



Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique

Une étude multi-pays
Rapport final



Organisation
mondiale de la Santé



Pour la recherche sur
les maladies de la pauvreté

UNICEF • PNUD • Banque mondiale • OMS

Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique

Une étude multi-pays
Rapport final



**Organisation
mondiale de la Santé**



**Pour la recherche sur
les maladies de la pauvreté**

UNICEF • PNUD • Banque mondiale • OMS

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique: une étude multi-pays: rapport final

1.Médecine communautaire. 2.Participation des usagers. 3.Services de santé communautaires. 4.Ivermectine – usage thérapeutique. 5.Tuberculose – prévention et lutte. 6.Paludisme – prévention et lutte. 7.Afrique. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

ISBN 978 92 4 259660 1 (Classification NLM: W 84.5)

© Organisation mondiale de la Santé pour le compte de son Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2009

Tous droits réservés.

L'utilisation, y compris la traduction, la citation et la reproduction sur un support d'information quelconque, du contenu de ce produit d'information sanitaire à des fins éducatives, de formation et d'information non commerciales est encouragée, pour autant que le contenu ne soit pas modifié et que la source soit clairement mentionnée. Une copie du produit éventuellement réalisé au moyen de ce contenu devra être envoyée au TDR, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse. Le TDR est le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales exécuté par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ce produit d'information n'est pas destiné à la vente. L'utilisation de toute information ou d'une partie quelconque de son contenu à des fins publicitaires ou promotionnelles, ou dans un but commercial ou lucratif est strictement interdite. Aucun élément de ce produit d'information ne peut être utilisé, en totalité ou en partie, pour promouvoir une personne, une entité ou un produit donné de quelque manière que ce soit.

Les appellations employées dans le présent produit d'information sanitaire et la présentation des données qui y figurent, y compris les cartes et autres illustrations, n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, y compris le TDR, des

auteurs ou de toute partie ayant collaboré à sa réalisation, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. La mention ou la description de firmes ou de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes ou produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, y compris le TDR, les auteurs ou toute partie ayant collaboré à la réalisation du produit, de préférence à d'autres de nature analogue non mentionnés ou décrits.

Les opinions exprimées dans le présent produit d'information sanitaire n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'OMS, y compris le TDR. L'OMS, y compris le TDR, et les auteurs du présent produit d'information sanitaire ne donnent aucune garantie et ne font aucune déclaration quant au contenu, à la présentation, à l'apparence, à l'exhaustivité ou à l'exactitude des informations quel que soit le support employé, et ne sauraient être tenus responsables de tout préjudice subi à la suite de l'utilisation ou de l'application de celui-ci. L'OMS, y compris le TDR, se réserve le droit d'actualiser et de modifier sans préavis le produit et ne saurait être tenue responsable d'erreurs ou d'omissions quelconques à cet égard. Aucune modification du contenu original entraînée par la visualisation ou l'accès à travers les différents moyens de communication ne peut non plus être imputée à l'OMS, y compris le TDR, ni aux auteurs. L'OMS, y compris le TDR, et les auteurs ne sauraient être tenus responsables des avis ou informations inexacts fournis par des sources accessibles par des liens avec le présent produit d'information sanitaire ou des références à celui-ci.

Imprimé en Suisse

Sommaire

Équipes de recherche.....	3
Résumé d'orientation	5

PARTIE I: CONCEPTION DE L'ÉTUDE

1. INTRODUCTION	11
A. Objet de l'étude	11
B. Participation de la communauté à la lutte contre la maladie.....	13
C. Traitement par l'ivermectine sous directives communautaires	16
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	19
A. Objectif principal.....	19
B. Objectifs particuliers.....	19
3. MÉTHODOLOGIE	21
A. Conception de l'étude	21
B. Sites d'étude et groupes de recherche	24
C. Méthodes d'analyse	30
1. Évaluation de l'efficacité au moyen des données de la couverture	30
2. Mesure des coûts	30
3. Analyse qualitative des facteurs de l'approche IDC ayant une influence sur les résultats de l'intervention	32
D. Gestion et analyse des données.....	33
E. Éthique de la recherche.....	34
F. Limites de l'étude	34

