

**Evaluation du Programme de Lutte contre le Paludisme
chez la femme enceinte et le jeune enfant dans le district
sanitaire de Ouahigouya
Burkina Faso**

RAPPORT FINAL

352Ev

Date : 6 février 2013

Auteurs : Christine Bousquet, Dr Paulin Fao

Table des Matières.....	ii
Sigles et Abréviations.....	v
Remerciements.....	vi
1. Contexte.....	1
1.1 Préambule.....	1
1.2 Profil du Burkina Faso.....	1
1.2.1 Général.....	1
1.2.2 Situation sanitaire.....	1
1.2.3 Ampleur et gravité du paludisme.....	2
1.2.4 Réponse nationale.....	3
1.3 L'association JEREMI Dijon.....	4
1.3.1 Historique.....	4
1.3.2 Identité.....	4
1.3.3 Fonctionnement.....	5
1.4 La zone d'intervention.....	5
2. Justification et finalité de l'évaluation.....	6
2.1 Objectif général.....	6
2.2 Objectif spécifique de l'évaluation.....	6
2.3 Objet de l'évaluation et champ couvert.....	6
2.3.1 Objectifs du programme.....	6
2.3.2 Période concernée.....	7
2.3.3 Couverture géographique.....	7
2.3.4 Groupes cibles et bénéficiaires.....	7
2.3.5 Montants de fonds alloués.....	7
2.3.6 Contexte institutionnel et stratégique.....	8
2.3.7 Modalités d'organisation.....	9
2.3.8 Bilan des résultats.....	10
2.3.9 Situation actuelle.....	10
3. Méthodologie.....	10
3.1 Approche.....	10
3.2 Principales étapes.....	11
3.2.1 Préparation de la mission.....	11
3.2.2 Etude de terrain au Burkina Faso.....	11
3.2.3 Rapportage et restitution en France.....	12
3.2.4 Limites.....	12
4. Analyse par critère et questions évaluatives.....	13
4.1 Pertinence de la stratégie d'intervention.....	13
4.1.1 Au regard des besoins des populations et du district sanitaire.....	13
4.1.2 Cohérence du programme.....	14
4.1.3 Choix géographique.....	16
4.1.4 Place de l'action dans l'ensemble du dispositif de lutte contre le paludisme.....	16
4.1.5 Articulation avec les acteurs de lutte contre le paludisme.....	18
4.1.6 Adéquation de la thématique avec l'axe d'intervention « SMI ».....	18
4.1.7 Prise en compte de la pérennité.....	18
4.2 Efficience du dispositif de suivi et de mise en œuvre.....	19
4.2.1 Information sur les coûts.....	19
4.2.2 Organisation interne.....	19
4.2.3 Autres moyens mobilisés.....	20
4.2.4 Circuit d'approvisionnement et de distribution.....	21
4.2.5 Suivi comptable et financier.....	22
4.2.6 Suivi des indicateurs.....	22
4.2.7 Dispositif d'évaluation.....	23
4.2.8 Collaboration et communication.....	25

4.3 Efficacité des actions de prise en charge à l'échelon des formations sanitaires.....	26
4.3.1 Efficacité générale	26
4.3.2 Renforcement des capacités	26
4.3.3 Rénovation et construction	28
4.3.4 Amélioration de la PEC : diagnostic rapide	29
4.3.5 Amélioration de l'offre soins par ACT.....	30
4.3.6 Amélioration de la PEC du paludisme simple.....	31
4.3.7 Amélioration de la PEC du paludisme grave.....	32
4.3.8 Amélioration de la PEC chez la femme enceinte	32
4.4 Efficacité des actions de mobilisation à l'échelon des communautés	33
4.4.1 Changements des connaissances	33
4.4.2 Changements des comportements	34
4.4.3 Stratégie IEC	34
4.4.4 La PEC communautaire et ses principaux défis	35
4.5 Effets et Impact	37
4.5.1 La mortalité	37
4.5.2 L'impaludation	37
4.5.3 Sur le plan sanitaire	37
4.6 Pérennité.....	38
4.6.1 Remarque générale	38
4.6.2 Renforcement des capacités	38
4.6.3 Renforcement des infrastructures et du plateau technique	38
4.6.4 Sécurisation de l'approvisionnement en médicaments et consommables	39
4.6.5 Appui au niveau communautaire.....	39
4.6.6 Activités de suivi	39
5. Conclusions	40
5.1 Principaux éléments de plus value du programme et de la démarche d'intervention.....	40
5.2 Un programme pertinent qui aurait gagné à une capitalisation	40
5.3 Un dispositif de mise en œuvre en progrès mais qui reste à consolider	41
5.4 Des résultats globalement positifs, soumis aux contraintes du système de santé.....	41
5.5 La satisfaction unanime des bénéficiaires et de fortes attentes	42
5.6 La nécessité d'amorcer un transfert de responsabilités	42
6. Recommandations	42
6.1 Recommandation relative au positionnement général de l'association.....	42
6.2 Recommandations relatives à une démarche de professionnalisation.....	43
6.2.1 Renforcer la gestion de cycle de projet : structuration du siège	43
6.2.2 Renforcer la gestion de cycle de projet : étape de conception.....	43
6.3 Recommandations relatives à la poursuite de la 2 ^{ème} phase.....	43
6.3.1 Continuer mais sur de nouvelles bases et avec des objectifs redéfinis.....	43
6.3.2 Améliorer les modalités de mise en œuvre.....	45
6.3.4 Améliorer la communication et la visibilité de l'association	46
6.3.5 Renforcer la capitalisation d'expérience	46
6.4 Recommandation relative aux partenaires financiers	47
Liste des Annexes.....	48
Annexe 1. Termes de Référence.....	48
Annexe 2. Répartition des dépenses du programme (2007 - 2011).....	48
Annexe 3. Bilan des résultats du programme (2007 – 2011)	48
Annexe 4. Liste des Documents Consultés	48
Annexe 5. Note de cadrage.....	48
Annexe 6. Guide pour les entretiens.....	48
Annexe 7. Typologie des différents interlocuteurs.....	48
Annexe 8. Calendrier de la mission.....	48
Annexe 9. Liste des organisations et des personnes contactées	48
Annexe 10. Présentation des résultats préliminaires	48
Annexe 11. Liste des Participants, Atelier de restitution	48

Annexe 12. Comparaison des méthodes d'enquête	48
Annexe 13. Classification de l'endémicité selon la monographie de l'OMS	48
Figure 1. Faciès de transmission du paludisme au Burkina Faso	2
Figure 2. Localisation des programmes de SMI	4
Figure 3. Localisation des FS bénéficiaires du programme, commune de Tangaye	7
Figure 4. Localisation des FS bénéficiaires du programme, ville de Ouahigouya	7
Figure 5. Circuit d'approvisionnement et de distribution des consommables au Burkina Faso	21
Graphique 1. Contribution des différents partenaires (2007 – 2011)	7
Graphique 2. Evolution de l'utilisation des TDR	29
Graphique 3. Pourcentage de cas confirmés par rapport au nombre total de cas enregistrés	29
Graphique 4. Pourcentage de cas confirmés pour l'ensemble du district sanitaire	29
Graphique 5. Evolution des unités d'ASAQ et des cas notifiés	31
Graphique 6. Evolution du nombre de cas de paludisme simple notifiés dans le district sanitaire	31
Graphique 7. Evolution du nombre de cas de paludisme grave notifiés dans le district sanitaire	32
Photo 1. Les ASM de JEREMI	20
Photo 2. Plafond de la maternité de Tangaye	28
Photo 3. Poste anti-paludisme de Tangaye	28
Photo 4. Ecoulement d'eau à l'arrière du poste anti-paludisme	29
Photo 5. Cahier de vente journalière, DMEG de Touzagué	30
Photo 6. Tarification de l'ASAQ, DMEG de Touzagué	30
Photo 7. Cahier de notification des cas de paludisme, ASC de Touzagué (Août 2012)	36
Photo 8. Cahier de notification des cas de paludisme, ASC de Touzagué (Octobre 2012)	36
Tableau 1. Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme (2006 à 2009)	3
Tableau 2. Principales caractéristiques du district sanitaire de Ouahigouya	5
Tableau 3. Principaux partenaires du programme	8
Tableau 4. Orientations stratégiques du PNLP vs. celles du programme de JEREMI	14
Tableau 5. Orientations stratégiques 2011 – 2015 vs. celles du programme de JEREMI	15
Tableau 6. Principales sources et modalités de financement pour la PEC du paludisme dans le district sanitaire de Ouahigouya	17
Tableau 7. Exemples de contributions du comité de suivi	27

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABB	Association des Burkinabés de Bourgogne
AFD	Agence Française de Développement
AMMIE	Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant
APD	Aide Publique au Développement
ASAQ	Artésunate (AS) - Amodiaquine (AQ)
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASM	Animatrice de Santé Mobile
BMG	Bill et Melinda Gates (Fondation)
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMA	Centre Médical avec Antenne (chirurgicale)
CM	Centre Médical
CNRFP	Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Pré Natale
CREDO	Organisation Chrétienne de Secours et de Développement
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DMEG	Dépôt de Médicaments Essentiels Génériques
DRD	Dépôt Répartiteur du District
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
F3E	Fonds pour la promotion des Etudes préalables, Etudes transversales et Evaluations
FM	Fonds Mondial (de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme)
FS	Formation Sanitaire
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information, Education, Communication
IRA	Infections Respiratoires Aigües
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
JEREMI	Jumelages Et Rencontres pour l'Entraide Médicale Internationale
JHPIEGO	ONG affiliée à l'Université John Hopkins
MAEE	Ministère des Affaires Etrangères et Européennes
MCD	Médecin Chef de District
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MIIDS	Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement Solidaire
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en Charge
PECADO	Prise en charge à domicile
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSF	Pharmaciens Sans Frontières Rhône Alpes
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
RENCAP	Renforcement des Capacités (ONG)
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SCADD	Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif anti-palustre Intermittent
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSI	Volontaire de Solidarité Internationale

REMERCIEMENTS

Les consultants ont apprécié les échanges qui ont pu s'établir à l'occasion de cette évaluation. Ils souhaitent remercier tous leurs interlocuteurs, en particulier :

- Les membres de l'Association JEREMI à Dijon et à Ouahigouya pour la bonne organisation de la mission et leur disponibilité ;
- Le Ministère de la Santé pour la coopération des cadres et agents de santé tout au long de ce travail, plus particulièrement le PNLP, la Direction Régionale de la Santé (région Nord) et le District Sanitaire de Ouahigouya ;
- Les nombreuses organisations et les personnes rencontrées, en poste au Burkina Faso et en France, pour leur collaboration et leur participation ;
- Les agents de santé communautaire et toutes les personnes qui se sont mobilisées dans les villages pour participer aux discussions de groupe ;
- La traductrice pour son appui lors des discussions de groupe dans les communautés.

Les réflexions et développements de ce rapport restent de l'entière responsabilité des consultants et ne reflètent pas nécessairement la position de JEREMI.

1. CONTEXTE

1.1 Préambule

Ce rapport concerne l'évaluation d'un programme de lutte contre le paludisme mis en œuvre d'octobre 2007 à septembre 2011. L'évaluation a été commanditée par le promoteur du programme : l'association Jumelages et Rencontres pour l'entraide Médicale Internationale (JEREMI).

1.2 Profil du Burkina Faso

1.2.1 Général

Le Burkina Faso est un pays sub-saharien enclavé, à faible revenu. La population, qui compte environ 16 millions de personnes, est à 70% rurale et vit principalement d'une agriculture de subsistance largement dépendante de la pluviométrie. Son économie repose principalement sur la performance du secteur cotonnier. Depuis quelques années l'extraction minière occupe cependant une place de plus en plus importante.

Classé 181^{ème} sur 187 pays selon l'Indice de Développement Humain du PNUD (2011), le taux de pauvreté en 2009 a été estimé à 46%. Le pays dépend fortement de l'aide publique au développement (APD), qui représente environ 50% des ressources de l'Etat¹.

En dépit des événements de 2011, le Burkina-Faso bénéficie d'une relative stabilité politique qui pourrait cependant être fragilisée avec l'évolution du conflit au Mali.

Le Burkina Faso est souvent décrit comme le pays des associations. La sécheresse de 1973 a fait apparaître les Organisation Non Gouvernementales (ONG) du Nord, intervenues pour apporter une aide d'urgence. Cette réalité associative s'est ensuite fortement accélérée, notamment au milieu des années 1980. C'est dans le cadre de la multiplication des ONG nationales et internationales qu'a été créé en 1984 le Bureau de Suivi des ONG².

1.2.2 Situation sanitaire

Au cours des dernières années, l'on note une évolution positive dans le domaine de la santé : (i) la mortalité infantile a reculé de 107 à 65 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants ; (ii) le ratio de la mortalité maternelle a également diminué de 484 pour 100 000 naissances vivantes à 341³. En dépit des progrès enregistrés, la situation sanitaire reste caractérisée par l'importance de la morbi-mortalité maternelle et infantile ; la prééminence des maladies transmissibles (paludisme, infections respiratoires aiguës, diarrhées et tuberculose) auxquelles les enfants de moins de cinq ans paient un lourd tribut ; et l'émergence de maladies chroniques (hypertension artérielle, asthme, diabète et cancers). L'épidémie de VIH/sida est généralisée à l'ensemble du pays avec une prévalence estimée à 1,2%⁴.

Sur le plan sanitaire, les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

- Le premier niveau constitué des districts sanitaires avec deux échelons de soins qui sont : i) les centres de santé et de promotion sociale ou CSPS qui constituent le premier contact avec la population⁵ ; ii) le deuxième échelon ou échelon de référence, les centres médicaux avec antenne chirurgicale ou CMA qui jouent le rôle d'hôpitaux de district;
- le deuxième niveau constitué par des centres hospitaliers régionaux ou CHR ;
- le troisième niveau constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires ou CHU.

¹ Source : Etude thématique. L'efficacité de l'aide non liée en termes de développement : évaluation de la mise en œuvre de la déclaration de Paris et de la recommandation de 2001 du CAD sur le déliement de l'APD aux Pays Moins Avancés. Etude de pays : Burkina Faso. ECORYS : Piet Lanser, Judith Mathijssen, Elie Paré. Janvier 2010.

² Ce service est maintenant appelé Direction de Suivi des ONG.

³ Source : Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2010.

⁴ Source : ONUSIDA 2009.

⁵ Selon les normes du Ministère de la Santé, un CSPS comprend un dispensaire, un service de santé maternelle et infantile, un dépôt MEG, un incinérateur, et un point d'eau.

Il existe également des structures privées à but lucratif et plusieurs autres structures privées à but non lucratif gérées par des confessions religieuses, des ONG et des associations. Par ailleurs, la médecine et la pharmacopée traditionnelles, reconnues depuis 1994 dans le code de la santé publique, jouent un rôle important dans la prise en charge des maladies.

L'amélioration de l'accès aux services de santé de base et, plus généralement, le développement des secteurs sociaux constitue l'une des priorités affichées du Gouvernement du Burkina Faso. A ce titre, le renforcement du secteur de la santé a été une composante importante du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et plus récemment de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD)⁶.

Le Gouvernement du Burkina Faso a adopté un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) initié en 2001 avec l'appui de la Banque mondiale et reconduit pour la période 2011-2020. Ce plan s'inscrit dans une double perspective : accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et relever les défis liés à la performance du secteur de la santé et au déficit du personnel, notamment en zone rurale.

La mise en œuvre du PNDS s'effectue selon une approche sectorielle basée sur une harmonisation des interventions des différents partenaires techniques et financiers et sous-tendue par la mise en place d'un « panier commun ». Le PNDS est financé à travers le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS). Parmi les dix premiers bailleurs de fonds du secteur de la santé, l'on trouve cinq bailleurs bilatéraux, la Commission européenne, trois institutions financières internationales, et le système des Nations Unies⁷.

1.2.3 Ampleur et gravité du paludisme

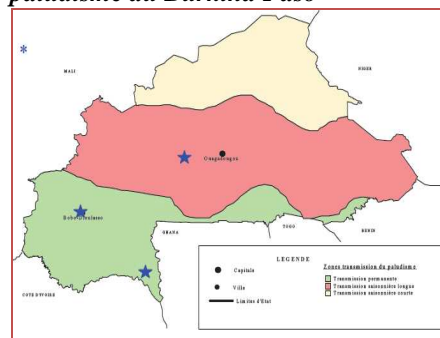
Le paludisme est une maladie complexe causée par un parasite transmis à l'homme par des piqûres de moustiques infectés. En Afrique sub-saharienne, de très nombreux facteurs climatiques (modifications, variabilité du climat) et/ou environnementaux, naturels (sècheresse, variations de température) ou dus à l'activité humaine peuvent influencer sa transmission dans une région donnée.

A la fois cause et conséquence de la pauvreté, son impact socio-économique concerne tous les secteurs de l'économie à travers d'une part une réduction de la main d'œuvre et une augmentation de l'absentéisme et, d'autre part, une augmentation des coûts directs et indirects liés à la maladie et des dépenses de santé dans les pays de forte endémicité.

Au Burkina Faso, l'espèce *Plasmodium Falciparum* est de loin la plus importante. Il existe trois faciès épidémiologiques de transmission : une zone de transmission permanente, une zone de transmission saisonnière longue de 4 à 6 mois, et une zone de transmission saisonnière courte de 3 à 4 mois (Figure 1).

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique pour le pays. En 2010 il a représenté 45,3 % des motifs de consultation, 63,4 % des motifs d'hospitalisation et 54,6 % des causes de décès⁸. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés.

Figure 1. Faciès de transmission du paludisme au Burkina Faso⁹



⁶ La SCADD est le référentiel de la politique de développement du Burkina Faso pour la période 2011 – 2015.

⁷ A noter que l'Agence française de Développement (AFD) financera à travers le PADS un programme Population et Santé Reproductive pour un montant de 4 millions d'Euros (2013 – 2017). A cette approche programme se rajoutera un montant de 5 millions d'Euros pour la thématique de Santé Maternelle et Infantile.

⁸ Direction Générale de l'Information et des Statistique Sanitaires. Ministère de la Santé. www.sante.gov.bf

⁹ Source : Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, J. Rouamba.

1.2.4 Réponse nationale

Au niveau national, la réponse est définie, coordonnée et supervisée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) placée sous l'autorité de la Direction de la Lutte contre la Maladie¹⁰. A l'échelon régional, les activités sanitaires liées à la lutte contre le paludisme sont, comme l'ensemble des programmes nationaux, encadrées, appuyées et supervisées par la Direction Régionale de la Santé (DRS), le médecin-chef de district (MCD) et son équipe cadre.

La lutte contre le paludisme bénéficie de l'engagement du ministère de la Santé. Cette volonté se traduit notamment par :

- L'adoption d'une politique nationale de Lutte contre le paludisme en 1991 ;
- Une volonté de rendre accessible la prise en charge (PEC) en favorisant l'introduction aux Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) dans le protocole de traitement du paludisme simple dès 2005 ;
- L'introduction des tests de diagnostic rapide (TDR) pour le diagnostic du paludisme dans les CSPS et la campagne de distribution universelle des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) en 2009 ;
- La mobilisation de ressources nationales et extérieures.

Le volume des ressources financières disponibles en matière de lutte contre le paludisme repose sur :

- La contribution nationale qui comprend les dotations du budget de l'État auxquels il convient d'ajouter les dépenses des ménages;
- L'aide extérieure : outre la coopération bilatérale et multilatérale, les principaux partenaires financiers sont le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FM)¹¹, l'Initiative « Faire reculer le paludisme », l'Engagement des Chefs d'État africains contre le paludisme, *the Multilateral Initiative on Malaria*, et le programme de la Fondation Bill and Melinda Gates (BMG).

Le Tableau 1 présente le volume des dépenses annuelles sur la période 2006 à 2009.

Tableau 1. Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme (2006 à 2009)¹²

Année	Volume des dépenses annuelles par source de financement (en milliers de FCFA)						
	Ménages		Secteur Public		Bailleurs de fonds étrangers		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2006	14 217 601	75,87	2 207 695	11,8	2 315 097	12,35	18 740 393
2007	15 239 003	63,57	6 011 904	25,08	2 722 472	11,36	23 973 379
2008	15 433 810	62,85	6 313 524	25,71	2 808 199	11,44	24 555 533
2009	25 265 562	67,55	11 952 527	20,02	5 833	12,43	37 223 923

A lui seul le FM a approuvé, pour la période 2003 – 2012, le financement des requêtes « paludisme » du pays pour un montant global de 131 120 331 dollars US, soit environ 93 millions d'euros et 41% du financement total approuvé.

À côté de ces initiatives et programmes, les partenaires classiques intervenant dans la santé et le développement comme la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF et le PNUD ont accentué leur contribution à la lutte antipaludique. La Banque mondiale a mis en place un programme spécial, *le Booster Program*, pour relancer et renforcer la lutte antipaludique dans les pays africains.

¹⁰ Selon l'Arrêté N° 2003/196 MS/SG/DGS du 25 septembre 2003

¹¹ Approbation de la requête du Burkina au financement du Fonds Mondial volet paludisme Série 2 (2002), Série 7 (2007) et Série 8 (2009).

