



MALARIA CONSORTIUM  
DOSSIER DE SYNTHÈSE

# Mise en place de la chimioprévention du paludisme saisonnier en milieu urbain

Retour d'expérience du Burkina Faso

## Leçons clés

- Pour informer les populations urbaines des bénéfices de la chimioprévention du paludisme saisonnier il faut utiliser d'autres moyens de communication comme les stations de radio ou les réseaux sociaux.
- Le mode de vie urbain et la complexité du milieu urbain impliquent de recruter et former un plus grand nombre de personnes pour la distribution communautaire par rapport au milieu rural, car la distribution en porte-à-porte de la chimioprévention du paludisme saisonnier est plus lente en ville.
- En ville, il est plus difficile de recruter des distributeurs communautaires que les membres de la communauté connaissent bien et en qui elles ont confiance, pourtant c'est un point clé pour s'assurer que les personnes en charge des enfants acceptent l'administration des médicaments, ainsi que pour maintenir la motivation des distributeurs et s'assurer qu'ils ne manquent aucun foyer.

# Historique

Au Sahel, la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) est une intervention très efficace dans la prévention de l'infection par le paludisme au cours de la saison des pluies, période du pic de transmission, chez les sujets les plus à risque : les enfants de moins de cinq ans.

La CPS est principalement distribuée en porte-à-porte par les distributeurs communautaires, qui travaillent en binôme pour administrer les quatre cycles mensuels de traitement antipaludique à base de sulfadoxine-pyriméthamine et amodiaquine (SP+AQ) aux enfants éligibles. Les distributeurs sont des bénévoles, mais ils reçoivent une compensation pour chaque jour travaillé sur la campagne de distribution.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît la CPS comme une intervention fiable et rentable, pouvant prévenir jusqu'à 75 pour cent de tous les épisodes de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, lorsqu'elle est utilisée en parallèle avec d'autres interventions, comme la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent et les moustiquaires imprégnées d'insecticide.<sup>[1]</sup> L'OMS estime que la CPS peut sauver la vie d'un enfant pour 1000 traités.<sup>[2]</sup>

Malaria Consortium est précurseur dans la mise en place de la CPS depuis 2013, où avait été réalisé le premier déploiement pilote au Nigéria. Nous avons ensuite mené un rapide déploiement à plus grande échelle de la CPS avec le projet ACCESS-SMC entre 2015 et 2017, s'adressant à sept millions d'enfants au Burkina Faso, au Tchad, en Guinée, au Mali, au Niger, au Nigéria et en Gambie.<sup>[3]</sup> Depuis 2018, Malaria Consortium continue la mise en place de la CPS au Burkina Faso, au Tchad et au Nigeria. En 2019, nous avons pu traiter six millions d'enfants, dont 1,3 millions au Burkina Faso.<sup>[4]</sup>

## Activités

Au Burkina Faso, le travail de l'équipe de CPS de Malaria Consortium se fait avec le gouvernement ainsi que d'autres partenaires pour la planification des campagnes de CPS, la sélection et la formation des distributeurs communautaires, la supervision des établissements, le renforcement de l'engagement communautaire, l'approvisionnement et la distribution de SP+AQ, et l'apport de conseils techniques sur la mise en œuvre de la CPS au niveau régional et national. En 2019, notre programme de CPS s'est déroulé à la fois en milieu rural et urbain, dans le cadre politique nationale de parvenir à une couverture totale du pays en distribuant la CPS dans ses 70 districts. La capitale du Burkina Faso, Ouagadougou, a également été couverte pour la première fois.

## Leçons tirées

Au cours du déploiement, les différences socio-économiques entre le milieu urbain et rural, et l'urbanisation galopante de Ouagadougou ont eu un impact plus marqué sur la campagne de distribution que prévu, nécessitant des adaptations stratégiques. Ci-dessous, quelques-unes des principales leçons tirées.

