RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Évaluation de la prise en charge communautaire du paludisme (PECADOM) dans les districts sanitaires pilotes de Gahombo, Gashoho et Mabayi

Rapport final

Février 2014

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

SIAPS Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services

CONCERN worldwide

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS vi
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS vii
RÉSUMÉ EXÉCUTIF ix
Principaux résultats de l'évaluation ix
Recommandations xi
I. INTRODUCTION 1
1.1. Contexte et justification 1
1.2. Le système de santé 1
1.3. Participation communautaire 3
1.4. Stratégie de lutte contre le paludisme 4
1.5. Introduction de la PECADOM au Burundi 5
II. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION 8
2.1. Objectifs de l'évaluation 8
2.1.1. Objectif général 8
2.1.2. Objectifs spécifiques 8
2.2. Méthodologie et limites de l'évaluation 8
2.2.1. Évaluation quantitative et qualitative 8
2.2.2. Évaluation des coûts 10
2.2.3. Échantillonnage 17
2.2.4. Formation et recrutement des enquêteurs et agents de saisie 19
2.2.5. Collecte des données 19
2.2.6. Saisie, traitement et analyse des données 19
2.2.7. Limites de l'évaluation 19
2.2.8. Équipe et période de l'évaluation 20
III. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION 21
3.1. Description de l'échantillon des asc 21
3.2. Couverture des soins liés à la PECADOM 21
3.3. Qualité des soins de la PECADOM 27
3.3.1. L'évaluation de l'état de l'enfant 27
3.3.2 La recherche des signes de danger 29
3.3.3 Le diagnostic par TDR 31
3.3.4 Le traitement 36
3.3.5 Les conseils 38
3.3.6 Référence et contre-reference 41
3.4. Capacité et appui du système dans la mise en œuvre de la PECADOM 42
3.4.1. Coordination et élaboration des politiques 42
3.4.2. Renforcement des capacités des ASC 42
3.4.3. Supervision, suivi et contrôle de la qualité des performances des ASC 43
3.4.4. Gestion des médicaments 45
3.4.5. Communication et mobilisation sociale 51
3.4.6. Système de suivi et d'information sanitaire 51
3.4.7. Appui de la communauté et motivation des ASC 52
3.5. Coûts de mise en œuvre de la PECADOM 53
3.5.1. Coût de la PECADOM dans les districts pilotes 54
3.5.2. Coût projeté de la mise à l'échelle de la PECADOM 55
3.5.3. Coûts projetés du nouveau programme de la PECC 57
3.5.4. Financement de ce programme dans les districts pilotes et de la mise à échelle de la PECC intégrée 59

3.6. Possibilité d'élargir le paquet minimum de l'asc....62
3.7. Points forts et défis de la PECADOM....64
IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES....66
4.1. Conclusions....66
4.2. Recommandations....66
ANNEXE 1 : RESPONSABILITÉS DE L'ASC SELON LE GUIDE DE MISE EN ŒUVRE....68
ANNEXE 2 : TABLEAU SYNOPTIQUE DES INDICATEURS....69
ANNEXE 3 : LISTE DES OUTILS UTILISÉS DANS L'ÉVALUATION....74
ANNEXE 4 : LISTE DES CDS VISITÉS LORS DE L'ÉVALUATION....75
ANNEXE 5 : DÉTAILS DES ÉLEMENTS D'ÉVALUATION DES COÛTS....76
ANNEXE 6 : ÉVALUATION MEAP D'OCTOBRE 2012....78
ANNEXE 7 : COMPOSITION DES ÉQUIPES DE L'ÉVALUATION....82
ANNEXE 8 : RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES....84
ANNEXE 9 : ORDINOGRAMME UTILISÉ PAR LES ASC....85

Liste des tableaux

Tableau 1 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans....1
Tableau 2 : Progression de la PECADOM....13
Tableau 3 : Médicaments utilisés dans la PECC....15
Tableau 4 : Hypothèses de progression de la mise en œuvre de la PECC....15
Tableau 5 : Évolution de la couverture des services communautaires de 2014 à 2018....16
Tableau 6 : Les échantillons attendus et réalisés....18
Tableau 7 : Répartition des enfants qui ont fait l'objet de consultation avec les ASC au cours des 11 derniers mois (septembre 2012-juillet 2013)....22
Tableau 8 : Proportion des sous-collines desservies dont les ASC sont opérationnels....23
Tableau 9 : Proportion (%) des enfants reçus par les ASC par rapport à ceux attendus selon leur éloignement du CDS....24
Tableau 10 : Proportion des enfants reçus par les ASC par rapport à ceux attendus....24
Tableau 11 : Proportion (%) des mères ou accompagnateurs d'enfants selon leur état de satisfaction après consultation....26
Tableau 12 : Proportion (%) des ASC qui connaissent et pratiquent correctement les étapes du TDR....32
Tableau 13 : Proportion (%) des ASC qui pratiquent les étapes du TDR parmi ceux qui les connaissent....34
Tableau 14 : Proportion (%) des ASC qui ont donné des conseils en rapport avec le traitement parmi ceux qui les connaissent (n=37 cas observés avec TDR positif)....39
Tableau 15 : Proportion (%) des mères des enfants avec TDR positif qui ont retenu les instructions sur la manière de préparer et donner les médicaments antipaludiques....40
Tableau 16 : Proportion (%) des mères ayant retenu les conseils donnés par les ASC pendant la consultation des cas positifs observés....40
Tableau 17 : Proportion (%) des ASC enquêtés selon le type d'équipement possédé....43
Tableau 18 : Proportion (%) des ASC selon leurs déclarations sur les thèmes abordés lors des réunions....45
Tableau 19 : Stocks minimum et maximum de produits pour les districts de Gahombo et Gashoho....46
Tableau 20 : Nombre de pharmacies de district sans rupture de stock de plus de 7 jours au cours des 6 derniers mois (n=3)....49

Tableau 21 : Proportion (%) des ASC selon que le stock physique est égal au stock théorique 50
Tableau 22 : Coût actuel de la mise en œuvre de la PECADOM 54
Tableau 23 : Coûts projetés de l'expansion de PECADOM 56
Tableau 24 : Coûts projetés de la mise en œuvre de la PECC 58
Tableau 25 : Composantes des coûts récurrents 59
Tableau 26 : Évolution de l'écart de financement du programme de la PECC 61
Tableau 27 : Proportion (en %) de l'écart de financement pour la mise à l'échelle du nouveau programme de la PECC 61
Tableau 28 : Proportion (en %) des cas de diarrhée et de pneumonie diagnostiqués aux CDS selon les fiches de contre-référence dans les 3 derniers mois 63

Liste des figures

Figure 1 : Part relative des sources de financement de la santé 3
Figure 2 : Proportion (%) d'ASC qui ont réalisé au moins une visite de sensibilisation dans leur zone d'intervention au cours des 3 derniers mois 26
Figure 3 : Proportion (%) des ASC qui posent toutes les questions sur l'historique de l'enfant 28
Figure 4 : Proportion (%) des ASC qui effectuent l'examen physique 28
Figure 5 : Proportion (%) des ASC qui connaissent des signes de danger (source : entretien) 29
Figure 6 : Proportion (%) des ASC qui recherchent des signes de danger (source : observation) 30
Figure 7 : Proportion (%) des ASC qui recherchent des signes de danger parmi ceux les ayant cités pendant l'entretien (source : observation) 31
Figure 8 : Proportion (%) des ASC qui connaissent les étapes de traitement d'un enfant (source : entretien) 36
Figure 9 : Proportion (%) des ASC qui suivent correctement les étapes de traitement du paludisme (source : observation) 37
Figure 10 : Proportion (%) des ASC qui connaissent et effectuent correctement les étapes de traitement du paludisme (source : observation) 37
Figure 11 : Proportion (%) des ASC qui connaissent les conseils (source : entretien) 38
Figure 12 : Proportion (%) des ASC qui donnent les conseils appropriés au moment du traitement antipaludique (n=37 cas sur 87 observés) 39
Figure 13 : Proportion (%) des ASC selon leur connaissance sur les raisons de transfert des enfants 41
Figure 14 : Proportion (%) des ASC supervisés par les prestataires des CDS 44
Figure 15 : Proportion (%) des ASC mentionnant les différents thèmes de supervision 45
Figure 16 : Proportion (%) des ASC avec les cinq produits disponibles le jour de l'enquête n=156 47
Figure 17 : Proportion (%) des CDS avec tous les cinq produits disponibles le jour de l'enquête (n=24) 47
Figure 18 : Proportion (%) des ASC sans rupture de stock au cours des 6 derniers mois 48
Figure 19 : Proportion (%) des CDS sans rupture de stock de plus de 7 jours au cours des 6 derniers mois pour les différents produits 49

REMERCIEMENTS

Le Burundi vient de réaliser une évaluation de la phase pilote de la prise en charge communautaire à domicile du paludisme « PECADOM » dans les districts sanitaires (DS) de Gahombo (province de Kayanza), Gashoho (province de Muyinga) et Mabayi (province de Cibitoke). Cette évaluation a connu la participation de plusieurs organisations dont les structures du Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA et les partenaires techniques et financiers.

Le Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA exprime sa gratitude à toutes les institutions et personnes qui d'une manière ou d'une autre ont contribué au processus de cette évaluation.

Nous exprimons tout particulièrement notre profonde gratitude aux partenaires au développement ; l'Initiative présidentielle contre le paludisme (*President's Malaria Initiative* (PMI)) et l'USAID (fonds SMI) à travers les projets SIAPS de MSH et « Survie de l'enfant » de CONCERN Worldwide, qui ont soutenu techniquement et financièrement cette évaluation.

Nos remerciements s'adressent également à tous les membres du personnel de SIAPS et de CONCERN pour leur soutien et coopération permanente dès la conception initiale jusqu'au produit final de ce rapport.

Nos vifs remerciements vont aussi aux équipes de collecte et de saisie des données qui nous ont permis d'établir ce rapport. Nous saluons leur endurance malgré des conditions parfois contraignantes et des pistes difficilement praticables en saison pluvieuse.

Nous saisissons cette occasion pour remercier les autorités sanitaires et administratives à tous les niveaux (niveau central, province, district, commune, centre de santé) pour leur assistance aux équipes chargées de la collecte des données sur le terrain.

Nos remerciements vont enfin aux hommes et femmes qui ont accepté de répondre aux nombreuses questions qui leur ont été posées. Le succès de cette évaluation est fortement tributaire de leur disponibilité et adhésion.

Les résultats de cette évaluation vont orienter le Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA dans la prise de décision sur l'expansion à l'échelle de la stratégie de PECADOM

La Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

Honorable Dr Sabine NTAKARUTIMANA

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

%	: Pourcentage
ASAQ	: Artésunate + Amodiaquine-
ASC	: Agent de santé communautaire
BDS	: Bureau de district sanitaire
BPS	: Bureau provincial de santé
CAMEBU	: Centrale d'achat des médicaments essentiels du Burundi
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CDS	: Centre de santé
COGES	: Comité de gestion
COSA	: Comité de santé
CT-FBP	: Cellule technique - Financement basé sur la performance
CT	: Comité technique
CTA	: Combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine
DAES	: Département des affaires économiques et sociales (Nations Unies)
DFG	: Discussion en *« focus group »*
DPML	: Direction de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires
DPSHA	: Direction de la Promotion de la Santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement
DS	: District sanitaire
Dr	: Docteur
EDS	: Enquête démographique et sanitaire
FARN	: Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FBP	: Financement basé sur la performance
FIB	: Franc Burundais
iCCM	: *Integrated Community Case Management*
IEC	: Information, Éducation, et Communication
IPPPTE	: Initiative pour les pays pauvres très endettés
IRA	: Infections respiratoires aiguës
MDPS	: Médecin Directeur de la Province sanitaire
MEAP	: Matrice d'évaluation et amélioration de la performance des ASC
MII	: Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MIILDA	: Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MSH	: Management Sciences for Health
MSPLS	: Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
N	: Nombre
OMD	: Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PECADOM	: Prise en charge communautaire à domicile du paludisme
PECC	: Prise en charge communautaire intégrée (paludisme, pneumonie et diarrhée)
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan national de Développement sanitaire
QUIBB	: Questionnaire unifié sur les indicateurs de base du bien-être
PNILP	: Programme national intégré de lutte contre le paludisme
SIAPS	: *System for Improved Access to Pharmaceuticals and Services*
SIS	: Système d'information sanitaire
SMI	: Santé maternelle et infantile

SNIS : Système national d'information sanitaire
SRO : Sels de réhydratation orale
TDR : Test de diagnostic rapide
TPS : Techniciens de Promotion de la Santé
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : Agence des États-Unis pour le Développement international
USD : Dollar américain

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

En 2009, le paludisme était responsable de 75 pour cent des cas de morbidité observés dans les centres de santé burundais et demeure une des principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Selon l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme de 2012, la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans était de 17 pour cent, avec une plus forte prévalence dans le nord du pays (24 pour cent). Le Burundi élargit à grande échelle ses services de prise en charge efficace et en temps opportun du paludisme, à l'aide de combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA). Une des stratégies employées consiste en un programme pilote pour la prise en charge communautaire du paludisme – ou PECADOM (Prise en charge communautaire à domicile du paludisme) – afin de garantir le dépistage précoce et la prise en charge correcte du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Le programme pilote a été mis en place dans trois districts sanitaires (DS) du Burundi. 719 agents de santé communautaires (ASC), à raison d'un agent par sous-colline, ont été formés et équipés. Avant de passer à l'échelle, le Ministère de la Santé a cherché à :

- évaluer la couverture de la prise en charge communautaire du paludisme ;
- évaluer la qualité des soins fournis par les ASC ;
- évaluer les capacités du système à soutenir le programme pilote de la PEDACOM ;
- dresser un bilan des leçons retenues pour guider la de mise à l'échelle de la prise en charge communautaire ;
- analyser l'éventuel élargissement de la prise en charge pour y inclure la diarrhée et la pneumonie (prise en charge communautaire intégrée (PECC)) ;
- estimer le coût du programme pilote de la PEDACOM et évaluer le coût de la PECC.

Cette évaluation a été effectuée en utilisant un éventail de méthodes qualitatives et quantitatives au sein d'une approche systémique.

Principaux résultats de l'évaluation

Les agents de santé communautaires (ASC) ont été choisis selon plusieurs critères et ils sont respectés par la communauté. Les autorités de la santé, les personnels des centres de santé et les communautés elles-mêmes se sont montrés très satisfaits des ASC. Leur taux de fidélisation était de 4 pour cent sur la période d'étude de 11 mois. Pourtant, les mesures incitatives dont bénéficient les ASC se limitent à la formation et la fourniture d'équipement ; ceux-ci ont toujours affirmé ne recevoir aucun soutien de la part de la communauté.

La base de données de la PECADOM indique que les ASC ont vus 62 746 enfants de moins de cinq ans, dans les trois districts et sur la période de 11 mois du projet pilote. Parmi ces enfants, 59 % ont reçu test de diagnostic rapide (TDR) positif pour le paludisme et 82 % ont été vus dans les 24 heures suivant le début de fièvre. Les ASC ont identifié les signes de danger chez 2,5 pour cent des enfants qui ont été accompagnés en consultation et ils ont référés 43 pour cent des enfants vers un établissement de santé. Tout enfant avec un résultat

de TDR négatif devrait être référé. Les ASC qui sont les plus éloignés d'un centre de santé reçoivent plus de cas que ceux qui se trouvent à moins de 30 minutes du centre de santé.

La prise en charge correcte du paludisme inclut : la recherche de signes de danger, le diagnostic à l'aide des TDR, le traitement et les conseils. Seulement 15 pour cent des ASC œuvrant dans le programme pilote pouvaient énumérer la totalité des cinq signes de danger et uniquement 20 pour cent d'entre eux effectuaient réellement une recherche des cinq signes lors de la prise en charge d'un enfant de moins de cinq présentant une fièvre. Pour respecter l'ordinogramme des directives, les ASC doivent poser aux accompagnateurs des questions sur la présence de fièvre et autres symptômes, l'âge et la prise d'autres médicaments. L'évaluation a montré que 60 pour cent des ASC posaient toutes ces questions et que 80 pour cent touchaient l'enfant pour déterminer la présence de fièvre.

Pratiquement tous les enfants (97 %) vus par des agents de santé communautaires ont fait l'objet d'un test de diagnostic rapide (TDR) et plus de la moitié d'entre eux ont été diagnostiqués comme atteints de paludisme. La quasi-totalité des enfants diagnostiqués positifs (92 %) a reçu dans les 24 heures la dose correcte d'artésunate/amodiaquine (AS/AQ). Pourtant, la plupart des ASC n'étaient pas capables d'identifier les 14 étapes nécessaires à l'administration d'un TDR. Parmi les ASC qui connaissaient toutes les étapes à suivre avant d'effectuer un TDR, 87 % les effectuaient dans la pratique.

À l'aide des résultats obtenus lors des entretiens à la sortie de la consultation, il a été observé que les mères ou les accompagnateurs retenaient parfaitement les conseils prodigués par les ASC sur la prise des médicaments. Les conseils plus généraux étaient en revanche moins retenus, par exemple, seulement 37 % se souvenaient de la recommandation de ramener l'enfant en consultation avec un ASC en cas de fièvre persistante.

Les ASC ne sont pas supervisés de manière appropriée. Bien que 85 % d'entre eux aient reçu la visite d'un superviseur du centre de santé au cours des trois mois précédents, seulement 45 % avaient reçu une visite pendant le mois précédent. Le problème majeur semble être le manque de personnel de supervision dans les centres de santé. Cependant, tous les centres de santé organisaient des réunions mensuelles avec les ASC et 94 % de ces agents ont dit avoir participé à la réunion du mois précédent, en dépit du fait que les réunions ne suivent aucun modèle standard, ne contiennent pas des consultations observées par les ASC et ne sont donc pas réellement utilisées comme une activité de supervision complémentaire.

80 % des ASC disposaient de tous les produits nécessaires le jour de l'évaluation, mais seulement 54 % des centres de santé avaient tous les produits en stock le jour de la visite. L'examen des taux de rupture de stock sur les six mois précédant l'évaluation a montré que 67 % des ASC ont connu une rupture de stock (définie comme une rupture d'au moins une journée) en AS/AQ pour enfants de 2 à 11 mois, 58 % ont connu une rupture de stock en AS/AQ pour les enfants de 1 à 5 ans et 61 % ont connu une rupture de stock en TDR. La plupart des ASC se rendent au centre de santé pour réapprovisionner leur stock selon les besoins, plutôt que de se conformer au système de demande de réapprovisionnement mis en place comme partie intégrante de la phase pilote.

L'équipe chargée de l'évaluation a estimé le coût de la phase pilote de la PEDACOM et effectué une projection des coûts pour l'expansion à grande échelle de la PECC. Tandis que les coûts récurrents du programme pilote de la PECADOM ont été estimés à 394 USD par ASC en 2013, les coûts récurrents pour la PECC sont évalués à 528 USD pour 2014. Le coût

total du programme PECC pour l'année 2014 est estimé à 1 121 952 USD. L'écart entre le financement du paquet de la PECC est évalué à 54 % du coût total pour 2014 et 78 % du coût total en 2018, ceci basé essentiellement sur l'estimation du financement des pouvoirs publics, sous forme de salaires du personnel de supervision et de gestion.

Le programme pilote de la PECADOM a atteint ses objectifs formulés – les mères ou personnes accompagnant des enfants de moins de cinq ans recherchent des soins dans les 24 heures et les familles qui résident dans des communautés où travaillent des ASC bénéficient d'un meilleur accès aux soins pour le traitement du paludisme. Cependant, il est clair que des améliorations restent nécessaires pour soutenir la stratégie PECC, en particulier en ce qui concerne le soutien par le système sanitaire, y compris de la qualité des soins (essentiellement des lacunes au niveau des connaissances) et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Recommandations

Sur l'ensemble des recommandations issues de l'évaluation, les suivantes sont primordiales :

- Définir un modèle clair de supervision focalisé sur l'amélioration de la qualité des soins.
- Continuer à renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux.
- Définir une orientation des ASC situés loin des centres de santé afin de garantir une demande suffisante de leurs services et, en conséquence, maintenir leur niveau de motivation et d'expertise.
- Élaborer un plan précis pour l'expansion à échelle de la PECC, sous la direction d'un service du Ministère de la Santé (restant à définir) et avec le soutien d'un comité technique de la PECC (restant à établir), impliquant tous les partenaires et autres services du ministère, avec l'intégration d'une stratégie de communication efficace.
- Encourager le Ministère de la Santé à créer une ligne budgétaire pour les activités communautaires et mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de la PECC.
- Mettre en place une approche d'amélioration de la qualité afin de garantir que les ASC observent les normes définies.
- Élaborer et développer un mécanisme pérenne de mesures incitatives pour les ASC, tel que le système de financement basé sur la performance et la formation d'associations d'ASC.
- Inclure les indicateurs de la PECC au sein du système national d'informations sanitaires et garantir le suivi des données logistiques.

I. INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification

Depuis les années 1990, des progrès sensibles ont été enregistrés à l'échelle mondiale en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile et juvénile.

Au Burundi, selon les résultats de l'enquête démographique et sanitaire, EDS 2010, pendant les 15 ans précédant l'enquête, tel qu'illustré dans le Tableau 1, on a observé une baisse importante de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, aussi bien au niveau de la période néonatale et post-néonatale qu'au niveau de la période juvénile, suite aux actions préventives et curatives entreprises par le gouvernement et ses partenaires. Cependant, ce niveau de mortalité reste préoccupant et requiert davantage d'efforts pour le réduire sensiblement, à défaut de le rendre nul.

Tableau 1 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

	1996-2001 ‰	2006-2011 ‰
Taux de mortalité néonatale	50	31
Taux de mortalité post-néonatale	65	28
Taux de mortalité infantile	115	59
Taux de mortalité juvénile	101	40
Mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaire	204	96

Comme dans la plupart des pays en développement d'Afrique subsaharienne, au Burundi, le paludisme reste une des principales causes de morbidité et de mortalité dans la population générale et chez les enfants de moins de cinq ans en particulier. En 2009, la proportion du paludisme parmi toutes les pathologies était estimée à 74 %[1] des cas de morbidité dans les CDS (tous âges confondus) avec un nombre de cas en augmentation constante pendant les cinq années précédentes. Selon les résultats de l'enquête sur les indicateurs du paludisme de 2012, la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est de 17 % avec une prévalence plus élevée au nord du pays (24 %).

1.2. Le système de santé

Le Burundi offre des services de santé à travers un système organisé sous forme pyramidale et articulé sur trois niveaux :

1. le niveau central (Cabinet du Ministre, une inspection générale de la santé, deux directions générales, les institutions para-ministérielles, six départements, neuf programmes de santé et les services connexes) ;

[1] PNDS 2011-2015.

2. le niveau intermédiaire (17 bureaux provinciaux de santé ou BPS) ;

3. le niveau périphérique (45 districts de santé couvrant 63 hôpitaux et 735 centres de santé (CDS) répartis sur les 129 communes du pays. Un district couvre 2 à 3 communes regroupant de 100 000 à 150 000 habitants).

Il faut noter toutefois que le secteur privé (bien qu'offrant des services surtout dans les zones urbaines), la médecine traditionnelle et la participation communautaire ne sont pas bien intégrées dans le système de santé[2].

Le **réseau des soins** s'articule autour de trois niveaux[3] :

1. le niveau de base (CDS : un paquet minimum d'activités (PMA) est défini par le niveau central pour chaque CDS mais 45 % des CDS n'offrent qu'un PMA partiel par manque de personnel, locaux, équipements et médicaments) ;

2. le niveau de première référence (hôpitaux de district qui offrent le PMA et le paquet complémentaire d'activités, parfois incomplet) ;

3. le niveau de référence nationale (hôpitaux spécialisés offrant des soins qui ne sont pas fournis à d'autres niveaux).

En ce qui concerne l'accès aux services de santé, le MSPLS a initié certaines réformes structurelles pour améliorer l'accessibilité des soins du point de vue géographique en mettant en place les districts sanitaires (DS). L'accessibilité géographique est satisfaisante puisque la majorité de la population (80 %) peut en général accéder à un CDS, à moins de 5 km de distance et accessible par route (même si parfois difficilement praticables). Cependant, des disparités sont manifestes entre le milieu urbain et le milieu rural. Bien que l'accès géographique ne soit pas un problème majeur, l'accès aux soins dans les délais requis (surtout en milieu rural) reste limité par d'autres obstacles, notamment les contraintes financières, la méconnaissance de la gravité des cas, le recours aux guérisseurs traditionnels ou aux groupes de prière et autres charlatans, etc.

Les soins pour les enfants de moins de cinq ans et pour les femmes enceintes ou en accouchement dans les structures publiques de santé sont gratuits depuis mai 2006 et les antipaludéens de première ligne sont gratuits depuis 2010. Ceci a permis l'accroissement de l'accès aux soins pour ces bénéficiaires qui constituent des catégories fragiles et vulnérables à la maladie.

Pour ce qui est de la disponibilité des ressources humaines, le ratio global pour tout le pays est de 1 médecin par 19 231 habitants (la norme de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : 1 médecin pour 10.000 habitants). Le ratio infirmier par habitant est satisfaisant avec 1 infirmier pour 1349 habitants (la norme OMS : 1 infirmier pour 3000 habitants).

[2] PNDS 2011-2015, page 30.

[3] PNDS 2011-2015, page 31.

Les ressources financières affectées à la santé se répartissent selon la source de financement illustrée en Figure 1. La partie plus importante est constituée par le financement privé (dont 40 % des ménages et 3 % pour les associations, ONG et entreprises) et la partie plus faible est la part publique (dont le fonds Initiative pour les pays pauvres très endettés et des entités publiques).

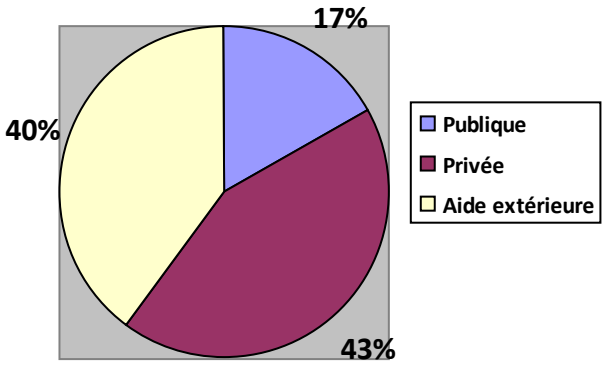


Figure 1 : Part relative des sources de financement de la santé

Le financement basé sur la performance (FBP) est une innovation qui permet d'améliorer les prestations des CDS aux demandeurs et qui pourrait être une opportunité pour la Prise en charge communautaire intégrée (PECC).

1.3. Participation communautaire

La participation communautaire a commencé dans les années 2000 avec les projets pilotes des comités de santé (COSA) élus, qui ont été mis en place dans tout le pays. Cette approche vise à amener les personnes à adopter des comportements et habitudes de vie sains et à les motiver à devenir de meilleurs autogestionnaires de leur santé.

Cette forme de représentation communautaire a vite affiché des limitations qui étaient liées à :

- la résistance du personnel soignant à collaborer avec les membres des COSA ;
- le pouvoir décisionnel limité de ces COSA ;
- le déphasage entre les COSA et les populations à la base suite à l'insuffisance d'encadrement et de renforcement de leurs capacités ;
- le risque de désintérêt de la population ;
- le manque de statut juridique des COSA et des comités de gestion.

Étant donné le manque d'orientation stratégique en santé communautaire au Burundi, diverses approches d'implication communautaire se sont développées sous l'impulsion de quelques ONG ou d'autres intervenants (notamment avec la pandémie du VIH/SIDA, la mise en œuvre de la stratégie « Traitement par Ivermectine sous directive communautaire » pour le

contrôle de l'onchocercose, etc.). L'introduction de la PECADOM en 2011 est venue renforcer la participation communautaire par le diagnostic et le traitement du paludisme. À ce niveau, les intervenants sont des agents de santé communautaires (ASC). Outre ces ASC, il existe des animateurs communautaires, des associations locales de lutte contre le VIH/SIDA, des groupes d'intérêt comme les réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui sont surtout actifs dans la prévention de différentes maladies et la promotion de la santé. Au niveau central, la coordination des interventions communautaires est assurée par la Direction de la Promotion de la Santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement (DPSHA) avec la participation active des programmes verticaux du Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS). Parmi les responsabilité de la DPSHA citées dans le manuel de procédure en santé communautaire figurent l'élaboration des plans d'action conjoints annuels avec les intervenants, le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour la santé communautaire, le suivi et l'évaluation des activités des partenaires, la coordination de l'élaboration et la production des supports/ outils de communication pour la promotion de la santé communautaire, l'intégration des indicateurs de performance en rapport avec la santé communautaire dans la base de donnée de la Cellule technique pour le Financement basé sur la performance, etc. Au niveau du système de santé, ils collaborent avec des programmes verticaux du MSPLS ou des ONG intervenant au niveau périphérique moyennant des incitatifs qui varient d'une organisation à l'autre.

