

**MINISTÈRE DE LA SANTE ET  
DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

-----  
**CABINET**  
-----

**SECRETARIAT PERMANENT POUR  
L'ÉLIMINATION DU PALUDISME**

N° 2024\_\_\_\_\_MSHP/CAB/SP/Palu

**BURKINA FASO**

-----  
*Unité-Progrès-Justice*

## **RAPPORT FINAL**

**Evaluation des obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre dans la lutte contre le paludisme à l'aide de Malaria Matchbox Tool au Burkina Faso**

Janvier 2024

**CONSULTANT NATIONAL**

OUEDRAOGO Moussa



## REMERCIEMENTS

L'équipe de consultant de l'étude « **Évaluation des obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre dans la lutte contre le paludisme à l'aide de l'outil Malaria Matchbox au Burkina Faso** » remercie :

- le Gouvernement du Burkina Faso, les autorités administratives et politiques et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour leur disponibilité et leur appui ;
- le Fonds Mondial, pour le financement de cette étude ;
- le PADS, pour la confiance, la disponibilité et l'accompagnement dont l'équipe a bénéficié tout au long de sa mise en œuvre ;
- l'équipe du Secrétariat Permanent pour l'élimination du paludisme au Burkina Faso pour son accompagnement ;
- les autorités sanitaires des directions régionales de la santé et de l'hygiène publique (Centre ; Centre-Est, Centre-Nord, Sud-Ouest et de la Boucle du Mouhoun) ; des districts sanitaires et des centres de santé et de promotion sociale pour leur accompagnement et leur appui ;
- les personnes ressources qui ont participé à cette étude en consacrant une partie de leur temps pour recevoir les enquêteurs et se prêter à leurs questions ;
- les enquêteurs et enquêtrices ;
- les organisations de la société civile ;
- les personnes interviewées.

Enfin, nos remerciements vont à tous ceux et celles qui ont, d'une manière ou d'une autre, contribué à la réussite de cette étude.

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	i
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	iv
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	vi
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	vi
<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b> .....	vii
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>I. CONTEXTE</b> .....	3
<b>II. MALARIA MATCHBOX TOOL</b> .....	5
<b>III. RÉVUE DE LA LITTÉRATURE</b> .....	6
<b>3.1. Situation du paludisme au Burkina Faso</b> .....	6
<b>3.1.1. Profil épidémiologique du paludisme</b> .....	6
<b>3.1.2. Orientations stratégiques et priorités politiques</b> .....	7
<b>3.1.3. Description des interventions</b> .....	8
<b>3.2.2. Profil socio-économique et démographique</b> .....	11
<b>3.2.3. Répartition saisonnière temporelle du paludisme</b> .....	11
<b>3.2.4. De la qualité de prise en charge du paludisme</b> .....	12
<b>3.3. Populations vulnérables et obstacles à l'accès aux services de prévention et de traitement du paludisme</b> .....	15
<b>3.3.1. Populations vulnérables</b> .....	15
<b>3.3.1.1. Relation entre drépanocytose et paludisme (Électrophorèse)</b> .....	15
<b>3.3.2.1. Statut lié à l'économie</b> .....	17
<b>3.3.2.3. Obstacles liés aux droits humains et au genre</b> .....	18
<b>3.4. Analyse des gaps à l'intégration du genre</b> .....	20
<b>IV. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</b> .....	23
<b>4.1. Objectif général</b> .....	23
<b>V. DÉFINITION DES CONCEPTS</b> .....	23
<b>VI. MÉTHODOLOGIE</b> .....	28
<b>6.1. Sites de l'étude</b> .....	28
<b>6.6.1. Retranscription des entretiens</b> .....	31
<b>6.6.2. Processus de codification</b> .....	31
<b>6.7.1. Approbation du comité d'éthique</b> .....	31
<b>6.7.2. Autorisation d'enquête</b> .....	31
<b>6.7.3. Consentement libre et éclairé</b> .....	31
<b>6.7.4. Anonymat</b> .....	32

<b>VII. RÉSULTATS</b> .....	33
<b>7.1. Description des participants</b> .....	33
<b>7.2. Populations vulnérables au paludisme</b> .....	35
<b>7.3. Obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre le paludisme</b> .....	36
<b>7.3.1. Gouvernance pour l'élimination du paludisme</b> .....	36
<b>7.3.2. Connaissances, attitudes, pratiques des populations</b> .....	43
<b>7.3.3. Perceptions, pratiques ou croyances locales influençant négativement le respect des mesures préventives</b> .....	46
<b>7.3.4. Accessibilité géographique</b> .....	53
<b>7.3.5. Facteurs liés au genre, aux droits humains influençant l'accessibilité et l'utilisation des interventions de base contre le paludisme</b> .....	55
<b>VIII. Recommandations</b> .....	58
<b>IX. Description des interventions</b> .....	59
<b>X. Planification opérationnelle des activités</b> .....	56
<b>CONCLUSION</b> .....	73
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	74
<b>ANNEXES</b> .....	78

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AISHC	Agents Itinérants de Santé et d'Hygiène Communautaire
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
CERS	Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISSE	Centre d'Information de Santé et de Surveillance Épidémiologique
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CPS	Chimio Prévention du paludisme Saisonnier
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DC	Distributaire Communautaire
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DRSHP	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DS	District Sanitaire
DSF	Direction de la Santé de la Famille
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIPBF	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Burkina Faso
FS	Formation Sanitaire
HBHI	High Burden High Impact
HHFA	Harmonized Health Facilities Assessment
ICP	Infirmier Chef de Poste
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRSS	Institut de Recherche en Sciences de la Santé
LAL	Lutte Anti-Larvaire
MCD	Médecin Chef de District
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MMT	Malaria Matchbox Tool
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile

PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PDI	Personne Déplacée Interne
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation domiciliaire Intra Domiciliaire
PMI	President Malaria Initiative (US)
PNDES	Plan National de Développement Économique et Social
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSN	Plan Stratégique National
RDSM	Région à Défi Sécuritaire Modéré
RFDS	Région à Fort Défi Sécuritaire
SLM	Service de Lutte contre la Maladie
SP +AQ	Sulfadoxine-Pyriméthamine Amodiaquine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Qualité de la tenue des supports et du diagnostic du paludisme selon la région, le type de structure, l'instance gestionnaire et le milieu d'implantation, Burkina Faso (HHFA 2020).....	12
<b>Tableau 2</b> : Qualité du traitement du paludisme selon la région, le type de structures, l'instance gestionnaire et le milieu d'implantation, Burkina Faso (HHFA 2020) .....	14
<b>Tableau 3</b> : Code d'anonymat des participants .....	32
<b>Tableau 4</b> : Répartition des cibles par région et par type d'entretien.....	33
<b>Tableau 5</b> : Profil sociodémographique des participant aux groupes de discussion .....	34
<b>Tableau 6</b> : Obstacles à l'utilisation des mesures préventives .....	47
<b>Tableau 7</b> : Obstacles au recours et à l'utilisation des services antipaludiques .....	49
<b>Tableau 8</b> : Description opérationnelle des interventions .....	59
<b>Tableau 9</b> : Plan d'action budgétisé .....	56

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Taux de réponse par sexe.....	35
<b>Figure 2</b> : Populations vulnérables .....	36
<b>Figure 3</b> : Nuage de mots sur la nosologie populaire du paludisme.....	43
<b>Figure 4</b> : Nuage de mots sur les itinéraires thérapeutiques.....	45

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Au Burkina Faso, le paludisme est une maladie d'intérêt en santé publique. Il représente le premier motif de consultation (37,3%), d'hospitalisation (55,9%) et de décès (15,0%) dans les formations sanitaires (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2022). La mortalité palustre au Burkina Faso représente 4% de l'ensemble des décès dus au paludisme dans le monde en 2019 (OMS, 2020).

Au regard de cette préoccupation sanitaire aux enjeux multiples (développement, éducation, économie), le Burkina Faso s'est engagé dans la lutte contre le paludisme en souscrivant aux initiatives mondiales de lutte contre la maladie. Au titre de ces initiatives, on peut noter l'approche High Burden High Impact (HBHI), l'initiative « Zéro palu, Je m'engage » et l'initiative pour l'élimination du paludisme au sahel (SaME). Ainsi, le pays met en œuvre plusieurs stratégies et interventions de santé pour accélérer la réduction de l'incidence du paludisme qui s'élevait à 537,5 pour 1000 habitants avec malheureusement 4 355 décès dont les populations les plus vulnérables demeurent les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2022). Au titre de ces interventions, l'on peut retenir les campagnes de distribution de masse de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA), la Pulvérisation Intra-Domiciliaire (PID), le Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte (TPI), la Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3-59 mois et la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. Ces interventions bien qu'ayant démontré leur efficacité sur la réduction de l'incidence du paludisme, peinent à atteindre leur impact escompté.

Cependant, on estime que ces interventions auraient eu un meilleur résultat si les obstacles qui entravent l'accès de certaines personnes ou groupes de personnes aux services de lutte contre le paludisme étaient déterminés ; ces obstacles sont liés notamment aux droits humains et aux aspects genre. La prise en compte de ces approches permet de réduire essentiellement les inégalités entre les individus et groupes d'individus depuis la planification jusqu'à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso.

C'est dans ce contexte que cette étude a été financée par le Fonds Mondial à travers le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) afin de déterminer les obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre dans la lutte contre le paludisme à l'aide de l'outil Malaria Matchbox.

En effet, sous le leadership du Secrétariat Permanent pour l'élimination du paludisme au Burkina Faso (SP/palu BF), nous avons été mandatés pour accompagner le pays dans la mise en œuvre de cette évaluation dont les résultats vont permettre une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et mal desservies afin de contribuer à atteindre l'élimination du paludisme au Burkina Faso.

Il s'est agi d'une étude qualitative qui a concerné la période allant de janvier 2023 à mars 2023 au cours de laquelle nous avons procédé en premier lieu, à un examen de la documentation du SP/Palu (Plan stratégique national de lutte contre le paludisme, plan opérationnel, plans de travail, analyse des lacunes, articles publiés, rapports d'enquêtes tels que les EDS). Cette revue documentaire avait pour objectifs d'identifier :

- les populations ou les groupes d'individus présentant un risque accru de paludisme et/ou, en même temps, les plus mal desservis en matière de services de santé liés au paludisme,
- les principaux facteurs liés aux droits humains, à l'économie, à la société, à la culture qui affectent le risque de paludisme et l'accès aux services de prévention et de traitement contre le paludisme.

Aux termes, de cette revue de littérature, il ressort que les populations les plus vulnérables au paludisme sont les **femmes enceintes, les adolescentes enceintes non mariées, les enfants âgés de moins de 5 ans, les enfants âgés de 6 à 10 ans, les personnes âgées, les populations Nomades (transhumants), les populations déplacées internes, les riverains des cours d'eau permanent ou semi permanents, les habitants des zones à fort défi sécuritaire, les personnes handicapées, les enfants vivants dans la rue, les personnes travaillant sur les sites aurifères, la population carcérale.**

Pour ce qui concerne la collecte des données primaires, elle a été conduite dans cinq (5) régions sanitaires. Il s'agit de la région du Centre, du Centre-Est, du Centre-Nord, de la Boucle du Mouhoun, et du Sud-Ouest.

Cette phase a permis de déterminer les obstacles qui limitent l'accès des populations vulnérables ci-dessus aux services de lutte contre le paludisme. De façon générale, ces barrières peuvent être classées en trois (3) catégories.

La première est liée aux insuffisances du système de santé notamment, *le non-respect des directives de prise en charge, le cloisonnement des parties prenantes, les ruptures de médicaments qui découragent les populations et renforcent leur recours à l'automédication et aux soins traditionnels, le mauvais accueil, etc.*

La deuxième catégorie est liée aux aspects socioculturels dont le premier obstacle est une connaissance insuffisante des causes du paludisme qui influence l'itinéraire thérapeutique des populations.

Enfin, la troisième catégorie est liée aux droits humains et au genre. Il ressort de l'étude que la femme a peu de pouvoir de décision en matière de santé. L'homme est celui qui contrôle non seulement les ressources mais aussi leur utilisation. Le manque de ressources financières contraint la femme à attendre la décision du mari avant de se rendre au centre de santé. A cela s'ajoute la faible implication de l'homme dans les problèmes de santé de la famille, notamment la femme et les enfants compte tenu du fait que les femmes portent les enfants, les accouchent et les nourrissent, la société finit par croire que c'est à elles seules de s'en occuper.

Par ailleurs, le manque de temps de la femme occupée par les travaux ménagers et la prise en charge des enfants, l'empêche de recourir aux soins précoces.

Afin de pouvoir prendre en compte ces inégalités dans les interventions de lutte contre le paludisme, nous recommandons la mise en œuvre de la politique de gratuité des services de lutte contre le paludisme chez les cibles vulnérables, l'autonomisation économique des personnes les plus vulnérables, la mise à l'échelle de la supervision des trois (3) doses de la CPS, le renforcement de la collaboration multisectorielle au niveau central et au niveau régional, le renforcement de la capacité des agents de santé sur les nouvelles directives de prise en charge, le renforcement de la capacité des agents de santé communautaire à la prise en charge des cas au niveau communautaire surtout dans les zones à fort défi sécuritaire, le renforcement de la communication pour une meilleure adhésion des communautés aux soins de santé

préventifs, la construction dans les formations sanitaires des pistes de circulation pour les personnes handicapés motrices, le développement des cliniques mobiles, la mise en place et la promotion de l'approche « école des maris ».

## INTRODUCTION

Depuis près de trois décennies, le Burkina Faso a placé le paludisme parmi les priorités de santé publique par la mise en place d'un programme national de lutte contre le paludisme. Le Gouvernement s'est donc engagé, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, à renforcer les interventions de lutte contre le paludisme aussi bien au niveau des services de santé qu'au niveau communautaire à travers des engagements, l'adoption des directives, la réorganisation du programme national de lutte contre le paludisme et la mise en œuvre des interventions (Ministère de la santé, 2021).

La lutte contre le paludisme a connu une période de succès sans précédent entre 2000 et 2016 quand plus de 7 millions de vies ont été sauvées. Cependant, les progrès sont à l'arrêt et les pays fortement touchés ont vu croître le nombre de cas de paludisme et les taux de mortalité liée à la maladie (Fonds Mondial & RBM, 2019b; OMS, 2021).

En effet, le Burkina Faso fait partie des dix pays les plus touchés par le paludisme au niveau mondial (3,4 % des cas et 3,2 % des décès dans le monde en 2020). Le pays a observé une chute du taux de 17,3 % entre 2016 et 2019, passant de 0,87 à 0,72 pour 1 000 habitants à risque. Toutefois, 2020 a vu une augmentation significative du taux de mortalité, qui est passé à 0,96 pour 1 000 habitants à risque (OMS, 2021; Severe Malaria Observatory, 2017). Pourtant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la communauté mondiale engagée dans l'élimination du paludisme poursuivent une vision d'un monde sans paludisme.

Pour réduire la charge du paludisme dans le pays, l'approche « D'une charge élevée à un fort impact » a été introduite au Burkina Faso en novembre 2019 qui stipule que pour parvenir à zéro cas de paludisme, l'élimination du paludisme doit veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte en tenant compte de l'incidence que les inégalités socioéconomiques et culturelles ont sur les personnes et sur leur capacité à accéder aux services de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme, ainsi qu'aux soins de santé primaires d'une façon plus générale, et à les utiliser (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

C'est dans ce sens que l'outil Malaria Matchbox a été conçu par le Fonds Mondial afin de renforcer la capacité des programmes antipaludiques à mettre la lumière sur les iniquités et inégalités afin de rendre les services disponibles, accessibles et acceptables pour toutes les personnes ou groupes de personnes exposées au risque palustre.

Sous le leadership du Secrétariat Permanent pour l'élimination du paludisme, cette étude s'inscrit dans le cadre du déploiement de l'outil Malaria Matchbox afin de permettre une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des groupes les plus vulnérables au sein des populations, d'accroître une participation communautaire forte dans les interventions de lutte contre le paludisme, d'accélérer les progrès déjà enregistrés et contribuer à atteindre l'élimination du paludisme au Burkina.

Ce rapport a été élaboré de manière participative. En effet, il est le résultat d'une combinaison de collecte de données secondaires et primaires et d'un processus de concertation qui a impliqué différentes parties prenantes, notamment les acteurs du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, du Ministère de la Justice et des Droits humains, chargée des relations avec les institutions, Garde des sceaux, du Ministère de la Solidarité, de l'Action humanitaire, de la

Réconciliation nationale, du Genre et de la Famille, de la société civile, ainsi que les partenaires au développement.

Le présent rapport s'articule autour des points suivants :

- Contexte et justification
- Présentation de l'outil Malaria Matchbox,
- Revue de la littérature,
- Objectif de l'étude,
- Méthodologie,
- Résultats,
- Recommandations
- Planning opérationnel des activités

## I. CONTEXTE

Au Burkina Faso, le paludisme est une maladie d'intérêt en santé publique. Il représente le premier motif de consultation (37,3%), d'hospitalisation (55,9%) et de décès (15,0%) (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2022). En effet, selon les données de l'annuaire statistique en 2021, le nombre de cas de paludisme notifiés par les formations sanitaires s'élève à 12 231 086 pour une incidence du paludisme confirmé de 537,5 pour 1000 habitants avec malheureusement 4 355 décès. Au cours des cinq (5) dernières années, le nombre de cas de paludisme est stagnant malgré les interventions mises en œuvre. Une baisse importante de la mortalité liée au paludisme a été notée passant de 60 pour 100.000 habitants en 2015 à 20 décès pour 100.000 habitants en 2021. La mortalité palustre au Burkina Faso représente 4% de l'ensemble des décès dus au paludisme dans le monde en 2019 (OMS, 2020).

En plus d'être un problème de santé publique majeur, le paludisme constitue un problème pour le développement du pays en ce sens qu'il contribue à l'augmentation des dépenses sanitaires des populations avec un impact sur l'espérance de vie, l'éducation des enfants, la productivité, l'épargne familiale et nationale (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2023)

Au regard de cette préoccupation sanitaire aux enjeux multiples (développement, éducation, économie), le Burkina Faso s'est engagé dans la lutte contre le paludisme en souscrivant aux initiatives mondiales de lutte contre la maladie. Au titre de ces initiatives, on peut noter l'approche HBHI, l'initiative « Zéro palu, Je m'engage » et l'initiative pour l'élimination du paludisme au sahel (SaME). Ainsi, en tenant compte de la performance du plan stratégique 2016-2020, un plan stratégique national 2021-2025 est en cours dont l'objectif est de :

- réduire le taux de mortalité du paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 au Burkina Faso d'ici à fin 2025 ;
- réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 au Burkina Faso d'ici à fin 2025 ;
- renforcer la capacité du SP/Palu dans la gestion de l'élimination du paludisme au Burkina Faso d'ici à fin 2025 (Ministère de la santé, 2021).

Pour l'atteinte de ces objectifs, de nombreux efforts ont été fournis par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et les partenaires au développement à travers la mise en œuvre d'interventions innovantes aussi bien préventives que curatives orientées vers les populations les plus vulnérables. Au titre de ces interventions, l'on peut retenir les campagnes de distribution de masse des MILDA, la PID, le TPI chez la femme enceinte, la CPS chez les enfants de 3-59 mois et la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. Ces interventions bien qu'ayant démontré leur efficacité sur la réduction de l'incidence du paludisme peinent à atteindre leur impact escompté (Ministère de la santé, 2021)

En effet, selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2021, 25,1% des cas symptomatiques n'ont pas eu accès au traitement (INSD, 2022). Ce qui constitue un frein à l'élimination du paludisme pouvant compromettre l'atteinte des objectifs notamment celui de

la réduction des morbidités liées au paludisme de 75% en 2025 par rapport à 2015. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de comprendre et de déterminer les barrières qui entravent l'accès aux soins de plus du quart des cas symptomatiques.

Par ailleurs, outre les populations dont l'immunité est limitée ou réduite, les recherches menées sur ces vulnérabilités sont insuffisantes et, bien souvent, elles ne sont pas prises en compte lors de l'élaboration des politiques et stratégies nationales d'élimination du paludisme. Dans le contexte d'élimination du paludisme, les stratégies de lutte doivent aller au-delà des facteurs de risque biologique bien connus des programmes de lutte contre le paludisme pour prendre en compte les facteurs socioéconomiques et culturels liés au genre pouvant entraver la disponibilité et le plein accès aux services d'élimination du paludisme pour tous ceux qui en ont besoin (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

Pour rendre plus efficace la lutte pour l'élimination du paludisme, le rapport 2018 sur le paludisme dans le monde appelle à la mise en place d'une approche globale qui comprenne un accès universel à des mesures efficaces de lutte antivectorielle et à un dépistage et un traitement précoces, en s'évertuant à cibler et à atteindre l'ensemble des populations clés (Fonds Mondial & RBM, 2019a; Ministère de la santé, 2021)

C'est dans ce contexte que cette étude a été financée par le Fonds Mondial à travers le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) afin de soutenir le SP/Palu à la conception et à la mise en œuvre d'actions intégrées, équitables et centrées sur les personnes.

Pour se faire, le Fonds mondial en collaboration avec le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme a élaboré un outil d'évaluation appelé Malaria Matchbox afin de renforcer la capacité des programmes antipaludiques à rendre les services disponibles, accessibles et acceptables pour toutes les personnes exposées au risque palustre.

La présente étude a été menée à l'aide de l'outil Malaria Mactbox.

## II. MALARIA MATCHBOX TOOL

Le terme « Malaria Matchbox » signifie littéralement « la boîte d'allumette du paludisme » en ce sens qu'il a été créé pour mettre en lumière les différents types d'obstacles auxquels les personnes ou groupes de personnes se heurtent au moment d'accéder aux services de soins de santé et de les utiliser, en particulier dans le cas de la prévention et de la prise en charge du paludisme (Fonds Mondial & RBM, 2019a).

Le MMT est un outil d'évaluation de l'équité conçu selon le principe que le succès des réponses au paludisme ne doit pas seulement être informé par leur couverture, mais aussi par la manière dont des populations spécifiques peuvent effectivement accéder aux services et en bénéficier.

Pour obtenir cet impact, l'approche MMT préconise que les stratégies d'élimination du paludisme doivent comprendre des interventions qui soient à la fois :

- **intégrées** (en s'attaquant au paludisme non seulement comme un problème de santé, mais aussi comme un problème aux multiples dimensions : développementale, économique, politique, environnementale, agricole, éducative, biologique, juridique, sécuritaire et sociale) ;
- **équitables** (en faisant en sorte que les services de lutte antipaludiques atteignent toutes les populations exposées au risque du paludisme) ;
- **centrées** sur les personnes (en prenant en compte les besoins particuliers des populations cibles dans la conception des interventions d'élimination du paludisme) (Fonds Mondial & RBM, 2019a).

Cet outil fournit un ensemble de questions qualitatives permettant d'évaluer l'impact des inégalités sociales, économiques, culturelles et de genre sur l'accès et l'utilisation des soins de santé, comme préalable à la mise en œuvre de réponses équitables et centrées sur la personne. Elle se compose de quatre (04) modules :

- **le module 1** : permet d'identifier les populations les plus touchées par le paludisme et celles privées d'accès aux services appropriés ;
- **les modules 2 et 3** : visent à cerner les obstacles auxquels ces groupes sont confrontés dans l'accès aux services de soins de santé primaires en général ;
- **le module 4** : propose une méthode pour exploiter les informations recueillies dans les modules 1, 2 et 3, afin de définir quelles sont les interventions potentielles, ainsi que les ressources nécessaires pour identifier les obstacles liés aux droits humains et aux questions de genre (Fonds Mondial & RBM, 2019a).

### **III. RÉVUE DE LA LITTÉRATURE**

#### **3.1. Situation du paludisme au Burkina Faso**

##### **3.1.1. Profil épidémiologique du paludisme**

###### ***Parasite du paludisme***

Au Burkina Faso, le Plasmodium Falciparum est le parasite le plus répandu dans le pays pendant toute l'année. Il est dans plus de 90% des cas de paludisme, responsable des formes graves et mortelles. Cependant, on note également la présence du Plasmodium Malariae et le Plasmodium Ovale qui culminent individuellement à la fin des pluies (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2023).

###### ***Répartition géographique des vecteurs***

Au Burkina Faso, on note une prédominance de trois (03) espèces du complexe Anopheles gambiae si inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. Il s'agit notamment de d'An. gambiae ss à l'Ouest et An. coluzzi au Centre et au Centre-Est. An. arabiensis est mieux implanté dans la zone soudano-sahélienne et relativement peu fréquente à l'Ouest du pays. La zone sahélienne est caractérisée par une forte présence d'An. coluzzi dans les zones suburbaines due à l'installation des collections d'eau permanentes à semi-permanentes. An. funestus est le second groupe de vecteur présente sur l'ensemble du territoire, assure la transmission à la fin des saisons de pluie. Outre ces espèces, Anopheles nili présente dans les localités situées le long des cours d'eau, contribue à la transmission du paludisme (Ministère de la santé, 2021).

Par ailleurs, on observe une variation de la densité de ces vecteurs varie en fonction des saisons. Les fortes densités des membres du complexe anophèle gambiae sont observées pendant la saison de pluie dont la durée varie en fonction des zones climatiques (Au nord une durée de trois (3) mois, au centre quatre (4) mois et au sud une durée cinq (5) mois.) Pendant la saison sèche (Mars à mai), les densités sont presque nulles, excepté certaines zones pourvues de retenues d'eaux qui constituent des sources de reproduction pour les moustiques (Ministère de la santé, 2021).

###### ***Comportement trophique et de repos***

Du point de vue comportement trophique, les vecteurs sont anthropophiles avec une tendance à piquer pendant toute la nuit aussi bien à l'intérieur des maisons qu'à l'extérieur avec des pics après 22h. Les données des études du comportement de repos montrent qu'il y a de plus en plus une tendance à l'exophilie pour échapper aux insecticides pulvérisés ou à la moustiquaire installée dans la maison (Ministère de la santé, 2021).

###### ***Résistance aux insecticides***

Des études ont montré que la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides augmente au fil des années (OMS, 2018). Cela pourrait réduire l'efficacité des insecticides et limiter leur utilisation dans la lutte antivectorielle. En effet, au Burkina Faso, on note une baisse de sensibilité d'An. gambiae s.l. surtout vis-à-vis du DDT/pyréthrinoides sur l'ensemble du pays.

Les taux de mortalité sont encore acceptables au niveau opérationnel pour les zones du Centre et de l'Est du pays pour la deltaméthrine 0.05% tandis qu'à l'Ouest la résistance est très élevée suggérant une surveillance entomologique régulière. Les mécanismes de résistance expliquant ce niveau de résistances aux pyréthrinoides multiple et les plus impliqués sont la mutation Kdr et l'expression enzymatique (Cytochrome P450), identifiés au niveau des populations dans l'Ouest du pays. Au niveau des carbamates, les niveaux de résistance au bendiocarb 0.1% montrent que cet insecticide est encore efficace pour la plupart des sites du pays mais doit être utilisé avec prudence à l'Ouest du pays où une baisse de sensibilité a été reportée. Au niveau des organophosphates, le pyrimiphos methyl a été utilisé pour la PID en 2017. Jusqu'à présent les études ont montré que les populations vectorielles du Burkina Faso restent sensibles à cette molécule. En alternative, d'autres nouvelles molécules comme les nicotinoïdes sont introduites et sont pour le moment efficace dans les zones de forte résistance. La résistance élevée des vecteurs aux pyréthrinoides a conduit le pays à opter pour les moustiquaires de nouvelle génération (Interceptor G2 et moustiquaire supplémentée avec le PBO) pour la campagne de 2019. D'une manière générale, les indicateurs entomologiques sont bien formulés mais la collecte des données n'est pas régulière et complète sur certaines parties du pays. Cela est dû à l'absence d'un système de surveillance robuste, entraînant des insuffisances dans l'analyse des tendances. Il faudra donc conjuguer les efforts pour mettre en place et opérationnaliser la surveillance entomologique sur l'ensemble des sites sentinelles (Ministère de la santé, 2021).

### **3.1.2. Orientations stratégiques et priorités politiques**

La lutte pour l'élimination du paludisme demeure une priorité nationale pour le gouvernement burkinabé. En effet, elle occupe une place importante dans les documents de planification stratégique du pays, à savoir, le PNDES, le PNDS, le plan triennal 2020-2022 et la Gestion Axée sur les Résultats. Ainsi, quatre (4) plans stratégiques ont été adoptés et mis en œuvre respectivement en 2002-2005, 2006-2010, 2011-2015 et 2016-2020. Cependant, la revue de la performance du PSN 2016-2020 de la lutte pour l'élimination du paludisme, qui s'est inscrit dans l'approche graduelle mondiale d'élimination du paludisme à l'échéance 2030, a permis de mettre en exergue un certain nombre de faiblesses dans la lutte pour l'élimination du paludisme. Ainsi, au regard de la performance du PSN 2016-2020, le Burkina Faso a adhéré à l'approche High Burden High Impact (HBHI) pour accélérer les progrès (Ministère de la santé, 2021).

Cette démarche a permis de dégager les principales orientations stratégiques du plan stratégique national de lutte contre le paludisme pour la période 2021-2025. Les principales priorités ont été retenues dans le présent plan stratégique 2021-2025 :

- le plaidoyer pour relever le niveau d'ancrage institutionnel du PNLP ;
- la confirmation effective de tous les cas suspects du paludisme ;
- la prise en charge des cas de paludisme conformément aux directives à tous les niveaux du système de soins (public et privé) et au niveau communautaire ;
- l'accroissement de l'utilisation des MILDA par les populations avec un accent particulier chez les enfants de moins d'un (1) an et les femmes enceintes ;
- la promotion de l'assainissement du cadre de vie, la PID et la lutte anti larvaire ;
- l'amélioration de la qualité de la mise en œuvre de la CPS notamment l'administration des doses de SP+AQ aux enfants ;
- la sécurisation des ressources financières pour les activités de lutte contre le paludisme ;

- la disponibilité permanente des intrants dans les formations sanitaires publiques et privées ;
- l'amélioration de la qualité des données sur le paludisme ;
- le renforcement de la collaboration, de l'implication et de la coordination avec le secteur privé, les collectivités territoriales et les autres départements ministériels ;
- le renforcement de la mise en œuvre des interventions communautaires ;
- la capitalisation des interventions pour l'élimination du paludisme (Ministère de la santé, 2021).