¹² Comptes Nationaux de la Santé (2006 – 2009)

Le Burkina Faso fait partie des pays ayant bénéficié de ce programme. La coopération américaine (USAID) finance également depuis la fin 2009, un projet en appui à la stratégie nationale et au PNLP. Ce programme de cinq ans a reçu une première tranche de financement de 6 millions de dollars US.

Selon le Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011 – 2015, l'apport financier de l'Etat à la lutte contre le paludisme devrait se poursuivre et s'accroître à travers la loi de finances¹³. Des plaidoyers auprès des partenaires techniques et financiers et des collectivités territoriales seront menés pour mobiliser les ressources financières complémentaires.

1.3 L'association JEREMI Dijon

1.3.1 Historique

Fondée à Dijon en 1984, l'association JEREMI est née d'un élan de solidarité et de l'amitié de trois dijonnais et d'un burkinabé originaire de Tangaye dans la province du Yatenga. Il est important de souligner qu'une association sœur, JEREMI Rhône-Alpes, a été créée en 1994 à la suite de contacts entre pédiatres dijonnais et lyonnais. L'action de JEREMI Rhône-Alpes à Ouahigouya porte sur la prévention de la malnutrition protéino-énergétique. Si la dénomination est identique, les deux associations sont indépendantes l'une de l'autre et mènent des actions séparées. Dans ce document, l'acronyme JEREMI se réfère uniquement à JEREMI Dijon.

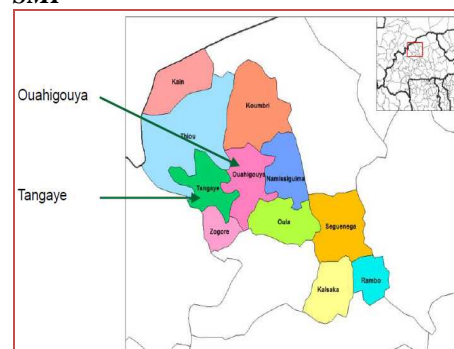
1.3.2 Identité

JEREMI a pour principe de mettre en œuvre des projets de coopération au Burkina Faso avec l'objectif de contribuer par son action au développement de pays défavorisés.

L'association est structurée selon trois pôles thématiques qui correspondent à différents domaines de spécialité :

- L'ophtalmologie avec un appui de plus de vingt ans aux CHR de Ouahigouya et de Dori¹⁴ ;
- L'éducation avec la création d'un centre de formation agricole et artisanale à Tangaye destiné aux élèves de 14 à 18 ans, en partenariat avec une association locale (Association Formation Développement et Ruralité) ;
- La santé maternelle et infantile (SMI) dans le district sanitaire de Ouahigouya, région Nord, plus particulièrement dans le département de Tangaye¹⁵ et la ville de Ouahigouya (Figure 2);

Figure 2. Localisation des programmes de SMI



Depuis 1984, JEREMI a connu une évolution de ses actions de SMI :

- 1985 - début des années 1990 : actions conçues pour venir directement en aide et apporter des soins dans les villages, notamment lors de missions ponctuelles menées par des pédiatres, des gynécologues, des infirmières et des sages-femmes de Dijon et de la région Bourgogne ;
- 1992 : mobilisation de ressources pour appuyer un réseau d'animatrices mobiles chargées du suivi des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes¹⁶ ;
- 1997 : appui aux activités liées à l'Initiative de Bamako¹⁷ ;
- 2001 – 2005 : Programme pilote de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) ;
- 2007 – 2011 : Première phase d'un programme de lutte contre le paludisme en zone rurale avec une extension, en 2009, à Ouahigouya ville ;

¹³ Le budget prévisionnel pour financer le plan stratégique 2011 – 2015 est de 143 717 184 028 FCFA, soit trois fois le budget pour la période 2006 – 2010 (44 352 269 495 FCFA).

¹⁴ Appui à la création d'un centre d'ophtalmologie et d'un centre d'optique ; au dépistage et à la formation.

¹⁵ Devenu commune rurale depuis. En effet selon la loi N° 055-2004/AN, la communalisation intégrale du territoire national a abouti à la création de 302 communes rurales correspondants aux territoires des départements.

¹⁶ Intitulé du programme : « Aide au programme de Santé Maternelle et Infantile Mobile dans le département de Tangaye ».

¹⁷ Intitulé du programme : « Projet d'appui au plan de développement sanitaire du département de Tangaye ».

- 2012 – 2014 : Deuxième phase du programme.

1.3.3 Fonctionnement

Organisée sous le statut d'une association Loi 1901, JEREMI compte un conseil d'administration composé de 22 membres, 140 adhérents et 40 membres actifs¹⁸. L'association revendique une logique de bénévolat et mobilise au siège de Dijon un réseau composé de médecins et de paramédicaux, d'enseignants et de gestionnaires.

1.4 La zone d'intervention

La région Nord est l'une des 13 régions administratives du Burkina Faso. Elle a une superficie de 16 207 km² et compte plus d'un million d'habitants. Composée de quatre provinces dont celle du Yatenga, son chef-lieu est Ouahigouya.

Les structures administratives et sanitaires de la région Nord correspondent au système de santé pyramidal du Burkina-Faso. Elles comprennent :

- Une Direction Régionale de la Santé (DRS) ;
- Une agence régionale de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) ;
- Un CHR situé dans la ville de Ouahigouya ;
- Cinq districts sanitaires : Gourcy, Ouahigouya, Séguénégué, Titao, et Yako.

En 2007 le district sanitaire de Ouahigouya comptait 54 formations sanitaires (FS). A ce jour l'on en recense 65 réparties dans 8 communes rurales et une commune urbaine.

Tableau 2. Principales caractéristiques du district sanitaire de Ouahigouya¹⁹

Population	Superficie	Découpage administratif	Population à moins de 5 kms d'une FS	Population entre 5 – 9 kms	Population à 10 kms et plus
442 957	5 343km ²	<ul style="list-style-type: none"> • 8 communes rurales²⁰ • 1 commune urbaine (dont Ouahigouya ville) • 310 villages 	58,8%	22%	19,2%

Les données disponibles confirment l'importance du paludisme qui reste pour la région Nord au premier rang des pathologies, suivi des infections respiratoires aiguës (IRA) et des maladies diarrhéiques. En 2011, selon l'annuaire statistique du ministère de la Santé, le district sanitaire de Ouahigouya a réalisé 7 740 gouttes épaisses dont 56,6% (4 383) positives. Il a également enregistré :

- 48 389 cas de paludisme simple, dont 47% (22 741) d'enfants de moins de 5 ans et 13% (6 293) de femmes enceintes
- 5110 cas de paludisme grave, avec un taux de létalité de 2,1% (3,1% chez les enfants de moins de 5 ans)

Le CHR a, quant à lui, enregistré :

- 1 744 cas de paludisme simple, dont 19% (327) d'enfants de moins de 5 ans et 3% (51) de femmes enceintes
- 1 686 cas de paludisme grave et 114 décès, avec un taux de létalité de 6,8% (9,7% chez les enfants de moins de 5 ans)²¹.

¹⁸ En droit des associations, association à but non lucratif.

¹⁹ Source : Annuaire statistique 2011, ministère de la Santé ; pp 178 – 180.

²⁰ Ou département selon l'ancien découpage administratif.

²¹ Source : Annuaire statistique du ministère de la Santé, 2011 ; pp 180.

2. JUSTIFICATION ET FINALITÉ DE L'ÉVALUATION

2.1 Objectif général

L'évaluation est entreprise pour tirer le bilan de l'appui, apprécier les stratégies retenues, rendre compte des résultats obtenus aux partenaires techniques et financiers, et recommander des stratégies et des méthodes pour la poursuite et l'extension du programme.

2.2 Objectif spécifique de l'évaluation

Après 28 ans de présence dans la commune rurale de Tangaye, les responsables de l'association souhaitent poursuivre la coopération entamée avec le district sanitaire de Ouahigouya. Des contacts ont été pris auprès de l'Agence française de Développement (AFD) pour avoir accès à de nouveaux fonds publics et financer un programme plus large associant des aspects nutritionnels, sanitaires et éducatifs. A la demande de l'AFD, JEREMI a commandité une évaluation afin d'avoir une appréciation externe du programme, d'en connaître les actions prioritaires et les aspects à renforcer et, *in fine*, de mieux répondre aux besoins des populations et aux exigences de futurs partenaires financiers.

Cet exercice, première étape dans l'optique d'une demande de financement à l'AFD, s'articule autour de trois grands axes : la stratégie de l'intervention, les dispositifs de mise en œuvre et de partenariat, et le résultat des actions.

Selon les Termes de Référence (Annexe 1), il est attendu de l'évaluation qu'elle :

- démontre la pertinence d'une stratégie d'intervention de lutte contre le paludisme ;
- dégage les points forts et les points faibles du programme et de son mode opérationnel et les réorientations stratégiques souhaitables ;
- tire les enseignements sur la question de pérennisation des acquis ;
- dégage les recommandations pour la poursuite et l'extension des actions.

2.3 Objet de l'évaluation et champ couvert

2.3.1 Objectifs du programme

Le programme compte quatre grands objectifs :

- **Renforcer l'utilisation des MILDA** chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;
- Développer **le traitement préventif anti-palustre intermittent** (TPI) au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse²² ;
- **Améliorer la PEC des accès palustres** chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans ;
- **Mettre en place une structure pilote appelée « poste anti-paludisme »** comprenant tous les paramètres d'une zone ciblée : Information, Education, Communication (IEC) ; lutte anti-vectorielle ; et diagnostic et traitement précoce des cas.

Les principales activités ont concerné :

- **La formation** des agents de santé et des gérants de dépôts de médicaments essentiels génériques (DMEG) ;
- **La formation** des Agents de Santé Communautaire (ASC) et leur suivi au travers du réseau des animatrices de santé mobiles (ASM) recrutées par JEREMI ;
- **L'approvisionnement en intrants**, notamment la mise à disposition de la combinaison thérapeutique associant en un seul comprimé l'Artésunate et l'Amodiaquine (ASAQ)²³ ; les

²² Traitement qui consiste à administrer aux femmes enceintes au moins deux doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP).

²³ Ce traitement est le fruit de la recherche menée en partenariat par la « *Drugs for Neglected Diseases initiative* » et Sanofi-Aventis.

TDR ; la quinine et la SP pour les femmes enceintes; un kit de PEC du paludisme grave ; et les MILDA ;

- **La mobilisation sociale et les séances d'Information Education Communication (IEC);**
- **La construction du poste anti-paludisme** avec une salle de réunion, un bureau pour le responsable, et un laboratoire ;
- **Trois enquêtes transversales:** une enquête de référence (« *baseline* ») en septembre 2007 ; une enquête intermédiaire en septembre 2009 ; et une enquête en fin de programme (octobre 2011) ;
- **Une enquête entomologique** en novembre 2008.

2.3.2 Période concernée

L'évaluation couvre la période d'octobre 2007 à septembre 2011. La question de la pérennité a également pris en compte la transition entre la première et la deuxième phase (2012 – 2014).

2.3.3 Couverture géographique

Le programme a d'abord appuyé les 7 FS de la commune rurale de Tangaye pour ensuite s'étendre à 14 FS de Ouahigouya ville, dont le CHR, 11 FS publiques, et deux centres médicaux privés (Figure 3 et 4)²⁴.

Figure 3. Localisation des FS bénéficiaires du programme, commune de Tangaye²⁵

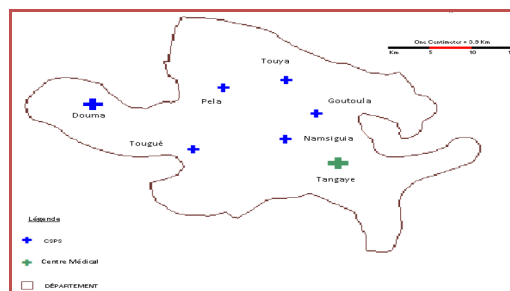
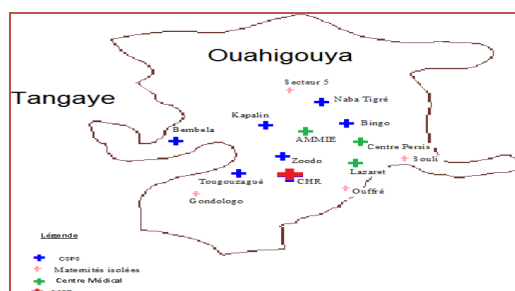


Figure 4. Localisation des FS bénéficiaires du programme, ville de Ouahigouya



2.3.4 Groupes cibles et bénéficiaires

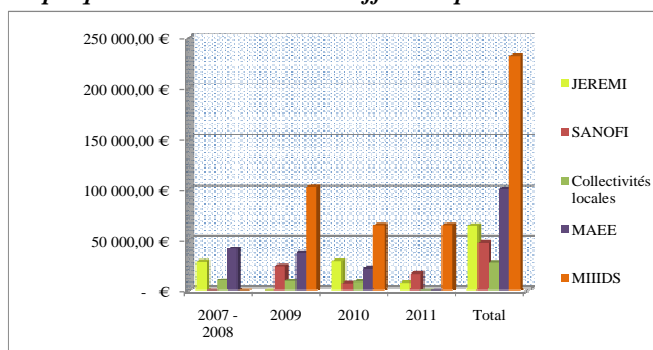
Du fait de leur vulnérabilité au paludisme, les groupes cibles du programme sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes répartis sur la commune rurale de Tangaye (environ 35 229 habitants) et la ville de Ouahigouya (environ 80 000 habitants). Les autres bénéficiaires concernent les agents de santé des 21 FS et les ASC.

2.3.5 Montants de fonds alloués

Pour la période octobre 2007 – septembre 2011, le budget réalisé est de 470 025€²⁶. La répartition des dépenses est présentée en Annexe 2. Les contributions au programme se décomposent comme suit :

- JEREMI : 14%
- Sanofi-Aventis: 10%
- Les collectivités locales (Conseil Régional de Bourgogne, Conseil Général de Côte d'Or et Mairie de Dijon) : 6%

Graphique 1. Contribution des différents partenaires



²⁴ Ouahigouya ville compte le CHR (devenu centre hospitalier régional universitaire en 2011), 3 centres médicaux, 6 CSPPS et 4 maternités isolées. En 2011 sur ces, deux des 4 maternités isolées sont devenues des CSPPS.

²⁵ Source : Cartes réalisées par M. Youssouf Sawadogo, Coordinateur Médical, JEREMI.

²⁶ Le budget prévisionnel était de 448 006€. Le dépassement de 22 009€ est resté à la charge de l'association.

- Le ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)²⁷ : 21%
- Le ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement Solidaire (MIIIDS) : 49%

Conçu dès 2006, le programme a d'abord été présenté à un financement européen, sans succès²⁸. Présenté dans le même temps au MAEE, il a été accepté avec un retard de plus d'une année²⁹. Sanofi-Aventis a, dans un premier temps, orienté JEREMI vers Coopération 92 puis vers le MIIIDS, ceci suite à l'annonce en décembre 2007 par Coopération 92 de la non attribution des financements prévus³⁰. Le programme a ainsi pu bénéficier en 2008 de l'appui du MIIIDS, ce qui a permis de prolonger cette première phase jusqu'en septembre 2011.

2.3.6 Contexte institutionnel et stratégique

Le programme a été exécuté en appui aux activités du district Sanitaire et en partenariat avec plusieurs partenaires associatifs (Tableau 3).

Tableau 3. Principaux partenaires du programme

Partenaires institutionnels	National	Ministère de la Santé PNLP Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP)
	Régional	Direction régionale de la Santé CHR (structure de référence)
	District	MCD et son équipe cadre
	Collectivités	Mairies Comités de Gestion (COGES)
	En France	CHU de Dijon
Partenaires associatifs	Au Burkina	Association Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant (AMMIE) Centre PERSIS-BURKINA
	En France	Association des Burkinabé de Bourgogne (ABB)

Une convention a été passée en 2007 entre le ministère de la Santé et JEREMI. Tout au long du programme l'association a continué à utiliser le local situé dans le périmètre des bâtiments administratifs du district. Ce local, constitué de deux pièces principales a à la fois servi de bureau et de lieu de stockage³¹.

La collaboration avec Sanofi Aventis s'inscrit dans l'initiative « Impact Malaria » du laboratoire³². Dans le cadre de ce programme, Sanofi a été à l'origine du concept du poste anti-paludisme à Tangaye, de la mise à disposition à titre gratuit de l'ASAQ, et du financement d'une boîte à images pour les séances d'IEC³³. Il a également contribué au financement du championnat inter villages contre le paludisme.

²⁷ Via la MAAIONG, principal guichet français de financement des projets des ONG.

²⁸ La demande a été rejetée du fait d'une pièce manquante dans le dossier déposé.

²⁹ Pour cause de dossier égaré. Source : communication personnelle, JEREMI.

³⁰ Société d'économie mixte créée en 1991 par Charles Pasqua, Coopération 92 associait des entreprises et le Conseil général des Hauts de Seine pour des projets de développement en Afrique et en Asie. Coopération 92 a été dissoute en octobre 2008.

³¹ Le district sanitaire de Ouahigouya a mis ce local à la disposition de l'association en 2002. JEREMI l'a entièrement rénové et aménagé lors du programme PTME.

³² Impact Malaria, en association avec les PNL, les ONG et autres acteurs locaux, appuie des initiatives de formation et de sensibilisation dans plus de 20 pays d'Afrique.

³³ Pour la phase 1, l'ASAQ a été commandé directement à Sanofi. Pour la phase 2 (2012-2014), JEREMI achète les unités de traitement à la CAMEG régionale.

2.3.7 Modalités d'organisation

Le programme a mobilisé :

- **Au siège de l'association** : des bénévoles pour l'appui technique, administratif et financier. Trois médecins (le Président de JEREMI, la vice-présidente et le responsable du programme paludisme) coordonnent l'appui technique et interviennent également pour des missions de suivi. Des médecins, des paramédicaux et des gestionnaires effectuent également des missions de terrain ;
- **A Ouahigouya** : une Volontaire de la Solidarité Internationale (VSI) pour le poste de représentante/gestionnaire ; un personnel national pour les postes de coordinateur médical et d'animation IEC.

Le dispositif du personnel à Ouahigouya a connu plusieurs changements :

- **Octobre 2007 - février 2009** : une première VSI a assumé la double fonction de représentante de l'association et de coordinatrice logistique ;
- **Février - mars 2009** : Suite à son départ, une bénévole de l'association en a assuré l'intérim ;
- **Mai 2009 - novembre 2010** : une nouvelle VSI a été recrutée pour une durée de 18 mois au titre de Coordinatrice Administrative, Financière et Logistique du programme³⁴. Elle est ensuite retournée sur le terrain en octobre-novembre 2011 pour participer à l'enquête de fin de programme ;
- **Janvier 2009**, un coordinateur médical burkinabé – attaché de santé, spécialisé en statistiques et épidémiologie - a été recruté³⁵. Il est le référent technique du programme. Au départ de la volontaire de service international, il a représenté l'association, assisté d'une administratrice recrutée localement³⁶. Il a également organisé l'enquête intermédiaire et l'enquête de fin de programme, en collaboration avec la coordinatrice.

Du fait de la présence d'une équipe sur le terrain, les missions de suivi du siège ont été limitées à deux missions auxquelles le président de l'association a participé : en juillet 2008 pour le suivi de la coordinatrice logistique ; en mai 2010 accompagné de la vice-présidente de JEREMI et de la présidente de l'ABB pour l'inauguration du poste paludisme, le championnat inter villages et les rencontres protocolaires.

L'on note également la contribution du CHU de Dijon avec la mise à disposition de médecins pour des expertises ponctuelles portant sur la formation et les enquêtes. Le laboratoire du CHU a également été sollicité pour une confirmation du diagnostic biologique lors de l'enquête à mi-parcours (2009).

Une convention de partenariat a été passée entre JEREMI et le CNRFP afin d'inclure une expertise locale dans la réalisation des enquêtes. Dans la pratique, cette participation s'est essentiellement focalisée sur l'enquête entomologique réalisée en 2008.

Un comité de pilotage a également été créé avec pour secrétaire un membre de l'équipe de terrain. Dirigé par le DRS, il a compté un représentant des principaux partenaires institutionnels et associatifs du district sanitaire, et un représentant des élus de la commune de Tangaye et de Ouahigouya. Ce comité avait pour objectif de se réunir chaque semestre pour faire le point sur l'état du programme, soulever les problèmes rencontrés, et réorienter les activités si nécessaire.

³⁴ Egalement à l'origine de l'ABB et membre bénévole aux activités de JEREMI à Dijon.

³⁵ Détaché du ministère de la Santé de 2009 à 2010 (2 ans) puis mis en disponibilité à partir de 2011 pour un an renouvelable.

³⁶ Il s'agit de la gestionnaire du Centre PERSIS-Burkina qui, à la demande de JEREMI Dijon, a dégagé du temps pour assurer le suivi administratif et comptable du programme.

