Les tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme : entre directives officielles et réalités d'utilisation au Burkina Faso

Rapport final

Août 2013

Sylvie ZONGO
Valéry RIDDE
Slim HADDAD

Sommaire

SIGLES ET ACRONYMES **3**

REMERCIEMENTS **4**

RESUME **5**

INTRODUCTION **7**

1. ETAT DES CONNAISSANCES **7**

2. LES TDR AU BURKINA FASO **8**

3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE **9**

4. OBJECTIFS DE L'ETUDE **10**

5. CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES **11**

5.1. L'ETAPE EXPLORATOIRE 11
5.2. SITES DE LA RECHERCHE 11
5.3. LA COLLECTE DES DONNEES 12
5.3.1. La sélection des soignants pour les entrevues *13*
5.3.2. La sélection des mères des enfants de moins de cinq ans pour les entrevues *13*
5.4. TRAITEMENT DES DONNEES 15
5.5. DIFFICULTES RENCONTREES 15

6. RESULTATS DE L'ETUDE **15**

6.1. LE PALUDISME A « L'ANCIENNE » 15
6.1.1. Perceptions du paludisme *15*
6.1.2. Diagnostic du paludisme avant l'introduction des TDR *16*
6.2. CONNAISSANCES ET UTILISATION DES TDR PAR LES SOIGNANTS 17
6.2.1. Connaissances sur les TDR *17*
6.2.2. Entre formation et restitution : l'apprentissage de l'utilisation des TDR *19*
6.2.3. Prescripteurs : des statuts différents aux gestes analogues *23*
6.2.4. L'approvisionnement des CSPS *26*
6.2.5. Logiques d'utilisation des TDR *29*
6.3. PRATIQUES DE PRESCRIPTIONS 33
6.3.1. Le choix des traitements thérapeutiques *33*
6.3.2. L'utilisation des résultats des TDR *35*
6.4. PERCEPTIONS DES TDR CHEZ LES SOIGNANTS 39
6.4.1. A propos des résultats des TDR *39*
6.4.2. Les avantages et les inconvénients des TDR *40*
6.5. LES MERES ET TDR 47
6.5.1. Gestion des suspicions de paludisme *47*
6.5.2. Connaissances sur les TDR *48*
6.5.3. Appropriation des TDR *53*
6.5.4. Rapports aux résultats et aux prescriptions *57*
6.5.5. Perceptions des TDR *58*

CONCLUSION **62**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES **64**

ANNEXES **67**

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DONNÉES 67
DIRECTIVES SUR L'UTILISATION DES TDR DANS LES CSPS 75

Sigles et acronymes

AA : Accoucheuse Auxiliaire
ACT: Artemisinin-based Combination Therapy
AIS: Agent Itinérant de Santé
ASC: Agent de Santé Communautaire
CAMEG : Central d'Achats des Médicaments Essentiels Génériques
CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale
IB : Infirmier Breveté
ICP: Infirmier Chef de Poste
IDE: Infirmier Diplômé d'Etat
ECD: Equipe Cadre de District
MCD: Médecin Chef de District
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernemental
PNLP: Programme National de Lutte contre le Paludisme
TDR : Test de Diagnostic Rapide

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier toutes les personnes qui ont contribuées à la réalisation de cette étude.

Nous remercions les équipes cadres des districts sanitaires de Kaya et Zorgho ainsi que l'ensemble des équipes soignantes au niveau des CSPS pour leur accueil et leur collaboration.

Nos remerciements vont également aux mères des deux districts sanitaires qui ont acceptées de prendre part à l'étude.

Résumé

Contexte et justification: Le Burkina Faso, a introduit les tests de diagnostic rapide du paludisme (TDR) dans les formations sanitaires en 2009. Le processus a concerné dans un premier temps la mise en œuvre dans 29 districts sanitaires de six régions pilotes en 2009, pour les personnes de plus de cinq ans, puis pour toutes les tranches d'âges à partir en 2010. Depuis, les TDR sont utilisés à l'échelle nationale et pour tous les patients. C'est en vue de comprendre et de contribuer à expliquer l'appropriation de l'outil dans un contexte naturel de politique de mise à l'échelle nationale, ses perceptions aussi bien par les soignants que par les malades, que cette recherche a été initiée.

Méthodologie : Les données de terrain ont été recueillies au cours de la période de février à mars 2013. Outre la revue documentaire qui a précédée la phase de terrain, deux approches ont été mobilisées pour collecter les données : les entrevues individuelles avec 24 personnels de la santé et 19 mères d'enfants de moins de cinq ans et les observations de 278 consultations curatives dans les dispensaires.
L'étude a été réalisée dans deux districts sanitaires : le district de Kaya situé à 98 km au nord-est de Ouagadougou et celui de Zorgho situé à103 km à l'est de Ouagadougou. Dans le district sanitaire de Kaya, trois CSPS dont deux en milieu urbain et un en milieu rural ont été couverts. Dans le district sanitaire de Zorgho, ce sont deux CSPS dont un en milieu urbain et un en milieu rural qui ont été concernés.

Résultats :
(i) Connaissances des TDR : Dans les formations sanitaires, seuls les responsables de service ont été formés à l'utilisation des TDR et en ont fait la restitution aux agents. Pour la plupart des soignants, les premiers contacts avec les TDR, ainsi que l'acquisition des connaissances, se sont faits sur le terrain, à la faveur des restitutions faites par les agents qui ont été formés ou de la prise en charge des malades. Quant aux mères, leurs connaissances des TDR restent limitées du fait de la faible communication autour de l'outil pendant les consultations.
(ii) Prescripteurs : Les TDR ne sont pas réservés à une catégorie de soignants. Tous les soignants réalisent les TDR, quel que soit leur statut. Lorsqu'ils sont présents, les élèves soignants en stage de fin de formation sont également mis à contribution. Ils réalisent la plupart des TDR pendant les consultations. Les ASC ne sont pas impliqués dans la réalisation des TDR, sauf dans l'un des CSPS urbains de Kaya où il a été relevé que les ASC réalisent les TDR à domicile.
(iii)Logiques d'utilisation : Les formations sanitaires connaissent des ruptures fréquentes de TDR, une situation qui ramène bien souvent les soignants à l'usage des signes cliniques pour leur diagnostic. La nouvelle définition du paludisme qui prend en compte les résultats du TDR ne prévaut que lorsque les TDR sont disponibles. Quand c'est le cas, le recours au TDR est essentiellement motivé par les symptômes évoqués ou présentés par le malade. La notion de fièvre ou de corps chaud constitue le symptôme de référence.
(iv) Pratiques de prescriptions : Dans le district sanitaire de Kaya, les TDR n'ont pas véritablement modifié les pratiques de prescriptions des soignants. Nombre de malades ayant des TDR négatifs continuent de bénéficier de traitements antipaludéens. L'utilisation des résultats négatifs est corrélée aux symptômes présentés ou évoqués par le malade. La fièvre constitue le symptôme de référence. Son évocation, ou sa constatation, donne lieu à l'association d'un antipaludéen au traitement quand bien même d'autres pathologies sont soupçonnées. A Zorgho par contre, les prescriptions sont dans leur majorité guidées par l'algorithme décisionnel. Rarement, les TDR négatifs sont diagnostiqués et traités comme des cas de paludisme simple, seuls les malades ayant un TDR positif reçoivent des traitements antipaludéens.
(v) Perceptions des TDR : le personnel de santé et les mères apprécient positivement l'utilisation des TDR en ce que cela permet de poser un diagnostic clair, précis et surtout de délivrer des soins appropriés et rationnels. Toutefois, les soignants fustigent le manque de gants pour la réalisation des tests alors qu'ils sont gratuits. Ils évoquent la charge de travail supplémentaire (surtout en période hivernale) ainsi que l'allongement de la durée de la consultation qu'implique la réalisation des TDR.

Mais de façon générale, les soignants comme les mères attribuent aux TDR plus d'avantages que d'inconvénients.

Conclusion : L'enquête dans les districts de Kaya et de Zorgho nous met en présence de deux contextes différents d'utilisation des TDR. Dans les deux districts on assiste à une utilisation régulière des TDR lorsqu'ils sont disponibles et à des discours qui en soulignent leur utilité pour le diagnostic et les prescriptions. Cependant, ils ne sont pas régulièrement disponibles, et leur utilisation donne à voir des normes officielles qui cohabitent avec des normes pratiques différentes, témoignant d'une appropriation différenciée des informations sur l'outil. La dotation régulière des centres de santé en TDR ainsi que la mise à jour et l'uniformisation des informations et des directives nationales auprès de soignants s'avèrent nécessaires pour une utilisation efficiente des TDR, et de leurs résultats. En outre, informer les mères avant un TDR et leur communiquer les résultats, permettraient de résoudre le déficit de communication constaté autour de l'outil et d'améliorer les connaissances de celles-ci.

Introduction

Le paludisme est une maladie causée par un parasite appelé *plasmodium*. Les deux espèces les plus courantes sont *plasmodium falciparum* et *plasmodium vivax.* Les cas de paludisme liés au *falciparum* sont les plus courants en Afrique. L'OMS estimait à 216 millions le nombre d'épisodes palustre en 2010, dont 174 millions en Afrique. La plupart d'entre eux sont des cas simples. Même si des progrès ont été notés dans la réduction du nombre de décès liés au paludisme, l'Afrique paie encore un lourd tribu en enregistrant 91% des décès (OMS, 2011). Des diagnostiques rapides et accompagnés de traitements médicamenteux appropriés sont désormais disponibles.
En raison des résistances du plasmodium aux antipaludéens traditionnels tels que la chloroquine, la sulfadoxine, l'OMS recommande désormais l'usage de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). Cette prise en charge médicamenteuse doit être fondée sur la mise en évidence préalable de l'agent pathogène par un diagnostic biologique (OMS, 2011). Ainsi, les tests en routine chez tous les patients suspectés de paludisme dans les zones endémiques sont recommandés par l'OMS (Abba et *al*, 2011). Le diagnostic biologique est basé sur la détection du parasite par la goutte épaisse. Cependant, compte tenu de la relative disponibilité des microscopes et du personnel qualifié dans les formations sanitaires de base, l'OMS recommande depuis 2004, l'utilisation des tests de diagnostic rapide par détection d'antigène (TDR) ; ceci en vue de remplacer le diagnostic présomptif par le diagnostic biologique et de parvenir ainsi à améliorer la qualité des soins.
Les TDR sont des tests biologiques qui permettent de détecter rapidement (10-15 minutes) l'antigène des parasites du paludisme à partir d'une micro-goutte de sang prélevée sur le bout du doigt et étalée sur une bandelette. D'utilisation simple, ils ne nécessitent pas d'équipement spécial ou de laboratoire. Ils sont une opportunité pour les zones qui ne disposent pas d'équipement ou de personnel qualifié pour réaliser les examens microscopiques (Abba et *al*, 2011 ; OMS, 2004).

1. Etat des connaissances

Ce « nouvel » outil de diagnostic du paludisme dans les centres de santé primaires a fait l'objet de plusieurs travaux qui apparaissent pour l'essentiel comme des évaluations de son utilisation par les soignants, et de ses effets sur leurs pratiques de prescriptions des antipaludéens. Bien que considérés comme une étape importante vers l'accès à des soins appropriés et un moyen pour déterminer l'étiologie des cas de fièvre, permettant ainsi d'améliorer les capacités diagnostiques et la qualité des indications thérapeutiques, l'utilisation des TDR par les soignants reste problématique pour certains aspects, notamment pour la gestion des résultats. La plupart des travaux (Ezoeke et *al*. 2012 ; Faye, 2012 ; Juma et Zurovac, 2011; Badolo et *al*. 2010 ; Chandler et *al*. 2010; Kyabayinze et *al*. 2010; Mawali-Mboumba, 2010 ; Bisoffi et *al*. 2009) mettent en évidence le fait que des patients avec des TDR négatifs par exemple, continuent de bénéficier de traitements contre le paludisme. Cette situation tend à maintenir l'utilisation inappropriée des antipaludéens, que l'introduction des TDR est censée atténuer.

Dans une étude menée en Ouganda sur les effets des résultats des TDR sur les pratiques de prescriptions des antipaludéens des soignants dans les centres de santé primaires, D. Kyabayinze et *al* (2010) montrent que l'introduction des TDR a certes, entrainé une réduction

d'environ 1/3 des prescriptions inappropriées des antipaludéens, mais 30% des patients ayant des TDR négatifs continuent de recevoir des traitements palustres. Parmi ces patients, la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant des TDR négatifs (49%) était plus élevée par rapport à la proportion d'adultes (28%) ; une situation qui tient au fait que les directives nationales encouragent le traitement présomptif pour les enfants âgés de moins de 5 ans dans le pays. Si les auteurs ont noté une importante utilisation des TDR par la majorité des soignants, il reste que pour certains d'entre eux, un résultat négatif peut cacher un cas de paludisme, d'où la prescription de traitement palustre pour éviter que des complications ne surviennent. Les auteurs évoquent aussi d'autres causes probables telles que, le fait que les soignants trouvent la prescription d'antipaludéens aux patients ayant des TDR négatifs comme socialement acceptable, le fait que les soignants ayant moins de compétences pour différencier les diagnostics seraient ceux qui prescrivent le plus souvent des antipaludéens aux patients ayant des TDR négatifs, ou encore le fait que les patients apprécient ces soins. Pour les auteurs, des recherches ultérieures sont nécessaires afin de comprendre les déterminants des prescriptions d'antipaludéens par les soignants malgré des TDR négatifs. La problématique de l'utilisation des résultats des TDR a été également soulignée dans une étude réalisée au Kenya par Juma et Zurovac (2011) qui montre qu'une proportion importante de jeunes enfants (58%), de grands enfants et d'adultes (50%) ont été traités pour paludisme malgré des tests négatifs. Pour ces auteurs, plusieurs raisons permettent d'expliquer cette situation : la promotion (dans les directives officielles) du traitement présomptif pour les jeunes enfants pendant la période de l'étude et le développement de pratiques qu'ils jugent contraires aux directives en vigueur, à savoir l'absence d'adhésion aux résultats des tests. Les normes officielles ne sont pas toujours respectées[1]. Les conditions socio-économiques des populations, l'expérience professionnelle ou encore, les symptômes sont parfois mobilisés par les soignants dans l'établissement des diagnostics et des prescriptions qui en découlent (Ezoeke et *al*. 2012 ; Faye, 2012;Chandler et *al*. 2010).

Faye (2012) a montré qu'au Sénégal, certains soignants prescrivent des antipaludéens aux personnes avec des TDR négatifs pour répondre à leurs demandes de soins et pour ne pas prendre le risque de les voir sortir du circuit de soins en allant consulter ailleurs, d'une part, et en référence aux connaissances et expériences professionnelles qu'ils ont accumulées dans les écoles de formation et sur le terrain, d'autre part. Ces connaissances et expériences ne concordent pas toujours avec les directives officielles qui promeuvent le diagnostic biologique. Il a par ailleurs relevé pour les cas positifs, une sur-prescription des cas de paludisme simple en paludisme grave afin d'administrer un traitement qui permet aux centres de santé d'avoir des recettes financières supplémentaires, à savoir les injections ; toute chose que la gratuité des ACT remet en cause dans ce cas spécifique du Sénégal et ailleurs où cela se pratique.

2. Les TDR au Burkina Faso

Au Burkina Faso, l'introduction des TDR dans les formations sanitaires s'est faite à partir de 2009 pour les personnes de plus de cinq ans dans un premier temps, puis en 2010 pour toutes les tranches d'âges. Les TDR ont été financés par le Fonds mondial et l'USAID. Elle a

[1] Cette situation n'est pas exclusive au secteur de la santé, elle est connue dans les administrations publiques (Ridde V, et al. 2012; Ridde V, Diarra A., 2010 ; Olivier de Sardan J-P, 2008)

concerné en 2009 d'abord 29 districts sanitaires de six régions pilotes (Coulibaly et al, 2010). En 2010, 950.000 TDR auraient été rendus disponibles par l'USAID dans toutes les régions (Badolo et al, 2010 ; MS, 2011a). Une évaluation de l'utilisation des TDR dans ce contexte pilote, réalisée dans six CSPS a mis en évidence une faible utilisation des TDR pour le diagnostic des cas suspectés de paludisme (Badolo et al, 2010 ; Coulibaly et al, 2010). Les auteurs résument leurs propos en deux point essentiels : i) les soignants n'utilisent pas les TDR quand il le faut, préférant le diagnostic clinique et les algorithmes de traitement. La plupart des sujets étaient en effet traités sans qu'un TDR soit effectué. ii) les soignants prescrivent les ACT quand il ne le faut pas. Lorsque les TDR étaient réalisés, la majorité des résultats négatifs étaient ignorés par les soignants, qui continuaient à administrer des antipaludéens aux personnes concernées. Ils pensent que les résultats des TDR sont probablement faux. Ceci résulte en partie de l'interprétation du message retenu de la formation et selon lequel, un résultat négatif ne signifie pas forcément à une absence de paludisme chez le sujet. Les auteurs rapportent que, bien que les cas de faux négatifs soient rares, les soignants ont fait de ce message une règle pour traiter les résultats négatifs. Ces pratiques sont associées à une attitude de réserve à l'égard des TDR. Peu d'entre eux se seraient exprimés contre l'utilisation des TDR tandis que peu auraient évoqués des contraintes liées au temps d'attente des résultats. Une étude réalisée dans le cadre d'un essai clinique dans dix centres de santé périphériques de Bobo-Dioulasso et Banfora avait déjà montré ce problème d'adhésion aux résultats négatifs qui, dans 80 et 85% des cas étaient traités pour paludisme (Bisoffi et al. 2009). L'essai consistait à voir si les résultats cliniques des patients traités après un TDR étaient au final équivalent à ceux qui sont traités de façon présomptive, sans test, d'une part, et d'autre part, à déterminer l'impact de l'introduction de TDR du paludisme sur les décisions cliniques. En comparant deux groupes de patients recrutés en saison sèche et en saison pluvieuse, l'étude a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre ces deux groupes ni dans la prescription des antipaludéens ni dans celle des antibiotiques. En saison sèche, 80.8% des patients avec des TDR négatifs ont tout de même été diagnostiqués et traités pour paludisme. En saison pluvieuse, ce sont 85.0% des patients avec des TDR négatifs qui ont subi la même prise en charge. Les auteurs ont tentés de comprendre les résultats de cette faible considération des résultats négatifs par un ensemble de facteurs probables dont l'impact des représentations locales du concept de maladie sur la gestion du paludisme, le fait que les infirmières ne soient pas contraintes de refuser un traitement palustre en cas de résultat négatif, l'idée selon laquelle toute personne ayant de la fièvre en saison pluvieuse est atteinte de paludisme. Cette dernière idée justifierait en partie le nombre élevé de TDR négatifs traités pour paludisme en saison pluvieuse. La faible adhésion constatée dans la gestion des résultats négatifs des tests fait dire aux auteurs que leur étude est peu concluante sur la sécurité de la stratégie basée sur les TDR. Ils posent la nécessité de recherches ultérieures sur cette question et sur des stratégies qui permettent d'obtenir une meilleure adhésion aux résultats des tests.

3. Justification de l'étude

Au Burkina Faso les connaissances actuellement disponibles sur l'utilisation des TDR ne concernent que des projets pilotes et des situations relativement contrôlées. Elles renseignent en outre, très peu sur les perceptions des soignants, celles de populations et leurs conduites à face à cette innovation thérapeutique. Le besoin de connaissances dans un contexte d'expérimentation naturelle se pose donc avec importance (Petticrew et al, 2005). Cela est d'autant plus important que les TDR sont désormais utilisés à l'échelle nationale et pour tous les patients. Ils doivent selon les normes officielles, précédés tout traitement contre le paludisme dans les formations sanitaires de base (Ouédraogo et al, 2012 ; MS, 2010a ;

2010b). Ce passage à l'échelle nationale de l'utilisation des TDR dans un contexte naturel de politiques publiques, appelle à des réflexions sur l'appropriation de l'outil dans un contexte naturel de politiques publiques, ses perceptions aussi bien par les soignants que par les malades, ainsi que ses impacts sur le fonctionnement des centres de santé et notamment l'organisation des soins. C'est dans cette perspective que la présente étude a été entreprise dans les districts sanitaires de Kaya et Zorgho où des travaux de recherche évaluative sur le programme national de lutte contre le Paludisme sont menés depuis 2010.

Pour favoriser la comparaison, l'étude se déroule dans deux contextes différents : i) la gratuité des soins (enfants 0-5 ans Kaya), ii) le paiement des soins (enfants 5-14 ans à Kaya et enfants 0-14 ans à Zorgho). En effet, contrairement au district sanitaire de Zorgho qui est une situation naturelle, dans le district sanitaire de Kaya, grâce à une subvention de l'organisation non gouvernementale *Save the Children* financée par ECHO, les soins de santé sont gratuits pour les enfants âgés de moins de cinq ans depuis juillet 2011. Cette tranche d'âge qui constitue de façon générale, un groupe à risque dans les zones endémiques, est aussi la composante la plus reçue dans les formations sanitaires. Cette réalité oblige à s'intéresser également aux discours et pratiques des mères à l'égard des TDR en tant qu'innovation thérapeutique dont leurs enfants sont des bénéficiaires.

4. Objectifs de l'étude

La présente étude est l'une des deux composantes d'une recherche sur les pratiques de prescription des soignants. La première composante consiste dans une perspective quantitative, à évaluer les effets de la mise à disposition des tests de diagnostics rapides sur les pratiques de prise en charge du paludisme de l'enfant du personnel des centres de santé primaire.

Cette deuxième composante de la recherche est essentiellement qualitative. Elle a pour objectifs de :

Etudier (décrire, comprendre et contribuer à expliquer) les déterminants individuels et institutionnels de l'utilisation des TDR par les agents de santé et de leur intégration dans les activités thérapeutiques ;

Saisir les perceptions des soignants à l'égard des TDR, leurs logiques d'appropriation ainsi que les implications de ce « nouvel » outil dans la prise en charge des malades ;

Etudier les perceptions des mères des enfants de moins de 5 ans à l'égard des TDR, saisir leurs comportements (demandes en TDR, utilisation des résultats) face à cette innovation dans la relation thérapeutique.

Ces objectifs procèdent des questions suivantes :

Que pensent les soignants des TDR ? Comment les soignants perçoivent et s'approprient les TDR dans les centres de santé de Kaya et de Zorgho ? Quels sont les changements induits dans la prise en charge des malades et dans la prescription des antipaludéens après l'introduction des TDR ? Quels sont les effets sur l'organisation et le fonctionnement des centres de santé ? Comment les soignants perçoivent ces effets ? Quels sont les effets induits par la différence des contextes ?

Quels sont les discours des mères sur les TDR ? Les TDR ont-ils modifié les demandes de soins que les mères formulent auprès des soignants pour leurs enfants ? Quelles sont leurs attitudes et représentations à l'égard des résultats des tests et des prescriptions qui en découlent ?

5. Considérations méthodologiques

5.1.L'étape exploratoire

Une visite exploratoire a été effectuée du 12 au 15 décembre 2012 dans le district sanitaire de Kaya. Elle avait pour but de prendre connaissance de l'état de l'utilisation des TDR dans les centres de santé. Cette phase a concerné quatre CSPS, dont trois CSPS urbains et un CSPS rural. Elle a permis d'échanger avec des soignants ainsi que des membres de l'équipe cadre de district sur l'utilisation des TDR, ce qui a permis de préciser les questions de la recherche, d'affiner les outils de la collecte des données et le choix des sites à investiguer.

5.2.Sites de la recherche

L'étude a été réalisée dans deux districts sanitaires : le district de Kaya situé à 98 km au nord-est de Ouagadougou comptant 500 208 habitants et 52 CSPS et celui de Zorgho situé à103 km à l'est de Ouagadougou avec 352 003 habitants et 49 CSPS. L'organisation des soins dans les deux districts est similaire, cependant, dans les formations sanitaires du district de Kaya l'organisme non gouvernemental *Save the Children* a mis en place un système de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans (0-59 mois). Ainsi, depuis juillet 2011, les frais de consultation, d'ordonnance ou de transport par ambulance des enfants de moins de cinq ans sont couverts par l'ONG. Dans une perspective comparative des deux districts, il s'est agi de voir si la différence des contextes marquée par la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans à Kaya a un impact sur les pratiques de prescriptions des soignants et les demandes des mères.

Dans les deux districts sanitaires, l'étude a concerné des centres de santé urbains et ruraux. Dans le district sanitaire de Kaya trois CSPS dont deux en milieu urbain (que nous désignons par les CSPS urbains A et B) et un en milieu rural ont été retenus. Le choix d'investiguer deux sites urbains pour Kaya repose, d'une part, sur le fait que Kaya dispose de quatre centres de santé urbains et, d'autre part, sur le besoin de saisir les différences qui peuvent exister entre deux formations sanitaires qui relèvent du même contexte urbain. Les CSPS A et B ont été choisis parce que faisant parmi de la zone Kadess[2] et aussi parce que l'enquête exploratoire a montré que ces deux sites connaissaient des situations différentes dans l'utilisation des TDR. Dans le premier, les TDR étaient disponibles mais pas utilisés du fait du départ de l'agent qui avait été formé à cet effet ; dans le deuxième, il n'y avait pas de TDR depuis près de trois mois. Cette différence de contexte s'est présentée comme un indicateur intéressant pour l'étude.

[2] Il s'agit de l'abréviation de KAya Demographic and Epidemiological System Surveillance/ Système de surveillance démographique et épidémiologique de Kaya. C'est un observatoire populationnel piloté par l'IRSS, il regroupe les aires de santé de 7 CSPS

Quant au CSPS rural de Kaya, il fait également partie des trois CSPS ruraux de la zone Kadess. Etant donné que nous avions visité un CSPS rural lors de la phase exploratoire, il nous a paru intéressant de saisir la réalité dans un autre CSPS rural. Il y avait donc un choix à faire entre les deux autres CSPS de la zone Kadess. Le choix du CSPS rural a été discuté avec l'équipe qui travaillait sur l'analyse de la perception de la qualité des soins qui avait commencé ses enquêtes par le milieu rural. Trois critères nous ont guidés dans le choix de ce CSPS : la fréquentation jugée importante par rapport à l'effectif restreint du personnel soignant (deux agents) et la notification des TDR dans les registres qui étaient perçue comme régulière.

Dans le district sanitaire de Zorgho, l'enquête a concerné le CSPS urbain du district et un CSPS rural situé à une douzaine de kilomètres de Zorgho. Le choix de ces deux formations sanitaires repose sur le fait que, d'une part, le CSPS urbain constitue le seul du district de Zorgho, et d'autre part, le CSPS rural, de l'avis du CISSE et de l'équipe « qualité des soins » est le plus fréquenté sur les quatre CSPS ruraux concernés par les travaux sur le paludisme et la qualité des soins. Cet indicateur devait atténuer les difficultés induites par le fait que l'enquête se déroulait dans une période non palustre, donc d'affluence réduite pour nous permettre d'observer des situations d'utilisation des TDR.

5.3. La collecte des données

Les données ont été recueillies essentiellement au moyen d'entretiens individuels avec des agents de santé et des mères d'enfants de moins de 5 ans des CSPS sites de la recherche d'une part, et d'observations de consultations curatives dans les dispensaires des sites. Il s'est agi à travers ces observations de saisir les modalités de prise en charge médicale des malades pendant les consultations curatives, notamment les cas de fièvre et surtout celles qui déterminent le recours ou non aux TDR dans la relation de soins.

La collecte des données dans le district sanitaire de Kaya a été réalisée durant la période du 18 février au 14 mars 2013. Elle a commencé par les CSPS urbains et s'est achevée par le CSPS rural. A Kaya, nous avons observé 216 consultations de malades et réalisé 24 entrevues individuelles avec 13 agents de santé et 11 mères d'enfants âgés de moins de 5 ans. Le temps passé dans les différents CSPS a varié de 4 à 10 jours selon la situation propre à chaque structure. Il a été de 9 jours pour le premier CSPS urbain, 10 jours pour le deuxième et 4 jours pour le CSPS rural[3].

