associées à d'autres interventions sanitaires afin d'augmenter les couvertures vaccinales, et par conséquent accroître la mobilisation des ressources financières.

[CO34] Facteurs limitant l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes VIH+ incluses dans la cohorte du projet Kesho Bora à Bobo-Dioulasso(Burkina Faso)

Sanon M.J.¹, Gouem C.¹, Fao P¹, Ouedraogo S¹, Meda A¹, Somda G¹, Boncounou J¹, Traore M¹, Barry H¹, Some D.A², Meda N¹.

1- Projet Kesho-Bora, Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2-Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU-SS Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Introduction : Dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH, plusieurs stratégies ont été identifiées. Il s'agit premièrement d'éviter à toute femme en âge de procréer de contracter la maladie ; deuxièmement éviter qu'une femme séropositive tombe enceinte ; et troisièmement appliquer des mesures spécifiques pour qu'une femme enceinte séropositive ne mette pas au monde un enfant infecté. Ainsi, la non utilisation des méthodes contraceptives par les femmes infectées par le VIH peut constituer un problème de santé publique particulièrement dans les pays en développement comme le Burkina Faso. Dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Kesho-Bora (Essai clinique randomisée sur l'impact d'une trithérapie antirétrovirale sur la réduction de la transmission mère enfant du VIH et la santé maternelle) une prophylaxie par les ARV est effectuée avec en complément l'offre de services de planning familial.

L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs limitant l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes VIH+ incluses dans la cohorte du projet *Kesho Bora* de mai 2005 à mai 2007.

Méthodes : A travers une étude rétrospective transversale à visée descriptive et analytique à deux volets (quantitatif et qualitatif), un échantillonnage de 122 femmes remplissant les critères d'inclusion a été effectué sur la base de données informatisées du projet. Un choix raisonné a concerné 10 femmes VIH+ pour les entretiens approfondis.

Résultats : L'étude a révélé que parmi les femmes VIH+, 32% n'utilisaient pas de méthodes contraceptives et ce malgré la gratuité des prestations offertes. L'âge moyen était de 27 ans chez ces femmes qui étaient à 73,8% en union et vivaient en majorité (68,9%) en couple; 42,6%

d'entre elles n'étaient pas scolarisées et 62,3% étaient sans profession. Seulement 51,6% des femmes avaient partagé leur statut sérologique et parmi elles 74,6% bénéficiaient du soutien de leur conjoint ou partenaire.

La recherche de facteurs liés à l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes VIH+ a montré que la scolarisation, le nombre d'enfants, le type de cohabitation, le partage de sérologie avec le conjoint ou partenaire et le soutien de ces derniers n'influençaient pas l'utilisation des méthodes contraceptives.

Cependant on a noté que les motifs de la non utilisation étaient déterminés par des causes socioculturelles en rapport avec le pouvoir de décision du conjoint/partenaire et des causes individuelles liées au manque de motivation des femmes VIH+.

Conclusion : Il convient d'améliorer le taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes VIH+ de la cohorte du projet en renforçant les capacités des acteurs en PF et VIH, en sensibilisant des femmes et surtout leurs conjoints ou partenaires.

Mots clés : Facteurs limitants ; Méthodes contraceptives ; Femmes VH+.

Session 7: Processus d'amélioration de la qualité des soins

[CO35] L'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux publics du Burkina Faso : « Une démarche participative de définition des normes en soins infirmiers »

Dr Abel Bicaba, Elie Taminy, Pissiyamba Ouedraogo, Robert Ouedraogo, Ouambi Zida, Arlette Sanou

La faible qualité des soins constitue une problématique à la quelle sont confrontés de nombreux systèmes de soins en général dans la sous région. Bien que clairement identifié, peu de solutions sont appliquées avec efficacité dans la dimension est complexe. L'insuffisance du personnel spécialisé, de médecin généraliste de même que l'inadéquation des infrastructures et des équipements entretiennent des pratiques qui ne sont pas conformes avec une assurance de la qualité des soins.

Dans un tel Contexte, des initiatives ont été prises au Burkina Faso depuis plusieurs années et ont concerné l'élaboration de normes et critères de soins infirmiers (SI) et de soins Sage – Femme (SSF), l'organisation d'un atelier national de plaidoyer sur le programme d'assurance qualité des soins. Ces différentes initiatives ont finalement des applications très limitées.

C'est pour quoi plus récemment en 2004, a travers un processus de contractualisation avec la Société

d'Etudes et de Recherche en Santé Publique (SERSAP), la Direction générale de la tutelle des hôpitaux a élaboré des normes pour la pratique des soins infirmiers dans le souci de contribuer à améliorer la qualité des soins au niveau hospitalier.

La présente communication se propose de montrer le processus relativement complexe qui a conduit à l'adoption de ces normes et indicateurs. Ce processus met clairement en évidence le potentiel de partenariat qui peut exister entre structures publiques et privées.

La présentation montre également que s'il est techniquement possible de définir des normes pour lesquelles un consensus assez large se dégage, le défi majeur réside dans la prise en compte des exigences qu'engendre leur application

[CO36] La démarche qualité, un processus permanent et rentable pour l'amélioration des services et des soins aux niveaux des structures de sante

Abdoulaye Faye¹, Papa Ndiaye¹, Anta Tal-Dia¹, Adama Faye¹, Maty Diagne-Camara¹

¹. Université de Dakar / Institut de Santé et Développement (ised) : www.ised.sn ; tél. 221 33 824 98 78

Introduction : Pour tenir compte des points de vue des habitants, des techniciens et des décideurs, un projet d'amélioration de la qualité des services a été développé dans six centres de santé du district sanitaire de Dakar, au Sénégal. L'objectif était d'appuyer des stratégies novatrices pour un meilleur accès des services de santé aux plus démunis et une meilleure qualité des prestations.

Méthodologie : Partant du concept de qualité, quatre principales étapes ont été définies pour suivre le processus : l'identification des problèmes et leurs causes (analyse géographique, institutionnelle, des locaux et des équipements, des ressources humaines, des activités, financière, des procédures), la prise de décision ou validation de l'analyse (identification des problèmes prioritaires, création de l'équipe "qualité"), la consolidation ou de résolution des problèmes (mise en œuvre des activités retenues, avec des réaménagements organisationnels, des achats d'équipements, des ateliers de formation etc.), la mise en commun des expériences (pour retenir les meilleures pratiques pour un passage à l'échelle plus ou moins étendu selon les lieux et les circonstances).

Résultats : Les principaux résultats, parmi ceux obtenus dans chacun des centres de santé se résument en :

- une amélioration convenable des relations entre les patients et les prestataires,

- un environnement plus accueillant pour les utilisateurs des services,
- un renforcement des équipements médico-chirurgicaux des unités de soins et
- une gestion plus rigoureuse des finances au niveau des comités de santé.

Discussion : La démarche qualité est un processus participatif qui permet aux équipes (prestataires et membres de la communauté) des sites sélectionnés, d'accroître la qualité des services de santé par la mise en place d'une stratégie qui fixe des Objectifs spécifiques et des procédés pour appliquer les mutations appropriées. Il permet de développer des interventions contribuant à améliorer la qualité des soins et des services, à adapter l'offre de soins et la rapprocher des besoins et de la demande des usagers, générer des connaissances nouvelles sur les facteurs déterminants le recours aux soins en mettant l'accent sur les plus démunis, générer un apprentissage et une capitalisation des enseignements tirés de nature à renforcer les capacités nationales et à améliorer l'efficacité et la coordination des appuis extérieurs au développement sanitaire à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Conclusion : La démarche qualité est un processus démocratique en phase avec Les Politiques Nationales de santé. Elle détient un intérêt réel dans l'application des soins de santé de qualité et elle aide à La résolution des problèmes. Elle montre l'importance du travail d'équipe. C'est une stratégie réelle de résolution des problèmes de santé et enfin une méthode efficace de suivi, de supervision et de monitoring des activités des structures sanitaires.

Mots clés : *Qualité, Services, Equipe, Processus, Participation*

[CO37] Promotion de la prescription des médicaments essentiels génériques par les professionnels de la santé : Cas de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso, 2007

Gounabou L . M.A. Sondo B., Guissou I. P., Akotiong M., Yerbanga M.

Depuis la dévaluation du franc CFA, la plupart des pays d'Afrique francophone ont pris des mesures visant l'accès de leur population aux Médicaments Essentiels Génériques (MEG). Malgré toutes les mesures prises le volume de MEG commercialisés restent faible; mais l'obstacle important à la diffusion des MEG est l'insuffisance d'information et de promotion au niveau des prescripteurs et du public. La présente étude a eu pour objectif d'analyser l'information des professionnels de la santé de la ville de Ouagadougou sur les MEG,

leurs attitudes sur l'approvisionnement des MEG et leurs pratiques de prescription des MEG. Elle a également pour but d'analyser les obstacles et les avantages liés à la prescription des MEG .

L'étude a consisté en une enquête transversale menée en 2005 auprès des prescripteurs et des dispensateurs de MEG des structures sanitaires publiques de la ville de Ouagadougou.

Au total 88 des 106 prescripteurs et 20 des 36 dispensateurs de MEG connaissaient et possédaient le guide des diagnostics – traitements. Si 19 des 36 dispensateurs et 22 des 106 prescripteurs étaient favorables pour un approvisionnement exclusif des CSPS en MEG, aucun n'approuvait un tel approvisionnement des hôpitaux. Plus de 70% des ordonnances médicales des 24 dernières heures contenaient au moins 3 MEG sur 4 médicaments prescrits. Les principaux facteurs qui renforceraient la prescription des MEG par les professionnels de la santé sont : la formation continue, la disponibilité, l'information et la sensibilisation du public sur les MEG, l'accessibilité financière, le conditionnement en plaquettes des MEG tandis que les obstacles à la promotion des MEG sont la qualité douteuse de ces MEG.

Les génériques font désormais partie du quotidien des burkinabé qui fréquentent les centres de santé. Il convient de lever les doutes sur les facteurs négatifs pour permettre aux burkinabé d'adhérer davantage aux MEG et d'en être les défenseurs.

Mots clés : *médicaments essentiels génériques ; promotion ; prescripteurs ; dispensateurs ; Ouagadougou ; Burkina Faso.*

[CO38] Problématique des prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte dans les formations sanitaires de la Commune Urbaine de Ouagadougou

¹ L. Kaboré , ² M. Ouédraogo , I.P. Guissou

1 : *Direction Régionale de la Santé du Nord*
2 : *Université de Ouagadougou*
Contact : *lassane.kabore1@caramail.com/lassane.kabore1@yahoo.fr*

Introduction: Depuis la tragédie de la thalidomide dans les années 1960, la prescription d'un médicament chez la femme enceinte est sujette à des précautions au regard des risques potentiels sur le futur nouveau-né. En effet le passage transplacentaire des médicaments expose le produit de conception aux effets toxiques potentiels des médicaments. Au Burkina Faso, le personnel non médecin est très impliqué dans la prise en charge médicale des femmes enceintes et assure donc des prescriptions de médicaments chez ces dernières.

Le but de notre étude était d'évaluer le risque de toxicité médicamenteuse chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale dans les formations sanitaires (FS) périphériques de la ville de Ouagadougou.

Méthodologie: Nous avons mené une enquête pharmacoépidémiologique de type transversal à visée descriptive et comparative. Il s'est agi d'une enquête à passage unique dans 32 FS de la Commune Urbaine de Ouagadougou entre le 09/10/06 et le 07/12/06. Toutes les FS périphériques publiques et confessionnelles situées dans la commune de Ouagadougou et impliquées dans la prise en charge des femmes enceintes (CSPS, maternités, SMI, CM) ont fait l'objet de l'étude. Les populations d'étude étaient constituées d'une part des femmes enceintes reçues en CPN dans les FS et d'autre part des agents de santé qui offraient des prestations de soins à ces femmes c'est-à-dire les prescripteurs de médicaments. L'enquête a concerné les femmes enceintes vues en CPN le jour de notre passage dans les FS, de même que les agents de santé en service ce jour. Les informations ont été recueillies grâce à une interview par questionnaire écrit après le consentement éclairé des participants. Les données ont été saisies sur microordinateur et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 3.2.2.

Résultats: Au total **378 femmes enceintes** ayant reçu **286 ordonnances médicales** après une consultation prénatale et **120 prescripteurs** de médicaments ont fait l'objet de notre étude. La prescription chez les femmes enceintes est assurée exclusivement par un personnel paramédical (non médecin) dans les FS enquêtées. Le nombre de médicaments par ordonnance médicale variait de 1 à 7 avec une moyenne de **2,4**. La fréquence de prescription était plus élevée au premier **trimestre de la grossesse (organogénèse)** ($P=0,0001$), de même que le nombre moyen de médicaments par ordonnance, ($P=0,01$). Quinze pour cent (**15%**) des ordonnances médicales comportaient au moins un médicament contre-indiqué au regard de l'âge de la grossesse, ce qui correspond à **7 %** des 675 médicaments totalisés par l'ensemble des prescriptions. Pour **16 %** des médicaments prescrits il n'y a pas assez de données sur leur utilisation chez la femme enceinte. Une part non négligeable des médicaments contre-indiqués était des médicaments topiques. Il ressort enfin que certains médicaments contre-indiqués au cours de la grossesse ne sont pas bien connus des prescripteurs.

Conclusion: Ces résultats traduisent la nécessité d'entreprendre des actions à l'endroit du système de santé afin de contribuer à la rationalisation de l'utilisation de médicaments chez la femme enceinte au Burkina Faso, toute chose qui participe à la qualité des soins de santé.

[CO39] L'évaluation de l'estime de soi des prestataires de soins : une expérience dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso

K M Drabo¹, Ff Assogba¹, R. Zerbo¹, B. Kafando², Ss. Konfe², B Dujardin³, J. Macq³

¹: *Institut de Recherche en Sciences de la Santé Burkina Faso;*

²: *Direction Régionale de la Santé du Plateau central, Burkina Faso*

³: *ESP-ULB Bruxelles, Belgique*

Justification: L'estime de soi est reconnue comme étant susceptible d'influencer les performances des prestataires de soins.

Objectif: Contribuer à améliorer le management de la performance au travers d'une évaluation de l'estime de soi des prestataires de soins

Méthodologie: Une enquête transversale a été faite dans les centres de santé de premier contact de 3 districts sanitaires de la région du plateau central au Burkina Faso. Un questionnaire auto administré, inspiré de la grille de Rosenberg comportant 30 affirmations réparties en 5 rubriques a été adressé sous pli fermé à tous les prestataires des CSPS de ces trois districts sanitaires.

Résultats: Le taux de participation des centres de santé a été de 64% (59/93) et celui des prestataires de 75,3% (119/158).

Deux tiers des répondants avaient un niveau d'estime de soi satisfaisant et 20% un niveau d'estime de soi faible. Deux problèmes ont été identifiés : (1) l'inadéquation entre les repères individuels concernant la profession et la réalité vécue au cours de l'exercice de cette profession et (2) une interprétation négative du comportement de l'entourage (professionnel ou pas) en rapport avec l'image que l'intéressé a de lui-même. Il a été suggéré aux équipes cadre de district (ECD) de mettre en place un processus de dialogue permanent et rassurant avec les prestataires en difficulté.

Conclusion: L'évaluation périodique du niveau d'estime de soi des prestataires permet d'identifier les besoins de soutien du personnel de santé des centres de santé et donne une opportunité aux ECD de mieux les appuyer dans leur travail.

Mots clés: Estime de soi, Prestataires de soins, Centre de santé, BF

[CO40] Processus de prise de décision pour la recherche de soins qualifiés pendant la grossesse ou l'accouchement dans deux districts ruraux du Burkina Faso : Ouargaye et Diapaga

Donmozoun Téléphore Some, B. C Madi, I. Sombie, N. Méda,

Audobem, Centre MURAZ

01 BP 390 Bobo Dioulasso 01

Tel (bureau) : 20 97 50 32 ; Mob : 76 61 39 36

Email : dtsome.muraz@fasonet.bf

Introduction: Le retard dans la prise de décision pour le recours à des soins de qualité durant la grossesse et l'accouchement est un important facteur de décès maternel dans les pays en développement. Comprendre le processus de prise de décision au niveau familial pour la recherche de soins est un élément important dans la survenue du retard. La femme peut-elle décider par elle-même de recourir à un service de santé ? Quel est le processus de prise de décision au niveau familial pour le recours à des soins prénatals et pour l'accouchement ? Tel est le but visé par ce travail.

Méthodes: Une méthode qualitative a servi à la collecte des informations. 30 entretiens approfondis et 8 focus groups ont été réalisés avec des femmes de 15-49 ans à Ouargaye et à Diapaga à l'aide de guides d'entretien semi structuré.

Tous les entretiens ont été enregistrés, transcrits en verbatim et analysés ligne par ligne à l'aide du logiciel NVIVO.

Résultats: La prise de décision suit la logique de la gestion familiale. Ce sont les hommes (mari, beau-frère, beau-père), la belle-mère qui prennent la décision du recours au centre de santé pour la CPN et/ou pour l'accouchement ; En général les décideurs sont ceux qui peuvent payer y compris la femme elle-même ou ceux qui ont une certaine autorité dans la famille. En cas de complication et de manque d'argent, la décision prise est de retarder le recours ou de se fier au destin.

Conclusion: La pauvreté et le manque de pouvoir de décision de la femme contribue pour une grande part dans le retard pour l'utilisation des services de santé pendant la grossesse ou l'accouchement. Pour améliorer l'utilisation des services de santé à Ouargaye et à Diapaga, l'habilitation de la femme pourrait y contribuer pour beaucoup de même qu'une certaine gratuité des soins.

[CO41] Accès et qualité de la transfusion sanguine chez les femmes avec une anémie sévère dans un hôpital universitaire et un hôpital de district au Burkina Faso

Sombié Issiaka¹, Dubourg Dominique², Mamadou Barro³, Kpoda Hervé³, Dao Blami¹, Ronsmans Carine⁴, Meda Nicolas³

1: INSSA/Université de Bobo –Dioulasso, Burkina Faso

2: Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique

3: Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

4: London School of Hygiene and Tropical Medicine

Objectif : l'objectif du travail était d'analyser l'accès à la transfusion sanguine de qualité pour les femmes présentant une anémie sévère à la maternité du Centre Hospitalier universitaire Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso et de l'hôpital de district de Houndé.

Méthode : étude prospective de mars 2005 à février 2006. Toutes les femmes entrant dans les deux services pour un accouchement ou une complication de la grossesse ou d'un accouchement ont été prises en compte. Le dosage de l'hémoglobine et la transfusion sanguine était décidé par le personnel de santé en fonction de l'état clinique de la femme. Un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl a défini l'anémie sévère et un taux inférieur à 4 g/dl un besoin de transfusion sanguine obligatoire. En partant du fait qu'une poche de sang augmente le taux d'hémoglobine d'un gramme, un seuil minimum de quatre poches de sang à transfuser a été jugé nécessaire pour toute femme ayant un besoin de transfusion sanguine obligatoire. Les données ont été saisies par Epi info et analysées avec le logiciel SPSS 12.0.

Résultats : notre étude a inclus 6495 femmes dont 5722 au CHUSS de Bobo-Dioulasso et 773 à l'hôpital de district de Houndé. Seulement quelques unes ont bénéficié d'un taux d'hémoglobine : 737 (12,9%) à Bobo-Dioulasso et 27 (3,5%) à Houndé. Le taux d'hémoglobine était inférieur à 4g/dl pour 32,5% (241) ayant bénéficié d'un taux d'hémoglobine à Bobo-Dioulasso et 25,9% (7) à Houndé et le taux d'hémoglobine allait de 4 à 6,9 g/dl pour 23,6% (174) à Bobo-Dioulasso et 51,9% (14) à Houndé. Pour la transfusion sanguine, parmi les femmes ayant bénéficié d'un taux d'hémoglobine, 443 (59,9%) en ont bénéficié à Bobo-Dioulasso et une seule (3,8%) à Houndé. Au CHUSS, parmi les femmes avec un taux d'hémoglobine inférieur à 4 g/dl, 233 (96,7%) avaient reçu du sang dont seulement 131 (56,2%) une quantité supérieure ou égale à 4 poches de sang. Dans le même hôpital et parmi celles avec un taux d'hémoglobine allant 4 à 6,9 g/dl, 141 (75,0%) avaient reçu du sang et seulement 27 (19,2%) une quantité supérieure ou égale à 4 poches.

Conclusion : l'accès au sang pour la transfusion chez les femmes avec anémie sévère était presque total à la maternité du CHUSS mais les quantités transfusées étaient souvent en deçà des besoins à couvrir chez les femmes tandis qu'à Houndé, l'accès était très faible. Améliorer l'accès et couvrir les besoins réels des femmes avec une anémie

sévère devrait être une stratégie pour lutter contre la mortalité maternelle au Burkina Faso.

[CO42] Analyse de la qualité de la prise en charge des complications maternelles au début de la mise en place de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso

Sombié Issiaka¹, Zampaligré Fatimata², Ouédraogo W. Thomas³, Sankara Salif², Yaogo Maurice⁴, Ouédraogo Moctar⁵, Belemsaga Danielle⁶

1: INSSA/UPB, CHUSS, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

2: Direction de la Santé et de la Famille, Ouagadougou

3: District Sanitaire de Houndé

4: GREFSaD, UCAO-UUB, Bobo-Dioulasso

5: GREFSaD, Bobo-Dioulasso

6: Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

Objectif : évaluer la qualité des soins à la phase initiale de mise en place de la subvention des accouchements et des SONU dans les sites de suivie de la Direction de la Santé et de la Famille au Burkina Faso.

Méthode : enquête rétrospective couvrant les périodes d'octobre 2006 à mars 2007 dans un Centre Hospitalier Universitaire, un Centre Hospitalier Régional, six Centres médicaux avec antenne chirurgicale (Hôpital de district). Les complications nécessitant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ont été prises en compte. Les données ont été collectées en mai et juin 2007 par un médecin à partir d'un questionnaire pré établi. Les indicateurs pris en compte étaient la réalisation des gestes d'urgence, des soins d'urgence, le délai de réalisation de la césarienne, le temps de réalisation de la césarienne et la mortalité maternelle et périnatale.

Résultats : au cours des six mois d'étude, 1269 complications ont été recensées représentant 32% des admissions dans les hôpitaux. Les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies et les anémies étaient les complications les plus fréquentes. Pour les hémorragies, on a noté que plus de 80% des femmes avaient bénéficié des gestes d'urgence, 24% de la transfusion sanguine, 19,4% de la césarienne, 21% d'une laparotomie, 87% d'un groupage sanguin et 81% d'un taux d'hémoglobine. Au niveau des dystocies, le taux de réalisation des gestes d'urgence variait entre 70 et 90% et 73,2% avaient bénéficié d'une césarienne. Au niveau des femmes avec éclampsies, dans plus de 80% des cas, les gestes d'urgences avaient été réalisés, 73,7%

avaient reçu un hypotenseur, 46,7% un anticonvulsivant et 4,4% une uricémie. Au niveau des septicémies, dans plus de 80% des cas, les gestes d'urgence étaient réalisés et 79,5% les femmes avaient bénéficié d'une antibiothérapie. Lors des anémies, les gestes d'urgence étaient réalisés dans plus de 90% des cas, les femmes avaient bénéficié d'une transfusion sanguine dans 78,7% des cas et dans plus de 90% des cas il y a eu un groupage sanguin et un taux d'hémoglobine. Le délai moyen entre l'admission et la réalisation de la césarienne variait entre 147 et 248 minutes en fonction des hôpitaux. Le temps moyen de réalisation de la césarienne variait entre 40 et 49 minutes. La mortalité maternelle globale était de 6,5% et sur 1222 naissances : 197(17,6%) étaient des mort-nés frais, 59 (5,3%) étaient des mort-nés macérés et 3 (0,3) des décès dans les premiers jours de vie.

Conclusion : le délai de plus de 120 minutes entre l'admission et le début des césariennes, la non pratique de certains gestes d'urgences, la létalité maternelle élevée, le taux élevé de morts nés frais suggèrent des faiblesses dans la prise en charge des urgences obstétricales au Burkina Faso qui amenuisent à ces niveaux de référence l'efficacité de la subvention des soins.

Session 8: Management de la qualité

[CO43] Morbidité palustre en relation avec le type hemoglobine en milieu rural (district sanitaire de saponé) du Burkina Faso

Edith Christiane Bougouma, Alphonse Ouedraogo, Issa NEBIE, Amidou DIARRA, Issiaka SOULAMA, Adama GANSANE, Alfred TIONO, Amadou T. KONATE, Sodiomon B SIRIMA

Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) 01 BP 2208 Ouagadougou 01 Tél : + 226 50 32 46 95/96, Fax : 00 226 50 30 52 20

Dans le but de vérifier la relation entre le type d'hémoglobine et la morbidité palustre nous avons réalisé une étude de génotypage pendant la saison de haute transmission en 2004 chez des sujets de moins de cinq ans résidant dans le district sanitaire de Saponé au Burkina.

Une enquête transversale en saison de haute transmission (Août 2004) a été effectuée. Au cours de l'enquête, on a réalisé pour chaque enfant un examen clinique, un prélèvement du sang capillaire pour la confection d'une goutte épaisse et d'un frottis sanguin et un prélèvement veineux à été effectué dans des tubes contenant un anticoagulant (EDTA) pour les tests de génétique humaine. L'extraction d'ADN a été réalisée en utilisant le

Kit QIAGEN, QIAamp^R 96DNA Blood Kit (December 2001) et la technique de la PCR \ RFLP (Modiano et al, 2001) pour le génotypage du type d'hémoglobine.

Un total de 901 sujets a été pris en compte au cours des enquêtes transversales. La fréquence des hémoglobinopathies était: (AA : 69,3%, AC : 19,3, AS : 8,7, CC : 1,9 SC : 0,6 SS : 0,3). La fréquence des porteurs de l'hémoglobine AA était plus élevée et très faible chez les porteurs d'hémoglobine SS. *Plasmodium falciparum* a été mis en évidence chez tous les enfants porteurs de parasite du paludisme. L'indice plasmodique était de 87,3%, elle était plus élevée chez les porteurs de l'hémoglobine C. Chez ces sujets, la moyenne de la densité parasitaire était de 3,1 parasites/µl, elle était plus élevée chez les porteurs AA comparée aux porteurs AC,AS, SC,SS et CC. Le taux de portage gamétocytaire était de 40,6 parasites/µl, soit 64,2 parasites/µl chez les porteurs de l'hémoglobine AA.

En considérant comme paludisme clinique, les cas de fièvre observée (température axillaire non corrigée $\geq 37,5$ °C) associé à une parasitémie asexuée positive, on a noté au total 22,5% de paludisme clinique dont 23,4% chez les porteurs de l'hémoglobine AA et 20,6 chez les non porteurs d'hémoglobine AA.

Nos résultats confirment l'hypothèse que le port de l'hémoglobinose C ou S produirait une interaction favorable homme-parasite caractérisée par la faible morbidité, mortalité palustre et probablement une transmission plus élevée pour le parasite. Nous pouvons donc dire que le type d'hémoglobine pourrait jouer un rôle dans le paludisme clinique. Ces résultats devraient être pris en compte dans les essais cliniques et vaccinaux à base communautaire.

Mots clés : Paludisme, morbidité, Hémoglobine, Burkina Faso.

[CO44] L'évaluation de la disponibilité et la dispensation des fonctions des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et complets (SOUC) dans le district sanitaire d'Orodara

MEDA Z. Clément¹, Konaté Lassina¹, Cisse Assita¹, Kounda Issiaka¹, Barro Seydou², Dao Blami²

1: District sanitaire d'Orodara

2: Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou, BP 676, Bobo-Dioulasso

Objectif : évaluer la disponibilité et la dispensation des fonctions des soins obstétricaux de base et complets dans le district sanitaire d'Orodara.

Matériel et Méthode: il s'est agi d'une évaluation comparative entre 2006 et 2007 des indicateurs OMS, ceux du Burkina Faso et ceux du district. Il a

été pris en compte les normes OMS pour 500.000 femmes où il faut 1 SOUC et 1 établissement de SOU complet, 4 établissements SOUB, au moins que 100% des femmes avec des complications obstétricales devraient être traitées dans les établissements de SOU, les césariennes réalisées au minimum 5% et maximum 15% des naissances, le niveau acceptable minimum du taux de mortalité clinique est de 1%, la distribution géographique des établissements SOU devrait être conforme aux normes et au moins 15% des naissances de la communauté se passe dans les établissements de SOU. De même les fonctions suivantes ont été appliquées selon qu'on soit dans un établissement SOUC ou SOUB : 1-Antibiotiques par voie IV ou injectable, 2-Ocytociques, 3-Anticonvulsivants, 4-Délivrance artificielle+Révision utérine, 5-Extraction des produits retenus de la conception, 6-Accouchement par voie basse avec assistance, et en plus pour les SOUC 7-Chirurgie (interventions obstétricales chirurgicales telles la césarienne) et 8-Transfusion de sang. Les données ont été traitées sur Excel.

Résultats: en 2006 et en 2007, le nombre de centre de santé devant assurer uniquement les fonctions de base était respectivement de 40 et 43, et un hôpital de district devant assurer les six fonctions de base et les deux fonctions essentiels était disponible pour une population n'ayant jamais atteint 300 000 habitants. Pour les deux années, toutes les formations sanitaires ont assuré au moins trois fonctions de base (1, 3 et 6), huit formations sanitaires ont assurés 4 fonctions de base (1, 3, 4 et 6). Trois formations sanitaires ont assurés cinq fonctions de base. Seul l'hôpital de district a pu assurer les six fonctions de base et les deux fonctions essentielles. L'ocytocine n'était pas utilisée du fait des directives nationales mais prônée par les pratiques SONU pour la traction contrôlée du cordon pour les SOUB sans sage-femme/maïeuticien. La proportion des complications attendues, prises en charge a été de 14,78% en 2006 et de 28,13% en 2007. Au niveau des césariennes, sur 675 et 696 attendues au minimum en 2006 et 2007, 89 et 142 ont été réalisés respectivement. On a noté 15 décès maternels en 2006 et 11 décès maternels en 2007 donnant un taux de décès maternel intra-hospitalier de 4,98% en 2006 et de 1,87% en 2007. Cent quatre et un décès néonataux en 2006 et 217 décès néonataux en 2007 ont été enregistrés. Au niveau des besoins en sang, 20 non pas été couverts en 2006 et 10 en 2007. Le bloc opératoire est resté fonctionnel à 86% en 2006 et à 94% en 2007 : les écarts sont dus des équipes incomplètes. Des cas non opérables au district sanitaire ont été évacués au CHUSS (8 cas).

Conclusion : Malgré le nombre important de centre de santé, la disponibilité des fonctions de base est faible, par contre celle des fonctions essentielles

était totale. Il apparaît important d'améliorer la disponibilité des fonctions de base au niveau des centres de santé pour améliorer la qualité de la prise en charge des femmes autour de l'accouchement ou des complications dans le district.

[CO45] Accessibilité des soins, attentes des usagers et qualité des soins : analyse qualitative dans le cadre de l'évaluation de la mise en place de la subvention nationale des accouchements et des SONU

Yaogo M¹, Konaté B², Sombié I³

1/ GREFSaD, UCAO-UUB, Bobo-Dioulasso

2/ Groupe SHADEI, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

3/ INSSA/UPB, CHUSS, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

Introduction : l'objectif de cette communication est de montrer, à partir des résultats du volet qualitatif d'une évaluation pluridisciplinaire de la mise en place de la subvention nationale des accouchements et des SONU, que les barrières à l'accès aux soins et les attentes des usagers représentent des conditions nécessaires à satisfaire préalablement pour atteindre une qualité acceptable des soins.

Méthode : entretiens individuels approfondis avec des prestataires et des bénéficiaires de la subvention nationale des accouchements et des SONU et d'autres personnes ressources (responsables des formations sanitaires et informateurs clés locaux). Un guide thématique à servi à explorer les thèmes développés avec le consentement des différents informateurs. Le traitement des données a consisté en des retranscriptions minutieuses des entretiens, leur saisie et exploitation à la fois manuelle et informatique à l'aide du logiciel Microsoft Visio 2003 pour l'analyse de contenu. Des extraits significatifs servent de citations textuelles pour illustrer.

Résultats : plusieurs récits de cas rapportés mettant en évidence des barrières primaires à l'accès aux soins pour la prise en charge d'urgences obstétricales montrent qu'il s'agit d'un déterminant majeur au premier niveau d'appréciation de la qualité des soins. Les difficultés pour utiliser les moyens conventionnels de transport dans des sites avec des barrières incontournables d'accessibilité physique ou des cas de prise en charge mettant à nu des barrières financières relevant de coûts indirects trop élevés illustrent le fait qu'il s'agit là de conditions préalables pour l'atteinte d'une qualité répondant aux attentes des usagers locaux. Les informations recueillies suggèrent que la subvention nationale dans son principe basé sur la réduction des coûts directs à l'accès aux soins est une avancée remarquable qui soulage les

bénéficiaires. Mais il demeure que les contraintes d'accessibilité liées aux coûts indirects constituent parfois des barrières difficilement surmontables avec des conséquences désastreuses pour certaines urgences obstétricales.

Conclusion : la subvention des coûts directs est une solution qui améliore l'accès des bénéficiaires aux soins mais les coûts indirects représentent encore une part non négligeable des barrières à l'accessibilité qui plaide pour la recherche de solutions spécifiques adaptées aux contraintes locales.

[CO46] Evaluation de la qualité de la prise en charge des envenimations par morsures de serpents dans la région du sud-ouest

Konfe s, Sanon m, Badiel r, Dofini l.

Objectif : Evaluer la qualité de la prise en charge des envenimations par morsures de serpents dans la région du Sud-ouest.

Patients et méthode : Il s'est agit d'une étude transversale à visé descriptive allant du 01 juillet 2005 au 30 juin 2006 sur dossiers de patients reçus pour morsures de serpents dans les formations sanitaires. L'ensemble des centres de santé de la Région et les services du CHR de Gaoua a été pris en compte.

Résultats : Les morsures de serpents sont fréquentes dans la région du Sud-Ouest. L'âge moyen des patients est de 23 ans avec des extrêmes de 0 à 80 ans. La tranche d'âge de 25 à 49 ans (33,8%) est la plus touchée par les morsures de serpents. Les hommes sont plus touchés que les femmes avec un sexe ration de 1,45. Les cultivateurs et les ménagères semblent les plus touchés (50,19%). Prés de la moitié des personnes mordus par des serpents (49,41 %) ont consulté dans les 6 heures suivant la morsure. Le vélo et la mobylette représentent les moyens de transport les plus couramment utilisés (84,39 %) et les champs les lieux de prédilection où surviennent les morsures de serpents (43,28%). Les morsures siègent les plus fréquemment aux membres (94,47 %). Les traitements locaux les plus fréquemment utilisés consistent en l'application de poudre (53,49%), scarification et application de poudre (29,84%), ingestion de décoction (29,20%) et l'utilisation de la pierre noire (3,95%). Sur le plan clinique, les traces des crochets ont été retrouvées (56,92%), la douleur est quasi constante (90,91%), les saignements et les oedèmes rencontrés sont en général localisés. Les signes neurologiques sont restés peu fréquents marqués surtout par des céphalées et le coma. Le grade 1 est le degré d'envenimation le plus fréquemment rencontré (72,13%). le protocole de prise en charge des envenimations par morsures de serpents a été appliqué à 80, 24% chez les patients lors du premier

contact. Chez les malades référés au CMA, ce protocole est appliqué à l'ensemble des patients qui y sont reçus.

L'évolution des malades a été favorable chez 486 patients soit 92,49%. Dans cette série 6 patients sont décédés soit 1,19% de l'effectif. Le SAV est disponible dans tous les DRD de la région à un coût subventionné. Dans l'ensemble, le protocole de prise en charge des envenimations par morsures de serpents est satisfaisant selon les prestataires

Conclusion : Les envenimations par morsures de serpents sont fréquentes dans la région du Sud-ouest. La prise en charge de ces envenimations par morsures de serpents s'est nettement améliorée avec la mise en place d'un protocole de prise en charge, mais aussi par l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du SAV.