2.3.8 Bilan des résultats

Le bilan des résultats sur la période 2007 – 2011 est présenté en Annexe 3³⁷. Les résultats pour l'aire sanitaire du CSPS de Tangaye indiquent un bilan globalement positif, notamment :

- Un indice plasmodial ou taux d'impaludation³⁸ passé de 89% à 50,6% ;
- Une baisse de 21% à 6% du premier recours aux tradi-praticiens, avec une augmentation du recours aux agents de santé (de 43% à 64,7%) ;
- Le traitement du paludisme simple en 2009 avec les CTA dans 100% des cas, contre 78% par chloroquine en 2007 ;
- L'utilisation des MILDA par 79% des femmes enceintes contre 29% en 2007 ;
- Le TPI par SP, avec au moins une dose au cours d'une grossesse, chez 96% des femmes enquêtées contre 71% en 2007 ;
- La disponibilité des TDR, MILDA, médicaments et consommables (paludisme simple et paludisme grave) dans 100% des FS concernées par le programme.

La lutte anti-vectorielle est restée centrée sur l'utilisation des MILDA. En effet, pour des raisons de faisabilité et de coûts, le choix de pulvérisation intra-domiciliaire (PID) et le recrutement de deux techniciens formés en entomologie ont été annulés.

Suite à l'ajournement d'une partie des financements, une seule ASM a été recrutée en 2008. Le recrutement du coordinateur médical et la construction du poste anti-paludisme ont été reportés à 2009.

2.3.9 Situation actuelle

Démarré en janvier 2012 un nouveau programme de 3 ans est actuellement en cours d'exécution. Retenu favorablement par le MIIIDS, et soutenu par Sanofi et les fonds propres de JEREMI, ce programme d'un budget prévisionnel de 390 000 euros s'inscrit dans la continuité des activités consacrées au paludisme et couvre également la tuberculose et les IRA³⁹.

Les objectifs pour le volet paludisme restent similaires à ceux de la première phase mais incluent également la PEC communautaire selon la stratégie du PNLP et sous réserve des résultats des expériences menées par les partenaires. Le développement du poste anti-paludisme est un axe prioritaire. Il est attendu qu'il devienne :

- Un lieu d'articulation entre les activités du CSPS et les activités communautaires ;
- Un lieu de stockage des différents matériels et médicaments dédiés à la lutte contre les maladies infectieuses ;
- Un laboratoire de dépistage (paludisme et tuberculose) et une antenne décentralisée du laboratoire du district sanitaire ;
- Un lieu de formation des ASC.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Approche

La démarche proposée s'est voulue participative. Elle a visé à recueillir les points de vue des différents acteurs et bénéficiaires de manière objective tout en respectant la confidentialité des informations obtenues. Elle a mobilisé un binôme franco-burkinabé composé de deux experts au profil complémentaire : Christine Bousquet, spécialiste de santé publique (chef de mission) et Paulin Fao, médecin spécialisé en méthodes statistiques et épidémiologiques (consultant associé).

³⁷ Source: Rapport final du Programme de lutte contre le Paludisme chez la femme enceinte et le jeune enfant de l'association JEREMI dans le district sanitaire de Ouahigouya (Burkina Faso).

³⁸ Degré de contamination par la présence dans le sang du parasite Plasmodium.

³⁹ Une première tranche de 190 000 € a été débloquée pour une période de 18 mois (Janvier 2012 – Juin 2013).

Les questions évaluatives ont été organisées autour des critères d'évaluation classiques. Plus précisément, le programme a été apprécié par rapport à quatre critères d'évaluation

- **La pertinence** : ce critère interroge la mise en lien du programme avec son contexte ; l'adéquation avec les enjeux locaux ; la complémentarité avec les initiatives locales (orientations et politiques nationales, initiatives des autres partenaires) et son ancrage dans le tissu institutionnel;
- **L'efficience** analyse le dispositif de mise en œuvre, les méthodes de travail, et l'environnement partenarial ;
- **L'efficacité** porte sur l'atteinte des objectifs et les écarts par rapport aux prévisions. Les effets ou impact immédiat du programme ont également été analysés ;
- **La pérennité** s'intéresse aux stratégies mises en œuvre pour la poursuite des acquis du projet.

3.2 Principales étapes

La démarche d'évaluation a été divisée en quatre grandes phases décrites ci-après.

3.2.1 Préparation de la mission

L'étude documentaire : Les consultants ont pris connaissance des divers documents mis à leur disposition par JEREMI. Ils ont élargi la revue bibliographique aux documents de politique nationale et à des documents techniques collectés à Ouahigouya (voir la liste des documents consultés en Annexe 4).

Les rencontres au siège de l'association avec les responsables de JEREMI pour une série d'entretiens exploratoires et l'organisation pratique de la mission sur le terrain. Cette étape a également intégré des entretiens avec la Mairie de Dijon et le Conseil régional de Bourgogne. Elle s'est conclue avec une réunion au cours de laquelle une note de cadrage a été présentée au F3E et à JEREMI. Afin d'avoir une lecture commune, les consultants ont intégré à la note de cadrage un référentiel d'évaluation (Annexe 5).

En parallèle la chef de mission a conduit **des entretiens téléphoniques** avec des bénévoles et les partenaires financiers. En collaboration avec le consultant associé, elle a également travaillé avec l'équipe de terrain à Ouahigouya pour clarifier et organiser le calendrier des rencontres sur le terrain.

3.2.2 Etude de terrain au Burkina Faso

La collecte des données : L'analyse de terrain a démarré par une brève présentation de la mission avec l'équipe et des échanges sur l'organisation logistique. Les consultants tiennent à saluer leur disponibilité tout au long de cette étape.

L'équipe d'évaluation a souhaité rencontrer une large gamme d'acteurs. La conception des guides d'entretiens répond à l'hétérogénéité des interlocuteurs impliqués dans le programme (Annexe 6). Elle a mené conjointement une série d'entretiens semi-structurés avec les autorités sanitaires nationales et régionales, les prestataires de soins, les représentants du COGES et les ASC, et l'équipe JEREMI à Ouahigouya. Ces entretiens ont été complétés par des discussions de groupe conduits séparément avec des hommes et des femmes bénéficiaires du programme. En début et fin de mission, plusieurs entretiens ont eu lieu à Ouagadougou avec l'OMS, l'UNICEF, Plan Burkina, la responsable des ONG pour le PADS, l'AFD, la chargée de mission du Service Culturel et d'Action Culturelle (SCAC)⁴⁰. Au total, 250 personnes ont participé aux entretiens⁴¹. La typologie des différents interlocuteurs est détaillée en Annexe 7.

⁴⁰ Chargée de mission « Coopération décentralisée et suivi des ONG, Fonds Social de Développement » et personne relais pour les projets financés par le MIIIDS.

⁴¹ Une traductrice a été recrutée pour appuyer la consultante chef de mission lors des discussions de groupe avec les femmes.

L'équipe a également visité un échantillon de FS. Au total 9 des 21 FS (43%) appuyées par le programme ont été visitées. Cet échantillon a pris en compte les critères d'accessibilité, de population, et d'utilisation des services, et la présence de sites publics et privés. Le programme de la mission et le détail des personnes rencontrées sont respectivement présentés en Annexe 8 et Annexe 9.

Dans un souci de cohérence et d'approche intégrée, les visites des sites se sont déroulées en équipe. La répartition des entretiens avec les populations bénéficiaires a tenu compte du genre. Une traductrice a appuyé la consultante chef de mission lors des entretiens avec les groupes de femmes.

L'analyse des données : Le référentiel d'évaluation a guidé l'analyse des données qualitatives. Les données quantitatives rassemblées à partir des différents rapports, ont permis de consolider les données issues des entretiens et des visites.

Dans un souci d'objectivité et de validité des résultats, les consultants ont croisé à maintes reprises les informations collectées.

La présentation des résultats préliminaires : Les consultants ont préparé une présentation des résultats préliminaires (Annexe 10). Une restitution de ces premiers constats au comité de suivi s'est déroulée à la DRS à Ouahigouya à la fin de la mission et en présence des représentants de la région Nord et du district sanitaire (Annexe 11). Les points soulevés ont été pris en compte pour élaborer la première version du rapport d'évaluation.

3.2.3 Rapportage et restitution en France

La structure du rapport est articulée autour des principaux critères d'évaluation et couvre l'ensemble des questions des termes de référence.

Un rapport provisoire a été présenté à JEREMI (Dijon et Ouahigouya) et au F3E. Il a fait l'objet de discussions lors de l'atelier de restitution interne qui s'est tenu à Dijon le 5 décembre 2012, en présence d'un représentant du F3E et des responsables de l'association. Leurs remarques ont été prises en compte pour l'élaboration de la version finale.

Dans le cadre d'une journée d'échanges et de diffusion élargie des résultats, une restitution finale réunissant les bénévoles de l'association et les partenaires financiers a été programmée pour le premier trimestre 2013.

3.2.4 Limites

L'équipe n'a pas rencontré de problèmes particuliers et les visites se sont déroulées selon la méthodologie retenue. L'effectif de FS visitées et les personnes ressources rencontrées nous paraissent suffisamment représentatives des acteurs impliqués dans le programme.

Le programme a été documenté par de nombreux rapports et enquêtes qui apportent des informations précieuses. Cependant, en raison des limites notées dans les enquêtes et de certaines discordances dans les données quantitatives disponibles, certains résultats sont à interpréter avec prudence.

Par ailleurs compte tenu de la mobilité des agents de santé, il n'a pas toujours été possible de rencontrer les personnes formées, notamment au niveau du CHR.

Malgré plusieurs sollicitations, les médecins bénévoles ayant participé aux enquêtes de 2007 et 2009 n'ont pas répondu aux demandes d'entretien.

4. ANALYSE PAR CRITERE ET QUESTIONS EVALUATIVES

4.1 Pertinence de la stratégie d'intervention

4.1.1 Au regard des besoins des populations et du district sanitaire

Si l'on considère les objectifs du programme, leur pertinence au regard des besoins générés par la morbi-mortalité liée au paludisme et des orientations de la réponse nationale pour y faire face ne font pas de doute. En effet, au moment où JEREMI a lancé cette première phase, les possibilités de traitement à base d'ASAQ étaient balbutiantes et l'extension de l'accès aux CTA constituait effectivement un élément déterminant pour la matérialisation du passage à l'échelle du nouveau protocole de traitement. Le programme a ainsi joué un rôle indéniable de catalyseur en matière de prise en compte de la lutte contre le paludisme. Les FS ciblées par le programme ont ainsi été les premières du pays à bénéficier des dotations d'ASAQ.

Le choix de contribuer à la réduction du paludisme était parfaitement justifié et en cohérence avec les efforts pour atteindre les OMD. Avec ce programme JEREMI s'est positionné sur une problématique reconnue comme pertinente. Le fait que cette problématique concernait un thème soutenu à très haut niveau lui a évidemment été favorable.

De par sa nature même (une intervention visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité à des services de santé de base), le programme est une contribution à la lutte contre la pauvreté. Il vise en effet à améliorer l'accès à des services sociaux dans une zone où les populations vulnérables sont particulièrement importantes. Parmi ces populations, les besoins des groupes cibles ont été pris en compte.

Au plan opérationnel, l'approche adoptée par JEREMI présente des éléments pertinents et d'autres qui le sont moins. Se sont notamment révélés pertinents :

- L'accent mis sur la formation de l'ensemble des personnels impliqués dans cette PEC ;
- L'apport de consommables : ces apports, indispensables au démarrage de la PEC, ont également constitué des facteurs de motivation tant pour le personnel de santé que pour les usagers des services ;
- Le renforcement des ASC pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation ;
- La forte implication rendue possible par le réseau de bénévoles, la présence permanente sur le terrain et l'attitude facilitatrice d'une équipe pour assurer le bon déroulement et le suivi des activités.

En revanche, les options ou caractéristiques suivantes du programme se sont révélées moins pertinentes :

- La construction d'un poste anti-paludisme : Il aurait été opportun, à la phase de conception, d'identifier les conditions minimales à remplir pour permettre l'intégration effective de ce poste au sein des services de santé. En effet, ce type de structure pilote ne s'insérerait pas dans la pyramide sanitaire. L'argument en sa faveur (création d'un pôle d'expertise à l'échelon périphérique) pouvait également apparaître surdimensionné par rapport aux ressources disponibles ;
- Le recrutement de deux techniciens spécialisés en entomologie pour le poste anti-paludisme : L'inclusion de cette catégorie de personnel dans le CSPS de Tangaye était un objectif ambitieux compte tenu des ressources effectivement disponibles au niveau du pays⁴² ;

⁴² Le pays compte peu de techniciens formés en entomologie. Les rares personnes formées travaillent dans les centres spécialisés de recherche, à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

- L'inclusion des PID dans la lutte anti-vectorielle est également apparue hors de portée d'un programme comme celui-ci⁴³. La faisabilité de cette activité n'a pas pu être suffisamment étudiée. En effet, la question technique sur les vecteurs endophiles ou exophiles⁴⁴, telle que posée dans les termes de référence de l'enquête entomologique, n'a pas été abordée dans les résultats du rapport présenté par le CNRFP (voir 4.2.7).

4.1.2 Cohérence du programme

Avec le programme national : De manière globale les actions réalisées correspondent aux priorités stratégiques définies dans le plan 2006 – 2010. Pendant cette période, le PNLP a mis à l'échelle les ACT, le TPI et les TDR. Le programme de JEREMI s'est largement inséré dans cette dynamique (Tableau 4).

Tableau 4. Orientations stratégiques du PNLP vs. celles du programme de JEREMI

	Orientations stratégiques du PNLP 2006 – 2010	Programme JEREMI
1	Rendre disponible et accessible le traitement aux CTA au niveau des formations sanitaires et de la communauté	X
2	Promouvoir les Interventions à Base Communautaire par la clarification du statut et rôle des relais communautaires	
3	Rendre accessible le traitement du paludisme grave dans les centres de référence	X
4	Accélérer le passage à l'échelle de la PEC Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)	
5	Promouvoir la lutte intégrée contre les vecteurs	X
6	Rendre disponibles et accessibles les MILDA à travers différents canaux	X
7	Mettre à l'échelle le TPI chez la femme enceinte	X
8	Renforcer le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement	X
9	Renforcer les capacités institutionnelles du PNLP	
10	Renforcer le partenariat et la collaboration multisectorielle dans la lutte contre le paludisme	
11	Orienter les domaines de recherche adaptés aux besoins de gestion du programme	
12	Contribuer à la réalisation des travaux de recherche sur le paludisme	
13	Renforcer le système de suivi-évaluation	

Les nécessités d'anticipation dans les recherches de fonds ayant primé, JEREMI a d'abord conçu une deuxième phase au début 2011 pour la présenter aux partenaires financiers. Il s'agissait pour l'association de continuer à faire vivre un programme à l'évidence inachevé et de conserver les acquis tout en les améliorant. Par conséquent il existe un décalage entre la conception du programme (février 2011) et la validation du document stratégique du PNLP (septembre 2011). Un réajustement au dernier trimestre 2011 aurait permis :

⁴³ L'OMS déclare que la PID demeure une intervention utile à condition de satisfaire aux conditions suivantes : un % élevé de structures dans la zone d'intervention a des surfaces pulvérisables adéquates ; la majorité des moustiques sont endophiles ; le vecteur est sensible à l'insecticide utilisé.

⁴⁴ Un vecteur est dit *endophile* s'il demeure quelque temps dans les habitations. Par opposition à *exophile* qui concerne les vecteurs qui ne sont rencontrés que dans la nature.

- D'aligner le contenu de la lutte anti-vectorielle avec le plan du PNL⁴⁵;
- D'appuyer le passage à l'échelle du TPI chez les enfants de 3 à 59 mois;
- De prendre en compte les initiatives de PEC communautaire mises en œuvre à partir de 2010 ;
- De prendre en compte l'axe 4 « gestion de l'approvisionnement », ceci dans une démarche de transfert de responsabilités au district sanitaire.

Tableau 5. Orientations stratégiques 2011 – 2015 vs. celles du programme de JEREMI

Orientations stratégiques du PNL 2011 – 2015		Programme JEREMI
1	Axe 1 : prise en charge des cas de paludisme	X
2	Axe 2 : TPI chez les femmes enceintes et les enfants	Uniquement chez les femmes enceintes
3	Axe 3 : lutte contre les vecteurs du paludisme	MILDA et PID
4	Axe 4 : gestion de l'approvisionnement des produits de lutte contre le paludisme	
5	Axe 5 : plaider, information, éducation, communication et mobilisation sociale	X
6	Axe 6 : surveillance épidémiologique, suivi, évaluation et recherche	
7	Axe 7 : gestion du programme	

Cohérence interne : D'une façon générale, la stratégie retenue et les activités mises en œuvre sont cohérentes avec les objectifs fixés et reflètent une volonté d'appuyer les différents domaines de la lutte contre le paludisme. Le processus allant de l'identification des besoins à la formulation du programme a été piloté depuis le siège de JEREMI. En 2007, une équipe de quatre bénévoles (1 médecin et 3 administratifs) est venue présenter le programme au PNL et aux autorités sanitaires et administratives de Ouahigouya. Des consultations ont été réalisées auprès des principaux acteurs (institutionnels ; centre PERSIS ; AMMIE). Elles ont permis de prendre en compte leurs besoins et leurs attentes.

Certains acteurs institutionnels auraient cependant souhaité un processus plus participatif. A titre d'exemple, certains aspects du programme comme le poste anti-paludisme, le circuit d'approvisionnement et de distribution, et le rôle des différents acteurs locaux auraient mérité d'être davantage discutés et affinés à la phase de conception. Il est vrai qu'au moment de la rédaction de programme JEREMI était en pleine recherche de financement, ce qui n'a certainement pas facilité l'analyse de ce qui était possible ou pas. Par ailleurs, la rotation importante des personnes ressources aux différents niveaux de la pyramide sanitaire n'a pas toujours favorisé un dialogue structuré.

L'on peut cependant regretter que la stratégie d'intervention ne se soit pas davantage appuyée sur une analyse critique du système sanitaire, de l'offre de soins et de ses contraintes. En effet, pour un premier programme de cette envergure, un diagnostic approfondi avec une implication plus affirmée des parties prenantes aurait pu permettre une meilleure compréhension des contraintes structurelles qui pèsent sur le système de santé.

L'absence d'un cadre logique a également pénalisé la conception initiale du programme. Cette démarche aurait probablement aidé l'association à mieux structurer son intervention (par exemple hiérarchiser les objectifs et affiner les résultats) et à améliorer la cohérence entre les nombreux objectifs spécifiques et les indicateurs de résultats⁴⁶.

⁴⁵ Le plan stratégique 2011 – 2015 prévoit une mise en œuvre progressive (zone d'intervention pilote puis passage à l'échelle dans trois régions) et une contractualisation avec des structures compétentes.

⁴⁶ Le cadre logique, très utilisé dans le domaine de la coopération internationale, ne faisait pas partie des documents exigés par les partenaires financiers.

4.1.3 Choix géographique

Dans le document du programme, il était prévu de cibler, outre le CHR et le centre PERSIS, les FS avec lesquelles les différents projets de SMI avaient déjà travaillé, soit 3 FS du département de Tangaye et 4 FS de la ville de Ouahigouya⁴⁷. A l'étape de mise en œuvre et à la demande des autorités sanitaires, le nombre de FS s'est considérablement élargi.

Il paraît cohérent d'avoir cherché à appuyer de façon plus large la mise en place de l'accès aux ACT dans la commune rurale de Tangaye. D'une part parce qu'il s'agit d'une zone que JEREMI connaît bien. D'autre part, parce que l'inclusion des 7 CSPS permettait de répartir les ressources sur l'ensemble de la commune et de préserver le principe d'équité dans l'accès aux soins. En effet, le choix initial d'appuyer seulement quelques FS, pour pertinent qu'il soit de par les liens créés avec les programmes de SMI, l'était nettement moins en raison des inégalités de couverture géographique qu'il aurait pu créer au sein d'une même commune.

En 2009, le choix d'élargir l'appui à 11 FS publiques de la ville de Ouahigouya s'inscrit dans la même logique : demande des partenaires institutionnels et prise en compte de la couverture sanitaire afin de ne pas créer des déséquilibres ou de distorsions d'une FS à l'autre. Il aurait été cependant opportun de s'appuyer sur :

- Une analyse critique de l'offre de soins en milieu urbain (nombre de consultations, données de morbidité, caractéristiques socioculturelles, appui apporté par les autres ONG et associations) ;
- Des critères d'inclusion et d'exclusion suffisamment objectifs et clairement présentés : il n'existe pas de document explicitant le choix des FS urbaines (par exemple difficultés d'accessibilité géographique, quartiers urbains défavorisés). A l'évidence les CSPS urbains qui jouissent d'un bassin de population dense et plutôt riche sont financièrement bénéficiaires et arrivent même à recruter et payer du personnel supplémentaire. A l'opposé certains CSPS urbains en périphérie rencontrent des difficultés à générer suffisamment de ressources pour améliorer leur plateau technique. Ces distinctions sont importantes dans la mesure où leur prise en compte peut favoriser une répartition plus équitable des ressources matérielles.

4.1.4 Place de l'action dans l'ensemble du dispositif de lutte contre le paludisme

Du fait de sa longue présence sur le terrain, JEREMI était, en 2007, une association très bien implantée dans la région Nord. Son intervention sur la période s'est ajoutée aux efforts faits pour financer la lutte contre le paludisme. Elle a facilité à un moment charnière le renforcement des compétences et le passage à l'échelle de la PEC. L'ensemble des mesures d'accompagnement prévues par le programme (formation, dotations d'intrants, IEC) se sont révélées fort utiles pour assurer l'opérationnalité et la continuité de la PEC.