1.4. Stratégie de lutte contre le paludisme

Depuis janvier 2009, la lutte contre le paludisme se fait à travers le PNILP. L'examen de ce programme effectué en octobre 2011 a été l'occasion d'effectuer une analyse approfondie sur l'évolution et le contexte épidémiologique du paludisme, la mise en évidence des résultats majeurs sur ses progrès et performances.

La lutte contre le paludisme se poursuit avec la mise en œuvre du nouveau plan stratégique de La lutte contre le paludisme 2013-2017 qui est articulée sur les axes stratégiques suivants :

- Mise à échelle et maintien de la performance des interventions clés de prise en charge des cas de paludisme ;
- Mise à échelle et maintien de la performance des interventions clés de prévention[4] ;
- Intensification des actions de communication pour la lutte contre le paludisme[5] ;
- Renforcement du dispositif de préparation et riposte aux épidémies ;
- Renforcement de la gestion du programme, partenariat et mobilisation des ressources ;
- Renforcement de la gestion, partenariat et mobilisation des ressources ;

[4] Le traitement préventif intermittent sera introduit en 2014 selon le plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013-2017.

[5] Les directives nationales de traitement du paludisme (août 2012) recommandent l'artésunate injectable comme traitement de 1er choix du paludisme grave, la deuxième alternative étant la quinine injectable en perfusion aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

- Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en intrant antipaludiques.

La mise à échelle progressive de la prise en charge du paludisme au niveau communautaire est préconisée dans le nouveau plan stratégique de lutte contre le paludisme.

1.5. Introduction de la PECADOM au Burundi

Au Burundi, jusqu'en 2011, les interventions de lutte contre le paludisme au niveau communautaire étaient limitées à la sensibilisation et mobilisation des communautés par les ASC pour l'adoption des mesures préventives et la recherche précoce des soins en cas de maladie. Les ASC ont également participé à la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) durant les campagnes de masse. Pour accélérer l`atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et de la couverture universelle de soins, le Burundi a mis en place d'autres stratégies dont la gestion des problèmes de santé par la communauté. Une étude de faisabilité de la stratégie de PECADOM a été conduite en février 2010 dans les provinces de Cibitoke et Kayanza. Les conclusions de cette étude ont été en faveur de la mise en œuvre de cette stratégie dont la phase pilote a commencé dans 3 districts à savoir Gahombo, Gashoho et Mabayi, respectivement en provinces Kayanza, Muyinga et Cibitoke. La PECADOM qui est une traduction de l'anglais « Home Based Management » est une intervention à travers laquelle les prestations cliniques curatives sont offertes dans la communauté pour les enfants par les ASC formés à cet effet. C'est une stratégie qui a été identifiée pour accélérer l'atteinte de l'OMD 4 (réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile entre 1990 et 2015).

La PECADOM a été mise en œuvre respectivement depuis juillet 2011 dans les districts de Gashoho et Gahombo et en septembre 2012 pour le district de Mabayi. Un total de 719 ASC (dont 160 dans le DS de Gashoho, 242 dans le DS de Gahombo et 317 dans le DS de Mabayi) ont été formés et rendus opérationnels. Dans les 3 districts, chaque sous-colline, qui est la plus petite entité administrative, était couverte par un ASC formé.

Un guide de mise en œuvre de la PECADOM a été élaboré et rassemble des informations pertinentes afin d'éclairer les autorités du MSPLS sur sa mise en œuvre. La PECADOM a pour objectif général *de contribuer à la réduction de la mortalité attribuable au paludisme* et a pour objectifs spécifiques de :

- *réduire l'inaccessibilité géographique par la mise en place des conditions de prise en charge des cas au sein de la communauté locale avec l'implication active de cette dernière ;*

- *assurer la prise en charge précoce des cas de fièvre/paludisme au niveau communautaire ;*

- *renforcer les liens de collaboration entre les communautés et les structures de santé.*

Les directives de mise en œuvre ont été conçues et articulée sur les axes stratégiques suivants qui ont été précisés dans le guide de mise en œuvre :

1. ***Élaboration des documents et des outils*** : guide de mise en œuvre, modules de formations, livret de l'ASC, fiches de collecte des données, fiches de référence et contre-référence, canevas de supervision ;

2. ***Sensibilisation des différents acteurs :*** (autorités politico-administratives et leaders communautaires, personnel de santé (BPS, BDS, CDS), communauté), effectuée au début de la mise en œuvre de la PECADOM afin de convaincre les différents partenaires de l'utilité de la stratégie et de leur faire comprendre que son succès dépend en grande partie de leur collaboration et de leur appui.

3. ***Identification des ASC*** **:** le processus d'identification a consisté en l'élection des candidats parmi les personnes ayant posé leur candidature au niveau de chaque sous-colline. C'est la communauté elle-même qui choisit une personne en qui elle a confiance et remplissant les critères d'éligibilité suivants : avoir un niveau d'études primaires (passage en 6^{e}), être résident de la sous-colline, avoir entre 20 et 50 ans, être marié, être intègre, et accepter le bénévolat. Chaque sous-colline est censée posséder un ASC, sans distinction entre les zones rurales et urbaines.

4. ***Formation des formateurs et formation des ASC*** **:** chaque session de formation est de 3 jours (avec un contenu précis) et la participation totale ne devrait pas dépasser 30 ASC, à raison d'un facilitateur pour 10 personnes au plus. Le site de formation choisi doit être le plus proche possible des communautés soit au CDS ou dans une salle de la zone de santé.

   Un même module de formation est utilisé et son contenu inclut :

   - les généralités sur le paludisme et présentation de la stratégie PECADOM ;
   - la prévention du paludisme ;
   - la conduite à tenir devant un cas de fièvre/paludisme (utilisation de l'ordinogramme (Annexe 9) ;
   - le diagnostic et le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans ;
   - les conseils à fournir aux parents ou accompagnateurs des enfants malades ;
   - le suivi des enfants à domicile ;
   - la gestion des produits ;
   - le remplissage des outils ;
   - le contenu du kit de l'ASC (qui a été remis à l'ASC à la fin de la formation).

   Les responsabilités de l'ASC font également l'objet de la formation initiale. Ses tâches sont : sensibiliser la communauté, identifier, diagnostiquer, soigner et référer les enfants avec fièvre, collaborer avec la communauté et gérer le programme au niveau de la communauté comme montré dans l'Annexe 1.

5. ***Système d'approvisionnement*** **:** les médicaments et autres matériels (CTA, TDR, gants) devraient suivre le circuit habituel du médicament (Central d'achats CAMEBU-DS-CDS). Une première donation des produits a été faite par le Projet Santé Maternelle Infantile de Pathfinder sur financement de l'USAID dans les districts de Gahombo et Gashoho où la PECADOM a été introduite en premier lieu. Plus tard MSPLS a pris la relève en intégrant les produits dans le circuit habituel d'approvisionnement des districts. Le système de réquisition mis en place prévoit que

les ASC fassent une commande mensuelle lors de la réunion de coordination au CDS. Le district de Mabayi se réfère aussi à ce circuit d'approvisionnement.

6. ***Motivation et encouragement des ASC* :**

Les ASC sont bénévoles. La mise en œuvre a considéré quelques éléments de motivation des ASC tels que :

- un kit d'ASC approprié avec des articles personnalisés ;
- l'implication des ASC dans la célébration des événements spéciaux ;
- la participation aux sessions de formations et recyclage ;
- la participation aux réunions avec prise en charge (collation, frais de transport etc.) ;
- l'appui de la population aux ASC à déterminer par la population elle-même avec l'implication de l'autorité administrative locale et en suscitant un climat de considération sociale.

Toutefois, un plaidoyer est en cours pour que les ASC soient intégrés dans le système FBP existant, ou initiés au programme de FBP communautaire.

7. Supervision et évaluation de la stratégie :

Les ASC doivent être supervisés par l'équipe du CDS comprenant les techniciens de promotion de la santé (TPS)[6] et les infirmiers des CDS (les titulaires et leurs adjoints) à une fréquence mensuelle pendant les trois premiers mois et trimestrielle par la suite. Le TPS est chargé des activités communautaires, il est donc le plus apte à effectuer la supervision des ASC. La supervision doit inclure la disponibilité et la qualité de la tenue des outils et des produits, les conditions de leur conservation, la gestion des déchets et l'observation de la qualité de la prise en charge lorsque que la supervision coïncide avec la présence d'un enfant en consultation chez l'ASC. Une fiche d'entretien avec l'ASC sur les connaissances et les aspects généraux avait été prévue pour évaluer la maîtrise de la prise en charge par l'ASC étant donné que les chances de trouver un enfant en consultation lors de la supervision sont très faibles. En plus des supervisions, les CDS doivent organiser des réunions mensuelles pour les ASC.

Le niveau central a la responsabilité d'effectuer une visite par trimestre pour superviser les activités de la PECADOM dans les districts et, à leur tour, les districts doivent effectuer une supervision mensuelle dans les CDS.

Le présent document est un rapport de l'évaluation externe réalisée dans les 3 districts de Gashoho, Gahombo et Mabayi, après respectivement 24, 19 et 12 mois de mise en œuvre. Il présente dans les chapitres qui suivent les objectifs et la méthodologie de l'évaluation, les principaux résultats, les leçons retenues, les défis rencontrés, ainsi que les conclusions et recommandations.

[6] Le TPS n'a pas une formation clinique, sa formation de base est l'hygiène et l'assainissement. Le TPS travaille dans 3 à 4 CDS.

II. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

2.1. Objectifs de l'évaluation

2.1.1. Objectif général

L'objectif général de l'évaluation est de « ***montrer les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces ainsi que les leçons à tirer et de formuler des recommandations qui vont permettre d'orienter le passage à l'échelle de la stratégie de prise en charge du paludisme au niveau communautaire*** ».

2.1.2. Objectifs spécifiques

- Évaluer la couverture des soins liés à la PECADOM ;
- Évaluer la qualité des soins de la PECADOM ;
- Évaluer la capacité et l'appui du système dans la mise en œuvre de la PECADOM ;
- Tirer des leçons de la phase pilote, dégager les défis à considérer et formuler des recommandations pour orienter le passage à l'échelle de la PECADOM ;
- Analyser la possibilité de compléter le paquet minimal d'activités de l'ASC en intégrant la prise en charge d'autres maladies de l'enfance (diarrhée et pneumonie) ;
- Étudier les coûts liés à la mise en œuvre de la PECADOM et faire des projections de prise en charge intégrée au niveau communautaire.

2.2. Méthodologie et limites de l'évaluation

2.2.1. Évaluation quantitative et qualitative

Pour cette évaluation, la méthodologie a combiné la revue de documents et de données secondaires et une collecte de données (méthodes quantitatives et qualitatives) aux niveaux central, provincial, de district, de CDS et communautaire. Les données qualitatives ont permis de recueillir les opinions et les perceptions alors que les méthodes quantitatives ont servi à recueillir des données sur la performance des ASC, la situation des stocks, etc. La liste des instruments utilisés se trouve en Annexe 3.

Revue de documents et de données secondaires

Une revue de documents et de données secondaires a été effectuée pour analyser les évolutions dans le temps se rapportant à la couverture, la performance et la qualité de la PECADOM. Pour l'examen des documents, l'équipe de consultants a analysé tous les documents disponibles traitant ou non de la PECADOM, notamment le Plan national de Développement sanitaire (PNDS) 2011-2015, le guide de PECADOM, le document d'orientations stratégiques et le manuel des procédures sur la santé communautaire au Burundi, des évaluations antérieures ainsi que des rapports supervision et tout autre document

(à la disposition des partenaires de mise en œuvre) qui pouvait informer sur la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la stratégie de PECADOM.

Entretiens semi structurés

Des entretiens semi structurés ont été réalisés par l'équipe d'évaluation auprès des répondants suivants :

- des organismes appuyant la mise en œuvre de la PECADOM (Pathfinder et Concern) pour connaître le passé de la stratégie, les opinions sur les réussites et les enjeux au niveau des politiques, du plaidoyer, de l'appropriation et de la pérennisation ainsi que les coûts.

- des responsables des services partenaires d'exécution : CDS, pharmacie de districts, chefs de district, etc. afin de mieux comprendre certaines questions techniques spécifiques à la formation, la gestion des ressources, la supervision, la prestation de services, le système de référence, les achats, la communication, la mobilisation sociale, le système de suivi et évaluation et le système d'informations sanitaires ;

- des ASC au niveau de la communauté afin de s'enquérir sur les modalités de leur sélection, les formations reçues, les connaissances acquises, leur motivation et leurs propositions pour améliorer les services.

***Discussions* en « focus group »**

Des enquêteurs ont organisé et animé des discussions en « focus group » (DFG) au niveau des CDS (Voir Annexe 4) avec des groupes cibles suivants :

- 8 DFG avec des bénéficiaires, notamment des mères ou des accompagnateurs d'enfants (rencontrés aux CDS quand ils sont venus faire soigner des enfants) sur leur intérêt et opinion du service fourni, les contributions du programme à la santé de leur famille et les comportements de consultation et de recherche de soins dans les familles ;

- 8 DFG avec les leaders communautaires : des membres des COSA et des chefs de collines qui apportent le soutien institutionnel de la communauté locale pour la PECADOM, sur leurs opinions à propos des ASC, les rôles des membres des comités pour le soutien à la PECADOM, les facteurs de réussite et les problèmes éventuels, le soutien actuel qu'ils fournissent ou prévoient de fournir **;**

- 8 DFG avec des ASC (10 ASC dont ceux ne faisant pas partie de l'échantillon visité à domicile) sur la formation et la supervision, le degré de confiance avec lequel ils font leur travail, les défis à relever, leurs opinions sur les facteurs de réussite et les obstacles possibles et les suggestions pour l'avenir, etc.

Observation et entretien à la sortie de consultation

L'équipe d'évaluation a organisé une série d'observations d'un ASC avec une mère ou accompagnateur d'un enfant malade. Du fait qu'il est très rare de trouver des malades chez l'ASC au moment de la visite, cette observation a été organisée dans une salle au CDS (avec au moins deux observations par ASC). La première observation n'a pas été considérée dans l'analyse parce que l'ASC, tout en sachant qu'il est sous observation et en dehors de son milieu habituel de travail, ne devait pas être à l'aise car en train de se familiariser avec l'endroit, seulement la deuxième observation a été prise en compte pour l'analyse. Les ASC étaient munis de tout leur équipement comme s'ils étaient chez eux. Les enquêteurs, ont observé l'interaction et ont rempli une grille d'observation qui contenait la description du déroulement de la séance de prise en charge.

Des entretiens à la sortie de consultation ont été organisés avec des mères pour relever les informations ou conseils que les mères ont retenus. De même que pour les observations des ASC, dans l'analyse pour chaque ASC observé seule l'entretien avec la deuxième mère a été pris en compte.

2.2.2. Évaluation des coûts

L'analyse et la détermination des coûts du paquet actuel de la PECADOM et leur projection d'expansion à l'échelle et pour un paquet intégré de prise en charge des enfants au niveau communautaire (PECC) ont requis préalablement la collecte et le traitement des données financières, budgétaires et comptables relatives aux dépenses consenties dans la cadre de la mise en œuvre de la PECADOM.

Il a été donc procédé à la revue des documents, la collecte des données et la formulation des hypothèses. Les données financières, budgétaires et comptables relatives aux dépenses consenties pour la PECADOM et les données relatives au temps consacré aux activités s'y rapportant ont été collectées aux niveaux :

- gouvernemental (services centraux : MSPLS, Ministère des finances, la CAMEBU, le PNILP ;
- partenaires techniques et financiers (Pathfinder International, MSH, CONCERN, etc.) ;
- partenaires de mise en œuvre (BPS, BDS, CDS) ;
- et ASC (coûts imputés ou contrepartie monétaire du bénévolat).

Des hypothèses de base indispensables aux calculs ont été préalablement fixées en collaboration avec les différents acteurs impliqués et le comité technique de l'évaluation.

Les hypothèses pour le calcul des coûts de la PECADOM sont les suivantes :

- l'incidence du paludisme est de 2 épisodes par enfant par an ;
- l'incidence de la fièvre (et donc l'utilisation des TDR) est de 4 épisodes par enfant par an ;
- un ASC pour chaque sous-colline aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain ;
- les ASC ne perçoivent pas de salaires et n'ont pas de motivation financière ;
- la supervision des ASC est faite par 2 personnes en provenance de chaque CDS concerné[7] ;
- la couverture des soins pour l'année de base étant de 32 % de la population totale des 3 districts pilotes pour les enfants traités[8] et de 19 % pour les TDR ;
- les ASC consacrent à peu près 15 heures par semaine (consultations plus des réunions) pour la prise en charge du paludisme chez les enfants[9] ;
- le taux d'abandon observé des ASC pour diverses raisons est de 4 %[10] ;
- les antipaludéens proviennent de l'USAID et du Fonds mondial ;
- les prix des médicaments et des équipements utilisés dans la PECADOM et achetés par les partenaires (Pathfinder, SIAPS et CONCERN) ont été augmentés d'une marge estimée à 15 % qui représente le coût de distribution ou d'acheminement jusqu'au CDS où s'approvisionnent les ASC[11] ;
- les équipements des ASC dans les 2 districts de Gahombo et de Gashoho dans lesquels intervient MSH/SIAPS ont été achetés par l'USAID tandis que ceux des ASC du district de Mabayi ont été achetés par CONCERN Worldwide ;
- les doses quotidiennes ont été enregistrées selon le protocole national de traitement de la prise en charge du paludisme tout en déterminant la proportion des enfants âgés de 2-11 mois et des enfants âgés de 1-5 ans ;
- le taux de l'inflation était fixe à 8 % et le taux d'augmentation des salaires à 7 %.

Les principaux éléments constitutifs de ces coûts sont salaires, réunions, visites de supervision et formation connexe et sont détaillés ici pour permettre d'effectuer les modifications de calcul de coûts si des éléments du scénario changent.

- Les traitements salariaux des différents responsables qui encadrent la PECADOM à partir du niveau national du Ministère ayant la santé dans ses attributions. Ce sont les salaires de certains cadres du Ministère ayant la santé dans ses attributions qui contribuent dans la conception, la mise œuvre et suivi du programme PECADOM

[7] Données issues de l'enquête de la présente évaluation.
[8] Calculé sur la base des cas vus par les ASC, divisés par les cas attendus selon l'incidence et la population.
[9] Enquête menée dans les districts pilotes.
[10] Données issues de l'enquête de la présente évaluation.
[11] Estimation forfaitaire de la CAMEBU.

mais auxquels sont affectées les proportions (en %) du temps qu'ils consacrent à cette PECADOM des enfants de moins de cinq ans, selon leur déclaration au moment de la collecte des données de la présente évaluation ;

- Les traitements salariaux des différents superviseurs de la PECADOM au niveau du DS et du CDS (suivant le même calcul que précédemment) : le coût de l'implication des divers superviseurs au niveau des districts et des CDS est également fonction de leurs interventions dans la PECADOM. À ce niveau, l'outil de calcul procède au calcul automatique de ces coûts en termes de salaires en fonction du nombre de CDS dans lesquels la mise à échelle a été envisagée pour l'exercice concerné. Tous ces traitements salariaux à charge du gouvernement reprennent tous les éléments constitutifs du salaire brut ainsi que la quote-part patronale des cotisations sociales (INSS et MFP) ;

- Les traitements salariaux des cadres et formateurs à tous les niveaux des organismes relevant des partenaires internationaux du secteur de la santé. Les cadres de ces partenaires sont également impliqués dans la mise en œuvre de ce programme et le coût de cette implication est proportionnel à leur degré d'intervention ;

- Les coûts des différentes réunions de suivi du programme au niveau du DS et du CDS : ces coûts sont liés à la durée et à la fréquence des différentes réunions de suivi. La fréquence est de 4 fois par an (rythme trimestriel) au niveau du DS pour une durée d'une journée tandis que cette fréquence est de 12 fois par an (rythme mensuel) pour le niveau entre de santé, avec une durée d'une journée. Il est à noter que le niveau des indemnités journalières, des coûts de transport des participants à ces réunions sont ceux qui sont fixés par le gouvernement, soit 25 000 FIB pour l'indemnité journalière et 10 000 FIB pour les frais de transport. Toutefois, pour le niveau CDS, il a été uniquement retenu le rafraîchissement de 5000 FIB par participant car actuellement il n'est prévu à ce niveau ;

- Les coûts des visites de supervision au niveau des CDS : ces visites ont une fréquence de 72 fois par an (6 visites par mois par CDS) pour une durée d'une journée. Il n'a été prévu que des frais de carburant pour un montant de 10 000 FIB pour chacune de ces visites ;

- Les coûts de la formation de démarrage et de la formation des formateurs : ces formations des formateurs sont organisées au niveau des DS pour une durée de 3 jours chaque fois au moment du démarrage tandis que la formation initiale des ASC est également organisée une fois avec une durée de 4 jours. Le niveau des indemnités journalières, des frais de transport, les frais de rafraîchissement ont été uniformisés tels qu'indiqué ci-dessus. Il est à noter que les ASC ne reçoivent que les frais de transport (10 000 FIB par jour et par participant) et des frais de rafraîchissement sont également prévus pour 5000 FIB par jour et par personne participant à cette formation ;

- Pour les formations de recyclage des ASC, il n'a été tenu compte que les frais de rafraîchissement qui sont de l'ordre de 5000 FIB par jour et par participant ;

- Pour toutes les formations et réunions, il y a d'autres coûts liés à l'acquisition du matériel de bureau, de la location des salles de réunions qui doivent être pris en compte dans le calcul des coûts de ce programme ;

- Les autres coûts sont les charges qui ne sont pas reprises dans l'éventail des éléments de coûts cités plus haut : il s'agit des frais de carburant, des indemnités journalières pour les personnels des organismes partenaires en mission de suivi et d'autres charges n'ayant pas été affectées à l'un ou l'autre des éléments de coûts précédemment identifiés ;

- Les frais administratifs de MSH et CONCERN dans la gestion de la PECADOM ont été considérés parce que ces frais devraient être couverts par soit un projet ou soit par le Ministère ayant la Santé publique dans ses attributions pendant la phase de mise à l'échelle ;

- Les coûts de démarrage de ce programme : il s'agit des coûts des réunions ou ateliers qui ont été organisés en préparation du démarrage effectif dudit programme et qui ne doivent se répéter (exemple : réunions et ateliers pour le développement des outils, le guide de mise en œuvre etc.).

De plus, les hypothèses spécifiques à la mise à l'échelle de la PECADOM ont été conçues et sont les suivantes :

- Le scenario d'expansion considère pour l'étude de coûts est celui proposé par le plan stratégique 2013-2017 du PNILP montre dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Progression de la PECADOM

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de Provinces sanitaires avec PECADOM	3	6	11	15	16	17
Nombre de DS avec PECADOM	3	6	11	16	21	26
Nombre de CDS avec PECADOM	50	115	211	307	403	499
Nombre de sous-collines avec PECADOM	719	1313	2410	3506	4602	5698
Population cible couverte par la PECADOM (tous âges)	615 754	1 209 002	2 216 504	3 224 006	4 231 508	5 239 010
Nombre total d'ASC	719	1313	2410	3506	4602	5698
Nombre de superviseurs des ASC	100	230	422	614	806	998

- Pour la détermination du nombre de CDS à considérer pour chaque année d'expansion du programme, il a fallu d'abord calculer la moyenne des CDS par district, soit 19

(863 CDS divisé par 45 districts), puis multiplier par le nombre total de districts projetés parce que les districts de mise à l'échelle n'ont pas été spécifiés ;

- Le nombre d'ASC par an a été déterminé de la façon suivante : nombre total des sous-collines (9855) divisé par le nombre total de districts (45) *nombre de districts projetés pour la mise à l'échelle par an. De la même manière, la population concernée pour chaque année a été calculée : Population totale/45 (districts)*nombre de districts par année de progression ;

- Le nombre de superviseurs des ASC a été obtenu par la multiplication du nombre de 2 superviseurs (qui est constant) par le nombre de CDS projeté par an ;

- La couverture des services communautaires de la PECADOM connaîtrait un accroissement annuel de 5 % en commençant à 32 % en 2013 et à 19 % pour les tests de diagnostic rapide ;

- Les équipements sont sujets à un remplacement et le rythme de ce dernier a été estimé suivant le délai pratique d'utilisation (comme montré dans l'Annexe 5) ;

- Le nombre, la fréquence et la durée des différentes réunions et formations ont été déterminés par extrapolation de la moyenne de celles qui ont été organisées jusqu'à aujourd'hui ;

- En l'absence de taux uniformément appliqués par les différents partenaires les indemnités journalières, les frais de transport et de logement, il a été fait référence aux taux fixés par le gouvernement.

L'évaluation des coûts liés à l'introduction d'un nouveau programme de la PECC intégré se base sur de nouvelles hypothèses car ce paquet de soins n'est pas encore mis en œuvre. Certaines hypothèses restent les mêmes que pour la PECADOM.

Les hypothèses spécifiques de la PECC :

- Le paquet intégré de soins consiste en la prise en charge communautaire du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée des enfants de moins de cinq ans et les médicaments nécessaires sont illustrés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Médicaments utilisés dans la PECC

Maladie	Médicament	Posologie
Paludisme	Artésunate/amodiaquine :	
	Blister 25/67,5 mg	Enfants de 2-11 mois : 1 comprimé par jour pendant 3 jours
	Blister 50/135 mg	Enfants de 1-5 ans : 1 comprimé par jour pendant 3 jours
Diarrhée	Sels de réhydratation orale (SRO) Zinc comprimés 20 mg	1 sachet par jour pendant 3 jours Enfants de 2-11 mois : 1 prise d'un demi-comprimé par jour pendant 10 jours Enfants de 1-5 ans : 1 prise d'un comprimé par jour pendant 10 jours
Pneumonie	Amoxicilline 250 mg	Enfants 2-11 mois : 1 comprimé 2 fois par jour pendant 5 jours Enfant 1-5 ans : 2 comprimés 2 fois par jour pendant 5 jours

- La PECC sera mise en œuvre suivant la même progression que celle considérée dans la mise à échelle du paquet actuel de PECADOM, soit 6 districts dans sa phase de démarrage pour la première année, avec une progression annuelle de 5 districts jusqu'atteindre 26 districts après 5 ans (qui n'est pas encore niveau la couverture nationale totale) comme illustré dans le Tableau 4 ci-dessous :

Tableau 4 : Hypothèses de progression de la mise en œuvre de la PECC

Année	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de provinces sanitaires avec la PECC	6	11	15	16	17
Nombre de districts sanitaires avec la PECC	6	11	16	21	26
Nombre de CDS avec la PECC	115	211	307	403	499
Nombre de sous-collines avec la PECC	1313	2410	3506	4 602	5698
Population cible couverte par la PECC (tous âges)	1 209 002	2 216 504	3 224 006	4 231 508	5 239 010
Nombre total d'ASC	1313	2410	3506	4602	5698
Nombre de superviseurs des ASC	230	422	614	806	998

Pour chaque maladie, les estimations sur la couverture des services ont été extrapolées car il n'y avait pas de données de base pour ces deux autres maladies comme pour le cas de paludisme. La couverture est exprimée en termes des cas attendus; c'est à dire pour la pneumonie la couverture en 2014 est estimée à 8 % des cas attendues de la pneumonie qui seront traités au niveau communautaire pour la première année. Pour la diarrhée, la couverture en 2014 est estimée à 13 % des cas attendus pour la première année comme montre le Tableau 5.