L'enquête dans le district sanitaire de Zorgho a été conduite durant la période du 18 au 28 mars 2013, dans un contexte différent de celui du district de Kaya. Ici en effet, il n'y a pas de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. Cet indicateur ajouté au fait que la période ne soit pas épidémique, donne lieu à une fréquentation relativement faible des services de santé comparativement à ce qui a été observé dans le district sanitaire de Kaya. Dans les deux CSPS du district de Zorgho, 52 consultations curatives de malades ont été observées et 17 entrevues individuelles avec 9 agents de santé et 8 mères d'enfants de moins

[3] Le nombre de jours passé dans chaque CSPS a été influencé par le principe de la saturation dans les données recueillies. Lorsque nous avons commencé la collecte des données dans le deuxième CSPS urbain, celui-ci connaissait une rupture en TDR depuis plusieurs mois. La fin de la collecte ayant coïncidé avec l'arrivée des TDR, nous avons dû allonger la durée du séjour dans ce site. Au CSPS rural, du fait que ce n'était pas la période d'épidémie de paludisme, il n'y avait pas d'affluence pour les consultations. A 9 heures déjà il n'y avait pratiquement plus de malades, et seuls quelques cas étaient reçus les après-midi.

de 5 ans ont été menées. Le temps passé dans les différents CSPS a été de 5 jours. L'enquête a débuté par le CSPS rural et s'est achevée par le CSPS urbain. Des visites informelles dans deux autres CSPS ruraux ont été par ailleurs effectuées, afin d'élargir le champ d'observation de l'affichage des directives officielles sur les TDR dans les salles de consultation et la disponibilité de ceux-ci.

Le nombre des entrevues menées a été régi par le principe de la saturation dont la caractéristique est d'indiquer qu'aucune nouvelle information n'apparaît plus dans le processus de collecte des données. Ce principe permet certes de savoir quand mettre fin à l'enquête de terrain, mais elle est surtout une "garantie méthodologique" (Olivier de Sardan, 1995).

5.3.1. La sélection des soignants pour les entrevues

CSPS ruraux : le nombre d'agents varie entre deux et trois par site. Leurs statuts sont différents mais du fait de leur nombre réduit, ils en viennent à poser les mêmes actes. Ainsi, les infirmiers et les AIS réalisent des accouchements en maternité et les accoucheuses assurent les consultations curatives au dispensaire selon l'organisation des activités. Cette organisation des activités milieu rural, explique le statut des soignants rencontrés dans ce contexte et le fait que pour certains sites, l'ensemble du personnel (N=2), ait été interviewé.

CSPS urbains : ici, il y a généralement plus d'agents que dans les zones rurales. Leur répartition entre le dispensaire et la maternité est plus ou moins stable comparativement aux zones rurales et leur nombre excède la dizaine par site. Nous nous sommes intéressés aux agents des dispensaires uniquement et qui étaient à leur poste pendant la collecte des données. Nous avons veillé à obtenir une diversité dans les statuts des agents (IDE, IB, AIS).

ECD : en vue de comprendre les déterminants institutionnels et organisationnels de l'utilisation des TDR dans le district, nous nous sommes également entretenus avec quelques membres de l'équipe cadre des deux districts dont les médecins chefs de district (MCD) ou adjoint, le responsable du dépôt répartiteur du district (DRD), le responsable du centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE).

5.3.2. La sélection des mères des enfants de moins de cinq ans pour les entrevues

La sélection des mères a été faite suivant trois procédures. Au départ, il était question d'identifier les mères en dehors des CSPS par le biais des ASC afin de limiter les biais liés à l'univers des soins. Les ASC intervenant dans la communauté, devaient donc nous servir d'intermédiaires pour identifier les mères qui ont consulté dans les CSPS et dont les enfants auraient bénéficié de TDR. Si cette procédure était idéale pour les zones rurales du fait de l'interconnaissance, et de la proximité des habitants, dans la zone urbaine, elle est apparue difficile à appliquer. Il nous a donc fallu organiser une autre démarche dans la sélection des mères. Ainsi, dans les CSPS urbains de Kaya, les mères ont été recrutées à la sortie de la consultation et les entrevues se sont déroulées à domicile pour certaines et au centre de santé pour d'autres. Pour le CSPS rural, la sélection des mères a été faite par le biais de l'ASC comme initialement prévu.

A Zorgho, les deux procédés ont été combinés pour la sélection des mères. Pour la zone urbaine, deux mères ont été recrutées directement à domicile, deux mères ont été recrutées à la sortie de la consultation, mais l'une a refusé l'entrevue et l'autre a désisté. Une autre mère a été recrutée au sein du centre de santé mais en service de maternité alors qu'elle accompagnait une parturiente.
Dans la zone rurale, les mères ont été recrutées à leur sortie de la séance de vaccination hebdomadaire au CSPS.
Le choix des mères s'est fait suivant notre critère principal : que leur enfant de moins de 5 ans ait déjà bénéficié d'un ou de plusieurs TDR au centre de santé.

Cette diversification de la procédure de sélection des mères a eu pour avantage de réduire les biais causés par l'influence de l'univers de soins et notre présence pendant la consultation lorsque les mères sont sélectionnées à leur sortie de consultation. Elle a aussi permis d'atténuer les effets de l'interconnaissance induits par la sélection via les ASC.

Dix-neuf entrevues ont été réalisées avec les mères dont le nombre d'enfants varie entre un et cinq. Parmi ces mères, nous avons une enseignante du primaire, une lycéenne, deux commerçante et quinze ménagères qui pour la plupart deviennent des cultivatrices en saison hivernale.

Avant de commencer les entrevues avec les mères, une fiche de consentement a été signée par l'enquêtée et l'enquêteur. Les entrevues ont été menées en français avec les agents de santé et deux mères, et en mooré avec dix-sept mères.

Tableau récapitulatif des observations et entrevues

Sites	**Observations**		**Nombre d'entrevues**	
	Nombre de consultations	**Nombre de jours**	**Soignants**	**Mères**
CSPS urbain A (Kaya)	90	9	6 (3 IDE+ 2 IB + 1 AIS)	3
CSPS urbain B (Kaya)	112	10	5 (4 IDE +1 AIS)	4
CSPS rural (Kaya)	24	4	2 (1 IDE + 1 AA)	4
CSPS urbain (Zorgho)	32	5	5 (2 IDE + 2 AIS + 1 IB)	3
CSPS rural (Zorgho)	20	5	2 (1 IB+1 AIS)	5

ECD (Zorgho)			2 (MCD + DRD)	
ECD (Kaya)			2 (MCD adjoint + CISSE)	
Total	**278**	**32**	**24**	**19**

5.4. Traitement des données

Toutes les entrevues enregistrées ont été retranscrites intégralement et saisies sur le logiciel Word. Elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu par site et par thème mentionné dans les guides d'entrevues. À celles-ci ont été ajoutées les entrevues qui ont fait l'objet de prises de notes et celles qui ont été réalisés lors de la phase exploratoire.

5.5. Difficultés rencontrées

A Kaya, le fait que l'objet de notre travail ait été annoncé dans les CSPS urbains avant notre arrivée à constitué un biais que notre présence continue sur les sites a permis de réduire.

A Zorgho la collecte des données a coïncidé avec la préparation des concours professionnels de la fonction publique. Plusieurs agents du CSPS urbain se présentaient à ce concours, ce qui a conduit à une réorganisation des activités afin de permettre aux candidats de réviser leur cours. L'effectif du personnel n'était donc pas complet lors de notre séjour, ce qui nous a privé du point de vue de certains soignants.

Du côté des mères, le désistement et le refus de certaines d'entre elles (n=3) a constitué une difficulté qu'il a fallu surmonter. En outre, du fait du peu de connaissances des mères sur les TDR –ce qui en soit est un résultat de notre recherche– les entrevues dans bien des cas tournaient très court dans les deux districts.

6. Résultats de l'étude

6.1. Le paludisme à « l'ancienne »

6.1.1. Perceptions du paludisme

Le paludisme est présenté dans tous les centres de santé comme la première cause de consultation, le motif de consultation le plus récurrent. Les enfants constituent le groupe le plus vulnérable mais aussi le plus reçu en consultation. Le paludisme est présenté comme sévissant tout le long de l'année, avec cependant un pic observé pendant la saison hivernale

« Vous savez que le paludisme est le 1er motif de consultation dans notre pays je veux dire encore dans notre CSPS. C'est vrai que le paludisme est étendu sur toute l'année, il y a des cas de paludisme mais il y a des périodes où vraiment je peux parler d'épidémie de paludisme et là vous savez que les enfants de 0 à 5ans c'est les populations vulnérables, c'est la tranche d'âge qui est exposée au paludisme. Donc ce qui veut dire que les périodes où le palu bat son plein, ça veut dire que ces enfants viennent beaucoup en consultation. Donc si on va énumérer, le nombre d'enfants pendant cette période les enfants de 0 à 5ans constituent beaucoup pendant cette période. Mais actuellement je pense qu'il y a une régression, les adultes sont actuellement plus que les enfants de 0 à 5ans. Mais pendant la période d'Août, septembre, octobre là vraiment c'est la tranche d'âge de zéro à cinq ans voilà ! En témoignent même les rapports qu'on a ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

Les discours des soignants font ressortir plusieurs types d'agents responsables de la maladie, mais le plus connu et reconnu comme le responsable de la plupart des cas reçus dans les formations sanitaires est le *plasmodium falciparum*. Les discours des soignants sur la maladie nous mettent en présence d'une énumération de symptômes appris pour l'essentiel à l'école de formation et qui permettent de parler de cas de paludisme simple et de cas de paludisme grave

« A partir de l'interrogatoire il y a des signes qui s'apparentent au palu, par exemple quelqu'un qui vient et qui vous dit qu'il a le palu « je vomis », il parle peut-être des vomissements accompagnés de fièvre, ça c'est des signes qui s'apparentent au palu, voila ! Donc déjà on peut mettre un traitement antipaludéen. Et puis on attend maintenant de voir la suite je pense que c'est à partir de ça que tout le monde se conduit, voila ! Les signes. De fois aussi…C'est peut-être par rapport à ce qu'on a appris sinon si vous voyez chez les tout-petits, vous allez voir des cas de fièvre de diarrhée même s'il n'y a pas de vomissement, s'il y a une fièvre et s'il y a une diarrhée on peut déjà suspecter un palu parce que c'est fréquent chez l'enfant. Autrement dit si on regarde la fièvre, la diarrhée ça peut être une autre maladie par exemple tels que les gastro-entérites, puis on ne fait pas un traitement anti-palustre ça aussi on peut s'égarer. Donc automatiquement moi personnellement quand je prends un tableau si je regarde à côté du nom de quelqu'un on a mis palu-diarrhée moi je garde palu, je n'ajoute pas diarrhée si c'est un enfant voila ! Parce que chez l'enfant le paludisme est chaque fois accompagné de diarrhée même chez l'adulte de fois. Même si ce n'est pas tous les jours c'est presque vérifié ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Toutefois, la plupart des discours sur la maladie renvoient aux situations de paludisme simple, qui restent les cas les plus reçus et pris en charge dans les formations sanitaires.

6.1.2. Diagnostic du paludisme avant l'introduction des TDR

En tant que premier motif de consultation, le paludisme occupait une place importante dans les diagnostics des soignants avant l'introduction des TDR. Il s'agissait de diagnostics établis le plus souvent sur la base des symptômes évoqués ou présentés par le malade. Dans la majorité des situations, l'évocation d'un des symptômes du paludisme, en l'occurrence la fièvre, donne lieu à un diagnostic de « paludisme simple » et à la prescription systématique de traitements antipaludéens, même si d'autres affections sont soupçonnées. Ces pratiques étaient régies par les directives de prise en charge des cas de fièvre, comme l'indique ces propos des soignants

« Avant les TDR, il y a une note qui est sortie « pour tout cas de fièvre il faut penser d'abord au palu ». Donc si tu viens avec 38 de fièvre directement : "paludisme simple" ». (IB, CSPS rural, Kaya)

« Avant les TDR c'était un interrogatoire poussé et puis il y avait un slogan de votre programme palu qui disait que « devant toute fièvre on traite le palu d'abord », donc ça faisait que s'il y avait une fièvre, même si on va investiguer pour dire autre chose là néanmoins dans le traitement je préconise qu'on mette un anti-palustre. S'il n'y a pas de preuve scientifique là, si c'est par rapport à ce que la mère ou le père a dit, par rapport à ce que l'agent de santé a constaté, c'est bien vrai que même s'il dit qu'il y a toux, ça peut envoyer la fièvre, mais quand il y a la fièvre on traite le palu et peut-être la pneumonie... Et même si ce n'est pas le diagnostic réel, pour ratisser large on préfère associer (un anti-palustre") ». (IDE, CSPS urbain, Zorgho)

Les pratiques de diagnostics sont construites autour de la conduite à tenir en cas de fièvre. Le diagnostic est présomptif, et les prescriptions d'antipaludéens sont faites dans une logique de couverture du malade. Rarement le recours à la goutte épaisse a été évoqué par les soignants des zones dans lesquelles il est possible de la réaliser. Lorsque c'est le cas, c'est pour des cas isolés qui reviennent avec les mêmes symptômes après plusieurs traitements ou un TDR négatif. Le recours à la goutte épaisse pour poser le diagnostic du paludisme reste peu ancré dans les pratiques des soignants.
Avant l'introduction des TDR, selon les soignants, le diagnostic du paludisme était essentiellement basé sur les symptômes du malade. La plupart des cas de fièvre et des symptômes évocateurs du paludisme étaient assimilés au paludisme et bénéficiaient d'emblée de traitements antipaludéens même en présence de symptômes pouvant référer à d'autres pathologies.

6.2.Connaissances et utilisation des TDR par les soignants

6.2.1. Connaissances sur les TDR

Au Burkina Faso, le diagnostic biologique pour le traitement du paludisme repose sur deux techniques essentielles que sont le diagnostic microscopique sur goutte épaisse et frottis sanguin et les tests de diagnostic rapide (TDR). Les TDR sont destinés prioritairement à confirmer le diagnostic du paludisme dans les centres de soins de premiers niveaux qui ne disposent pas de microscopes. Selon les directives officielles, tout cas suspect de paludisme devra être confirmé par l'une de ces techniques avant le traitement (MS, 2011).

Pour la plupart des soignants, les premiers contacts avec les TDR, ainsi que l'acquisition des connaissances, se sont faits sur le terrain, à la faveur de la prise en charge des malades.
Les connaissances des soignants sur les TDR sont variées, mais elles font surtout référence aux objectifs de l'outil :

« C'est un test pour le palu ». (IB, CSPS urbain A, Kaya)

« Ce qu'on sait c'est que c'est le test de diagnostic du paludisme, c'est un test rapide qu'on fait ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

« On peut dire que c'est un processus, un examen qu'on utilise pour déterminer s'il y a le paludisme ou pas, donc si le TDR révèle positif on peut penser au paludisme, si c'est négatif on peut penser à d'autres pathologies. C'est ma définition terre à terre parce que nous sommes sortis (de l'école de formation) avant les TDR, on n'a pas eu une définition comme ça sur ça ni des documents sur ça ni *une formation sur ça ».* (AIS, CSPS urbain B, Kaya)

…à sa manipulation,

> *« C'est un examen pour détecter si on a le palu ou pas…On pique le bout du doigt…On nettoie d'abord et puis on pique, on prélève le sang et puis on pose sur la plaquette là et puis on met le diluant, on ajoute 4 gouttes cc et puis on laisse pendant 5 à 10 minutes comme ça ».* (IB, CSPS urbain A, Kaya)

…et à l'interprétation des résultats

> *« (…) Il nous a montré et quand il nous a montré…Voilà puisque en fait le produit même quand c'est un seul trait c'est le produit, mais quand c'est deux traits c'est que c'est positif, c'est comme le test de TIG (Test Immunologique de Grossesse). Quand tu fais et puis c'est un seul trait ça veut dire que le produit est bon et ça montre que tu n'as pas le palu mais quand tu fais et puis il n'y a pas de trait ça veut dire que le produit n'est pas bon, mais on ne rencontre pas ces cas ici. Maintenant quand tu fais et puis c'est deux traits on dit que c'est positif ». (*AIS, CSPS urbain Zorgho)

Toutefois, les connaissances révèlent un manque d'uniformité dans les informations qui sont décrites sur les TDR. Si les objectifs de l'utilisation de l'outil sont plus ou moins connus par les soignants, sa manipulation elle, fait l'objet de plusieurs discours. Par exemple, pour la quantité de solution tampon à utiliser et le temps d'attente des résultats, les interprétations sont diverses. Selon, une AIS **du CSPS urbain A de Kaya** :

> « *Trois gouttes seulement. Si le sang est très gluant tu peux ajouter une goutte parce que de fois ça cale. Si le sang est gluant ça ne coule pas vite, on peut mettre 4 gouttes pour diluer encore le sang, ça peut ne pas passer. Moi ce que je connais c'est 3 gouttes, si c'est 4 gouttes aussi j'attends qu'on me donne ces nouvelles…10 à 15 minutes on peut avoir les résultats* »

Dans la pratique les attitudes différentes. Le nombre de gouttes varie d'un soignant à un autre et chez un même soignant d'une consultation à une autre. Pour le temps d'attente des résultats également, les observations des consultations curatives sur l'ensemble des sites révèlent une moyenne de 5 à 10 minutes consacrées à chaque malade[4], même lorsqu'un TDR est réalisé. Or, selon les directives (affichées dans certaines salles de consultations, cf. annexes), il faut attendre au moins 15 minutes pour lire et interpréter les résultats ; un temps jugé long par de nombreux soignants. Une stagiaire au **CSPS urbain de Zorgho** explique lors d'une consultation curative menée sous la supervision d'un soignant titulaire :

> « *En principe c'est 15 minutes, mais si tu dois attendre ça là ! C'est parce qu'il n'y a pas de monde actuellement sinon il y a des moments où le banc (de la salle d'attente) est rempli jusque dehors. Si tu dois faire 15 minutes avec un malade ah djà ! Les malades là mêmes vont venir te frapper ici !* ».

[4] Pour prendre le poids, la température, la coloration des yeux, réaliser l'interrogatoire, poser le diagnostic et faire une prescription.

L'une des conséquences de ces adaptations est l'occurrence de diagnostics erronés pour certains malades, comme nous l'avons constaté dans l'un des **CSPS urbain de Kaya**[5].
Les raisons d'une telle appréciation de la manipulation des TDR se trouvent essentiellement dans la façon dont les soignants ont appris à utiliser l'outil et à l'intégrer dans leurs pratiques.

6.2.2. Entre formation et restitution : l'apprentissage de l'utilisation des TDR

> *« Ils ont formé les responsables, les ICP, maintenant, nous sommes allés faire la restitution avec les autres qui sont restés, qui n'ont pas bénéficié de la formation ».* (IDE, CSPS rural, Kaya)

La formation à l'utilisation des TDR dans les centres de santé de base a été faite suivant un processus qui a d'abord concerné les responsables de poste pour s'étendre à l'ensemble du personnel (Coulibaly et al, 2010).
Elle s'est faite selon différents modes : il y a d'abord les soignants qui ont bénéficié d'une formation « formelle », soit du programme national de lutte contre le paludisme, soit d'ONG intervenant dans leur aire sanitaire. Dans cette catégorie, on retrouve le plus souvent les ICP. **Dans les deux districts**, c'est par les responsables des CSPS ou leur représentant que les TDR ont été introduit dans les CSPS après une formation à laquelle ils ont pris part.

Dans le district sanitaire de Zorgho l'utilisation des TDR a été précédée en 2011 de la tenue d'un atelier d'information à l'endroit des responsables des CSPS, un processus qu'explicite ici un membre de l'équipe cadre du district (ECD) :

> *«Ils ont introduit les TDR si je ne m'abuse autour de 2011. Donc les gens ont utilisé petit à petit malgré tout ça n'a pas changé. Parce que quand on a introduit il y avait un problème dans l'utilisation parce que les gens n'avaient pas été formés pour l'utilisation, donc il fallait revoir la politique ça veut dire reformer des formateurs au niveau national, ensuite au niveau régional puis, au niveau district et ainsi de suite. Malheureusement ce qui s'est passé c'est que le district n'a pas eu les moyens pour former les gens au niveau opérationnel. Donc il y a eu une formation au niveau national, mais après le reste n'a pas suivi, donc du coup les TDR ont été introduits mais il y avait une insuffisance dans les compétences des agents pour utiliser les TDR ; donc nous on a dit par exemple à Zorgho, organisons un atelier de deux jours comme ça pour briefer les infirmiers chefs de poste et quelques responsables de maternité sur l'utilisation des TDR. Et c'est à partir de là qu'ils ont appris effectivement à utiliser les TDR avec beaucoup de difficultés. Donc en 2012 nous avons planifié une formation sur la prise en charge du nouveau protocole du paludisme et on a pu former au moins deux agents dans tous les CSPS, et comme la formation intègre la pratique notamment la réalisation du test de diagnostic rapide, je pense que les gens ont été briefés et au départ on a été ravitaillé par le programme (de lutte contre le paludisme) ; c'est-à-dire*

[5] Lors de la prise en charge d'un enfant de 10 mois reçu pour corps chaud, toux accompagnée de vomissements, traités avec du paracétamol à domicile, une infirmière du CSPS urbain A de Kaya décide de faire un TDR. Cinq minutes après la réalisation, l'infirmière ayant constaté que le trait de contrôle conclu à un TDR négatif, elle pose quand même comme diagnostic : « paludisme simple + pneumonie » et prescrit de l'ACT sirop et un antibiotique comme traitement. Après le départ de la mère, en voulant jeter le test à la poubelle, la stagiaire qui assistait l'infirmière constate que le trait indiquant que le test est positif, est apparu mais faiblement. Elle informe l'infirmière : « *hi ! C'est positif, le trait est sorti faiblement, et puis la dame est déjà partie* », l'infirmière répond : « *ah ! Comme il y a l'anti-palustre là, c'est bon !* ».

qu'on a eu une grande quantité de Ouaga alors c'est rentrer dans les pratiques et petit à petit les gens ont commencé à confirmer les cas surtout de mars à avril de l'année passée si je ne m'abuse et on a senti effectivement une baisse du nombre de cas de paludisme »

Deux autres sessions de formations de plusieurs jours auraient été réalisées en 2012 dans l'objectif de renforcer les compétences des soignants sur la prise en charge du paludisme

« Au départ en 2011 effectivement ce n'était pas une formation comme il se doit. La formation en elle-même il faut en moyenne cinq jours, mais là on a dû faire peut-être en une journée faire un breifing sur ce que c'est que le TDR et dire comment ça se réalise. Donc c'est sûr que ces insuffisances-là ce sont fait ressentir, mais en 2012 on n'a pu faire deux sessions de formations où on a formé 50…environ 100 (agents) c'est quand même costaud ! Donc dans tous les CSPS on a au moins deux. On ne devrait plus être dans le même scénario de départ » (ECD Zorgho)

Dans le district de Kaya, le passage à l'échelle en 2012 a été précédé d'une formation sur l'utilisation des TDR qui s'est déroulée du 23 au 28 avril 2012, avec des soignants qui ont été chargés à leur tour de former leurs collègues dans les CSPS.

« La mise à l'échelle dans le district s'est faite en 2012. On a fait une formation du 23 au 28 avril je crois…Je pense que c'était du 23 au 28 avril. On a formé deux agents par CSPS. Je crois que c'était le programme palu. En tout cas la mise en œuvre s'est faite après la formation, c'est autour de juin je pense, maintenant chaque CSPS a démarré quand il voulait. Ils n'ont pas tous démarré au même moment ». (ECD, Kaya)

Avant cela, l'ONG *Save the children* dans le cadre de son projet de prise en charge de la malnutrition avait doté les CSPS de Kaya de TDR dès 2010 pour la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, et avait à cet effet formé certains responsables de CSPS à l'utilisation de l'outil.

« Puisque les TDR nous a commencé avec « SAVE », une ONG qui dotait les CSPS en TDR ; maintenant ils avaient mis en place un registre où nous on faisait les TDR aux enfants de moins de 5 ans ensuite avec le temps, ils ont élargit ça aux adultes aussi et plus de 5 ans, après cela je peux dire que c'est devenu national, on a reçu une grosse dotation où on fait devant tout cas suspect, maintenant on fait le TDR. On a reçu des formations sur le paludisme où on dit que le TDR doit être systématique devant un cas où on dit que c'est le paludisme. Je pense que cette formation doit être en 2011 ou bien 2012 la formation paludisme ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

« C'était en 2010 si je ne me trompe pas, je ne me rappelle plus exactement…C'était un particulier je pense que c'était SAVE qui nous avait formé… ce qui est sûr on a fait une formation dans le cadre de la prise en charge du paludisme et ils ont intégré ; et aussi je me rappelle qu'on a eu aussi une formation sur la nutrition ça aussi c'était avec SAVE et on a pris les quelques heures qui restaient avant la fin de la formation pour initier parce ce n'était pas uniquement les ICP. Ça c'était les agents des CSPS qui n'avaient pas bénéficié de la dite formation. Ce jour là, ils ont pris quelques heures et ils ont amené même des TDR et on a fait la pratique ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

« Je pense qu'en 2010 il y a eu une première expérience avec Save the Children. Je pense qu'on a eu un petit briefing sur l'utilisation une formation en nutrition et puis hop ils ont envoyé leur registre et on a commencé. Eux mêmes quand ils viennent pour la prise en charge de la malnutrition sur les enfants de moins de 5ans, ils font le test puisque ça peut être des pathologies associées à la malnutrition. Ils font le TDR s'il n'y a pas de palu ils ne

*traitent pas le palu puisque ça fait parti du protocole… C'est l'an passé qu'on a eu une formation de 5 jours organisée par le programme palu et on a eu une dotation très suffisante…C'était au district sanitaire de Kaya dans la salle de formation, donc les formateurs étaient de programme palu ». (*IDE, CSPS urbain B, Kaya)

La logique sous-jacente aux formations dans le cadre du passage à l'échelle était le transfert des connaissances acquises aux membres du personnel dans les formations sanitaires qui n'ont pas pris part à la formation. Autrement dit, les agents formés devaient à leur tour former leurs collègues qui n'ont pas participé à la formation. C'est ainsi que pour certains soignants l'utilisation des TDR est intervenue à la suite des restitutions qui ont été faites par les personnes qui ont été formées. Ceux qui ont appris à utiliser les TDR suivant ce processus constituent la majorité des soignants que nous avons rencontrés **dans les deux districts**. En effet, pour la plupart des soignants, c'est par les restitutions organisées par les ICP qu'ils ont obtenu des connaissances sur les TDR et ont appris à les utiliser.

« Les TDR, un beau jour nous sommes assis tout bonnement, les majors sont revenus de leur formation ils disent qu'on a dit de commencer les TDR, ils ont dit TDR positif il faut prescrire l'anti-palustre, si c'est TDR négatif ce qu'il faut prescrire. Ils nous ont montré et c'est comme ça qu'on a commencé. Ils nous ont fait la restitution de leur formation, c'est comme ça qu'on a commencé les TDR » (IB, CSPS rural, Kaya)

Les restitutions ont pris plusieurs formes. Elles ont consisté en des réunions de service portant spécialement sur les TDR ou des réunions de service auxquelles les informations sur les TDR ont été intégrées

« Pour les TDR ça s'est passé au niveau des majors d'abord. Ce sont les majors qui ont bénéficié d'une formation et à leur tour ils ont convoqué le personnel et ils nous ont formé aussi, c'était lors d'une formation ici au CSPS qu'ils nous ont formé aussi. Lui il a été formé par le district et lui en retour il nous a formé…C'était une formation spéciale TDR…On a fait de la pratique, il nous a montré essentiellement ce qu'on doit faire et entre nous on a fait le test pour voir. C'était une formation pratique, il y a la théorie mais on a fait la pratique aussi ». (IDE, CSPS urbain Zorgho)

« C'est lors d'une rencontre…Puisque c'est difficile de trouver tous les agents pour cette rencontre mais au fur et à mesure que les uns et les autres venaient chacun rattrapait. Toujours est-il que les gens sont arrivés à mettre en pratique cette façon de prise en charge là sans aller au niveau du district pour suivre la formation ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

« Je pense que le major a eu une formation sur ça, je ne sais pas au juste, mais je pense qu'il a eu une formation sur ça –on avait un ancien major– et quand il est venu, on a fait la pratique lors d'une réunion. On a regardé et hop c'est parti ! En consultation chacun peut faire le test. Il a organisé une réunion essentiellement autour du TDR, il a essayé d'appliquer tout le monde a regardé, on a même pris un exemple sur un agent, on a piqué, on a vu les résultats et donc à partir de ce jour je pense que tout le personnel qualifié du service peut faire le test ». (AIS, CSPS urbain B, Kaya)

Pour d'autres, elle a été faite de façon pratique c'est-à-dire à la faveur de consultation de malades à l'instar de ce soignant :

« Moi, je n'ai pas eu une formation en tant que telle. C'est dans mon ancien poste quand j'étais ICP, je venais de sortir de l'ENSP également, je suis allée trouver un major, j'ai vu comment il a procédé pour faire et il m'a initié. Et puis c'est parti…C'est au cours d'une

consultation il a fait, après il m'a dit d'essayer, moi aussi j'ai essayé et c'est parti ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Ces différents modes d'apprentissage de l'utilisation des TDR selon les soignants, leur permettent de réaliser facilement l'acte. Ils sont unanimes sur le fait que la manipulation des TDR est simple, facile et ne nécessite pas forcément une formation « formelle ». Cependant, ils restent critiques vis-à-vis du contenu et du déroulement de ces restitutions et mêmes des formations. Pour certains en effet, loin de constituer de véritables cadres de formation, ces restitutions et formations se présentent plutôt comme des séances d'informations ainsi que l'explique cet agent :

« Bon ça n'a pas été une restitution comme ça avec tout ce qu'il faut franchement parce qu'on n'a pas pris plus de 15mn, tout au plus 10mn, voilà ! « il y a un nouveau produit qui est là, il faudra faire ça d'abord avant de poser un diagnostic de paludisme et entamer un traitement. Donc il n'y a pas de paludisme désormais sans test positif ». C'est comme ça oralement ; maintenant avec les directives, avec ces petites images-là (affiches) on essaie de se conformer ». (AIS, CSPS urbain Zorgho)

Pour ces soignants qui ont bénéficié de la formation :

« Ce n'est pas une formation en tant que telle puisque nous on a des rencontres ICP donc quand les TDR sont arrivés on a profité juste une heure pour briefer les gens sur comment utiliser sinon ce n'est pas une formation purement TDR…Une formation est toujours mieux parce qu'on a appris ça dans le tas comme ça et pour nous on a eu au moins une journée, les autres collègues n'en ont pas eu donc si c'est à plaider en tout cas c'est que quand même les autres aussi puissent avoir au moins 2-3 jours de formation où on va carrément parler TDR, on va mieux assimiler par rapport à deux heures comme ça ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

« On nous a montré le TDR, on nous a montré la technique. Pour le prélèvement c'est nous même qui nous sommes piqués pour faire le test entre nous et puis c'est fini ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

Le besoin de formation est apparu dans la plupart des discours des soignants sur l'utilisation des TDR. Ils expriment une nécessité d'acquérir des connaissances générales sur le paludisme et sur les TDR pour une utilisation plus conformes aux normes.