Les apports de JEREMI ont indirectement permis de sécuriser un certain niveau de ressources pour les CSPS non ciblés par le programme. En effet, le district sanitaire a concentré les dotations d'intrants vers les zones qui ne bénéficient pas de l'appui du programme.

Si le rôle de facilitateur et de complémentarité apparaît clairement au moment de l'extension progressive des activités, cette valeur ajoutée semble moins visible à partir de 2010, alors que les financements alloués à la lutte contre le paludisme affichent une nette progression et que les interventions, notamment dans la PEC communautaire, se multiplient (voir 4.4.4). Même si JEREMI est un partenaire clairement identifié au niveau du PNL, du CNRFP, de la DRS et du district sanitaire, il est frappant de constater que l'association n'apparaît pas dans les plans stratégiques du PNL, alors que c'est le cas pour les autres organisations (par exemple Plan Burkina, Croix-Rouge, AMMIE).

⁴⁷ Dispensaires de Tangaye, Namsigia et Douma pour le département de Tangaye. Maternités de Naba Tigré et Zoodo, dispensaires de Kapalin et Bingo pour la ville de Ouahigouya. Source : document de programme 2007.

La place de l'action au regard des financements mobilisés reste donc difficile à isoler, tant pour le district sanitaire que pour JEREMI. La région et les districts sanitaires n'ont pas toujours une vue d'ensemble des moyens mobilisés par les ONG et les associations pour appuyer les FS. Lorsque ces ressources apparaissent dans la planification budgétaire du district, elles échappent aux procédures administratives et financières des subventions publiques et à ce titre ne sont pas enregistrées comme une source de financement, ce qui limite leur caractère structurant⁴⁸.

Compte tenu de cette logique comptable, il est dommage que les apports du programme ne ressortent pas dans le bilan des ressources mobilisées par le district, ce d'autant plus que JEREMI a développé et communiqué à partir de 2010 son plan d'action annuel accompagné d'un budget au MCD. Ces efforts ont néanmoins permis d'améliorer la programmation des activités et de limiter les risques de duplication.

Il s'est avéré tout aussi difficile pour JEREMI d'avoir une vue d'ensemble et une maîtrise des flux financiers investis dans la lutte contre le paludisme au niveau du district sanitaire. Ces difficultés de lecture des moyens et des budgets des partenaires semblent liées à des carences dans la communication et le partage d'information à l'échelon de la DRS et du district sanitaire⁴⁹.

A titre indicatif les principales sources et modalités de financement pour la période 2009 – 2011 sont présentées dans le tableau 6⁵⁰.

Tableau 6. Principales sources et modalités de financement pour la PEC du paludisme dans le district sanitaire de Ouahigouya

Sources	Modalités de financement sur la période 2008 - 2011
OMS	Financement direct des plans d'actions des districts
UNICEF	Financement direct des plans d'action des districts
Fonds mondial	Panier commun du PADS Financement de la PEC communautaire (bénéficiaire principal et secondaires de la société civile)
Fondation BMG	Panier commun du PADS. Financement de la PCIME communautaire
Etat	Financement direct des plans d'action
COGES	Financement direct des activités des FS à partir des recettes

Le fait que JEREMI soit maître d'œuvre crée parfois des tensions dans la mesure où le district sanitaire revendique cette place, selon les logiques d'attribution des subventions (financement direct de son plan d'action). Les frustrations résultant d'une situation - où le programme est parfois perçu comme « parallèle » et donnant un surcroît de travail au district- sont d'autant plus palpables qu'il n'existe pas de convention définissant clairement le rôle et les responsabilités de chaque partie prenante. Enfin, il convient de signaler que les responsables redoutent des problèmes organisationnels si l'appui venait à prendre fin de manière brutale. Actuellement les dotations en intrants de JEREMI couvrent 20 formations sanitaires (hors CHR) sur les 65 que compte le district sanitaire.

⁴⁸ Les comptes des districts sanitaires sont logés au niveau du Trésor Public. Les districts sont bénéficiaires par chèque Trésor des ressources mobilisées par les partenaires financiers. Ce chèque est utilisé pour le décaissement au moment de l'exécution de l'activité. Les différents montants ayant transité par le compte Trésor Public sont ensuite enregistrés dans la comptabilité du gestionnaire du district. Les pièces justificatives sont transmises aux différents organismes de tutelle au niveau national.

⁴⁹ Par exemple il a été impossible pour JEREMI de connaître les quantités d'intrants fournis par le district pour le reste des formations sanitaires.

⁵⁰ Source : Entretiens avec les partenaires institutionnels et techniques. A noter que ces sources ne comptabilisent que les principaux apports liés au financement direct du plan d'action.

4.1.5 Articulation avec les acteurs de lutte contre le paludisme

Pour les acteurs sur le terrain, articulation implique que leurs activités produisent un résultat collectif et qu'elles soient coordonnées et complémentaires. Mais en réalité le cadre de concertation souffre de l'absence d'un véritable leadership tant au niveau national que régional. Cette lacune est vraisemblablement à l'origine d'une faible coordination stratégique qui, sur le terrain, pénalise l'harmonisation des pratiques.

En témoigne la difficulté qu'a rencontrée la DRS à impliquer les acteurs susceptibles de contribuer aux activités de PEC communautaire. Par conséquent, les différentes initiatives de PEC à domicile du paludisme (PECADO) ou de la Fondation Bill et Melinda Gates (BMG) ont été mises en œuvre de façon désordonnée, sans réelle coordination ou communication.

Le district bénéficie des appuis de plusieurs partenaires pour les besoins en formation, la lutte anti-vectorielle, le diagnostic et le traitement. L'on note des efforts importants entre JEREMI et le district sanitaire pour harmoniser les activités de formation et les dotations en intrants. Compte tenu des risques de duplication, ce type d'approche concertée a probablement permis une meilleure cohérence des activités, notamment grâce au plan d'action du programme, mieux structuré et partagé au fil du temps.

JEREMI a participé de manière régulière aux rencontres et aux échanges organisés par le PNLP, ce qui a favorisé l'articulation du programme avec les autres acteurs de lutte contre le paludisme. L'association reste cependant mal connue des partenaires au niveau national. Alors que les moyens humains modestes de l'association ont parfois fait privilégier l'action aux dépens de la communication et de la représentation, cette situation résulte également d'une absence d'une stratégie de communication et de difficultés à rentrer en réseau avec de nouveaux partenaires.

4.1.6 Adéquation de la thématique avec l'axe d'intervention « SMI »

Comme le suggère le titre du programme, JEREMI s'est focalisé sur une maladie, en l'occurrence le paludisme. Cette approche verticale a, en quelque sorte, relégué la SMI au second plan. Pourtant, la thématique de la lutte contre le paludisme est bien en adéquation avec l'axe d'intervention de JEREMI sur la SMI. En effet, les actions menées dans le cadre du paludisme (protection des mères et des enfants contre les vecteurs grâce aux MILDA, administration du TPI chez les femmes enceintes, dotations d'ASAQ et de TDR) contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et celle des enfants.

Compte tenu de l'importance du FM au Burkina Faso, certaines organisations comme l'UNICEF ont souligné les difficultés à mobiliser des ressources ciblant uniquement la lutte contre le paludisme, d'où la nécessité d'une approche plus large, conçue sur le modèle « Survie de la Mère et de l'Enfant ». Cette approche stratégique est celle retenue par la plupart des bailleurs de fonds.

4.1.7 Prise en compte de la pérennité

La question de la pérennité a été abordée dès la conception du programme mais ne s'est pas traduite par une stratégie de retrait clairement identifiée, par exemple par le biais de discussions et d'un cadre contractuel permettant d'assurer la reprise en main des acquis par les autorités burkinabé. Ces aspects sont traités en section 4.6.

4.2 Efficience du dispositif de suivi et de mise en œuvre

4.2.1 Information sur les coûts

La structure du budget réalisé reflète la part importante que représente le volet « consommables » (57% du montant total), ce qui n'a rien de surprenant compte tenu de la nature de l'intervention. Les charges de personnel représentent 16% des dépenses et celles spécifiques aux enquêtes et missions de suivi 8%. La rubrique « prestations de services » (7% des dépenses) intègre les dépenses liées à la formation, la construction et l'IEC (voir Annexe 2, Tableau 2).

L'une des ressources importantes du programme réside dans le travail des bénévoles. En l'absence d'une valorisation comptable, ces contributions restent largement invisibles dans le budget.

4.2.2 Organisation interne

Le rôle du siège : Ce sont principalement trois médecins bénévoles qui ont coordonné la conception et le suivi technique du programme⁵¹. En parallèle trois autres bénévoles ont assuré le suivi comptable et financier et plusieurs personnes (médecins, paramédicaux et gestionnaires) ont également effectué des missions de terrain. Pendant la durée du programme, cet appui soutenu a permis :

- Un accompagnement dans l'exercice de programmation annuelle ;
- Un accompagnement lors des enquêtes;
- Des échanges réguliers entre le terrain, le Président et les référents techniques du siège.

Il est important de souligner que, sans la contribution de cette équipe de bénévoles, JEREMI aurait été dans l'incapacité de mener à bien l'intervention. Cette formule a permis de limiter les coûts de fonctionnement et d'affecter la majeure partie des ressources à l'exécution du programme au Burkina Faso. Le programme aurait cependant gagné à ce qu'une personne salariée à temps plein assure le suivi et la coordination depuis le siège de l'association et renforce l'équipe de bénévoles en apportant des compétences et un savoir-faire complémentaires. En effet, les pratiques professionnelles par rapport aux contextes du Sud demandent une grande disponibilité, un large éventail de compétences et la maîtrise des outils de gestion du cycle de projet (document de base de demande de financement, arbres à problèmes, cadre logique, tableau de bord des indicateurs, etc.).

L'adéquation profil – équipe locale : Au démarrage du programme, JEREMI a rencontré des difficultés à mobiliser les compétences adéquates. Le poste de coordinateur médical s'est trouvé vacant en 2008, provoquant un déficit technique. Dès sa conception, les deux postes (gestionnaire et coordinateur médical) étaient inclus dans le programme. Le retrait d'un partenaire financier quelques mois après le démarrage du programme a conduit JEREMI à différer la mise en place du coordinateur médical. En 2008 la VSI recrutée pour assurer les deux rôles a développé les différents outils nécessaires dans un contexte de mise en œuvre difficile, notamment sur les questions du circuit d'approvisionnement de l'ASAQ, l'affectation des recettes dégagées dans les CSPS, et le rôle du poste anti-paludisme. Sa démission en janvier 2009 a d'autant plus déstabilisé le programme qu'il s'agissait de l'unique interlocutrice entre le terrain et JEREMI.

C'est à partir de 2009 que l'on note une meilleure adéquation entre les compétences du personnel et celles requises pour atteindre les objectifs du programme. Le recrutement d'un coordinateur médical national a rendu possible la mise en œuvre des activités. Ses compétences et son expérience de terrain ont permis l'accompagnement et l'articulation du programme avec les différents échelons de la pyramide sanitaire. Cette proximité a favorisé une meilleure compréhension du contexte et des besoins des populations cibles et a placé le programme au cœur de la stratégie de mise en œuvre du district sanitaire.

⁵¹ Un médecin pédiatre exerçant en libéral et Président de l'association ; un médecin pédiatre en service de néonatalogie au CHU de Dijon et vice-présidente ; un médecin du service des Maladies Infectieuses du CHU de Dijon.

Sur la période mai 2009 – novembre 2010, l'affectation d'une VSI a permis de renforcer l'équipe, notamment sur le plan administratif et financier⁵². Malgré une lettre de mission, des entretiens préparatoires et une feuille de route, il semble que le descriptif de poste ait manqué de certaines précisions. Cela a pu créer quelques tensions du fait du chevauchement de certaines attributions, notamment celles liées aux activités de représentation.

Ce binôme complémentaire est à nouveau réuni pour la période octobre 2012 - juin 2013. L'ordre de mission de la volontaire précise ses attributions : représentation auprès des différents partenaires et organismes de tutelle et, en collaboration avec le coordinateur médical, supervision des activités du programme qui ne sont pas purement médicales (réalisation de causeries, évaluation du travail des ASC). Cette répartition appelle les commentaires suivants :

- Malgré les efforts de JEREMI pour clarifier les rôles et les responsabilités de chacun, la fonction de représentation reste insuffisamment définie et ne s'inscrit pas dans une dimension stratégique (par exemple relations extérieures, communication, et recherche de fonds au niveau national) ;
- La supervision des activités d'un programme largement médical nous semble relever d'un professionnel de santé, par conséquent du coordinateur médical. Le fait que cette tâche soit répartie entre deux personnes permet une meilleure intégration de la VSI mais peut être source de confusion pour les partenaires locaux et les agents de santé.

L'approche consistant à faire appel à une gestionnaire déjà en poste au centre PERSIS pour un coût relativement modeste⁵³ a permis d'optimiser l'utilisation des ressources et de favoriser la continuité des acquis mais s'est révélée faiblement structurante. En effet un programme de cette ampleur aurait gagné non seulement en efficacité mais également en visibilité avec une présence permanente.

A cela s'ajoute le fait que le programme ne dispose pas d'un chauffeur. Le gardien de la maison JEREMI est ponctuellement sollicité pour pallier ce déficit mais dans la pratique l'équipe est trop souvent mobilisée pour conduire le véhicule lors des déplacements dans les FS ou à Ouagadougou. Cette situation aboutit à une dispersion des activités prioritaires, ce qui est peut être préjudiciable à une utilisation efficace des ressources.

4.2.3 Autres moyens mobilisés

Les animatrices de santé mobiles : Les ASM sont un maillon important entre JEREMI, les ASC et les populations bénéficiaires. Elles appuient les séances de sensibilisations et sont des relais entre JEREMI et les agents de santé. Dans certaines aires sanitaires elles pallient également le déficit en supervision des ASC. A ce titre elles jouent un rôle décisif dans le renforcement de la stratégie IEC. Elles ont parfois un rôle d'accompagnement dans le suivi des patients, ce qui permet de renforcer le recours précoce aux soins.

Photo 1. Les ASM de JEREMI



De manière générale leur rôle est clairement reconnu par les différents interlocuteurs. Un planning mensuel de leurs activités est disponible et la régularité de leurs visites est unanimement appréciée. L'on note cependant une meilleure visibilité de leurs actions en zone rurale. En zone urbaine, il est plus difficile de toucher tous les quartiers de manière régulière et les populations semblent moins favorables à certaines activités de suivi, notamment en ce qui concerne l'utilisation des MILDA.

⁵² Dans le cadre d'un contrat de VSI, les indemnités et les moyens de fonctionnement sont pris en charge par l'association.

⁵³ Indemnité mensuelle de 230 000 FCFA.

La pérennisation de ce poste reste cependant dépendante de ressources extérieures et l'intégration des ASM dans le système de santé difficilement envisageable à court et moyen terme. Les ONG ont tendance à recruter et à former des ASM mais ne mènent pas réellement des actions de plaidoyer au niveau national à même de sensibiliser les décideurs sur l'importance des ASM. Par exemple il est frappant de constater que les ASM, pourtant très ancrées dans le dispositif associatif, n'apparaissent ni dans l'étude de santé communautaire menée au niveau national, ni dans la nouvelle politique de santé communautaire.

La contribution du CHU de Dijon : La mise à disposition de deux médecins référents techniques a représenté un investissement positif dans la mesure où cela a permis de faciliter le dialogue entre le siège et le terrain. Le bilan concernant la contribution de médecins bénévoles aux enquêtes transversales et celle du laboratoire du CHU pour une deuxième lecture des prélèvements sur lame est plus mitigé (voir 4.2.7).

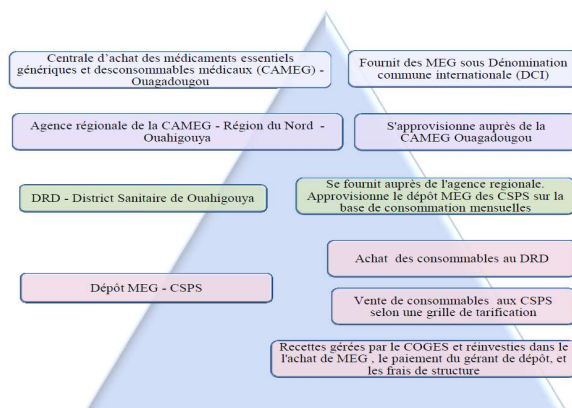
L'Association des Burkinabé de Bourgogne : Perçu comme « *une belle initiative* », le rapprochement avec l'ABB, association née de l'initiative de burkinabés, a permis de structurer l'élaboration de messages d'information adaptés aux zones rurales du Burkina Faso. Plusieurs manifestations en commun ont également été réalisées au travers de ce partenariat : participation à la journée mondiale sur le paludisme et rassemblements dans le cadre des journées de solidarité internationale.

4.2.4 Circuit d'approvisionnement et de distribution

Pour des raisons de performance et de régularité JEREMI a mis en place son propre système d'approvisionnement et de distribution. Pour la première phase, le programme, entièrement subventionné sous forme de dons valorisés pour l'ASAQ, s'est approvisionné auprès de la CAMEG régionale pour ensuite acheminer directement les stocks dans les FS sous forme de dotations trimestrielles⁵⁴. D'une manière générale la gestion logistique (besoins en intrants, planification et acquisition et distribution jusqu'aux FS) a été performante. L'espace de stockage dans le bureau de JEREMI est resté rudimentaire, les stocks ne faisant que transiter avant de parvenir aux FS.

La commande directe auprès de Sanofi, l'achat des MILDA et des TDR en France, les dotations directes, et le suivi prospectif des stocks se sont avérés des éléments d'efficience pour la continuité des activités. Les procédures d'achat et de livraison des intrants ont été performantes dans la mesure où l'on n'a pas relevé sur la période 2008 – 2011 des ruptures de stock. Pour la deuxième phase, le programme a intégré le circuit d'approvisionnement national et achète directement l'ASAQ auprès du Dépôt Répartiteur de District (DRD), et se trouve désormais soumis aux ruptures de stocks, une difficulté récurrente vécue par l'ensemble des interlocuteurs de terrain⁵⁵.

Figure 5. Circuit d'approvisionnement et de distribution des consommables au Burkina Faso



De ce que les consultants ont entendu, la CAMEG dispose de structures adéquates et d'une capacité logistique pour assurer l'approvisionnement et la distribution des produits sur l'ensemble du territoire (Figure 5). En comparaison des autres centrales d'achat de la région, elle se classe dans les premières en termes de performance. Elle reste cependant l'unique source d'approvisionnement des FS, ce qui peut impacter sur la performance du circuit quant à la régularité des approvisionnements et au respect des délais tout au long de la pyramide sanitaire.

⁵⁴ Dans la 1^{ère} phase les TDR et les MILDA ont été achetées en France. Dans la 2^{ème} phase, JEREMI s'approvisionne chez un fournisseur local pour les MILDA.

⁵⁵ Des ruptures ont été rapportées en mai-juin et en octobre 2012.

Les goulots d'étranglement du système d'approvisionnement identifiés par le PNLP et les partenaires techniques dans le plan 2011 – 2015 sont les suivants :

- La non budgétisation par l'Etat d'une ligne spécifique à l'acquisition des intrants pour la lutte contre le paludisme et la forte dépendance aux financements extérieurs ;
- Une insuffisante coordination et communication entre le PNLP, la CAMEG et les partenaires financiers dans la mise en œuvre des plans d'approvisionnement ;
- L'absence d'un stock de niveau minimum et maximum pour toute la chaîne d'approvisionnement ;
- Les insuffisances du système national d'information sanitaire (SNIS) sur lequel est basée la quantification des besoins.

Selon le Directeur adjoint de Sanofi, la disponibilité de l'ASAQ au Burkina Faso n'est pas le problème. A ce jour sept millions de traitement ont été fournis, ce qui est supérieur aux besoins estimés (3 millions). Par ailleurs un stock tampon de près de 3 millions de traitement a été intégralement livré. Les problèmes relèveraient davantage de la gestion du flux d'information entre les différents niveaux de la pyramide : retards dans la demande ; inexactitudes dans la quantification des besoins ; et faible capacité des DMEG à anticiper et déclencher une alerte avant la rupture de stock.

Du fait de cet ensemble de facteurs interdépendants et complexes, il n'est pas aisé de s'attaquer aux dysfonctionnements dans l'approvisionnement en consommables. Il faut également relever le paradoxe de la fonction de gérant de DMEG, pierre angulaire du circuit d'approvisionnement, dont on attend qu'il soit performant mais qui ne perçoit souvent qu'une modeste contribution financière liée à la capacité de fonctionnement de la FS.

4.2.5 Suivi comptable et financier

Ce suivi a été régulier tout au long du programme. La juxtaposition de plusieurs financements et les différents canevas de rapportage qui en ont découlé ont compliqué le processus de suivi et ont demandé une forte implication de ces bénévoles. Sans leur contribution, les rapports financiers n'auraient pas été complétés dans les délais impartis.

Les partenaires financiers n'ont pas demandé d'audit financier et comptable mais un cabinet d'expert-comptable clôture annuellement les comptes au siège de JEREMI.

