



MALI

BURKINA FASO

CANADA

Comprendre le succès de l'implantation et l'expansion de la chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme au Burkina Faso

L. Sermé¹, A. Bicaba¹, A. Ly², A. Bila¹, T. Druetz³, S. Haddad²

¹ Société d'Études et de Recherche en Santé Publique, Burkina Faso, ² Université Laval/ Centre de Recherche du CHU de Québec, Canada,

³ Université de Montréal, Canada

La Chimio-prophylaxie du paludisme saisonnier

La chimio-prophylaxie saisonnière (CPS) du paludisme est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé dans les pays du Sahel depuis 2012. Elle implique l'administration d'une combinaison d'antipaludéens pendant trois jours successifs en période de haute transmission du paludisme. Les passages ont lieu une fois par mois ; ils sont répétés généralement pendant 4 mois successifs et ciblent tous les enfants de 3 à 59 mois. La modalité de service retenue implique une visite de porte à porte de distributeurs communautaires (DC) agissant en « binômes ». En pratique, la CPS mobilise un large éventail de ressources des différents paliers de la pyramide sanitaire. L'intervention exige un haut niveau de planification et de coordination afin,

entre autres, de mobiliser les responsables régionaux et locaux, d'assurer l'approvisionnement en médicaments et en outils de gestion, de superviser, former et organiser le travail des distributeurs communautaires dispersés dans l'ensemble des villages, d'encadrer les activités de sensibilisation et de distribution et, ultimement, de couvrir les ménages et les enfants cibles. La coordination de l'intervention relève du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). La complexité de sa mise en oeuvre constitue un défi d'importance pour les pays disposant de ressources limitées¹ et ceux qui, comme le Burkina Faso, choisissent d'en étendre rapidement l'intervention.

Que sait-on de la Chimio-prophylaxie du paludisme saisonnier au Burkina Faso

Le Burkina Faso a introduit la CPS en 2014 et l'a étendue au point de couvrir en 2018, 65 districts sanitaires, dont la quasi-totalité des districts sanitaires ruraux. Une recherche indépendante et les travaux de notre équipe suggèrent que l'implantation et l'expansion de la CPS ont été efficaces, tant du point de vue de la réalisation des services prévus (fidélité de contenu), que de la manière dont ces services ont été rendus (fidélité des processus)². Un système régulier de monitoring annuel mis en place par le PNLP révèle par ailleurs, de hauts niveaux de couverture

des populations cibles³. Une étude longitudinale suggère que la CPS a eu un impact significatif sur la transmission du paludisme : elle a permis dans un district sanitaire, de réduire de moitié la parasitémie chez les enfants de la population cible et d'un tiers l'anémie sévère en période de haute transmission du paludisme⁴. La CPS apparaît donc comme une stratégie pouvant compléter efficacement les activités de lutte contre le paludisme.

De quelles connaissances manque-t-on ?

Quelles sont les raisons qui, dans le contexte d'un système de santé rencontrant d'importantes contraintes, pourraient expliquer que la mise en oeuvre de la CPS et son expansion aient pu

atteindre de hauts niveaux de couverture et de fidélité ? Quels enseignements peut-on tirer de cette expérience ?

Quels sont les objectifs et méthodes ?

L'objectif est de comprendre les raisons expliquant la fidélité de mise en œuvre observée. L'hypothèse centrale est qu'un ensemble de conditions favorables ont été réunies : **(a)** une programmation centrale couplée à une intégration des aspects opérationnels dans la pyramide sanitaire ; **(b)** un volontarisme et un leadership mobilisateurs du PNLP ; **(c)** une bonne capacité d'adaptation et d'anticipation des acteurs locaux ; **(d)** une forte adhésion de la population. La méthodologie repose sur

la mise en commun de différentes sources d'information. Les investigations qualitatives et quantitatives menées entre 2015 et 2018 par l'équipe incluent 72 entretiens individuels dans trois districts sanitaires et une enquête auprès de 424 distributeurs communautaires. Les sources secondaires incluent les bases de données du système d'information sanitaire et du PNLP et des sources documentaires fournies par les différentes instances du Ministère de la santé et leurs partenaires.

Quelles preuves ont été rassemblées ?

