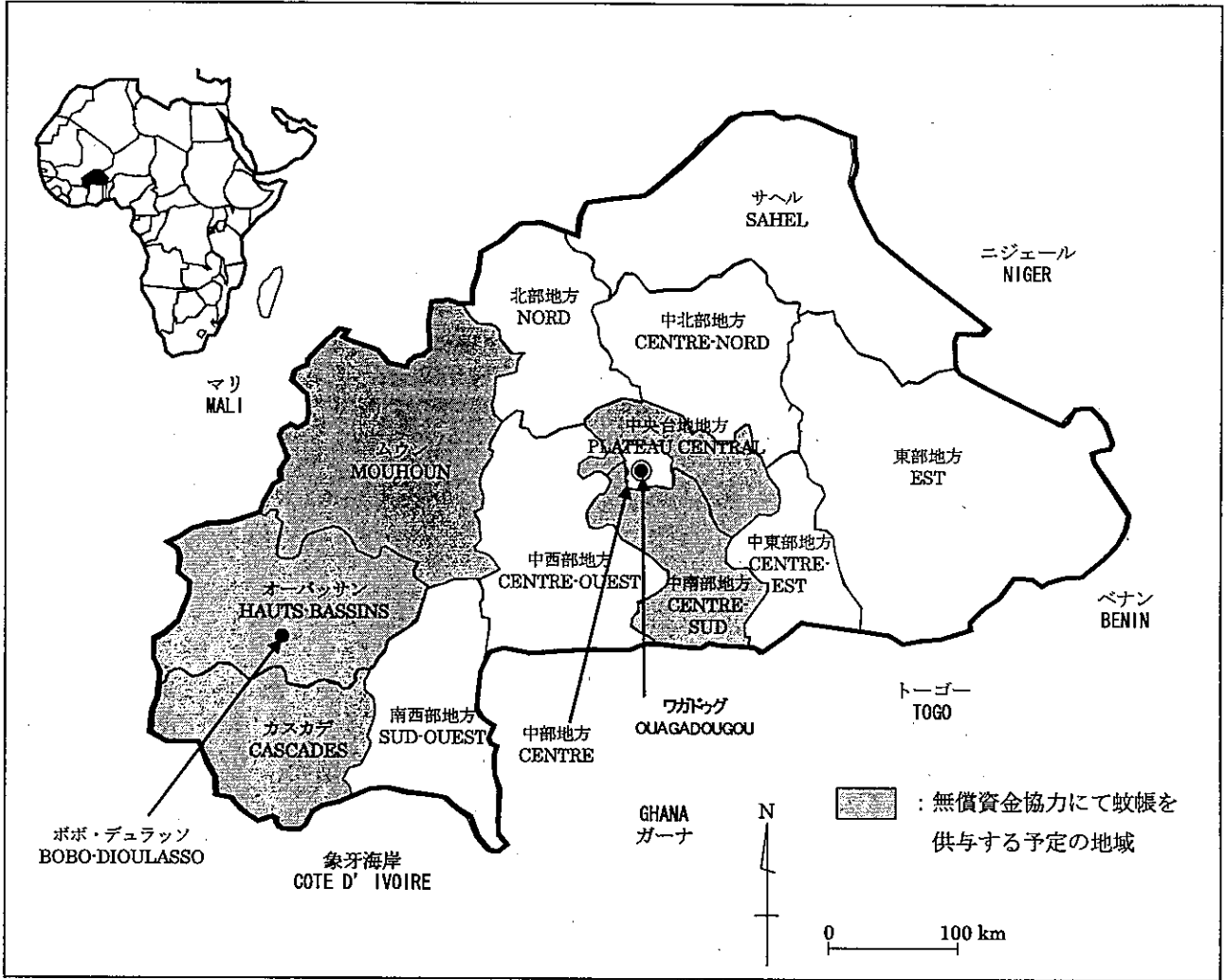


**ブルキナファソ
マラリア対策プログラム形成調査
報告書**

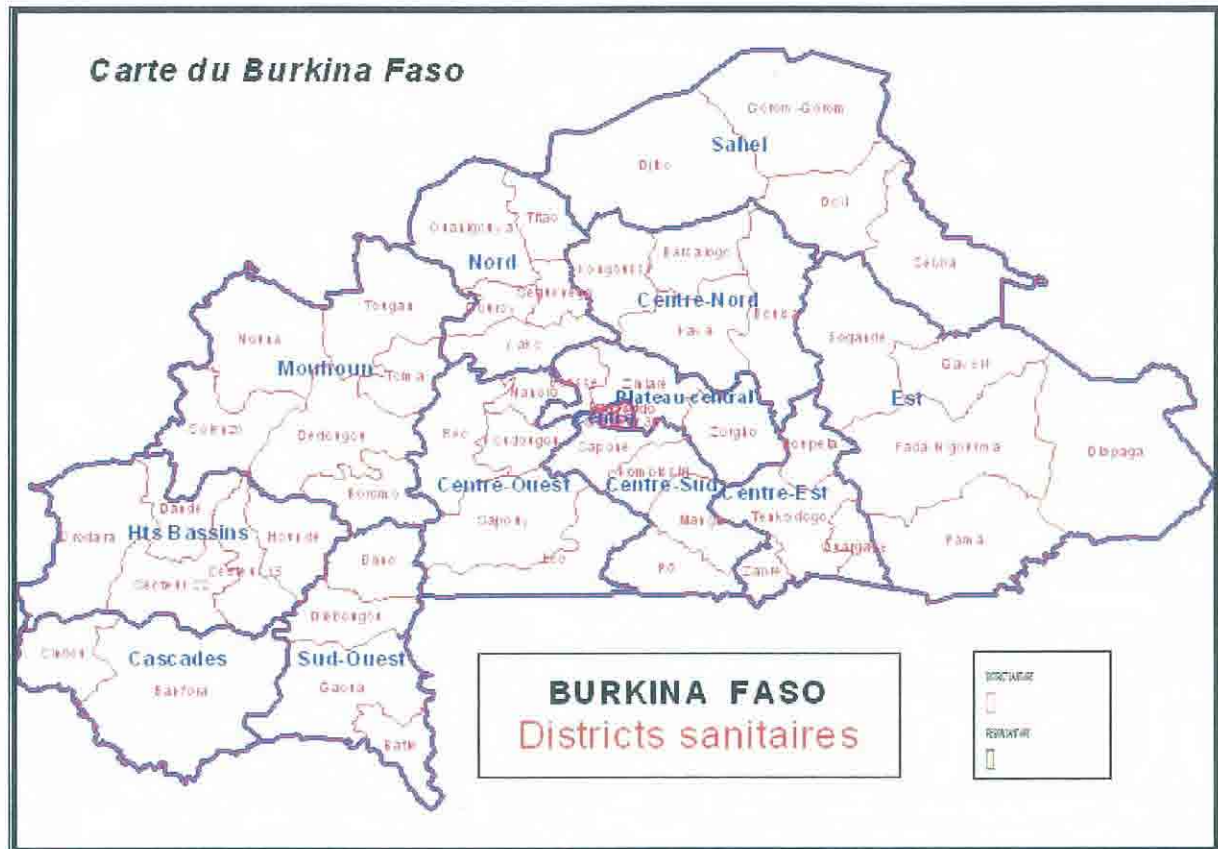
**平成19年9月
(2007年)**

**独立行政法人国際協力機構
アフリカ部**

ブルキナファソ位置図



保健行政区地図



ブルキナファソは13地方（Région）及び45県（Province）からなるが、保健省は13の地方保健局（DRS）、55の保健行政区（DS）を設置している。人口の多い県に1つ以上の保健行政区を設置しているためである。



マラリア対策国家プログラム (PNLP) 事務所前。
中央がPNLPコーディネーターのウエドラオゴ博士。



東部地方保健局事務所。
5つの保健行政区を管轄している。



東部地方に設置されている必須ジェネリック医薬品供給センター (CAMEG) 倉庫内の様子。



東部地方保健局ファダングルマ保健行政区事務所。



東部地方保健局ガイエリ保健行政区事務所。



東部地方保健局ガイエリ保健行政区事務所の医薬品保管倉庫。



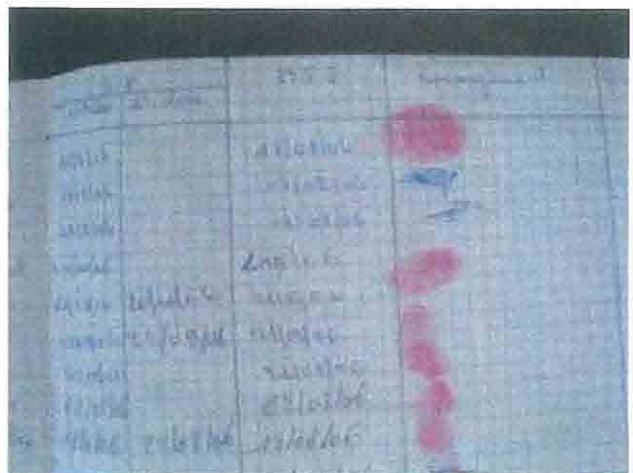
東部地方保健局ガイエリ保健行政区内の一保健社会向上センター（CSPS）が管轄している地域の地図（小さな点は村）。



東部地方保健局ファダングルマ保健行政区ゴメリCSPS。



東部地方保健局ファダングルマ保健行政区ゴメリCSPSに勤務する助産師助手（AA）と妊産婦診察室。



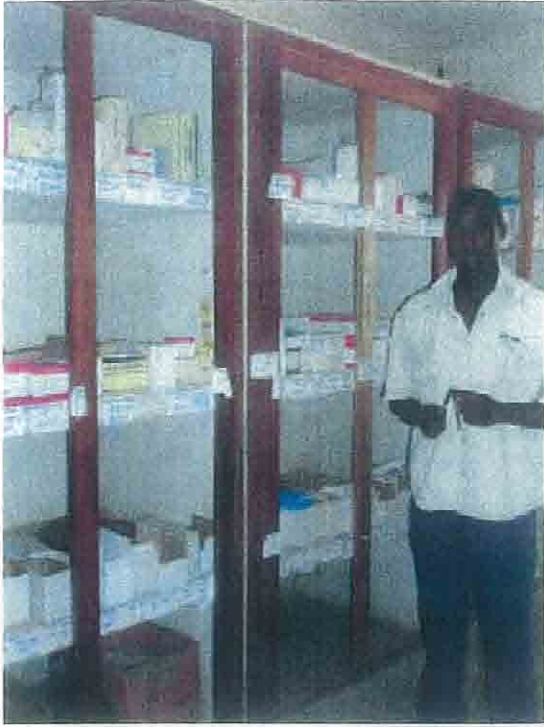
ゴメリCSPS助産師助手の妊婦検診管理台帳。殺虫剤浸潤蚊帳（MTI）を受領した妊婦には拇印を押してもらい、管理していた。2007年7月現在は保健省から蚊帳の供給がないため配布していない。



ゴメリCSPSでは、妊婦のマラリア間欠的予防内服治療（TPI）に必要な薬（SP）の不足は生じていない。無料で処方している。



抗マラリア治療薬としてクロロキンの使用は禁止されているが、未だ処方しているCSPSも存在する。薬代は約150FCFA（約40円）。



東部地方保健局ガイエリ保健行政区内にある
CSPSの薬局。



村で不法に販売されている医薬品。



伝統療法薬。マラリア治療用の薬草で、値段は300FCFA
(約75円)。



村で販売されている伝統療法薬。



民間薬局が扱っている抗マラリア治療薬で、値段は
3,000~5,000FCFA。長期残効型蚊帳は4,90FCFAで販
売されていた。



村の市場で販売されていた殺虫剤浸潤されていない蚊
帳。



蚊帳がないCSPSの入院施設でマラリア治療を受ける子ども。



CSPSのレファラル先の東部地方病院（CHR）の病棟にも蚊帳は張られていない。



ナチアポアニ村。寝室では蚊帳はあまり使われていない。



ゴメリ村。蚊帳があっても使っていない家もみられた。



ナチアポアニ村。下のほうに穴がいくつか空いた蚊帳の中に子どもが6人。2歳くらいまでの子どもは母親と一緒に就寝している。



ポティアマンガ村。母親に対し質的調査法のひとつであるフォーカスグループディスカッションを実施している様子。



東部地方ファダングルマ保健行政区内で実施したマラリアに関する質的調査のまとめをする調査者たち。



質的調査には青年海外協力隊(JOCV) 5名も参加した。



マラリア対策プログラム形成のため2日間(7月24日、25日)プロジェクト・サイクル・マネージメント(PCM)ワークショップを実施した。



PCMワークショップのグループワークの様子。
JOCV調整員2名、JOCV2名も参加した。



ワークショップ終了後参加者と記念写真。

略 語 表

AA	Accoucheuse Auxiliaire	助産師助手
AS	Attaché de Santé	保健上級技師
ASC	Agent de Santé Communautaire	無資格保健要員
AV	Accoucheuse Villagiois	伝統的産婆（無資格）
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques	必須ジェネリック医薬品供給センター
CHR	Centre Hospitalier Régional	地方病院
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	大学病院
CM	Centre Médical	医療センター
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale	外科付き医療センター
COGES	Comité de Gestion	保健委員会
CPN	Consultations Pré-Natales	妊婦検診
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté	貧困削減戦略文書（PRSP）
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale	保健社会向上センター
CTA	Combination Théraphiques à base d'Artémisinine	アルテミシニン誘導体多剤併用療法
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie/ DGS/ SG/ MS	保健省保健総務局疾病対策局
DRS	Direction Régionale de la Santé	地方保健局
DS	District Sanitaire	保健行政区
FRP	Faire Reculer le Paludisme/Roll Back Malaria	ロールバックマラリア（RBM）
GFATM	Global Fund AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
IEC	Information-Education-Communication	情報・教育・コミュニケーション
IRA	Infection Respiratoire Aiguë	急性呼吸器感染症
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
MA	Matrone	マトロン（伝統的産婆）
MEG	Médicaments Essentiels Génériques	ジェネリック基礎医薬品
MTI	Moustiquaires Traitées aux Insecticides	殺虫剤浸潤蚊帳
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement	ミレニアム開発目標（MDGs）
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	世界保健機関（WHO）
PADS	Projet d'Appui Développement Sanitaire	保健開発支援プロジェクト
PEV	Direction de la Prévention par les Vaccinations/ DGS/ SG/MS	保健省保健総局予防接種局
PEV	Programme Elargi de Vaccination	予防接種拡大計画

PG	Paludisme Grave	重症マラリア
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルス・ケア
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	保健開発国家計画
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme	マラリア対策国家プログラム
PS	Paludisme Simple	軽症マラリア
PSN	Politique Sanitaire Nationale	国家保健政策
PTME	Prévention de la transmission de la Mère à l'Enfant	母子HIV感染予防
SESA	Service d'Education pour la Santé et l'Assainissement	地方保健局保健衛生教育課
SIECA	Service d'Information d'Education, Communication et Assainissement	保健行政区IEC・衛生課
SNIS	Système National d'Information Sanitaire	保健情報国家システム
TPI	Traitement Préventif Intermittent	間欠的予防内服治療
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金

目 次

地 図
写 真
略語表

第1章 調査の概要	1
1-1 調査の背景及び目的	1
1-2 調査の目的	1
1-3 調査の方針	2
1-4 調査団構成	2
1-5 調査日程	3
第2章 マラリアの現状と課題	5
2-1 マラリアの現状	5
2-2 マラリア対策の課題	5
第3章 我が国の協力の方向性	8
3-1 我が国の保健衛生援助の基本方針	8
3-2 プログラムの対象地域	8
3-3 マラリア対策プログラム（案）概要	9
3-4 JOCV派遣計画（案）	10
3-5 プログラムの実施体制	11
3-6 他ドナー等との連携可能性	11
3-7 今後の検討課題	12
付属資料	
1. 主要面談者	15
2. 保健省組織図	17
3. 東部ファダングルマ県におけるマラリアと蚊帳使用状況（KAP） 調査報告書（仏文／抄訳）	19
4. マラリア対策プログラム形成・PCMワークショップ実施報告書（仏文／抄訳）	35
5. 面談記録	67
6. 収集資料一覧	79

第1章 調査の概要

1-1 調査の背景及び目的

西アフリカ内陸に位置するブルキナファソ国（以下、「ブ」国）は、人間開発指数（2006年）¹ 世界177か国中174位にあり、住民の46.4%が貧困ライン以下の生活を強いられている。また、保健指標²は概して低く〔平均寿命48歳、乳幼児死亡率97（出生千対）、5歳未満死亡率192（出生千対）、妊産婦死亡率1,000（出生10万対）〕、社会的弱者である妊産婦、乳幼児や老人等の健康が脅かされている。

「ブ」国は、1990年にプライマリー・ヘルス・ケア（Primary Health Care：PHC）を国家戦略とし、保健行政の地方分権化を1994年以降進めてきたが、1990年代は保健指標に著しい改善が見られなかった。2004年に改訂された貧困削減戦略文書（PRSP）の、優先課題の一つに「貧困層の基本的社会サービスへのアクセスの確保」が挙げられ、保健省は2000年に「国家保健政策（Politique Sanitaire Nationale：PSN）」、2001年に「保健開発国家計画（Plan National de Développement Sanitaire：PNDS）2001-2010」を策定し、取り組みを強化している。

PHCの拠点となる公的1次保健医療施設「保健社会向上センター（Centre de Santé et de Promotion Sociale：CSPS）」の数は増加し、住民がCSPSにアクセスする上での距離的障害は改善されつつある。しかし、医師の53.7%、看護師の33%が二大都市ワガドゥグ及びボボ・デュラソに勤務しており、保健省の人材配置基準を満たすCSPS³は全体の63.7%に止まっている。また、貧困層が人口の大半を占める「ブ」国において1992年に導入された医療費受益者負担制度は、貧困層がPHCにアクセスする上での経済的障害となっており、マラリア・急性呼吸器疾患・下痢症等、PHCで対応可能な疾病によって多くの乳幼児が亡くなっている。

JICAは、対「ブ」国国別事業実施計画の援助重点分野の一つに「保健医療への支援」を位置づけ、以下の開発課題に対する支援を行っている。

- （1）マラリア罹患率、死亡率の低下及びHIV感染率の低下
- （2）1次・2次保健医療サービスの質の向上・アクセスの改善

JICAは「ブ」国に対して2003年度から3年間にわたって蚊帳供与（医療特別機材供与UNICEF経由）を実施したが、2006年度には「ブ」国より無償資金協力による更なる蚊帳調達が要請された。同無償資金協力を含め、中長期的なマラリア対策支援を検討するため、本調査を行うこととなった。

1-2 調査の目的

- （1）「ブ」国の地域保健システムの現状と課題を把握する。
- （2）「ブ」国におけるマラリア対策の現状と課題を把握する。
- （3）無償資金協力と技術協力を組み合わせた、マラリア対策プログラムを策定する。

¹ http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/countries/data_sheets/cty_ds_BFA.html

² http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/burkinafaso.pdf

³ CSPSの人材配置基準は、1名の看護師（IDE）か准看護師（IB）、1名の助産師助手（AA）かマドロン（無資格）、1名の巡回衛生員（AIS）か作業員（無資格）の計3名。

1-3 調査の方針

- (1) 「ブ」国地域保健システムの現状を調査し、基礎情報を整理する。
- (2) 「ブ」国におけるマラリア対策の現状と課題を調査する。特に、「マラリア対策戦略計画 2006-2010」の実施状況を確認する。
- (3) 無償資金協力による蚊帳供与と技術協力〔青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteers : JOCV）派遣含む〕を組み合わせたマラリア対策プログラムを「ブ」国関係者とともに形成する。
- (4) 技術協力については、コミュニティへの予防啓発や蚊帳配布モニタリング等のためのJOCV複数派遣を中心に検討する。
予防啓発については、NGO（Plan、Africare等）の活動を調査し、JICA事業への応用及びNGOとの連携可能性を検討する。
- (5) 他ドナー、NGOの活動地域及び無償資金協力による蚊帳配布地域を考慮しつつ、JOCVの派遣可能を選定する。
- (6) 同時期派遣予定の簡易資機材調査団と調査内容を調整し、効率的に調査を実施する。

1-4 調査団構成

担 当	氏 名	所 属
総括	米崎 英朗	JICAアフリカ部中西部アフリカチーム長
マラリア対策・地域保健	及川 みゆき	有限会社生存開発研究所

1-5 調査日程

	日付	時間	活動
1	7/1(日)	11:10 16:10	成田発 (JL405) パリ着
2	7/2(月)	16:10 19:40	パリ発 (AF730) ワガドゥグ着
3	7/3(火)	08:00 09:00 10:30 11:30 15:00	外務省表敬 (保健省調査計画局同席) JICAブルキナファソ事務所との打合せ 財務予算省表敬 保健省表敬 (保健総局、マラリア対策プログラム)、UNFPA表敬 JOCVへの聞き取り調査
4	7/4(水)	08:45	PNLPとの協議
		15:00 16:00	世界銀行保健担当者と面談 WHOマラリア担当者と面談
		19:00	中西部アフリカ地域支援事務所テレーズ在外専門調整員と打合せ (及川)
5	7/5(木)	08:15	東部地方へ移動
		14:30 17:00	ボガンデ保健行政区関係者と面談、視察 ファダングルマ保健行政区関係者と面談、視察
		18:00	東部地方保健局と面談
		18:30	東部CAMEG視察
6	7/6(金)	09:15	ガイエリ保健行政区関係者と面談、視察
		10:45	移動→東部地方保健局
		11:50	東部地方保健局到着
		13:00	ワガドゥグへ移動
		17:00	JICAブルキナファソ事務所にて打合せ 米崎は他調査団の総括として離団
7	7/7(土)		資料整理
8	7/8(日)		資料整理
9	7/9(月)	09:00	PNLP担当者と打合せ
		14:30	Plan Burkinaと面談
		16:00	PSIと面談
10	7/10(火)	08:30	簡易資機材調査団とのテレビ会議出席
		10:15	PCMコンサルタントとの打合せ (~11:50)
		13:00	ファダングルマ保健行政区へ移動
		17:00	テレーズ在外専門調整員と打合せ
11	7/11(水)	07:00	質的調査対象村へ移動
		13:30	クアレ村のCPSP視察
		16:00	地方保健局の啓発担当と面談