Tableau 5 : Évolution de la couverture des services communautaires de 2014 à 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Traitement de la pneumonie	8 %	13 %	18 %	23 %	28 %
Traitement de la diarrhée	13 %	18 %	23 %	28 %	33 %
Traitement du paludisme confirmé	37 %	42 %	47 %	52 %	57 %
Test de diagnostic rapide du paludisme	24 %	29 %	34 %	39 %	44 %

- L'incidence des trois maladies prises en charge communautairement est la suivante :
  - 4 épisodes par an pour le TDR dont 2 épisodes par an pour le traitement du paludisme confirmé ;
  - 0,46 épisodes[12] par an pour la pneumonie ;
  - 3,3 épisodes[13] par an pour la diarrhée.

- La durée de la formation initiale est de 6 jours pour les ASC et de 5 jours pour les formateurs. La durée et le rythme des réunions de suivi est identique à celle considérée pour le PECADOM ;

- Des visites de supervision (par le TPS ou personnel de CDS) au niveau du CDS d'une durée d'une journée sont organisées 6 fois par mois soit 72 fois par an ;

- Pour l'année de démarrage, les autres coûts sont ajustés au double de ceux constatés au niveau de la PECADOM, uniquement car le nombre des districts de démarrage de la PECC représente le double de celui des districts pilotes ;

- Les coûts de démarrage de la PECC (autres que ceux se rapportant à la formation), à savoir les réunions de sensibilisation ou les ateliers qui devraient être organisés avant le démarrage du programme, sont identiques aux coûts qui ont été encourus lors du démarrage du PECADOM ;

- Les financements attendus concernent uniquement l'année de démarrage pour les partenaires du programme tandis que le gouvernement doit continuer à faire marcher le programme au minimum avec les salaires de ses cadres impliqués dans la mise en œuvre de ce programme.

Les éléments de coût sont indiqués dans l'Annexe 5. L'outil de calcul des coûts a également déterminé les niveaux de financement acceptés par les différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre de la PECADOM et de la PECC en dégageant l'excédent ou le déficit. Les résultats sont analysés et mis en évidence dans la section 3.5 du présent rapport.

[12] *Rudan I., et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010. Journal of Global Health 2013 Vol 3 No1.*

[13] *Fischer-Walker et al 2012. Incidence in low- and middle-income countries in 1990 and 2010: a systematic review. BMC Public Health 2012, 12:220.*

2.2.3. Échantillonnage[14]

Au niveau de l'échantillonnage, deux degrés sont mis en œuvre :

Au 1er degré, l'on a un échantillon de 24 CDS sur un total de 50 CDS, soit près de la moitié (48 %). Les 24 CDS ont été choisis aléatoirement dans les 3 districts pilotes composent un échantillon qui donne des estimations fiables (échantillon minimum de 20[15]). Il était réparti comme suit : 12 CDS sur un total de 25 à Mabayi, 6 CDS sur un total de 13 à Gahombo et 6 CDS sur un total de 12 à Gashoho.

Au 2e degré, l'on a un échantillon d'ASC (soit 6, 7 ou 8[16] ASC par CDS échantillon) avec une taille globale d'échantillon de 156 ASC qui donne un niveau de confiance de 95 % (±7%) (Voir liste des CDS en Annexe 4).

Un exercice de calcul de tailles d'échantillon par rapport à des niveaux de confiance montre que l'échantillon des ASC (156) nous permet d'avoir des précisions au-delà de 10 % (plus de 90 % de confiance).

Dans chacun des 24 CDS, 4 ASC[17] ont été sélectionnés au hasard pour faire objet de ces observations, ce qui donne un échantillon de 96 ASC observés et 96 entretiens à la sortie de consultations avec les mêmes mères ou accompagnateurs d'enfants.

Les discussions en « focus groups » (DFG) rassemblant 10 personnes par groupe ont été organisées : 8 avec des agents de santé communautaires, 8 avec les leaders communautaires et 8 avec les mères. Les mères et accompagnateurs ont été choisis parmi ceux qui venaient en consultation pour les enfants. Les DFG avaient lieu dans la matinée quand les mères et personnes accompagnant les enfants étaient encore nombreux dans la file d'attente. Les ASC sélectionnés pour participer à ces discussions devraient être différents de ceux qui ont été interviewés à domicile pour éviter les doublons de réponses, dans les questions posées pendant la discussion de groupe et celles du questionnaire individuel. Étant donné que certains CDS de l'échantillon ont un nombre limité d'ASC, surtout à Gashoho, deux DFG avec les ASC ont été organisées dans les CDS autres que ceux de l'échantillon initial (voir Annexe 4). Parmi les CDS de Gashoho faisant objet de l'échantillon, un seul avait 17 ASC tandis que les autres en avaient entre 6 et 13. Le Tableau 6 suivant donne la synthèse des échantillons couverts pendant l'évaluation.

Le processus de tirage des échantillons était aléatoire.

- Les 3 districts pilotes (Mabayi, Gahombo, Gashoho) ont tous considérés pour l'évaluation ;

[14] Il avait été prévu dans le protocole de faire une analyse des données du SNIS sur le paludisme dans les districts pilotes et districts témoins mais l'évaluation s'est heurtée à une limite due à la disponibilité et la fiabilité des données existantes.
[15] *Investigating drug use in health facilities WHO 1993.*
[16] Pour compenser les CDS échantillons où l'on ne peut pas avoir un échantillon de 6 ASC.
[17] L'échantillon aléatoire (à ±7 %) est d'environ 100, ce qui, rapporté aux 24 CDS, revient à 4,2 que l'on a arrondi à 4 ASC par CDS.

- Les 24 CDS ont été sélectionnés comme suit : ayant la liste des CDS numérotés et que l'on devait avoir la moitié comme échantillon, la méthode de pile ou face a également été utilisée en considérant le choix des numéros pairs ou impairs. Le lancer d'une pièce de monnaie est tombé sur les impairs dans les 3 districts (voir échantillon ci-après) ;

- Pour les agents de santé communautaires, la liste des ASC par échantillon de centre de santé a été utilisée pour tirer 6, 7 ou 8 ASC par CDS. En numérotant de nouveau la nouvelle liste des CDS par échantillons, le tirage au sort a permis de sélectionner 6 ASC dans les CDS ayant un numéro pair et 7 ASC ayant un numéro impair. Aucun tirage n'a été effectué dans les centres où l'effectif global des agents de santé était égal ou inférieur à six. En revanche, pour compenser le nombre insuffisant d'ASC dans ces CDS aux faibles effectifs, l'on a tiré 8 ASC parmi les CDS aux larges effectifs. Le tirage au sort a ensuite été effectué à l'aide de papiers numérotés placés dans une boîte, d'où ont été tirés au hasard le nombre d'ASC recherchés pour échantillon. Seuls les agents sélectionnés par ce tirage au hasard ont fait partie de l'échantillon.

- Les ASC qui ont fait objet d'observation directe ont été choisis dans la liste des ASC ayant fait objet d'entretien individuel à leur domicile pour pouvoir comparer les connaissances théoriques et leur mise en pratique.

- Deux mères ou accompagnateurs d'enfants ont été interviewés à la sortie de consultation avec l'agent de santé (les mêmes mères qui ont été observées lors de la consultation).

Tableau 6 : Les échantillons attendus et réalisés

	Echantillon attendu	Echantillon réalisé
Entretiens avec les ASC (y compris les questions sur les coûts)	156	156
Entretiens avec les responsables des CDS	24	24
Entretiens avec les responsables des pharmacies de district	3	3
Entretiens avec les chefs de district	3	3
Entretiens avec les responsables des BPS	3	3
Discussions DFG avec les ASC	8	8
Discussions DFG avec les mères	8	8
Discussions DFG avec les leaders communautaires	8	8
Observations et interactions ASC-Mère	96	87
Entretiens avec les mères à la sortie de consultation	96	87

L'échantillon attendu pour l'observation de l'interaction ASC-Mère et l'entretien à la sortie avec les mères n'a pas pu être réalisé suite à un problème d'ordre logistique qui a fait que les équipes sont arrivées tardivement aux CDS le dernier jour de la collecte et ont trouvé qu'il n'y avait plus d'enfants en attente de consultation.

2.2.4. Formation et recrutement des enquêteurs et agents de saisie

Quarante-huit (48) candidats agents enquêteurs, 8 chefs d'équipes ainsi que 12 candidats agents de saisie ont été formés du 9 au 13 septembre 2013, dont 40 agents enquêteurs, 8 chefs d'équipes et 8 agents de saisie recrutés les 14 et 15 septembre 2013. Sur la période de formation, la journée du 12 septembre 2013 a été consacrée au test préliminaire du questionnaire de l'ASC dans les districts de Gahombo et Mabayi, mais dans des sites non sélectionnés pour l'enquête. La sélection finale des enquêteurs et agents de saisie s'est faite sur la base de questionnaires remplis lors du test préliminaire. L'équipe de l'évaluation figure en Annexe 7.

2.2.5. Collecte des données

La collecte des données a été réalisée par 8 équipes de 5 agents enquêteurs et 1 chef d'équipe chacune. Les ASC choisis ont été informés à temps soit de la date de la visite qu'ils allaient recevoir, soit de la date à laquelle ils devaient se rendre au CDS. La collecte a nécessité 7 jours complets de travail sur le terrain, du 17 au 23 septembre 2013.

Le contrôle de qualité a été assuré à travers la supervision et le suivi des équipes pendant les travaux de collecte et de double-saisie sur le terrain. Ce travail a été effectué par 2 consultants appuyés par un membre du personnel de SIAPS et deux membres du comité technique (CT).

2.2.6. Saisie, traitement et analyse des données

La saisie des données a été effectuée sous base Access conçue à cet effet. Afin de contrôler la qualité de la saisie, cette dernière a été faite en double. L'analyse et la tabulation des données s'est faite sous Access et Excel.

Une triangulation de données entre des différentes techniques de collecte a été effectuée pour montrer le lien entre la connaissance, la pratique et les messages retenus par les mères.

Des indicateurs sur les fréquences et des analyses croisées de variables à travers des tableaux et figures ont été définis et utilisés pour la rédaction de ce rapport.

2.2.7. Limites de l'évaluation

La présente évaluation visait à brosser un tableau d'ensemble de l'expérience de la PECADOM à l'échelle de 3 districts pilotes. La méthodologie couvre une revue de la documentation, des entretiens semi-structurés, des DFG et une observation directe. Cette dernière méthodologie de l'observation directe présente cependant des limites. Étant donné que les ASC observés ne l'ont pas été dans leur milieu de travail (domicile), ce qui peut provoquer le trac car se sachant sous observation par des tierces personnes et engendrer des biais au niveau de pratiques des différentes étapes de prise en charge (oublis, modification de l'ordre décrit dans le protocole). L'inverse est possible aussi, un agent peut effectuer une tâche correctement parce qu'il est sous observation. Comme expliqué plus haut, pour minimiser les erreurs et réduire tout biais, les ASC ont été interrogés lors de deux consultations, et seulement la deuxième a été prise en compte dans l'analyse. En outre, pour pouvoir trouver les ASC à enquêter à la maison, les CDS ont dû à les avertir à l'avance du jour de visite, ce qui peut être aussi à l'origine d'un certain biais dans les réponses données.

D'autres difficultés rencontrées par l'évaluation concernaient :

- la disponibilité et la fiabilité des données du système national d'information sanitaire (SNIS) en ce qui concerne les décès, les cas de paludisme simple et les cas de paludisme grave qui ont rendu impossible une analyse efficace de ces données ;

- la courte durée de la période de mise en œuvre de la PECADOM constitue de toute évidence une limite, notamment en ce qui concerne l'analyse de l'impact de la stratégie sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la réduction des cas de paludisme. De plus, la collecte des données sur la mortalité exige des méthodes spécialisées sur un échantillon assez élevé que l'on n'a pu mettre en œuvre dans la présente évaluation.

- le choix des mères ou accompagnateurs ayant participé aux DFG organisées aux CDS n'a pas tenu compte à priori de leur provenance, ce qui pouvait également introduire le biais en cas de présence éventuelle de participants (certes marginal) provenant des sous-collines en dehors du district PECADOM.

2.2.8. Équipe et période de l'évaluation

Sous la coordination d'un comité technique (CT), l'évaluation de la PECADOM a été réalisée par une équipe[18] constituée de 3 consultants nationaux, 8 chefs d'équipes de collecte des données, 40 enquêteurs et 8 agents de saisie. La mission a également bénéficié, sur place et à distance, des contributions des équipes de MSH. Celle-ci s'est étendue sur les mois d'août à octobre 2013.

[18] Voir la liste en Annexe 7.

III. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

L'analyse des résultats est axée sur des indicateurs clés (Annexe 2) et suit les objectifs poursuivis par l'évaluation de la PECADOM.

3.1. Description de l'échantillon des ASC

Lors de la collecte des données de l'évaluation, il a été accordé une attention particulière au mode de recrutement des ASC et à certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques telles que l'âge, le niveau d'instruction, l'état matrimonial et l'occupation principale. Dans l'ensemble, les ASC ont été élus et ont également subi des tests de sélection selon les procédures décrites dans le guide de mise en œuvre. La proclamation des résultats a été officialisée au cours des réunions dirigées par des responsables administratifs. Ceci a été confirmé par les leaders communautaires et les mères lors des séances de DFG : « Ils ont été élus et introduits dans la communauté par l'administration locale » ou : « il a été élu par la communauté lors d'une réunion puisqu'il a présenté sa candidature ». Sur un échantillon de 156 ASC (dont 53 % de femmes) de l'évaluation, 97 % vivent de l'agriculture. L'âge requis (20 à 50 ans) pour les ASC a été respecté dans l'ensemble, dans 94% des cas, exception faite d'une personne de Gashoho qui avait 19 ans et 8 autres qui avaient plus de 50 ans. Parmi elles, quatre avaient entre 51 et 52 (tous de Mabayi), ce qui est normal, compte tenu de la durée de mise en œuvre déjà écoulée. Pour ce qui est du niveau d'instruction, les résultats de l'évaluation montrent que quelques-uns n'avaient pas le niveau requis d'études primaires complétées (5 sur 156, soit 3 %).

Bien que les critères d'éligibilité indiquent qu'il faut privilégier les personnes mariées, dans l'échantillon des ASC sélectionnés pour l'enquête, il existe des personnes en union libre ou n'ayant jamais été mariés (18 sur 156, soit 12 %). Tous les ASC travaillent bénévolement. S'agissant de leur accessibilité aux CDS auxquels ils sont rattachés, sur les 156 enquêtés, 26 % avaient moins de 30 minutes de marche, 26 % avaient plus d'une heure pour arriver au CDS, le reste (48 %) avait un trajet dont la durée est comprise entre 30 et 60 minutes.

Le constat est que globalement le choix des ASC s'est fait en respectant les critères prédéfinis.

3.2. Couverture des soins liés à la PECADOM

L'évaluation de la couverture des soins dans le cadre de la PECADOM s'est faite à travers l'analyse des statistiques que les ASC enregistrent régulièrement sur les cas de paludisme traités et les cas référés. Ces données sont intégrées dans une base de données qui a été conçue à cette fin. En exploitant les données contenues dans ces bases et enregistrées au cours des 11 derniers mois, il ressort quelques indicateurs clés qui figurent dans les paragraphes suivants.

Tableau 7 : Répartition des enfants qui ont fait l'objet de consultation avec les ASC au cours des 11 derniers mois (septembre 2012-juillet 2013)

	Gahombo	Gashoho	Mabayi	Ensemble
Nombre d'enfants vus par des ASC	13 864	22 336	26 546	62 746
Nombre moyen par mois	1260	2031	2413	5704
Nombre d'ASC	242	160	317	719
Moyenne mensuelle/ASC	5,2	12,7	7,6	7,9
% d'enfants avec signes de dangers	1,7	0,8	4,5	2,5
% d'enfants vus en moins de 24 h	86,3	82,8	77,9	81,5
% d'enfants ayant reçu d'un TDR	98,8	99,3	95,0	97,4
% d'enfants avec TDR positifs	52,3	78,0	46,1	58,8
% d'enfants avec TDR négatifs	46,5	21,4	49,0	38,6
% de tous les enfants avec TDR+ traités	98,0	98,8	99,3	98,8
% des enfants référés	53,3	23,9	53,3	42,9
% des enfants avec TDR+ consultés dans les 24 heures et traités correctement[19] parmi tous les enfants avec fièvre	49,6	66,0	45,8	53,8
% des enfants avec TDR+ consultés dans les 24 heures et traités correctement parmi les cas de TDR positif	94,9	84,6	99,3	91,5

Source : Base de données PECADOM

Le nombre d'enfants qui ont fait l'objet d'une consultation pendant les 11 derniers mois est 62 746, avec 81,5 % pour une consultation dans les 24 heures pour des enfants présentant de la fièvre. Cet indicateur n'a jamais été mesuré parce que ce n'est pas inclus dans le SNIS, donc ne peut pas être comparé avec la période précédant l'intervention PECADOM. Il faut noter cependant que le pourcentage est élevé. 97,4 % des enfants en consultation ont bénéficié d'un TDR, dont 58,8 % soufraient du paludisme et 98,8% des enfants ayant eu un test positif et reçu un traitement antipaludique correct. Parmi les enfants qui avaient un TDR positif, 91,5 % ont reçu le traitement correct dans les 24 heures, comme le montre le Tableau 7 ci-dessus. Cette proportion est largement supérieure à la cible fixée à 82 % pour 2013 par le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013-2017.

Presque la moitié (42,9 %) des enfants ont été référés par les ASC aux CDS. Parmi eux, il y a ceux qui ont des TDR négatifs (38,6 %), des enfants présentant des signes de danger (2,5 %), et aussi des enfants référés après traitement présentant des signes de pathologies autres que le paludisme, mais la base de données ne nous permet pas d'en connaître la proportion.

Il était prévu de faire une analyse des cas graves et simples vus au CDS, mais trop d'incohérences dans les données de SNIS n'ont pas permis de faire cette analyse.

Comme mentionné plus haut, chaque sous-colline des districts pilotes devrait avoir un ASC pour la PECADOM. Dans les 3 DS de Gahombo, Gashoho et Mabayi les ASC ne sont pas

[19] Traitement correct signifie traitement avec la dose adéquate correspondant à l'âge de l'enfant.

opérationnels dans 14 sous-collines (sur 359), soit un taux d'abandon de 4 % (voir le Tableau 8). Les raisons d'abandon ne sont toutes exprimées à l'exception de ceux qui ont abandonné suite à un déménagement, selon les responsables des CDS. De nouvelles élections d'ASC ont été organisées et dans les deux districts de Gahombo et Gashobo et 130 ASC (45 à Gahombo et 85 à Gashoho) qui s'occupaient de la PECADOM n'ont pas été réélus. En effet, bien avant la PECADOM, deux ASC par colline s'occupaient des activités de santé communautaires, indépendamment du nombre de sous-collines. Avec la PECADOM, un ASC par sous-colline avait été sélectionné pour s'occuper exclusivement de la PECADOM. Une réforme[20] vient d'être introduite pour n'avoir qu'un seul ASC en charge de toutes les activités de santé communautaires (y compris la PECADOM) par sous-colline. La sélection des ASC a été faite parmi l'ensemble des ASC existants. Là où il y avait plus d'un ASC par sous-colline, il fallait en choisir un, d'où un départ massif des ASC en charge de la PECADOM dans les 2 districts. Il est prévu que les nouveaux ASC soient formés sur la PECADOM pour pouvoir couvrir toutes les sous-collines.

Tableau 8 : Proportion des sous-collines desservies dont les ASC sont opérationnels

	Sous-collines avec ASC opérationnels	Abandons	Total	% d'abandon
Gahombo	155	6	161	3,7
Gashoho	68	3	71	4,2
Mabayi	122	5	127	3,9
Total	345	14	359	3,9

Par rapport aux ASC de PECADOM, la plupart de participants aux DFG ont dit qu'ils les connaissent, et parmi les participants, il y en a qui ont déjà été chez l'ASC pour faire soigner un enfant. Ils ont reçu un traitement: « *l'ASC a donné la 1ère dose et donné des instructions sur la manière de donner les autres doses à la maison* ». En plus des soins, certains participants à Mabayi disent que les ASC sensibilisent les parents, lors des consultations, à faire vacciner leurs enfants. Il s'agit d'un rôle très important mais qui n'est pas spécifique à la PECADOM. Cependant, certains ont dit qu'ils ne les connaissent pas, ce qui peut constituer un risque pour la stratégie. Toutefois, il faut nuancer cette situation car le choix des mères participants aux DFG ne tenaient pas à priori compte de leur colline d'origine et donc certaines d'entre elles pouvant être originaires des collines non desservies par les districts pilotes avec un ASC de PECADOM.

[20] Manuel des procédures en santé communautaire, janvier 2012, page 21, section III.5.3.

Tableau 9 : Proportion (%) des enfants reçus par les ASC par rapport à ceux attendus selon leur éloignement du CDS

DS	Nombre d'enfants reçus par des ASC qui habitent à moins de 30 min du CDS	Nombre d'enfants desservis par des ASC qui habitent à moins de 30 min du CDS	%	Nombre d'enfant reçus par des ASC qui habitent entre 30 min et une heure du CDS	Nombre d'enfants desservis par des ASC qui habitent entre 30 min et une heure du CDS	%	Nombre d'enfants reçus par des ASC qui habitent à plus d'une heure du CDS	Nombre d'enfants desservis par des ASC à plus d'une heure du CDS	%
Total	635	7894	8,0	1660	11 507	14,4	755	4813	15,7

L'analyse présentée dans le Tableau 9 a été faite pour les 134 ASC qui connaissaient les données de leur population desservie. La population totale desservie par ces ASC était de 24 215 enfants de moins de cinq ans. Les mêmes ASC ont reçu 3050 enfants pendant une période de 3 mois précédant l'évaluation.

La proportion d'enfants qui se font soigner chez les ASC est plus grande parmi les enfants qui habitent plus loin du CDS par rapport aux enfants qui habitent tout près du CDS. C'est-à-dire, pour les enfants qui habitent à moins de 30 minutes de marche du CDS, les familles préfèrent se faire soigner au CDS plutôt que d'aller chez l'ASC (Tableau 9).

Comme montre le Tableau 10, les 3050 enfants reçus par les 134 ASC au cours des 3 mois précédant l'évaluation constituent une faible proportion : 12 % de tous les cas attendus au cours des 3 mois, compte tenu de l'hypothèse qui est de 4 épisodes de fièvre par an et par enfant de moins de cinq ans, basée sur la population estimée de 24 215 enfants de moins de cinq ans couverte par les 134 ASC pour lesquels des données ont été transmises.

Tableau 10 : Proportion des enfants reçus par les ASC par rapport à ceux attendus

Population de moins de 5 ans	Cas de fièvre attendus en une année	Cas de fièvre attendus en 3 mois	Nombre d'enfant reçus pendant les 3 derniers mois	Proportion
24 215	96 860	24 215	3050	0,12

Appréciation de la PECADOM

Appréciation des CDS, BDS et BPS

Les répondants des CDS, BDS et BPS interviewées ont exprimé une grande satisfaction dans la stratégie de PECADOM, par exemple disent-ils « *les ASC dispensent des services dont la population a grandement besoin* ». En effet, près de 63 % des responsables des CDS ont affirmé lors des entretiens que la PECADOM diminue les cas graves de paludisme compte tenu de leur prise en charge rapide par les ASC ; d'autres (25%) pensent que le taux de mortalité baisse suite à la mise en place de la PECADOM. PECADOM contribue à diminuer la charge de travail à leur niveau, en diminuant le nombre de consultations au niveau du CDS.

Les responsables des BPS et des BDS sont aussi d'avis que la PECADOM réduit les cas graves et la mortalité due au paludisme et améliore les connaissances de la communauté dans la prévention du paludisme.

À la question de savoir si la PECADOM diminuent les recettes des CDS dans le cadre du FBP, les CDS répondent que non à hauteur de 92 %. En effet, selon certains responsables des CDS, la réduction du nombre d'enfants qui consultent au CDS (car pris en charge du paludisme au niveau communautaire) est compensée par d'autres soins, étant donné que la demande de services de soins reste encore supérieure à l'offre. Les prestataires de soins ont dégagé assez de temps pour s'occuper davantage des services dont les indicateurs rapportent plus de recettes aux CDS que la prise en charge des enfants de moins de cinq ans. L'évaluation n'a pas calculé et comparé le niveau des subsides que les CDS ont reçus avant et pendant la PECADOM pour confirmer ces déclarations.

Appréciation de la communauté

Les leaders communautaires confirment que les ASC sont toujours disponibles et proches des bénéficiaires. Certains d'entre eux ou leurs proches ont déjà eu recours aux services des ASC. Ils louent les actions des ASC qui arrêtent leurs activités pour se consacrer à leurs enfants et de manière bénévole et ils pensent que les populations vont de moins en moins voir les charlatans et que le nombre de décès d'enfants dans la communauté a diminué.

S'agissant des facteurs qui incitent les parents à chercher sans tarder les soins pour leurs enfants, les leaders communautaires, disent notamment :

- « *Les enfants de moins de 5 ans sont fragiles, si les parents traînent pour chercher les soins, le paludisme simple risque de se transformer en paludisme grave* » ;
- « *Les soins des enfants de moins de 5 ans sont gratuits* » ;
- « *Comme les ASC sont très proches, les parents peuvent les consulter même pendant la nuit* » ;
- « *La sensibilisation par les ASC invite les parents à faire soigner les enfants rapidement* ».

En revanche, les facteurs qui peuvent être à la base de retards dans la recherche des soins pour un enfant sont notamment : la méconnaissance et le recours aux guérisseurs traditionnels et aux sorciers.

Lors des DFG, les mères ont indiqué des changements dans le traitement des maladies des enfants: « *Dans le temps, certains parents se dirigeaient vers les guérisseurs traditionnels mais aujourd'hui la sensibilisation des responsables fait que les parents conduisent leurs enfants chez l'ASC ou au CDS* ».

Bien que l'entretien ne soit pas la meilleure méthode pour évaluer la satisfaction, les mères interviewées à la sortie de la consultation par les ASC ont exprimé leur niveau de satisfaction par rapport à la consultation chez l'ASC. Elles sont toutes très satisfaites ou satisfaites (100 %) (Tableau 11). Ceci est aussi corroboré par les commentaires des DFG avec les

mères. Elles ont également indiqué qu'elles connaissent les ASC et qu'elles les consultent en cas de maladie de leurs enfants.

Tableau 11 : Proportion (%) des mères ou accompagnateurs d'enfants selon leur état de satisfaction après consultation

	Très satisfaits	Satisfaits	Mécontents	Très mécontents	Rien dit
Ton de l'ASC	57,8	42,2	0	0	0
Manière d'examiner	61,3	38,7	0	0	0
Les conseils reçus	60,5	39,5	0	0	0
Traitement reçu	52,9	47,1	0	0	0

Appréciation des ASC

Les ASC disent au cours de DFG qu'il existe un niveau élevé de satisfaction quant aux services qu'ils fournissent à la communauté. De plus, parmi ceux qui ont été interviewés, la majorité (145 sur 156, soit 93 %) trouve que leurs services répondent aux attentes des membres de la communauté alors que les 7 % restant trouvent qu'ils répondent partiellement aux attentes de la communauté.

Visites de sensibilisation

Comme mentionné dans les sections plus haut, il était prévu que les ASC fassent les visites de sensibilisation dans leur communauté pour informer la population sur le paludisme, sa prise en charge et sa prévention. Comme montré dans la Figure 2,90 % des ASC enquêtés ont réalisé au moins une visite de sensibilisation dans leurs zones d'intervention au cours des 3 derniers mois.