A. Intervention verticale, mise en œuvre intégrée

La responsabilité de l'intervention relève du PNLP, mais le modèle d'organisation, fondé sur le dispositif sanitaire existant, implique une forte participation des différents paliers de la pyramide sanitaire. Le modèle organisationnel s'inscrit dans un processus relativement normatif en ce qui a trait notamment, aux rôles et responsabilités, au cadre budgétaire ou à la planification des campagnes (dates, séquences d'activité, outils de formation et de gestion, prestations à fournir, etc.). En revanche, la coordination proprement dite de la campagne et des passages, la gestion locale des intrants, la constitution et la formation des équipes de distributeurs, et la prestation des activités, qu'il s'agisse de la sensibilisation ou la distribution proprement dite, relèvent des instances déconcentrées du Ministère, des acteurs locaux et des partenaires.

Le modèle mis en place reflète ainsi un équilibre dans lequel chaque niveau impliqué dispose, au sein de ce cadre normatif, d'un degré d'autonomie conforme avec le modèle de décentralisation. L'ajout de structures intermédiaires et de paliers de décision a été évité, favorisant la fluidité des communications et limitant la dilution des responsabilités. Les témoignages recueillis font par ailleurs ressortir une volonté : **(i)** d'associer les

acteurs locaux dans la préparation des campagnes annuelles, en les invitant notamment, plusieurs mois à l'avance, à signifier leurs besoins et leurs contraintes pour la campagne suivante ; **(ii)** de communiquer et promouvoir une vision harmonisée sur le processus de mise en œuvre ; **(iii)** de réviser les procédures après chaque campagne, via une auto-évaluation systématique assez structurée.

Les témoignages recueillis suggèrent que ces processus relèvent d'une démarche réellement participative plutôt que d'un exercice imposé et véhiculent une image de transparence au sein du système : « *Il y a un budget pour les Directions Régionales de la Santé, il y a un budget pour les districts et dans le budget des districts, on a les activités des formations sanitaires. On connaît aujourd'hui la quantité* ». Ce climat organisationnel favorise l'adoption par le personnel de santé de la tâche supplémentaire qu'est la CPS, et son intégration dans les activités des centres de santé. Certains infirmiers chefs de poste attestent que leurs équipes se réorganisent afin d'assurer une continuité des activités : « *Moi, je donne le programme d'activité [...] pour qu'au moins tous les agents puissent s'imprégner et puis pour pouvoir modeler les programmes de permanence et puis de garde* ».

ENCADRÉ 1

(i) Le niveau central assure la régulation et dicte les directives qui constituent le fil conducteur de l'ensemble des acteurs y compris les partenaires. Ces directives sont élaborées après une concertation annuelle incluant une analyse collective du bilan de campagne précédent et l'exploitation des leçons apprises.

(ii) le niveau régional dispose statutairement d'une autonomie pour la planification détaillée des interventions dans l'espace régional et dispose de ce fait d'un plan d'action avec budget pour lequel il est seul comptable devant les

bailleurs. Les ressources financières consacrées à la CPS sont directement mises à disposition de la région.

(iii) chaque district de santé dispose de son plan d'action, son budget pour assurer la supervision et l'encadrement des centres de santé (CSPS).

(iv) les partenaires s'impliquant dans la CPS couvrent une zone convenue. Leurs actions sont harmonisées avec les stratégies nationales et respectent les dispositions prises pour les districts.

B. Volontarisme et leadership mobilisateur du Programme National

Dans un environnement institutionnel réputé peu favorable à l'innovation organisationnelle, l'engagement des pouvoirs publics et le leadership du programme national s'expriment notamment, dans la capacité de ce dernier à :

Exercer un leadership « technique ». Le PNLP tend à se positionner essentiellement dans un rôle technique, et à déléguer la gestion des ressources financières aux régions et aux districts sanitaires. Ce positionnement lui évite un rôle de gestion ou de contrôle des ressources; une posture qui aurait l'avantage, de prévenir d'éventuels conflits avec les districts et de libérer les membres du programme des penantes tâches de gestion.

Mobiliser les partenaires techniques et financiers. Cette mobilisation s'exerce autour d'un modèle d'intervention harmonisé pour tout le pays qui permet de se prémunir contre le risque de multiplications des modalités d'organisation ou de dispensation. Elle facilite aussi la relève ou la substitution de partenaires au cours du temps. Les témoignages recueillis indiquent que cette harmonisation n'est pas sans rencontrer des résistances parmi les partenaires, mais des compromis sont habituellement trouvés. Il y a ainsi, lorsque requis, une redistribution sans heurts des districts entre partenaires, voire, dans certains cas, soutien d'un district par plus d'un partenaire.