PARTIE II: RÉSULTATS

4. INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES – APPROCHES IDC	39
5. EFFICACITÉ DES IDC	45
A. Distribution de vitamine A	45
B. Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII).....	48
C. Prise en charge du paludisme à domicile	51
D. Stratégie DOTS.....	54
E. Ivermectine.....	57
6. COÛT DES INTERVENTIONS	61
A. Au niveau des districts	61
B. Établissements de santé de première ligne	64
C. Coût des volontaires.....	68

7. FACTEURS CRITIQUES DE L'APPROCHE IDC	71
A. Parties prenantes	74
1. Mobilisation des parties prenantes à de multiples niveaux	74
2. Campagnes en faveur d'interventions spécifiques	78
3. Perception de l'approche IDC au sein des partenaires du système de santé, des donateurs et des ONG	82
B. Dynamique des systèmes de santé	83
1. Politique de soutien	83
2. Soutien des ministères nationaux de la Santé	84
3. Achats et fournitures	85
4. Appui apporté par les établissements de santé de première ligne à l'approche IDC	86
5. Attitude et motivation des agents de santé concernant les services aux communautés reculées	87
6. Collaboration et concurrence avec le secteur privé de la santé et le secteur des ONG	88
C. Associer les communautés	90
1. Accessibilité géographique de la communauté tout au long de l'année	90
2. Approches participatives de la mobilisation communautaire	91
3. Perception par la communauté de l'utilité des interventions sous directives communautaires	92
4. Perception par la communauté de l'utilité de l'approche adoptée pour la mise en œuvre des IDC	94
5. Le rôle des responsables politiques dans les communautés	95
D. Autonomisation des communautés	96
1. Diffusion de l'information	96
2. Intérêt commun pour les problèmes auxquels les IDC visent le plus spécialement à répondre	97
3. Volonté d'autoprise en charge se manifestant par une appropriation du processus par la communauté	97
4. Climat de confiance entre les membres de la communauté	97
5. Sélection par la communauté des agents d'exécution communautaires	98
E. Recrutement des agents d'exécution des IDC	99
1. Volonté de prendre des initiatives	100
2. Sélection par la communauté	100
3. Aptitudes et expérience pertinente	101
4. Motivation par des incitations extérieures (matériel)	101
5. Motivation par des incitations inhérentes au travail accompli	103
F. Effets plus généraux	104
8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	107
A. Conclusions	107
B. Recommandations	110
9. ANNEXES	113
A. Instruments de recherche	113
B. Tableau des principaux partenaires des IDC	115
C. Analyses des parties prenantes	116
Bibliographie	134
Remerciements	137