Sur le plan de la gestion comptable, JEREMI n'a pas jugé nécessaire d'introduire auprès de l'équipe un logiciel de gestion. La comptabilité est tenue sous Excel, avec un simple registre des recettes et des dépenses et une saisie comptable au siège sur la base des fichiers transmis. Pour la gestionnaire comptable, il serait toutefois souhaitable d'avoir à disposition un logiciel comptable afin de gérer plus efficacement la gestion de la comptabilité.

Depuis 2010 la demande de trésorerie s'appuie sur un plan d'action qui détaille à la fois les activités et le budget nécessaire à leur réalisation. La rapidité des transferts de fonds est variable, selon la disponibilité et la charge de travail des bénévoles. Les budgets prévisionnels sont communiqués régulièrement au terrain mais l'équipe locale souhaite améliorer la compréhension des ressources mobilisées et disposer d'une vue d'ensemble des dépenses réalisées.

4.2.6 Suivi des indicateurs

Les indicateurs de suivi du programme se sont alignés sur la liste des indicateurs du PNLP. Cette intégration est positive car elle a permis de s'appuyer sur le mécanisme de collecte de données existant. Les indicateurs prévus dans le document de programme ont pu être systématiquement et régulièrement documentés. En contrepartie le dispositif a souffert du manque de spécificité de certains indicateurs et de l'insuffisance de la qualité des données recueillies à l'échelon des CSPS (complétude, cohérence, fiabilité).

Le coordinateur médical a développé son propre système de monitoring et un mécanisme de collecte des données spécifique, notamment pour la gestion des dotations (intrants distribués et utilisés). L'introduction d'un support supplémentaire ne semble pas avoir posé de problèmes, même si la gestion de l'information au niveau des FS est une tâche qui absorbe une part très significative de l'attention des personnels de santé.

Ce dispositif de suivi repose en grande partie sur le coordinateur médical et reste faiblement institutionnalisé, ce qui le rend particulièrement fragile.

4.2.7 Dispositif d'évaluation

Constat général : JEREMI a fait des efforts pour prouver l'efficacité du programme grâce à des enquêtes transversales de type avant/après intervention. Les trois enquêtes ont été réalisées en période de forte transmission. A ce titre une comparaison est possible. Décrites comme des enquêtes d'impact, il nous semble plus approprié d'utiliser ici la terminologie « enquête de référence, enquête à mi-parcours et enquête finale »⁵⁶.

L'implication des autorités sanitaires et des agents de santé dans la réalisation des enquêtes est un élément positif. Le processus a toutefois été perçu comme étant relativement contraignant compte tenu de la charge de travail existante, des multiples demandes des autres partenaires, et des difficultés rencontrées dans la réalisation de l'enquête à mi-parcours⁵⁷.

Ce type d'enquête est connu pour mobiliser des ressources et du temps, tant pour les partenaires institutionnels que pour les bénéficiaires et les équipes. Compte tenu de ces contraintes et de la durée du programme, il aurait été vraisemblablement plus efficace de se concentrer sur l'enquête de référence et de fin de programme.

Le bilan des enquêtes: Dans le cadre de l'enquête 2007 et 2009, les différentes étapes et règles à suivre pour la préparation et la mise en œuvre présentent plusieurs limites, ce qui a pu hypothéquer la validité des résultats obtenus. En outre, la zone d'intervention couverte par les enquêtes se limitant à l'aire sanitaire de Tangaye, les résultats ne permettent pas d'avoir des données représentatives, généralisables à l'ensemble de la zone d'intervention.

Une comparaison entre les trois enquêtes révèle un protocole relativement succinct, notamment en 2007 et en 2009 et des variations dans l'approche adoptée (Annexe 12). A titre d'exemple, il aurait été important de préciser de manière explicite plusieurs éléments méthodologiques, notamment en ce qui concerne:

- La méthode d'échantillonnage, le dénombrement des ménages et le plan de sondage ;
- Les procédures de suivi pour la réalisation des lames⁵⁸ ;
- Les aspects éthiques (consentement éclairé pour chacun des tests – hémoglobine et goutte épaisse- et la mise sous ASAQ; consentement des parents ou personnes responsables ; confidentialité et anonymat; utilisation des prélèvements de goutte épaisse pour une double lecture et acheminement au CHU de Dijon);
- Le plan de communication pour la restitution et dissémination des résultats de l'enquête;
- Le processus de formation des enquêteurs et du pré-test ;
- Le processus de contrôle de qualité (approbation du protocole, *data cleaning*).

Par ailleurs, la durée du processus d'enquête (8 jours) semble très court au regard des objectifs affichés et si certaines méthodes sont annoncées pour mesurer le poids du paludisme (l'indice splénique et l'anémie), on ne trouve pas de traces des résultats.

⁵⁶ Ce type d'enquête permet essentiellement de mesurer la fréquence d'un état de santé et de faire un lien avec des variables d'exposition. Elle ne permet pas de parler de causalité comme pourrait le faire une enquête cas-témoin.

⁵⁷ Deux équipes de médecins bénévoles se sont succédé, la première n'ayant pu réaliser l'enquête suite à des tensions avec les agents de santé sur le montant des « per diems ».

⁵⁸ Des procédures existent pour minimiser les erreurs de lecture, et par voie de fait enregistrer un certain nombre de lames négatives.

L'élaboration des questionnaires d'enquêtes a été réalisée à partir d'une revue de la littérature menée par JEREMI. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cet exercice :

- L'importance de la logique séquentielle des questions et le recours à des questions à choix multiples si nécessaire ;
- L'importance de coder clairement les questions et de laisser des espaces suffisants pour les questions ouvertes ;
- L'importance d'intégrer des instructions pour guider l'entretien et limiter les biais dans les réponses ;
- L'importance de présenter une analyse de tous les résultats. Si le questionnaire des acteurs de santé a bien intégré une enquête de connaissance et un état des lieux des services, l'analyse de cette dernière partie n'apparaît pas de manière visible dans les résultats des enquêtes ;
- Des questions sur les connaissances et les comportements suffisamment discriminantes pour entraîner des réponses précises et limiter les annotations qualitatives qui rendent difficile le processus d'analyse et l'interprétation des résultats⁵⁹.

Il convient de souligner que, si les enquêtes 2007 et 2009 ont pu souffrir des limites mentionnées ci-dessus, le protocole et les méthodes utilisées pour l'enquête de fin de programme en 2011 se sont alignées sur une démarche qualité et de bonnes pratiques. L'enquête, conduite par le coordinateur médical, a permis de valoriser l'expertise disponible en épidémiologie et en méthodes statistiques au sein de l'équipe locale⁶⁰.

En 2009, l'acheminement de prélèvements sur lame au CHU de Dijon sans consultation et accord préalable avec la DRS et le district sanitaire a été mal vécu par les autorités sanitaires. L'erreur commise et reconnue par la seconde équipe de médecins bénévoles a été rapidement et largement expliquée aux autorités, avec des courriers et des excuses au MCD, suivis de retour et destruction des lames avant toute utilisation. L'enseignement tiré de cette expérience met en avant l'importance d'élaborer un protocole d'enquête détaillé et d'assurer un tuilage des bénévoles afin qu'ils aient une connaissance et une expérience suffisante du contexte sanitaire dans lequel ils vont opérer. Il est également important d'examiner la plus value d'une double lecture de la parasitémie palustre à l'extérieur du pays et de prendre en compte les compétences locales, aguerries à la problématique du paludisme.

Le bilan de l'enquête entomologique : Comme décrit dans le protocole d'enquête, le CNRFP avait pour objectifs d'évaluer l'efficacité des MILDA ; d'étudier le comportement de repos des vecteurs et ; de déterminer le niveau de transmission dans la zone d'intervention. Il était prévu d'utiliser le niveau de sensibilité du moustique aux insecticides pour mettre en œuvre la PID. Dans la pratique, un certain nombre de facteurs externes et internes au programme ont conduit à un résultat décevant au regard des moyens mobilisés:

- Retards pris dans la négociation d'un budget « acceptable » par les deux parties ;
- Période de 4 mois de forte perturbation des fonctions d'organisation et de supervision jusqu'à la démission effective de la VSI en février 2009, période précisément pendant laquelle se sont déroulées les missions de terrain du CNRFP pour l'enquête entomologique ;
- Difficile période de restructuration du CNRFP sur la période 2008 – 2009 ;
- Absence d'un cadre de suivi au moment de l'enquête ;
- Difficultés à identifier des gîtes larvaires et, partant, à capturer des moustiques ;
- Retard d'environ 10 mois entre la fin de l'enquête et la production du rapport ;
- Insuffisances dans la qualité du rapport transmis.

Compte tenu des difficultés de financement et de la faisabilité limitée de la PID, il aurait été pertinent, du point de vue de l'efficience, d'engager une réflexion sur la justification du maintien de cette enquête.

⁵⁹ On ignore comment les nombreuses réponses annotées par les enquêteurs dans la marge du questionnaire ont été prises en compte lors de l'analyse.

⁶⁰ Le coordinateur médical possède un diplôme universitaire en méthodes et pratique en épidémiologie.

4.2.8 Collaboration et communication

Entre JEREMI et Sanofi : Des réunions régulières se sont tenues tant à Paris qu'à Dijon entre les responsables de JEREMI et de Sanofi-Aventis pour présenter les différents points d'étape, le fonctionnement, les résultats d'enquête, et les difficultés du programme. De part et d'autre les partenaires ont exprimé leur satisfaction. Pour Sanofi ce partenariat a été exemplaire, efficace et professionnel.

La collaboration de Sanofi et de JEREMI dans le cadre de ce programme a été l'occasion de construire conjointement des positions d'influence. Elle a permis à Sanofi d'être catalyseur d'initiatives tout en bénéficiant de l'expérience de l'association et à JEREMI de disposer de moyens financiers supplémentaires à un moment où le programme était particulièrement fragilisé.

Entre JEREMI et les autres partenaires financiers : Environ trois réunions annuelles ont eu lieu à Paris avec le MIIIDS pour présenter les points d'étape, l'atteinte des objectifs, et les décaissements des tranches successives de financement. Au Burkina Faso, il n'y a pas encore eu de contacts entre la chargée de mission du SCAC (qui assure le relais du MIIIDS sur le terrain) et JEREMI. Les rapports techniques et financiers ont été régulièrement soumis au MAEE.

Les accords de partenariat avec la Conseil régional de Bourgogne et la mairie de Dijon ont débouché sur une forme de collaboration de proximité, généralement considérée comme satisfaisante de part et d'autre. Les échanges et le partage d'information sont réguliers. La coopération pour le bien commun ou comment les populations du Nord sont parties prenantes du programme est une notion qui gagne en importance et dont JEREMI a tenu compte à travers le partenariat avec l'ABB ou sa participation à des journées portes ouvertes à Dijon.

La professionnalisation d'une organisation de bénévoles est au cœur des préoccupations des partenaires. L'ensemble des interlocuteurs a souligné la nécessité de renforcer les capacités de JEREMI, notamment en termes de ressources humaines, d'outils de gestion et d'information-communication. Le recrutement d'une personne salariée, la maîtrise d'instruction de projet, la rédaction des rapports techniques sous un angle plus critique, et l'amélioration du site internet ont été cités comme autant d'aspects à renforcer.

Entre JEREMI et les partenaires institutionnels : Les membres de JEREMI sont très investis dans leur travail et ne ménagent pas leurs efforts pour mener à bien la collaboration avec les autorités sanitaires. Certaines des difficultés rencontrées au cours du programme n'ont pas seulement été du ressort de l'association. En effet le contexte dans lequel le programme évolue, marqué par les lenteurs et les méandres administratifs et les problèmes structurels qui affectent le système de santé (insuffisances des ressources humaines ; motivation des agents de santé) est loin d'être facilitant. A Ouahigouya comme ailleurs au Burkina ou dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne, le versement du « per diem » occupe une place croissante dans le fonctionnement du système de soins. Devenu souvent un objectif à part entière pour compenser le faible niveau de rémunération des personnels de santé, il ouvre la porte à certains abus et est source de frustrations quand il ne s'aligne pas avec les montants des autres partenaires (FM, Nations Unies).

Les efforts de communication et de partage d'information (par exemple le plan d'action annuel à partir de 2010) ont permis d'améliorer le positionnement du programme et sa visibilité vis-à-vis des partenaires locaux. L'appui du coordinateur médical à la compilation des statistiques pour l'ensemble du district est fort apprécié. La participation à la flotte téléphonique pour les ruptures de stocks ou les évacuations est également reconnue comme un élément positif.

Les autorités régionales et du district déplorent le manque d'information sur le suivi technique et financier du programme pour l'année 2012. Les rapports sont pourtant transmis régulièrement, ce qui indique des insuffisances dans le circuit de l'information au niveau de la région et du district. Mais ce constat renvoie également à l'importance de renforcer la communication et les échanges au niveau des équipes cadre de la région et du district.

Entre JEREMI et les partenaires associatifs : La collaboration entre JEREMI et les deux associations burkinabé a été excellente. Les liens anciens d'amitié et de confiance réciproque qui unissent le président de JEREMI et les responsables des deux associations ont favorisé ce rapprochement. Sur le plan opérationnel, les partenaires ont été essentiellement impliqués dans le comité de pilotage (PERSIS Burkina) et dans la mise en œuvre de certaines activités d'IEC en zone urbaine (AMMIE). Au-delà de cette contribution, les deux associations se perçoivent davantage comme des bénéficiaires direct du programme, du fait des subventions d'intrants pour les FS.

Entre le siège et le terrain : La collaboration et la communication sont bonnes dans les deux sens. L'équipe locale est désireuse de s'impliquer, d'améliorer la gestion du programme et d'avoir des outils performants à sa disposition⁶¹. L'on note une grande souplesse du terrain du fait de l'emploi du temps des bénévoles au siège de l'association. Ce mode de fonctionnement ne pose pas de problème dans la mesure où les personnes se connaissent sur le plan personnel et ont des liens d'amitié. En revanche, il peut être contraignant pour des personnes issues d'ONG structurées.

4.3 Efficacité des actions de prise en charge à l'échelon des formations sanitaires

4.3.1 Efficacité générale

L'objectif principal du programme, à savoir appuyer la lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, a été atteint. Les partenaires institutionnels s'accordent à considérer le district sanitaire de Ouahigouya, grâce à l'appui de JEREMI, comme le district phare en matière d'accès à l'ASAQ.

A la fin 2011 l'appui a favorisé :

- l'accès au diagnostic : 23 700 TDR distribués, 23 048 réalisés et 22 649 cas confirmés⁶² ;
- l'accès au traitement : 136 425 unités de traitement d'ASAQ distribuées ;
- la PEC du paludisme grave : 6 123 kits paludisme distribués ;
- le traitement présomptif chez la femme enceinte : 65 700 comprimés de SP distribués ;
- la prévention : 10 369 MILDA distribuées.

4.3.2 Renforcement des capacités

Formation: La formation a constitué une composante clef du programme. Comme l'indique le bilan des formations réalisées, ces actions ont bénéficié à 129 agents de santé et à 163 ASC. Au démarrage du programme, JEREMI a mobilisé des médecins du CHU de Dijon. Dans un deuxième temps, l'implication de l'équipe cadre de district et du coordinateur médical, favorablement ressentie par les autorités sanitaires, a permis d'utiliser les ressources locales disponibles tout en adaptant les formations au contexte local. Les supports de formation se sont progressivement alignés sur le manuel de formation du PNLP et ont été adaptés au public cible.

La formation au diagnostic et au traitement constitue l'un des points forts du programme ayant influencé positivement la mise en œuvre du nouveau protocole de traitement. Les pré et post tests disponibles montrent que la connaissance des agents de santé s'est améliorée. L'impact du transfert des compétences techniques sur le comportement et les pratiques est cependant difficile à évaluer du fait de la forte mobilité de personnel. La plupart des agents de santé formés ne sont plus en poste et certains des personnels rencontrés n'ont pas encore été formés (par exemple à Goutoula ou Ouffré). Le

⁶¹ A titre d'exemple : logiciel comptable ; cadre logique pour le suivi du programme.

⁶² Les TDR permettent de fournir à toute personne à risque un diagnostic rapide. Dans les régions où le paludisme est endémique, le recours aux TDR est très utile pour l'utilisation efficace des médicaments antipaludéens, du fait d'un traitement basé sur le diagnostic du parasite (cas confirmés) et pas seulement sur la fièvre (cas présomptifs).

rôle du Gérant de DMEG dans la sensibilisation des patients est également mal connu mais certaines observations lors des visites de terrain indiquent un déficit de communication vis-à-vis des usagers de services.

Le suivi de la qualité de la PEC relevant des attributions du district sanitaire et de la DRS, le programme ne prévoyait pas d'intervenir directement dans ce domaine. De manière générale le retour d'expérience sur la formation est peu documenté.

Supervision et accompagnement des activités: Cette activité ne figure pas dans le descriptif de poste du coordinateur médical. Dans la pratique la supervision des agents de santé relève des attributions du l'équipe cadre du district sanitaire. Chaque trimestre cette équipe supervise les sites publics ciblés par le programme. Ces tournées dans les sites se déroulent souvent de manière conjointe et sont une occasion de formation in situ et d'aide à la résolution des problèmes rencontrés. Elles mettent l'accent sur la tenue des registres, l'adéquation entre le diagnostic et le traitement et la collecte des données. La DRS a également des séances semestrielles et annuelles de supervision.

L'appui de JEREMI à la prise en charge de ces visites, non seulement pour les indemnités de déplacement de l'équipe cadre de district mais également pour les responsables des CSPS lorsqu'ils se rendent dans les communautés pour superviser les ASC, contribue à la continuité de la supervision.

Le coordinateur médical a davantage mis l'accent sur la supervision des gérants de DMEG et des ASM, ce qui est en adéquation avec le niveau de ressources mobilisé à ce niveau. Il a développé des outils de suivi qui permettent de quantifier les besoins en médicaments et consommables.

Comité de pilotage : JEREMI a appuyé la mise en place d'un comité de pilotage qui a réuni chaque trimestre un ensemble d'acteurs. Lieu d'échanges autour des axes du programme, ce comité est vivement apprécié. Il constitue également pour l'équipe de JEREMI une bonne opportunité d'identifier les difficultés avant qu'elles n'entraînent les activités. Suite à la proposition d'un DRS, il a été rebaptisé comité technique puis comité de suivi.

Il convient de noter le caractère positif de la dynamique induite, notamment au démarrage du programme. En 2008, les procès verbaux, au nombre de six, indiquent que les rencontres se sont succédées à un rythme très soutenu. La réduction du nombre de réunions au fil des quatre années du programme vient des difficultés croissantes à réunir l'ensemble des partenaires, du fait de la charge de travail et des nombreuses activités parallèles du district (campagnes de vaccination, formations diverses, etc.). Même Ces rencontres témoignent cependant des discussions menées pour clarifier certains éléments stratégiques (Tableau 7)⁶³.

Tableau 7. Exemples de contributions du comité de suivi

Questions soulevées	Prises de décisions
Mise en œuvre de la PID	JEREMI : Attendre l'enquête de septembre 2009 pour le choix du produit insecticide le plus adapté MCD : La PID n'étant pas prévue dans le plan d'action du district, annulation de ce volet.
Utilisation des TDR	DRS : CSPS urbains non prioritaires du fait des moyens de diagnostics disponibles mais décision de les intégrer
Utilisation des recettes à partir des dotations de JEREMI	Non statué
Pérennité d'un circuit parallèle d'approvisionnement	Non statué Crainte que les CSPS ne perdent l'habitude d'acheter les médicaments au DRD.
Utilisation d'une partie des recettes par	Les subventions créent un manque à gagner au niveau du DRD

⁶³ L'on peut regretter que les réunions du comité de suivi n'aient pas cherché à mieux expliciter le choix des CSPS urbains.

le DRD.	Non statué
Ruptures d'ASAQ et arrêt progressif des dotations pour les plus de 5 ans et adultes (2011)	Sanofi : Le représentant se propose d'appuyer les prochaines commandes pour une livraison dans les meilleurs délais.
Rôle du poste anti-paludisme	MCD : Ce poste ne s'intègre pas dans la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Son rôle et ses attributions ne sont pas clairement définies. Il n'est pas prévu de laboratoire au niveau du CSPS
Stratégie d'IEC en zone urbaine	MCD : Le niveau d'éducation étant plus élevé à Ouahigouya, les ASC ne sont pas bien accueillis. Il est nécessaire d'adapter la stratégie du programme.
Intégration des 10 CSPS urbains de la commune de Ouahigouya	MCD : Outre les CSPS de la ville de Ouahigouya, il serait souhaitable de rajouter les CSPS de la commune urbaine. Non statué.
Poste de coordinateur médical	Sanofi : Importance de recruter un coordinateur médical (effectif début 2009)
Bilan financier de JEREMI	MCD : Souhait de l'inclure dans le bilan financier du district JEREMI : Plan d'action et de financement mis à disposition du district à partir de 2010

4.3.3 Rénovation et construction

La maternité de Tangaye : Ces efforts de rénovation s'inscrivent dans le lien santé maternelle et paludisme. On relève cependant l'absence de raccordement électrique entre le CSPS et la maternité, et par conséquent l'absence de lumière la nuit pour les accouchements. Par ailleurs, les peintures du plafond s'écaillent par endroit et l'on note une infiltration importante qui posera à court terme un problème si une solution n'est pas rapidement trouvée par le COGES (Photo 2).

