

Le programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso a été bien implanté mais une couverture réduite et des retards importants peuvent avoir été préjudiciables à son efficacité

Ridde V, Druetz T, Poppy S,
Kouanda S & Haddad S

INTRODUCTION

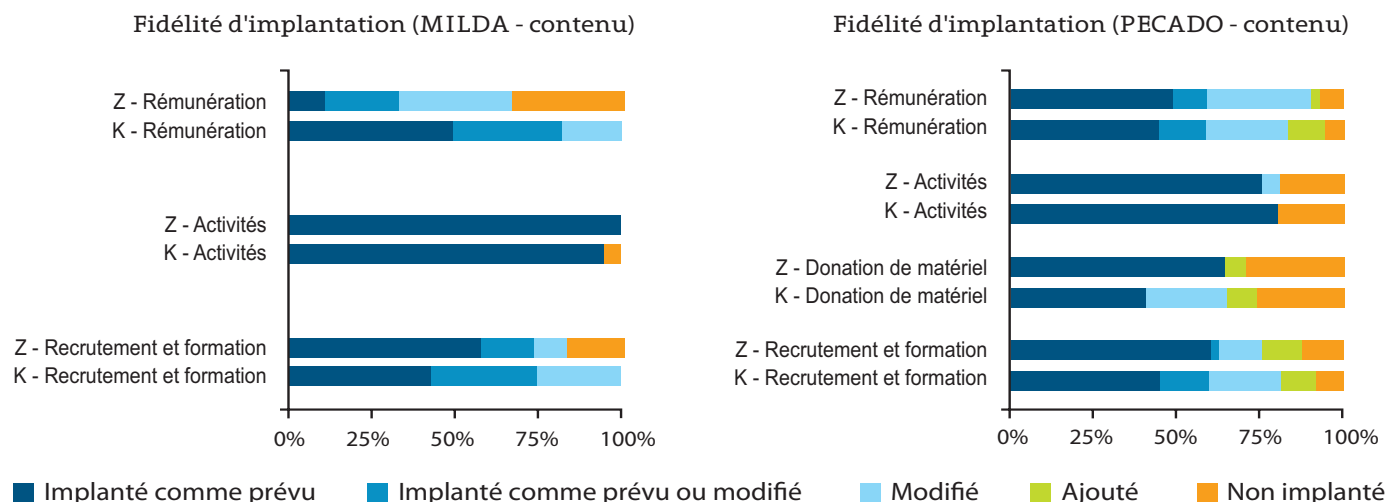
En 2010, les autorités ont décidé d'implanter à l'échelle nationale un programme antipaludique à deux volets. Le volet préventif visait à réduire l'exposition de la population au risque de paludisme et amener le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action («MILDA») à 80% en 2013. Le volet curatif prévoyait généraliser la stratégie de prise en charge à domicile («PECADO») par des agents de santé communautaire (ASC) pour le traitement des épisodes de paludisme. L'objectif est qu'en 2013, 80% des cas de paludisme simple soient traités. Afin de pouvoir attribuer au programme des effets observés, il est important d'apprécier dans quelle mesure les activités ont été mises en oeuvre tel qu'il était prévu lors de la planification. Dans cette étude, nous cherchons à vérifier

si i) les activités prévues ont été implantées (contenu), ii) le nombre d'activités planifiées et le territoire concerné ont été respectés (couverture) et enfin iii) les échéances et les séquences d'activités ont été respectées (échéancier).

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation est effectuée au moyen d'une étude de cas (le Programme) multiple (comparaison de son implantation dans deux districts, Kaya et Zorgho). La liste des activités prévues initialement a été reconstituée à partir des documents de planification et de huit entrevues auprès des principaux acteurs. Les données empiriques de l'évaluation d'implantation proviennent d'observations de terrain (10 semaines), d'analyse documentaire (cinq documents de projets et les multiples fiches des ASC et des centres de santé) et de 48 entretiens individuels réalisés entre juin et août 2011 auprès des principaux acteurs impliqués dans la mise en oeuvre. Ces données ont été analysées au regard des trois dimensions de la fidélité : le contenu, la couverture et l'échéancier.

Figure 1



RÉSULTATS

Contenu. Les résultats montrent une bonne fidélité du contenu, bien qu'elle soit meilleure pour le volet MILDA que pour le volet PECADO. Il ne semble pas exister de différences importantes entre les deux districts. Des composantes ont été ajoutées (par ex. : le recyclage des ASC), modifiées (par ex. : la rémunération des ASC est devenue trimestrielle plutôt que mensuelle) ou supprimées (par ex. : la dotation de matériel audiovisuel aux animateurs). La dotation du matériel et le réapprovisionnement en médicaments sont les composantes qui ont le moins respecté la planification initiale. À Kaya, par exemple, seul un tiers des ASC ont reçu une mallette pour transporter les médicaments. La figure 1 présente, pour chaque catégorie de composantes, le pourcentage d'entre elles qui ont été implantées comme prévu, modifiées par rapport à la planification, ajoutées, car non prévue ou supprimées.

Couverture. Concernant la couverture des composantes du programme, des écarts importants par rapport à ce qui avait été prévu ont été observés. Partout, le nombre de MILDA à distribuer a été revu à la baisse. De plus, la moitié des ASC sont situés à moins de cinq kilomètres d'un centre de santé, alors qu'il avait été prévu que les ASC soient actifs dans les villages éloignés d'au moins 5 km. Les ASC ont majoritairement été désignés par les agents de santé, alors que la planification prévoyait que la population participe à leur recrutement. À Zorgho, la fidélité de la couverture est plus faible qu'à Kaya, notamment en raison de difficultés de réapprovisionnement plus fréquentes en médicaments. Le tableau 1 présente la couverture de l'implantation (c'est-à-dire la proportion de villages dans lesquels l'activité a été implantée) selon la catégorie de composantes et le district. Par exemple, la rémunération des acteurs du volet PECADO, à Zorgho, a été fidèlement implantée dans 76% des villages.

Tableau 1 : Taux de couverture des activités du Programme

	Kaya		Zorgho	
	MILDA	PECADO	MILDA	PECADO
Recrutement et formation	96.0 %	76.0 %	71.0 %	77.0 %
Dotation en matériel	-	70.0 %	-	69.0 %
Activités	84.0 %	83.0 %	87.0 %	76.0 %
Rémunération	97.0 %	95.0 %	63.0 %	76.0 %

Échéancier. Peu de composantes disposaient d'un échéancier de mise en oeuvre explicite. Les composantes du volet MILDA ont accusé plusieurs retards qui ont donné lieu à une distribution retardée de deux à trois mois (à Zorgho) et de six mois (à Kaya), c'est-à-dire après la saison où le risque de paludisme est fort. Concernant le volet PECADO, l'échéancier a été devancé à Kaya puisqu'il s'agissait d'un site pilote. À Zorgho, par contre, toutes les composantes ont été mises en oeuvre avec un retard qui variait d'un à 15 mois. La prise en charge effective des cas de paludisme simple par les ASC a débuté en octobre 2010, après le pic de transmission du paludisme.

CONCLUSION

Aucune composante essentielle à l'efficacité du Programme ne semble avoir été omise, mais des problèmes de couverture et d'échéancier ont été rencontrés. La distribution tardive, réduite et chaotique des MILDA, les difficultés récurrentes d'approvisionnement en médicaments, qui semblent s'être accrues depuis la collecte des données pour cette étude, et les ruptures de stock régulières font craindre pour la pérennité du programme et son efficacité à sauver des vies.