Équipes de recherche



Buea

Dr Samuel Wanji

Chercheur principal

Dr Peter Enyong

Co-chercheur

Dr Nicholas Tendongfor

Co-chercheur

Dr Zakariaou Njoumemi

Spécialiste de l'économie de la santé/co-chercheur

M. Celestin Nana

Gestionnaire de données

Mme Laure Vartan Moukam

Spécialiste des sciences sociales

Mme Yolande Longang

Spécialiste des sciences sociales

M. Theobald Nji

Spécialiste des sciences sociales

M. Fabrice Datchoua

Anthropologue

M. Ibrahim Mouliom

Spécialiste des sciences sociales

M. Luther King Abia

Biologiste

Yaoundé

Professeur Innocent Takougang

Chercheur principal

Dr Josué Poné Wabo

Assistant de recherche

Mme Darios Tandzon Mawatouo

Spécialiste des sciences sociales

Mme Henriette Nkwidjan

Spécialiste des sciences sociales

Dr Luc Nenbot Ndeffo

Économiste

Dr Innocent Fozing

Économiste

Dr Jean-Joël Keuzeta

Gestionnaire de données

M. Medard Djatou

Spécialiste des sciences sociales

M. Peter Tatah

Spécialiste des sciences sociales

Ibadan 1

Professeur Olademeji Oladepo

Chercheur principal

Dr Fredrick Oshiname

Co-chercheur

Dr Ademola Ajuwon

Spécialiste des sciences sociales

Dr Akintunde Jaiyeoba

Co-chercheur

Dr Olufunke Alaba

Économiste

Dr Kolawole Olayinwola Économiste
 M. Sakiru Otusanya Co-chercheur
 Mme Adebunola Oyeyemi Administrateur
 de projet
 M. Musibau Titloye Gestionnaire
 de données

Ibadan 2

Professeur J. D. Adeniyi Chercheur principal
 Dr O. S. Arulogun Spécialiste des
 sciences sociales/
 co-chercheur
 Professeur D. Soyibo Économiste/
 co-chercheur
 Dr O. A. Lawanson Économiste/
 co-chercheur
 Dr B. A. Adeniyi Co-chercheur
 Dr C. P. Babalola Co-chercheur
 Dr T. T. A. Elemile Co-chercheur
 Dr O. S. Ndekwo Co-chercheur
 Dr J. A. Oso Co-chercheur
 Mme L. Andah Co-chercheur
 Dr A. I. Aiyede Co-chercheur
 M. N. Afolabi Gestionnaire
 de données

Kaduna

Dr Elizabeth ElHassan Chercheur principal
 M. Sunday Isyaku Co-chercheur
 Mme Safiya Sanda Co-chercheur
 Dr F. N. C. Enwezor Co-chercheur
 M. Oluwatosin Adekeye Spécialiste des
 sciences sociales
 M. Fancis Agbo Spécialiste des
 sciences sociales
 Dr M. K. Ogungbemi Spécialiste des
 sciences sociales
 M. Damian Lawong Économiste
 M. Femi Folurunsho Économiste
 Mme Folake Ibrahim Gestionnaire
 de données
 Mme Anita Gwom Administrateur
 de projet

Yola

Professeur Oladele Akogun Chercheur principal
 Dr Jacqueline A. Badaki Co-chercheur
 M. Desmond O. Echeta Spécialiste
 de l'économie
 de la santé
 Mme Adedoyin O. Adesina Gestionnaire
 de données
 M. Sani Njobdi Gestionnaire
 de données
 M. John Manabete Spécialiste des
 sciences sociales
 M. Kefas Shitta Épidémiologiste
 Mme Ummu Ahmed Spécialiste
 de l'éducation
 pour la santé

Ouganda

Dr Richard Ndyomugenyi Épidémiologiste/
 chercheur principal
 M. Asaph Turinde Kabali Spécialiste des
 sciences sociales
 M. Brian Kiberu Spécialiste
 de l'économie
 de la santé
 Mme Zakia Mugaba Gestionnaire
 de données

Comité directeur scientifique

Professeur Mamoun Homeida (Président)
 Dr Mary Amayunzu
 Dr William Brieger
 Professeur Oladele Kale
 Dr Susan Zimicki

Contrôleur de l'étude

Dr Joseph Okeibunor

Secrétariat de l'OMS

Dr Uche Amazigo
 Dr Hans Remme
 Dr Johannes Sommerfeld

Résumé d'orientation

Il est urgent de concevoir et d'élaborer des stratégies qui amélioreront l'accès des populations défavorisées aux interventions efficaces qui existent dans le domaine de la santé.

Une stratégie a déjà fait ses preuves dans les populations rurales africaines, à savoir le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC). En l'espace d'un peu plus d'une décennie, le TIDC, dans le cadre duquel la fourniture du médicament et le traitement sont organisés par les membres de la communauté eux mêmes, a permis d'étendre le traitement annuel par l'ivermectine à près de 60 millions d'Africains, élargissant et pérennisant ainsi sensiblement la couverture thérapeutique et favorisant l'élimination de la maladie.