Mots clés : *envenimation, morsures de serpents, protocole de prise en charge, Sud-ouest, Burkina Faso.*

[CO47] Prise en charge de la douleur post opératoire dans les services de chirurgie du CHU Sanou Souro de Bobo-Dioulasso : état des lieux

Rouamba A., Konate H.

Introduction: La douleur post opératoire a des conséquences neuro-hormonales, respiratoires, cardiovasculaires néfastes, favorise les complications et gêne la mobilisation, les premiers pansements et la rééducation. Sa prise en charge conséquente est aujourd'hui au centre de la « Réhabilitation » précoce du patient opéré. Elle a acquis des progrès importants dont l'analgésie multimodale et l'analgésie contrôlée par le patient (ACP). Elle dispose de nombreux moyens qui sont à notre portée ; c'est pourquoi au CHU SANOU SOURO, nous avons voulu voir qu'elle était notre pratique en la matière quand on sait que la morphine n'est disponible qu'au bloc opératoire et en réanimation polyvalente. Une étude a donc été menée dans les services de chirurgie générale dans la période du 14 janvier 2008 au 13 février 2008.

Objectifs:

- Evaluer l'intensité de la douleur post opératoire sans modifier les conditions de sa prise en charge telle que prescrite
- Apprécier l'applicabilité d'un outil d'évaluation de la douleur
- Analyser les prescriptions habituellement faites
- Contribuer à l'élaboration de protocoles d'analgésie post opératoire pour les services de chirurgie

Méthodologie: Notre étude est descriptive et transversale et porte sur un échantillon de 100 patients à J1 et J2 post opératoire

Critères d'inclusion : - avoir été opéré entre le 14/01/08 et le 13/02/08 en urgence ou en programme et être âgé de plus de 7 ans. Avoir reçu un analgésique à JO, J1, et J2 postopératoire

Critères d'exclusion : -patient opéré pour une chirurgie mineure

Deux outils d'évaluation ont été testés, l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle verbale simple (EVS) ; c'est l'EVS qui a été retenu.

Résultats: 100 patients ont été recensés dont 60 de sexe masculin et 40 de sexe féminin (sexe ratio = 1,5). Les interventions les plus courantes étaient les laparotomies pour péritonite aiguë généralisée (46 cas) ou occlusion intestinale aiguë (16 cas), les rétablissements de continuité digestive (13 cas), les cures herniaires (10 cas) et les appendicites (8 cas). La douleur a été notée 25 fois forte, 18 fois modérée, 22 fois faible et 35 fois inexistante. Les produits prescrits (sans association aucune) étaient 92 fois la noramidopyrine (*Novalgin), 8 fois le paracétamol injectable (*Perfalgan) et 2 fois le diclofenac injectable

Commentaires: Cette étude indique clairement que l'analgésie post opératoire est insuffisante (25% de douleur forte). Cependant 57% semblent présenter une analgésie satisfaisante (douleur absente à faible).

Quelle que soit le type de chirurgie (douleur attendue très variable), la prescription elle, ne varie pas et ne comporte aucun produit antalgique du 2^{ème} ou du 3^{ème} pallier de l'OMS ni aucune association thérapeutique analgésique.

Conclusion: Cette étude, bien que liminaire, indique clairement deux faits :

- La non prise en compte efficace de la douleur post opératoire
- La nécessité d'élaborer un protocole d'analgésie prenant en compte l'évaluation de la douleur et son traitement adapté.

La douleur fait souffrir le patient et son entourage : on n'a pas le droit de laisser souffrir, on a le devoir de soulager le patient. L'amélioration de la qualité des soins en dépend.

Mots-clés : *douleur post opératoire ; prise en charge ; évaluation ; CHUSS*

[CO48] Tuberculose ganglio-cutanée : 3 cas au CHU Sanou Souro (CHUSS) de Bobo-Dioulasso sur 2 ans.

*Andonaba JB , Diallo B ,Tapsoba p , Ouedraogo M , Sawadogo a ,Millogo a
1 CHUSS Bobo-Dioulasso.
2 DRS Hauts-Bassins*

Introduction: La tuberculose sévit dans les régions déshéritées du globe Si la tuberculose pulmonaire est une préoccupation des programmes nationaux avec beaucoup d'investissements, la forme cutanée

reste méconnue et parent pauvre. Nous rapportons trois cas de tuberculose ganglio-cutanée rencontrés au CHUSS.

Observations: Cas 1 : Mme D.D, âgée de 20 ans a consulté dans le service de dermatologie du CHUSS pour des ulcérations cutanées, des cicatrices rétractiles et un œdème génital. Les antécédents sont sans particularité mais le parcours thérapeutique a duré environ 8 ans avec divers traitements anti syphilitique, anti chlamydia.

A l'examen : la région cervicale et les membres supérieurs étaient le siège d'écrouelles et de cicatrices rétractiles. La cuisse gauche était le siège d'une gomme. On notait un esthiomène de la vulve avec efflorescence de nodules de tailles variables.

La sérologie pour le VIH, le TPHA et le VDRL, la recherche mycologique, la recherche d'antigènes de chlamydiae étaient négatifs. Les radiographies du squelette et du thorax étaient normales. L'IDR à la tuberculine était fortement positive et l'histologie a confirmé le diagnostic de tuberculose cutanéoganglionnaire. Le traitement antituberculeux avec le suivi conjoint d'un pneumologue a permis une guérison avec séquelles.

Cas 2 : Mme K.S. 34 ans a été adressée dans le service de dermatologie par un gynécologue pour des nodules et un œdème de la vulve. Les antécédents étaient sans particularité. Le parcours thérapeutique a été long 10 ans. Elle a reçu à deux reprises un traitement anti lépreux, des traitements anti syphilitique et anti chlamydien sans succès.

A l'examen on note des cicatrices rétractiles sur les deux aires inguinales, un esthiomène de la vulve et une efflorescence de nodules sur la vulve avec un prurit important. L'IDR à la tuberculine était fortement positive. L'histologie a confirmé le diagnostic. Les autres examens étaient sans particularité. Le traitement antituberculeux avec le suivi conjoint d'un pneumologue a permis une guérison avec séquelles. Le bénéfice fonctionnel du traitement était largement supérieur au bénéfice physique.

Cas 3 : Monsieur N.D. âgé de 57 ans nous a été adressé de la chirurgie pour un lymphoedème scrotal. Les antécédents étaient sans particularité.

L'examen retrouvait : un esthiomène du testicule dont le diamètre atteignait 10 cm, suintant avec peau lisse, des cicatrices rétractiles sur les aires ganglionnaires inguinales et les fesses.

La radiographie du rachis a objectivé un mal de Pott lombaire. L'IDR à la tuberculine était fortement positive. L'histologie a confirmé le diagnostic de la tuberculose. Sous traitement antituberculeux, l'évolution a été favorable.

Discussion: La tuberculose ganglio-cutanée reste une maladie des pauvres. Les caractères cliniques et évolutifs des lésions, l'épidémiologie permettent d'évoquer le diagnostic pour les initiés. Les complications inesthétiques et/ou fonctionnelles à type d'esthiomène comme dans nos cas viennent

assombrir le pronostic. L'affection demeure méconnue par les généralistes et les para-médicaux. L'histologie cutanée est un moyen efficace du diagnostic. La prise en charge doit être pluridisciplinaire. Dans nos trois cas le traitement antituberculeux et le suivi par un dermatologue et un pneumologue ont donné de bons résultats.

Conclusion: Ces cas montrent l'importance de la formation continue des agents de santé pour un diagnostic précoce et une collaboration multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge des patients.

Mots clés : Tuberculose, peau, ganglion.

[CO49] La cryptococcose cutanée : un cas au CHUSS

Andonaba JB , Diallo B , Ouedraogo M , Sawadogo A , Millogo A

CHUSS Bobo-Dioulasso

Introduction: La cryptococcose cutanée est une infection de la peau due à *Cryptococcus neoformans*, levure encapsulée . Elle survient habituellement chez des patients à une phase d'immunodépression sévère (1,2,3,4). Le diagnostic est facile à poser et le traitement aisé au stade d'atteinte cutanée permettant d'éviter les atteintes méningo-cérébrales plus graves.

Observation: Madame S A âgée de 22 ans a consulté dans le service de dermatologie en Juin 2005 pour une éruption cutanée généralisée prurigineuse survenue d'emblée sur le visage les membres et le tronc.

L'interrogatoire avait retrouvé un élément important à savoir l'élevage de pigeons dans la cour (source probable de l'infection).

Dans les antécédents de la patiente on retrouvait :

- Une hyperthermie intermittente depuis 3 ans
- un amaigrissement non chiffré.
- Une varicelle dans l'enfance (7 ans)
- Une absence de notion de contagé familial

L'état général de la patiente était médiocre avec faciès anxieux mais la conscience était bonne. On notait une asthénie + anorexie, température : 38° 5 , TA : 11/7, Pouls 89/mn , poids : 34 kg , conjonctives peu colorées ; langue saburrale dans dépôts mycosiques.

L'examen cutanéomuco-phanérien :

On notait une éruption généralisée de micropapules coniques dont certaines présentaient une ombilication centrale et évoluaient vers une lésion ulcéreuse ou ulcéro-croûteuse surtout sur le visage. On notait un prurit génital .les lésions se sont installées d'emblée sur tout le tégument. Il n'y avait pas de macules précédant les lésions.

L'examen neurologique et celui des autres appareils étaient sans particularité.

Les diagnostics évoqués étaient une varicelle maligne de l'adulte immunodéprimé et une cryptococcose cutanée sur SIDA.

Les résultats d'examen complémentaire=

Sérologie VIH = VIH 1 +

Taux de CD4 = 81 éléments par microlitre ; la NFS/VS = Anémie microcytaire hypo chrome et lymphopénie.

VS : H 1 = 50 H2 = 80

Le bilan pré thérapeutique ARV était normal.

Le traitement de varicelle maligne et ARV fut institué.

Acyclovir 800 mg x 3 par jour ,cloxacilline 500 mg , Stocrin 600 mg 1cp/jour

combivir 1 cp x 2 / jour

Stocrin 600 mg, chlorphéniramine 1 cp la nuit

L'évolution au bout de 2 semaines était restée stationnaire et de nouvelles lésions apparaissaient sur le visage et avaient tendance à la nécrose.

Le suc dermique d'une lésion cutanée du visage fut prélevé et la mise en évidence de levures encapsulées sur le frottis coloré à l'encre de Chine a posé le diagnostic de Cryptococcose. Les résultats de l'examen direct sont plus fiables que l'histologie ; c'est pourquoi aucun prélèvement n'a été envoyé pour confirmation histologique.

Une ponction lombaire fut faite systématiquement à la recherche d'une localisation neuroméningée ; mais l'examen était négatif.

Il s'agissait d'une atteinte cutanée isolée .

Elle fut mise fluconazole 800 mg par jour en attaque avec bonne évolution au bout de 10 jours.

Conclusion: Il importe de savoir que chez les patients infectés par le VIH , la cryptococcose survient chez les patients avec moins de 200 lymphocytes CD4 / mm3 .Il s'agit d'une infection opportuniste majeure définissant le sida .Elle atteint 20 à 30 % des patients malades du Sida en Afrique Les manifestations cutanées sont : pseudo herpétiques, cellulite, panniculite, végétations ou abcès sous cutané.

Ces lésions sont localisées préférentiellement au visage et extrémités des membres.

le diagnostic repose plus sur l'examen direct et des cultures mycologiques.

Mots clés : cryptococcose - peau – SIDA

[CO88] Projet de Téléradiologie au Burkina Faso

Sanou S, Diallo O, Barro G S, Ouedraogo O, Cisse R.

Introduction : le système sanitaire burkinabé peu développé souffre d'un manque cruel de plateau technique moderne, de ressource humaine, d'expertise en nombre suffisant particulièrement en

imagerie médicale et de formation. Dans ce Contexte la Télémédecine constitue une aubaine dans le cadre de l'innovation technologique, pouvant être utilisée dans la lutte contre la pauvreté et pour l'amélioration de la qualité des soins et des prestations sanitaires. De ce constat il nous paraît judicieux de mettre en place un réseau de Téléradiologie.

Objectif : fournir un outil à des structures ou à des centres médicaux isolés, aux moyens limités, de transférer des images ou des films pour un deuxième avis ou pour un avis plus qualifié en Imagerie médicale.

Concept et modalité : Il s'agira de mettre en place un réseau collaboratif national et international dans le long terme d'expertise en Imagerie. Des radiologues bénévoles, généralistes ou spécialistes, interpréteront les clichés adressés par les médecins émetteurs via le logiciel Ipath ou la plateforme de cours DUDAL développés par le RAFT fonctionnel sur tout ordinateur connecté à internet.

Les centres hospitalo-universitaires auront en charge l'interprétation et les recours à des experts internationaux. Les cours diffusés via DUDAL seront dispensés par des experts nationaux ou internationaux. L'émission de dossier médical se fera dans le respect de la déontologie médicale. Le financement de la TLR fera appel aux mécénats, dons privés et aux fonds publics.

Conclusion : La Téléradiologie constitue la solution au développement et à l'amélioration de la qualité et de l'offre de soin au Burkina. A long terme elle débouchera sur l'informatisation du système sanitaire.

Mots clés : Téléradiologie, imagerie médicale, télémédecine, Burkina

Dr SANOU Simon simonsanou@yahoo.fr
Téléphone : (+ 226) 70 75 80 99

Session 9: identification des meilleures stratégies de prise en charge

[CO50] Choix alimentaire et morbidité - mortalité des enfants nés de mères infectées par le VIH1 au cours des six premiers mois de vie à bobo-dioulasso (burkina faso)

Nacro Boubacar¹, Benao Lazare¹, Zoure Emmanuelle¹, MSELATTI Philippe², HIEN Hervé³, MEDA Nicolas³

But : Dans le but d'étudier le choix alimentaire et la morbidité-mortalité de l'enfant né de mère infectée par le VIH-1

Méthode et Patients : Il s'agit d'une étude descriptive prospective et comparative auprès de 140 mères incluses dans l'étude Kesho-Bora de mai 2005 à mars 2006 dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Résultats : L'âge moyen des femmes était de 27,55 ans; ménagères dans 69,3% des cas, non scolarisées dans 41,4% des cas. Cent neuf mères (81,3%) avaient opté pour l'allaitement maternel contre 25 (18,7%) pour l'alimentation artificielle ; les facteurs sociodémographiques associés au choix de l'alimentation artificielle étaient le partage du statut vis-à-vis du VIH ($p=0,0036$) et le niveau de scolarisation élevé de la mère ($p=0,001$). La morbidité et la mortalité de 138 nourrissons ont été étudiées. Les incidences des diarrhées et des infections des voies respiratoires ne différaient statistiquement entre les deux groupes d'enfant ($p=0,7$ et $p=0,255$ respectivement). Les enfants nourris au lait artificiel nécessitaient plus fréquemment des soins hospitaliers ($p=0,016$). La mortalité infantile des six mois n'était pas différente dans les deux groupes d'enfants (7% dans Allaitement Maternel contre 12% dans Allaitement Artificiel, $p=0,42$). Le faible poids de naissance et la prématurité étaient associés à un risque important de mortalité infantile comparativement aux enfants nés de poids normal et à terme ($p=0,001$ et $0,0007$ respectivement).

Conclusion : l'allaitement maternel était le plus adapté à l'alimentation de l'enfant né de mère infectée par le VIH1. Mais il semble nécessaire de déterminer les conditions d'utilisation de l'alimentation artificielle.

[CO51] Etude de la prévalence de l'infection par *Schistosoma mansoni* et efficacité du traitement par Praziquantel dans la Vallée du Kou (Burkina Faso).

Yanogo R.D.A., Da O., Sorgho H., Ouédraogo J.B.

Contexte : Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence de la schistosomiase à *Schistosoma mansoni* et la morbidité clinique et hématologique qui accompagnent cette infection à la Vallée du Kou ; ainsi que l'efficacité du traitement par le Praziquantel.

Méthodologie : 1043 sujets âgés de 6 ans et plus ont été recrutés de Février à Avril 2007 à la Vallée du Kou. Chaque participant consentant était soumis à un examen clinique et devait fournir un échantillon de selles, d'urines et de sang. La recherche d'une infection par les schistosomes s'est faite par la filtration des urines, ainsi que par le Kato-Katz et la méthode Ridley-Hawgood. Tous les sujets atteints de schistosomiase ont été traités par le Praziquantel à la dose unique de 40 mg.kg^{-1} . Ces derniers sujets ont été enrôlés pour l'étude d'efficacité du traitement à J₄₅.

Résultats : 250/950 sujets soit 27,6% étaient infectés par *S. mansoni* au moment du recrutement. La présence rapportée de sang dans les selles (7,7%) et la toux (32,4%) étaient significativement liées à cette infection. La splénomégalie et l'hépatomégalie étaient peu fréquentes (3,6% et 0,01%). Une anémie était associée à l'infection dans 37,6% des cas. Cette anémie était majoritairement de type chronique et d'intensité légère (90%). Une hyperéosinophilie était associée au tableau dans 23,6 % ainsi qu'une thrombopénie dans 18,4% des cas. Le taux de négativation de l'excrétion des œufs enregistré 45 jours après le traitement avec le Praziquantel était de 89%. La prévalence de l'hyperéosinophilie a connu une augmentation significative à l'issue du traitement (44% à J₄₅).

Conclusion : L'étude a montré une baisse de la prévalence de la schistosomiase à *S. mansoni* à la Vallée du Kou comparativement aux études antérieures. L'infection est associée à une morbidité clinique et hématologique d'intensité légère à modérée. L'impact réel du traitement sur la correction des déficits hématologiques reste à établir.

Mots clés : *Schistosoma mansoni*, Prévalence, Morbidité, Praziquantel, Vallée du Kou, Burkina Faso.

[CO52] Impact positif d'une double supplementation en vitamine A et en Zinc sur la morbidité due au *Plasmodium Falciparum* chez des enfants d'âge scolaire de l'ouest du Burkina Faso : essai randomisé en double aveugle

Augustin N Zeba¹, Hermann Sorgho¹, Noël Rouamba¹, Issiaka Zongo¹, Jeremy Rouamba², Robert T. Guiguemdé², Davidson H. Hamer³, Najat Mokhtar⁴, Jean Bosco Ouedraogo¹

¹Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Bobo Dioulasso, Burkina Faso; ²Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso;

³Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health, Boston, USA;

⁴International Atomic Energy Agency, Vienna, Austria

Introduction : La vitamine A et le zinc jouent un rôle essentiel dans la fonction immune et pourrait avoir une action synergique à même de réduire les risques d'infections et particulièrement celle du paludisme à *Plasmodium falciparum*.

Objectif : Démontrer l'intérêt d'une double supplémentation en vitamine A et en zinc dans la lutte contre le paludisme.

Méthode : Un essai randomiser et contrôlé en double aveugle d'une supplémentation en dose unique de vitamine A et d'une administration de zinc versus placebo a été conduite dans le Village de Sourkoudougou, Burkina Faso. Au total 148 enfants âgés de 6 à 72 mois ont reçu pendant 6 mois une dose de 200 000 UI de vitamine A et une dose de 10 mg de zinc 6 jours sur 7 (n=74) versus placebo (n=74). Ces enfants ont bénéficié quotidiennement de la prise de la température et chaque fois qu'elle était $\geq 37,5^\circ$ une lame de microscopie était confectionnée pour la recherche de paludisme. Une enquête transversale a été conduite en début et en fin d'étude évaluant la prévalence palustre et l'état nutritionnelle des enfants.

Résultats : La prévalence du palustre a significativement baissé de 34% dans le groupe supplémenté contre 3,5% dans le groupe placebo ($p < 0,001$). On notait également une réduction de 30,2% des cas de paludismes dans le groupe supplémenté ($p = 0,029$). Les cas de fièvre étaient de 22% moins important dans le groupe supplémenté. Le temps entre l'inclusion le premier épisode de paludisme était significativement plus long dans le groupe supplémenté (0,015).

Conclusion : Ces résultats suggèrent que la double supplémentation vitamine A et zinc contribue à réduire le risqué de fièvre et de cas Clinique de paludisme chez les enfants et que cette combinaison pourrait jouer un rôle essentiel dans la lutte contre le paludisme chez les enfants en Afrique.

[CO53] Trithérapie antirétrovirale par DDI+3TC+EFV en prise unique chez l'enfant infecté par le VIH-1 au Burkina Faso : essai ANRS 12103

Hien H1, Nacro B2, Diagbouga S1, Zoure E2, , Tamboura H2, Rouet F1, Ouiminga A1, Drabo A1, Yaméogo S2, Peyrière H3, Mathieu O3, Nicolas J3, Van de Perre P3, Msellati P4.

1: Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, 2 : Département de pédiatrie, CHUSS Bobo-Dioulasso, 3: Laboratoire de virologie et de pharmacologie du CHU Montpellier, France, 4 : UMR 145 IRD, CreCSS Aix en Provence.

Objectifs :

- Évaluer les paramètres pharmacocinétiques de 3TC-ddI-EFV en une seule prise chez l'enfant infecté par le VIH.
- Évaluer l'efficacité virologique et immunologique à 12 mois de cette trithérapie en prise unique
- Évaluer la tolérance de cette association

Méthode : Essai thérapeutique, ouvert, de phase II sur 12 mois, incluant 52 enfants infectés par le

VIH-1, poids ≥ 10 kg, entre 30 mois et 15 ans d'âge nécessitant un traitement antirétroviral.

Résultats : 31 garçons, 21 filles, 6,8 ans en moyenne

Dosage Efavirenz : 60% ont des concentrations normales pour la Cmin, 47% pour la Cmax. Dosages de 3TC et DDI en cours. A 12 mois : Zscore moyen Poids/âge : -1,50; (+0,41 depuis l'inclusion), Zscore moyen Taille/Âge : -1,69 (+0,3); Moyenne CD4 N = 811/ μ l; 22,7% (+456/ μ l soit 13,7% depuis l'inclusion); 79,5% sont indétectables (<300cp). Pas d'arrêt de traitement pour intolérance.

Conclusion : A 12 mois ce schéma antirétroviral en prise unique est efficace et bien toléré.

[CO54] Faisabilité et efficacité d'un traitement antirétroviral chez des femmes à haut risque et difficiles à atteindre, en Afrique de l'Ouest

C. Huet¹, A. Ouedraogo¹, I. Konaté¹, J.-L. Ouedraogo¹, I. Traoré¹, F. Rouet¹, A. Ouiminga¹, A. Sanon¹, R. Diallo¹, P. Mayaud², N. Nagor², P. Van De Perre³, pour le Groupe d'Etude Yereon ANRS 1222

¹Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

²London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London, United Kingdom

³Université Montpellier 1, EA 4205 « Transmission, Pathogénèse et Prévention de l'Infection par le VIH », Montpellier, France

Contexte : Il n'existe pas de données disponibles sur l'évolution virologique, immunologique et clinique à long terme sous traitement antirétroviral (ARV) chez les travailleuses du sexe (TS) en Afrique.

Méthodes : Etude prospective chez des TS infectées par le VIH-1, mises sous ARV selon les recommandations de l'OMS. Le suivi comprenait des visites cliniques mensuelles, un soutien à l'observance par des psychologues et des paires-éducatrices, ainsi que des dosages semestriels des CD4 et de la charge virale plasmatique mesurée par PCR en temps réel.

Résultats : Cent dix-neuf femmes infectées par le VIH-1 ont été suivies avec une médiane de 38 mois (intervalle interquartile [IIQ], 21-41 mois). A la mise sous ARV, 73 % des femmes présentaient un stade III ou IV selon la classification clinique de l'OMS, avec une médiane de CD4 à 142/ mm^3 (IIQ, 86-190) et une médiane de la charge virale plasmatique à 5,14 log₁₀ copies/mL (IIQ, 4,60-5,47). Le traitement ARV de première ligne consistait en deux inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase [zidovudine (AZT) ou stavudine (d4T), et lamivudine (3TC)] plus un inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase [efavirenz ou névirapine] chez 114/119 femmes. Cinq femmes sont décédées au

cours du suivi (taux de mortalité : 1,5 pour 100 personne-années). Après 36 mois de traitement ARV, la probabilité de survie était estimée à 97 % (IC 95%, 91-99), le gain médian en CD4 à +282/mm³ (IIQ, +176 ; +457) et 91 % (IC 95%, 84-99) des femmes avaient une charge virale plasmatique indétectable (<300 copies/mL).

Conclusion : De très bons indicateurs d'efficacité clinique et immuno-virologique à long terme ont été obtenus dans cette population de femmes marginalisées et au suivi réputé difficile. L'amélioration de l'accès aux ARV pour ces groupes à haut risque est faisable et susceptible d'engendrer des effets bénéfiques tant au niveau individuel qu'en termes de santé publique. Il reste à déterminer l'impact sur la transmission du VIH.

[CO55] Amélioration de l'accès des femmes au programme de réduction de la transmission mère enfant du VIH au Burkina: l'expérience du projet Kesho Bora dans la ville de Bobo-Dioulasso

Fao P¹, Gouem C.¹, Ky-Zerbo O¹, Sanou K.A.¹, Valea D, Kania D¹, Ayassou K¹ Ouedraogo P.E.¹, Somda K.P., Hien M.H¹, Sioho N¹ Sanogo B¹ Siribie I¹, Ouedraogo M¹ Sanon M-J¹, Boncougou J¹, Traore M¹, Somda G¹, Kone H¹, Meda K.A¹, Karembega M¹, Ouedraogo F¹, Thio J.E¹, Traore A¹, Mantoro J¹, Kabre D¹, Koussoube T.² Kombassere S.³ Meda N.¹

¹Centre MURAZ, HIV/AIDS & Reproductive Health, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

²District Sanitaire 22, Direction Régionale de la Santé des hauts basins, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³District Sanitaire 15, Direction Régionale de la Santé des hauts basins, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

⁴DCentre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Introduction : A l'instar de nombreux pays, le Burkina Faso a élaboré en 2000-2001 un programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH qui constitue un des axes des stratégies de lutte contre la pandémie du VIH. Ce programme qui a connu un début d'exécution en 2002 n'a concerné que 9 formations sanitaires à travers le pays. En fin 2005, la couverture était de 37 districts sur les 55 (67,3%). Dans le cadre de la mise en œuvre du projet Kesho-Bora, une attention particulière a été accordée à l'appui de ce programme dans la ville de Bobo-Dioulasso où celui-ci n'était exécuté que dans quelques formations sanitaires du district 22. Nous exposons ici à travers ce document le processus d'extension du programme à l'ensemble de la ville.

Méthodes : Un programme de réduction de la transmission mère enfant du VIH dans le district 15 a été élaboré et soumis pour financement à la fondation Glaxo Smith Klein (GSK). L'autre volet de la mise en œuvre a été assuré par le projet Kesho-Bora. Cette dernière a consisté à :

- Au renforcement des capacités opérationnelles qui prenait en compte l'aménagement, l'équipement des locaux, et le renforcement des compétences du personnel du district en PTME
- Une mise en œuvre des services intégrés de counseling et de dépistage VIH pour les femmes enceintes
- Une promotion des activités de PTME au niveau du district par l'appui aux supervisions et l'organisation des cadres de concertation

Résultats : Le renforcement des compétences a permis de former toutes les catégories du personnel (soit au total 160) et les membres associatifs. Un renforcement des infrastructures, de l'équipement ainsi que de la logistique a permis d'améliorer le cadre de l'offre de soins dans les formations sanitaires.

De décembre 2004 à décembre 2007, un total de 130419 consultations prénatales a été enregistré dont 54341 nouvelles parmi lesquelles 99,52% ont reçu un conseil VIH individuel. Le taux d'adhésion au test VIH était de 85,91% avec 82,47% de retour pour la recherche du résultat dont 4,02% séropositives. Parmi elles, 90,18% ont été référées pour le suivi. Moins de 10% des femmes séropositives référées ne sont pas parvenues au site de suivi. Cette déperdition se poursuit après l'accouchement. On note un choix majoritaire de l'allaitement par rapport à une alimentation artificielle du fait de la stigmatisation et le non partage du résultat sérologique VIH avec l'entourage.

Conclusion. L'appui technique et financier des partenaires de la santé reste un élément déterminant pour l'accès aux soins. Beaucoup d'efforts restent cependant à fournir en l'occurrence une communication intégrée pour favoriser l'adhésion au programme. Les initiatives d'accès aux ARVs doivent être effectives pour permettre la prise en charge de celles qui en ont besoin.

Session 10: laboratoire et accès aux soins de qualité

[CO56] Antimicrobial resistance of microorganisms isolated from urinary tracts infections at Saint Camille medical Centre in Ouagadougou

Karou Simplicie D.^{1,3,4}, Ilboudo Denise^{1,2,3},*

Nadembega Wendyame M.C.^{1,2,3}, Ameyapoh Yaovi⁴, Ouermi Djeneba^{1,2}, Pignatelli Salvatore³, Pietra Virginio³, Traore Alfred S.², De Souza Comlan⁴, Simpore Jacques^{1,2,3}

¹Centre de Recherche Biomoléculaire Pietro Annigoni (CERBA), Ouagadougou, Burkina Faso

²Université de Ouagadougou, UFR/SVT, Ouagadougou, Burkina Faso,

³Centre médical Saint Camille de Ouagadougou, Burkina Faso

⁴Université de Lomé, ESTBA, Lomé, Togo

Data regarding the evolution of antimicrobial resistance in a geographical area has a definite influence on the design of empirical treatment regimens. In order to ascertain the present situation of the antimicrobial resistance of Urinary Tract Infection (UTI) bacteria, we performed two consecutive years study. From January 2006 to December 2007, 974 urines specimens were collected and analyzed at Saint Camille medical centre. Among the analyzed samples 81.09% grew pathogenic microorganisms. *Escherichia coli* (32.76%) was the most frequently isolated microorganism followed by *Staphylococcus aureus* (22.74%) and *Klebsiella pneumoniae* (10.45%). The antimicrobial screenings revealed very high antimicrobial resistance to several antibiotics, principally β -lactams with enterobacteria. The resistance rates recorded with *E. coli* (the main bacteria involved in the UTI) were 76.64%, 71.01%, 25%, and 74.34% for ampicillin, amoxicillin amoxicillin/clavulanic acid and trimethoprim-sulfamethoxazole respectively, but in comparison with previous data recorded in the centre, there is a decrease of resistance to these antibiotics. The microorganisms is still susceptible to fluoroquinolones (nalidixic acid, norfloxacin and ciprofloxacin) however attention should be paid for these antibiotics because the resistance rate already reached 10% for nalidixic acid and ciproxacin. Periodic performance of prevalence studies is a useful tool to know the current situation of microorganisms and their resistance patterns in a geographical area and it helps to access the emergence and the spread of antibiotic resistance.

Key words: Antibiotics, Resistance, Microorganisms, genitourinary tracts

[CO57] Etude *in vitro* et analyse moléculaire de la résistance de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques dans la ville de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Bonkian LN., Tinto H., Zongo I., Nikiema JB et Ouedraogo JB.

Introduction: Face à l'extension rapide de la résistance de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques, nous avons entrepris d'étudier l'efficacité de médicaments antipaludiques à

l'Ouest du Burkina Faso (Bobo-Dioulasso) et la relation entre la présence de la mutation du gène *Pfmdr1-N86Y* et la résistance *in vitro* à ces antipaludiques.

Matériel et méthodes: L'étude s'est déroulée de Septembre 2006 à Mai 2007. *In vivo*, 27 patients avec une parasitémie comprise entre 4000 et 200000 trophozoïtes/microlitres ont été repartis en trois groupes puis traités avec chacune des trois associations médicamenteuses : Amodiaquine+Sulfadoxine-pyriméthamine (AQ+SP), Artéméter-luméfantrine (AL), Dihydroartémisinine-pipéraquline (DHA-PQ), et suivis pendant 42 jours. *In vitro*, 81 échantillons avec une parasitémie supérieure ou égale à 4000 trophozoïtes/microlitres ont été mis en présence de concentrations croissantes de Dihydroartémisinine (DHA), de Quinine (QN) et de Chloroquine (CQ) et incubé sous 5% de CO₂ pendant 42 heures. La présence de la mutation *Pfmdr1-Y86* a été testée sur 80 échantillons par la PCR.

Résultats : Les tests cliniques ont montré une réponse clinique et parasitologique adéquate de 100 % pour AQ+SP et DHA-PQ et 81,82 % pour AL. Les résultats des tests *in vitro* ont donné 11,9% de résistance à la quinine et 70,5% à la chloroquine. La moyenne des CI50 de la DHA était de 1,5 nM.

Les tests de biologie moléculaire ont montré que la mutation *Pfmdr1-Y86* était présente dans 36,25 % des échantillons. Par ailleurs, nous n'avons pas observé une association entre la présence de la mutation *Pfmdr1-Y86* et la résistance *in vitro* à la QN mais une faible association entre la présence de la mutation et la résistance *in vitro* à la CQ.

Conclusion : Au terme de notre étude, il ressort que les trois associations médicamenteuses (AQ+SP, AL, DHA-PQ) ont une grande efficacité thérapeutique tandis qu'*in vitro* on a une baisse de la sensibilité à la QN et CQ. Pour cela, une vigilance sur la surveillance de l'efficacité des antipaludiques et la recherche de marqueurs spécifiques de résistance à chaque molécule s'impose.

Mots clés : *Plasmodium falciparum*, tests *in vitro*, *Pfmdr1 N86Y*, Burkina Faso

[CO58] Evolution de l'amyplasémie, de l'azotémie, de la créatinémie et des paramètres anthropométriques chez des personnes adultes VIH séropositives au Centre Médical Saint Camille (CMSC) de Ouagadougou (Burkina Faso).

Traore Lamine^{1,2}; Nadembega Christelle^{1,3}; Ouermi Djeneba^{1,3}; Ilboudo Denise^{1,3}; Karou Damintoti^{1,3}; Pietra Virginio¹; Pignatelli Salvatore¹; Sia Dabogo Joseph¹; Nikiema Jean-Baptiste⁴; Ouedraogo Georges Annice²; Simpore Jacques^{1,3,5}

1 Centre Médical Saint Camille – Centre de Recherche Biomoléculaire Pietro Annigoni, CERBA – Ouagadougou, Burkina Faso, 01 BP 364 Ouagadougou 01 Burkina Faso,

2 Université de Bobo

3 Laboratoire de Biologie Moléculaire et de Génétique (Labiogene) Université de Ouagadougou, 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso, Tél. 0022670230792

4 Université de Ouagadougou, UFR/SDS

5 Université de Rome "Tor Vergata", Via Montpellier 1, 00133 Rome, Italy,

Les atteintes pancréatiques, rénales et les modifications anthropométriques peuvent être liées au VIH et exister avant la mise sous traitement antiretroviral (ARV).

Objectifs : Notre travail a pour but d'étudier l'évolution des paramètres biochimiques (amylasémie, azotémie, créatinémie) et anthropométriques (indice de masse corporelle ou IMC) chez des patients VIH séropositifs suivis au CMSC de Ouagadougou (Burkina Faso).

Patients et méthodes : Du 1^{er} Octobre 2007 au 21 janvier 2008 ; 174 patients, dont 94 infectés par le VIH-1 et 80 VIH séronégatifs, ont été enrôlés dans notre étude. Parmi ces malades, 87 étaient sous ARV et 7 sous phytomédicaments (FMG341). Les analyses biochimiques ont été réalisées à partir de sérums. Les paramètres biochimiques et anthropométriques ont été déterminés avant et après le début de traitement chez les patients infectés au VIH-1.

Résultats : Après 6 mois de traitement, 87,2% des patients infectés au VIH-1, présentaient une azotémie normale, tandis que 1,1% montraient une azotémie inférieure à la normale et 11,7%, une azotémie supérieure à la normale. 83% des patients infectés avaient la créatinémie normale ; 12,8% une créatinémie inférieure à la normale et 4,2% une créatinémie supérieure à la normale. Enfin, 27,7% de nos patients VIH séropositifs, présentaient une amylasémie normale et 72,3% présentaient toujours une hyperamylasémie.

Les données anthropométriques ont montré qu'après traitement, 56,38% de nos patients infectés avaient des indices de masse corporelle normales (IMC) ; 19,15% avaient des IMC inférieures à la normale et 24,47% avaient des IMC supérieures à la normale.