### **3.1.3. Description des interventions**

#### ***Campagne de distribution universelle de MILDA***

La distribution universelle des MILDA se fera sous forme de campagne une (1) fois tous les trois (3) ans. Dans le présent plan, deux (2) campagnes nationales de distribution universelle seront réalisées, une en 2022 et l'autre en 2025. Ces campagnes de distribution universelle seront réalisées en cinq (05) étapes : 1) L'acquisition des MILDA ; 2) Le dénombrement des ménages ; 3) La distribution ; 4) Le suivi de l'utilisation et 5) L'évaluation. La particularité de ces campagnes sera la digitalisation des phases de dénombrement des ménages et de distribution des MILDA ; ce qui permettra d'obtenir à temps réel des données et dans des proportions beaucoup plus fiables. Les moustiquaires standards et les moustiquaires de nouvelle génération seront utilisées jusqu'à la fin du premier trimestre 2022 (Ministère de la santé, 2021).

#### ***Distribution de routine de MILDA aux groupes vulnérables***

La distribution de MILDA en routine se fera aux :

- femmes enceintes dès le premier contact de soins prénatals (SPN contact 1) ;
- enfants de moins d'un (1) an à la naissance ou dès le premier contact vaccinal ;
- malades hospitalisés dans les formations sanitaires publiques dès l'hospitalisation ;
- personnes déplacées internes dès leur recensement. Le responsable communautaire du site avec l'appui de l'ICP assurera la distribution des MILDA ;
- élèves dans les internats (à tous les élèves à la première année de mise en œuvre et aux nouveaux inscrits les années suivantes). Les supervisions, les rencontres de concertation et les notes de rappel veilleront à l'application et au respect strict des directives de distribution des MILDA aux groupes vulnérables par les formations sanitaires et au niveau communautaire (Ministère de la santé, 2021).

#### ***TPI chez les femmes enceintes***

Le TPI consiste à donner au moins quatre (4) doses supervisées de SP à toutes les femmes enceintes au cours de la SPN à partir de la 16ème semaine d'aménorrhée. Après la 1ère prise, les doses suivantes seront administrées à un (1) mois d'intervalle jusqu'à l'accouchement. Les structures sanitaires seront dotés en SP et les agents seront formés (formation intégrée à la PEC) et supervisés. Il se fera aussi bien dans les FS du secteur public que du privé dans tous les districts sanitaires. Afin d'améliorer les performances de cette intervention, il est prévu le TPI au niveau communautaire. La première prise est donnée dans la formation sanitaire et les autres

prises seront administrées par l'ASBC dans la communauté en prise supervisée. Cette intervention est a d'abord été mise en œuvre dans des formations sanitaires (FS) du district sanitaire (DS) de Pö et dans quatre (4) formations sanitaires de chacun des DS de Batié et Ouargaye. En 2021, elle s'est étendue à l'ensemble des FS de ces deux (2) districts avant de passer à l'échelle dans tous les districts sanitaires en 2022 (Ministère de la santé, 2021).

### ***Chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants***

La CPS chez les enfants de 3-59 mois sera réalisée dans les districts sanitaires de moyenne incidence du paludisme. Elle consistera en l'administration de la SP et de l'AQ aux enfants âgés de 3 à 59 mois. Elle a débuté par sept (7) districts en 2014 et est passée à l'échelle nationale en 2019. L'administration se fait par cycle de traitement à intervalles d'un mois, à partir du début de la saison de haute transmission. Il s'agira de former les Distributeurs Communautaires (DC) qui vont administrer les comprimés aux enfants de la tranche concernée de porte-à-porte ou en site fixe. Tenant compte de la saisonnalité, le nombre de cycles de la CPS a varié de 4 à 5 cycles en 2021. En effet, cinquante-six (56) DS feront quatre (4) cycles et quatorze (14) DS feront cinq (5) cycles (Ministère de la santé, 2021).

### ***Pulvérisation intra-domiciliaire***

La PID consiste à l'application d'insecticide à effet rémanent sur les faces intérieures des murs des habitations dans le but de réduire significativement la densité vectorielle. Elle a été mise en œuvre dans les districts sanitaires de Kampti, Kongoussi et Solenzo de 2018 à 2020. Elle s'étendra de façon progressive jusqu'à dix-huit (18) districts sanitaires passant par 8 en 2021, 11 en 2022, 14 en 2023 et 18 en 2024 et 2025. Cette intervention est prioritaire dans ces DS présentant une forte charge du paludisme. Si la PID n'est pas mise en œuvre, alors les MILDA-PBO deviendraient prioritaires. La mise en œuvre de la campagne de PID se fera à travers : i) la réalisation d'une étude de base dans les DS cibles ; ii) La production d'outils ; iii) L'acquisition des insecticides et du matériel de PID (pulvérisateur, équipement de protection individuelle, fûts ...) ; iv) La formation des acteurs ; v) La supervision ; vi) La sensibilisation de la population ; vii) Le dénombrement et la pulvérisation des structures éligibles ; viii) Les activités de suivi et d'évaluation ; ix) La réalisation d'études d'impact (Ministère de la santé, 2021).

### ***Lutte Anti-Larvaire***

La LAL sera mise en œuvre sous forme de projet dans trois (03) chefs-lieux de régions du pays que sont le Centre (Ouagadougou), les Haut-Bassins (Bobo-Dioulasso) et le Centre-Ouest (Koudougou). Le choix des larvicides se fera au cours d'un atelier de consensus. Le processus de mise en œuvre de la campagne de LAL se réalisera à travers : i) la réalisation des études de base ; ii) La production d'outils, (iii) ; L'acquisition des larvicides et du matériel d'application ; iv) La formation/supervision des acteurs ; v) La sensibilisation de la population ; vi) Le dénombrement et le traitement des gîtes larvaires et ; vii) Les activités de suivi et d'évaluation (Ministère de la santé, 2021).

## ***Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides***

La gestion de la résistance consistera en la planification et la mise en œuvre de stratégies de préparation et de riposte adaptées pour ralentir ou inverser la tendance de la résistance. Il s'agira d'utiliser des méthodes telles que la rotation d'insecticides, la combinaison d'interventions, et la pulvérisation avec des mélanges de composés d'insecticides. Il est prévu le suivi entomologique et la surveillance de la résistance sur les sites sentinelles. Cela permettra de mettre à jour la base de données de gestion des résistances. Il est également prévu l'élaboration des directives nationales de lutte antivectorielle intégrée afin de renforcer les actions des services de lutte contre les maladies à transmission vectorielle (Ministère de la santé, 2021).

### **3.2. Analyse de l'incidence du paludisme au Burkina Faso**

#### **3.2.1. Distribution géographique du paludisme**

L'un des aspects du profil épidémiologique du paludisme est la répartition spatiale du paludisme. La prévalence du paludisme varie d'une région à une autre, entre milieu rural et milieu urbain ou en fonction des zones à forte risque de prolifération du vecteur du paludisme (INSD, 2022; RBM, 2021). Selon une étude de la Banque Mondiale (2009), les conditions climatiques influencent favorablement la prolifération des vecteurs de paludisme et par conséquent jouent favorablement aussi sur la prévalence du paludisme.

Au Burkina Faso, la prévalence du paludisme selon l'examen microscopique est beaucoup plus élevée en milieu rural (17 %) qu'en milieu urbain (4 %). Aussi on note une variation de prévalence au niveau régional (INSD, 2022). En effet, selon l'EDS 2021, les prévalences du paludisme les plus faibles, sur la base des résultats de l'examen microscopique, sont enregistrées dans les régions du Centre (5 %), des Cascades (6 %) et des Hauts-Bassins (7 %). Ainsi, suivant la prévalence parasitaire chez les enfants de 06-59 mois obtenu à l'issue d'un Test de Diagnostic Rapide (TDR), les régions les plus touchées sont respectivement le Centre-Ouest (56,3%), l'Est (49,7%), le Sahel (46%), le Plateau-Central (44,5%), le Centre-Sud (41,2%). La même prévalence reprise chez le même groupe à l'issue d'un examen microscopique donne les résultats suivants : Sahel (30,8%), Est (27,2%), Centre-Ouest (26,8%), Plateau Central (20,1%), Centre-Sud (15%), Sud-Ouest (14,7%), Centre-Nord (12,9%). Toutefois, il convient de souligner que les taux de prévalence dans les régions du Sahel et de l'Est sont à prendre avec réserve car la situation sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de ces régions, les données y afférentes ne sont pas représentatives (INSD, 2022). Selon une étude menée par Kaboré (2019) sur les « *Disparités régionales de la morbidité palustre des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso* », la région de résidence est significativement associée à l'accès palustre de l'enfant au seuil de 1%. Les enfants vivant dans les régions du Sahel/Est et du Centre-Ouest/Boucle du Mouhoun ont une occurrence plus élevée de paludisme (Respectivement 58% et 57%). Par contre, l'étude révèle que les enfants de la région du centre/Plateau-Central présente une occurrence de paludisme plus faible (Environ 18%). Les occurrences du paludisme chez les enfants vivant dans les régions du Nord/Centre-Nord (40%), Centre-Sud/Centre-Est (près de 43%) et Hauts-Bassins/Cascades/Sud-Ouest (49%) se situent à un niveau intermédiaire (Kaboré, 2019).

### **3.2.2. Profil socio-économique et démographique**

L'autre aspect du profil épidémiologique du paludisme est la distribution de la prévalence du paludisme selon les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population à savoir l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et de vie économique. En effet, l'âge constitue un facteur déterminant de l'incidence palustre compte tenu du niveau d'immunité acquise selon qu'on soit enfant ou adulte. Cependant, la forte immunité acquise n'empêche pas toutes les infections, elle augmente la capacité du système de défense immunitaire à se défendre contre certaines maladies en augmentant les chances de survie (INDS, 2018). De ce fait, les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement vulnérables à l'infection palustre grave du fait de leur immunité insuffisante contre la maladie en ce sens qu'ils constituent un groupe vulnérable ciblé dans la lutte contre le paludisme. Contrairement aux enfants, les adultes quant à eux, acquièrent un certain degré d'immunité au cours de leur vie. Toutefois, le renforcement de l'immunité dépend du niveau d'exposition à l'infection palustre. Ainsi, selon Shulman et Dorman (2003), les enfants vivants dans les zones à forte prévalence palustre acquièrent rapidement un niveau élevé d'immunité et sont susceptibles de moins souffrir de paludisme grave.

Par ailleurs, bien que le paludisme ne soit pas une maladie sexospécifique, il affecte cependant de façon disproportionnée les femmes des hommes compte tenu des inégalités liées aux normes de genre. Aussi, chez la femme, cette vulnérabilité est plus exacerbée au cours de la grossesse. Les femmes enceintes sont donc exposées à un risque beaucoup plus élevé de paludisme grave au cours de leurs premières grossesses (INDS, 2018; RBM, 2021).

Sur le plan économique, les couches sociales aisées sont les moins touchées par le paludisme contrairement aux populations pauvres qui sont les plus touchées. Ainsi, sur la base d'un quintile de bien-être économique (classé de la manière suivante : le plus bas, second, moyen, quatrième, le plus élevé) les enfants (06-59 mois) issus des ménages qui sont classés au bas de l'échelle sont les plus touchés avec 40,1% par rapport à ceux issus des ménages classés au sommet de l'échelle avec 08,8% selon un TDR réalisé (INSD, 2022).

D'autres phénomènes sociaux comme la migration due à des problèmes économiques ou à des catastrophes naturelles ou à des situations sécuritaires dégradantes peuvent également augmenter le risque du paludisme. De ce fait, le statut de migrants, de réfugiés ou de sinistrés peut mettre un individu dans une position de vulnérabilité face au paludisme. Les familles ou communautés qui sont dans de telles situations sont parmi les populations les plus exposées au paludisme (RBM, 2021).

### **3.2.3. Répartition saisonnière temporelle du paludisme**

La variation de la prévalence du paludisme dans le temps ou en fonction des saisons est l'un des aspects épidémiologiques du paludisme. En effet, selon le type de paludisme, au Burkina Faso, il y a une variation temporelle du paludisme en ce sens que le nombre de cas varie souvent d'une année à une autre. Ainsi, au niveau du paludisme simple, le nombre de cas de paludisme a augmenté courant 2019 (12 487 981 cas) tandis que courant 2020 le nombre de cas a connu une baisse (10 803 278 cas) au sein de la population globale (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2021). Selon la même source, au niveau des femmes enceintes, l'année 2016 a enregistré le plus grand nombre de cas de paludisme simple (677 350 cas) contrairement à l'an 2019 qui a enregistré le plus faible nombre de cas (271 469 cas). Il faut ajouter également

que chez les femmes, le nombre de cas de paludisme simple a augmenté de 90% entre 2019 et 2020. En outre, au niveau du paludisme grave, au niveau de la population globale, le nombre de cas est resté stable au cours de la période de 2016 à 2020 (un peu plus de 500 000 cas) sauf en 2016 où il y a eu moins de cas (un peu plus de 400 000 cas). Au niveau des femmes enceintes, le nombre de cas a diminué en 2019 avec environ 16 000 cas comparativement aux autres années (plus de 31 000 cas) (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2021)

### 3.2.4. De la qualité de prise en charge du paludisme

Il est aussi important d'évaluer les régions en matière de qualité de diagnostic et de prise en charge du paludisme. Cette évaluation permettra de déterminer les régions ayant enregistrées les forts scores et les plus faibles scores en matière de qualité de prise en charge du paludisme afin de connaître les régions où les populations bénéficient des traitements ou soins sous-optimaux ou les populations mal desservies en matière de diagnostic et de prise en charge de paludisme. Pour ce faire, il est impératif de recourir au rapport sur l'Évaluation harmonisée des établissements de santé portant sur la qualité des soins (Ministère de la santé et IRSS, 2021). Pour la qualité du diagnostic en matière de paludisme, les régions enregistrant les faibles taux de score en matière de qualité du diagnostic sont les suivantes : Le Centre (55,60%) ; l'Est (57,63%) ; le Centre Nord (59,36%) ; le Sahel (60,83%) et la Boucle du Mouhoun (64,05%).

**Tableau 1** : Qualité de la tenue des supports et du diagnostic du paludisme selon la région, le type de structure, l'instance gestionnaire et le milieu d'implantation, Burkina Faso (HHFA 2020)

	Tenue des supports			Diagnostic					
	Repa gistie tre s/d oss ier s de (%)	Repa gistie tre s/d oss ier s de (%)	te nu Sc e or de e s qu alit é de la	l'e xa me Ré n ali cli sat ion ue de (%)	Re ch ou erc d'a he nt de éc la éd fiè en vre t de (%)	Re ch erc he de l'a né mj e (%)	Re tro ns ubl cie erc es nc he de la s (%)	pr de esc GE rip /Fr tio ott ali n is de sa TD ng R ou ou (%)	Sc or dia e gn qu ost alitic é (%) du
Nombre de dossiers examinés	9383	9383	9383	9383	9383	9383	9383	9383	9383
National	87,44	56,39	71,92	88,58	88,11	48,36	34,24	78,83	67,62
Régions									
Boucle du Mouhoun	93,32	76,29	84,81	91,06	91,27	34,81	15,30	87,82	64,05
Cascades	95,34	58,26	76,80	92,80	92,80	76,91	55,08	84,11	80,34
Centre	83,36	46,38	64,87	88,88	87,59	26,21	18,62	56,72	55,60

Centre Nord	76,57	47,72	62,15	80,39	79,78	38,84	23,55	74,23	59,36
Centre-Est	90,36	69,83	80,09	89,26	89,42	34,76	24,96	92,73	66,22
Centre-Ouest	90,39	60,56	75,48	89,19	89,29	58,16	39,84	77,68	70,83
Centre-Sud	83,12	50,27	66,70	79,89	77,74	54,22	45,24	74,69	66,36
Est	82,20	46,37	64,29	82,64	83,52	25,49	20,88	75,60	57,63
Hauts-Bassins	94,93	63,88	79,40	96,42	95,92	73,33	55,42	77,81	79,78
Nord	83,05	56,09	69,57	88,54	88,31	45,82	27,92	87,23	67,57
Plateau Central	83,21	43,53	63,37	91,18	90,61	62,45	55,19	87,34	77,35
Sahel	88,84	49,17	69,01	74,38	75,21	40,91	32,64	80,99	60,83
Sud-Ouest	92,88	53,13	73,00	92,53	90,63	61,28	41,84	82,47	73,75
Type de structures									
CHU/CHR/Polyclinique	90,12	66,67	78,40	91,36	87,65	58,02	45,68	56,79	67,90
CMA et Clinique	87,95	61,92	74,93	85,75	82,74	46,58	40,00	73,42	65,70
Formations sanitaires de base	87,40	56,07	71,73	88,67	88,34	48,35	33,90	79,25	67,70
Instance Gestionnaire									
Publique	88,24	57,11	72,68	88,75	88,38	50,45	35,71	82,84	69,23
Privée	83,07	52,50	67,79	87,66	86,63	37,01	26,25	57,03	58,92

Source : Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique et IRSS, 2021, Évaluation harmonisée des établissements de santé. Thématique IV : Qualité des soins, page ??

En termes de qualité de prise en charge des cas de paludisme, une évaluation a été faite par région afin de déterminer un score de qualité par région. Selon le même rapport, les régions peuvent être classées suivant du faible score au plus fort score de la manière suivante : Sahel (57,54%) ; Centre-Nord (58,70%) ; Centre (58,99%) ; Est (59,27%) ; Plateau Central (63,33%) ; Centre-Sud (64,81%) ; Nord (67,03%) ; Centre-Ouest (68,29%) ; Centre-Est (68,68%) ; Sud-Ouest (68,76%) ; Boucle du Mouhoun (69,37%) ; Cascades (72,28%) ; Hauts-Bassins (74,59%). Les régions enregistrant les plus faibles scores suivant l'indice de qualité de la prise en charge des cas de paludisme sont entre autres : La région du Sahel, la région du Centre Nord, la région du Centre, la région de l'Est et la région du Plateau Central. Ces régions constituent par conséquent sur la base de cette évaluation, les régions regorgeant les populations les mal desservie en matière de paludisme.

**Tableau 2 :** Qualité du traitement du paludisme selon la région, le type de structures, l'instance gestionnaire et le milieu d'implantation, Burkina Faso (HHFA 2020)

	Prescription ou offre d'antipaludique aux cas confirmés (%)	Traitement de cas confirmés de paludisme simple conformément aux directives nationales (%)	Traitement de cas confirmés de paludisme simple conformément aux directives nationales (%)	Score de qualité de traitement (%)	Indice de qualité de prise en charge des cas de paludisme (%)
Nombre de dossiers examinés	9383	9383	9383	9383	9383
National	98,61	64,57	1,8	54,99	66,35
<b>Régions</b>					
Boucle du Mouhoun	99,12	68,59	2,01	56,57	69,37
Cascades	98,72	72,63	1,02	57,46	72,28
Centre	95,78	52,53	0,84	49,72	58,99
Centre Nord	99,49	46,21	0,51	48,74	58,70
Centre-Est	99,14	76,29	2,58	59,34	68,68
Centre-Ouest	97,86	74,77	0,53	57,72	68,29
Centre-Sud	99,75	64,69	1,98	55,47	64,81
Est	98,22	55,49	6,82	53,51	59,27
Hauts-Bassins	99,07	75,5	1,33	58,63	74,59
Nord	99,29	81	2,86	61,05	67,03
Plateau Central	98,36	45,9	2,13	48,8	63,33
Sahel	97,42	39,69	0,52	45,88	57,54
Sud-Ouest	98,95	57,59	1,48	52,67	68,76
<b>Type de structures</b>					
CHU/CHR/Polyclinique	100	14,71	32,35	49,02	67,12
CMA et Clinique	92,14	37,99	13,1	47,74	66,72
Formations sanitaires de base	98,81	65,69	1,27	55,26	66,33
<b>Instance Gestionnaire</b>					
Publique	98,99	66,54	1,8	55,78	66,82
Privée	95,19	47,04	1,79	48,01	62,11
<b>Milieu d'implantation</b>					
Urbain	96,90	56,45	3,91	52,42	63,29
Rural	99,00	66,46	1,31	55,59	67,05

**Source :** Ministère de la santé et IRSS, 2021, Évaluation harmonisée des établissements de santé. Thématique IV : Qualité des soins, page 19-20

### **3.3. Populations vulnérables et obstacles à l'accès aux services de prévention et de traitement du paludisme**

#### **3.3.1. Populations vulnérables**

##### **3.3.1.1. Relation entre drépanocytose et paludisme (Électrophorèse)**

La drépanocytose est une affection héréditaire, caractérisée par une anomalie de structure de l'hémoglobine. Il consiste en une substitution de l'acide glutamique en position 6 sur la chaîne bêta par la valine. L'hémoglobine anormale étant l'hémoglobine S (HbS). La superposition des cartes de distribution de l'hémoglobine S et du Plasmodium falciparum est à l'origine de nombreuses théories qui montrent les relations qui existent entre drépanocytose et paludisme (Sia, 2011). La forte présence de l'hémoglobine S dans certaines populations sous-entend que cette hémoglobinopathie entraînerait un avantage sélectif en faveur des individus qui en sont porteurs. Cette situation avantageuse développerait une grande résistance face aux manifestations graves du Plasmodium falciparum et une diminution du risque d'environ 90 % de paludisme grave et compliqué a été observée chez les sujets hétérozygotes AS (Chippaux and al, 1992; Williams and al, 2005). Ainsi, en zone d'endémie palustre, les personnes de phénotype normal AA meurent plus souvent de paludisme comparativement à celles drépanocytaires hétérozygotes AS (Dembele, 2006). Ainsi, l'infection au paludisme se déroule de la même manière chez la personne AS comme chez celle normale AA, mais la différence réside dans le fait que la densité parasitaire est nettement moindre chez le sujet AS et les formes cliniques graves y sont moins fréquentes (Aubry et Gaüzère, 2022).

##### **3.3.1.2. Femmes enceintes et enfants de moins de cinq (5) ans**

En période de grossesse, le risque de contracter le paludisme s'accroît de manière exponentielle. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq (5) ans demeurent les cibles les plus vulnérables au paludisme en Afrique subsaharienne et particulièrement au Burkina Faso (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, 2021 ; Kedré, 2016). Les résultats défavorables de la grossesse et des problèmes de santé maternelle montrent que le paludisme pendant la grossesse (PPG) reste un problème de santé au niveau publique car il représente un risque important pour la mère, le fœtus et le nouveau-né (Sirima et al. 2006). La maladie s'attaque alors au placenta et accroît les risques de décès, de maladies, d'anémie et d'arrêt de la croissance pour la femme enceinte et son bébé à naître. Elle est également susceptible d'entraîner un accouchement prématuré, une infection congénitale et des complications pouvant impacter la santé de la reproduction (Pell et al. 2011). En 2019, 11 millions de femmes enceintes en Afrique subsaharienne ont contracté le paludisme, ce qui a entraîné le décès de 10 000 mères et la naissance de près de 900 000 enfants en insuffisance pondérale (RBM, 2021).

Dans les zones endémiques, les femmes développent une certaine immunité contre le paludisme. Par contre, elles sont plus sensibles au paludisme placentaire (USAID, 2013). Dans cette situation, la femme ne montre pas de vrais signes et symptômes, mais elle et son fœtus sont en danger car cela peut conduire à une anémie maternelle, une infection placentaire palustre et un faible poids de naissance, en particulier lors de la première et aussi de la seconde grossesse (Newman et al. 2003; Steketee et al. 2001). La prévalence de l'anémie et, plus particulièrement celle de l'anémie sévère chez les enfants, est vue comme un indicateur pertinent de la charge du paludisme dans une population. Dans les programmes de contrôle du

paludisme, celle-ci est utilisée comme un indicateur de mesure des progrès (INSD, 2015). Les enfants de moins de cinq (5) ans demeurent les plus à risque de développer le paludisme dans ces zones endémiques où la prévalence plasmodiale contribue à la croissance rapide et au maintien de la prémunition (Baudon, 2010). Aussi, la malnutrition et l'avitaminose réduisent l'immunité surtout chez les enfants en bas âge et chez les femmes enceintes (Kedré, 2016). En milieux ruraux, cette cible court alors un grand risque d'être affaibli ou de mourir du paludisme occasionnant ainsi l'épuisement des ressources familiales et maintenant ces familles dans un état de pauvreté (Banque Mondiale, 2009).

### **3.3.1.3. PvVIH**

Selon l'INSD (EDS-MICS 2010), le Burkina Faso a un faible niveau d'épidémie de VIH avec un taux de prévalence de 1% chez les adultes dont 1,2% chez les femmes adultes, et 0,8% chez les hommes adultes. Mais, l'interaction entre le VIH et le paludisme constitue un facteur très important dans la majorité des pays africains. Ces deux épidémies se superposent, ce qui signifie que la plupart des personnes infectées au VIH restent exposées au *P. falciparum*, donc au paludisme (Saleri et al. 2009). La contamination au VIH accroît non seulement la fréquence du paludisme clinique, mais contribue également à son aggravation (Corbett et al. 2002; Cohen et al. 2005). La même situation est remarquée chez les femmes enceintes où le VIH contribue à l'augmentation des taux d'infection palustre avec un risque plus élevé d'anémie, puis une difficulté dans le traitement (Hewitt et al. 2006). Quant aux jeunes enfants, le paludisme peut entraîner une contamination au VIH dans la mesure où il favorise l'anémie, qui conduit souvent à des transfusions sanguines pouvant entraîner la transmission du VIH (Hewitt et al. 2006). Le paludisme contribue aussi à une augmentation de la charge virale du VIH chez la mère et constitue un facteur de risque pour la transmission du VIH de la mère à l'enfant. (USAID, 2013). Par contre, concernant la relation entre le VIH et le paludisme, une étude transversale réalisée à partir de données populationnelles en Afrique de l'Ouest et au Burkina Faso n'a pas identifié une interaction entre le paludisme et le VIH chez les populations où la prévalence du VIH est faible Cuadros et al. (2011) Cité par USAID (2013).

### **3.3.1.4. Population carcérale**

La vulnérabilité des populations carcérales au paludisme est en grande partie liée aux conditions de détention. Les prisons constituent des foyers privilégiés d'infection. En effet, la surpopulation, le confinement prolongé dans un espace restreint, peu éclairé, mal et souvent humide sont autant de facteurs qui contribuent à propagation des maladies telles que le paludisme, la tuberculose, la gale, le VIH (Abalo & Nguele, 2020; PRI, 2007).

Au Burkina Faso en 2018, la surpopulation variait entre 191% et 348,88%. Dans la même année, le taux d'occupation de la maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou (MACO) était de 445.61%, avec 2540 détenus pour une capacité de 600 places. La maison d'arrêt et de correction de Bobo Dioulasso (MACB) quant à elle avait un taux d'occupation de 433.89%, avec 781 détenus pour une capacité de 180 places (Abalo & Nguele, 2020).

La surpopulation carcérale, ainsi que les comportements à risque de certains détenus, contribuent à accroître les taux de morbidité et de mortalité et favorisent également la transmission et la propagation des maladies telles que le paludisme.

Par ailleurs, ces problèmes de santé sont accentués par l'accès restreint aux soins et de produits médicaux et à des traitements adaptés, prodigués en temps utiles, ainsi que par l'absence de programmes pédagogiques et de prévention médicale (Ouédraogo, 2017; PRI, 2007). En effet, le budget alloué à l'achat des produits pharmaceutiques dans les Maisons d'arrêt et de correction de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso est très insuffisant. A cela s'ajoute l'insuffisance du personnel soignant. Ainsi, en 2017, la MACB ne disposait que d'un médecin qui ne consulte pas tous les jours et de deux infirmiers. Quant à la MACO, elle ne disposait de six infirmiers, d'un médecin titulaire et de médecins volontaires (Ouédraogo, 2017).

### **3.3.1.5. LGBTQ**

L'accès aux services de santé primaire contre le paludisme des minorités sexuelles demeure peu documenté au Burkina Faso. Plusieurs recherches menées depuis la fin des années 1970 ont constaté des prévalences élevées de plusieurs problèmes de santé parmi les minorités sexuelles (Meyer et Northridge, 2007; Shankle, 2006) parmi lesquels on peut citer le VIH/sida et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la santé mentale, notamment l'anxiété et la dépression (Dumas, 2013).

La vulnérabilité des LGBTQ quant au paludisme se poserait en termes d'obstacle à l'accès aux services de soins liés aux enjeux entourant l'acceptation personnelle, familiale et sociale des orientations sexuelles minoritaires de même que ceux liés à l'homophobie et à la stigmatisation (Dumas, 2013). A ces enjeux s'ajoutent des lacunes dans les services de santé offerts et des obstacles dans l'accès aux services, qui contribuerait à la reproduction d'inégalités en santé au détriment des minorités sexuelles. En effet, des études menées aux États-Unis ont révélé le caractère hétérosexiste et la normativité sexuelle des services de santé exacerbé par des comportements d'hostilité et de discrimination à l'endroit des usagers, qui les amène à ne pas utiliser les services de santé disponibles (Dumas, 2013).

## **3.3.2. Obstacles à l'accès aux services de prévention et de traitement du paludisme**

### **3.3.2.1. Statut lié à l'économie**

Dans un groupe social, la survenue et la sévérité d'un évènement morbide sont fortement liées aux connaissances et aux ressources qui sont disposées pour y faire face. Pour Kedré (2016), le niveau de développement socioéconomique faible va de pair avec les « manques ». Selon l'OMS (2008), le niveau de développement a une large influence sur les déterminants de la santé car les familles et les communautés les plus à risque sont celles vivant dans les pays à faible revenu, en zones rurales reculées, dans des communautés de migrants et/ou de réfugiés avec un accès restreint aux services de santé. RBM Partenariat (2021) révèle que deux tiers (2/3) des décès dus au paludisme dans le monde se retrouvent dans la catégorie des enfants de moins de cinq (5) ans vivant en Afrique subsaharienne. C'est ainsi que dans les zones endémiques, les populations à faible statut socioéconomique courent plus de risques de mourir du paludisme (Tusting et al., 2013). Le paludisme maintient les pays eux-mêmes dans la pauvreté (Banque Mondiale, 2009). Par contre, les États ayant éradiqué ou en phase d'éliminer le paludisme ont connu chacun une hausse remarquable de leur PIB (Produit intérieur brut) (Cotter et al., 2013). Au Nigeria, les populations de classes moyennes ou riches ont une facilité d'accès aux soins pendant que les plus pauvres, principalement ceux qui vivent dans les milieux ruraux éprouvent financièrement des difficultés à consulter et à honorer leurs ordonnances

médicales (Onwujekwe et al., 2010). Pourtant, tout cas de paludisme non ou mal soigné offre l'opportunité aux parasites de terminer leur cycle érythrocytaire accroissant avec des chances de l'anophèle femelle de s'infecter lors d'un prochain repas sanguin (Kedré, 2016).