L'expérience du TIDC, associée à la nécessité plus générale d'améliorer l'accès des populations défavorisées d'Afrique à d'autres instruments essentiels de soins, a incité le Conseil d'administration du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) à faire exécuter une étude sur la possibilité d'utiliser une stratégie élargie d'« interventions sous directives communautaires » (IDC) contre d'autres pathologies dans les communautés ayant déjà l'expérience du TIDC. Les ministres de la Santé de 19 pays où l'onchocercose est endémique sont représentés au sein du Conseil d'administration de l'APOC et l'étude est apparue comme très pertinente, tant pour les responsables nationaux de l'élaboration des politiques que pour les professionnels de la santé de terrain.

Approches et méthodes

L'étude multi-pays triennale entreprise en 2005 devait établir si les interventions sous directives communautaires pouvaient être appliquées à la mise en œuvre intégrée d'autres interventions de santé de complexité variable, parallèlement au traitement par l'ivermectine. Quatre autres interventions de santé ont été choisies pour l'étude. Certaines étaient relativement « simples », comme la supplémentation en vitamine A, d'autres plus complexes; ainsi la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), le traitement de la tuberculose de brève durée sous surveillance directe (DOTS) et la prise en charge à domicile du paludisme.

L'étude s'est distinguée par son extension démographique, couvrant au total 2,35 millions de personnes, à raison de 380 000-530 000 personnes en moyenne dans la zone délimitée par chaque site de l'étude. Les résultats pour sept sites de recherche situés dans trois pays (Cameroun, Nigéria et Ouganda) sont présentés ici. Chaque site de recherche incluait cinq districts de santé participants – un district témoin et quatre districts d'essai – soit un total de 35 districts. Tous ces sites avaient déjà plusieurs années d'expérience du traitement par l'ivermectine sous directives communautaires. Au cours de la première année de l'étude, une nouvelle intervention, à chaque fois différente, a été introduite dans chacun des quatre districts d'essai de chaque site de recherche. Une deuxième intervention a ensuite été ajoutée de la même manière au cours de la deuxième année de l'étude. La troisième année, les cinq interventions (y compris le traitement par l'ivermectine en cours) ont été mises en œuvre au moyen de l'approche IDC dans tous les districts d'essai. Dans les districts

témoins, toutes les interventions ont continué d'être appliquées de la manière habituelle pendant toute l'étude. La mise en œuvre ainsi que l'efficacité et la rentabilité de la prestation intégrée au moyen des interventions sous directives communautaires ont été évaluées pendant chaque phase de l'étude à l'aide d'indicateurs quantitatifs et de mesures de la couverture acceptés, ainsi que d'outils qualitatifs. Une étude comparant le coût de la prestation des IDC à celui des interventions classiques a été effectuée.

Résultats

L'approche IDC s'est avérée beaucoup plus efficace que les méthodes de prestation actuellement utilisées pour toutes les interventions examinées, à l'exception de l'approche DOTS.