Photo 2. Plafond de la maternité de Tangaye



Photo 3. Poste anti-paludisme de Tangaye



Le cas spécifique du poste anti-paludisme :

Dans tous ses précédents programmes, JEREMI, s'appuyant sur sa connaissance du terrain, a voulu créer ou promouvoir des structures ou des activités novatrices dans la zone, avec l'assentiment des autorités locales⁶⁴.

Proposé par Sanofi et financé par le MIIIDS, ce poste a été l'un des éléments phare du programme. JEREMI l'a approuvé en tant qu'expérience innovante pouvant dynamiser et « décentraliser » la lutte contre le paludisme.

Lors de cette première phase, ce poste a eu cependant quelques difficultés à trouver sa place, d'autant qu'il paraissait sur-calibré par rapport à une activité effective sur le paludisme. Inauguré en mai 2010 et transféré au COGES pour que ce dernier en assure les moyens de fonctionnement, il n'était pas encore opérationnel en fin de programme.

⁶⁴A titre d'exemple : Initiative de Bamako dans le département de Tangaye, création d'ASM pour la lutte contre la malnutrition, reconduites pour les programmes suivants, PTME à Ouahigouya.

En 2012 le district sanitaire a saisi l'opportunité de cette construction pour renforcer le plateau technique du CSPS et faire évoluer ce dernier en centre médical (CM) de chef-lieu de département⁶⁵. En parallèle, JEREMI a judicieusement proposé dans la deuxième phase du programme d'étendre le rôle de ce poste. Rebaptisé centre de lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, IRA – TB), il est encore sous-utilisé (laboratoire non fonctionnel) mais il est prévu de l'équiper en matériel et personnel en 2013. Le poste anti-paludisme aura ainsi contribué à valoriser et étoffer le CSPS existant et à élargir l'offre de soins à l'ensemble de la population de la commune de Tangaye. Cette contribution, à mettre au crédit de l'action de JEREMI, va dans le sens d'une l'amélioration de l'offre de soins.

Photo 4. Ecoulement d'eau à l'arrière du poste anti-paludisme



Se pose le problème de l'écoulement quasi permanent d'eau entre le poste anti-paludisme et la maternité. Cet écoulement proviendrait d'une retenue d'eau qui a cédé. Il constitue une source potentielle de gîtes larvaires et par conséquent de prolifération de moustiques (Photo 4). Le COGES a attiré l'attention de JEREMI sur ce problème mais le positionnement « responsable » de la mairie avec la recherche d'une solution par les autorités locales semble impératif⁶⁶.

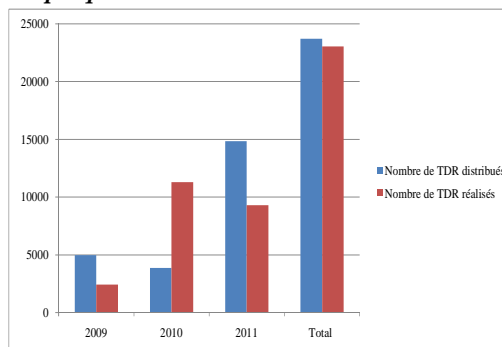
4.3.4 Amélioration de la PEC : diagnostic rapide

Utilisation des TDR : L'on note une bonne acceptation des TDR par les populations. Les entretiens indiquent que les populations connaissent bien la pratique du TDR et sont en demande lors des consultations au CSPS.

A l'échelon des CSPS, hormis les ruptures de stock à la 2^{ème} phase du programme, les consultants n'ont pas relevé de freins à l'utilisation des TDR par les agents de santé. Selon ces derniers, les TDR ont été un apport précieux. Les limites du test (faux négatifs et faux positifs) ont été évoquées mais restent difficiles à prendre en compte, les postes isolés n'étant pas en mesure d'accéder aux techniques microscopiques conventionnelles (frottis mince, goutte épaisse).

Le graphique ci-contre montre une augmentation progressive du nombre de TDR distribués par JEREMI⁶⁷. En 2010, l'écart entre les TDR distribués et les TDR utilisés peut s'expliquer par les dotations complémentaires du PNL. Les CSPS ont ainsi bénéficié de deux sources de subventions, ce qui a favorisé le passage à l'échelle. En fin de programme, le nombre de TDR distribués et le nombre de TDR réalisés s'équilibrent, et l'on constate que 97% des TDR distribués ont été utilisés.

Graphique 2. Evolution de l'utilisation des TDR



L'évolution favorable de l'utilisation des TDR sur la période 2009 – 2011 indique que le patient a aujourd'hui de meilleures chances d'obtenir un diagnostic approprié (Graphique 3). L'on retrouve également cette tendance à l'échelon du district (Graphique 4).

Graphique 3. Pourcentage de cas confirmés par

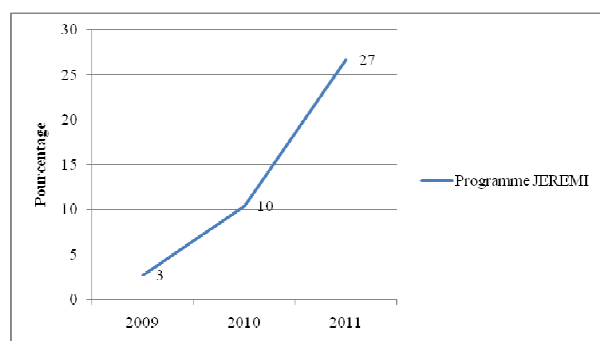
Graphique 4. Pourcentage de cas confirmés pour

⁶⁵ Selon les nouvelles normes du Ministère de la Santé, un CM est une structure dirigée par un médecin. Il dispose d'un laboratoire pour les examens complémentaires (hématologie ; biochimie, parasitologie ; et bactériologie).

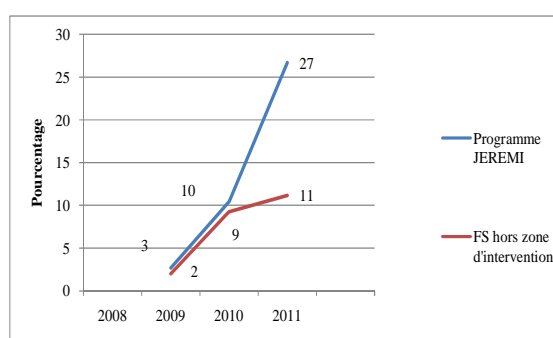
⁶⁶ L'on note les fortes attentes du CSPS de Tangaye vis-à-vis de JEREMI (réparation du toit de la maternité, construction d'une clôture, etc.).

⁶⁷ Les données présentées proviennent du SNIS et/ou des résultats du programme (Annexe 3). A noter que certains de ces résultats auraient gagné en lisibilité s'ils avaient été présentés en effectifs et non en pourcentages. Les données issues du SNIS sont à interpréter avec prudence du fait des faiblesses relevées.

rapport au nombre total de cas enregistrés



l'ensemble du district sanitaire



La progression du nombre de cas confirmés en trois ans reflète les efforts menés par les partenaires depuis 2008. Cette tendance ne doit cependant pas masquer les insuffisances dans la quantité des TDR mis à disposition et la persistance des habitudes de prescriptions. Il semble que certains prescripteurs continuent d'appliquer le traitement présomptif pour tout accès fébrile en considérant que la fièvre a le plus souvent une origine palustre⁶⁸.

Le nombre de cas confirmés dans les autres FS est plus faible en comparaison de celles appuyées par le programme, vraisemblablement du fait de ruptures de stock et de prestataires utilisant les signes cliniques pour leur démarche diagnostique. A l'échelon du district sanitaire de Ouahigouya, environ 2/3 des cas enregistrés ne sont pas confirmés, que ce soit au niveau des CSPS ou communautaire⁶⁹. L'utilisation rationnelle de l'ASAQ devrait donc nécessairement passer par une amélioration de la couverture en TDR et de confirmation des cas suspects avant toute prescription d'antipaludique

4.3.5 Amélioration de l'offre soins par ACT

Si l'on considère la disponibilité effective de l'offre de soins par ASAQ, le programme a contribué à couvrir environ les besoins de 20 formations sanitaires (hors CHR) sur les 54 que comptait le district en 2007. La disponibilité des TDR et de l'ASAQ dans les 21 FS n'a pas fait de problèmes, grâce aux dotations régulières apportées par le programme. Les directives d'utilisation des dotations par JEREMI et les conditions de vente à l'échelon des CSPS sont disponibles et clairement énoncées (Photo 5 et 6).

Photo 5. Cahier de vente journalière, DMEG de Touzagué

Photo 6. Tarification de l'ASAQ, DMEG de Touzagué

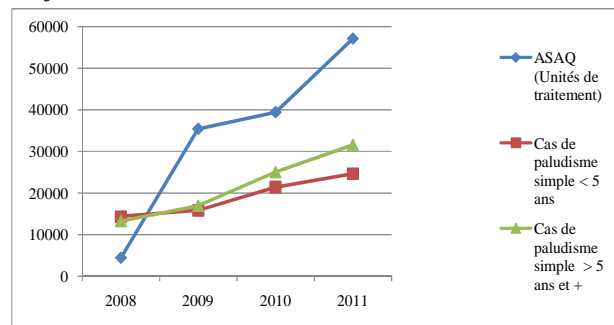
23	Ampicilline 0,5g	inj	78,97	120,5
24	Ampicilline 1g	inj	121,82	210,6
25	Antihémorroïdaire 30 g	pde	428,39	675,0
26	Antimoniote de meglumine 30%, 5 ml	inj	1 122,31	1 583,8
27	Artésunate + Amodiaquine (270+100) mg cp FDC Adulte	cp	268,75	300,0
28	Artésunate + Amodiaquine (270+100) mg cp FDC Ado	cp	161,25	200,0
29	Artésunate + Amodiaquine (270+100) mg FDC Petit enfant	cp	64,50	100,0
30	Artésunate + Amodiaquine (25+67,5) mg FDC Nourrison	cp	64,50	100,0
31	Artésunate 25 mg + Amodiaquine 50 g/5ml, 60 ml susp. buv.	sirop	831,14	950,0
32	Atenolol 50 mg. blister	cp	5,55	7,0
		ini	90,83	150,0

⁶⁸ A noter qu'il existe également un problème important de notification des cas. La définition du cas de paludisme simple est en cours de révision au niveau national.

⁶⁹ Les ASC prescrivent l'ASAQ mais n'utilisent pas les TDR.

Le Graphique 5 souligne une évolution croissante entre les unités d'ASAQ distribuées et les nombre de cas enregistrés, ce qui correspond à l'augmentation progressive des dotations et, en parallèle, du nombre de cas effectivement traités. L'année 2011 correspond à la diminution des dotations pour les plus de 5 ans et les adultes.

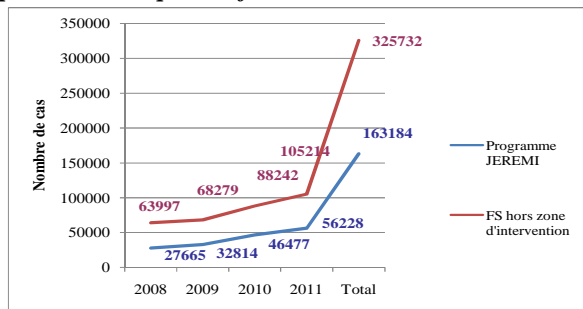
Graphique 5. Evolution des unités d'ASAQ et des cas notifiés



4.3.6 Amélioration de la PEC du paludisme simple

Grâce aux efforts du programme et des autres actions appuyées par les partenaires techniques et financiers, les FS disposent dans l'ensemble de personnels formés.

Graphique 6. Evolution du nombre de cas de paludisme simple notifiés dans le district sanitaire



Les multiples actions de formations et de recyclages ont en effet contribué à la constitution d'une « masse critique » de personnels compétents dans les domaines afférents à la PEC. La connaissance du protocole de PEC du paludisme simple semble bien acquise par les agents de santé. Ces compétences, ajoutées au dispositif d'ASC, semblent contribuer à une augmentation du recours aux soins et, partant, à la fréquentation des services (Graphique 6).

Sur la période 2008 – 2011, le programme a pris en charge 50% des cas de paludisme simple. La disponibilité et la régularité de l'ASAQ ont été des facteurs d'attractivité importants. Le programme a vraisemblablement touché des populations hors de la zone d'intervention.

Compte tenu des efforts consentis, l'on pourrait s'attendre à une stabilisation des cas notifiés. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte lorsqu'il est question de savoir si ces cas rapportés reflètent ou non le nombre réel de cas de paludisme :

- Les fluctuations du paludisme dans une zone endémique ;
- La proportion de cas dont le diagnostic est confirmé ;
- L'introduction de la PEC par les ASC en 2010 ;
- Les artefacts intervenus dans la notification des données, dont on sait qu'elle est incomplète.

Il semble cependant important de s'interroger sur la qualité de la PEC même s'il existe peu de données permettant de l'apprécier⁷⁰. Selon les partenaires techniques (OMS et UNICEF), cette qualité est variable selon la localisation et les compétences disponibles. Des améliorations restent à apporter, notamment en ce qui concerne l'adéquation des prescriptions du point de vue de la posologie et de la durée ; leur conformité avec les directives nationales ; et un meilleur suivi de l'observance. Certaines de ces observations vont dans le sens d'une récente enquête sur l'évaluation de l'application du protocole national de traitement au Burkina Faso⁷¹.

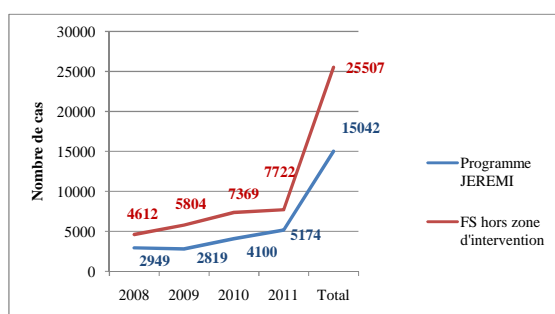
⁷⁰ Le PNL et l'OMS conduisent actuellement une évaluation dans ce domaine.

⁷¹ Source : Laurent Tinoaga Ouédraogo et al, 2012.

Dans les CSPS ruraux, parmi les CTA recommandées, la combinaison ASAQ a été la plus fréquemment retrouvée. Les agents de santé rencontrés n'ont pas paru manifester de réticences à son application. La combinaison *Arthémeter + Luméfantrine* était présente dans les CSPS urbains et plus largement utilisée en dépit de son coût⁷². Cette préférence semble être liée d'une part à des effets de type vomissements pour l'ASAQ, d'autre part à un phénomène culturel en milieu urbain (« *plus le produit est cher, plus il est efficace* »). Au CHR, pour des raisons mal connues, les prescripteurs n'ont que très peu utilisé l'ASAQ subventionné. Cette faible adhésion a conduit le coordinateur médical à arrêter les dotations pour les redistribuer dans les CSPS ruraux, ce qui s'est avéré un choix judicieux.

4.3.7 Amélioration de la PEC du paludisme grave

Graphique 7. Evolution du nombre de cas de paludisme grave notifiés dans le district sanitaire



Selon le Graphique 7, la zone d'intervention enregistre une progression du nombre de cas de paludisme grave (hors CHR dont les données ne sont pas disponibles). Les enfants de moins de 5 ans représentent 45% des cas notifiés.

Plusieurs facteurs ont été rapportés pour expliquer cette progression :

- Une disponibilité accrue des kits et par conséquent une augmentation de la PEC;
- Le coût financier de la PEC, entraînant un recours tardif aux soins ;

- Le non respect des directives thérapeutiques (traitements des cas simples comme des cas graves pour compenser le manque à gagner induit par la quasi-gratuité de la PEC des cas simples), identifié comme un obstacle dans le plan stratégique du PNLP 2011 – 2015 ;
- A l'instar de la PEC du paludisme simple, le manque d'homogénéité des données recueillies susceptible d'entraver l'évaluation de l'incidence⁷³ ;
- Lorsque les agents de santé prennent en charge un cas, et qu'un signe clinique (par exemple les vomissements) entraîne l'utilisation d'un médicament du kit, la traçabilité comptable requise est d'enregistrer le patient comme un cas grave, ce qui aboutit à un biais de notification.

4.3.8 Amélioration de la PEC chez la femme enceinte

Selon les données collectées par le programme, le recours au TPI a augmenté, 96% des femmes enquêtées ayant déclaré avoir pris au moins une dose durant la grossesse contre 71% en 2007.

La disponibilité de SP n'a pas posé de problèmes. Les entretiens avec les bénéficiaires indiquent que la dose de traitement a été prise sous l'observation directe d'un agent de santé.

Il n'existe pas d'information sur la complétude de la 2^{ème} dose. A l'échelon national le PNLP a relevé le faible taux de couverture en TPI2, lié à des ruptures d'intrants et au retard dans l'utilisation précoce des CPN.

⁷² 650 FCFA (petit enfant) ; 975 FCFA (adolescent) ; 1300 FCFA (adulte).

⁷³ A noter que l'incidence du paludisme dans le district sanitaire de Ouahigouya était estimée, en 2005, entre 50 et 99 cas pour mille (cas présomptifs). En 2010, elle est supérieure à 400 cas pour mille. Source : PNLP.

4.4 Efficacité des actions de mobilisation à l'échelon des communautés

4.4.1 Changements des connaissances

Au niveau des ASC : La formation des ASC avait pour objectif de clarifier leur rôle et d'améliorer leurs connaissances en matière de prévention et traitement. Ces aspects ont été abordés à travers une série de questions. Dans l'ensemble, les ASC connaissent bien leur rôle, la conduite à tenir devant une personne présentant des signes de gravité, et le traitement du paludisme simple. Les actions à mener devant une femme enceinte souffrant de paludisme semblent être moins connues.

Les ASC rencontrés se déclarent satisfaits de l'appui du programme. En particulier ceux de la zone rurale reconnaissent que JEREMI les a « éclairés » et que le programme a contribué à ce que les populations fassent davantage appel à eux. Ce point positif a été relevé lors de l'enquête 2011, les ASC représentant le premier recours aux soins (52%) pour les épisodes fébriles. Ce résultat est vraisemblablement à rapprocher de la mise à disposition de l'ASAQ via les initiatives PECADO et BMG (voir 4.4.4).

En zone rurale : Selon l'enquête 2009, l'on constate une augmentation des connaissances pour ce qui est de la gravité du paludisme, la prévention par MILDA, et le fait que les femmes enceintes soient plus vulnérables (voir Tableau 4, Annexe 3). Les résultats sur les modes de transmission ne sont pas significatifs. Parmi les signes du paludisme, les populations connaissent les convulsions, la fatigue, et les céphalées. Les autres signes (fièvre, frissons, faible poids à la naissance) ne sont pas significatifs, ce qui paraît surprenant, notamment pour la fièvre⁷⁴.

Les bénéficiaires rencontrés ont été fréquemment exposés à des messages sur la prévention du paludisme à travers les stratégies d'IEC mises en œuvre par JEREMI. L'on note une bonne connaissance des moyens de prévention : amélioration de l'assainissement, utilisation des MILDA et mesures d'hygiène pour éviter la prolifération des gîtes larvaires. La plupart des participants ont également cité l'ASAQ comme l'antipaludique utilisé pour traiter les enfants de moins de 5 ans et les adultes. Son coût selon le groupe d'âge est également bien connu des répondants.

Les discussions indiquent que les personnes interrogées possèdent au moins une MILDA reçue gratuitement. Les principales sources d'obtention sont les CSPS et les campagnes de distribution universelle organisées par le district sanitaire. La plupart des participants ont reçu des informations sur les avantages de la MILDA, la façon de la suspendre et de l'entretenir correctement. Les sources d'information pour ces messages proviennent des ASM et des ASC.

Les réponses concernant la période d'utilisation varient. Certaines femmes pensent qu'il faut utiliser la MILDA toute l'année et d'autres qu'il faut l'utiliser de préférence pendant la saison humide. Les femmes interrogées savent qu'il est nécessaire de suivre le TPI pendant la grossesse et qu'il faut se rendre au CSPS pour prendre les deux doses devant l'agent de santé.

En zone urbaine : Sur la base des discussions avec les bénéficiaires, l'on note l'importance des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques dans le recours aux soins. L'on relève également :

- Une connaissance limitée de JEREMI et des stratégies utilisées par le programme ;
- Des différences concernant l'utilisation du traitement antipaludique, avec une préférence pour l'*Arthéméter + Luméfantrine*, accessible dans certains CSPS urbains mais également dans les officines privées (sous forme de médicament de spécialité);
- Un recours limité aux ASC du fait de leur faible niveau d'éducation et de la proximité des CSPS.

⁷⁴ Ces résultats peuvent être imputables aux limites de l'enquête (effectif insuffisant ; biais dans la formulation des questions).

4.4.2 Changements des comportements

La supervision des ASM à l'utilisation des moustiquaires montre que le nombre de femmes enceintes dormant sous MILDA est passé de 30,6% pour atteindre 100% en 2011. L'on observe la même tendance pour les enfants de moins de 5 ans (de 29,5% à 97,2%). Cette évolution traduit les efforts des ASM lors des visites à domicile en zone rurale. Pour la ville de Ouahigouya, les ASM ont rencontré des difficultés à rentrer dans les maisons et vérifier l'utilisation de la MILDA. Ce type de stratégie semble donc plus adéquat dans un contexte rural.