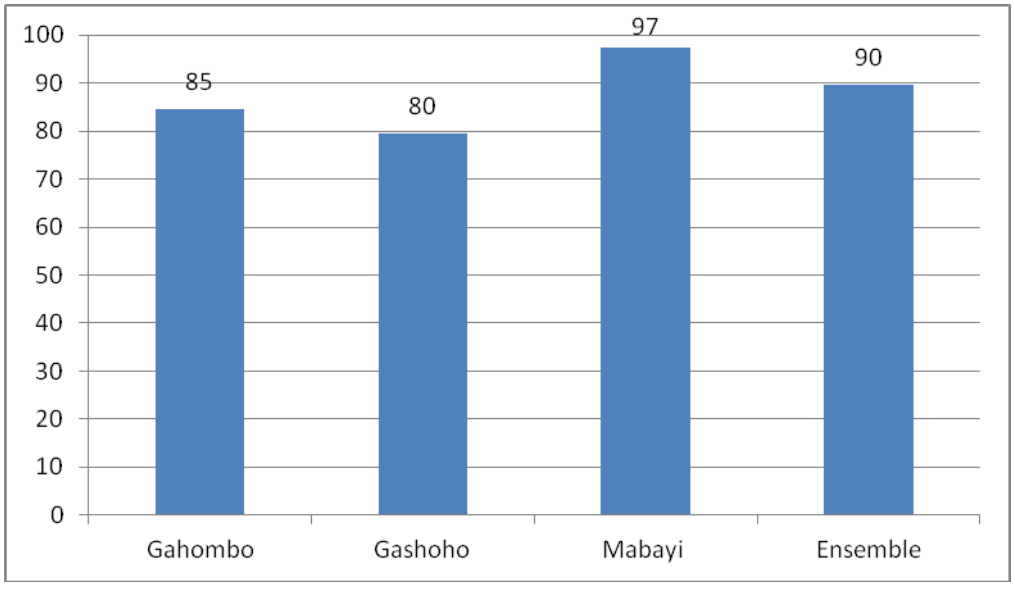


Figure 2 : Proportion (%) d'ASC qui ont réalisé au moins une visite de sensibilisation dans leur zone d'intervention au cours des 3 derniers mois

3.3. Qualité des soins de la PECADOM

L'évaluation de la qualité des soins s'appréhende à travers les indicateurs de connaissances et pratiques des ASC par rapport aux tâches qu'il leur est demandé d'exécuter.

Les ASC ont indiqué eux-mêmes les services qu'il leur est demandé de rendre à la communauté : 99 % des ASC interviewés disent qu'ils traitent uniquement le paludisme, diagnostiquent le paludisme par TDR, et traitent le paludisme avec l'ASAQ (2 ASC de Mabayi ont évoqué l'onchocercose). 97 % connaissent la couleur rose des blisters ASAQ 2-11 mois et violette des blisters ASAQ 1-5 ans.

Les tâches qu'il leur est demandé d'effectuer, selon les déclarations des ASC, se résument en 6 points :

- la sensibilisation de la communauté aux problèmes de santé (76 %) ;
- l'identification des enfants souffrant du paludisme (70 %)
- le traitement du paludisme (96 %) ;
- donner des conseils sur la prise des médicaments (74 %) ;
- référer et effectuer le suivi des enfants (74 %) ;
- le suivi des enfants (60 %).

Il est important de noter que peu d'ASC mentionnent le suivi des enfants par rapport à ceux qui mentionnent le traitement.

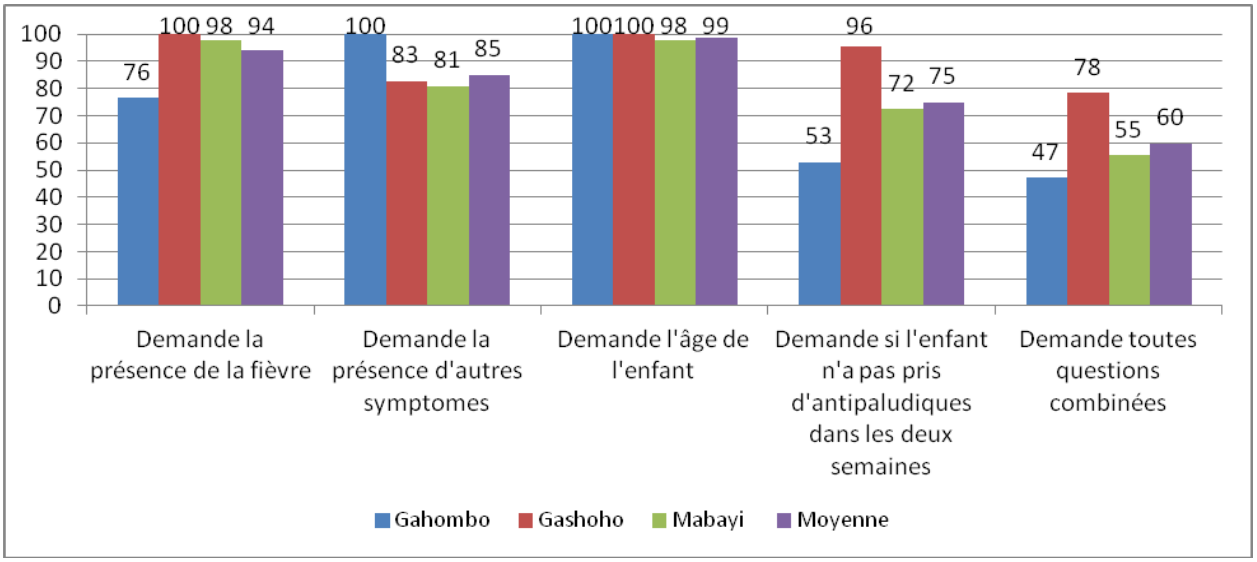
La prise en charge

Cette section décrit les efforts de comparaison entre le niveau des connaissances et la pratique des différentes étapes de prise en charge du paludisme par les ASC et les informations dont les mères se rappellent après la consultation. Les aspects analysés sont : (1) l'évaluation de l'état de l'enfant, (2) la recherche de signes de danger, (3) le diagnostic, (4) le traitement, (5) les conseils et (6) la référence.

3.3.1. L'évaluation de l'état de l'enfant

L'évaluation de l'état de l'enfant doit se faire par la recherche de l'existence de la fièvre et des signes de danger dans l'historique de la maladie chez l'enfant et par un examen physique élémentaire.

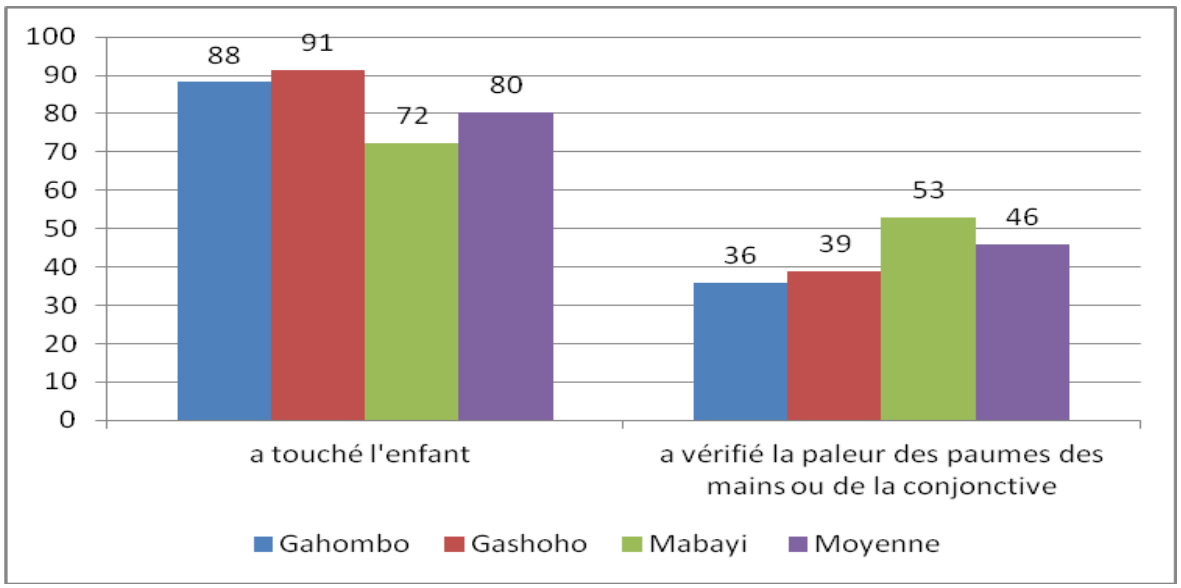
La Figure 3 montre les résultats de l'observation de l'interaction entre les ASC et les mères. Seuls 60 % des ASC ont posé systématiquement toutes les questions relatives à l'évaluation de l'état des enfants.



(n = 17 à Gahombo, 23 à Gashoho, 47 à Mabayi, moyenne : 87)

Figure 3 : Proportion (%) des ASC qui posent toutes les questions sur l'historique de l'enfant

En complément des questions que l'ASC pose aux parents, il devrait également faire un examen physique simple pour évaluer l'état de l'enfant: par exemple toucher l'enfant pour voir s'il a de la fièvre, vérifier la pâleur des paumes des mains ou de la conjonctive (signe d'anémie).



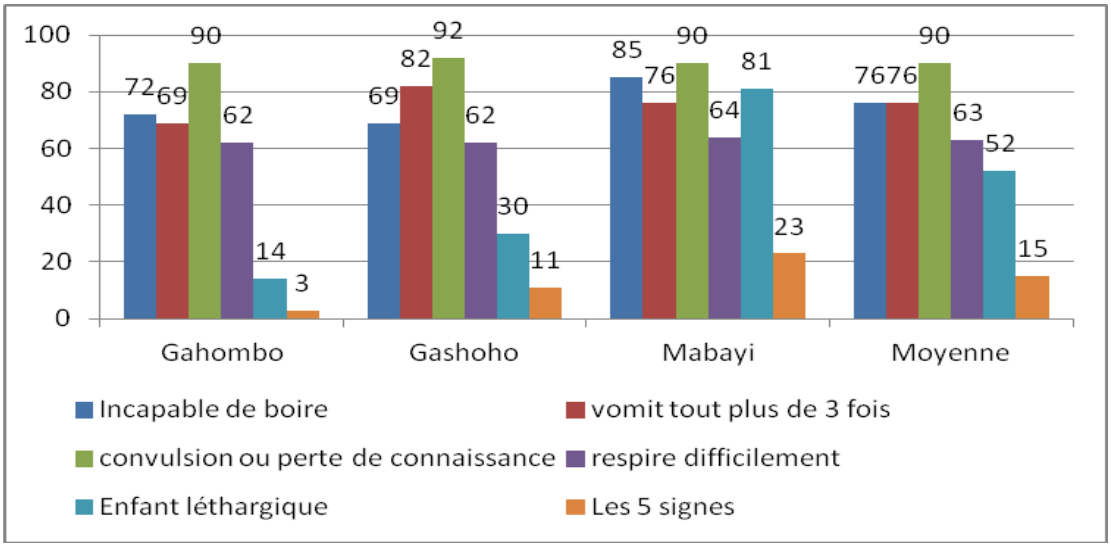
(n = 17 à Gahombo, 23 à Gashoho, 47 à Mabayi, moyenne : 87)

Figure 4 : Proportion (%) des ASC qui effectuent l'examen physique

Lors de la consultation observée, il est noté que 8 ASC sur 10 touchent l'enfant comme montré dans la Figure 4 alors que moins de 5 ASC sur 10 ont vérifié la pâleur des paumes des mains ou de la conjonctive.

3.3.2 La recherche des signes de danger

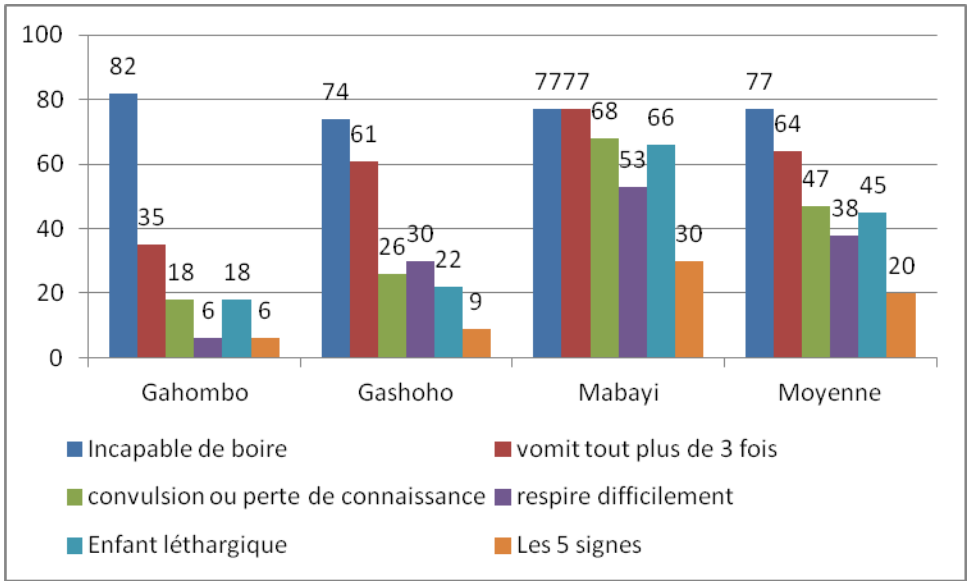
La connaissance des signes de danger, ou la capacité des ASC à dépister les signes de danger pour pouvoir référer l'enfant immédiatement pendant la consultation, varie d'un signe à un autre et d'un district à l'autre bien que les signes figurent sur l'ordinogramme de l'ASC. Comme dans la Figure 5, seulement 15 % des ASC interviewés ont cité l'ensemble des signes de danger.



Connaissance = Entretien : n=39 à Gahombo, 39 à Gashoho et 78 à Mabayi, n=156 pour l'ensemble;

Figure 5 : Proportion (%) des ASC qui connaissent des signes de danger (source : entretien)

Sur l'ensemble des 87 ASC ayant fait objet de l'observation de la consultation, seulement 20 % ont recherché tous les signes de danger comme le montre la Figure 6 ; l'incapacité de boire est le signe de danger que les ASC détectent le plus. Ces résultats montrent qu'il y a une corrélation entre la pratique et la connaissance car pour l'ensemble, la proportion de ceux qui ont cité les signes de danger (15 %) est proche de celle de ceux qui les ont mis en pratique (20%).



Pratique = Observation : n=17 à Gahombo, 23 à Gashoho et 47 à Mabayi, n=87 pour l'ensemble ;

Figure 6 : Proportion (%) des ASC qui recherchent des signes de danger (source : observation)

Par la suite nous avons fait une analyse de triangulation entre la connaissance et la pratique, pour montrer parmi les ASC, ceux qui ont pu citer les signes et combien ont recherché les mêmes signes.

La Figure 7 montre l'analyse comparée des connaissances et de la pratique, parmi les 87ASC observés, seuls 18% ont cité tous les signes de danger, et parmi eux, seuls 56% ont recherché correctement à la fois les 5 signes. Ce qui est mis en évidence est que la pratique n'est pas liée seulement à la connaissance, parce que tous les ASC qui ont cité les différents signes de danger ne les ont pas recherchés dans la pratique.

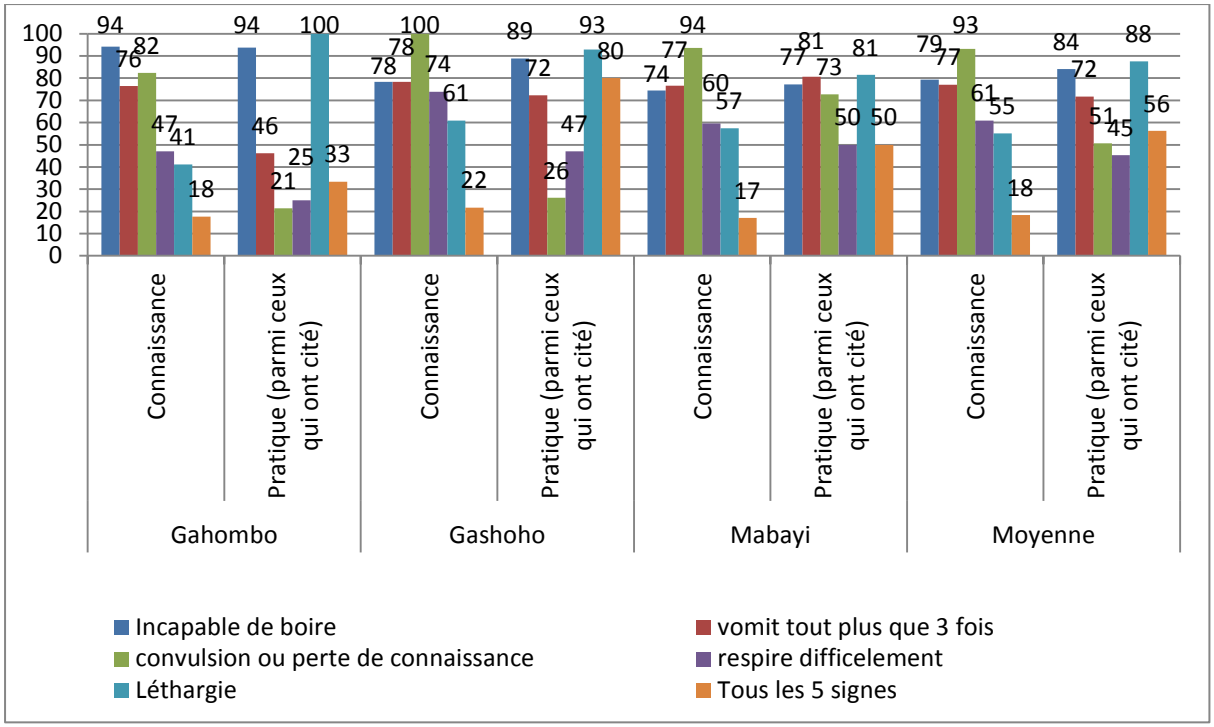


Figure 7 : Proportion (%) des ASC qui recherchent des signes de danger parmi ceux les ayant cités pendant l'entretien (source : observation)

3.3.3 Le diagnostic par TDR

Au moment de l'enquête, une question a été posée aux ASC pour savoir s'ils connaissent les différentes étapes du TDR. Cela a fait également objet d'observation directe de l'ASC en interaction avec les mères. Les résultats sont présentés dans le Tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12 : Proportion (%) des ASC qui connaissent et pratiquent correctement les étapes du TDR

Étapes	Gahombo		Gashoho		Mabayi		Ensemble	
	Connaissance n=39	Pratique n=17	Connaissance n=39	Pratique n=23	Connaissance n=78	Pratique n=47	Connaissance n= 156	Pratique n=87
Observation de la date de péremption du TDR	71,8	35,3	66,7	82,6	85,9	68,1	77,6	65,5
Commence à mettre les gants	97,4	64,7	94,9	91,3	96,2	78,7	96,2	79,3
Positionne le TDR horizontalement	69,2	64,7	51,3	82,6	79,5	80,9	69,9	78,2
Fait assoir confortablement la mère	69,2	64,7	48,7	95,7	82,1	78,7	70,5	80,5
Nettoie le doigt avec du désinfectant	92,3	64,7	97,4	95,7	91,0	80,9	92,9	81,6
Jette la lancette dans la boîte de sécurité	74,4	64,7	71,8	95,7	80,8	80,9	76,9	81,6
Utilise la pipette correctement	71,8	64,7	79,5	95,7	79,5	80,9	77,6	81,6
Met du sang dans le premier trou	94,9	52,9	84,6	91,3	42,3	80,9	66,0	78,2
Met la pipette dans la boîte de sécurité	94,9	52,9	84,6	65,2	89,7	80,9	89,7	71,3
Introduit deux gouttes	84,6	64,7	56,4	87,0	83,3	80,9	76,9	79,3
Jette les gants dans la boîte de sécurité	71,8	52,9	69,2	65,2	69,2	80,9	69,9	71,3
Laisse le test repose pendant 15 min	76,9	64,7	59,0	69,6	85,9	78,7	76,9	73,6
Interprétation correcte	94,9	58,8	92,3	95,7	89,7	80,9	91,7	80,5
Met le test dans la boîte de sécurité	66,7	58,8	48,7	47,8	69,2	76,6	63,5	65,5
Les ASC qui ont suivi toutes les étapes correctement	28,2	28,7	13,4	22,4	41,2	62,3	30,5	44,7

connaissance de l'entretien
pratique de l'observation

En analysant uniquement la pratique dans le groupe de ceux qui possèdent les connaissances théoriques (Tableau 13 ci-après), l'on constate que des 36,8 % observés, qui ont cité toutes les étapes du TDR, 87,5% les ont réalisé effectivement au moment du test pratique en consultation. Cela montre que dans la pratique des étapes de TDR, la connaissance est fortement corrélée avec la pratique, plus on connaît, plus on pratique correctement. La connaissance montre les faiblesses, mais la pratique est bonne pour ceux qui connaissent.

Des informations complémentaires en dehors du questionnaire indiquent qu'il y a eu des changements au niveau des types de tests utilisés avec des nuances sur le mode opératoire par rapport à ce qu'ils ont reçu au cours de la formation et ce qui est mentionné dans les aide-mémoires qu'ils possèdent. Cela peut être à l'origine de certaines erreurs par exemple le nombre de gouttes de solution tampon à mettre et le temps de repos du test avant de lire le résultat. En outre, compte tenu du nombre moyen mensuel de cas (8) par ASC, cela indique que la fréquence de manipulation du TDR est faible et expliquerait la faiblesse de maîtrise du protocole. Ceci peut être lié au fait que l'observation des ASC en consultation est rarement utilisée comme moyen de supervision afin de corriger des erreurs.

Tableau 13 : Proportion (%) des ASC qui pratiquent les étapes du TDR parmi ceux qui les connaissent

Etapes	Gahombo		Gashoho		Mabayi		Moyenne	
	Connaissance[21]	Connaissance et Pratique[22]	Connaissance	Connaissance et Pratique	Connaissance	Connaissance et Pratique	Connaissance	Connaissance et Pratique
n	**17**		**23**		**47**		**87**	
Observe de la date de péremption du TDR	76,5	53,8	87,0	90,0	74,5	74,3	78,2	75,0
Commence à mettre les gants	88,2	80,0	100,0	78,3	100,0	80,9	97,7	80,0
Positionne le TDR horizontalement	70,6	75,0	73,9	100,0	66,0	83,9	69,0	86,7
Fait asseoir confortablement la mère	82,4	100,0	65,2	100,0	61,7	89,7	66,7	94,8
Nettoie le doigt avec du désinfectant	94,1	68,8	95,7	95,5	93,6	79,5	94,3	81,7
Jette la lancette dans la boîte de sécurité	76,5	84,6	78,3	77,8	68,1	87,5	72,4	84,1
Utilise la pipette correctement	76,5	76,9	82,6	100,0	78,7	83,8	79,3	87,0
Met du sang dans le premier trou A	76,5	100,0	100,0	87,0	85,1	85,0	87,4	88,2
Met la pipette dans la boîte de sécurité	64,7	81,8	73,9	100,0	66,0	87,1	67,8	89,8
Introduit deux gouttes de solution tampon dans le trou B	76,5	76,9	87,0	75,0	72,3	82,4	77,0	79,1

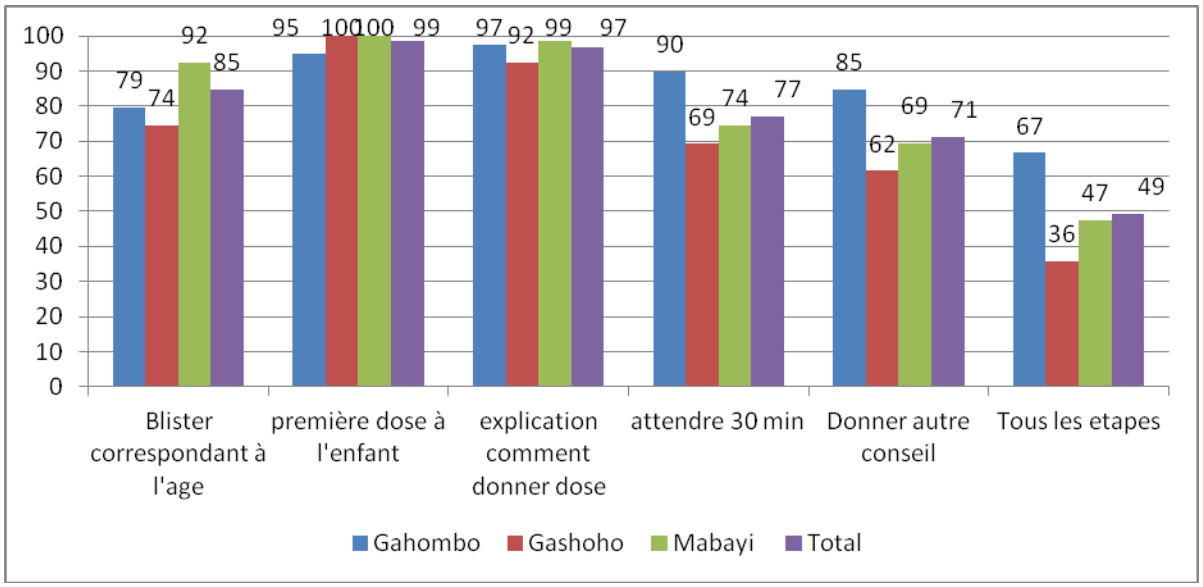
[21] Cette colonne concerne des ASC qui ont été observés et qui avaient cité le type d'étape de TDR lors de l'interview à leur domicile. Le dénominateur pour cette colonne est tous les ASC observés.

[22] Cette colonne concerne des ASC qui ont pratiqué l'étape parmi ceux qui ont été observés et qui avaient cité le type d'étape de TDR lors de l'interview à leur domicile. Le dénominateur pour cette colonne est le nombre d'ASC qui ont cité les étapes de TDR lors de l'interview parmi ceux qui ont été observés (donc le numérateur de colonne précédente).

Jette les gants dans la boîte de sécurité	64,7	100,0	82,6	89,5	68,1	84,4	71,3	88,7
Laisse le test reposer pendant 15 min (usage de minuterie)	76,5	61,5	91,3	90,5	68,1	78,1	75,9	78,8
Interprète correctement des résultats	94,1	68,8	100,0	91,3	87,2	82,9	92,0	82,5
Met le test dans la boîte de sécurité	47,1	75,0	78,3	88,9	57,4	81,5	60,9	83,0
ASC qui ont suivi toutes les étapes correctement	47,1	87,5	47,8	81,8	27,7	92,3	36,8	87,5

3.3.4 Le traitement

L'évaluation s'est intéressée aux connaissances des ASC sur les étapes du traitement d'un enfant dont le diagnostic de paludisme est posé. Dans l'ensemble, 49 % des ASC peuvent citer systématiquement toutes les étapes du traitement comme le montre la Figure 8 suivante.

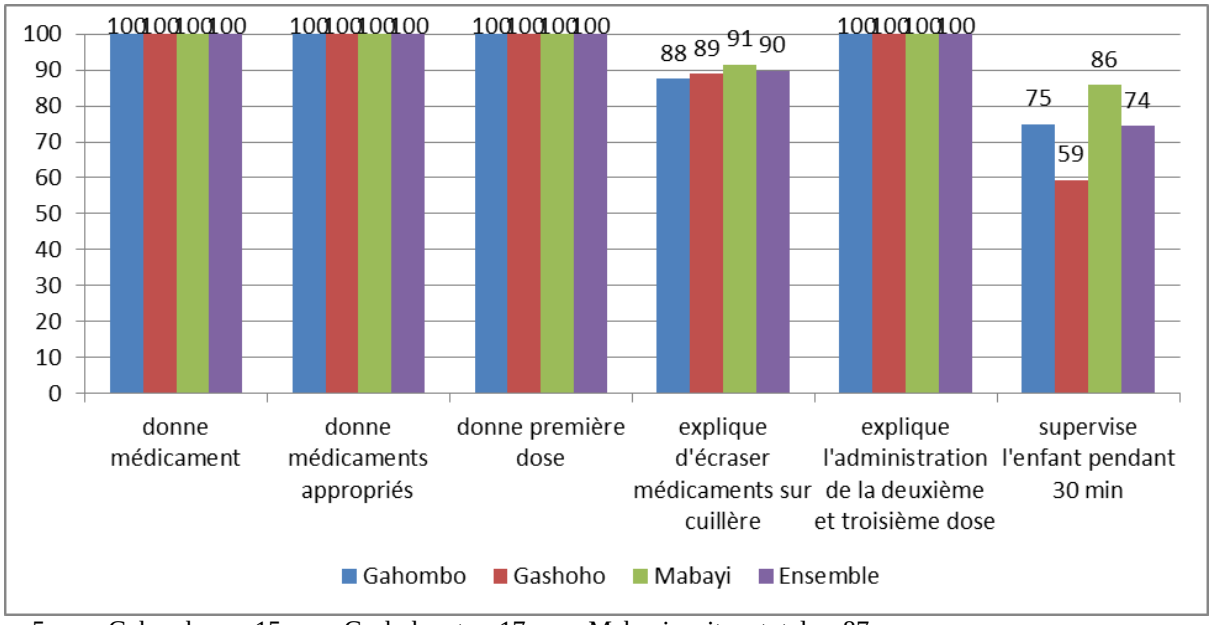


n=39 à Gahombo, n=39 à Gashoho et n=78 à Mabayi Total = 156

Figure 8 : Proportion (%) des ASC qui connaissent les étapes de traitement d'un enfant (source : entretien)

La Figure 9 montre l'application des étapes de traitement lors de la consultation observée pour les enfants qui ont eu un TDR positif et reçu le traitement (37 cas observés sur 87 consultations). Les étapes étudiées sont plus détaillées dans l'observation que dans l'interview. Les résultats de la pratique de la consultation montrent que les étapes clés du traitement sont réalisées par la majorité des ASC.