Tableau 1 : Évolution des contributions annuelles des partenaires (millions FCFA) et de la couverture nationale (districts)



Affiner et réajuster l'intervention d'une campagne à l'autre. L'indispensable « réingénierie » d'une intervention en émergence semble relativement bien nourrie par le processus d'auto-évaluation qui inclut la remontée et le traitement des rapports de supervision exercés dans les districts, un examen collégial des rapports de campagne, et, depuis 2016, des enquêtes dites de « monitoring indépendant ». Celles-ci reposent sur des enquêtes dans les ménages visant à apprécier la couverture des populations cibles, la complétude des traitements et certaines pratiques de distributeurs communautaires. Les sondages effectués pour ces enquêtes ne sont pas fondés sur des échantillons probabilistes, et leur exécution ne rencontre pas nécessairement les normes scientifiques prévalant en recherche. Un certain consensus apparait parmi les acteurs rencontrés quant à la plausibilité des ordres de grandeur dérivés de ces sondages. Cette démarche a par ailleurs l'avantage d'institutionnaliser une logique d'auto-évaluation fondée sur des mesures de résultat, plutôt qu'un rapportage des intrants ou des activités réalisées.

Mobiliser les intrants et maîtriser les processus de mise en œuvre. La couverture effective des populations cibles implique la maîtrise d'un ensemble de fonctions-clé. La première de ces fonctions réside dans la *mobilisation effective des ressources requises aux moments-clé de la préparation des campagnes* : financements des partenaires, médicaments et autres intrants de gestion, personnel de la fonction publique et distributeurs communautaires, logistique de livraison et pré-positionnement des médicaments, logistique de transport pour la coordination, la formation, l'encadrement, etc. La seconde fonction relève de *la sécurisation des approvisionnements*. De l'avis général, l'approvisionnement des districts a été bien assuré lors des campagnes de 2016 et 2017. La disponibilité des médicaments au niveau national a été facilitée par la centralisation de l'essentiel

des commandes par la centrale nationale d'achat, ainsi que par une démarche prudente d'anticipation, un an à l'avance, des besoins en médicaments et des commandes internationales. En 2017, les 59 districts ont été dotés de stocks tampon et leurs besoins tenaient compte de la présence éventuelle de populations réfugiées. Les rencontres-bilan de fin de campagne en 2016 et 2017 ont par ailleurs, révélé que la chaîne logistique était pour l'essentiel bien fonctionnelle. Les médicaments, les kits de distribution, et les outils de gestion étaient disponibles au niveau des districts durant les 4 passages. *L'information et la sensibilisation des populations devant être rejointes* constituent une troisième fonction critique, d'autant que les passages se font à date fixe, qu'il s'agit de la période d'hivernage, et que les populations rurales sont difficiles à rejoindre. La sensibilisation repose sur différents relais (crieurs et mobilisateurs communautaires, agents de santé, mosquées et églises, médias). Les enquêtes de monitoring ont révélé que la plupart des mères (93% en 2017; 99% en 2016) se disaient être au courant de la CPS avant le passage des DCs.

Enfin, *le développement et le maintien des compétences, ainsi que l'encadrement des distributeurs communautaires* impliquent des formations en cascade les jours précédant les passages, de brefs recyclages entre chaque passage, et la supervision des DCs pendant les 3 ou 4 jours que durent les distributions. Il est difficile de se prononcer sur la fidélité de ces processus à l'échelle du pays. Toutefois, nos investigations dans un district ont révélé en 2017 un haut niveau de fidélité des processus de supervision (tableau 2). Plus de la moitié des binômes sont supervisés 3 fois, et près des quatre cinquièmes le sont le premier jour. L'analyse des capacités des distributeurs communautaires révèle aussi que les tâches leur incombant sont pour l'essentiel, maîtrisées après leur formation initiale⁵.