Même si les populations ont amélioré leurs connaissances, il existe un décalage entre ces connaissances et les pratiques. Les principaux obstacles à l'utilisation des MILDA rapportés par les ASM comprennent la moustiquaire mal attachée, trouée ou noircie par la préparation des repas. Les ASM ont également évoqué le temps passé sans protection lors des causeries le soir venu, d'où une exposition accrue à la nuisance des vecteurs.

Des chercheurs de l'Institut de Recherche pour le Développement ont démontré que les campagnes de sensibilisation et les distributions gratuites au Burkina Faso ne garantissaient pas l'usage des moustiquaires dans la durée⁷⁵. Ils ont mis en avant une motivation éphémère car, selon les résultats de l'étude, une personne sur trois avait arrêté l'utilisation des moustiquaires. Les principaux constats dégagés sont les suivants :

- Une utilisation quotidienne des moustiquaires contraignante, notamment la suspension permanente, à même d'entraîner une lassitude dans l'utilisation sur le long terme ;
- Une organisation de l'espace qui répond à des règles sociales précises que peuvent venir perturber l'attribution de MILDA aux femmes et enfants.

Il faut également souligner la persistance d'autres facteurs qui vont bien au-delà de la simple connaissance ou de l'utilisation correcte de la MILDA. En effet, la présence de facteurs défavorables relatifs à l'assainissement de l'espace domestique impacte sur la durabilité des progrès réalisés. Les localités rurales et urbaines n'ont pas toujours les moyens de mettre en œuvre les messages de prévention qui concernent l'amélioration du milieu et les mesures d'assainissement. A l'échelon des mairies, l'on note également une faible volonté politique en matière de renforcement des mesures d'hygiène et de salubrité.

4.4.3 Stratégie IEC

De manière globale la stratégie IEC du programme a permis de relayer les principaux messages sur la prévention et le traitement du paludisme. Elle n'aurait pas pu se faire sans la mobilisation des ASC et des ASM.

Le contenu de ces messages est aligné avec les stratégies de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. La diffusion des messages a associé plusieurs canaux de communication globalement très appréciés :

- Les causeries éducatives sont faites dans les communautés et dans les CSPS lors des CPN et des consultations des enfants sains. Les ASC assurent au préalable la mobilisation sociale ;
- Les projections vidéo ont été réalisées dans la ville de Ouahigouya en collaboration avec AMMIE ;
- Les représentations de théâtre forum ont touché tous les groupes de population, y compris les hommes, et ont été appréciées pour leur caractère ludique ;
- Les visites à domicile ont été nombreuses et appropriées, notamment pour toucher et interagir avec les femmes ;
- La participation à la journée mondiale de paludisme a permis une large diffusion des principaux messages de prévention ;
- Le jeu concours entre plusieurs villages : son caractère innovant a été relevé de même que l'enthousiasme et la motivation des participants ;
- La journée de salubrité a permis de mettre en perspective l'importance de l'hygiène du milieu et de l'assainissement.

⁷⁵ Source : « Adapter les moustiquaires pour mieux combattre le paludisme au Burkina Faso ». IRD. Octobre 2009

Cette combinaison d'approches a été efficace car elle a permis de cibler divers publics et d'adapter les messages aux publics cibles. Quelques interlocuteurs ont souligné l'intérêt d'impliquer des radios locales mais il existe peu d'informations sur la faisabilité de cette stratégie.

JEREMI a créé un outil de formation ou boîte à image avec des messages adaptés sur le paludisme. Les ASM l'utilisent lors des causeries et des rencontres avec les communautés. Chaque CSPS dispose également d'une boîte à image que certains ASC utilisent. Cette utilisation semble plus marquée à l'occasion de rassemblements comme les journées nationales de vaccinations. En 2010, le PNLP et Plan Burkina ont également amélioré les supports pédagogiques existants et développé un outil similaire.

4.4.4 La PEC communautaire et ses principaux défis

La PEC communautaire, pilotée dans de nombreux pays, rencontre souvent des difficultés de mise en œuvre. Comme l'indique l'évaluation de la santé communautaire réalisée en 2011, le Burkina Faso n'échappe pas cette règle.

Les services de santé à base communautaire sont offerts par les ASC. Ces derniers sont les courroies de transmission entre les FS et les communautés. Au fil des années leurs attributions ont sensiblement évolué. La PEC communautaire de la nutrition, du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose ayant progressivement mobilisé des financements importants, la charge de travail qui leur incombe aujourd'hui est importante.

En l'absence d'un cadre de coordination, l'on constate que les ONG et les associations ont investi le domaine de la santé communautaire, chacune avec sa propre vision des ASC mais sans réelle réflexion sur la pérennisation des services.

Dans le cadre de la série 8 du Fonds mondial, deux bénéficiaires ont été désignés pour la mise en œuvre de la PECADO à l'échelle nationale : Plan Burkina pour la société civile et le PADS pour le secteur public⁷⁶. La PECADO a été mise en œuvre dans les 310 villages du district sanitaire de Ouahigouya à travers deux programmes différents : Plan Burkina/CREDO et BMG dans le cadre du programme de la PCIME communautaire⁷⁷. JEREMI a quant à elle appuyé les ASC lors des activités de formation et de mobilisation sociale. Sur les 163 ASC formés, il est cependant difficile de connaître avec précision ceux qui sont restés actifs.

La situation sur le terrain est relativement confuse et disparate. Les ASC ont souvent plusieurs « casquettes », c'est-à-dire qu'ils peuvent simultanément agir pour le compte de plusieurs organisations ou associations (Plan/CREDO, BMG et JEREMI). Ils peuvent également avoir reçu plusieurs formations, dispensées dans le cadre des trois programmes cités. Le problème réside également dans le fait qu'il n'y a pas de véritable communication entre ces ONG alors que leurs activités sont mises en œuvre par les mêmes ASC.

Depuis l'opération « un village un poste de santé primaire » en 1985 la question de la motivation fait débat mais est encore loin d'être résolue, même si chacun s'accorde sur le rôle vital des ASC. La mise en œuvre de la PECADO a contribué à exacerber cette situation :

- Dans le programme Plan/CREDO, un seul des deux ASC du village a été retenu, généralement celui avec un niveau d'instruction suffisant. Il a reçu une motivation mensuelle de 5000 FCFA et une dotation d'ASAQ pour traiter les enfants de plus de 5 ans et les adultes. Pour des raisons mal connues, la motivation mensuelle a été arrêtée en novembre 2011. L'ASC bénéficie d'un intéressement de 25% sur l'achat du médicament ;

⁷⁶ Plan Burkina, bénéficiaire principal du Fonds mondial, est responsable du développement de la PECADO sur l'ensemble du pays. Plan a contractualisé avec 4 ONG locales. L'ONG CREDO couvre la région Nord. L'initiative BMG est sous la responsabilité du district sanitaire.

⁷⁷ Il s'agit d'un paquet d'activités pour les enfants de 0 à 5 ans qui inclut la PEC du paludisme, de la malnutrition modérée et du suivi ambulatoire des cas sévères.

- Dans le programme PCIME financé par BMG, les ASC traitent les enfants de 2 mois à 5 ans. Ils bénéficient seulement de la ristourne sur l'achat de l'ASAQ ;
- En 2012 JEREMI a pris en compte l'élément de motivation et a introduit une compensation de 2500 FCFA par activité de sensibilisation réalisée avec l'ASM (ce qui équivaut à une indemnité mensuelle). Cette initiative reflète la volonté de s'aligner avec les ONG de Renforcement des Capacités (RENCAP) tout en posant la question de la continuité de l'appui.

La PECADO a également modifié les comportements des ASC. Aujourd'hui la plupart des ASC rencontrés revendiquent une meilleure reconnaissance de leur rôle tant des services de santé que des communautés. Beaucoup ont un sentiment de frustration du fait de l'inégalité des avantages. Certains affirment devoir renoncer à une activité lucrative (par exemple partir à la recherche de l'or sur les sites aurifères) sans pour autant bénéficier en contrepartie d'une motivation financière suffisante.

En zone rurale les ASC ont relevé la présence de JEREMI dans la durée, et exprimé leur satisfaction vis-à-vis de cet engagement. La conclusion imagée d'un ASC l'illustre très clairement :
 « La première épouse (JEREMI) connaît mieux les problèmes du foyer. La deuxième et la troisième épouse (PECADO/CREDO et BMG) n'ont pas duré dans le foyer. Elles ont papillonné et sont reparties ». Leurs attentes vis-à-vis de JEREMI, notamment en ce qui concerne la révision de la motivation mensuelle, n'en sont que plus fortes.

Comme l'indique le cahier de notification des cas (photo 8), la PECADO est compromise depuis quelques mois du fait des ruptures fréquentes en ASAQ.

Photo 7. Cahier de notification des cas de paludisme, ASC de Touzagué (Août 2012)

Medicament	quantité Sebut du mois	quantité reçue dans ce mois	quantité utilisée	quantité Bordure	quantité A/N du mois
Mois de août					
ACT 18.11ml	6	0	3	0	3
ACT 1.5ml	5	0	3	0	2
Paracétamol 200 mg	10	0	6	0	4
SRA sachet	20	0	3	0	18

Photo 8. Cahier de notification des cas de paludisme, ASC de Touzagué (Octobre 2012)

Medicament	quantité Sebut du mois	quantité reçue dans ce mois	quantité utilisée	quantité Bordure	quantité A/N du mois
Mois d'octobre 2012					
ACT 18.11ml	0	0	0	0	0
ACT 1.5ml	0	0	0	0	0
Paracétamol 200 mg	68	0	68	0	0
SRA sachet	18	0	0	0	18

Sur le terrain les consultants ont cependant observé des stocks d'ASAQ distribués dans le cadre de l'initiative PECADO et non utilisés pour cause de péremption (date de mise en circulation 2009 – date de péremption : 2011).

Les défis de la PEC communautaire restent d'actualité pour JEREMI dans la mesure où le document de programme 2012 - 2014 a prévu d'étendre la PEC au niveau communautaire. Mais relancer l'expérience sans y accorder les moyens indispensables et la développer sans une évaluation des expériences antérieures et une véritable coordination ont été autant de raisons pour JEREMI de rester prudent par rapport au passage à l'échelle. Par ailleurs, les difficultés à instaurer et harmoniser, au niveau national, un système de motivation pérenne pour les ASC et les nombreuses ruptures de stock en ASAQ restent des obstacles conséquents à une PEC efficace.

4.5 Effets et Impact

4.5.1 La mortalité

Concernant la mortalité liée au paludisme, au niveau national, le taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 4,1% en 2006 à 3,3% en 2010. Selon les données du programme, il enregistre également un recul, passant de 2,2% en 2007 à 1,8% en 2010.

4.5.2 L'impaludation

L'analyse de la discordance entre la baisse du taux d'impaludation et l'augmentation des cas de paludisme pris en charge se heurte à une triple difficulté :

- Des données de morbidité imparfaites : Il est possible que la disponibilité en intrants ait amélioré le diagnostic et influencé l'augmentation du nombre de cas confirmés. Mais cette augmentation peut masquer les tendances de fond comme le recours inapproprié au traitement présomptif et les lacunes dans la notification des cas ;
- Les limites des enquêtes auxquelles il faut rajouter une limite supplémentaire : l'augmentation du nombre de cas concerne toute la zone d'intervention alors que la baisse du taux d'impaludation est le reflet de l'aire sanitaire de Tangaye ;
- Les limites de l'indicateur retenu : Le taux d'impaludation donne un instantané, à un moment donné, mais à lui seul peut difficilement rendre compte de l'impact du programme. D'autres facteurs, tels que la représentativité (sur le plan spatial) des populations domiciliées dans les différents écosystèmes de la zone étudiée, le degré de nuisance des moustiques, le niveau de prémunition peuvent également influencer l'évaluation de la parasitémie ;
- Dans la réalisation des gouttes épaisses, il n'est pas certain que l'on ait voulu dénombrer les formes sexuées qui représentent le réservoir de parasite pour les futures infestations.

La présentation des résultats a fait ressortir le taux d'impaludation globale. On aurait pu dégager un indicateur important de l'infection plasmodiale, en l'occurrence l'indice plasmodique pour les enfants de 2 à 9 ans. Cet indice représente le taux de prévalence selon la classe d'âge. Or, le découpage en classe effectué durant les enquêtes n'a pas respecté celui préconisé par la classification de l'endémicité selon la monographie de l'OMS (Annexe 13). Il se pose donc un problème d'intervalle.

Au regard de l'indice qui baisse entre 2007 et 2011, on remarque cependant (sans que cela soit totalement en adéquation avec la classification de l'OMS) que le groupe d'âge 1-5 ans placerait la zone d'intervention du programme, en 2011, à un niveau de méso-endémie après avoir revêtu le faciès d'une zone hyper-endémique entre 2007 et 2009. Cela peut traduire un changement, même si cette diminution suppose le respect de certaines conditions de représentativité quant à la diversité écologique autour des habitations des personnes de l'échantillon.

4.5.3 Sur le plan sanitaire

Le programme a permis d'expérimenter la mise en œuvre, au niveau d'une région, d'une stratégie de réduction du paludisme. Par ailleurs, en améliorant la disponibilité de l'ASAQ et en influençant le recours aux prestataires de soins, il contribue de manière indirecte à diminuer les risques de dépenses catastrophiques de santé dont on sait qu'elles sont l'une des causes de plongée dans la pauvreté pour des populations vulnérables. L'appui a également pu contribuer à rendre plus rationnelles, voire à limiter, les dépenses des ménages.

Il faut cependant souligner que l'impact à plus long terme des investissements réalisés est fortement lié à la performance d'ensemble du système de santé. En particulier la disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées et la présence d'un système d'approvisionnement et de distribution performant sont deux conditions essentielles pour faire face à l'accroissement d'une PEC efficace.

4.6 Pérennité

4.6.1 Remarque générale

La stratégie de pérennisation décrite dans le document de programme s'appuie sur les éléments suivants :

- Structures et logistique mises en place ;
- Expériences accumulées par les programmes précédents ;
- ASC dotés d'une bicyclette et indemnisés par les COGES ;
- Intégration dans les futurs plans stratégiques des autorités sanitaires ;
- Soutien croissant du Fonds mondial.

Le fait d'avoir mis en place une articulation avec les acteurs institutionnels est un élément positif pour la pérennité du programme même si les autorités sanitaires ne se sont pas encore approprié l'idée de poursuivre les activités au-delà de la durée du programme. Cette articulation aurait vraisemblablement gagné à s'accompagner d'actions plus concrètes, par exemple à travers une discussion sur une stratégie de retrait et une convention de partenariat en précisant les modalités. Il en est de même avec les partenaires associatifs auprès desquels il aurait été intéressant d'explorer, sur la base d'un diagnostic préalable, leur capacité à poursuivre les actions entreprises et les moyens nécessaires à un éventuel renforcement.

Par ailleurs il est dommage que la question de la pérennité n'ait pas été abordée dans le document de programme de la deuxième phase. La forte implication des équipes dans la mise en œuvre du programme et les impératifs liés à la recherche de financements ont pu occulter une réflexion sur les perspectives de pérennité.

Au-delà de ce constat général, l'analyse révèle des nuances importantes selon les activités considérées et illustre sur bien des points le dilemme auquel sont confrontés tous les programmes de ce type : se donner les moyens d'atteindre à court terme les objectifs fixés ou inscrire son intervention dans la durée en acceptant les aléas de l'évolution du système dans lequel prend place le programme ?

4.6.2 Renforcement des capacités

L'accent mis sur le transfert de compétences allait dans le sens de la pérennité même si la difficulté à retenir les agents de santé dans les CSPS a pu minimiser l'impact des formations réalisées. Largement mobilisées grâce à la dynamique impulsée par les formations, il est vraisemblable que les compétences acquises soient appliquées dans les autres FS où les agents de santé ont été affectés.

A plusieurs reprises des débats sur les meilleures manières d'éviter les effets de substitution ont été menés au sein de JEREMI, en particulier sur la question des indemnités versées aux agents de santé. Ce problème de motivation est prégnant et a tendance à s'aggraver avec le temps. JEREMI a été particulièrement vigilant aux effets pervers des « perdiems » mais il est difficile pour un programme de ce type d'avoir prise sur les problèmes structurels du système de santé.

4.6.3 Renforcement des infrastructures et du plateau technique

A Tangaye le bâtiment construit grâce au financement du MIIIDS est d'une qualité suffisante pour qu'il perdure au-delà du programme. Etant intégré dans le réseau sanitaire, le CM devrait bénéficier d'un plateau technique et de conditions de maintenance au même titre que les autres CM de la région. Ses activités devraient se poursuivre voire continuer de se développer. Elles seront cependant tributaires des aléas de l'approvisionnement en consommables et de la capacité du centre à développer des services de qualité et à assurer la maintenance des investissements et de l'équipement (groupe électrogène, appareils de laboratoire, etc.)

La maternité de Tangaye présente des signes de détérioration qui témoignent de l'absence de maintenance et augurent de la faible pérennité des travaux de réhabilitation réalisés. Dans la mesure où le COGES dispose de ressources (provenant des recettes du CSPS) pour l'entretien des locaux, le CM nous semble être en capacité de prendre le relais de JEREMI pour pallier ce problème.

4.6.4 Sécurisation de l'approvisionnement en médicaments et consommables

Les difficultés rencontrées dans les ruptures de stock sont actuellement anticipées et, dans la mesure du possible, corrigées par le programme. En l'absence d'une stratégie claire de sortie, tout porte à croire que l'appui en médicaments et consommables va perdurer et à ce jour le transfert de responsabilité n'a pas encore été évoqué. Cette situation est préoccupante dans la mesure où⁷⁸ :

- Les médicaments et consommables représentent une part non négligeable du budget ;
- Près de 50% des cas de paludisme simple sont pris en charge par le programme ;
- JEREMI n'a pas de visibilité financière au-delà de 2014 ;
- La poursuite des activités essentielles du programme n'est pas encore assurée par le biais du mécanisme du plan d'action du district sanitaire, les activités de JEREMI n'y étant pas budgétisées.

Le subventionnement de l'ASAQ depuis 2008 est une source de revenus pour les FS (100 FCFA pour un enfant ; 200 FCFA pour le grand enfant ; et 300 FCFA pour l'adulte). Ces bénéfices varient d'un CSPS à l'autre et sont fonction du taux de fréquentation mais à l'évidence le programme a contribué à générer davantage de recettes. Dans la plupart des CSPS, les bénéfices dégagés sont réinvestis en priorité dans l'achat de MEG et la motivation du gérant de DMEG.

Selon le coordinateur médical, la situation financière des DMEG soutenus par les subventions apportées aux FS depuis 2008 est bonne et les COGES disposent d'une valeur financière. La mesure du recouvrement des coûts dépasse le champ de cette évaluation mais à l'évidence le montant des recettes générées est variable, selon la taille de la structure, la capacité de gestion, et le degré de gouvernance. Il semble que certains COGES aient fait le choix de thésauriser et de réduire la valeur de leur stock. Or, les bénéfices devraient, en principe, être utilisés pour améliorer le fonctionnement des CSPS tout en renforçant les DMEG par l'achat de médicaments.

Si JEREMI interrompait son appui, les activités de PEC ne s'arrêteraient pas brutalement. Faute d'anticiper la fin de la 2^{ème} phase, on peut cependant s'attendre à ce que des difficultés apparaissent, se répercutant sur la disponibilité et la continuité des services. Ces difficultés toucheront les sites publics mais également les sites de PERSIS et AMMIE. Selon toute vraisemblance, du fait du bassin de population desservi et du pouvoir d'achat de certains groupes de population urbains, les CSPS importants (par exemple Zodo) ne devraient pas rencontrer de problèmes alors que d'autres, plus modestes ou enclavés (comme Pella ou Goutoula), peineront davantage à équilibrer recettes et dépenses.

Les TDR subventionnés par le programme ont été enregistrés dans le circuit d'achat de la CAMEG. La durée de la MILDA est actuellement estimée à 4 ans. La continuité dans la mise à disposition des MILDA devrait poser moins de problèmes compte tenu de la campagne universelle prévue en 2013 et des efforts fournis au niveau de l'UNICEF pour la période 2013 - 2015. En revanche, l'interruption des kits de PEC pourrait poser problème compte tenu du taux élevé de consommation et des difficultés du PNLP à répondre à la demande.

4.6.5 Appui au niveau communautaire

Le programme a eu une action structurante sur la demande, avec un impressionnant dispositif de mobilisation mis en place. Le programme a contribué au renforcement de la lutte anti-vectorielle. Dans la mesure où le dispositif des ASM est propre à JEREMI, la stratégie IEC aura du mal à fonctionner de manière aussi soutenue sans le soutien apporté par le programme.

4.6.6 Activités de suivi

Le suivi des actions reste dans une grande mesure effectué par le district sanitaire et la DRS. Par conséquent le degré d'appropriation des activités de supervision semble satisfaisant même s'il reste dépendant d'un mécanisme de motivation financière, mécanisme qui a des chances de perdurer par le biais des autres partenaires financiers.