### **3.3.2.2. Statut lié aux représentations sociales et culturelles**

Certaines maladies sont considérées comme la résultante de fautes commises par l'acteur social qu'est le malade et qui échappe à la conscience de celui-ci (Fassin, 1992; Zempleni, 1985). Les représentations sociales de la maladie, associées à une inadéquation entre les messages des structures de santé et les savoirs des populations (Toé et al., 2009) cités par Kedré, 2016) poussent les populations à se tourner vers les soins traditionnels (Faye, 2001). En plus de cela, l'appartenance à une minorité ethnique ou politique Cotter et al. (2013) combinée à de mauvaises expériences vécues dans les systèmes de santé, entraînent un éloignement et/ou un isolement les populations malades des services de santé. L'implication et le comportement des agents de santé s'avèrent très déterminants pour la réussite des programmes de santé (Sia et al., 2011). C'est ainsi que dans la lutte contre le paludisme, en plus des facteurs liés aux vecteurs et aux parasites du paludisme, l'organisation sociale et humaine occupe une grande part dans l'explication de la dynamique de la maladie (Kedré, 2016).

### **3.3.2.3. Obstacles liés aux droits humains et au genre**

L'analyse de la dimension du genre est très importante pour expliquer les disparités observées dans la société surtout en matière de lutte contre le paludisme. Bien que le paludisme affecte aussi bien les hommes que les femmes, les rôles et les dynamiques de genre donnent lieu à différentes vulnérabilités, au niveau des modes d'exposition (Measure Evaluation, 2018). Au Burkina Faso, en effet, des inégalités et des disparités de genre se caractérisent par une sous-utilisation des services de santé (34%) due essentiellement à la distance, à la pauvreté et au faible pouvoir d'achat et de décision des populations en général et des femmes en particulier.

Aussi, les rôles traditionnellement attribués à chaque genre peuvent pousser les hommes et les femmes à travailler dans des milieux, à des moments de la journée, les exposant au paludisme aux périodes de fortes piqures de moustiques (Cotter et al., 2013). De même, les populations socialement défavorisées, tels que les professionnels du sexe, les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, etc., peuvent être plus vulnérables, dans la mesure où ils courent beaucoup plus de risques que d'autres de se retrouver sans-abris et de dormir dehors. Ils sont moins susceptibles de rechercher des services de santé, à cause de la stigmatisation liée aux attentes placées envers chaque genre (Walters et Gaillard, 2014).

Sur les aspects de la distance, on a le fait de disposer d'un service médical pouvant assurer les diagnostics et les traitements du paludisme. En pratique, le diagnostic et le traitement d'une affection entraîne un déplacement (Gazin De Raucourt, 1990). L'infirmier prescrit un traitement souvent non disponible sur place. Aussi, l'obtention du médicament dans la ville nécessite de réunir l'argent pour le voyage et pour l'achat. Selon le Rapport de 2020 sur le paludisme dans le monde de l'Organisation Mondiale de la Santé, les familles et les communautés les plus à risque au paludisme sont celles les plus difficiles d'accès, vivant dans des zones rurales reculées de pays à faible revenu, dans des communautés de migrants et de réfugiés ayant un accès restreint aux services de santé. Sur le plan économique, il faut noter que la situation de pauvreté du pays, accentuée par la poussée démographique est caractérisée par un accès difficile aux

services sociaux de base, par le chômage, l'analphabétisme, des conditions d'habitat précaire, un statut de la femme peu avantageux (INSD, 2018). Le Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 fait ressortir que le faible pouvoir d'achat des populations en général et des femmes en particulier limite leur accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement. En 2016, à l'échelle nationale, les hommes en emploi gagnaient un revenu annuel près de trois (3) fois plus élevée que celui des femmes. La faible acceptabilité socioculturelle constitue un des goulots qui se retrouve au niveau de toutes les interventions du paquet de soins préventifs. Elle est liée à la faible capacité de la femme à prendre des décisions toute seule (DI-SRMNEAN-ECSV, 2019). En effet, le manque de pouvoir de décision des femmes (Politique nationale genre, 2009) est à prendre en considération dans les obstacles d'accès aux soins de prévention et de traitement contre le paludisme (Médecins du Monde, 2020).

Il faut noter qu'il y a d'autres obstacles sexospécifiques en matière d'accès aux soins de prévention chez les femmes. Des études ont démontré que si les adolescentes enceintes sont conscientes de l'importance de recevoir des soins préventifs contre le paludisme, il est difficile pour elles d'en bénéficier en raison d'une stigmatisation, d'un statut inférieur au sein du foyer et de la communauté, d'attitudes négatives à leur égard de la part des travailleurs de santé. Cette même source précise que les adolescentes sont également mal à l'aise lorsque, pendant leurs règles, elles doivent dormir avec leurs frères et sœurs sous une moustiquaire.

#### **3.3.2.4. Obstacles liés à l'insécurité**

L'insécurité constitue un grand obstacle à l'accès et au recours aux soins. Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2021-2025, la situation humanitaire au Burkina Faso a connu une forte dégradation au cours ces dernières années. En fin novembre 2022, jusqu'à 1 810 105 personnes avaient été contraintes de fuir leurs domiciles. Parmi ces personnes déplacées internes enregistrées, 60,37% sont des enfants (OCHA, 2022). A ce jour, plus de 56% des personnes déplacées sont sans abris ou n'ont pas un abri adéquat. Ainsi, les situations d'urgence telles que les conflits violents et les catastrophes naturelles peuvent déclencher des épidémies de paludisme en exacerbant les conditions propices à la transmission de la maladie, comme les déplacements, le surchargement des systèmes de santé, les perturbations dans les chaînes d'approvisionnement, ou encore l'augmentation des populations de vecteurs du paludisme (Gazin De Raucourt, 1990). Il peut devenir difficile, dans les situations d'urgence, de fournir des services essentiels de lutte contre le paludisme, tels que la prévention, le dépistage et le traitement, ce qui freine encore davantage les efforts de lutte contre la maladie. En effet, particulièrement au Burkina Faso, le fonctionnement du système de santé est affecté dans toutes les Régions à Fort Défi Sécuritaire (RFDS). Au 24 novembre 2020, pour l'ensemble, 7,25% des formations sanitaires étaient fermées et 18,2% avaient une fonctionnalité réduite. Les régions du Sahel (39,1%), et du Centre-Nord (5,3%) et du Nord (5,3%) regroupaient plus de formations sanitaires fermées. Les formations sanitaires à fonctionnalité réduite étaient plus enregistrées dans les régions du Sahel (52,6%), de l'Est (30,7%) et du Centre-Nord (22,7) (INSP, 2021). Selon le même rapport, dans la même période, le pourcentage de femmes enceintes ayant une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) en routine était de 69,5% au plan national. Les pourcentages inférieurs à la moyenne nationale

étaient rapportés dans les RFDS [Sahel (38,8%), Centre-Nord (58,6%), Centre-Est (67,3%)] et dans les RDSM (Cascades (44,5%) et Centre (52,5%]).

En outre, le pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié de quatre (4) doses de Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme au niveau national était de 30,9% (cible à 95% en 2020). Au cours de la même période, dans les RFDS, les régions du Sahel (7,9%), de l'Est (26,5%) de la Boucle du Mouhoun (31,3%) enregistraient des pourcentages inférieurs à la moyenne nationale

Par ailleurs, le Plan National de Développement Sanitaire (2021-2030) démontre qu'un autre obstacle dans l'accès aux soins de prévention et de traitement du paludisme réside dans l'insuffisance de la collaboration intersectorielle. La collaboration intersectorielle et la coordination des activités ayant un impact sur la santé sont insuffisantes alors qu'il persiste des problèmes de santé publique dont la résolution ne relève pas seulement du secteur de la santé (Problèmes d'hygiène et d'assainissement, de fourniture d'eau potable, mauvais état nutritionnel, persistance de pesanteurs socioculturelles...). L'insuffisance de la collaboration intersectorielle limite l'efficacité de l'utilisation des ressources. Les autres secteurs hésitent à intégrer des objectifs spécifiques au paludisme en raison d'un manque de volonté politique ou parce que les avantages paraissent modestes ou mal alignés. La coordination entre les secteurs est difficile et bureaucratique en raison d'un fort cloisonnement organisationnel.

### **3.4. Analyse des gaps à l'intégration du genre**

Il existe plusieurs lois au Burkina Faso qui constituent des forces à l'intégration de la question du genre et de droits humains dans la lutte contre le paludisme. Au titre de ces lois, on peut citer : i) la loi N°060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso ; ii) la loi N°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé Publique ; iii) la loi N°030-2008/AN du 20 mai 2008 portant lutte contre le VIH/Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida ; iv) la loi N°045-2005/AN du 21 décembre 2005 portant santé de la reproduction au Burkina Faso ; v) la loi N°034/98/AN du 18 mai 1998 portant loi hospitalière ; vi) la loi N°061-2015/CNT du 6 septembre 2015 portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des jeunes filles et prise en charge des victimes ; vii) l'Arrêté conjoint 2010-18/MS/MEF du 10 février 2010 portant gratuité du traitement par les ARV au Burkina Faso (). Aussi, le pays a consacré dans sa constitution dès le préambule, la promotion du Genre comme facteur de réalisation de l'égalité de Droits entre Homme et Femme.

Cependant, malgré l'existence de ces multiples instruments juridiques, la question du genre n'est pas suffisamment prise en compte dans les stratégies de lutte contre le paludisme.

En termes de qualité de données, le SP/Palu accorde une attention particulière à l'assurance qualité des données à tous les niveaux pendant la collecte, le traitement et l'analyse des données. Cependant, force est de constater qu'il existe un gap de connaissances du niveau de vulnérabilité des cibles. Pourtant le premier intrant d'une analyse genre, ce sont les données désagrégées. En effet, la revue de la littérature a permis d'identifier un certain nombre de populations vulnérables, mais le manque de données désagrégées ne permet pas de déterminer au sein des groupes homogènes, quels sont les groupes les plus vulnérables. Par exemple, le

groupe des « adolescentes enceintes » est un groupe homogène de population vulnérable qui peut regrouper à la fois des sous-groupes spécifiques tels que les adolescentes non mariées, les adolescentes mariées, les adolescentes vivant avec handicap. Par conséquent, les sous-groupes des adolescentes enceintes vivant avec un handicap, ou les adolescentes enceintes non-mariées, n'auront pas les mêmes obstacles que les adolescentes mariées et qui vivent sans handicap.

Au niveau de l'identification des populations clés, le ciblage est fait sur la base de la vulnérabilité biologique identifiant ainsi les femmes enceintes et les enfants de moins cinq ans comme les groupes les plus vulnérables. Pourtant, l'identification des populations clés doit aller au-delà de la vulnérabilité biologique pour intégrer les obstacles liés à l'équité, aux droits humains et au genre, et des facteurs socioculturels, économiques et politiques qui influencent le risque au niveau individuel et de la population, ainsi que l'accès aux services de santé de lutte contre le paludisme. La prise en compte de ces différents facteurs permettrait d'identifier tous les groupes vulnérables en s'assurant que les interventions sont centrées sur les bénéficiaires, fondées sur les droits humains, sensibles au genre, contextualisées à l'échelle infranationale et adaptées aux contextes locaux (Le Fond Mondial, 2022).

Par ailleurs, sur le plan de rapportage, la désagrégation se limite au sexe, ce qui ne permet pas une analyse prenant en compte l'aspect genre entre les groupes homogènes et au sein des groupes. La désagrégation des indicateurs doit aller au-delà du sexe pour prendre en compte différents facteurs de stratification tels que « l'âge, le sexe, le genre, le lieu de résidence, le statut de déplacement, le statut économique, la nationalité, l'origine ethnique, le handicap, la profession, la religion et d'autres informations spécifiques aux groupes ciblés en fonction de la vulnérabilité contextuelle ». En effet, l'insuffisance de données ventilées ne permet pas de comprendre l'impact réel des interventions sur l'accès et le recours au niveau individuel et de la population aux services de lutte contre le paludisme.

En sommes, à l'instar de la plupart des documents élaborés par les ministères et institution du pays (Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire, 2019), le principe de la prise en compte de la dimension genre est énoncé dans la stratégie nationale de lutte contre le paludisme mais n'est pas suffisamment traduit de façon concrète dans les interventions. Cette insuffisance s'explique par un certain nombre de faiblesses au niveau national qui sont entre autres :

- Insuffisance des données désagrégées pour documenter l'évolution des inégalités
- Non application systématique et suffisantes dans les textes et lois favorables à l'intégration du genre
- Manque d'outils technique et de normes consensuelles utilisables par tous les acteurs/trices dans les interventions genres
- Insuffisance de ressources financières pour l'intégration du genre dans les interventions de lutte contre le paludisme
- Insuffisance de stratégies de collaboration multisectorielle favorisant la traduction des

Malgré ces faiblesses, plusieurs opportunités existent au niveau national et international pour permettre faire avancer la question du genre dans la lutte contre le paludisme. Parmi ces opportunités, on peut citer :

- Existence d'une volonté politique
- Mobilisation continue des acteurs étatiques, des PTF, des OSC et des collectivités en faveur de l'égalité
- Engagement accru des partenaires au développement en faveur de l'égalité du genre
- Adoption de la budgétisation sensible au genre au niveau du budget de l'Etat.

## IV. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

### 4.1. Objectif général

L'objectif général est d'évaluer les obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre dans les interventions pour l'élimination du paludisme.

### 4.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, l'évaluation vise à :

- identifier les populations les plus exposées au paludisme, y compris les populations mal desservies ;
- déterminer les obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre le paludisme pour les populations vulnérables et mal desservies ;
- identifier les facteurs liés au genre, aux droits humains et les facteurs socio-économiques qui influencent l'accessibilité et l'utilisation des interventions de base contre le paludisme ;
- proposer des recommandations pour réduire les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de lutte contre le paludisme.

## V. DÉFINITION DES CONCEPTS

### ➤ Équité

L'équité « est le principe modérateur du droit objectif (lois, règlements administratifs) selon lequel chacun peut prétendre à un traitement juste, égalitaire et raisonnable » (Baumann, s. d.; *Équité - IS@DD Information sur le développement durable*, s. d.)

En matière de politique, l'équité consiste à corriger les inégalités que subissent les personnes ou les groupes défavorisés (*Équité - IS@DD Information sur le développement durable*, s. d.; Ministère de la santé, 2020). Ainsi, l'équité en santé signifie que les mêmes services, de même qualité et dans les mêmes conditions d'accès, soient disponibles à tous, quelle que soit leur situation. Elle constitue un devoir moral de réduire, voire d'éliminer, les inégalités sociales en santé (Bouchard1 et al., 2012).

Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, l'équité consiste à faire en sorte que « la communication pour le changement social et comportemental, les services de lutte antivectorielle, de diagnostic et de traitement atteignent toutes les populations exposées au risque du paludisme, en tenant notamment compte des obstacles différenciés entravant l'accès aux services auxquels certaines populations sont confrontées » (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

### ➤ Genre

Le **Genre** est un concept sociologique qui désigne les "rapports sociaux de sexe" c'est-à-dire, l'analyse des statuts, rôles sociaux, relations entre les hommes et les femmes dans une société donnée. En tant que concept, l'approche Genre analyse les rapports de pouvoirs entre les femmes et les hommes basés sur l'assignation des rôles socialement construits en fonction du sexe. En tant qu'objectif, l'approche Genre promeut l'égalité des droits, ainsi qu'un partage

équitable des ressources et responsabilités entre les femmes et les hommes. (*Définitions de l'approche de genre et genre & développement - Site de l'Association Adéquations*, s. d.).

L'identité du genre varie selon les sociétés ainsi que les cultures et évolue en fonction du temps (Gouvernement du Canada, 2014; Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire, 2019).

Appliquée aux politiques publiques, l'analyse de genre a pour objectif de promouvoir l'égalité des femmes et des hommes en prenant en compte les différences et la hiérarchisation socialement construite, qui produisent des inégalités (*Définitions de l'approche de genre et genre & développement - Site de l'Association Adéquations*, s. d.)

Au Burkina Faso, par consensus national, l'analyse du Genre se fait sous « l'angle des inégalités et des disparités entre l'homme et la femme en examinant les différentes catégories sociales dans le but d'une plus grande justice sociale et d'un développement équitable » (Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire, 2019).

Dans le cadre de l'élimination du paludisme, une approche fondée sur le genre consiste à tenir compte des vulnérabilités liées aux normes qui font que les hommes et les femmes, ainsi que les garçons et les filles, sont affectés de manière disproportionnée par le paludisme, du fait de la division du travail, du pouvoir de prise de décision, de l'accès à l'éducation et des facteurs contextuels plus larges comme l'accès aux ressources économiques et l'occupation des sols liés au genre » (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

### ➤ **Droits humains**

Les droits humains désignent « les droits inaliénables de tous les êtres humains, sans distinction aucune, notamment de race, de sexe, de nationalité, d'origine ethnique, de langue, de religion ou de toute autre situation » (*Droits humains | Nations Unies*, s. d.).

La prise en compte du droit à la santé consiste à faire en sorte que chaque être humain ait « accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable » (OMS, 2022).

Dans le cadre de l'élimination du paludisme, l'approche fondé sur les droits humains exige que « les politiques et les programmes accordent la priorité aux besoins des plus défavorisés en vue d'une plus grande équité en matière de santé, en veillant à ce que tous les individus aient accès aux services de prévention et de traitement dont ils ont besoin, au moment et là où ils en ont besoin, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à la couverture sanitaire universelle » (*core\_malariagenderhumanrights\_technicalbrief\_fr.pdf*, s. d.).

Cette démarche requiert également « d'habiliter les personnes, en particulier les plus marginalisées, à participer à l'élaboration des politiques, et à exiger des comptes à ceux qui ont le devoir d'agir » (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

### ➤ **Facteur de vulnérabilité**

Le concept de **vulnérabilité** peut être défini comme un état d'insécurité, d'impuissance et d'exposition aux risques, aux chocs et stress... et la difficulté à s'y adapter. Ainsi, la vulnérabilité revêt trois dimensions fondamentales à savoir la « situation », les « facteurs de risques », et « l'incapacité à gérer ces risques » (FAO, 2010).

En matière de santé, le concept de « vulnérabilité » est utilisé pour désigner le fait que les inégalités socio-économiques engendrent des inégalités devant la maladie, devant le risque plus particulièrement (Heard, 2011). Ainsi, la vulnérabilité liée au paludisme désigne les contextes socio-économiques et géoclimatiques qui déterminent le risque de transmission, des comportements individuels ou collectifs et des moyens des ménages pour faire face à la maladie, la prendre en charge ou la prévenir (Andrianasolo et al., 2019).

Le concept de vulnérabilité étant ainsi défini, « facteur de vulnérabilité » renvoie au « Caractéristique sociale, économique, physique (matérielle) ou naturelle susceptible de rendre une collectivité ou un élément exposé plus vulnérable à la manifestation d'un ou de plusieurs aléas » (*facteur de vulnérabilité* / GDT, s. d.).

Dans le cadre de l'élaboration des politiques et stratégies d'élimination du paludisme, deux facteurs de vulnérabilité sont pris en compte. Il s'agit des facteurs biologiques liés à la faible immunité au parasite et les facteurs socioéconomiques et culturels liés aux inégalités de genre, à l'exclusion sociale, aux obstacles financiers, aux normes culturelles et aux situations d'urgence (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

### ➤ **Population mal desservie**

L'outil Malaria Matchbox définit les populations mal desservies « comme étant des populations privées de soins de santé en raison d'obstacles tels que la pauvreté, l'exclusion sociale, les normes de genre, les normes culturelles et traditionnelles, les obstacles financiers et l'éloignement des établissements de santé » (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

### ➤ **Population vulnérable**

Une population vulnérable peut être définie comme « un ensemble d'individus dont la capacité d'être et agir peut se trouver peu ou prou affectée, à terme plus ou moins lointain, par la manifestation d'un phénomène ou d'un processus (environnemental, politique, économique, social ou sanitaire) déjà repéré et appréhendé comme un facteur limitatif de la pleine expression de la vie humaine » (*Calenda - Les populations vulnérables*, 2012)

Dans le cadre de la gestion des risques des produits chimiques, Santé Canada propose d'adopter la définition suivante pour les populations vulnérables : « un groupe de personnes au sein de la population générale qui, en raison d'une susceptibilité accrue ou d'une exposition accrue, peut courir un risque plus grand que la population générale de connaître des effets nocifs pour la santé dus à l'exposition à des produits chimiques » (*Définir les populations vulnérables - Canada.ca*, s. d.)

Dans le cadre de cette étude, nous définirons le concept de population vulnérable comme un groupe de personnes au sein de la population générale qui, en raison d'une susceptibilité

biologique, géoclimatique, socioéconomique et culturelle accrue, peut courir un risque plus grand que la population générale de connaître des effets nocifs pour la santé dus à l'exposition au paludisme.

➤ **Population à risque**

La population à risque, c'est un ensemble ou groupe de personnes exposées et vulnérables à l'accès palustre (Rabarison, 2005).

➤ **Population clé**

Les populations clés désignent selon le Fonds mondial « des groupes fortement touchés par l'impact épidémiologique d'une maladie, ayant également un accès moindre aux services et appartenant à des populations criminalisées ou marginalisées » (Fonds Mondial, 2016).

Cependant, le concept de « populations clés » dans le contexte du paludisme est relativement nouveau et pas encore aussi bien défini que pour le VIH et la tuberculose. Néanmoins, certains groupes pourraient répondre aux critères des populations clés. Il s'agit des personnes réfugiées, des personnes migrantes, des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans, des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les populations indigènes des zones d'endémie palustre qui seraient souvent exposés à un risque de transmission plus élevé, n'auraient généralement qu'un accès limité aux soins et aux services, et seraient fréquemment marginalisés (Fonds Mondial, 2023).

➤ **Enfant vivant dans la rue**

Ce concept désigne, « Enfant et jeune en situation de rupture plus ou moins prolongée avec sa famille et qui a fait de la rue son principal domicile et/ou le lieu de sa survie. Enfant en rupture familiale qui mène des activités de survivance dans la rue et y dort » (Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire, 2021).

➤ **Personnes âgées**

Le concept personnes âgées désigne un « Usager/client dont la durée de vie a atteint au moins 60 ans » (Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire, 2021).

➤ **Exclus sociaux**

Le concept **exclus sociaux** est définie dans l'annuaire statistique 2020 du Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, & de la Famille et de l'Action Humanitaire comme un « Usager/client dont les liens avec sa communauté sont rompus, tant sur le plan symbolique (attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales » (Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire, 2021).

➤ **Personne déplacée**

Ce concept désigne selon le Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, & de la Famille et de l'Action Humanitaire comme étant un « Usager/client installé temporairement à un endroit dans son pays autre que son domicile habituel par suite de catastrophe, de conflit, ou de crise

humanitaire » (Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, & de la Famille et de l'Action Humanitaire, 2021).

➤ **Zone périurbaine**

Il s'agit d'un espace fonctionnellement urbain, situé à la périphérie d'une agglomération urbaine. La zone périurbaine se caractérise géographiquement par ses limites mouvantes, socialement par une population appartenant à plusieurs catégories sociales et sur le plan spatial, une campagne intégrée à la ville où l'agriculture reste active (Sangaré, 2014).

## **VI. MÉTHODOLOGIE**

### **6.1. Sites de l'étude**

Le choix des sites de l'étude est raisonné. Ce choix a tenu compte des critères suivants : la diversité socioculturelle, l'incidence du paludisme, les zones à sécurité précaire, les zones d'accueil des personnes déplacées.

#### ***Critère d'éligibilité des sites***

Pour être inclus dans l'étude, les sites devraient répondre aux critères suivants :

- Être une région à forte incidence palustre
- Être une région à sécurité précaire
- Être une région d'accueil des PDI
- Accepter de participer à l'étude
- Avoir l'approbation de la Direction régionale de la santé et de l'hygiène publique

#### ***Critère d'inéligibilité des sites***

- Être une région à faible incidence palustre
- Ne pas accepter de participer à l'étude
- N'avoir pas eu l'approbation de la Direction régionale de la santé et de l'hygiène publique

Partant de ces critères ci-dessus, l'étude a été menée dans cinq (05) régions sanitaires : Boucle du Mouhoun, Centre, Centre-Est, Centre-Nord et Sud-Ouest.

Dans chaque région sanitaire à l'exception du Centre, nous avons choisi un (01) district sanitaire et dans chaque district sanitaire, deux (02) formations sanitaires ont été incluses en tenant compte du milieu rural/urbain dans le choix des CSPS. Aussi, deux (02) districts sanitaires dont celui de Ouargaye et de Kampti ont été inclus pendant la collecte afin de collecter des informations relatives à l'insécurité et à la PID dans lesquels une formation sanitaire a été enquêté.

Au total, quatre (06) districts sanitaires dont huit (08) formations sanitaires ont fait partie de l'étude.

### **6.2. Populations cibles**

Les populations cibles de l'étude étaient constituées de trois (03) groupes cibles.

#### ***Cibles primaires***

- Des femmes enceintes
- Des mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq (5) ans
- Des chefs de ménages
- Des personnes déplacées internes (PDI)
- Des populations carcérales
- Des personnes vivant dans les sites miniers

- Des personnes handicapées
- Des personnes vivant dans les zones à sécurité précaire
- Des personnes âgées
- Des lesbiennes Gay Bisexuel Transsexuel Queer (LGBTQ)

### ***Cibles secondaires***

- Des responsables des Directions centrales du Ministère de la santé
- Des responsables des directions régionales de la santé ;
- Des Médecins Chefs de district,
- Des infirmiers chefs de poste
- Des agents de santé à base communautaires ;
- Des OBC
- Les leaders religieux et coutumiers

### ***Cibles tertiaires***

- Des OSC
- D'autres départements ministériels : Ministère de la justice et des droits humains, chargé des Relations avec les Institutions, Garde des Sceaux ; Ministère de la Solidarité, de l'Action humanitaire, de la Réconciliation nationale, du Genre et de la Famille ; Ministère de l'Environnement, de l'Eau et de l'Assainissement

Cependant, un certain nombre de cibles n'ont pas pu être touchées par la collecte des données compte tenu du fait que les correspondances n'ont pas pu être adressées à temps. Il s'agit des populations carcérales, des LGBTQ ainsi que les départements ministériels tels que le Ministère de la Justice et des Droits Humains, chargé des Relations avec les Institutions, Garde des Sceaux ; Ministère de la Solidarité, de l'Action humanitaire, de la Réconciliation nationale, du Genre et de la Famille ; Ministère de l'Environnement, de l'Eau et de l'Assainissement. Néanmoins, certains ont pu participer aux différents ateliers d'amendement et de planification des actions afin de contribuer aux informations qui n'avaient pas pu être collectées sur le terrain.

### **6.3. Design de l'étude**

Différentes approches ont été utilisées dans le cadre de la présente étude pour la collecte des informations.

D'abord, une revue de la littérature a été effectuée au cours de laquelle, l'équipe s'est attelée à effectuer un examen de la documentation du programme national (Plan stratégique national de lutte contre le paludisme, plan opérationnel, plans de travail, articles publiés, rapports d'enquêtes tels que les EDS, etc.).

Ensuite, une étude qualitative a été menée. Elle a consisté à conduire des entretiens individuels approfondis avec des informateurs clés et à réaliser des focus groupes auprès des bénéficiaires des services de santé, et des ASBC. Pour ce faire, des guides d'entretien semi-structuré ont été élaborés, pré-testés et ajustés.

Enfin, une série d'atelier d'amendement du rapport a été conduite avec la participation de différentes parties prenantes. Ces ateliers ont permis d'obtenir des informations qui n'ont pu être collecté pendant l'enquête de terrain.

#### **6.4. Échantillonnage et échantillon**

Une démarche d'échantillonnage raisonnée a été utilisée pour la sélection des participants à l'étude. Cette démarche a été appliqué autant pour les entretiens individuels que pour les discussions de groupe. Au total, nous avons obtenu un échantillon de quatre-vingt-deux (82) entretiens individuels et vingt-trois (23) focus groups en respectant le principe de saturation et de diversification des participants.

#### **6.5. Collecte de données**

La collecte des données s'est déroulée du 24 janvier au 06 février 2023. A cet effet, dix (10) enquêteurs (06) et enquêtrices (04) de niveau master en sociologie ont été recrutés et formés sur les modules suivants :

- protocole de l'étude
- éthique de la recherche ;
- consentements éclairés,
- rappel sur la recherche qualitative ;
- bonnes pratiques en matière de conduite d'entretien individuel et de groupe de discussion.

Après la formation, les enquêteurs et enquêtrices se sont prêtées à un jeu de rôle pour la bonne compréhension des guides. Après les amendements des différents guides d'entretiens, tous les enquêteurs ont été muni de dictaphone avant d'être déployé sur le terrain par binôme. Avant de rejoindre leur site respectif, tous les enquêteurs se sont rendus dans les Directions Régionales de la Santé (DRS) concernées pour se présenter et demander une mise en contact avec les différents districts sanitaires. Le même processus a été suivi afin d'obtenir les contacts des formations sanitaires périphériques au niveau des districts. Ainsi, avant de se rendre dans une formation sanitaire, les enquêteurs appelaient en avance les premiers responsables des structures concernées afin de s'introduire et négocier un rendez-vous pour la réalisation des entretiens individuels. Cela permettait également aux enquêteurs de planifier les groupes de discussion en collaboration avec les agents de santé à base communautaire (ASBC).

Les entretiens ont été réalisés en présentiel (face à face) et par appel téléphonique. Un consentement éclairé daté et signé, a été obtenu auprès des participants avant le début de l'entretien. Pour les zones ainsi que les acteurs inaccessibles pour des raisons d'insécurité ou de mission, des entretiens téléphoniques ont été effectués. Ainsi, un consentement verbal était obtenu avant le début de l'interview.

Les entretiens ont été mené en français, en mooré, en dioula et en dagara. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de dictaphone et de tablette. Les audios ont été fidèlement transcrit en français codifiés avant de procéder à leur analyse.

## **6.6. Analyse de données**

### **6.6.1. Retranscription des entretiens**

L'analyse des données a consisté d'abord à transcrire les entretiens audios en texte en vue d'obtenir une base de données exploitable. Cette transcription a consisté à noter mot à mot à l'aide du Microsoft Word ce que les interviewés ont dit, sans en changer le texte, sans l'interpréter et sans abréviation. Chaque entretien transcrit a été renommé. Ainsi, des pseudonymes ont été attribués à nos répondants afin d'éviter toute forme de révélation de leur identité.