Conclusion : Au Burkina Faso, les traitements par les ARV ont permis une amélioration du niveau et de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH-1. Cependant, certains traitements ARV sont souvent accompagnés d'effets secondaires de toxicités pancréatiques ou rénales ou métaboliques. Une surveillance de l'amylasémie, de l'azotémie, de la créatinémie et de l'indice de masse corporelle s'avère donc nécessaire pour optimiser le rôle bénéfique de ces médicaments pour les PVVIH. .

Mots clés : ARV, VIH-1, amylasémie, azotémie, créatinémie, IMC, FMG341

[CO59] Prise en charge diagnostique des infections à virus influenza A humain et aviaire pendant l'épizootie de grippe aviaire de 2006 au Burkina Faso

Z. Tarnagda¹, A.T. Kam¹, M.C. Tahita¹, I. Yougbare¹, M.F. Ducatez², C. P. Muller², J.B. Ouedraogo¹

¹ Institut de Recherche en Sciences de la Santé, 399 Avenue de la liberté, BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

² Institute of Immunology, National Public Health Laboratory, 20A rue Auguste Lumière, L-1950 Luxembourg

Introduction: En 2006, neuf pays africains dont le Burkina Faso, ont enregistré des foyers de grippe aviaire sur leur territoire. L'objectif de cette étude a consisté à identifier les souches du virus influenza A susceptibles d'être la cause des foyers identifiés au Burkina Faso. Il a été procédé à un séquençage des souches virales détectées.

Matériel et Méthode: L'étude a porté sur 283 écouvillons trachéaux et cloacaux collectés chez des oiseaux domestiques et sauvages à Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Sokoroni et 80 sérums appariés humains (issus de 40 ménages localisés dans la zone à foyer déclaré de H5N1 à Bobo-Dioulasso). Il a été procédé à la recherche d'anticorps anti-influenza A sur les sérum humains. La transcriptase reverse (RT-PCR), deux tests de PCR spécifiques (H5 et N1) et un séquençage pour les spécimens aviaires ont été réalisés.

Résultats: Neuf cas d'influenza aviaire type A ont été détectés soit une prévalence de 3,2% IC 95% [0-6,6] dont cinq cas (deux vautours à Ouagadougou, deux poulets à Sokoroni et un poulet à Bobo-Dioulasso) de H5N1. Les résultats du séquençage ont permis de classer les souches H5N1 dans le cluster C.

La recherche des souches épidémiques du virus influenza A au sein des sérums humains a été négative.

Conclusion: La prise en charge diagnostique des virus influenza A dont celui de la grippe aviaire est possible à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

[CO60] Recherche des causes des gastro-entérites infantiles au Centre Médical saint Camille de Ouagadougou au Burkina Faso

Simpore Jacques^{1,2,3*}, Karou Damintoti^{1,2}, Ouermi Djeneba^{1,2}, Nadembega Christelle^{1,2}, Ilboudo

Denise ^{1,2}; Zeba Boukare ⁴, Pietra Virginio ^{1,5},
Pignatelli Salvatore ¹, Schumacher Fabbio ⁵,
Castelli Francesco ⁵.

1Centre Médical Saint Camille – Centre de
Recherche Biomoléculaire Pietro Annigoni,
CERBA – Ouagadougou, Burkina Faso, 01 BP 364
Ouagadougou 01 Burkina Faso,

2Laboratoire de Biologie Moléculaire et de
Génétique (Labiogene) Université de
Ouagadougou, 03 BP 7021 Ouagadougou 03,
Burkina Faso, Tél. 0022670230792

3Université de Rome "Tor Vergata", Via
Montpellier 1, 00133 Rome, Italy,

4Laboratoire d'Enzymologie de la résistance aux
antimicrobiens (LERAM), Université de
Ouagadougou, 03 BP 7021 Ouagadougou 03,
Burkina Faso,

5Université de Brescia, Piazza Spedali Civili, 1-
25123 Brescia, Italy.

Résumé:

Les diarrhées infantiles d'origine virale, bactérienne et parasitaire, causes de morbidité et de mortalité pédiatrique, constituent un problème de santé publique pour les pays de l'Afrique sub-saharienne.

Objectifs : le présent travail vise à identifier les agents infectieux responsables des gastro-entérites infantiles au Centre Médical saint Camille, déterminer les prévalences de ces pathogènes et identifier les espèces bactériennes multirésistantes aux antibiotiques.

Patients et méthodes : Du 5 mai 2005 au 22 juin 2007, 648 enfants, âgés de 2 à 41 mois, ayant la diarrhée, ont été enrôlés dans cette étude. Parmi eux, 5,25% étaient infectés par le VIH-1, à travers la transmission verticale mère-enfant et ont été précocement diagnostiqués par la RT-PCR qualitative. Un échantillon de selle pris chez chaque enfant a servi à l'identification des agents pathogènes et à la recherche de la sensibilité bactérienne aux antibiotiques.

Résultats : Les données anthropométriques ont révélé que 62,50% des enfants avaient un poids insuffisant pour leur âge et 70,00% un poids insuffisant pour leur taille. Les analyses des selles ont décelé dans ces échantillons : 74 protozoaires; 29 helminthes; 183 virus, 246 bactéries pathogènes ayant de nombreuses résistances aux microbicides.

Conclusion : Au Burkina Faso, où manquent à la fois eau potable et réfrigérateurs pour la préparation et la conservation adéquates des denrées alimentaires périssables, la nutrition pédiatrique constitue un véritable défi et un important facteur de risque d'infection bactérienne, virale et parasitaire pour les enfants de moins de 5 ans.

Mots clefs : Diarrhée, Entérobactérie, Gastro-entérite, Rotavirus, VIH

[CO61] Les Plaquettes sanguines: Bon indicateur de l'évolution du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en zone à transmission stable au Burkina Faso

Gansané A, Henry BN, Ouédraogo A, Diarra A, Soulama I, Sanon S, Bougouma E, Yaro JB, Ouédraogo CE, Konate AT, Tiono A, Nebié I, Sirima SB.

Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP)

Projet de Développement de Vaccins Antipaludiques (PDVAP)

Nous avons examiné le profile des plaquettes sanguines au cours d'une enquête transversale pendant la saison de faible transmission du paludisme chez les enfants âgés de 6 à 59 mois vivant en milieu rural (Saponé) du Burkina Faso.

Au total 440 enfants ayant bénéficié d'un examen clinique, une goutte épaisse et frottis mince et d'une numération formule sanguine complète ont été pris en compte dans notre analyse. La proportion des porteurs de Plasmodium était de 46,8% (206/440).

Chez les sujets asymptomatiques et non porteurs de parasites (n=195), la moyenne des plaquettes était de 389744 [IC95% = 389719 – 389769] contre 275031 [IC95% = 275014 – 275048] chez les porteurs asymptomatiques (n=195) et 255385 [IC95% = 255344 – 255425] chez les porteurs symptomatiques (n=39). Les différences observées étaient statistiquement significatives à tous les niveaux. Une analyse stratifiée chez les porteurs de *Plasmodium falciparum* a montré une association négative entre la numération des plaquettes et la densité parasitaire. En effet nous avons observé une baisse du nombre de plaquettes passant de 385038 [IC95% = 385014 – 385062] dans le groupe à parasitémie négative à 250354 [250323 – 250386] dans le groupe à parasitémie à *Plasmodium falciparum* compris entre 10000 et 50000/ μ l.

En zone de paludisme à transmission stable, la numération des plaquettes semble être un bon indicateur de l'évolution de l'infection à Plasmodium chez les enfants de moins de 5 ans vivants en zone de paludisme à transmission stable.

Session 11 : Amélioration de la qualité de soins

[CO62]La réduction de la mortalité maternelle et périnatale est possible au Burkina Faso : Cas de l'hôpital régional de Koudougou

Kaboré M¹, Wanda D¹, Yoda A¹, Thiombiano O¹, Sombié I²

1 : CHR de Koudougou, BP Koudougou
2 : UPB, CHUSS, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

Objectif : analyser l'évolution des activités de la maternité et les issues maternelles et fœtales du Centre Hospitalier Régional de Koudougou

Matériel et méthode : nous avons combiné une comparaison de l'évolution des activités et des issues maternelles du premier semestre des années 2005, 2006 et 2007 et une analyse du système de santé. Nos indicateurs pour la comparaison étaient la fréquence des admissions, des accouchements, la mortinaissance et la mortalité maternelle au sein du service. L'analyse du système a porté sur la collaboration avec les structures externes, l'organisation des soins, le type de personnel disponible, les renforcements de leur compétence et le financement des soins.

Résultats : une régression des admissions totales, des admissions par référence et des accouchements totaux a été notée tandis que la proportion des admissions dystociques et des accouchements parmi l'ensemble des admissions, le nombre des accouchements dystociques, et la proportion des accouchements parmi l'ensemble des accouchements ont augmenté. Le taux de mortinaissance et le ratio de mortalité maternelle ont régressé passant respectivement de 2005 à 2007 à plus de 140 à 80 pour 1000 naissances et à plus de 2000 à moins de 2000 pour 100000 naissances vivantes. Des approches pour réduire le nombre de cas non compliqués, pour améliorer la compétence des agents et réduire le coût des soins pour les familles ont été mises en place. De même on a assisté à une augmentation quantitative et qualitative de l'effectif du personnel.

Conclusion : recentrer les activités de la maternité sur la prise en charge des complications, réduire le coût des soins et renforcer l'équipe de soins en nombre et en qualité peut contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

[CO63]Aspects épidémiologiques, bactériologiques des méningites bactériennes aiguës à Ouagadougou au cours de l'année 2006

Laurent T. Ouedraogo, Abdoulaye Traore, Ahoué Richard Thomson Dje

Introduction: Le Burkina Faso connaît depuis une dizaine d'année, des d'épidémies de méningite, avec une réduction de la période inter-épidémique qui, traditionnellement, était de 10 à 12 ans. Avec l'appui des partenaires, un programme d'appui à la recherche et à la lutte contre les épidémies de méningites à méningocoques est en cours de mise en œuvre. Ce programme vise entre autres à soutenir et améliorer les capacités de surveillance épidémiologique et microbiologique des méningites en situations épidémique mais aussi inter-épidémique. Les Objectifs de notre travail ont été de 1) décrire les caractéristiques sociodémographiques et la distribution dans le temps des cas de méningites bactériennes survenues à Ouagadougou au cours de l'année 2006 ; 2) d'analyser le profil bactériologique des cas de méningites bactériennes survenues à Ouagadougou au cours de l'année 2006 ;

Population et méthode: Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive de la méningite bactérienne en 2006. Les cas suspects de méningite recensés dans les districts sanitaires de la commune de Ouagadougou et les deux centres hospitaliers universitaires situés dans cette même ville, ont constitué la population d'étude. Les sources des données ont été les divers supports de rapports produits par les structures sanitaires y compris les laboratoires. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche conçue à cet effet. Elles ont été saisies et analysées sur microordinateur à l'aide du logiciel Epi info version 3.3.2.

Résultats: Entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2006, un total de 1011 cas suspects de méningite ont été notés. Parmi ces cas, 188 ont été confirmés par des examens bactériologiques de laboratoire. La plupart (53,19%) étaient imputables à *Neisseria meningitidis*, suivi de *Streptococcus pneumoniae* (32,98%) et d'*Haemophilus influenzae* b (Hib) (12,77%). Le sérotype A était à l'origine de 93% des cas de méningite à méningocoque pendant cette période d'étude. L'incidence annuelle de la méningite bactérienne confirmée était de 12,62 pour 100 000 habitants et la létalité globale annuelle des cas confirmés s'élevait à 18,29%. Au cours de cette année, *S. pneumoniae* a eu la létalité la plus élevée (37,74%). Les cas suspects et confirmés de méningite étaient plus fréquents chez les hommes respectivement 58,5% et 55,9% et sont apparus essentiellement en saison sèche (janvier à mai). Les enfants de moins de 15 ans ont représenté 56,4%, les moins de 5 ans 29,3% et les moins de un an 11,2%. La létalité maximale

(44,4%) a été observée chez les patients de 50 ans et plus. Dans cette classe d'âge, le pneumocoque était la principale cause (55,6%) des méningites bactériennes. La première cause de méningite chez les 1-29 ans était *N. meningitidis*.

La distribution dans le temps a montré une augmentation du nombre de cas entre la 12^{ème} semaine et la 18^{ème} semaine, période au cours de laquelle 632 cas (62,51%) ont été enregistrés. Le pic a été obtenu à la 16^{ème} semaine avec 172 cas.

Conclusion: Les trois germes classiques des méningites bactériennes ont été retrouvés au cours de l'année 2006 à Ouagadougou, avec une prédominance de *N. meningitidis*. Ce germe a été retrouvé chez les moins de 30 ans tandis que le pneumocoque a été le principal germe chez les 50 ans et plus avec une létalité importante.

Mots clés : Méningite, épidémiologie, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*, Ouagadougou – Burkina Faso

[CO64] L'amélioration de la prise en charge des urgences obstétrico-chirurgicales par des médecins généralistes formés en chirurgie de district dans la région sanitaire de Dosso au Niger.

*N. Babadi*⁸ ; *H.C. T. Ouedraogo*⁹ ; *F. Barkire*¹⁰ ; *B. Sanou*¹¹

Thème : Accessibilité aux soins chirurgicaux d'urgence dans les districts sanitaires périphériques.

Contexte de travail : Le Niger est activement en quête de pistes de solutions pour réduire son taux de mortalité maternelle élevé (648/100.000 naissances vivantes) et faire face aux besoins chirurgicaux non couverts de sa population rurale (77%). Au niveau des Centres de Santé Intégrés (CSI) et des Hôpitaux de District (HD), l'offre de soins obstétrico-chirurgicaux essentiels et d'urgence est très limitée. Le défi pour le système de santé consiste donc à se doter de moyens qui assurent un meilleur accès des communautés à des soins de qualité en périphérie. Une option stratégique adoptée par le Ministère de la Santé Publique en plus de la gratuité de la césarienne, est le développement de la chirurgie de district pratiquée par des médecins généralistes ayant reçu une formation chirurgicale de 12 mois (3 mois de

théorie et 9 mois de pratique). Outre la chirurgie obstétricale, ces cadres sont en mesure d'intervenir dans des urgences telles que les hernies étranglées, les abdomens chirurgicaux et les fractures dont le degré de complexité permet une prise en charge adéquate au premier niveau de référence. La première promotion à être formée a été déployée à travers le pays et 3 des 5 districts qui compte la région de Dosso fonctionnent depuis février 2007 avec des médecins Capacitaires en Chirurgie de District (CCD) qui bénéficient d'un encadrement de proximité par 2 chirurgiens du Centre hospitalier régional de Dosso (CHR). Dans une logique de recherche-action, cette expérience est entrain d'être documentée et suivie de très près par les acteurs qui en sont conscients des enjeux.

Objectif : Améliorer l'accessibilité aux soins obstétrico-chirurgicaux d'urgence dans les districts sanitaires ruraux du Niger.

Hypothèse : Il est possible de prendre en charge la plupart des urgences obstétrico-chirurgicales des Districts sanitaires (DS) par la mise en place dans les HD de médecins généralistes ayant reçu une formation chirurgicale de base (CCD).

Contraintes observées en cours de mise en oeuvre : 1) Une faible disponibilité des ressources humaines (anesthésistes et aides chirurgiens) ; 2) des ruptures de stocks en consommables chirurgicaux de base 3) une insuffisance d'équipements chirurgicaux 4) des arrêts de travail prolongés en raison d'absences ou de pannes d'équipements ; 5) infrastructures inadéquates ; 6) Une faible disponibilité de consommables chirurgicaux sur le marché local

Résultats préliminaires : 1) Réalisation dans la première année de 155 césariennes et 340 interventions viscérales (hernies, péritonites, etc.) dans les districts sanitaires concernés; 2) Réduction de 24% des cas de ruptures utérines opérées au CHR ; 3) la mortalité observée est de 1,4% pour les césariennes à 17,4% pour les péritonites 4) engouement de la communautés à l'endroit de l'approche.

Leçons apprises/enseignements : 1) les capacités d'encadrement et de soutien aux CCD est un facteur important de réussite du processus; 2) les mesures d'accompagnement (rationalisation des actes, supervision spécialisée régulière, approvisionnement en médicaments et consommables, maintenance) doivent être identifiées avant et pendant la mise en œuvre du processus ; 3) la disponibilité de 2 équipes chirurgicales par district (2CCD, 2 anesthésistes) est la condition pour assurer la permanence des services; 4) Les complications semblent plus importantes dans le cas d'interventions nécessitant une réanimation post opératoire et surveillances accrues (péritonites) ; 5) Il est possible de mieux organiser et renforcer les mesures incitatives pour maintenir en poste les médecins formés.

⁸ Chirurgien pour le compte du programme d'appui à la mise en œuvre du plan de développement sanitaire PAPDS au centre hospitalier régional de Dosso Niger

⁹ MD MPH assistant technique PAPDS

¹⁰ Gynécologue obstétricienne Centre hospitalier régional de Dosso Niger

¹¹ Chirurgien VNU District Sanitaire de Douchi Niger

[CO65] La césarienne de qualité : expérience du district sanitaire du secteur 30 Ouagadougou, Burkina Faso

Charlemagne Ouédraogo, Fabienne Richard, Lionel W Ouédraogo et al

Introduction: la césarienne est une des interventions essentielles en obstétrique permettant de sauver la mère et de plus en plus son enfant à condition que l'indication soit posée correctement et à temps, qu'elle soit accessible et de qualité technique optimale.

Matériel et méthode: nous avons mené une étude avant-après pour évaluer les effets d'une intervention complexe comprenant un ensemble d'activités (formations du personnel, équipement, audits cliniques internes, partage des coûts, rencontres usagers-prestataires) sur la qualité de la césarienne (accessibilité, diagnostic, acte technique, suivi postopératoire) et la santé des femmes et des enfants entre 2003 et 2006 dans le district sanitaire du secteur 30 à Ouagadougou au Burkina Faso.

Résultats: au total, 1371 césariennes ont été réalisées à l'hôpital de district du secteur 30 entre 2003 et 2006. Le nombre de césariennes effectuées par an est en ascension croissante, de 42 en 2003 à 630 en 2006. Cette augmentation de l'activité s'est faite sans augmentation de la mortalité maternelle et périnatale (respectivement 1,1% et 3,6% en 2006). Le taux de césariennes pour les femmes du district a augmenté de 1,92% à 3,31% des naissances attendues entre 2003 et 2005 mais était 5 fois plus élevé en milieu urbain (4,58%) qu'en milieu rural (0,81%). La réduction de cet écart doit être une priorité d'action pour l'équipe du district et pour le gouvernement car seule une volonté politique peut faire la différence au niveau national pour renforcer le système de santé et atteindre une couverture en soins obstétricaux d'urgence pour toutes.

Conclusion: l'accès à la césarienne de qualité est une réalité à l'hôpital de district du secteur 30. L'hôpital qui ne faisait aucune césarienne en 2002, en a fait 630 en 2006 sans augmentation de la morbidité et mortalité maternelles et périnatales post-césariennes. L'hôpital de district a pris sa place de structure de référence du district : les références des centres de santé représentaient 34% des admissions en obstétrique en 2006 contre 1% en 2003. Ceci n'est pas juste un transfert d'activités entre l'hôpital universitaire et l'hôpital de district puisque le taux de césariennes pour les femmes du district a augmenté de 1,92% à 3,31% entre 2003 et 2005.

[CO66] Impact comparatif de l'efficacité de trois schémas de prévention du paludisme pendant la grossesse au Burkina Faso.

Alphonse Ouedraogo, Edith C. Bougouma, Amidou Diarra, Amadou T. KONATE, Alfred B. Tiono, Sodiomon B. sirima

*Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) 01 BP 2208 Ouagadougou 01 Tél : + 226 50 32 46 95/96
ouedraogo.cnrfp@fasonet.bf ;
alphonse.ouedraogo@yahoo.fr*

Introduction : en Afrique, 30 millions de femmes vivant en zone d'endémie palustre deviennent enceinte chaque année. Pour ces femmes, le paludisme constitue une menace vitale pour elles et leur enfant avec 200 000 mort-nés par an. Nous avons mené une étude comparative de l'efficacité de trois schémas de prévention du paludisme pendant la grossesse. Le premier schéma étant la classique chimioprophylaxie hebdomadaire à la chloroquine, les deux autres étant les traitements préventifs intermittents utilisant 3 doses curatives de Chloroquine ou de Sulfadoxine Pyriméthamine.

Méthodologie : Il s'est agit d'une étude clinique, randomisée à trois bras, ouverte, prospective. Ont été randomisées dans l'étude les femmes enceintes quelque soit la parité, ayant un âge gestationnel compris entre 15 et 25 semaines et ayant donné leur consentement écrit pour participer à l'étude. Les gestantes du bras chimioprophylaxie hebdomadaire (CQ/Hebdo) à la chloroquine ont reçu une dose curative de chloroquine à l'inclusion, puis 300 mg/semaine jusqu'à 6 semaines après l'accouchement; le bras Traitement Présomptif Intermittent à la Chloroquine (CQ/TPI) a reçu la cure complète à la chloroquine lors de chacune des trois consultations prénatales (CPN) ; quant au bras Traitement Présomptif Intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP/TPI), il a reçu lors de chacune des 3 CPN une cure complète de Sulfadoxine Pyriméthamine (dose unique de 1,5g/0,075g).

Résultats : au total 694 gestantes ont été enrôlées dans l'étude. A l'accouchement, la prévalence de l'infection maternelle était plus élevée dans les groupes CQ/Hebdo (29,4%) et CQ/TPI (28%) que dans le groupe SP/TPI (10,6%) (P=0.00001). 2.6% des lames du cordon étaient positives à *P. falciparum* dans le groupe CQ/Hebdo contre 0.6% dans les groupes CQ/TPI et SP/TPI (P=0.16). Quand à l'infection placentaire, sa prévalence était significativement plus élevée dans les groupes CQ/Hebdo (18,2%) et CQ/TPI (16%) que dans le groupe SP/TPI (9,7%) (P=0.022). Le poids moyen de naissance suit cette tendance (2805g dans le groupe CQ/Hebdo contre 2861g et 2912g respectivement dans les groupes CQ/TPI et SP/TPI). Au sein des trois bras, le taux d'hémoglobine était plus élevé à la 3^e CPN

comparée à la valeur de base. Le gain était notamment plus important dans le group SP/TPI (1,01g/dl IC 95% [0,8-1,3]) comparé aux groupes CQ/TPI et CQ/Hebdo (respectivement 0,43g/dl IC 95% [.0,2-0,7.] et 0,46g/dl IC 95% [0,2-0,7]).

Conclusions : le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine à 3 doses paraît être la meilleure stratégie de prévention du fardeau palustre de la grossesse.

Mots clés : *Paludisme, grossesse, anémie, infection périphérique, infection placentaire, FPN*

[CO67] Amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle (hta) dans les districts sanitaires de bousse et zorgho, région du plateau central/ burkina faso

B. Kafando1, S. Konfélé, KM Drabo2

1: Direction Régionale de la Santé du Plateau central, Ziniaré, Burkina Faso

2: Institut de Recherche en Sciences de la Santé Burkina Faso;

Correspondance: Maxime Drabo, IRSS Bobo-Dioulasso; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Phone/Fax: (226) 20 97 48 68 E-mail: m_drabok@yahoo.fr

Introduction : Au Burkina Faso, la prise en charge des maladies chroniques est une priorité pour les professionnels de la santé. C'est ainsi qu'une enquête exploratoire visant à faire l'état des lieux sur l'organisation de la détection et de la prise en charge des cas d'HTA a eu lieu en septembre 2007 au niveau des districts sanitaires de Bousse et de Zorgho. **Objectif:** Contribuer à améliorer la détection et la prise en charge de l'HTA au niveau des formations sanitaires de 1er contact (CSPS). **Méthodologie :** Il s'agissait d'une enquête transversale effectuée auprès de 27 prestataires travaillant dans 23 CSPS. Elle s'est réalisée sous forme d'un questionnaire individuel semi structuré et auto administré. **Résultats :** La prise de la tension artérielle n'est pas systématique chez les adultes en consultation curative. La détection de l'HTA est faite à partir des symptômes clé que sont les vertiges et les céphalées. La prescription médicamenteuse proposée en première intention par 70% des enquêtés ne correspond pas au protocole de prise en charge des cas d'hypertension. Le suivi du traitement, le système de référence au CMA et de contre référence du CMA vers les CSPS ne sont ni standardisés ni systématisés. L'amélioration de la prise en charge de l'HTA concerne en priorité: a) le renforcement des compétences des prestataires, b) la mise à disposition de tensiomètres et de médicaments de première ligne et c) la mise en place d'un système de d'accompagnement des malades en traitement.

Conclusion : Cette étude a montré des insuffisances dans la détection et l'organisation de la prise en charge des cas d'HTA dans les CSPS. Il est urgent d'y remédier quand on sait que l'HTA est un phénomène en pleine expansion dans notre société.

Mots clés : Détection, Prise en charge, Hypertension artérielle, CSPS

Session 12: Équité d'accès et immunisation

Malgré les réformes, la décentralisation et un engagement national en faveur du Programme Élargi en Vaccination et la gratuité de la vaccination, les efforts pour augmenter le nombre d'enfants complètement vaccinés conduisent à des résultats inégaux. Des inégalités de couvertures marquées persistent en Afrique entre les régions, les districts et les ménages et entre les zones rurales et urbaines.

Présentations :

[R6] A. Bicaba : Les variations de couverture vaccinale observées entre les districts du Burkina Faso sont importantes. Ces variations apparaissent pour une grande part dépendante de la performance des districts sanitaires. Le leadership des médecins chefs de district est une composante déterminante.

[R7] L. Fourn : Des foyers de réticence à la vaccination sont apparus dans les principales villes du Bénin. Certains cultes religieux semblent jouer un rôle clé dans les décisions et les comportements des parents. Une étude qualitative confronte les points de vue de chef de cultes et ceux des fideles.

[R8] K. Sangare : A Mopti, la Direction Régionale de Santé de Mopti a lancé une initiative participative visant à mobiliser les acteurs locaux (autorités, élus, société civile) pour la réduction des inégalités de couverture. Une démarche d'identification de solutions concrètes a fait suite à une réflexion collective sur les inégalités de couverture vaccinale.

[R9] Mr. Some : Le district de Diebougo a développé et implanté un outil pour le recensement des naissances et des populations cibles et servir à la recherche active. Il permet également de disposer de meilleurs estimés des numérateurs et dénominateurs pour le calcul des couvertures vaccinales.

[R10] M. Feletto : Les estimés de couverture provenant des données de routine et de l'enquête de couverture vaccinale sont comparés dans chaque district du Burkina Faso. Les données de routine fournissent des estimés acceptables dans certains districts. Ils sont en revanche, peu valides en zone urbaine, dans les districts frontaliers I et plus

généralement, là les mouvements migratoires sont importants.

[CO68] PROPORTION DES CAS DE FIEVRES ATTRIBUABLE AU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS DEUX CSPS DU DISTRICT SANITAIRE DE SAPONE (BURKINA FASO) .

Espérance OUEDRAOGO, Jean-Baptiste YARO, Alphonse OUEDRAOGO, Amadou T. KONATE, Alfred B. TIONO, Sodiomon B. SIRIMA
Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) 01 BP 2208 Ouagadougou
01 Tél : + 226 50 32 46 95/96 especoul@yahoo.fr;
esper.cnrfp@fasonet.bf

INTRODUCTION : Au Burkina Faso en l'absence de moyens diagnostics paracliniques du paludisme (microscopie, tests de diagnostic rapide) dans les centres de santé périphériques, la plupart des cas de fièvre chez les enfants de 0-5ans sont considérés comme un paludisme dans les formations sanitaires. Cette étude visait à évaluer la part réelle du paludisme dans l'ensemble des cas de fièvre traités dans ces formations sanitaires en prenant en compte la saisonnalité de la maladie.

METHODOLOGIE : Nous avons conduit une étude de cohorte incluant 1429 enfants de 0 à 59mois suivis pendant 12 mois. Le suivi a été passif consistant à instruire les mères d'enfants de conduire leurs enfants dans l'un des CSPS site de l'étude (Kounda et Saponé marché) à chaque fois que l'enfant aura le corps chaud. Au niveau des CSPS, le personnel était en charge du remplissage du questionnaire de l'étude et de la réalisation d'un test de diagnostic rapide et confection d'une goutte épaisse lorsque le patient était fébrile. Les lames ont été lues ultérieurement au laboratoire du CNRFP à Ouagadougou. Tous les patients ont reçu un traitement approprié à la charge de l'étude.

RESULTATS : Au total, 2343 cas de fièvres ont été recensés pendant la durée de l'étude. La Température moyenne était de 38,6 °avec des extrêmes de (37,5°-42 ,0°).L'âge moyen des enfants était de 1,9 an les extrêmes étant de (0,0 - 4,9). Le diagnostic du paludisme était confirmé chez 1552 patients soit dans 66,2% des cas de fièvre. La moyenne géométrique de la densité parasitaire était de 80,2 parasites/µl .La proportion des fièvres imputable au paludisme variait selon la saison ; ainsi on observait 445 cas soit une proportion de 28,7% IC à 95% (24,5 - 32,9) en saison de faible transmission du paludisme contre 1107 cas soit une proportion de 71,3% l'IC à 95% (68,6 - 73,9) pendant la période de forte transmission . La différence était statistiquement significative.

CONCLUSION : La proportion de fièvres attribuables au paludisme varie énormément avec la saison de transmission du paludisme. Ainsi dans un contexte de ressources limitées, en attendant la vulgarisation à large échelle des moyens de diagnostic parasitologique , il importe d'adapter l'algorithme décisionnelle pour la prise en charge des cas de fièvre, surtout en saison sèche.

Mots clés: proportion , fièvre ,paludisme, , saponé, Burkina .

Session 13: management de la qualité (2)

[CO69] Étude des facteurs intrinsèques explicatifs de la faible réduction de la létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés au CMA de Diébougou (Burkina Faso)

Gnanou Justin
Attaché de santé en Epidémiologie
E-mail : justingnanou@yahoo.fr

Introduction: dans le district sanitaire de Diébougou, le paludisme constitue un véritable problème de santé publique. Pour faire face à ce problème, plusieurs stratégies ont été développées par le district sanitaire avec l'appui du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Malgré cela, la létalité du paludisme grave dans le district reste élevée surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Au regard de cette situation, nous avons entrepris la présente étude en vue de déterminer les facteurs intrinsèques qui pourraient expliquer la faible réduction de cette létalité.

Matériels et méthodes: l'étude qui est de type transversal à visée descriptive a porté sur 19 agents de santé, 89 dossiers des enfants de moins de 5 ans hospitalisés au CMA de Diébougou du 1^{er} juillet au 31 août 2006 pour paludisme grave et sur l'organisation du service en matière de prise en charge du paludisme grave. La méthode d'étude utilisée était l'enquête et les techniques de collecte étaient : le questionnaire auto administré, l'analyse documentaire et l'observation.

Résultats: quelques résultats auxquels nous sommes parvenus révèlent que :

- plus de 84% des agents de santé ne savent pas que la glycémie est un élément important de surveillance en cas de paludisme grave.
- près de 60% des malades de notre échantillon n'ont pas bénéficié de l'examen de confirmation de la goutte épaisse.
- aucun malade de notre échantillon n'a bénéficié de l'examen du taux de glycémie.
- la quantité de sgi 5% nécessaire n'a pas été évaluée sur la base du poids corporel (10ml/kg) chez la totalité des enfants hospitalisés.

- les services chargés de la prise en charge des cas de paludisme grave (consultation générale et hospitalisation) ne disposaient d'aucun pèse-bébé.
- plus de 76% de nos malades ont présenté une anémie clinique.
- l'association d'autres pathologies a été retrouvée chez 65,2% des malades.
- près de la moitié des malades (48,3%) présentaient une malnutrition sous jacente à l'admission.

Les observations ci-dessus mentionnées pourraient avoir un impact négatif sur la qualité de la prise en charge des malades.

Conclusion: au vu de ces résultats, nous avons formulé des recommandations à l'endroit des différents acteurs au niveau du district tout en espérant que leur mise en œuvre soit effective car elles pourraient contribuer à réduire la létalité du paludisme grave chez les enfants.

[CO70] Décentralisation du traitement antirétroviral au Burkina Faso, perceptions des principaux acteurs et bénéficiaires au Centre Hospitalier Régional de Banfora

Konate B.¹², Valea, E. D., Somda, A.; Wone I, Tal A. D

Introduction: Le passage à l'échelle en matière de traitement antirétroviral passe par son administration dans les centres médicaux décentralisés. Cette décentralisation pose un certain nombre de problèmes liés à l'accessibilité au traitement et à la qualité des services.

Matériels et méthodes: Nous avons conduit une étude transversale descriptive suivant une double approche épidémiologique et sociologique auprès d'un échantillon de 96 patients sous ARV, 3 personnels soignants, 3 leaders d'association et 2 *focus group* avec des patients sous ARV du 29 novembre au 20 décembre 2006.

Résultats: Il ressort de cette étude que près de 31% des patients ne sont pas satisfaits de l'accessibilité aux traitements, 15% de la disponibilité du médecin, 11% de celle du préparateur et 9% de celle des techniciens de laboratoire. 40% des patients se plaignent de la communication du médecin contre 9% au niveau du pharmacien. Par contre la quasi-totalité des patients trouve que le personnel de santé accueille bien, respecte la confidentialité et ne rejette pas les patients.

En ce qui concerne les aspects organisationnels, 5,6% et 2,8% des patients affirment avoir manqué respectivement d'ARV et d'examen

biologiques ; environ 40% d'entre eux trouvent que le lieu de dispensation des ARV est stigmatisant.

Au niveau de collaboration entre acteurs, la faible implication du personnel paramédical et les retards dans l'octroi de visa pour les requêtes en ARV ont été soulignés.

Conclusion : Au vu des problèmes soulevés ci-dessus, des efforts doivent être faits pour améliorer l'accessibilité aux ARVs et la qualité des services dans les centres décentralisés

[CO71] Communication pour le changement de comportement et utilisation accrue des services de maternité de qualité.

B. Bassané, D. Diallo, E. Themmen, S. Originy, M. Sanfo .

Introduction: les femmes des zones rurales du Burkina Faso font face à de fortes barrières qui entravent leur accès aux services de santé. Cela se traduit par des taux d'accouchement assisté très bas. Pour accroître sensiblement l'utilisation des services de maternité, il est nécessaire, tout en améliorant la qualité des services, d'adresser les différentes barrières en partenariat avec les communautés elles-mêmes, à travers des stratégies telles que la communication pour le changement de comportement.

Méthodologie: Family Care International et le Ministère de la santé ont collaboré dans le district de Ouargaye, pour tester et évaluer des stratégies d'amélioration de la santé maternelle. La qualité des soins a été renforcée grâce à des interventions au niveau du système de santé. La demande accrue des services maternels a été promue par la communication pour le changement de comportement. Des messages en faveur de l'assistance qualifiée à l'accouchement, structurés à partir d'une analyse des comportements défavorables à l'utilisation des services, ont été intensément relayés par différents canaux communautaires.

La combinaison des interventions a permis d'obtenir un soutien communautaire en faveur de l'assistance qualifiée à l'accouchement. A la fin du projet, 57% des femmes accouchaient dans une formation sanitaire contre 20% au départ.

Conclusion: une analyse des obstacles communautaires à l'accès aux services de maternité a permis de mettre en œuvre une stratégie adaptée, impliquant autant les communautés que les prestataires et aboutissant à des comportements positifs de recherche de soins maternels.

¹² SHADEI-Muraz (Sciences de l'Homme pour l'Aide à la Décision, à l'action et à l'Evaluation des Interventions)

[CO72] Influence de la présence d'un accompagnateur sur le vécu de l'accouchement

Some D. A^{1,2}, Ouattara S^{1,2}, Ouattara I.O¹, Bambara M¹, Dao B^{1,2}.