⁷⁸ Elle concerne également les autres dotations en médicaments pour les IRA.

JEREMI s'est positionnée comme un facilitateur auprès des gérants de DMEG. D'une manière générale, le programme a contribué à améliorer les procédures de suivi des stocks, en grande partie grâce aux efforts du coordinateur médical. Ces efforts peinent encore à s'inscrire dans la durée compte tenu des enjeux du système d'approvisionnement et de distribution et des acquis fragiles dans la capacité des DMEG.

5. CONCLUSIONS

5.1 Principaux éléments de plus value du programme et de la démarche d'intervention

Le programme s'est appuyé sur une connaissance approfondie des zones rurales et sur une réelle proximité avec les populations à travers un important dispositif de sensibilisation et de mobilisation communautaire. Cette proximité a favorisé la compréhension des besoins des populations et a placé le programme au cœur des stratégies de lutte contre la pauvreté.

Le programme a constitué un levier important en contribuant de façon visible à dynamiser les activités de lutte contre le paludisme. En effet, en 2007 alors que les possibilités de traitement étaient limitées, JEREMI a joué un rôle de catalyseur dans le passage à l'échelle des ACT dans le district sanitaire de Ouahigouya. Les ressources mobilisées ont permis d'expérimenter la mise en œuvre d'une stratégie de réduction du paludisme, de soutenir l'initiative nationale visant à instaurer la gratuité d'accès au traitement anti-palustre, et de sécuriser le financement des activités pour une problématique reconnue comme prioritaire, surtout dans les zones enclavées.

Par ailleurs, en mettant à disposition des intrants de manière régulière et soutenue, le programme a favorisé le recours aux services de santé et a eu un impact positif sur la fréquentation des formations sanitaires. Ces éléments ont été progressivement repris par la région Nord grâce à la mobilisation accrue de nouveaux partenaires techniques et financiers, notamment à partir de 2009 - 2010.

L'approche générale retenue par JEREMI a consisté à articuler le programme avec les acteurs institutionnels et à appuyer le système de santé de la région Nord. Bien que ne constituant pas à lui seul un gage suffisant de pérennité, cet ancrage est propice à la continuité des activités engagées.

5.2 Un programme pertinent qui aurait gagné à une capitalisation

Envisagée de façon globale, l'analyse de la pertinence du programme appelle les commentaires suivants :

- Le programme est aligné sur la stratégie nationale et intègre les principaux volets de lutte contre le paludisme ;
- Il est venu à point nommé appuyer l'extension de la PEC à travers une expérience, pionnière au Burkina Faso, d'accès au traitement par les ACT ;
- Le cadre de l'intervention aurait mérité de s'appuyer de manière plus soutenue sur une analyse critique du système de santé et du rôle des acteurs locaux et sur une définition d'une stratégie de sortie avec l'insertion du transfert de responsabilités dès la conception du programme;
- Compte tenu du caractère novateur du programme (approche pilote) et du niveau de ressources disponibles, il aurait été préférable d'être moins ambitieux en termes de couverture géographique et de se focaliser sur la zone rurale, zone dans laquelle JEREMI a un avantage comparatif de par ses actions passées ;
- Malgré les contraintes liées à la nécessité d'anticiper la recherche de fonds, il aurait été opportun de profiter du fait que le programme arrive à son terme pour prendre le temps de redéfinir – sur la base de l'expérience acquise depuis 2007 et de l'analyse des évolutions des parties prenantes – les objectifs et les modalités de mise en œuvre d'une nouvelle phase.

5.3 Un dispositif de mise en œuvre en progrès mais qui reste à consolider

Malgré les contraintes rencontrées, le programme a tenté d'optimiser les ressources disponibles. La performance du circuit d'approvisionnement et de distribution doit être saluée.

L'analyse montre que le bénévolat a des limites dans un contexte de mise en œuvre complexe avec des exigences de travail collectif et pluridisciplinaire. Il semble aujourd'hui difficile de faire l'économie d'un dispositif mieux adapté à l'évolution des pratiques dans le domaine de la solidarité internationale.

Le dispositif de mise en œuvre et de suivi du programme aurait été plus performant si les moyens mobilisés par JEREMI avaient été disponibles de façon permanente dans la zone d'intervention.

La collaboration avec les différents partenaires a été satisfaisante. Cependant des efforts restent à faire pour s'ouvrir à de nouveaux partenariats et jouer un rôle plus actif en matière de retour d'expérience auprès des instances nationales et des partenaires techniques et financiers.

Le souci de valorisation scientifique du programme est un élément positif. La réalisation des enquêtes s'est toutefois avérée une entreprise lourde en termes de mobilisation des ressources et d'expertise et les résultats n'ont pas toujours été à la hauteur des moyens mobilisés. Le bilan mitigé avec le CNRFP ne devrait cependant pas décourager le recours à des centres d'expertise locale. L'enseignement tiré de ces expériences est que les enquêtes de terrain exigent une pratique préalable, une maîtrise des éléments méthodologiques nécessaires à une collecte et à une analyse rigoureuse, et un suivi de proximité avec les enquêteurs.

5.4 Des résultats globalement positifs, soumis aux contraintes du système de santé

Le bilan présenté dans cette évaluation est le résultat d'une responsabilité partagée, à la fois de l'association et des partenaires institutionnels et associatifs.

Le programme a contribué de façon déterminante à la mise en œuvre effective du nouveau protocole de traitement du paludisme dans le district sanitaire de Ouahigouya. Alors que celle-ci n'était que balbutiante en 2007, le district dispose aujourd'hui de capacités accrues pour la PEC du paludisme.

Le soutien apporté par JEREMI a été déterminant pour arriver à ce résultat :

- Le district dispose d'un minimum de personnels formés dans les domaines de diagnostic et de traitement. L'implication de l'expertise locale dans les actions de formation est un élément positif ;
- Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et, dans une moindre mesure, les adultes ont pu avoir accès aux activités de prévention, de diagnostic et de traitement ;
- Les activités de diagnostic et de traitement ont pu se dérouler sans interruption dans l'ensemble des FS ciblées ;
- La disponibilité des MILDA et le suivi de leur utilisation ont été des facteurs de succès ;
- La présence de JEREMI dans la durée a contribué à des résultats positifs en matière de sensibilisation, notamment en zone rurale où la forte adhésion de la population ne fait pas de doute. En revanche, il est plus difficile d'apprécier l'impact de l'IEC en zone urbaine.

Les faiblesses dans la notification des cas (sous ou sur notification) sont un obstacle important à la quantification du problème du paludisme. La réalité de la mise en œuvre met également en évidence la nécessité de prendre en compte l'hygiène générale du milieu et de rendre opérationnelle des actions multi-secteurs pour avoir un meilleur impact sur la santé des populations.

Les limites à l'efficacité du programme tiennent pour une large part à des contraintes structurelles sur lesquelles JEREMI n'a pas de prise : performances du système de soins ; insuffisances (quantitatives et qualitatives) et faible niveau de rémunération des agents de santé et ; dysfonctionnements de la chaîne d'approvisionnement.

5.5 La satisfaction unanime des bénéficiaires et de fortes attentes

Les partenaires rencontrés – des responsables nationaux aux acteurs de terrain et populations– ont exprimé leur vive satisfaction et leur reconnaissance pour l'aide reçue dans le cadre du programme. Ceux directement impliqués dans les activités n'ont pas caché leur crainte de voir s'interrompre le soutien apporté par JEREMI, sans lequel ils savent que la poursuite de leur action auprès des bénéficiaires sera compromise.

5.6 La nécessité d'amorcer un transfert de responsabilités

Les acquis concernant le renforcement des capacités, la construction, et le suivi ont des chances de perdurer. En termes d'appui à la PEC, le programme a temporairement pallié les insuffisances des systèmes d'approvisionnement et de distribution et amené « *une bouffée d'oxygène aux CSPS* » mais les perspectives de pérennité sont plus aléatoires dans le contexte sanitaire actuel. Les problèmes liés à l'approvisionnement et à la gestion des médicaments et consommables ne sont pas spécifiques à l'ASAQ. Elles concernent l'ensemble des activités sanitaires.

Il n'y a pas encore eu un cadre de réflexion entre JEREMI et le district sanitaire pour favoriser l'appropriation des dotations subventionnées et assurer la reprise en main des acquis. L'on peut regretter que le programme ne soit pas davantage parvenu à développer une stratégie de transfert des responsabilités, notamment lors du passage à la 2^{ème} phase.

La lutte contre le paludisme relève cependant de la responsabilité du programme national et des acteurs institutionnels locaux avec lequel il s'agira d'interagir de manière soutenue pour définir et mettre en œuvre une stratégie de retrait progressive.

6. RECOMMANDATIONS

6.1 Recommandation relative au positionnement général de l'association

Il s'agit de la capacité à se situer par rapport aux acteurs locaux ou internationaux et à affirmer sa pertinence à travers une définition plus claire des missions, visions et stratégies.

Il est souhaitable que l'association adapte ses objectifs et sa stratégie de solidarité internationale au travers d'un document présentant **les valeurs, les principes, les thématiques et les axes d'intervention considérés comme prioritaires** pour JEREMI.

A la lumière des résultats de l'évaluation, il conviendrait de préciser dans ce document :

- Le **périmètre d'intervention** de JEREMI (géographique et thématique) ;
- La manière dont les axes retenus peuvent se décliner selon les contextes rencontrés ;
- Les objectifs et **les modalités des partenariats** appelés à se développer pour couvrir les domaines dépassant le cadre d'intervention de l'association ;
- La stratégie de **mobilisation des ressources** (humaines et financières) ;
- La stratégie de **communication** ;
- Ce document devrait se **décliner en plan d'action** pour les cinq prochaines années.

**Cette recommandation nécessite un accompagnement à travers une expertise reconnue dans le domaine du renforcement institutionnel.
Calendrier : 2013**

6.2 Recommandations relatives à une démarche de professionnalisation

6.2.1 Renforcer la gestion de cycle de projet : structuration du siège

- Il est souhaitable que JEREMI adopte les principes généraux de gestion d'un projet, ce qui implique de **maîtriser le cadre du cycle de projet et ses outils** ;
- Afin de renforcer la qualité de ses interventions, il est nécessaire que l'équipe du siège s'étoffe et se dote **d'un savoir-faire complémentaire**, en adéquation avec les exigences de la solidarité internationale ;
- Par conséquent les modalités de gestion et de suivi du programme devraient adopter des modes opératoires donnant un rôle actif à **un chargé de programme salarié**, possédant une expérience confirmée dans les pays en développement et rompu à la recherche de financements et rédaction de projets;
- Les bénévoles devraient rester **un maillon fort de l'association** et accompagner au mieux le processus de structuration.

Cette recommandation nécessite un accompagnement humain et financier et une sensibilisation des partenaires financiers en ce qui concerne une contribution au financement du poste salarié en France.

Calendrier : En fonction des décisions retenues dans le document stratégique.

6.2.2 Renforcer la gestion de cycle de projet : étape de conception

Il s'agit d'une étape exigeante qui a un impact fort sur la mise en œuvre et les résultats de l'intervention. Elle demande une maîtrise du contexte dans lequel s'inscrit l'intervention. Les recommandations par rapport à cette étape sont les suivantes :

- Conduire un diagnostic préalable qui intègre une **analyse systémique et stratégique** ;
- Définir une **stratégie de sortie** en identifiant clairement les acteurs à qui transmettre les compétences de mise en œuvre et les futures responsabilités ;
- Développer et utiliser le cadre logique comme **un outil de suivi-évaluation**.

6.3 Recommandations relatives à la poursuite de la 2^{ème} phase

6.3.1 Continuer mais sur de nouvelles bases et avec des objectifs redéfinis

Il semble opportun de prendre le temps de redéfinir les objectifs et les modalités de mise en œuvre du volet paludisme pour sa 2^{ème} phase. Cette réflexion devrait associer l'équipe du siège et du terrain. Elle vise à **redéfinir les priorités et la relation partenariale avec le district sanitaire**, et à jeter les bases d'**une stratégie de retrait**.

A. **REDEFINITION DES PRIORITES (1^{ER} TRIMESTRE 2013)**

<i>Objectifs énoncés dans le document de programme</i>	<i>Recommandation</i>
Améliorer la prise en charge du paludisme grave dans les formations sanitaires, en formant le personnel de santé et en mettant à disposition	<ul style="list-style-type: none">• <u>Revoir la programmation des actions de formation</u> au regard des autres partenaires techniques et financiers• Inclure l'amélioration de PEC du paludisme

<p>permanente médicaments et matériels adaptés</p>	<p>simple qui n'apparaît pas dans le document de programme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérer la faisabilité technique et financière du traitement présomptif chez les enfants de 3 à 59 mois. • A partir des données sur l'ASAQ et les consommables établir un bilan de la situation financière avec les DMEG et les responsables des FS. • Développer une stratégie de retrait progressive (voir recommandation spécifique). • Mettre l'accent sur l'utilisation des TDR • En concertation avec le district sanitaire et les partenaires techniques, revoir les besoins en formation des gérants de DMEG (circuit d'approvisionnement ; gestion des ruptures de stock/alerte).
<p>Développer la PEC des cas de paludisme simple des enfants, par la promotion d'un système permettant de traiter à domicile, précoce, efficace et en toute innocuité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compte tenu de l'évolution du contexte, revoir cet objectif. Si JEREMI doit interrompre son appui en 2014, il n'est pas souhaitable de démarrer la PEC communautaire. • Les conditions de mise en œuvre doivent impérativement inclure l'intégration de JEREMI dans un cadre de concertation et la prise en compte de la pérennisation de cette activité.
<p>Lutte anti-vectorielle par des travaux d'assainissement dans les zones d'habitation et leur périphérie, et par des pulvérisations d'insecticides ciblées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etant dans une phase pilote au niveau national et difficilement réalisable compte-tenu des ressources existantes, il est souhaitable d'abandonner cet objectif.
<p>Améliorer la PEC du paludisme chez les femmes enceintes et en âge de procréer, en renforçant les capacités de diagnostic (tests rapides et/ou goutte épaisse) et de traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte les autres initiatives (notamment JHPIEGO) et le cas échéant réévaluer les besoins
<p>Renforcer l'utilisation des MILDA chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, par l'amélioration du système de mise à disposition et de surveillance de leur utilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir les besoins en prenant en compte (i) les dotations des autres partenaires, notamment l'UNICEF pour la région Nord ; et (ii) la campagne de distribution universelle prévue en 2013
<p>Développer le TPI au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le TPI étant déjà mis en œuvre, il apparaît important de renforcer le TPI2 • Revoir les besoins et prendre en compte les dotations en SP (notamment les éventuelles dotations de JHPIEGO) • Remplacer l'indicateur de suivi actuel par « % de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour la TPI
	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer la municipalité de Tangaye le COGES et la communauté afin de résoudre les problèmes d'assainissement du CM

B. TRANSFERT DE RESPONSABILITES

- Développer **une stratégie de retrait** qui prenne en compte le transfert des dotations dans le circuit d’approvisionnement (PNLP ; DRD) et la capacité financière des CSPS à se réapprovisionner en médicaments et consommables. Ce document devrait préciser comment l’association envisage son intervention au-delà de 2014 et idéalement aboutir à **un cadre logique**.
- Cette stratégie devrait intégrer un transfert progressif vers les acteurs institutionnels et associatifs, **en priorisant les CSPS les plus vulnérables**, notamment ceux de la **zone rurale et péri-urbaine**.
- Explorer auprès d’AMMIE **la poursuite de la mobilisation sociale**, en envisageant l’intégration des ASM dans le circuit du partenaire local.
- Sachant que le CHR mobilise d’autres ressources et que la collaboration dans le domaine de la lutte contre le paludisme est limitée, **les subventions au CHR devraient être revues**.

C. CONVENTIONNEMENT AVEC LE DISTRICT SANITAIRE

- S’informer sur **les modalités de convention** entre un district sanitaire et une ONG au Burkina Faso.
- Développer **un cadre de négociation** pour favoriser l’appropriation et assurer la reprise en main des acquis par le district sanitaire et les CSPS. Associer le PNLP et la DRS à ce cadre de négociation.
- Etablir **une convention de partenariat** avec le district sanitaire. Cette convention devrait préciser la répartition des rôles et des responsabilités de chaque partie sur la période 2013 – 2014.

**Les recommandations B et C nécessiteront la visite sur le terrain d’un binôme réunissant le Président de l’association et un gestionnaire ou référent technique.
Calendrier : 1^{er} trimestre 2013.**

6.3.2 Améliorer les modalités de mise en œuvre

Les enquêtes :

- Redéfinir les objectifs de l’enquête prévue en juin 2013. Les consultants recommandent une seule enquête **en fin de deuxième phase**.
- En lieu et place de l’enquête, JEREMI pourrait privilégier **une revue à mi-parcours** qui réunirait les principaux partenaires de JEREMI, l’équipe de terrain, et un ou deux responsables du suivi au siège de l’association.

Les visites du siège sur le terrain :

- Après chaque visite des référents techniques et/ou gestionnaires, il est souhaitable de rendre systématique **la rédaction et la diffusion d’un rapport de mission**. Un canevas de rapport faciliterait l’identification des éléments prioritaires.

Sur le plan de la gestion comptable :

- En concertation entre le siège et l'équipe de terrain:
 - ❖ étudier la pertinence et la faisabilité de la mise à disposition du terrain d'un logiciel de **gestion comptable** (par exemple en contactant d'autres ONG françaises) ;
 - ❖ revoir **la communication** concernant **le budget prévisionnel et le budget réalisé** ;
 - ❖ étudier la possibilité de **recruter un chauffeur** pour personnel d'appui.

Les ressources humaines :

- Maintenir le **poste d'administratrice gestionnaire** jusqu'en fin de programme.
- Définir plus précisément **les rôles et responsabilités** de l'équipe de terrain en prenant en compte les dimensions de **représentation et de prospection** et en les adaptant aux **compétences disponibles**. Dans un premier temps, l'équipe de terrain devrait actualiser les fiches de poste en tenant compte de cette recommandation. Dans un deuxième temps, ces fiches pourraient être discutées et validées lors de la visite du Président de JEREMI.
- Dans cette répartition, il est souhaitable de laisser au coordinateur médical la responsabilité de superviser les activités du programme.

Le renforcement des capacités :

- Renforcer les capacités de montage de projet de l'équipe à travers une formation sur **la gestion du cycle de projet**.

6.3.4 Améliorer la communication et la visibilité de l'association

Au siège de l'association :

- Dans un souci de communication et de sensibilisation sur l'importance des ressources bénévoles au sein de l'association, réfléchir au siège de l'association à **une démarche de valorisation du bénévolat**, à la fois sous un angle qualitatif et quantitatif.
- Dans un souci d'ouverture à de nouveaux partenariats, encourager l'équipe à développer **une cartographie des principaux intervenants**. Un inventaire des principaux partenaires techniques et financiers dans le domaine du paludisme (Plan Burkina, OMS, UNICEF, PADS, etc.) pourrait être réalisé et suivi de rencontres visant non seulement à introduire l'association et le programme mais également à explorer les perspectives de financement et/ou de collaboration (voir ci-après).

Sur le terrain :

- Rencontrer la chargée de mission du SCAC et présenter le programme ;
- Stimuler les échanges avec les autres acteurs de lutte contre le paludisme (Plan Burkina ; UNICEF, USAID, JHPIEGO, etc.) à travers des entretiens individuels avec les responsables ;
- Saisir l'opportunité des entretiens pour explorer les perspectives de financement.

6.3.5 Renforcer la capitalisation d'expérience

En vue de renforcer **la diffusion et le partage des pratiques**, JEREMI devrait inscrire les approches innovantes du programme dans une **dynamique de recherche-action** intégrant les objectifs de la recherche et ses différentes étapes, du suivi à la diffusion des résultats. Les expériences suivantes devraient être capitalisées :

- **Le poste anti-paludisme** ;
- **L'évolution** de la prise en charge du paludisme et **ses principaux enjeux** ;
- La **stratégie d'IEC** et **le rôle des ASM**

6.4 Recommandation relative aux partenaires financiers

Le bilan tiré de ce programme devrait inciter à une réflexion sur :

- **Les modalités pratiques de collaboration** : Comment organise-t-on une collaboration avec une « petite » association ? Quelles sont les spécificités à prendre en compte ? Comment mieux participer au renforcement des capacités institutionnelles ? Quelles sont les adaptations nécessaires de part et d'autre ?
- **Les enjeux** : En quoi ces collaborations s'inscrivent-elles dans les politiques de développement ? Dans le partenariat public-privé ? Dans l'évolution des pratiques de solidarité internationale ?

Annexe 1. Termes de Référence

Annexe 2. Répartition des dépenses du programme (2007 - 2011)

Annexe 3. Bilan des résultats du programme (2007 – 2011)

Annexe 4. Liste des Documents Consultés

Annexe 5. Note de cadrage

Annexe 6. Guide pour les entretiens

Annexe 7. Typologie des différents interlocuteurs

Annexe 8. Calendrier de la mission

Annexe 9. Liste des organisations et des personnes contactées

Annexe 10. Présentation des résultats préliminaires

Annexe 11. Liste des Participants, Atelier de restitution

Annexe 12. Comparaison des méthodes d'enquête

Annexe 13. Classification de l'endémicité selon la monographie de l'OMS