12	7/12(木)	08:00 09:00 09:30 15:30	ファダングルマ保健行政区の啓発担当と面談 プライベート薬局視察 地方病院統計担当と面談 地方病院長と面談
13	7/13(金)	09:30 14:30	地方病院入院患者へのインタビュー (～11:30) 結果報告会議 (～19:30)
14	7/14(土)		ワガドゥグへ移動
15	7/15(日)	10:00	テレーズ在外専門調整員と打合せ (～11:30)
16	7/16(月)	15:00	JOCV報告書からの情報収集 報告書作成、精算作業 JOCV調整員、企画調査員 (保健担当) と協議 (～18:00)
17	7/17(火)	08:30 18:00	無償資金協力事前調査団との情報共有 (～12:00) PCMワークショップ準備 PCMワークショップ、コンサルタントと打合せ (～20:30)
18	7/18(水)	08:30 10:00	保健省事務次官表敬 (無償調査団に同行) PADSと面談 (無償調査団に同行) (～12:00) PCMワークショップ準備
19	7/19(木)	15:00	PCMワークショップ準備 グローバルファンド担当機関と面談 (簡易資機材調査団に同行)
20	7/20(金)	19:00	PCMワークショップ準備 PCMワークショップ、コンサルタントと打合せ (～19:30)
21	7/21(土)		資料整理
22	7/22(日)		資料整理
23	7/23(月)		PCMワークショップ準備
24	7/24(火)		PCMワークショップ1日目
25	7/25(水)		PCMワークショップ2日目
26	7/26(木)	08:30 11:30 14:30	赤十字Burkina Fasoと面談 (無償調査団に同行) (～11:00) INSD (国立人口統計院) にて情報収集 (～12:00) 簡易資機材調査団と情報交換 松野隊員 (看護師) と情報交換
27	7/27(金)	09:00 20:15	JICAブルキナファソ事務所報告 ワガドゥグ発 (AF731)
28	7/28(土)	06:05 17:45	パリ着 パリ発 (JL416)
29	7/29(日)	12:35	成田着

第2章 マラリアの現状と課題

2-1 マラリアの現状

「ブ」国は、全域がマラリア感染地域であるが、地域の降水量に応じてマラリア流行時期が通年・短期・中期に分かれる。

マラリアは外来受診・入院・死亡原因の第1位を常に占める疾患であり、2006年の同患者数は2,337,550人で、外来患者の40.2%、入院患者の53.4%、入院死亡者の29.3%を占めた。大人に比べ、乳幼児はマラリアから大きな影響を受けており、5歳未満児の入院患者の64.5%、入院死亡者の60.6%を占める。また、妊娠中のマラリア罹患は、妊婦や胎児の死亡・重度の貧血・早産・低体重児出生の原因になっている。

2-2 マラリア対策の課題

2-2-1 「ブ」国のマラリア対策の現状

「ブ」国保健省が策定した「保健開発国家計画 (PNDS) 2001-2010」は、国民の罹患率・死亡率の減少を上位目標に掲げ、マラリア対策は8つの中位目標⁴のうち、「③伝染性、非伝染性疾患対策の強化」の一部に位置づけられる。

PNDS中間評価に基づき、2007年1月に2006～2010年後期計画が改訂された⁵。8つの中位目標の構成に変更はないものの、マラリア対策の成果指標が具体化された。すなわち、改定前の成果指標は「保健医療施設における5歳未満児の重症マラリア患者の死亡率」のみであったが、改訂後は「5歳未満児の重症マラリア患者の死亡率 (2005年8.76→2010年4.38)」、「殺虫剤浸潤蚊帳 (Moustiquaires Traitées aux Insecticides : MTI) の中で就寝する5歳未満児の割合 (同23.17→同80)」及び「殺虫剤浸潤蚊帳の中で就寝する妊婦の割合 (同27.50→同80)」が加えられた。

マラリアは国民の罹患率・死亡率の第1位を占めるものの、保健省におけるマラリア対策国家プログラム (Programme National de Lutte contre le Paludisme : PNLP) の位置づけは低い。エイズ対策が中位目標の一つに挙げられ、大統領直轄のエイズ・感染症対策委員会が設置されているのに比べ、PNLPは保健総務局疾病対策局 (Direction de la Lutte contre la Maladie/ DGS/ SG/ MS : DLM) の一部にすぎず、予算措置も十分でない。今後も数ある国家対策プログラムを受け持つ疾病対策局がPNLPに突出した予算措置を行うことは難しいと思われる。他方、PNLPの人員配置は、コーディネーター (医師) の下に5つの課 (事務・昆虫学・計画モニタリング評価・予防ベクターコントロール・治療) があり、総勢17名 (うち医師が7名) と比較的恵まれている。

PNLPは、2004年及び2005年に「世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (Global Fund AIDS, Tuberculosis and Malaria : GFATM)」ラウンド2の資金 (総額7,499,988USD) を得たが、それ以降は獲得できず、2006年度予算は大きく落ち込み、当初予算計画の9% (691,823,814FCFA) しか確保できないばかりか、実際に拠出された額はその12% (85,870,000FCFA)、活動実行率は23%に止まった。PNLPにとって予算確保は大きな課題であり、2007年7月にプロポーザルを

⁴ ①国内の医療提供体制の向上、②保健サービスの質と利用状況の改善、③伝染性、非伝染性疾患対策の強化、④HIV感染率の削減、⑤保健人材の質・量の改善、⑥保健サービスへの国民の財政的負担の改善、⑦保健セクターへの資金の増加、⑧保健省の制度的能力強化。

⁵ Plan 2006-2010 de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire(PNDS), MS, janvier 2007

提出したGFATMラウンド7の結果が期待される（要請金額は5年間で26,267,808€）。

2-2-2 「ブ」国マラリア対策戦略計画

「ブ」国のマラリア対策は、ロールバックマラリアイニシアティブ（RBM）及びアブジャ宣言を反映している。

PNLPは、2006年1月に「マラリア対策戦略計画（2002～2005年）」の評価を踏まえ「マラリア対策戦略計画（2006～2010年）」を策定した。同5ヵ年戦略計画では「2000年の数値をベースラインとし、マラリアの罹患率・死亡率を2010年までに50%削減する」ことを目標に掲げ、以下6つの中位目標を設定している。

- (1) 在宅でアルテミシニン誘導体多剤併用療法（Combinaison Thérapeutiques à base d'Artémisinine : CTA）による適切な治療を受けた軽症マラリア（Paludisme Simple : PS）患者の割合が、2005年0%から2010年には80%になる。
- (2) 保健医療施設でCTAによる適切な治療を受けた軽症マラリア患者の割合が、2005年0%から2010年には80%になる。
- (3) レファラルされた上位保健医療施設において適切な治療を受けた重症マラリア（Paludisme Grave : PG）患者の割合が、2005年85.7%から2010年には90%になる。
- (4) 妊婦の殺虫剤浸漬蚊帳利用率が、2005年27.5%から2010年には80%になる。
- (5) 5歳未満児の殺虫剤浸漬蚊帳利用率が、2005年23%から2010年には80%になる。
- (6) 抗マラリア薬（Suofadoxine-Pyrimétamine : SP）によるマラリア間欠的予防治療（Traitement Préventif Intermittent : TPI）を受けた妊婦の割合が、2005年0%から2010年には80%になる。

PNLPは5年間で必要な予算として、44,141,251,000FCFA（約109億円）を計上している。

2-2-3 マラリア治療の現状

2005年2月に、PNLPはマラリア治療指針を大幅に見直した。クロロキン薬剤耐性マラリアの増加によりクロロキンの治療効果が低下したためにクロロキン使用を禁止し、軽症マラリア患者の治療をCTAに変更した⁶。軽症マラリア治療はCSPS等の1次保健医療施設以外に、村の無資格保健要員（Agent de Santé Communautaire : ASC）等による家庭での治療も従来通り奨励している。重症マラリア患者及び妊婦は保健医療施設でキニーネを使用することになっているが、CTAの供給が遅れているため、現時点では軽症マラリアの治療はAmodiaquine単剤療法、または一部のCSPSでは禁止されているクロロキンが処方されている。

住民がCSPSにアクセスする上での距離的障害は年々改善されているものの、交通手段を持たない多くの住民にとってCSPSは依然として遠い。CSPSは、住民から構成される保健委員会（Comité de Gestion : COGES）により管理運営されているが、入院施設には蚊帳もなく、保健省の人材配置基準を満たすCSPSは全体の63.7%であり、治療環境は良いとはいえない。また今後、治療薬変更に伴う治療費用の増加が住民のCSPS受診時期を遅らせると予想される。

⁶ 第一選択薬Artémether + Luméfantrine、第二選択薬Artésunate + Amodiaquine。

2-2-4 マラリア予防の現状

保健省は、妊婦には妊婦検診時、5歳未満児には定期予防接種時または予防接種キャンペーン時に殺虫剤浸潤蚊帳を無料配布する政策を掲げているものの、必要な数の殺虫剤浸潤蚊帳を確保できていない。

妊婦へのTPIに関する予算措置は行われており、SPがCSPSを通じて無料で処方されている。クロロキンによるTPIが以前から実施され、また妊婦検診率も高いため（85.3%）、今後もSPが確保されれば中位目標の達成は難しくない。

マラリア対策戦略計画はコミュニティ活動を重視し、住民参加型の啓発活動を戦略の一つに挙げている。予防啓発活動は、CSPSスタッフや村に1、2名いる無資格保健要員等が巡回予防接種や妊婦検診時に行っているため、一部の母親の知識は改善しているが、地域住民全体では十分なレベルに達していない。

保健省は、2005年8月に保健IEC（Information-Education-Communication：情報・教育・コミュニケーション）国家政策を策定し、IEC活動を担う部署として保健総務局のもとに公衆衛生・健康教育局、また地方保健局（Direction Régionale de la Santé：DRS）に保健衛生教育課（Service d'Education pour la Santé et l'Assainissement：SESA）を新設した。また、保健行政区（District Sanitaire：DS）にも啓発活動を担当するIEC・衛生課（Service d'Information d'Education, Communication et Assainissement：SIECA）が存在するが、マラリア対策に関しては予算不足のため活動が活発でない。

第3章 我が国の協力の方向性

3-1 我が国の保健衛生援助の基本方針

我が国はミレニアム開発目標（MDGs）の目標6「HIV/エイズ、マラリア及びその他の主要な疾病の発生を2015年までに食い止め、その後発生率を減少させる」の達成に貢献するため、2003年10月のTICADⅢにおいてアフリカに対し100万帳の蚊帳供与を表明し、2005年2月には2007年までに1,000万帳の長期残効型蚊帳（LLINs）を供与することを表明した。

また、日本政府は2005年に発表した「保健と開発に関するイニシアティブ」において、MDGs達成に向けた貢献に重点を置きつつ、ODAによる保健医療分野への貢献を継続・拡充することを表明している。

JICAは課題別指針「寄生虫症対策指針（マラリア対策）」において、「人間の安全保障」の視点を一層重視するとともに、「キャパシティ・ディベロップメント（CD）」の考え方、具体的には疾患をコントロールできる行政システムを構築することを主軸とした協力を行っていくとしている。また、「マラリアの罹患率・死亡率を減少させる体制を整備する」ことを開発戦略目標と定め、中間目標を①予防体制の強化、②診断・治療体制の強化、③マラリア対策マネジメントの強化としている⁷。

「マラリアの罹患率・死亡率を減少させる体制を整備する」ことを念頭に置きつつ、PHCの一つであるマラリア対策を支援することは、我が国の基本的な方向性に合致する。

3-2 プログラムの対象地域

課題別指針「寄生虫症対策指針（マラリア対策）」は、「ハイリスク地域を選択し、マラリア対策の各投入コンポーネントを集約的に実施することが肝要」としている。「ブ」国全域がマラリア感染地域ではあるが、特に通年を通じてマラリア感染が見られるのは、南西部のカスカド地方、オーバッサン地方、南西部地方全域、中西部地方、中南部地方、中東部地方、東部地方の南部である。

Plan Burkinaは、南西部地方及び中北部地方において、妊産婦・5歳未満児に対する蚊帳無料配布等、草の根レベルのマラリア対策を支援している。WHOは、東部地方ファダングルマ保健行政区、中南部地方ポー保健行政区及び南西部地方ダノ保健行政区において、マラリア対策プロジェクトを実施しており、事後評価を2007年に予定している。WHO担当者は、今後優先すべき地域として南西部地方ガウア、ダノ保健行政区、カスカド地方、オーバッサン地方を挙げている。また、国連は最貧困地域であるサヘル地方、東部地方及び中東部地方を協力対象地域とし、UNICEF及びUNFPAがマラリア対策を実施している。PNLPは他ドナーが支援を行っていないムウン地方のトーガン、トマ保健行政区への支援を期待している。

JICAは過去3年間、UNICEF経由の医療特別機材供与により東部地方に蚊帳を供与してきたが、無償資金協力による蚊帳配布地域はカスカド地方、オーバッサン地方、ムウン地方、中央台地地方及び中南部地方になる見込みである。無償資金協力による蚊帳配布対象地域のうち、ムウン地方は安全対策及び生活環境上JOCVの派遣が困難である。

マラリア感染のハイリスク地域、他ドナーの支援状況、無償資金協力による蚊帳配布対象地域、

⁷ 2007年4月発行。p.6、「3. JICAの協力の方向性、3-1 JICAが重点とすべき取り組みと留意点、(1)基本的な考え方」より引用。

JOCVの派遣可能地域を考慮し、JOCVの派遣地域を中南部地方とすることがJICAブルキナファソ事務所より提案された。

3-3 マラリア対策プログラム（案）概要

本調査の方針に基づき、我が国が実施可能な支援策をPNLPに提示し、2日間のPCMワークショップを実施し、以下のとおりマラリア対策プログラム（案）を策定した。

(1) プログラム目標

対象保健行政区において妊婦と5歳未満児のマラリア罹患率の減少に貢献する。

(2) 協力期間

2008～2010年度

(3) 対象地域

無償資金協力による蚊帳供与が行われる予定の地域(カスカド地方、オーバッサン地方、ムウン地方、中央台地地方、中南部地方) から、パイロット地方を1つ選択する。

(4) プログラムの構成要素

1) 無償資金協力

- ・233,000帳の長期残効型蚊帳（LLINs）の供与

2) 技術協力

- ・フィールド調整員1名
- ・JOCV複数派遣
- ・研修

(5) 各構成要素に期待される成果

1) 無償資金協力

- ・2009年に対象保健行政区において妊婦検診に来る妊婦の85%が蚊帳を入手する。

2) 技術協力

① フィールド調整員

- ・パイロット地方においてJOCV複数派遣により実施されるマラリア対策活動が円滑に行われる。

② JOCV複数派遣

- ・住民のマラリアに関する知識が向上し、行動変容につながる。
- ・無償資金協力により供与される蚊帳が円滑に配布される。
- ・住民の殺虫剤浸潤蚊帳の使用方法が改善される。

③ カウンターパート研修

- ・マラリア対策に携わる人材の能力が向上する。

3-4 JOCV派遣計画（案）

3-4-1 JOCV派遣の基本方針

PNLPにフィールド調整員、地方保健局及び保健行政区にそれぞれJOCVを配置し、PNLPから保健行政区に政策が伝達され、保健行政区からPNLPに活動状況が円滑に報告されるよう支援する。

住民参加型の予防啓発活動を進めるためには、住民組織の現状及び住民の社会的・文化的背景を詳しく調査する必要があることから、それら情報収集や調査活動をJOCVの活動計画に組み込む。

「ブ」国は保健行政の地方分権化を進めており、保健行政区がマラリア対策計画策定・実施・評価を行うこととなっている。保健行政区に派遣されるJOCVは、CSPS及び保健行政区によるマラリア対策計画策定・実施・評価を支援する。

地方保健局に配属されるJOCV及びPNLPに配属されるフィールド調整員は、PNLPの5ヵ年戦略計画の方向性や進捗状況を確認しつつ、CSPS及び保健行政区レベルで実施される活動の調整及び同地域で活動するNGO等との情報共有・協力関係促進に努める。

3-4-2 JOCV派遣計画

フィールド調整員はPNLPの予防対策・コミュニティ活動担当とともに、妊産婦・5歳未満児への蚊帳普及支援及び住民参加型のマラリア予防啓発活動の促進・調整を行う。

地方保健局にはJOCVを派遣し、地方保健局と同保健局が管轄する保健行政区のマラリア統計の改善に努めるとともに、保健医療施設・世帯調査を企画・実施する。

保健行政区にはJOCVを各1名派遣し、フィールド調整員及び地方保健局に派遣されるJOCVとともに活動を実施する。

フィールド調整員及びJOCVの活動内容（案）は以下のとおり。

(1) フィールド調整員

- 1) 対象保健区との協力関係を構築する。
- 2) 円滑に地方保健局、保健行政区に隊員が派遣されるよう支援する。
- 3) パイロット地方の現状調査を実施する。
- 4) PNLPスタッフと四半期に一度対象地区の（蚊帳供与）モニタリングを実施する。
- 5) グループ派遣の活動計画を策定する。
- 6) 四半期に一度グループ活動のスーパービジョンを行う。
- 7) 四半期に一度PNLPに活動報告書を提出する。
- 8) 対象地区内のカウンターパートとパイロット活動の共有を行う。
- 9) 対象地区において経験の共有セミナーを開催する。
- 10) PNLPに相談しながら必要な教材を作成する。
- 11) マラリア対策で新たに必要な指標があるか検討する。
- 12) 統計担当者への研修を実施する。

(2) JOCV複数派遣

- 1) 配属先との協力関係を構築する。

- 2) パイロット地方の現状調査を実施する。
- 3) 保健行政区で計画されているマラリア対策を支援する。
 - ・蚊帳の獲得
 - ・住民に対する啓発活動
 - ・無資格保健要員への研修
 - ・薬剤浸潤キャンペーンへの支援
- 4) 蚊帳の使用状況モニタリング（世帯訪問）を実施する。
- 5) フィールド調整員及び配属先に対し月例報告書を提出する。
- 6) 活動地域内でのドナー会議に参加する。

3-5 プログラムの実施体制

マラリア対策プログラムのカウンターパート機関は保健省PNLPとするが、PNLPは保健省における権限が弱いため、上位関係者が同席する会議において協力方針を決定することが望ましい。上位関係者としては、保健省保健総局長、疾病対策局長、及び保健省全体の計画立案をしている調査計画局（Direction des Etudes et de la Planification/ SG/ MS : DEP）、母子保健を担当している保健総局家族保健局等が考えられる。

JICAブルキナファソ事務所担当者はPNLPに配属されるフィールド調整員と定期的に会合を持ち、プログラム全体の調整を行う。JOCV複数派遣については、フィールド調整員が調整を行う。

3-6 他ドナー等との連携可能性

Plan Burkinaが中南部保健行政区において教育・保健・水衛生・子どもの権利に関するプロジェクトを実施している。Plan Burkinaは蚊帳供与、啓発活動や医療従事者の研修も実施しているが、蚊帳供与については蚊帳受注からCSPSを通じた対象者への配布までPlan Burkina主導で行われている。

「ブ」国では2004年から保健セクターにおいてもコモン・バスケット方式の財政支援が開始され、オランダ、フランス、スウェーデン、世銀及びUNFPAが参加している。同バスケットファンドの運営管理のため「保健開発支援プロジェクト（Projet d'Appui Développement Sanitaire : PADS）」という組織が設置され、PADSが計画策定、予算配分、定期モニタリング・評価を実施している。保健省予算全体に占めるコモン・バスケットの割合は9.96%（2005年）から、12.68%（2006年）と増加傾向にある。財政支援により、保健行政区のマラリア対策予算は今後若干増加すると予測される。予防啓発活動の成果等を他ドナーに提供することにより、将来的に財政支援とJICAの技術協力が相乗効果を生むことが期待される。

「ブ」国にはローカルNGOや社会団体が多くある。また、GFATMの資金を得てエイズ・結核対策支援を実施する民間セクターを技術的・財政的に支援するProjet d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) という公的組織もある。保健省はPAMACの有する民間セクターとのネットワークを活用しつつ、マラリア対策を進める方針であるため、それら民間セクターとの連携を模索することも期待される。

3-7 今後の検討課題

今次調査では、主にPNLPとPCMワークショップを通じてマラリア対策プログラムの枠組みを形成したが、保健省におけるPNLPの権限が弱いため、上位組織である疾病対策局、保健総局を含めた場で本プログラム計画等について合意する必要がある。

プログラム対象地域として中南部地方が提案されたが、今次調査では同地方を十分に調査できなかったため、中南部地方におけるマラリア対策の現状調査、並びに地方保健局及び保健行政区と活動計画を検討するためにPCMワークショップ等を実施することが必要である。

付 属 資 料

1. 主要面談者
2. 保健省組織図
3. 東部ファダングルマ県におけるマラリアと蚊帳使用状況（KAP）
調査報告書（仏文・抄訳）
4. マラリア対策プログラム形成・PCMワークショップ実施報告書
（仏文・抄訳）
5. 面談記録
6. 収集資料一覧