« Je veux apprendre autre chose. J'utilise comme ça mais peut-être que ce n'est pas comme ça qu'on a dit d'utiliser. Comme je vois faire moi aussi je fais mais est-ce que c'est comme ça qu'on fait ? ». (IB, CSPS urbain A, Kaya)

« C'est mieux si on pouvait avoir une formation sur les TDR comme on dit « trop de viande ne gâte pas la sauce ». Avec la technologie il y a beaucoup de choses qui changent de nos jours, un jour ça peut être ça, donc je me dis que si chaque fois ils pouvaient essayer de faire des formations pour rappeler et puis innover ça fait du bien…». (IDE, CSPS urbain, Zorgho)

« Je ne peux pas dire que c'est suffisant parce que dans toutes choses par exemple nous sommes là on ne peut pas donner la définition du TDR, donc je pense que c'est mieux d'avoir beaucoup de formation et d'avoir beaucoup de connaissances sur ce qu'on fait parce qu'on répond comme ça malgré nous, on n'a pas été formé donc je pense que c'est insuffisant ». (AIS, CSPS urbain B, Kaya)

Toutefois pour d'autres soignants notamment ceux qui ont bénéficié de la formation, celle-ci leur a été utile. Elle leur a permis de connaître davantage les TDR, d'avoir plus d'informations sur les objectifs et surtout la manipulation de l'outil.

« Elle a été satisfaisante parce qu'avant même la formation dans les CSPS ici les agents savaient déjà comment faire puisque les ICP ont été formés et il y a eu une petite synthèse avec le personnel où l'ICP encore a pratiqué, donc tout le monde franchement a vu. Dire que je n'ai pas été formé, sauf que on peut dire formation si tu es allé au district allé répondre à une invitation, sinon pratiquement ici là quand les ICP sont revenus de la formation, ils ont d'abord eu un briefing avec le personnel d'où les informations ont été transmises, maintenant la pratique même de l'examen a été faite et chacun s'est appliqué, et de fois même les agents de santé ici quand il y a un peu de fièvre ou quoi ils font le TDR donc je pense que ça va ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

« On peut dire qu'on était satisfait puisque on pouvait le faire, on l'a mis en application, nous aussi nous avons essayé de former ceux qui étaient là. Il y en a qui le faisait…beaucoup font le TDR ici sans avoir été formés ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

La plupart des soignants dans les CSPS ont appris à faire les TDR à partir des restitutions faites par les agents qui ont été formés et des directives affichées en salle de consultation pour ce qui concerne **les CSPS du district de Zorgho**. L'affichage du poster sur les directives pour la réalisation d'un TDR et de l'algorithme décisionnel des cas suspects de paludisme constitue un élément qui différencie les centres de santé de **Zorgho** avec ceux de **Kaya**. Dans tous les centres de santé où nous sommes passés à **Zorgho** (que cela ait été faite de façon formelle ou informelle), ces deux affiches étaient présentes dans les salles de consultation, elles étaient parfois accompagnées de notes manuscrites sur l'utilisation des TDR[6]. Les soignants s'y référaient très souvent pour expliquer certains points pendant les entrevues[7]pour montrer ce qu'ils font ou ce qui doit être fait. Ces éléments n'ont pas été observés à **Kaya.**
L'apprentissage de l'utilisation des TDR met au jour des processus divers d'un CSPS à un autre avec toutefois une implication des soignants, quel que soit leur statut, dans la manipulation de l'outil.

6.2.3. Prescripteurs : des statuts différents aux gestes analogues

Dans les formations sanitaires, la manipulation des TDR n'est pas l'affaire d'une catégorie donnée de soignants. Les soignants, quel que soit leur statut, réalisent les tests.

« On n'a pas ciblé quelqu'un, tout le monde devrait faire parce qu'au niveau du système du district ce qui est demandé à tout agent recruté dans le petit personnel-là, c'est la polyvalence, c'est de faire en sorte que l'infirmier qui est là puisse faire les accouchements, puisse faire des vaccinations et ainsi de suite, donc cette polyvalence là est recherchée. La même chose est demandée à l'infirmière qu'elle puisse faire des consultations, faire des prescriptions, faire de la vaccination, faire des accouchements, etc. Il n'y a pas de spécification. Ça a fait qu'on a dû former tout le monde et permettre à tout le monde puisque s'il y a un cas, tout le monde est « docteur » au village, c'est celui qu'on voit qui est « docteur », celui qui peut, en ce moment c'est lui qui s'en occupe, on n'a pas vraiment donné ça à une catégorie donnée… AIS, infirmier, médecin, tout le monde peut le faire ». (ECD, Zorgho)

[6] Cf. annexes

[7] Par exemple pour les questions sur l'utilisation de l'outil, les prescriptions consécutives aux résultats des TDR.

*« Ce sont les agents de santé uniquement qui doivent faire les TDR. En principe selon le ministère de la santé, les AIS ne doivent pas faire, mais comme sur le terrain les CSPS rencontrent des problèmes de personnel, donc ils sont obligés d'impliquer les AIS ». (*ECD, Kaya).

« Bon, on a dit que dans toutes les formations sanitaires on doit réaliser les TDR donc on n'a pas déterminé le profil des agents de santé habilités à le faire. Ça veut dire que tout agent exerçant dans un CSPS, que ça soit l'accoucheuse, elle est capable de faire les TDR, donc il n'y a pas de profil ça veut dire que tout le monde fait, AIS, IB, tout le monde ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

« Le TDR est utilisé par tous les agents et on n'a pas distingué ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

L'implication des uns et des autres dépend cependant de l'organisation des soins. De façon générale, ceux qui assurent la consultation sont ceux qui réalisent les TDR. Cette organisation peut varier selon qu'il y a un seul agent qui consulte ou selon qu'ils sont plusieurs dans la salle de consultation. En effet, dans les formations sanitaires, à la faveur de certains facteurs tels que l'insuffisance du personnel, les absences d'agents pour diverses raisons, IDE, IB, AIS, AA, etc. se retrouvent parfois seuls pour assurer les consultations (de l'après-midi et de la garde surtout) au dispensaire. La polyvalence étant de mise, et la logique étant que tous ceux qui consultent doivent pouvoir réaliser les TDR, il devient difficile d'interdire ou de permettre seulement à une catégorie de réaliser les TDR.

« Tout le monde le fait, tous ceux qui passent sur la table de consultation en tout cas le font ». (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

« Dans les normes tout le monde ne devait pas consulter, mais on consulte, donc quand on est en consultation on le fait ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

Lorsqu'il est seul, l'agent assure tout le processus de la consultation et réalise personnellement les TDR s'il y a lieu, mais lorsqu'il y a plusieurs agents pour la consultation, on assiste parfois à une répartition des tâches dans laquelle « *ceux qui ne sont pas sur la table* »[8], se voient confier la réalisation des TDR. Parmi ceux-ci, on retrouve à la fois des IDE, des IB, des AIS, mais aussi et surtout des stagiaires d'école de santé.
L'enquête de terrain s'est déroulée à une période où les élèves (IB et AIS) d'une école privée de santé effectuaient leur stage de fin d'études aussi bien à **Kaya** qu'à **Zorgho**. En dehors du **site rural de Zorgho** où les TDR sont essentiellement réalisés par l'AIS et où il n'y avait pas de stagiaires[9], pour le reste des sites à **Kaya** comme à **Zorgho**, les TDR étaient réalisés dans la majorité des cas par les stagiaires lorsqu'ils sont présents. Les responsables des centres de santé inscrivent cette implication dans le cours normal de la formation sur le terrain

« Souvent quand les stagiaires viennent, moi je dis les titulaires ne doivent plus travailler, vous devenez des superviseurs c'est tout ! Je leur dit la 1ère semaine, on fait et ils regardent le reste c'est lui même qui rentre dans la danse, si tu as des problèmes tu poses des

[8] En référence à celui qui tient le registre et qui mène la consultation

[9]Il a été observé que lorsque les deux agents du dispensaire sont présents, c'est l'AIS qui fait les TDR pendant que l'ICP assure la consultation. Sinon, c'est l'agent présent qui se charge de faire les TDR et de conduire la consultation.

questions, si tu ne poses pas de question c'est que tu n'as pas de problèmes et ça continue. Si vous avez remarqué souvent les matins les titulaires n'aiment pas porter les blouses c'est ça qui fait la différence que lui il est stagiaire et lui non. Le 1er arrivé prend le registre l'autre prend l'ordonnancier et un autre c'est le carnet de l'enfant et on met une carrément à l'entrée pour les TDR ». (IDE, CSPS urbain, Zorgho).

« Je pense que le gens ont adhéré, je ne sais pas si c'est conditionné par ma présence et la plupart du temps quand je suis là tantôt je vois des trucs positifs tantôt négatifs donc je pense que c'est intégré. Et même quand les stagiaires sont arrivés dès le 1er contact je leur ai demandé est-ce que vous savez ce que c'est que les TDR ? Il y en a qui ont dit oui, il y en a qui ont dit non, donc on a défini ensemble à quoi ça servait, son importance dans la prise en charge du malade et on les a donc mis dans le bain, on les initié. Je leur ai appris à manipuler et présentement tout le monde le fait ». (IDE CSPS urbain A, Kaya)

« Quand elles (les stagiaires) sont venues, comme ce sont des stagiaires, des apprenants en tout cas c'est vraiment important pour elles d'utiliser les TDR, donc je les ai formé à l'utilisation du TDR et elles pratiquent ça sans problèmes, elles sont habituées, elles font ça correctement ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

Si cette implication des stagiaires est présentée dans une logique de leur formation, elle apparaît aussi comme une stratégie de gestion de la contrainte induite par la réalisation du test (que nous verrons plus loin). Parfois, elle s'apparente à un débarras du « *sale boulot* » (Arborio, 1995).

A Kaya comme à Zorgho, les TDR sont réalisés essentiellement par le personnel des centres de santé. Les agents de santé communautaire, bien qu'impliqués dans la prise en charge du paludisme à domicile, ne réalisent pas les tests. Toutefois dans l'un des CSPS urbain de Kaya, il a été fait mention de l'implication des ASC dans la réalisation des tests au sein de la communauté de concert avec les soignants dudit CSPS.
L'implication des ASC dans la réalisation des TDR est différemment appréciée. Tandis que certains la désapprouvent pour des raisons diverses dont essentiellement leur niveau d'instruction :

« Bon, pour le moment ce sont les agents de santé qui sont dans les CSPS là peuvent utiliser les TDR… C'est sans distinction de statut…Les ASC non parce que pour mettre ça au niveau communautaire, il faut former les ASC. Pour le moment on ne nous a pas donné cette autorisation là ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

« C'est des agents de santé qui doivent le faire. Je pense que récemment notre rapport de palu là a changé on a vu ASC…TDR là on a vu une colonne où on a mis TDR qui devait être réalisé par les ASC parce qu'en périphérie on n'est même pas beaucoup donc l'ASC on l'initie rapidement pour faire les TDR, ce n'est même pas normal parce que les bénévoles font ils nous aident pour la prise de poids ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

D'autres y voient une occasion manquée d'assurer la continuité des soins de la communauté à la formation sanitaire

« Actuellement je trouve que (les TDR) c'est un échec pourquoi parce que la stratégie nationale la politique de lutte contre le paludisme moi je trouve que c'était mal moulé pourquoi ? On a distribué des MILDA qui a une forte efficacité en termes de réduction des cas, évaluées et avérées dans beaucoup d'études, mais cela doit s'accompagner d'autres mesures. Comme la prise en charge du paludisme simple au niveau communautaire –la PECADO qui a été introduite– mais ce qui s'est passé c'est quoi ? On introduit les TDR,

c'est au niveau des centres de santé que les TDR se font, les agents de santé communautaire qui sont les agents de première ligne sans qualification, analphabètes et autres, ils ont des ACT qu'ils utilisent sur la base des signes clinique, sur la base de signes syndromiques, si tu viens avec de la fièvre, ils traitent. L'idéal aurait été à mon humble avis de mettre à la disposition de ces ASC- là des TDR. S'ils arrivent à faire le TDR –ce n'est pas compliqué– si le TDR est positif ils donnent des ACT et puis on n'en parle plus, si le TDR est négatif ils réfèrent à l'infirmier. L'infirmier en plus de ces connaissances peut penser à autre chose pour voir si c'est une autre maladie que le paludisme, en ce moment il va pousser l'investigation. Mais on est totalement passé en dessous et ça fait qu'il n'y a pas de logique… C'est comme si nous au niveau du district on nous donnait les TDR et au niveau des CSPS on donne la goutte épaisse, c'est le contraire qui doit se faire puisque le niveau de technicité et d'équipement est plus important à l'échelon supérieur…Et c'est dommage parce que là si on a réussi vraiment à réduire les cas, c'est en prenant très tôt le cas simple. Alors que si dans le village il y a un petit « docteur », si un enfant fait la fièvre on va le voir parce qu'il y a des CSPS il faut faire 5 à 6 ou 7 km pour aller dans le centre de santé, ce n'est pas facile pour une mère, mais si dans le village on a un "docteur" qui est là qu'il peut voir, qui peut faire un TDR pour voir, on gagnait » (ECD Zorgho).

Dans les centres de santé à **Kaya** comme à **Zorgho**, les soignants quel que soit leur statut réalisent les TDR. La diversité des prescripteurs est à l'image de l'organisation interne des soins dans laquelle, les soignants bien qu'ayant des statuts différents en viennent à poser des gestes analogues.

6.2.4. L'approvisionnement des CSPS

L'approvisionnement des CSPS en TDR est aligné sur l'organisation du système de soins. Les besoins s'expriment du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire puis vers le niveau central. Avec le passage à l'échelle nationale, le programme national de lutte contre le paludisme est devenu le pourvoyeur principal des districts sanitaires en TDR via la centrale d'achats des médicaments essentiels génériques (CAMEG). Les CSPS expriment leurs besoins aux dépôts répartiteurs des districts qui les approvisionnent lorsqu'ils en disposent.

« Bon ! Si c'est les TDR il n'y a pas de moyenne comme ça, c'est en fonction de ceux qu'ils(le district) gagnent ils font la répartition en fonction de la population cible de tout un chacun. La fois passée j'ai eu autour de 200, tout récemment je crois que c'est 5 cartons ou c'est 6 cartons mais ça dépend de ce qu'ils gagnent. S'ils gagnent beaucoup nous aussi on gagne beaucoup, s'ils ne gagnent pas beaucoup nous aussi on ne gagne pas beaucoup. Souvent ils ne gagnent même pas, nous aussi on ne gagne pas, donc il n'y a pas de moyenne. Parce que depuis qu'ils donnent il n'y a pas de chiffres qui tendent vers la réalité c'est en fonction du temps ». (IDE, CSPS urbain, Zorgho)

« Quand le stock fini, on fait une expression de besoins au niveau district et la pharmacie, s'il y en a, ils nous servent ; maintenant s'il n'y en a pas, quand ça va venir ils vont tenir compte de l'expression de besoins que nous avons fait et puis, ils vont nous livrer ça ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

« Dès que c'est fini on fait l'expression de besoins au niveau du district. S'ils en ont, ils nous donnent et s'ils ne nous donnent pas aussi chaque fin de mois dans nos rapports on mentionne ça. Par exemple les cas de palu il y a combien qu'on a pris avec TDR, il y a combien qu'on n'a pas pris avec TDR, ça sort dans nos rapports ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

La répartition des TDR entre les CSPS se fait selon les statistiques de chaque formation sanitaire, autrement dit selon la méthode historique :

> *« Par exemple pour chaque période…De fois je travaille avec le CISSE là, il dépose des rapports pour les formations sanitaires, donc tout au long de l'année, d'une période à l'autre on n'a pas le même nombre de palu. Donc je prends le S1*[10] *je me dis c'est approximativement la même consommation et je prends le nombre de cas qu'ils ont eu genre en 2012 en S1 et c'est sur cette base que je fais la répartition pour S1 2013. Et pour la période de palu où on a plein de cas, je prends les données avec le CISSE, je me réfère à l'année passée et je fais l'état de répartition par rapport à ça ».* (DRD, Zorgho)

Cette logique de répartition est également de mise à **Kaya**.

> *« Les dotations des CSPS sont faites selon les données antérieures sur le nombre de cas enregistrés ».* (CISSE, Kaya)

Une logique de répartition qu'un ICP n'apprécie pas :

> *« Selon ce qu'ils ont là ils font une clef de répartition par rapport aux cibles c'est ça qui fait que ça ne marche on doit faire par rapport à la consommation mensuelle. Moi je peux avoir 16000 (habitants) mais j'utilise peu ».* (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Les districts sanitaires connaissent cependant de fréquentes ruptures dans l'approvisionnement en TDR. Ces ruptures sont manifestées dans les CSPS par les intervalles entre les dates d'épuisement des stocks et les nouvelles acquisitions. Ces intervalles peuvent être considérables. Les ruptures en TDR ont été davantage évoquées dans le district sanitaire de **Zorgho**. Dans ce district par exemple, pour l'année 2013, les CSPS n'ont reçu les TDR qu'en début du mois de mars alors que la plupart n'en disposait plus depuis le dernier trimestre de l'année 2012. Le dernier TDR a été utilisé le 10 novembre 2012 pour le CSPS rural et le 25 décembre 2012 pour le CSPS urbain.

> *« Souvent la disponibilité du produit…Entre temps on avait affiché, souvent ça finit il y a une rupture quoi…En tout cas janvier, février là nous on ne l'avait pas. C'est le 11 mars qu'on a reçu donc près de 3 mois sans ça, c'est après ils ont fait venir ».* (IB, CSPS urbain, Zorgho)

> *« Les TDR il y a eu des ruptures. Ça même, on vient de commencer il n'y a pas longtemps. Le problème des TDR c'est que chaque fois il y a des ruptures, et cela pose des problèmes. Pour un illettré il va peut-être penser que ça y est là, mais c'est vous qui ne voulez pas faire».* (IDE, CSPS urbain, Zorgho)

> *« (Des ruptures ?) Pas très souvent je dirai fréquemment parce que en 2012 on a eu pas mal de problèmes pendant la période palustre, il n'y avait pas de TDR. On a eu une dotation en un rien de temps c'est fini puisqu'il fallait passer par la CAMEG. Ils avaient fait un état de répartition au niveau central et la livraison était faite par la CAMEG donc on attendait qu'ils viennent nous livrer donc quand on entame le stock de sécurité nous on leur dit déjà : « vous n'avez pas un stock pour nous ?», s'ils disent non qu'est-ce qu'on fait ? On rend compte au MCD qui rend compte à la directrice au niveau de la région et puis on attend. Si quelque chose est fait on aura les TDR et puis on va continuer, si rien n'est fait on est en rupture et puis on attend. On a eu une rupture de près de 2 à 3 mois pendant la saison de palu en 2012. Le coordonateur même est sorti, ils sont venus ici en mission pour regarder*

[10] Premier semestre de l'année

et tout non seulement les TDR, les kits palu, les ACT ça n'a vraiment pas suivi. Maintenant ils ont juste donné une explication c'est que ils ont passé les commandes mais il y a un retard accusé à quelque part dans la livraison au niveau central ce qui fait que eux aussi ils ont accusé un retard et nous aussi on ne pouvait pas avoir de TDR. Ils nous ont assuré que cette année il n'y aura pas de problème nous aussi on espère que cette année il n'y aura pas de problème ». (DRD, Zorgho)

Pour le premier responsable du district, les responsabilités sont partagées entre les soignants, qui dans leurs pratiques, abuseraient des TDR, et les autorités sanitaires qui ne feraient pas une bonne estimation des besoins.

« Malheureusement à un certain moment donné on a eu une rupture surtout à la période où on avait une forte occurrence des cas de palu. C'est à dire en juin, juillet, aout donc on retourne à la case départ avec une confirmation purement syndromique. Donc ça n'a pas permis une fois de plus de comprendre le niveau de l'effort qui a été fait. C'est la politique qui a été un peu je ne sais pas… Après quand on a demandé au programme, ils disent qu'ils ont commandé avec la CAMEG qui devait ravitailler les districts bon, chacun se rejette la balle quoi ! Ça veut dire qu'il y a un problème au niveau central par rapport à l'estimation des besoins réels donc que ya eu ça mais il y a eu aussi de l'abus au niveau des formations sanitaires parce que y avait des tests de diagnostics rapides…Parce que c'est en cas de suspicion de paludisme que tu fais un test de diagnostic rapide, mais au niveau des CSPS les gens le faisaient systématiquement, ça veut dire qu'on alignait les gens pour le faire. Donc même si l'estimation des besoins était faite avec une certaine marge à la fin ça ne permet plus de tenir compte de la réalité puisque le tri qui doit se faire au niveau des CSPS ne se fait plus. Donc ça n'a pas suffi ».

Dans le district de Kaya, les situations sont hétérogènes dans les centres de santé. Tandis que des centres évoquent ou même connaissent des ruptures en TDR, d'autres disposent de stocks et ont même bénéficié de nouvelles dotations. Sur les trois CSPS, un était en rupture de TDR depuis plusieurs mois pendant que les deux autres en disposaient. Une situation que nous avions d'ailleurs constatée lors de la phase exploratoire en décembre 2012. Le dernier TDR réalisé et noté dans le registre datait du 28 septembre 2012. Jusqu'au démarrage de l'enquête en mars, les choses n'avaient pas changé. Le nouveau responsable arrivé en fin janvier avait réussi à emprunter une boîte de 25 TDR dans un CSPS voisin au mois de février, mais le stock a été épuisé avant la fin du mois. Depuis cette date donc, les soignants de ce CSPS ne réalisaient plus de TDR pendant les consultations curatives jusqu'au 6 mars, date à laquelle le CSPS, dans le cadre des dotations de l'année 2013, a obtenu à un lot de 115 boîtes de 25 TDR.

Cette différence de situation entre les CSPS pourrait s'expliquer en partie par la façon dont les soignants de ces structures se sont appropriés l'outil et l'utilisent. Dans les deux CSPS qui n'ont pas connu de ruptures, jusqu'à une certaine période, les TDR dont ils ont bénéficiés n'étaient pas régulièrement utilisés par les soignants pour des raisons plusieurs raisons (départ de l'agent qui avait été formé, pas de motivation financière pour un acte considéré comme à risque, allongement du temps de la consultation, etc.). Les stocks se sont donc empilés pour constituer une réserve conséquente que les ruptures enregistrées au niveau du dépôt répartiteur du district n'ont pas affectée. Un soignant explique la situation de sa formation sanitaire en milieu rural :

« Il n'y a pas eu de périodes de flottement mais ça s'est lié au fait qu'il y avait une réticence dans l'utilisation des TDR. C'était un grief parce qu'on nous a donné les TDR par exemple

sans les autres éléments pourtant pour faire le TDR, il faut par exemple des gants ainsi de suite. Bon, si on donne les TDR faut-il dire au malade de payer les gants ou qu'est-ce qu'il faut faire ? C'était vraiment des inquiétudes, on ne savait pas comment s'y prendre, c'était un peu compliqué en tout cas. Comme ce n'était pas un truc national comme ça, le niveau national n'exigeait pas l'utilisation systématique du TDR ce qui faisait que nous aussi on essaie de faire mais ce n'était pas de façon continue…Depuis les stocks de SAVE jusqu'à ce que ça soit un truc national nous n'avons jamais connu de rupture »

Il poursuit :

« Moi, depuis là je n'ai pas encore fait une demande d'expression de besoin. C'est comme je le disais, le démarrage a été difficile, c'est la formation qui est venue renforcer. On en avait mais on n'utilisait pas, donc c'est à partir de la formation qu'on a commencé à utiliser ça beaucoup. Le carton que j'ai ici, ce n'est pas encore fini, j'ai reçu une autre dotation il y a trois jours de cela …Voilà sans avoir exprimé le besoin ; donc je suppose que c'est la dotation de 2013 ».

Dans le deuxième CSPS, c'est le départ de l'agent qui avait été formé et la charge de travail que les TDR semblaient constituer pour le personnel qui ont entraîné l'absence d'utilisation des dotations. Cette situation a créé du coup un stock que les soignants ont recommencé à utiliser avec l'arrivée du nouveau responsable.

« C'est un ancien stock qu'on est venu trouver parce que les collègues même ont dit que "le major est venu avec son TDR on n'était pas habitué à ça, ça fait perdre le temps"… Ce qui peut expliquer ça c'est que je n'ai pas succédé immédiatement au major qui est parti donc je ne sais pas si à son temps ça se faisait puisque lui il est parti, il y a eu 5 mois entre son départ et mon arrivée donc cette absence peut expliquer le délestage c'est une possibilité…En fait on reçoit toujours parce que les gens n'utilisent pas comme ça. Les TDR même beaucoup de collègues disent "major c'est toi qui a le temps ici sinon ailleurs les gens n'ont pas le temps, les gens trouvent que ça prend énormément du temps". Donc il y a des fois vous allez trouver que c'est empilé quelque part ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

La disponibilité des TDR constitue une difficulté que rencontrent les CSPS dans la prise en charge du paludisme et des cas suspects de paludisme. Les ruptures dans l'approvisionnement sont une situation vécue par la plupart des CSPS surtout ceux qui enregistrent un fort taux de fréquentation. Ils restent dépendants des districts qui à leur tour dépendent du niveau central. Parfois enregistrés sur de long mois, les ruptures donnent lieu à plusieurs pratiques dans la prise en charge du paludisme dans les centres de santé de base, dont le recours aux signes clinques pour le diagnostic.

6.2.5. Logiques d'utilisation des TDR

« Puisque le palu est la première cause de consultation donc le premier reflexe c'est vraiment faire un TDR pour écarter le palu ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya).