### **6.6.2. Processus de codification**

Le processus d'analyse thématique inductive a été utilisé afin d'identifier des thèmes dans les données collectées. Ainsi, après la transcription des entretiens, nous avons procédé au codage systématique d'un sous-ensemble de données générant ainsi des codes initiaux. Ensuite, les codes ont été rassemblés en thèmes et sous-thème potentiel afin d'obtenir un livre de codes. Ce processus a impliqué l'ajout de nouveaux codes au fur et à mesure que de nouveaux thèmes émergeaient des verbatims. Le livre de codes a été appliqué à toutes les transcriptions et les principaux thèmes ont été résumés qualitativement en analysant les extraits significatifs des entretiens et leur relation avec les objectifs de recherche. Notre analyse a été effectuée à l'aide du Microsoft Word et du logiciel d'analyse de données qualitatives QDA Miner Lite V3.0.

## **6.7. Considérations éthiques**

### **6.7.1. Approbation du comité d'éthique**

Le protocole de la présente étude n'a pas pu être soumis au comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS). Néanmoins, nous avons accordé une attention particulière durant toute l'étude, à la protection de la dignité et de l'intégrité des répondants.

### **6.7.2. Autorisation d'enquête**

Avant de réaliser l'enquête de terrain, une demande d'autorisation de collecte de donnée a été introduite au Secrétariat Générale du Ministère de la santé et de l'Hygiène publique à l'adresse des Directeurs régionaux de la santé de la Boucle du Mouhoun, du Centre, du Centre-Est, du Centre-Nord et du Sud-Ouest. En réponse, une autorisation d'enquête N°2023-0305/MSHP/SG/SP/Palu du 25 Janvier 2023 nous a été délivrée.

### **6.7.3. Consentement libre et éclairé**

Avant la conduite de chaque entretien, le consentement libre et éclairé de tous les participants a été obtenu. Tous les participants lettrés à l'étude ont lu la note d'information du participant ainsi que l'attestation du consentement afin de s'engager de façon libre et éclairé à participer à l'étude par sa signature. Pour les participants illettrés, un témoin impartial lettré et parlant la langue du répondant a été sollicité afin qu'il lise et explique au répondant le contenu de la note d'information et de l'attestation de consentement. De ce fait, l'attestation de consentement était signée à la fois par le ou la répondant (e) illettrés et le témoin impartial lettré.

#### 6.7.4. Anonymat

Pour garantir l'anonymat des répondants et la confidentialité des propos, un code unique d'identification a été attribué à chaque participant de sorte qu'aucun extrait de verbatim ne permette d'identifier un participant. Les codes utilisés sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 3:** Code d'anonymat des participants

Participant SP/Plu	IDI, Act SP/Plu (N°)
Participant DGSP	IDI, Act DGSP (N°)
Participant DSF	IDI, Act DSF (N°)
Participant DRS	IDI, Act DRS (N°)
Participant District	IDI, Act ECD (N°)
Participant CSPS	IDI, Act CSPS (N°)
Participant Agent de santé à base communautaire	IDI, ASBC (N°)
Focus group Agent de santé à base communautaire	FGD, ASBC (N°R)
Participant OBCE	IDI, OBCE (N°)
Focus group OBCE	FGD, OBCE (N°R)
Participant leaders communautaires	ID, Lead (N°)
Participant chef de ménage	FGD, CM (N°R)
Participant Femme enceinte	FGD, Femme enceinte N°R
Participant femme allaitante	FGD, Femme allaitante (N°R)
Participant Femme PDI	FGD, femme (N°R)
Participant homme PDI	FGD, homme (N°R)
Participant Personne handicapée	FGD, PH (N°R)
Participant Orpailleur	IDI, Orpailleur (N°)
Participant zones à sécurité précaire	IDI, ZSP (N°)
Participant personne âgée	FGD, Pers âgée H (N°R)
Participant OSC	IDI, Act OSC (N°)

## VII. RÉSULTATS

### 7.1. Description des participants

La collecte des données a concerné cinq régions sanitaires à savoir les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre, du Centre-Est, du Centre-Nord et du Sud-Ouest. Dans chacune des régions, un district sanitaire a été choisi à l'exception du Centre. Il s'est agi respectivement des districts de Dédougou, de Tenkodogo, de Kaya et de Batié.

Par ailleurs, au cours de la collecte de données, deux autres districts ont été inclus afin de collecter des informations relatives à la PID et à l'incidence de l'insécurité sur l'accès aux services de lutte contre le paludisme. Il s'est agi notamment du district sanitaire de Kampti au Sud-Ouest qui pilote la PID et du district de Ouargaye au Centre-Est qui est une zone à fort défi sécuritaire.

Le tableau ci-dessous expose le nombre d'entretiens réalisés par type et par région.

**Tableau 4:** Répartition des cibles par région et par type d'entretien

Cibles	Centre		Centre-Est		Centre-Nord		Boucle du Mouhoun		Sud-Ouest		Total
	IDI	FGD	IDI	FGD	IDI	FGD	IDI	FGD	IDI	FGD	
SP/PALU	03										<b>03</b>
DGSP	01										<b>01</b>
DSF	01										<b>01</b>
DRS			03		04		04		04		<b>15</b>
District sanitaire			06		04		04		06		<b>20</b>
Formation sanitaire			03		04		04		04		<b>15</b>
ASBC			03			02	02			03	<b>10</b>
OBCE					01		02		02		<b>05</b>
OSC	01		01		01		01				<b>04</b>
Leader communautaire			03		01		03		01		<b>08</b>
Accompagnant des malades				01				01			<b>02</b>
Personne handicapée				01		01					<b>02</b>
Personne âgée						01					<b>01</b>

Femme enceinte				01		01		01		01	<b>04</b>
Femme allaitante				01		01				01	<b>03</b>
Chef de ménage				01		01				02	<b>04</b>
PDI						02					<b>02</b>
Personne vivant sur les sites d'orpaillage					01						<b>01</b>
Zone à défi sécuritaire			02								<b>02</b>
Population Nomade					02						<b>02</b>
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>00</b>	<b>21</b>	<b>05</b>	<b>18</b>	<b>09</b>	<b>20</b>	<b>02</b>	<b>17</b>	<b>07</b>	<b>105</b>

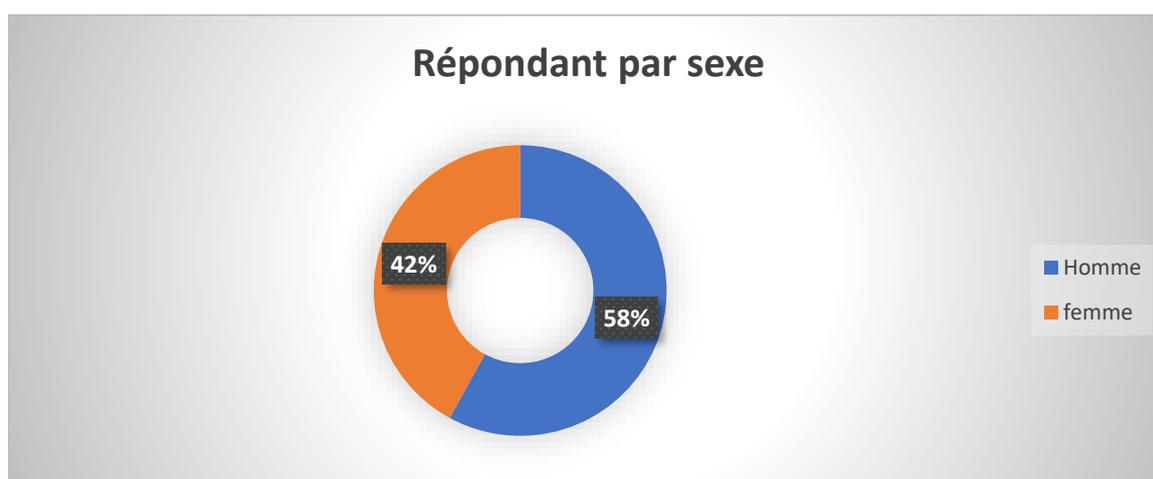
Au total quatre-vingt-deux (82) entretiens individuels dont seize (16) femmes ont été réalisés. Pour ce qui concerne les groupes de discussion, il y a eu à la fois des groupes mixtes (personne handicapée, personne âgée, agents de santé à base communautaire) et des groupes homogènes (chef de ménage, femme enceinte, femme allaitante, PDI femme, PDI homme, OBCE). Vingt-trois (23) focus group ont été réalisés avec une moyenne de six (06) participants par groupe. L'échantillon des groupes de discussion était constitué de 61 hommes et 76 Femmes dont 137 au total (confère tableau 6).

**Tableau 5** : Profil sociodémographique des participants aux groupes de discussion

Discussion de groupe	Caractéristiques des participants		Nombre de participants
	M	F	
FGD, Femme enceinte_BM		05	05
FGD, Femme enceinte_CE		06	06
FGD, Femme enceinte_CN		06	06
FGD, Femme enceinte_SO		06	06
FGD, Femme allaitante_CE		06	06
FGD, Femme allaitante_CN		06	06
FGD, Femme allaitante_SO		06	06
FGD, Chef ménage_CE	07		07
FGD, Chef ménage_CN	08		08
FGD, Chef ménage_SO1	05		05

FGD, Chef ménage_SO2	06		06
FGD, femme PDI_CN		06	06
FGD, homme PDI_CN	06		06
FGD, PH_CE	02	03	05
FGD, PH_CN	05	02	07
FGD, Pers âgée_01	03	03	06
FGD, ASBC_CN1	03	02	05
FGD, ASBC_CN2	03	04	07
FGD, ASBC_SO1	02	03	05
FGD, ASBC_SO2	07		07
FGD, ASBC_SO3	02	03	05
FGD, Accompagnant de malade_CE	02	04	06
FGD, Accompagnant de malade_BM		05	05
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>76</b>	<b>137</b>

**Figure 1** : Taux de réponse par sexe



## 7.2. Populations vulnérables au paludisme

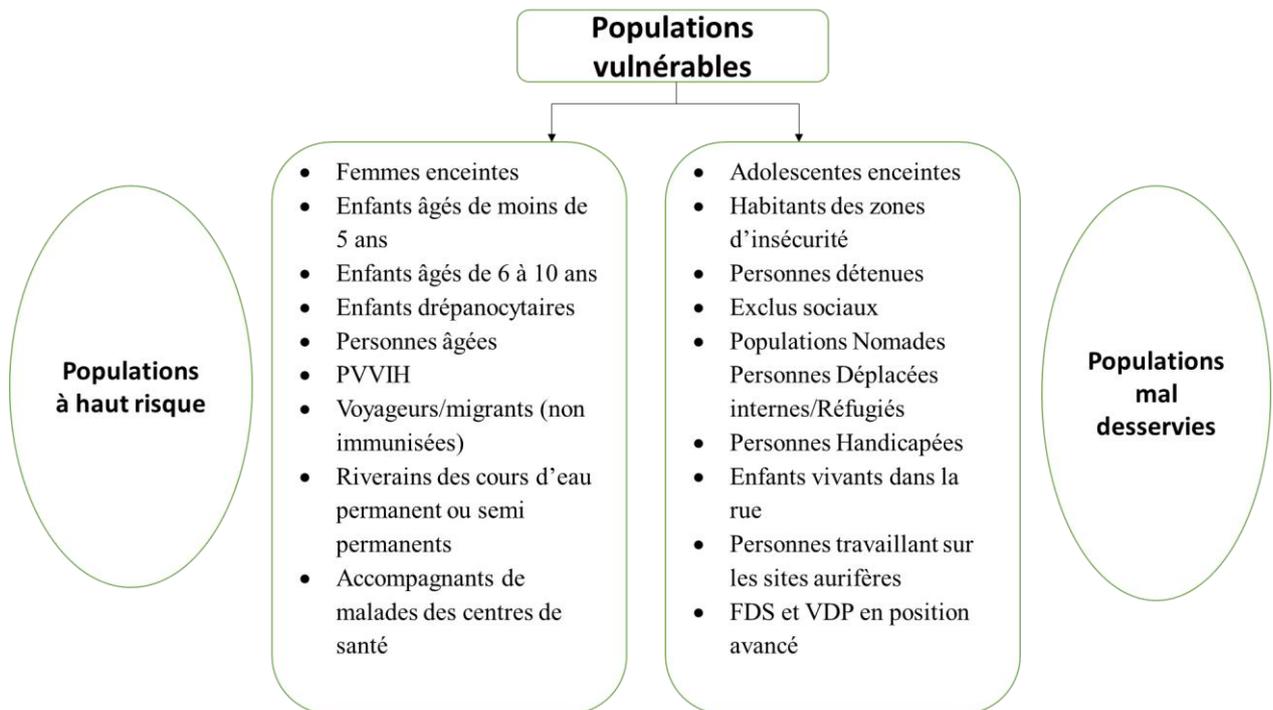
La mise en œuvre de l'étude a révélé plusieurs populations vulnérables. Ces populations peuvent être classées en deux catégories à savoir les populations à haut risque et les populations mal desservies.

Les populations à haut risque sont celles dont le facteur de vulnérabilité repose non seulement sur la faible immunité biologique mais aussi au degré d'exposition au vecteur du paludisme. Ce groupe de population de par leur immunité faible au parasite court un risque accru de faire un paludisme grave.

Pour ce qui concerne les populations mal desservies, leur facteur de vulnérabilité repose sur les facteurs socioéconomiques, culturels, géoclimatiques.

Cependant, il convient de noter qu'un groupe peut être à la fois plus exposé au paludisme et mal desservi. Ce qui aggraverait sa situation de vulnérabilité. Ainsi, une femme enceinte en plus de sa faible immunité peut être victime des inégalités de genre. Le tableau ci-dessous décrit les populations vulnérables.

**Figure 2 : Populations vulnérables**



### 7.3. Obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre le paludisme

Les résultats de l'enquête de terrain ont permis de comprendre que les facteurs qui entravent l'accès aux soins et aux services de lutte contre le paludisme sont de trois (03) ordres :

- la gouvernance pour l'élimination du paludisme ;
- les connaissances, attitudes, pratiques des populations ;
- les questions liées aux droits humains et au genre.

#### 7.3.1. Gouvernance pour l'élimination du paludisme

La gouvernance en matière de l'élimination du paludisme se traduit par un certain nombre d'insuffisances liées au système de santé dont entre autres :

- *Insuffisance d'évidence pour convaincre les partenaires financiers à soutenir davantage la mise en œuvre de certaines interventions novatrices (ex les trois prises supervisées) dans le cadre de la CPS.*

De ce qui ressort des interviews avec les acteurs au niveau central, le manque d'évidence constitue un obstacle au renouvellement des financements de certaines interventions novatrices

telles que les trois prises supervisées de la campagne CPS. En témoigne l'interview d'un acteur SP/Palu :

« Avec les partenaires, ce qui concerne en fait la CPS les difficultés c'est un peu les convaincre, parce qu'on n'a pas d'évidence pour les convaincre de faire des innovations. Je prends un exemple, où on fait la prise supervisée dans le Sud-Ouest, quand PMI a récupéré on avait commencé à faire les trois prises supervisées, on a constaté qu'il n'y avait pas d'évidence, alors que PMI ne finance pas quelque chose qui n'est pas recommandée par l'OMS ou s'il n'y a pas une évidence avérée. Donc, on était contraint de revenir à une prise supervisée. » (IDI, Act SP/Plu\_01)

- ***Insuffisance dans le respect des nouvelles directives de prise en charge***

Cette insuffisance s'expliquerait selon les acteurs interviewés d'une part, par l'insuffisance de formation pour certains prestataires de santé sur les nouvelles directives de prise en charge du paludisme et d'autre part, par la charge de travail jugée relativement élevée par d'autres, comme nous l'explique cet acteur de la santé du Centre-Nord : « *les gens évoquent souvent une insuffisance de formation parce que ça tourne beaucoup. Les agents vont, ça vient. Maintenant il peut arriver souvent qu'il y ait, la charge du travail souvent est très élevée. Ce qui fait aussi que les gens font systématiquement le test de diagnostic rapide* » (IDI, Act DRS\_CN\_01)

D'autres acteurs de la santé appuieront en ces termes :

« Quand je suis sorti cette année pour les deux passages de supervision sur le paludisme, il y a beaucoup d'incompréhensions dans la prise en charge du paludisme. Le ministère a des directives mais les gens n'avaient pas ces directives donc on a demandé des directives, les versions physiques sont arrivées et on les a données également. [...] Mais les dernières formations remontent à 2016 -2017 et ces directives même sont dépassées. Il y a des nouvelles directives qui sont là. Les gens sur le terrain n'ont pas la maîtrise. En 2016, ceux qui étaient dans les formations sanitaires, 60% à 70% sont soit à l'école, soit à la retraite, soit dans les ONG, soit en voyage, soit ils ont eu une promotion, soit à un niveau où ils ne soignent plus. Donc, c'est des nouveaux qui sont actuellement dans les formations sanitaires. » (IDI, Act DRS\_SO\_02).

« Quand est-ce qu'on peut parler de cas de paludisme ? c'est à ce niveau qu'on peut dire que les directives ne sont pas tellement respectées. Parce que c'est pratiquement un dépistage que les gens font. Il y a des tests rapides qu'on appelle les TDR de palu, mais il faut voir d'abord s'il y a une fièvre ou s'il y a un antécédent de fièvre, avant de penser au paludisme, souvent on peut aller trouver que les gens sont alignés, on fait le test systématiquement » (IDI, Act DRS\_CN\_01)

Pour ce qui concerne la charge de travail, il ressort des entretiens avec les acteurs de la santé, que dans certains cas, les agents de santé estiment qu'en respectant les directives de prise en charge, ils perdent du temps. Par conséquent, les agents de santé font plus des dépistages du paludisme que des diagnostics, comme nous l'explique ces acteurs du niveau régional :

« Il y a des lieux où c'est 02 ou 03 agents, on ne peut pas leur demander de suivre toutes les étapes avec une file d'attente très longue. Donc, on est tenté d'escamoter les étapes.

[...] Donc, en suivant les étapes, ils pensent perdre du temps. C'est une pratique qui a la peau dure [...] On peut enrôler à tort ou à raison des cas de palu » (IDI, Act DRS\_CE\_02)

« Les gens ne respecte pas les directives, l'utilisation des TDR par exemple, on dit c'est devant fièvre, antécédent de fièvre corps chaud, tout est clair et c'est ça plus TDR positive qu'on dit qu'il y a cas de palu. Mais les gens font des dépistages, un patient vient avec sa plaie, on pique le doigt de tout le monde avant même de savoir que c'est la plaie qui l'a mené, on a piqué son doigt son TDR est positive on dit qu'il a palu alors qu'il n'a pas palu, il est porteur sain. [...] même au CHR, j'ai évalué les lots du CHR par surveillance palu, on met, goutte épaisse négative, densité parasitaire nulle, mais les gars ils mettent apte pour l'injectable, moi-même j'avais mal à la tête et puis ce ne sont pas des cas isolés [...] on a formé les gens et deux semaines après la formation, ça continue » (IDI, Act DRS\_SO\_01)

Par ailleurs, les pratiques liées à la méconnaissance et au respect insuffisant des directives de prise en charge ainsi qu'à la pénurie du personnel de santé qualifié limitent non seulement la qualité du diagnostic et celle de la prise en charge des cas de paludisme grave, mais aussi elles jouent en défaveur d'une gestion rationnelle des intrants :

« On a beaucoup d'agents maintenant quand ce n'est pas palu il ne sait même plus quoi traiter. Une anecdote, une fois j'étais allé dans un CSPS à Dano, dans le registre, l'agent a mis TDR négative palu, TDR positive palu. Je dis mais dans ce cas-là, ce n'est pas mieux on va économiser les ressources de l'État. Parce que c'est négatif tu traites, positif tu traites, ça fait combien de gaspillage tu fais, tu gaspilles les ressources de l'État, tu traumatises les patients » (IDI, Act DRS\_SO\_01)

- ***Insuffisance de collaboration entre les parties prenantes pertinentes***

Le cloisonnement des parties prenantes au niveau régional constitue un inhibiteur à la lutte contre le paludisme surtout au niveau de la question de l'assainissement. Selon les acteurs interviewés, il n'y a pas suffisamment une synergie d'action entre les parties prenantes : « *Au niveau régional non ! On n'a pas un cadre de concertation sur la lutte contre le paludisme alors que s'il y'avait ce cadre qui réunissait les collectivités, l'administration publique et les acteurs de la santé, on allait gagner énormément parce qu'on allait montrer à chacun son rôle et c'est sûr que chacun allait mieux comprendre. [...] Chacun lutte dans son coin, chacun fait ce qu'il peut pour la communauté. On ne se consulte même pas.* » (IDI, Act DRS\_SO\_01)

« C'est ce que j'ai dit, au départ sur les insuffisances de la lutte, je dis, la lutte intersectorielle au niveau régional, on ne sent pas vraiment une bonne coordination. C'est vrai, il y a des actions d'accompagnement administratif. Il y a des actions certainement que les collectivités ou d'autres secteurs mènent alors que le secteur de la santé n'est pas au courant ou par exemple, le secteur de la santé mène des activités alors que les autres secteurs ne sont pas au courant. Pourtant, si on identifiait ces actions par sectoriel on pourrait voir réellement qu'est-ce qui peut contribuer à renforcer cette lutte » (IDI, Act ECD\_Tkg03)

- ***Insuffisance dans l'estimation des cibles de la CPS***

Les cibles de la CPS sont estimées en référence aux données des recensements démographiques. Au-delà de l'inquiétude des acteurs par rapport à la qualité de ces données, l'estimation donne lieu, très souvent à des surestimations ou des sous-estimations des cibles qui peuvent jouer sur la planification budgétaire : « *Mais, comme je vous ai dit on travaille sur des estimations (...) qui ne reflètent pas toujours la réalité. Donc c'est un problème d'estimation [...] Si on veut résoudre il faut faire un recensement d'abord. C'est encore des ressources à mobiliser.* » (IDI, Act SP/Plu\_01)

En plus de cette insuffisance, il y a celle liée à la prise en compte des personnes déplacées internes dont l'effectif peut varier rapidement d'une période à une autre comme nous l'explique cet acteur :

« Il y a un certain nombre de difficultés. Vous savez bien qu'on est dans une situation d'insécurité avec les déplacements, vraiment ça nous pose un peu de problème. [...] Il est vrai que c'est à un temps 't' qu'on fait l'estimation, mais la situation peut évoluer à tout moment. Aujourd'hui, vous avez 1000 déplacés, vous avez fait la planification avec ce chiffre, peut-être que demain vous allez vous retrouver avec 2000 déplacés dans la zone. Et ça, on ne peut pas éviter [...]. La difficulté est qu'on va vous dire qu'il y a 20 Ménages, sur le terrain vous trouverez 22 alors que les ressources sont planifiées en fonction de ces données. Vous trouvez sur le terrain un nombre qui dépasse ce que vous avez planifié. » (IDI, Act SP/Plu\_03)

« Oui il y a des difficultés. Par exemple pour la distribution de MILDA, nous avons fait un recensement de la population avant la distribution et comme il y a le déplacement massif des populations, nous avons reçu un grand nombre de PDI qui n'ont pas été recensé ; donc ça fait que le stock de MILDA que nous avons reçu était insuffisant pour couvrir les besoins de la population. Du coup il y a un manque gagné, mais on essaie de trouver des alternatives quand bien même ce n'est pas facile. Comme alternative par exemple, une moustiquaire pour deux personnes et si on en n'a pas assez on peut donner une moustiquaire pour quatre personnes et vous voyez que ça ne répond pas aux normes » (IDI, Act ECD\_Ddg02)

Pour certains acteurs de la santé, ces insuffisances jouent à la fois sur la planification du nombre de distributeurs communautaires à recruter et sur la disponibilité des intrants. Il arrive que les districts sanitaires utilisent une partie du stock d'intrant prévue pour le deuxième passage comme nous explique cet acteur de la santé du Centre-Nord : « *Sinon on prend en compte dans la planification avec le Secrétariat permanent depuis deux ans maintenant, 2021-2022, on essaie d'estimer les déplacées pour ajouter, mais ça ne suffit pas, que ce soit le nombre d'équipes et même les intrants aussi. Il y a des moments où ça ne suffit pas, mais là, on peut dire heureusement qu'ils envoient pour deux passages en même temps. Donc, on peut puiser dans le deuxième en attendant et on fait le point* » (IDI, Act DRS\_CN\_01)

- **Ruptures des intrants**

De ce qui ressort des entretiens avec les prestataires de soins ainsi qu'avec les communautés, les ruptures fréquentes des médicaments constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins de façon générale et en particulier les services de lutte contre le paludisme, notamment dans la prise en charge :

« Les TDR, les médicaments contre le paludisme que ce soit en injectables et en comprimés, on a des ruptures à tout moment. L'impact est qu'on fait le diagnostic à l'è peu près, parce qu'un CSPS qui n'a pas de TDR on est obligé de faire le diagnostic à l'è peu près. Également sur la disponibilité des médicaments si on n'a pas de médicaments cela peut entraîner des évacuations ou à la prescription pour que l'accompagnant du malade aille chercher ailleurs. » (*IDI, Act ECD\_Tkg02*)

« Pour les campagnes de distribution, les moustiquaires de façon générale sont disponibles. Mais pour les enfants de moins d'un an, aux femmes enceintes, il y a souvent le problème de disponibilité depuis le niveau central jusqu'au niveau formation sanitaire. Il y a les ruptures fréquentes, ça fait que la femme peut venir ou l'enfant de moins d'un an peut venir sans bénéficier de moustiquaire [...] Si on veut parler de la prévention chez la femme enceinte avec la SP, la Sulfadoxine contre le palu aussi, il y a rupture fréquemment. C'est souvent lié à l'approvisionnement depuis la CAMEG. » (*IDI, Act DRS\_CN\_01*)

Pour les communautés enquêtées, la rupture des médicaments est vécue au quotidien et crée le plus souvent la désolation chez les populations pendant les consultations. Le manque de satisfaction récurrente des populations quant à la disponibilité des médicaments dans les centres de santé qui leur revient moins couteux que ceux des pharmacies privées favorisent progressivement chez ces dernières, le recours à l'automédication et aux soins traditionnels. En effet, de l'analyse des propos des enquêtés, la période de pic du paludisme correspond également à la période de soudure des paysans. Par conséquent, la crainte de pas avoir assez de moyen financier pour honorer les ordonnances réduit leur recourt aux centres de santé :

« D'après les philosophes, à défaut de la mère, on tête les grand-mères. Des fois il y a d'autres qui vous disent que s'ils arrivent au centre de santé, et puis on leur balance une ordonnance, comment vont-ils faire ? La période que ma collègue vous a donné là, c'est une période pendant laquelle les paysans se cherchent pour ce qui concerne leur restauration. Tu veux acheter le mil, tu dois acheter des produits. Il y a d'autres même pour venir au centre de santé c'est un problème [...] Donc, actuellement comme il n'y a pas de paracétamol sirop, on sera obligé de demander du Efferalgan sirop ou bien Doliprane sirop, des spécialités comme ça. Alors que paracétamol sirop c'est 425 FCFA. Comme je ne suis pas dans les pharmacies privées, je sais qu'Efferalgan sirop on ne peut pas avoir ça à 1000 FCFA » (*IDI, Act CSPS\_kya03*)

« C'est le manque de moyen là parfois qui entraine tout ça, si tu n'as pas les moyens, tu as peur de venir pour qu'on te prescrive par exemple une ordonnance et que tu n'as pas cette somme-là, tu seras étonné donc c'est mieux de rester à la maison et pratiquer les produit traditionnels » (*FGD, Femme enceinte\_CN*)

Par ailleurs, selon un rapport du Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) dans le cadre de l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Service de Santé (OCASS), des cas de rupture d'intrants ont été enregistré dans plusieurs formations sanitaires ayant fait l'objet d'enquête (RAME, 2023).

- 16% des formation sanitaires a signalé une rupture d'Artésunate injectable/Quinine injectable indisponible ;
- 43% des formations sanitaires a signalé une indisponibilité de la SP pour la TPig pour les femmes enceintes ;
- 34% des formations sanitaires visitées étaient en rupture de Quinine 300 mg ;
- 5% des formations sanitaires avaient une rupture de TDR de paludisme ;
- 3% des centres visités avait une rupture des outils de gestion (ordonnancier, bulletin d'examen, fiche récapitulative des soins, etc) de la gratuité des soins ;
- 88% des formations sanitaires visitées a signalé avoir des retards de remboursement de la gratuité non remboursée ;

Ces ruptures s'expliqueraient par différentes raisons selon les agents de santé. En premier lieu, elle est en partie liée aux insuffisances de la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Selon eux, elle a occasionné des retards de remboursement des formations sanitaires, contribuant ainsi à limiter leur capacité financière à commander en quantité suffisante les produits. Par conséquent, cela a conduit à des commandes sélectives de la part de certaines formations sanitaire qui se voient ainsi dans l'obligation de commander des médicaments qui ne sont pas inclus dans la gratuité afin de combler les arriérés de paiement :

« Il y a également les médicaments. A ce niveau, justement on n'a quelques difficultés parce que les ruptures sont beaucoup plus fréquentes pas parce que c'est une rupture nationale, mais c'est juste parce que les capacités financières des formations sanitaires actuelles ne permettent pas de pouvoir avoir tous les intrants de façon permanente. On a par moment des ruptures de médicament de prise en charge simplement parce qu'elles n'ont pas la capacité de commander une grande quantité compte tenu de leur capacité financière »  
(IDI, Act ECD\_Ddg01)

« Il y a la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5, les femmes enceintes qui a engendré les difficultés de décaissement. Les gens en tout cas, ont des problèmes pour commander. Ce qui fait que ça induit encore une sélection des commandes parce que les gens ne commandent maintenant que les médicaments qu'ils peuvent vendre pour avoir de l'argent. Il y a des CSPS qui ne sont plus viables, on leur doit tellement qu'ils se disent que pourquoi aller prendre des médicaments qu'on ne peut pas vendre pour donner cadeau »  
(IDI, Act DRS\_SO\_01)

Ensuite, il y a la consommation jugée inappropriée des intrants par certains agents de santé qui font systématiquement le test de diagnostic rapide aux patients « *Il y en a au cours des*

*dépistages ils alignent les malades et [...] ils font le test de diagnostic rapide a tout le monde donc ça aussi ce n'est pas bien. » (IDI, Act SP/Plu\_02)*

Enfin, il y a le problème lié au stockage et au moyen de transport qui d'ailleurs est exacerbé par l'insécurité. En effet, il ressort des entretiens avec les acteurs de la santé que certaines formations sanitaires ont une faible capacité de stockage pour passer des commandes de grandes quantités. Aussi, ces formations sanitaires ne disposent pas de moyens de transport pouvant transporter une grande quantité de d'intrants des districts vers leur CSPS. Par ailleurs, la situation sécuritaire compromet davantage ces deux facteurs. Cela s'explique par le fait que, les formations sanitaires des zones d'insécurité, par crainte d'être cambriolé par les groupes armés terroristes, préfèrent ne pas stocker une grande quantité de produit en leur sein.