1- Département de Gynécologie, Obstétrique et Médecine de la Reproduction, CHUSS, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2- Institut Supérieur des Sciences de la Santé, UPB/Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Objectif: Les auteurs ont mené cette étude pour évaluer l'intérêt de l'accompagnement des parturientes dans une maternité africaine.

Patientes et Méthodes

C'est une étude prospective, réalisée à la maternité du CHUSS pendant trois mois. Elle a concerné 99 parturientes et leurs accompagnateurs répondant aux critères d'inclusion puis 16 accoucheurs retenus par choix raisonné. Ils ont été interrogés à l'aide de questionnaires écrits. Les données collectées ont été traitées manuellement et avec le logiciel Epi Info version 6.0.

Résultats: Les parturientes étaient âgées de 26,33 ans en moyenne, instruites (62,6%) et ménagères (68,7%). Les accompagnateurs étaient âgés de plus de 39 ans (60,6%), analphabètes (62,6%) et ménagères (70,7%). ¼ des 54 parturientes qui avaient déjà accouché ont gardé un mauvais souvenir de l'accouchement à cause d'une épisiotomie, une mort fœtale ou néonatale, une césarienne. Lors de la grossesse, les enseignements sur l'accouchement leur ont été donnés par leurs mères ou de leurs sœurs (54,12%). La principale information est que l'accouchement est douloureux (47,47%). Les accoucheurs leur ont donné des explications plus souvent après l'examen d'admission (79,79%) que pendant le travail et l'expulsion (51,51%) ou la délivrance (4,04%).

Les patientes ont choisi d'être assistées par leurs mères (29,29%), leurs belles (21,21%) et leurs époux (3%). Mais elles étaient plutôt accompagnées par les belles-mères (25,25%), leurs mères (23,23%), leurs sœurs (14,114%), et leurs époux dans 2,02% des cas.

L'accompagnement a été jugé satisfaisant pour 98% des parturientes car cela *diminue le stress, rassure, console, reconforte mieux, encourage, soulage*. Mais elles suggèrent une amélioration de la communication (22,22%), un respect des tiers choisis (6,06%), un respect de leur pudeur (3,03%). 90,9% des accompagnateurs étaient satisfaits et ont suggéré une meilleure disponibilité des accoucheurs (31%), un meilleur accueil (19%), un respect de la pudeur des parturientes (4%) et une acceptation des conjoints comme accompagnateurs (6%).

13 accoucheurs étaient favorables cette pratique. La présence d'un tiers est rassurante pour la parturiente (16/16) et influe positivement sur la prestation de soins (8/13).

Conclusion: Les parturientes sont psychologiquement stressées dès leur admission en salle de travail. Une préparation à l'accouchement sans douleur doit être intégrée lors des dernières CPN et poursuivie pendant le travail. Il apparaît que toute parturiente soit assistée par la personne de son choix. Une meilleure communication entre les accoucheurs et les clientes permettra d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Mot clé: *accouchement, accompagnateur, parturiente, CHUSS*

[CO73] Evaluation de la satisfaction des utilisateurs des CSPPS et des CMA de la région sanitaire du plateau central

S Konfé¹, B. Kafando¹, B Sawadogo¹, D. Zongo², KM Drabo³

¹: Direction Régionale du Plateau Central

²: CHR de Kaya

³: IRSS/DRO

Correspondance: Dr Konfé Salifou, Directeur régional du plateau central : s_konfe@hotmail.com

Introduction: La satisfaction des utilisateurs comme indicateur de la qualité des soins, doit constituer actuellement un critère de jugement de la norme de fonctionnement des structures de santé.

Objectif : Evaluer les perceptions et la satisfaction des utilisateurs des CSPPS et des CMA en vue de proposer des recommandations pour l'amélioration des prestations.

Méthodologie : Nous avons utilisé la technique d'enquête ponctuelle auprès des clients ou leur accompagnateur/rice, fréquentant les services de médecine générale, de suite de couche et de post opéré dans les CMA et la consultation curative dans les CSPPS.

Résultats: Au total 182 utilisateurs ont été enquêtés. Selon les critères établis, 61 % des utilisateurs ont déclaré être satisfaits, 31% ont trouvé le temps d'attente trop long, 36,3% ont affirmé que le prestataire n'a pas suffisamment communiqué avec eux sur leur maladie et 28% ont affirmé ne pas pouvoir honorer leur ordonnance médicale. Ils sont 43,7% à souhaiter que le prestataire prenne plus de temps pour la consultation curative et 65,7% souhaite une plus grande disponibilité des agents de santé au cours des gardes.

Conclusion: L'amélioration de la qualité des soins pour plus de satisfaction des utilisateurs des services de santé nécessite des efforts individuels ainsi qu'une meilleure organisation de l'offre de soins. La réduction du délai d'attente aux différentes étapes de la consultation et une plus grande disponibilité des agents de santé au cours des gardes, contribueraient à accroître la satisfaction des utilisateurs et par ricochet la fréquentation des

CSPS et des CMA de la région sanitaire du plateau central. .

Mots-clés: Satisfaction, Utilisateurs, Services de santé, Région sanitaire du plateau central

[CO74] Dépistage vih en milieu prostitutionnel au burkina faso : le concept "no test, no sex" des femmes libres de la ville de Ouagadougou.

Sosthène Kere, Odette Ky-Zerbo, Jean François Some, Fodé Simaga

Contexte: Le PAMAC a initié en 2006 le dépistage VIH chez les professionnelles du sexe pendant la campagne nationale de dépistage VIH/SIDA. Un des défis est la réduction du taux de prévalence de cette catégorie de population. L'impact de cette intervention dépend en grande partie de l'acceptabilité du dépistage VIH/SIDA par la population du milieu, de l'engagement des associations et de la stratégie de dépistage. L'objectif est d'améliorer l'accès de cette population spécifique au conseil et au test VIH/SIDA, avec l'appui des associations compétentes intervenants déjà dans ce milieu sur la prévention du VIH/SIDA. Lors de cette campagne, les PS ont elles-mêmes développé des stratégies d'intégration de leurs clients dans l'utilisation du conseil test VIH.

Méthodes d'intervention : L'organisation de l'intervention chez les PS pendant la campagne s'est faite avec l'ensemble des acteurs (PAMAC, acteurs communautaires, gérants des sites et des leaders des PS). Avant la campagne, des sorties d'Information et de promotion sont faites auprès des gérants et des leaders de sites de prostitution. Puis lors de la campagne, les soirs, des tentes sont installés à proximité de ces sites avec une équipe complète pour le CTV, avec utilisation de test rapide. Des condoms sont mis à la disponibilité des PS. Au cours de la campagne, il a été constaté que les PS à l'accueil du client lui proposaient le test en ces termes "no test no sex". Celui-ci subi le conseil pré-test et le prélèvement et juste après l'acte sexuel reçoit son le conseil pos-test et le résultat.

Lors de cette campagne de CTV en 2006 où le concept no test, no sex a été lancé par les PS, un nombre total de 4982 ont été réalisés, dont 30.4% par les PS elles mêmes et 69.6% par leurs clients.

Leçons apprises:

Bien impliqués dans les activités communautaires, les bénéficiaires peuvent en devenir des acteurs très engagés. C'est le cas des PS qui ont instauré pour elles mêmes et à tous les clients le slogan "no test no sex".

Perspectives:

Fort de ses acquis, le PAMAC a pris l'engagement de poursuivre l'activité dans le respect des principes du CTV. Les associations spécialisées préconisent étendre l'activité sur tous les sites de prostitution au niveau national pour les années avenir.

[CO75] L'utilisation du conte dans la lutte contre le VIH : l'expérience de sida Ka Taa

A. Sanon¹, D. Guiré, A. Ouédraogo², C. Clarisse, I. Traoré³, Achille S., Emmanuel S, A. Berthé³ SIDA KA TAA⁴, Centre mura², HIV/AIDS and reproductive health, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Contexte: La lutte contre le VIH ne cible pas suffisamment les enfants ; ceux-ci sont influencés par la perception de l'entourage souvent faite de peur, de stigmatisation et de rejet envers les PVIH. L'association Sida Ka Taa utilise les arts dans la lutte contre le VIH. Elle intègre le conte dans ses activités de sensibilisant des enfants des écoles primaires.

Description du Projet: L'association Sida Ka Taa a créé dix contes sur différentes problématiques de la lutte contre le VIH. Ils ont été édités Ces contes ont été présentés en spectacles dans 10 écoles primaires et plus de 2000 élèves ont participé à ces spectacles. Des entretiens ont été réalisés avec les avec les écoliers spectateurs dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité du conte dans la lutte contre le VIH.

Leçons apprises: Le conte apparaît comme un outil très attractif qui aiguise la curiosité de l'enfant et le pousse à vouloir découvrir davantage ;

Le conte est apparu comme un moyen adapté d'atteinte des enfants du primaire : les enfants pénètrent rapidement l'univers du conte et comprennent très vite ce à quoi il se réfère ;

Le conte a un fort pouvoir symbolique sur les enfants ; le symbolisme du conte permet le passage de l'émotion à la parole et à l'appropriation du message,

Le conte a suscité des débats sur la perception du VIH, de la personne infectée par le VIH ;

Le conte pourra être utilisé de façon efficace dans la thérapie des enfants infectés par le VIH.

[CO76] Appropriation de la prévention du vih/sida au burkina faso par le monde communautaire : exemple du sous programme conseil depistage VIH DU PAMAC

Sosthène Kéré, Odette Ky-Zerbo, Jean François Some, Fodé Simaga

Contexte: En 2003, le PAMAC sur initiative du SP/CNLS IST et du PUND a mis en place son premier sous programme de conseil et test VIH

(CTV). Ce programme appuie à ce jour 38 centres de conseil et test VIH (CCTV) dans les 13 régions du pays. Il a pour objectif d'accroître la disponibilité du conseil et du test volontaire du VIH à travers le développement des Centres Communautaires de Dépistage. La présente communication a pour objet de présenter le dynamisme du monde communautaire dans la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso, particulièrement dans le CTV.

Méthodes: d'intervention: Pour toute association partenaire pour le CTV, une évaluation des besoins est faite par le PAMAC en termes de disponibilité des locaux répondants aux normes du CTV, de personnel en qualité et en quantité, de matériel... Puis grâce au soutien financier de ses partenaires, le PAMAC apporte l'appui technique, financier et matériel nécessaire pour l'ouverture et le fonctionnement des CTV. Aujourd'hui 38 centres de CTV au niveau national fonctionnent grâce au soutien technique et financier du PAMAC

L'analyse des données CTV au Burkina Faso montre une augmentation progressive (31 000 tests avec 11 associations en 2003 contre 141 065 avec 30 associations en 2007). En fin 2007, le nombre total de tests VIH réalisés au Burkina Faso était estimé à 648 589, dont (91,8%) réalisés par les associations et (8,2%) par les services de santé.

Leçons apprises: Les principaux acteurs du CTV au Burkina Faso sont les acteurs communautaires. Ces derniers, plus disponibles que les personnels sanitaires peuvent contribuer efficacement à la lutte contre le VIH/SIDA s'ils disposent des ressources nécessaires.

Perspectives: Le PAMAC souhaite pour les années avenir, renforcer ces acquis en mettant un accent particulier sur la qualité des prestations des CTV et améliorer la collaboration avec les services de prise en charge des PVVIH.

Session 14 : performance des mutuelles de santé

[R11] L'impact des mutuelles de santé à Papané (Bénin)

Ismaelou Yacoubou (1), Michel Gbetie (2), Valéry Ridde (3), Pierre Fournier (3), Slim Haddad (3).

(1) AIMS, Bénin

(2) CNHU, Bénin

(3) Université de Montréal

Problématique: Les attentes à l'égard des mutuelles de santé sont élevées, à la mesure de leurs ambitieux Objectifs. En pratique toutefois,

leurs retombées auprès des populations concernées ne sont pas encore suffisamment établies par des travaux de recherche convaincants. Certains travaux permettent d'avancer quelques résultats sur l'efficacité de la fonction de protection financière des ménages mais, les résultats ne sont pas très consistants et les quelques études réalisées ne parviennent qu'à révéler de modestes impacts.

Objectifs: Contribuer à la production de données probantes sur les effets attribuables à la mise en place de 10 mutuelles de santé en milieu rural, dans deux départements du centre du Bénin. L'évaluation porte sur les effets de la participation à l'assurance, sur le coût des soins et sur la prise en charge de l'accouchement et l'hospitalisation.

Méthodes: Une première étude permet de comparer les résultats de la prise en charge de parturientes mutualistes et non mutualistes dans 11 centres de santé. Les principales mesures de résultat sont: les durées de séjour (CS – Hop), les délais de référence, le coût de l'épisode de soins, la satisfaction des parturientes, l'accès à la césarienne. L'enquête repose sur un devis prospectif (12 mois) de type cas-témoin. Les cas et les témoins sont appariés « un pour un » en fonction des conditions obstétricales, de la date d'accouchement, et du lieu de résidence de la parturiente. Au total, 142 paires ont été interrogées. Une seconde étude compare les résultats de la prise en charge des mutualistes et des non mutualistes dans deux hôpitaux conventionnés par le réseau de mutuelles. Les mesures de résultat portent sur les délais de référence, le coût de l'épisode de soins, et la satisfaction des personnes hospitalisées. Le devis est de type cas-témoins prospectif avec appariement 2 pour 1 en fonction du service d'hospitalisation, du sexe et de la date d'hospitalisation (108 cas, 216 témoins). Les deux enquêtes se sont achevées en avril 2008.

Résultats: Les résultats seront présentés lors des JSSB. Ils devraient fournir un éclairage sur les retombées réelles des mutuelles de santé auprès de leurs adhérents et contribuer à l'établissement de données probantes sur leurs bénéfices en termes de protection financière, de sentiment de sécurité, d'accès et d'utilisation des soins, et d'état de santé.

[R12] Les alternatives novatrices pour éviter la déperdition des membres dans les mutuelles communautaires et professionnelles au premier franc

Idrissa Diop

Introduction: Il existe des mécanismes d'exclusion en vigueur dans les mutuelles. Il importe dans un Contexte socio-économique de pauvreté de repenser la mutualité pour d'une part offrir la possibilité aux pauvres d'accéder aux soins et d'autre part protéger ses membres contre la suspension la radiation/exclusion et l'auto exclusion

Méthodes :

Champ de L'étude : elle s'est déroulée dans 3 régions sur 11 : Dakar, Diourbel, et Thiès

Les cibles : elles sont au nombre de 5 : les membres suspendus, radiés exclus ; démissionnaires ; perdus de vue (auto exclus) et les membres à jour de leurs cotisations et non utilisateurs des prestations de la mutuelle

Méthodes de collecte : Interview directe ; des entretiens semi structurés et des focus groups pour l'approfondissement des causes et conséquences liées à l'exclusion et pour explorer les solutions alternatives possibles

Echantillonnage : Méthode des quotas a été utilisée et la taille de l'échantillon est de 2161 répartie comme suit: suspendus (353) ; radiés (201) ; démissionnaires (113) auto exclus (977) non utilisateurs (517)

Résultats : Les mutuelles en difficulté sont nombreuses à cause de la déperdition. Il existe diverses formes de solidarité traditionnelle qui entrent en concurrence avec la mutualité. Les membres exclus restent attachés à la mutualité. Les responsables des mutuelles sont peu réactifs face à la déperdition

Conclusions : Les mutuelles sénégalaises meurent à petit feu. Certaines mutuelles innovent pour éviter la déperdition des membres

[R13] Les conventions entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins sont-elles une solution pour agir sur la qualité des soins ? un panorama de 14 pays africains

*Ndiaye Pascal (1), Lefèvre Pierre (1), Vanlerberghe Veerle (1), Criel Bart (1)
(1) Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium*

Les mutuelles de santé en Afrique sont des organisations qui visent à faciliter l'accès aux soins de santé. Elles sont mises en place et gérées dans la plupart des cas par les bénéficiaires eux-mêmes. Un des éléments les plus importants pour ces mutuelles de santé est la qualité des soins offerte par les prestataires.

Très tôt, les observateurs et analystes des systèmes de santé ont placé les mutuelles de santé au nombre des leviers pouvant influencer la qualité des soins et relevé que cette qualité est elle-même une des conditions de succès de ces mutuelles. Elle est un des principaux déterminants d'adhésion des membres. L'on se trouve ainsi dans une situation de partenariat entre l'offre et la demande organisée de soins. La réalisation d'Objectifs autour de la qualité des soins est un gain pour chacune des parties.. Le ciment de ce partenariat est constitué par un arrangement contractuel (appelé souvent « convention ») qui priorise les enjeux des parties prenantes. La question de la qualité des soins

est souvent reprise dans la convention. Plusieurs types d'acteurs sont impliqués dans l'élaboration, gestion, suivi de ces conventions : gérants de mutuelles de santé, prestataires de soins, structures d'appui au développement des mutuelles et gestionnaires des systèmes de santé aux niveaux national et local.

Cette présentation contribue à documenter la place des mutuelles de santé dans l'accès aux soins de santé et le rôle qu'elles peuvent jouer dans l'amélioration de la qualité des soins. Ce rôle n'a pas encore fait l'objet d'une étude scientifique, au regard du document scellant le partenariat entre l'offre et la demande organisée. Une recherche exploratoire a été lancée dans 14 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Au total 212 mutuelles de santé sont ciblées dans ces pays, autant pour les prestataires de soins, sinon plus (certaines mutuelles ont plusieurs prestataires conventionnés) et 60 organismes d'appui et gestionnaire du système de santé ont été rassemblés. L'étude est réalisée à l'aide d'un questionnaire composé de deux parties : un lot de questions ouvertes et fermées et une série de 30 énoncés communs aux cibles qui révélera leurs échelles d'attitudes et d'un questionnaire rassemblant des informations qualitatives. Cette combinaison de méthodes quantitatives et qualitative permettra de rendre les attitudes des acteurs dans leur Contexte. Auparavant, les outils ont été validés par une série de tests.

Cette recherche offre un panorama et analyse différentes conventions tant en milieu rural qu'en milieu urbain, avec les prestataires de première ligne qu'avec les hôpitaux. L'analyse contextuelle et comparative permet de révéler des échelles d'opinions des acteurs et leur perception de l'adéquation de la convention pour influencer sur la qualité des soins. L'étude fournit également des illustrations de pratiques pour gérer conjointement (prestataires et mutuelles) la qualité des soins et le contenu de ces pratiques. Enfin elle rapporte les orientations proposées par les partenaires.

L'accès à des soins de santé de qualité reste encore d'actualité. Les organisations mutualistes favorisent cet accès par la mise en commun des ressources. Au-delà de la prise en charge des soins, les mutuelles jouent un important rôle dans la participation des usagers dans le secteur de la santé : auto responsabilisation de la communauté et des individus et aptitude à prendre en charge leur propre santé, à concourir à leur propre développement et à participer plus dans la gestion de la santé. Déjà, les résultats provisoires de l'enquête montrent que la qualité des soins est une demande formelle des membres des mutuelles de santé. Ces dernières, dans leur position d'interface entre l'offre et la demande de soins, modifient les rapports entre les deux parties. Elles constituent de ce fait une composante des systèmes de santé avec

laquelle il faudra compter pour améliorer la qualité des soins.

[R14] Potentiel et limites de la contribution des mutuelles de santé à la lutte contre la pauvreté

Slim Haddad et Florence Morestin (Université de Montréal).

Introduction : Les mutuelles de santé sont promues comme un moyen d'atténuer l'appauvrissement relié aux dépenses de santé dans les pays en développement. Nous cherchons à estimer l'impact qu'aurait une généralisation des mutuelles de santé, sur la pauvreté au Burkina Faso.

Matériel et méthodes : Sur la base des données d'une enquête dans les ménages au Burkina, nous comparons l'appauvrissement monétaire attribuable aux dépenses de santé, dans la situation actuelle d'absence d'assurance, avec deux scénarios simulés : a) tous les ménages adhèrent à une mutuelle de santé aux paramètres similaires à ceux habituellement pratiqués ; b) même mutuelle, avec subvention de l'adhésion des ménages pauvres.

Résultats : En l'absence d'assurance, les dépenses de santé appauvrissent davantage les pauvres, et entraînent sous la ligne de pauvreté certains ménages initialement non-pauvres.

Avec une prime d'assurance assez modeste pour être accessible aux ménages, la mutuelle, pour rester financièrement viable, doit couvrir seulement certains soins de santé et laisser des co-paiements à la charge des ménages. Le fait d'être assuré a donc un impact limité sur les dépenses de santé. Souvent, les remboursements ne compensent pas la prime et les co-paiements.

Nos simulations montrent que, paradoxalement, l'assurance bénéficie surtout aux ménages les plus nantis (réduction de leurs dépenses de santé). Pour les ménages pauvres, la différence entre les gains et les pertes n'est favorable que lorsque leur prime d'assurance est subventionnée. Les ménages intermédiaires, lorsqu'ils sont assurés, subissent en moyenne une augmentation de leurs dépenses de santé. La mutuelle de santé ne réduit pas la proportion de ménages entraînés sous la ligne de pauvreté par leurs dépenses de santé.

Conclusion : Face à l'appauvrissement relié aux dépenses de santé, les mutuelles de santé ont un potentiel limité. Il est illusoire de penser que leur généralisation résoudrait seule la crise du financement des systèmes de santé.

[R15] Impact d'une subvention à l'adhésion à l'assurance maladie à base communautaire (AMBC) pour les ménages les plus pauvres identifiés par le community wealth ranking : le cas du district sanitaire de Nouna au Burkina Faso

Savadogo Germain, CRSN/Nouna

Introduction : L'accès des populations aux soins de qualité à faible coût constitue un des axes stratégiques majeurs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du Burkina Faso. En effet l'AMBC initiée dans le district sanitaire de Nouna en 2004 avec la participation de la communauté et l'appui du CRSN et de l'Université d'Heidelberg en Allemagne, vise à améliorer l'accès des populations aux soins de santé de qualité à travers un système de partage de risques en protégeant les revenus des populations face aux coûts catastrophiques de santé.

Le constat fait est que l'adhésion des ménages à cette nouvelle initiative reste faible (5,2% en 2006). Ceci s'explique par un ensemble de facteurs parmi lesquels l'incapacité pour ces ménages de payer les primes d'adhésion d'où la tenue de cette étude qui vise à subventionner de moitié la prime d'adhésion des 20% de ménages les plus pauvres identifiés sur l'aire d'implantation de l'AMBC.

Matériel et méthodes : Le *community wealth ranking* a été utilisée pour appréhender les perceptions locales de richesse et de pauvreté et les niveaux de richesse relatifs dans les communautés identifiées

La population d'étude a été constituée de l'ensemble des chefs de ménages et de sous-ménages des 41 villages et 7 secteurs de la ville de Nouna. Des FDG ont été organisés autour des termes pauvreté/richeesse dans les différents dialectes. Trois personnes-clés choisies par la communauté participant au FGD, et connaissant parfaitement les conditions socio-économiques de tout un chacun dans le village, ont classé chaque ménage du village à l'intérieur de groupes de pauvreté identifiés par la communauté elle-même.

Après classement des ménages dans les groupes de pauvreté, une numérotation des cartes a été faite en débutant par le groupe des plus aisés au plus pauvres. Soit k le nombre de ménages représentant 20% du nombre total n de ménages, nous avons déterminé la liste de nos 20% en retenant les ménages de rang $n-k+1$ à n .

Une phase de consensus a donc suivi. L'association statistique des rangs attribués par les 3 personnes-clés a été testée au moyen d'un rank-test. Le protocole avant le démarrage de l'étude a été approuvé par le comité local d'éthique.

Résultats : L'étude a permis d'identifier 1660 ménages pauvres devant bénéficier de la subvention à l'adhésion à l'assurance c'est-à-dire 750 FCFA pour les adultes et 250 FCFA pour les enfants en lieu et place de 1500 FCFA pour les adultes et 500 FCFA pour les enfants. L'octroi de cette subvention a fait évoluer le taux d'adhésion pour cette catégorie de population de 1,1% en 2006 à 11,1% en 2007 soit un taux d'accroissement de 909%. Le

taux d'adhésion général à l'assurance est passé de 5,2% en 2006 à 8,3% en 2007 soit un taux d'accroissement de 59,6%. La subvention des ménages pauvres dès lors apparaît comme une nécessité pour toutes ces formes d'assurance santé communautaire. Il est donc indispensable de systématiser cette forme d'aide aux personnes les plus démunies à travers des programmes nationaux de lutte contre la pauvreté. Au vu des coefficients de kappa obtenus $0.7 < k < 1$ en général, nous pouvons conclure que la concordance est très bonne entre les personnes-clés choisies deux à deux. Mais il faut remarquer que la valeur de ce coefficient est influencé par différents paramètres que sont la qualité des personnes-clés retenus en terme de connaissance profonde du village ou du secteur ; la taille des villages/secteurs et le niveau de cohésion entre habitants des villages et secteurs...

Discussion : Le taux d'adhésion générale à l'assurance est passé de 5,2% en 2006 à 8,3% en 2007. Au vu de ces résultats nous pouvons affirmer que la subvention à l'adhésion des ménages pauvres est une nécessité pour accroître le taux d'adhésion à l'assurance. Malgré cette forte augmentation, ce taux reste cependant bas. Quelques raisons peuvent cependant être évoquées liées à l'information effective des bénéficiaires de la subvention, au délais imparti à ces bénéficiaires pour adhérer à l'assurance eu égard à la date limite d'adhésion fixée, la liquidité de ces bénéficiaires au moment de leur désignation.

Session 15 : communications libres

[CO77] Les méningites à pneumocoques de l'enfant à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

B. Nacro¹, E. Zouré¹, R. Cessouma¹, H. Traoré¹, S. Yaro²

Objectifs : Dans le but de documenter les méningites à pneumocoque chez l'enfant, une étude transversale a été menée dans le service de pédiatrie du CHUSS de Bobo-Dioulasso de mars 2004 à février 2005.

Patients et Méthodes : Nous nous sommes intéressés aux manifestations cliniques, à la biologie et à l'évolution. Plusieurs techniques de laboratoire ont été utilisées pour l'identification des germes notamment le test d'agglutination au latex et la PCR.

Résultats : 445 LCR ont été analysés ; 180 cas de méningites documentés ont été retenus pour notre étude. Trois germes ont été identifiés :S

pneumoniae 38,3%, *N meningitidis* 28,9% et *H influenzae b* 32,8%. L'âge moyen des patients atteints de méningites à pneumocoque était de 3,7 ans et 46,3% des patients avaient moins de 2 ans et 69% de ceux-ci présentaient un trouble de la conscience à l'admission. La sensibilité du pneumocoque était bonne pour les bêta-lactamines et le chloramphénicol mais mauvaise pour les aminosides (gentamicine, vancomycine). La létalité globale était de 32,9% avec un taux de létalité spécifique au pneumocoque de 60,9%. Les 2 principaux facteurs de risque identifiés ont été l'âge < 2ans et le trouble de la conscience à l'admission.

Conclusion : La vaccination anti-pneumococcique demeure le meilleur moyen de prise en charge de cette affection.

[CO78] Problématique de la collaboration entre les tradipraticiens de santé et les agents de santé en vue de la mise en place d'un système d'orientation recours de patients : Cas du district sanitaire de Diébougou.

Voumpine Da, Attaché de Santé en SESSIO : 00226 70 29 72 86 ou 78 14 55 67 Email : davnestor@yahoo.fr

1. Introduction: Le Burkina Faso, après l'adoption des SSP, a opté pour une décentralisation des services, avec à la base, le district.

Quoique visant à rendre les soins « modernes » plus proches des populations, force est de constater que la couverture sanitaire demeure faible.

De plus, les ratios en personnel de santé restent en dessous des normes.

Devant cette inaccessibilité, la population a recours aux soins traditionnels.

Une collaboration entre les deux soins permettra une amélioration de la couverture sanitaire.

C'est à cette nécessité que cette étude se propose d'apporter des axes de réflexions.

2. Matériel et méthode:

* Matériel

L'étude a utilisé le logiciel Epi - info version 6 pour l'analyse des données.

Le logiciel Excel a facilité les représentations graphiques et Word pour le traitement de texte.

* Méthode

C'est une étude descriptive sur les comportements, les attitudes et les pratiques qui a intéressé les agents de santé, les tradipraticiens de santé et les leaders d'opinion.

Des entretiens individuels semi structurés, et les focus groupes ont été utilisés pour collecter les données.

3. Résultats:

Les principaux résultats sont :

⇨ *Facteurs favorables*

- **Côté AS /TPS**
 - Bonne appréciation des méthodes modernes et traditionnelles de soins ;
 - Disponibilité et engagement à recevoir les patients orientés ;
 - Disponibilité à collaborer (dialogue, acceptation mutuelle, tolérance) ;
 - - Création du SOR souhaitée ;
 - - Acceptation des TPS à faire consigner par écrit leur savoir pour la postérité.
- **Côté des bénéficiaires des leaders d'opinion**
 - Engagement à utiliser les deux systèmes de soins,
 - Souhait de voir la collaboration devenir une réalité avec la création du SOR.

⇨ **Facteurs défavorables**

- Messages contradictoires, préjugés, dénigrements ;
- Refus mutuel, intolérance, manque de confiance réciproque, non acceptation
- sentiment de concurrence déloyale d'un système à un autre ;
- Fortes dépendances des acteurs aux croyances religieuses et culturelles ;
- Fondements idéologiques (médecins) ;
- Esprit mercantile des TPS.

4. Conclusion

La disponibilité des acteurs à collaborer et à mettre en marche le SOR est effective. Toutefois, des facteurs psychosociologiques non perceptibles restent non élucidés. Cela, relevant du changement de comportement, nous espérons une acceptation réciproque des acteurs, poursuivant un même but, la santé des populations.

Abreviations :

AS = Agent de Santé
 MM = Médecine Moderne
 MT = Médecine Traditionnelle
 SSP = soins de santé primaires
 SOR = Système d'orientation recours
 TPS = Tradipraticien de Santé

[CO79] Les tumeurs bénignes et les kystes des mâchoires à Bobo Dioulasso (Burkina Faso)

R. Beogo, O. Goumbri Lompo, a. Lamien Sanou, H.M. Kohoun, R. Soudre

Les tumeurs bénignes et les kystes, fréquents au massif facial et à la mandibule, se caractérisent par une très grande diversité histologique. Leur pronostic est souvent bénin mais la récurrence après traitement n'est pas rare.

L'objectif de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques, histologiques, thérapeutiques et évolutifs des tumeurs bénignes et des kystes des maxillaires et de la mandibule à Bobo Dioulasso. Il

s'agit d'une étude rétrospective sur quinze ans, d'une série de 121 cas.

Les patients avaient un âge moyen de 29.3 ans, étaient composés de 13% d'enfants d'adultes contre 87% d'adultes ; il y avait 51% de sujets de sexe masculin contre 49% de sexe féminin. Chez 85% des patients, la pathologie évoluait depuis au moins une année.

Sur le plan histologique, il y avait 73% de tumeurs bénignes et 27% de kystes, siégeant dans 61% des cas à la mandibule et 39% au maxillaire. L'améloblastome était la pathologie la plus courante, avec une fréquence de 48%.

A la mandibule, ces affections ont justifié une mandibulectomie non interromptrice dans 21.6% des cas et une mandibulectomie interromptrice dans 78.4% ; au massif facial, les interventions les plus pratiquées étaient la maxillectomie partielle (57.4%) et la maxillectomie subtotalaire (40.4%). Seulement 25% des reconstructions osseuses indiquées ont été effectuées. Les complications, observées avec une fréquence de 16.5%, étaient dominées par les infections (10.5%) et les récurrences (2.5%).

Les caractéristiques épidémiologiques, histologiques et le traitement des tumeurs bénignes et des kystes des maxillaires et de la mandibule dans notre étude, ne diffèrent pas de celles rapportées par la plupart des études africaines. Du fait de la consultation tardive, la chirurgie mutilante est le plus souvent indiquée, qui appelle une chirurgie reconstructive rarement pratiquée. Cette étude suggère une prise en charge précoce des tumeurs bénignes et des kystes des maxillaires et de la mandibule à Bobo-Dioulasso et le développement de la chirurgie reconstructive dans notre service.

Mots clés : Mandibule — Maxillaire — Tumeur — Améloblastome — Chirurgie Mutilante — Perte de substance

Docteur BEOGO Rasmané

Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro

BP 676 Tél. (00226) 20 97 00 44 / 45 / 47 Fax (00226) 20 97 26 93

Bobo-Dioulasso (BURKINA FASO)

rbeogo@yahoo.fr

[CO80] Apport du Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire de lutte contre le VIH SIDA au Burkina : Evolution et profil des bénéficiaires de 2004 à 2007

Marcel Lougué, Anne Marie Ouattara, Odette Ky-Zerbo, Jean François Somé, Fodé Simaga

Problématique: Au Burkina Faso, les ONGs et les associations se sont investies, dans la prise en

charge communautaire dès le début de la pandémie, occupant souvent le rôle de leader dans le plaidoyer en faveur des communautés, et participent activement à la riposte contre le VIH/SIDA. Cet engagement s'est beaucoup renforcé depuis mais elle n'a véritablement connu un élargissement et une intensification qu'en 2004 avec la mise en place du PAMAC, Cette structure d'appui est chargée du renforcement des capacités institutionnelles, techniques et financières des associations. Cette communication a pour but d'analyser l'évolution du profil des bénéficiaires des associations appuyées par le PAMAC de 2004 à 2007.

Description: l'appui a consisté en la mise en place d'un processus de sélection des associations sur la base de critères validés par les communautaires, la catégorisation des prestations en paquet d'activités primaires; secondaires et tertiaires et le financement et l'encadrement des associations par différents réseaux et structures relais communautaires. De 2004 à 2007, le nombre d'associations soutenues par le PAMAC a augmenté de 42, 5% tandis que le nombre de bénéficiaire s'est accru de 56 %. Cette augmentation de performance se traduit également par la baisse régulière du nombre de perdus de vue passant de 4 % en 2004 à 2,1% en 2007.

Leçons apprises: la fréquentation des associations par les personnes infectées est croissante. Il ya des acquis notables tels que l'engagement politique au plus haut niveau, l'existence d'un cadre institutionnel fonctionnel, l'existence d'un cadre légal. Les interventions des associations sont acceptées et reconnues comme apportant un plus à la prise en charge des PVVIH. Enfin la baisse de la stigmatisation qui se traduit par une plus grande acceptation des PVVIH dans la communauté grâce à leur témoignage à visage découvert.

Perspectives: Il y a certes une amélioration dans le rapportage des données, mais les associations doivent améliorer leur visibilité en collectant minutieusement les différentes données. Ce qui permettra de limiter le «nomadisme» des PVVIH d'une association à l'autre.

[CO81]Caractéristiques socio-spatiales du cholera en 2005 a ouagadougou : cas des secteurs 23 et 24

Kassie Daouda ; daoudakassie@yahoo.fr
FOURNET Florence ; florence.fournet@ird.fr
OUEDRAOGO François de Charles,
francois.ouedraogo@ird.bf
Université de Ouagadougou, UFR/SH,
Département de Géographie

La septième pandémie de choléra débutée en 1961 est sortie de ses foyers traditionnels d'Asie pour atteindre le continent africain et particulièrement le

Burkina Faso en 1970. Elle y sévit sous forme de flambées épidémiques irrégulières, dont celle de 2005 qui a durement éprouvé la capitale Ouagadougou : 990 cas dont 14 décès. L'approche géographique veut identifier les facteurs socio-spatiaux de risque de choléra en milieu urbain. Elle s'est appuyée sur 857 fiches de suivi de patients et 464 cas localisés au *Global Positioning System*. Puis, des enquêtes domiciliaires ont été appliquées aux familles des malades. Trois principaux foyers aux caractéristiques variables sont identifiés : l'un au nord de la ville dans une zone presque entièrement lotie, l'autre à l'est dans une zone à moitié non lotie, et le dernier au sud-ouest dans une zone à majorité non lotie. L'analyse des caractéristiques socio-spatiales de l'épidémie dégage quelques indicateurs : les contacts avec les malades et les migrations quotidiennes de populations, l'alimentation de rue, le non lavage des mains au savon après les selles ou avant de passer à table, l'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères...En Conclusion, le niveau de l'insalubrité est favorable à la maladie aussi bien en zone lotie qu'en zone spontanée. Le risque lié aux comportements sociaux ne varie pas significativement entre les types de zones.