Tableau 2 : District de Boulsa. Encadrement des distributeurs communautaires - 2017

Indicateur	Passage 1	Passage 4
Ratio moyen de binômes par superviseur	4.9	
Binômes effectivement supervisés	95%	95%
Binômes supervisés au moins 3 fois	53%	55%
Binômes supervisés au moins 1 fois le 1 ^{er} jour	78%	82%
Binômes supervisés au moins 1 fois au 2 ^{ème} jour	94%	94%

C. Adaptation et anticipation des acteurs locaux impliqués dans la mise en œuvre

La mise en œuvre d'un programme d'une telle envergure requiert une multitude de petits ajustements et une réactivité certaine des acteurs locaux confrontés aux contraintes de l'hivernage et à la nécessité de procéder dans une fenêtre temporelle réduite. Cette réactivité a été observée chez des **infirmiers chef de poste** qu'on a redistribuer les rôles au sein de leurs équipes ou réajuster leurs activités régulières. Certains redéployent leurs distributeurs afin de parvenir à couvrir leurs cibles, voire engagent eux-mêmes des DCs supplémentaires. D'autres sollicitent l'aide de leurs Comités de gestion pour couvrir des besoins qu'ils ne peuvent combler.

De nombreux exemples illustrent par ailleurs, l'engagement des DC et les actions qu'ils entreprennent pour atteindre leurs quotas d'enfants. Certains prennent l'initiative d'appeler à leurs frais les familles pour les informer de leur prochain passage. D'autres choisissent d'aller à la rencontre des ménages en soirée ou la nuit pour être sûr de rejoindre les mères après le retour des champs. D'autres encore, rassemblent les enfants lorsque les mères sont pressées d'aller aux champs ou que l'habitat est dispersé. Il arrive d'ailleurs que **les mères** rassemblent spontanément les enfants pour attendre les distributeurs. Certaines viennent avec leur propre gobelet pour accélérer la cadence et permettre l'administration simultanée de médicaments à plusieurs enfants.

D. Adhésion et mobilisation des populations

La clé de la réussite du programme réside dans l'adhésion de la population; l'enthousiasme soulevé étant favorisé par la gratuité du service et le fait que la prestation soit rendue à domicile plutôt que dans une formation sanitaire. Les distributeurs soulignent le bon accueil et la collaboration des parents. Certains parents reconnaissants leur offrent d'ailleurs des gratifications. Des mères absentes lors du passage du distributeur vont parfois se rendre plus tard à son domicile ou au centre de santé pour réclamer des médicaments pour leurs enfants. Nos travaux montrent que les hommes se sentent aussi concernés et tendent à s'impliquer dans la CPS, qu'il s'agisse de s'impliquer dans l'administration des médicaments de leurs enfants, de s'inquiéter de la complétude effective des doses de traitement, ou pour inciter les épouses à se libérer des travaux des champs (note de synthèse à venir).

Que conclure ?

L'efficacité et la pérennité d'interventions complexes nouvellement implantées nécessitent une intégration harmonieuse dans le système de santé dans lequel chaque niveau impliqué dispose d'un degré d'autonomie conforme avec le modèle de décentralisation.

La mise en œuvre de la chimio-prophylaxie du paludisme et son expansion ont bénéficié d'un ensemble de conditions systémiques favorables ainsi que d'une forte adhésion de la population. Elle a tiré avantage d'une stratégie de mise en œuvre harmonisée à l'échelle du pays, et d'un modèle organisationnel couplant un cadre normatif national, à une implication effective des différents paliers de la pyramide sanitaire.

Remerciements & financement

La recherche a bénéficié d'une subvention de l'initiative Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique – un partenariat entre Affaires mondiales Canada (AMC), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada.

Novembre 2018

Informations : abicabaa7@gmail.com, sermeluck@yahoo.fr, slim.haddad@fmed.ulaval.ca

1. Coldiron, M. E., Seidlein, L., & Grais, R. F. (2017). Seasonal malaria chemoprevention: successes and missed opportunities. *Malaria J.*, 16(1), 481.
2. Compaoré, R., Yameogo, M. W. E., Millogo, T., Tougri, H., & Kouanda, S. (2017). Evaluation of the implementation fidelity of the seasonal malaria chemoprevention intervention in Kaya health district, Burkina Faso. *PLoS one*, 12(11), e0187460.
3. PNL (2017). Rapport de l'enquête réalisée par les moniteurs indépendants sur la mise en œuvre de la CPS dans la zone Banque Mondiale.
4. Druetz, T., Corneau-Tremblay, N., Millogo, T., Kouanda S., Ly A, Bicaba A, Haddad S. Impact Evaluation of Seasonal Malaria Chemoprevention under Routine Program Implementation: A Quasi-Experimental Study in Burkina Faso. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 98(2), 2018, pp. 524–533.
5. Les résultats de cette recherche font l'objet d'une note distincte.