« A notre niveau, il faut dire que nos capacités de stockages sont souvent limitées. Pas souvent limitées, c'est d'ailleurs même limité. Voilà il faut le dire clairement c'est limité. Ça fait qu'on ne peut pas recevoir un gros stock pour une consommation à longue durée. Et dès vous êtes dans cette situation, vous ne pouvez pas faire un stock à longue durée [...] Deuxièmement, ce moyen de stockage est inapproprié, il arrive souvent que nous stockons nos intrants dans des conteneurs qui ne sont pas indiqués, parce que pour un médicament, il y a la température de conditionnement qui est là, pourtant au conteneur on ne peut pas contrôler la température. Ça dégage tellement de la chaleur [...] si vous le conserver dans un conteneur plus d'un mois, on ne sait pas ce que ça peut devenir » *(IDI, Act ECD\_Kya03)*

« Souvent il faut reconnaître aussi le transport des MILDA là, fait qu'il y a des ruptures virtuelles, au fait théoriquement il y a un stock mais en réalité il y a des ruptures parce que pour trimballer ça, c'est lourd. Si l'ICP vient pour ses activités il préfère ramasser les médicaments dans les petits cartons amener [...] tu vois les ballots de moustiquaires, il faut attendre peut-être qu'il y ait un camion ou bien un tricycle. Ce qui fait que souvent, ils ont leur stock mais la disponibilité même dans les structures pose problème. [...] même les TDR, c'est encombrant hein, tu ajoutes ça, c'est minimum un tricycle [...] même les vaccins, les seringues, c'est des cartons. » *(IDI, Act DRS\_SO\_01)*

Pour la disponibilité des intrants, il faut dire que là-bas ce n'est souvent dépendant du CSPS. Souvent, la disponibilité est liée à tout ce qui se passe au niveau du DRD et de la CAMEG. L'insécurité fait que certains dépôts ne peuvent même pas être ravitaillé comme il se doit de peur de ces gens (HANI). Ils peuvent aussi cambrioler ou piller le dépôt, les zones un peu rouges, ils ne peuvent pas faire les commandes conséquemment pour aller garder. Par exemple les zones de BLADI, KARO qui sont des zones en alerte, les dépôts doivent faire attention, parce que si vous mettez plus de produits, ça va les amener à venir un jour piller. » *(IDI, Act CSPS\_Ddg01)*

### 7.3.2. Connaissances, attitudes, pratiques des populations

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, les communautés ont une certaine connaissance du paludisme qui détermine les modes de transmissions, les causes, la gravité et l'itinéraire thérapeutique.

#### 7.3.2.1. Nosologie populaire du paludisme

- *Insuffisance de connaissance de la cause du paludisme*

Le paludisme est perçu comme une maladie aux causes multiples selon nos interviewés au niveau communautaire. La description du paludisme est dès lors basée sur un système de représentation autour des symptômes et de leur analogie avec d'autres facteurs. De l'analyse de la nosologie populaire du paludisme, le moustique n'est pas exclusivement cité comme l'agent responsable du paludisme. Bien qu'elles soient informées et sensibilisées sur l'agent responsable, les populations interviewées ont leur propre conviction en plus des piqûres de moustiques. Les causes évoquées sont entre autres :

- les causes naturelles : le soleil, la pluie, l'environnement, l'exposition alternée de température extrême (d'une forte chaleur à la fraîcheur et vice versa) ;

- les causes liées à l'alimentation : la mauvaise alimentation, la consommation de certains fruits comme le karité, la mangue, l'huile, les céréales issues de nouvelles récoltes comme le maïs frais, le haricot. En plus de ces différentes causes, ils évoquent aussi le manque d'hygiène et d'assainissement, les travaux pénibles qui peuvent conduire au paludisme.



**Figure 3 :** Nuage de mots sur la nosologie populaire du paludisme

Pour d'autres enquêtés, « *le germe du palu est en chaque personne, ça ne peut jamais finir.* » (FGD, Chef ménage\_SO1), c'est l'exposition à un certain nombre de facteur qui le déclenche.

Aussi, aucune appellation de la maladie en langue locale ne fait référence aux moustiques ou aux piqûres de moustique. En effet, en communauté « moaga », le paludisme chez un adulte est appelé « Weogo » ou « weoga baanga » qui signifie littéralement « brousse » ou « maladie de la brousse ». Cette appellation fait référence au lieu mais aussi aux circonstances dans lesquelles les adultes sont susceptibles de contracter le paludisme, c'est-à-dire la période des travaux

champêtres. Par contre, lorsqu'il s'agit d'un enfant, le paludisme est appelé « Koom » qui veut dire littéralement « l'eau » en référence à la saison des pluies où les enfants s'amuse dans l'eau ou sous la pluie. Dans la Boucle du Mouhoun, le paludisme est appelé « Soumaya » en langue dioula, « Hinlo » en langue bwamou et « Soingna » en langue dafing. Ces terminologies désignent à la fois « l'humidité » et la période à laquelle on attrape le paludisme. Chez les communautés du Sud-Ouest, il existe aussi différentes appellations. Chez les dagara et birifor, le paludisme est appelé « Maarou » qui fait référence à l'état de froid ou de refroidissement du corps et « Pkôpkôho » en lobiri.

Par ailleurs, il ressort de nos entretiens que la forme grave du paludisme est méconnue des communautés. Lorsque l'enfant souffre de paludisme grave, systématiquement la perception sur les causes de la maladie change. Chez les communautés de la Boucle du Mouhoun, l'appellation soumaya devient « Kônô » ou « Kônôni », « lioula » en communauté moaga et « Djakodjo » en communauté lobi et birifor. Tous ces termes désignent littéralement l'oiseau. Dès lors, lorsque l'enfant convulse ou délire, la maladie est due à des esprits maléfiques par l'intermédiaire de l'oiseau qui l'a survolé la nuit.

En résumé, pour les communautés enquêtées, même s'il est vrai que les piqûres de moustiques sont à l'origine du paludisme, la maladie ne se manifeste cependant que lorsque l'on est exposé à ces différents facteurs. Par conséquent, la prévention contre les piqûres de moustiques peut être négligée au profit des consignes alimentaires ou de protection contre le soleil et la pluie. Aussi, ces représentations socioculturelles orientent les comportements préventifs et les soins curatifs des populations contre le paludisme.

- ***Perception du paludisme comme une maladie banale***

Un autre obstacle à l'accès aux soins contre le paludisme est la perception de la gravité de la maladie. De ce qui ressort des entretiens, le paludisme n'est pas perçu a priori comme une maladie grave. Cette perception est relative au sexe des interviewés. Par exemple, chez les femmes, le paludisme est considéré comme une maladie grave qui nécessite des mesures préventives et un recours systématique aux soins. Par contre, les hommes quant à eux, conçoivent le paludisme comme une maladie de femme ou d'enfant. L'appellation « simple palu » en témoigne. Pour certains de nos enquêtés, le paludisme n'est pas une maladie mais plutôt un état de « paresse ». Cependant, la conception de l'homme « fort », l'homme « résistant » constitue un obstacle aux recours précoces de soins dans la mesure où, l'homme tente de résister à la maladie jusqu'à ce que celle-ci devienne grave : *« Il faut dire que les femmes fréquentent plus les centres de santé que les hommes. Les hommes disent qu'ils sont plus courageux que nous les femmes. Selon eux les femmes sont fragiles, vulnérables face au paludisme. Quant aux hommes, ils sont courageux et résistent mieux au paludisme que les femmes. Dès qu'on a le moindre mal nous partons en consultation, ce qui n'est pas le cas chez l'homme. »* (FGD, Femme PDI\_CN)

Cette attitude donne lieu à des retards de prise en charge. Aussi, cette perception du paludisme est assez déterminante dans les itinéraires thérapeutiques des soins contre le paludisme.

- **Itinéraire thérapeutique**

En termes d'itinéraire thérapeutique, c'est l'usage des feuilles, l'automédication, l'hôpital et le recours aux tradipraticiens. Le nuage de mot ci-dessous résume les itinéraires thérapeutiques selon leur importance.



**Figure 4 :** Nuage de mots sur les itinéraires thérapeutiques

Les résultats de l'étude montrent cependant que la pratique thérapeutique des femmes diffère de celle des hommes en termes de choix thérapeutique. En effet, il ressort des entretiens que les femmes ont plus tendance à fréquenter les centres de santé que les hommes : *« on nous avait enseigné que dans le passé ces feuilles étaient très efficaces pour le traitement du palu. Mais de nos jours il est difficile de guérir du palu en utilisant ces feuilles. Tu as beau utilisé ces feuilles tant que tu n'as pas fait un tour au centre de santé, tu ne retrouveras pas ta santé. C'est pour cela que nous nous rendons au centre de santé. »* (FDG, Femme PDI\_CN)

Par contre, pour les hommes, il y a la perception selon laquelle le soin moderne ne peut pas à lui seul traiter définitivement le paludisme. Pour ces derniers, les médicaments permettent plus de soulager le malade, mais pas de le soigner définitivement. Ainsi, la guérison totale de la maladie résulterait de l'association des soins modernes et traditionnels : *« Ça veut dire quand tu pars au CSPS, si on te donne les médicaments, ça se calme vite, après ce n'est pas fini totalement, mais si tu as bien soigné avec les racines aussi si ça fini là, ça dure. »* (FGD, Chef ménage\_SO1)

*« Souvent avec les produits, moi-même, j'ai ma fille chaque fin du mois, il faut que je l'amène au dispensaire, alors qu'elle dort sous une moustiquaire. Chaque fin du mois, par exemple, tu viens c'est toujours les mêmes produits mais si c'est par les plantes aussi que tu as passé peut-être tu peux taper deux mois, même deux ou trois mois avant de revenir, à tout moment c'est embêtant et puis c'est toujours les mêmes produits. »* (FGD, Chef ménage\_CN)

*« C'est exactement la même chose, si tu as ta maman qui est malade, tu l'amènes ici premièrement, si on voit que, c'est le palu, les produits qu'ils vont vous donner, arriver à la maison, vous allez encore ajouter les produits traditionnels pour pouvoir traiter rapidement. »* (FGD, Chef ménage\_SO1)

Le recours au centre de santé est beaucoup plus utilisé pour diagnostiquer la maladie plutôt que pour la soigner. Une fois la maladie diagnostiquée, le patient fait recours à son répertoire de soins traditionnel pour les feuilles ou les racines qui permettent de soigner le mal dont il souffre :

« Numéro3, ici dans la communauté, si la personne sait réellement que c'est le palu il a, comme il y a nos racines et puis les feuilles que nous connaissons, on utilise ça aussi pour se soigner contre le palu » (FGD, Chef ménage\_SO2)

« Ce qu'il a dit c'est vraiment juste, ça veut dire le fait que tu es couché à la maison, tu ne connais pas ton mal, mais quand tu viens au CSPPS on te dit que tu as le palu, maintenant arriver à la maison, tu as des produits qu'on t'a donnée ici, comme on t'a dit que tu as le palu, je connais maintenant les racines, ce que je dois utiliser maintenant pour me faire soigner du palu ; vous voyez, c'est ça et maintenant à la longue si ça ne va pas maintenant tu peux aller consulter ton féticheur pour voir qu'est-ce qu'il y a depuis là, je suis tout le temps malade, je soigne ça ne guérit pas. » (FGD, Chef ménage\_SO1)

Le recours à l'automédication et aux soins traditionnels s'explique par plusieurs raisons parmi lesquelles il y a le manque de moyens pour supporter les coûts directs et indirects, les ruptures des médicaments et les attitudes des personnels de santé : « C'est le manque de moyen là parfois qui entraîne tout ça, si tu n'as pas les moyens, tu as peur de venir pour qu'on te prescrive par exemple une ordonnance et que tu n'as pas cette somme-là, tu seras étonné donc c'est mieux de rester à la maison et pratiquer les produit traditionnels » (FGD, Femme enceinte\_CN)

« Numéro2, en première lieu c'est le dispensaire, pour savoir tu as quelle maladie d'abord, après ça, l'ordonnance qu'on va te donner souvent il y a le manque de moyen pour acheter les produits, par exemple, si tu pars à la pharmacie avec l'ordonnance et on te parle de 15 000f ou 20 000f alors que, tu n'as pas ces moyens, tu dois utiliser maintenant les racines. Si ça ne va pas, toi-même tu traites à ta manière, si ça ne va pas toujours, tu peux aller chez les guérisseurs aussi pour voir » (FGD, Chef ménage\_SO2)

« Souvent les moyens financiers ne sont pas disponibles pour se rendre au centre de santé. C'est ce qui nous pousse à avoir recours à l'automédication. C'est quand on se rend compte que les choses ne s'améliorent pas qu'on se sent obligé de se rendre au centre de santé même s'il faut passer par des prêts ou des demandes d'aides. » (FGD, Femme allaitante\_CN)

« Par exemple, moi-même une fois je suis arrivé et à peine je suis rentré, elle a crié en me disant madame tu ne vois pas que quand les autres rentrent elles referment la porte ? Dans ce genre de situation, tu pries Dieu seulement que ton tour de consultation finisse et que tu rentres à la maison et après ça, tu ne vas plus vouloir revenir un jour là-bas encore, et même le jour que tu es obligé de devenir tu penses à ce genre de chose là et tu ne sais pas comment ça va se passer. » (FGD, Femme enceinte\_CN) Pour les acteurs de la santé, l'automédication est l'une des raisons « qui fait que certaines molécules sont devenues inefficaces dû aux résistances, puisque certains patients vont au niveau des pharmacies payer des anti palus sans consultation. Ce n'est pas sûr que l'observance de traitement soit garantie. Donc tout cela peut engendrer des résistances. » (IDI, Act ECD\_Kya03)

### **7.3.3. Perceptions, pratiques ou croyances locales influençant négativement le respect des mesures préventives**

Les communautés ont une certaine perception des soins préventifs qui influence l'acceptabilité et l'acceptation des interventions préventives de lutte contre le paludisme. Aussi, il existe des insuffisances dans la mise en œuvre de certaines interventions qui limitent leur efficacité. Le

tableau ci-dessous synthétise les différents facteurs qui limitent l'accès et l'utilisation des mesures préventives.

**Tableau 6:** Obstacles à l'utilisation des mesures préventives

Mesures préventives	Obstacles
Au niveau de la CPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect des directives d'administration par certains distributeurs</li> <li>• Non supervision des trois (3) prises par les distributeurs communautaires</li> <li>• Gratuité de l'intervention. Selon cette perception populaire tout ce qui est médicament que les blancs donnent gratuitement n'est pas de bonne qualité</li> <li>• Peur de la survenue des effets indésirables (fièvres, vomissement, etc.)</li> <li>• Perception de la CPS par les communautés comme une stratégie pour rendre les enfants stériles ou impuissants afin de limiter les naissances</li> <li>• Surestimation ou sous-estimation des cibles</li> </ul>
Utilisation des MILDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensation d'étouffement</li> <li>• Sensation de chaleur</li> <li>• Sensation d'odeur</li> <li>• Sensation de démangeaisons ou brûlure de la peau</li> <li>• Les conditions d'utilisation des MILDA non adaptées</li> <li>• Utilisation à d'autres fins par certaines communautés (ex. Au Sud-Ouest certaines communautés utilisent les moustiquaires pour conserver leurs cadavres à l'abri des mouches, utilisation pour la pêche, clôture des jardins, des enclos...)</li> <li>• Certaines personnes estiment que dormir sous une moustiquaire c'est dormir dans une tombe</li> <li>• Usage des MILDA à des fins de suicide (établissement pénitentiaire)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des moustiquaires pour protéger les cultures contre les prédateurs, et pour la pêche (AGR)</li> </ul>
TPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation tardive de la première grossesse dans certaines communautés liée aux rites à observer qui retarde l'administration de la SP et le recours aux soins primaires</li> <li>• Consultation tardive des femmes enceintes surtout les PDI dans certaines localités.</li> <li>• Effets secondaires du TPIg</li> <li>• Rupture en SP</li> <li>• Mobilité des femmes à travers les frontières</li> </ul>
PID	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violation de l'intimité</li> <li>• Insuffisance de ressources financières</li> <li>• Pratiques coutumières</li> <li>• Crainte de la dangerosité du produit utilisé dans la pulvérisation</li> </ul>

### 7.3.3.1. Facteurs affectant le recours aux soins de santé

L'étude a montré que plusieurs facteurs influencent le recours, l'accès aux services de traitement contre le paludisme. Parmi ces facteurs, on peut noter :

- Le mauvais accueil des patients par certains agents de santé ;
- Le long temps d'attente dans les formations sanitaire ;
- L'inaccessibilité financière aux soins de santé,
- Les prescriptions irrationnelles,
- Le refus de se faire consulter par des prestataires de sexe différent dû à certaines croyances ;
- Le refus des fidèles de certaines confessions religieuses de se faire transfuser le sang ;
- La rupture fréquente des médicaments ;
- Le respect insuffisant des directives de prise en charge ;
- La non disponibilité d'infrastructures adaptées pour les personnes vivant avec un handicap ;
- La limitation des heures de consultation ou du nombre de patients par les agents de santé.

### 7.3.3.2. Les obstacles à l'accès aux services de santé par les populations vulnérables

Les groupes de populations vulnérables identifiées dans le cadre de l'étude de par leur vulnérabilité spécifiques ou commune sont confronté à un certain nombre d'obstacle. Ces obstacles sont rencontrés aussi bien au niveau de la disponibilité, de l'accès qu'à l'utilisation des services de prévention et de traitement contre le paludisme. Cependant, de l'analyse des résultats, on constate que les barrières socioculturelles entravant l'accès aux soins, même si elles persistent dans certaine communauté, force est de constater que les efforts de sensibilisation et de communication ont contribué à lever nombre d'entre elles. Les insuffisances liées au système de santé sont tout aussi importantes dans l'accessibilité aux soins.

Le tableau ci-dessous expose la synthèse des populations vulnérables ainsi que les obstacles auxquels elles sont confrontées dans le recours et l'utilisation des services antipaludiques.

**Tableau 7 :** Obstacles au recours et à l'utilisation des services antipaludiques

<b>Populations vulnérables</b>	<b>Obstacles</b>
<b>Femmes enceintes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attestation tardive de la première grossesse dans certaines communautés qui retarde l'administration du SP et du recours aux soins primaires</li> <li>- Insuffisance de communication sur l'administration de la SP</li> <li>- Insécurité (fermeture de certains centres de santé limitation des prestations en SR)</li> <li>- Temps d'attente dans les centres de santé décourage les femmes</li> <li>- Limitation des jours, voir des heures de consultation ou du nombre de patientes par les agents de santé</li> <li>- Mauvais accueil de certains agents de santé</li> <li>- Faible autonomie financière pour certaines femmes</li> <li>- Faible autonomie dans la prise de décision en matière de santé,</li> <li>- Le refus de se faire consulter par des prestataires de sexe différent dû à certaines croyances ;</li> <li>- Le refus des fidèles de certaines confessions religieuses de se faire transfuser le sang</li> </ul>
<b>Enfant de moins de 5 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rupture des MILDA liée à des dysfonctionnements dans la chaîne d'approvisionnement et de distribution</li> <li>- Non-respect des directives en matière distribution des MILDA de routine</li> <li>- Mauvaise perception de la gratuité de la CPS amène certains parents à refuser l'administration du médicament aux enfants</li> <li>- Perception de l'arrière-gout des médicaments</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effets indésirables (fièvres, vomissement, etc.) font que les parents refusent de donner le médicament aux enfants</li> <li>- Perception des communautés comme une stratégie pour rendre les enfants stériles ou impuissants afin de limiter les naissances,</li> <li>- Insécurité (fermeture de certains centres de santé).</li> </ul>
<b>Enfants de 6 à 10 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'interventions spécifiques ;</li> <li>- Non pris en compte dans la gratuité ;</li> </ul>
<b>Personnes âgées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible autonomie financière ;</li> <li>- Manque d'interventions spécifiques</li> </ul>
<b>PDI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté d'acheminement des MILDA</li> <li>- Insuffisance de MILDA</li> <li>- Insuffisance de poste de santé avancé</li> <li>- Sous-estimation de l'effectif des PDI</li> <li>- Habitat non adapté à l'installation des MILDA</li> <li>- Promiscuité des tentes qui ne facilite pas l'utilisation des MILDA (Plus de 20 personnes dans une tente)</li> <li>- Barrière financière pour honorer les coûts directs et indirects des soins</li> <li>- Mobilité des mères avec les enfants à la recherche des moyens de subsistance (Situation de précarité obligeant les PDI à préférer aller chercher les moyens de subsistance que de rester pour recevoir les MILDA ou la CPS)</li> <li>- Eloignement de la formation sanitaire nécessitant l'utilisation de moyens de déplacement qui sont rares sur les sites de PDI</li> <li>- Long temps d'attente au niveau des centres de santé est aussi évoqué comme un obstacle à l'utilisation des services de santé</li> <li>- Insuffisance de communication et de sensibilisation sur les mesures préventives contre le paludisme</li> </ul>
<b>Habitants des zones à fort défis sécuritaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté d'accès aux structures de santé après 17H due au fonctionnement à minima des CSPS</li> <li>- Difficulté d'accès aux structures de santé pour cause de couvre-feu</li> <li>- Déplacement des populations réduit pour cause de blocus des GAT</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eloignement des centres de santé des populations dû à la fermeture de ceux qui sont proches</li> <li>- Coûts indirects des soins (transport, séjour) lorsqu'ils doivent se rendre ailleurs pour les soins</li> <li>- Rupture de certains médicaments dans les dépôts</li> <li>- Difficulté d'évacuer à toute heure</li> <li>- Interdiction de l'utilisation de grosses motos</li> <li>- Manque de moyen financier pour honorer les ordonnances dû au manque d'activités économiques</li> </ul>
<b>Populations nomades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modes de vie les éloignant des centres de santé au profit des zones de pâturage.</li> <li>- Non accès à l'information et à la sensibilisation</li> <li>- Habitat non adapté à l'installation des moustiquaires</li> <li>- Faible autonomie financière des femmes</li> <li>- Faible autonomie des femmes dans la prise de décision en matière de recherche de soins</li> </ul>
<b>Habitants des sites aurifères</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible intérêt pour l'enrôlement lors des campagnes de distribution et à l'utilisation de la MILDA</li> <li>- Habitat précaire ne permettant pas l'installation des MILDA</li> <li>- Difficultés d'utiliser les MILDA sur les sites</li> <li>- Manque de centre de santé à proximité</li> <li>- Recours principalement à l'automédication</li> <li>- Faible accès aux soins et à l'information sanitaire</li> </ul>
<b>Population carcérale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promiscuité dans les prisons ne favorisant pas l'utilisation des MILDA</li> <li>- Utilisation des MILDA à des fins de suicide</li> <li>- Ruptures de produits de santé</li> <li>- Insuffisance de personnels soignants</li> <li>- Faible accès aux soins de santé</li> </ul>
<b>Voyageurs/migrants (non immunisés)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'interventions spécifiques</li> <li>-</li> </ul>

### **7.3.3.3. Accessibilité à l'information**

Pour l'accessibilité à l'information sur le paludisme, il n'existe pas d'obstacle majeur au regard de la diversité des moyens et canaux de communication et d'information. En outre, l'étude a montré que les messages de sensibilisation sont culturellement adaptés en fonction des différents groupes socioculturels. Cependant, il ressort de l'entretien avec les acteurs de la santé et des OBCE, une insuffisance dans la mise en œuvre des activités de communication, l'insuffisance de connaissance des acteurs de l'éducation sur le paludisme, de mesures spécifiques de communication à l'endroit des personnes handicapées (visuels, auditifs, ...), la vétusté des moyens logistique roulants et de communication, le non renouvellement des messages de sensibilisation (le film de Zanga qui est diffusé depuis des années) qui ne retiennent plus l'attention des populations . A cela s'ajoute une insuffisance de financement des activités de communication.

### **7.3.3.4. Accessibilité financière**

En termes d'accessibilité financière, la gratuité des mesures préventives (TPI, CPS, MILDA, PID) ainsi que la politique de gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq (5) ans ont permis de réduire cet obstacle. Cependant, certains groupes spécifiques tels que les enfants de 6 à 10 ans, les personnes âgées ne bénéficiant pas d'intervention particulières ni de politique de gratuité de soins sont confrontés aux barrières financières d'accès aux soins.

Par ailleurs, il ressort que les ruptures de médicaments occasionnent des dépenses directes qui associés aux coûts indirects des soins constituent un obstacle majeur au recours aux soins de santé. Il s'agit des frais de transport, des frais de séjours et de restauration du patient et des accompagnants du malade.

« Sur le volet financier c'est vrai que de plus en plus avec la gratuité des soins qui est en vigueur depuis 2016, ça va pour beaucoup de gens, mais il y a les ruptures qui sont là. Quand tu arrives et qu'il y a une rupture, il faut que tu ailles payer. Nous savons tous, même nous en tant que fonctionnaire, si tu as une personne qui fait trois jours à l'hôpital, ce n'est pas évident que tu puisses supporter, malgré que tu reçoives permanemment un salaire. A côté de ça, dès qu'on a un malade on ne travaille plus mais on dépense de l'argent. » (*IDI, Act DRS\_CE\_01*)

Par ailleurs, les enquêtés estiment que la barrière financière affecte l'accès aux soins en ce sens qu'elle joue sur le respect des délais de référence. Il influence non seulement la décision de se rendre au centre de santé mais aussi le respect des références.

« Sinon les véritables soucis c'est lorsque ça arrive au niveau des CMA ou peut-être il faut faire des examens, des bilans. À ce niveau en tout cas ça peut constituer un frein. Des gens qui ne sont pas dans la gratuité signent des décharges pour rentrer avec leur malade à la maison. C'est lorsqu'il faut référer le malade au niveau des CMA, tu vas voir qu'ils ne vont pas vouloir même la référence pour quitter le CSPS. Ils trouvent qu'ils n'ont pas de moyen. S'ils arrivent en ville ici ils trouvent que la vie est chère, tout est cher, ils n'ont pas des gens. Si on les réfère au CMA ça les affecte beaucoup même. » (*IDI, Act DRS\_SO\_01*)

#### **7.3.4. Accessibilité géographique**

La majorité de nos interviewés aussi bien les acteurs de la santé que les communautés, apprécient positivement l'accessibilité géographique aux soins de santé dont le rayon moyen d'accès tourne autour de 5 km. Néanmoins, il ressort que dans certaines localités, le mauvais état du réseau routier, les barrages d'eau pendant l'hivernage constituent des obstacles majeurs à l'accessibilité géographique :

« Les obstacles c'est au niveau géographique. Mais cela est lié notamment à la saison pluvieuse, avec les retenus d'eau, le mauvais état des routes. Sinon, en termes de rayon moyen d'action je pense que c'est Ouargaye qui est le plus élevé avec autour de 6 à 7. A part Ouargaye je pense que dans la région, nos rayons moyens d'action tournent autour de 5. Mais cette distance théorique comme on le dit, il y a des réalités qui sont là, en termes de qualité de route ou d'intempérie qui empêche que les populations aient accès aux services de santé au moment opportun surtout justement au moment de pic pendant l'hivernage. » (*IDI, Act DRS\_CE\_01*)

« Pendant l'hivernage il y a les hameaux de culture, il faut aller travailler, il faut aller cultiver en brousse alors que, si on tombe malade là-bas, on doit abandonner son champ, parcourir une longue distance. Il y a les barrages qui sont là et tout ça ce n'est pas simple. Pendant nos campagnes, il y a des endroits où on ne peut pas aller superviser » (*IDI, Act DRS\_SO\_01*)

Cependant, l'insécurité demeure le principal obstacle évoqué dans l'ensemble des régions de l'étude.

##### **7.3.4.1. L'insécurité comme le plus grand obstacle à l'accessibilité géographique**

De l'analyse des propos des interviewés, l'insécurité constitue le problème majeur à l'accès aux soins aussi bien préventifs que curatifs. Elle y contribue de différentes façons :

- Le fonctionnement à minima et/ou la fermeture complète des formations sanitaires augmente la distance à parcourir pour accéder aux centres de santé et limite l'accès aux soins ;

« A travers les quatre districts, en dehors de Boussouma seul, qui n'a pas de formations sanitaires fermées, le reste on évalue à soixante-deux (62) formations sanitaires au jour d'aujourd'hui fermées pour le Centre-Nord, sur deux cent dix-huit (218) » (*IDI, Act DRS\_CN\_01*)

« Les obstacles au niveau de la sécurité, il faut noter actuellement, je parlais tantôt des quatre (4) formations sanitaires fermées à KAMPTI, à GAOUA il y'en a deux déjà et à part ça il y a quelques formations sanitaires. Ils travaillent mais la nuit tu n'es pas fou pour aller prendre la garde, la nuit chacun disparaît parce qu'on ne sait pas qui va venir. Donc, ça fait qu'avec l'insécurité c'est difficile actuellement pour certains endroits. Même lors de nos campagnes, il y a eu des campagnes où ils se sont presque opposés à la hiérarchie. » (*IDI, Act DRS\_SO\_01*)

« Pour ce qui concerne l'accès aux soins sur le paludisme au niveau institutionnel, nous avons un problème parce que nous avons des centres de santé qui sont fermés, actuellement

nous avons huit CSPPS qui sont fermés. On a des CSPPS qu'on ne peut plus couvrir, l'échelle moyen d'action du district est assez élevée, les gens ont un problème d'accessibilité géographique aux structures de santé, pour pouvoir même se rendre dans un centre de santé pour avoir les soins. » (*IDI, Act ECD\_Ogy01*)

- L'insécurité handicape le ravitaillement des formations sanitaires en intrant en réduisant leurs capacités de stockage, en occasionnant des ruptures et en rendant difficile les évacuations.