1. 主要面談者

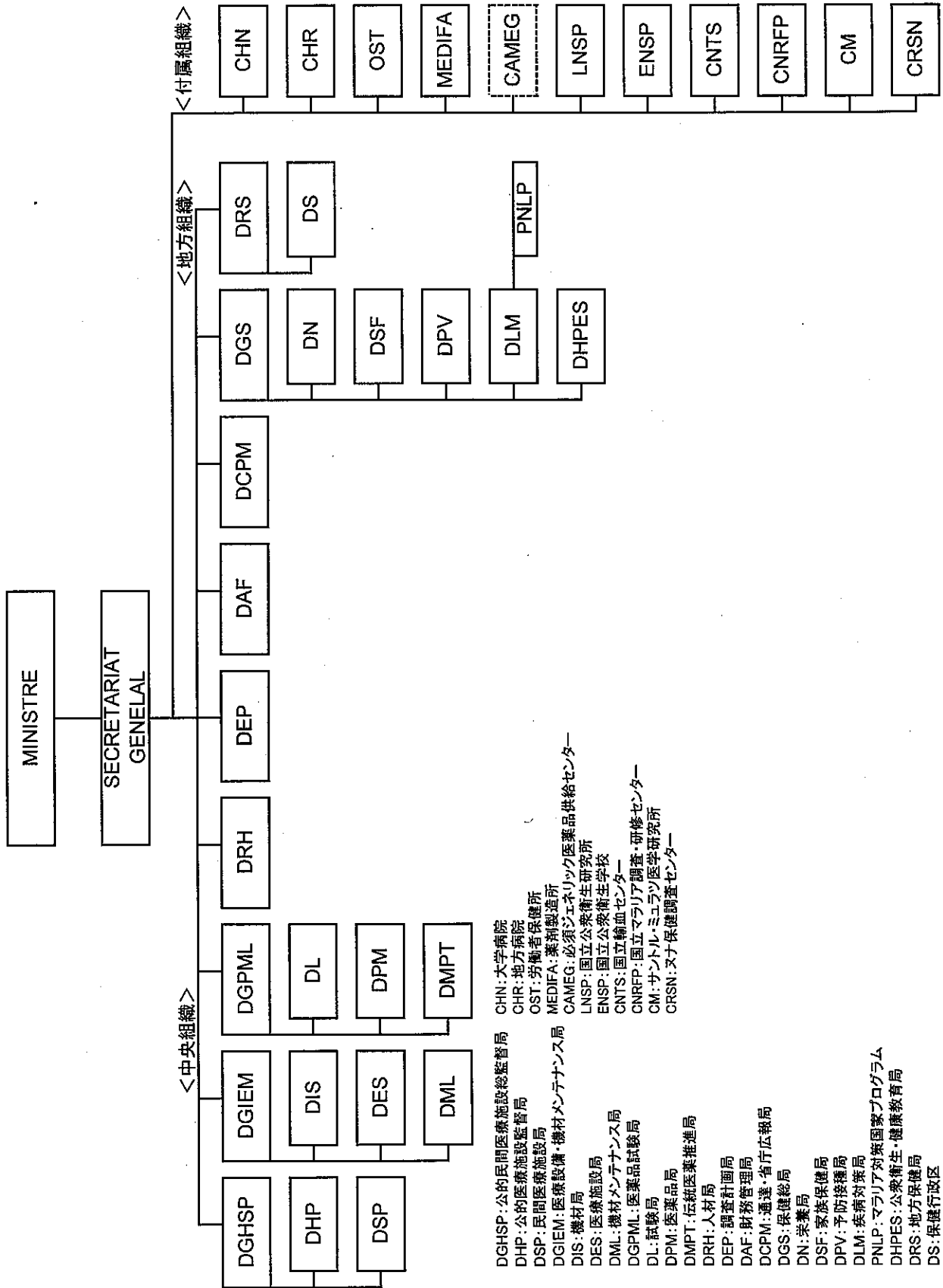
(1) 保健省

機関・役職名	氏名
保健総局長	Dr. Souleymane SANOU
国家マラリア対策プログラム(PNLP)コーディネーター	Dr. OUEDRAGO Jean Eric
PNLP予防対策担当	Mr. DOAMBA Malthias
PNLP モニタリング担当	Dr. MOYENGA Lanvent
PNLP 治療対策担当	Mme.KOMSEIBO Beatice
保健開発支援プロジェクト(PADS)コーディネーター	M.Zaharie BALIMA
東部地方保健局長	Dr. Amédée prosper DJIGUEMDE
東部地方保健局保健衛生教育課	M. SANOU Dong Francois
東部地方 CAMEG長	Dr. Ariglido BERE
東部地方病院統計疫学担当	Mr. Waly Martin
東部地方病院産婦人科医師	Dr. DIALLO (Gyn./Obst)
東部地方病院小児科医師	Dr. Mazor Sana (Général)
東部地方病院内科医師	Dr. Traoré (Général)
東部地方保健局Bogandé保健行政区 外科付医療センター医師	Dr. Toguyeni Zakaria
東部地方Fada N’Gourma保健行政区薬剤師	Dr. Keida Ramata
東部地方Fada N’Gourma保健行政区保健衛生教育課	M. NAMA Lazer
東部地方保健局 Gayeri保健行政区看護師	M.SEBGO Hamidou

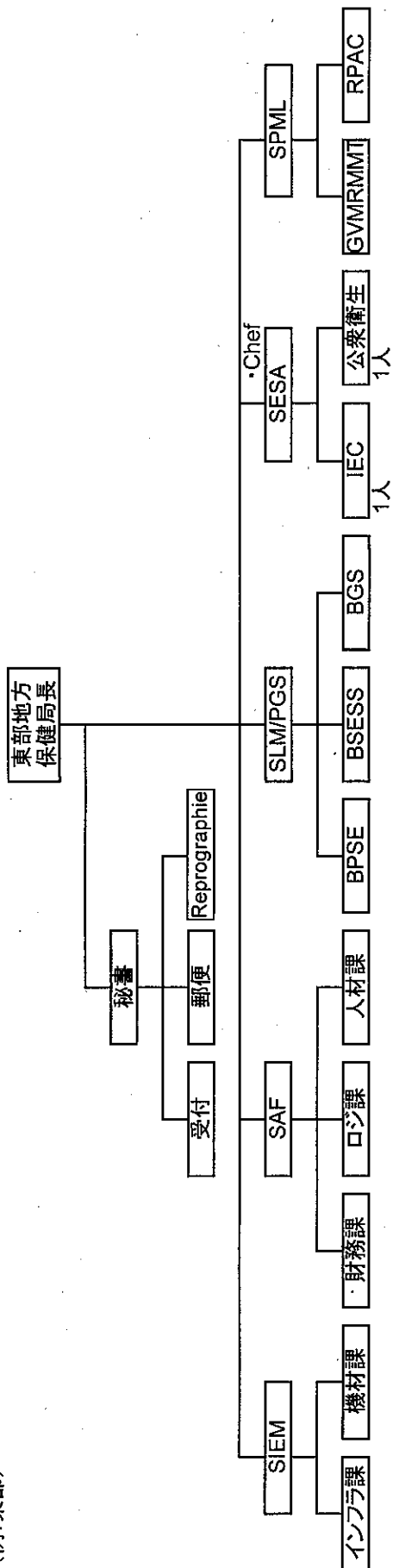
(2) 援助機関・NGO

機関・役職名	氏名
世界銀行 保健担当	Mme.Tshiya SUBAYI
WHO マラリア担当	Dr. Daogo Sosthène ZOMBRE
UNFPA RHプログラム担当	Mme.Olga SANKARA/ZOUNGRANA
Plan Burkina	Dr. KABA Issoumaila
ブルキナ赤十字代表	M.Wéléti MAIGA

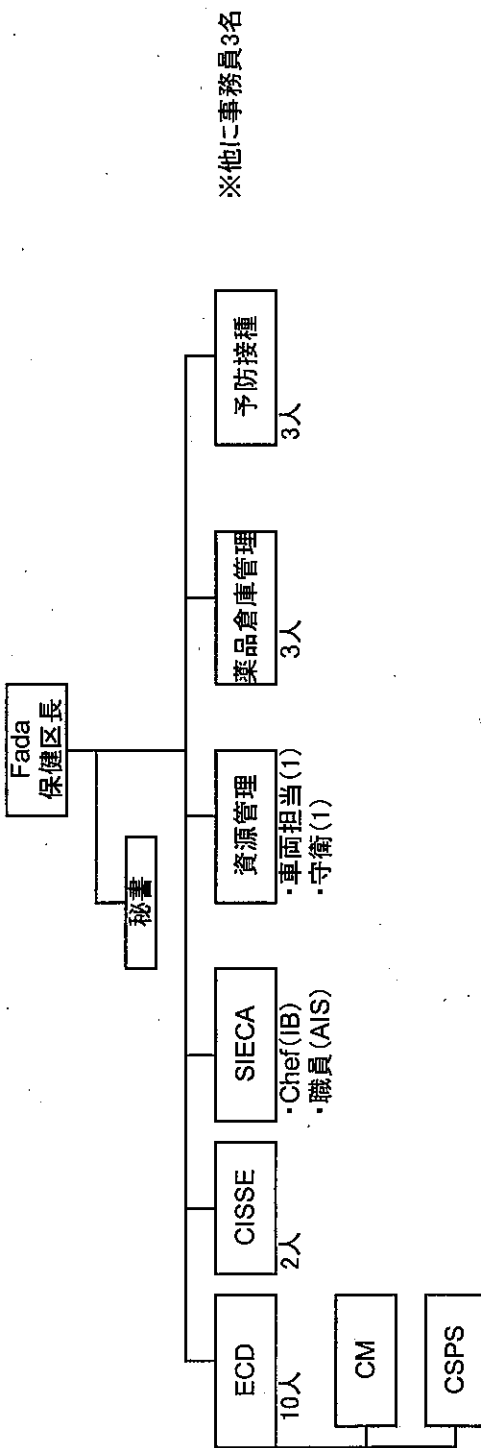
2. 保健省組織圖



地方保健局組織図
(例: 東部)



保健区組織図
(例: Fada保健区)
職員数: 27名



※他に事務員3名

3. 東部ファダングルマ県におけるマラリアと蚊帳使用状況（KAP）調査報告書（仏文）

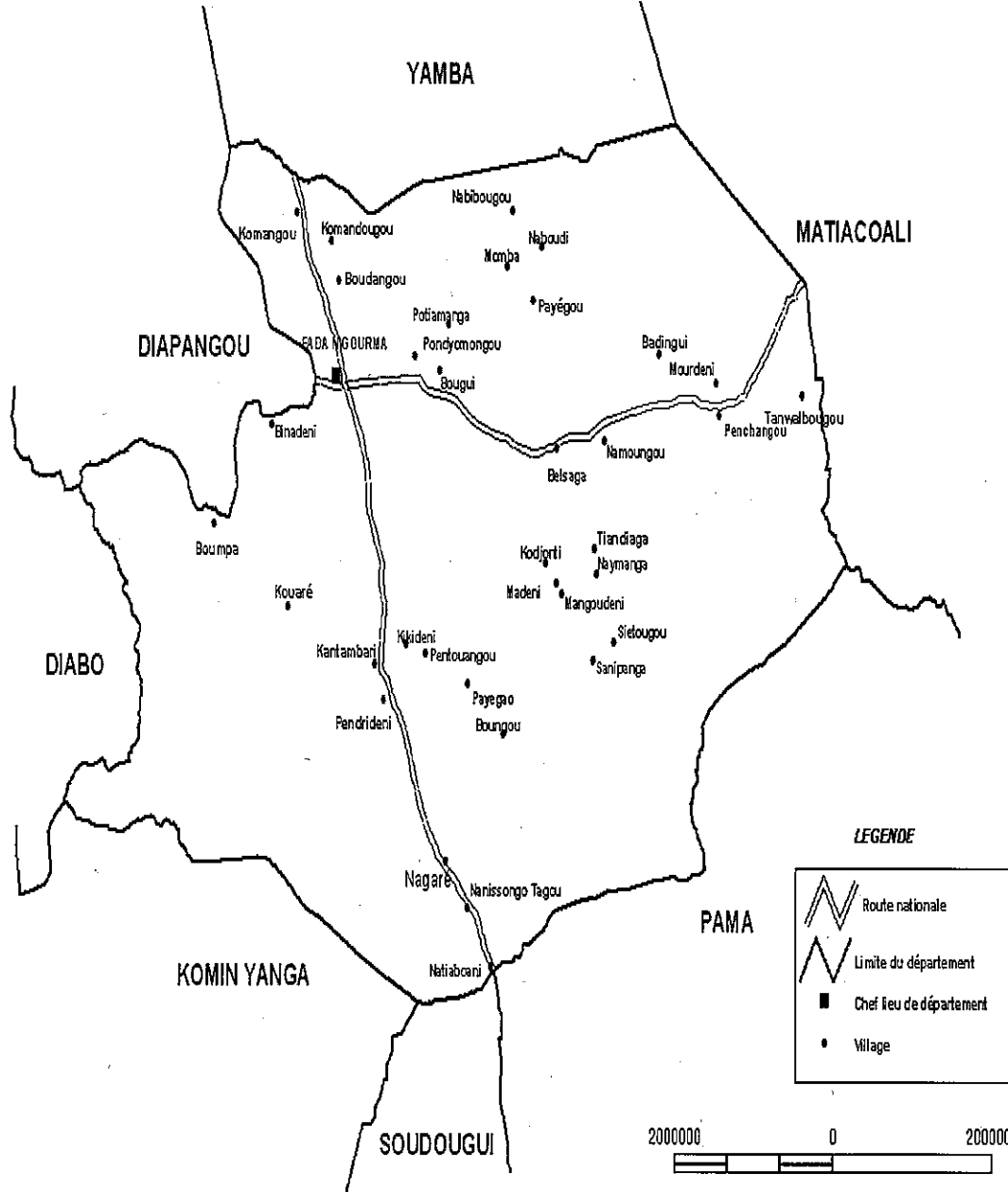
Connaissances et pratiques des populations du
département de Fada face au paludisme et à
l'utilisation de la moustiquaire

Thérèse Mayé DIOUF
Socio linguiste, Spécialiste de santé publique
JICA/ Bureau d'Appui Régional
Pour l'Afrique de l'ouest et du centre

Draft

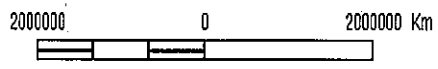
Juillet 2007

CARTE ADMINISTRATIVE DU DEPARTEMENT DE FADA N'GOURMA



LEGENDE

- Route nationale
- Limite du département
- Chef lieu de département
- Village



SVN 1: 68 DT 2004/REP-01 01 AB PK

DRED-EST/SAT/CM/smbre 2004/ROM/ECy/06

Méthodologie

L'enquête sur le paludisme a fada Ngourma s'est déroulée du 10 au 14 juillet dans le département de Fada. Elle a concerné 5 villages et deux quartiers de fada.

Nous nous sommes inspirés de la procédure ECRIS*, une technique d'enquête qualitative qui se déroule traditionnellement en six étapes. La phase individuelle de repérage, le séminaire de préparation, l'enquête collective, le séminaire bilan de l'enquête collective, les recherches individuelles et le séminaire final. Dans son fondement, la démarche est un perpétuel va et vient entre phases individuelles et phases collectives.

- La phase individuelle de repérage permet de préparer rapidement le travail d'équipe en identifiant les groupes stratégiques provisoires.
- Le séminaire de préparation permet de faire le point de la documentation sur les sites de recherche et de se familiariser avec la problématique de recherche.
- L'enquête collective est le noyau central de la démarche ECRIS. Elle se fait par petits groupes ou équipes de deux ou trois. Elle permet à chacun de se confronter à l'approche, à la variété et à la relativité des groupes stratégiques.
- Le séminaire bilan d'enquête collective permet l'élaboration des indicateurs qualitatifs, la détermination des pistes de recherche propres à chaque site. Il permet aussi un premier essai comparatif pour dégager les points communs et les spécificités de chaque site.
- La recherche individuelle sur chaque site a une durée variable (de deux semaines à plusieurs mois, par exemple) selon le thème. Dans cette phase, il n'y a plus de procédure unique, mais des indicateurs communs, pour lesquels chaque enquêteur utilise tous les instruments de recherche qualitative afin de produire les données nécessaires.
- Le séminaire final est consacré à l'analyse comparative finale des données.

* ECRIS : Enquête rapide d'identification des conflits et groupes stratégique. Cf. Bierschenk et Olivier de Sardan (eds) 1997, *Les pouvoirs au village*. Paris : Karthala (annexe). 4

Spécificité de la présente recherche.

La recherche n'a pas suivi le déroulement classique de la démarche ECRIS telle que présentée ci-dessus, pour des raisons de temps. Il s'agissait, dans l'urgence, d'identifier, à partir d'un éclairage socio-anthropologique, divers problèmes relatifs à la connaissance, le recours, le traitement du paludisme et l'utilisation de la moustiquaire dans le département de Fada.

La seconde particularité de cette étude a été le fait que les équipes d'enquête étaient mixtes, constituées chacune d'un enquêteur natif de Fada et d'un volontaire japonais (JOCV). Cela a permis des échanges fructueux, de l'avis de tous. Pendant toute la durée de l'étude, les équipes ont séjourné dans les villages.

Pour l'essentiel, la recherche s'est basée sur des entretiens individuels et des focus groups. Quelques séances d'observation ont été faites sur les CSPS, les marchés et chez les guérisseurs.

Organisation du travail

Un atelier de familiarisation avec le sujet de recherche et la démarche méthodologique a précédé l'enquête, nous avons ensuite testé le canevas dans la ville de Gomoré sous forme d'enquête collective. L'équipe était divisée en binôme (Local/JOCV) qui avait en charge un groupe stratégique spécifique. Une mise en commun des premiers résultats et premières difficultés a eu lieu le soir.

L'enquête de terrain proprement dite a eu lieu du Mercredi 11 juillet au vendredi 13 juillet dans les villages suivants : Gomoré (CSPS à 2 km), Potiamanga (CSPS à 15 km), Kouaré (CSPS), Natiaboani (CSPS), Nagré (CSPS à 9 km), Secteur 7 (CSPS), Secteur 4 (CSPS)

Les endroits suivants ont été couverts : CSPS, ménages, marchés, champs, cabinet de guérisseurs. Nous avons pu interroger : leaders (chef de villages, pasteur, président de groupement), Infirmiers, Accoucheuse Auxiliaire, gérant de dépôt MEG, maman d'enfants moins de 5 ans, femmes enceintes, maris, guérisseurs, agent PSP (ASC), vendeurs de médicaments, vendeurs de moustiquaires, belles-mères, etc

La séance de restitution a eu lieu à Fada le vendredi 14 Juillet.

Difficultés et Contraintes

La difficulté majeure a été la contrainte de temps, trois jours étaient insuffisants pour couvrir le département mais suffisant pour avoir une photographie globale de la situation. Devant la situation de demande de moustiquaires des populations et des foyers d'extrêmes pauvreté, les enquêteurs se sont dits frustrés de ne pas pouvoir sur le champ, régler les problèmes des populations.

Avec l'arrivée des pluies et le début des activités champêtres, il était difficile de trouver les populations sur place.

Astuces

Pour parer à ces difficultés, l'équipe a utilisé les astuces suivantes, se rendre très tôt le matin dans les ménages afin d'y rencontrer le maximum de personnes avant qu'ils se rendent aux champs. Le soir aussi étaient mis à profit du moment que les enquêteurs vivaient dans les villages.

La participation des JOCV a été d'un appui capital dans le déroulement des enquêtes, l'idée de JOCV et des locaux a été bénéfique pour tous

Participants à l'enquête

Chercheurs JICA (2)

Mme Thérèse Maye DIOUF, chargée de programme

Mme Oikawa Miyuki, expert court terme

JOCV (05)

Mlle ITO Michiyo, Statisticienne, DEP/MS

Mlle MATSUNO Rui, Infirmière, CSPS de Léo, MS

Mlle ETO Yayoi, Animatrice rurale, La Mairie de Fada N'Grouma, MATD

Mlle SAITO Naomi, Mairie de Fada n'Grouma, MATD

Mlle SAKAI Fumiko, Animatrice rurale, DR de l'Est, MECV

Enquêteurs FADA (4)

M. Serge BALMA

Mlle Agiratou SAM

M. Idrisa KOITA

M Nakanabo Jean

Guide interprète (1)

M, Gualbert Balima

Les groupes stratégiques

Les groupes stratégiques étaient au nombre de six:

- GS1 : femmes enceintes et mamans d'enfants de moins de 5 ans
- GS2 : entourage immédiat femmes enceintes (maris, belle mères, famille)
- GS3 : Professionnels sante (ICP, matrone, relais, dépôt pharmacie etc)
- GS4 : Guérisseurs traditionnels/Accoucheuse traditionnelle
- GS5 : vendeurs de médicaments et de moustiquaires
- GS6 : ONG, leaders locaux, OCB etc

Un canevas d'entretien a été élaboré par le chercheur principal et discute lors de l'atelier du premier jour, qui s'est enrichi et modifié de façon informelle au fil de l'enquête.

Résultats

Au total, au bout de trois jours d'enquêtes, 50 entretiens ont été menés dont une dizaine de focus groups, et 130 personnes ont été interrogées.

Différents nom et significations du paludisme

Selon les villages et la langue locale, plusieurs noms ont été donnés au paludisme

En Moré par exemple, **korom**(eau), *Wéogo*(brousse), *Gninwigré* (fièvre) sont les noms donnés au paludisme. Même si les noms diffèrent logiquement d'une langue à une autre, leurs significations sont pareils aussi bien en Moore, en Gurmache qu'en Peul : leur traduction donne eau, brousse et fièvre.

Les interprétations des populations en ce qui concerne l'appellation eau du paludisme se justifient selon elles par le fait que le paludisme apparaît avec l'arrivée de la pluie. Ils affirment aussi que partout où il y a de l'eau en général, il y a beaucoup de cas de paludisme. Ils ont nommés les eaux stagnantes, les eaux sales, les étangs etc.

Pour ce qui est de l'appellation Brousse les sens donnés sont de deux ordres : le premier peut être mis en rapport avec l'eau. Selon certains enquêtés « on attrape le paludisme quand la pluie nous trouve en brousse et que l'eau nous arrose ». Pour une autre frange de la population le nom brousse est lié au fait que « quand on se promène en brousse, on peut rencontrer des esprits et si ces derniers arrivent à te faire peur, tu attrapes le paludisme ».

Toutefois même s'ils n'en ont pas directement parlé, les enquêtés en majorité reconnaissent qu'il faut que le moustique pique une personne pour qu'elle attrape le paludisme. D'autres ont cependant évoqué la piqûre d'une mouche *spéciale*, le fait de boire de l'eau sale ou de manger des aliments sales,

L'identification des différentes formes (sortes) de paludisme

Pour la majorité des enquêtés il y a plusieurs types de paludismes allant du simple au grave. Le paludisme simple se manifeste par de la fièvre, mal de tête, vomissement souvent jaunes, courbatures et maux de ventre selon les cas.

D'autres symptômes peuvent être notés pendant le paludisme aussi, c'est le cas du manque d'appétit, la diarrhée surtout chez les enfants, etc.

Par contre le paludisme devient grave quand des convulsions s'y ajoutent ou des pertes de connaissance.

Comment on reconnaît le paludisme ?

Dans les villages enquêtés, on reconnaît en général le paludisme par l'apparition d'une très forte fièvre surtout chez l'adulte ou la combinaison de plusieurs symptômes tels que notes plus haut.

Chez l'enfant, il paraît que qu'une odeur particulière se dégagerait de sa bouche et qu'il aurait les pieds et les mains glacés. Les pleurs non justifiés d'un enfant et des vomissements aussi alertent sur une éventuelle crise de paludisme.

Chez la femme enceinte par contre, les enquêtés ont avoué qu'il était un peu plus difficile de reconnaître le paludisme car cette dernière a naturellement toujours une fièvre liée à son état.

Les enquêtés sont néanmoins conscients du fait que toutes les fièvres ne signifient pas systématiquement qu'on a le palu. Quelques unes ont été données en exemple «

- Fièvre provoquées par plaie+ganglion
- Fièvre due à la fatigue
- Fièvre due aux maux de ventre
- Fièvre due à la poussée dentaire chez l'enfant
- Fièvre due à yankzougou <tête de cerf> (quand une partie de la tête fait mal)

Les pratiques thérapeutiques

L'identification et le sens donné au paludisme ou à la fièvre influe beaucoup sur le recours. Dans l'ensemble des entretiens, il est apparu que le CSPS ou l'hôpital sont rarement le premier recours. Même si certains enquêtés ont affirmé le contraire dès le début de l'entretien, au fil de la discussion, il apparaît toujours qu'il existe un temps d'observation et d'automédication avant le recours au CSPS ou aux guérisseurs.

