



Note de synthèse du projet

CHIMIO-PREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER (CPS)

Mali, district de Koutiala, région Sikasso

Période de mise en oeuvre : juillet à octobre 2012

DÉFINITION

La CPS est la chimio-prévention du paludisme saisonnier selon la nouvelle nomenclature établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2011 pour le **traitement préventif intermittent chez l'enfant (TPIe)**. Elle consiste à **administrer une combinaison de médicaments antipaludiques – à dose thérapeutique –** durant la saison où le risque lié à la transmission du paludisme est le plus élevé. Cette action a pour but de **réduire la morbidité et la mortalité liée au paludisme**. Les médicaments recommandés pour cette stratégie sont une combinaison de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) et d'Amodiaquine (AQ). Ces médicaments ont un **effet actif d'environ 28 jours** après leur administration.

STRATÉGIE

En mars 2012, la CPS ciblant les enfants de 3 à 59 mois a été recommandée par l'OMS pour les zones ayant une transmission saisonnière du paludisme où plus de 60% des cas sont regroupés sur une période de quatre mois ou moins. Les études publiées sur cette intervention ont prouvé une **diminution de plus de 80% des cas de paludisme simple et plus de 70% des cas de paludisme sévère**. Ce dispositif requiert l'utilisation des **moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)** et un accès aux soins adéquat. La distribution de MILDA au Mali fait partie de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme.

En 2012, le ministère de la Santé du Mali a intégré la CPS dans son **Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)**. Médecins Sans Frontières (MSF) a proposé au ministère de la Santé du Mali de devenir partenaire dans la mise en place du projet pilote CPS.

Le projet CPS s'est réalisé dans tout le district sanitaire de Koutiala soit 42 aires de santé ou encore 266 villages. Estimés à 127 000 enfants de 3 à 59 mois, la couverture a été revue à 160 000 après le 1er passage en août 2012. La distribution des médicaments s'est faite de deux manières : en stratégie porte-à-porte dans les zones les moins peuplées et en site fixe dans les zones où la densité de population était plus élevée.

Cette activité s'est déroulée sur 3 mois avec une distribution toutes les 4 semaines. Elle a démarrée en août pour finir en octobre 2012.

L'évaluation du projet a été réalisée grâce à l'étroite collaboration des équipes de MSF, du PNLDP et du MRTC (Malaria Research and Training Center).

OBJECTIFS DU PROJET

- Réduire l'incidence des accès palustres
- Réduire les cas de paludisme sévère
- Réduire la mortalité liée au paludisme
- Réduire l'anémie dans la population
- Réduire le nombre total d'hospitalisations

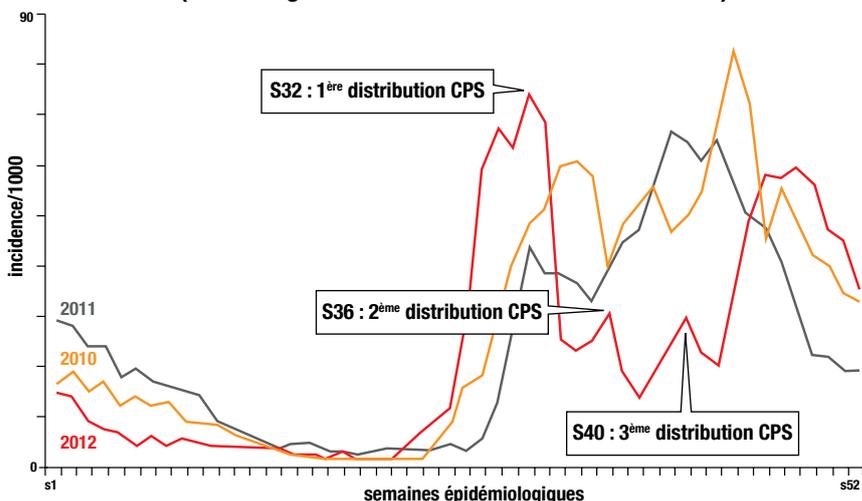
Les objectifs secondaires du projet visaient l'amélioration de la prise en charge du paludisme dans toutes les structures de santé ainsi qu'un renforcement de la pharmacovigilance.

La CPS a un impact négligeable sur la transmission du paludisme. Il s'agit davantage d'une stratégie de contrôle du paludisme (réduction de l'incidence de la maladie pour la tranche d'âge concernée par la CPS : 3 à 59 mois) et non pas d'une stratégie d'élimination.