« Il y a aussi la difficulté d'évacuation d'une zone à une autre, des villages vers les CSPPS, des CSPPS vers le CMA et du CMA vers le CHR. Les ambulances sont là mais leur circulation est limitée parce qu'à tout moment elles peuvent être retirées, donc ça fait qu'on est vraiment hésitant à faire certaines évacuations » (*IDI, Act ECD\_Tkg02*)

« Maintenant si je prends les zones difficiles comme Barsalogo, c'est ce souci-là, puisque la CAMEG ne peut plus aller à Barsalogo. [...] A Barsalogo il y a eu souvent au premier et deuxième passage les HANI avaient retiré des médicaments. C'est des pertes énormes [...] Vous savez que la situation de Barsalogo il y a des zones qui n'ont pas encore réalisé de campagnes de distribution universelle de moustiquaire. Si on veut parler de la prévention chez la femme enceinte avec la SP, la Sulfadoxine contre le palu aussi, est une question de disponibilité, il y a rupture fréquemment liée à l'approvisionnement depuis la CAMEG. » (*IDI, Act DRS\_CN\_01*)

« Notre DRD est quasi vide, on négocie avec la CAMEG pour un ravitaillement mais la route n'est pas sécurisée et jusqu'à présent on n'a pas été approvisionné. Il y a certains CSPPS aussi pour venir au DRD même s'approvisionner c'est tout un problème, les CSPPS sont fermés, les populations mêmes pour se déplacer chez eux et arriver dans le CSPPS c'est un problème. Je pense que tous ces éléments impactent négativement. » (*IDI, Act ECD\_ogy02*)

- L'insécurité impacte négativement la couverture des interventions telles que la campagne de CPS et celle de MILDA

« La principale difficulté c'est la situation sécuritaire. Actuellement on a beaucoup de centres de santé qui sont fermés, on ne peut pas se déplacer comme on veut même pour la mise en œuvre des campagnes MILDA, CPS, il y a des villages qu'on n'arrive pas à toucher. » (*IDI, Act ECD\_ogy01*)

« A Barsalogo il y a eu souvent au premier et deuxième passage les HANI avaient retiré des médicaments. C'est des pertes énormes [...] Vous savez que la situation de Barsalogo il y a des zones qui n'ont pas encore réalisé de campagnes de distribution universelle de moustiquaire » (*IDI, Act DRS\_CN\_01*)

L'insécurité handicape les activités génératrices de revenu et appauvrit les populations dont la majorité est agriculteur et éleveur. Elle aggrave la précarité économique de ces populations qui se retrouvent sans ressources financière pour supporter les coûts des soins.

### **7.3.5. Facteurs liés au genre, aux droits humains influençant l'accessibilité et l'utilisation des interventions de base contre le paludisme**

#### **▪ Facteurs liés au genre**

Les normes de genre qui influencent l'accès et l'utilisation des services de santé sont en partie liés au statut social de la femme et de l'homme dans la société et à la manière dont le paludisme affecte les deux.

#### **• Faible autonomie de la femme dans la recherche des soins**

Il ressort des entretiens avec la communauté ainsi que les acteurs de la santé que la femme dépend économiquement de son mari et reste culturellement soumise au pouvoir de décision de ce dernier :

« La femme ne peut pas être autonome aux yeux de l'homme. Si la femme veut être autonome, elle doit rester chez elle sans chercher à se marier. Une femme ne peut pas se lever aller à l'hôpital sans informer son mari. Il faut d'abord informer ton mari pour qu'il t'amène ou qu'il te donne la permission d'aller à l'hôpital. » (FGD, Femme allaitante\_SO)

« Une femme n'a pas d'autonomie. Si elle est malade il faut qu'elle dise à son mari. Si le mari lui autorise elle part se soigner là où le mari lui demande d'aller. Elle n'est pas autonome, c'est ce que l'autre a dit si tu es malade il faut forcément informer le mari et aller te soigner ou il te dira d'aller. » (FGD, Femme enceinte\_BM)

« La femme est au second plan il faut le dire. Quoi qu'on dise même si c'est son enfant, elle ne peut pas venir directement sans que la famille ne donne l'autorisation. Il y a des enfants qu'on nous envoie que c'est son papa qui n'avait pas donné l'autorisation de l'amener et l'enfant a pris un coup avec cette décision. C'est pour dire que malgré que la femme a les moyens pour venir au CSPS et que ses prestations sont gratuites au niveau CSP, elle ne peut venir parce qu'elle n'a pas eu l'autorisation. » (IDI, CSPS\_Ddg01)

#### **• Faible implication des hommes dans le problème de soins de leurs épouses et leurs enfants**

« Il y a le fait que dans les familles, les hommes ne s'impliquent pas assez dans la santé de leurs enfants ni de leurs femmes. Quand un enfant est malade c'est la femme qui va se débattre toute seule et le mari va venir après ou bien, il se peut même qu'il ne va même pas venir. » (Act District CE)

L'étude a montré que dans la région du Sud-Ouest, la femme au foyer même lorsqu'elle pratique une activité génératrice de revenu, elle ne dispose cependant pas du contrôle des revenus qui en sont générés. Le mari est celui qui détient non seulement l'accès mais aussi le contrôle des ressources du ménage. De ce fait, c'est lui qui détermine :

#### **- L'utilisation du revenu de la famille pour les problèmes de santé**

« Le statut socio-économique est vraiment déplorable parce que quand la femme est dotée, tout ce qu'elle fait, elle travaille, elle fait le commerce, c'est pour le mari. Du coup tout ce qu'elle génère de ses activités c'est le mari qui prend ça. Donc son pouvoir de décision est limité. » (Act district. SO).

- ***La décision d'aller consulter en cas de maladie,***

« En matière de santé c'est l'homme qui décide. Je pense que tout ce qui se fait dans les familles c'est l'homme qui décide. La femme ne peut pas décider à la place de son mari. S'il n'est pas là, ça peut se comprendre. Mais s'il est là c'est lui qui décide parce-que c'est lui l'homme. [...] tu peux avoir l'argent mais si on ne te donne pas la permission tu ne peux aller à l'hôpital » (*FG Femmes allaitantes. SO*)

« Le pouvoir de décision dans les ménages je disais tantôt qu'à Ouargaye c'est essentiellement une population composée de Moosi, yaana, Bissa, Fulfuldé et sur le plan culturel dans un ménage c'est le chef de ménage seul qui a le droit de décider. Le plus souvent un enfant peut être malade et on va dire de faire telle chose en attendant, aller payer le paracétamol donné en attendant, et cela fait que le plus souvent les gens consultent avec un retard. » (*Act District. CE*)

« Si la femme est dotée, elle n'a pas le pouvoir de décider d'aller dans un centre de formation sanitaire. [...] Puisque tant que le chef de famille n'a pas donné son accord, elle ne peut pas se lever aller se consulter. Si elle le fait elle peut être répudiée. Donc ça affecte sérieusement » (*Act district. SO*)

- ***Les possibilités de rejoindre rapidement un centre médical***

« Il ne va pas refuser mais il va tarder. Il va dire de patienter d'abord. Peut-être qu'il va dire qu'il veut faire d'autre course. Puisque c'est lui qui va la remorquer. À moins qu'elle ne soit nez à nez à côté de la famille. Le petit frère du mari ne peut pas prendre la décision de l'emmener sans que le mari ne donne l'autorisation » (*Act district. SO*)

Aussi, il y a le fait que c'est le rôle des femmes de s'occuper des malades dans la communauté, ce qui fait qu'elles n'arrivent plus à participer pleinement à leurs activités économiques, renforçant ainsi leurs vulnérabilités économiques.

▪ **Facteurs liés aux droits humains**

En se référant à la définition des droits humains de l'OMS, chaque être humain a droit à un accès en temps opportun à des soins de santé de qualité suffisante et d'un coût abordable. Cependant, de l'analyse des résultats de la présente étude, plusieurs facteurs exposés plus haut compromettent le droit à l'accès aux soins de lutte contre le paludisme de certaines populations vulnérables. Parmi ces facteurs, on peut citer :

- L'insécurité qui entrave le droit des populations des zones à défis sécuritaire à l'accès en temps utile aux services de prévention et de traitement avec la fermeture ou le fonctionnement partiel des formations sanitaires, la faible couverture des campagnes MILDA, CPS.
- L'insuffisance de personnels de santé dans les maisons d'arrêts et de correction ainsi que le manque d'intervention adaptée à la situation carcérale entravent le droit des populations carcérales à l'accès aux soins de santé de qualité suffisante contre le paludisme.

- La limitation des heures de consultations et du nombre de patientes lors des CPN qui compromet le droit des femmes enceintes à l'accès aux services de prévention contre le paludisme tels que le TPI.
- Le manque de canal de communication et d'information adapté aux personnes handicapées (visuel et auditif,) entrave leur droit à l'information sur les services de lutte contre le paludisme.
- Le manque de moyen financier pour certaines populations vulnérables telles que les PDI, limite leur droit d'accès aux soins.

## **VIII. Recommandations**

- 1- Renforcer la collaboration multisectorielle au niveau central et déconcentré
- 2- Intégrer la désagrégation des indicateurs en prenant en compte les différents facteurs de stratification suivants dans les outils de collecte de donnée « l'âge, le sexe, le genre, le lieu de résidence, le statut de déplacement, le statut économique, la nationalité, l'origine ethnique, le handicap, la profession, la religion »
- 3- Renforcer les capacités des agents de santé sur les nouvelles directives de prise en charge des cas de paludisme
- 4- Renforcer les capacités des agents de santé communautaire dans la prise en charge des cas au niveau communautaire surtout dans les zones à fort défi sécuritaire
- 5- Former les agents de santé aux principes du genre et des droits humains dans la délivrance des soins
- 6- Mettre en place une digitalisation des différentes interventions au profit des groupes cibles (CPS, MILDA, TPIg, etc.) afin d'améliorer la qualité des données pour une meilleure prise de décision
- 7- Passer à la supervision des trois doses de la CPS pour s'assurer que l'administration est bien faite afin d'augmenter l'efficacité de la campagne
- 8- Poursuivre et renforcer les interventions CPS ; MILDA en incluant les enfants de 6 à 10 ans pour ce qui est de la CPS et les enfants drépanocytaire ; TPI au profit des femmes enceintes et des personnes âgées pendant la période de haute transmission
- 9- Mettre en œuvre des interventions adaptées aux populations carcérales
- 10- Renforcer la capacité des établissements pénitenciers en personnels de santé qualifiée
- 11- Renforcer la communication pour une meilleure adhésion des groupes cibles aux interventions pour l'élimination du paludisme
- 12- Rendre disponible les médicaments dans les dépôts afin d'encourager le recours au centre de santé
- 13- Renforcer les capacités de stockage des intrants des formations sanitaires
- 14- Renforcer le passage à l'échelle des interventions à base communautaire (club de santé communautaire, poste de santé communautaire, cellule de veille communautaire, cellule locale de santé communautaire, école des maris...)
- 15- Sensibiliser les communautés aux droits et aux besoins en santé de leur famille
- 16- Renforcer la mise en œuvre des programmes de soutien socio-économiques au profit des groupes vulnérables
- 17- Renforcer les services de santé mobile (Nomade, PDI, les habitants des zones périurbaines)
- 18- Améliorer l'accessibilité physique et environnementale des personnes handicapées
- 19- Adapter les canaux de communication et d'information aux réalités des personnes handicapées (auditif, visuel,...)

## IX. Description des interventions

Pour l'atteinte des produits identifiés ci-dessous et des effets attendus, les dix (10) interventions suivantes doivent être mises en œuvre.

**Tableau 8 :** Description opérationnelle des interventions

Interventions	Description des interventions
Distribution de MILDA aux groupes vulnérables et spécifiques	<p>Les MILDA de nouvelle génération seront distribuées aux groupes vulnérables (PDI, populations nomades, enfants de la rue, personnes handicapées, personnes âgées) et spécifiques (artisans miniers, forestiers). La liste de chaque groupe peut être obtenu auprès des structures spécifiques du ministère en charge de l'action humanitaire (SP/CONASUR, Direction générale de la famille et de l'enfance (DGFE), direction générale de la solidarité et de l'action humanitaire, Secrétariat permanent du conseil national multisectoriel pour la protection et la promotion des droits des personnes handicapées (SP/COMUD/H), SP/CNPS, les structures faitières seront mise à contribution. Pour ces personnes vulnérables, la distribution se fera à une MILDA par personne de préférence de forme conique à deux places.</p> <p>PDI : une requête sera transmise au SP/CONASUR pour obtenir la liste des PDI dans chaque localité. Les directions régionales en charge de l'action humanitaire en collaboration avec les services de santé assureront la distribution. Elle se fera en stratégie avancée par l'ICP avec l'appui des ASBC.</p> <p>Enfants de la rue : la distribution se fera en milieu ouvert en collaboration avec la DGFE</p> <p>Personnes handicapées : une requête sera transmise au SP/COMUD/H pour obtenir la liste des personnes handicapées dans chaque localité. Les directions régionales en charge de l'action humanitaire en collaboration avec les services de santé assureront la distribution</p>
Distribution de MILDA en routine aux femmes enceintes, aux enfants de moins d'1 an, aux malades hospitalisés et aux élèves dans les internats	<p>La distribution de MILDA en routine se fera aux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- femmes enceintes dès le premier contact de soins prénatals (SPN contact 1) ;</li> <li>- enfants de moins d'un an à la naissance ou dès le premier contact vaccinal ;</li> <li>- tous les malades hospitalisés dans les formations sanitaires dès l'hospitalisation ;</li> </ul>

Interventions	Description des interventions
	<p>- élèves dans les internats :</p> <p>Dans la première année de mise en œuvre, cette distribution concernera l'ensemble des élèves de chaque internat y compris les nouvelles recrues dans l'armée. Pour les autres années seuls les nouveaux arrivants seront concernés. Ces MILDA seront renouvelées chaque trois ans.</p> <p>Les supervisions, les rencontres de concertation et les notes de rappel seront des occasions de rappel au respect strict des directives de distribution des MILDA aux groupes vulnérables par les formations sanitaires et au niveau communautaire.</p>
<p>Pulvérisation intra domiciliaire (PID) dans les établissements pénitentiaires une fois par an</p>	<p>La PID consiste à l'application d'insecticide à effet rémanent sur les faces intérieures des murs des habitations dans le but de réduire significativement la densité vectorielle.</p> <p>Elle sera organisée en collaboration avec les responsables des établissements pénitentiaires</p>
<p>Dépistage et traitement de masse dans les centres pénitentiaires, cours de solidarité, les centres de réinsertion sociale et les FDS et VDP en position avancée</p>	<p>Cette intervention consistera à réaliser des tests de diagnostic rapide du paludisme chez tous les pensionnaires sans distinction. Tous les cas positifs seront traités selon les directives de prise en charge du paludisme.</p> <p>Cette intervention sera organisée en collaboration avec les responsables des établissements concernés une fois par mois durant toute l'année au niveau des établissements pénitentiaires, des cours de solidarité et des centres de réinsertion sociale</p> <p>Les responsables des différents centres et les représentants des bénéficiaires seront mis à contribution pour assurer le dépistage et le traitement sans discrimination.</p> <p>Pour les FDS (armées et police) et les VDP en position avancée, les agents de santé de l'armée seront mis à contribution pour le dépistage et le traitement.</p>
<p>Dotation en intrants (TDR, ACT) au profit des FDS et VDP en position avancée</p>	<p>L'approvisionnement sera assuré par SP/Palu au profit des services des approvisionnements des FDS (armée et Police).</p> <p>Les quantités estimées par an se décomposent en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition en 17 820TDR</li> <li>- Acquisition en 17 820 ACT</li> </ul>

Interventions	Description des interventions
Lutte anti-larvaire dans les centres pénitentiaires, les cours de solidarité, les centres de réinsertion sociale, les sites PDI, les hôpitaux, les lieux publics (gares, abattoirs, les alentours des points d'eau, les marchés et YAAR)	Elle consiste à éliminer les conditions favorables au développement des gîtes larvaires. Elle consiste au remblayage et/ou la destruction de gîtes larvaires, au curage des caniveaux et la gestion des déchets solides et liquides en collaboration avec les collectivités locales. Elle se fera surtout avec l'engagement communautaire afin d'assurer une appropriation par les groupes cibles pour la durabilité de l'intervention.
La Chimio prévention du paludisme saisonnier en milieu carcéral	Elle consistera à impliquer le personnel de santé en milieu carcéral dans la mise en œuvre de la campagne par l'administration du SPAQ aux enfants de 3-59 mois en collaboration avec les responsables des établissements pénitentiaires.
Autonomisation socio-économique des femmes et filles à travers les AGR pour la prise en charge précoce du paludisme	<p>Il s'agira de constituer des cohortes de femmes et les former sur la production des produits anti-moustiques (crèmes, savons, spray)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle sera mise en œuvre en collaboration avec les structures et organisations intervenant dans le domaine de l'autonomisation socio-économique des femmes et des filles.</li> <li>- Elle sera mise en œuvre en collaboration avec les structures et organisations de femmes et filles dans leur diversité intervenant dans le domaine de l'autonomisation socio-économique des femmes et des filles.</li> <li>-</li> <li>- Susciter la mise en place d'AVE&amp;C composée d'hommes, pour soutenir l'équité dans l'accès à la prévention et le traitement du paludisme</li> <li>- Mettre à contribution les clubs des maris modèles, les écoles de maris, les GASPA, etc. pour promouvoir le changement de la perception de leurs pairs en vue de faciliter l'accès des femmes et les filles à la prévention et le traitement du paludisme. Elle sera mise en œuvre par la société civile avec l'appui technique ASMAD, MWANGAZA ACTION et CHAI Burkina</li> </ul>

Interventions	Description des interventions
Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)	<p>Elle se fera à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le dialogue communautaire qui mettra à contribution les prestataires de santé ou les agents de développement pour un changement de comportement en collaboration avec les leaders communautaires des PDI vivant dans les sites, les cours de solidarité</li> <li>• la sensibilisation en milieu ouvert sur le paludisme au profit des enfants de la rue sous forme d'apprentissages par les pairs, causeries éducatives et les focus group etc...</li> <li>• la mise en place des groupes d'apprentissage au sein des groupes socio-spécifiques (cours de solidarité, milieu carcéral, centres d'insertion socio-professionnelle)</li> <li>• la communication inclusive de masse à travers les médias (prenant en compte les personnes à besoins spécifiques)</li> </ul>
Formation des agents de santé en humanisation des soins	Elle se fera à travers la formation continue des agents de santé par les directions régionales en charge de la santé et les districts en collaboration avec les OSC et les services déconcentrés des droits humains

## X. Planification opérationnelle des activités

Le présent planning opérationnel des activités a été élaboré en fonction des différents groupes vulnérables afin de lever les barrières respectives auxquelles ces derniers sont confrontés dans l'accès et l'utilisation des services de préventions et de traitement contre le paludisme au Burkina Faso. Il s'agit d'un plan d'action qui couvre la période 2024-2026 avec un coût total de **51 008 288 175 Fcfa**.

**Tableau 9:** plan d'action budgétisé

EFFETS SNDS	EFFETS SP/Palu	Produits	N°	ACTIVITES	PERIODE DE MISE EN ŒUVRE			RESPON SABLE	AUTRES CONCERNES	COÛT (FCFA)	SOURCES DE FINANCEMENT
					2024	2025	2026				
				<b>Effet 1 SNDS 2021-2025 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité</b>							
				<b>Effet SP / Palu 1 : E1 : La gestion interne et externe est efficace</b>							
				<b>Produit 1.1 : La coordination, la collaboration et le leadership de la lutte contre le paludisme sont assurés efficacement au niveau central et décentralisé</b>							
			<b>Act 1.1-1</b>	Organiser des rencontres d'orientation avec les leaders des populations clés et les leaders religieux et coutumiers sur les droits humains et l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme sensible au genre y compris les effets néfastes des consultations tardives des grossesses des femmes	X	X	X	SP/Palu	DPES, DRSH, DS, CSPS, Société civile, DSF, DCRP, DR en charge du genre, PADS	343 141 500	

			<b>Act 1.1-2</b>	Etablir une note de service de rappel pour attirer l'attention des agents sur la limitation des heures et du nombre des patientes	X	X	X	MCD	DRSHP, PASD, PTF	0	
			<b>Act 1.1-3</b>	Proposer une note de service pour le respect strict des directives en matière de distribution des MILDA de routine	X	X	X	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, DGAP, PADS	0	
			<b>Act 1.1-4</b>	Tenir une rencontre d'échange une fois par trimestre avec les acteurs humanitaires sur l'élimination du paludisme	X	X	X	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, Société civile, PTF, Humanitaires, PADS	14 340 000	
			<b>Act 1.1-6</b>	Organiser des rencontres de plaidoyer auprès des autorités administratives des 08 régions à fort défis sécuritaire pour l'obtention de laisser passer pour les ASBC et les acteurs communautaires	X	X	X	SP/PALU	DRSHP, DS, OSC, DPES	A déterminer	
			<b>Act 1.1-7</b>	Elaborer et valider un document de plaidoyer pour la prise de textes d'application pour l'effectivité de la gratuité des soins à l'endroit des populations indigentes y compris les détenus	X			SP/Palu	MEFP, DRSHP, OSC, MJDHRI, MSAHRNGF	5 614 000	

			<b>Act 1.1-8</b>	Organiser une rencontre de plaidoyers auprès des autorités administratives et politiques pour la prise de textes d'application pour l'effectivité des droits (la gratuité, rampes d'accès etc.) des populations invalides, indigentes y compris les détenus.	X			SP/Palu	MEFP, MJDHRI, OSC, MSAHRNGF	575 000		
			<b>Act 1.1-9</b>	Organiser les séances de vulgarisation des lois ayant trait à la défense des droits humains et genre pour les groupes vulnérables ;	X	X	X	SP/Palu	MJDHRI, MSAHRNGF, OSC	2 531 041 500		
			<b>P1.2 : L'engagement et la redevabilité des autorités politiques et administratives (Ministère, Présidence, Gouvernement) en faveur de la lutte contre le paludisme sont effectifs</b>									
			<b>Act 1.2-1</b>	Organiser un atelier d'information et de sensibilisation sur les dispositifs de veille communautaire	X			SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, PTF, PADS, OSC, Mairies	31 745 000		
			<b>Act 1.2-2</b>	Mettre en place des dispositifs de veille communautaire au sein de chaque CSPS	X			SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, PTF, PADS, OSC, Mairies	0		
			<b>Act 1.2-3</b>	Apporter un appui au fonctionnement des dispositifs de veille communautaire au sein de chaque CSPS	X	X	X	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, PTF, PADS, OSC, Mairies	640 800 000		

			<b>COUT TOTAL EFFET 1 SP/Palu</b>								
			<b>Effet SP / Palu 2 : E2 La planification, la surveillance et le suivi sont efficaces</b>								
			<b>P2.1 : L'élaboration et la révision des documents normatifs et de la planification sont réalisés</b>								
			<b>Act 2.1-1</b>	Réviser la boîte à image de la lutte contre le paludisme en prenant en compte les perceptions négatives sur toutes les interventions	X			SP/Palu	DRSHP, DS, CSPPS, DCRP, société civile, PADS	30 060 000	
			<b>Act 2.1-2</b>	Organiser un atelier de révision du plan de mise en œuvre des recommandations de Malaria Matchbox		X		SP/Palu	PADS, MJDHRI, MSAHRNGF, OSC	5 342 600	
			<b>Act 2.1-3</b>	Evaluer la mise en œuvre des recommandations de Malaria Matchbox		X	X	SP/Palu	PADS, MJDHRI, MSAHRNGF, OSC	9 727 200	
			<b>P2.2 : L'information stratégique de qualité pour la lutte contre le paludisme est disponible et utilisée pour la prise de décision</b>								
			<b>Act 2.2-1</b>	Assurer le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins préventif et curatif au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans	X	X	X	SP/Palu	PADS, OSC, MSRNAHGF	66 378 000	

			<b>Effet 3 SNDS : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier</b>								
			<b>E 3 SP/Palu : L'utilisation des services de qualité pour la lutte contre le paludisme augmente pour toute la population sans risque financier</b>								
			<b>P3.1 : La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN est effective</b>								
			<b>Act 3.1-1</b>	Accroître le nombre de centres de santé mobile	X	X		MSHP	SP/Palu DRSHP, DS, CSPS, Société civile, PADS, PTF	0	
			<b>Act 3.1-2</b>	Elaborer une stratégie pour étendre le TPIg communautaire à 48 districts sanitaires		X		SP/Palu	PTF, DC, DRSHP, DS, CSPS, Société civile, PADS	0	
			<b>Act 3.1-3</b>	Doter 350 sites de PDI en intrant de prise en charge du paludisme	X	X	X	SP/Palu	PADS, PTF, Humanitaire	0	
			<b>Act 3.1-4</b>	Apporter un appui au fonctionnement et doter d'intrants de prise en charge du paludisme aux postes de santé communautaire prévus dans chaque village	X	X	X	DPES	SP/Palu DRSHP, DS, CSPS, PTF, PADS	0	

			<b>Act 3.1-5</b>	Prendre en charge gratuitement les cas de paludisme dans les zones sous blocus	X	X	X	SP/PALU	PADS ; DPES ; OSC	0	
			<b>Act 3.1-6</b>	Promouvoir l'autonomisation économique des femmes et des jeunes femmes en âge de procréer à travers les AGR pour la prise en charge précoce du paludisme ;	X	X	X	SP/Palu	MEFP, PADS, OSC, MSRNAHGF	6 439 095 000	
			<b>Act 3.1-7</b>	Faire des plaidoyers auprès des leaders communautaires pour l'inclusion des femmes dans les prises de décision en matière de santé	X	X	X	SP/Palu	MEFP, PADS, OSC, MSRNAHGF	Montant à déterminer	
			<b>P3.2 : Le système des approvisionnements assure la disponibilité permanente des intrants de qualité</b>								
			<b>Act 3.2-2</b>	Rendre les MILDA disponible au niveau des sites des PDI	X	X	X	SP/Palu	PADS, PTF, Humanitaire	0	
			<b>Act 3.2-3</b>	Mettre à la disposition des populations des MILDA adaptés à leurs habitats	X	X	X	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPPS, Société, PADS, PTF	0	
			<b>Act 3.2-4</b>	Faire des dotations de MILDA aux détenus	X	X	X	SP/PALU	MSHP, DRSHP, DS MJDHRI, MDAC	0	

			<b>Act 3.2-5</b>	Faire des dotations de MILDA aux cours de solidarité	X	X	X	SP/PALU	PADS ; DRSHP, DS, MSAHRNGF ; DPES ; OSC	0		
			<b>Act 3.2-6</b>	Doter les FDS et VDP en position avancée, en kits de prise en charge du paludisme simple	X	X	X	SP/PALU	MATDS ; DRSHP, DS MSHP ; MDAC	0		
			<b>Act 3.2-7</b>	Doter les VDP et FDS en position avancé des crèmes répulsifs	X	X	X	SP/PALU	MATDS ; MSHP ; MDAC	0		
			<b>Act 3.2-8</b>	Faire des dotations de MILDA dans les centres de réinsertion sociale	X	X	X	SP/PALU	PADS ; MSAHRNGF ; DPES ; OSC	0		
			<b>P3.3 : Les ressources matérielles et humaines de qualité et en quantité suffisante permettent la mise en œuvre efficace des interventions</b>									
			<b>Act 3.3-1</b>	Organiser des sessions de formation au profit des ASBC et OBC sur la prise en charge communautaire du paludisme	X	X	X	SP/Palu	DPES, DRSHP, DS, CSPS, Société civile, PTF, DSF, DCRP, DCRP	2 119 500 000		
			<b>Act 3.3-2</b>	Organiser les services de CPN pour améliorer la qualité des prestations	X			SG de la Santé	Directions Centrales, SP/Palu DRSHP, DS, CSPS, PADS	0		
			<b>Act 3.3-3</b>	Elaborer et valider un document de plaidoyer à l'endroit du ministère en charge de la fonction publique pour renforcer les ressources humaines en matière de prise en charge des soins de santé	X			MSHP	MEFP, DRH/ MSHP, SP/Palu DRSHP, DS, CSPS, PTF, PADS	42 276 000		

			<b>Act 3.3-4</b>	Organiser des sorties de contrôles dans les services de CPN	X	X	X	DGOS	DSF, DRSHP, DS, PADS,	218 940 000	
			<b>Act 3.3-5</b>	Former les agents de santé sur l'humanisation des soins	X	X	X	SP/Palu	DGOS, DRSHP, DS, PTF, PADS	95 445 000	
			<b>Act 3.3-6</b>	Renforcer les compétences des ICP sur la gestion des stocks	X	X	X	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, DGAP, PADS	0	
			<b>Act 3.3-7</b>	Organiser des sessions de formation au profit des ASBC et OBC des zones à fort défis sécuritaire sur comment travailler dans leur zone avec le contexte sécuritaire	X	X	X	DPES	SP/Palu DRSHP, DS, CSPS, société civile, PADS	1 022 070 000	
			<b>Act 3.3-8</b>	Faire le suivi pour la gratuité de la prise en charges des cas de paludisme dans les paquets de services de gériatrie	X	X	X	MSHP	DC, DGOS, DRSHP, DS, PTF, PADS	0	
			<b>Act 3.3-11</b>	Encourager les agents de santé à intensifier les sensibilisations sur la limitation du nombre d'accompagnant dans les structures sanitaires	X	X	X	SP/PALU	MSHP ; DPES ; OSC ; OBC ; PTF	0	
				<b>COUT TOTAL EFFET 3 SP/Palu</b>							
			<b>E 4 SP/Palu : Les cas suspects sont confirmés à tous les niveaux</b>								

				<b>COUT TOTAL EFFET 4 SP/Palu</b>							
			<b>E 5 SP/Palu : Les cas de paludisme sont correctement traités à tous les niveaux</b>								
			<b>P5.1 : Au moins 80% des cas de paludisme simple confirmés ont reçu un traitement antipaludique au niveau communautaire</b>								
			<b>Act 5.1-1</b>	Augmenter de 5% les kits des ASBC intervenants dans les zones à fort défis sécuritaire pour la prise en charge des cas de paludisme	X	X	X	SP/Palu	PADS ; DPES ; OSC	396 900 000	
			<b>Act 5.1-2</b>	Faire des dépistages et de traitement de masse des FDS et VDP avant engagement	X	X	X	SP/Palu	MATDS ; MSHP ; MDAC	0	
				Approvisionner régulièrement les ASBC situés à plus 5 km d'une formation sanitaire en intrant de prise en charge du paludisme	X	X	X	SP/PALU	PADS ; DPES ; OSC, PMI	0	
			<b>P5.2 : Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés ont reçu un traitement antipaludique correct dans les FS</b>								
			<b>Act 5.2-1</b>	Mettre en œuvre la stratégie tester et traiter les populations vivant en milieu carcéral	X	X	X		SP/Palu, DPES Société civile, PTF, PADS	14 584 500	