Mots clés : santé, Choléra, Ouagadougou, espace, loti, SIG, santé, disparité, risque, indicateurs.

[CO82] Résumé non parvenu

[CO83] Accompagnement psychosocial des patients tuberculeux. Une expérience dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso.

L. Ouedraogo¹, R. Zerbo², K M Drabo², B. Kafando¹ F Assogba², s. Konfe¹, B Dujardin³, j. Macq³

¹: Direction Régionale de la Santé du Plateau central, Burkina Faso

²: Institut de Recherche en Sciences de la Santé Burkina Faso;

³: ESP-ULB Brussels, Belgium

Correspondance: K.M. Drabo, IRSS Bobo-Dioulasso; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Phone/Fax: (226) 20 97 48 68 E-mail: m_drabok@yahoo.fr

Résumé: Les patients tuberculeux ont des préoccupations d'ordre physique, socio-économique et psychologique et sont victimes de stigmatisations sociales. Un accompagnement psychosocial régulier des patients tuberculeux a été organisé dans 3 districts sanitaires (DS) de la région du plateau central. *Objectif:* Cette activité continue vise à améliorer le bien être des patients tuberculeux par une dynamique d'auto support.

Méthodologie: Il s'agit d'une approche psychosociale, fondée sur l'écoute mutuelle et l'entraide entre les patients tuberculeux qui se réunissent chaque mois pour partager un repas et discuter autour des expériences individuelles.

Résultats: Trois sessions d'accompagnement ont été organisées dans chaque DS. Le nombre de participant a augmenté au fil des sessions avec une moyenne de 20 patients par session. Les préoccupations des patients dans les trois districts sanitaires se cristallisent autour de leur perte d'autonomie dans la réalisation d'activités économiques afin de se réaliser socialement. Ils ressentent une baisse de leur estime de soi au fur et à mesure que le traitement dure. Beaucoup de patients évoquent leur incapacité à satisfaire leurs besoins sociaux d'autant plus que la plupart jouent un rôle important dans la vie de leur famille. Tous affirment que trouver un espace pour exprimer leurs angoisses contribue à renforcer l'espoir de guérir et de satisfaire leurs obligations sociales.

Conclusion: Les réunions mensuelles des patients tuberculeux permettent de rompre l'isolement dans lequel ils se trouvent. Des entretiens individuels restent nécessaires pour soutenir plus efficacement les patients qui éprouvent des difficultés à s'exprimer en groupe. Pour cela les centres de santé devraient pouvoir bénéficier des services de psychologues dans le cadre d'une approche multidisciplinaire de prise en charge des problèmes de santé.

Mots clé: Qualité de vie, Patients tuberculeux, Soutien psychosocial

[CO84] Alignement stratégique du système d'information sanitaire de l'ooas : « problématique et approches de solutions »

¹Barro S, ²Kambou S, ²Okolo A, ¹Dao B

¹Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction

CHU SS Bobo Dioulasso, Burkina Faso

²Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

Objectif: Notre étude avait pour objectif de poser la problématique de l'alignement stratégique du système d'information en santé périnatale par rapport au plan stratégique quinquennal 2003 – 2007 de l'OOAS et de dégager des approches de solutions pour une parfaite intégration de ces deux systèmes dans l'établissement.

Méthodes: L'approche méthodologique a consisté essentiellement en des interviews des acteurs du système d'information sanitaire, en une recherche documentaire et en une recherche sur internet.

Résultats: Notre étude a permis d'identifier des dysfonctionnements du système d'information sanitaire aussi bien au niveau de la production et de

la collecte des données, qu'à l'utilisation et la diffusion de l'information, en passant par l'analyse et l'archivage de cette information.

Au delà de ces insuffisances, non propre à l'OOAS, il existe des atouts favorables à la mise en place d'un système d'urbanisation de l'information sanitaire. Les Conclusions de notre étude ont suggérées qu'une réflexion soit menée pour amorcer un processus d'élaboration d'un schéma directeur de l'information sanitaire aussi bien pour la gestion des données internes de l'OOAS que pour les données des 15 pays de la sous région.

Keywords: Sanitary, information, alignment, strategy

[CO85] Paludisme sévère Diversité et masse allotypique du Merozoite Surface Protein- 1 de *Plasmodium falciparum* en milieu hospitalier de Bamako

Mamadou W. Bagayoko¹; Ousmane. Koita¹; Ousmane. Traore¹; Moussa Kaloga¹; Daouda. Bagayoko²; Ibrah. Mahamadou¹; Sory. TRAORE²; Hamadou Sango³; James. Colborn⁴; Donald J. Krosstad⁴.

1. Laboratoire de Biologie Moléculaire Appliquée/Faculté des Sciences et des Techniques (FAST), 2. Hôpital Mère Enfant le Luxembourg, 3. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie FMPOS, 4. Tulane University Department of Tropical Medicine and Infection Disease New Orleans, LA.

Introduction: Le *P. falciparum* est plus associée à la forte mortalité palustre en Afrique au sud du Sahara. La diversité à la réponse clinique nous a conduit à une étude sur le polymorphisme et la masse allotypique des allèles de la MSP-1 de *P. falciparum* chez 163 enfants malades.

Méthodologie: L'étude a été conduite à l'hôpital Mère –enfant "Le Luxembourg" de Bamako. La PCR classique et la PCR Quantitative ont été effectuées sur 163 enfants admis pour paludisme. Nous avons utilisé les marqueurs de MSP-1, et qui ont été ensuite rendus fluorescents pour la PCR en temps réel. Nous avons comparé les cas de paludisme simple et ceux du paludisme compliqué. Les signes cliniques ont été comparés aux fréquences et au nombre de copies des différents allèles de MSP-1.

Résultats: Nous avons trouvé les 3 allotypes de MSP-1 (K1, MAD20, RO33) en plus de l'hybride MAD20-RO33. En nombre de copies (masse allotypique), l'allotype RO33 était fréquemment associé aux cas de paludisme grave ($p=0,000$), l'allotype MAD20 était plus observé dans les cas d'hypoglycémie chez les cas graves du paludisme

($p = 0,004$); K1 était plus associé à l'anémie ($p = 0,019$).

Conclusion: Pour les infections multiples avec différents allotypes de MSP-1, il est difficile d'indiquer lequel des allotypes est à la base des symptômes observés. La PCR en temps réel nous a permis d'estimer le nombre de copies de chaque allotype et de postuler que la masse allotypique la plus importante serait associée à la symptomatologie.

[CO86] Accouchement par voie basse et utérus cicatriciel dans le Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la reproduction (DGOMR) du CHUSS de Bobo Dioulasso – Burkina Faso : une étude rétrospective à propos de 252 cas du 1er Août 2005 au 1er août 2006 »

Dembélé A., Dao** B., Bambara*** M., Ouattara**** S.,*

Résumé: Objectifs : Il s'agit d'analyser la prise en charge et le pronostic des accouchements sur utérus cicatriciel dans le département de gynécologie obstétrique et de médecine de la reproduction (DGOMR) du Centre hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo Dioulasso au Burkina Faso. Matériel et Méthodes : Cette étude rétrospective a concerné 252 cas d'utérus cicatriciels parmi 42563 accouchements enregistrés entre le 1er août 2005 et le 1er août 2006. Les utérus bi ou multicicatriciels, les cas associés à une disproportion fœto-pelvienne ou à une présentation du siège ont fait l'objet d'une césarienne d'emblée. En cas de cicatrice unique segmentaire transversale, en présence d'un fœtus unique de poids normal en présentation céphalique, l'accouchement par voie basse est tenté après une épreuve utérine. La surveillance du travail a été clinique.

Résultats : Les utérus cicatriciels représentent 6% des accouchements. La moyenne d'âge est de 30,2 ans et la parité moyenne de 4,3 patientes. 56 % des utérus cicatriciels ont fait l'objet d'une épreuve utérine qui dans 61% des cas a permis un accouchement par voie basse, soit un taux d'accouchement par voie basse de 33,7 % chez l'ensemble des parturientes présentant un utérus cicatriciel. La mortalité maternelle est nulle. 5 cas de rupture utérine ont été observés. La mortalité périnatale imputable à l'épreuve utérine relativement importante (4 %)

Conclusion : l'épreuve utérine dans nos pays doit être la règle à chaque fois que cela est possible. De plus l'établissement d'un check list pour

l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel pourrait faciliter les prises de décision.

Mots clés : utérus cicatriciels - épreuve utérine - accouchement par voie basse – rupture utérine.

Auteur : Dembélé Adama

*Gynécologue obstétricien au DGOMR,

Professeur de gynécologie obstétrique chef de service du DGOMR, * Maître assistant

DGOMR, **** Assistant DGOMR

[CO87] Les hommes et le VIH : une analyse sociologique de la réticence des hommes burkinabè face au dépistage volontaire du VIH

Lalla Sanou¹, Abdramane BERTHE²

1 = Association Keneyacira

2 = SHADEI-Muraz

Introduction: Au Burkina Faso, de nombreuses ressources financières, matérielles et humaines sont mobilisées pour faciliter l'accès géographique, financier et culturel au dépistage volontaire.

En 2006, le taux national de dépistage était de 3%. Ce taux varie selon l'espace, le temps et le genre. Les hommes seraient moins enclins à recourir au dépistage. Cette étude qualitative a été réalisée pour comprendre cette réticence.

Méthodes: L'étude s'est déroulée à Bobo-Dioulasso. Les investigateurs ont réalisé :

- une revue documentaire ;
- des entretiens individuels approfondis avec 22 hommes n'ayant pas fait le dépistage, 15 hommes utilisant les services de CDV et 6 personnes de ressources ;
- des entretiens informels avec 6 hommes utilisant les services de CDV ;
- un focus group avec des hommes
- Les données ont été dépouillées manuellement.
- Résultats: La faible fréquentation des CDV par les hommes s'explique par :
 - la mauvaise perception du VIH ;
 - la persistance de la stigmatisation liée au VIH ;
 - la méconnaissance des avantages du dépistage volontaire et précoce ;
 - la faible perception du risque d'infection à VIH ;
 - le mode d'organisation du système du CDV ;
 - la mauvaise qualité perçue des services CDV, le doute sur la confidentialité et sur l'accès aux ARVs;
 - la position sociale dominante des hommes.

Conclusion: La promotion du dépistage en milieu masculin connaît des forces et des faiblesses. De nouvelles stratégies ou opportunités existent pour atteindre davantage d'hommes.

POSTERS

Mercredi 7 mai 2008

[P1] Facteurs de faible recours des patients porteurs d'IST au CDV dans le district sanitaire de Séguénéga

Ouédraogo mathieu, responsable service planification suivi-evaluation district de séguénéga
adresse e-mail : obyams@yahoo.fr

Le district sanitaire de Séguénéga est l'un des cinq districts de la Direction Régionale de la Santé du Nord. Conformément à l'organisation du système de santé au Burkina Faso (BF) le district est composé d'un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) et un réseau de Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS).

Les patients porteurs d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont pris en charge dans tous les services du district selon un protocole établi dans un algorithme conçu à cet effet. Mais force est de constater que la prise en charge de ces patients reste insuffisante vu que ces derniers réalisent rarement le test de dépistage volontaire du Virus de l'Immuno déficience Humaine (VIH) malgré les actions entreprises pour une réalisation systématique de ce test.

Cette faible réalisation du test VIH par les patients IST qui à des conséquences diverses telles que le retard dans la PEC des Personnes vivant avec le Virus de l'Immuno déficience Humaine (PvVIH), la propagation des IST VIH...et dont les causes réelles sont insuffisamment connues, mérite qu'on y penche sérieusement afin de bien cerner ces causes dans le but d'apporter les solutions appropriées.

C'est pourquoi, nous nous sommes investis à comprendre le problème suivant : les patients porteurs d'IST dans le district sanitaire de Séguénéga ont recours rarement au dépistage volontaire et nous n'en connaissons pas les facteurs.

Pour résoudre ce problème le but et les Objectifs suivant ont été fixés.

Le but était d'identifier les facteurs qui sous tendent le faible recours des patients porteurs d'IST au dépistage volontaire afin de mettre en œuvre des actions correctrices en vue d'amener ce groupe cible à faire systématiquement le dépistage pour permettre leur meilleure PEC.

Les Objectifs étaient de répondre aux questions suivantes : en générale quels sont les facteurs qui sous tendent le faible recours des patients porteurs d'IST au dépistage volontaire ?, et plus spécifiquement:

- Quelle est la qualité du CDV au cours de la prise en charge des patients porteurs d'IST ?

- Quelles sont les difficultés que les prestataires rencontrent dans la prise en charge des patients porteurs d'IST ?

- Quelle est la perception des patients porteurs d'IST sur le dépistage volontaire?

- Quelles suggestions les prestataires peuvent faire pour améliorer la prise en charge des patients porteurs d'IST ?

Pour pouvoir répondre à toutes ces questions nous avons recherché les informations y relatives jusqu'à leurs saturation. Les techniques qui nous ont permis de rechercher les informations étaient l'entretien semi structuré et l'observation par le patient simulé. A la lumière des informations collecté nous sommes arrivés à conclure que le faible recours au CDV par les patients porteurs d'IST est du à des facteurs comme l'insuffisance de discrétion au cours du counseling, l'insuffisance de connaissance des bénéficiaires, la stigmatisation, l'insuffisance de compétence des prestataires...etc. C'est ainsi que dans un avenir très proche nous orienterons nos actions sur entre autres, le renforcement de compétence des prestataires sur la prise en charge des IST et sur le counseling pour le dépistage VIH, les sensibilisations des populations sur les activités du CDV et sur les mesures de prévention des IST/VIH, la possibilité d'instaurer la gratuité des soins et du test...etc.

[P2] Les Histoires de vie et le monitoring communautaire comme méthode de dialogue communautaire et de renforcement du savoir local autour des facteurs évitables de la mortalité maternelle en milieu rural au Burkina Faso.

Mamadou Traoré¹, Leopold Dasan¹, Rosalie Midjour¹, Bouma Neya¹, Dr Tounaba B. Belem¹, Marina Palombaro¹, Pr Gianni Tognoni².

¹Projet AN KA Here SO, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

²Institut Mario Negri Sud Italie.

Introduction : Au Burkina Faso le Projet AN KA HERESO (ONG PROGETTOMONDO MLAL, avec le financement de la Fondation UNIDEA – UNICREDIT Foundation – Italie) a expérimenté l'approche de l'*EPIDEMIOLOGIE COMMUNAUTAIRE*. Celle-ci se définit comme une culture, un regard, un «projet» qui utilise toutes les méthodes et tous les instruments de(s) épidémiologie(s) pour faire en sorte que les communautés puissent s'approprier de (et vivre) la SANTE comme un INDICATEUR DE DROIT à une vie digne et autonome.

A travers un **MONITORING COMMUNAUTAIRE** des **ÉVÈNEMENTS SENTINELLES** (toute situation inhabituelle préoccupante pour la communauté, considérée comme un indicateur qui devrait déclencher une action communautaire) et les **HISTOIRES DE VIE**, on initie un processus de conscientisation et responsabilisation de la communauté locale dans la résolution des questions de santé. L'hypothèse de départ du travail est que l'implication active de la communauté dans l'identification de ses besoins préoccupants en matière de soins de santé et d'IEC ainsi que dans la recherche de solutions (adéquates) en rapport avec la description de faits évitables vécus, contribuerait à une conscientisation conséquente de la communauté en ciblant comme problématique prioritaire la **MORTALITE MATERNELLE**.

Methodes : Une recherche-action communautaire a été conduite dans deux aires de santé, l'une rurale (Tiéfora, 10.316 habitants, District sanitaire de Banfora) et l'autre urbaine (Ouézzin Ville 49.000 habitants, District sanitaire de Dafra), de septembre à novembre 2006.

Des personnes, identifiées par la communauté elle-même en son sein, ont réalisé au niveau de chaque village ou sous-secteur de l'aire sanitaire un recensement des cas de décès maternels survenus les trois dernières années (2004-2006). Les histoires de vie de ces différents cas ont été ensuite rédigées et analysées par la communauté locale de chaque village. Ces histoires de vie concernaient les caractéristiques de personne, de lieu de résidence et de lieu de survenue des cas de décès, l'importance du cas pour la communauté locale, le pourquoi (signification) du cas et son évitabilité. L'analyse de chaque histoire de vie permettait donc de dégager la compréhension des causes du décès, les facteurs contributifs selon la communauté ainsi que les possibilités de contrôle existantes au niveau de la communauté. L'ensemble du processus a été conduit par la communauté, le personnel de projet n'étant intervenu qu'au départ pour expliquer la démarche.

Résultats:

- 19 cas de récits de décès maternels pour l'aire de santé urbaine (Ouézzin ville) et 21 cas pour l'aire de santé rurale (Tiéfora) ont été rapportés par cette méthode de recherche-action communautaire. Cependant dans la période 2003-2006 un seul cas de décès maternel avait été notifié au niveau du centre de santé de Ouézzin-ville et 0 cas au niveau du centre de santé de Tiéfora

- Parmi les causes probables de ces décès rapportés on note les décès pendant la grossesse, les hémorragies du post-partum, les dystocias, et des décès de causes inconnues de la communauté.

- les facteurs contributifs incriminés par la communauté comprennent des facteurs géographiques, économiques, des facteurs en rapport avec le système de santé et en rapport avec la communauté (ex l'influence des belles mères, la dépendance de la femme vis-à-vis de l'homme et la sexualité précoce).

Des mesures de contrôle de ces facteurs ont été proposées dont certaines sont communautaires (dynamisation des actions des cellules de santé du village, mécanismes communautaires de microassurances, le développement de mécanismes communautaires d'évacuation des femmes vers les centres de santé...).

Conclusions et perspectives : Les résultats de cette recherche action communautaire qui s'intègre dans la démarche de l'épidémiologie communautaire, ont permis de tirer les leçons suivantes :

- l'utilisation de la description de faits évitables vécus par la communauté (ici les décès maternels), est efficace pour engager le dialogue au niveau de la communauté, approcher ses perceptions et évoluer vers une conscientisation;

- l'étude d'une communauté doit viser à produire un ensemble des connaissances qui sont des "réponses" à des besoins qui entrent dans le regard, la langue et la culture de cette communauté.

L'appropriation par le personnel de santé de cette approche EPICOM pourrait avoir un impact positif sur le fonctionnement du système de santé.

[P3] Facteurs influençant la qualité du lavage chirurgical des mains au bloc opératoire du service de gynécologie et d'obstétrique du CHUYO de Ouagadougou

Bandré E, Ouattara L*, Ouedraogo P**, Kaboré F*, Ouedraogo I*, Soré I*, Tapsoba T*, Ouedraogo A***, Wandaogo A**

Introduction: Le lavage chirurgical des mains (LCM) est l'une des mesures de prévention des infections la plus importante en milieu chirurgical. Lorsqu'il est mal pratiqué, il constitue un risque permanent d'infection post-opératoire.

Objectif : Etudier les facteurs influençant la qualité du lavage chirurgical des mains au bloc opératoire du CHUYO de Ouagadougou

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude transversale d'une durée de 30 jours (1^{er} au 30 Mai 2005) à visée descriptive intéressant un échantillon de 50 personnes. Les instruments utilisés étaient les suivants : un questionnaire auto-administré permettant d'apprécier les connaissances théoriques du personnel, une grille d'observation permettant d'apprécier la qualité de la pratique réelle du LCM et

une liste de vérification permettant d'apprécier l'état des ressources matérielles.

Résultats : Dans l'ensemble les enquêtés ont une de bonnes connaissances théoriques en matière de prévention des infections (PI) et du LCM. La grande majorité des LCM observés présentent des insuffisances tant au plan du respect des étapes de lavage que de celui de la durée du lavage. Le personnel n'est pas périodiquement supervisé en matière de prévention des infections. L'hygiène des postes de lavage est précaire. Les dispositifs de lavage des mains ne sont pas fonctionnels en permanence.

Conclusion : L'amélioration de la qualité des prestations des soins dans le service de gynécologie et d'obstétrique passe par une redynamisation des activités de prévention des infections, une mise à la disposition du personnel des équipements et des produits nécessaires à l'exécution correcte du lavage chirurgical des mains ainsi que la supervision périodique des praticiens du bloc opératoire en matière de PI/LCM.

Mots clés : prévention des infections – lavage chirurgical des mains- qualité- facteurs limitants

* *service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaule de Ouagadougou (Burkina Faso)*

** *Ecole Nationale de Santé publique de Ouagadougou*

*** *service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso)*

[P4] Hernies ombilicales étranglées chez l'enfant au Burkina Faso : a propos de 30 cas

Bandré E, Wandaogo A*, Kaboré F*, Ouedraogo I*, Soré I*, Sanou A**, Tapsoba T*, Tapsoba A*, Moukoro*, Nébié B*.*

Objectif : Le but de ce travail est de rapporter les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des hernies ombilicales étranglées chez 30 patients colligés dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaule de Ouagadougou (Burkina Faso) entre le 1^{er} Janvier 2005 et le 31 Décembre 2007.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2007. soit une période 36 mois ans Ont été inclus dans l'étude les patients âgés de 0 à 15 ans opérés d'une hernie ombilicale étranglée et qui avaient un dossier complet

Résultats : L'analyse des 30 cas de hernie ombilicale étranglée a révélé qu'elles représentaient 18,50% des hernies ombilicales opérées dans le service. Dix sept

patients de la série avait un âge compris entre 0 mois et 24 mois. Le sexe ratio était de 2,75 en faveur du sexe masculin. Le mois de Décembre, Janvier, Février, ont connu des pics de fréquences les plus élevés.

Le coût moyen du traitement d'une hernie ombilicale étranglée est de 100000f CFA. contre 35000f CFA pour une hernie non étranglée.

Le délai moyen de consultation était de 51,2 heures et les principaux motifs de consultation étaient constitués par la douleur abdominale et la tuméfaction ombilicale douloureuse (29 cas). Tous les patients avaient un diamètre du collet compris entre 1 et 1,5 cm. Le sac herniaire contenait l'intestin grêle chez 70% de nos patients. Cette anse était nécrosée chez 5 patients. Le taux de mortalité était de 3%

Conclusion : Ces observations mettent en évidence l'absence de bénignité classique de la hernie ombilicale de l'enfant dans les pays en voie de développement. Elle demeure une pathologie mortelle et ruineuse pour les parents en cas d'étranglement. Seule une intervention chirurgicale systématique de toute hernie ombilicale chez un enfant dont le diamètre du collet est compris entre 1 et 1,5 cm ou qui présenteraient des douleurs abdominales inexpliquées permettra d'éviter cette évolution vers l'étranglement.

Mots-clés : hernie ombilicale - étranglement – enfants- évolution

* *service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaule de Ouagadougou (Burkina Faso)*

** *service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso)*

[P5] La contusions abdominales aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Charles de Gaule de Ouagadougou (Burkina Faso) : à propos de 61 cas

Wandaogo A, Bandré E*, Kaboré F*, , Ouedraogo I*, Soré O*, Napon M* Tapsoba A*, Tapsoba T*, Moukoro *, Bonkougou G**, Sanou A**, Zida M**, Kondombo J C*.*

Objectifs : déterminer les principales caractéristiques des contusions abdominales de l'enfant et définir quelques jalons dans l'approche décisionnelle et l'amélioration de la qualité de la prise en charge de cette pathologie dans notre Contexte.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers couvrant la période allant du 1^{er} janvier 1995 au 1^{er} Août 2007 dans le service de chirurgie générale et digestive du Centre

Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHUYO) et dans l'unité de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Charles de Gaulle (CHUPCDG) de Ouagadougou (Burkina Faso).

Résultats : Soixante et un cas de contusions abdominales avaient été recensés. Une prédominance masculine avait été observée (sex-ratio=2,2). La tranche d'âge de 10 à 15 ans était la plus touchée (61%). Les accidents de la voie publique et les chutes d'un arbre constituaient les circonstances étiologiques prédominantes (39% et 31%). Quarante patients (65%) avaient consulté au-delà de la 6^{ème} heure. Dans 37 cas il s'agissait d'un tableau d'hémopéritoine, dans 13 cas de péritonite et le tableau était douteux dans 11 cas. Quarante et un patients (67%) avaient été opérés dont 24 splénectomies (58%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours. Le taux de complications était de 25% et celui de la mortalité 5%.

Conclusion : La décision d'ouvrir l'abdomen d'un enfant devrait tenir compte du tableau clinique, de son évolution, du plateau technique disponible et des attitudes thérapeutiques nouvelles (laparotomies sélectives, traitement conservateur, abstention opératoire....)

Mots clés : contusions abdominales – enfants – traitement – évolution - CHUYO- CHUPCDG- Ouagadougou – Burkina Faso

*Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Charles De gaulle de Ouagadougou BP 1198 Burkina Faso

** service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso)

[P6] L'Allaitement Maternel Exclusif (AME) au Burkina Faso : pratiques, difficultés et vécu.

alfieri chiara¹, Sanou Armande², ky-Zerbo Odette², Desclaux Alice¹

¹Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), Université Paul Cézanne, Aix-en-Provence, France

²Projet Kesho-Bora, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Objectif: Selon les recommandations de l'OMS, UNICEF et ONUSIDA (1998, 2006) les Programmes de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) proposent aux mères séropositives de choisir après un counselling nutritionnel entre deux types d'alimentation pour leurs enfants: l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce et

l'alimentation aux substituts du lait maternel. Au Burkina, où la norme est l'allaitement maternel pendant plus de 24 mois, la plupart des femmes séropositives optent pour l'allaitement exclusif avec sevrage précoce. Cette option semble représenter pour elles la solution la plus accessible, la plus acceptable, la plus faisable et la plus abordable. Il est donc intéressant d'essayer de comprendre comment la notion d' « exclusivité » de l'allaitement maternel est perçue par les mères, quelles sont les représentations collectives à ce propos et les éventuelles interprétations qu'elles en font, les pratiques qui en découlent, ainsi que les limites et les difficultés qu'elles rencontrent dans la mise en place de cette pratique.

Méthode: 45 femmes incluses dans le programme national de PTME à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, accueillies dans le projet Kesho Bora à Bobo-Dioulasso (OMS /ANRS dans le projet Sida à Ouagadougou (Médecins sans Frontières) et dans l'Association Espoir pour Demain de Bobo-Dioulasso, ont fait l'objet d'une étude qualitative sur les déterminants de la transmission du VIH par l'allaitement (ANRS 1271). Elles ont été interviewées deux fois : peu après la naissance entre 1 et trois mois de vie de leurs enfants pour analyser les motifs et conditions de leur choix, puis à un âge des enfants compris entre 7 et 12 mois pour préciser et analyser l'expérience des mères et notamment les difficultés qu'elles ont rencontrées pour mettre leur choix en pratique.

Résultats : Les femmes interviewées rencontrent principalement deux problèmes principaux dans l'interprétation et la mise en pratique de l'allaitement maternel exclusif liés au fait de ne pas donner de liquides à l'enfant jusqu'à l'âge de six mois de vie et au fait de ne pas lui donner de médicaments relevant de la pharmacopée locale.

Concernant le fait de ne pas donner de liquides (notamment de l'eau), les résultats montrent des situations assez graduées dans la manière dont les mères parviennent à pratiquer cette option. Certaines mères y arrivent de manière absolue; la plupart y parviennent de manière partielle; certaines la pratiquent de temps en temps; d'autres y parviennent rarement ou pas du tout. Les situations les plus favorables à un AME se rencontrent chez les mères dont le partenaire est au courant de sa sérologie et qui, de ce fait, l'appuie vis-à-vis de l'entourage hostile à cette pratique. Le plus souvent, celles qui peuvent réellement mener un allaitement maternel exclusif sans contrainte sont des femmes lettrées et/ou qui ont un minimum d'autonomie économique et qui peuvent plus facilement imposer leur choix, sans être conditionnées par les critiques de l'entourage. La plupart des femmes, mènent un allaitement

« partiellement » exclusif car elles disent le pratiquer à condition de pouvoir rester toujours à côté de l'enfant, dans un rapport exclusif entre mère et enfant. Le confier à d'autres parentes ou voisines, même pour un bref délai, l'expose toujours à recevoir d'autres liquides que le lait maternel. La socialisation de l'enfant au sein de la famille ou du voisinage constitue également une limite à l'exclusivité de la relation mère-enfant et donc de l'allaitement. Or, dans le Contexte burkinabè, les mères n'ont que rarement le contrôle total sur leur bébé, qui, bien qu'en restant avec elles, lors des rencontres publiques, ou des visites chez quelqu'un, est accueilli avec sa mère par les salutations et l'offre rituelle de l'eau, auquel il est difficile de se soustraire. Les mères semblent contester avec plus ou moins de succès – des représentations qui considèrent la consommation d'eau comme un élément fondamental pour sa croissance; elles le font à partir des discours qu'elles ont entendus lors des consultations en SMI et/ou pendant les counseling en PTME. Ce discours « d'éviction de l'eau » jusqu'à six mois, semble cependant commencer circuler en ville dans des réseaux non spécifiquement liés au VIH/SIDA. Les recommandations médicales semblent également poser des problèmes dans la mesure où elles impliquent l'éviction des traitements traditionnels sous forme de tisane en cas de maladie de l'enfant, mais ne s'appliquent pas aux traitements pharmaceutiques modernes. Plusieurs mères disent avoir utilisé des traitements traditionnels et biomédicaux, même si elles avaient par ailleurs appliqué l'allaitement exclusif.

Conclusions: Même dans les cas où l'allaitement maternel exclusif semble faisable, pour les femmes, cela n'est toujours pas facile à mettre en pratique pour des raisons d'ordre social et culturel qui doivent être prises en considération pour implémenter la prévention. Les résultats permettent de considérer qu'il existe quatre modalités d'observance de l'allaitement exclusif, qui pourraient guider le counseling nutritionnel effectué auprès des mères. L'éviction des traitements traditionnels pose un problème spécifique dans la mesure où elle soulève un autre type de question que celle de l'allaitement.

[P6] Suivi informatisé des indicateurs de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale dans l'espace CEDEAO

¹Barro s, ^{2K}ambou s, ^{2O}kolo a, ¹Dao B

¹Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction

CHU SS Bobo Dioulasso, Burkina Faso

²Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

Introduction : L'OMS et l'UNICEF estiment que 585 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. La disparité entre les pays développés et ceux en développement est plus grande pour la mortalité maternelle que pour tout autre indicateur de santé couramment utilisé. La problématique des systèmes d'information en santé maternelle et néonatale a toujours été posée par les programmes et projets de santé maternelle et néonatale et il ressort que la mesure des indicateurs pour apprécier les performances et les succès dans ces programmes et projets restait un des plus grands défis à relever.

Objectifs: Notre étude avait pour but d'analyser le système de gestion des indicateurs de mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale des pays de l'espace CEDEAO en vue de la mise en place d'un outil de suivi automatisé de ces indicateurs.

Résultats: L'analyse critique du système a permis de faire l'état des lieux (sous forme de dossier de l'existant) en matière de suivi d'indicateurs de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale. Il ressort de cette analyse que les indicateurs ne sont pas calculés systématiquement mais en fonction des besoins ponctuels de l'OOAS ; qu'il n'existe pas d'agent dédié à la gestion des SMN ; qu'il n'existe pas d'outils appropriés pour la collecte et le traitement des données SMN (registre, système informatisé...)

L'étude a fait ressortir aussi des atouts comme, l'existence d'un système de production et de centralisation des données de santé maternelle et néonatale au niveau de tous les pays membres de la CEDEAO ; l'existence de Points Focaux par pays pour la collecte et l'acheminement des données à l'OOAS ; Notre analyse a donc abouti sur la reconfiguration et à la modélisation du nouveau système à mettre en place puis à l'élaboration d'un cahier des charges. Enfin nous avons élaboré des maquettes du nouveau système.

Conclusion : Notre étude sur le Suivi informatisé des indicateurs de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale dans l'espace CEDEAO, nous a permis de diagnostiquer les forces et les faiblesses du système d'information périnatale actuelle de l'OOAS. Cela nous a amené à proposer un

modèle selon les besoins des utilisateurs. Le temps qui nous était imparti n'a pas permis de mettre en place un outil fonctionnel mais nous sommes resté disposé à appuyer l'OOAS dans la réalisation de ce instrument qui lui permettra, non seulement de suivre efficacement l'évolution des indicateurs dans les pays mais aussi de les placer sur une même base de comparaison.

Mots clés: *indicateurs, mortalité maternelle, informatisation*

[P7] Profils épidémiologique, clinique et évolutif du paludisme grave en relation avec l'utilisation ou non des matériaux traités aux insecticides, dans les provinces de l'Oubritenga et du Boulgou – Burkina Faso.

Jean-Baptiste Yaro, Alphonse Ouedraogo, Edith C. Bougoum, Amidou Diarra, Amadou T. Konate, Alfred B. TIONO, Sodiomon B. SIRIMA
Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) 01 BP 2208 Ouagadougou 01
Tél : + 226 50 32 46 95/96 jybaptist@yahoo.fr;
baptist.cnrfp@fasonet.bf

Dans le but d'évaluer l'effet à long terme de l'utilisation des matériaux traités aux insecticides sur le profil épidémiologique, clinique et évolutif du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans, une étude cas-témoins a été conduite dans la province du Boulgou (zone témoin) et dans la province de l'Oubritenga (zone intervention avec les MTI).

Notre étude, a montré que l'utilisation des MTI ne permet pas une réduction significative de la fréquence des formes cliniques. Les formes de paludisme grave observées ne différaient pas selon la zone de façon significative sauf pour l'hypoglycémie. Ainsi on a noté : Coma (cas = 1,7 % ; témoins = 5,3 % ; p = 0,44), Convulsions (cas = 17 % ; témoins = 22 % ; p = 0,52), anémie sévère (cas = 65,5 % ; témoins = 62,9 % ; p = 0,85), hypoglycémie (cas = 18,9 % , témoins = 7,1 % ; p = 0,01). La répartition des formes cliniques selon les tranches d'âge ne notait aucune différence significative.

La moyenne géométrique de la densité parasitaire était de 10232,23 IC95% [6681,49- 15669,95] dans le Boulgou, contre 3005,37 IC95% [1611,92-5603,39] dans l'Oubritenga, avec des IC à 95 %. Cette différence observée était significative (p=0,004). La densité parasitaire augmentait également de façon progressive selon l'âge chez les cas, alors qu'elle décroissait progressivement chez les témoins.

Ainsi, on a observé que les cas (enfants protégés par les MTI) développaient des formes graves de paludisme à des densités parasitaires plus faibles.

Aussi, l'acquisition d'une prémunition semble différée au-delà de l'âge de 5 ans. Quant à l'évolution hospitalière, elle était plutôt favorable, pour peu que la prise en charge soit précoce et adaptée.

Mots clés : Matériaux traités aux insecticides, paludisme grave, profil clinique, enfants, Burkina Faso.

[P8] Phase initiale de mise en place de la subvention nationale des accouchements et des SONU : analyse qualitative des perceptions des acteurs sur le déroulement des activités dans les formations sanitaires

Yaogo M¹, Konaté B², Ouédraogo M³, Sombié I⁴, Ouédraogo T⁵, Belemsaga D⁶, Sankara S⁷, Zampaligré F⁷

1/ GREFSaD, UCAO-UUB, Bobo-Dioulasso

2/ Groupe SHADEI, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

3/ GREFSaD, Bobo-Dioulasso

4/ INSSA/UPB, CHUSS, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

5/ District Sanitaire de Houndé

6/ Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso

7/ Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou

Introduction: l'objectif du volet qualitatif de l'évaluation pluridisciplinaire de la phase initiale de mise en œuvre de la subvention nationale des accouchements et des SONU était de documenter les perceptions et l'adhésion des acteurs (responsables, prestataires, bénéficiaires) mais aussi l'adéquation entre les attentes des bénéficiaires et le niveau actuel de la subvention.