En général donc, l'automédication moderne ou traditionnelle est le premier recours, suivi du CSPS pour les villages où il y en a, et le guérisseur traditionnel.

Pour ce qui est de l'automédication traditionnelle, les familles utilisent encore des recettes de grands-mères à base de feuilles et de décoction pour soigner le paludisme.

D'autres plus 'modernes', s'approvisionnent en médicament auprès des vendeurs ambulants ou des dépôts Meg. Les produits utilisés vont du paracétamol, la chloroquine, l'ibuprofène aux antibiotiques.

Quel que soit le mode de traitement, il est rare qu'il soit unique, les recours sont le plus souvent combinés selon l'évolution de la maladie. Il est à noter néanmoins que les enquêtés ont tous affirmé faire plus de recours au CSPS quand il s'agit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans,

Utilisation des moustiquaires

Niveau de connaissance du rôle de la moustiquaire

Si la population a une bonne connaissance de l'utilité des moustiquaires simples, elle ne différencie pas les moustiquaires imprégnées des autres. En général le taux d'utilisation est très faible. Ceux qui en disposent soit ne l'utilisent que pendant la saison de pluie ou l'ont achetées depuis plusieurs années et sont conscients de son manque d'efficacité car usée. Les modes et types de couchage aussi ne sont généralement pas adaptés à l'utilisation correcte de la moustiquaire. Les femmes et les enfants sont en générale les plus nombreux à utiliser les moustiquaires. On n'a pas noté d'interdits quant à l'utilisation des moustiquaires, la seule contrainte majeure à son utilisation est le manque de moyens selon les enquêtés. Les sources d'approvisionnement en moustiquaires dans les villages sont les pharmacies varient entre 500f dans les CSPS et peuvent aller jusqu'à 5000f dans les marchés et pharmacies. Il est apparu une rupture dans les CSPS depuis mi 2006 à la grande désolation des femmes enceintes qui en étaient les plus grandes bénéficiaires.

Discussion

Les différentes représentations du paludisme ou de la fièvre influent beaucoup sur le recours aux soins qui est très rarement en faveur des structures de sante. Au niveau des villages de fada visites, les CSPS sont généralement dans un état de manque de moyens chroniques. Cette impuissance à faire face aux demandes est souvent perçu comme de l'incompétence par les populations qui préfèrent aller directement a l'hôpital en situation d'urgence ou pas. Certains CSPS en sont encore à traiter le paludisme avec la chloroquine. Il est apparu dans tous les CSPS que le traitement ACT n'est pas en vigueur. L'amodiaquine et la quinine sont les seuls recours. Selon les professionnels rencontrés, ils sont souvent impuissant face au paludisme grave surtout celui des enfants car ne disposant pas des moyens de les prendre en charge. Ils sont conscients du fait que les chiffres sur les décès palustres ne reflètent pas toujours la réalité car ils évacuent les malades qui généralement n'atteignent pas l'hôpital ou y arrivent juste pour décéder.

Pendant ce temps les guérisseurs et les marchands ambulants souvent plus proches des populations capitalisent cette désertion des CSPS. Ils sont consultés en premiers recours et il est rare qu'ils réfèrent aux structures sanitaires, seul Niadiaboani a réussi à faire référer les malades par les guérisseurs suite a un accord signé entre ces derniers et le CSPS.

Le niveau de connaissances encore très bas par rapport au paludisme se justifie par le manque d'information et d'échanges entre les structures de sante et les populations. Très peu de stratégies avancées sont menées par le CSPS et aucune en ce qui concerne spécifiquement le paludisme. Les femmes enceintes qui ont plus en contact avec le CSPS sont mieux informées que le reste de la population mais elles n'ont malheureusement pas le pouvoir de décision dans les ménages.

Pour ce qui est des moustiquaires, si les populations n'en disposent pas chez eux, ils ne sont pas mieux servis quand ils sont hospitalisés pour raison de paludisme. Aucun CSPS ne dispose de Moustiquaires dans son pavillon d'hospitalisation ou d'observation. Les populations semblent prioriser la gratuite des moustiquaires sinon la subvention a l'image de ce qui s'est fait jusqu'en 2006. La demande est actuellement très forte.

東部ファダングルマ県におけるマラリアと蚊帳使用状況 (KAP) 調査報告書 (抄訳)

2007年7月

Fada N'Gourma県におけるマラリアと蚊帳使用状況 (KAP) 調査(ドラフト)

調査責任者:

Mme. Thérèse Mayé DIOUF (公衆衛生、社会言語学専門)

在外専門調整員、JICA中西部アフリカ地域支援事務所

I. 調査方法

時期・調査地: 2007年7月10日から14日にかけて東部地方Fada N'Gourma県においてマラリアに関する調査を実施した。

調査手順: 質的調査を実施するにあたりECRIS*の6つのプロセスを参照した。(1. 調査地の下見、2. 準備研修、3. 情報収集調査、4. 収集した情報のまとめ、5. 個別調査、6. 結果報告)

II. 今回の調査の特徴

今回の調査は時間的制約から6つのプロセスに沿っていない。調査は4組 (Fada在住者とJOCVのペア) の調査者によって実施され、調査期間中調査者たちは調査村に寝泊りをした。基本的な調査方法は個別インタビュー、フォーカスグループ、またCSPS、市場、伝統療法師宅での参与観察も行われた。

III. 調査の進め方

調査の前日、調査責任者は調査者に対し午前中調査方法の研修をし、午後からGomoré村で実際に質問表を用いてプレテストを実施した。現地調査は7月11日水曜日から13日金曜日で、以下の5村にて実施された [Gomoré村 (CSPSから2 km), Potiamanga村 (CSPSから15km), Kouaré村 (CSPSが村内にある), Natiaboani村 (CSPSが村内にある), Nagré村 (CSPSから9 km), Secteur 7 (CSPS), Secteur 4 (CSPS)]。調査場所としては、CSPS、世帯、市場、畑、伝統療法師宅などであった。また調査対象は、リーダー (村長、宗教指導者、村にあるグループの長)、看護師、助産師助手、薬局の責任者、5歳未満児を持つ母親、妊婦、夫、伝統療法師、無資格保健要員 (ASC)、医薬品・蚊帳の販売人、義母などであった。7月14日午後からFadaにて全ての調査者が出席し情報をまとめた。

IV. 限界と課題

県の一般的な状況を把握するには調査期間 (3日間) は短すぎたものの、全体像を映し出すことはできた。調査対象者である住民の蚊帳へのニーズは高いが貧しいものも多い。調査者は蚊帳の調査をするにも関わらず、蚊帳の供与についてはなにもできないためストレスを感じた。またすでに雨期が始まり人々は畑仕事を始めたので、村で調査対象者を探すのに苦労した。

* ECRIS : Enquête rapide d'identification des conflits et groupes stratégique. Cf. Bierschenk et Olivier de Sardan (eds) 1997, *Les pouvoirs au village*. Paris : Karthala (annexe). 4

V. 工夫

上記のような状況においては、調査者は調査対象者が畑に行く前の早朝を狙うべきである。また調査者が村に寝泊りしている利点を生かして夕刻に実施することも可能である。JOCVがこの調査に参加したことはとても効果があった。JOCVの持つアイデアと地元調査者の土地勘は共に良い効果をもたらした。

VI. 調査参加者

調査総括

Mme Thérèse Maye DIOUF (実施)

及川みゆき、JICA 短期専門家 (企画)

JOCV調査者

伊東充代、H18/1、統計、保健省調査計画局

松野瑠衣、H17/3、看護師、保健省レオ保健行政区CSPSセクター1

江渡やよい、H17/3、村落開発普及員、国土行政・地方分権省、Fada N’Grouma市役所

齋藤直美、H18/1、青少年活動、国土行政・地方分権省、Fada N’Grouma市役所

酒井文子、H18/3、村落開発普及員、環境・生活環境省、東部地方局

FADA在住調査者

M. Serge BALMA

Mlle Agiratou SAM

M. Idrisa KOITA

M Nakanabo Jean

通訳兼ガイド

M, Gualbert Balima

VII. 対象者

1. 妊婦と5歳未満児を持つ母親
2. 妊婦を取り巻く人々 (夫、義母、家族)
3. 医療従事者 (看護師、マτροン、ルレ、薬局など)
4. 伝統療法師、伝統産婆
5. 蚊帳や医薬品販売者
6. NGO、地元の指導者、地域組織など

※ 主な質問内容は対象者毎に作成されている。

VIII. 結果

3日間の調査で50回の面談が実施された。その内10回ほどはフォーカスグループであった。面談者総計130人であった。

マラリアの意味、別の言い方

村の現地語にはマラリアを意味する名詞が存在する。例えばモレ語ではkorom(水), Wéogo(草むら), Gninwigré (熱)などがマラリアを意味する。またモーレ語、グルマシエ語、プル語でも水、

草むら、熱などの言葉がマラリアを意味していた。住民によるとマラリアは雨期と共にやって来て、一般的に雨が深いほどマラリアの患者も多いという認識を持っている。また草むらとマラリアの関係について、草むらに行って雨や水溜りにあった後にマラリアになると解釈したり、草むらの中の精神的なものからマラリアをもらうという発想があるようだ。直接住民の口から出てこない場合もあるが、住民の多くは蚊に刺されることによってマラリアになることを知っている。その他特別なハエや汚い水や食べ物によって発症すると答えたものもいた。

マラリアの特徴的な症状

軽症マラリアの症状については、発熱、頭痛、嘔吐(多くは黄色)、関節痛、腹痛など、さらに子どもなどは食欲不振、下痢も伴い、一方痙攣や意識障害が見られると重症マラリアになると答えている。

どのようにマラリアと判断するか

調査した村では一般的に大人の場合は高熱や上記のようないくつかの症状の組み合わせによりマラリアが発症したと分かるかと答えている。子どもの場合は口臭と四肢冷感、また理由なく泣いたり吐いたりするのもマラリア発症の特徴と答えている。一方、妊婦に関しては妊娠中は常に体温が高いのでマラリアを判断するのはやや難しいと答えている。しかし住民は全ての発熱イコールマラリアに感染したこととは思っていない。その例としてマラリア以外で発熱を伴う場合を挙げた。

- ・傷による発熱+リンパ節の腫脹
- ・疲労による発熱
- ・腹痛に伴う発熱
- ・子どもが抜歯したあとの発熱
- ・雄鹿の頭(yankzougou)による発熱(頭の一部のみが痛いときの表現?)

実際の治療方法

CSPSや病院は住民の第一選択ではないということが面談結果から明らかになった。何人かはまずCSPSや伝統療法師にかかるというものの、よく話を聞いてみると受診する前に自宅で様子を見たり、自己治療を行っていた。つまり近代的、伝統的に関わらず自己治療が最初に存在する。その後村のCSPSか伝統療法師に受診する。伝統的な自己治療については、マラリア治療にある種の植物の葉を煎じるという祖母の時代からの方法を行っている。その他もう少し近代的な方法としては、薬売りや薬局からパラセタモール(解熱剤)、クロロキン、抗生物質を購入している。治療の方法としては、症状に合わせて複数の治療を組み合わせている。しかしながら妊婦と5歳未満児については早期にCSPSに受診させる傾向が確認できた。

蚊帳の使用状況、蚊帳の効果についての知識

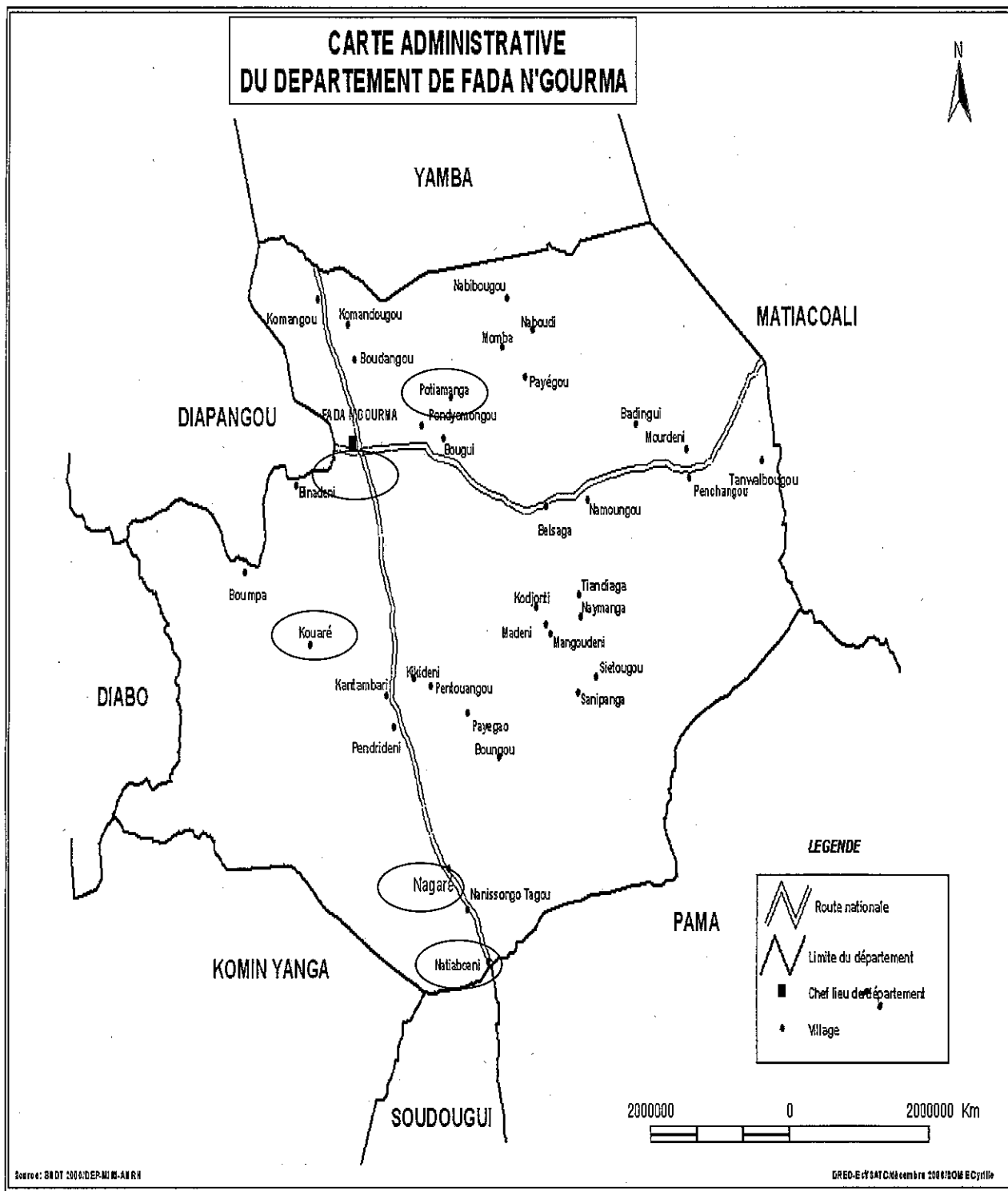
一般的に蚊帳の使用状況は低かった。蚊帳を持っていても雨期だけ使用しているか、何年も前の蚊帳であった。彼らは使い方が正しくないことを自覚している。多くの場合、蚊帳と寝具の大きさも合っていない。女性と子どもは一般的に最も蚊帳を多く利用している。蚊帳を使つてはいけないという風習はここにはない。問題はその使用方法とほしくても購入できないという経済的な

状況である。調査した村で蚊帳を販売しているのはCSPSの薬局（値段は500FCFA）や市場、私立薬局（5,000FCFA程）。しかしCSPSでは2006年後半から蚊帳が不足している。

まとめ(所感)

マラリアの症状が始まっても住民は最初に保健施設には行かない。今回の調査で訪問した村々を管轄するCSPSの施設状況は良くなかった。このような状況では、住民は緊急の有無に関わらず直接病院に行きたがる。またいくつかのCSPSではまだクロロキンを使用していた。未だ全てのCSPSにはACTが供給されていないので、アモジアキンとキニーネが唯一の治療薬である。面談した医療従事者によると、特に子どもの重症マラリアに対しては治療に必要な物が不足している場合、治療するすべがないという。またレファラルした患者の多くは病院に行かず、行ったとしても死に行くようなもので、マラリアによる死亡数に関しては、(CSPSにおいて)正確に把握できていないと答えた。伝統療法師や巡回薬局は住民の生活に近く、彼らはまず住民から相談されるが、彼らその後保健医療施設にレファラルするのは稀である。ただしNiadiaboani村だけはCSPSと契約関係を築いており、伝統療法師からのレファラルが行われている。情報や住民と保健施設とのやり取りの不足からマラリアに関する住民の知識は未だ低い。CSPSによる村巡回ではマラリアに関する情報はあまり提供されていない。住民の中では妊婦が一番CSPSからの情報をもらっているものの、彼女たちは世帯において何かを決める立場にはない。訪問した全てのCSPSには入院棟に蚊帳が張っていなかった。また蚊帳への需要はとても強い。

対象県 (Fada N’Gourma県) の地図



○ 調査した村

MINISTERE DE LA SANTE

COOPERATION JAPONAISE AU
BURKINA FASO – JICA

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME

RAPPORT DE L'ATELIER DE FORMULATION DU PROGRAMME D'APPUI DE LA
COOPERATION JAPONAISE DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME (PNLP)

OUAGADOUGOU (CACS), DU 23 AU 25 JUILLET 2007

JUILLET 2007

MODERATRICE : BERE / LOMPO Célestine A.

Economiste – Planificateur

Consultante

berel@fasonet.bf

celestebere@yahoo.fr

4. マラリア対策プログラム形成・PCMワークショップ実施報告書(仏文)

Liste des abréviations

DEP	Direction des Etudes et de la Planification
CAP	
CPN	Consultations Périnatales
DGPMIL	
DGS	Direction générale de la Santé
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSF	Direction de la Santé de la Famille
IEC	Information Education Communication
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
JOCV	
MILD	Moustiquaire Imprégnée de Longue Durée
MS	Ministère de la Santé
PC	Paludisme Simple
PCIME	Prise en Charge Intégrée de la Mère et de l'Enfant
PCIME- C	Prise en Charge Intégrée de la Mère et de l'Enfant Communautaire
PEC	Prise en Charge
PG	Paludisme Grave
PNLP	Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme
S/E	Suivi et Evaluation
VAD	
ZS	Zones Sanitaires

I. Introduction

La JICA (Agence Japonaise de Coopération internationale), fondée en 1974 est un organisme d'exécution de la coopération technique. Axée sur le renforcement des systèmes administratifs et des institutions, mais aussi sur la valorisation des ressources humaines, elle veut permettre aux pays en développement de poursuivre de manière durable leur propre développement socio – économique.

Dans le cadre du programme de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso, la JICA envisage formuler son programme d'appui et sa modalité de coopération technique (coopération technique et coopération financière non remboursable) en collaboration avec le Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP).

A cet effet, il s'est tenu les 24 et 25 Juillet 2007, un atelier de formulation du programme d'appui de la JICA en matière de lutte contre le paludisme au Burkina Faso.

L'objectif et les résultats attendus de l'atelier étaient :

Objectif de l'atelier :

Les participant(e) s et participants ont pris connaissance des modalités d'intervention de la Coopération Japonaise (JICA), et ont formulé le programme d'appui de la Coopération Japonaise en matière de lutte contre le paludisme en collaboration avec le PNLP.

Résultats attendus :

- Les modalités d'intervention générales de la JICA sont mieux connues
- Les axes d'intervention du programme d'appui (P.A.), de même que les objectifs et les résultats attendus sont définis
- Une matrice de conception du programme est établie

La cérémonie d'ouverture de l'atelier a connu la participation de Monsieur HORUICHI, représentant résident de la JICA au Burkina Faso, du Docteur Eric OUEDRAOGO, Coordonnateur du PNLP.

Dans son allocution , Monsieur HORUICHI a précisé le cadre de l'atelier : la JICA a fournit des MILD pendant 3 ans au Ministère de la santé à travers le PNLP. Concernant le présent programme, il s'agit de la fourniture de 214.000 MILD, mais aussi d'une autre forme de collaboration, la collaboration technique. Il a souhaité qu'un programme d'appui soit formulé au cours de l'atelier afin de mieux préciser l'intervention de la JICA.

Docteur OUEDRAOGO a souhaité la bienvenue à tous les participant(e)s, il a salué l'opportunité de l'atelier qui permettra à travers des échanges enrichissants, de mieux comprendre les modalités de la JICA afin d'évoluer sur des bases qui soient communes. Il a souhaité qu'au sortir de l'atelier, il soit formulé de manière plus précise le programme d'appui .

Les participant(e)s, au nombre de 16 sont issus du PNLP, de la DEP du MS, de la DRS de Fada, de la JICA.

Un recueil des attentes et craintes des participant(e)s a permis de retenir que les participant(e)s attendent la formulation d'un programme d'appui, une meilleure connaissance des modalités de la JICA ; en craintes, la principale est le manque de temps. L'atelier prévu pour un durée de 3 jours est ramené à deux jours. A cet effet, il est retenu qu'il s'agit d'une étude de faisabilité, l'on définira les objectifs et les principales activités, mais le chronogramme de mise en œuvre plus détaillé sera établi ultérieurement. Les attentes et craintes exhaustives sont annexées au présent document.

Le présent rapport consigne les principaux résultats et travaux de l'atelier tels qu'échangés et retenus.

II. Communications au cours de l'atelier

Des communications ont été présentées afin de mettre tous les participant(e)s au même niveau d'informations.

II.1. Communication de la JICA

Voir l'annexe

II.2. Communication du PNL

Voir l'annexe

II.3. Echanges / Points de clarification de l'intervention de la JICA

Après avoir félicité Madame OIKAWA et Dr OUEDRAOGO pour les présentations faites, des questions de clarifications ont été posées et sont résumées dans les points ci-dessous :

1. **Concernant l'intervention des volontaires** : leurs interventions et JICA au Burkina Faso. On a l'impression qu'il y a deux équipes : à Bobo, il y a une équipe, vont-ils participer à l'atelier ? comment seront coordonnées leurs interventions sur le terrain au niveau des DS ? L'équipe va aller finaliser le travail au Japon, comment ? Il est prévu 5- 6 volontaires ? Nous avons 5 régions, est-ce que ces volontaires seront répartis ou bien ? Juste dans ces régions sanitaires ou dans l'ensemble du pays ? Par rapport à l'expert / Coordonnateur : définir les TdR de cet expert avant. Quel est son rôle, il sera logé où ? tenir compte de l'exiguïté des locaux du PNL.