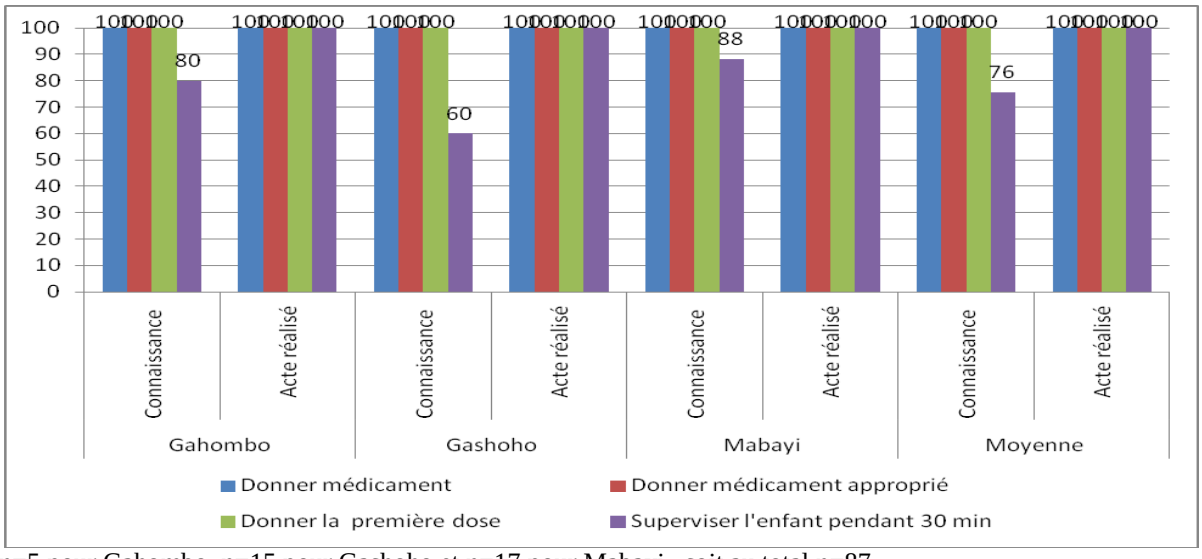
Du point de vue pratique, en cas de TDR positif (n=37), le fait de donner un médicament, dispenser les médicaments appropriés, donner la première dose et expliquer comment donner la deuxième et la troisième dose est réalisé par tous les ASC observés. Près de trois quart (74 %) des ASC observent l'enfant pendant 30 minutes après avoir donné la première dose et 72 % des ASC indiquent aux mères l'importance de terminer la cure des trois doses.



n=5 pour Gahombo, n=15 pour Gashoho et n=17 pour Mabayi, soit au total n=87

Figure 9 : Proportion (%) des ASC qui suivent correctement les étapes de traitement du paludisme (source : observation)

De la Figure 10 ci-dessous, en procédant par triangulation, l'on constate que tous les ASC qui connaissent les étapes de traitement (lors de l'interview à domicile) les ont réalisées à 100 % lors du traitement effectif des enfants (pendant l'observation) ce qui est l'idéal. La connaissance fait référence aux ASC qui ont cité les étapes lors de l'entretien à domicile. Dans la Figure 10 ci-dessous, la réalisation de l'acte lors de l'observation de la prise en charge d'un enfant souffrant du paludisme (TDR positif) a été comparée à la connaissance seule pour ceux qui l'ont cité verbalement lors de l'interview à domicile.

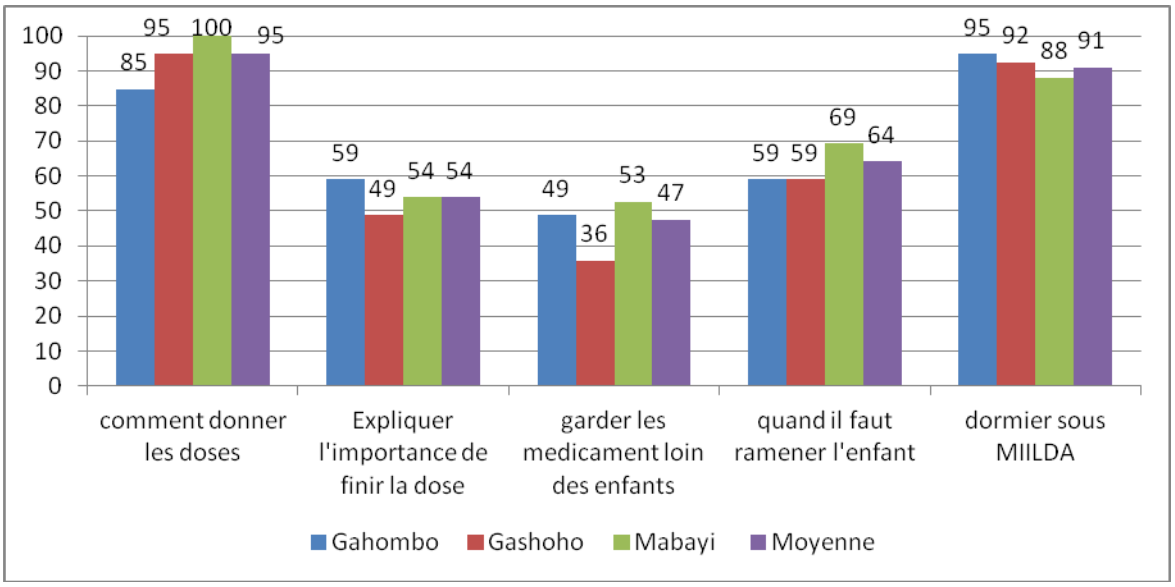


n=5 pour Gahombo, n=15 pour Gashoho et n=17 pour Mabayi , soit au total n=87

Figure 10 : Proportion (%) des ASC qui connaissent et effectuent correctement les étapes de traitement du paludisme (source : observation)

3.3.5 Les conseils

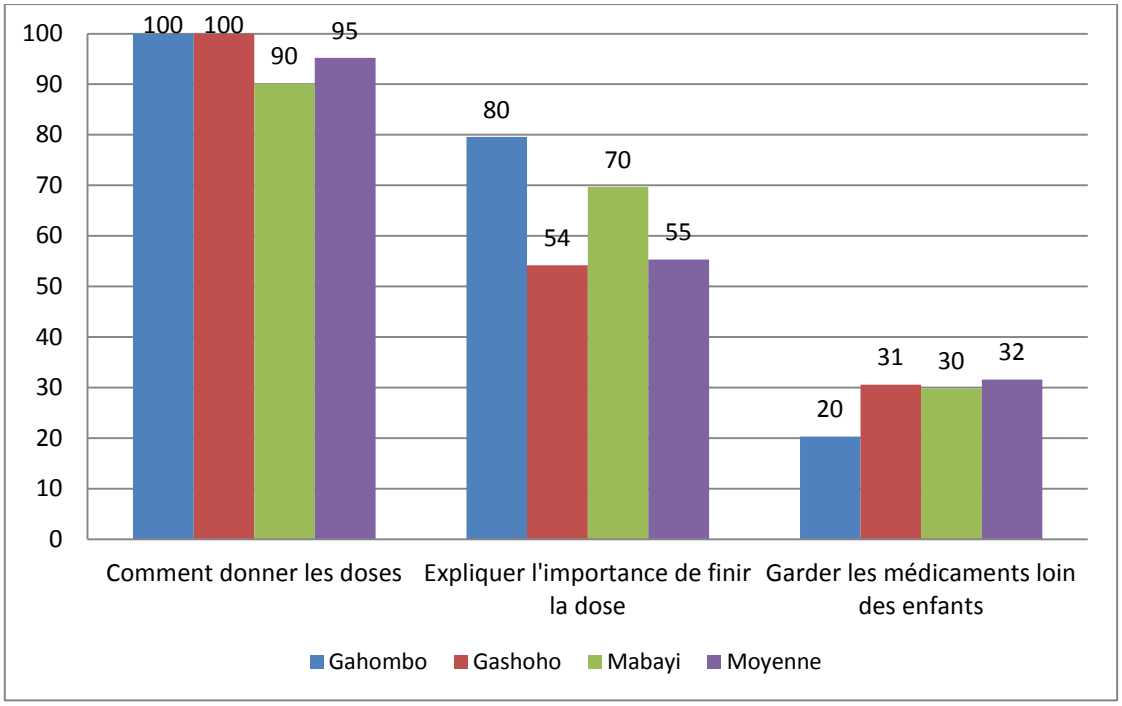
En considérant l'ensemble du paquet de conseils en rapport avec le traitement et la prévention (voir la Figure 11), 95 % des ASC ont pu citer les conseils sur comment donner les doses de médicaments et 91 % savent qu'il faut donner des conseils sur l'utilisation des MIILDA et un plus faible pourcentage (64 %) savent qu'il faut donner des conseils sur l'importance de ramener l'enfant pour un suivi.



(n=39 à Gahombo, 39 à Gashoho, 78 à Mabayi, soit total n=156)

Figure 11 : Proportion (%) des ASC qui connaissent les conseils (source : entretien)

Dans la pratique (Figure 12 ci-dessous), le constat est que 95 % des ASC observés ont pu donner les conseils aux mères des enfants avec un paludisme diagnostiqué sur comment donner les doses de médicaments, ce qui est important, mais il y a d'autres conseils liés au traitement (par exemple l'importance de finir la dose, et de conserver les médicaments hors de la portée des enfants), conseils qui n'étaient pas donnés par la plupart des ASC.



n=5 pour Gahombo, n=15 pour Gashoho et n=17 pour Mabayi. Moyenne n=37

Figure 12 : Proportion (%) des ASC qui donnent les conseils appropriés au moment du traitement antipaludique (n=37 cas sur 87 observés)

Encore une fois, l'analyse de triangulation a été faite parmi les ASC qui avaient cité les conseils à donner et pour lesquels les enfants ayant consulté et qui avaient un TDR positif, le constat est que 100 % de ces ASC ont réellement donné ces conseils.

Tableau 14 : Proportion (%) des ASC qui ont donné des conseils en rapport avec le traitement parmi ceux qui les connaissent (n=37 cas observés avec TDR positif)

	%	
Conseils	**Connaissance**	**Conseil donné**
Comment donner la dose	67,6	100
Importance de terminer la cure	27,0	100
Garder les médicaments hors de la portée des enfants	8,1	100

Du Tableau 14, on observe que les lacunes de connaissances sont à l'origine du fait que les conseils ne sont pas donnés.

Une analyse a été faite pour observer parmi les mères qui ont reçu le message, quel pourcentage a retenu le message lors d'entretiens à la sortie pour évaluer la communication de ces messages de conseils. Une analyse de triangulation a été effectuée pour les conseils liés au traitement (Tableau 15) et les conseils liés à l'évolution de l'état de l'enfant et la prévention (Tableau 16).

Tableau 15 : Proportion (%) des mères des enfants avec TDR positif qui ont retenu les instructions sur la manière de préparer et donner les médicaments antipaludiques

	Ensemble n=37	
	Conseil donné à la mère	Conseil retenu par la mère
Donner le médicament une fois par jour	100	100
Donner le médicament avec une cuillère, après l'avoir écrasé et mélangé avec de l'eau	86,8	100
Donner le médicament à la même heure que la première dose	100	100
Donner le médicament pendant trois jours	86,8	100
Terminer la cure	55,3	100
Conserver les médicaments loin des enfants	31,6	100

Toutes les mères ayant reçu des conseils sur la préparation et l'administration des médicaments les ont tous retenus (100 %) donc il semble que la communication des messages sur l'administration est efficace. Comme déjà observé, les ASC n'ont pas tous donné le conseil sur l'importance de terminer la cure et de conserver les médicaments hors de la portée des enfants, mais pour ceux qui l'ont dit, les mères ont toutes retenu le message.

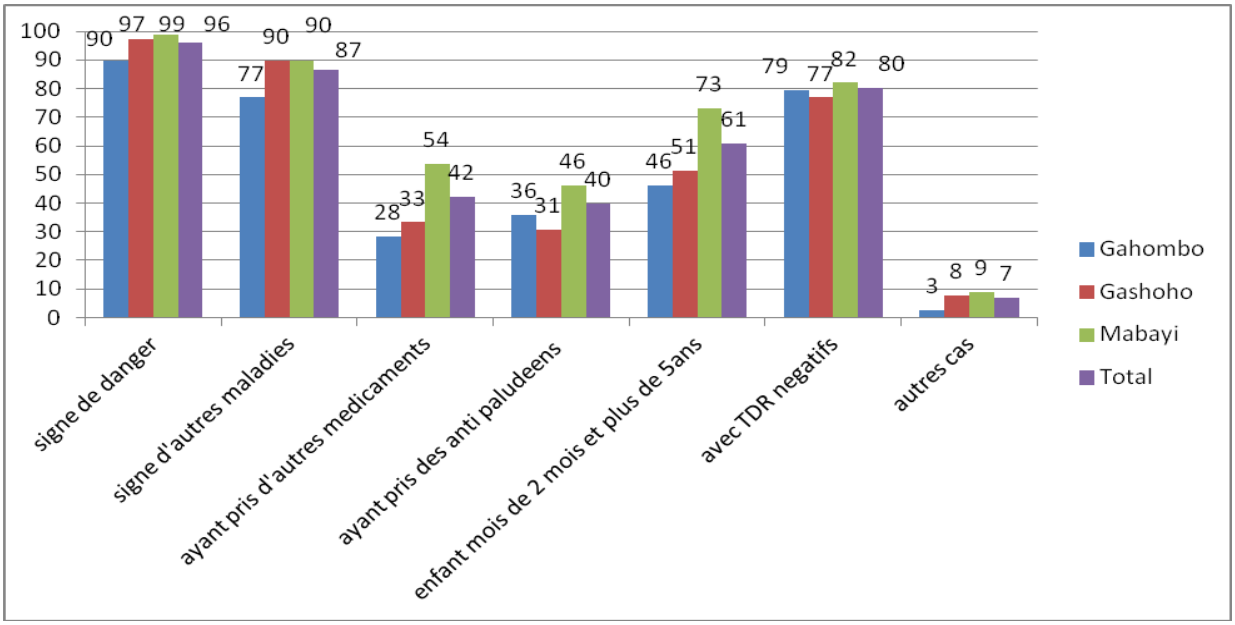
En effectuant la triangulation entre les cas observés et les entretiens à la sortie (Tableau 16), 81 % des ASC ont donné les conseils aux mères, de ramener l'enfant si son état s'aggrave par exemple, et dans l'ensemble, 93 % des mères se souviennent de ce qu'elles ont effectivement reçu comme conseil en consultation avec les ASC. Pour les autres conseils concernant quand ramener l'enfant, les messages n'ont pas été clairement compris par les mères. Pour ce qui est du conseil de dormir sous MIILDA, l'on constate que les ASC l'ont prodigué à 100 % et que 100 % des mères s'en souviennent, ce qui s'explique peut-être par le fait que la sensibilisation en ce qui concerne l'utilisation de MIILDA est fortement soutenue par d'autres canaux de communications tels que les messages à la radio, les séances d'éducation pour la santé dans les CDS, les séances de sensibilisation par les ASC, etc.

Tableau 16 : Proportion (%) des mères ayant retenu les conseils donnés par les ASC pendant la consultation des cas positifs observés

	Moyenne n=37	
Conseil	Conseil donné à la mère	Conseil retenu
Ramener l'enfant si son état s'aggrave	81,1	93,3
Ramener l'enfant lors de l'apparition d'autres signes	37,8	71,4
Ramener l'enfant si son état ne s'est pas amélioré dans les 24 h	27,0	60,0
Ramener l'enfant si son état ne s'est pas amélioré après 3 doses	73,0	88,9
Ramener l'enfant si la fièvre persiste	51,4	36,8
Ramener l'enfant s'il présente une éruption cutanée	10,8	75,0
Dormir sous MIILDA	100,0	100,0
S'occuper de l'hygiène à la maison	86,5	81,3
Connaître les signes de danger	64,9	95,8
Enveloppement humide en cas de fièvre	51,4	78,9

3.3.6 Référence et contre-reference

Les ASC en général connaissent les raisons d'une référence comme les signes de danger et TDR négatifs (voir la Figure 13 ci-dessous), mais moins d'ASC ont cité d'autres raisons pour la référence.



n= 39 à Gahombo, 39 à Gashoho et 78 à Mabayi, soit 156 au total

Figure 13 : Proportion (%) des ASC selon leur connaissance sur les raisons de transfert des enfants

Sur les 24 CDS visités, 88 % des répondants affirment que les références faites par les ASC se font de manière appropriée. La revue des fiches de référence et des registres de consultations chez l'ASC pour les 156 ASC enquêtés a montré que près de 78 % ont référés tous les enfants présentant des signes de danger. Bien que tous les enfants avec signe de danger doivent être référés aux CDS, le constat est qu'environ 22 % des ASC n'ont pas systématiquement référé tous les enfants présentant un signe de danger.

Au cours des discussions DFG, à la question de savoir si la mère aurait amené une fois un enfant chez un ASC qui l'aurait référé au CDS, certains mères disent avoir amené leur enfant chez l'ASC et qu'ils ont été référés car le TDR était négatif mais que l'enfant souffrait beaucoup ; pour d'autres, l'enfant était atteint de paludisme et a été référé car il présentait des signes de danger.

Après avoir été référé au CDS, en revenant chez elle, la mère devrait donner la fiche de contre-référence à l'ASC pour montrer ce qui a été fait au CDS. Le constat de l'évaluation est que l'on enregistre très peu de fiches de contre-référence des CDS aux ASC via les mères : 25 % seulement. Les mères ne ramènent pas systématiquement les fiches de contre-référence aux ASC.

3.4. Capacité et appui du système dans la mise en œuvre de la PECADOM

L'évaluation de la capacité et l'appui du système se basent sur les aspects suivants : 1) la coordination et l'élaboration des politiques sous-tendant la stratégie de PECADOM ; 2) le renforcement des capacités ; 3) la supervision, le suivi et le contrôle de la qualité ; 4) la gestion des médicaments ; 5) la communication et la mobilisation sociale ; 6) le système de suivi et d'information sanitaire ; 7) l'appui de la communauté et la motivation des ASC.

3.4.1. Coordination et élaboration des politiques

Le Ministère de la Santé (MSPLS), à travers le PNILP et en collaboration avec ses partenaires, assure la coordination de la mise en œuvre de la stratégie de PECADOM. Par contre, un comité technique (CT) qui devrait être opérationnel pour coordonner techniquement ne l'est pas car il n'a pas été constitué. Tous les niveaux du système de santé (central, intermédiaires [BPS et BDS] et périphériques [CDS]) participent au suivi et à la supervision de la mise en œuvre de la PECADOM.

Au niveau de l'élaboration des politiques, force est de constater que seul le « Cadre d'accélération de la réalisation des OMD » contient la PEC-C (P. 64, point B2.1.1 : *« Former des ASC des 10 757 sous-collines dans la prise en charge de la diarrhée, pneumonie et paludisme »*) et qu'aucune autre stratégie n'intègre la PECADOM. Pour pallier cette situation de manque de référence au niveau des plans stratégiques nationaux, un document d'orientations stratégiques et un manuel des procédures sur la santé communautaire ont été élaborés et signés le 30 janvier 2012 par le Ministre de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA. Le rôle de la DPSHA devrait être capital dans la coordination des activités de santé communautaires. Selon le manuel des procédures en santé communautaire, la DPSHA devrait coordonner les activités de santé communautaires depuis la planification jusqu'au suivi-évaluation (voir plus haut : section 1.3). La situation actuelle est que les partenaires appuyant la mise en œuvre prennent plus d'initiatives que le PNILP et la DPSHA. L'appropriation de la stratégie devrait passer par la forte implication de la DPSHA et du PNILP en assurant le leadership dans la mise en œuvre et le suivi des actions afin que les partenaires de mise en œuvre leur viennent en appui pour des actions de complémentarité.

3.4.2. Renforcement des capacités des ASC

Équipements

L'évaluation fait le constat que tous les ASC disposent d'un kit composé de matériel, d'équipements, d'algorithmes et aide-mémoire pour la prise en charge du paludisme chez les enfants. Cependant, comme ces kits leur ont été fournis par des partenaires différents, ils ne sont pas uniformes. L'on constate par exemple qu'à Mabayi (voir le Tableau 17 ci-dessous), les ASC n'ont pas eu de vélos ou de téléphones mobiles dans leur kit parce que le partenaire ne les a pas fournis. Pour les autres composants du kit, tous les ASC possèdent des caisses et les autres équipements sont possédés dans des proportions variées.

Tableau 17 : Proportion (%) des ASC enquêtés selon le type d'équipement possédé

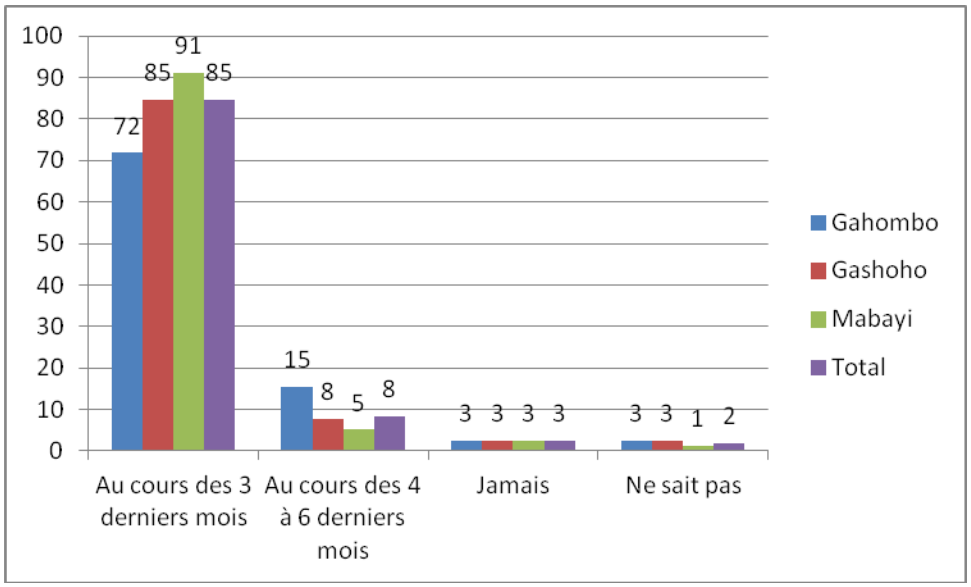
Équipement	Gahombo n=39	Gashoho n=39	Mabayi n=78	Ensemble n=156
Caisse	100	100	100	100
Minuterie pour le TDR	100	97	94	96
Vélo	100	100	0	50
Téléphone	100	97	0	49
Bidon	97	95	91	94
Gobelet	90	97	97	96
Cuillère	97	97	99	98
Parapluie	97	97	95	96
Sacoche	97	97	97	97
Registre de consultation	100	90	99	97
Carnet de référence	100	97	97	98
Torche	90	80	92	89

Formation

Avant la mise en place opérationnelle des ASC sur leurs sous-collines respectives, des formations initiales ont été organisées et dispensées à leur intention pour leur doter des capacités en matière de prise en charge des cas de paludisme chez les enfants. Tous les ASC ont suivi une formation initiale et 67 % (56 % à Gahombo, 67 % à Gashoho et 73 % à Mabayi) disent qu'ils ont participé à des formations complémentaires. Cependant, les informations provenant des partenaires et des CDS disent que tous les ASC ont suivi une formation de mise à niveau sur la PECADOM : une formation de recyclage de 3 jours pour les ASC des districts de Gahombo et de Gashoho et une formation de recyclage de 2 jours pour les ASC du district de Mabayi. Certains ASC auraient répondu non à cette question car espéraient-ils qu'une réponse négative allait leur permettre d'être formés par la suite.

3.4.3. Supervision, suivi et contrôle de la qualité des performances des ASC

Le constat est qu'il y existe une insuffisance dans la supervision des ASC qui n'est pas faite de manière régulière pour tous les ASC (Figure 14). L'on constate que 85 % des ASC ont reçu au moins une visite de supervision au cours des trois derniers mois (avec 72 % à Gahombo, 85 % à Gashoho et 91 % à Mabayi). Dans ce groupe, ceux qui ont reçu la visite de supervision au cours du dernier mois précédent l'évaluation représentent 45 % (avec 23 % à Gahombo, 44 % à Gashoho et 56 % à Mabayi). C'est un indicateur encourageant car pouvant atteindre rapidement la norme qui prévoit que chaque ASC devrait bénéficier au moins d'une visite de supervision par mois durant les trois premiers mois de la stratégie et une visite par trimestre dans la période suivante. La stratégie n'étant plus dans ses 3 premiers mois, les visites trimestrielles de supervision sont suffisantes. Trois personnes par CDS (le TPS, le titulaire et son adjoint) pourraient participer, à tour de rôle, à la supervision. Vu l'effectif des ASC à superviser, il n'est pas possible que le TPS les supervise tous et réalise d'autres activités. Ce n'est pas une tâche facile de superviser les ASC avec un effectif réduit en personnel, selon les déclarations des responsables des CDS. Il faut noter qu'il y a environ une moyenne de 14 ASC par CDS (avec une variation de 9 à 31 par CDS à Gahombo, de 6 à 25 à Gashoho et de 3 à 29 à Mabayi) sans oublier qu'il existe d'autres ASC chargés d'autres tâches qu'il faut superviser aussi.



n= 39 à Gahombo, 39 à Gashoho et 78 à Mabayi, soit 156 au total

Figure 14 : Proportion (%) des ASC supervisés par les prestataires des CDS

La supervision s'inscrit dans le schéma vertical existant dans le système de santé. Ceci dit, les CDS devraient être supervisés par les bureaux de district sanitaire (BDS) et ces derniers devraient être supervisés par les BPS qui devraient eux-mêmes être supervisés par le niveau central. Mais le constat des entretiens est que la supervision de la PECADOM n'est pas réalisée à tous les niveaux. Le niveau provincial n'a pas joué un rôle actif dans la supervision. À travers les entretiens avec les responsables des BPS, un seul a affirmé avoir organisé une visite de supervision auprès d'ASC en compagnie d'un personnel d'un CDS en charge de la PECADOM.

Entre autres problèmes rencontrés par les responsables des CDS, cette supervision irrégulière est due partiellement à l'insuffisance des moyens, en particulier les moyens de déplacement, pour permettre la supervision de tous les ASC à leur domicile. Pendant les interviews, les responsables de district ont cité des moyens personnels insuffisants comme un problème de la PECADOM. Les suggestions des responsables des CDS pour améliorer la PECADOM, étaient d'accorder aux superviseurs des moyens de déplacement et des moyens de communication.

L'analyse des données des registres est utilisée par les superviseurs des centres de santé pour évaluer les compétences des ASC. Pour guider la supervision des ASC, les responsables de 17 sur 24 CDS disent qu'ils utilisent une check-list et que les thèmes les plus supervisés sont la disponibilité et qualité de la tenue des outils, les conditions de conservation et la gestion des médicaments, la gestion des déchets, la disponibilité des intrants, la disponibilité et le rangement du matériel, la propreté, le remplissage des outils de collecte des données et les connaissances (voir Figure 15). Il est à noter que la prise en charge n'est pas citée parmi les thèmes de supervision. Selon les ASC, les thèmes supervisés se recoupent avec ceux évoqués par les responsables sanitaires. Durant la supervision, les ASC bénéficient en retour des conseils pour corriger et redresser les erreurs constatées.