Parfois systématique, parfois ciblée, les logiques d'utilisation des TDR sont très hétéroclites d'un soignant à un autre et d'une structure de santé à une autre, avec toutefois, une tendance à l'utilisation régulière lorsqu'ils sont disponibles. Dans la plupart des CSPS **à Kaya comme à Zorgho**, lorsqu'il y en avait, les TDR étaient utilisés par les soignants pour la plupart des malades, mais selon des logiques différentes. Celles-ci tiennent parfois à une appropriation différente des directives nationales :

« Comme c'est un programme on ne fait que suivre, nous sommes des exécutants. Ce que le décideur décide nous on obtempère ». (IB, CSPS urbain, Zorgho)

« A la formation qu'on a faite sur le paludisme là, on nous a dit que les TDR doivent être obligatoire pour tout cas suspect de paludisme donc à partir de ça c'est obligatoire. On a appris, on nous a dit de faire la restitution avec les autres collègues qui n'ont pas bénéficié de la formation, on a fait la restitution donc c'est devenu obligatoire pour nous, donc on essaie de faire avec…Dès lors qu'à l'échelle du pays on met en œuvre quelque chose et que tu n'appliques pas, bon, même si on ne te sanctionne pas, consciencieusement c'est mal vu, les autres appliquent toi tu n'appliques pas, en réalité tu es où ? ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

Il y a aussi des considérations d'autres ordres, telles que la présence des stagiaires qui constituent une ressource humaine permettant de gérer les contraintes induites par l'utilisation des TDR, la disponibilité des TDR, mais aussi le biais induit par la présence de l'enquêteur, comme ce fut le cas pour l'un des **CSPS urbain de Kaya**. Une analyse des données du registre de consultation a permis de confirmer cela. En effet, pour les consultations de la période qui ont précédées le début de l'enquête, il n'y avait que quelques notifications isolées de TDR dans le registre. La situation a bien changé durant la période de l'enquête. Cette situation pourrait-elle continuer avec la fin de l'enquête ? L'ICP répond :

« Je ne suis pas très sûre parce que déjà hier quand je suis rentrée j'ai dit à mes collègues accélérez un peu parce que on sait que les patients sont impatients dehors "ha major c'est vous qui voulez qu'on utilise TDR non ! ", et ça, c'est parce que j'étais à côté. Je me rappelle une fois que je suis allée à Ouaga parce que ma petite ne se sentait pas, j'avais laissé une boite de TDR je suis revenue la trouver à sa place, mais quand je suis revenue, le lendemain la boîte était finie. De fois quand j'arrive je vois qu'elles consultent sans TDR, de fois je ne dis rien mais quand je prends la table je dis "faites le TDR" ce qui fait que ceux qui sont là quand ils me voient ils disent "faites le TDR" ».

Dans certaines situations, les TDR ne sont pas utilisés systématiquement pendant la consultation pour des raisons liées à l'organisation des soins, à la charge de travail, etc. comme en témoigne les faits suivants que nous avons observés dans un CSPS urbain de Kaya : un AIS seul à assurer les soins au cours d'une permanence : « *il y a TDR, mais moi je ne vais pas faire ! Je suis fatigué !* ».Une IDE de la même structure, qui était également seule pour une matinée, excédée par le nombre élevé de malades a pris la décision suivante : « *je vais arrêter les TDR, il y a trop de malade. Je vais faire vite, quand ça va diminuer, je vais refaire. Sinon, c'est bon (les TDR), mais comme je suis seule là, c'est compliqué !* ». Au-delà de ces considérations personnelles, il y a aussi des facteurs qui relèvent de l'organisation du service, rendant parfois les TDR inaccessibles aux soignants[11].

Les logiques d'utilisation des TDR sont diversifiées. Toutefois, les soignants ont recours aux TDR pour la plupart des consultations. Les motifs sont divers et mettent au jour une prise en compte marquée des symptômes présentés ou évoqués par le malade. Les symptômes en effet occupent une place importante dans le recours aux TDR pendant les consultations. Pour la plupart des soignants, ce sont les symptômes évoqués ou présentés par le malade qui les

[11] En effet, dans l'un des CSPS urbain de Kaya, à peine le personnel avait-il commencé à utiliser les TDR après une longue période rupture qu'il a dû arrêter pour cause de manque de diluant pour réaliser les tests. Le stock est gardé dans le bureau de l'ICP qui s'est absenté pour une semaine environ. Une clé « secours » est gardée par les stagiaires, mais ni elles, ni l'intérimaire n'ont voulu l'utiliser par mesure de protection contre d'éventuelles accusations. Les soignants établissaient donc des diagnostics présomptifs pendant que des centaines de TDR sont enfermés dans un bureau, attendant le retour du chef de poste.

motivent à réaliser ou à ne pas réaliser un TDR. Il s'agit de façon générale des symptômes qui renvoient au paludisme à savoir : la fièvre/corps chaud, les céphalées, la diarrhée et les vomissements (chez l'enfant), mais c'est surtout la notion de fièvre ou de corps chaud qui constitue le symptôme de référence.

> *« Ce qui nous motive (à faire le TDR) si le malade vient dire : « voilà, j'ai mal à la tête », il dit ce qu'il a déjà, ça peut nous orienter ; ensuite si on retire le thermomètre et la personne est fébrile, ça c'est systématique ! Maintenant s'il vient dire qu'il a des lombalgies, c'est vrai que lombalgies, c'est vrai que courbatures peuvent être signes de palu, mais de fois comme ça, ce n'est pas un signe qui interpelle forcément ».* (AIS, CSPS rural, Zorgho)

> *« Pour moi particulièrement je ne fais pas systématiquement le TDR à tout malade arrivé ça dépend des signes. Pour un malade qui vient avec une toux je ne vois pas l'utilité de faire le TDR si le malade ne parle pas de courbatures, maux de têtes ou céphalées, il ne parle pas de fièvre intermittente, pas de signe qui me fait soupçonner le palu ; et puis il y a 3 ou 4 phases de fièvre qui peuvent amener quelqu'un à soupçonner le palu, donc si je soupçonne le palu je fais le TDR pour être sûr, et même la diarrhée si c'est accompagné d'une fièvre, je fais le TDR parce que le palu peut provoquer la diarrhée ».* (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

> *« Même à la maternité il y a le TDR là-bas aussi, donc moi j'ai demandé à ce qu'on fasse le TDR systématiquement pour tous les cas qui se présentent devant nous sauf par exemple quelqu'un qui est venu avec un bulletin qu'il est HTA (hyper-tension artérielle), il est là pour son contrôle de tension. Là par exemple on contrôle, on te laisse partir, mais si c'est une consultation on essaie de faire une consultation globale tant que c'est possible, mais il arrive des fois que nous sommes coincés et qu'on n'arrive pas à faire le TDR chez tous les patients ce qui fait que les gens ont tendance à le faire pour les cas qui se présentent rien que pour la fièvre. S'il y a la fièvre on essaie de faire un effort et puis faire un TDR pour ces personnes ».* (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

> *« Ça dépend des signes que le malade présente plus précisément quand il y a la fièvre on fait le TDR, mais quand le malade présente les signes et qu'il y a absence de fièvre, on fait pour confirmer ou infirmer parce qu'on a dit que l'absence de fièvre n'exclut pas le palu souvent ».* (IB, CSPS urbain, Zorgho)

La prééminence accordée à la fièvre ou au « corps chaud » trouve son fondement dans la définition du paludisme enseignée à l'école de formation, et qui servait jusque-là à poser le diagnostic (présomptif) du paludisme. Dans celle-ci, la fièvre est identifiée comme le symptôme prédominant d'un cas de paludisme. Dès lors, dans une appropriation de cette définition, la constatation de fièvre, ou l'évocation d'un antécédent de fièvre, ou de corps chaud, justifie davantage la réalisation d'un TDR pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

> *« Pour moi un malade comme on le dit justement c'est la fièvre qui est signe vraiment distinctif, donc pour moi devant toute fièvre je fais le TDR (**Q : pourquoi devant toute fièvre ?)** la fièvre comme on le dit nous sommes dans une zone très endémique, je me dis que généralement le premier signe du paludisme c'est la fièvre, pour ne pas passer à côté j'essaie d'abord de faire mon TDR qui ne prend pas du temps, je le fais assez rapidement et ça m'oriente dans mon diagnostic. A partir du moment où ce n'est pas positif, j'ai la certitude maintenant que ce n'est pas le paludisme et je commence à chercher une autre pathologie parce qu'une pathologie peut en cacher une autre ».* (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

> *« C'est devant les signes que le malade va citer que je vais faire le TDR, mais si c'est le rhume ou la toux seulement je ne fais pas s'il n'y a pas de fièvre je ne fais pas de TDR. C'est surtout à cause de la fièvre qu'on fait le TDR parce qu'ils peuvent venir avec beaucoup de*

signes plus la fièvre mais comme dans le palu aussi il y a la fièvre on fait le TDR pour voir si ça va nous guider ». (IB, CSPS urbain A, Kaya)

Il y a donc une sorte de sélection des plaintes du malade qui conduit à déterminer ce qui doit faire l'objet d'un TDR et ce qui ne doit pas l'être. Dans cette sélection s'inscrit aussi pour certains soignants une logique de l'utilisation rationnelle de l'outil :

« Quand tu viens et tu dis que voila les céphalées, effectivement il y a une fièvre qui est là, nous on met le thermomètre si on trouve que effectivement il y a la fièvre, il y a des courbatures vraiment on fait le TDR systématiquement. Quand tu dis que tu as des céphalées, tu as la fièvre c'est le TDR quitte à ce qu'on trouve que c'est positif ou négatif pour instaurer un traitement, on fait le TDR…Si tu rentres et puis ton mal n'a rien à voir avec le paludisme on ne peut pas te faire un TDR puisque si tu viens avec une infection urinaire par exemple est-ce qu'on a besoin de gaspiller le produit du moment que ce que tu expliques là ça n'a rien à voir avec un palu. Ou bien tu as une plaie infectée et puis tu viens nous montrer, ce n'est pas la peine de gaspiller le produit du moment qu'une fois que c'est fini, il y a d'autres qui en auront besoin ». (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

Si la fièvre motive davantage la réalisation d'un TDR, elle ne doit pas être forcément assimilée au paludisme. La fièvre est saisie comme un indicateur qui oriente le diagnostic et motive le recours au TDR, mais elle n'est pas considérée de manière isolée car elle « *n'est pas forcément synonyme de paludisme* » et « *son absence n'exclut pas le paludisme* » selon les dire des soignants. Ceux-ci font référence à d'autres pathologies qui peuvent en être la cause, telles que la fièvre typhoïde, les infections ORL (toux, pneumonie, bronchite). Dans cet ordre d'idées, pour des soignants, le TDR doit être systématique pour tous les malades reçus en consultation et doit se faire dans l'esprit de la prise en charge globale du malade.

Pour certains soignants, comme ceux de la zone rurale de Kaya, les TDR doivent être systématiques lorsqu'il s'agit des enfants. Chez les soignants de cette zone en effet, lorsqu'ils sont utilisés, les TDR concernent le plus souvent les enfants pour les raisons suivantes :

« Je peux dire que je fais le TDR beaucoup plus aux enfants parce que chez les enfants c'est un peu difficile, parce qu'il arrive que chez les enfants la mère ne sait même pas ce que l'enfant a, ce qu'elle dit souvent par rapport à ce que toi tu vois, ce n'est pas la même chose donc pour les enfants je fais beaucoup plus le TDR ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

« Nous ici, on fait le TDR chez tous les enfants. Major (l'ICP) a dit de faire pour tous les enfants parce que quand un enfant vient, il ne peut pas dire j'ai mal ici ou là, c'est la mère qui décrit les symptômes. Donc nous on préfère faire le TDR pour savoir. Par exemple un enfant va venir, il ne fait pas de fièvre ou bien sa maman va dire qu'il n'a pas mal à la tête. Quand on va faire le TDR, on va se rendre compte que c'est positif. Ou bien il fait la fièvre, on fait le TDR et puis c'est négatif. En fait souvent elles peuvent commencer le traitement à la maison ou bien donner du paracétamol pour baisser la fièvre…Vous verrez que dans le registre c'est marqué partout : "TDR"». (stagiaire CSPS rural, Kaya).

Chez les enfants, le TDR est plus ou moins systématique

« (…) Bon ici on fait la même chose mais ce qui est différent ça dépend du signe. S'il y a la fièvre seulement on fait le TDR et si l'enfant pleurniche, on fait le TDR, mais on fait le TDR beaucoup plus chez les enfants que chez les adultes. Puisque l'adulte peut décrire les signes de la maladie, il sait dire qu'il a mal à la tête en ce moment tu sais que c'est le palu mais tu vas faire le TDR pour confirmer. Mais les enfants qui ne connaissent rien si on dit seulement que l'enfant fait la fièvre on fait le TDR. C'est ce qu'on a dit aux stagiaires de faire

systématiquement le TDR. Dès qu'on dit « je suis affaibli » seulement on fait le TDR. Mais on fait plus le TDR chez les enfants que chez les adultes. On fait le TDR chez tout le monde mais chez les enfants c'est plus systématique par rapport aux adultes ». (IB, CSPS rural, Kaya).

Les pratiques autour des TDR sont assez hétéroclites. Seuls les ICP ont bénéficié d'une formation sur l'utilisation des TDR. La plupart des agents l'ont appris à partir des restitutions de formations faites par les majors. Les situations sont variables d'un CSPS à un autre avec toutefois une utilisation de l'outil par tous les agents de santé, quel que soit leur statut.

En situation de rupture de TDR, le diagnostic présomptif est mobilisé pour la plupart des cas reçus. Bien que n'étant pas dans une période palustre (la période est considérée comme celle des broncho-pneumopathies), les cas de toux, de rhume, etc. accompagnés d'évocation de fièvre sont quasiment diagnostiqués comme des cas de paludisme simple en référence à la définition du paludisme enseignée pendant la formation à l'école de santé. Il était ainsi récurrent d'entendre des propos tels que : « *c'est parce qu'il y a les TDR maintenant sinon, avant c'était : devant tout cas de fièvre, traiter le paludisme d'abord. Ça, c'est ce qu'on nous appris à l'école* ». Dès lors, la nouvelle définition du paludisme qui intègre les résultats du TDR ne prévaut que lorsque les TDR sont disponibles. Or, quand c'est le cas, il n'y a pas forcément de changement dans les pratiques, le traitement présomptif est toujours de mise dans la prise en charge du malade.

6.3.Pratiques de prescriptions

6.3.1. Le choix des traitements thérapeutiques

La prise en charge thérapeutique du paludisme simple dans les CSPS repose sur les normes et protocoles nationaux conçus suivant les recommandations de l'OMS. Les médicaments pour le traitement du paludisme sont les combinaisons thérapeutiques à base d'artemisinine (ACT) : Artesunate+Amodiaquine et Arthemeter+Luméfantrine par voie orale, la combinaison Sulfadoxine-Pyriméthanine (SP) et la quinine comprimé sont retenues pour le traitement présomptif intermittent (TPI) et les cas de paludisme simple chez les femmes enceintes (MS, 2011b). Dans les CSPS, la plus prescrite reste la combinaison Artesunate-Amodiaquine (Ouédraogo et al. 2012) ; elle est généralement prescrite dans sa forme générique, appelée de façon populaire "*ACT*". La prescription de l'une ou l'autre combinaison tient à plusieurs facteurs dont la disponibilité au sein du dépôt MEG du centre de santé, les perceptions des effets secondaires :

« Lumartem là, c'est arthemeter plus lumefantrine, c'est un autre nom de arthemeter plus lumefantrine ça aussi c'est une combinaison parce qu'il y a des malades qui ne supportent pas les effets de l'amodiaquine certains disent qu'ils sont fatigués c'est pour ça on leur prescrit lumartem qui abat moins le malade c'est pour qu'il puisse continuer le traitement. Parce que s'il prend la première dose et puis il est abattu il ne va pas terminer. Pourtant il y a d'autres qui supportent, donc généralement quand je prescris je demande est-ce que l'enfant support ce produit avant de prescrire…Il n'y a pas de différence puisque tout c'est une combinaison, mais de fois on prescrit aussi parce qu'il n'y a pas artesunate plus amodiaquine. S'il n'y en a pas on prescrit l'autre…Souvent on peut vouloir seulement amodiaquine et puis artesunate là et puis il y a une rupture donc ce qui est disponible c'est ça qu'on prescrit en ce moment, même le Lumartem qui est aussi une combinaison ». (IB, CSPS urbain A, Kaya).

Dans certains cas, ce sont les spécialités qui sont prescrites selon les préférences et les moyens dont dispose le malade

> *« Souvent c'est en fonction de la tête du client. Ceux qu'on sait qu'ils peuvent payer les spécialités on leur dit –parce que presque tout le monde est unanime que les ACT ont des effets secondaires assez énormes– on lui demande : ce qu'on a ici ce sont les ACT est-ce que l'enfant a l'habitude d'en prendre ? Si la mère dit oui on prescrit par contre si elle dit qu'elle préfère qu'on lui fasse une ordonnance elle va chercher ses spécialités, on prescrit elle part chercher. Parce que souvent avec l'exemption des paiements de soins on n'a que le Lumartem et puis les ACT. Et puis il ya des mères quand tu remplis le registre et puis tu leur demandes d'habitude quand l'enfant fait le palu qu'est-ce que tu lui donnes comme médicaments ? Elle dit « ha les ACT là, ça non ! » donc d'emblée déjà on fait son ordonnance et puis elle part payer ses produits. C'est comme ça ».* (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

> *« Maintenant il y a des patients qui te disent carrément qu'ils ne veulent pas les génériques ils te donnent même le nom du produit Artefan, Bimalaril, Malacur injectable. Quand le malade a un choix, qu'il peut acheter, on ne refuse on lui prescrit ce qu'il peut acheter. Par exemple la petite qui était assise elle est venue la fois passée j'ai mis ACT 100 à 6 comprimés ça ne vaut pas 10 jours elle est revenue aujourd'hui encore c'est les même plaintes…J'ai mis ACT-para, aujourd'hui, j'ai mis Migralgine puisqu'elle était venue pour céphalées et plus fièvre mais elle dit que ça s'intensifie et puis ça fait mal à l'œil donc j'ai mis Migralgine et puis Bimalaril. La plupart du temps on prescrit le ACT mais quand le patient dit qu'il ne prend pas parce qu'il y a des effets secondaires on ne force pas on prescrit les spécialités. Mais c'est quand même rare mais ça arrive, par exemple artefan qui fait 4000 francs déjà, donc c'est rare mais ça arrive quand même qu'on prescrive un antipyrétique qui n'est pas paracétamol : Aspégic, Novalgin suppo, Novalgin injectable on prescrit. Seulement c'est rare ».* (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

A Zorgho, les soignants attribuent cette préférence pour les spécialités à une certaine catégorie de la population que sont les fonctionnaires et les personnes dites « intellectuelles »

> *« Maintenant si on utilise le TDR et si c'est positif là c'est le palu si c'est le palu simple on prend en charge ya les ACT qui sont là, ya la quinine. Bon comme c'est un peu une ville ya certains aussi qui exigent d'autres produits surtout les fonctionnaires, il ya aussi d'autres qui sont pris en charge par les associations ils exigent à ce qu'on prescrive des spécialités pour eux parce qu'ils sont pris en charge par leur service telles que les banques qui sont là, les associations qui sont là » (AIS, CSPS urbain, Zorgho)*

> *« Il y a eu un temps où il y a eu une rupture, mais pour le moment il n'y a pas de rupture. Au moment des ruptures on fait un autre traitement, nous sommes en ville et si l'ACT n'est pas là tu ne vas pas dire que tu ne vas pas prescrire et puis faire du tort au malade pourtant tu sais qu'il peut aller payer quelque chose en pharmacie pour résoudre son problème et puis comme nous sommes en ville ce sont les malades qui disent souvent qu' ils ne veulent pas tel médicament surtout les intellectuels disent qu'ils ne veulent pas ACT pour donner à leurs enfants qu'ils ont donné une fois ça l'a abattu l'enfant n'a pas supporté, donc si tu peux mettre spécialité pour son enfant on gagne beaucoup de cas comme ça. Il va dire que si tu peux changer de produit qu'il ne veut pas ACT que ça abat » (IDE, CSPS urbain, Zorgho)*

L'âge du malade est apparu également comme un élément important dans le choix des traitements. **A Kaya comme à Zorgho**, il a été constaté que les prescriptions de quinine sont faites essentiellement aux adultes et aux personnes âgées qui de l'avis des soignants ne peuvent supporter les effets secondaires des ACT. Si les effets secondaires des ACT sont

évoqués comme un élément pouvant influencer le choix d'un autre protocole thérapeutique, dans la réalité, ils ne sont pas véritablement pris en compte. D'abord les mères de façon générale ne formulent pas de demandes en ce qui concerne les traitements, comme il a été observé, et rarement les soignants leur demande leur avis avant de faire les prescriptions. Ensuite, lorsqu'il leur arrive de s'exprimer sur la prescription des ACT notamment sur les effets secondaires, les plaintes des malades ou des mères ne sont pas dans la majorité des cas considérées. Les soignants maintiennent les prescriptions d'ACT en leur faisant comprendre qu'il s'agit de réactions normales ou en leur proposant des éléments qui atténueraient les effets indésirables des ACT. **A Kaya**, en plus de prescription du traitement anti-palustre, les soignants faisaient très souvent une prescription de « Multivitamin » ou suggéraient aux accompagnants une fois à la maison de faire boire du « Fanta[12] » au malade : « *c'est pour le remonter ! Comme c'est sucré là, ça va l'aider à supporter les médicaments* » expliquait un IDE d'un CSPS urbain. Ces pratiques ont été plus observées au CSPS urbain B de Kaya. Interrogé sur la pertinence de la prescription de « Multivitamin » pour atténuer les effets de l'ACT, un soignant répond : « *en réalité hein, il n'y a pas d'effets, ça ne change rien, tout se passe dans la tête. Si on leur dit que ça va les aider, eux aussi ils vont intégrer ça, sinon en réalité ça n'agit pas vraiment !* ».

Au CSPS urbain A, en dehors de la prescription des spécialités pour quelques cas, ces stratégies de gestion des effets indésirables des ACT n'ont pas été observées. La plupart des mères ont reçu des prescriptions d'ACT sans autres commentaires. Le contexte de la gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans serait un facteur explicatif de l'adhésion des mères à la prescription des ACT.

A Zorgho, des soignants en milieu urbain recommandent également aux accompagnants de faire boire du « Fanta » et des oranges au malade dans une logique de gestion des effets indésirables des ACT.

Les ACT, notamment la combinaison Artesunate+Amodiaquine restent les traitements prédominants dans la prise en charge du paludisme simple aussi bien à **Zorgho qu'à Kaya**, si bien que les populations se sont appropriées la forme comprimé qu'elles désignent par l'expression : « *ti biisa tanbo* : trois comprimés », en référence au nombre de comprimés contenus dans la plaquette.

6.3.2. L'utilisation des résultats des TDR

L'introduction des TDR a modifié la définition du paludisme et la prise en charge thérapeutique des cas suspects de paludisme. Désormais,

> « *Pour avoir un cas de palu simple, il faut que la température soit égale ou supérieure à 37°5 avec un TDR positif au plasmodium falciparum* ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya).

Cependant, sur le terrain l'utilisation des résultats des TDR par les soignants est problématique. Les situations sont variables d'un district sanitaire à un autre et à l'intérieur d'un même district. **Dans le district sanitaire de Kaya**, l'adhésion aux résultats du test est cause problème, notamment en ce qui concerne les TDR négatifs. Les pratiques sont différentes de la zone urbaine à la zone rurale. En milieu urbain, les TDR positifs ne sont

[12] Marque de boisson gazeuse et sucrée

jamais remis en cause par les soignants, et les malades bénéficient de traitements contre le paludisme, cela n'est pas le cas pour les TDR négatifs. Ils ne sont pas toujours considérés comme tels et des prescriptions d'antipaludéens sont faites[13].

> *« Quand c'est positif on lui dit d'abord « vous avez le palu on va le traiter, donc c'est avec les ACT et on va faire baisser la fièvre avec le paracétamol ». Je pense que c'est les ACT et le paracétamol qui sont préconisés pour le traitement du palu simple. Maintenant si c'est un cas de palu grave peut-être les enfants viennent avec des convulsions, on informe les parents « on a enlevé le sang on a trouvé le palu dedans on va prendre la voie parce que le cas est grave, on va prendre la voie ensuite les protocoles ». Maintenant si c'est négatif on lui dit " c'est vrai que le test est négatif mais ça peut être un palu" souvent les signes…On joue sur les signes un peu, malgré que le test est négatif on peut traiter un palu. Peut-être que le taux de parasitémie est faible voilà ! ».* (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Dans une logique explicative de telles pratiques, apparaissent chez certains soignants, une anticipation des complications d'un paludisme simple sous-jacent,

> *« Si tu veux tenir compte de ça, il y a des palu graves qui vont revenir ici ! ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)*

> *« On a l'impression mais il y a des exceptions quand même. Parce que de fois tu peux être devant un patient il présente tous les signes du palu, tu fais son TDR il est négatif : faut-il le laisser partir et revenir peut-être avec la complication ? Donc devant des cas pareils quand il a presque tous les signes cliniques d'un cas palu, on administre le traitement même si le TDR est négatif ».* (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

Pour d'autres, un doute sur la valeur prédictive du test,

> *Pour un TDR négatif et puis tu vois qu'il y a tous les signes du palu nous on propose un traitement palu en même temps. Ça aussi c'est dans le cadre de la fiabilité, j'ai dit que ce n'était pas sûr à 100% à ce qu'on sache ».* (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

Pour d'autres encore, c'est l'influence de certains facteurs sur le résultat du test tels que la densité parasitaire, l'automédication antérieurement à la consultation, le type de parasite présent dans le sang, les conditions de conservations des tests.

> *« Puisqu' on peut souvent trouver le TDR négatif mais si la personne a déjà commencé un traitement anti-palustre le TDR peut révéler négatif. Souvent, même si on donne un traitement, une semaine avant, on peut penser à un palu mais comme il y a déjà un traitement instauré ça ne révèle pas positif ».* (AIS, CSPS urbain B, Kaya)

> *« Ça peut être négatif mais il peut faire le palu. Le TDR négatif ne veut pas dire que le malade ne fait pas le palu parce que la densité parasitaire n'est pas élevée, donc si ce n'est pas élevé ça peut ne pas sortir ».* (IB, CSPS urbain A, Kaya)

Il y a aussi, l'appropriation des consignes reçues pendant les formations et les restitutions

[13] Par exemple au CSPS urbain A sur les 70 TDR observés pendant la période de l'enquête, il y a eu 59 cas négatifs et 11 cas positifs. Sur les 59 TDR négatifs, 30 ont fait l'objet de prescriptions d'antipaludéens. Au CSPS urbain B, sur 46 malades reçus, 28 ont bénéficié de TDR dont 11 TDR positifs et 17 TDR négatifs parmi lesquels, 5 ont été interprétés et traités pour paludisme simple.

(…) Si c'est positif on se base sur le traitement de paludisme au cas contraire si c'est négatif on peut traiter d'autres pathologies mais associer un anti-palustre. (AIS, CSPS urbain, B, Kaya)

En milieu rural, seuls les TDR positifs bénéficient de traitement antipaludéen.

« C'est quand c'est positif qu'on traite le palu, on donne les ACT sinon, TDR négatif là, on ne traite pas le palu, c'est seulement les TDR positifs. En tout cas tant que c'est négatif on ne donne pas d'ACT ». (Stagiaire-AIS, CSPS rural, Kaya).

La prescription des antipaludéens pour les cas de TDR négatifs y est moins systématique. Elle est fonction des signes que présente le malade et semble surtout intervenir en dernier ressort, lorsque l'examen clinique du malade ne révèle pas une autre pathologie associée à ces signes.

« Si c'est positif on fait un traitement anti-palustre en fonction des molécules qu'on a. Si c'est négatif là maintenant on va chercher un autre diagnostic pour traiter ça…Bon quand c'est négatif, on recherche autre chose si on trouve on traite dans le cas contraire si vraiment les signes sont des signes de paludisme et qu'on est sûr que ce sont des signes de paludisme, on soigne le paludisme malgré le TDR négatif, mais on prend soin de suivre cet enfant pour savoir est-ce que réellement le traitement palustre qu'on a administré là a répondu ou bien il faut faire autre chose ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

Toutefois que l'on soit en milieu urbain ou en milieu rural, tout comme pour le recours aux TDR, l'utilisation des résultats négatifs est corrélée aux symptômes présentés ou évoqués par le malade. Ce sont eux qui guident les soignants dans l'établissement des diagnostics et la prescription des traitements pour la majorité des cas ;

« Pour les résultats négatifs des fois on demande si la personne a déjà pris les produits s'il dit oui on lui dit de continuer, mais si la personne dit qu'il n'a pas pris de produits on lui dit que ya pas palu…Si les signes qu'il a évoqué n'admettent pas, je n'associe pas mais si les signes évoqués sont flagrants même si le TDR est négatif je mets un anti-palustre ». (IB, CSPS urbain B, Kaya)

La fièvre constitue le symptôme de référence. Son évocation, ou sa constatation, donne lieu à l'association d'un antipaludéen au traitement quand bien même d'autres pathologies sont diagnostiquées.