- La méthode de distribution de la CPS en porte-à-porte a été lente. Non seulement les enfants étaient sous la garde de personnes n'ayant pas autorité à consentir à la CPS en leur nom, mais leur répartition était également plus éparse ; les ménages urbains ont tendance

à avoir moins d'enfants et à être plus isolés socialement que les ménages ruraux, les enfants devaient donc être traités un par un plutôt que collectivement. Cette différence de mode implique des visites répétées à un même quartier urbain afin de pouvoir rencontrer tous les enfants éligibles, ainsi que le recrutement de distributeurs communautaires supplémentaires. Nous avons également mis en place des sites fixes de traitement dans les centres de santé et sur les marchés de Ouagadougou afin de proposer un autre moyen pour les personnes d'accéder à la CPS. Cependant, ces sites ont peu été utilisés car les gens n'ont pas eu connaissance de leur existence où n'ont pas eu le temps de s'y rendre.

- Le recours à des crieurs publics pour communiquer les informations clés sur la campagne, y compris quels en sont les bénéficiaires ainsi qu'ou et quand recevoir la CPS, a été moins efficace car le bouche à oreille fonctionne moins bien auprès des familles urbaines qu'au sein des communautés rurales. Les programmes de communication ont donc été modifiés en amont de la deuxième campagne pour inclure des diffusions radio, sur les réseaux sociaux, ainsi que des affiches et panneaux. Pour atténuer les réactions négatives des personnes en charge des enfants par rapport à la campagne sur les réseaux sociaux en raison des problèmes de consentement, le Ministère de la Santé a renforcé sa communication, incluant des interviews auprès des médias, pour mieux expliquer l'importance du consentement.
- Du fait de l'urbanisation galopante de Ouagadougou, les estimations de population étaient incorrectes et le nombre d'enfants éligibles au traitement avait été sous-estimé. Ceci, malgré les données récentes (Juin 2019) sur les distributions de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée et de vitamine A utilisées dans la planification de la campagne. En amont du deuxième cycle mensuel de traitement, nous avons donc recruté des distributeurs communautaires supplémentaires et augmenté le stock de médicaments.
- Pour les villes densément peuplées comme Ouagadougou, avec de grands bassins versants, il faut un grand nombre de distributeurs communautaires. Cela n'avait pas été suffisamment planifié lors de l'affectation des formateurs et superviseurs. Avec des formations réalisées quelques jours seulement avant le début de la campagne, les responsables des établissements de santé n'avaient pas assez de temps pour former autant de distributeurs en parallèle de leurs tâches habituelles. Par conséquent, les sessions de formations comptaient jusqu'à 100 distributeurs communautaires, et ont été plus courtes et moins interactives que prévu. Cela a pu avoir des conséquences négatives sur la performance des distributeurs, bien que des évaluations qualitatives complémentaires soient nécessaires pour évaluer pleinement cet impact.
- Les distributeurs communautaires à Ouagadougou connaissaient souvent moins bien les quartiers qu'ils desservent que leurs homologues en milieu rural. Le simple fait d'être du quartier ne signifiait pas qu'ils connaissaient en détail chaque foyer. Cela a accru le risque de passer à côté de certains ménages, de démotivation et de décrochage. Les personnes en charge d'enfants à Ouagadougou étaient également moins susceptibles de connaître personnellement le distributeur communautaire et ont, de ce fait, montré moins de confiance et d'acceptation de l'intervention, refusant parfois l'entrée aux distributeurs communautaires. De plus, le fait de moins bien connaître les familles a engendré des inquiétudes par rapport à la sécurité.