- **Traitement du paludisme:** les enfants fébriles ont été deux fois plus nombreux à bénéficier d'un traitement antipaludique approprié dans les districts couverts par l'étude sur les IDC, de sorte que le pourcentage d'enfants soignés correctement dépassait la cible de 60% fixée pour 2005 par l'Initiative Faire reculer le paludisme (RBM) dans la Déclaration d'Abuja.
- **MII pour prévenir le paludisme:** deux fois plus de ménages possédaient et utilisaient des MII dans les districts IDC, et ce malgré la pénurie de MII dans la plupart des sites de recherche. Dans les districts couverts par l'étude, la proportion des ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée avoisinait la cible de 60% fixée pour 2005 par RBM dans la Déclaration d'Abuja.
- **Vitamine A:** la couverture de la distribution de vitamine A était sensiblement plus importante dans les districts IDC que dans les districts témoins avec en moyenne 90% des enfants remplissant les conditions requises qui bénéficiaient de suppléments dans les districts IDC.
- **Traitement DOTS contre la tuberculose:** c'est seulement pour le traitement DOTS que les différences de couverture entre les districts IDC et les districts témoins n'étaient pas significatives; dans les deux cas, 90% environ des traitements DOTS ont été menés à terme.
- **Traitement de l'onchocercose par l'ivermectine:** l'adjonction de plusieurs interventions à l'ensemble des IDC n'a pas eu d'effet négatif sur le traitement de l'onchocercose, faisant au contraire progresser de 10% les traitements par l'ivermectine.
- **Mise en œuvre intégrée des interventions:** un minimum de quatre à cinq interventions ont pu être mises en œuvre efficacement au moyen des stratégies IDC. La couverture des différentes interventions s'est généralement étendue progressivement dans les districts IDC, signe de la «maturation» du processus.

Pour ce qui est des dépenses encourues par le système de santé, les interventions sous directives communautaires ont aussi permis une utilisation plus rationnelle des ressources que les systèmes de prestation classiques. Sans augmenter les coûts d'exécution au niveau du district de santé et des établissements de santé de première ligne, les IDC ont permis d'augmenter la couverture des différentes interventions. Au niveau des communautés, les IDC ont fait progresser les «coûts d'opportunité», compte tenu du temps accru consacré par les agents d'exécution communautaires

qui les ont généralement appliqués à titre bénévole, renonçant ainsi à toute autre activité rémunérée. Les incitations intrinsèques (reconnaissance, statut, acquisition de savoir et de compétences, etc.) ont toutefois été généralement perçues comme des motivations plus puissantes que les incitations matérielles.

Aucune difficulté technique particulière n'a entravé la mise en œuvre des interventions par la population locale. Avec la formation et l'appui voulus, les agents d'exécution communautaires ont montré qu'ils étaient capables de mener à bien chacune des cinq interventions incluses dans l'étude, quelle qu'en soit la complexité, et ils se sont même montrés désireux d'appliquer cette approche durablement. Toutefois, les principales contraintes observées ont été d'ordre social (acceptabilité et pertinence de l'intervention) ou liées au système de santé (pénurie de fournitures; réticence des personnels de santé à laisser les agents d'exécution communautaires prendre en charge l'administration des antituberculeux; et, dans certains cas isolés, des politiques de santé réservant aux personnels de santé certifiés le droit de distribuer des antipaludiques).

Conclusions

La prestation intégrée (ou co-mise en œuvre) des différentes interventions au moyen des IDC s'est avérée parfaitement réalisable. L'étude a montré que la prestation intégrée avait été grandement facilitée par la détermination manifeste des populations locales et la volonté et la capacité des agents d'exécution communautaires à mettre en œuvre plusieurs interventions. Les agents de santé, les responsables de l'élaboration des politiques et les autres parties prenantes, de plus en plus acquis au processus, se sont aussi révélés d'un grand soutien.

Le principal facteur, qui est toutefois apparu comme un obstacle à la mise en œuvre intégrée des interventions au moyen des stratégies sous directives communautaires, a été le manque de médicaments et d'autres matériels nécessaires. Le principal enseignement à tirer de cette étude est donc que la mise en œuvre d'un ensemble intégré d'interventions passe par l'adoption de mesures spéciales destinées à assurer la disponibilité des matériels requis pour les interventions dans les établissements de santé de première ligne.

Au vu des résultats de l'étude, l'approche IDC est recommandée dans les zones ayant l'expérience du traitement contre l'onchocercose sous directives communautaires, pour la prestation intégrée au niveau communautaire, d'un éventail élargi d'interventions de santé appropriées, qui peuvent inclure les interventions testées dans le cadre de la présente étude, en particulier contre le paludisme ou d'autres séries d'interventions choisies sur la base des critères applicables aux interventions que l'on peut mener sous directives communautaires, définis dans le cadre de l'étude.