« Le malade peut venir dire qu'il a des céphalées, des maux de tête, il y a la fièvre, il peut avoir des frissons, la fatigue, des vomissements minimes, ce sont des signes de palu simple. Donc devant ces signes là je traite le palu simple, je fais aussi le TDR que ça soit négatif ou positif, moi je soigne mon palu simple ». (IB, CSPS urbain A, Kaya)

A Zorgho, l'algorithme décisionnel occupe une place importante dans la prise en charge des malades. Que l'on se base sur les données d'observations des consultations, celles des registres ou celle des entrevues, rarement les malades ayant des TDR négatifs bénéficient de prescriptions d'antipaludéens. La prescription des antipaludéens est faite dans la plupart des cas aux TDR positifs. Le respect de ce principe est apparu plus "rigoureux" en milieu rural où aucun TDR négatif (à la fois ceux que nous avons observés pendant l'enquête et ceux qui ont été réalisés avant) n'a été diagnostiqué et traité comme un cas de paludisme.

« (…) Quand c'est positif on recherche ou bien on prescrit le traitement anti-palustre il s'en va chercher au dépôt il amène on lui montre les produits. S'il ya des conseils à lui donner on lui donne les conseils si c'est négatif on recherche aussi, est-ce que ya pas une autre maladie

cachée. Si on la découvre on prescrit il va chercher les produits. Mais j'ai dit à mes gars ici si c'est négatif il ne faut pas mettre un anti-palustre. On va voir à quelque part que TDR négatif n'exclut pas le palu non ! TDR négatif ici : pas de palu, chercher autres signes pour traiter ! Ici c'est comme çà…Les directives effectivement disent ça, que quand c'est négatif de ne pas mettre l'anti-palustre mais tu vas voir certains documents où on dit que TDR négatif n'exclut pas le palu, pourtant c'est un examen ce n'est pas parce que c'est un test. Quelqu'un qui fait VIH tu fais le test c'est négatif tu n'exclus pas le VIH voyez comment c'est compliqué. Donc quand c'est négatif on ne met pas. La personne va revenir même si on ne peut pas la personne va aller faire sa goutte épaisse à Zorgho c'est plus raffiné. En tout cas ici c'est comme ça ». (IB CSPS rural, Zorgho)

En milieu urbain, les soignants accordent un intérêt à l'algorithme décisionnel et tentent de s'y conformer le plus possible,

« Ça dépend des signes que le malade va te présenter parce-qu'une fièvre n'est pas forcément un cas de paludisme, tu peux avoir une fièvre et peut-être que ce n'est pas le palu donc s'il y a un cas de fièvre tu fais ton TDR si c'est négatif tu cherches autre mal pour soigner ; toute fièvre n'est pas égale au palu…C'est ce qui est recommandé ». (IDE, CSPS urbain, Zorgho)

« Quand il (l'ICP) est venu (de la formation), il a dit qu'on a dit qu'on ne peut pas confirmer un paludisme sans TDR. Si on dit dans le registre que c'est un palu il faut avoir fait le TDR pour confirmer que c'est positif ». (IB, CSPS urbain, Zorgho)

« Quand c'est négatif je n'associe pas de traitement de palu je recherche une autre cause des signes que le malade présente. Parce que comme je l'ai dit un patient peut venir avec deux pathologies et comme je le disais une maladie peut en cacher une autre, et puis quand c'est négatif je ne fais plus de couverture au malade. Et puis il faut comprendre que les produits que nous prescrivons aux patients ce sont des produits qui ont des effets sur l'organisme, il faut comprendre cela même quelle que soit l'inutilité du produit, il faut savoir que ça peut aussi éliminer quelque part certains organes de l'organisme et puis y a des conséquences. Mais avec les TDR ça permet de limiter un peu ces prescriptions inutiles et là ; je suis vraiment ferme là-dessus et franchement je n'associe pas ». (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

Cependant, ils expriment un malaise face à des malades dont ils sont convaincus qu'ils ont le paludisme alors que le TDR est négatif.

« Souvent on se dit que si on va se baser sur TDR positif pour prendre le palu nous on est réticent sur la fiabilité du TDR ; souvent tu peux voir quelqu'un qui présente tous les signes cliniques et malgré tout on fait le TDR et c'est négatif comme pour l'enfant tout à l'heure qui a 39 de fièvre et le TDR est négatif, mais on ne peut pas dire que le TDR a menti. Comme on a instauré ça clairement on va mettre pas de paludisme. Donc on traite la personne en attendant, quand elle va partir quitte à ce que ça va persister et puis il va revenir peut-être que le TDR sera positif en ce moment ». (IB, CSPS urbain, Zorgho)

Ainsi des antipaludéens peuvent être prescrits dans une logique d'anticipation des complications

« Souvent on associe pour éviter le pire, éviter que la personne revienne en palu grave ». (IB, CSPS urbain, Zorgho)

D'autres développent des stratégies qui leur permettent de traiter un paludisme sans avoir donné l'impression d'avoir enfreint les directives officielles : par exemple, le TDR négatif

sera transformé en un TDR positif dans le registre ou bien une ordonnance différente de la prescription notée dans le registre, et qui comporte un traitement antipaludéen sera délivrée au malade[14]. Ces stratégies d'adaptation reposent non seulement sur une logique de couverture ou de préservation du malade, mais aussi sur l'expérience acquise sur le terrain de la prise en charge des malades comme l'explique soignant :

> *« Puisque souvent ce n'est pas des directives du traitement du palu, c'est l'expérience de terrain et vu le nombre de cas qu'on a…Puisque au niveau des directives c'est TDR positif qui égal à palu simple ou grave j'ai même écrit accrocher mais comme il y a un "mais"… On ne contourne pas, souvent c'est pour le bien du malade surtout si c'est les enfants. Si c'est un adulte quand on fait et puis c'est négatif on donne des conseils mais quand c'est un enfant surtout quand la mère amène son enfant un peu chosiné là (mal en point), face à toi elle s'attend à tout pour que son enfant recouvre la santé, on fait ce qu'on peut. Mais si c'est un adulte de fois même si la température atteint 40° on demande de chercher les autres signes, d'autres pathologies ORL, pneumonie et autres associées. Mais je pense qu'en tout cas souvent c'est pour le bien du malade »(IDE, CSPS urbain, Zorgho)*

Toutefois, ces situations restent exceptionnelles

> *« C'est comme on dit c'est des cas rares. Et puis quand on va regarder en un mois ça ne va pas dépasser un malade pour cette couverture »* poursuit le même soignant.

A Zorgho, dans la majorité des cas, lorsqu'ils sont utilisés, les TDR négatifs ne sont pas diagnostiqués et traités comme des cas de paludisme simple. Les pratiques sont guidées par l'algorithme décisionnel. Les directives officielles occupent une place importante dans le diagnostic du paludisme et les prescriptions qui en découlent.

6.4.Perceptions des TDR chez les soignants

6.4.1. A propos des résultats des TDR

L'utilisation des résultats des TDR permet d'analyser la façon ceux-ci sont perçus par les soignants. On pourrait penser que la façon dont les soignants utilisent les résultats des TDR traduit leurs perceptions de l'outil. Or, en la matière, il n'y a pas forcément de corrélation positive. Les TDR sont l'objet d'une appréciation positive en ce qui concerne sa fiabilité, sa capacité à permettre un diagnostic clair et précis. On l'a vu concernant l'utilisation des résultats négatifs, rarement la fiabilité du TDR est mise en cause. Pour la plupart des soignants, même si ce n'est pas à 100%, les TDR restent fiables dans leur valeur prédictive

> *« Jusqu'à demain nous on fait confiance aux résultats du TDR sauf si on vient nous dire que le TDR n'est pas bon, sinon en tout cas nous on fait confiance au TDR puisque généralement il y a des positifs et il y a des négatif donc on fait confiance au TDR. Si on le faisait et que « chaque fois c'est négatif, là on allait se demander, ou bien si on faisait et que chaque fois c'est positif, là aussi on allait se demander. Mais comme il y a des positifs et des négatifs on sent que réellement c'est bien ».* (AIS CSPS urbain, Zorgho)

[14] Cela a été observé au cours d'une matinée consultation assurée par un soignant qui lors de notre entrevue de la veille avait pourtant insisté sur le fait qu'il n'associe pas de traitement antipaludéen lorsque le TDR est négatif. En cas de doute, il préfère demander la réalisation d'une goutte épaisse.

« Un problème lié au TDR ? Non ! On n'a jamais incriminé le TDR parce que les patients quoi qu'on dise ils arrivent et ils ne savent même pas qu'une toux même peut chauffer le corps parce que dès les premiers moments où nous même on était…Il y a eu une année où on a eu les TDR en avril comme ça, mais sur 30 malades vous n'avez pas de TDR positif donc nous on s'est dit « est-ce que les TDR là c'est de bonne qualité ? ». On est rentré en juillet : TDR positif, positif donc on a compris qu'en avril il n'y a pas cas de palu comme ça. Si vous regardez août, septembre là tout est TDR positif, mais actuellement c'est négatif et quand c'est négatif moi je ne mets pas un traitement anti-palustre ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

Les perceptions positives de la fiabilité des TDR se fondent sur l'hétérogénéité des résultats, c'est-à-dire que le fait d'avoir des résultats positifs et négatifs permet d'attester de la fiabilité du test. C'est pour cela que les défaillances qui peuvent être constatées – surtout les cas de résultats négatifs en présence de symptômes évocateurs du paludisme– sont dans la plupart des cas amputées à des facteurs externes à l'outil. La densité parasitaire, le type de parasite présent dans le sang, les conditions de conversation, la manipulation de l'outil, l'automédication antérieure à la consultation sont les éléments les plus mis en cause

« Puisqu'on peut souvent trouver le TDR négatif, si la personne a déjà commencé un traitement anti-palustre le TDR peut révéler négatif. Souvent, même si on donne un traitement une semaine avant, on peut penser à un palu mais comme il y a déjà un traitement instauré ça ne révèle pas positif… On a confiance au TDR mais je me dis que le traitement en cours peut éliminer certains parasites qu'on ne pourra pas détecter comme ça ». (AIS, CSPS urbain B, Kaya)

« Il y a beaucoup d'explication : ça peut être le TDR qui est un peu défaillant c'est une possibilité, mais aussi ça dépend du taux de parasitémie dans l'organisme, par exemple si le taux n'est pas assez tu peux prélever et avoir négatif parce qu'on a eu même des gens où on a fait le TDR c'est négatif mais quand on est allé faire la goutte épaisse c'était positif, donc ce n'est pas seulement la défaillance du TDR ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

« Nous sommes dans un coin où c'est le plasmodium falciparum qui est prédominant mais j'ai dit qu'il y a d'autres espèces de plasmodium que le TDR ne voit pas c'est vivax, ovale et autres, on peut également penser à ça, mais c'est à 2% donc on peut penser à ça aussi ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

Mais,

« Il y a des fois on est confus…Des fois on doute». (IB, CSPS urbain A, Kaya)

Toutefois, pour la plupart des soignants, le test reste fiable.

6.4.2. Les avantages et les inconvénients des TDR

« Les TDR sont venus assouplir les choses. C'est venu faciliter la prise en charge du palu. Si on a les TDR, rapidement on peut prélever le sang et voir si c'est négatif ou positif ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

« L'avantage c'est pour ne pas surcharger le malade. Tu peux faire un traitement palu alors que la personne n'a pas le palu, mais l'inconvénient c'est que ce n'est pas toujours fiable ça il faut le dire…Tu peux voir un malade qui présente tous les signes cliniques du palu sans

autre signe qui puisse t'amener à penser à autre chose alors que tu vas faire ton TDR et c'est négatif ». (IDE, CSPS urbain A, Kaya)

Bien que les soignants aient appris à les utiliser de manières différentes, et que les prescriptions ne tiennent pas toujours compte de leurs résultats, les TDR sont l'objet d'une appropriation positive aussi bien à **Kaya qu'à Zorgho**. Dans leurs discours et représentations, les soignants attribuent aux TDR plus d'avantages que d'inconvénients.

Les TDR sont perçus comme un outil facile à utiliser et très utile pour la prise en charge des malades. Cette utilité est saisie de prime abord dans l'aide au diagnostic et à la décision qu'ils favorisent. En effet, le diagnostic présomptif qui a longtemps prévalu dans la prise en charge du paludisme – entrainant des décisions incertaines – a conduit à des soins erratiques et pas forcément nécessaires pour le malade. La comparaison qu'ils font de la prise en charge sans les TDR et avec les TDR donne tout son sens à l'appréciation positive des TDR par les soignants.

« Avec le TDR c'est plus simple pour moi. En tout cas pour moi c'est simple parce que tu es sûr que c'est le palu l'autre là c'est tâtonnement comme j'aime le dire ; peut-être la personne va dire « j'ai courbature, j'ai arthrose » ou bien la fièvre est là, peut-être qu'il y a une infection, peut-être sérodiagnostic à faire. Tu vois que la fièvre typhoïde ressemble au palu, on peut traiter le palu or c'est la fièvre typhoïde et pourtant les signes se ressemblent, donc le TDR montre vraiment qu'il y a le palu sincèrement je préfère le TDR à 100% ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

« C'est comme je l'ai dit tu peux être devant un cas ou tu es en train de juger « est-ce que c'est un palu ? Est-ce que c'est telle maladie ? », tu es en train de juger, mais si tu fais le TDR et que c'est un palu, tu traites le palu, dans le cas contraire tu peux penser maintenant à une autre maladie alors qu'avant on faisait un jugement alors qu'il peut arriver qu'on pose un faux diagnostic, on fasse un faux traitement. En tout cas ça nous aide dans nos consultations ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

« En tout cas ça nous a apporté un plus parce que je pense qu'avec les TDR, le traitement ce n'est plus du tâtonnement parce que sans TDR je pense que c'est du tâtonnement, tu penses résoudre le problème du malade alors que tu n'as pas traité son mal ». (AIS, CSPS rural Zorgho).

« Ça a spécialisé notre consultation ! Là on est sûr du traitement qu'on conduit avec les TDR, c'est ça ! le diagnostic positif est là donc le traitement devient très facile. On ne traite plus à l'aveugle, mais à partir du TDR on sait ce qu'on fait, à quoi on aboutit ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Les TDR facilitent donc le diagnostic du paludisme, permettent de poser un « diagnostic différentiel » des symptômes, un diagnostic précis, et de dispenser des soins appropriés et rationnels :

« Ça nous fait plus de travail mais ça nous permet de faire de bons diagnostics. Par exemple un enfant qui vient avec une fièvre et il tousse tu fais le TDR c'est négatif, tu prescris soit amoxicilline soit cotrimoxazole avec du paracétamol au lieu de prescrire un anti-palustre, antipyrétique, antibiotique, c'est beaucoup pour l'enfant. Mais si on sait que ce n'est pas le palu l'enfant prend moins de produit qui agit rapidement. Si l'enfant n'a pas le palu et que tu prescris l'anti-palustre l'enfant prend ça inutilement peut-être que l'enfant va prendre ça et refuser de prendre l'antibiotique qui va agir contre sa toux. En tout cas ça nous a beaucoup soulagés parce que ça nous permet de nous situer. Il y a des femmes qui viennent

« mon enfant a le palu », tu fais le test et c'est négatif tu lui dis que ce n'est pas le palu, tu demandes « mais est-ce que l'enfant tousse ? » elle dit « oui », tu soignes la toux ou si c'est la diarrhée, tu soignes ça réduit aussi le coût de l'ordonnance et ça traite mieux » : (IB, CSPS rural, Kaya)

Pour ce soignant du **milieu rural de Zorgho** :

« *…C'est ça l'avantage des TDR, ça te permet de poser un diagnostic clair et de traiter vraiment ce que la personne …Avant là, on ratissait large. C'était : « tout cas de fièvre = palu », la définition c'était : « corps chaud = traiter palu d'abord », mais maintenant, la définition a changé, c'est : « palu = fièvre + TDR positif ». Avec les TDR, ça nous aide beaucoup, on ne bombarde plus les gens de médicaments. Sans les TDR, dès que la personne parle de fièvre et autre chose, on traite les deux. On traite le palu. Or parfois les gens n'ont pas besoin d'antipaludéens, mais ont met ; comme ça si ce n'est pas l'un, c'est l'autre, s'il y a le palu au moins ça va traiter ça. Moi, je sais qu'il y a des gens qu'on a bombardés de médicaments contre le palu alors que ce n'était pas ça. On ratissait large quoi ! Mais avec les TDR, c'est clair et ça permet aussi de réduire les coûts financiers pour les gens, sinon tu vas passer ton temps à traiter, les gens vont aller et revenir à chaque fois, toi-même finalement on va dire que tu n'es pas compétent ».*

La réduction des coûts financiers des soins induite par l'utilisation des TDR est plus évoquée par les soignants de **Zorgho** (aussi bien en milieu urbain comme en milieu rural), où les populations éprouvent des difficultés à assurer les soins et où il n'existe pas de système d'exemption des soins pour les enfants de moins de 5 ans comme à **Kaya**. En effet, le contexte d'offre de soins marqué par une gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans d'un côté et un paiement des soins pour les enfants de l'autre côté justifierait en partie cette perception des soignants qui voient en l'utilisation des TDR un moyen de soulager les populations.

« Les TDR c'est un produit qu'on est venu nous alerté comme ça et nous montrer. Ils ont donné le chemin voilà, et en appliquant on trouve que c'est très bien, c'est faisable, ya pas beaucoup de chose qui manque, ya des tampons, ya des lancettes et puis ça aide beaucoup. Surtout quand tu fais le TDR et puis c'est positif ça t'oriente rapidement que c'est le mal qui fait ça, au mieux ça diminue la charge de nos parents puisque avant il fallait demander la goutte épaisse qui coutait 300f mais le temps que le malade va aller au laboratoire avoir ses résultats et revenir il souffre, mais comme le TDR est sur place et gratuit vraiment c'est très bien ». (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

« Par exemple si tu fais un test et puis c'est positif, tu sais que tu es devant un cas de palu ; et puis on peut dire aussi que les TDR aident parce que tout le monde…Côté financier ce n'est pas toute la population qui a accès à une goutte épaisse ; même si tu trouves que 500f ce n'est pas cher, tout le monde ne peut pas avoir 500f pour aller faire une goutte épaisse, donc on peut dire que les TDR d'une part ça aide. Ça soulage des malades ». (IDE, CSPS urbain, Zorgho)

En permettant aux soignants de faire des prescriptions appropriées et rationnelles, les TDR leur offrent aussi l'occasion de renforcer leurs compétences et partant leur crédibilité vis-à-vis des malades. Ils se présentent comme une occasion d'acquisition de nouvelles connaissances dans leurs pratiques professionnelles ainsi que l'explique ce soignant du **CSPS urbain de Zorgho** :

« Avant et après les TDR franchement dit moi, je me dis que ça a beaucoup amélioré mes connaissances en matière de diagnostic parce que ça m'a permis de comprendre que toute

fièvre n'est pas palu, aussi parce qu'à l'époque on nous avait fait faire des trucs dans tous nos recyclages que nous avons eu : on disait que tout patient qui rentre avec une fièvre on doit d'abord penser au palu, mais avec la venue des TDR moi ça m'a permis de comprendre que non toute fièvre n'est pas un paludisme, que le palu peut cacher une autre maladie et que la fièvre peut être source d'une autre maladie à part le paludisme, donc en ce moment donné…Donc finalement je me suis dis s'il y a plus de TDR ici comment nous allons consulter ? Donc j'encourage à ce qu'il n'y ait pas de rupture cela est très bien ».

Et cet autre soignant du **CSPS urbain B de Kaya** :

« Ça ne me dérange pas, au contraire ça nous prépare dans nos vies professionnelles parce qu'en faisant le TDR tu es sûr de ton diagnostic, y a pas de tâtonnement et tu sais pourquoi tu as fait. Dans ton concours aussi on peut te poser la question et tu peux te rappeler quand tel patient est rentré y avait ces signes-là j'ai fait le TDR et ça a marché ».

« L'avantage du TDR c'est l'exactitude du diagnostic déjà. Ça nous permet de diagnostiquer en tout cas le paludisme simple et le paludisme grave donc c'est l'exactitude du diagnostic. Si le TDR est positif tu sais que le palu que tu as dit est vrai palu…et quand le diagnostic est juste vous savez quel traitement prescrire ça va vous orienter le malade sera guéri et si le malade est guéri ya une bonne image de la formation sanitaire ça va augmenter la fréquentation « ha je suis allé à G. là-bas les soins sont de qualité » c'est parce que vous avez diagnostiqué juste, que vous avez proposé un traitement correct et si le malade aussi suit il sera guéri vous voyez que c'est une publicité pour la formation sanitaire donc je peux dire que ça là c'est du markéting…Et puis aussi je crois que ça renforce les compétences de l'agent de santé. Si vous diagnostiquez vrai ça veut dire que vous êtes compétents à partir des TDR ça c'est juste, vous recherchez encore d'autres signes encore ça veut dire qu'en ce moment vous n'êtes pas cantonné que sur le palu seulement, ça veut dire que quand vous avez quelque chose aux résultats du TDR, vous êtes amené à rechercher d'autres signes encore quitte à soulager le malade ça c'est des avantages comme çà ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

Les TDR permettent également aux soignants d'améliorer leurs pratiques professionnelles en les emmenant à rechercher d'autres étiologies en cas de fièvre qu'ils traitaient systématiquement comme un paludisme avant l'introduction des TDR

« Bon, l'avantage principal là ça nous permet vraiment de tirer au clair le diagnostic du palu à plasmodium falciparum. Vraiment ça, à 99%, c'est ok ! Donc ça nous permet de ne pas bombarder le malade avec des ACT. Quand un TDR est négatif ça nous permet d'avoir également un autre œil sur autre pathologie qui serait vraiment en-dessous ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Les TDR permettent ainsi de faire des prescriptions appropriées

« Le diagnostic à partir du TDR est mieux moi je pense, parce que toi-même tu es convaincu, le TDR a révélé positif, tu poses ton diagnostic, tu mets ton traitement, tu sais que tu n'es pas passé à côté…De fois tu es sur que c'est le palu, tu traites le malade revient, peut-être quand il venait là, il est venu tout seul, mais tu traites son palu, il revient et on le trimbale, on vient le coucher alors que si c'est le TDR qui a confirmé le palu à moins que le produit ait des effets secondaires sinon le palu va partir ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

« D'abord ça nous rend très fier de ce que nous faisons parce que c'est un diagnostic clair et net, et surtout quand on traite un patient avec un diagnostic bien clair et que le patient revient vous voir pour dire que tout s'est bien passé vraiment le soulagement moral moi personnellement, ça me touche beaucoup et ça me rend beaucoup fier et ça me donne le

courage de continuer dans le travail… ça me rend plus compétent, ça me donne une assurance de savoir que ce que je fais est bien, ça donne des résultats probants et c'est un soulagement pour moi ». (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

« En tout cas l'ancien système est fatiguant, quand il y avait le TDR on diagnostiquait facilement, mais comme ça tu peux dire que c'est un palu tu diagnostiques sans savoir parce que c'est un tâtonnement et tu n'es pas sûr, pourtant avec le TDR c'était précis, on constatait avec ça si vraiment c'est positif tu traites le palu et puis ça marche » (AIS, CSPS urbain B, Kaya)

De façon générale, les TDR bénéficient d'une appropriation positive chez les soignants, cependant ils leur trouvent aussi quelques inconvénients qu'ils perçoivent plutôt comme des difficultés liées à l'utilisation de l'outil. L'un des inconvénients évoqués par tous les soignants, aussi bien à **Kaya** qu'à **Zorgho**, est le manque de gants pour la réalisation du TDR, une situation qui les expose davantage aux risques. Dans les directives sur les TDR, le port de gants fait partie des étapes pour la réalisation des tests (Cf. annexes). Or, les gants ne sont pas fournis avec les lots de TDR que les soignants reçoivent dans les centres de santé. Il appartient donc à chaque soignant de prendre ses dispositions pour réaliser les TDR selon les directives. Du fait que le test nécessite un prélèvement sanguin, donc du contact qu'il peut y avoir avec le sang dans la manipulation de l'outil, le manque de gants pour la réalisation du TDR expose à la fois le soignant et le malade aux risques de contamination par certaines maladies

« En tout cas les difficultés ça ne manque pas les TDR sont là, il n'y a pas de gants ! Tu vois qu'on est exposé parce que de fois tu peux te retrouver en face d'un malade tu vois que tu dois porter des gants pour faire le TDR et il n y a pas de gants. Tu vas dire au malade d'aller payer des gants pour venir on va faire des TDR après ça peut être mal interprété. Puisque ya pas de gants donc c'est ça les difficultés. Depuis ce matin que tu es là est-ce que tu as vu gants ? Même à G. quand tu es partie là est-ce que tu as vu des gants ? Donc je peux dire qu'on est exposé et ce n'est pas intéressant ». (IDE, CSPS urbain Zorgho)

« Moi je ne fais pas sans gants ! Peut-être qu'il y a des gens qui font sans gants mais moi je ne fais pas sans gants. Vous savez avec le VIH et autres là tu n'es pas dans les conditions, tu veux forcer. Moi je ne fais pas de TDR sans gants parce que c'est très dangereux, parce que souvent tu vas faire le TDR le sang de l'enfant va tâcher tes mains vraiment ce n'est pas intéressant de vouloir manipuler le test comme ça, et de fois même celui à qui tu veux faire le TDR sans gant, cette personne aussi est exposée, genre un agent de santé qui est malade et il veut faire le TDR a un enfant il peut le contaminer, donc il faut être vraiment dans les conditions pour pouvoir faire le test il n'y a pas de racolage dans ça ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

On nous a dit qu'il faut porter des gants pour faire le TDR mais on nous a jamais doté de gants pour la réalisation des TDR là également, tu es là mains nues en train de manipuler le sang. (AIS, CSPS rural Zorgho)

Cette perception porte surtout sur la réalisation du test chez les enfants

« Des difficultés c'est comme surtout chez les enfants pour faire ce n'est pas facile des enfants qui sont délicats souvent tu peux en tout cas t'infecter et encore il faut prescrire des gants pour pouvoir mettre. Si le TDR était accompagné de gants en tout cas c'était mieux. N'eut été ça la personne va rentrer il commence les signes alors tu vois qu'il faut TDR, il faut prescrire pour que la personne parte payer les gants pour revenir ça aussi ça prend du

temps mais si c'était compris avec des gants en tout cas là ça allait aider mieux le travail ». (IB, CSPS urbain, Zorgho)

« C'est facile à utiliser l'outil seulement le seul inconvénient c'est que ce n'est pas accompagné de gants d'examen. On fait, on réalise comme ça sans gants c'est ça le seul inconvénient. On est en contact direct avec le sang surtout avec les enfants, on n'arrive pas à bien piquer le doigt » (IB, CSPS urbain A, Kaya)

Le manque de gants peut dans certains cas constituer un motif d'absence de réalisation des TDR (Badolo et al. 2010)

« Actuellement on est tombé en rupture de gants donc on ne peut pas faire de TDR il n'y a pas de gants au dépôt comment on va faire les TDR ?…Donc vous voyez ce sont des situations qui peuvent en tout cas jouer sur l'utilisation des TDR ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

« Ce n'est pas possible ! Pas de gants pas de TDR ! ». (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

Mais il s'agit de situations exceptionnelles car même si le manque de gants est fustigé par les soignants, cela ne les empêche pas de réaliser les TDR, parfois à mains-nues

« Nous on a fait des TDR à mains nues …Si nous on voit que les gants sont finis mieux vaut faire TDR que d'aller faire TV (Toucher Vaginal) les mains nues. La gestion n'est pas facile, quand je fais l'inventaire je regarde il nous reste un paquet de gants mieux vaut déposer ça à la maternité et puis faire TDR là sans gants que d'aller faire TV là à mains nues ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

« On fait de fois les TDR sans gants comment on va faire ? Par exemple si l'intéressé te dit qu'il n'a pas d'argent et puis toi aussi tu n'as pas de gants et comme c'est un examen, si tu sais le pratiquer tu peux le faire sans gants, ça ne pose pas trop problème ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Soit, en demandant aux malades d'en acheter

« On ne peut pas dire qu'il n'y a pas de gants mais on ne va pas réaliser le TDR. Bon il y a une proposition concrète mais en ce moment l'ordonnance va prendre un coup sinon s'il n'y a pas de gants, on va prescrire et c'est le malade qui va payer. C'est vrai que c'est 100 francs, mais ça fait un coup pour la population ». (AIS, CSPS rural, Zorgho)

Soit, en constituant un stock personnel, comme un soignant du CSPS urbain de Zorgho :

« Tout de suite vous avez vu que je suis partie chercher des gants à quelque part, c'était pour aller chercher des gants que moi-même j'ai réservé spécifiquement comme ça parce que les TDR ne viennent pas avec des gants. Maintenant, un patient qui vient avec 40 de fièvre ou un enfant qui convulse on ne peut pas lui dire « va à la pharmacie payer des gants pour venir pour qu'on puisse faire le TDR », c'est difficile on a essayé de faire comprendre mais jusque là on ne nous a pas encore satisfait c'est pourquoi moi j'ai mes propres gants à côté, je les utilise en cas d'urgence au lieu de faire des va et vient pour les patients. Je crois que souvent c'est ça aussi quoi ! à quelque part il faut aussi contribuer à avancer les choses on ne peut pas tout réclamer à tout le monde et à tout moment…Je fais tout le temps les TDR avec les gants sauf en cas de force majeur ».