Concernant le programme, il y a l'atelier de planification, il y a aussi la mission d'étude de faisabilité qui est à Bobo et qui identifie sur le terrain les actions déjà menées dans le cadre d'autres interventions. Il y aura des échanges et le programme d'appui sera finalisé au Japon après concertation entre les différentes missions.

Les profils du coordonnateur et des volontaires seront définis. Les tâches dévolues devront être établies clairement. C'est à nous ici, au cours de cet atelier, de définir ce que l'on voudrait comme profils et comme tâches à leur assigner.

Le coordonnateur sera basé à Ouagadougou, au PNL. Il bénéficiera d'une logistique pour se déplacer sur le terrain et assurer le suivi des volontaires. Les volontaires (5 ou 6) constituent une équipe qui doit intervenir dans la région ciblée.

2. **Support de sensibilisation** : Quel sera le contenu des supports ? , au niveau du PNL, il existe des supports qui ont même été révisés (affiches femmes enceintes, imprégnation moustiquaire, etc...) Quelle est la pertinence d'élaborer encore d'autres supports ? Certains supports ont été ventilés jusqu'au niveau des relais. Si le contenu est le même, que les ressources soient affectées aux relais communautaires, aux acteurs sur le terrain.

Les supports seront élaborés en cas de nécessité et, selon les besoins des DS. L'appui à apporter peut être nécessaire pour la confection, reproduction et aussi sensibilisation des communautés. Le programme ne peut pas faire de la mise à disposition financière dans ce cadre, l'appui reste technique.

3. **Fourniture de 214.000 MILD** pour ce projet. Dans coopération technique, chaque année, nous faisons une requête. Actuellement les MILD vont venir en 2008. Chaque année faut-il une requête ? Sous quelle forme cela se fera ? (une demande ?) Les 214.000 MILD en 2008. C'est la dotation de 2008 ou de 2007 ? A quel niveau se trouve la requête ? les négociations sont à quel niveau ? C'est en novembre 2008 que vont arriver les MILD. Et en 2009 et 2010 ? Ce sera une action ponctuelle ou cela va continuer ? Et comment va s'organiser l'arrivage ? Les aspects concernant le magasin, le véhicule ont été supprimés,

pourquoi ces aspects ne sont pas pris en compte ? Par rapport au S/E, y aura t-il des ressources accordées à ce programme ? Il faut tout de même introduire un point dans la requête pour le S/E !

C'est la modalité de coopération technique individuelle qui est en œuvre jusqu'alors qui a permis de bénéficier d'environ 21.000 MILD pendant 3 ans.

Pour les 214.000 MILD, c'est une autre modalité, il s'agit d'une grande quantité, c'est une requête ponctuelle faite en 2006 qui sera mise en œuvre en 2008. Si l'on prévoit de faire une autre requête pour 2009, il faut envoyer cette requête avant ou courant Août 2007 car les procédures sont longues. Pour élaborer la demande, il faut utiliser les mêmes formulaires. La coopération financière non remboursable ne prévoit pas le financement des infrastructures ni de logistique. Concernant le suivi évaluation, il sera planifié une évaluation ex ante, une évaluation en cours et une finale. Des évaluateurs viendront du Japon pour faire l'évaluation. Il n'est pas prévu des coûts pour le suivi du programme.

4. **Stage de formations hommes/femmes** en quoi cela consiste t il ? Quel sont les profils des stagiaires ? dans quels domaines seront-ils formés ? Quel est le processus ?

Dans le cadre de notre programme, il n'est pas prévu d'activités pour envoyer des homologues au Japon. Concernant les formations, chaque année, le Japon envoie une liste des disponibilités de formations au Ministère des affaires étrangères et le ministère transmet aux différents départements concernés.

Nous pouvons discuter de la nécessité de formation et planifier dans le programme. Généralement ce sont les homologues des volontaires japonais qui sont identifiés et envoyés en stages de formations dans les thématiques qu'ils auront choisies en relation avec leur tâches.

5. **Les ZIP, Boucle du Mouhoun** (6 DS au lieu de 5) ; Haut Bassin (3 DS alors que 4 existent). Tenir compte de l'évolution des choses. Au niveau des régions (pas celles de l'Etat) avoir plus d'explications, Comment ces sites ont-ils été sélectionnés ? Etre en relation avec les DS et le nombre de moustiquaires. Sur quelle base 214.000 ont été définis ? Si on 'arrête à ce nombre, est ce qu'on pourra intervenir correctement.

Les districts choisis sont : Boucle du Mouhoun (6DS au lieu de 5), Plateau Central (3DS), Hauts – Bassins (4 au lieu de 3DS), Cascades (2DS), Centre Sud (4DS). On ne peut pas intervenir dans une même région dans certains DS et dans d'autres non, il ne faut pas créer des discriminations dans les zones, au cours de l'intervention et dans le choix définitif, il faudra que nous en tenions compte.

6. **Cadre logique du PA.** Le cadre logique présenté par la mission est une copie de la requête. Qu'est ce qui est demandé ?

Le cadre logique à élaborer est celui d'appui de la coopération japonaise qui vient en appui à la requête présentée. De ce fait, les données de la requête ne changent pas sauf concernant le groupe cible et les régions ciblées. De ce fait, il faut arriver à élaborer un cadre logique propre à l'intervention de la JICA avec comme axes principaux la Prévention + intervention des volontaires

7. **Groupes - cibles :** au départ, la requête concernait les nouveaux nés dans toutes les formations sanitaires du pays et toute femme qui accouche aura sa MILD. Après discussions, il s'agit femmes enceintes qui viennent au CSPS pour les consultations prénatales. L'effectif des femmes enceintes dépasse les 214.000. Les régions qui ont été ciblées sont des régions où pratiquement aucun partenaire intervient.

Ces échanges ont permis aux uns et aux autres d'avoir une meilleure compréhension du programme d'appui, de la requête présentée et des modalités de la JICA.

III. Analyse de la situation

III.1. Analyse des problèmes qui se posent dans le cadre de la lutte contre le paludisme

Afin de mieux connaître l'environnement des institutions qui interviennent dans le cadre de la lutte contre le paludisme selon les différents niveaux, une analyse des problèmes a été faite et les résultats figurent ci après :

GROUPE 1 : (niveau communautaire)

PROBLÈMES	CAUSES
Morbidity palustre élevée	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse d'utilisation des M.I.T. - Faible couverture des AM - Absence des M.I.T. dans les hospitalisations des FS - Les hommes retirent les MIT au détriment des femmes et des enfants - Ignorance de l'importance de l'assainissement dans la lutte antivectorielle - Insuffisance du couple MIT + SP dans la prévention du PS chez les femmes - Insuffisance de la PEC dans le FS et au niveau communautaire - Insuffisance du kit d'urgence pour la PC du PG - PEC tardive des cas de paludisme - Insuffisance dans le système de référence
Létalité palustre élevée	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations tardives au niveau CSPS (recours aux tradipraticiens) - Absence de nouvelles molécules pour la PEC du PS - Confusion par rapport au traitement du PS - Insuffisance dans le diagnostic du paludisme au niveau des FS - Insuffisance de formation des tradipraticiens - Insuffisance de formation des relais communautaires
Insuffisance de coordination de la lutte contre le paludisme au niveau DS	<ul style="list-style-type: none"> - Coût élevé de la PEC - Insuffisance de la participation communautaire - Insuffisance suivi des activités au niveau DS - Insuffisance suivi/évaluation des interventions de la lutte au niveau DS - Insuffisance de formation des agents au diagnostic et PEC - Insuffisance de collaboration entre tradipraticiens et agent de santé
Insuffisance d'IEC des populations	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des supports d'IEC (vidéo) sur le paludisme - Insuffisance de motivation de l'équipe de CSPS pour faire la sensibilisation - Charge de travail élevé - Insuffisance d'association de lutte contre le paludisme

GRUPE 2

Problèmes	Causes
Faible promptitude dans la transmission des données des DS	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance de l'importance des informations sanitaires - Manque de motivation - Multitude de supports
Insuffisance dans le remplissage des supports	<ul style="list-style-type: none"> - Agents insuffisamment formés - Insuffisance des supervisions
Faible disponibilité des moustiquaires et insecticides	<ul style="list-style-type: none"> - Activité non planifiée - Absence de moustiquaires insecticides au niveau central - Insuffisance de ressources financières
Insuffisance d'appuis aux districts	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de ressources financières
Absence de dans les salles d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Hygiène ? - Insuffisance de prise en compte des activités de prévention par les CHR
Faible coordination des activités des Associations	<ul style="list-style-type: none"> - Faible appui des partenaires dans la lutte contre le paludisme - Absence de cadre de consultations avec les Associations - Non prise en compte des activités par les Associations

GRUPE 3

Structure	Problèmes	Causes
DGS	<ul style="list-style-type: none"> - Non application de la détaxe des MILD pour le secteur privé - Faible taux d'utilisation des SS (niveau communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lourdeur administrative - Coût élevé des soins (niveau communautaire) - Couverture insuffisante des FS - Aptitudes et pratiques des populations
DLM PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des ressources pour l'achat des MILD et des antipaludiques - Coût élevé des MILD - Faible mobilisation des ressources - Insuffisance des capacités institutionnelles du PNL (logistiques administratives) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de ligne budgétaire - Non détaxe des MILD - Insuffisance de plaidoyer / partenariat - Absence de budget pour le PNL - Faible statut institutionnel du PNL
DPV	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'intégration des campagnes de vaccination et distribution des MILD 	<ul style="list-style-type: none"> - Différences des cibles - Insuffisance de coordination
DSF	<ul style="list-style-type: none"> - Non généralisation de la PCIME et PCIME-C... 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de finances
CAV	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des capacités d'accueil des structures de soins CAV - Insuffisance des plateaux techniques des structures de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Non respect du système de référence - Planification inadéquate des capacités d'accueils - Insuffisance des ressources financières
DEP	<ul style="list-style-type: none"> - Faible performance du SNIS en matière de paludisme - Insuffisance des données du secteur privé - Procédure d'acquisitions complexes et longues - Méconnaissance des procédures d'acquisition 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des données au niveau communautaire

III.2. Analyse des objectifs

L'analyse des objectifs a pour but d'identifier la gamme des solutions possibles pour lever les problèmes qui se posent dans le cadre de la lutte contre le paludisme, et de revenir dans le cadre logique, les activités réalisables compte tenu de certains critères (durée d'intervention, personnel mis à disposition, lignes budgétaires disponibles...) Les résultats de l'analyse des objectifs sont les suivants :

Objectifs :		Résolve
DGS	Appliquer de la détaxe de MILD pour le secteur privé	
DLM/ PNL P	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination des partenaires dans LCP - Assurer de ressource pour l'achat des MILB et des anti paludisme - Baisse de coût des MILD - Mobiliser des ressources - Renforcer des capacités institutionnelles du PNL P 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le plaidoyer auprès des autorités pour la création d'une ligne budgétaire PNL P - Renforcer les capacités institutionnelles et le partenariat - Renforcer la mobilisation des ressources
PPV	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer des campagnes de vaccination et distribution des MILD 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination campagne DPV-MILD - Renforcer le suivi évaluation
DSF	- Généraliser de la PCIME et PCIMEC	
DGPML	- Mettre en place un système national de pharmacovigilance	
CHU	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer des capacités d'accueil des structures de soins (CHU) - Renforcer du plateau technique des structures de soins (CHU) 	Difficulté / vaste
DEP	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la performance du CNIS en matière de paludisme - Renforcer des données du secteur privé - Perfectionner la procédure d'acquisition - Renforcer la connaissance des procédures 	Intégrer le niveau communautaire dans la collecte des données
CNRFP	- Renforcer la recherche opérationnelle	
S/E	Améliorer le système des données sanitaires dans les districts et les CHR	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les connaissances des agents de santé sur le système d'information sanitaire - Réfléchir sur les mécanismes de motivation des agents chargés de la collecte, du traitement et de la transmission des données sanitaires - Elaborer un document unique pour la collecte des données sanitaires - Superviser les agents de santé chargés de la collecte, du traitement des données sanitaires
Renforcer les capacités des DS et CHR dans les actions de lutte contre le paludisme		<ul style="list-style-type: none"> - Planifier l'acquisition et la dotation des DS en MILD et insecticides

<p>Respecter le système de référence DS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Allouer les ressources financières aux DS pour mener les activités de lutte contre le paludisme - Superviser la MEO des activités de lutte contre le paludisme dans les districts sanitaires - Acquérir les ressources financières du budget national pour la lutte contre le paludisme
<p>Doter les CHR en MILD pour les malades hospitalisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuer les MILD aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans hospitalisés - Vendre à un coût social 1000 FCFA/MILD aux autres malades hospitalisés
<p>Coordonner les activités de lutte contre le paludisme des partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un cadre de concertation entre les partenaires et les DRS - Assurer une meilleure répartition des ressources pour les activités de lutte contre la population - Tenir des rencontres périodiques sur les activités de lutte contre le paludisme au niveau des régions
<p>PEC</p>	<p>Réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au Palu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la prévention du paludisme • Augmenter le taux d'utilisation des MIL chez les « ciblés » <ul style="list-style-type: none"> ○ Rendre disponible les MII pour tout le monde ○ Promouvoir l'utilisation des MII - Rendre accessible les MII ○ Promouvoir l'utilisation couplée « MII + SP dans la prévention chez la femme • Prendre en charge correctement tous les cas de PS dans les FS et les communautés <ul style="list-style-type: none"> ○ Former les agents de santé et les RC à la PEC du PS ○ Rendre disponible les nouvelles molécules de PEC du PS ○ Rendre accessible les nouvelles molécules pour la PEC du PS ○ Tenir des rencontres d'information avec les tradipraticiens • Prendre en charge correctement les cas de PE dans les structures de références <ul style="list-style-type: none"> ○ Former les agents de santé à la PEC du PG ○ Rendre disponible les Kits d'urgences en quantité suffisante ○ Référencer correctement les cas graves de paludisme ○ Mettre en place un système de partage des coûts pour la référence
<p>Coordonnateur</p>	<p>Renforcer la coordination de la lutte contre le paludisme au niveau DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivre et évaluer les interventions de lutte contre le paludisme au niveau du DS • Améliorer la participation communautaire <p>Renforcer l'IEC des populations</p> <p>Renforcer la communication au sein des populations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir des supports d'IEC (vidéo) sur le paludisme • Appuyer les associations de la lutte contre le paludisme - Effectuer des émissions radio

IV. Etablissement de la matrice de planification du programme d'appui

PDM (MATRICE DE CONCEPTION DU PROGRAMME DE LA JICA)

PDM (Matrice de Conception du Programme de la JICA)	Titre du programme : Programme d'Appui (P.A.) de la Coopération Japonaise à la lutte contre le paludisme Pays : Burkina Faso	Durée : 2008-2010 Groupe cible : Femmes enceintes et Enfants de moins de 5 ans Zone Cible: Boucle du Mouhoun (6DS), Plateau Central (3DS), Hauts – Bassins (4DS), Cascades (2DS), Centre Sud (4DS)	Date d'établissement : 25/Jullet/07 Page n° 1
Descriptions Sommaire	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Sources de Vérification	Suppositions Importantes
OBJECTIF : Contribuer à la réduction de la morbidité liée au paludisme de (50%) chez les enfants de (-) 5 ans et les femmes enceintes dans les Zones Sanitaires ciblées			
OBJECTIFS SPECIFIQUES I. Coopération Financière Non Remboursable (Fourniture des MILD)			
1. Atteindre un taux de couverture de 85% chez les femmes enceintes lors des CPN dans les ZS ciblées			
2. Améliorer les CAP des populations sur le paludisme dans les régions ciblées (particulièrement des femmes enceintes)			
3. Accroître le taux d'utilisation des MI chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans à 60% dans les ZS ciblées			
4. Renforcer la coordination et le S/E des interventions de lutte contre le palu dans les régions ciblées			
II. Coopération Technique			
1. Volontaires Japonais (Coordonnateur) → COORD-JOCV-MS (PNLP)			
1.1. Coordonner toutes les interventions de lutte contre le paludisme mises en œuvre par les volontaires JOCV			

Descriptions Sommaire	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Sources de Vérification	Suppositions Importantes
1.2. Appuyer la fourniture des MILD			
1.3. Appuyer le S/E des interventions des volontaires JOCV dans le cadre de la lutte contre le paludisme			
2. Volontaires Japonais (Une équipe) → Equipe : 5-6 JOCV			
2.1. Améliorer les CAP des populations sur le paludisme			
2.2. Améliorer la situation de utilisation des MILD			
2.3. Appui la distribution des MILD dans les ZS			
3. Stages de formation technique			
Renforcer les compétences des acteurs intervenants dans la lutte contre le paludisme dans les ZS			
Activités			
1 Volontaires Japonais (Coordonnateur) → COORD-JOCV-MS (PNLP)	2 Volontaires Japonais (Une équipe) → Equipe : 5-6 JOCV	3. Stages de formation technique	
1.1. Prendre contact avec les autorités sanitaires	2.1. Prendre contact avec les autorités sanitaires	Quels thèmes de formation	
1.2. Appuyer l'installation des volontaires	2.2 Réaliser l'étude dans la région choisie	1. Epidémiologie	
1.3. Organiser l'étude situationnelle dans la région pilote	2.3. Assister les DS dans les activités de lutte contre Paludisme : - Acquisition des MI - Sensibilisation des populations - Formation des agents de santé et des ASC - Assister les campagnes d'imprégnation des MILD	2. Statistiques sanitaires 3. Management des services de santé /Planification 4. Communication 5. Santé communautaire 6. Suivi et Evaluation	
1.4. Faire une rencontre tous les 3 mois avec les membres du PNLPL			
1.5. Réaliser la planification des activités (des volontaires sur le terrain)			

3 Volontaires Japonais (Coordonnateur) → COORD-JOCV-MS (PNLP)	4 Volontaires Japonais (Une équipe) → Equipe : 5-6 JOCV	3. Stages de formation technique																		
1.6. Superviser les activités terrain des volontaires une fois/trimester	2.4. Réaliser le suivi dans les ménages pour l'utilisation des MI (VAD)	<u>Qui former</u> Membres du PNLN																		
1.7. Elaborer et transmettre au Coordonnateur PNLN un rapport tous les 3 mois	2.5. Elaborer des rapports mensuels au Coordonnateur et C. & MCD	- ECD - La DRS (personnel & DRS) - Homologues des JOCV - DEP																		
1.8. Coordonner les activités des CP dans les régions dans le cadre de la lutte contre le Paludisme	2.6. Participer des réunions de concertation avec différents partenaires	<u>Durée des formations</u> 1-2 mois Août 2008- Août 2010																		
1.9. Organiser des rencontres d'échanges d'expériences entre régions																				
1.10. Produire des supports de sensibilisation en accord avec le Coordonnateur PNLN																				
1.11. Mettre en place une base de données fonctionnelle																				
1.12. Former les agents en statistiques sanitaire (S)																				
<u>PROFIL SOUHAITE DU COORDONNATEUR</u> • Médecin santé publique • Pharmacien santé publique • Infirmière compétente en santé publique Avec expérience de JOCV qui a déjà travaillé en A.O.	<u>PROFIL SOUHAITE DE L'EQUIPE</u> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROFIL</th> <th>NOMBRE</th> <th>NIVEAU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Statisticien</td> <td>1</td> <td>Central avec rayon régional</td> </tr> <tr> <td>Audio - Visuel</td> <td>1</td> <td>Central avec rayon régional</td> </tr> <tr> <td>Animateur</td> <td>1</td> <td>DRS</td> </tr> <tr> <td>Infirmières</td> <td>3</td> <td>DS</td> </tr> <tr> <td>Infirmière santé Publique</td> <td>1</td> <td>DS</td> </tr> </tbody> </table>	PROFIL	NOMBRE	NIVEAU	Statisticien	1	Central avec rayon régional	Audio - Visuel	1	Central avec rayon régional	Animateur	1	DRS	Infirmières	3	DS	Infirmière santé Publique	1	DS	
PROFIL	NOMBRE	NIVEAU																		
Statisticien	1	Central avec rayon régional																		
Audio - Visuel	1	Central avec rayon régional																		
Animateur	1	DRS																		
Infirmières	3	DS																		
Infirmière santé Publique	1	DS																		

V. Informations et Mesures complémentaires

A titre d'informations, les volontaires en place sur le terrain sont :

- 3 infirmières
- 1 audio-visuels
- 1 infirmière santé publique spécialisée en santé communautaire
- 3 statisticiens : 1 DEP (Bobo), 1 Houndé, 1 Diébougou (à Gaoua)
- 3 animatrices rurales
- Sage-femme

NB : Laborantins Docteur (difficile à obtenir), pharmacien

PROFIL SOUHAITE DU COORDONNATEUR

- Médecin santé publique
- Pharmacien santé publique
- Infirmière compétente en santé publique

Avec expérience de JOCV qui a déjà travaillé en A.O.

PROFIL SOUHAITE DE L'EQUIPE

PROFIL	NOMBRE	NIVEAU
Staticien	1	Central avec rayon régional
Audio – Visuel	1	Central avec rayon régional
Animateur	1	DRS
Infirmières	3	DS
Infirmière santé Publique	1	DS

Le staticien, l'audio – visuel, sont des volontaires membres de l'équipe, mais qui doivent pouvoir intervenir au niveau national en cas de besoin.

VI. Evaluation de l'atelier / Conclusion

Afin d'évaluer l'atelier, les participant(e)s ont formulé sur cartes ce qui a bien marché, ce qui a moins bien marché et ce qu'ils voudraient encore ajouter par rapport à l'organisation, la modération, les résultats obtenus, l'ambiance, la participation... Les résultats sont donnés ci-dessous :

Ce qui a bien marché

- Les membres japonais compréhensifs
- Merci à vous toutes et tous
- Résultat bien défini avec le temps limité
- L'ambiance du travail
- Organisation est bonne, la modératrice a bien dirigé les travaux
- Elaboration du programme à 80%
- Les travaux en groupe : participation, échanger les idées
- Organisation, modération, ambiance, participation
- Participation, modération, ambiance

- Séances de travail agréables
- Avoir le cadre du programme
- L'heure
- Discuter en détail
- Modération bien
- Organisation
- 1er jour de travail
- Participation (on peut échanger)

Ce qui a moins bien marché

- Temps insuffisant pour faire tout le travail
- Résultats : travail inachevé, temps insuffisant
- Il y avait des moments qu'on ne pouvait pas comprendre l'un l'autre
- La finition dans l'élaboration du programme, nombre de jours de travail réduit
- Absence de motivation financière pour participants de Ouagadougou
- L'insuffisance du temps s'est fait ressentir
- Perdiem ne répond pas à la durée du séjour des déplacés
- Pas de perdiem pour les résidents
- Les organisateurs devraient très bien motiver les participants vu le travail
- L'ambiance : un peu il fait froid
- 2^{ème} jour
- Organisation (besoin d'un peu plus de temps)
- Difficulté de compréhension des activités actuelles de JOCV

Ce que je veux encore ajouter

- Commercialisation des MILD
- Système de coopération Japon, système de Santé Publique
- RAS
- Néant
- Budget de opération (national) pour programme
- Résultats (exclusion de nombreux résultats de TG)
- Avoir un document expliquant la coopération japonaise
- Temps limité, travail en 2 jours pas pratique
- Résultats attendus, on va continuer la discussion à la prochaine

CONCLUSION

Les travaux de l'atelier se sont achevés aux environs de 17 heures, le 25 Juillet. Dans son allocution a la clôture de l'atelier, le coordonnateur du PNLN a dit en substance que malgré l'évaluation qui a montré le manque de temps, les travaux ont été réalisés : l'on a aboutit à des résultats certains, « nous avons une meilleure compréhension commune des actions, nous avons élaboré les bases du programme, la finalisation se fera dans un autre temps comme l'a dit la mission ». Il a exprimé ses remerciements à la partie Japonaise qui œuvre pour qu'au plus profond du Burkina, les femmes enceintes soient protégées contre le paludisme. Il a aussi remercié tous les participants et à ceux qui se sont déplacés, il a souhaité un bon retour dans leurs foyers respectifs avant de déclarer clos les travaux de l'atelier.