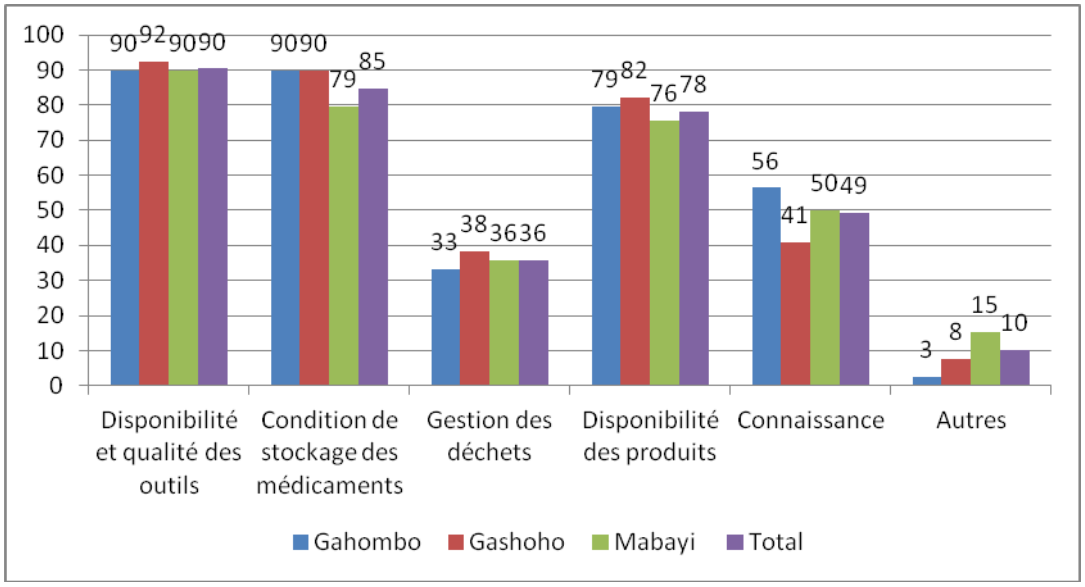


Figure 15 : Proportion (%) des ASC mentionnant les différents thèmes de supervision

Bien que les visites de supervision ne se fassent pas régulièrement, 100 % des CDS organisent les réunions mensuelles. 94 % des ASC enquêtés ont participé à une réunion au CDS dans le mois précédant l'enquête (avec 92 % à Gahombo et Gashoho, 96 % à Mabayi). Un ordre du jour avait été élaboré pour la réunion mensuelle, et il était prévu de couvrir les différents éléments se trouvant dans le Tableau 18 ci-après. Si l'on s'en tient aux déclarations des ASC enquêtés, ce modèle est peu utilisé, les échanges sur les problèmes rencontrés sont plus fréquents au cours de ces réunions (79 %) et la réunion n'est pas utilisée comme une opportunité de renforcement des pratiques et connaissances.

Tableau 18 : Proportion (%) des ASC selon leurs déclarations sur les thèmes abordés lors des réunions

Sujets abordés	Gahombo n=39	Gashoho n=39	Mabayi n=78	Moyenne n=156
Observation directe de consultation	38	44	46	44
Session de formation	23	26	49	37
Révision des rapports	59	51	67	61
Réquisition/ réapprovisionnement	23	56	40	40
Échange sur les problèmes rencontrés	79	82	78	79
Autres	3	13	14	11

3.4.4. Gestion des médicaments

La prise en charge des cas de paludisme dans la communauté requiert non seulement les compétences et la disponibilité des ASC mais elle est aussi fortement tributaire de la disponibilité continue des médicaments chez l'ASC. Pour ce faire, il a été mis en place un mécanisme mensuel de réquisition auprès des CDS pour éviter les ruptures de stock. Les ASC disposent des fiches de stock pour chaque type de produit sur lesquelles ils enregistrent les entrées, les sorties, la date de péremption et la quantité disponible en stock. Ils disposent

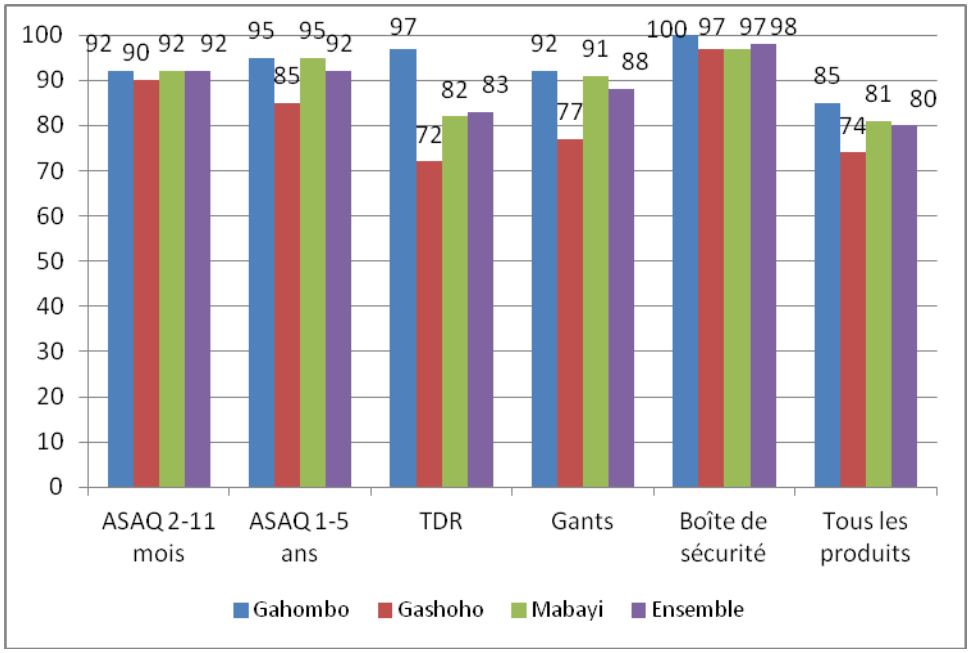
également des fiches de réquisition sur lesquelles ils mentionnent le rapport de consommation et les quantités disponibles en stock, ce qui sert de base aux CDS pour le calcul des quantités à fournir aux ASC. En décembre 2012, il avait été estimé pour les districts de Gahombo et Gashoho, le stock minimum et maximum moyen pour chaque type de produit (Tableau 19 ci-dessous). Pour le district de Mabayi, les stocks minimum et maximum ont été déterminés pour chaque ASC. Les CDS devraient compléter le stock de chaque ASC en fonction de la quantité consommée au cours du mois écoulé.

Tableau 19 : Stocks minimum et maximum de produits pour les districts de Gahombo et Gashoho

	Gahombo		Gashoho	
	Stock minimum par ASC	**Stock maximum par ASC**	**Stock minimum par ASC**	**Stock maximum par ASC**
ASAQ 2-11 mois	1 blister	3 blisters	1 blister	4 blisters
ASAQ 1-5 ans	1 blister	3 blisters	3 blisters	20 blisters
TDR	1 test	7 tests	3 tests	30 tests

Disponibilité des produits au moment de la visite des enquêteurs

La disponibilité des produits est une composante d'importance critique pour la gestion réussie de la PECADOM. Dans l'ensemble, les ASC disent (DFG) qu'ils ne manquent pas de médicaments car ils s'approvisionnement chaque fois au CDS lorsqu'ils risquent d'épuiser leur stock. La totalité des cinq produits étaient disponibles chez 80 % des ASC enquêtés (Figure 16). Les autres manquaient de l'un ou l'autre des produits. Avec 20 % des ASC n'ayant pas tous les produits en stock, cela signifie qu'un ASC sur cinq n'était pas prêt à prendre en charge les enfants qui pouvaient se présenter. La figure montre aussi que la disponibilité de chaque produit chez les ASC enquêtés varie d'un produit à un autre. Les seuils de stocks minimum et maximum n'ont pas été respectés.



n= 39 à Gahombo, 39 à Gashoho et 78 à Mabayi, soit 156 au total

Figure 16 : Proportion (%) des ASC avec les cinq produits disponibles le jour de l'enquête n=156

Par ailleurs, seulement près de la moitié des CDS (13 sur 24, soit 54 %) avaient la totalité des cinq produits en stock le jour de l'enquête (avec 83 % à Gahombo, 17 % à Gashoho et 58 % à Mabayi) (voir la Figure 17). Dans ce contexte, 46 % des CDS n'étaient pas en mesure d'approvisionner les ASC avec tous les produits.

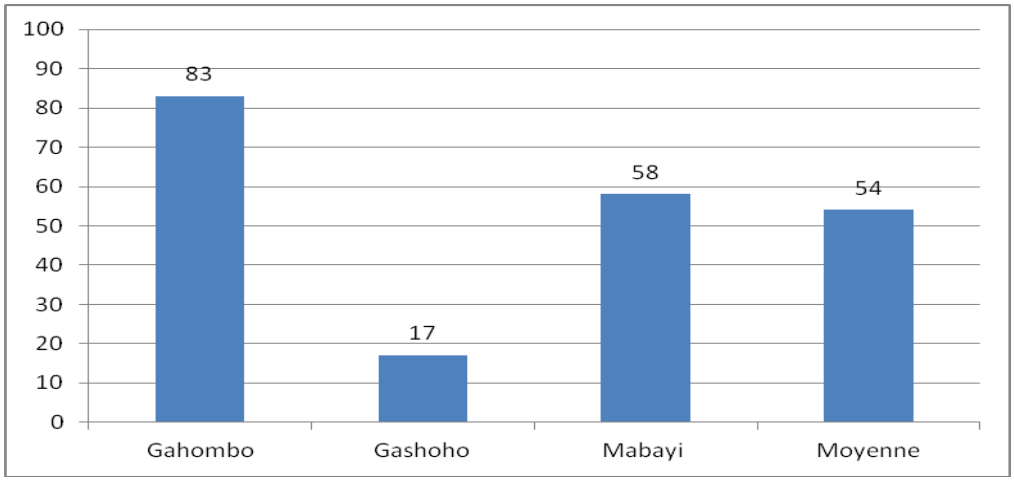


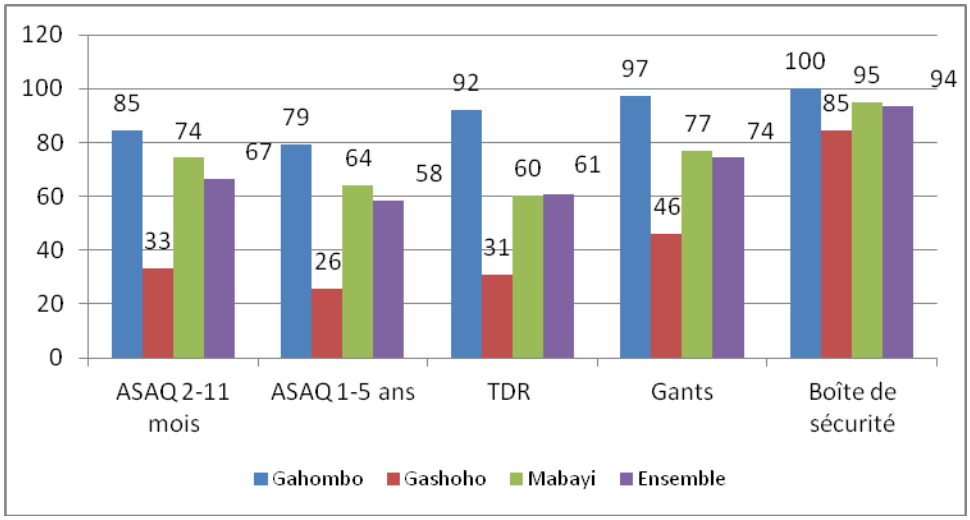
Figure 17 : Proportion (%) des CDS avec tous les cinq produits disponibles le jour de l'enquête (n=24)

Pour ce qui est des pharmacies de district, aucune des trois n'avait la totalité des cinq produits en stock le jour de l'enquête.

Ruptures de stock

L'absence de rupture de stock est un indicateur solide pour montrer la disponibilité des produits sur une période donnée. Les ASC dépendent des CDS et les pharmacies de district pour leur réapprovisionnement ; par conséquent, il faut assurer une disponibilité continue des produits à ces niveaux.

Les ASC sans rupture de stock (aucun jour de rupture) sont moins nombreux dans le district de Gashoho pour tous les produits, tel qu'on le constate sur la Figure 18.

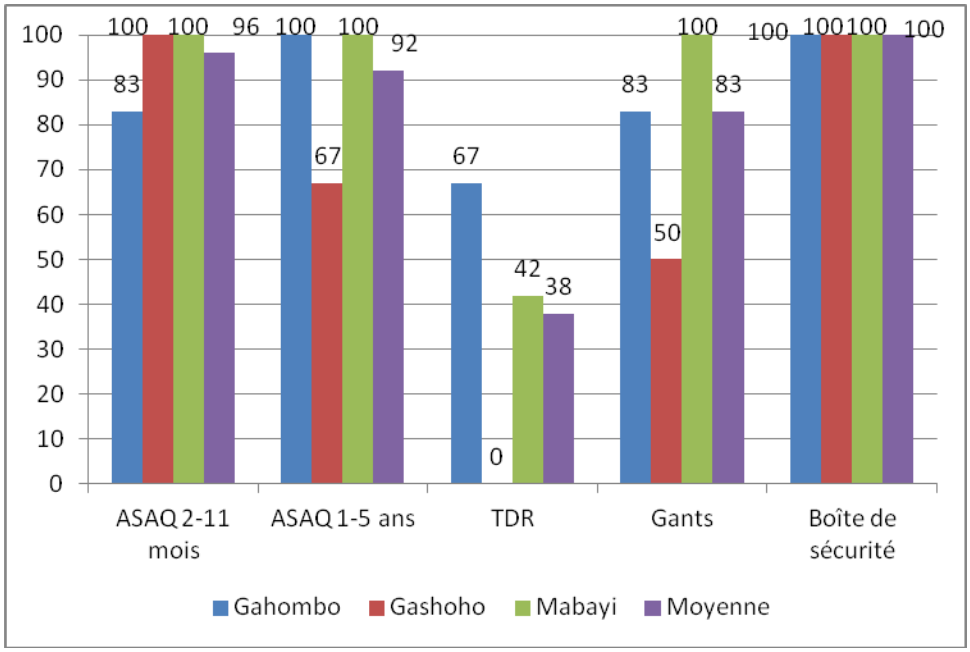


n= 39 à Gahombo, 39 à Gashoho et 78 à Mabayi, soit 156 au total

Figure 18 : Proportion (%) des ASC sans rupture de stock au cours des 6 derniers mois

Ceci corrobore avec la situation ci-dessous (Figure 19) où l'on constate que même au niveau des CDS de Gashoho, tous avaient connu une rupture de stock de TDR d'au moins 7 jours au cours des six derniers mois. Lors de l'entretien avec les ASC, ceux-ci expliquent que lorsqu'ils sont en situation de rupture de stock, ils réfèrent les patients vers les CDS ou vers d'autres ASC. Le Tableau 20 montre que les pharmacies de districts n'ont pas connu une rupture de stock pour les produits d'ASAQ, mais la disponibilité des autres produits n'était pas assurée. Il faut noter qu'au moment de l'évaluation, il y avait une rupture de stock des TDR au niveau national.

En principe, la pharmacie de district est gérée par une seule personne et quand celle-ci n'est pas disponible, la pharmacie est fermée. À titre d'exemple, au niveau de Gashoho, le responsable de la pharmacie était absent pendant la période de l'évaluation et personne d'autre ne l'a remplacé. La pharmacie est donc restée fermée, ce qui peut être à l'origine des ruptures de stock au niveau des CDS et par conséquent chez les ASC, leurs sources d'approvisionnement (CDS) n'ayant pas de produits à leur fournir.



n=24 en total : 6 à Gahombo, 6 à Gashoho et 12 à Mabayi.

Figure 19 : Proportion (%) des CDS sans rupture de stock de plus de 7 jours au cours des 6 derniers mois pour les différents produits

Tableau 20 : Nombre de pharmacies de district sans rupture de stock de plus de 7 jours au cours des 6 derniers mois (n=3)

Produit	Gahombo	Gashoho	Mabayi	Ensemble
ASAQ 2-11 mois	1	1	1	3
ASAQ 1-5 ans	1	1	1	3
TDR	0	0	0	0
Gants	1	0	1	2
Boîte de sécurité	1	1	1	3

Fréquence et mode d'approvisionnement

Les ASC, dans leur majorité, s'approvisionnent selon leurs besoins ponctuels, en dépit du mécanisme de réquisition prévu chaque mois lors des réunions mensuelles. Il n'y a donc pas de fréquence régulière d'approvisionnement en produits pharmaceutiques pour 82 % des ASC (avec 95 % à Gahombo, 67 % à Gashoho et 83 % à Mabayi). Seul 10 % des ASC s'approvisionnent à une fréquence mensuelle (avec 0 % à Gahombo, 28 % à Gashoho et 6 % à Mabayi).

Les ASC vont eux-mêmes chercher les médicaments au CDS ; à pied pour 31 % des ASC enquêtés à Gahombo, 46 % à Gashoho et 96 % à Mabayi, ou à vélo pour 62 % des ASC enquêtés à Gahombo, 51 % à Gashoho et 0 % à Mabayi. La non-utilisation des vélos pour certains ASC trouverait explication dans le fait qu'il existe des raccourcis qu'ils peuvent emprunter à pied et que l'on ne peut pas traverser à vélo. Aussi, la plupart des ASC femmes ne savent pas faire du vélo.

La majorité des ASC se font aider pour déterminer les quantités à commander au moment où ils vont s'approvisionner au CDS en produits pharmaceutiques, soit par les titulaires des CDS, soit par les gestionnaires des pharmacies des CDS. Les ASC qui déterminent eux-mêmes les quantités de produits pharmaceutiques à commander au moment où ils vont s'approvisionner comptent pour 17 % (avec 18 % à Gahombo, 26 % à Gashoho et 12 % à Mabayi). La consommation moyenne mensuelle ou la consommation (quantités utilisées) du mois précédent constitue la base de calcul pour les CDS sur les quantités à fournir pour approvisionner les ASC.

Dans l'ensemble, les ASC disposent d'outils de travail comme les registres, fiches de référence, fiches de stock et fiches de réquisition. Cependant, le fait que certains ASC ont connu des ruptures de stock signifie que le système de réapprovisionnement mis en place n'a pas été respecté. La proportion des CDS n'ayant pas tous les produits en stock influe sur le réapprovisionnement des ASC et en conséquence, il est difficile de respecter le système mis en place. Les pharmacies des CDS sont la seule source des produits pour les ASC. La livraison des médicaments au niveau communautaire est partie intégrante du système national de la chaîne d'approvisionnement (CAMEBU-DS-CDS) et représente un des points forts de la PECADOM. Cela assure la viabilité de l'approvisionnement et garantit également que les médicaments fournis soient conformes aux normes du MSPLS, cependant un suivi de près reste crucial.

Gestion des stocks par les ASC

Il est important que les fiches soient complétées pour savoir la consommation et la disponibilité des produits et déterminer correctement les besoins. Tous les ASC utilisent les fiches de stock pour chaque produit. L'examen des fiches de stock chez les ASC indique que le décompte physique est égal au décompte sur la fiche (stock théorique) pour 65 % des ASC enquêtés. Le Tableau 21 indique les proportions d'ASC selon que le décompte physique est égal au décompte sur la fiche.

Tableau 21 : Proportion (%) des ASC selon que le stock physique est égal au stock théorique

Produit	Gahombo n=39	Gashoho n=39	Mabayi n=78	Ensemble n=156
ASAQ 2-11 mois	95	95	95	95
ASAQ 1-5 ans	97	95	95	96
TDR	95	87	87	89
Gants	92	69	86	83
Tous les produits	87	56	59	65

Conservation des produits par les ASC

Il est important que les médicaments soient conservés correctement pour assurer leur qualité. Un ASC devrait conserver les produits dans une caisse fermée, dans un milieu propre et sec.
La majorité des ASC enquêtés conservent leurs produits correctement dans des caisses fermées avec cadenas qui leur ont été fournies, soit 81 % (avec 87 % à Gahombo, 90 % à Gashoho et 74 % à Mabayi).

S'agissant de sa propreté, l'équipe d'évaluation constate que la caisse où sont conservés les produits pharmaceutiques est propre et sèche pour 96 % (avec 97 % à Gahombo, 92 % à Gashoho et 96 % à Mabayi).

Parmi les ASC enquêtés, 17 ont connu des produits périmés, soit 11 % (avec 8 % à Gahombo, 0 % à Gashoho et 18 % à Mabayi). La date de péremption devrait faire l'objet d'un suivi lors des visites de supervision.

La gestion de médicaments est relativement bonne dans l'ensemble, les ASC réalisent correctement les taches pour lesquels ils sont responsables dans la chaine d'approvisionnement. Le problème se situe au niveau du mécanisme d'approvisionnement qui n'est pas respecté et au niveau de la disponibilité des produits dans l'échelon supérieur de la chaîne d'approvisionnement.

3.4.5. Communication et mobilisation sociale

Cette section présente les bonnes pratiques ainsi que les limites sur le plan de la communication et de la mobilisation sociale pour l'introduction et la mise en œuvre de la PECADOM dans les DS pilotes. Il est à noter que la communication pour la stratégie de PECADOM dans les DS pilotes était soutenue essentiellement par un livret de l'ASC et une boîte à images (utilisé par 61 % et 42 % des ASC respectivement).

Les messages inclus dans le livret de l'ASC, que les ASC devraient donner à la communauté, sont divers et variés ; notamment les signes sur le paludisme et sa prévention, la recherche rapide des soins contre le paludisme et la conduite à tenir par l'ASC en cas de patient avec fièvre. Les messages sont transmis au cours de réunions organisées, soit par les responsables administratifs, soit par des responsables sanitaires ou lors des visites de sensibilisation effectuées par les ASC. Les réunions organisées par responsables administratifs constituent le canal d'information le plus utilisé pour mettre la population au courant des développements relatifs à la PECADOM selon 92 % des ASC enquêtés, (avec 95 % à Gahombo, 92 % à Gashoho et 90 % à Mabayi). Les réunions organisées par responsables sanitaires, constituent un autre canal de communication (6 % des ASC enquêtés).

3.4.6. Système de suivi et d'information sanitaire

Le suivi des activités réalisées par les ASC se fait à travers les rapports (sur la gestion de médicaments et une partie autocopiante du registre) transmis aux CDS qui se chargent à leur tour de les compiler et les transmettre au niveau du DS. Des données sur la gestion des médicaments sont également transmises et compilées. Dans les districts de Gashoho et Gahombo, les données sont saisies par les points focaux du paludisme ou par les chargés du système d'information sanitaire (SIS) dans une base de données simplifiée. Cependant pour le district de Mabayi, les données sont saisies dans la base de données par le personnel de CONCERN. Les données servent dans la rédaction des rapports et portent sur les variables suivantes :

- le nombre d'enfants vus par l'ASC ;
- le nombre d'enfants avec signes de danger ;
- le nombre d'enfants vus dans les 24 h du début de fièvre ;
- le nombre d'enfants vus après plus de 24 h de fièvre ;

- le nombre de cas positifs ;
- le nombre de cas négatifs ;
- le nombre d'enfants traités ;
- le nombre d'enfants traités dans les 24 h ;
- la gestion des médicaments ;
- le nombre de supervisions effectuées ;
- le nombre des réunions tenues.

La majorité des ASC (74 %) transmet le rapport mensuel au CDS au cours de la première semaine du mois suivant (avec 59 % à Gahombo, 54 % à Gashoho et 91 % à Mabayi) ; 19 % disent le faire de façon hebdomadaire et 7 % les envoient sans respect des délais prescrits. Donc, l'échéance de transmission des rapports n'est pas toujours respectée.

Les rapports hebdomadaires s'inscrivent dans le cadre de la surveillance qui se fait chaque semaine pour les maladies à déclaration obligatoire, dont le paludisme. Ceci peut être à l'origine d'une certaine confusion avec le rapport mensuel chez certains ASC, comme l'indiquent leurs réponses aux questions sur les rapports. Généralement, les titulaires des CDS doivent intégrer toutes les données des cas positifs de paludisme diagnostiqués par les ASC et les recueillir par téléphone. Il y a alors certains ASC qui les transmettent par écrit sur papier, surtout quand le téléphone ne marche pas, mais le rapport hebdomadaire ne remplace pas le rapport mensuel.

La qualité de ces données, avec leur traitement non informatisé au niveau du CDS, est compromise par des erreurs humaines éventuelles de calcul manuel lors de la compilation des données provenant des registres des ASC. De plus, le système de gestion et d'administration de la base de données n'a pas prévu de mécanisme de protection et sécurisation par son administrateur, l'accès étant possible pour toute personne ayant accès à l'ordinateur de la base.

En outre, l'appropriation des données reste encore faible. La base de données dans le district de Mabayi est encore gérée par le partenaire d'appui tandis que les bases de données dans les districts de Gashoho et Gahombo sont gérées par les chargés du système d'information sanitaire qui effectuent la saisie. Cependant, au niveau des districts, il n'y a pas possibilité de vérifier la cohérence avec les données primaires des registres des ASC. Cette base n'est pas intégrée dans le SIS général pour les autres prestations. Toutefois, elle a servi pour la présente évaluation.

Force est de constater que les données sur la PECADOM sont disponibles mais l'analyse de ces données et leur utilisation pour une prise de décision par les responsables au niveau des CDS et districts est encore faible.

3.4.7. Appui de la communauté et motivation des ASC

Tous les ASC mentionnent que les membres de la communauté ne s'impliquent pas pour les soutenir. En effet, parmi les ASC interrogés, 80 % d'entre eux déclarent n'avoir aucun soutien de la part de la communauté (67 % à Gahombo, 87 % à Gashoho et 85 % à Mabayi). De manière limitée, certains ont déclaré recevoir des encouragements verbaux (20 %). Certes, c'est immatériel mais c'est aussi important pour les ASC qui se sont engagés bénévolement dans la PECADOM.

Les leaders communautaires déclarent unanimement au cours des DFG que l'ASC soigne les enfants et que la communauté apprécie mais qu'en retour il ne reçoit aucun soutien de la part de la communauté. Certains disent que les membres de la communauté sont pauvres, ne peuvent rien et qu'ils ont plutôt besoin d'aide eux-mêmes. De plus, les membres des COSA apportent un soutien moral à travers les réunions avec les ASC tous les deux mois pour évaluer, échanger, et dégager les forces et faiblesses de l'exécution du programme.

Comme pour les autres DFG, les mères en DFG disent que les membres de la communauté n'apportent aucun soutien aux ASC parce qu'ils habitent dans les conditions de précarité et les ASC sont payés quelque part mêmes s'ils ont accepté d'être bénévoles.

Cependant, tous les groupes reconnaissent que les ASC ont besoin d'un appui sous forme de motivation financière ou matérielle. Les responsables sanitaires ont indiqué pendant les DFG que parmi les actions à entreprendre pour améliorer la PECADOM, il faut accorder une motivation aux ASC. « ***Il faut que les ASC soient soutenus (revenu salarial pour pouvoir acheter du savon par exemple)*** **»** rapportent les ASC. Certains leaders communautaires disent : « ***Il faudrait que les CDS apportent un soutien financier aux ASC*** ».

Le soutien et la motivation des ASC constituent un défi à relever pour la pérennisation de la stratégie de la PECC. C'est aussi le défi majeur identifié par une étude[23] effectuée dans 59 pays mettant en œuvre la PECC et publiée par l'OMS en novembre 2011.

3.5. Coûts de mise en œuvre de la PECADOM

Cette section présente les coûts qui ont été consentis dans la conception et la mise en œuvre de la PECADOM, les projections de coûts ainsi que les besoins de financement pour son expansion ou sa mise à échelle (dans un premier temps) et avec la possible intégration d'autres maladies de l'enfance que sont la diarrhée et la pneumonie dans un deuxième temps. Les différents coûts générés par l'analyse sont les suivants :

- Le coût global (récurrent et de démarrage) de la PECADOM tel qu'il est mis en œuvre actuellement
  - *Coûts récurrents de la mise en œuvre de la PECADOM par enfant de moins de cinqans*
  - *Coûts récurrents et de démarrage de la PECADOM par ASC*

- Le coût global (récurrent et de démarrage) projeté de la mise à l'échelle de la PECADOM
  - *Coûts récurrents projetés par enfant de moins de cinq ans*
  - *Coûts projetés récurrents et de démarrage par ASC*

- Le coût global (récurrent et de démarrage) projeté de la mise à l'échelle de la PECC (paquet intégré : diarrhée, pneumonie et paludisme)
  - *Coûts récurrents projetés de la mise en œuvre de la PECC par enfant de moins de cinqans*
  - *Coûts projetés récurrents et de démarrage de la PECC par ASC*

[23] Bulletin de l'OMS, 2012, 90 :183-190

Ces coûts ont été automatiquement calculés ou générés par l'outil de calcul « ICCM COSTING AND FINANCING TOOL » qui a été conçu par MSH[24].
Cet outil de calcul intègre dans ses opérations des données d'ordre général telles que le taux d'inflation prévalant au Burundi, la population du Burundi, le taux moyen d'accroissement annuel de celle-ci, le taux d'augmentation salariale, les proportions de certaines couches de la population (notamment les enfants de moins de cinq ans), etc.