« Si tu as des gants, tu portes tes gants, sinon il n'y a pas de gants disponibles mais moi je paie des gants mais il y a des moments où ça ne nécessite pas de porter de gants ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Ou encore :

« *En prenant nos précautions. Si tu finis tu pars laver proprement tes mains…Quand il n'y a pas de gants tu essaies de jongler pour que le sang ne te touche pas. On essaie d'attraper le doigt de l'enfant, tu écartes loin ta main et tu prélèves la goutte que tu veux et la mère va essuyer, mais en ce moment c'est formation commando parce que tu ne peux pas trimbaler le sang comme ça ; tu veux faire TDR mais il n'y a pas de gants, ce n'est pas facile surtout si tu prends le carnet et il y a le rouge dedans tu sais que la mère est séropositive tu veux faire le TDR et il n'y a pas de gants ce n'est pas facile »* explique un IB d'un CSPS rural de Kaya

A Kaya, certains soignants profitent de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans pour s'approvisionner en gants afin de faire les TDR, aussi bien aux enfants qu'aux adultes :

« Avec l'exemption de paiements des soins là, moi je prescris l'ordonnance d'une boîte de gants et c'est avec ça que je fais les TDR, et pour les enfants de moins de 5ans et pour les adultes, eux aussi ils vont bénéficier de gants ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

« Chez les enfants de moins de 5ans il y a SAVE qui donnent des gants, chez les adultes on ne peut pas le faire –c'est-à-dire que lutter contre la pauvreté c'est vraiment une prescription rationnelle, faire moins dépenser le patient ce n'est pas facile, c'est une autre charge– c'est vrai qu'ils n'ont pas demandé les TDR, c'est nous qui leur avons proposé, donc c'est normal qu'on ait les gants. On fait notre travail avec en même temps...Hier même vous avez vu que j'ai pris c'est écrit "enfant de moins de 5ans", mais ça ne reste même pas beaucoup ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Les TDR sont aussi perçus par des soignants comme une charge de travail supplémentaire et un facteur d'allongement de la durée de la consultation

« Ça prend plus de temps et ça augmente la charge de travail… Par exemple si tu es seule, tu dois écrire sur le registre, le carnet, te lever pour faire TDR, venir t'assoir 10 à 15 mn pour attendre le résultat, ça allonge le temps de la consultation ». (IB, CSPS urbain A, Kaya)

« Ce qui est fait ici c'est peut-être la charge de travail qui est un peu élevée parce que quand tu piques il faut attendre les résultats d'abord pour faire passer l'autre pendant que les patients sont impatients comme on le dit puisque si tu piques il faut attendre 15mn après maintenant si c 'est positif une minute après même le trait apparaît. Si tu n'es pas seul, peut-être l'autre peut faire, mais si tu es seul tu vas prendre les constances tu viens piquer tu attends de faire ton ordonnance. Donc peut être c'est la charge du travail sinon les TDR ne sont pas venus pour dire même dans la conduite de l'interrogatoire là ya certains aspects sur lesquels il faut passer non ! On ne passe pas ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

« La charge de travail a augmenté parce que le temps que tu devais prendre avec un patient c'est court par rapport au temps que tu dois prendre quand tu dois utiliser un TDR donc du coup on prend plus de temps avec un patient, donc vraiment la charge de travail a augmenté ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

Cette contrainte est surtout vécue en période hivernale où les centres de santé connaissent une grande affluence. La gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, est un facteur

qui accentue cette perception dans les centres de santé de Kaya qui connaissent une grande fréquentation, quand bien même ce n'est pas la période hivernale (perçue comme à risque d'épidémie de paludisme). Il s'en suit une mise en place de stratégies d'adaptation à cette innovation marquées par l'implication d'agents non habilités par les normes officielles dans la prescription des TDR, en l'occurrence les AIS et les stagiaires des écoles de santé, une réorganisation du déroulement de la consultation en période de grande affluence[15] et même parfois une prescription sélective des TDR.

6.5.Les mères et TDR

6.5.1. Gestion des suspicions de paludisme

Le paludisme est appelé localement *weogo*. C'est le terme qu'emploie aussi bien les soignants que les mères lorsqu'ils veulent parler du paludisme dans la langue véhiculaire *mooré.* Le paludisme est l'objet de plusieurs représentations auxquelles se sont intéressés nombre d'auteurs dans différents contextes (Faye, 2009 ; Bonnet, 1986). Outre cette appellation locale, les populations se sont appropriées le diminutif de l'appellation française qui devient « palu ». Notre objectif ici, n'est pas d'aborder les représentations populaires du paludisme, mais de voir la manière dont les mères gèrent les suspicions de paludisme dans un contexte de soins de santé modernes.

Pour la plupart des mères rencontrées, les maladies de l'enfant de façon générale et les suspicions de paludisme de façon particulière, sont désormais l'objet d'un recours aux centres de santé pour une prise en charge médicale. Ce sont les symptômes présentés par l'enfant qui leur permettent de soupçonner le paludisme. Les symptômes majeurs qu'elles évoquent sont le « corps chaud »/fièvre, les céphalées (qu'elles diagnostiquent par les pleurs incessants de l'enfant), les vomissements et aussi la diarrhée.

> *« Ça commence par des maux de tête, il ya certains qui vomissent…Il a le corps qui chauffe, il a mal à la tête ».* (WA, mère CSPS urbain B, Kaya)

> *« De fois il vomit, des fois c'est du vomit jaune et si l'enfant a le corps très chaud tu sais que c'est le palu donc il faut l'amener au centre de santé ».* (SA, mère, CSPS rural, Kaya)

> *« Il y a certains qui vomissent du vert, d'autres font la diarrhée liquide souvent c'est plusieurs fois dans la journée, mais d'autres aussi c'est peut-être une fois par jour ; en ce moment tu sais que c'est le palu et donc il faut l'amener au centre de santé sinon si s'aggrave c'est difficile ».* (TA, CSPS rural, Zorgho)

> *« La première des choses il y a la fièvre qui est là, parfois l'enfant frissonne et la plupart chez mes enfants c'est accompagné de toux et rhume. De fois tu va penser que c'est le rhume*

[15] Par exemple une soignante a rapporté que pendant la saison épidémique, les malades étant nombreux, les TDR étaient systématiquement réalisés pour tous pendant les causeries éducatives qui précèdent la consultation individuelle. Ainsi, les résultats étaient disponibles avant que le malade soit reçu individuellement, ce qui permettait aux soignants de remédier à l'allongement de la consultation induit par l'attente des résultats. Dans les CSPS urbains où l'effectif du personnel est plus élevé et où des locaux sont disponibles, comparativement aux zones rurales, les soignants disent ouvrir une deuxième salle de consultation afin gérer l'affluence.

mais il y a le palu aussi qui est là. Il y a un lui ce qui me fait dire que c'est le palu, il fait la diarrhée ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

En présence de ces symptômes, elles pensent bien souvent à une crise de paludisme et disent recourir au centre de santé pour les soins. Toutefois, l'état fébrile est dans bien des cas traité d'abord à domicile avec du paracétamol, avant le recours au centre de santé lorsque l'état de l'enfant ne s'améliore pas.

« Si c'est pour le corps chaud, si du paracétamol est disponible on lui donne le paracétamol avant de l'amener à l'hôpital, mais s'il n'y a pas de médicament c'est là-bas qu'on va prendre les médicaments ». (SM, CSPS urbain A, Kaya)

« Avant de l'amener au centre de santé on lui donne d'abord du paracétamol. Par exemple si ça commence la nuit on lui donne du paracétamol et si le lendemain soir ça ne va pas on l'amène au centre de santé ». (KS, CSPS rural Zorgho)

« Des fois c'est le paracétamol qu'on garde de fois à la maison. Par exemple quand on achète en pharmacie pour un traitement -surtout pendant les vaccinations il faut qu'il y ait du paracétamol pour aider les enfants- et s'il en reste dès que l'enfant tombe malade on lui donne ça avant d'aller au centre de santé ». (OZ, CSPS urbain, Zorgho)

A Kaya, il a été constaté un recours massif des mères aux centres de santé, une situation que les soignants expliquent par la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. **A Zorgho**, la proportion d'enfants reçus en consultation était plus ou moins égale à celle des adultes. Pour les soignants, cela est lié au fait que nous n'étions pas en période hivernale où le paludisme sévit, particulièrement chez les enfants.

6.5.2. Connaissances sur les TDR

Il n'existe pas d'appellation locale consacrée pour les TDR tant à **Kaya** qu'à **Zorgho**. Les populations n'ont pas un terme consacré pour les TDR. Elles s'y réfèrent par des éléments liés à sa nature et à sa manipulation : « *ziima yankre* : l'enlèvement de sang➔ prélèvement sanguin », « *palu wa testa* : le test du palu ».

Seule une mère à Zorgho a nommé l'outil par son appellation française

« J'entends souvent dire TDR…Même à l'hôpital les infirmiers disent souvent on veut faire les TDR pour voir si c'est le palu ou pas ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

Les connaissances des mères sur les TDR sont limitées. Certaines n'en connaissaient pas l'existence avant que leur enfant n'en bénéficie au centre de santé

« Je n'avais jamais entendu parler de ça, c'est quand je suis venue ici et je les ai vu faire ça, sinon avant je ne savais pas qu'on le faisait ». (KA, CSPS rural, Zorgho)

« C'est quand je suis arrivée au centre de santé que j'ai su sinon je n'avais jamais entendu quelqu'un parler de ça. C'est quand je suis venu ici et puis ils ont fait le test que j'ai su ça. Je pense que c'est parce que l'enfant avait le corps très chaud qu'ils ont enlevé le sang pour savoir c'est quelle maladie ». (OP, CSPS urbain, Zorgho)

D'autres en avaient entendu parler par le biais des membres de leur entourage

« C'est par les dires des gens que nous avons appris que pour soigner il faut rechercher d'abord la maladie avant de soigner sinon ce ne sont pas les agents de santé qui m'ont parlé de ça… Ce sont des gens qui sont allés se soigner et qui reviennent nous dire et quand nous allons aussi on accepte mais au début on refusait de faire le test ». (OA, CSPS urbain B, Kaya)

« En tout cas les femmes en parlaient de temps en temps …Elles disaient que si tu va au centre de santé maintenant ils font le test de palu et que le traitement est efficace » (WA, CSPS rural, Zorgho)

« J'ai ma coépouse qui m'avait déjà dit qu'elle était venue au centre de santé pour faire le test mais elle m'a dit que c'était le test du SIDA, mais quand je suis venue et on a fait le test j'ai su que c'était le palu parce que major même a dit ce jour là qu'il veut faire le test du palu à l'enfant pour voir si c'est le palu , et puis pendant ma grossesse aussi on m'avait fait le test du palu ». (KS, CSPS rural, Zorgho)

« Une personne était venue me dire que maintenant au centre de santé les agents de santé ont commencé une nouvelle pratique, ils enlèvent le sang pour regarder et après ils disent de quoi tu souffres… Ma coépouse… elle a dit que ce n'est plus comme avant on posait seulement des questions et on prescrivait les médicaments là, maintenant ils enlèvent le sang et après ils voient la maladie qu'ils traitent ». (TF, CSPS rural, Zorgho)

D'autres encore ont connu les TDR grâce à l'enquête « palu » de l'IRSS au cours de laquelle leurs enfants en avaient bénéficié à domicile

« Ce sont des gens qui sont venus à la maison …Ils ont dit que l'enfant a le palu et ils nous ont même donné un papier et nous sommes venus prendre des médicaments au centre de santé…Ils ont dit que c'est pour rechercher le palu dans leur corps… Ils ont mis quelque chose comme de l'eau –peut-être que c'est un médicament– sur du coton et ils ont enlevé le sang pour regarder. Quand ils ont regardé ils ont dit que c'est le palu et ils nous ont dit d'aller au CSPS qu'il a le palu ». (SI, CSPS urbain B, Kaya)

Ceux qui ont fait le test à la maison, ils se sont promenés de maison en maison… Ils sont d'abord venus à la maison l'année passée et pendant la saison des pluvieuse ils sont revenus. (OH, CSPS rural, Kaya)

Toutefois, pour la plupart d'entre elles, il s'agit de connaissance sur le processus de l'acte.

« Quand tu arrives c'est le bout du doigt qu'on pique pour prélever le sang, il y a un truc comme le plastique ils mettent le sang là bas ». (SA, CSPS urbain B, Kaya)

« Ils ont quelque chose qu'ils piquent au doigt ils enlèvent le sang avec une autre chose avant de mettre encore dans une autre chose pour regarder ». (OH, CSPS rural, Kaya)

« Ils nettoient le bout du doigt de l'enfant avant de piquer pour enlever le sang, après ils regardent et ils donnent un papier pour aller prendre des médicaments ». (OS, CSPS rural, Kaya

« Ils ont piqué le doigt de l'enfant pour enlever le sang…Ils enlèvent le sang et ils mettent dans une chose comme ça et ils prennent comme un bois, ils le soulèvent pour regarder, mais je ne peux pas vous décrire la façon dont ils regardent-là ». (TF, CSPS rural, Zorgho)

« Ils ont piqué le doigt, ils ont mis (le sang) dans quelque chose et puis ils ont regardé. (OZ, CSPS urbain, Zorgho)

« Ce qu'ils utilisent au CSPS là, ils prélèvent le sang, ils mettent dans un petit truc et ils utilisent un liquide qu'ils mettent dedans. Si tu vois apparaitre les deux traits on te dit que c'est le palu ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

Si des mères connaissent l'existence des tests du fait que leurs enfants en ont bénéficié (au dispensaire ou à domicile), elles restent peu prolixes sur leurs objectifs. Les discours font état de test sanguin pour détecter des pathologies. Certaines évoquent le paludisme

« Quand tu pars ils ont quelque chose qu'ils prennent pour prélever le sang pour regarder…c'est pour chercher le palu… parce que c'est ça qui fréquent chez les enfants et chez les femmes enceintes c'est pour cela je pense que c'est le test de palu ». (SA, CSPS rural, Kaya)

Moi aussi je pense que c'est le test de palu…je pense que s'il y a d'autres maladies ils vont nous aider. (WA, CSPS rural, Zorgho)

Mais le test permet aussi de rechercher d'autres maladies pensent les mères.

« Quand on fait le test c'est pour voir si c'est le palu ou s'il y a d'autres maladies que l'enfant a selon moi c'est comme ça ». (OP, CSPS urbain, Zorgho)

« C'est pour rechercher beaucoup de maladies parce qu'en enlevant le sang-là ils peuvent retrouver aussi le SIDA. Quand ils enlèvent le sang comme ça là, c'est pour rechercher plusieurs maladies ». (TF, CSPS rural, Zorgho)

Je pense qu'en faisant ce test là s'il ya aussi d'autres maladies on pourra les détecter. (SM, CSPS urbain A, Kaya)

Le test est même parfois assimilé au test du VIH

« Quand ils disent que c'est le palu en ce moment on sait de quelle maladie il s'agit sinon je ne sais pas si c'est le SIDA ils veulent chercher, qu'est-ce qu'ils veulent rechercher ». (OA, CSPS urbain, Kaya)

« La femme qui m'avait donné les informations-là m'a dit que la deuxième fois qu'elle est venue ils voulaient enlever le sang mais elle a refusé parce qu'elle croyait que c'était le test du SIDA. Comme avant on forçait les gens pour faire le test elle croyait que c'était ça ». (KS, CSPS rural, Zorgho)

La plupart des mères ignorent le but de l'acte, pour elles, il s'agit d'un nouvel outil que les soignants ont reçu pour « aider » les malades, pour savoir ce que l'enfant a.

« C'est pour voir quelles sont les maladies qui sont dans ton organisme afin de pouvoir soigner ». (WA, CSPS rural, Zorgho)

« C'est pour nous aider à savoir ce qu'il a pour le soigner ». (SA, CSPS urbain B, Kaya)

Seule une mère à Zorgho a pu donner des explications

« En tout cas un infirmier qui fait ça la première des choses c'est pour écarter le doute. S'il ne fait pas ça il peut penser que c'est le palu il te soigne tu pars ça ne va pas tu reviens, mais avec ça en tout cas il est rassuré que c'est le palu et il sait quoi faire ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

L'enquête a révélé dans l'ensemble que les connaissances des mères sur les TDR sont limitées. Ce déficit de connaissances a été plus constaté chez les mères d'enfants à Kaya. Les attitudes des mères pendant les consultations, les informations issues des échanges informels et formels avec elles, confirment cela. Ce déficit a été davantage observé chez les mères du milieu urbain comparativement à celles du milieu rural. Cela pourrait s'expliquer par le défaut de communication autour des TDR qui a par ailleurs été constaté pendant les consultations. Le déroulement des consultations a en effet mis au jour une faible voire une absence de communication entre les soignants et les malades sur la réalisation des TDR. Surtout en ce qui concerne la proposition du TDR, la communication des résultats, l'information préalable du malade ou de la mère lorsqu'il s'agissait des enfants. Les soignants lors des entrevues soutiennent qu'ils donnent des informations aux mères avant de réaliser un TDR

« Moi en tout cas je lui dis pourquoi je fais, même si on est bousculé, c'est le minimum : « voila on va enlever le sang c'est pour voir si l'enfant a le palu »…Je pense que moi je le fais en tout cas parce que rien ne sert de le faire et puis ne rien dire qu'est ce qu'il va aller dire on a enlevé mon sang on ne m'a rien dit vous voyez que c'est gauche ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

« Comme on dit on ne peut pas traiter un malade comme ça sans l'avertir et généralement ce sont les enfants, mais il faut dire à la maman « on va procéder à un test pour voir si l'enfant n'a pas le paludisme » et généralement elle ne refuse pas, on lui fait comprendre " voilà, ça ne prend pas du temps, ça ne fait pas mal, c'est un petit trou et on prend une petite goutte" ». (AIS, CSPS urbain, Zorgho)

Or, dans la plupart des séances de consultations curatives que nous avons observées, il a été noté qu'il n'y avait pas vraiment d'échanges ni sur le but de l'acte, ni sur les résultats, ni sur les prescriptions qui en découlent. Les relations étaient bien souvent asymétriques. Les échanges ont lieu seulement entre soignants, et rarement les malades sont informés de leur diagnostic et du traitement qui leur est administré. Pour la plupart des TDR observés, il n'y a pas eu d'explications préalables sur le but de l'acte de la part des soignants ; un fait que les mères ont aussi relevé dans les entrevues. Des mères expliquent ici la réalisation des TDR chez leurs enfants :

« Je ne sais pas pourquoi ils ont prélevé le sang…Ils n'ont pas dit, pourtant j'aurai aimé savoir de quelle maladie il s'agit parce que moi-même j'avais peur ». (SM, CSPS urbain A, Kaya)

« Ils ne m'ont pas expliqué j'étais assise quand il est venu piquer pour prélever le sang donc je le regardais sinon ils ne m'ont rien dit ». (OA, CSPS urbain B, Kaya)

« Ce n'est pas bien mais on va dire quoi ? Normalement même ils doivent dire qu'ils vont faire le test et puis te donner les résultats mais ils ne m'ont pas demandé. Hier quand je suis rentré ils m'ont demandé l'enfant a quoi et puis les signes, je leur ai expliqué. Après maintenant l'autre s'est levé et a prélevé le sang, mais j'ai su que c'était le test du palu ». (SF, CSPS urbain A, Kaya)

Lorsqu'une relative communication était observée, il s'agissait le plus souvent des consultations assurées par les ICP, et elles consistaient essentiellement en une formule standard : « *nous allons enlever le sang pour voir si ce n'est pas palu/weogo* » ou encore « *Excusez-nous madame (lorsqu'il s'agit des mères) on va enlever un peu de son sang pour voir s'il n'a pas le palu/weogo* ». En milieu rural par contre, la communication était de mise même si elle portait essentiellement sur le but de l'acte.

> *« Il a dit qu'il va enlever le sang de l'enfant pour voir si c'est le palu ou pas »,* explique OS du CSPS rural, Kaya

> *« Quand je suis arrivé après la consultation ils m'ont dit qu'ils voulaient faire le test à l'enfant mais ils voulaient avoir mon consentement d'abord avant d'enlever le sang ».* (OH, CSPS rural, Kaya)

La réalisation de chaque TDR est précédée d'une formule « standard » qui renseigne sur la nature de l'acte, lorsqu'il s'agit de mère d'enfants : « *excusez madame, je vais enlever son sang pour voir si ce n'est pas palu* », pour les adultes : « *excusez, je vais enlever un peu de votre sang pour voir si ce n'est pas palu* ». Toutefois, dans les deux zones, les résultats sont rarement communiqués aux malades.

> *« Ils n'ont rien dit, ils ont seulement donné un papier je suis allée chercher les médicaments. Quand je suis revenue, ils m'ont montré comment donner les médicaments à l'enfant et quand je suis partie à la maison j'ai fait comme ils me l'ont recommandé et l'enfant a retrouvé la santé »* poursuit OS (CSPS rural, Kaya)

A Zorgho, l'enquête a révélé une relative communication autour des TDR pendant les consultations, contrairement à ce qui a été observé dans les CSPS urbains de **Kaya**. Que l'on soit en milieu rural comme en milieu urbain, les soignants informent souvent les malades ou les mères avant de pratiquer un TDR.

> *« Il a dit qu'il voulait faire le test pour savoir si c'est le palu avant de le soigner…Ils ont piqué le doigt de l'enfant pour prélever le sang et ils ont mis le sang dans un petit truc et après ils ont regardé. Après ils ont dit que c'est le palu que l'enfant a et donc j'ai acheté des médicaments pour lui faire une injection ».* (WA, CSPS rural, Zorgho)

> *« Il a dit qu'il va enlever le sang pour voir c'est quelle maladie et donc nous aussi on a accepté qu'il enlève ».* (OZ, CSPS urbain, Zorgho)

> *« Avant de le faire ils disent qu'ils vont enlever le sang de l'enfant pour regarder si ce n'est pas le palu…Dès qu'ils finissent seulement ils disent que c'est le palu qui fatigue l'enfant ».* (TA, CSPS rural, Zorgho)

> *« Moi je sais que j'ai déjà eu des explications au centre de santé par rapport à ça, mais il y a des fois on ne te dit rien, on fait l'examen seulement et on te prescrit les produits ».* (SC, CSPS urbain, Zorgho)

Ils leur donnent des explications sur le but de l'acte qui le plus souvent, se résument en la même formule qu'à Kaya : « *je vais enlever un peu de sang pour voir si ce n'est pas le palu/weogo* ». Toutefois, les résultats ne sont pas dans tous les cas communiqués. L'une des conséquences de cette communication est la relative connaissance dont disposent les mères de cette zone sur les TDR comparativement à celles que nous avons rencontrées à Kaya.

6.5.3. Appropriation des TDR

Dans cette section, l'analyse sera consacrée à la façon dont les mères réagissent face aux TDR. Elle portera sur l'appropriation des TDR, de leurs résultats, la nature des demandes formulées par les mères et leurs rapports aux prescriptions consécutives aux résultats des TDR.

> *« Il n'y a pas lieu d'avoir peur, quoi qu'il en soit ils vont enlever donc il faut seulement être serein et attendre qu'on fasse le test. Et puis c'est toujours mieux de savoir de quoi on souffre pour être mieux traiter ».* (OZ, CSPS urbain, Zorgho)

La plupart des mères ont déclaré n'avoir jamais refusé qu'un soignant « *enlève le sang* » de leur enfant que cela leur ait été proposé ou "imposé"

> *« Ils ont dit qu'ils voulaient faire le test pour savoir c'est quelle maladie et ensuite ils pourront le soigner et ils ont demandé si j'étais d'accord et j'ai dit oui ».* (TF, CSPS rural, Zorgho)

Les données issues des observations des consultations confirment d'ailleurs cette appropriation des TDR par les mères. Sur les 218 consultations observées, aucun cas de refus n'a été enregistré pour toutes les fois où des TDR ont été pratiqués. De même aucun soignant n'a déclaré avoir déjà été confronté à un cas de refus lorsqu'il a pris la décision de réaliser un TDR aussi bien chez un adulte que chez un enfant. Tous affirment que les mères ne sont jamais réticentes lorsqu'il s'agit de réaliser un TDR à leur enfant.

> *« En tout cas je n'ai jamais vu une femme qui a refusé à son enfant de faire le TDR, je n'ai pas encore croisé ça, elles aiment ça ».* (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

> *« Des réticences ? A mon niveau non ! Je n'ai pas encore rencontré, même chez les enfants tu expliques bien à la maman elle est contente et elle veut savoir ce que son enfant a, donc tu lui expliques avant de faire le TDR et elle est contente. Je n'ai pas encore rencontré un cas de refus à mon niveau ».* (IDE, CSPS urbain, Zorgho)

> *« Peut-être qu'ils vont faire des commentaires entre eux à la maison, mais ici en tout cas il n'y a pas eu de problème avec les hommes et les femmes qui viennent en consultation, je n'ai pas vu une femme dire de ne pas piquer son enfant, je n'ai pas vu un homme refuser qu'on le pique ; je pense qu'ils comprennent que ça fait partie des soins qu'on leur offre, donc ils acceptent ça facilement ».* (IDE, CSPS rural, Kaya)

Certains soignants soutiennent même, que ce sont parfois les mères qui demandent les TDR pour leur enfant. Des mères d'enfants, comme des malades adultes, viendraient en consultation spécialement pour les TDR

> *« Je n'ai pas encore vu un patient qui a refusé de faire le test. Il y a des gens qui viennent et ce sont eux mêmes qui vont demander à faire le test là "vous n'allez pas prendre le test pour faire ? Il y a mon enfant qui a le corps chaud est-ce que vous n'allez pas faire le test ?"».* (AIS, CSPS urbain A, Kaya)

> *« (...) et puis entre temps quand il y avait une petite rupture les femmes demandaient on n'enlève plus le sang. On dit les tests sont finis on va aller chercher. C'est une question*

d'habitude c'est bien d'habituer les gens. Ils savent que c'est pour la bonne santé de leurs enfants, on n'enlève pas pour enlever ». (IDE, CSPS urbain B, Kaya)

Mais cela ne l'est pas forcément partout. Des soignants en milieu rural ont souligné le fait que les TDR ne sont pas toujours l'objet de demandes spécifiques de la part des malades ou des mères d'enfants

« Moi je pense qu'il n'y a pas quelqu'un qui vient expressément demander des TDR et quand ils viennent en tout cas c'est à nous de leur proposer et quand on propose ils ne refusent pas sinon personne ne peut se lever de façon délibérée venir nous dire d'enlever son sang pour voir ou pas ». (IB, CSPS rural, Zorgho)

« Par rapport au TDR là je n'ai pas encore vu une femme demander un TDR, je n'ai pas encore une femme qui se plaint parce qu'on a piqué son enfant, peut-être que comme nous sommes au niveau communautaire, ils ne connaissent pas trop ce que nous faisons je pense qu'elles se disent que ce que nous faisons fait partie des soins c'est pour aider leurs enfants donc il n'y a pas de réclamation au niveau des soins par rapport au TDR, en tout cas moi je n'ai pas encore croisé ». (IDE, CSPS rural, Kaya)

Les observations menées sur l'ensemble des sites confirment l'attitude des mères sus-évoquée. En effet, si les mères ne sont pas réticentes aux TDR, rarement elles en formulent la demande auprès des soignants ; il faut dire qu'elles n'ont pas véritablement le choix. Dans bien des cas, leur avis n'est pas demandé avant TDR, et si proposition il y a, cela tient plus à une information sur l'acte que le soignant s'apprête à poser qu'à une proposition pour laquelle les mères peuvent refuser ou accepter. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce qu'on peut considérer comme le « mutisme » des mères face à l'utilisation des TDR par les soignants.