Méthode : entretiens individuels approfondis avec 3 catégories d'informateurs clés : les responsables des formations sanitaires (directeurs des CHU, MCD, gestionnaires) ; les prestataires chargés de la mise en œuvre technique (responsable des maternités et des blocs opératoires, ICP et accoucheuses auxiliaires) et les bénéficiaires (utilisatrices ayant eu recours aux prestations ou entourage, hommes impliqués au niveau familial à cause de leur pouvoir financier et leur rôle dans la prise de décision). Les activités ont eu lieu dans les formations sanitaires pour les responsables et les prestataires et au domicile pour les bénéficiaires directs ou leurs répondants. Pour apprécier les conditions de prise en charge en temps réel et les difficultés rapportées, l'équipe a accompagné plusieurs femmes en fin de traitement à leur domicile où les entretiens se sont déroulés avec leur plein accord de celui de leurs maris ou tuteurs. Les données transcrites ont été traitées manuellement et à l'aide du logiciel Microsoft Visio 2003 pour l'analyse de contenu. Des citations textuelles sont

faites à partir d'extraits significatifs de discours pour illustrer

Résultats : les principales difficultés relevées par les responsables concernaient surtout le délai insuffisant pour la préparation avant le début d'application de la subvention, la non harmonisation des procédures de gestion de la subvention et les modalités de remboursement des frais de transport face à des effets particuliers de Contexte. Au niveau des prestataires, les difficultés rapportées concernaient essentiellement le non respect de la référence, les références tardives et l'inadaptation des kits pour certains cas spécifiques de prise en charge des urgences, la charge de travail supplémentaire générée par l'augmentation du volume d'activités et l'appréhension sur les effets pervers d'une non pérennisation de la subvention. Il est ressorti aussi que la prise en charge des indigents posait problème à cause de l'absence de critères d'identification de cette catégorie d'usagers. Au niveau des bénéficiaires, il a été question de l'absence d'information préalable, le niveau élevé de la prise en charge malgré la subvention à cause des coûts indirects, les indécidables de certains agents et la compréhension insuffisante des procédures de remboursement des frais. Les conditions favorables unanimement décrites portaient sur l'accès plus facile aux soins à cause de la subvention des coûts directs et les facilités pour le transport des urgences, la disponibilité et l'implication effective du personnel de santé.

Conclusion : il se dégage un consensus sur la nécessité de la mise en place de la subvention et un engagement effectif des différentes catégories d'acteurs pour son application mais les procédures de gestion gagneraient à être harmonisées et mieux expliquées aux bénéficiaires pour une plus grande efficacité de la mesure.

[P9] Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) chez les sujets hypertendus ou diabétiques : aspects échographiques doppler au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (BURKINA FASO).

Sanou S, Nebié LVA, Niakara A

Objectifs : le but de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et d'étudier les aspects morphologiques échographiques dans une population d'hypertendus et de diabétiques adultes.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude prospective menée entre décembre 2006 et mai 2007 de manière consécutive. Elle a inclus les patients hypertendus ou diabétiques consentants et vus en

consultation de cardiologie. Un Indice de Pression Systolique (IPS) à la cheville < 0,9 et des signes échographiques de remaniement pariétal calcifié ou non ont été exigés pour le diagnostic d'AOMI. Ont été également étudiés les critères démographiques, les caractéristiques du diabète et de l'hypertension artérielle (HTA), la présence de facteurs de risque cardio-vasculaires, la nature et la distribution des lésions échographiques artérielles.

Résultats : parmi les 50 patients retenus, l'âge moyen était de 51,6 ans (extrêmes de 31 et 80 ans), 25 étaient des femmes et 25 des hommes. Vingt cinq patients étaient hypertendus, 25 diabétiques. Nos patients étaient essentiellement de classe socioéconomique basse ou moyenne (respectivement 46% et 42% de notre population). Les facteurs de risque cardiovasculaires étaient dominés par la surcharge pondérale dans 76% des cas, le stress dans 52% des cas, la sédentarité dans 44% et l'hypertriglycéridémie dans 25,6% des cas.

La prévalence de l'AOMI était de 33,3% à prédominance fémorale chez 30,3% des artéritiques et iliaque dans 21,2% des cas.

L'âge moyen de cette population artéritique était de 56,4 ans avec des extrêmes de 38 ans et 79 ans dont 10 diabétiques et huit (08) hypertendus. L'échographie notait une calcification pariétale chez 16% des patients, chez les artéritiques on relevait 81,8% de cas de plaques athéromateuses, six (06) plaques calcifiées et un (01) cas de sténose.

Dans notre étude l'analyse univariée des facteurs de risque notait qu'étaient corrélés à la survenue de l'AOMI : l'âge avancé ($p = 0,03$), le sexe masculin ($p = 0,002$) et le tabac ($p = 0,05$).

Notre étude montre que l'AOMI est donc très fréquente chez les hypertendus et diabétiques au Burkina Faso. Elle est favorisée par l'âge avancé, le sexe masculin et le tabac.

Mots clé : Artériopathies, membres inférieurs, hypertension, diabète, échographie Doppler

[P10] La pertinence des visites à domicile dans le soutien aux PVVIH : cas des associations soutenues par le PAMAC (Burkina Faso).

Anne Marie Ouattara, Marcel Lougué, Odette Ky Zerbo, Jean François Somé, Fodé Simaga

Contexte : Le Programme d'appui au monde associatif et communautaire de lutte contre le SIDA (PAMAC) à travers son sous programme Prise en charge communautaire (PECC) apporte un appui technique et financier à 120 associations pour la mise en œuvre d'un ensemble de paquet d'activités de PECC, dont les visites à domicile (VAD). Ces VAD

ont pour objectif principal d'aider les PVVIH à prendre des décisions concernant leur état de santé et à améliorer leurs rapports avec leur famille et la communauté. Nous rapportons ici les données relatives aux VAD aux PVVIH réalisées par les associations soutenues par le PAMAC au Burkina Faso en 2007.

Description : Après une phase de renforcement des capacités techniques des acteurs, des directives et des fiches d'informations pour les visites à domicile ont été élaborés par le PAMAC, et transmises aux associations afin de permettre aux acteurs d'avoir un référentiel pour l'amélioration de la qualité de leurs activités liées aux visites à domicile. Les fiches d'informations sont remplies à l'issue de chaque visite à domicile.

En 2007, au total 120 associations de PECC ont touché plus de 8536 PVVIH à travers au moins une visite à domicile sur un total de 28796 PVVIH¹³ suivies au niveau communautaire (28%). Les femmes représentent environ 64% des personnes visitées. Le problème alimentaire reste le plus prédominant aussi bien pour les hommes (66% le notifient) que pour les femmes (74% le notifient). Ces personnes vivent également des conflits avec leurs proches et/ou sont abandonnées par ces derniers (10%). Les acteurs communautaires ont dans la mesure du possible aidé ces dernières à trouver des solutions à leurs problèmes.

Leçons apprises : Ces visites sont nécessaires car elles permettent d'apporter une aide matérielle et morale aux PVVIH qui sont dans le besoin. Les acteurs communautaires qui se déplacent restent dans quelques situations le seul réconfort moral pour les personnes isolées du fait de leur statut VIH et grâce à la médiation qu'ils offrent, permettent leur réinsertion.

Perspectives : Les VAD sont une opportunité pour les acteurs communautaires de renforcer à leur tour les compétences de la famille en matière de soins au bénéfice des PVVIH. Les compétences ainsi acquises seront mises à profit pour mieux développer le continuum de soins au sein de la famille.

[P11] Structures relais et réseaux nationaux d'associations de lutte contre le VIH/SIDA du [P2] [P11] Burkina Faso : quelle complémentarité pour une efficacité d'actions ?

Demba Diack, Jean François Somé, Fodé Simaga

Problématique : Au niveau national, il existe six grands réseaux d'organisations à base communautaire (OBC) intervenant dans la riposte au VIH/SIDA et la tuberculose. Ces derniers regroupent leurs membres selon des domaines d'intérêt communs. Les réseaux ont en principe des domaines d'action classiques : plaidoyer, dialogue politique, harmonisation des pratiques mais ils se sont retrouvés par défaut en train de mettre en place des activités techniques qui sont celles habituellement menées par les associations membres. Par ailleurs, pour des besoins de proximité de l'appui technique aux associations, le PAMAC a aidé à la mise en place de structures relais qui ont des compétences techniques pour l'encadrement de leurs pairs. L'objet de notre communication est de montrer comment ces deux types d'organisations de coordination collaborent.

Description



¹³ Rapport annuel PAMAC 2007

Les réseaux et les structures relais contribuent au renforcement des compétences des associations. Les réseaux respectent leur rôle d'orientation stratégique et de capitalisation au niveau national tandis que les structures relais appuient les associations pour l'exécution correcte de plans d'action.

Leçons apprises :

- Difficultés dans le processus de mise en place des structures relais liés aux enjeux financiers et politiques
- Avec une bonne pédagogie et une équité dans la répartition financière des ressources, les tensions entre structures de coordination sont modérées.

Perspectives : Le PAMAC va poursuivre son rôle de médiation auprès de ces deux structures de coordination afin d'harmoniser leur coexistence sur le terrain et faire un plaidoyer accru pour la mobilisation des ressources nécessaires à leur développement

[P12] Implication de structures relais ou pôles régionaux de compétences communautaires pour le renforcement des capacités des organisations à base communautaire (OBC) : L'expérience du PAMAC au Burkina Faso

Demba Diack, Jean François Somé, Fodé Simaga

Problématique : Au Burkina Faso, les associations sont des acteurs incontournables dans la riposte au VIH/SIDA. Leur forte implication a suscité la mise en place d'un programme d'appui au mouvement associatif et communautaire (PAMAC). Appuyant plus de 200 OBC, le programme est soutenu par le Gouvernement, la Société Civile et le PNUD.

Plusieurs questions se sont posées : i) Comment décentraliser de façon qualitative les compétences et être plus proche des populations concernées ? ii) Comment harmoniser les pratiques et la qualité des services offerts.

Description de l'intervention (stratégie & résultats) : Après plusieurs réflexions communes, il a été décidé de mettre en place des structures relais ou pôles de compétences communautaires au niveau de chaque région. Ces structures sont des associations déjà soutenues qui ont répondu favorablement à un appel d'offres. Elles sont parfois sous forme de consortium et remplissent les critères de qualité demandés. Leur principale mission est d'assurer un suivi régulier des activités des autres associations, recueillir les données et renforcer les compétences techniques dans le domaine de la prévention et de la prise en charge. Au 31 décembre 2007, six des 13 régions du pays ont été couvertes (soit 150 associations). Une bonne acceptation collaboration

avec les autorités sanitaires locales sont observées, et nous assistons à une meilleure documentation des efforts fournis par les OBC dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ces structures relais sont fortement impliquées dans la planification annuelle des activités du PAMAC.

Leçons apprises :

- Un système de recueil de données plus perfectionné
- Une proximité de terrain avec les associations soutenues et valorisation des compétences de celles qui ont acquis un certain niveau

Perspectives

A terme il s'agira de couvrir les 13 régions du pays et mettre en place des plate formes d'expertise communautaires au niveau de chaque région, et créer un espace de concertation entre les acteurs locaux afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

[P13] Contribution du mouvement associatif dans la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso, expérience dans la région du Nord avec l'Association Solidarité et Entraide Mutuelle au Sahel (SEMUS)

Ouédraogo Tiguiri Yaméogo, Léatitia Crouzil, sawadogo mahamady

Contexte : La persistance de la pauvreté et l'avènement du VIH/SIDA ont contribué à la réémergence de la tuberculose. Au Burkina Faso, le taux de détection des TPM+ était de 24,4% en 2006 alors que l'OMS préconise un seuil de 70%. Depuis 2005, les associations ont été impliquées dans la mise en œuvre du volet communautaire du Programme National Tuberculose. L'association SEMUS en collaboration avec les services de santé assure la coordination de la mise en œuvre de ces activités dans la région du Nord.

Description de l'intervention : La SEMUS, fortement engagée depuis 2000 dans la lutte contre le VIH/SIDA, s'est depuis orientée dans le renforcement de capacités des acteurs endogènes.

Dans la lutte communautaire contre la Tuberculose, avec l'appui des services de santé, elle a sélectionné et formé en 2005, treize associations pour les activités d'IEC/CCC Tuberculose.

Pour un renforcement continu des capacités, des suivis et supervisions trimestriels des acteurs sont réalisés, ainsi que des visites de travail avec les services de santé.

Dans un partenariat soutenu, des rencontres annuelles de concertations entre acteurs communautaires de lutte contre la Tuberculose, le VIH/SIDA et des acteurs des services étatiques (Santé, Action Sociale)

sont réalisés pour une meilleure synergie dans les interventions.

Les treize associations de mise en œuvre, couvrant l'ensemble des districts sanitaires de la région ont réalisé en quatre trimestres :

- 609 activités de sensibilisation (causeries éducatives, projections vidéo, théâtres forum...) avec environ 80 000 personnes touchées.
- 372 références de cas suspects vers les services de santé

Leçons apprises : La concertation entre les associatifs et les services de santé sur la lutte contre la tuberculose, favorise une prise de conscience des communautés sur la problématique et contribue à changer les perceptions communautaires sur la tuberculose.

Prochaines étapes : Améliorer le circuit de la référence des cas suspects, pour accroître le nombre de détection des nouveaux tuberculeux.

[P14] Prévention des IST et du VIH/SIDA auprès des personnes handicapées : l'expérience du Burkina Faso

Mamadou Dao, Laetitia Crouzil, Ky-Zerbo Odette, Jean François Somé, Fodé Simaga

Contexte : Au Burkina Faso, jusqu'en 2005, la stratégie nationale de lutte contre les IST et le VIH/SIDA n'avait pas pris en compte la spécificité des personnes handicapées (PH). Partant du constat que ces personnes sont fragilisées et stigmatisées en raison de leur handicap, le PAMAC a mis en place une intervention ciblée afin d'améliorer leur accès aux activités de prévention.

Stratégie d'intervention : Cette stratégie a été élaborée de façon participative lors d'ateliers regroupant les professionnels de l'Action Sociale, les représentants des PH, les ONGs et les associations intervenant dans le cadre de leur réinsertion socio-économique. Ceci a permis d'identifier 4 structures associatives spécialisées dans les différents types de déficience (visuelle, motrice, mentale, et auditive) à qui le PAMAC a confié: la coordination des interventions, la formation, le suivi et la sélection de 65 associations de PH chargées de la mise en œuvre des activités.

L'implication de ces structures a permis de développer une approche d'éducation par les pairs (200 PH formés) et d'élaborer des outils et méthodes de sensibilisation adaptés à chaque type d'handicap (traduction des modules de formation en braille, conception de supports sonores, intégration du langage de signes aux supports audiovisuels).

De 2006 à 2007, les associations ont réalisé 6200 activités d'IEC/CCC qui ont touché 107152 PH et 74 368 accompagnants.

Leçons apprises : Après deux ans d'intervention, on relève la pertinence de l'implication de structures de coordination spécialisées servant d'interface entre le PAMAC et les associations de PH. Ceci a permis une appropriation du projet par les bénéficiaires mais aussi la prise en compte de la spécificité de chaque handicap. On note une forte mobilisation des acteurs qui a amené certaines associations à créer des sections spécifiques de lutte contre les IST et le VIH/SIDA.

Perspectives : Grâce à ce projet, la fédération nationale des PH prévoit l'élaboration d'un plan d'action de prévention des IST/VIH de façon à renforcer l'intervention. Par ailleurs, le PAMAC va initier la formation et l'intégration des conseillers en langage de signes dans les centres de conseil de dépistage volontaire

Journées des Sciences de la Santé de Bobo – 2008

[P15] Distribution de la fréquence des mutations *ace-1* et *kdr*, principaux gènes de résistance aux insecticides dans le complexe *Anopheles gambiae* dans l'Ouest du Burkina Faso.

Namountougou M., Ouari A., Kengne P., Ouédraogo JB et Dabiré KR

Une étude a été menée, de août 2006 à janvier 2007, dans vingt sites qui s'étendent du centre au bassin cotonnier de l'Ouest du Burkina Faso. L'objectif visé était :

- i. réactualiser les travaux réalisés depuis 2000 sur la distribution de la fréquence du gène *kdr* chez *An. gambiae* sl.
- ii. investiguer la présence et la dispersion du gène *ace-1* chez les vecteurs.

Nous avons collecté les moustiques par capture en faune résiduelle et procéder à leur détermination morphologique. Par la suite des techniques PCR ont été utilisées pour le diagnostic des espèces et des mutations *ace-1* et *kdr*.

Les résultats montrent que chez la forme moléculaire S d'*An. gambiae*, la fréquence du gène *kdr* n'a pas variée significativement comparativement aux résultats des travaux antérieurs en 2000 (60% vs 62%). Cependant le niveau de la fréquence de ce gène a augmenté de 27% dans la forme M comparativement aux travaux réalisés en 2000, nous assistons donc à une progression géographique de ce gène.

Une nouvelle technique utilisée pour la première fois en Afrique de l'Ouest a permis de montrer que la

fréquence du gène *ace-1* est relativement élevée chez la forme S (30%) comparativement à la forme M (17,5%).

Toutefois la progression rapide de ces gènes au sein des populations d'*An. gambiae* sl. pourrait être liée à une forte pression de sélection exercée par l'utilisation à usage agricole des insecticides. Cependant cette résistance des vecteurs aux insecticides pourrait constituer un handicap à leur utilisation en santé publique.

Mots clés : *An. gambiae*, résistance, *ace-1*, *kdr*, insecticides, Burkina Faso

[P16] Efficacité et pharmacocinétique de la Dihydroartémisinin-piperaquine dans le traitement du paludisme simple au Burkina Faso

Issaka Zongo, Noël Rouamba, Grant Dorsey, Philip J Rosenthal, Jean Bosco Ouédraogo

Institut de Recherche en Sciences de la Sante, Bobo-Dioulasso

University of California, San Francisco, San Francisco, Californie

Introduction: L'apparition et l'extension de la résistance aux antimalariques usuels ont conduit à la recherche de traitements alternatifs. Ces nouveaux traitements doivent contenir un dérivé de l'artémisinin et un médicament partenaire dont la demi vie plus ou moins longue permettra d'améliorer l'efficacité de l'ensemble tout en préservant de l'apparition des résistances.

Nous avons évalué l'efficacité et le profil pharmacocinétique de la dihydroartémisinin-piperaquine dans le traitement du paludisme simple à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé un essai clinique ouvert dans trois formations sanitaires périphériques de la ville de Bobo-Dioulasso. Les patients présentant des signes cliniques suggestifs de paludisme simple ont été screenés à la recherche de forme asexuées de *Plasmodium falciparum*. Ceux qui avaient une goutte épaisse et qui répondaient aux critères d'inclusion dans l'étude ont bénéficié d'un suivi régulier de 42 jours. A chaque visite, ils bénéficiaient d'un examen clinique complet, d'un prélèvement sanguin pour la réalisation d'une goutte épaisse/frottis sanguin, d'un confettis et la mesure du taux d'hémoglobine (à l'inclusion et au dernier jour de suivi). Ils ont également bénéficié d'un prélèvement capillaire à toutes les visites et d'un prélèvement veineux au jour 7. L'efficacité du traitement est évaluée sur la base du protocole OMS

2005 alors que le profil pharmacocinétique sera établi dans un laboratoire spécialisé en Asie.

Résultats : La collecte des données est achevée en fin Décembre 2007 et les données sont en cours de compilation. Les résultats attendus sont :

- L'efficacité de la dihydroartémisinin-piperaquine est déterminée

- Le profil pharmacocinétique de la dihydroartémisinin-piperaquine est établi.

[P17] PTME au district sanitaire de Pô

Introduction : L'objectif principal de cette étude est de faire une première évaluation de la mise en œuvre de la PTME au district sanitaire de Pô. Le présent travail fait ressortir les forces et les faiblesses de ce programme.

Matériel et méthode : Il s'est agi d'une étude longitudinale et analytique qui a concerné toutes les femmes enceintes séropositives et les enfants nés de ces femmes de septembre 2005 à novembre 2007 dans huit CSPS.

Au total, 3469 femmes enceintes ont été testées, 75 (2,1%) étaient positives, 43 enfants sont nés vivants et sont suivis.

Les mesures préventives ont consisté au dépistage VIH, l'administration de nevirapine 200 mg chez les parturientes et 2 mg/kg chez les nouveaux nés dans les 72 heures après l'accouchement ; L'allaitement artificiel ou l'allaitement maternel exclusif avec sevrage à 4 mois a été recommandé ; Le cotrimoxazole est donné systématiquement aux enfants dès l'âge de six semaines. Les enfants sont testés à 18 mois.

Résultats : Sur les 75 femmes enceintes séropositives, 9 (12%) sont perdues de vue, 40 accouchements (93,02%) ont été assistés, 3 (6,97%) à domicile.

Le schéma prophylactique ARV complet a été possible dans 37(86,04%) cas, le schéma incomplet dans 6(13,95%) cas, 36(83,72%) mères ont choisi l'AME avec sevrage précoce, 7(16,27%) l'allaitement artificiel. Au cours du suivi, 7(16,27%) enfants sont décédés et 6(13,95%) sont perdus de vue.

Quatre enfants ont atteint l'âge d'être testés et sont séronégatifs.

Conclusion : Cette première évaluation est réconfortante. Néanmoins, la problématique des PDV, de l'alimentation des nouveaux nés et du retrait de l'ONG MDM reste posée. Il conviendrait donc de trouver des solutions.

[P18] Ecologie larvaire des deux formes chromosomiques d'*Anopheles funestus* à l'Ouest du Burkina Faso : expérience de la transplantation larvaire.

Toé K. H., Sagnon N., Guiguemdé T. R., Ouédraogo J-B., Dabiré K. R.

Au Burkina Faso, des études ont révélé une différence de comportement et un polymorphisme chromosomique au sein des populations d'*An. funestus* vecteur majeur du paludisme en Afrique subsaharienne. Cette hétérogénéité a montré l'existence de deux entités chromosomiques nommées «Kiribina» et «Folonzo» bien structurées au niveau de leur bio-écologie suggérant un phénomène de spéciation en cours. Mais la plupart des résultats, obtenus principalement en zone soudano sahélienne, méritaient d'être vérifiés dans d'autres faciès éco-climatiques. Notre travail s'est proposé d'étudier l'écologie de ces deux formes en terme d'exploitation du milieu dans la zone soudanienne à l'Ouest du Burkina Faso.

Nous avons effectué une transplantation larvaire des deux formes chromosomiques dans deux milieux écologiquement différents: Vallée du Kou site rizicole irrigué, et Soumouso un village de savane humide. 100 larves de stade I de chaque forme ont été transplantées dans des cages individuelles entre Septembre et Décembre en 2006 et 2007. La durée du développement larvaire et le taux d'émergence ont été estimés pour chaque forme chromosomique.

A la Vallée du Kou, le développement larvaire a été plus long avec un taux d'émergence plus faible quelque soit la forme. Cependant le taux d'émergence de Kiribina a été significativement plus élevé que celui de Folonzo (61,33% vs 38,67). Par contre à Soumouso le taux d'émergence de Folonzo (56,44%) a été plus élevé que celui de Kiribina (43,56%). Le taux d'émergence de Folonzo a été plus élevé en septembre – octobre quelque soit la localité. Cependant à Soumouso, le taux d'émergence des deux formes ne diffère pas significativement en Novembre – Décembre.

Mots clés: *Anopheles funestus*, formes chromosomiques «Folonzo», «Kiribina», écologie larvaire, Burkina Faso.

[P19] Caractérisation du comportement de reproduction des populations naturelles d'*Anopheles gambiae*, Vecteur majeur du paludisme au Burkina Faso.

Sawadogo S.P., Diabaté A., Sanon A., Dicko I., Guiguemdé T. R., Ouédraogo J-B., Dabiré K. R.

Contrôler le paludisme par utilisation de moustiques génétiquement modifiés, réfractaires à la transmission du plasmodium est devenu une possibilité. La réussite de cette technique dépendrait d'une interaction sexuelle entre ces moustiques et la population naturelle du vecteur. Chez plusieurs espèces d'insectes, les mâles de grande taille ont plus de succès dans l'accouplement. L'accouplement chez *An. gambiae* dans le milieu naturel se produit dans des essais. Au Burkina Faso, nous avons tenté de caractériser le comportement d'essaimage et déterminé si la taille n'affecte pas le succès de l'accouplement chez les mâles d'*An. gambiae* vecteur majeur du paludisme en Afrique sub-saharienne.

De juillet à Octobre 2006, l'essaimage et l'accouplement chez *Anopheles gambiae* ont été étudiés. Les mâles en essaimage et ceux en copulation ont été collectés avec un filet fauchoir. Les ailes des moustiques ont été mesurées puis comparées entre les moustiques en copulation et les mâles en essaimage.

Les essais sont généralement observés 5 à 10 mn après le coucher du soleil et disparaissent avec la tombée de la nuit 20 à 30 mn après formation. La hauteur des essais observés était généralement de 1 à 3 m au-dessus des surfaces. Nous avons mesuré les ailes de 152 mâles en copulation et 654 mâles en essaimage. Nous avons trouvé que la taille des ailes des mâles en copulation était significativement supérieure à celle des autres mâles en essaimage ($F = 63,98$; $P < 0,001$). La taille des mâles semble donc déterminante dans le succès de l'accouplement chez *Anopheles gambiae*.

Mots clés : *Anopheles gambiae*, comportement d'essaimage, succès de l'accouplement, Burkina Faso.

Jeudi 8 Mai 2008

[P20] Barrières à l'utilisation de soins qualifiés dans deux districts ruraux du Burkina Faso: Ouargaye et Diapaga

Donmozoun Télesphore Some, B. C Madi, I. Sombie, N. Méda,

Audobem, Centre MURAZ

01 bp 390 bobo dioulasso 01

Tel (bureau) : 20 97 50 32 ; Mob : 76 61 39 36

Email : dtsome.muraz@fasonet.bf

Introduction : L'assistance qualifiée à l'accouchement est l'une des stratégies majeures pour la réduction de la mortalité maternelle. En dépit du faible niveau d'équipement des formations sanitaires, celles-ci restent les seules à même de fournir des soins de qualité en comparaison des soins reçus lors d'un accouchement à domicile. Mais il existe des barrières quant à l'accès des femmes à ces soins de qualité. Cette étude réalisée à Ouargaye et à Diapaga avait pour but de comprendre les barrières à l'utilisation des soins de qualité dans ces districts

Méthodes : Pour cette étude qualitative, la « grounded theory approach » (Strauss A, Corbin J., 1998) a été adopté. 30 entretiens approfondis, 8 Focus groups et 6 observations non participantes ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien. Les participantes étaient des femmes de 15-49. Toutes les interviews ont été enregistrées sur cassettes, transcrites en verbatim et analysées ligne par ligne à l'aide de NVIVO.

Résultats : Quatre types de barrières ont été décrites par les femmes, 1) des barrières culturelles concernant le faible statut des femmes dans les deux districts et quelques croyances traditionnelles qui ne permettent pas aux femmes de toujours utiliser les services de santé ; 2) une barrière géographique qui concerne la distance à parcourir pour rejoindre le service de santé et le manque de moyens de transport adéquat ; 3) une barrière financière pour le paiement des soins et médicaments ; 4) une mauvaise organisation des soins et le mauvais comportement de certains agents de santé.

Conclusion : Pour minimiser les risques de complications durant la grossesse et l'accouchement, il est important que les femmes utilisent les services de santé ; les barrières décrites par les femmes ne sont pour certaines pas insurmontables mais ont besoin d'être intégrées dans une politique globale de soins pour ce groupe spécifique.

[P21] Facteurs influençant la motivation du personnel de santé dans deux districts sanitaires du Burkina Faso: Ouargaye et Diapaga.

Donmozoun Télesphore Some, B. C Madi, I. Sombie, N. Méda,

Audobem, Centre MURAZ

01 BP 390 Bobo Dioulasso 01

Tel (bureau) : 20 97 50 32 ; Mob : 76 61 39 36

Email : dtsome.muraz@fasonet.bf

Introduction : Parmi les stratégies mises en œuvre pour réduire la mortalité maternelle et périnatale, l'assistance qualifiée à l'accouchement a été prouvée comme l'une des stratégies les plus porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Mais l'assistance qualifiée à l'accouchement suppose que les infrastructures de santé sont disponibles et le personnel est bien formé et motivé à fournir des soins de qualité. L'étude objet de cet abstract est une étude qualitative réalisée à Ouargaye et à Diapaga et dont le but était de comprendre les facteurs qui affectent la motivation des agents de santé à fournir des soins de qualité.

Méthodologie : Des entretiens approfondis ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien avec 5 accoucheuses auxiliaires, 2 sages femmes et 2 Médecins chefs de districts. Les interviews ont été enregistrées sur cassettes, transcrites en verbatim et analysées ligne par ligne. Une fiche de consentement a été signée par tous les participants.

Résultats : Dans les deux districts, la rémunération (salaires), la non reconnaissance par la hiérarchie et le peu d'opportunités de construction de la carrière ont été les principaux facteurs de démotivation. Les bonnes relations de travail avec les collègues et la communauté, la bonne organisation du travail et les ressources adéquates (matériels, personnel) sont perçus comme motivants. Mais à Ouargaye, le logement, les conditions de travail, et les formations sont satisfaisants tandis que les mêmes éléments ont été jugés insatisfaisants à Diapaga.

Conclusion : Le rôle des responsables de districts est crucial dans la motivation du personnel par les encouragements et l'amélioration de l'environnement de travail. La motivation n'est pas seulement financière mais aussi morale et psychologique. Pour arriver à une assistance qualifiée pour toutes femmes, le renforcement du système de santé et la motivation sont des facteurs très importants à prendre en compte.

[P22] Perception du VIH et stratégies de coping

A. Sanon¹, R. Diallo¹, I. Traoré¹, I. Konaté¹, J.L. Ouédraogo¹, A. Ouédraogo¹, C. Huet¹, P. Mayaud², N. Nagor³, P. P. Van De Perre⁴

¹Centre muraz, HIV/AIDS and reproductive health, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, ²London school & hygiene and tropical Medecine, Transmission, Pathogenèse et Prévention de l'Infection par le VIH, London, United Kingdom, ³London school & hygiene and tropical Medecine, Transmission, Pathogenèse et Prévention de l'Infection par le VIH, london, United Kingdom, ⁴Université Montpellier, Transmission, Pathogenèse et Prévention de l'Infection par le VIH, montpellier, France

Contexte : Les recours alternatifs ont investi le champ de la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (PVVIH) mettant parfois en péril la vie des patients. L'étude examine le lien entre les facteurs psychosociaux de l'infection par le VIH et l'influence de la perception de la maladie sur l'élaboration des stratégies de coping.

Méthode : Des entretiens semi-structurés ont été menés avec 44 femmes infectées par le VIH, participantes de la cohorte ANRS 1222, âgées de 18 à 45 ans ayant des recours alternatifs. Les stratégies de coping prises en compte étaient l'investissement des soins modernes, les recours à des tradithérapeutes, aux associations d'auto-support et à la prière charismatique.

Résultats : Les résultats de cette étude montrent que le choix des stratégies de coping est lié à la perception de l'infection par le VIH et son évolution. Le coping basé sur les recours à la tradithérapie est en rapport avec l'évitement et le déni de la maladie, alors que la stratégie basée sur la gestion de la maladie et le recours communautaire est liée à une meilleure acceptation, et perception et connaissance objective de l'infection et de son évolution.

Notre étude montre que les recours alternatifs et communautaires sont liés à la perception du VIH. Ils ont de façon générale une fonction adaptative. L'intégration du sens permet d'opérer des réaménagements psychiques dans la gestion de la séropositivité.

Conclusion : La méfiance des soignants envers la médecine traditionnelle ne dissuade pas les patients d'y recourir. Les ressources communautaires qui offrent les soins alternatifs donnent une réponse spirituelle et sociale à la séropositivité et aux soins. Il est donc nécessaire de réfléchir aux fondements des stratégies de coping pour offrir des réponses adaptées aux besoins des PVVIH.

[P23] Les pertes de substances interruptrices de la mandibule : analyse de 83 cas a bobo dioulasso R. Beogo, D. Ouédraogo, H.M Kohoun, Y.Guigma, K. Ouoba

Résumé : La mandibule, en raison de ses affections et de celles de ses structures de voisinage que sont l'organe dentaire et la cavité buccale, peut être l'objet de mutilations avec une interruption de sa continuité.

L'objectif de cette étude est de décrire les formes anatomo cliniques, les étiologies des pertes de substances interruptrices de la mandibule à Bobo Dioulasso. Il s'agit d'une étude rétrospective sur quinze ans, portant sur une série de 83 cas.

L'hémi-mandibulectomie avec désarticulation temporo mandibulaire, la mandibulectomie médiane et la mandibulectomie latérale représentaient respectivement 46%, 5% et 14.5% des pertes de substances mandibulaires. Les formes étendues représentaient 25% et les condylectomies, 9.5%. Les étiologies étaient la chirurgie d'ablation de tumeurs et de kystes (81%), la condylectomie pour ankylose temporo mandibulaire (9.5%) et les séquestrectomies (8.5%); les traumatismes étaient une étiologie rare. L'améloblastome représentait 50% des tumeurs. Seulement 30% des pertes de substances ont bénéficié d'une reconstruction, soient 25.5 % par greffe osseuse et 4.5 % par attelle métallique.

Les pertes de substances mandibulaires dans notre étude, contrairement à ce qui est rapporté dans les séries occidentales, se caractérisent par leurs étiologies dominées par la chirurgie des tumeurs bénignes et des kystes mandibulaires et un faible taux de leur reconstruction. Nous recommandons le développement de cette chirurgie réparatrice.

Mots clés : Mandibule — Améloblastome — Perte de substance — Reconstruction mandibulaire

Docteur BEOGO Rasmané

Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro

BP 676 Tél. (00226) 20 97 00 44 / 45 / 47 Fax (00226) 20 97 26 93

Bobo-Dioulasso (BURKINA FASO)

rbeogo@yahoo.fr

[P24] Impact de la prise quotidienne de la spiruline sur le statut clinique et biologique des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso

Z Tarnagda¹, I Yougbaré¹, A Siribié¹, A N Zèba¹, D Maré²,

Z O Lompo³, J B Nikiema⁴ and J B Ouedraogo¹

¹ Institut de Recherche en Sciences de la Santé, 399 Avenue de la liberté, BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

² REVS+, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³ Université de Ouagadougou, Burkina Faso

⁴ DGPML, Ministère de la santé, Burkina Faso

Introduction : La spiruline est utilisée comme un supplément alimentaire. L'objectif de cette étude est d'évaluer son impact sur l'état clinique, biologique et nutritionnel des personnes vivant avec le VIH (PvVIH).

Matériel et Méthode : Dans un essai randomisé contrôlé par placebo en double aveugle, 180 PvVIH répartis en trois groupes de 60 chacun selon le nombre de CD4 (groupe 1, $CD4 \leq 200/\mu l$; groupe 2, $200 < CD4 < 400/\mu l$; groupe 3, $CD4 \geq 400/\mu l$) ont reçu quotidiennement 5g de spiruline ou du placebo et ont bénéficié d'un suivi clinique et biologique de 12 mois. Chaque groupe a été subdivisé en deux sous-groupes (30 PvVIH sous spiruline et 30 PvVIH sous placebo).

Résultats : Dans le premier groupe, 58,3% des patients du sous-groupe spiruline ont eu un gain en IMC vs. 66,4% pour le sous-groupe placebo; le nombre de CD4 s'est amélioré pour 89% des patients de ce groupe ($p > 0.05$)

Dans le second groupe, 54,3% des patients du groupe spiruline ont amélioré leur IMC vs 29,3% des patients du of groupe placebo ($p = 0,01$) ; 73,2% des patients supplémentés en spiruline ont amélioré leur nombre de CD4 vs 60% des patients du groupe placebo ($p = 0,6$)

Dans le groupe 3 ; 57,3% des patients du sous-groupe spiruline ont amélioré leur IMC contre 72,6% des patients du sous-groupe placebo ($p = 0,01$); le nombre de CD4 était plus élevé pour 56,4% des patients du sous-groupe spiruline vs 42,5%) pour les patients du groupe placebo ($p = 0,02$)

Conclusion : L'impact de la spiruline est meilleur pour le groupe 2, $200 < CD4 < 400/\mu l$ d'autres investigations permettront de mieux l'expliquer.