ANNEXES

A1. : Liste des participant(e)s

1. PARTICIPANT(E)S

	Nom et Prénoms	Titre	Structure
1	Dr OUEDRAOGO Jean Eric	Coordonnateur	PNLP/DLM/DGS
2	M. DOAMBA Mathias	Chargés de la Lutte anti-vectorielle	
3	M. BAKO Bali	Chargés de la Lutte anti-vectorielle	
4	Mme. KONSEIDO Béatrice		
5	Mme. SAWADOGO Monique	Chargés de la Prise en charge des cas	
6	Dr. MOYENGA	Chargés du Suivi/évaluation	
7	M. SANDWIDI Jean Pascal	Chargés du Suivi/évaluation	
8	M. SANOU Dong François	CRESA(SES)	DRS de Fada
9	M. NAMA Lazer	SIECA	DS de Fada
10	M. SOUBEIGA W. Jean Modeste	Chargée de la coopération	DEP
11	M. AJIRO Yasuhei	Coordonnateur de JOCV	JICA Burkina Faso
12	Mlle. HIWATARI	Coordonnateur de JOCV	
13	Mlle. AIHARA Yayoi	JOVCV	
14	Mlle. MATSUNO Rui	JOVCV	
15	Mme. OIKAWA Miyuki	Expert court terme	JICA/Japon
16	M.BERE Célestine	Facilitateur	

A 2. Attentes et craintes

Attentes :

- Objectifs clairement libelles du programme
- Plans des interventions de lutte contre le paludisme établi et finalisé
- Activités et rôle bien précisé sera clarifier pour la population
- Il souhaite que le programme d'appui qui De l'atelier soit conforme aux attentes des populations
- Un programme opérationnel de lutte contre le palu est élaboré
- Trouver une stratégie pour mettre en projet
- Critères à remplir pour bénéficier de l'appui de volontaires
- Elaborer un programme cohérent qui puisse bénéficier du financement
- Parvenir à l'élaboration effective du programme d'appui de la JICA au PNL
- Activités / Intervention précises
- Une meilleure connaissance des interventions de la JICA au Burkina Faso
- Meilleure connaissance des interventions de la JICA au Burkina Faso
- Mieux comprendre ces modalités d'intervention de JICA
- Partager des idées
- Discuter avec des équipes sur le projet de paludisme
- Participation avec formulation d'un programme positive
- Comprendre des avis burkinabé et japonais réciproquement
- Participation efficace de chacun(e)

Craintes :

- Temps assez court pour l'élaboration du programme
- Craindre l'insuffisance de la ressource temps
- Temps imparti semble bref pour l'atteinte des objectifs
- Dépassement des horaires dans la journée (finir tard)

- Le temps imparti à la réflexion peut amener à survoler le travail
- Insuffisance de temps pour la formulation du programme
- Perdre l'objectif de cet atelier
- Que le programme élaboré ne soit un de plus
- Juste bavardé pour rien de résultat à faire
- Ne pouvoir pas avoir consensus entre la JICA et MS
- Je ne peux pas parler bien français
- Les coups de fil

A.3. : Programme de l'atelier :

DATE	HORAIRES	ACTIVITES	INTERVENANTS
Lundi 23/07/2007	08 H 30 – 10 H 30	• Ouverture de l'atelier Mot de bienvenue	RR de la JICA Mr. HORIUCHI
		• Mot du coordonnateur du PNLP	PNLP
		• Présentation des participant(e)s • Présentation de l'objectif et du programme de l'Atelier	Facilitatrice Participant(e)s
		• Communications sur les composantes de l'intervention de la JICA 1. Les projets financiers non remboursables 2. Le programme d'appui des volontaires 3. La coopération technique individuelle : le renforcement institutionnel • Communication du PNLP sur la requête adressée à la JICA	Facilitatrice JICA/Consultante Facilitatrice Participant(e)s PNLP
	10 H 30 – 11 H 00	• Pause - café	
	11 H 00 – 13 H 00	• Constats et observations de la mission d'identification du P.A. • Echanges/débats • ETAPE 1 : identification des problèmes vécus et de leurs causes dans le cadre de la lutte contre le paludisme	Facilitatrice Participant(e)s
	12 H 30 – 13 H 30	• Pause - déjeuner	
13 H 30 – 16 H	• ETAPE 1, suite : • Travaux de groupes, et mises en commun	Facilitatrice Participant(e)s	
Mardi 24/07/2007	08 H 00 - 10 H 00	• ETAPE 2 : Analyse des objectifs par rapport aux problèmes identifiés • Travaux de groupes	
	10 H 00 – 10 H 30	• Pause – café	
	10 H 30 – 12 H 30	• Mise en commun des travaux • ETAPE 3 : formulation du but, de l'objectif spécifique, des résultats attendus du programme d'appui • Etablissement du cadre de planification	Facilitatrice Participant(e)s
	12 H 30 – 13 H 30	• Pause – déjeuner	
	13 H 30 – 16 H	• ETAPE 3 ., suite • ETAPE 4 : Formulation des principales activités du P.A., chronogramme de mise en œuvre : travaux de groupes	Facilitatrice Participant(e)s

Mercredi 25/07/2007	08 H 00 - 10 H 00	• Formulation des principales activités du P.A. , mises en commun des travaux	Facilitatrice Participant(e)s
	10 H 00 – 10 H 30	• Pause – café	
	10 H 30 - 12 H 30	• Modalités de mise en œuvre • Communication de la JICA	JICA Facilitatrice Participant(e)s
	12 H 30 – 13 H 30	• Pause- déjeuner	
	13 H 30 – 16 H	• Questions restées en suspend ? • Les prochains pas • Clôture	Facilitatrice JICA Participant(e)s

A4. : Liste des groupes de travail

Quels sont les Problèmes majeurs qui se posent dans le cadre la lutte contre le paludisme

Les différents niveaux du système sanitaire		Groupes
Central	- Ministère de la Santé - Directions centrales o DGS/DLM o PNL P o DEP – DES o PNLD o DPV (Direction de la prévention par les vaccinations)	G 3
Intermédiaire	- Régions - 13 DRS - CHR	G 2
Périphérique	- DS - CSPPS	G 1

<u>Groupe 1</u>	<u>Groupe 2</u>	<u>Groupe 3</u>	<u>Travail à faire</u>
- Rui - Soubeiga - Nana Lazare - Sawadogo - Moyenga	- Sanou Dong - Yayoi - Yuko - Konseibo - Douamba	- Oikawa - Djiro - Bako - Dr Ouéo - Sandwidi	1) Clarifier tâche 2) Veiller à répartir les rôles - Modérateur - Gestionnaire du temps - 1 rapporteur

Annexe 5 : Présentation de la requête

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME REQUETE ADRESSEE A LA JICA AU TITRE DE LA COOPERATION FINANCIERE NON REMBOURSABLE POUR LES PROJETS GENERAUX INTITULE DE LA REQUETE

Renforcement de la couverture en moustiquaires imprégnées à longue durée chez les femmes accouchées et nouveaux-nés dans les formations sanitaires du pays

CONTEXTE – JUSTIFICATION (1)

- Le paludisme : problème majeur de santé publique au Burkina Faso
- Première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès en particulier chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans

CONTEXTE – JUSTIFICATION (2)

- Priorité accordée donc à la lutte contre le paludisme à travers:
- L'inscription du Burkina aux initiatives et engagements internationaux (RBM, Abuja...)
- Actions institutionnelles au niveau national (CSLP, PNDS, dynamisation du PNLP, renforcement du partenariat...)
- Plans stratégiques quinquennaux qui définissent les stratégies de lutte parmi lesquelles la prévention avec les MII chez les groupes cibles

CONTEXTE – JUSTIFICATION (3)

- Depuis 2003, le PNLP bénéficie de l'appui de la JICA sous forme de MII
- 21 000 MII en 2003, 21 000 MII en 2004, 21 000 MII en 2005, 13 350 MII en 2006 et 11 000 MII en 2007
- Bénéficiaires: enfants de 0-5 ans des DS de la DRS de l'Est dont la couverture atteinte en 2006 était de 60%
- La présente requête s'inscrit dans l'effort continu d'appui de la JICA pour la prévention du paludisme chez les populations cibles au Burkina Faso

Objectif général de la requête

Contribuer à la réduction du taux de morbidité et de mortalité dues au paludisme chez les nouveaux-nés à travers la promotion de l'utilisation des MII par les mères

Objectifs spécifiques

Amener le taux de couverture en MII chez les nouveaux-nés dans les maternités de toutes les formations sanitaires du pays à 95% d'ici 2012

Evaluer l'incidence de l'utilisation des MII sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Stratégie

- Distribution gratuite : 01 MII pour tout nouveau né en maternité
- Pourquoi les nouveaux nés et pas les 0 – 5 ans dans leur ensemble?
- Population encore plus vulnérable au paludisme
- Population plus accessible (PEV)
- Distribution gratuite de MII aux 0-5 ans, jumelée à la campagne rougeole prévue (initialement) en octobre 2007

Localisation et période du projet

- Localisation : tout le pays
- Période : 2008 – 2012

Intrants et équipements demandés

- MILD : 214 000 par an de 2008 à 2012 soient 1 070 000 MII au total
- Magasin de stockage : 01
- Camion : 01
- Véhicule 4x4 : 01

Impact de la requête sur la mise en œuvre du PS 2006 – 2010

- Comble pour 642 000 MII les besoins estimés à 7 715 682 MII
- NB : Comble pour 428 000 MII les besoins de la période 2011 – 2012.
- Palie au besoin d'un local de stockage, d'un camion de livraison, d'un véhicule de suivi

Activités principales – JICA

- Doter le PNLP en MII
- Doter le PNLP en ressources pour les coûts opérationnels
- Apporter toute expertise technique en cas de besoin

Activités principales – PNLP

- Approvisionner les DS
- Assurer le suivi régulier
- Evaluer les performances
- Produire et acheminer les rapports d'activités à la JICA

Activités principales – DRS/DS

- Assurer la distribution
- Sensibiliser les mères à l'utilisation des MII
- Assurer le suivi des activités
- Produire les rapports d'activités et les acheminer au PNLP

Calendrier souhaité

- Démarrage : mai 2008
- Acquisition des MII par le PNLP : mai 2008
- Dotation des DS : fin mai début juin 2008
- Dotation des FS : Début juin 2008
- Démarrage de la distribution : mi-juin 2008

Coût du projet

- MILD : 214 000 x 3 500 FCFA chaque an pendant 5 ans soient 3 745 000 000 FCFA
- Magasin : 15 000 000 FCFA
- Camion : 45 000 000 FCFA
- Véhicule 4x4 : 15 000 000 FCFA
- Coûts opérationnels : 137 500 000 FCFA

TOTAL : 3 957 500 000 FCFA

Annexe 6 : Présentation des composantes de l'intervention de la JICA

L'atelier de formulation du programme d'appui de la JICA dans le cadre du programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso-

Les composantes de l'intervention de la JICA

Mme. OIKAWA Miyuki

Expert court terme de la JICA/JAPON

PLAN DE PRESENTATION

- Introduction: La modalité de la coopération de la JICA
- Objectif de la mission de la JICA
- Programme d'appui de la JICA
- Chronogramme de mise en œuvre
- Cadre logique du programme

I. Introduction: La modalité de la coopération de la JICA

JICA/JAPON a plusieurs composantes pour exécuter notre coopération

La coopération financière non remboursable

La coopération technique:

- 2.1. Projets de coopération technique
- 2.2. Projets individuels
- 2.3. Volontaires Japonais(JOCV)
- 2.4. Stage de formation technique
- 2.5. Etudes de développement, e.t.c.

Composante1: la coopération financière non remboursable (1)

Le gouvernement japonais fournit les fonds nécessaires pour acquérir les installations, *équipements* et service pour le développement économique financier et social du pays.

(→Les moustiquaires traitées aux insecticides à longue durée (MTILD) :214 000 etc.)

Composante1: la coopération financière non remboursable (2)

Point fort:

- MS veut réaliser un plan qui est nécessite un grand budget
(→environ 180,000,000 yen)

Point faible:

- Le processus pour réaliser un plan est assez long
(→Les MTILD seront fournies en novembre 2008)
- MS doit avoir une responsabilité sur les coûts operationnelles.

Possibilité:

- Si MS arrive à bien distribution les MTILD, il y aura plus de possibilité que le Japon accepte une autre requêt sur les MTILD dans le futur.
- MS peut demander un appui technique aux expert japonais ou aux volontaires Japonais (JOCV) pour la fourniture et le monitoring des MTILD

Composante 2: Projets de coopération technique(1)

Pour atteindre les objectifs fixés, la JICA favorise le transfert de technologie en utilisant quelques modalités combinées qui sont;

Envoi des experts japonais
Accueil des stages des homologues
Fourniture d'équipements

(→Cette modalité de coopération dans le domaine de la santé au Burkina Faso n'existe pas pour le moment)

Composante 2: Projets de coopération technique(2)

Point fort:

- Il y a un dynamisme pour atteindre l'objectif du projet.

Point faible:

- Pour réaliser les activités du projet, MS est obligé de préparer des frais de personnel des homologues et d'avoir du temps pour le projet

Possibilité:

- Si les activités du projet sont bien liées avec l'objectif et les activités du plan national du MS, on peut accélérer les résultats attendus

Composante 3:Projets individuels(1)

Pour atteindre les objectifs spécifiques,on peut choisir une modalité pour favoriser le transfert de technologie suivant;

Envoi des experts japonais
Formation technique au Japon ou dans un pays tiers ou dans le pays concerné
Fourniture d'équipements
(→En utilisant cette modalité, la JICA a fourni des MTILD pendant 3 ans)

Composante 3:Projets individuels(2)

Point fort:

- Le management du projet est simple.

Point faible:

- L'impact du projet n'est pas assez grand à l'objectif du PNDS

Possibilité:

- S'il n'y a pas assez d'expérience de la coopération de la JICA, ce sera une porte d'entrée pour développer la coopération.

Composante 4 : Volontaires Japonais(JOCV)(1)

Des volontaires désireux d'utiliser les compétences et l'expérience qu'ils ont acquises au Japon sont envoyés dans des pays en développement, où ils peuvent travailler en collaboration avec la population locale.

Agés de 20 à 40 ans

Genre de profession:

(santé; Infirmier, Sage-femme, Infirmier de la santé publique, Laboratoire, Pharmacien, Assistante sociale, e.t.c.)

Composante 4: Volontaires Japonais (JOCV) (2)

Point fort:

- JOCVs peuvent s'adapter bien à la vie de la population locale, car ils sont jeunes.
- Chaque JOCV a un domaine professionnel

Point faible:

- Ils n'ont pas assez de budget pour organiser des activités.
- Pour certains JOCVs, la communication est difficile à cause de la non maîtrise de la langue locale ou française

Possibilité:

- Une équipe des JOCVs sera plus dynamique
- Il est plus facile d'envoyer des JOCV que des experts

II. Objectif de la mission de la JICA(1)

Contexte:

La JICA a fourni des moustiquaires de 2004 à 2007 pour améliorer la couverture des moustiquaires (MTILD) dans la région de l'EST.

Taux de couverture de MTILD n'est pas suffisant pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Toujours le paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité de l'enfant de moins de 5 ans et la cause de l'accouchement prématuré et faible poids des bébés à la naissance.

II. Objectif de la mission de la JICA(2)

La JICA siège a décidé d'envoyer une mission au Burkina Faso pour formuler un programme d'appui de la JICA qui est bien coordonné entre *la coopération financière non remboursable et la coopération technique.*

Domaine d'intervention: *lutte contre le paludisme*

Période: 02/07/2007-27/07/2007

II. Objectif de la mission de la JICA(3)

Orientation principale de la mission :

- Collecter des informations sur le système de la Santé Communautaire au Burkina Faso
- Connaître la situation des activités du PNLP et des partenaires
- Elaborer un programme d'appui de la JICA du paludisme avec un consensus entre PNLP et JICA

II. Objectif de la mission de la JICA(4)

Constats et Observations de la mission:

Entretien avec DGS/MS, PNLP, OMS, UNFPA, Banque Mondiale, Fond Mondial, PADS, Plan Burkina, PSI

Visite de terrain (CRH, DRS, DS, CSPS de Fada)

Faire un enquête qualitative à Fada

Collecter des documents collectés

III. Programme d'appui de la JICA pour la lutte contre le paludisme(1)

C'est une combinaison de la modalité de la coopération de la JICA

La coopération financière non remboursable

La coopération technique:

- 2.1. Projets de coopération technique
- 2.2. Projets individuels
- 2.3. Volontaires Japonais(JOCV)
- 2.4. Stage de formation technique
- 2.5. Etudes de développement, e.t.c.

III. Programme d'appui de la JICA pour la lutte contre le paludisme(2)

Selon la capacité de notre coopération, la JICA voudrait proposer cette combinaison;

La coopération financière non remboursable →fournir des MTILD dans les DS cibles
Volontaires Japonais(JOCV)

→Envoyer un coordinateur de JOCV au niveau central du MS(PNLP)

→ Envoyer une équipe de JOCV(5 ~ 6 personnes) au niveau DRS, DS

Plan Stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme

Objectif Général: Réduire de 50% la mortalité et la morbidité liées au paludisme au Burkina Faso d'ici fin 2010 par rapport au niveau de 2000

Objectifs Spécifiques:

Amener la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile par les CTA de 0% en 2005 à 50% en fin 2010

Amener la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires par les CTA de 0% en 2005 à 80% en fin 2010

Augmenter la proportion des cas de paludisme grave correctement prise en charge dans les centres de référence de 85.7% en 2005 à 90% en fin 2010

Augmenter le taux d'utilisation des MTI chez les femmes enceintes de 27.5% en 2005 à 80% en fin 2010

Augmenter le taux d'utilisation des MTI chez les enfants de moins de 5 ans de 23% en 2005 à 80% en fin 2010

Amener la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié du TPI à SP en CPN de 0% en 2005 à 80% en fin 2010

Plan Stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme

Objectif Général:

Réduire de 50% la mortalité et la morbidité liées au paludisme au Burkina Faso d'ici fin 2010 par rapport au niveau de 2000

Stratégie pour atteindre ces résultats en 2010:

Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme

Renforcement de la prévention du paludisme

Développement de la Communication pour le Changement du Comportement(CCC) et de la mobilisation sociale

Renforcement du suivi evaluation

Renforcement de la recherche pour le développement socio sanitaire

Comment la JICA peut contribuer à atteindre l'objectif général en utilisant ses modalités de la coopération qui sont;

La coopération financière non remboursable

→Fournir des MTILD dans le pays cibles

Volontaires Japonais(JOCV)

→Envoyer un coordinateur de JOCV au niveau central du MS(PNLP)

→Envoyer une équipe de JOCV(5-6 personnes) au niveau DRS, DS

Programme d'appui de la JICA(le plan initial) (1)

Programme d'appui de la JICA(le plan initial) (2)

IV. Chronogramme de mise en œuvre

V. Cadre logique du programme de la JICA

マラリア対策プログラム形成・PCMワークショップ実施報告書(抄訳)

問題分析

■ 保健省・中央行政

組織	問題	原因	コメント
DGS	プライベートセクターに対する長期残効型蚊帳(MILD)の免税処置が適応されていない	事務手続きに時間がかかる	
DLM /PNLP	MILDやマラリア治療薬を購入する予算が不足している		組織上の位置づけが低い ため、いろいろ苦勞している様子
	MILDの単価が高い		
	予算の獲得ができない		
	PNLPの組織的な能力が低い	PNLPの組織上の位置づけが低い	
DPV	MILDの配布が予防接種キャンペーンで行えていない	対象者が違う(予防接種は9~59ヶ月児、蚊帳は5歳未満児)	母親は次の子供を出産するまでは母子一緒に寝ているケースが多いのだから、問題はないと思われる
		調整が図れていない	DPVも同じDGSに属するが、PNLPはDLMの下に属するため、組織上はPNLPよりDPVが上になる
DSF	PCIME/Cが導入されていない	予算不足	PCIME/Cを導入するには医療従事者等に対する研修を実施する必要があるため、その経費はないということ
DEP	マラリアに関する国家統計データが少ない	村レベルのデータが収集できていない	国家統計はCSPS以上のデータであり、村のデータはCSPSが十分把握していない
	プライベートセクターのデータが十分でない		プライベートのデータを収集するシステムは現状ではない
DEP/DAF	予算獲得するためのプロセスが複雑で長い		とくにPNLPは予算決定するDEPまでにDLM、DGSの承認が必要なので、この段階で却下されることもあるとのこと
	予算獲得のプロセスの知識が低い		各パートナーにより申請書のプロセスが違うが、担当はあまり熟知していないとのこと
CNRFP	マラリア対策のオペレーショナルリサーチがあまり行われていない	予算が不足している	

■ 保健省・地方保健局

組織	問題	原因	コメント
地方保健局レベル	保健行政区の統計データの報告が遅い	保健行政区が保健情報の重要性を認識していない	
		モチベーションが低い	
		統計データ報告書用紙が多い	
	統計データ報告書用紙への記載が不十分である	担当者が十分教育されていない	
		十分なスーパービジョンが行われていない	
	蚊帳と殺虫剤が不足している	活動が計画されていない	
		薬剤浸潤蚊帳が中央レベルで不足している	
		予算不足	
	保健行政区への支援が不十分	予算不足	
	入院棟に蚊帳が張られていない	地方病院は予防活動に対する認識が低い	視察した東部地方病院にも蚊帳はなかったが、張れるように四隅に棒は付いていた
	協会 (Association) の活動との調整が弱い	マラリア対策支援をするパートナーが少ない	
		協会と協議する機会がない	
協会による活動が検討されていない			