RÉSULTATS DU PROJET CPS

Une enquête à domicile du MRTC a permis d'évaluer la couverture. Cette dernière est de 89,1% d'après la déclaration des parents et de 84,6% d'après la présence effective des cartes CPS reçues par chacun des enfants lors de la distribution. Les résultats de l'enquête de couverture de la stratégie de distribution porte-à-porte ont été légèrement plus élevés que ceux de la distribution en site fixe. **Les deux modes de distribution – qui ciblent une couverture supérieure à 80% de la population – ont atteint leur objectif.** Soulignons enfin que la couverture en milieu rural a été meilleure qu'en milieu urbain.

Nombre de cas de paludisme pour 1000 habitants admis dans cinq CSCom (Centre de Santé Communautaire) de Koutiala (enfants âgés de 3 mois à 5 ans entre 2010 et 2012)



Le pic paludisme a commencé environ à la semaine 26. En comparant le nombre de cas vus dans les cinq CSCom (Centre de Santé Communautaire) et dans le CSréf (Centre de Santé de Référence) pendant les quatre semaines du pic précédant le début de la CPS (S29 à S32) avec ceux observés pendant la période d'intervention (S33 à S44), nous constatons une diminution moyenne par semaine dans ces mêmes structures de santé :

- des cas pédiatriques de paludisme simple de 2 426 à 802, soit une **baisse de 66,9%** (niveau primaire CSCom)
- des hospitalisations en pédiatrie pour cas de paludisme grave de 248 à 77, soit une **baisse de 69,0%** (niveau secondaire et tertiaire CSRéf)
- des décès de paludisme en hospitalisation de 14,5 à 4, soit une **baisse de 72,0%**
- des transfusions en pédiatrie de 131 à 98, soit une **baisse de 25,0%**
- des hospitalisations pédiatriques toutes causes de 262 admissions à 95, soit une **baisse de 63,7%**

PROJET RECONDUIT EN 2013

MSF demeure partenaire du ministère de la Santé du Mali pour reconduire la stratégie CPS en 2013 sur le district sanitaire de Koutiala. Elle souhaite mettre en place **4 passages au lieu de 3** selon les recommandations de l'OMS, permettant ainsi de couvrir le maximum de mois durant la période de haute transmission du paludisme qui commence en général en juillet pour prendre fin en novembre ou décembre.

COÛT DU PROJET

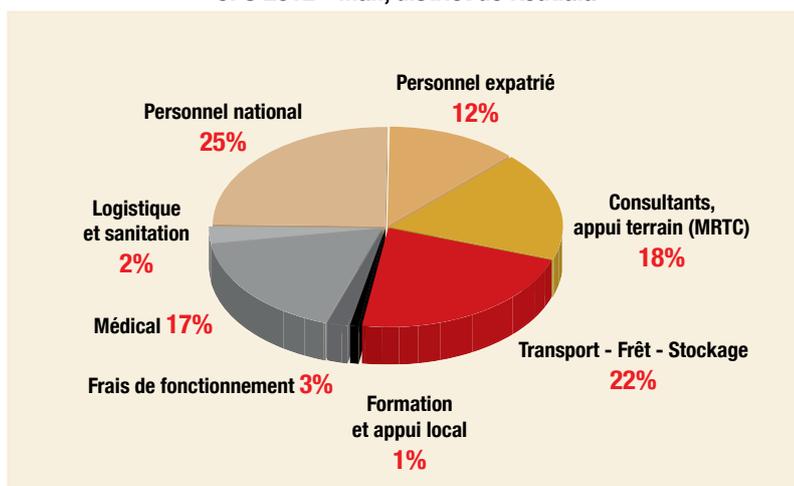
Le coût moyen d'un traitement CPS pour un enfant est de 1,123 euro par passage environ. Pour le projet en 2012, le coût était de 3,37 euros pour 3 passages. Pour le projet 2013, MSF estime que le coût moyen sera de 4,50 euros pour 4 passages (soit 2 951 Francs CFA).

Répartition des dépenses en Euros

Rubriques	Coût total
Personnel expatrié	66 727
Personnel national	133 930
Frais de fonctionnement	14 527
Médical	92 189
Logistique et sanitation	8 480
Formation et appui local	3 739
Transport - Frêt - Stockage	120 459
Consultants, appui terrain (MRTC)	97 097
TOTAL	637 147
Nombre moyen d'enfants par passage	159 317
Coût du CPS/enfant pour 3 passages	3,37

Répartition des dépenses en pourcentage

CPS 2012 - Mali, district de Koutiala



CONCLUSION

La CPS est une stratégie bien adaptée pour le contrôle du paludisme chez les enfants dans les zones de transmission saisonnière et doit être mise en place avec d'autres stratégies de contrôle déjà existantes (distribution de moustiquaires, pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide...).