PARTIE I

CONCEPTION DE L'ÉTUDE

1. INTRODUCTION
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE
3. MÉTHODOLOGIE

1 INTRODUCTION



A. Objet de l'étude

Il existe un écart considérable entre la mise au point de nouveaux instruments d'intervention sanitaire et leur diffusion dans les communautés du monde en développement (Madon et al., 2007). De nombreux outils de lutte contre la maladie potentiellement efficaces n'ont eu que des effets limités sur la charge de morbidité parce que l'insuffisance de la mise en œuvre des programmes de distribution se traduit par des difficultés d'accès à des produits même très simples et bon marché (TDR, 2003). On a estimé à plus de 14 000 le nombre de décès par jour dus à des maladies évitables telles que l'infection à VIH, le paludisme et la diarrhée dans les pays du monde en développement (Lopez et al., 2006), malgré les progrès scientifiques qui rendent possibles la prévention, le traitement et, dans certains cas, l'élimination de ces maladies. Il est par conséquent urgent de pouvoir disposer de stratégies plus efficaces qui puissent garantir un meilleur accès des populations défavorisées aux interventions de santé efficaces existantes. Une telle stratégie, dans laquelle les communautés elles-mêmes jouent un rôle prépondérant, a été utilisée avec beaucoup de succès dans la lutte contre l'onchocercose en Afrique au cours de la dernière décennie.

Une difficulté essentielle rencontrée dans la lutte contre l'onchocercose est la distribution annuelle d'un traitement par l'ivermectine (Mectizan®) à toutes les communautés cibles et le maintien d'une couverture thérapeutique élevée sur une très longue période. Pour y parvenir, le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) a adopté la stratégie du traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) au milieu des années 1990 (TDR, 1996). On a depuis largement reconnu le rôle joué par cette stratégie dans les progrès considérables obtenus dans la lutte contre l'onchocercose et l'élimination de cette maladie (Seketeli et al., 2002; Amazigo et al., 2007). Sur le terrain, le traitement par l'ivermectine est extrêmement populaire et les communautés ont répondu avec enthousiasme au concept d'intervention sous directives communautaires dans lequel elles sont elles-mêmes responsables de la planification et de la mise en œuvre. Une évaluation externe de l'APOC a conclu :

«Le TIDC a été une stratégie novatrice arrivée à point nommé ... et les communautés ont été profondément impliquées dans leurs propres soins de santé à une très grande échelle. Le TIDC est une stratégie qui pourrait être utilisée comme modèle pour élaborer d'autres programmes de santé à assise communautaire et constitue également un point de départ potentiel pour la lutte contre d'autres maladies.» (Burmeister et al., 2005).

Les responsables nationaux et internationaux de l'élaboration des politiques s'intéressent donc de plus en plus à la façon dont l'approche TIDC

pourrait être appliquée aux interventions contre d'autres maladies (Homeida et al., 2002). Cet intérêt offre une occasion importante et la dynamique voulue pour intégrer le traitement par l'ivermectine à d'autres activités de lutte contre la maladie et participer au développement des soins de santé destinés à certaines des populations les plus défavorisées d'Afrique. Mais pour veiller à ce que cette occasion soit exploitée comme elle doit l'être, il est urgent de disposer de données scientifiques solides concernant l'efficacité de l'approche TIDC pour des interventions dirigées contre d'autres maladies ainsi que d'éléments attestant l'efficacité de la lutte intégrée contre la maladie à l'échelon communautaire.

Au vu de ces facteurs, le Conseil de l'APOC, dans lequel Les ministres de la Santé de 19 pays africains



d'endémie de l'onchocercose sont représentés, a demandé au TDR d'entreprendre, en collaboration avec l'APOC, une étude multipays sur l'utilisation de la stratégie de traitement sous directives communautaires pour d'autres maladies. Le TDR et l'APOC ont répondu positivement à cette demande et les préparatifs d'une étude multipays ont débuté en 2003.