[P25] Les ruptures utérines au CHUSS de 2000 a 2004 : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques

Some d.a.^{1,3}, Ouattara s.^{1,3}, Barro d.^{2,3}, Thiombiano o.¹.
Some s.a.¹. Bambara m.¹, Dao B.^{1,3}.

3- département de gynécologie, obstétrique et médecine de la reproduction, chuss, bobo-dioulasso, burkina faso

4- service de réanimation polyvalente, chuss, bobo-dioulasso, burkina faso

5- institut supérieur des sciences de la santé, upb/bobo-dioulasso, burkina faso

Objectifs : Analyser les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des ruptures utérines au CHUSS de Bobo-Dioulasso.

Patientes et méthodes : C'est une étude rétrospective à visée descriptive, réalisée à la maternité du CHUSS. Toutes les ruptures utérines enregistrées pendant la période d'étude ont été colligées. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête comportant les principales variables recherchées. Ces données ont été relevées à partir des registres, des protocoles opératoires et des dossiers d'hospitalisation. 265 ruptures utérines ont été répertoriées. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel Epi info version 6.0

Résultats : La fréquence des ruptures utérines est 1,38% des accouchements. Elles surviennent chez les parturientes âgées de 35 à 39 ans 27,51% ou de 25 à 9 ans 26,20%, chez les multipares, 72,05%. Dans 99,61% des cas, la rupture a eu lieu avant l'admission au CHUSS. Les agents qui réfèrent ont posé un diagnostic juste dans 23 % des cas. 18,21% des ruptures ont eu lieu en ville à Bobo-Dioulasso.

Ce sont des ruptures segmentaires, 58,30% ou segmento-corporéaux, 20,87% , toutes opérées sous anesthésie générale. Il s'agissait plus souvent de ruptures totales 59% ou de ruptures compliquées 29% avec atteinte de l'artère utérine dans 13,5% des cas.

Une réanimation pré per et post opératoire a été entreprise pour tous les cas. Une fois sur deux, une hystérectomie a été réalisée, toujours sous anesthésie générale. Le pronostic a été marqué par une mortalité maternelle de 14,34%, soit 1/5^{ème} des 189 décès maternels observés durant la même période. Les décès sont survenus en moins 24 heures après l'admission (87%) et 31,48% de complications per et post opératoires ont été enregistrées. La mortalité foetale est de 98,39% des cas. 60,21% des femmes sont involontairement stériles et 39,79% porteuses de cicatrice utérine.

Conclusion : Les ruptures ont lieu hors du CHUSS. Il est important de renforcer les compétences des agents des maternités pour qu'ils planifient mieux l'accouchement des gestantes

Mots-clés : Rupture utérines, décès, CHUSS

[P26] Méningites bactériennes aiguës au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou : aspects bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs de 154 cas à RAS positives. Thèse de médecine UFR/SDS, Ouagadougou, Burkina Faso Fev.2008, 78p.

Ouédraogo SM, Ouédraogo N, Traoré/Ouédraogo R, Tiéno H, Nacro B, Ouédraogo M, Millogo A, Drabo J

La modification en 2002 du profil épidémiologique des MBA, avec l'implication de *Nm W135* dans les épidémies de MCS a abouti à une organisation des laboratoires en réseaux et à l'adoption de schémas thérapeutiques qui ne font pas l'unanimité de tous les acteurs impliqués dans la PEC des MBA. Aussi, La très faible sensibilité de la culture à l'identification des agents étiologiques des MBA dans notre Contexte, et la très faible documentation au CHUSS des aspects thérapeutiques et des létalités comparatives des MBA de l'enfant et de l'adulte, a conduit à la mise en œuvre de cette étude.

Cette étude transversale et rétrospective des aspects bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs des MBA au CHUSS sur une période de 12 mois de mars 2004 à février 2005 a permis une revue de dossier de 154 cas à RAS positive. Les tests statistiques utilisés étaient le Chi² et le test exact de Fischer avec un seuil de signification retenu $p < 0,05$.

La tranche d'âge la plus touchée a été celle de 0 à 4 ans avec une fréquence de 49,4%. Les principaux germes responsables de ces cas de MBA ont été *Streptococcus pneumoniae* (44%), *Neisseria meningitidis* (25%) et *Haemophilus influenzae* b (31%). Hib n'a été rencontré que chez les jeunes enfants. La RAS a été l'examen le plus sensible pour l'identification des germes, avec des taux respectifs de 35,16%, 11,21% et 34% pour la RAS, la culture et la PCR. De plus, elle a permis de porter un diagnostic étiologique rapide. Le ceftriaxone et de la gentamycine ont été les antibiotiques les plus utilisés à des taux respectifs et équitables de 73%. La létalité globale était de 36,36%, les enfants de 0 à 4 ans ont payé le plus lourd tribut avec un taux de létalité de 44,6%. Le pneumocoque a été le germe le plus virulent avec un taux de létalité de 64,7%.

La RAS est une méthode efficace pour le diagnostic étiologique des MBA, elle doit être vulgarisée comme technique additionnelle à la culture et la PCR qui reste pour le premier une méthode peu sensible du fait retard à l'acheminement des prélèvements au laboratoire et l'auto antibiothérapie répandue dans

nos contrées ; et pour le second inaccessible pour des raisons de coût. Enfin nous préconisons que le ceftriaxone soit utilisé en première intention associée à une réanimation adéquate devant tout cas suspect de méningite jusqu'à preuve bactériologique du contraire.

Mots-clés: Méningites bactériennes aiguës, RAS, antibiothérapie, CHUSS, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

[P27] Le rapport de la communauté de Bobo-Dioulasso aux gels lubrifiants et autres produits sexuels malgré le VIH/SIDA

Abdramane **BERTHE**, Zakaria Emmanuel **SANOU**, Issiaka **BAMBA**, Abdoulaye **OUEDRAOGO**, Nicolas **NAGOT**, Serge P. **DIAGBOUGA**, Natasha **MACK**, Laura

Jonhson, Betsy Tolley

I-Introduction: L'équipe SHADEI du Centre MURAZ, a réalisé en 2005 au sein de la population de Bobo-Dioulasso, une analyse socio-anthropologique sur le rapport de cette communauté aux produits sexuels, pour mesurer l'acceptabilité de l'étude SC 6% par cette communauté et cerner ses perceptions/appréciations des gels vaginaux.

II-Méthodologie : Après une brève revue documentaire, les investigateurs ont réalisé des entretiens avec 12 participantes potentielles, 8 clients des travailleuses du sexe, 6 informateurs clés, 2 pharmaciens et 2 vendeurs (ses) ambulants de produits aphrodisiaques, 5 associations de lutte contre le VIH/SIDA.

Le dépouillement a été manuel et l'analyse à l'outil informatique.

III-Résultats

Nomenclature	Utilisateurs	Intérêts		
			Coûts	Rapport coût - besoin
<p>- <i>Quewaille</i> - <i>Rosalinda</i> - <i>Mousse vaginale</i> - <i>Maggi</i> - <i>Hydrogel</i> - <i>Vendome</i> - <i>Vaseline</i> - <i>Trigel</i> - <i>Sans dormir</i> - <i>Man&woman</i> - <i>Un coup démarré</i> - <i>Che-che deep</i> - <i>Gel Vendôme,</i> - <i>Sexoforte</i> - <i>Procomiles</i> - <i>Femme rêve</i></p>	<p>-Toute la population sexuellement active -les travailleuses du sexe -les filles multipartenaires sexuelles -les femmes âgées</p>	<p>Les gels : -lubrifient le vagin - facilitent la pénétration -sont des aphrodisiaques -lubrifient la capote -aident les femmes ménopausées</p>	<p>Le prix des gels et autres produits sexuels varie de 1850 à 3500 F CFA la boîte</p>	<p>La cherté, pour la majorité expliquerait la sous-utilisation de ces gels. Mais, pour une minorité cela serait plutôt liée à la méconnaissance de ces produits.</p>

IV-Conclusions

Pour les interviewés les essais microbicides restent indispensables. Ils seront acceptés à Bobo-Dioulasso où la population manifeste un besoin en gel lubrifiant non contraceptif.

[P28] Dispensation des antirétroviraux dans le service de la pharmacie du CHUSS.

Hien A1, Zoure E1, Hien H2, Somé J.1, Msellati P3, Tamboura H1, Rouet F2, Ouïminga A2, Drabo A2, Peyrière H4, Mathieu O4, Nicolas J4, Van de Perre P4, Nacro Boubacar1, Diagbouga S2, Yaméogo S1.

1 : Département de pédiatrie, et pharmacie CHUSS Bobo-Dioulasso, 2: Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, 3: UMR 145 IRD, CreCSS Aix en Provence, 4 : Laboratoire de virologie et de pharmacologie du CHU Montpellier, France.

Objectifs : Contrôler la présentation des ARV dans leur emballage initial

Présenter le conditionnement des ARV

Présenter l'utilisation des ARV par les patients

Méthode : L'étude a été réalisée dans le service de la pharmacie du CHUSS de janvier à décembre 2007. Elle a consisté en une observation des pratiques de dispensation, d'utilisation des ARV par les patients sur un échantillon de 184 enfants sous traitement ARV.

Les réapprovisionnements des patients étaient mensuels.

Résultats : Au total neuf molécules étaient disponibles pour la prise en charge pédiatrique.

Nous avons constaté une insuffisance sur la présentation des ARV telles que le nombre et le nom des excipients sur les notices. Six laboratoires ont été identifiés comme source d'approvisionnement par la CAMEG. Au cours des réapprovisionnements, plus de la moitié des comprimés, ou solutés étaient de mauvaise qualité. Des modifications dans le traitement des enfants sont intervenues en juin 2007 par le remplacement du Viracept dans le schéma thérapeutique pour des raisons de génotoxicité signalé par le laboratoire Roche.

Conclusion : Ces pratiques nous interpellent à renforcer les activités d'assurance qualité tant sur le choix des laboratoires, le stockage, la dispensation des ARV pour éviter les problèmes d'observance, d'échec au traitement.

[P29] Accompagnement psychosocial de l'enfant infecté par le VIH à Bobo-Dioulasso : a propos d'un cas dans l'essai Burkiname, ANRS 12103.

Auteurs : Kone F1, Zoure E2, Hien H3, Traoré J1, Sanou M1, Msellati P4, Tamboura H2, Ouïminga A3, Drabo A3, Yaméogo S2, Mathieu O5, Nicolas J5, Van de Perre P5, Diagbouga S3, Nacro B2

1 : REV+, Bobo-Dioulasso, 2 : Département de pédiatrie, CHUSS Bobo-Dioulasso, 3: Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, 4 : UMR 145 IRD, CreCSS Aix en Provence, 5 : Laboratoire de virologie et de pharmacologie du CHU Montpellier, France.

Objectif : Décrire le rôle des structures associatives dans l'accompagnement psychosocial des enfants infectés par le VIH.

Méthode: Dans l'essai Burkiname, un dispositif d'accompagnement psychosocial a été mis en place en collaboration avec l'association REVS+. Des visites à domicile régulières sont effectuées par les conseillères pour les enfants présentant des difficultés évidentes pour l'observance et le suivi médical.

Résultats : Cas de P.S, âgé de 11ans, orphelin de père, rejeté par sa famille paternelle. Sa mère gravement malade a dû retourner dans son village natal avec son enfant. Celui n'arrivait plus à respecter ses rendez-vous et a interrompu son TAR. Une famille d'accueil à Bobo lui a permis de poursuivre son TAR, soutenu par des visites à domicile régulières non sans difficultés.

Conclusion : La collaboration avec le monde associatif a permis d'assurer une prise en charge globale, médicale et psychosociale, d'un enfant infecté par le VIH en difficultés.

[P30] Les effets de l'arrêt d'un essai microbicide au Burkina Faso

Berthé Abdramane¹, SANOU Zakaria Emmanuel¹, Bamba Issiaka¹, Ouedraogo Abdoulaye², Nagot Nicolas², Mack Natasha³, Johnson Laura³, Tolley Betsy³.

1 = SHADEI-Muraz (Centre Muraz)

2 = Centre Muraz (Burkina Faso)

3 = Family Health International (FHI), USA

Background: En septembre 2006, parce que la séroincidence du VIH (1%) était faible chez les participantes potentielles, le démarrage d'un essai microbicide a été arrêté au Burkina Faso [Plus tard, en janvier 2007, cet essai a été arrêté dans tous les autres pays pour potentiel effet négatif du gel candidat). un monitoring socio-comportemental a cerné les effets de cet arrêt prématuré sur les différents acteurs.

Méthodologie: Outre une brève revue documentaire, les investigateurs ont réalisé :

- des entretiens individuels avec 10 membres du staff, 6 informateurs clés, 8 clients des travailleuses du sexe et 12 participantes potentielles ;
- 5 focus group avec des associations et 3 avec le staff.

Les données ont été dépouillées manuellement.

Résultats : Selon une minorité d'interviewés, cet arrêt prématuré n'a eu aucun effet sur ces acteurs. Le tableau suivant présente la perception des effets selon la majorité des interviewés

Type d'acteurs	Effets positifs	Effets négatifs
Staff	aucun	<ul style="list-style-type: none"> • le chômage technique ; • le choc moral ou psychologique ; • la perturbation des activités de routines.
Participantes potentielles	la non-exposition des femmes au VIH durant l'essai	<ul style="list-style-type: none"> • la perte d'espoir due à la perte de la prise en charge sanitaire engendrerait la participation à l'essai ; • le doute sur la qualité de la conception du protocole au Burkina Faso ; • le choc de l'arrêt provoquera la méfiance vis-à-vis de tout essai promis.
Communauté	la non-exposition des femmes au VIH durant l'essai	<ul style="list-style-type: none"> • le choc de l'arrêt provoquera la méfiance vis-à-vis de tout essai promis.

Pour gérer ces effets, les interviewés suggèrent d'informer, de sensibiliser tous les acteurs sur le fondement de l'arrêt.

Conclusion : Malgré quelque effet négatif de cet arrêt et de l'échec du gel candidat, la majorité des interviewés soulignent la nécessité de continuer la recherche un gel microbicide efficace.

[P31] HTA et grossesse: Aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques à la SMI Saint Camille de Ouagadougou à propos de 100 cas.

Bekyairé Namwiniakare Herve KPODA
Email: kpodaherve@yahoo.fr

Objectif : dans le but de mieux comprendre le devenir à moyen terme des femmes enceintes hypertendues, notre étude s'est proposée comme objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et pronostiques de l'HTA découverte au cours de la grossesse à la SMI de Saint Camille.

Méthodologie : nous avons réalisé une étude prospective chez des femmes reçues en CPN au cours de la période allant du 7 mars 2001 au 5 octobre 2003.

Résultats : cent (100) cas ont été recensés correspondant à une prévalence de 13,6 pour 1000. L'âge moyen de nos patientes était de 26 ans et les femmes au foyer représentaient 74 % de l'effectif. L'HTA représentait 87,5% de l'ensemble des antécédents familiaux. La parité moyenne était de 1,8. La TAS droite moyenne était de 151,6 mmHg et la TAD droite moyenne 95,5 mmHg. L'éclampsie et la rétinopathie représentaient 72,9% de l'ensemble des complications. La létalité maternelle était de 2%.

Conclusion : la sensibilisation et l'éducation de la population, le suivi précoce, la surveillance médicale étroite et surtout une délivrance adaptée sont les clés de la prise en charge de cette pathologie.

Mots clés: HTA – Grossesse – Pronostic – Burkina Faso

[P32] Surveillance du travail d'accouchement par le partogramme : « Etat des lieux dans la ville de Ouagadougou en 2006 »

Kaboré Charles Paulin¹, Ouattara Tiémoko², Akotiongba Michèl²

1 : Projet Audobem, Centre MURA, BP 390 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Objectif : faire un état des lieux sur l'utilisation du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement dans les différentes maternités de la ville de Ouagadougou.

Méthodologie : une étude transversale du 1^{er} au 30 avril 2006 a été réalisée dans 12 maternités de la ville de Ouagadougou. Toutes les femmes entrant pour un accouchement durant la période d'étude ont été prises en compte. Etaient exclues les femmes arrivant à dilatation complète ou celles avec une

indication de césarienne programmée ou de césarienne dès le premier examen. Un questionnaire pré établi a permis la collecte des données des femmes. Un deuxième questionnaire anonyme a été rempli par le personnel en charge dans les différentes maternités. Les données ont été saisies et analysé avec microordinateur à l'aide du logiciel Epi Info, version 3.2. Des critères de qualité ont été établis pour les différentes rubriques du partogramme : données générales, surveillance fœtale, surveillance de l'évolution du travail, surveillance maternelle durant le travail et dans le post partum.

Résultats : Au total, 184 prestataires ont été interviewés et 99 ont déclaré avoir été formés à l'utilisation du partogramme. Dans les 12 hôpitaux de l'étude, le partogramme était disponible dans seulement cinq. Le partogramme était le plus souvent absent dans les maternités périphériques. Mille neuf cent soixante onze dossiers d'accouchements ont été analysés et le taux d'utilisation globale du partogramme était de 34,5% et variait de 0 à 91,7% d'une structure à l'autre. Dans les structures où le partogramme était disponible, le taux d'utilisation moyen était de 83,6%. Les facteurs influençant l'utilisation du partogramme étaient l'affluence, l'équipement, la disponibilité du partogramme, la qualification et la formation des prestataires, les règles régissant l'utilisation du partogramme. La bonne qualité de remplissage globale était de 52,5%. Les décisions prises étaient pertinentes dans 61,32% des cas.

Conclusion : l'analyse de l'utilisation du partogramme dans la ville de Ouagadougou a permis de montrer que le partogramme était quasi-absent des habitudes d'accouchement des maternités périphériques où son utilisation est pourtant capitale. A cela s'ajoutent également les mauvaises références constatées dans les structures disposant du partogramme, ce dernier n'étant pas adjoint au dossier de référence des parturientes.

Mots-clés : partogramme ; Ouagadougou ; taux d'utilisation ; pertinence ; qualité.

[P33] Communications en santé pour le changement positif de comportement : une analyse sémio pragmatique des outils de sensibilisation développés par le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) au Burkina Faso

Ousmane Traore¹, Abdramane Berthe² Abdramane, Blahima Konate²

1 = Stagiaire à SHADEI-Muraz

2 = SHADEI-Muraz

Introduction : Depuis 1975, le Burkina Faso a structuré sa réponse nationale contre l'excision et l'a améliorée en 1990 par la création du CNLPE. De 1990 à nos jours, de nombreux outils de communication pour le changement de comportement ont été développés par ce comité. Ces outils ont des forces et des faiblesses. Cette étude sémio pragmatique a été réalisée pour mettre en évidence ces points.

Méthodologie : Un expert en communication et journalisme a visionné ou analysé tous les outils mis à sa disposition par le CNLPE. Il s'agit entre autres :

- de trois films documentaires ;
- de deux spots télé ;
- d'une pièce de théâtre forum
- de deux affiches

Résultats : La quasi-totalité des supports véhicule des messages centrés, c'est-à-dire des messages où on demande au destinataire/recepteur de se conformer des nouveaux comportements et de les adopter. Or on sait combien le chemin entre la représentation, l'attitude et le comportement est long. Si la pratique n'a que faiblement régressé, c'est parce que justement l'élaboration des supports de communication ne prenait pas en compte les besoins, les attentes, les valeurs socioculturelles des populations.

Conclusion : Aucun outil n'est en soi meilleur aux autres et le changement de comportement est le fruit de plusieurs outils. Le choix de chaque outil devrait se faire en fonction du public, et Contexte et du type de message.

[P34] Amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle au Burkina Faso. Quelles stratégies adopter ?

Sombié Issiaka

INSSA/UPB, CHUSS, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Objectif : l'objectif est d'analyser et comprendre ce qui est à la base de l'évolution de l'utilisation des services de santé maternelle dans les districts ruraux de Houndé et d'Orodara au Burkina Faso.

Méthodologie : le travail a combiné des méthodes quantitatives et qualitatives. Des études de cas, plusieurs sources d'informations (revue des documents, interview des populations, prise de notes, observation participante) ont été utilisées pour identifier au niveau du système de santé des districts les activités pouvant influencer l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence et analyser la dynamique et la qualité de leur mise en œuvre. Des

approches quantitatives (étude écologique, analyse transversale, étude avant et après) ont permis d'étudier l'évolution des indicateurs et de mettre celles-ci en parallèle avec la réalisation de certaines activités. Enfin, les résultats dans les deux districts ont été comparés avec ceux d'autres districts ayant aussi bénéficié d'une intervention en santé maternelle.

Résultats : l'analyse du système de santé a identifié l'existence d'activités d'éducation et de mobilisation des populations, d'amélioration de l'environnement de la prise en charge de la femme enceinte et de renforcement de compétence des agents de santé et des accoucheuses villageoises dans les deux districts mises en place par des approches différentes. Une augmentation linéaire du taux d'accouchements par césarienne a été noté à Houndé de 1999 à 2006, tandis qu'à Orodara, le taux était resté stable de 1999 à 2002 et a commencé à augmenter à partir de 2003 pour atteindre celui de Houndé en 2005. La mise en parallèle de l'évolution du taux d'accouchements par césarienne et du calendrier des activités dans les deux districts a montré une amélioration après la mise en place du renforcement de la qualité des soins (formation des agents et équipement) et de la réduction du coût des soins d'urgence surtout dans le district d'Orodara. L'offre de soins était meilleure après la formation des agents de santé et l'équipement des services et l'utilisation des services de maternité dans les centres de santé avec un agent formé à la maternité. L'accès et la qualité la césarienne étaient meilleurs après la mise en place des kits opératoires dans l'hôpital d'Orodara. Dans les districts ayant bénéficié d'interventions similaires (formation agents, équipement des services, réduction coût des soins), une amélioration de l'utilisation des soins d'urgence a été également notée.

Conclusions : ce travail a montré que pour améliorer le taux d'accouchements par césarienne en milieu rural du Burkina Faso, il faut mettre en place en même temps des activités multiples qui surtout réduisent les barrières financières et les barrières liées à la qualité dans les services de santé.

[P35] Le devenir des cas de méningites purulentes notifiées dans le cadre de la surveillance épidémiologique : à propos de 131 cas notifiés et suivis sur un mois dans le district sanitaire de Orodara, Burkina Faso.

Meda Z. Clément¹, Konaté Lassina¹, Cisse Assita¹, Djibougou Djakourga Arthur¹, Sanou Moussa¹, Condé Tiékoura¹

1: District sanitaire d'Orodara

Introduction: Depuis plus d'une décennie, le Burkina Faso est en proie à des épidémies de

méningite cérébrospinale à récurrence quasi annuelles. Le système national d'information sanitaire, en sa partie surveillance épidémiologique, insiste sur la transmission des données par le TLOH de façon hebdomadaire. Force est de constater une absence d'information sur le devenir des malades après la semaine de transmission des TLOH. C'est dans ce cadre que le présent se propose de donner suite à cette insuffisance de données sur la méningite en 2006.

Matériel et Méthode: il s'est agi d'une étude prospective sur tous les cas de méningite notifiés en 2006 selon les principes de la surveillance épidémiologique (définition des cas, notification des cas, conduites à tenir devant un cas..). Les fiches de notification ont été complétées pour le suivi des cas permettant d'avoir les renseignements sur une semaine puis sur un mois après la notification du cas. Lors de la période d'alerte, des prélèvements ont été envoyés au Centre Muraz/AMP pour la PCR après le GRAM dans les laboratoires du district.

Résultats: il ressort que le district a connu une période d'alerte puis d'épidémie de la semaine n°12 à la semaine n°14 avec deux pics à la semaine n°13 (24 cas) et à la semaine n°15 (14 cas) en 2006. Des 131 cas notifiés, il n'y avait pas de différence significative entre les sexes (51% de sexe masculin et 49% de sexe féminin). Les enfants de 5 à 14 ans étaient les plus importants (67%). Les CSPS de Samorogouan, de Kourouma et de Tigan ont notifié le plus de cas avec respectivement 15cas, 22 cas et 16 cas. Le temps mis entre le début des symptômes et la première consultation allait d'un à neuf jours avec une moyenne de 3 jours. Aucun cas notifié n'a pu faire la preuve de vaccination antérieure. Le LCR était trouble dans 68,2% des cas. Aussi, la répartition des 82 cas testés selon le germe au GRAM est le suivant : BGN=8,5%, DGN=14,6%, DGP= 74,5%, Négatif 2,4%. Du devenir des malades, on notait une guérison dans 80,2% et 17,56% de décès à la première semaine. Des 107 cas observés durant le premier mois de notification, 9 (8,4%) cas sont décédés entre J7 et J30, donnant une létalité à J30 de 24,40%. Quatre cas (3,7%) ont présenté des séquelles à type de surdité (02 cas) et de mutité (02 cas). On notait que la consultation a été tardive dans chacun de ces cas. La durée entre l'apparition des premiers symptômes et la date de la consultation variait de 4 à 7 jours avec une moyenne de 5.5 jours. Le nombre de jours d'hospitalisation variait de 1 à 9 jours avec une moyenne de 3 jours par cas.

Conclusion : La présente étude montre la nécessité du suivi des cas de méningite et montre une surmortalité après la déclaration et l'apparition de séquelles.

[P36] Le paludisme chez la femme en accouchement dans le district sanitaire de Orodara, Burkina Faso : importance, facteurs associés et issue de l'accouchement

Méda Z. Clément¹, Konaté Lassina¹, Cisse Assita¹, Djibougou Djakourga Arthur¹, Sanou Moussa¹, Kouanda Issiaka¹

1: District sanitaire d'Orodara

Objectif: Le paludisme constitue la première cause de consultation au Burkina Faso, mais aussi, la première cause de morbidité et de mortalité chez les femmes en grossesse. L'objectif de cette étude était d'étudier son importance et les facteurs associés chez les femmes en accouchement dans un district sanitaire et d'évaluer les issues maternelle et fœtale dans le district d'Orodara

Matériel et Méthode: Il s'est agi d'une étude prospective sur toute l'année 2007 portant sur les femmes venues pour accouchement dans les formations sanitaires du district (CSPS et CMA). Ont été exclues, les femmes non en travail et celles du post-partum. Pour chaque femme, il a été administré un questionnaire et prélevé une goutte épaisse sur lame transmise en suite au laboratoire du CSPS de N'Dorola et de Orodara. Ensuite, les résultats ont été communiqués au service d'information sanitaire du district où le traitement des données a été sur Excel.

Résultats: Au total 6 278 femmes ont été incluses dans l'étude. Il s'agissait le plus souvent de ménagères (99,1%), non scolarisées (86,21%), avec une parité variant 0 et 13 avec une moyenne de 4 (SD). Au niveau des antécédents, la fièvre était présente dans 9,9% des cas, un traitement présomptif contre le paludisme a été réalisée dans 10,4%, le traitement préventif a été déclaré réalisé dans 94,9% des cas avec un début au cours du 6^{ème} mois de grossesse chez 54,7% des femmes. La présence du plasmodium a été détectée chez 897 femmes donnant une prévalence de 14,3% (IC à 95%). Chez les patients avec goutte épaisse positive, les symptômes les plus souvent trouvés à l'admission ont été la fièvre= 448 cas (49,94%), les céphalées= 261 cas (29,10%), les vomissements= 327 cas (36,45%), les douleurs articulaires= 134 cas (14,94%), la sueur= 107 (11,93%) et les convulsions= 07 (0,78%): aussi, 20,9 % avaient des antécédents de fièvre et 22,1% avaient déjà reçu un traitement curatif anti-paludéen. Chez les sujets fébriles à l'admission, 46,18% avaient une goutte épaisse positive et 88,31 % un antécédent de traitement préventif. Au cours de l'année, il y a eu 11 cas de décès maternels qui ont été objet d'audit. Mais aucun de décès maternel n'avait pour cause le paludisme. Sur les 6263 naissances, 71 (%) étaient morts-nés frais, 47 mort-nés macérés (%) et 40 sont décédés entre la naissance immédiate et le 5^{ème} jour

de vie donnant une mortalité périnatale de 2,52%. Au niveau des décès périnataux, chez 66,23% les mères étaient fébriles chez 85,7% les mères avaient fait le traitement préventif, chez 18,16% la mère avait reçu un traitement curatif et chez 22,7% la mère avait une goutte épaisse positive. Les poids moyens à la naissance des enfants étaient de 2763g pour les enfants dont les mères avaient une GE+ et de 2948 pour les mères ayant une GE-.

Conclusion : Cette étude a montré l'importance du paludisme au cours de la grossesse, le retard dans le début de la prévention au cours de la grossesse et la relation avec les issues périnatales et le faible poids à la naissance. Améliorer le début de la prévention et son maintien au cours de la grossesse s'avère nécessaire.

[P37] Does community involvement into the case management systems lead to meet the expectations of tuberculosis patients? Let us review the literature.

Drabo K. M¹, Ouedraogo H. Z¹, Frank A.¹, Zerbo R¹, Dembele M², Ouedraog J. B.¹, B. Dujardin², Macq j.³

¹. Institute of Health Sciences Research, Burkina Faso

²: National Programme against Tuberculosis

³. ESP-ULB Brussels, Belgium

K.M. Drabo, IRSS Bobo-Dioulasso; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Phone/Fax: (226) 20 97 48 68 E-mail: m_drabok@yahoo.fr

Background: The tuberculosis burden is growing in many sub-Saharan Africa, when the formal care supply systems face geographical, financial and sometimes cultural access problems for the served populations. This situation reinforced the interest for community involvement in tuberculosis control. This paper aims at reviewing the community participation experiences in the tuberculosis case management process in developing countries, the outcomes and the inadequacies in relation with tuberculosis patients' expectations.

Method: It is a review of the published literature, using a) a specialised search engine (PUBMED), b) the abstract book of the 37th Conference on Respiratory Health held in Paris and c) direct requests from authors through the web.

Results: Fifteen studies have been registered from African, Asian and South American countries. The participation of the community was implemented for similar reasons for the most of the sites, including the better access to care and/or the increasing in the cases detection, the compliance to treatment and cure rates. Usually, the participation approach is organized by health professionals, and

standardized according to the level of the intervention. The published results show more the outcomes in terms of screening and treatment to the detriment of the quality of the process and the patient's satisfaction. Still, screening and drug administration concern one side of the patients' expectations, but also the solving of psychological and financial issues. So, it becomes interesting to understand the reason why an interest for the medical aspect of the tuberculosis to the detriment of its psychological aspect.

Conclusion: Taking into account TB patients expectations involves not only the reforms on the management of cares supply, but also behavioural changes at the level of care providers, and a larger material and psychological contribution from the people around the patient.

Key words: Tuberculosis; community involvement; patient expectations; health care delivery system; developing countries

[P38] Quelle stratégie de réduction du stigma ressenti chez les patients tuberculeux en traitement? Une expérience dans 3 districts sanitaires du plateau central.

K M Drabo¹, R Zerbo¹, L Ouedraogo², S. Konfe², B Dujardin³, J. Macq³

¹: *Institut de Recherche en Sciences de la Santé Burkina Faso;*

²: *Direction Régionale de la Santé du Plateau central, Ziniaré, Burkina Faso*

³: *ESP-ULB Bruxelles, Belgique*

Maxime Drabo, IRSS Bobo-Dioulasso; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Phone/Fax: (226) 20 97 48 68 E-mail: m_drabok@yahoo.fr

Introduction : La tuberculose demeure un problème de santé publique et est parfois source de stigmatisation du patient par son entourage. Depuis 2006 un accompagnement psychosocial mensuel des patients tuberculeux en traitement est réalisé dans les 3 districts sanitaires du plateau central. Les Objectifs de ce travail sont : a) de mesurer l'impact de cet accompagnement sur le stigma ressenti par les malades tout au long du traitement et b) de déterminer le lien entre le stigma ressenti et le niveau d'estime de soi. Pour cela les résultats ont été comparés avec ceux des patients de la zone contrôle composée par 3 DS du centre Est.

Méthodes : Deux grilles ont été utilisées pour évaluer tout le long du traitement, le stigma ressenti (grille de J Macq) et le niveau d'estime de soi (grille de Rosenberg) chez 56 patients tuberculeux dans la zone d'intervention et 59 patients dans la zone contrôle. La grille de J Macq est construite autour de 20 questions réparties dans 4 rubriques

représentant les différentes facettes d'expression du stigma ressenti (l'interprétation négative du comportement des autres ; la perte du potentiel comme être humain ; l'intériorisation du complexe d'infériorité et l'intériorisation du complexe de culpabilité). La grille de Rosenberg est construite autour de 20 questions réparties dans 3 rubriques (l'actualisation de son potentiel comme être humain ; l'attrait pour ses semblables et les perspectives futures du patient).

Dans les 6 districts les questionnaires ont été administrés à chaque malade de la manière suivante: au J0: grille de Rosenberg; J15: grille de J Macq; J60: grille de J Macq; J120 Grilles de Rosenberg et J Macq; J 180: grille de J Macq et J240: Grilles de Rosenberg et J Macq.

Résultats : Le stigma ressenti est au niveau le plus élevé à J60 dans les deux groupes (Zone intervention et Zone contrôle). Cependant il reste élevé au J120 dans la zone contrôle et baisse significativement dans la zone d'intervention. A J180 il baisse dans la zone contrôle et est très faible dans la zone d'intervention. Les rubriques les plus en cause sont : l'intériorisation du complexe d'infériorité et l'intériorisation du complexe de culpabilité. Le niveau de l'estime de soi est faible au même moment où le stigma ressenti est élevé. L'accompagnement psychosocial mensuel des patients tuberculeux a eu un impact significatif sur le stigma ressenti par les malades au cours du traitement antituberculeux.

Conclusion : La lutte contre la stigmatisation ressentie au cours du traitement antituberculeux, devra se focaliser sur l'intériorisation par les malades du complexe d'infériorité et de culpabilité. L'accompagnement psychosocial mensuel est une stratégie pouvant contribuer efficacement à réduire le stigma ressenti par les malades en traitement et aussi à améliorer la qualité de vie pendant la même période.

Mots clé: Patient tuberculeux, Accompagnement psychosocial, Stigma ressenti, Estime de soi

Vendredi 9 Mai 2008

[P39] Organiser l'implication communautaire dans la prise en charge des patients tuberculeux? Une expérience dans 3 districts sanitaires ruraux du Burkina Faso.

K M Drabo¹, R Zerbo, A Berthe¹, L. Ouedraogo², S. Konfe³, B Dujardin⁴, J. Macq⁴

¹: Institut de Recherche en Sciences de la Santé Burkina Faso;

²: UFR-SDS Université de Ouagadougou, Burkina Faso

³: Direction Régionale de la Santé du Plateau central, Burkina Faso

⁴: ESP-ULB Brussels, Belgium

Correspondance: K.M. Drabo, IRSS Bobo-Dioulasso; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Phone/Fax: (226) 20 97 48 68 E-mail: m_drabok@yahoo.fr

Résumé : *Objectif.* Mesurer l'impact de l'implication de la société civile dans la prise en charge des PATB dans trois districts sanitaires ruraux. Trois autres districts sanitaires ont servi pour comparer les résultats obtenus. *Méthodes.* Les profils des membres de l'instance communautaire ont été identifiés dans les itinéraires thérapeutiques de 37 PATB. Un socio anthropologue a accompagné tout le processus de sa mise en place et de son fonctionnement. *Résultats.* Les interventions de l'instance communautaire ont été intégrées dans le dispositif habituel de prise en charge médicale des PATB. Les contributions ont été sous forme d'IEC, de soutien matériel et psycho social aux patients. En 12 mois le dépistage des TCS et la détection des TMP+ a significativement crû dans la zone d'intervention, mais cette tendance s'est stabilisée au cours des 12 mois suivant. *Conclusion.* L'intégration de la contribution communautaire dans le dispositif habituel de prise en charge des PATB renforce les capacités des services de santé à répondre efficacement à la demande en soins des PATB et des malades chroniques en générale.

Mots clé: Implication de la société civile, qualité des soins, patients tuberculeux, renforcement des capacités des services de santé.