			<b>Act 5.2-2</b>	Organiser une fois par mois le dépistage et le traitement de masse dans les cours de solidarité	X	X	X	SP/Palu	SP/Palu, DPES Société civile, PTF, PADS	7 203 825	
			<b>Act 5.2-3</b>	Organiser une fois par mois le dépistage et le traitement de masse dans les centres de réinsertion social	X	X	X	SP/Palu	MSHP ; MSAHRNGF	23 451 750	
				<b>COUT TOTAL EFFET 5 SP/Palu</b>							
				<b>COUT TOTAL EFFET 3 SNDS</b>							
			<b>E4 : La population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique</b>								
			<b>E 6 : La présence du vecteur est réduite</b>								
			<b>P6.1 : Au moins 95% de la population dans les zones cibles est protégée par la PID au cours des 12 derniers mois</b>								
			<b>Act 6.1-1</b>	Organiser des causeries sur la protection individuelle contre les moustiques dans les zones	X	X	X	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, DCRP, société civile PADS	18 000 000	

				riveraines des cours d'eau à travers l'utilisation des répulsifs								
			<b>Act 6.1-2</b>	Organiser des causeries sur la protection individuelle contre les moustiques dans les zones urbaines et péri urbaines	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, DCRP, société civile PADS	A déterminer		
			<b>Act 6.1-3</b>	Organiser les pulvérisations aussi bien à l'intérieure des maisons que dans les espaces	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, Société civile, PTF, PADS	12 000 000 000		
			<b>Act 6.1-4</b>	Organiser des campagnes de PID dans les maisons d'arrêt de correction du Burkina Faso	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	MSHP, MJDHRI, MDAC	870 000 000		
			<b>P6.2 : Au moins 95% des gites larvaires des zones identifiées sont correctement traités</b>									
			<b>Act 6.2-1</b>	Réaliser des causeries éducatives à l'endroit des PDI sur l'hygiène et l'assainissement	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, DCRP, société civile PADS	31 500 000		
			<b>Act 6.2-2</b>	Mettre en œuvre la lutte anti larvaire (LAL)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	PADS, PTF, Ministères en charge de l'agriculture, de l'environnement, PADS	18 000 000 000		
			<b>Act 6.2-3</b>	Organiser la destruction des gites larvaires à travers les curages des caniveaux ou	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	MSHP ; DPES ; OSC ; OBC ; PTF	292 500 000		

				l'utilisation des biolarvicides de X hôpitaux								
			<b>Act 6.2-4</b>	Faire des plaidoyers auprès des collectivités territoriales pour l'assainissement des zones péri-urbaines	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	PADS ; DPES; OSC;MAIRIE	159 997 500		
			<b>Act 6.2-5</b>	Organiser une destruction des gîtes larvaires à travers les curages des caniveaux ou l'utilisation des biolarvicides	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	MSHP, MJDHRI, MDAC	39 000 000		
				<b>COUT TOTAL EFFET 6 SP/Palu</b>								
			<b>E 7 : les populations utilisent correctement les services de prévention du paludisme</b>									
			<b>P7.1 : Au moins 80% de la population a dormi la nuit précédente sous une MILDA</b>									
			<b>Act 7.1-1</b>	Organiser des théâtres fora sur les méfaits des consultations tardives des grossesses des femmes	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		DPES, DRSHP, DS, CSPS, Société civile, DCRP, Troupes théâtrales, PADS	492 277 500		
			<b>Act 7.1-2</b>	Organiser des projections cinématographiques sur les méfaits des consultations tardives des grossesses des femmes	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DPES, DRSHP, DS, CSPS, Société civile, DCRP, Troupes	148 615 500		

									théâtrales, PADS		
			<b>Act 7.1-3</b>	Organiser deux ateliers d'élaboration des contenues des supports de communication (spot télé/radio, film de projection)	<b>X</b>			SP/Palu	DCRP, PADS, Société civile, Cabinet	21 347 000	
			<b>Act 7.1-4</b>	Produire les spots de sensibilisation sur la SP à travers les radios communautaires	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DPES, DRSHP, DS, CSPS, Société civile, DCRP, RTB, radios communautaires, PADS	9 750 000	
			<b>Act 7.1-5</b>	Diffuser les spots de sensibilisation sur la TPIg à travers les radios communautaires	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DPES, DRSHP, DS, CSPS, Société civile, DCRP, RTB, radios communautaires, PADS	35 100 000	
			<b>Act 7.1-6</b>	Organiser des jeux radiophoniques sur la TPIg	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DPES, DRSHP, DS, CSPS, Société civile, DCRP, radios communautaires, DCRP	23 400 000	
			<b>Act 7.1-4</b>	Mettre à la disposition des populations des MILDA adaptés à leurs habitats	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	PADS, PTF, Humanitaire	0	
			<b>Act 7.1-5</b>	Organiser des séances d'enrôlement et de distribution de MILDA		<b>X</b>		SP/Palu	DPES ; OBC ; OSC ; MSHP ; PTF	0	

			<b>Act 7.1-6</b>	Organiser des séances de sensibilisation sur le paludisme et sur l'utilisation des MILDA	X	X	X	SP/Palu	DPES ; OBC ; OSC ; MSHP ; PTF	0	
			P7.2 : Au moins 85% des enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une MILDA								
			<b>Act 7.2-1</b>	Réaliser des causeries éducatives au profit des mères et/ou gardiennes d'enfants	X	X	X	SP/Palu	DS, CSPS, Société civile, ASBC, DCRP, DCRP	31 500 000	
			P7.4 : Au moins 80% de la population des groupes spécifiques a dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide								
			<b>Act 7.4-1</b>	Distribuer des MILDA avec support aux enfants vivant dans la rue	X	X	X	SP/Palu	OSC ; PADS ; DPES	156 000 000	
			P7.6 : Au moins 95% des enfants de 3-59 mois dans les zones de moyenne incidence ont bénéficié d'une protection CPS								
			<b>Act 7.6-1</b>	Etendre la CPS aux enfants de 5 à 9 ans	X	X	X	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, société civile, PASD, PTF	0	
			<b>Act 7.6-2</b>	Administrer X nourrissons et jeunes enfants vivant avec leur mère en détention en produits durant les campagnes CPS	X	X	X	SP/Palu	MSHP, MJDHRI, MDAC	0	
				Administrer la CPS aux enfants vivant en milieu carcéral	X	X	X	SP/Palu	MSHP, MJDHRI, MDAC	0	

			P7.7 : Au moins 95% des enfants de 3 mois a 59 mois dans les zones de forte incidence ont bénéficié d'une protection adéquate CPS								
				<b>COUT TOTAL EFFET 7 SP/Palu</b>							
			<b>E 8: SP/Palu: Les populations dans leurs diversités adoptent et maintiennent les comportements favorables pour l'élimination du paludisme</b>								
			<b>Produit 8.1 : Au moins 80% de la population connait trois signes et trois mesures de prévention du paludisme</b>								
			<b>Act 8.1-1</b>	Mettre en place des clubs de santé communautaire dans les villages	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, PTF, PADS	<b>0</b>	
			<b>Act 8.1-2</b>	Mettre en place les écoles de Maris	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, PTF, DSF, PADS	<b>0</b>	
			<b>Act 8.1-3</b>	Organiser des séances de projection cinématographiques sur le paludisme (CPS, MILDA, PEC, TPIg, LAL, PID, hygiène et assainissement)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	SP/Palu	DRSHP, DS, CSPS, DCRP, PADS	61 600 500	
			<b>P8.2 : Au moins 80% des groupes les plus vulnérables utilisent les services de prévention et de prise en charge pour l'élimination du paludisme</b>								

			<b>Act 8.2-1</b>	Organiser des théâtres fora sur la CPS	X	X	X		DRSHP, DS, CSPS, DCRP, société civile, PADS	492 277 500	
			<b>Act 8.2-1.a</b>	Organiser des théâtres fora sur la CPS (Mauvaise perception de la gratuité de l'intervention)	X	X	X		DRSHP, DS, CSPS, DCRP, société civile, PADS	492 277 500	
			<b>Act 8.2-1.b</b>	Organiser des théâtres fora sur la CPS (effets indésirables du médicament)	X	X	X		DRSHP, DS, CSPS, DCRP, société civile, PADS	492 277 500	
			<b>Act 8.2-1.c</b>	Organiser des théâtres fora sur les bienfaits de la CPS (avantages de la CPS)	X	X	X		DRSHP, DS, CSPS, DCRP, société civile, PADS	492 277 500	
			<b>Act 8.2-2</b>	Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information sur le paludisme à l'endroit des enfants vivant dans la rue	X	X	X	SP/Palu	MSHP ; MSAHRNGF	102 375 000	
			<b>Act 8.2-3</b>	Réaliser des causeries éducatives à l'endroit des populations nomades	X	X	X	SP/Palu	DPES, DSF, DRSHP, DS, DCRP, PADS	31 500 000	
			<b>Act 8.2-4</b>	Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information sur le paludisme à l'endroit des enfants vivant dans les centres de réinsertion social	X	X	X	SP/Palu	MSHP ; MSAHRNGF	94 500 000	

			<b>P8.3 : Au moins 90% des leaders communautaires (coutumiers, civils, religieux) ciblés s'engagent pour l'élimination du paludisme</b>								
			<b>Act 8.3-1</b>	Faire des plaidoyers à l'endroit des leaders communautaires sur les effets néfastes des mauvaises et pratiques perceptions sur les femmes enceintes	X	X	X	DSF	DGOS, SP/Palu, DRSHIP, DS, CSPS, DCRP, PADS	1 102 017 150	
			<b>Act 8.3-2</b>	Produire et diffuser les messages des leaders communautaires sur la CPS	X	X	X	SP/Palu	DRSHIP, DS, CSPS, société civile, DCRP, PADS	44 850 000	
			<b>Act 8.3-2.a</b>	Produire et diffuser les messages des leaders communautaires sur la CPS (en lien avec la mauvaise perception de la gratuité des soins)	X	X	X	SP/Palu	DRSHIP, DS, CSPS, société civile, DCRP, PADS	39 000 000	
			<b>Act 8.3-2.b</b>	Produire et diffuser les messages des leaders communautaires sur la CPS (effets indésirables du médicament)	X	X	X	SP/Palu	DRSHIP, DS, CSPS, société civile, DCRP, PADS	29 250 000	
			<b>Act 8.3-2.c</b>	Produire et diffuser les messages des leaders communautaires sur les avantages de la CPS	X	X	X	SP/Palu	DRSHIP, DS, CSPS, société civile, DCRP, PADS	44 850 000	
			<b>Act 8.3-3</b>	Organiser des rencontres de plaidoyers à l'endroit des leaders communautaires en faveur d'une autonomie décisionnelle des femmes	X	X	X	SP/Palu	DRSHIP, DS, CSPS, Société, PADS, DCRP, Ministère en charge du genre	1 102 017 150	

				<b>COUT TOTAL EFFET 8 SP/Palu</b>							
				<b>COUT TOTAL EFFET 4 SNDS</b>							
				<b>Effet 5 : SNDS Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience</b>							
				<b>Effet SP/Palu : RAS</b>							
				<b>COUT TOTAL EFFET 5 SP/Palu</b>							
				<b>COUT TOTAL EFFET 5 SNDS</b>							
				<b>COUT TOTAL DU PLAN D'ACTION 2023</b>						<b>51 008 288 175</b>	

## CONCLUSION

Cette évaluation a permis de déterminer les populations les plus vulnérables au paludisme, celles qui sont mal desservies ainsi que les facteurs sous-jacents aux obstacles d'accès aux services de santé de lutte contre le paludisme. L'étude a montré que les facteurs socioculturels même s'ils existent, leurs influences sur le recours et l'utilisation des services de santé préventifs et curatifs est de plus en plus faible grâce aux activités de sensibilisation. Par ailleurs, les insuffisances liées aux systèmes de santé associées aux obstacles liés à l'insécurité constituent autant des barrières à la disponibilité, au recours et à l'utilisation des services de prévention et de traitement contre le paludisme. Ces résultats ont permis d'identifier des actions pertinentes à l'endroit des groupes spécifiques (vulnérables, exclu) dont la prise en compte par le SP/palu dans son plan d'action pour les trois prochaines années contribuera à réduire les obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre au Burkina Faso. Toutefois, l'élimination du paludisme d'ici 2030 nécessite la mise en place d'un système de lutte multisectoriel avec un investissement effective de toutes les parties prenantes.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Abalo, B. J., & Nguete, I. (2020). Etat des lieux du droit à la santé et la dignité dans les prisons à l'aune de la crise sanitaire en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale. Cas du Burkina Faso.
- Andrianasolo, A. H., Raboanary, E., Mattern, C., Kesteman, T., Pourette, D., & Rogier, C. (2019). Dimensions de la vulnérabilité liée au paludisme dans deux zones de Madagascar : apports d'une approche mixte. *Populations vulnérables*, 5, 129-156. <https://doi.org/10.4000/popvuln.1052>
- Banque Mondiale. (2009). Intensifier la lutte contre le paludisme : Le Programme renforcé de la Banque Mondiale pour la lutte contre le paludisme en Afrique.
- Baumann, S. B.-A. (s. d.). Équité - Définition. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/equite.php>
- Bouchard1, L., Beaulieu, M., & Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38-65. <https://doi.org/10.7202/1013173ar>
- Calenda - Les populations vulnérables. (2012, avril 23). <https://calenda.org/208171>
- core\_malariagenderhumanrights\_technicalbrief\_fr.pdf. (s. d.). Consulté 15 juillet 2023, à l'adresse [https://www.theglobalfund.org/media/12775/core\\_malariagenderhumanrights\\_technicalbrief\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/12775/core_malariagenderhumanrights_technicalbrief_fr.pdf)
- Définir les populations vulnérables - Canada.ca. (s. d.). Consulté 15 juillet 2023, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/substances-chimiques/consultation-avenir-gestion-produits-chimiques-canada/definir-populations-vulnerables.html>

Définitions de l'approche de genre et genre & développement - Site de l'Association Adéquations. (s. d.). Consulté 15 juillet 2023, à l'adresse <http://www.adequations.org/spip.php?article1515>

Droits humains | Nations Unies. (s. d.). Consulté 15 juillet 2023, à l'adresse <https://www.un.org/fr/global-issues/human-rights>

Equité - IS@DD Information sur le développement durable. (s. d.). Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://ise.unige.ch/isdd/spip.php?mot51>

facteur de vulnérabilité | GDT. (s. d.). Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26542096/facteur-de-vulnerabilite>

Fonds Mondial. (2016). Donner La Parole Aux Populations Clés Dans La Riposte Au Vih/Sida.

Fonds Mondial. (2023). Les populations-clés - Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. <https://www.theglobalfund.org/fr/key-populations/>

Fonds Mondial, & RBM. (2019a). L'outil " Malaria Matchbox ".

Fonds Mondial, & RBM. (2019b). Malaria Matchbox : Un outil d'évaluation de l'équité en matière de santé en vue d'améliorer l'efficacité des programmes de lutte contre le paludisme.

Gouvernement du Canada, I. de recherche en santé du C. (2014, janvier 10). Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? - IRSC. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>

Heard, M. (2011). Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH. Hors collection, 121-145.

INDS. (2018). Enquête sur les indicateurs du paludisme (EIPBF) 2017-2018.

INSD. (2015). Enquête sur les Indicateurs du paludisme au Burkina Faso (EIPBF) 2014.

INSD. (2022). Enquête Démographique et de Santé 2021; Rapport des indicateurs-clés.

- Dumas, J. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. 59(1, 2013), 63–80. <https://doi.org/10.7202/1017479ar>
- Kaboré, S. T. (2019). Disparités régionales de la morbidité palustre des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso.
- Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. (2019). Stratégie Nationale Genre 2020-2024.
- Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, & de la Famille et de l'Action Humanitaire. (2021). Annuaire statistique 2020 de l'action sociale.
- Ministère de la santé. (2021). Ministère de la santé. Programme national de santé publique. (Août 2021). Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2021-2025, 201 pages.
- Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique. (2021). Etat de santé de la population du Burkina Faso, Rapport 2020.
- Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique. (2022). Annuaire statistique 2021.
- Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique. (2023). Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2021-2025 révisé.
- OMS. (2018). Situation et tendances de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme.
- OMS. (2020). Rapport sur le paludisme dans le monde.
- OMS. (2021). OMS. (Décembre 2021). Rapport 2021 sur le paludisme dans le monde, 15 pages.
- OMS. (2022, décembre 10). Santé et droits de l'homme. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Ouédraogo, W. M. (2017). Santé en milieu carcéral : La double peine des prisonniers. <http://news.aouaga.com/h/112993.html>
- PRI. (2007). La santé en prison : réalisation du droit à la santé.

- Rabarison, L. (2005). Définition d'une population à risque et intensité de la transmission.  
[https://fr.slideshare.net/atelier-paludisme/rabarison-s4?from\\_action=save](https://fr.slideshare.net/atelier-paludisme/rabarison-s4?from_action=save)
- RBM. (2021). Intégrer la question du genre dans la lutte contre le paludisme pour répondre à un double objectif.
- Sangaré, A. (2014). Repenser le périurbain au Burkina Faso : la problématique de la pratique de l'activité agricole en ville. 30(1).
- Severe Malaria Observatory. (2017). Le paludisme au Burkina Faso.  
<https://www.severemalaria.org/fr/countries/burkina-faso>
- Sia, S. (2011). Épidémiologie du paludisme dans une zone soudanoguinéenne du Mali, Kambia cercle de Kati.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Consentement libre et éclairé**

#### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

##### **NOTE POUR LE / LA PARTICIPANT (E)**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour le Secrétariat Permanent pour l'élimination du paludisme SP/Palu (PNLP).

Le SP/Palu est la structure de coordination de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Selon l'Arrêté N° 2003/196 MS/SG/DGS du 25 septembre 2003, le SP/Palu est chargé de coordonner les activités, de favoriser les activités de recherche, d'assurer l'approvisionnement régulier en intrants et d'établir les protocoles thérapeutiques. La coordination du SP/Palu est dirigée par un Secrétaire Permanent nommé par arrêté ministériel.

Nous menons une étude pour évaluer les obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre dans les interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso.

Cette étude utilise une approche qualitative, en plus de la revue de la littérature. Il s'agit de conduire des entretiens approfondis dans cinq régions sanitaires à savoir la région du Centre, du Centre-Est, du Centre-Nord, de la Boucle du Mouhoun et du Sud-Ouest.

Nous menons des entretiens approfondis et des focus group avec les informateurs clés au niveau central, régional, district et communautaire. Ces entretiens consistent à identifier les populations les plus touchées par le paludisme, les obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre le paludisme pour les populations vulnérables et mal desservies et les facteurs liés au genre, aux droits de l'homme ainsi que les facteurs socio-économiques qui influencent l'accessibilité et l'utilisation des interventions de base contre le paludisme au Burkina Faso.

Au total, 58 entretiens individuels seront entrepris avec les différents acteurs du niveau central, régional, district, CSPA ainsi que les partenaires. Aussi, 38 séances de discussion de groupe dirigé seront organisées au niveau communautaire avec différents acteurs (ASBC, femme enceinte, mère ou gardienne d'enfant de moins de 05 ans, personnes déplacées internes, LGBTQIA, chefs de ménage, personne vivant avec un handicap, population carcérale, etc.)

Les résultats de cette étude permettront de renforcer la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme et de réduire par conséquent la morbidité et la mortalité palustre au Burkina Faso.

Nous sollicitons votre consentement pour participer à l'étude. Le Consentement veut dire que vous acceptez volontairement et sans contrainte aucune de participer à l'étude. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser votre participation à l'étude. Vous pouvez aussi arrêter votre participation à n'importe quel moment après avoir signé le consentement, sans aucun préjudice.

Si vous acceptez de participer, nous collecterons des informations sociodémographiques sur vous et discuterons de votre expérience dans la lutte contre le paludisme et de la mise des différentes interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso et dans votre aire de travail. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous décidez de participer, vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous ne souhaitez pas poursuivre l'entretien.

L'entrevue prend habituellement environ une heure. Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude resteront strictement confidentielles. Aucune information qui pourrait vous identifier ne sera publiée. Vos réponses seront combinées avec celles d'autres participants et il ne sera pas possible de vous identifier.

Nous prendrons des notes tout au long de l'interview. Afin de nous assurer que nous capturons toutes les informations que vous partagez avec nous, l'interview sera enregistrée. Ces enregistrements ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche et seront détruits dès la fin de l'étude. Il n'y a aucun bénéfice direct pour vous dans cette étude. Cependant, les résultats pourront être utilisés pour améliorer les interventions de lutte contre le paludisme en les rendant plus performantes, plus efficaces et accessibles à tous.

Les données collectées seront gardées anonymes et ne seront accessibles que par les membres de l'équipe de recherche. Les données seront analysées et les résultats seront partagés avec les acteurs clés de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso et publiés dans les revues scientifiques.

Si vous souhaitez poser des questions sur l'étude ou vos droits en tant que participant(e) à une personne autre que les chercheurs ou si vous souhaitez exprimer des préoccupations au sujet de l'étude, veuillez contacter le Secrétaire Permanent pour l'élimination du paludisme Dr Sidzabda Christian Bernard Kompaoré, Tél : +226 70259375

Si vous souhaitez parler à un membre de l'étude vous pourrez contacter M. Moussa Ouédraogo, le Consultant National, Tél : +226 70049793

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT**

ID du / de la participant(e).....

J'ai lu le formulaire de consentement éclairé, ou il m'a été lu. Je comprends parfaitement les informations ci-dessus. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai eu des réponses satisfaisantes. Je consens volontairement à participer à cette recherche. Je comprends que j'ai le droit de refuser ma participation ou de me retirer à tout moment sans pénalité.

---

Date	Nom et signature du témoin du / de la participant(e)
	<i>(Au cas où le / la participant(e) est analphabète)</i>

---

Date	Nom et signature ou empreinte digitale du / de la participant (e)
------	---

---

Date	Nom et signature de la personne qui obtient le consentement
------	---

## **Annexe 2 : Outils de collecte de données**

### **Guide d'entretien DGSP/DSF**

- 1- Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, prénom, structure fonction)
- 2- Quelle appréciation faites-vous de l'incidence du paludisme au Burkina Faso ?
- 3- Parlez-nous du rôle de votre structure dans la mise en œuvre des politiques et programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso ?
- 4- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de ces politiques et programme de lutte contre le paludisme ?
- 5- Quelle appréciation faites-vous des actions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso ?
- 6- Dans quelle mesure ces actions et intervention de lutte contre le paludisme sont sensibles genre ?
- 7- Quelle appréciation faites-vous des cibles qui sont prise en compte dans ces actions ?
- 8- Pensez-vous qu'il y a d'autres cibles pertinentes qu'il faut prioriser dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso ? Y a-t-il des cibles qui sont laissés pour compte selon vous ? lesquelles ?
- 9- Quelles sont les populations les plus vulnérables à prendre en compte selon vous ?
- 10- Quelle appréciation faites-vous du processus d'élaboration des actions de lutte contre le paludisme ?
- 11- Y a-t-il des cadres de concertation pour la lutte contre le paludisme dont votre structure est partie prenante ?
- 12- Quelle appréciation faites-vous de la collaboration multisectorielle dans la lutte contre le paludisme ?
- 13- Pensez-vous qu'il y ait une synergie d'action entre les parties prenante de la lutte contre le paludisme ?
- 14- Parlez-nous des difficultés que vous rencontrez au sein de ces cadres de concertation ?
- 15- Quelle peuvent être les conditions et environnement favorable à la mise en œuvre des actions conjointes de lutte contre le paludisme ?
- 16- Quelles recommandations pour la mobilisation des ressources nécessaire à la mise en œuvre à la mise en œuvre des actions conjointes ?

## Guide d'entretien unité LAV

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, structure/unité, Fonction)
2. Pouvez-vous nous parler du rôle de votre unité dans la mise en œuvre des politiques et programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso ? quelles sont les différentes interventions que vous menez pour l'élimination du paludisme au Burkina Faso ?
3. Quelle est votre appréciation de la complétude de ces interventions ?
4. Dans quelle mesure ces différentes interventions sont sensibles Genre ? pensez-vous qu'il y a des laissés pour compte ? pourquoi ?
5. Comment est faite la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de ces interventions ? D'où proviennent les fonds ? la part de l'Etat, la part des PTF ?
6. L'origine de ces fonds détermine-t-elle la nature de vos interventions ? Comment ?

### **MILDA**

1. Parlant de MILDA, parlez-nous des cibles prioritaires ?
2. Comment est faite l'estimation des cibles ? la quantification ? ces ciblage tiennent -ils compte des cibles des Centres d'Accueil (Action sociale) ? des camps FDS ? des camps PDI ? des populations carcérales ? Pourquoi pas ?
3. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans cette phase de planification ?
4. Comment pensez-vous qu'on peut surmonter ces difficultés ?
5. Comment est fait l'approvisionnement MILDA ? Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés ?
6. Quelle appréciation faites-vous la couverture des cibles et localité ? quelles sont les difficultés ?
7. Quelle appréciation faites-vous de la disponibilité des MILDA de routine dans les formations sanitaires ?
8. Quelle appréciation faites-vous de l'utilisation effective des MILDA par les bénéficiaires ?

### **PID**

1. Parlant de la PID, quelles sont les cibles et les localités concernées ? Pourquoi ?
2. Comment appréciez-vous sa mise en œuvre dans les localités concernées ?
3. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans sa mise en œuvre ?
4. Les centres de santé sont aussi des lieux de prolifération des moustiques, quelles sont les interventions préventives menées dans ce cadre non seulement pour protéger les personnels soignants, les malades et les accompagnants du paludisme ?

## **LAL**

5. Comment appréciez-vous la mise en œuvre de la LAL au Burkina ?
6. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez à ce niveau ?
7. Quelle appréciation faites-vous de la promotion de l'assainissement du cadre de vie ? quelles en sont les insuffisances ?
8. Nous sommes à la fin de l'entretien quelles sont vos suggestions pour une lutte intégrée et complète contre le paludisme ? quelles sont les acteurs à impliquer ? les moyens à mobiliser ?

### **Guide d'entretien Unité PEC et Prévention médicamenteuse**

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, fonction)
2. Parlez-nous du rôle de votre unité dans la mise en œuvre des politiques et programme de lutte contre le paludisme ?
3. Parlez-nous des directives en matière de prise en charge du paludisme ?
4. Quelle appréciation faites-vous du respect de ces directives sur le terrain ? quelles en sont les insuffisances ?
5. Quelle appréciation faites-vous de la capacité des prestataires de soins pour la prise en charge du paludisme dans les centres de santé ? (Sonder : formation aux nouvelles directives ; recyclage, etc.)
6. Quelle appréciation faites de la capacité des agents de santé communautaire pour la prise en charge communautaires des cas au niveau communautaire ? sonder : formation aux nouvelles directives, recyclage, etc.)
7. Quelle appréciation faites-vous de disponibilité des intrants pour la pris en charge ? (ACT, TDR, etc.) Quelle en sont les insuffisances ?
8. S'il y a des ruptures, quelle est la fréquence ? quelle est la durée ?
9. Parlant de la CPS qui fait partie de la prévention médicamenteuse, comment se fait l'estimation de cibles ?
10. Quelles sont les insuffisances de cette méthode d'estimation ?
11. Quelles sont les difficultés rencontrées pendant la distribution ?
12. Pensez-vous que l'ensemble du territoire est couvert pendant la CPS ? Si non, quelle en sont les raisons ?
13. Quelle appréciation faites-vous de disponibilité de la SP pour la TPI ?
14. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires et dans la communauté ?

15. Quelles sont vos suggestions pour améliorer couverture de la CPS sur l'ensemble du territoire ?

### **Guide d'entretien Unité communication**

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, prénom, fonction)
2. Parlez-nous du rôle de votre unité dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ?
3. Parlez-nous des supports de communication et d'information sur le paludisme disponibles ?
4. Quelles appréciations faites-vous de la mise à jour de ces supports ? quelle appréciation faites-vous de la quantité des outils de communication produits ? sont-ils disponibles dans toutes les formations sanitaires ? Si non pourquoi ? quelles en sont les insuffisances ?
5. Selon vous, les canaux et les messages d'IEC ou les CCC sont-elles adaptées aux populations sur le plan culturel (sonder sur la prise en compte des facteurs linguistiques) ?
6. Selon vous, les canaux et les messages d'IEC ou les CCC tiennent-elles compte des différences dans la manière dont les femmes et les hommes de différentes tranches d'âge accèdent à l'information ? Pourquoi ?
7. Comment appréciez-vous la participation des communautés à la conception et à la mise en œuvre des canaux, des messages et des campagnes de communication/ mobilisation ?
8. Y a -t-il des outils de communications adaptés à chaque intervention (MILDA, CPS, PID, TPI, assainissement du cadre de vie, etc.)
9. Nous sommes à la fin de l'entretien, avez-vous d'autres à ajouter ?
10. Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'accès à l'information et à la communication des populations ? (Les canaux utiles pour les cibles spécifiques)

### **Guide d'entretien DRSHP (SLM/CISSE)**

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Nom prénom, fonction, itinéraire professionnel, etc.)
2. Quelle appréciation faites-vous de l'incidence du paludisme dans votre région sanitaire ?
3. Parle-nous des groupes de population les plus touchés dans votre région sanitaire ? pourquoi ?
4. Y a-t-il des localités qui en sont le plus touchées ? lesquelles ? Pourquoi ?
5. Pouvez-vous nous parler de vos politiques en matière de lutte contre le paludisme dans votre région sanitaire ? les lois, les décrets, les directives ?
6. Quelles contraintes rencontrez-vous dans la mise en œuvre de ces politiques ?
7. En quoi ces politiques permettent de toucher toutes les couches notamment les plus défavorisées ? en quoi ces politiques sont sensibles Genre ?
8. Quelle appréciation faites du respect de ces directives sur le terrain ?
9. Parlez-nous des différentes interventions préventives de lutte contre le paludisme qui sont mise en œuvre dans votre région sanitaire ? (Prise en charge des cas ; les MILDA ; TPI ; CPS ; PID)
10. Quelles en sont les cibles ? comment est faites l'estimation des cibles (quantification ?) comment faites-vous pour couvrir toutes les cibles ?
11. Comment appréciez-vous la complétude des interventions préventives de lutte contre le paludisme ? (MILDA, PID, LAL)
12. Quelles sont les insuffisances dans la mise en œuvre de ces interventions dans votre région sanitaire ? (Sonder pour chaque intervention)
13. Quelle appréciation faites-vous des attitudes et comportements des populations de votre région sanitaire vis-à-vis des soins préventifs contre le paludisme ? (Sonder les groupes spécifiques)
14. Quelle appréciation faites-vous de la qualité des soins au niveau des districts sanitaires ?
  - Compétence des prestataires de santé ?
  - Compétences des ASBC ?
  - Disponibilité des intrants ? (ACT ; SP ; MILDA)
  - Le respect des protocoles de prise en charge ? etc.
15. Parlez-nous de la mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre de ces politiques ? d'où viennent vos fonds ?
16. L'origine de ces fonds détermine-t-elle la nature de vos actions et politiques ?

17. Parlez-nous des insuffisances en matière de financement des activités de lutte contre le paludisme ?
18. Y a-t-il des cadres de concertation entre les différentes parties prenantes de lutte contre le paludisme ? Lesquels ? Que pensez-vous de la régularité de la tenue de ces cadres de concertation ?
19. Pensez-vous qu'il y a une synergie d'action des différentes parties prenantes à la lutte contre le paludisme ?
20. Quelle appréciation faites-vous des canaux de communication ? sont-ils adaptés à toutes les cibles ?
21. Parlez-nous des obstacles à l'accessibilité des soins antipaludiques dans votre région sanitaire ? sondez :
  - Socioculturels ;
  - Financiers ;
  - Géographique ;
  - Sécuritaire ; etc.