Crieuse publique diffusant des informations sur la CPS, Burkina Faso

## Recommandations

D'après notre expérience en matière d'administration de la CPS à Ouagadougou, nous recommandons aux personnes chargées du déploiement en zone urbaine de :

- recruter plus de distributeurs communautaires car le pourcentage de distributeurs par rapport à la population ciblée doit être plus élevé en zone urbaine, et d'adapter la stratégie de distribution au contexte local, y compris en évaluant la faisabilité de mise en place de sites de distribution fixes et évaluer où ceci seraient les plus utiles
- adopter un message de campagne plus clair et plus ciblé, et prévoir un budget pour la diffusion radio, télé et sur les réseaux sociaux, afin de s'assurer que les dates de distributions soient connues à l'avance et que les parents puissent autoriser les personnes en charge des enfants à consentir au traitement, et que les personnes en charge des enfants connaissent les lieux de distribution fixe
- formaliser le processus d'obtention du consentement et s'assurer qu'il puisse être obtenu correctement
- envisager des stratégies alternatives lors de l'estimation des populations ciblées et cartographier les quartiers, y compris à l'aide d'outils de renseignement territorial basés sur l'imagerie satellite, pour s'assurer que l'accroissement inégal de la population à travers la ville soit bien pris en compte dans la planification de la campagne et le recrutement des distributeurs
- augmenter la flexibilité en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments et la gestion des stocks dans les zones où les changements de population sont rapides et souvent informels
- maintenir un faible nombre de participants aux sessions de formation et partager les programmes de formation avec les superviseurs et les distributeurs plusieurs mois à l'avance
- organiser des sessions de formation quelques jours avant le début du déploiement de la CPS, afin d'avoir les informations bien en tête, et à différentes dates dans les différents districts pour que les responsables des établissements de santé puissent superviser et soutenir un plus grand nombre de sessions
- prévoir un processus de validation lors du recrutement des distributeurs communautaires afin de s'assurer que chaque binôme se compose d'au moins un membre de la communauté ayant une connaissance suffisante des ménages de la zone de distribution
- entretenir la motivation des distributeurs communautaires, et réduire le risque de décrochage ou de mauvais suivi des directives, en assurant une formation adaptée, une bonne supervision et un paiement rapide des indemnités journalières.

---

## Références

1. Meremikwu MM, et al. Traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant vivant dans des zones de transmission saisonnière. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012; (2).
2. OMS. Recommandation de politique générale de l'OMS : Chimio-prévention du paludisme saisonnier pour lutter contre le paludisme à Plasmodium falciparum en zone de forte transmission saisonnière dans la sous-région du Sahel en Afrique. Genève : OMS, 2012. Disponible sur : [https://www.who.int/malaria/publications/atoz/who\\_smc\\_policy\\_recommendation/fr/](https://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_smc_policy_recommendation/fr/).
3. Malaria Consortium. La chimio-prévention du paludisme saisonnier : stratégie efficace de prévention du paludisme chez les enfants du Sahel. Londres : Malaria Consortium; 2019. Disponible sur : [www.malariaconsortium.org/resources/publications/1202/seasonal-chemoprevention-as-an-effective-malaria-preventive-strategy-for-children-in-the-sahel](http://www.malariaconsortium.org/resources/publications/1202/seasonal-chemoprevention-as-an-effective-malaria-preventive-strategy-for-children-in-the-sahel).
4. Malaria Consortium. Chimio-prévention du paludisme saisonnier. Londres : Malaria Consortium; 2019. Disponible sur : [www.malariaconsortium.org/resources/publications/1288/seasonal-malaria-chemoprevention](http://www.malariaconsortium.org/resources/publications/1288/seasonal-malaria-chemoprevention).

© Malaria Consortium / Mars 2020

Sauf mention contraire, cette publication peut être reproduite intégralement ou partiellement, à des fins éducatives et non-lucratives, sans consentement spécifique du titulaire des droits d'auteur. Veuillez en indiquer clairement la source et envoyer une copie du lien de toute partie reproduite à Malaria Consortium. Les images de cette publication ne peuvent être utilisées sans l'autorisation préalable de Malaria Consortium.

Organisme caritatif britannique agréé no : 109977

Contact: [info@malariaconsortium.org](mailto:info@malariaconsortium.org)

Image de couverture : Des enfants au Burkina Faso recevant la CPS



FightingMalaria



MalariaConsortium

[www.malariaconsortium.org](http://www.malariaconsortium.org)



**malaria  
consortium**  
disease control, better health