Le calcul des coûts au moyen de cet outil de la prise en charge du paludisme (dans un premier temps) et des deux autres maladies de l'enfance (diarrhée et pneumonie, de façon intégrée dans un deuxième temps) s'est basé sur deux scenarios différents :

1. le calcul du coût récurent de la PECADOM dans les districts pilotes et le calcul des coûts projetés de sa mise à échelle au niveau géographique ;
2. le calcul du coût récurrent projeté de l'introduction d'un nouveau programme de la PECC.

3.5.1. Coût de la PECADOM dans les districts pilotes

Le coût de la mise en œuvre de la PECADOM dans les trois districts pilotes a été calculé sur la base d'informations sur les activités et des coûts recueillis au cours de l'enquête ainsi que celles provenant des différents services du MSPLS ou celles recueillies auprès des différents partenaires. Cette hypothèse de calcul se base sur les données existantes sur la PECADOM dans les trois districts pilotes. Le nombre nécessaire d'ASC pour cette mise à échelle de la couverture déjà existante est d'une seule unité par sous-colline, sans autre considération.

Sur base des hypothèses mentionnées plus haut (section 2.2.2) et des différentes données collectées à cet effet, les coûts actuels suivants ont été déterminés pour l'exercice 2013 comme montré dans le Tableau 22 ci-dessous.

Tableau 22 : Coût actuel de la mise en œuvre de la PECADOM

	2013	
	USD	**FIB**
Coûts récurrents pour l'année	283 485	436 283 762
Coûts de démarrage pour l'année	210 899	324 574 011
Coût global de PECADOM pour l'année	494 385	760 857 773
Coût moyen récurrent par enfant (2-59 mois)	3	4428
Coût récurrent moyen par ASC	394	606 792
Coût de démarrage par ASC	283	435 825

Il est à constater que les coûts récurrents, qui sont de l'ordre de plus de 50 % du coût global de ce programme, sont plus importants que les coûts de démarrage proprement-dits. Ils sont essentiellement constitués des médicaments et des salaires (du personnel de la santé pris en charge par le Gouvernement du Burundi et du personnel salarié des organisations partenaires) ainsi que d'autres charges connexes liées aux différentes activités de ce programme.

[24] http://www.msh.org/resources/integrated-community-case-management-costing-financing-tool.

3.5.2. Coût projeté de la mise à l'échelle de la PECADOM

La mise à l'échelle de la PECADOM se base sur les mêmes hypothèses que celles qui ont prévalu au démarrage du programme. Les coûts projetés (en FIB) de la mise à échelle selon les hypothèses déjà mentionnées plus haut sont repris dans le Tableau 23 ci-après.

Tableau 23 : Coûts projetés de l'expansion de PECADOM

	2014		2015		2016		2017		2018	
	USD	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**
Coûts récurrents pour l'année	660 239	1 016 107 860	1 319 121	2 030 127 462	2 182 094	3 358 243 102	3 252 772	5 006 016 877	4 565 156	7 025 774 801
Coûts de démarrage pour l'année	75 884	116 784 871	130 309	200 546 051	220 867	339 914 561	196 856	302 961 661	194 144	298 788 107
Coût global de la PECADOM pour l'année	736 123	1 132 892 731	1 449 430	2 230 673 514	2 402 961	3 698 157 662	3 449 629	5 308 978 538	4 759 300	7 324 562 908
Coût moyen récurrent par enfant (2-59 mois)	3	5253	4	5724	4	6510	5	7394	5	8382
Coût récurrent moyen par ASC	503	773 883	547	842 377	622	957 856	707	1 087 792	801	1 233 025
Coût de démarrage par ASC	122	187 456	113	174 388	185	284 924	159	244 916	152	233 246

Le coût global de l'expansion de ce programme augmenterait de plus de 100 % par an (près de 550 % en cinq ans) et la grande part de cet important accroissement est due à l'augmentation annuelle du coût récurrent qui augmente dans les proportions de près de 100 % par an (soit 591 % en 5 ans).

Les facteurs de cette augmentation, mis à part les quantités de médicaments, salaires et autres, sont notamment l'inflation des différents intrants utilisés dans la mise en œuvre de ce programme, la variation du cours de change du FIB par rapport aux devises étrangères (dont le dollar américain), les frais de formation et de réunion sans cesse croissants à cause de l'expansion de ce programme ainsi que l'augmentation annuelle des salaires liés à la gestion et à la supervision de ce programme**.**

Il faut constater également que le coût récurrent moyen par enfant (2-59 mois) et le coût récurrent par ASC ne devrait pas augmenter dans les mêmes proportions entre 2014 et 2018 : l'accroissement du coût récurrent moyen par enfant (2-59 mois) a été de l'ordre de près de 60 % en raison notamment des salaires et des médicaments alors que le coût moyen par ASC était de 59 %. Le coût de démarrage de 2014 est inférieur à celui de 2013 car les dépenses concernant certaines activités initiales (telles que la formation de formateurs et l'achat d'équipement pour les ASC) ont déjà été effectuées pendant la première année.

Cette augmentation des coûts récurrents moyens (par enfant et par ASC) est due au nombre croissant d'enfants et épisodes devant être pris en charge par le programme et à l'augmentation constante du nombre d'ASC nécessaire pour assurer les soins à ces enfants.

3.5.3. Coûts projetés du nouveau programme de la PECC

L'évaluation des coûts liés à l'introduction d'un nouveau programme de la PECC se base sur de nouvelles hypothèses car ce paquet de soins n'est pas encore mis en œuvre. Certaines hypothèses restent les mêmes que pour la PECADOM.

Sur la base des hypothèses mentionnées dans la méthodologie, l'évaluation des coûts pour la PECC pour les enfants de moins de cinq ans aboutit à la détermination des coûts récurrents projetés qui sont repris dans le Tableau 24 ci-après. Le niveau d'accroissement de ces coûts est de 32 % entre l'année 2014 (année de démarrage du programme) et l'année 2018.

Tableau 24 : Coûts projetés de la mise en œuvre de la PECC

	2014		2015		2016		2017		2018	
	USD	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**
Coûts récurrents pour l'année	693 385	1 067 118 933	1 376 425	2 118 318 095	2 316 055	3 564 408 516	3 505 987	5 395 714 042	4 988 999	7 678 069 919
Coûts de démarrage pour l'année	428 567	659 565 115	164 422	253 044 810	209 678	322 694 926	253 737	390 501 272	258 138	397 274 568
Coût global de la PECC pour l'année	1 121 952	1 726 684 048	1 540 847	2 371 362 905	2 525 733	3 887 103 442	3 759 724	5 786 215 314	5 247 137	8 075 344 487
Coût moyen récurrent projeté par enfant (2-59 mois)	4	5517	4	5973	4	6910	5	7970	6	9160
Coût récurrent moyen projeté par ASC	528	812 733	571	878 970	661	1 016 660	762	1 172 472	876	1 347 503
Coût de démarrage projeté par ASC	321	493 792	143	220 039	176	270 490	205	315 684	202	310 128

La mise en œuvre de la PECC va générer des coûts récurrents projetés très importants en 2018 par rapport à ceux de l'année 2014. En effet, l'accroissement des coûts récurrents de l'expansion de ce programme, qui sont de l'ordre de 460 % entre 2014 et 2018, est très significatif. Il en est de même pour l'accroissement prévisionnel du coût global (de 264 % pour la même période) qui est également important. Les facteurs de cette forte augmentation sont similaires à ceux de l'expansion de PECADOM, particulièrement les coûts inhérents à la prise en charge de deux maladies supplémentaires et pour des effectifs de population sans cesse croissante. Le Tableau 25 montre les composantes de coût récurrent et il est clair que les médicaments forment la plus grande partie qui augmente chaque année, suivie par les coûts de supervision qui sont essentiellement les salaires.

Tableau 25 : Composantes des coûts récurrents

	2014	2015	2016	2017	2018
Médicaments et fournitures médicales	35 %	43 %	47 %	51 %	54 %
Management	7 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Supervision	29 %	29 %	27 %	25 %	23 %
Réunions	22 %	22 %	21 %	20 %	18 %
Formation de recyclage	5 %	5 %	5 %	5 %	4 %
Autres coûts	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %

Il est également observé une forte diminution du coût de démarrage de ce programme au cours de la période d'observation car ce coût passerait à 44,3 % en 2018 par rapport à celui de l'année 2014. L'évolution de ce coût de démarrage a un impact certain et significatif sur l'augmentation relative du coût global projeté de la mise en œuvre du paquet intégré de la PECC.

Quant au coût récurrent moyen par enfant, il devrait subir une relative augmentation de l'ordre de 16 % entre l'année de base 2014 et l'année de projection (2018) tandis que l'accroissement du coût récurrent moyen projeté par ASC, qui est de 29 % entre 2014 et 2018, se situerait dans les mêmes proportions pour ce qui est de l'augmentation en salaires, médicaments et autres.

Le coût de démarrage se réduit de la première à la deuxième année mais il est noté une augmentation entre la deuxième et la troisième année ainsi qu'entre la troisième et la quatrième année, avant de diminuer avec la dernière année. Cela est dû à l'accroissement du coût des équipements donnés aux ASC dont le nombre augmente en fonction du nombre de sous-collines intégrées dans le programme, année par année.

3.5.4. Financement de ce programme dans les districts pilotes et de la mise à échelle de la PECC intégrée

La PECADOM est conjointement financée par le Gouvernement du Burundi (à travers les salaires qu'il assure pour les fonctionnaires qui encadrent et supervisent ce programme à différents niveaux, ainsi que les médicaments) et par les différents partenaires, notamment l'USAID via le programme SIAPS et l'achat des antipaludiques de l'Initiative présidentielle contre le Paludisme et CONCERN Worldwide. La mise à l'échelle de la PECC intégrée (en

passant de 3 DS en 2013 à 26 DS en 2018) va occasionner d'importantes charges qui sont supérieures aux financements enregistrés ou promis de la part des partenaires impliqués tel qu'illustré dans le Tableau 26 ci-après. Il est donc important d'analyser ces coûts projetés pour planifier et mobiliser le financement nécessaire à la conduite de ce programme étant donné que l'USAID est le seul partenaire ayant déjà confirmé sa contribution au financement pour l'exercice 2014.

Tableau 26 : Évolution de l'écart de financement du programme de la PECC

	2014		2015		2016		2017		2018	
	USD	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**	**USD**	**FIB**
Coût global	1 121 952	1 726 684 048	1 540 847	2 371 362 905	2 525 733	3 887 103 442	3 759 724	5 786 215 314	5 247 137	8 075 344 487
Financement disponible	513 659	790 520 833	401 483	617 882 562	622 588	958 162 639	873 738	1 344 683 141	1 158 147	1 782 388 724
Écart de financement	-608 293	-936 163 215	-1 139 363	-1 753 480 343	-1 903 145	-2 928 940 803	-2 885 986	-4 441 532 174	-4 088 990	-6 292 955 763

Les écarts de financement ainsi dégagés montrent que les besoins de financement de la PECC sont importants au fur et à mesure que la mise à l'échelle est progressivement étendue à travers tout le pays et que le nombre de districts concernées augmente d'année en année, tel que cela est repris dans le tableau ci-après, tenant compte des obligations des bailleurs et des ONG et le budget du MSPLS qui couvre toujours les salaires et une partie des médicaments.

Compte tenu du fait que tous les financements extérieurs susceptibles d'être disponibles ne sont pas à présent connus (hormis ceux en provenance de l'USAID pour l'exercice 2014), le financement de ce programme ne provient que du Gouvernement du Burundi dont l'intervention consiste dans la disponibilité des salaires de supervision des activités du programme à tous les niveaux. Bien que ce soit une contribution, il a alors été constaté que ces financements gouvernementaux sont très insuffisants.

Tableau 27 : Proportion (en %) de l'écart de financement pour la mise à l'échelle du nouveau programme de la PECC

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Écart de financement du nouveau programme (1)	608 293	1 139 363	1 903 145	2 885 986	4 088 990
Coût global du nouveau programme (2)	1 121 952	1 540 847	2 525 733	3 759 724	5 247 137
Rapport (1)/(2)	54,2 %	73,9 %	75,4 %	76,8 %	77,9 %

En effet, ces financements gouvernementaux ne représentent qu'approximativement 20 % du coût prévisionnel pour la mise à l'échelle du programme existant et une part moins importante pour le programme de celui de la PECC (à partir de 2015) selon Tableau 27.

Pour l'exercice 2014, il n'y a pas de déficit de financement pour la mise en œuvre de PEACDOM car l'USAID contribue toujours au financement pour cet exercice. En conséquence, le Gouvernement du Burundi devra notamment solliciter des financements extérieurs complémentaires pour la mise en œuvre de la PECC.

Mais il faut tenir compte du fait que les financements en provenance de l'UNICEF et du Fonds mondial (et exécutés par le Secrétariat exécutif permanent du Conseil national pour la lutte contre le SIDA) n'ont pas été tenus en considération dans la présente évaluation. Les différents niveaux d'écart de financement sont en réalité inférieurs à ceux figurant plus haut. En outre, au fil des années de progression de la PECC, les différents niveaux de l'écart de financement de ce programme devraient être inférieurs à ceux figurant dans le tableau précédent, car certains éléments du coût de ce programme, notamment ceux relatifs aux médicaments, sont pris en compte dans les budgets du MSPLS. Par exemple une partie des médicaments normalement utilisés au niveau des CDS seront utilisés par les ASC mais il n'est pas facile d'en estimer le pourcentage, car on s'attend à ce que la demande augmente avec la PECC.

3.6. Possibilité d'élargir le paquet minimum de l'asc

Le nombre moyen d'enfants consultés

Des interviews menées avec les ASC, il ressort que le nombre moyen mensuel de cas pris en charge par un ASC est de huit enfants.

Le temps consacré à la PECADOM

S'agissant de la durée moyenne (en heures) par jour consacrée par l'ASC à la PECADOM, elle est de trois heures selon les estimations des ASC. Ceci semble incorrect, compte tenu du nombre moyen (huit) des cas reçus par mois par ASC. Le temps passé à la maison dans l'attente d'éventuels cas peut éventuellement justifier cette durée de 3 heures parce qu'ils doivent être disponible à tout moment 24 heures sur 24. Les ASC disent qu'ils sont tous bénévoles et passent tous les jours de la semaine à leur travail d'ASC car, disent-ils, ils reçoivent les patients à tout moment.

Opinions sur l'élargissement du paquet de services

Au cours des DFG avec les leaders communautaires, à la question de savoir s'ils pensent qu'il faut élargir le travail des ASC pour qu'ils puissent traiter d'autres maladies ou s'occuper d'autres problèmes de santé des enfants, ils ont été d'accord pour : « *élargir leurs formations pour qu'ils puissent traiter notamment la toux et grippe, les verminoses, la diarrhée, la pneumonie ainsi qu'assurer les premiers secours* ».

Quant aux DFG avec les mères, elles disent que les soins chez les ASC sont gratuits, qu'elles sont satisfaites des soins, de leur qualité et des conseils que donnent les ASC, de leur disponibilité et de leur accueil et donc elles ont confiance dans le fait que les ASC sont

capables de soigner d'autres maladies telles que les vers intestinaux, la grippe, la diarrhée à condition d'avoir reçu préalablement des formations appropriées.

Les ASC eux-mêmes disent qu'ils souhaitent être formés sur la prise en charge d'autres maladies comme diarrhée, conjonctivite, verminoses et IRA. En effet, ils disent qu'il y a des mères qui se confient à eux non seulement pour des cas de paludisme des enfants mais aussi pour d'autres maladies pour lesquelles ils ne peuvent pas les aider et sont obligés de les référer aux CDS.

Selon le point de vue des responsables des BPS, BDS et CDS, les ASC sont capables de prendre en charge d'autres maladies notamment les maladies diarrhéiques, la pneumonie, l'onchocercose, les verminoses. Le niveau central[25] a déjà pris la décision de former un ASC par sous-colline à la prise en charge de la diarrhée, de la pneumonie et du paludisme (10 757 ASC) pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (pneumonie, diarrhée, paludisme, etc.) au niveau des FOSA et de la communauté.

Des professionnels aux membres de la communauté, tout le monde trouve que l'élargissement du paquet minimal de l'ASC est bel et bien possible.

Analyse des diagnostics de cas référés par les ASC

Pour voir si déjà les enfants de moins de cinq ans atteints de pneumonie ou diarrhée se présentent chez les ASC, une analyse des cas référés a été effectuée pour constater le diagnostic qu'ils ont transmis au CDS. Il n'a pas été possible de faire l'analyse de tous les cas référés, il l'a été seulement pour ceux dont les fiches de contre-référence ont été retrouvées chez les ASC. Des cas de référence analysés, 17 % ont été diagnostiqués comme « diarrhée » aux CDS et 6 % ont été diagnostiqués « pneumonie », donc presque un quart (23 %) de ces cas sont des cas de diarrhée et de pneumonie (voir le Tableau 28 ci-dessous). Si les ASC avaient été formés pour prendre en charge ces cas de diarrhée et de pneumonie, ils auraient pu les soigner au niveau communautaire.

Tableau 28 : Proportion (en %) des cas de diarrhée et de pneumonie diagnostiqués aux CDS selon les fiches de contre-référence dans les 3 derniers mois

	Gahombo n=109*	Gashoho n=95	Mabayi n=93	Total n=297
% de cas TDR négatifs référés aux CDS et diagnostiqués comme diarrhée	16	16	19	17
% de cas TDR négatifs référés aux CDS et diagnostiqués comme pneumonie	8	4	4	6

*nombre de fiches de contre référence reçues par les ASC des CDS et analysées chez les ASC

Compte tenu du contexte décrit ci-dessus, la conclusion conforte la décision déjà prise par le Gouvernement du Burundi dans le document cadre d'accélération des OMD de mettre en place et former un ASC par sous-colline pour prendre en charge le paquet constitué par le

[25] Cadre d'accélération des OMD, point B.2.1.1

paludisme, la diarrhée et la pneumonie. Cependant, le renforcement de l'encadrement des ASC et le circuit d'approvisionnement en médicaments constituent des préalables.

3.7. Points forts et défis de la PECADOM

Les points forts et les défis tirés de la mise en œuvre de la PECADOM peuvent s'appréhender au niveau des acteurs communautaires, des résultats atteints au niveau de la couverture des soins, de leur qualité et des capacités et appuis apportés à la stratégie par le système sanitaire et la communauté bénéficiaire.

Les ASC sont motivés à continuer à travailler dans le cadre de la PECADOM et sont même disposés à prendre en charge d'autres pathologies car la population en fait souvent la demande alors qu'ils ne sont pas à même de le faire présentement. Ils sont nantis d'une confiance communautaire. Malgré des leçons encourageantes, quelques défis s'observent et peuvent être des obstacles à la PECADOM. Certains de ces défis ont été observés par ailleurs[26] dans d'autres pays mettant en œuvre la PECC, notamment la motivation des ASC, la supervision, la disponibilité des produits ainsi que l'écart de financement.

Les leçons apprises confirment certaines d'entre celles apprises lors de l'évaluation MEAP (Matrice d'évaluation et amélioration de la performance des ASC)- un outil pour mesurer le fonctionnement des programmes des ASC qui a été conduit au mois d'octobre 2012 (voir Annexe 6).

La matrice des points forts et défis par objectif

Objectifs	Points forts	Défis
La couverture des soins offerts	• Le taux d'abandon (4 %) est faible • L'accès aux soins dans les 24 h du début de fièvre parmi les enfants consultés est relativement bon	• Les services offerts par les ASC ne sont pas encore connus par les mères and gardiens d'enfants • Une demande la prise en charge d'autres maladies non offerte par les ASC est formulée par les membres de la communauté • La politique d'un ASC par sous-colline (en effet, les ASC résidant près des CDS semblent être moins sollicités que ceux plus éloignés)
La qualité des soins offerts	• Le niveau des connaissances est relativement bon mais devrait être constamment renforcé • Les tâches clés de traitement sont effectuées par les ASC • Le niveau d'appréciation de la qualité des soins offerts par les ASC est satisfaisant • La communication des messages aux mères est relativement bonne	• Des faiblesses existent dans les différentes pratiques (de diagnostic, de traitement et de suivi des patients) mais sont plus importants dans les connaissances de signes de danger et les conseils • La référence et contre-référence pourrait être améliorées

[26] Bulletin of WHO, 2012, op.cit.

Objectifs	Points forts	Défis
Capacité et appui du système de santé à la PECADOM	• L'implication manifeste du gouvernement et ses partenaires dans la coordination et le financement de la mise en œuvre de la PECADOM	• L'appropriation de la stratégie par le programme en charge du paludisme n'a pas encore atteint le niveau souhaité pour la relève et la pérennisation en cas de désengagement des partenaires
	• La supervision technique des ASC est faite au moins tous les 3 mois pour plus de 80 % des ASC • La réunion mensuelle est faite régulièrement au CDS	• La supervision ne semble pas encadrer les ASC, vu les résultats de qualité de soins • Manque de déplacement pour la supervision et beaucoup d'ASC à superviser • Réunions mensuelles ne sont pas utilisées au maximum et il semble que le canevas de la réunion n'est pas suivi
	• Les ASC sont satisfaits avec leur matériel comme facteur motivant mais ne reçoivent pas d'autres motivations	• Le soutien et appui de la communauté à la PECADOM est presque inexistant (faible appropriation communautaire) • la motivation des ASC ou l'encouragement matériel ont été une demande permanente dans toutes les conversations
	• Le remplissage des outils de gestion des médicaments par les ASC est bon	• Des cas de rupture de stock surtout au niveau supérieur de la chaîne d'approvisionnement • L'approvisionnement en médicaments se fait de manière irrégulière (pas la fréquence d'approvisionnement) malgré le système prévu de réapprovisionnement : commandes mensuelles
	• Le système de suivi de la PECADOM est fondé sur le rapportage et la gestion et l'exploitation d'une base de données au niveau de district	• Le système de suivi de la PECADOM est parallèle et hors du SIS • La base de données n'est pas protégée
	• les ASC ont été préparés : formation, équipement	• Le feed-back des CDS aux ASC n'est pas suffisamment connu et le taux de contre-référence vers les ASC est faible • Absence de stratégie de communication et de mobilisation sociale.
Financements	• Des partenaires accompagnent le gouvernement dans le financement de la PECADOM • Une estimation des coûts du paquet intégré existe déjà selon les hypothèses utilisées et peut être utilisé pour le plaidoyer	• Un écart non moins important de financement est à combler pour la mise à l'échelle de la PECADOM ou du paquet intégré

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

4.1. Conclusions

La PECADOM dans les DS pilotes est une stratégie qui est mise en œuvre malgré les défis de démarrage observés, bien appréciée par les prestataires et les bénéficiaires des soins de prise en charge du paludisme chez les enfants. Vu le grand nombre de cas traités par les ASC, elle contribue à faire reculer le paludisme dans la communauté. Les ASC sont dans l'ensemble à la hauteur des attentes de la communauté et sont à même de faire davantage s'ils sont formés pour cela. Bref, elle a atteint ses objectifs :

- en contribuant à réduire l'inaccessibilité géographique (proximité des ASC et bénéficiaires) ;
- en augmentant la prise en charge des cas dans les 24 heures de début de fièvre ;
- en renforçant les liens de collaboration entre les communautés et les structures de santé.

Néanmoins, des défis persistent surtout dans l'encadrement des ASC et nécessitent une attention particulière pour améliorer la mise en œuvre de la stratégie ou l'intégration des autres maladies. Il s'agit notamment du faible niveau des pratiques des ASC par rapport au protocole de prise en charge, de l'écart avec les connaissances qui pose un problème de qualité des soins, de l'insuffisance de la supervision des ASC, de la faible motivation des ASC et des ruptures de stock à tous les niveaux. La population souhaite disposer d'un paquet plus élargi de prise en charge. Les limites de l'étude font appel à des investigations complémentaires sur l'impact de la stratégie de PECADOM.

4.2. Recommandations

Compte tenu des résultats présentés qui font état des succès de la PECADOM mais aussi des défis y relatifs, il recommandé à toutes les parties prenantes du secteur de la santé en général et de celui de la santé communautaire en particulier de :

Au MSPLS et ses partenaires :

1. *Recommandations ciblant les goulots d'étranglement de la PECADOM dans l'immédiat*

- Analyser et renforcer ou redéfinir le modèle de supervision ;
- Renforcer le système d'approvisionnement ;
- Inciter le niveau opérationnel à opérationnaliser la formation continue des ASC lors des réunions mensuelles ;
- Analyser les rapports sur la PECC et transmettre un feed-back aux BDS.

2. *Recommandations ciblant la mise en œuvre de la PECC intégrée*

- Plaider en faveur de la contribution financière du Gouvernement du Burundi: une rubrique budgétaire directe pour la santé communautaire au CDS ;
- Plaider en faveur de la mobilisation de ressources additionnelles ;

- Définir la direction ou l'unité de MSPLS qui coordonne la mise en œuvre de la PECC et créer un comité de coordination ;
- Développer un guide de mise en œuvre de la PECC ;
- Planifier l'expansion de la mise en œuvre (en privilégiant les ASC éloignés des CDS) ;
- Spécifier les rôles des districts et CDS dans l'encadrement des ASC ;
- Mettre en place un mécanisme durable de motivation par exemple FBP-Communautaire et l'engagement de la communauté ;
- Prendre en compte les enfants traités par les ASC dans le calcul de l'enveloppe du CDS pour le FBP afin de générer des fonds pour couvrir des dépenses liées à la PECC ;
- Définir une stratégie de communication et sensibilisation au niveau communautaire sur les services disponibles ;
- Spécifier et quantifier les produits nécessaires et assurer l'adhésion à leurs spécifications techniques dans l'approvisionnement ;
- Assurer la formation initiale et continue des ASC ;
- Définir les indicateurs de la PECC à inclure dans le SNIS ;
- Considérer la technologie mobile pour la transmission de données (par exemple de la logistique) afin d'améliorer la promptitude des rapports ;
- Mettre en place un système d'amélioration de la qualité ;
- Réaliser une étude complémentaire à la présente évaluation sur l'impact de la PECADOM.

Aux BPS et BDS

- Renforcer la supervision, considérant le modèle mis en place et les moyens requis pour mieux encadrer les ASC ;
- Analyser les goulots d'étranglement pour éviter les ruptures de stock ;
- Analyser régulièrement les données de la PECC, y compris la disponibilité et la consommation des produits à chaque niveau (BDS, CDS et ASC) ;
- Identifier un point focal des activités communautaires au niveau de chaque CDS.

Aux CDS

- Organiser et mettre en œuvre la supervision selon le modèle défini ;
- Analyser les rapports des ASC et identifier les écarts ;
- Rentabiliser les réunions mensuelles de coordination des ASC pour renforcer de façon continue leurs capacités de prise en charge (formation continue et observation).

ANNEXE 1 : RESPONSABILITÉS DE L'ASC SELON LE GUIDE DE MISE EN ŒUVRE

- Sensibiliser la communauté sur les mesures préventives du paludisme ;
- Identifier les enfants avec signes de danger, les référer et convaincre les mères de consulter le CDS ;
- Faire un test de diagnostic rapide aux enfants ayant de la fièvre ;
- Administrer les médicaments aux enfants avec TDR positif ;
- Donner des conseils aux mamans/parents/accompagnateurs concernant la prise correcte des médicaments ;
- Sensibiliser la communauté sur l'importance de l'enveloppement humide dès l'apparition de la fièvre, les consultations précoces en cas de fièvre ;
- Faire le suivi des enfants traités : observance, effets secondaires, guérison, etc. ;
- Remplir correctement la fiche de consultation ;
- Transmettre les rapports mensuels des cas traités et référés dans le respect du canevas convenu ;
- Conserver les fiches de contre-référence et aider les parents dans le suivi des conseils donnés par le CDS ;
- Participer aux réunions mensuelles organisées à l'intention des ASC ;
- Se réapprovisionner en médicaments et autres matériels en cas de besoin ;
- Collaborer avec la communauté pour le réapprovisionnement en médicaments ;
- Stocker correctement les médicaments, se réapprovisionner à temps ;
- Tenir et remplir correctement les fiches de stock.