■ 保健省・保健行政区

組織	問題	原因	コメント
保健区、CSPPSレベル	マラリアの罹患率が高い	薬剤浸潤蚊帳の使用率が低い	
		AMの普及率が低い	
		医療施設の入院棟に薬剤浸潤蚊帳がない	
		子供や女性よりも男性が優先的に薬剤浸潤蚊帳を使用する	
		マラリアを媒介する蚊の駆除のため公衆衛生が重要であるということが無視されている	
		妊娠中に薬剤浸潤蚊帳の使用とSPの内服が徹底されていない	
		保健施設と村での治療が不十分	
		重症マラリアに対する緊急治療キットが不足している	
		マラリアの治療開始が遅い	

マラリアの死亡率が高い	伝統医療に頼ってからCSPSに来るので、治療が遅れる	
	軽症マラリア治療の新薬が供給されていない	
	軽症マラリア治療に対する間違った知識がある	
	医療施設でのマラリア診断が十分でない	
	伝統医療師への研修が十分でない	
	村のルレ（啓発担当ボランティア）への研修が十分でない	
保健行政区レベルでのマラリア対策の調整が不十分である	治療費が高い	
	住民参加が十分でない	
	保健行政区レベルでの活動のモニタリングが十分でない	
	保健行政区レベルでのマラリア対策に対する活動のモニタリング評価が十分でない	
	診断と治療を担当する医療従事者への教育が十分でない	
	伝統療法師と医療従事者との協力が十分でない	
住民に対するIECが十分でない	マラリア対策に対する教材（ビデオなど）が十分でない	
	CSPSスタッフが啓発活動を行うためのモチベーション（賃金）が十分でない	
	人件費が高い	
	マラリア対策を行う協会が多くない	

目的分析

■ 保健省・中央行政

	問題解決手段	活動
GDS	プライベートセクターに対しMILDの免税処置が適用される	近日解決予定（7月25日PNLPでサイン済み）
DLM/PNLP	マラリア対策を実施しているパートナー間の協力を強化する	
	蚊帳とマラリア治療薬購入に必要な予算を確保する	
	蚊帳の単価を下げる	
	財源を獲得する	
	PNLPの組織強化を図る	

DPV	蚊帳配布と予防接種キャンペーンを統合する	
DSF	PCIME/Cを導入する	
DGPML	国家薬害対策システムを構築する	
CHU	患者収容人数を増加する	
	治療技術を向上させる	
DEP	国家統計資料におけるマラリアの指標を強化する	
	プライベートセクターのデータ収集システムを構築する	
DEP/DAF	計画策定プロセスを改善する	
	プロセスの理解を深める	
CNRFP	オペレーショナル調査を強化する	

■保健省・地方保健局

目的	問題解決手段	活動
モニタリング/評価の強化	保健行政区と地方病院の統計データ収集システムを改善する	保健情報システムについて医療従事者の知識を強化する
		保健のデータ集計者、管理者、保健統計提出者、それぞれのスタッフのモチベーションのメカニズムを検討する
		保健データ収集のための唯一の資料を作成する
		保健データ収集者、管理者のスーパーバイズを行う。
	マラリア対策の活動についてDSとCHRの能力強化を図る	蚊帳と殺虫剤を保健行政区に供給できるよう計画する
	DSのレファラルシステムを遵守する	マラリア対策活動を実施するよう保健区に予算措置を行う マラリア対策活動のスーパーバイズをする マラリア対策のための国家予算を獲得する
予防の強化	地方病院の入院病棟に蚊帳を供与する	妊婦と5歳未満児に蚊帳を配布する
		その他の入院患者には1,000FCFAにて販売する
調整機能の強化	マラリア対策に関する活動をしているパートナーを調整する	地方保健局とパートナー間の情報交換の場を創設する
		マラリア対策の活動のための適正な予算の配分を確保する
		地方保健局レベルでマラリア対策活動の定例会を開催する

■ 保健省・保健行政区

目的	問題解決手段	活動
予防の強化	マラリア予防対策を強化する	
	対象者の蚊帳の利用率を高める	蚊帳の確保
		蚊帳の利用促進
		蚊帳へのアクセスを高める
	蚊帳とSPによる妊娠中の予防の強化	
治療の強化	一次医療施設と村において軽症マラリアを適切に治療する	軽症マラリア治療についてルレと医療従事者に研修する
		新しく導入された軽症マラリア治療薬を供給する
		新しく導入された軽症マラリア治療薬のアクセスを高める
		伝統療法師との情報の共有を行う
	レファラルされた医療施設において重症マラリアが適切に治療される	重症マラリア治療について医療従事者の研修を行う
		緊急治療キットを十分確保する
		重症マラリアケースを適切にレファラルする
		レファラルに必要な経費を住民で負担しあうシステムを構築する
調整機能の強化	保健行政区におけるマラリア対策の活動のモニタリング・評価を行う	
	住民の参加を促進する	
	住民へのIEC活動を強化する	
	住民のためのコミュニケーションを強化する	マラリアに関するIEC(ビデオ)教材の作成
		マラリア対策に関して協会を支援
	ラジオ放送を行う	

JICA/ブルキナファソ マラリア対策プログラム(案) Version 1.

プログラム目標：

対象保健行政区において妊婦と5歳未満児のマラリア罹患率の減少に貢献する。

協力期間：

2008年～2010年(現在のマラリア対策国家プログラム5カ年計画2006-2010が2010年で終了することから、2010年としたが、実情は2012年まで延期される。)

対象地域：

無償資金協力にて蚊帳が供与される地域、5地方、17保健行政区 (Boucle du Mouhoun (5DS), Plateau Central (3DS), Hauts - Bassins (3DS), Cascades (2DS), Centre Sud (4DS)。ただし協力隊のグループ派遣は1つの地方を選択し、パイロット活動とする (JICA側はCentre Sudを希望)。

プログラムを構成する協力案件：

	協力案件名	投入要素
1.	無償資金協力	蚊帳 233,000帳
2.	技術協力、協力隊派遣事業、フィールド調整員	フィールド調整員 1名
3.	技術協力、協力隊派遣事業、グループ派遣	協力隊員 7名
4.	技術協力、研修事業、本邦研修	未定

各案件に期待される成果：

1. 無償資金協力
 - ・蚊帳供与：2009年対象保健行政区において妊婦検診に来た妊婦の85%が蚊帳を入手できる。
2. 技術協力、協力隊派遣事業、フィールド調整員
 - ・パイロット地方(1)において、グループ派遣により実施されるマラリア対策活動が円滑に行われるよう調整する。
 - ・また、グループ派遣により実施されるマラリア対策活動のモニタリング、評価を支援する。
 - ・無償資金協力により供与された蚊帳が円滑に配布されるよう支援する。
3. 技術協力、協力隊派遣事業、JOCVグループ派遣
 - ・住民のマラリアに対する知識が向上し、行動変容に繋がる。
 - ・薬剤浸潤蚊帳の使用方法が改善する。
 - ・無償資金協力により供与される蚊帳が円滑に配布されるよう支援する。
4. 研修事業
 - ・マラリア対策に関わる人材の能力が向上する。

活動内容：

1. 無償資金協力：蚊帳の供与
2. 技術協力、協力隊派遣事業、フィールド調整員

- 2.1. 対象保健行政区との協力関係を構築する。
- 2.2. 円滑に地方保健局、保健行政区に隊員が派遣されるよう支援する。
- 2.3. パイロット地方の現状調査を実施する。
- 2.4. PNLPスタッフと四半期に一度対象地区の(蚊帳供与)モニタリングを実施する。
- 2.5. グループ派遣の活動計画を策定する。
- 2.6. 四半期に一度グループ活動のスーパービジョンを行う。
- 2.7. 四半期に一度PNLPに活動報告書を提出する。
- 2.8. 対象地区内のカウンターパートとの活動の共有を行う。
- 2.9. 対象地区において経験の共有セミナーを開催する。
- 2.10. PNLPに相談しながら必要な教材を作成する。
- 2.11. マラリア対策で新たに必要な指標があるか検討する。
- 2.12. 統計担当者への研修を実施する。

3. 技術協力、協力隊派遣事業、JOCVグループ派遣

- 3.1. 配属先との協力関係を構築する。
- 3.2. パイロット地方の現状調査を実施する。
- 3.3. 保健行政区で計画されているマラリア対策を支援する。
 - ・蚊帳の獲得
 - ・住民に対する啓発活動
 - ・無資格保健要員(ASC)への研修
 - ・薬剤浸潤キャンペーンへの支援
- 3.4. 蚊帳の使用状況モニタリング(世帯訪問)を実施する。
- 3.5. フィールド調整員および配属先に対し月例報告書を提出する。
- 3.6. 活動地域内でのパートナー会議に参加する。

4. 研修事業

- 4.1. 希望する研修内容：疫学、保健統計、保健サービス管理・計画、コミュニケーション、地域保健、モニタリング・評価

5. 面談記録

日時：2007年7月3日(火) 08:00~08:45
面談機関：外務省アジア担当
目的：表敬
内容： 米崎団長よりマラリア対策プログラム形成調査の目的等を説明。

日時：2007年7月3日(火) 10:30~11:10
面談機関：財務予算省協力局(DGCOOP)日本担当
目的：表敬
内容： 米崎団長よりマラリア対策プログラム形成調査の目的の説明した後、局長より以下のとおり発言があった。 ・貧困削減のため策定された開発計画(CNLP)の枠組みでの協力を期待している。マラリアの患者はHIVより多く、重要な課題と認識している。

日時：2007年7月3日(火) 11:30~12:00
面談機関：保健省保健局(DGC/MS)
目的：表敬
内容： 米崎より今次調査の目的を説明した後、保健局長より以下のとおり発言があった。 ・マラリア対策は①予防、②治療、③啓発活動の三本柱で実施。予防については蚊帳の普及は重要で、70%まで利用率が上がるのが望ましい。また衛生活動やゴミなど環境についても重要であるが保健省ではできない部分である。治療については新しい治療方法を導入している。 ・水は保健分野でも重要である。特に中北部では貯め池が多く井戸の普及率が低いのでギニア虫が大きな健康問題である。アメリカ平和部隊が過去に派遣された。またトラコーマの発生も多い。井戸水に砒素を含む地域もある。バングラデシュでは浅井戸に多く、深井戸を掘ることで解消するが、ブルキナファソでは深井戸からも砒素が検出されている。

日時：2007年7月3日(火) 15:00~15:30
面談機関：UNFPA
目的：活動地域、活動内容の確認
内容： UNFPAより以下のとおり説明があった。 ・活動地域：3つの地方保健局(Sahel、Est、Centre Est)とそれらが管轄する全ての保健行政区(合計13)。リプロダクティブヘルス(母子保健、緊急産科ケア、妊娠中の異常の早期発見、膣瘻、思春期)支援をしている ・妊産婦の継続ケア支援も行っているが、蚊帳の供与等は実施していない。マラリア対策に関しては妊産婦への衛生教育のひとつのトピックとして取り入れている。妊娠中のマラリア予防内服(TPI)は政府が無料政策を実施している。コストは高くないが、不足が生じてい

る。啓発活動に関しては保健省の啓発担当局から、地方保健局、保健行政区と保健省のピラミッドに沿って支援している。

- ・パリ宣言以降介入地域にUNFPAのコンサルタントを常駐させることは止めて、すべて保健省の中央担当部局を通じてカスケイド方式で支援をしているが、各地域に一人予算管理をする人材を置いている。モニタリングは四半期に一度中央政府と合同ミッションを実施している。合同ミッションはリプロダクティブヘルス他、エイズ、コミュニケーションの分野。

日時：2007年7月3日(火) 08:00～08:45

面談機関：JICAブルキナファソ事務所

目的：保健分野で活動するJOCVの活動状況の把握

内容：

米崎からマラリア対策プログラム形成調査の概要を説明した後、JOCVが活動内容を報告した。

① 山崎聡(17年度3次隊、統計)

- ・保健省Houndé保健行政区の統計管理担当者がC/P。セネガルでエイズに関する社会調査の広域研修を受講したので、今後はエイズに関する知識調査を実施したい。

② 飯野有賀(18年度1次隊、看護師)

- ・北部地方のYako保健行政区内でイギリスのNGOが支援しているNGOサヘルソリダリテに配属。同NGO自体は井戸建設、学校保健、啓発活動を行っている。
- ・隊員は主にCSPSから8キロ離れた人口約1,700人の村で活動。この村の人は月1～2人しかCSPSを利用していない。CSPSへの搬送が遅れて途中で亡くなる人もいるという。NGOは村でhygiénist(村の看護師と呼ばれている)を雇用し、hygiénistは月に一度CSPSに村の状況を報告し、また医薬品の購入も行う。村ではクロロキン、パラセタモール等を販売している。
- ・村の疾病としては怪我が多く、手当が十分でないのだから破傷風、ほうかき炎になる村人もいる。これについては隊員が呼びかけ消毒薬イソジンを購入する資金を得ることができた。サヘルソリダリテを通じてPAMAC(エイズ対策を実施しているNGO等を支援する組織)に啓発活動用の資金提供を依頼し、認められた。金額はまだ不明。

③ 松野璃衣(17年度3次隊、看護師)

- ・保健省Léo保健行政区内のCSPSに配属。活動内容概要蚊帳の絶対数が少ないと実感。蚊帳供与キャンペーンをCSPSが実施していたが対象は妊婦検診4回来た人と5歳未満児だった。妊婦検診に4回来られる人は少なく、また4回目では遅すぎると思う。5歳未満児については看護師の親戚が優先されている。一番遠い村は12キロ。今回蚊帳の販売を行った。PSIから1,500FCFAで購入(銘柄：セレナ、190×180×150、3人用、薬剤効果は2年)し、500FCFAで販売。子どもが5歳くらいまでは母親と一緒に就寝している。

④ 伊東充代(18年度1次隊、統計)

- ・保健省調査計画局(DEP/MS)配属。データの質の改善の支援をしている。年間統計は3種類発行されている。現在データの定義書作成、新たな指標の検討を行っている。

日時：2007年7月4日(水) 8:30～10:30

面談機関：マラリア対策国家プログラム(PNLP)

目的：プログラム形成調査概要説明、情報交換

内容：

米崎よりJICAのプログラムアプローチを説明したのち、PNLPより以下のとおり活動概要が説明された。

- ・ 予防、治療を戦略の軸としている。蚊帳に関してはWHO, UNICEF, BM, JICA, 政府などの支援があるが十分ではない。2002年～2005年のプログラム評価した結果、蚊帳については少し改善している。現在2006年～2010年の戦略に沿って実施中。
- ・ 蚊帳の使用については対象者に配布しても、対象者に使われていないケースもある。医療特別機材にて供与された蚊帳について報告あり。2006年は蚊帳の輸送ミスがあった。現在不足分だった11,000帳が届いている。PNLPからは車両が確保できないので東部DRSに取りに来るよう依頼済み。東部PAMADSでは5歳未満児の重症患者が多い。Fada保健行政区、Bogande保健行政区の蚊帳普及率は75%。
- ・ パートナーについて、UNICEF；東部、中東部、サヘルの全ての保健行政区が対象地域。2歳未満児に蚊帳供与実施。オランダ；PSIを通じて妊婦対象に蚊帳を供与。Plan Burkina；西南部、中北部が対象地域。全ての新生児に蚊帳供与し、GaouaDSの蚊帳普及率は良い。Mouhoun地方のTougan保健行政区とToma保健行政区にはパートナーがない。

質疑応答

- ・ 啓発活動はどのようにするのか。言葉の問題はないのか。(PNLP)
→Association、NGO、CSPSと働いている。JOCVは計画立案、教材作成を担当し、CSPSスタッフが実際に行うなどしている。現地到着後3週間の現地語の訓練を行っている。(調査団)
- ・ マラリア対策に関連するドナーとの会議は開催されているか。
→実施されていない。ルクセンブルグがUNICEFを通じて蚊帳供与を実施したが事前に把握できず、東部に配布された。GTZもリプロダクティブヘルスのプロジェクトを実施している。
- ・ 蚊帳の供与は無料か。
→政策としては無料にする。治療に関しても妊婦は無料である。
- ・ 蚊帳を販売しその資金を管理費に当てることも検討できるのでは。
→無料配布を基本とし、必要経費は年間予算に組み入れればよい。

日時：2007年7月4日(水) 15:00～15:30

面談機関：世界銀行

目的：Health Sector Support and Multisectoral aids projectにおける蚊帳供与について。

内容：

世界銀行より以下のとおり説明があった。

- ・ 総額4770万USDで保健システム強化とエイズ対策の2つのアプローチ。そのうち150万USD(60万帳)の蚊帳供与を計画している。当初計画は2006年6月までに配布予定であったが、住友、PSI共に在庫が切れていたため配布が遅れている。2007年9月か10月には配布予定。対象は妊婦と5歳未満児。年間この対象者に配布するには150万～200万帳必要といわれている。治療薬についてはCAMEGを通じて配布予定。プロジェクトはコモンバスケットを通じて全国に支援する。すでにコモンバスケットにはフランス、UNFPA、スイス、オランダなどが参加しており、オランダが長を務めている。

日時：2007年7月4日(水) 16:00～16:30
面談機関：WHO
目的：マラリア対策の支援状況把握
内容： <p>WHOより以下のとおり説明があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3～4年前から国連は貧困地域を対象地域として支援している。よってブルキナファソでは東部、中東部、サヘルが対象となる。しかしWHOは基本的に全ての保健分野を支援しているので、その他地域への支援も行っている。技術支援と財政補助を行う。マラリア対策については妊婦への蚊帳供与プロジェクトを2～3年、東部地方Fada保健行政区、西南地方Dano保健行政区、中南地方P6保健行政区で実施していた(2006年1月にはすでに終了していた)。このプロジェクト評価を2007年8月頃実施予定(予算次第)。WHOは2年毎に保健省と投入計画を作成しており、今後2年はマラリア対策に700,000USD(要確認)の予算計上をしている。うち蚊帳供与に20,000USD、薬剤、機材などイタリア、フランスはWHOを通じて支援する。 ・マラリア対策の優先すべき地域としては、西南地方Gaoua保健行政区、Dano保健行政区、Cascades地方、Hts Bassins地方、中南地方Manga保健行政区を挙げた。PNLPでは年2回マルチセクトリアルな運営会議が実施されているが、一般的な協議で終わり技術的な話の場ではない。マラリア対策関係者による技術的な会議は開催されていない。

日時：2007年7月5日(木) 14:30～15:30
面談機関：東部地方保健局Bogandé保健行政区
目的：地方保健システムの把握
内容： <p>調査団からプログラム形成調査概要について説明。保健行政区長(医師)、保健行政区次長(医師)とも研修等で不在であった。2週間前に着任したという若い医師が対応したが、ほとんど現状を把握していない。2007年活動計画について電子データ入手した。医薬品供給のシステムについて：CAMEG(Ouaga)→CAMEG(Fada)→BogandéDS←28 COGES/CSPS、CAMEGに政府からの補助金が支払われていないという問題あり。一番遠いCSPSはDSから200km離れている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設視察 <p>DSには外科対応できる保健センターが併設されていたが、管理状況は悪い。昼に訪問したが職員はほとんどいなかった。入院ベット数は18床のみで、蚊帳は張られていない。JICAが供与した蚊帳は一時的に結核、らい病事務所の建物の中に保存されていた。2つ部屋があり、ひとつは3.5m×2.5m位の大きさ。間違えて届けられた丸蚊帳が15パックほどまだ残っていた。妊婦検診時に500Fで販売している。市場では3,400Fくらいで売られている。</p>

日時：2007年7月5日(木) 17:00～17:30
面談機関：東部地方保健局Fada保健行政区
目的：地方保健システムの把握
内容： <p>調査団からプログラム形成調査概要について説明。保健行政区長(医師)はUNICEFの栄養の研修で月～金曜日まで不在。マラリア含む疾病対策担当者(看護師)は不在。2007年活動計画について電子データ入手した。JICAの蚊帳配布はDSレベルではストックなし。4,250帳の蚊帳</p>

は管轄するCSPSが取りに来た。500Fで配布している。DSには医薬品を保管する倉庫が2つあり、1つは5m×7m×2.5m。もう一つはその半分ほど。現在一つ目の倉庫にはUNICEFから供与された乳幼児用の補助食品が保管されていた。

日時：2007年7月5日(木) 18:00~18:30

面談機関： 東部地方保健局(DRS)

目的：表敬、CAMEG(Est)視察調整依頼

内容：

保健局長は2003年JICA本邦研修受講者であった。調査団からプログラム形成調査概要について説明。また7月11日から13日までFada保健行政区内の2つのCSPS、4つの村にて質的調査の実施について許可を請うと、口頭で了解してくれた。CAMEGの視察調整もすぐ対応してくれた。東部地方保健局および管轄する5つの保健行政区の活動計画資料を電子データで用意してもらった。マラリア含む疾病対策担当者は不在だったので来週担当者との面談をアレンジする。

日時：2007年7月5日(木) 18:45~19:15

面談機関： CAMEG Fada

目的：医薬品保管倉庫の現状把握

内容：

事務所は現在改築中であった。倉庫視察；冷房室5m×5m×3m。一般1,200㎡。931のボックスに仕切られており、1つのボックスは1m×1m×1m(写真あり)。1994年に設立された。当初は十分であったが最近手狭になってきており、保管期間は最長2ヶ月半としている。中央のCAMEGには週1~2回行っている。2008年に倉庫の拡大計画あり。DRSにも倉庫あるが多くは24時間以内に配布している。長くて5日ほど保管している。

日時：2007年7月6日(金) 9:30~10:30

面談機関：東部地方保健局Gayeri保健行政区

目的：地方保健システムの把握

内容：

他の保健行政区同様保健行政区長の医師はワガドゥグに研修で不在だった。この保健行政区は2004年1月に開始され、新しい。8つのCSPSと1つのCMがあるが外科対応はできない。保健行政区スタッフは保健行政区長の医師(1)、上級看護師(1)、看護師(1)、准看護師(1)、薬局技術者(1)、管理(2)。JICAが供与した蚊帳についてはjournée eu service des enfants(vaccination, CPNなど実施する)キャンペーンを通じて妊婦に配布した。このキャンペーンは1年に一回1日開催されている。蚊帳は東部地方保健局から保健行政区に配られ、保健行政区は3つの県にてキャンペーンを実施し、そこで500Fで販売した。ソーシャルマーケティングにてPSIも蚊帳を販売しているが1500Fは住民にとっては高い。8CSPSとの定期会議は四半期毎に行っている。マラリア治療薬としてクロロキンはもう置いていない。倉庫①15m×10m。5つの部屋がある。そのうち一つは5m×3.5mの大きさ。倉庫②古い事務所を改築中で2つの部屋を倉庫として使用する予定。この地域は電気が8時から12時、15時から22時までしかなく、太陽電気も使用している。CMの敷地にCSPSもある。病床数は7床のみ。CSPSは42村を管轄している。保健行政区には153村ある。今年外科付き保健センター(CMA)にする予定。