*Pour chaque obstacle, approfondissez sur les populations spécifiques ?*

- 22. Quelles sont vos recommandations pour améliorer les différentes interventions afin de les rendre plus accessibles à toutes les populations ?**

## Guide d'entretien DS/CSPS (CISSE, RQS, ICP)

### **Identification de l'interviewé(e)**

Nom et prénom : .....

Profession : .....

Nombre d'année d'expérience : .....

District sanitaire/Formation sanitaire : .....

### **Facteurs socioculturels et comportementaux**

1. Quelle appréciation faites-vous de l'incidence du paludisme dans votre aire sanitaire ?
2. Quels sont les groupes de population qui en sont le plus touché ? (Âge, sexe, ethnie, etc.) pourquoi ?
3. Y a-t-il des localités qui sont les plus touchées par le paludisme ? lesquelles ? Pourquoi ?
4. Quel est l'itinéraire thérapeutique des populations de votre aire sanitaire en matière de recherche de soins contre le paludisme ? (Sonder les groupes de population qui en sont concernés)
5. Pouvez-vous nous parler des différentes interventions préventives en matière de lutte contre le paludisme que vous mettez en œuvre ? (Sonder : prise en charge des cas ; MILDA ; PID ; TPI ; CPS, Communication, Assainissement etc.)
6. Parlez-nous des différents groupes bénéficiaires de ces interventions (enfants en situation de rue, Camps FDS ; prisonniers, les orpailleurs, PDI, Camps refugier, etc.) ?
7. Parlez-nous des obstacles que vous rencontrez dans la mise en œuvre des différentes interventions ? (Sonder : MILD ; PID ; TPI ; CPS, Communication, Assainissement etc.)
8. Quelle appréciation faites-vous des attitudes et comportements des populations vis-à-vis des soins préventifs du paludisme ?
9. Quelles croyances ou perceptions locales attachées aux services de santé affectent-elles les comportements de recours aux soins ? (Sonder : les groupes spécifiques)
10. Parlez-nous des croyances/perceptions locales qui influencent l'utilisation des méthodes de prévention du paludisme (MILDA, PID, CPS, TPI ; etc.) ? (Sonder les disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que la religion, l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)
11. Parlez-nous des pratiques locales ou traditionnelles qui influencent l'utilisation des méthodes de prévention du paludisme (MILDA, PID, CPS, TPI ; etc.) ? (Sonder les disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que la religion, l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)

12. Quelles sont, selon vous, les croyances ou pratiques spécifiques qui empêchent les femmes d'accéder aux soins de santé primaires / au traitement antipaludique ? (Sonder les disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)
13. Quelles sont, selon vous, les croyances ou pratiques spécifiques qui empêchent les hommes d'accéder aux soins de santé primaires / au traitement antipaludique ? (Sonder les disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)
14. Pouvez-vous nous parler des types d'activités (professionnelles) qui exposent les populations aux vecteurs du paludisme ? (Sonder spécifiquement selon les hommes, femmes, PDI, LGBTQIA)
15. Quels facteurs comportementaux peuvent augmenter l'exposition des populations au vecteur ? (Sonder spécifiquement selon les hommes, femmes, PDI, LGBTQIA)

### **Accessibilité à l'information**

1. Quels sont les canaux de communication et d'information sur le paludisme utilisés dans votre aire sanitaire (district sanitaire, formation sanitaire) pour atteindre les populations bénéficiaires ?
2. Pensez-vous que ces canaux de communication tiennent compte de la façon dont les groupes spécifiques ont accès à l'information ? (Homme/femme ; jeune/vieux ; instruit/non instruit)
3. Quels sont les difficultés d'accès des populations à l'information sur le paludisme dans votre aire sanitaire (district sanitaire, formation sanitaire) ?
4. Quelles sont vos suggestions afin d'améliorer l'accessibilité des populations à l'information sur le paludisme ?

### **Accessibilité financière et géographique aux soins**

1. Comment appréciez-vous l'accessibilité géographique des populations de votre aire sanitaire (district et formation sanitaire) aux soins du paludisme ?
2. Comment la disponibilité des ressources au sein des ménages affecte-t-elle le recours et l'utilisation des services de santé primaire dans la communauté ?
3. Dans quelle mesure, le coût des soins (direct et indirect) de santé affecte-t-il la capacité des populations à accéder aux services de diagnostic et de traitement ? (Sonder selon les hommes, femmes, enfants et personnes âgées, etc.)
4. Parlez-nous de l'impact de l'insécurité sur :
  - L'accessibilité aux soins contre le paludisme ;
  - Le recours des populations aux services de santé
  - La disponibilité des intrants

- La qualité de la prise en charge (accueil, temps d'attente, temps de diagnostic, etc.)
5. Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé primaire dans votre aire sanitaire (district, formation sanitaires) ?

### **Qualité des soins**

1. Quelle appréciation faites-vous de la qualité des soins antipaludiques fournis aux populations ?
  - Compétence des prestataires ?
  - Compétence des ASBC ?
  - Disponibilité des intrants (TDR, MILDA de routine, ACT)
  - Le respect des protocoles de prise en charge ?
2. Quelle appréciation faites-vous de la disponibilité des équipements et consommables pour la prise en charge adéquate des cas de paludisme dans votre aire sanitaire ?
3. Quel est l'impact de la non-disponibilité des équipements et consommables sur l'accès des populations aux services et soins de santé ? (Sonder selon hommes, femmes, enfants, et personnes vivant avec un handicap, personnes âgées, etc.)
4. Recommandation pour améliorer la qualité des prestations de lutte contre le paludisme ?

### **Pouvoir de décision au sein des ménages**

1. Comment le pouvoir de décision affecte-t-il le recours aux services de santé ?
2. Quelle appréciation faites-vous du statut socioéconomique de la femme au sein de la communauté ?
3. Comment appréciez-vous l'autonomie de la femme en matière de recours aux soins liés au paludisme ?

## Guide d'entretien ONG/OSC

1. Présentation du participant (Nom prénom ; fonction, nombre d'année de service, etc.)
2. Présentation de sa structure ?
3. Comment décririez-vous le travail de votre organisation dans la mise en œuvre des politiques et programmes de lutte contre le paludisme ?
4. Quelles sont les activités que vous menez dans le cadre de la lutte contre le paludisme ?
5. Parlez-nous des populations cibles que vous prenez en compte ?
6. Quelle est votre appréciation faites-vous de la prise en compte Genre dans les politiques de lutte contre le paludisme au Burkina Faso ?
7. Quelles difficultés votre structure rencontre-t-elle dans la mise en œuvre de ses activités au Burkina en général (au niveau des décideurs) et dans vos zones d'intervention en particulier (au niveau des structures décentralisées de l'état avec lesquelles vous travaillez ainsi qu'au niveau des communautés) ?
8. Quelle appréciation faites-vous de la collaboration avec les décideurs ? quelles en sont les goulots d'étranglement ?
9. Quelles appréciations faites-vous de la collaboration avec les autres parties prenantes de la lutte contre le paludisme ?
10. Pensez-vous qu'il y a une synergie d'action entre les différentes parties prenantes ?
11. Y a-t-il des cadres de concertations ? que pensez-vous de la tenue régulière de ces cadres de concertation ?
12. Quelle appréciation faites-vous de la qualité des soins contre le paludisme, dispensés dans les structures de santé ?
  - Compétence des prestataires de santé ;
  - Disponibilité des intrants ;
  - Le respect des directives au niveau des DS, FS
13. Quelle appréciation faites-vous de l'accessibilité des populations aux soins antipaludique ? (Sonder : financière, géographique, sécuritaire, etc.)
14. Quelles sont vos recommandations pour améliorer les interventions de lutte contre le paludisme de façon générale ? spécifiquement les vôtres ?
15. Quelles sont vos recommandations pour rendre vos les interventions de lutte contre le paludisme plus sensible aux aspects Genre ?

## Guide d'entretien OBC

### **Niveau d'implication des OBC dans la lutte contre le paludisme**

Une convention annuelle et un plan de travail trimestriel assortis de cibles à atteindre et approuvés par le district de santé de référence seront établis avec chaque OBC. L'unité géographique de programmation des activités OBC est le village et l'accent sera mis sur les populations ayant le moins d'accès aux services de santé notamment les très gros villages, les hameaux de cultures, les villages enclavés et en complément de l'IEC /CCC réalisé par les ASBC. La programmation de ces activités tiendra compte également du profil épidémiologique et de la saisonnalité du paludisme au Burkina Faso afin de couvrir les populations plus à risque.

Les OBC mettent en œuvre des activités de CCC mais également le diagnostic et le traitement du paludisme simple (OBC disposant de structures de prise en charge). Spécifiquement dans le cadre de l'IEC /CCC paludisme, les OBC vont mener des activités de sensibilisation de proximité pour la promotion des bonnes pratiques de lutte contre le paludisme au niveau communautaire : causeries, projections vidéo et de théâtres fora et de VAD pour le suivi de l'utilisation des MILDA, en ciblant les personnes les plus vulnérables (femmes enceintes, femmes en âge de procréer, mères d'enfants de moins de 5 ans) et les chefs de ménage.

### **Généralité**

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, prénom, structure, fonction)
2. Comment décrieriez-vous le travail de votre organisation dans la mise en œuvre des politiques ou programme de lutte contre le paludisme ? (Sonder : les groupes de population les plus touchés (Homme, femme, enfant) Pourquoi ?)
3. Y a-t-il des villages qui sont plus touchés que d'autres ? Lesquels ? Pourquoi ?
4. Quelle appréciation faites-vous de l'incidence du paludisme dans votre zone d'intervention ?
5. Parlez-nous des activités que vous menez dans le cadre de la lutte contre le paludisme ?
6. Parlez-nous des groupes cibles prioritaires qui sont pris en compte dans vos activités de lutte contre le paludisme ?
7. Quelle appréciation faites-vous de la couverture effective de vos cibles ?
8. Parlez-nous des difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de vos activités ?

### **Facteurs socioculturels et comportementaux**

1. Quelle appréciation faites-vous des attitudes et comportements des populations de votre localité vis-à-vis des soins préventifs du paludisme ?
2. Quel est l'itinéraire thérapeutique des populations de votre localité en matière de recherche de soins contre le paludisme ? (Sonder sur les disparités au sein des groupes liées à l'âge, au sexe, au niveau de revenu et à toute autre caractéristique pertinente)

3. Quelles sont, selon vous, les croyances/perceptions locales qui influencent le comportement de recours aux soins ? (Sonder les disparités au sein des groupes liés au sexe, à l'âge et niveau d'éducation)
4. Parlez-nous des croyances/perceptions locales qui influencent l'utilisation des méthodes de prévention du paludisme (MILDA, PID, CPS, TPI ; etc.) ? (Sonder les disparités au sein des groupes liés à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)
5. Quelles sont, selon vous, les croyances ou pratiques spécifiques qui empêchent les femmes d'accéder aux soins de santé primaires / au traitement antipaludique ? (Sonder les disparités au sein des groupes liés à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'instruction)
6. Quelles sont, selon vous, les croyances ou pratiques spécifiques qui empêchent les hommes d'accéder aux soins de santé primaires / au traitement antipaludique ? (Sonder les disparités au sein des groupes liés à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)

#### **Accessibilité de l'information et connaissances générales en matière de paludisme**

9. Quelles appréciations faites-vous du niveau de connaissance des populations sur les causes du paludisme dans votre localité ? (Sonder toutes les croyances locales relatives aux causes du paludisme)
10. Quelle appréciation faites-vous de la disponibilité des outils de communication et d'information à votre niveau ? comment cela joue-t-il sur votre travail ?
11. Quelle appréciation faites-vous des canaux de communication et d'informations utilisés sur le paludisme dans votre zone d'intervention pour atteindre les populations bénéficiaires ?
  - Selon vous, les campagnes d'IEC ou les CCC sont-elles adaptées aux populations sur le plan culturel (sonder sur la prise en compte des facteurs linguistiques) ?
  - Selon vous, les campagnes d'IEC ou les CCC tiennent-elles compte des différences dans la manière dont les femmes et les hommes de différentes tranches d'âge accèdent à l'information ? Pourquoi ?
  - Quelle appréciation faites-vous de l'efficacité de ces canaux de communication pour toucher toutes les populations ?
12. Comment appréciez-vous la participation des communautés à la conception et à la mise en œuvre des campagnes de communication/ mobilisation ?
13. *Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'accès à l'information et la communication des populations dans votre communauté ? (Les canaux utiles pour les cibles spécifiques)*

### **Accessibilité aux soins (géographique ; financière ; etc.)**

1. Quelle appréciation faites-vous de l'accessibilité des différents groupes sociaux aux soins ?

Sonder :

- Accessibilité Financière (quel groupe spécifique)
- Accessibilité physique (quel groupe spécifique)
- La discrimination (quel groupe spécifique)
- L'insécurité (quel groupe spécifique)

### **Identification des inégalités au sein des ménages**

1. Quelle appréciation faites-vous du statut social de la femme dans votre zone d'intervention ?
2. Que pensez-vous de l'autonomie de la femme en matière de recherche de soins dans votre localité ?
3. Le rôle et le statut de la femme au sein du ménage influencent-ils l'utilisation des services préventifs de lutte contre le paludisme ?
4. Dans quelle mesure le pouvoir de décision au sein des ménages influence-t-il l'acceptation de la CPS ? L'utilisation des MILDA ?

### **Division du travail entre les sexes**

1. Quelles activités spécifiques menées par les femmes et les filles, y compris leurs responsabilités familiales, communautaires et professionnelles, influent sur leur vulnérabilité au paludisme et leur risque de contracter la maladie ? (Est-ce que vous pensez que les femmes ont des activités qu'elles mènent qui les exposent plus au paludisme ?)
2. Quelles activités spécifiques menées par les hommes et les garçons, y compris leurs responsabilités familiales, communautaires et professionnelles, influent sur leur vulnérabilité au paludisme et leur risque de contracter la maladie ? (Est-ce que vous pensez que les hommes ont des activités qu'ils mènent qui les exposent plus au paludisme ?)
3. Y a-t-il une différence en termes de charge de travail qui empêche les hommes ou les femmes de recourir aux soins de santé ? lesquelles ?

## GUIDE D'ENTRETIEN ASBC

Les ASBC dans le cadre du paludisme mènent des activités d'IEC/CSC, le suivi de l'utilisation des MILDA, la PCIME communautaire (PEC des cas de la diarrhée, paludisme simple, pneumonie chez les moins de 5 ans), la PEC du paludisme simple (>5 ans), la référence des cas et l'administration de l'artésunate rectale en pré-référence telle que recommandée par l'OMS. L'ASBC devrait en outre assurer la mobilisation des membres de la communauté pour les activités d'IEC/CCSC et campagnes diverses, et rendre compte à la communauté du bilan de la mise en œuvre des SBC lors des assemblées générales du village. L'ASBC appuie également les animateurs des OBC avec la mobilisation sociale dans le cadre de leurs activités. Les ASBC relèvent de l'équipe de santé du CSPS. De ce fait, ils mènent les activités sous la responsabilité de l'ICP. Pour les activités de prévention et de promotion de la santé, un programme est établi de commun accord avec l'ICP. Quant aux activités de prise en charge et de soutien, elles sont menées de façon continue au village par l'ASBC.

### **GENERALITE**

14. Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, prénom, structure, fonction)
15. Parlez-nous de votre travail en tant qu'ASBC ? à quoi cela consiste ?
16. Quelle appréciation faites-vous de l'incidence du paludisme dans votre localité ? (Sonder : les groupes de population les plus touchés (Homme, femme, enfant) Pourquoi ?)
17. Y a-t-il des villages qui sont plus touchés que d'autres ? Lesquels ? Pourquoi ?
18. Parlez-nous de votre rôle dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme dans la communauté ? (Sonder : la prise en charge des cas au niveau communautaire ; le suivi de l'utilisation des MILDA, les TPI, la CPS, les activités d'IEC/CSC, etc.)
19. Parlez-nous des groupes cibles prioritaires qui sont pris en compte dans vos activités de lutte contre le paludisme ?
20. Quelle appréciation faites-vous de la couverture effective de vos cibles ? y a-t-il des groupes de populations qui n'ont pas accès à vos services ? Pourquoi ?
21. Parlez-nous des difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de vos activités ? (Sonder les difficultés pour chaque activité citée plus haut)

### **Facteurs socioculturels et comportementaux**

22. Quelle appréciation faites-vous des attitudes et comportements des populations de votre localité vis-à-vis des soins préventifs du paludisme ? (Sonder : MILDA ; CPS ; TPI) Est-ce que les gens les utilisent vraiment ? sinon pourquoi ?
23. Quel est l'itinéraire thérapeutique des populations de votre localité en matière de recherche de soins contre le paludisme ? (Sonder sur les disparités au sein des groupes liées à l'âge, au sexe, au niveau de revenu et à toute autre caractéristique pertinente)

24. Quelles sont, selon vous, les croyances/perceptions locales qui influencent le comportement de recours aux soins ? (Sonder les disparités au sein des groupes liées au sexe, à l'âge et niveau d'éducation)
25. Parlez-nous des croyances/perceptions locales qui influencent l'utilisation des méthodes de prévention du paludisme (MILDA, CPS, TPI ; etc.) ? (Sonder les disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)
26. Quelles sont, selon vous, les croyances ou pratiques spécifiques qui empêchent les femmes d'accéder aux soins de santé primaires / au traitement antipaludique ? (Sonder les disparités au sein des groupes liés à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'instruction)
27. Quelles sont, selon vous, les croyances ou pratiques spécifiques qui empêchent les hommes d'accéder aux soins de santé primaires / au traitement antipaludique ? (Sonder les disparités au sein des groupes liés à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation)
28. Quelles sont les activités que les hommes ou les femmes mènent dans votre localité et qui les exposent plus au paludisme ?
29. Y a-t-il des styles vestimentaires qui exposent les hommes ou les femmes au paludisme ? lesquels et comment ?

#### **Accessibilité de l'information et connaissances générales en matière de paludisme**

30. Quelles appréciations faites-vous du niveau de connaissance des populations sur les causes du paludisme dans votre localité ? (Sonder toutes les croyances locales relatives aux causes du paludisme)
31. Quelle appréciation faites-vous de la disponibilité des outils de communication et d'information à votre niveau ? comment cela joue-t-il sur votre travail ?
32. Quelle appréciation faites-vous des canaux de communication et d'informations utilisés sur le paludisme dans votre zone d'intervention pour atteindre les populations bénéficiaires ?
  - Selon vous, les campagnes d'IEC ou les CCC sont-elles adaptées aux populations sur le plan culturel (sonder sur la prise en compte des facteurs linguistiques) ?
  - Selon vous, les campagnes d'IEC ou les CCC tiennent-elles compte des différences dans la manière dont les femmes et les hommes de différentes tranches d'âge accèdent à l'information ? Pourquoi ?
  - Quelle appréciation faites-vous de l'efficacité de ces canaux de communication pour toucher toutes les populations ?

33. Comment appréciez-vous la participation des communautés à la conception et à la mise en œuvre des campagnes de communication/ mobilisation ?

**34. *Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'accès à l'information et la communication des populations dans votre communauté ? (Les canaux utiles pour les cibles spécifiques)***

**Accessibilité aux soins (géographique ; financière ; etc.)**

35. Quelle appréciation faites-vous de l'accessibilité des différents groupes sociaux aux soins ? Sonder :

- Accessibilité Financière (quel groupe spécifique)
- Accessibilité physique (quel groupe spécifique)
- La discrimination (quel groupe spécifique)
- L'insécurité (quel groupe spécifique)

**36. *Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'accessibilité géographiques, financières et sécuritaire aux soins dans votre localité ?***

**Identification des inégalités au sein des ménages**

37. Quelle appréciation faites-vous du statut social de la femme dans votre localité ?

38. Que pensez-vous de l'autonomie de la femme en matière de recherche de soins dans votre localité ?

39. Le rôle et le statut de la femme au sein du ménage influencent-ils l'utilisation des services préventifs de lutte contre le paludisme ?

40. Dans quelle mesure le pouvoir de décision au sein des ménages influence-t-il l'acceptation de la CPS ? L'utilisation des MILDA ?

41. Y a-t-il une différence en termes de charge de travail qui empêche les hommes ou les femmes de recourir aux soins de santé ? lesquelles ?

**Quelles sont vos recommandations plus d'égalité au sein du ménage afin d'améliorer l'accessibilité des soins des femmes et des hommes ?**

## Guide d'entretien bénéficiaire/Focus group

**NB :** S'il s'agit de groupe de Femmes enceintes, insister sur les préventions comme TPI, MILDA)

S'il s'agit de groupe de femmes ou gardienne d'enfant de moins de 5 ans, insisté sur les MILDA, CPS, TPI pendant leur grossesses)

S'il s'agit de groupe d'homme (chef de ménage) insisté sur l'utilisation de MILDA, CPS pour les enfants)

### **I. FACTEURS SOCIOCULTURELS**

#### **a. Question générale**

1. Parlez-nous des problèmes de santé les plus courants dans votre communauté ? (Approfondir pour le paludisme)
2. Le paludisme est-il considéré comme un problème de santé grave dans votre communauté ? Pourquoi ?
3. Le paludisme est-il plus grave chez certaines populations que d'autres ?
3. quelle est votre perception sur l'ampleur du paludisme dans votre communauté ?
4. Quels groupes de personnes sont les plus susceptibles d'attraper le paludisme dans votre communauté ? Pourquoi ?
5. Selon vous, y a-t-il des localités ici qui sont plus touchés que d'autres ? Pourquoi ?

#### **b. Signes et symptômes du paludisme**

1. Comment appelle-t-on le paludisme dans votre communauté ? (Approfondissement pour connaître tous les noms locaux, expliquer l'origine du nom)
2. Quels sont les signes et symptômes courants du paludisme que vous connaissez ? *Les symptômes des maladies peuvent être similaires* ; Comment savez-vous qu'une personne au paludisme ?

#### **c. Connaissances sur les causes du paludisme**

1. Selon vous, comment attrape-t-on le paludisme ? (Explorez toutes les croyances existantes, demandé individuellement comment chacun de ces facteurs cités peuvent causer le paludisme) ?
2. Si mention de moustique aussi, demandez les causes de la prolifération des moustiques dans leur environnement ? Ce qui amène les moustiques ?

#### **d. Mesures préventives**

1. Parlez-nous des moyens de prévention (médical et local) contre le paludisme que les gens de votre communauté ou famille utilisent (Sonder pour savoir qui les fournit, le coût, l'accessibilité des coûts, leur efficacité ?)

2. Comment faites-vous pour vous protéger contre les moustiques lorsque vous êtes dehors tard le soir (par ex., un mariage, funérailles, tous types de regroupements ?

- Si aucune mesure préventive n'est prise, pourquoi ? (Sonder pour savoir : coût élevé, pas disponible, chaleur, etc.) ?

3. Quelles sont les croyances ou perceptions locales qui empêchent les hommes et les femmes d'utiliser les soins préventifs contre le paludisme ? (MILDA ; CPS ; TPI)

4. Y a-t-il des moyens de préventions contre le paludisme qui sont contraires aux croyances ou pratiques locales dans votre communauté ? Lesquels et pourquoi ?

#### **d. Recherche de soins de santé**

1. Lorsque vous ou un membre de votre famille a le paludisme, que faites-vous pour le faire soigner ? (Approfondissement : traitements à domicile, Automédication, médicaments à base de plantes/Médecine traditionnelle) ? Si médicament moderne n'est pas mentionner, demander pourquoi ?

2. Demandez que font les hommes pour traiter le palu ? Que font les femmes pour traiter le palu ? Que font les jeunes ? Que font les personnes âgées ?

3. Décrivez votre itinéraire thérapeutique en matière de recherche de soins ? Où allez-vous en premier pour obtenir un traitement ? (Approfondissement pour connaître tous les types de prestataires de soins de santé, y compris les praticiens privés, les pharmacies, les guérisseurs, et savoir à qui ils s'adressent en premier. À qui s'adresse-t-on en deuxième lieu s'il n'y a pas d'amélioration ?) Demandez pourquoi ce choix pour chaque itinéraire ?

4. Demander l'itinéraire thérapeutique des groupes spécifiques (Homme, Femme, jeune, personne âgée, etc.)

## **II. ACCESSIBILITÉ DE L'INFORMATION**

1. Quelles sont les principales sources d'information/communication sur la santé utilisée dans votre communauté ? (Sonder : radio, télévision, médias sociaux, communications interpersonnelles, par ex. agents de santé à base communautaires, personnel des établissements, chefs de village, réunions de la communauté, enseignants, crieur public etc.).

2. Les informations sur le paludisme sont-elles offertes dans une ou plusieurs langues locales ? Si ce n'est pas le cas, pour quels groupes de personnes les langues ne sont-elles pas adaptées ? Pourquoi ? (Sonder : un groupe ethnique spécifique, les personnes peu instruites, les femmes, les hommes, les jeunes, etc.).

3. À quelles sources (mode/canal de communication) d'information faites-vous le plus confiance (Préférence) ? Pourquoi ? (Sonder : télévision, SMS, campagnes communautaires, interpersonnel, support d'information, crieur public, théâtre fora, etc.).

4. Y a-t-il des messages de communication pour le changement social et comportemental concernant la prévention ou le traitement du paludisme qui sont contraires aux croyances/à la culture/religions ou pratiques traditionnelles ? Lesquelles ?

### **III- ACCESSIBILITÉ AUX SOINS**

1. À quelles difficultés les gens sont-ils confrontés pour accéder aux services de prévention et de traitement du paludisme ? (Décisionnels, financiers, l'emplacement du centre de santé, stigmatisation, sécuritaire, éloignement des services de santé, longues files d'attente dans les établissements de santé, obstacles linguistiques, disponibilité des médicaments antipaludiques, Vulnérabilité (handicap, veuvage, etc.)
2. Y a-t-il des groupes de population particuliers qui ont plus de difficultés d'accès que d'autres ? (Sonder : difficultés spécifiques pour les femmes et les filles ? pour les déplacés internes/ personnes vivant avec un handicap ?)
3. Quelles sont vos suggestions pour rendre les services de santé en matière de lutte contre le paludisme plus accessibles à votre communauté ?

#### **Identification des inégalités au sein des ménages**

42. Quelle appréciation faites-vous du statut social de la femme dans votre localité ?
43. Que pensez-vous de l'autonomie de la femme en matière de recherche de soins dans votre localité ?
44. Le rôle et le statut de la femme au sein du ménage influencent-ils l'utilisation des services préventifs de lutte contre le paludisme ?
45. Dans quelle mesure le pouvoir de décision au sein des ménages influence-t-il l'acceptation de la CPS ? L'utilisation des MILDA ?
46. Y a-t-il une différence en termes de charge de travail qui empêche les hommes ou les femmes de recourir aux soins de santé ? lesquelles ?
47. 14. Quels genres de travaux les hommes exercent-ils pour gagner leur vie dans votre communauté/dans la région ? Ces travaux les exposent-ils au paludisme ?
48. 15. Quels genres de travaux les femmes exercent-elles pour gagner leur vie dans cette communauté/dans la région ? Ces travaux les exposent-ils au paludisme ?

#### **Quelles sont vos recommandations plus d'égalité au sein du ménage afin d'améliorer l'accessibilité des soins des femmes et des hommes ?**

##### **Guide d'entretien tradipraticien**

1. Pouvez-vous présenter ? (Nom Prénom, profession)
2. Parlez-nous des problèmes de santé les plus courants/fréquents dans votre localité ? si le paludisme n'est pas cité, demander pourquoi le paludisme n'en fait pas partie ?
3. Comment appelle-t-on le paludisme dans votre communauté ? (Sonder toutes les appellations possibles, pourquoi ces appellations (le lien avec la maladie)
4. Le palus est-il considéré comme une maladie grave dans votre communauté ? Pourquoi ?
5. Est-il considéré comme une maladie des femmes ? ou des hommes ? ou des d'enfants ? Pourquoi ?

6. Quelle appréciation faites-vous de l'ampleur du paludisme dans votre localité ?
7. Parlez-nous des catégories de population les plus touchées ? (Femme, homme, enfant, vieux/vieille)
8. Parlez-nous de zones qui sont plus touchées ? Pourquoi cela ?
9. Comment attrape-t-on le paludisme ? (Sonder toutes les croyances relatives aux causes du paludisme ?)
10. Quels sont les signes et symptômes courants du paludisme que vous connaissez ? *Les symptômes des maladies peuvent être similaires* ; Comment savez-vous qu'une personne au paludisme ?
11. Si mention de moustique aussi, demandez les causes de la prolifération des moustiques dans leur environnement ? ce qui amène les moustiques ?
12. Y a-t-il des activités professionnelles qui expose le plus les hommes ou les femmes aux paludismes ? pourquoi ?
13. Parlez-nous des moyens de prévention (médical et local) contre le paludisme que les gens de votre communauté ou famille utilisent (Sonder pour savoir qui les fournit, le coût, l'accessibilité des coûts, leur efficacité ?)
14. Comment les gens font pour se protéger contre les moustiques lorsqu'ils sont dehors tard le soir (par ex., un mariage, funérailles, tous types de regroupements ?)
15. - Si aucune mesure préventive n'est prise, pourquoi ? (Sonder pour savoir : coût élevé, pas disponible, chaleur, etc.) ?
16. Avez-vous connaissances des moyens de prévention médicales mis à la disposition de la population par les agents de santé ? lesquels ?
17. Quelles sont les croyances ou perceptions locales qui empêchent les hommes et les femmes d'utiliser les soins préventifs contre le paludisme ? (MILDA ; CPS ; TPI)
18. Y a-t-il des moyens de préventions contre le paludisme qui sont contraires aux croyances ou pratiques locales dans votre communauté ? Lesquels et pourquoi ?
19. Comment les gens traitent le paludisme dans la communauté ? quelle est l'orientation thérapeutiques des populations contre le paludisme ? Pourquoi ?
20. L'itinéraire thérapeutique des hommes ? pourquoi ? des femmes Pourquoi ? des enfants pourquoi ?
21. Comment appréciez-vous la façon dont les agents de santé traite le paludisme ? est-ce efficace selon vous ? sinon pourquoi ? quelles sont les insuffisances de ce traitement ?
22. Y a-t-il une collaboration entre vous tradipraticien et les agents de santé dans la lutte contre le paludisme ?
23. Quelles sont vos recommandations pour lutter contre le paludisme dans votre communauté ?