ANNEXE 2 : TABLEAU SYNOPTIQUE DES INDICATEURS

Indicateurs	Valeurs			
	Gahombo	**Gashoho**	**Mabayi**	**Ensemble**
Objectif 1 : Evaluer la couverture des soins de la PECADOM				
Indicateurs de processus				
1. nombre moyen d'enfants consultés par les ASC par mois pendant les 11 derniers mois (septembre 2012-juillet 2013) (de suivi mensuel)	1260 5/ASC	2031 13/ASC	2413 8/ASC	5704 8/ASC
2. % des enfants consultés par les ASC dans les24 heures de la fièvre dans les 11 derniers mois	86	83	78	82
3. % des enfants de moins de 5 ans référés au CDS par les ASC dans les 11 derniers mois (par rapport au total des enfants consultés)	***53***	24	53	***43***
4. % des cas référés par les ASC et pour lesquels on a posé le diagnostic de diarrhée ou de pneumonie au CDS dans les 11 derniers mois (dénominateur : total des contre-références reçues)	• Diarrhée : 16 • Pneumonie : 8	• Diarrhée : 16 • Pneumonie : 4	• Diarrhée : 19 • Pneumonie : 4	• Diarrhée : 17 • Pneumonie : 6
5. % d'ASC qui réalisent au moins une visite de sensibilisation dans sa zone d'intervention dans les dernier 3 mois	85	80	97	90
Indicateurs de produit				
6. % TDR positifs (dans les 11 derniers mois)	*52*	*78*	*46*	*59*
7. % des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre avec TDR positifs, vus par les ASC dans les 24 h suivant le début de la fièvre et qui reçoivent le traitement correct	*95*	85	99	*92*
8. % de sous-collines desservies pour lesquelles les ASC sont opérationnels	96 %	96 %	96 %	96 %

Indicateurs	Valeurs			
	Gahombo	**Gashoho**	**Mabayi**	**Ensemble**
Indicateurs d'impact				
Objectif 2 : Evaluer la qualité des soins de la PECADOM				
Indicateur de processus				
9. % des ASC qui donnent les conseils appropriés sur la prévention, sur la prise des médicaments et sur la conduite à tenir si l'état de l'enfant ne s'améliore pas	Comment donner les doses : 100 Expliquer l'importance de terminer dose : 80 Garder les médicaments loin des enfants : 20 Ramener enfant : 59 Dormir sous MIILDA : 95	Comment donner les doses : 100 Expliquer l'importance de terminer dose : 54 Garder les médicaments loin des enfants : 31 Ramener enfant : 59 Dormir sous MIILDA : 92	Comment donner les doses : 90 Expliquer l'importance de terminer dose : 70 Garder les médicaments loin des enfants : 30 Ramener enfant : 69 Dormir sous MIILDA : 89	Comment donner les doses : 95 Expliquer l'importance de terminer dose : 55 Garder les médicaments loin des enfants : 32 Ramener enfant : 64 Dormir sous MIILDA : 91
Indicateurs de résultats				
10. % des ASC qui ont les connaissances nécessaires sur l'identification des signes de danger	38	44	40	40
11. % des ASC qui évaluent correctement les cas de fièvre	Toucher l'enfant : 88 Vérifier la pâleur des mains et de la conjonctive : 36	Toucher l'enfant : 91 Vérifier la pâleur des mains et de la conjonctive : 39	Toucher l'enfant : 72 Vérifier la pâleur des mains et de la conjonctive ; 53	Toucher l'enfant : 80 Vérifier la pâleur des mains et de la conjonctive ; 46
% des ASC qui traitent correctement les cas de fièvre	Donner médicament 100 donner médicaments appropriés : 100 donner première	Donner médicament 100 donner médicaments appropriés : 100 donner première	Donner médicament 100 : donner médicaments appropriés : 100 donner première	Donner médicament : 100 donner médicaments appropriés : 100 donner première :

Indicateurs	Valeurs			
	Gahombo	**Gashoho**	**Mabayi**	**Ensemble**
	dose : 100 expliquer d'écraser médicaments : 100 expliquer l'administration de la deuxième et troisième dose : 100 superviser l'enfant pendant 30 min 80 Importance de finir la cure : 80	dose : 100 expliquer d'écraser médicaments : 92 expliquer l'administration de la deuxième et troisième dose : 100 superviser l'enfant pendant 30 min 69 Importance de finir la cure : 54	dose : 100 expliquer d'écraser médicaments : 85 expliquer l'administration de la deuxième et troisième dose : 90 superviser l'enfant pendant 30 min 80 Importance de finir la cure : 70	100 expliquer d'écraser médicaments : 90 expliquer l'administration de la deuxième et troisième dose : 95 superviser l'enfant pendant 30 min 76 Importance de finir la cure : 66
12. % des mères qui rappellent les messages reçus comme conseils	l'état de l'enfant s'aggrave : 40 d'autres signes apparaissent : 20 L'enfant n'est pas amélioré après 24 h de prise de médicaments : 20 n'est pas amélioré après prise de 3ème dose : 0 l'enfant présente un rash cutané : 20	l'état de l'enfant s'aggrave : 31 d'autres signes apparaissent : 15 L'enfant n'est pas amélioré après 24 h de prise de médicaments : 8 n'est pas amélioré après prise de 3ème dose : 31 l'enfant présente un rash cutané : 15	l'état de l'enfant s'aggrave : 80 d'autres signes apparaissent : 30 L'enfant n'est pas amélioré après 24 h de prise de médicaments : 25 n'est pas amélioré après prise de 3ème dose : 60 l'enfant présente un rash cutané : 5	l'état de l'enfant s'aggrave : 58 d'autres signes apparaissent : 24 L'enfant n'est pas amélioré après 24 h de prise de médicaments : 18 n'est pas amélioré après prise de 3ème dose : 42 l'enfant présente un rash cutané : 11
Objectif 3 : Evaluer la capacité et l'appui du système dans la mise en œuvre de la PECADOM				
13. % des ASC avec les fiches de stock remplies et à jour	87	56	59	65

Indicateurs	Valeurs			
	Gahombo	**Gashoho**	**Mabayi**	**Ensemble**
14. % des ASC qui conservent les médicaments correctement dans la caisse fermée avec cadenas	87	90	74	81
15. % des ASC sans rupture de stock pour ASAQ et TDR pendant les 3 derniers mois	ASAQ 2-11 mois : 85 ASAQ 1-5 ans : 79 TDR paracheck : 92	ASAQ 2-11 mois : 33 ASAQ 1-5 ans : 26 TDR paracheck : 31	ASAQ 2-11 mois : 74 ASAQ 1-5 ans : 64 TDR paracheck : 60	ASAQ 2-11 mois : 67 ASAQ 1-5 ans : 58 TDR paracheck : 61
16. % des CDS sans rupture de stock pour ASAQ et TDR pendant les 3 derniers mois	ASAQ 2-11 mois : 83 ASAQ 1-5 ans : 100 TDR paracheck : 67	ASAQ 2-11 mois : 100 ASAQ 1-5 ans : 67 TDR paracheck : 0	ASAQ 2-11 mois : 100 ASAQ 1-5 ans : 100 TDR paracheck : 100	ASAQ 2-11 mois : 96 ASAQ 1-5 ans : 92 TDR paracheck : 38
17. Nombre de pharmacies de district sans rupture de stock pour ASAQ et TDR pendant les 3 derniers mois	ASAQ 2-11 mois : 1 ASAQ 1-5 ans : 1 TDR paracheck : 0	ASAQ 2-11 mois : 1 ASAQ 1-5 ans : 1 TDR paracheck : 0	ASAQ 2-11 mois : 1 ASAQ 1-5 ans : 1 TDR paracheck : 0	ASAQ 2-11 mois : 3 ASAQ 1-5 ans : 3 TDR paracheck : 0
18. % des ASC avec tous les produits disponibles selon le niveau de stocks et des consommations (ASAQ, TDR, gants, boîte de sécurité) le jour de l'enquête	85	74	81	80
19. % des CDS avec tous les produits disponibles (ASAQ, TDR, gants, boîte de sécurité) le jour de l'enquête	83	17	58	54
20. Nombre de pharmacies de district avec tous les produits disponibles (ASAQ, TDR, gants, boîte de sécurité) le jour de l'enquête	0	0	0	0
21. % des ASC supervisés par les prestataires des CDS	72	85	91	85

Indicateurs	Valeurs			
	Gahombo	**Gashoho**	**Mabayi**	**Ensemble**
au moins une fois dans les 3 derniers mois				
22. % des CDS tenant les réunions mensuelles de coordination avec les ASC	100	100	100	100
23. % des ASC qui ont transmis dans les 3 dernier mois leurs rapports mensuels (des cas et de médicaments) au CDS la première semaine du mois	59	54	91	74
24. % des ASC qui disent qu'ils reçoivent un appui de leur communauté (cadeau en nature, argent ou encouragement)	33	13	15	20

ANNEXE 3 : LISTE DES OUTILS UTILISÉS DANS L'ÉVALUATION

1. Un questionnaire individuel pour ASC (y compris les questions relatives aux coûts) ;
2. Une check-list pour observation et pointage des interactions mère-ASC ;
3. Un guide d'entretien avec les mères à la sortie de la consultation ;
4. Un guide d'entretien avec des responsables des formations sanitaires (titulaires de CDS/TPS superviseur PECADOM (ensemble) ;
5. Un guide d'entretien avec le responsable de la pharmacie de district ;
6. Un guide d'entretien pour les responsables des districts et le superviseur de la PECADOM (ensemble) ;
7. Un guide d'entretien avec le responsable du BPS ;
8. Un guide d'entretien pour les discussions en « focus group » avec les mères ou personnes accompagnant les enfants ;
9. Un guide d'entretien pour les discussions en « focus group » avec les leaders communautaires (chefs de collines et membres des COSA) ;
10. Un guide d'entretien pour les discussions en « focus group » avec les ASC.

ANNEXE 4 : LISTE DES CDS VISITÉS LORS DE L'ÉVALUATION

DS Gahombo	DS Gashoho[27]	DS Mabayi	
1. CDS Mubogora	1. CDS Gisanze	1. CDS Buseruko	7. CDS Ruhororo
2. CDS Muhanga II	2. CDS Mirwa	2. CDS Rugajo	8. CDS Nyarusebeyi
3. CDS Rukago	3. CDS Kagari	3. CDS Rubirizi	9. CDS Buhoro
4. CDS Gahombo	4. CDS Nyagatovu	4. CDS Ruziba	10. CDS Masango
5. CDS Ngoro	5. CDS Nyungu	5. CDS Rubona	11. CDS Ndora
6. CDS Gatara	6. CDS Kigoganya	6. CDS Rutabo	12. CDS Butara

[27] Pour les DFG avec les ASC, les CDS de Bwasare et Gashoho ont été visités alors qu'ils ne faisaient pas partie de l'échantillon initial

ANNEXE 5 : DÉTAILS DES ÉLEMENTS D'ÉVALUATION DES COÛTS

1. **Liste des médicaments**
   - ASAQ 25/67,5 mg
   - ASAQ 50/135 mg
   - Test de diagnostic rapide (TDR)
   - Sels de réhydratation orale (SRO), sachet en poudre pour 1000 ml
   - Zinc (20 mg) comprimé
   - Amoxicilline (250 mg) comprimé
   - Gants

2. Liste des équipements et fréquence de leur remplacement

Article	Fréquence de remplacement (ans)
Caisse en bois	**3**
Minuterie pour le TDR	**3**
Gobelet	**3**
Cuillère	**2**
Téléphone	**1**
Sacoche	**3**
parapluie	**2**
Imperméable	**3**
Paire de bottine	**2**
Ordinogramme	**5**
Aide-mémoire pour l'utilisation du paracheck	**3**
Carnet de réquisition	**1**
Registre	**1**
Carnet des fiches de transfert	**1**
Bicyclette	**0**
Lampe torche	**1**
Boîte de sécurité	**0**
Fiches de stock	**1**
Minuterie pour le diagnostic de la pneumonie	**2**

3. Liste des personnels dans la gestion des programmes communautaire (PECADOM et iCCM)

Coordinateur du PNILP	Ministère de la Santé publique
Coordinateur adjoint du PNILP	Ministère de la Santé publique
Superviseurs du PNILP	Ministère de la Santé publique
Laborantins du PNILP	Ministère de la Santé publique
Directeur de l'offre et de la demande de soins	Ministère de la Santé publique
Point Focal PCIME	Ministère de la Santé publique
Directeur Promotion de la santé, de l'hygiène et assainissement	Ministère de la Santé publique
ICCM/NTD Advisor	MSH
Responsable administratif	MSH
Chauffeurs	MSH
Senior Program Manager	MSH
Responsables de formation	CONCERN
Responsable de la mobilisation communautaire	CONCERN
Animateurs	CONCERN
Chargé de projet	CONCERN
Chargé du Suivi-Évaluation	CONCERN

4. Supervision au niveau du district sanitaire (DS) et du centre de santé (CDS)

Centre de santé (CDS)	Titulaire de CDS
	Titulaire adjoint
	Technicien de la promotion de la santé
	Infirmier
District sanitaire (DS)	Médecin chef de district
	Superviseur de Point focal
	Gestionnaire de Pharmacie
	Gestionnaire du SIS

ANNEXE 6 : ÉVALUATION MEAP D'OCTOBRE 2012

Démarche méthodologique

- Discussion avec les partenaires et le Ministère de la Santé sur l'outil d'évaluation « MEAP » : Matrice de l'évaluation et amélioration de la performance des ASC- un outil pour mesurer le fonctionnement des programmes des ASC
- Un atelier avec les ASC, les titulaires des CDS, les TPS et les superviseurs des BDS de Gahombo et Gashoho appliquant l'outil MEAP
- Observations des consultations faites par 3 ASC aux CDS de Gasorwe et Gashoho
- Entretiens avec quelques ASC aux CDS de Gasorwe (Gashoho) et Gakenke (Gahombo) pour valider les résultats de l'évaluation MEAP
- Analyse des données de derniers mois

Analyse :

Points forts	Points faibles	Actions proposées
Le recrutement des ASC		
• Le recrutement des ASC est participatif et la communauté est impliquée	• Tous les ASC sont nouveaux – ils ne sont pas parmi les ASC de DPHSA avec d'autres fonctions • Les procédures de remplacement ne sont pas spécifiées	• Étudier la différence en charge de travail et motivation entre Kayanza/Muyinga et Cibitoke où les ASC de la PECADOM étaient déjà ASC • Développer les procédures de remplacement et ajouter au guide de mise en œuvre
Formation		
• La formation initiale des ASC est bonne et complète	• Manque de formation continue	• Introduire les sessions de formation continue lors des réunions mensuelles • Assurer que les CDS puissent faire la formation des ASC remplaçants

Points forts	Points faibles	Actions proposées
Matériel et équipement		
• Le matériel fourni sert comme motivation	• Beaucoup de matériel et équipements non fournis ou en panne • Rupture de stocks des médicaments	• Rééquipement des ASC avec matériel selon un inventaire • Améliorer le système de réquisition – le problème de Gahombo est le faible nombre de cas- donc la CMM de CDS n'est pas suffisante pour assurer que chaque ASC ait une quantité minimum des blisters de ASAQ. La proposition est d'utiliser le concept maximum et minimum et de distribuer une quantité de blisters aux ASC selon leur stock actuel pour remplir leur stock maximum. Les stocks maximum et minimum seront différents entre les districts. Après la distribution, les ASC s'approvisionnent chaque mois pour avoir leur stock maximum. • Appuyer la pharmacie de district à saisir les données de CDS dans « Channel » et faire l'analyse sur la disponibilité des médicaments au niveau de chaque CDS. • Former une équipe d'analyse : point focal du paludisme/chargé de SNIS, pharmacien de district

Points forts	Points faibles	Actions proposées
Supervision		
• Réunions mensuelle se font au CDS	• Supervision pas assez fréquente • Réunions mensuelles pas utilisées comme supervision	• Explorer avec les CDS la possibilité d'appuyer la supervision financièrement par ex. frais de déplacements pour les TPS • Plaidoyer au MSP pour les moyens de transport pour les TPS • Considérer la supervision par des pairs • Introduire un canevas de réunion mensuelle pour assurer que les réunions suivent une approche de formation continue et ajouter observation des consultations comme une méthodologie d'apprentissage sur le modèle des autres • Orienter les superviseurs sur la check-list et le contenu de la réunion mensuelle
Informations		
• Données disponibles au niveau de CDS car les ASC apportent leur registre chaque mois	• Le BDS n'utilise pas les données • La génération de rapports est insuffisante : par exemple dans le district de Gashoho, 92 % des CDS ont envoyé leur rapport compilé chaque mois et une moyenne de 90 % des ASC envoient leurs données au CDS	• Développer une base de données pour la saisie de données compilées au niveau des BDS • Compléter les données sur la fiche compilée pour pouvoir analyser au niveau de BDS et agir en conséquence • Renforcer la capacité des superviseurs au BDS d'analyser et utiliser les données
TDR négatif		
	Un grand pourcentage des cas qui sont TDR négatif démotivent les ASC et la population : • À Gashoho, 26 % des TDR effectués étaient négatifs • À Gahombo, 85 % des TDR effectués étaient négatifs	• Considérer un paquet de la PECC des maladies de l'enfant

Points forts	Points faibles	Actions proposées
Qualité de la prise en charge		
• Manipulation de TDR en général bonne et l'interprétation de résultat aussi	• Recherche des signes de danger faible • Questions d'historique ne sont pas faites systématiquement si elles sont posées • Lacunes dans l'examen physique	• Session de formation continue • Observations des consultations

Autres points faibles qui ont été soulignés lors de l'atelier :

- Implication de la communauté.
  Il semble que la population demande d'autres soins, ne concernant pas seulement le paludisme (c'est un facteur pour la considération de prise en charge intégrée), mais aussi il n'existe aucun appui de la communauté en termes de cadeaux ou appui dans les champs, etc., peut-être parce que la communauté ne valorise pas suffisamment le travail de l'ASC, surtout dans le cas de Gahombo avec peu de cas positifs.

- Appropriation de pays et le lien avec le système de santé
  Il est vrai que pour le moment c'est un projet pilote, mais les participants à l'atelier ont reconnu que le manque de budget pour les activités des ASC au niveau des CDS et du district pose un problème. Par exemple, parfois les ASC n'ont pas de fiches de stock, et les CDS utilisent les feuilles vierges pour leurs rapports au lieu des fiches photocopiées.

ANNEXE 7 : COMPOSITION DES ÉQUIPES DE L'ÉVALUATION

1. Membre du Comité technique de l'évaluation

1. Dr NDABAGIYE Irenée : Président du comité – Direction des projets et programmes de santé – Ministère de la Santé
2. Dr BARADAHANA Lydwine : Directrice adjointe du PNILP (Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme)
3. Dr NTIRAMPEBA Protais : Directeur, Direction de la Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement)
4. Dr NDAYIZEYE Félicien : Unité de prise en charge au PNILP
5. Dr NKURUNZIZA Maurice : Responsable de l'Unité de prise en charge au PNILP
6. Dr NAHAYON Floride : Conseillère à la Direction générale des services de santé, Ministère de la Santé
7. Dr BAZOMBANZA Pierre-Claver : Point focal PCIME, Ministère de la Santé
8. Dr BAZA Dismas : Point focal Paludisme, OMS
9. Dr BIMENYIMANA Ignace : Coordinateur technique, SEP/CNLS/Paludisme
10. Dr ASMINI Hassan : Directrice, Direction du Système National d'Information Sanitaire
11. Dr SOPHIE Léonard : Chef de section Santé et Nutrition, UNICEF
12. Dr MUTONI Annie : En charge de la Santé Maternelle et Infantile, PSI
13. Dr MBONINYIBUKA Déo : En charge de la Santé Infantile, Pathfinder
14. Mme MUKERABIRORI Aline : Directrice Pays des Projets, MSH
15. Mme NIZINA Jeanne-Paula : Unité Prise en charge, PNILP
16. M. NSENGIYUMVA Emmanuel : Directeur technique
17. M. MBANYA Hypax : Responsable de l'Unité de prise en charge, PNILP
18. M. SULA Delphin : Responsable de la santé, CONCERN WORLD WIDE
19. M. NIYITEGEKA François : Directeur des Opérations (*Program Operations Director*), World Relief, Burundi

2. Personnel de MSH

1. BRIGGS Jane
2. FRANCO Ciro
3. Dr HARERIMANA Pascaline

3. Consultants

1. M. HABIMANA Faustin
2. M. BUTOYI Pascal
3. M. NDAYITWAYEKO Firmin

4. Chefs d'équipes, enquêteurs et agents de saisie

Chefs d'équipes

1	Barazi Emile	5	Hamineza David
2	Hashazinka Jean Claude	6	Karorero Emmanuel
3	Mpimbaze Pacifique	7	Nduwimana Jean Claude
4	Niyonsaba Rémy	8	Semurunga Eric

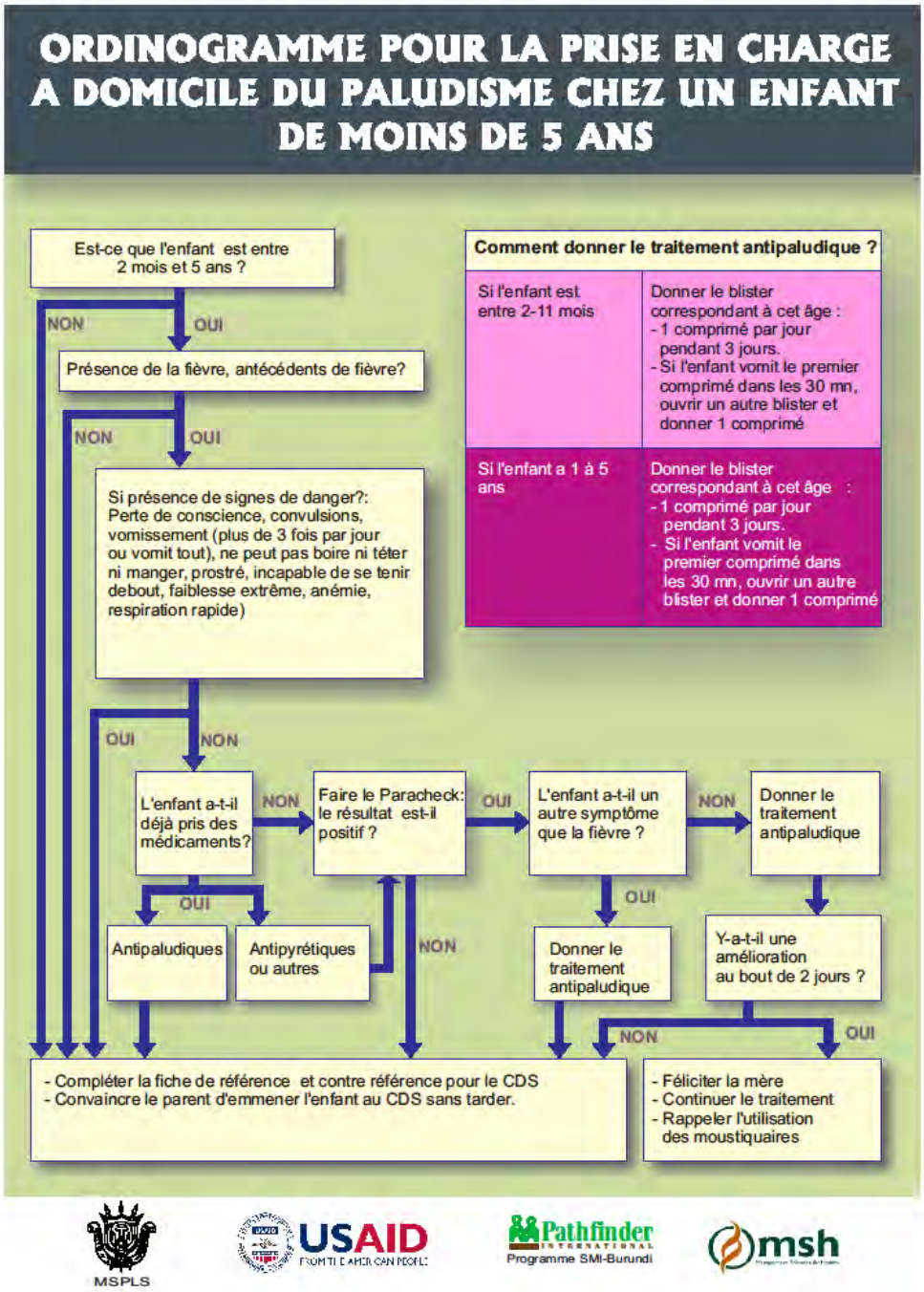
Enquêteurs

1	Mbonwanayo Thomas	21	Bahuwufise Cyriaque
2	Ndabihawenimana Jean de Dieu	22	Gatore Aline
3	Ndayizeye Aloys	23	Mwiseneza Francine
4	Ndayizeye Jean Bosco	24	Ndayishimiye Richard
5	Ndonkeye Espérance	25	Nininahazwe Charles
6	Munezero Prosper	26	Ngendakumana Clément
7	Nduwimana Médiatrice	27	Niyokindi Emmanuel
8	Nijimbere Rénovat	28	Niyomwungere Donatien
9	Nindabira Anitha	29	Niyongabo Tharcisse
10	Niyubahwe Aline	30	Niyonkuru Damien
11	Nimubona Evode	31	Banyankimbona Viateur
12	Nkunzimana Jeanine	32	Bicereza Peggy
13	Ntungwanayo Fidélité	33	Bikorimana Yves
14	Nzojiyobiri Vital	34	Bukuru Melchiade
15	Simbahwanya Edouard	35	Nkurunziza Prosper
16	Butoyi Sébastien	36	Irimbere Félicien
17	Gahungu Emmanuel	37	Kaneza Aline
18	Habonimana Gérard	38	Kaneza Concilie
19	Inamuco Joëlle	39	Kezimana Thierry
20	Irakoze Bella	40	Masabo Jean Berchmans

Agents de saisie

1	Ndayikeza Josiane	5	Ndayiragije Olivier
2	Nimpagaritse Onesphore	6	Munyana Belinda
3	Bigirmana Alain	7	Maniraho Aime Lyse
4	Nsengiyumva Janvier	8	Mberamiheto Fulgence

ANNEXE 8 : RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bulletin of World Health Organization, Community case management of childhood illness : policy and implementation in Countdown to 2015 countries, 2012, 90 :183-190
- Déclaration commune OMS/UNICEF, Prise en charge des cas de maladie de l'enfant dans la communauté (PEC-C), juin 2012
- Étude sur l'état des lieux de la prise en charge communautaire du paludisme à Madagascar, Rapport sur l'analyse de la situation, août 2008
- Évaluation externe de l'intervention de PSI sur l'impact de la prise en charge communautaire des cas de paludisme sur la mortalité infanto juvénile, rapport de l'enquête de base, août 2010
- Evaluation of the home-based management of malaria strategy in Rwanda 2008, avril 2009
- External evaluation of the pilot phase of the home-based management of malaria program in Rwanda, rapport final, février 2007
- Guide de prise en charge du paludisme à domicile au Burundi
- Survie de l'enfant : la situation s'améliore dans le monde, 17 septembre 2013 http://iipdigital.usembassy.gov/st/french/article/2013/09/20130917283050.html#axzz39Y1ANMoK
- MSPLS, Étude de faisabilité de la PECADOM au Burundi, mai 2010
- MSPLS, Manuel de procédure en santé communautaire, janvier 2012
- MSPLS, Orientation stratégique de la santé communautaire au Burundi, janvier 2012
- MSPLS, Plan national de développement sanitaire du Burundi, 2011-2015
- MSPLS, PNILP, Revue des performances du Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme, Aide-mémoire, 14 octobre 2011
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Burundi 2013-2017, juillet 2013
- République du Burundi, PNUD, Cadre d'accélération des Objectifs du Millénaire pour le développement : la garantie d'une santé maternelle et infantile améliorée, octobre 2013
- République du Burundi, Enquête démographique et de santé au Burundi 2010, Rapport final, mai 2012

ANNEXE 9 : ORDINOGRAMME UTILISÉ PAR LES ASC