日時：2007年7月9日(月) 9:00~12:00

面談機関：PNLP

目的：情報の収集と確認

内容：

2007年に供与されたJICAの蚊帳について

- ・東部PAMA保健行政区は重症マラリア患者が多く発症したので、多く配布予定。配布責任はDRSに任せている。JICAの蚊帳の場合500Fで販売し、250Fを保健行政区、250FをPNLPの運搬費等に当てている。JICA蚊帳供与の報告書については、2005年の1回のみでその後提出されていない様子。

オランダの蚊

- ・2005~2006年にかけて72,000帳の供与があったが、管理運営費として29,950,000 FCFA (60,000USD)の予算も計上してくれた。オランダの蚊帳供与先は15保健行政区(1. Fada/妊婦検診、2. KonbissiriとHounde保健行政区/2005年全国予防接種キャンペーン、3. GaucyとPo保健行政区/定期予防接種、4. その他10保健行政区/蚊帳薬剤湿潤キャンペーン)

WB

- ・PADSと働いている。対象は0から5歳児。各保健行政区から必要数を挙げてもらっている。

RCについて

- ・村に2人ほどいる啓発など行うボランティアで、定年した教員などがなっている。条件としては、1. 読み書きができる、2. 現地語が話せる、3. 時間的ゆとりがある、4. CSPSかCOGESが選出する、5. 男女1名ずつが望ましい。ちなみにオランダの場合、RCには1,000F/日×10日(研修3日間、実働7日間)=10,000F支払った。他のパートナーでは5,000F/日×6日=30,000Fや2,500F/日×3日=7,500Fの時もあり、決まっていない。

日時：2007年7月9日(月) 14:30~15:30

面談機関：Plan Burkina

目的：マラリア対策に関する活動把握

活動地域：

Plan Burkinaより以下のとおり説明があった。

- ・南西地方(Diebougou保健行政区, Gaoua保健行政区, Batie保健行政区), 中北地方(Kongoussi保健行政区, Barsalogo保健行政区, Kaya保健行政区, Boulsa保健行政区)。GaouaとKayaにプランの地域事務所がある。
- ・活動分野は4つ(1. 教育、2. 保健(母子保健、エイズ)、3. 飲料水と衛生、4. 子ども権利)。
- ・教育では主に教員の研修、学校建設と機材供与(机、椅子など)、特に女子への奨学金(4年間)
- ・保健では子どもの生命を守るためマラリア(蚊帳の供与など)、IRA、下痢、PTME/HIV、予防接種、妊婦検診の強化活動をしている。
- ・マラリア対策のための蚊帳供与対象者は1. 初産婦に1回目の妊婦検診で、2. 全ての予防接種を終了した子どもに、3. 出生届を提出した子どもに、それぞれ無料で配布すると同時に啓発教育も実施している。
- ・手法は集団、個別、劇(ローカルの劇団と契約)。ラジオキャンペーンや教材の作成もしている。未だ多くの住民はマラリアはなにか霊的なものからもらうと思っているとのこと。

マラリアの治療については、ASCやCSPS、CMAの医療従事者（IDE、IB、AA）に再教育しているが、ACTはまだ供給されていない。

- ・住民の傾向としてまず伝統療法師のところに行くがプランでは特に彼らと働いてはいない。公衆衛生にも取り組んでいる。マラリアに関しては特にBoulsa保健行政区で力を入れている。（例Boulsa保健行政区予算：2006年149,630USD（蚊帳配布数は20,000帳）、2007年111,430USD（15,000帳）、2008年108,280USD（15,000帳））。蚊帳の購入先はPSI、単価6USD。
- ・運営体制：1人のプランスタッフが1県を担当している。蚊帳の供与については購入からCSPSまでの搬送まで全てプランが実施している。CSPSではスタッフが予防接種や妊婦検診に来た対象者に無料のチケットを発行し、対象者はCSPSの薬局で受け取る仕組みになっている。

日時：2007年7月9日（月） 16：10～17：00

面談機関：PSI

目的：マーケティングソーシャルでの蚊帳配布の現状把握

内容：経営が成り立たず6月30日付で撤廃していた。

日時：2007年7月11日（水） 14：00～15：00

面談機関：Kouaré CSPS

目的：CSPS現状把握

内容：

CSPS長（看護師）はFadaにて研修のため不在。助産師助手（AA）が対応。詳細は以下【質的調査を実施した村にあるCSPSの状況】参照。

【質的調査を実施した村にあるCSPSの状況】

保健医療施設名	Kouaré CSPS / DS de Fada
管轄村	10村。ただし3村は他のCSPSが近いので実際は7村担当している。一番遠い村は15キロ離れている。
スタッフ	1. M. Coulibaly Amou, 38歳。CSPSの長（IDE）。2005年このCSPS新設に合わせて赴任。以前はFadaに勤務。 2. Mme. Launkoau P. Natacha, 29歳。助産師助手（AA）。このCSPSには14ヶ月前に赴任。以前はバンフォラに勤務。経験年数4年。 3. Mme.Lompo Noukoulri Aminata, 29歳。（AIS）。2005年このCSPS新設に合わせて新卒赴任。
DS	月一回DS定例会議に出席している。
COGES	2007年設置。2006年11月、役所と管轄村がCSPSに集まった。各村は事前にグリオが2名選出し、まず本人の希望、ない場合は選挙にて人選をした。運営状況は問題なし。薬の欠品もない。
AS	村には一人ASがいる。（10村で男7人、女3人）。2006年8月に終了したプロジェクトPSADO（2年間）の活動としてCSPSと一緒に各村2名のRCを選んだ。マラリア治療の研修も実施した（クロロキンとパラセタモールの処方方

	法で、3日後治らなければCSPSに送るという指導)。啓発活動も行ってた。ASへの報酬は移動費くらい。プロジェクトで2回研修を実施している。現在CSPSとの定期的な会議は行ってない。伝統産婆は今はいない。家では生まないことになっている。ちなみにCSPSでの出産数は月平均25人程度。
巡回	PEVについては月一回巡回している。まず村のASがCSPSまで来て一緒にバイクに乗って村まで行く。CPNを行う場所(家と診察台)がないので巡回では行っていない。
主な疾病	1. マラリア、2. IRA
マラリアについて	妊産婦の予防内服(TPI):妊婦検診時妊娠6ヶ月に1回、翌月に1回処方する。薬の不足はない。 蚊帳:2006年8月以降在庫なし。以前は一回目のCPNで無料配布していた。5歳未満児には500Fで売った。(2006年500帳配布された) 治療:軽症マラリアにはアモジアキン1シート500Fで処方。重症マラリアで貧血がある場合はFadaに移送。それ以外はCSPSで治療する。大人の場合:最低キニーネ6アンプル(1200F)と輸液セット(針200F、チューブ300F)、輸液(グルコース4本2200F)、キニーネ錠剤2シート(700F)、入院費200F(何日いても同じ)、計4800F。症状が改善しない場合はキニーネアンプルと輸液が増加していく。 ACT:まだ供給されていない。ASが処方するのは難しいと思うとのこと。

日時:2007年7月11日(水) 16:00~17:00

面談機関: 東部地方保健局

目的: 保健局長への進捗報告、啓発担当者(CRESA)からの情報収集

内容:

CRESA(Centre Regional d'Education pour la sante et l'Assainissement)からSESA(Service d'Education pour la sante et l'Assainissement)に名称変更。DRS組織図入手(約25名)。SESAの下DSレベルにSIECAが設置されており、SESAが全ての保健関係の啓発を調整する。SESA長はTechnicien d'Etat Hygiene Sanitaire。スタッフ2名(AIS)。JOCV江渡さんが一緒に活動している。マラリア関係では昨年蚊帳の薬剤浸潤キャンペーンをFada保健行政区でRSと共に実施した。

日時:2007年7月12日(木) 8:00~8:45

面談機関: Fada保健行政区

目的: 保健行政区長表敬、進捗報告、啓発担当者(SIECA)からの情報収集

内容:

保健行政区長は不在。SIECA(Service d'Information d'Education-Communication et Assainissement)のMr. NAMA(IB)と面談。主にIEC活動(映画上映、集団教育など)を実施している。エイズ対策は教材がたくさんあるが、マラリアは映画一本のみで教材が不足している。昨年27CSPSのうち10CSPSを選び、各CSPSからRCを二人選んで蚊帳の薬剤浸潤活動を実施した。一枚100Fで蚊帳を薬剤浸潤しその収益はRCになった。再度実施したいが必要物品を購入する予算が足りない。SIECAでは定期的にCSPSと会合を持っていないが、DSレベルで月一回定例会があるので必要時はコンタクトできる。CSPSでは月一回RCとの会合を持っている。蚊帳については市場にないし、

あっても質が悪い。2005年Fada保健行政区内の全450村対象に各村RC2名に対してマラリア治療(クロロキン)内服の研修を実施した。クロロキンは現在使用禁止でACTはまだ供給されていない中、CSPSレベルではアモジアキンを使用しているが、アモジアキンの治療内服は教えていない。0から5歳未満は世銀からの支援で治療キットが配布される予定。また5歳以上はCAMEGからキットが供給される。来年CSPSが2つ新設される。ACTの研修を今後CSPS、RCレベルまで実施したい。

日時：2007年7月13日(木) 9:00～9:30

面談機関：プライベート薬局

目的：マラリア治療薬の種類と値段把握

内容：以下参照。蚊帳は月20帳程売れるとのこと。

【Fada県のプライベート薬局で扱っていた抗マラリア薬等(地方病院の隣にあった)】

薬品名	商品名	量	値段(FCFA)
Dihydroartemisin(40mg)+piperazine PO4(320mg)	Darte-Q	8カプセル	5,965
Artesunate(200mg)+Sulfamethoxyoyrazne(500mg) /Pyrunethamine(25mg)	Co-Arrinate	3錠	4,065
Arinate (100mg)	Arinate	6錠	3,080
Chlorhydrate de proguanil(100mg)	PALUDRINE	56錠	7,016
Dihydroartemisinin (60mg)	COTECXIN	8錠	4,130
Artesunate(100mg)+Amodiaquine base(270mg)	Coarsucam	6錠	
Chlorhydrate d'halofantrine(250mg)	HALFAN	6錠	3,782
Diphosphate(250mg)+chloroquine(155mg)	Resochin	30錠	2,870
MIL, 180×160×200(3人用)	Serena (PSI/PNLP)	1帳	4,900

日時：2007年7月13日(木) 9:30～11:00

面談機関：東部地方病院

目的：病院長表敬、疾病統計担当者からの情報収集

内容：

2006年活動報告入手(電子データ)。病院でのマラリア患者について意見交換した。ACTのジェネリックが供給されていない。Specialitéだと約5,000F、ジェネリックでも2,500Fと高い。7月末にはACTがCAMEGに供給される予定。価格も政府の補助が付いて薬代は子ども100～200F、大人700～1000Fの予定。現在はジェネリックのアモジアキン使用している。値段は1シート300Fと高くない。妊婦用TPI(SP)の不足はない。最近PNLPが東部にモニタリングに来た。CHRからは蚊帳の供与について病院も対象にしてほしいとコメントしたとのこと。CHRでは蚊帳の販売は行っていない。

日時：2007年7月13日(木) 13:30～14:00

面談機関：質的調査対象村

目的：RCの情報収集、JOCVの状況確認

内容：

村長の息子が10年ほど村の健康担当している。(本人は畑に行っていて不在だったので、その妻からの情報)村人に処方する薬をいくつか保有しており、薬はCSPSから購入してくる。CSPSとの関係は問題なし。時々研修が開催されており、6月にも研修があった。CSPSからは年5回ほどPEV巡回が村に来る。CPNは妊婦自身が自転車に乗ってCSPSまで受診する。

日時：2007年7月14日(金) 9:30～11:50

面談機関：東部地方病院

目的：入院患者の蚊帳使用状況把握

内容：

入院病棟(産婦人科、小児科、一般)担当医と面談し、当日マラリアで入院していた患者へインタビューを実施。インタビュー内容は以下【東部地方病院でのマラリア患者面談記録】参照。

<産婦人科>Dr Diallo, Mme Slga Doris (助産師)：本日5名入院中、マラリア患者はゼロ。1名は嘔気(+)、発熱(+)だったので血液検査したが(-)キニーネで治療した。3名は帝王切開の患者。平均5日入院。帝王切開の患者はルーチンでキニーネによるマラリア治療を行う。(キニーネ輸液6,000～7,000FCFA、キニーネ錠剤800FCFA)。帝王切開の患者は国の補助があるので一律11,000FCFA。病室では新生児と共に母親がベットで寝ていたが蚊帳はない。産婦人科病棟には1ヶ月1本の防虫剤が支給されるのみ。

<小児科>Dr Mazor Sana：年間約300名の入院があり、3分の2はマラリア患者。蚊帳は使うのが良いと知っていても購入できない。1500Fでも高い。本日は14名入院しており、うち10名がマラリア患者。(6名は重症マラリアで輸血した。4名は軽症マラリア)6月～10月がマラリア患者多い。小児病棟も蚊帳は張っていない。予算化しているが病院では優先度が低い。IEC/CCCは病院の役割ではない。

<一般>Dr Traoré：特記事項なし

【東部地方病院でのマラリア患者面談記録】

小児科に入院しているマラリア患者へのインタビュー (2007年7月14日現在)

質問事項：①年齢、性別、②村(保健行政区)、③マラリア発症した日、④最初に受診した医療機関、病院に入院した日、⑤搬送手段、⑥マラリア既往回数、⑦マラリアで入院した回数、⑧自宅で蚊帳をしているか

マラリア患者A(重症、輸血+)：①3歳、男、②Tamhiga(Fada)、③7月9日、④CSPSセクター10、7月12日、※ここまではカルテで分かったが、母親と看護師がコミュニケーション不可能だったのでそれ以降の質問はわからず。

マラリア患者B：①1歳、女、②Yamba(Fadaから35km)、③7月3日、④CSPS Yamba、7月11日、⑤父親がバイクで搬送、⑥2回目、⑦初めて、⑧蚊帳は家族皆使用している。

マラリア患者C(重症)：12歳、男、②Fada、③1年前から慢性的にマラリアを発症している、④?、⑤母親と徒歩で45分、⑥5回目、⑦?、⑧使用している

マラリア患者D(重症、脳性)：①3歳、男、②Djouu(Ougaiou)、③?、④CSPS、7月11日、⑤公共バスで、⑥?、⑦初めて、⑧使用していない

マラリア患者E(重症)：7ヶ月、男(実母は死亡、その夫の第?婦人が付き添っていた)、②セクター2(Fada)、③7月12日、④直接病院に来た、⑤2km程児を背負って徒歩で来た、⑥初め

て、⑦初めて、⑧使用していない。家族で妊娠中の女性は使用している。娘からもらった蚊帳が1帳あるが使っていない。

内科に入院しているマラリア患者へのインタビュー（2007年7月14日現在）

質問事項：①年齢、性別、②村(保健行政区)、③マラリア発症した日、④最初に受診した医療機関、病院に入院した日、⑤搬送手段、⑥マラリア既往回数、⑦マラリアで入院した回数、⑧自宅で蚊帳をしているか

マラリア患者A(軽症)：40歳、男、教師、②Fada、③7月13日、④CSPS、7月13日、⑤救急車、⑥10回程(うち重症3回)、⑦3回目(最後に入院したのは2001年)、⑧使用している

マラリア患者B(重症、輸血+(Hb4.5))：①35歳、女、主婦、②タクルブグ45km離れている(Fada)、③7月6日、④CSPS、7月9日、⑤バイク、⑥?⑦2回目(前はだいぶ前)、⑧2年前妊婦検診でもらった蚊帳を使っていた。

日時：2007年7月18日(水) 10:00~12:00

面談機関：PADS

目的：財政支援の運営状況把握(無償調査団に同行)

内容：

PADSより以下のとおり説明があった。

- ・PADSはPNDSへの支援のため財政支援(コモンバスケット)しているパートナーの資金運営を行う組織。ブルキナファソ側スタッフは16名。パートナーはオランダ、スイス、フランス(AFD)、UNFPA、世銀。成果主義で保健行政区のパフォーマンス指標を半年ごとに評価している。
- ・毎年9月くらいからCSPS、保健行政区の順でマイクロプランを作成し、その内容をPADSが精査した後保健行政区とPADSで契約し、保健行政区に予算が送付される。地方分権化を重視し、予算の70%は地方行政に分配されている。分配される予算の75%は貧困率など決められた指標により自動的に算出されるが、残り25%は各DSのパフォーマンスや指標の改善状況などにより増減される。また全体のバランスを取るためにすでにパートナーが入っている保健行政区には配分額を減らす。
- ・年2回委員会が開催されており、メンバーは事務局長、8局長、パートナー。指標の設定については、パートナーの意向もあるので新しいパートナーが加われば指標の変更、追加もある。
- ・蚊帳購入について、保健行政区で優先度が高く計画に計上すればPADSの予算で蚊帳の購入も可能とのこと。現時点では評価指標にマラリア指標はないが、今後世銀がマラリア対策に介入するので指標に加わる可能性は高い。1ヵ月後には保健行政区が55から65に増加すること。(保健行政区の管轄人口は15万人なので、それを超えたからとのこと)

日時：2007年7月26日(木) 9:00~10:30

面談機関：赤十字Burkina Faso

目的：WHOからカナダ赤十字がブルキナ赤十字を通じて蚊帳供与を計画しているとの情報を得たのでその詳細確認(無償調査団に同行)

内容：

赤十字より以下のとおり説明があった。

- ・赤十字は保健省だけでなく多くの省（教育省、社会活動など）とも働いている。
- ・蚊帳供与協議のため5月にカナダ赤十字調査団が来た。カナダ赤十字は210万帳の蚊帳供与を提案していた。この協議を行うための委員会が設立され保健省側は事務次官を委員長とし、保健総局長が責任者となり、PNLP長はメンバーであった。保健省側は2007年10月に予定されていた全国一斉予防接種（麻疹）キャンペーンにて蚊帳の無料配布を2007年度に計画していたため、そのために必要な蚊帳の数として360万帳を計上していた。（2006年の人口センサスでは総人口13,730,258人であり、5歳未満児人口は総人口の19%と一般的に算出されることから2,608,749人となる。同じ指標を使っているのだが保健省は360万帳にこだわった。赤十字側は約250万帳と計算し、既に蚊帳保有している児もいることから210万帳は妥当な数値と思われる）基礎的な部分で合意せず、結局協議途中でカナダ調査団は帰国したとのこと。5月の協議での合意を見込んで10月に実施予定だった予防接種をカナダからの蚊帳が搬入される12月に延期したのだが、現状では12月の蚊帳供与は無理とのこと。WHOとしては2008年6月まで延期し双方協議を続けてはと提案したとのこと。
- ・ロジ面ではカナダ赤十字がワガドゥグまでの輸送に責任を持ち、それ以降受領、配布についてはブルキナ赤十字と保健省が担当することを想定していた。保管倉庫や移動についてはプライベートセクターへの委託を検討していた様子。5月にカナダ赤十字調査団が輸送費、倉庫、保管料など調査していたようだったが、途中で帰国したので報告書はない。

6. 収集資料一覧

- Document de Politique Sanitaire National, Ministère de la Santé(MS), Septembre 2000
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010, MS, Juillet 2001
- Indicateurs de suivi du PNDS et guide de renseignement, Secrétariat Technique du PNDS/ Direction des Etudes et de la planification(DEP)/Secrétariat Général(SG)/MS
- Annual Statistique/ Santé 2006, DEP/ SG/ MS, Mai 2007
- Synthèse des rapports de progres des Directions Régionales de la Santé, des Districts Sanitaires et des Hopitaux publics Situation au Decembre 2006, Secrétariat Technique du PNDS/ DEP/ SG/ MS, Février 2007
- Plan 2006-2010 de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), MS, Janvier 2007
- Plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme au Burkina Faso, Programme National de Lutte contre le Paludisme(PNLP)/Direction de la Lutte contre la Maladie(DLM)/ Diredtion Générale de la Santé (DGS)/ SG/ MS, Janvier 2006
- Plan d'action 2007 du programme national contre le paludisme, PNLP/ DLM/ DGS/ SG/ MS, Janvier 2007
- Plan stratégique 2005-2007 pour la mise à l'échelle nationale des Interventions à Base Communautaire B(IBC), PNLP/ DLM/ DGS/ SG/ MS, Décembre 2004
- Rapport de la campagne de distribution de moustiquaires imprégnées, District Sanitaire(DS) de Bogande/Direction Régionale de la Santé(DRS) de l'Est/SG/MS, 13 Mars 2005
- Rapport de la campagne Jumelée filariose lymphatique et distribution de moustiquaires imprégnées aux insecticides dans le District Sanitaire de Fada :15 au 19 Fevrier 2005, DS de Fada/DRS de l'Est/SG/MS, Février 2005
- Directives nationale pour la prise en charge du paludisme au Burkina Faso, PNLP/ DLM/ DG/ SG/ MS, Mai 2005
- Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the amount of SDR 33.3Million(US\$47.7 Million equivalent) to Burkina Faso for a Health Sector Support and Multisectorial AIDS Project, The World Bank, March 30, 2006
- Synthèse des rapports de progress des Directions Régionale de la Santé, des Districts Sanitaires et des Hopitaux publics situation au 31 decembre 2006, Secrétariat Technique du PNDS/DEP/SG/MS, février 2007
- Annexes à la synthèse des résultats des indicateurs enregistrés par les Directions Régional de la Santé, les Districts Sanitaires et les Hopitaux Publics au fin de decembre 2006, Secrétariat Technique du PNDS/DEP/SG/MS, février 2007
- Repatition des Fonds 2006, table des Couuts, Etats des Acquisitions 2003/2004/2005/2006/ PADS Couuts Reels des Acquisitions 2005/2006, PADS/DEP/SG/MS, janvier 2007
- Burkina Faso's Proposal to the Global Fund to fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria/ Seventh call/Malaria Component, Burkina Faso, July 2007
- Politique Nationale d'Information, D'Education et de Communication pour la Santé, MS, Août 2005
- ブルキナファソ保健衛生マニュアル、青年海外協力隊／ブルキナファソ医療部会、2007年初版