Il y a l'urgence de la situation qui ne laisse pas le temps à des questionnements comme l'explique ces mères :

« Quand j'ai amené mon benjamin là en ce moment il était mourant pourtant c'était à peine vers midi qu'il avait commencé à avoir le corps chaud. J'étais allée puiser de l'eau, je suis revenue trouver qu'il était couché ; quand j'ai demandé s'il avait mangé on a dit non, je l'ai mis au dos et je me suis dépêché de venir au centre de santé mais en ce moment ce n'était pas pour avoir des informations quelconques mais c'était plutôt pour que les soignants sauvent mon enfant ». (OP, CSPS urbain, Zorgho)

« Est-ce que si tu viens et puis c'est grave tu t'occupes de ça encore ? Quand tu viens et puis ça ne va pas, tu ne regardes plus tout ça même si c'est toi qui doit faire le test, est-ce que tu vas refuser ? ». (TA, CSPS rural, Zorgho)

Il y a également les perceptions que les populations ont des soignants comme étant ceux qui détiennent le savoir et les compétences :

« Si tu viens au centre de santé tu ne vas pas refuser tout ce qu'on va te dire ; peut-être qu'ils pensent à une maladie qu'ils doivent rechercher. C'est parce que tu ne sais pas quoi faire que tu es venue au centre de santé…De fois ce que les soignants ont décidé de faire tu ne peux pas aller à l'encontre parce que toi aussi tu es venu à la recherche de la santé ». (IS, CSPS urbain B, Kaya)

« Dès que l'enfant recouvre la santé il n'y a pas de problème. Moi je ne suis pas informée, ce sont eux qui ont des connaissances sur ça donc nous ne pouvons pas leur demander ce

que l'enfant a si on leur demande est-ce qu'ils ne vont pas nous dire de répartir soigner l'enfant à la maison parce que tu connais mieux qu'eux ». (OS, CSPS rural, Kaya)

La crainte des relations conflictuelles consécutives à une quelconque demande de TDR, ou sur le but de la pratique, ou encore sur les résultats, est aussi évoquée par les mères

« Des fois on se sent gêné, et puis les gens n'ont pas les mêmes tempéraments. Tu vas demander il va croire que tu es en train de le sonder comme ça ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

« En tout cas je n'ai pas demandé parce que certains quand tu leur poses la question, ils te font la bagarre, mais d'autres aussi quand tu demandes ils te disent pourquoi ». (KA, CSPS rural, Zorgho)

« Qui sait en demandant s'ils ne vont pas faire la bagarre. Je voulais leur demander mais j'avais peur qu'ils soient mécontents… je voulais demander pourquoi ils ont prélevé le sang de l'enfant ». (SM, CSPS urbain A, Kaya)

« Je suis revenue une autre fois mais on n'a pas enlevé le sang. C'était une nuit l'enfant avait le corps chaud, donc le lendemain matin je l'ai amené au centre de santé mais ce sont des médicaments qu'on m'a prescrit ce jour-là sans faire le test. Ils ont pris la température de l'enfant …je voulais qu'on fasse le test à l'enfant, mais vous savez bien que nous avons peur des soignants parce que tu ne sais pas quoi dire pour plaire au soignant. Donc je me suis tu, je n'ai pas parlé ». (TF, CSPS rural, Zorgho)

Les TDR ne sont pas refusés par les mères. Cette adhésion repose essentiellement sur le souci du bien-être de leur enfant. En acceptant le test, il est plus facile selon elles de savoir de quoi souffre l'enfant et de recevoir les soins appropriés à temps

« Bien sûr j'ai accepté qu'on fasse le test aux enfants ! Si c'est moi-même je vais aussi accepter. C'est mieux de faire le test et de recevoir un traitement que de refuser et souffrir…C'est mieux de faire le test, comme ça s'il y a le palu ils vont le traiter facilement, c'est mieux que de laisser s'aggraver avant de commencer à soigner le palu ». (OH, CSPS rural, Kaya)

« Comme je veux la santé de mes enfants je n'ai pas refusé…Je veux qu'on fasse le test chaque fois pour savoir de quelle maladie souffre l'enfant afin de mieux le soigner ». (OA, CSPS rural, Kaya)

« C'est normal parce qu'après avoir enlevé le sang, ils sauront de quelle maladie souffre l'enfant et ils pourront soigner l'enfant ». (KA, CSPS rural, Kaya)

La disponibilité dans les centres de santé de base et la confiance en l'outil constituent aussi des motifs d'adhésion comme le cas de cette mère

« Ça là même c'est bien par exemple je suis au secteur F, le laboratoire se trouve jusqu'au CHR si je dois aller et puis revenir ce n'est pas évident ». (IE, CSPS urbain B, Kaya)

Elle poursuit

« Je pense que c'est bien parce que si je viens ici et puis il n'y en a pas je continue au C. Si au C il n'y en a pas je continue au CHR. Même s'ils ne me demandent pas de faire je vais demander parce que j'ai confiance à cet examen-là »

Pour des mères, les premiers contacts avec l'outil n'ont pas été évidents. Certaines disent avoir ressenti de la peur lorsque le test a été pratiqué pour la première fois sur leur enfant

> *« J'ai eu peur parce que c'était la première fois. Même au moment où il enlevait le sang j'avais peur, c'était vraiment la première fois que je voyais ça, mais après on s'est habitué… Le fait de piquer pour enlever le sang ça, ça fait peur ».* (TF, CSPS rural, Zorgho)

> *« Ce jour- là j'avais tellement peur ! et puis vous êtes sorti…Je ne sais pas…Parce que…Je ne sais pas, moi j'ai pensé au VIH et puis j'ai entendu « c'est négatif »… J'ai dit peut-être que c'est le VIH ».* (SF, CSPS urbain A, Kaya)

Pour une mère, le principe du test l'a emmené à douter de son efficacité au début

> *« Je me suis d'abord demandé comment un test peut se faire et avoir des résultats sur place, je me suis demandé sur l'efficacité du test-là, en tout cas on enlève le sang on met le produit et on te dit c'est négatif ou pas, pour moi tout examen doit se faire au laboratoire au début je n'avais pas confiance ».* (SC, CSPS urbain, Zorgho)

Pour une autre, c'est le prélèvement sanguin qui causait problème

> *« Ça diminue le sang c'est pour cela qu'on refusait, mais maintenant on accepte parce qu'on a plus d'informations. Maintenant tout est blanc donc nous suivons le blanc ; même si c'est mon sang je vais accepter qu'on enlève ». (*KS, CSPS rural, Zorgho)

Dans cette logique de la diminution de la quantité du sang dans l'organisme, deux mères à Kaya et à Zorgho ont fustigé l'utilisation des TDR pour les enfants. Selon elles, du fait du prélèvement sanguin qu'implique la réalisation du test, son l'utilisation régulière pour les enfants malades contribuerait à diminuer la quantité de leur sang

> *« De fois le fait de diminuer le sang ce n'est pas facile. Pour nous les adultes il n'y a pas de problème mais nous n'allons plus accepter qu'on fasse le test aux enfants…ça diminue le sang de l'enfant. Dès que l'enfant a le palu il faut chaque fois prélever le sang ; maintenant là il faut soigner l'enfant comme ça. Avant j'acceptais qu'on fasse le test aux enfants mais maintenant là même s'ils le font c'est contre mon gré parce que ça ne me plait pas dès que tu arrives ils viennent seulement et ils prélèvent le sang pendant qu'il est souffrant, il n'a pas beaucoup de sang il faut encore enlever, non ! Moi j'ai suffisamment de sang pour faire le test ».* (OA, CSPS urbain B, Kaya)

> *« Chaque fois enlever le sang-là ha ! Ça diminue le sang de la personne parce que c'est une nouvelle pratique, maintenant ils enlèvent le sang pour soigner, mais ça diminue le sang… C'est vrai que c'est le doigt qu'on pique mais c'est du sang qui sort et si ça sort chaque fois comme ça diminue…Vous savez sauf en cas de maladie grave, même la vaccination-là ce n'est pas facile, c'est parce qu'on est obligé sinon vraiment le test-là ce n'est pas facile ».* (KA, CSPS rural, Zorgho)

> Mais

> *« Si c'est une obligation, sinon, c'est comme ce que je vous ai dit rien qu'en voyant la piqûre tu as peur, mais il faut piquer parce qu'il y a la souffrance, donc si on dit qu'il faut faire le test pour retrouver la maladie dont tu souffres, il faut donc le faire ».* (KA, CSPS rural, Zorgho)

6.5.4. Rapports aux résultats et aux prescriptions

La majorité des mères à Kaya, comme à Zorgho, ont exprimé leur adhésion aux résultats des tests et aux prescriptions qui en découlent. Cette adhésion repose sur la confiance qu'elles font aux soignants, elles se fient aux compétences des soignants :

> *« Tu ne peux pas douter sur quelque chose que tu ne connais pas. Si c'est quelqu'un qui sait qui te donne l'information tu ne doutes pas… Je n'ai pas de doutes parce qu'ils connaissent leur travail ».* (OH, CSPS rural, Kaya)

> *« Parce que des fois quand tu viens et qu'ils te disent que c'est le palu et quand ils traitent l'enfant guérit donc si un jour ils disent que ce n'est pas le palu tu vas croire aussi ».* (WA, CSPS rural, Zorgho)

> *« C'est comme test de grossesse quand la femme a dit à mon mari de s'approcher si c'est deux traits je suis enceinte si c'est un trait je ne suis pas enceinte. Je n'ai pas regardé le test mais comme ils ont prélevé le sang-là et puis ils ont mis là, ils ne peuvent pas mentir, je pense qu'ils ne peuvent pas mentir ».* (SF, CSPS urbain A, Kaya)

Mais des doutes peuvent survenir lorsqu'en présence de certains symptômes qui renvoient au paludisme, le test est négatif alors qu'antérieurement, les mêmes symptômes avaient bénéficié d'un traitement antipaludéen

> *« J'ai confiance, mais ça sera difficile parce que tu peux douter un peu… parce qu'avant c'était les mêmes signes et ils disaient que c'est le palu maintenant tu viens et qu'ils te disent que ce n'est pas le palu, tu ne peux que douter ».* (TF, CSPS rural, Zorgho)

Une mère donne quelques explications à ce type de situation

> *« Vous savez il y a des gens dont l'organisme est chose…Celui qui est ici (en désignant un de ses enfants) parfois tu peux aller faire l'examen trois fois et c'est toujours positif même après les soins, comme il y a des enfants aussi peut-être tu peux commencer à donner des produits à la maison arrivé l'examen est négatif, mais arrivé en tout cas ils vont te demander si tu as commencé un traitement à la maison et s'ils font le TDR pour voir avec les produits qu'il a pris là si ça a passé ou pas, donc ça peut donner un résultat négatif mais tout en sachant que l'enfant n'est pas complètement guéri ».* (SC, CSPS urbain, Zorgho)

Du fait du manque de communication autour des TDR, bien souvent les mères n'ont pas connaissance des prescriptions qui leur sont faites après les TDR. Ici encore, leurs rapports aux prescriptions s'alignent sur ceux des soignants

> *« Je ne peux pas penser que la prise en charge a été mal faite parce que si toi-même tu ne connais rien en matière de santé, tu te dis qu'on t'a prescrit les bons médicaments contre le mal, et puis tu ne sais pas de quelle maladie l'enfant souffre, tu acceptes seulement les soins médicaux proposé par les agents de santé…Chaque fois ce sont eux qui prescrivent les médicaments qu'ils veulent…Dans ce cas si tu n'es pas informé qu'on t'a prescrit des médicaments contre le palu pourtant ton enfant ne souffre pas du palu, tu ne peux pas faire une mauvaise appréciation, tu vas seulement donner les médicaments à ton enfant ». (SM, CSPS urbain A, Kaya)*

> *« Si on leur explique la manifestation de la maladie, ce sont eux qui vont délivrer l'ordonnance et nous, nous payons les médicaments ».* (OA, CSPS urbain B, Kaya)

« C'est vrai que nous aussi on ne pense pas à demander, mais quand tu vas au centre de santé c'est l'ordonnance seulement ils vont te donner sinon ils ne disent pas que ton enfant a telle ou telle maladie, c'est l'ordonnance qu'ils te donnent et tu vas chercher les produits au dépôt. Ce sont eux seulement qui savent ce que ton enfant a, mais si tu penses à leur demander de fois ils disent que c'est le palu ». (SA, CSPS rural, Kaya)

Généralement, c'est par les médicaments que les mères arrivent à savoir si l'enfant a reçu un traitement antipaludéen.

« Ils donnent seulement les médicaments et quand tu regardes les médicaments si tu reconnais les médicaments contre le palu tu sais que l'enfant a le palu… Après la consultation s'ils savent quelle est la maladie et qu'ils nous donnent les médicaments ça nous suffit largement… Si la maladie n'est pas liée au palu il n'y a pas de problème mais si c'est le palu ils sauront quels médicaments donner pour traiter le palu ». (OH, CSPS rural, Kaya)

En effet, du fait de leur prescription importante, les ACT sont bien connus des mères, surtout dans leur forme comprimé. Ils sont désignés localement par le terme « *ti biisa tanbo*➔ littéralement : trois comprimés », en référence au nombre de comprimés contenus dans la plaquette.

C'est un médicament en sirop ; quand tu lui donnes le sirop après il y a un autre qui est en poudre qu'on met dans l'eau pour lui donner mais je ne connais pas le nom du médicament et aussi les trois comprimés ». (OA, CSPS urbain B, Kaya)

Selon les mères, lorsqu'elles les retrouvent dans le lot de médicaments qui leur a été prescrit, même si le soignant ne leur a donné le diagnostic, elles en déduisent que l'enfant souffre de paludisme

« Les médicaments contre le palu que je connais ce sont des médicaments ronds comme ça, il y a 3 comprimés dans la plaquette et il faut donner le médicament à la même heure jusqu'à ce que ça finisse. Il ya un autre médicament aussi qu'on me donne de fois qui ressemble au paracétamol mais ce n'est pas le paracétamol et aussi du sirop de temps en temps…Des fois quand tu vas acheter les médicaments si ce médicament n'est pas parmi les médicaments que tu as acheté ça veut dire que ce n'est pas le palu, mais si c'est le palu ce médicament est chaque fois dedans… Dès que je regarde les médicaments, je sais si l'enfant a le palu ou pas ». (IP, CSPS urbain, Zorgho)

« Si je vois les 3 comprimés je sais que c'est pour traiter le palu ». (TF, CSPS rural, Zorgho)

Sauf que cette déduction peut être erronée car nous l'avons vu, les prescriptions des soignants ne respectent forcément les résultats du test.

6.5.5. Perceptions des TDR

- ***Utilité***

« Bien avant le TDR ils arrivaient à détecter avec les manifestations si c'est le palu ou pas, mais le TDR vient renforcer tout ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

« Depuis qu'on a commencé le test je n'ai jamais entendu parler d'inconvénients. L'avantage est qu'ils sont sûrs de la maladie de l'enfant pour le soigner, mais je n'ai jamais entendu dire que ça fait du mal à un enfant… ça améliore la santé de nos enfants. Avec le test ils savent ce que l'enfant a sinon avant ils ne pouvaient pas savoir, mais comme le test est maintenant disponible ça fait que c'est important pour nous. (SA, CSPS rural, Kaya)

Bien que leurs connaissances sur les TDR soient limitées, les mères ont une bonne appréciation de l'outil dans la prise en charge des épisodes de maladies de leurs enfants. Les TDR sont perçus comme étant utiles. Ils permettent de savoir que l'enfant souffre réellement du paludisme et d'anticiper les complications

« C'est une nouvelle méthode par laquelle ils arrivent vraiment à savoir de quelle maladie quelqu'un souffre donc je pense que c'est une bonne chose. Quand on enlève le sang- là on sait c'est quelle maladie et comment la soigner…le fait d'enlever le sang et de savoir de quoi on souffre là c'est une bonne chose…c'est mieux de faire le test parce que si tu refuses de faire le test et que tu te soignes comme ça si ça répond à la maladie tant mieux mais si ça ne répond pas à la maladie ce n'est pas une bonne chose et ça peut être grave ». (SM, CSPS urbain A, kaya)

« Ce que nous avons eu dans cette pratique c'est que le test montre s'il y a le palu ou pas et ça permet aux agents de santé de traiter rapidement le palu…C'est mieux qu'avant parce qu'avant quelqu'un pouvait faire le palu sans qu'on ne sache que c'est le palu jusqu'à ce que ça s'aggrave, mais depuis même qu'ils font le test à la maison, ils peuvent détecter un cas de palu sans que le palu ne se manifeste et ils vont dire à la personne d'aller au centre de santé mais nous les mossi on n'amène les malades quand c'est grave ». (OH, mère, CSPS rural, Kaya)

L'utilisation des TDR dans la prise en charge des maladies permet également de distinguer le paludisme des autres affections qui peuvent avoir les mêmes symptômes et partant de mieux orienter les soins et d'éviter les errements thérapeutiques. Le fait de savoir de quelle maladie souffre l'enfant facilite l'administration des soins

« Les avantages, puisque tu vas bien savoir que c'est le palu et puis tu vas bien traiter le palu ». (IE, CSPS urbain B, Kaya)

« Je vois que le test nous a beaucoup aidé. Des fois il y a plusieurs maladies en même temps et on ne sait pas et les soignants aussi ne savent pas ; il y a des maladies qui fatiguent la population et puis les gens pensent que c'est le palu, si on n'enlève pas le sang on ne peut pas savoir c'est quelle maladie… C'est venu nous aider à améliorer notre santé parce que sans ça on ne peut pas reconnaitre les autres maladies qui sont associées au palu ». (KS, CSPS rural, Zorgho)

« Le fait d'enlever le sang pour savoir si c'est le palu c'est un avantage parce que par ça ils savent de quelle maladie l'enfant souffre et c'est selon les résultats qu'ils vont faire la prescription et donc les enfants vont être mieux traités sinon, avant le test ils pouvaient donner une ordonnance tu vas acheter des médicaments qui ne vont pas guérir ton enfant…Je peux vous assurer que le fait d'enlever le sang maintenant, c'est une bonne chose ». (OP, CSPS urbain, Zorgho)

La possibilité d'avoir les résultats du test sur place, amplifie cette perception

« C'est une nouvelle méthode qu'ils ont fait sortir pour soigner l'enfant en tout cas c'est bien puisque sur place tu peux savoir si ton enfant a le palu ou pas. Avec mon enfant même

hier j'ai vu mais s'il n'y avait pas ça peut-être ton enfant a le palu et puis tu ne sais pas et ça peut mal tourner donc c'est une bonne chose ». (SF, CSPS urbain A, Kaya)

« Le fait d'enlever le sang et de donner les résultats sur place là c'est une bonne chose. Si par exemple on te dit que ton enfant a le palu, arrivée à la maison tu sais comment le soigner et comment le protéger, mais si tu ne sais pas, comment tu vas faire ? Donc le fait d'enlever le sang-là c'est une bonne chose et ça nous aide aussi ». (KS, CSPS rural, Zorgho)

« Comme c'est un résultat que tu reçois sur le champ tu es rassuré, tu sais que si c'est le palu tu auras de bons soins, mais s'ils ne font pas ça et tu utilises d'autres produits qui ne peuvent pas soigner cette maladie, pour finir tu vas faire des va et vient au CSPS ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

Les mères évoquent aussi le caractère rassurant du test qui tranche avec la prise en charge qui était faite avant l'introduction des TDR

« Moi je l'appelle seulement goutte épaisse, je ne connais pas son nom, mais par exemple si tu pars faire ça tu es rassuré que ce n'est pas le palu ou bien si tu fais si c'est le palu, tu traites ça correctement ; comme ça tu ne peux pas savoir si c'est le palu, en faisant l'examen tu es rassuré ». (IE, CSPS urbain B, Kaya)

« Je pense que c'est utile, ça vous rassure ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

« Le test du palu nous donne de l'assurance… Le test est venu améliorer l'état de notre santé ». (WA, CSPS rural, Zorgho)

« Quand on enlève le sang et qu'on te dit de quelle maladie tu souffres tu es plus rassuré et tu suis le traitement avec assurance… Avant le test on achetait les médicaments pour donner aux enfants mais on ajoutait des tisanes aussi qu'on faisait bouillir, mais en fin de compte ce sont les médicaments que tu auras acheté au centre de santé qui vont mieux soigner ton enfant. Quand on enlève le sang, le traitement est plus sûr maintenant ». (TA, CSPS rural, Zorgho)

Selon les mères, les TDR permettent de poser un diagnostic précis et d'avoir des soins appropriés, ce qui est perçu comme un bénéfice dans la prise en charge des cas de paludisme

« Quand on fait le test on sait c'est quelle maladie et en ce moment on peut mieux traiter la maladie ». (WA, CSPS rural, Zorgho)

« L'avantage est que ça nous aide à savoir de quoi nos enfants souffrent et de pouvoir les soigner ». (OS, CSPS rural, Kaya)

« Le test est venu améliorer la santé des gens… En tout cas c'est une bonne chose parce que quand on enlève le sang pour regarder on sait de quelle maladie il s'agit et soigne donc le test est une bonne chose ». (TF, CSPS rural, Zorgho)

L'appréciation positive dont bénéficient les TDR auprès des mères peut-être liée au fait que c'est un examen sanguin. Dans certaines représentations, le fait de bénéficier d'un examen sanguin pendant une consultation est perçu comme une prise en charge efficiente, une attention particulière pour le malade. Dans le sang, on peut voir les maladies

« Ça dépend de la maladie parce que de fois on dit qu'il y a des maladies qui sont dans le sang en ce moment s'il faut enlever le sang pour retrouver la maladie c'est mieux qu'on fasse le test ». (KA, CSPS rural, Zorgho)

« Moi je pense que enlever le sang avant de traiter une maladie c'est une bonne chose parce qu'il y a des maladies il faut obligatoirement enlever le sang pour les détecter afin de les traiter ». (OP, CSPS urbain, Zorgho)

- ***Fiabilité***

« Ça je ne sais pas quoi dire parce que si c'est comme le test de grossesse là où même si tu n'es pas partie à l'école on te dit que si les deux traits là sortent c'est grossesse-là, ils n'ont pas menti. Tu vas plonger dans pipi là et puis regarder si les deux traits là sortent ce n'est pas la femme qui va se lever et puis modifier ça comme ça, et ça là aussi ils ont dit que c'est palu donc c'est palu mais s'ils disent que ce n'est pas palu donc ce n'est pas palu il n'y a pas à discuter… Par exemple s'ils n'avaient pas fait le test -là et s'ils avaient seulement regardé les yeux là et puis dire que c'est le palu, c'est là que je n'allais pas croire, il n'y a pas de preuve qui montre que c'est le palu mais ça là j'ai regardé ils n'ont pas enlevé quelque chose et puis mélanger donc je ne peux pas dire que ce n'est pas le palu ». (SF, mère CSP urbain A, Kaya)

Les discours des mères sur la fiabilité du test sont homogènes. A Kaya comme à Zorgho, les mères ont rarement remis en cause la fiabilité du test. Cette adhésion à la fiabilité du test se fonde sur la nature de l'examen, comme l'explique la mère ci-dessus citée, sur les expériences vécues par certaines,

« J'ai confiance au test là ! Si c'est négatif moi je vais penser maintenant que ce n'est pas le palu… Parce que j'ai fait au moins plusieurs fois et puis ça marché… C'était correct donc moi je ne sais pas qu'on peut faire ça aussi et ne pas trouver le contraire ». (IE, CSPS urbain B, Kaya)

Sur la confiance que les mères font aux soignants, que nous avons souligné dans les points concernant l'appropriation des résultats et les rapports aux prescriptions.

« Ils ne peuvent pas se tromper, le test est fiable et puis dès que tu arrives seulement ils enlèvent le sang pour voir ». (TA, CSPS rural, Zorgho)

Toutefois, il peut arriver que devant certains signes, la fiabilité du test soit l'objet de questionnements, mais pour des mères cela relève plutôt d'éléments qui ne sont pas intrinsèquement liés à l'outil, comme elles l'expliquent

« Le test est fiable mais ce sont les maladies qui sont devenues comme ça. Il y a des maladies qui se manifestent comme le palu et pourtant ce n'est pas le palu maintenant les maladies ont presque les même signes. Une fois tu peux venir avec le palu, mais une autre fois tu reviens ça ressemble à la maladie passée mais ce n'est pas le palu ». (TF, CSPS rural, Zorgho)

« Je peux dire que parfois tu peux aller deux fois et les résultats ne sont pas les mêmes. Tu peux amener l'enfant et c'est négatif tu pars deux jours près on fait et c'est positif, donc ça te laisse douter sur l'efficacité même du produit mais je disais aussi que peut-être que c'est l'organisme aussi qui réagit comme ça ». (SC, CSPS urbain, Zorgho)

- ***Inconvénients***

Les TDR bénéficient en grande partie d'une appréciation positive de la part des mères, cependant, quelques inconvénients liés à l'utilisation de l'outil ont été soulevés par des mères. Une mère a à Zorgho évoqué le problème de disponibilité des tests. Les ruptures que connaissent les CSPS compliquent le parcours de soins, surtout pour ceux qui sont éloignés des centres de santé

> *« S'ils peuvent doter parce que parfois tu peux arriver trouver qu'il n'y a pas le matériel pour faire donc quand ça manque comme ça et surtout nous qui sommes en ville ça vaut mieux, mais ceux qui sont en périphérie qui se déplacent pour aller faire donc s'ils gagnent la dotation à ça serait bien ».* (SC, CSPS urbain, Zorgho)

Mais de façon générale à Kaya comme à Zorgho, les mères apprécient positivement l'utilisation des TDR dans les centres de santé. Même si leurs connaissances sont limitées, les mères pensent que c'est une nouvelle façon de soigner qui leur est bénéfique et qui comporte plus d'avantages que d'inconvénients.

Conclusion

Les pratiques autour des TDR sont très hétéroclites. Dans les formations sanitaires, seulement les ICP ont bénéficié d'une formation sur l'utilisation des TDR. La plupart des agents ont appris à les utiliser à la faveur de la prise en charge des malades ou après la restitution faite par les ICP. Tous les soignants quel que soit leur statut, réalisent les TDR.

A **Kaya** comme à **Zorgho**, les soignants dans leur majorité apprécient les TDR en tant qu'ils modifient leur pratiques professionnelles par la précision du diagnostic et les prescriptions appropriées qu'ils favorisent. Les TDR sont utiles car ils facilitent la prise en charge des cas suspects de paludisme et permettent d'éviter les errements thérapeutiques. Néanmoins, l'allongement de la durée de la consultation, la charge de travail supplémentaire, l'exposition au risque de contamination par une maladie du fait de l'absence de gants pour la réalisation des TDR, les résultats négatifs malgré la présence de signes cliniques du paludisme sont des inconvénients liés aux TDR que les soignants ont relevés.

L'utilisation des TDR lorsqu'ils sont disponibles repose sur des logiques qui varient d'un soignant à un autre. Parmi celles-ci, il y a : le souci d'être conformité avec les directives nationales, la présence des stagiaires qui constituent une ressource humaine supplémentaire pour gérer la charge de travail induite par l'utilisation des TDR, les symptômes évoqués ou présentés par le malade (la fièvre/corps chaud, les céphalées, la diarrhée et les vomissements chez l'enfant). C'est surtout la notion de fièvre ou de corps chaud qui constitue le symptôme de référence.

L'appropriation de l'outil reste toutefois problématique, les modifications positives évoquées par les soignants ne sont pas aussi fréquentes qu'ils le disent. Les formations sanitaires connaissent des ruptures fréquentes de TDR, une situation qui ramène bien souvent les soignants à l'usage des signes cliniques pour le diagnostic. La nouvelle définition du paludisme qui prend en compte les résultats du TDR ne prévaut donc que lorsque les TDR sont disponibles. Or, quand c'est le cas, le diagnostic présomptif cohabite avec le diagnostic

biologique. Les normes officielles cohabitent régulièrement avec des normes pratiques tant dans la manipulation de l'outil que dans l'utilisation des résultats : non utilisation des gants pour les tests, nombre de gouttes de la solution tampon selon l'appréciation du soignant, non respect du temps d'attente pour la lecture et l'interprétation des résultats, et surtout la prescription d'antipaludéens pour les TDR négatifs. Ce dernier point constitue un élément important qui différencie les pratiques des soignants dans les deux districts. Si les autres normes pratiques sont observées dans les deux contextes, mais à des degrés différents, la prescription des antipaludéens pour les TDR négatifs a été davantage observée chez les soignants des centres de santé de Kaya comparativement à ceux de **Zorgho**. A **Zorgho**, l'algorithme décisionnel pour les cas suspects de paludisme est pris en compte dans les décisions thérapeutiques des soignants. Rarement les malades ayant des TDR négatifs bénéficient de traitements antipaludéens, même s'ils arrivent à des soignants d'en prescrire pour des cas isolés.