[P40] Evaluation du système de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV dans le district sanitaire de Kaya en 2005

Laurent T. Ouédraogo, Arzouma Ouédraogo

Introduction : La surveillance épidémiologique, examen minutieux et permanent des facteurs qui

déterminent la survenue et la distribution des maladies ou autres manifestations pathologiques, a connu un intérêt particulier au Burkina Faso suite aux épidémies de méningite qui, depuis 1996 constituent une préoccupation permanente pour l'ensemble du système sanitaire. Aussi la surveillance intégrée des maladies et la riposte a été mise en place depuis 2003 avec un accent particulier sur la surveillance des maladies cibles du PEV. Les Objectifs de ce travail étaient de 1) décrire les ressources intervenant dans la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV dans le district sanitaire de Kaya en 2005; 2) identifier les insuffisances organisationnelles dans la surveillance des maladies cibles du PEV dans le district sanitaire de Kaya en 2005 ; 3) analyser la conduite des activités, les résultats obtenus, l'acceptabilité, la sensibilité, la réactivité et la simplicité du système de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV dans le district sanitaire de Kaya en 2005.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une démarche d'évaluation normative du système de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV dans le district de Kaya. Les infirmiers chefs de poste des CSPS, les responsables PEV ou leur adjoint des CSPS, les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) fonctionnels du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005 dans le district de Kaya et les agents de santé communautaires (ASC) d'un village de chaque CSPS ont constitué la population d'étude. Les données ont été collectées à l'aide d'un guide d'interview et d'une grille de revue documentaire. L'analyse des données quantitatives a été faite avec le logiciel Epi Info 3.2. Les données qualitatives ont été dépouillées manuellement.

Résultats : L'évaluation a relevé que le système de surveillance des maladies cibles du PEV dans le district de Kaya était simple et d'une bonne acceptabilité mais des insuffisances demeuraient dans les domaines de l'organisation des activités et du circuit de la surveillance, des compétences aussi bien des agents de santé que des agents de santé communautaire et de la réactivité du système de surveillance des maladies cibles du PEV dans le district sanitaire de Kaya. Nous avons noté l'engagement de tous les acteurs de la surveillance des maladies à réussir leurs missions à travers les suggestions objectives formulées et leur degré de motivation.

Conclusion : Au regard des insuffisances relevées, nous avons formulé des recommandations qui pourraient contribuer à améliorer les performances du système de surveillance des maladies en général et plus particulièrement des maladies cibles du PEV dans le district sanitaire de Kaya.

Mot clé : Surveillance épidémiologique – Evaluation – Kaya – Burkina Faso

[P41] La pellagre au cours du traitement antituberculeux : A propos de trois cas.

Tapsoba P.¹, Da M.,¹ Andonaba JB.², Diallo B.²

¹ Direction Régionale de la Santé des Hauts Bassins; ² CHU Souro Sanon.

Introduction : La pellagre est une maladie due à une carence en niacine et dont les manifestations cutanées très caractéristiques, permettent de poser le diagnostic.

Nous rapportons trois cas de pellagre survenus chez des patients au cours d'un traitement antituberculeux.

Matériel et méthode : Cette étude rétrospective a concerné trois patientes. Elles avaient consulté dans le service de Dermatologie de la Direction Régionale de la Santé des Hauts Bassins. Elles présentaient des signes cutanés de pellagre et étaient traitées avec médicaments antituberculeux. Le diagnostic de pellagre a été clinique.

Observations cliniques : Cas 1 : Mme B.T 27 ans était traitée depuis quatre mois pour une tuberculose digestive. Après 2 mois de traitement, elle avait présenté des plaques hyperchromiques squameuses, d'aspect craquelées aux avant bras, un collier de Casal et une chéilite. On notait aussi, une neuropathie hyperalgique aux deux jambes. Elle a été guérie de la pellagre après deux mois de traitement avec un complexe vitaminique.

Cas 2 : Mme H.S, 39 ans, TPM+, sous traitement antituberculeux depuis 4 mois, a présenté des signes cliniques identiques au Cas 1. On notait en plus des érosions post bulleuses sur le visage et les avant bras. Le diagnostic retenu était une pellagre chez une patiente traitée par des antituberculeux. Un complexe multivitaminique a été administré. Elle était non observante du traitement de la pellagre et est décédée.

Cas 3 : Mme S. K 31 ans, TPM-, en 2^{ème} phase du traitement antituberculeux présentait des plaques hyperchromiques squameuses et craquelées des zones photoexposées et une stomatite. Elle se plaignait en outre de douleurs abdominales, de neuropathie aux jambes. Il s'agissait d'une pellagre chez une patiente sous traitement antituberculeux. Elle a été guérie au bout d'un mois de traitement avec un complexe vitaminique.

Commentaires : La pellagre est une maladie due à une carence en niacine. Ce déficit peut être dû soit à une carence d'apport, soit à une malabsorption, soit iatrogène. En effet, des études antérieures ont montré que l'isoniazide et la pyrazinamide inhibaient la transformation du tryptophane en niacine et par conséquent induirait une pellagre. Le traitement repose sur la supplémentation en vitamine PP et n'impose pas l'arrêt des molécules antituberculeuses. Non ou mal traitée, l'évolution peut être fatale.

Mots clés : Pellagre-Isoniazide-Pyrazinamide-Antituberculeux

[P42] Etude de l'implantation des dépôts de vente des médicaments essentiels génériques sur l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux patients de la ville de Ouagadougou

Nonguierma J. ; Sondo B. ; Guissou I. P. ; Thiombiano R. ; Nitièma A. P.

L'accessibilité des patients aux médicaments essentiels génériques (MEG) est une composante essentielle de l'offre de soins de santé et un défi dans pays en voie de développement comme le Burkina Faso. La décentralisation des dépôts de vente entreprise depuis 1992 vise une accessibilité universelle aux MEG.

Nous avons réalisé de juillet à septembre 2005 une enquête transversale dans 24 dépôts de vente MEG de la ville de Ouagadougou afin d'évaluer l'accessibilité des MEG aux patients. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires auprès des prescripteurs, des gérants de dépôts MEG et des patients s'approvisionnant dans ces dépôts MEG.

Au cours du trimestre précédant l'enquête, 92% des dépôts enquêtés n'ont enregistré aucune rupture de stock de 10 MEG ciblés par l'enquête et 80% des prescripteurs prescrivait plus de 50% de leurs ordonnances en MEG. Tous les patients enquêtés ont affirmé que les MEG leur étaient financièrement accessibles; Pour 53% des prescripteurs, moins de 25% des patients n'avaient pas pu honorer la totalité de leurs ordonnances médicales au cours des 24 heures précédant l'enquête tandis que 88% des gérants des dépôts MEG déclaraient avoir reçu des patients indigents qui n'arrivaient pas à acheter les MEG. Il persiste donc une inaccessibilité financière des MEG des groupes sociaux dont les indigents.

Il convient d'associer à la décentralisation des dépôts MEG des dispositions permettant aux groupes sociaux défavorisés d'accéder aux soins de santé.

Mots clés : Médicaments essentiels génériques ; décentralisation ; prescripteurs ; gérants ; patients ; dépôts de vente ; accessibilité.

[P43] Séroprévalence comparée de l'infection par le virus de la rubéole chez les femmes enceintes en zone urbaine, et rurale du Burkina Faso

Tahita Marc Christian, IRSS-DRO

Introduction : La rubéole est une maladie éruptive courante causée par un petit virus à ARN monocaténaire enveloppé à distribution mondiale. Son importance en santé publique tient à ses effets tératogènes quand la primo-infection survient chez la femme enceinte. L'infection peut ainsi être responsable d'atteintes diverses et plus ou moins sévères du fœtus, occasionnant l'avortement spontané dans plus de 50 % des cas ou des malformations chez le nouveau-né, désignées sous le terme de syndrome de rubéole congénitale ou SRC. Le risque de survenue d'une primo-infection chez les femmes enceintes croît avec le niveau socio-économique : dans les pays en développement, les mauvaises conditions d'hygiène, la promiscuité et la nature des contacts inter-humains, en particulier parmi les enfants favorisent une transmission du virus très tôt dans la vie. Au Burkina Faso, l'une des rares publications concernant la rubéole a été trouvée dans la base de données de Pub Med [7]. Elle a étudié la proportion de femmes de 0 à 29 ans ayant un niveau d'anticorps protecteur contre la rubéole. Il paraît donc impérieux que 25 ans après la situation actuelle soit faite. Nous nous proposons donc dans cette étude de déterminer la prévalence actuelle de la rubéole et le niveau de connaissance de la population des conséquences de la maladie et de l'existence d'un vaccin efficace.

Matériels et méthodes : Il s'agira d'une étude transversale chez les femmes enceintes dans la région de Bobo-Dioulasso. Pour cela des prélèvements seront effectués dans la ville de Bobo-Dioulasso pour le milieu urbain et Houndé pour le milieu rural.

La population d'étude sera constituée par les femmes enceintes quelque soit l'âge de la grossesse de la région de Bobo. Le matériel d'étude sera constitué de sérum venant de ces femmes enceintes. Un échantillonnage de commodité d'une taille de 250 femmes à été choisi.

Après obtention du consentement éclairé, un examen médical de routine sera réalisé par les gynécologues sur place ou le personnel soignant habilité. Ensuite les patients compléteront un questionnaire concernant leurs caractéristiques socio-démographiques et le statut vaccinal concernant le vaccin ROR. Les prélèvements de sang seront faits par du personnel qualifié et dans les conditions strictes d'hygiène afin d'éviter toute contamination. 10 ml de sang seront prélevés sur tube EDTA à l'aide de système vacutainer et transporté le même jour à l'IRSS pour le traitement.

La chaîne de froid sera conservée durant le transport jusqu'à l'IRSS. Une fois à l'IRSS, le sang sera centrifugé à 2000 tr/min pendant 10 min et des aliquots seront réalisés et le tout conservé à - 80°C jusqu'à la analyse.

Un test ELISA sera effectué à la recherche de l'avidité des anticorps IgG sur les échantillons avec le kit RADIM (RADIM Diagnostics, Rome, Italy).

Résultats

Etude en cours dont les résultats seront disponibles dès fin mars.

[P44] Référence contre référence dans le district de pô

Zongo et al

Introduction : L'assurance qualité passe par le renforcement du système de référence et contre-référence des patients entre les différents niveaux du système de soins. Cette étude accompagne le processus d'assurance qualité mis en place dans le district sanitaire de Po.

Matériel et méthode : Toutes les fiches de référence et d'évacuation de l'année 2007 ont été collectées et analysées avec le logiciel épi info 3.3.

Résultats : Au total 1181 fiches ont été analysées : 297 fiches d'évacuation et 884 fiches de référence. Les fiches sont incomplètement remplies dans 78,23%.

Le GDT n'a pas été utilisé dans 14,9%, le partogramme dans 35%, la stratégie PCIME dans 63%. L'utilisation du partogramme n'a pas été correcte dans 43,47%.

Les références et évacuations non justifiées étaient de 29,7% dont 4,21% liés aux insuffisances du GDT ; les références selon la PCIME étaient tous justifiées ; 73,90% des malades ont été vus par un médecin. Toutes les évacuations ont été prises en charge le même jour au CMA ; 70,7% des références ont été vues dans un délai d'une semaine. Le taux de contre références et de rétro informations est de 79,92%. Les références et évacuations faites au niveau supérieur (53) n'ont pas connues de retour de l'information.

Conclusion : Le système de référence et contre référence fonctionne mais avec des insuffisances. Il est nécessaire de remplir correctement les fiches, d'améliorer le GDT, de renforcer les compétences des agents sur le partogramme et veiller au retour de l'information du niveau supérieur vers le district sanitaire.

[P45] Evolution des connaissances et des comportements en matière de VIH/SIDA chez les élèves des établissements secondaires de la province de la Comoé (Burkina Faso)

Zongo K. Augustin⁽¹⁾, Wone Issa⁽²⁾, VALEA E. Dieudonné⁽³⁾, Somda Antoine⁽⁴⁾, TAL Anta DIA⁽⁵⁾

1. Attaché de Santé SESSIO, Spécialiste en Gestion des Programmes de Santé Communautaire, Direction Générale de la Santé (DGS)/MS
2. Maître-assistant et Directeur des Etudes de l'Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (ISED/UCAD)
3. CES/Santé Publique, DGS, Ministère de la Santé
4. CES/Santé Publique, CMLS/Santé, Ministère de la Santé
5. Maître de conférence agrégé, Directrice de l'ISED/UCAD

Introduction : Dans le cadre du suivi/évaluation des activités du projet de lutte contre le Sida chez les enfants de la Comoé de l'ONG Aide à l'Enfance Canada, cette étude est initiée pour évaluer les résultats atteints après deux ans d'intervention chez les élèves du secondaire, au niveau des connaissances et des comportements en matière de VIH/Sida. Elle fait suite à l'enquête de base réalisée en Avril 2004, avant l'implantation du projet, qui avait identifié des indicateurs de départ.

Méthodes : Il s'agit d'une étude d'évaluation de type transversale, descriptive et analytique après intervention utilisant la méthode KPC (Knowledge, Practices and Coverage). Elle porte sur 571 lycéens de la province de la Comoé et s'est déroulée du 03 au 15 avril 2006. L'échantillonnage a été aléatoire ; les tests du Chi carré, de Fisher exact, de Kruskal Wallis (quand l'ANOVA n'est pas utilisable) et la méthode des intervalles de confiance à 95% sont utilisés pour les comparaisons. Un seuil de signification statistique de 0,05 a été choisi.

Résultats : Les résultats montrent que les connaissances en matière de VIH/Sida se sont améliorées en deux ans, mais des insuffisances persistent, notamment la connaissance de la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Par ailleurs, des idées fausses sur le VIH/Sida circulent toujours au sein des élèves, particulièrement chez les moins de 15 ans, où la proportion de ceux qui ont au moins une de ces idées est de 92,2% [84,6 – 96,8].

Des comportements à risque persistent au sein des élèves même si ceux-ci ont régressé en deux ans. En effet une proportion non négligeable, 12,5% [8,5 – 17,4] des élèves, ont eu des partenaires sexuels multiples au cours des trois derniers mois et 16,3% ne se sont pas protégés lors de leur dernier rapport sexuel.

L'enquête montre également qu'il y a eu un engouement pour le dépistage volontaire du Sida avec un taux de dépistage volontaire qui est passé de 10,1% [7,8 – 12,7] à 46,9% [40,3 – 53,6] en deux ans. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que plus de la moitié des élèves enquêtés (53,1%) ignorent toujours leur statut sérologique.

Les opinions favorables au soutien moral des PvVIH et la fréquentation des centres/services jeunes, autres indicateurs clés du projet, n'ont pas significativement changé en deux ans.

Par contre, l'attitude des élèves en cas d'infection a changé significativement car les réactions négatives, telles que la propagation de la maladie ou le suicide qu'ils adopteraient, ont diminué au profit du traitement médical qui est de plus en plus accessible.

A l'issue de l'étude, un plan de communication qui se base sur les stratégies de communication de proximité ciblée, de promotion des services jeunes, de la pair éducation, du renforcement des compétences des élèves et du dépistage volontaire en stratégie avancée, est proposé pour l'année scolaire 2006 – 2007 pour renforcer d'une part les acquis et d'autre part pour combler les lacunes de connaissances et réduire les comportements à risque qui persistent chez les élèves.

Mots clés : Evaluation des résultats - Connaissances et comportements des élèves - VIH/Sida

[P46] Etudes pharmacologiques *in vitro* des substances naturelles extraites des plantes médicinales dans le cadre de la recherche et du développement des médicaments antipaludiques.

S. Sanon¹, V. Mahiou³, I. Nebié¹, N. Azas⁴, E. Ollivier³, P. Timond-David⁴, G. Balansard³, A. Traoré²

¹ Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme, Ouagadougou, Burkina Faso, Tél : +22650324695

² Centre de Recherche en Sciences Biologiques, Alimentaires et Nutritionnelles, Université de Ouagadougou, Burkina Faso

³ Laboratoire de Pharmacognosie-Homéopathie, Faculté de Pharmacie, Université d'Aix-Marseille II, France

⁴ Laboratoire de Parasitologie, Faculté de Pharmacie, Université d'Aix-Marseille II, France

Introduction: Suite au phénomène de résistance des parasites aux antipaludiques la recherche nouvelles molécules, efficaces et peu onéreuses devient une nécessité. Parmi les substances naturelles isolées des plantes médicinales, celles qui ont une action antiplasmodiale *in vitro*, constituent une source potentielle de nouveaux médicaments

antipaludiques. Notre étude ethnopharmacologique vise à rechercher ces plantes à grand potentiel antipaludique.

Matériel et Méthodes : Des extraits et molécules ont été obtenues par chromatographies analytiques et préparatives. Les molécules ont été décrites par Résonance Magnétique Nucléaire et Spectrométrie de Masse. Les tests antiparasitaires ont été faits sur *Plasmodium falciparum* chloroquinorésistante W2. La technique de culture selon Tragger (1976) a été utilisée. La CI50 a été déterminée par le logiciel Table Curve version 5.0.

Résultats : *Pavetta crassipes* et *Mitragyna inermis* ont été étudiées. Les tests antiparasitaires in vitro sur la souche de *P. falciparum* Chloroquinorésistante W2, a montré un pouvoir antiplasmodial des alcaloïdes totaux avec $1,23\mu\text{g}/\text{m} < \text{CI}_{50} = 14\mu\text{g}/\text{ml}$. Les tests de cytotoxicité in vitro ont montré une viabilité des cellules THP1 avec des $\text{CL}_{50} > 50\mu\text{g}/\text{ml}$. Les tests de genotoxicité in vitro sur le DNA Méthyl-Green ont montré que les 2 extraits n'ont aucun effet mutagène. Les molécules isolées de *Pavetta*, *Elaeocarpidine*, *OH-Elaeocarpidine*, *Rutine*, *Acanthospermol- β -galactosidopyranoside*, ont un effet antiplasmodial avec $0,5\mu\text{g}/\text{ml} < \text{CI}_{50} < 10\mu\text{g}/\text{ml}$.

Conclusion : Les alcaloïdes totaux de *Pavetta crassipes* et l'*OH-Elaeocarpidine* peuvent constituer des sources potentielles de produits antimalariques si les tests *in vivo* s'avéraient concluants.

[P47] Phytothérapie de la fièvre/paludisme par les tradipraticiens de santé de la Comoé au Burkina Faso : pistes pour une recherche scientifique de nouvelles substances antipaludiques

Abdoulaye Traore, Sodiomon B. Sirima, Assétou I. Derme, Souleymane Sanon, Adama Gansane, Issiaka Soulama, Amadou T. konate, Alfred Tiono, Issa Nebie

Introduction : Les traitements antipaludiques d'actualité et d'efficacité éprouvée sont d'origine végétale. Face à la progression de la chimiorésistance du parasite responsable du paludisme, et au regard du grand attrait pour la médecine traditionnelle par les plantes, il est important d'explorer scientifiquement les flores locales depuis toujours exploitées par les tradipraticiens de santé.

Matériels et méthodes : Le CNRFP s'est engagé dans le processus d'une recherche scientifique de nouvelles substances phytothérapeutiques du paludisme en s'appuyant, par une démarche socioanthropologique, sur les connaissances ethnobotaniques et les pratiques thérapeutiques des tradipraticiens de la Comoé au Burkina Faso.

Résultats : L'étude a montré que les tradipraticiens avaient une bonne connaissance du paludisme. Des

facteurs environnementaux comprenant les piqûres de moustiques en étaient les causes. Ils distinguaient 2 formes du paludisme. Pour le soigner, plus d'une centaine de plantes étaient utilisées, 31 étaient plus usitées, parmi lesquelles 7 n'avaient pas encore fait l'objet d'étude pharmacologique connue des chercheurs.

Les feuilles, les écorces de tronc et les racines, utilisées seules ou en association, étaient les principaux matériaux des préparations thérapeutiques, essentiellement constituées de décoctions. Ces parties de plantes ont été échantillonnées, séchées, pulvérisées et soumises aux examens pharmacologiques.

Conclusions : Le regain d'intérêt pour la médecine traditionnelle par les plantes, et les résultats parfois spectaculaires que celle-ci réalise, témoignent d'un potentiel important à trouver localement de nouvelles substances phytothérapeutiques. Les tradipraticiens pourraient alors constituer des personnes ressources privilégiées pour la recherche scientifique de phytomédicaments.

[P48] Profils épidémiologique, clinique et évolutif du paludisme grave en relation avec l'utilisation ou non des matériaux traités aux insecticides, dans les provinces de l'Oubritenga et du Boulgou – Burkina Faso.

Jean-Baptiste Yaro, Alphonse Ouédraogo, Edith C. Bougouma, Amidou Diarra, Amadou T. Konaté, Alfred B. TIONO, Sodiomon B. Sirima
Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) 01 BP 2208 Ouagadougou 01 Tél : + 226 50 32 46 95/96 jybaptist@yahoo.fr; baptist.cnrfp@fasonet.bf

Dans le but d'évaluer l'effet à long terme de l'utilisation des matériaux traités aux insecticides sur le profil épidémiologique, clinique et évolutif du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans, une étude cas-témoins a été conduite dans la province du Boulgou (zone témoin) et dans la province de l'Oubritenga (zone intervention avec les MTI).

Notre étude, a montré que l'utilisation des MTI ne permet pas une réduction significative de la fréquence des formes cliniques. Les formes de paludisme grave observées ne différaient pas selon la zone de façon significative sauf pour l'hypoglycémie. Ainsi on a noté : Coma (cas = 1,7 % ; témoins = 5,3 % ; $p = 0,44$), Convulsions (cas = 17 % ; témoins = 22 % ; $p = 0,52$), anémie sévère (cas = 65,5 % ; témoins = 62,9 % ; $p = 0,85$), hypoglycémie (cas = 18,9 % , témoins = 7,1 % ; $p = 0,01$). La répartition des formes cliniques selon les tranches d'âge ne notait aucune différence significative.

La moyenne géométrique de la densité parasitaire était de 10232,23 IC95% [6681,49- 15669,95] dans le Boulgou, contre 3005,37 IC95% [1611,92-5603,39] dans l'Oubritenga, avec des IC à 95 %. Cette différence observée était significative ($p=0,004$). La densité parasitaire augmentait également de façon progressive selon l'âge chez les cas, alors qu'elle décroissait progressivement chez les témoins.

Ainsi, on a observé que les cas (enfants protégés par les MTI) développaient des formes graves de paludisme à des densités parasitaires plus faibles. Aussi, l'acquisition d'une prémunition semble différée au-delà de l'âge de 5 ans. Quant à l'évolution hospitalière, elle était plutôt favorable, pour peu que la prise en charge soit précoce et adaptée.

Mots clés : Matériaux traités aux insecticides, paludisme grave, profil clinique, enfants, Burkina Faso.

[P49] ETUDE COMPARATIVE DES MENINGITES A MENINGOCOQUES A ET W135 DE L'ENFANT A BOBO-DIOULASSO BURKINA FASO

**Nacro Boubacar¹, Kaboret Nadia¹,
Traore Hélène¹ ; Zoure Emmanuelle¹**

Objectif : Cette étude a eu pour objectif principal de décrire les aspects cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs revêtus par les méningites à méningocoques A et W135 chez l'enfant

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale sur une période de 5 ans, au service de Pédiatrie du CHUSS dans le cadre de surveillance des méningites bactériennes.

Résultats : Sur les 138 cas confirmés de méningites à méningocoques, le sérotype A était le plus représenté avec 79 cas, suivi du sérotype W135 (51 cas) puis d'une proportion non moins négligeable de sérotypes non déterminés (5,79%). L'apparition de nombreux cas de méningites à *Neisseria meningitidis* W135 a dénoté du potentiel épidémiogène de ce sérotype.

Une relation associative a été suggérée entre l'émergence des cas de méningites à méningocoques A et ceux des méningites à méningocoque W135. Il existe une légère prédominance masculine (53%). L'incidence des cas était plus élevée chez le nourrisson pour le W135 au contraire des enfants de plus de 6 ans plus touchés par le sérotype A.

La fièvre était au premier plan des signes cliniques (84%) et 50% des enfants à W135 avaient présenté des convulsions contre 23% pour les méningites à méningocoque A.

Les souches de *N. meningitidis* W135 testées étaient toutes sensibles à l'amoxicilline, à l'ampicilline, à

la ceftriaxone, au chloramphénicol et à la ciprofloxacine et par contre insensibles à la gentamycine.

La létalité était de 13,7%. Tous les malades comateux sont décédés en cours d'hospitalisation.

Les séquelles ont été très importantes, de l'ordre de 33% pour le W135 contre 4,5% chez les enfants guéris d'une méningite à méningocoque A.

Conclusion : La méningite à méningocoque W135 s'est montrée bien dangereuse mais évitable par la vaccination comme celle à méningocoque A. Il est donc primordial de mener des études fines sur l'immunité avant de se risquer dans l'immunisation de nos enfants contre le méningocoque A par un vaccin conjugué monovalent.

[P50] Etude évaluative de la prévention de la transmission mère enfant du VIH des conjoints des femmes en âge de procréer dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Armande k. Sanou

Introduction : Des stratégies ont été développées pour rendre disponible et accessible les interventions de la transmission mère-enfant du VIH. Cependant, réduire la TME exige la capacité d'informer les femmes et leurs familles et d'impliquer les hommes du fait de leur rôle dans la chaîne de transmission. Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des conjoints en matière de dépistage du VIH et de PTME.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude exploratoire et quantitative à visée descriptive et analytique. Un sondage en grappe a été utilisé. Une analyse univariée des variables a été réalisée. Les questionnaires ont été traités avec le logiciel Epi-info 2000 version 3.3.2.

Résultats : 192 conjoints des femmes en âge de procréer ont été questionnés : 75% ont une faible connaissance des voies de transmission du VIH et seul 22,4% ont pu citer les trois moyens de prévention. 46% ont déclaré avoir entendu parler de la PTME. 14% s'opposent à la proposition systématique du test de dépistage aux femmes enceintes, 67% exigent que la femme sollicite leur permission avant de faire le test. 23% ne voient pas la nécessité de faire le test car persuadés que le résultat de la femme équivaldrait au leur.

Conclusion : La faible connaissance du VIH et de la PTME et la peur d'un résultat positif constituent des obstacles à la PEC de l'unité familiale dans le cadre de la PTME+. Aussi toutes les associations, les structures de planning familial, les CDV ainsi que les programmes IST/VIH/SIDA devraient expliquer lors des activités d'IEC/CCC ce qu'est la transmission mère-enfant ou parents-enfant du VIH.

Mots clés : CAP, conjoints, dépistage, PTME.

[P51] Jumelles conjointes thoraco-omphalopages : A propos d'un cas observé au CMA de Pô

Zongo.A., Bambara. P, Tiendrébéogo. C., Tigassé M.

Un cas de jumelles conjointes (ou jumeaux siamois) thoraco-omphalopages a été découvert au CMA de Pô.

Les jumeaux conjoints représentent une entité rare de la tératologie humaine. Leur fréquence est évaluée à 1/50000 naissances vivantes c'est-à-dire 0,5 à 1% des jumeaux monozygotes monoamniotiques.. Un obstétricien étant exceptionnellement confronté à cette malformation plus d'une fois dans sa carrière (1).

Ces jumeaux conjoints posent surtout des problèmes de diagnostic anténatal dans nos formations sanitaires et de bilan in utero de cette malformation afin d'estimer la viabilité post natale de ces enfants.

A partir de la description de ce cas et d'une revue de la littérature, nous allons aborder les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostics des jumeaux conjoints.

Mots clés : Jumeaux conjoints ; CMA de Pô

[P52] Prévalence et diversité génomique des rotavirus en milieu pédiatrique a Ouagadougou

Isidore, J. O. Bonkougou¹, Nicolas Barro², Idrissa Ssanou³, Laurent Toe⁴, Moussa.s. Sanfo⁴, Ramata Ouedraogo-Traore⁵ et Alfred. s.Traore².

¹Laboratoire de biologie médicale du laboratoire nationale de santé publique, ²laboratoire de biochimie et biologie moléculaire du crsban/ufr-svt université de Ouagadougou, ³laboratoire de bactériologie et virologie du chu yo, ⁴laboratoire de biologie moléculaire du mdsc/oms Ouagadougou, ⁵laboratoire d'analyses médicales du chu pédiatrique charles-de-gaule, ouagadougou

Introduction: Les gastro-entérites à rotavirus sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité élevées chez les enfants dans le monde et particulièrement en Afrique. Pour être efficace, la mise au point d'un vaccin doit tenir compte de l'épidémiologie moléculaire locale des Rotavirus. Cette étude a eu pour objectif de déterminer les caractéristiques antigéniques et électrophorétiques des souches de rotavirus isolées à Ouagadougou.

Matériel et méthodes: 150 échantillons de selles diarrhéiques ont été collectés chez les enfants âgés de 0 à 5 ans provenant du Centre Médical du secteur 30 de Ouagadougou et du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de janvier à avril 2008. Les selles ont été testées par une trousse commerciale immuno-

chromatographique (VIKIA® Rota-Adeno, bio Mérieux®) pour la détection de l'antigène des rotavirus. Les échantillons trouvés positifs ont été analysés par électrophorèse en gel de polyacrylamide à 10 %.

Résultats: Au total, 21 échantillons sur 150 soit 14 % se sont révélés positifs pour les rotavirus. Les Rotavirus ont été isolés majoritairement chez les enfants hospitalisés et ceux dont l'âge était ≤ 1 an, respectivement à 66,70% et 71,4%. La caractérisation électrophorétique a permis d'identifier 2 sortes de profils de l'ARN, profil court (63,16 %) et profil long (36,84 %). Les profils électrophorétiques ont révélé la présence de 9 souches de rotavirus, génomiquement différents qui ont circulé durant la période d'étude.

Conclusion: Cette étude, la première au Burkina, met en exergue la nécessité pour notre pays de connaître l'épidémiologie moléculaire des Rotavirus pour une meilleure utilisation du vaccin antirotavirus dans les prochaines années.

Adresse auteur : Ouindguèta Juste Isidore BONKOUNGOU 09 BP 24 Ouagadougou 09 e-mail : isidoreb2000@yahoo.fr

[P53] Le Paludisme chez les femmes enceintes du district rural de Boromo, Burkina Faso

Sheick Oumar Coulibaly 1,3, Sabine Gies2, Umberto D'Alessandro2

1.Laboratoire National de Santé Publique, Ouagadougou; 2.Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium; 3.UFR Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou

Dans les zones d'endémie, le Paludisme est la principale menace infectieuse de la grossesse et entraîne des conséquences aussi bien chez la mère que chez le fœtus. Dans la province rurale de Boromo, Burkina Faso, nous avons évalué le fardeau qu'il constituait chez les femmes enceintes. A travers deux études transversales menées en mai et décembre 2003 respectivement, l'infection palustre a été diagnostiquée, de même que le taux d'hémoglobine mesurée chez des femmes enceintes de toute parité, résidentes de villages de l'aire du district sanitaire de Boromo.

Respectivement 295 et 288 femmes enceintes ont été étudiées en mai et décembre 2003. La prévalence du paludisme, dû essentiellement à *Plasmodium falciparum* était plus élevée en décembre (32.2%) qu'en mai (11.9%) ($P < 0.0001$). Autant en mai qu'en décembre, les primigravides étaient plus fréquemment infectées que les multigravides ($P < 0.0001$). Le risque d'infection a diminué significativement et progressivement avec l'âge gestationnel, le risque le plus élevé survenant pendant le premier trimestre de grossesse. Les femmes enceintes n'ayant pas fait de consultation

prénatale (CPN) présentaient également un risque plus élevé d'infection palustre. Cependant, la CPN et la prise déclarée de la chimioprophylaxie à la chloroquine n'ont pas empêché le paludisme d'être d'une fréquence inquiétante.

Le paludisme constitue un fardeau énorme chez les femmes enceintes en milieu rural, et l'observation de la chimioprophylaxie à la chloroquine ne semble pas efficace.

[P54] Etude comparative du polymorphisme génétique de *Plasmodium falciparum* infestant des femmes enceintes sous prévention antipaludique à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine

Hamtandi Magloire Natama¹, Sheick Oumar Coulibaly^{1,3}, Chantal VAN Overmeir², Sabine GIES², et Umberto dAlessandro².

¹Laboratoire Nationale de Santé Publique, ²Institut de Médecine Tropical Prince Léopold d'Anvers, ³UFR Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou.

Introduction : l'infection du placenta par *Plasmodium falciparum* est consécutive à l'infection maternelle. La présence des souches plasmodiales chez la mère et dans le placenta pourrait varier suivant des facteurs exogènes tels les traitements antipaludiques reçus pendant la grossesse. Cette étude a eu pour but de comparer le polymorphisme génétique des populations plasmodiales maternelles et placentaires après prévention à la SP et à la CQ.

Matériel et méthodes : Une étude comparative du polymorphisme génétique de *P. falciparum* infestant 118 femmes enceintes sous prévention antipaludique à la Chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine a été conduite à Boromo de 2002 à 2006. L'étude du polymorphisme des gènes MSP1, MSP2 et GLURP par PCR a été utilisée pour génotyper les populations de *P. falciparum* maternelles et placentaires. Les isolats de *P. falciparum* sur papier filtre provenaient du sang maternel (32^{ème} semaine) et placentaire (accouchement).

Résultats : Plus de 70% des femmes enceintes étaient infectées pendant la période de forte transmission (Juin-Décembre). La complexité de l'infection palustre maternelle et placentaire était quasi identique variant de 2 à 2,5. Une hétérogénéité génotypique était observée dans 55,17% et 67,40% des cas respectivement chez les femmes prenant la CQ et chez celles prenant la SP. Les populations de *P. falciparum* étaient stables à Boromo de 2002-2006.

Conclusion : Les résultats obtenus montrent qu'il n'y avait pas de différence significative entre l'impact des deux molécules sur la complexité et la polyclonalité de l'infection palustre. Le niveau de

résistance de *P. falciparum* à la CQ et à la SP semble influencer l'homologie des populations plasmodiales maternelles et placentaires.

[P54] La résistance aux ACT : l'outil moléculaire peut il être un moyen de prédiction ?

i. soulama, a. tiono, a. gansané, a. ouédraogo, a. diarra, a. konaté, e c. bougouma, i. nébié, s.b. sirima

Centre National de Recherche et de Formation sur le paludisme, 01 bp 2208 ouagadougou 01 burkina faso

Introduction : Dans le but de tester l'influence de la présence des parasites du paludisme portant la mutation pfcr t76 sur l'efficacité de la combinaison thérapeutique Artesunate plus Amodiaquine, nous avons procédé à une étude moléculaire de la mutation pfcr t76 dans une cohorte d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple.

Matériel et Méthodes : l'étude s'est déroulée dans le Centre Médical de Pouytenga dans le district sanitaire de Koupela conformément au protocole OMS modifié pour l'évaluation et la surveillance de l'efficacité des antipaludiques. L'analyse moléculaire a porté sur des prélèvements sanguins effectués avant et après le traitement par application de la technique PCR/RFLP pour analyser la mutation pfcr t76 et la nested PCR des marqueurs msp1,msp2 et Ta99 pour distinguer les cas de recrudescence et de reinfections.

Résultats. Cette analyse moléculaire a porté sur 542 patients. Avant le traitement à la combinaison artesunate plus amodiaquine, 417 (76,9%) enfants contre 125 (23,1%) ont été testés positifs à la mutation pfcr t76. Sur ces 417 positifs, 405, soit 97,1% ont répondu au traitement en dépit de la mutation. En outre, parmi les 125 patients testés négatifs à la mutation pfcr t76, 119 soit 95,2 % ont répondu au traitement artesunate plus amodiaquine. La différence n'est pas statistiquement significative (p=0,4)

Conclusion : ces résultats montrent que la présence de la mutation pfcr t76 n'affecte pas statistiquement l'efficacité de la combinaison Artesunate+Amodiaquine. Cependant, d'autres facteurs tels que, la pharmacocinétique/dynamique, la formulation, le dosage, la qualité et la durée du traitement pourraient expliquer l'absence de réponse au traitement chez certains patients.