Cette norme pratique tient plus à des éléments contextuels et externes à l'outil qu'à une remise en cause explicite de sa fiabilité, bien que des doutes existent parfois. En d'autres termes, pour les soignants, ce n'est pas tant une question de fiabilité du test que d'autres logiques qui sont à la base de ces pratiques déviantes. Parmi celles-ci, il y a certes les facteurs pouvant influencer la qualité, et partant les résultats du TDR (tels que la conservation des tests, l'automédication des malades), mais aussi les savoirs acquis pendant la formation initiale, ceux issus de leurs expériences de soignants ainsi que le souci du bien-être du malade. On pourrait à ces logiques ajouter l'appropriation ou la récupération de l'information selon laquelle « *un TDR négatif ne signifie pas forcément que la personne n'a pas le paludisme* », qui aurait été délivrée lors des formations sur les TDR. Badolo et al (2010), avaient constaté cette situation lors de l'évaluation de la phase pilote. Les soignants avaient retenu ce message à l'issue des formations et s'y référaient pour justifier la prescription d'antipaludéens aux malades ayant des TDR négatifs. Cette logique est largement répandue au sein des soignants du district de **Kaya**, où la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans –qui constituent par ailleurs la proportion de malades la plus reçue en consultation– apparaît aussi comme un terrain favorable pour des prescriptions dont les coûts ne sont pas ressentis par les parents.

Quant aux mères, si elles connaissent l'existence des tests du fait que leurs enfants en aient bénéficié une ou plusieurs fois, elles ne disposent cependant pas de véritables connaissances sur les objectifs de l'outil. Les mères, à **Kaya** comme à **Zorgho**, adhèrent à l'utilisation des TDR par les soignants, mais cette stratégie reste incomprise du fait de l'absence de communication. Il n'y a pas de réelle communication entre les soignants et les mères autour des TDR. Les actes pratiqués ne sont pas toujours expliqués, les résultats des tests ne sont pas dans tous les cas communiqués. Echanger avec les mères sur le but du TDR avant de le pratiquer et leur communiquer les résultats après le test, permettrait d'atténuer ce déficit de communication et d'améliorer les connaissances de celles-ci, en vue d'une meilleure appropriation de cette innovation thérapeutique.

Les TDR sont considérés comme utiles et avantageux pour la prise en charge des cas suspects de paludisme, cependant leur utilisation optimum requiert un changement de comportements de la part des soignants et un ensemble des conditions. L'enquête dans les districts de **Kaya** et de **Zorgho** nous met en présence de deux contextes différents d'utilisation des TDR. Dans les deux districts, on assiste certes, à une relative utilisation régulière des TDR lorsqu'ils sont disponibles et à des discours qui en soulignent leur utilité pour le diagnostic et les prescriptions, mais des singularités apparaissent dans la prise en compte des directives, avec

d'un côté un rapport flexible aux directives et de l'autre côté, un rapport assez stricte. Des singularités qui pourraient être attribuées entre autres : i) aux informations qui sont données au cours des formations, leur appropriation et leur gestion par les soignants, ii) à l'organisation et la gestion des services (stabilité du MCD et des ICP), iii) aux effets des actions des partenaires (la gratuité des soins à **Kaya** qui influence les prescriptions), etc.
Avec la prise en compte de ces possibles facteurs explicatifs de l'appropriation différenciée des TDR dans les deux districts sanitaires, la dotation régulière des centres de santé en TDR ainsi que la mise à jour et l'uniformisation des informations et des directives nationales auprès de soignants s'avèrent d'emblée nécessaires pour une utilisation efficiente des TDR, et de leurs résultats.

Références bibliographiques

Abba K. et *al*, 2011, Rapid diagnostic tests for diagnosing uncomplicated *P. falciparum* malaria in endemic countries (Review). *The Cochrane Library*, issue 7

Arborio A-M, 1995, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital ». *Sciences Sociales et Santé*, Vol.13, n°3 : 93-126

Badolo O et *al*, 2010, *Rapid Diagnostic Tests for malaria in Burkina Faso.* http://www.mchip.net

Bisoffi Z. et *al*, 2009, Rapid malaria diagnostic tests *vs* clinical management of malaria in rural Burkina Faso. Safety and affect on clinical decisions. A randomized trial. *Trop. Med Int Health, 14 (5): 491-498*

Bonnet D., 1986, *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina.* Ouagadougou, ORSTOM

Chanda P. et *al*. 2011, Community case-management of malaria using ACT and RDT in two district in Zambia: Achieving high adherence to test result using community health workers. *Malaria Journal*, 10:158

Chandler CIR et *al*, 2009, How can malaria rapid diagnostic tests achieve their potential? A qualitative study of a trial at health facilities in Ghana. *Malaria Journal*, 9:95

Coulibaly S.O. et *al*, 2010, *Rapid Diagnostic Tests for malaria in Burkina Faso. An assessment of use and management*

Counihan H. et *al.* 2012, Community health workers using malaria rapid diagnostic tests (RDTs) safely and accurately: result of a longitudinal study in Zambia. *Am. J. Trop. Med. Hyg*. 87 (1): 57-63

Ezoeke OP et *al*, 2012, Exploring health providers' and community perceptions and experiences with malaria test in South-East of Nigeria: a critical step towards appropriate treatment. *Malaria Journal*, 11:368

Faye SL, 2012, Améliorer la prise en charge par les tests de diagnostic rapide (TDR) : appropriation par les prestataires et les bénéficiaires de soins au Sénégal. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* DOI 10 1007/s13149-012-0225-1

_2009, Du sumaan ndiing au paludisme infantile : dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal). *Sciences Sociales et Santé*, 4, Vol. 27 : 91-112 DOI :10.3917/sss.274.0091

Juma E., Zuvorac D. 2011, Changes in health workers' malaria diagnosis and treatment practices in Kenya. *Malaria Journal*, 10:1

Kyabayinze D. et *al*, 2011, Use of RDTs to improve malaria diagnosis and fever case management at primary health facilities in Uganda. *Malaria Journal*, 9: 200

Mawali-Mboumba DP. et *al*, 2010, Evaluation of rapid diagnostic tests for malaria case management in Gabon. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 66: 162-168

Ministère de la santé, Burkina Faso, 2011a, *Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015*

_2011b, *Politique de lutte contre le paludisme*

_2010, *Manuel de formation pour la prise en charge des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires. Manuel du participant*

Mukanga D. et *al*. 2010, Community acceptability of use of rapid diagnostic tests for malaria by community health workers in Uganda. *Malaria Journal*, 9:203

Mtove G. et *al*. 2011, Treatment guided by rapid diagnostic test for malaria in Tanzanian children: safety and alternative bacterial diagnoses. *Malaria Journal*, 10:290

Olivier de Sardan J-P. 2008, « À la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », APPP Discussion Paper, 5, http://www.institutions-africa.org/publications/discussion-papers.

_1995, La politique du terrain : sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, Les terrains de l'enquête, n°1 : 1-26, http://enquete.revues.org/document263.html

OMS, 2011, *Résumé du rapport mondial 2011 du paludisme dans le monde.*

_2008, *Efficacité des tests diagnostiques rapides du paludisme : résumé d'orientation. Résultats de l'évaluation des tests diagnostiques rapides du paludisme*, série 1(2008)

_2004, *L'Utilisation des tests diagnostiques rapides du paludisme*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/929061188X_fre.pdf

Ouédraogo TL et *al*. 2012, Evaluation de l'application du protocole national de traitement des cas de paludisme simple en milieu rural au Burkina Faso. *Santé Publique*, 4 (24) :353-363

Petticrew M et *al.* 2005, Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health*, 119(9):751-757.

Ridde V, Diarra A., 2010, “From unintended to undesirable effects of health intervention : the case of user fees abolition in Niger (West Africa)” In: Morell J, (eds). *Evaluation in the Face of Uncertainty Anticipating Surprise and Responding to the Inevitable*. New York: Guilford Press;.

Ridde V, et *al*. 2012, « Une évaluation de la mise en œuvre d’une politique publique de santé au Burkina Faso au moyen d’une méthode mixte ». In: Ridde V, Dagenais C, (eds). *Approches et pratiques en évaluation de programme.* Seconde édition sous presse. Presses de l'Université de Montréal.

Annexes

Tableau récapitulatif des données

Sites	**District sanitaire de Kaya**		**District sanitaire de Zorgho**	
Thèmes	**Personnels de santé**	**Mères**	**Personnels de santé**	**Mères**
Connaissances sur les TDR	- Pour la plupart des soignants, les premiers contacts avec les TDR, ainsi que l'acquisition des connaissances, se sont faits sur le terrain, à la faveur de la prise en charge des malades. - Les connaissances des soignants sur les TDR font surtout référence aux objectifs de l'outil, à sa manipulation et à l'interprétation des résultats -Les connaissances révèlent un manque d'uniformité dans les informations qui sont décrites sur les TDR. Si les objectifs de l'utilisation de l'outil sont plus ou moins connus par les soignants, sa manipulation elle, fait l'objet de plusieurs discours (le nombre de solution tampon à utiliser, le temps réel d'attente pour lire les résultats)	- Il n'existe pas d'appellation locale consacrée pour les TDR. Les mères s'y réfèrent par des éléments liés à sa nature et à sa manipulation : « *ziima yankre* : l'enlèvement de sang➔ prélèvement sanguin », « *palu wa testa* : le test du palu ». -Les connaissances des mères sur les TDR sont limitées. : ▪ certaines n'en connaissaient pas l'existence avant que leur enfant n'en bénéficie au centre de santé ▪ D'autres en avaient entendu parler par le biais des membres de leur entourage ▪ D'autres encore ont connu les TDR grâce à	- Pour la plupart des soignants, les premiers contacts avec les TDR, ainsi que l'acquisition des connaissances, se sont faits sur le terrain, à la faveur de la prise en charge des malades. - Les connaissances des soignants sur les TDR font surtout référence aux objectifs de l'outil, à sa manipulation et à l'interprétation des résultats -Les connaissances révèlent un manque d'uniformité dans les informations qui sont décrites sur les TDR. Si les objectifs de l'utilisation de l'outil sont plus ou moins connus par les soignants, sa manipulation elle, fait l'objet de plusieurs discours (le nombre de solution tampon à utiliser, le temps réel d'attente pour lire les résultats)	- Il n'existe pas d'appellation locale consacrée pour les TDR. Les mères s'y réfèrent par des éléments liés à sa nature et à sa manipulation : « *ziima yankre* : l'enlèvement de sang➔ prélèvement sanguin », « *palu wa testa* : le test du palu ». - une mère (enseignante de profession) a pu nommer l'outil par son appellation française : « *J'entends souvent dire TDR…Même à l'hôpital les infirmiers disent souvent on veut faire les TDR pour voir si c'est le palu ou pas* » (SC, CSPS urbain, Zorgho) -Les connaissances des mères sur les TDR sont limitées ▪ certaines n'en connaissaient pas l'existence avant que leur enfant n'en bénéficie au centre de santé ▪ D'autres en avaient entendu

		l'enquête « palu » de l'IRSS au cours de laquelle leurs enfants en avaient bénéficié à domicile ➔ Toutefois pour la plupart d'entre elles, il s'agit de connaissance sur le processus de l'acte Les discours font état de test sanguin pour détecter des pathologies (le paludisme, le VIH et d'autres maladies) ➔ Déficit de connaissances constaté chez les mères du milieu urbain comparativement à celles du milieu rural <u>En milieu urbain</u> une faible, voire une absence de communication entre les soignants et les malades sur la réalisation des TDR, sur les résultats et sur les prescriptions qui en découlent pendant les consultations <u>En milieu rural</u> la communication était de mise, même si elle portait essentiellement sur le but de l'acte : « *excusez madame, je vais enlever son sang pour voir si ce n'est pas palu* » ➔ Toutefois, dans les deux zones, les résultats sont		parler par le biais des membres de leur entourage ▪ ➔A Zorgho, l'enquête a révélé une relative communication autour des TDR pendant les consultations, contrairement à ce qui a été observé dans les CSPS urbains de Kaya. Que l'on soit en milieu rural comme en milieu urbain, les soignants informent souvent les malades ou les mères avant de pratiquer un TDR, mais les résultats ne sont pas dans tous les cas communiqués ➔Une relative connaissance des TDR chez les mères de ce district

		rarement communiqués aux malades.		
Prescripteurs	-Tous les soignants réalisent les TDR quel que soit leur statut (AIS, IDE, IB, AA, SFE) -Lorsqu'ils sont présents, les élèves soignants en stage de fin de formation qui réalisent la plupart des TDR pendant les consultations -Dans l'un des CSPS investigués, les ASC réalisent les TDR à domicile		-Tous les soignants réalisent les TDR quel que soit leur statut (AIS, IDE, IB, AA, SFE) -Lorsqu'ils sont présents, les élèves soignants en stage de fin de formation qui réalisent la plupart des TDR pendant les consultations -Les ASC ne réalisent pas les TDR	
Logiques d'utilisation	-Seuls les responsables de service ont été formés à l'utilisation des TDR et en ont fait la restitution aux personnels -La plupart des soignants ont appris à utiliser les TDR à partir des restitutions faites par les agents qui ont été formés - Lorsqu'ils sont disponibles, les TDR sont utilisés suivant plusieurs logiques : ▪ Le souci de conformité avec les directives nationales ▪ La présence des stagiaires qui constituent une ressource humaine supplémentaire ▪ Les symptômes évoqués ou présentés par le malade : la fièvre/corps chaud, les céphalées, la diarrhée et les vomissements (chez l'enfant), mais c'est surtout la notion de fièvre ou de corps chaud		-Seuls les responsables de service ou leur représentant ont été formés à l'utilisation des TDR et en ont fait la restitution aux personnels - La plupart des soignants ont appris à faire les TDR à partir des restitutions faites par les agents qui ont été formés - Les directives pour la réalisation d'un TDR et de l'algorithme décisionnel des cas suspects de paludisme affichés dans les salles de consultations, constituent également des cadres de référence pour les soignants de ce district - Lorsqu'ils sont disponibles, les TDR sont utilisés suivant plusieurs logiques : ▪ Le souci de conformité avec les directives nationales ▪ Les symptômes évoqués ou présentés par le malade : la fièvre/corps	

	qui constitue le symptôme de référence ▪ En milieu rural, les TDR sont plus ou moins systématiques pour les enfants - Dans certaines situations, les TDR ne sont pas utilisés systématiquement pendant la consultation pour des raisons liées à l'organisation des soins, à la charge de travail, etc.		chaud, les céphalées, la diarrhée et les vomissements (chez l'enfant), mais c'est surtout la notion de fièvre ou de corps chaud qui constitue le symptôme de référence	
Pratiques de prescriptions	-Les ACT (Artesunate+Amodiaquine et Arthemeter+Luméfantrine) sont les combinaisons thérapeutiques les plus prescrites pour le traitement du paludisme simple -La combinaison Artesunate+Amodiaquine est la plus utilisée - Des spécialités sont prescrites selon les préférences et les moyens du malade - La quinine est prescrite pour les sujets âgés ➔Dans le district sanitaire de Kaya, l'adhésion aux résultats du test cause problème, notamment en ce qui concerne les TDR négatifs. Les pratiques sont différentes de la zone urbaine à la zone rurale : <u>En milieu urbain</u> : -TDR positif : prescription d'antipaludéen -TDR négatif : prescription d'antipaludéen <u>En milieu rural</u> : -TDR positif : prescription d'antipaludéen -TDR négatif: pas de prescription systématique d'antipaludéen. Elle est	- Du fait du manque de communication autour des TDR, bien souvent les mères n'ont pas connaissance des prescriptions qui leur sont faites après les TDR. - Généralement, c'est par les médicaments que les mères arrivent à savoir si l'enfant a reçu un traitement antipaludéen➔du fait de leur prescription importante, les ACT sont bien connus des mères, surtout dans leur forme comprimé. Ils sont désignés localement par le terme « *ti biisa tanbo*➔ littéralement : trois comprimés », en référence au nombre de comprimés contenus dans la plaquette ➔La majorité des mères, ont exprimé leur adhésion aux résultats des tests et aux prescriptions qui en découlent. Cette	Les ACT sont les combinaisons thérapeutiques les plus prescrites pour le traitement du paludisme simple -La combinaison Artesunate+Amodiaquine est la plus utilisée - Des spécialités sont prescrites selon les préférences et les moyens du malade - La quinine est prescrite pour les sujets âgés - TDR négatif : pas de prescription systématique d'antipaludéen -La prescription des antipaludéens est faite dans la plupart des cas aux TDR positifs. Le respect de ce principe est apparu plus "rigoureux" en milieu rural où aucun TDR négatif (à la fois ceux que nous avons observés pendant l'enquête et ceux qui ont été réalisés avant) n'a été diagnostiqué et traité comme un cas de paludisme -En milieu urbain, les soignants accordent un intérêt à l'algorithme décisionnel et tentent de s'y conformer le plus possible, mais ils expriment un malaise	- Du fait du manque de communication autour des résultats des TDR, bien souvent les mères n'ont pas connaissance des prescriptions qui leur sont faites après les TDR. - des doutes peuvent survenir lorsqu'en présence de certains symptômes qui renvoient au paludisme, le test est négatif alors qu'antérieurement, les mêmes symptômes avaient bénéficié d'un traitement antipaludéen➔du fait de leur prescription importante, les ACT sont bien connus des mères, surtout dans leur forme comprimé. Ils sont désignés localement par le terme « *ti biisa tanbo*➔ littéralement : trois comprimés », en référence au nombre de comprimés contenus dans la plaquette

	fonction des signes que présente le malade ➔ Dans une logique explicative des prescriptions consécutives aux TDR négatifs, on note : ▪ une anticipation des complications d'un paludisme simple sous-jacent ▪ un doute sur la valeur prédictive du test ▪ l'influence de certains facteurs sur le résultat du test tels que la densité parasitaire, l'automédication antérieurement à la consultation, le type de parasite présent dans le sang, les conditions de conservations des tests ▪ l'appropriation des consignes reçues pendant les formations et les restitutions : « *un TDR négatif n'exclut pas un cas de paludisme* » ➔ Toutefois, que l'on soit en milieu urbain ou en milieu rural, tout comme pour le recours aux TDR, l'utilisation des résultats négatifs est corrélée aux symptômes présentés ou évoqués par le malade. La fièvre constitue le symptôme de référence. Son évocation, ou sa constatation, donne lieu à l'association d'un antipaludéen au traitement quand bien même d'autres pathologies sont diagnostiquées.	adhésion repose sur la confiance qu'elles font aux soignants	face à des malades présentant des symptômes flagrants de paludisme alors que le TDR est négatif➔ des antipaludéens peuvent être prescrits dans ces cas, suivant une logique d'anticipation des complications, de couverture ou de préservation du malade ; une attitude guidée par l'expérience acquise sur le terrain de la prise en charge des malades. -Toutefois, ces situations restent exceptionnelles ➔ A Zorgho, dans la majorité des cas, lorsqu'ils sont utilisés, les TDR négatifs ne sont pas diagnostiqués et traités comme des cas de paludisme simple. Les pratiques sont guidées par l'algorithme décisionnel. Les directives officielles occupent une place importante dans le diagnostic du paludisme et les prescriptions qui en découlent.	➔La majorité des mères à Zorgho, comme à Kaya, ont exprimé leur adhésion aux résultats des tests et aux prescriptions qui en découlent. Cette adhésion repose sur la confiance qu'elles font aux soignants

Perceptions des TDR	*Avantages des TDR* - Facilitent la prise en charge du paludisme - Permettent de poser un « diagnostic différentiel » des symptômes➔ précisent le diagnostic - Aident à la décision, -Réduisent les soins erratiques par des prescriptions appropriées -Renforcent les compétences et partant la crédibilité vis-à-vis des malades -Se présentent comme une occasion d'acquisition de nouvelles connaissances dans leurs pratiques professionnelles -Améliorent les pratiques professionnelles des soignants en les emmenant à rechercher d'autres étiologies en cas de fièvre qu'ils traitaient systématiquement comme un paludisme avant l'introduction des TDR ➔ Bien que les soignants aient appris à les utiliser de manières différentes, et que les prescriptions ne tiennent pas toujours compte de leurs résultats, les TDR sont l'objet d'une appréciation positive en ce qui concerne sa fiabilité, sa capacité à permettre un diagnostic clair et précis Pour la plupart des soignants, même si ce n'est pas à 100%, les TDR restent fiables dans leur valeur prédictive *Inconvénients des TDR* - Manque de gants pour la réalisation des tests➔ exposition aux risques de contamination pour le	*Avantages des TDR* -Les TDR permettent de savoir que l'enfant souffre réellement du paludisme et d'anticiper les complications -Connaissance rapide des résultats -Rassurent par rapport à la prise en charge qui était faite avant l'introduction des TDR -Bénéfiques pour la santé car permettent de poser un diagnostic précis et d'avoir des soins appropriés ➔Les discours des mères sur la fiabilité du test sont homogènes. A Kaya comme à Zorgho, les mères ont rarement remis en cause la fiabilité du test ➔ Bien que leurs connaissances sur les TDR soient limitées, les mères ont une bonne appréciation de l'outil dans la prise en charge des épisodes de maladies de leurs enfants ➔De façon générale, à Kaya les mères apprécient positivement l'utilisation des TDR dans les centres de santé. Même si leurs connaissances sont limitées, les mères	*Avantages des TDR* - Facilitent la prise en charge du paludisme - Permettent de poser un « diagnostic différentiel » des symptômes➔ précisent le diagnostic - Aident à la décision, -Réduisent les soins erratiques par des prescriptions appropriées et surtout rationnelles -Renforcent les compétences et partant la crédibilité vis-à-vis des malades - Se présentent comme une occasion d'acquisition de nouvelles connaissances dans leurs pratiques professionnelles -Améliorent les pratiques professionnelles des soignants en les emmenant à rechercher d'autres étiologies en cas de fièvre qu'ils traitaient systématiquement comme un paludisme avant l'introduction des TDR -Soulagent les populations par la réduction des coûts financiers des soins dans un contexte où il n'existe pas de système d'exemption des soins pour les enfants de moins de 5 ans comme à Kaya ➔ Les TDR sont l'objet d'une appréciation positive en ce qui concerne la fiabilité, la capacité à permettre un diagnostic clair et précis, et surtout la délivrance de soins appropriés et rationnels *Inconvénients des TDR* - Manque de gants pour	*Avantages des TDR* -Les TDR permettent de savoir que l'enfant souffre réellement du paludisme et d'anticiper les complications -Rassurent par rapport à la prise en charge qui était faite avant l'introduction des TDR -Bénéfiques pour la santé car permettent de poser un diagnostic précis et d'avoir des soins appropriés -Les mères ont rarement remis en cause la fiabilité du test Toutefois, il peut arriver que devant certains signes, la fiabilité du test soit l'objet de questionnements, mais pour des mères cela relève plutôt d'éléments qui ne sont pas intrinsèquement liés à l'outil ➔ Bien que leurs connaissances sur les TDR soient limitées, les mères ont une bonne appréciation de l'outil dans la prise en charge des épisodes de maladies de leurs enfants *Inconvénients des TDR* -Les ruptures

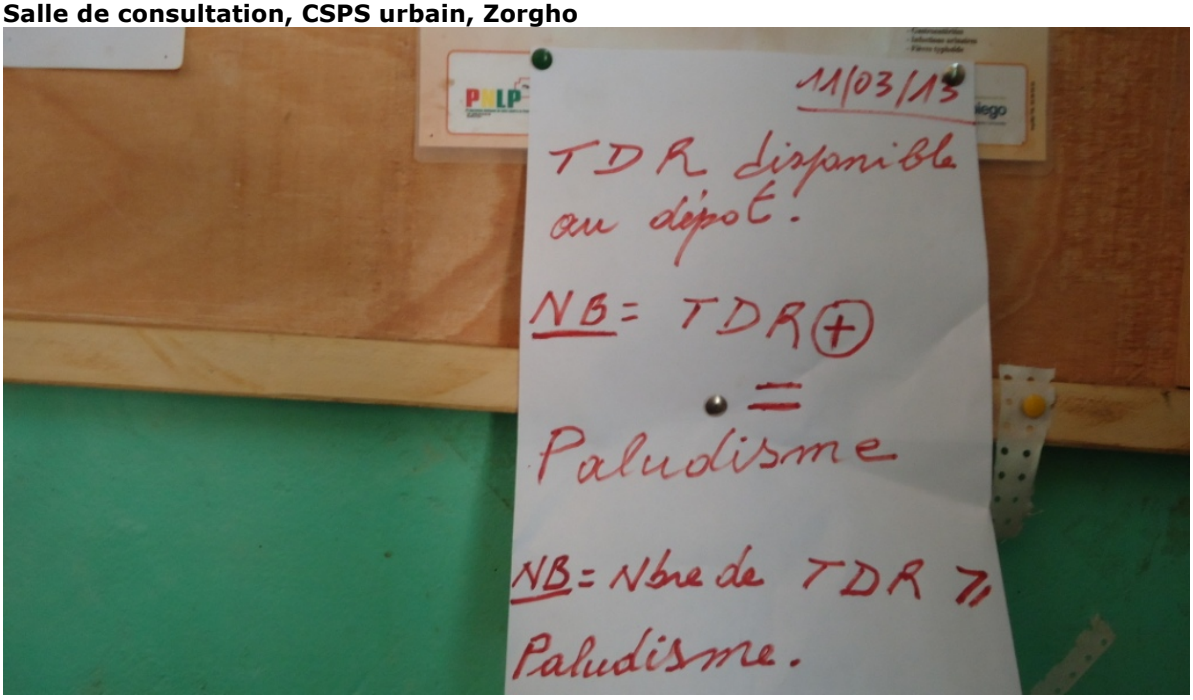
	soignant et le malade ➔ Certains soignants profitent de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans pour s'approvisionner en gants afin de faire les TDR, aussi bien aux enfants qu'aux adultes. - Une charge de travail supplémentaire (surtout en période hivernale)➔ La gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, est un facteur qui accentue cette perception dans les centres de santé qui connaissent une grande fréquentation, quand bien même ce n'est pas la période hivernale (perçue comme à risque d'épidémie de paludisme) -Allongement de la durée de la consultation ➔ Dans leurs discours et représentations, les soignants attribuent aux TDR plus d'avantages que d'inconvénients De façon générale, les TDR bénéficient d'une appropriation positive chez les soignants, les quelques inconvénients qu'ils évoquent sont plutôt perçus comme des difficultés liées à l'utilisation de l'outil.	pensent que c'est une nouvelle façon de soigner qui leur est bénéfique, et qui comporte plus d'avantages que d'inconvénients	la réalisation des tests➔ exposition aux risques de contamination pour le soignant et le malade -Une charge de travail supplémentaire lorsque le personnel fait défaut (surtout en période hivernale) -Allongement de la durée de la consultation -Rupture fréquente dans l'approvisionnement ➔ Dans leurs discours et représentations, les soignants attribuent aux TDR plus d'avantages que d'inconvénients De façon générale, les TDR bénéficient d'une appropriation positive chez les soignants, les quelques inconvénients qu'ils évoquent sont plutôt perçus comme des difficultés liées à l'utilisation de l'outil.	fréquentes ➔De façon générale, à Zorgho également, les mères apprécient positivement l'utilisation des TDR dans les centres de santé. Même si leurs connaissances sont limitées, les mères pensent que c'est une nouvelle façon de soigner qui leur est bénéfique, et qui comporte plus d'avantages que d'inconvénients
Rapports des mères aux TDR	- Des mères d'enfants comme des malades adultes, réclameraient les TDR, ils viendraient en consultation spécialement pour les TDR selon les soignants du milieu urbain - Les mères ne refusent pas les TDR, mais ils ne sont pas toujours l'objet de demandes spécifiques de la	-Les mères ne refusent pas les TDR - L'adhésion aux TDR repose essentiellement sur le souci du bien-être de l'enfant. En acceptant le test, il est plus facile, de savoir de quoi souffre l'enfant et de	-Des malades adultes, réclameraient les TDR - Les mères ne refusent pas les TDR, mais ils ne sont pas l'objet de demandes spécifiques	- Les mères ne refusent pas les TDR -L'adhésion aux TDR repose essentiellement sur le souci du bien-être de l'enfant. En acceptant le test, il est plus facile, de savoir de quoi souffre l'enfant et de recevoir les

	part des malades ou des mères d'enfants, selon des soignants du milieu rural	recevoir les soins appropriés à temps		soins appropriés à temps

Directives sur l'utilisation des TDR dans les CSPS

Directives pour la réalisation du TDR, salle de consultation CSPS rural, Zorgho

Salle de consultation, CSPS urbain, Zorgho



Salle de consultation, CSPS urbain, Zorgho