A cause de la complexité des questions abordées, il a été décidé de préparer cette étude par le biais d'une série de réunions de consultation avec les partenaires importants intéressés par une approche «multimaladies» du traitement sous directives communautaires, de manière à recenser les principaux thèmes de recherche à aborder. Un résultat important de ces consultations a été qu'en dépit des progrès très nets réalisés sur le terrain dans la lutte contre la maladie, les attitudes envers la stratégie de traitement sous directives communautaires montrent de grandes variations au sein de la communauté des scientifiques et des experts. Elles vont de réponses très positives de ceux qui ont l'expérience de l'application du TIDC dans la lutte contre l'onchocercose à l'attitude plus ambivalente des experts engagés dans d'autres efforts de lutte contre la maladie – qui connaissent moins bien cette approche et qui ne sont pas sûrs de sa capacité à lutter contre les maladies qui les intéressent. Il est donc apparu très clairement qu'une comparaison scientifique des approches sous directives communautaires et autres pour la fourniture d'interventions de santé spécifiques au niveau communautaire en Afrique, y compris celles utilisées dans la lutte

contre l'onchocercose, était vraiment nécessaire pour fournir des données claires, mesurables et objectives aux scientifiques, aux personnes chargées de la lutte et aux responsables de l'élaboration des politiques, concernant les avantages et inconvénients particuliers d'une stratégie d'intervention sous directives communautaires.

B. Participation de la communauté à la lutte contre la maladie

Nombreuses sont les nouvelles interventions qui ne donnent aucun résultat lorsqu'elles sont transférées dans les communautés des pays en développement, la plupart du temps parce que leur mise en œuvre n'a pas été testée, ne convient pas ou est incomplète (Madon et al., 2007). Par exemple, des études rigoureuses ont montré qu'une bonne utilisation MII permet de prévenir le paludisme et pourtant, en 2002, moins de 10% des enfants de 28 pays africains subsahariens dormaient régulièrement sous des moustiquaires (Monasch et al., 2004; Madon et al., 2007). Des interventions telles que le traitement de brève durée sous observation directe (DOTS) contre la tuberculose, la thérapie antirétrovirale prophylactique et les substituts du lait maternel pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH, obtiennent de bons résultats dans les hôpitaux et les dispensaires. Mais, dans le cas des zones rurales où les gens ont un accès limité aux soins de santé officiels, l'accroissement de la couverture

des activités de lutte et de prévention engagées contre de nombreuses maladies importantes pourrait nécessiter de nouvelles approches. L'une d'entre elles, qui reçoit actuellement une attention accrue dans de nombreux pays à de nombreux niveaux de l'élaboration des politiques de santé, est la gestion communautaire des interventions de lutte contre les maladies (Kagaayi et al., 2005; Jackson et al., 2007).

La participation communautaire en tant que composante essentielle des soins de santé primaires

La participation communautaire est un principe essentiel des soins de santé primaires, une notion apparue lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS et l'UNICEF à Alma Ata, URSS (aujourd'hui Almaty, Kazakhstan) en 1978. La Déclaration d'Alma Ata publiée lors de la Conférence soulignait l'importance des soins de santé primaires pour atteindre l'objectif global de «la santé pour tous». Suite à cette Conférence, de nombreux États Membres de l'OMS ont adopté des politiques de santé visant à promouvoir des stratégies de soins de santé primaires. Les services de soins de santé primaires comprennent habituellement: la planification familiale, la nutrition, la vaccination, l'éducation et la mobilisation en faveur de la santé, ainsi que la surveillance et l'évaluation des activités de santé. Pour l'essentiel, les soins de santé primaires tels qu'ils ont été conçus dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978 ont été définis comme: *des soins de santé basés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement solides et socialement*

acceptables, universellement accessibles aux personnes et aux familles au sein de leur communauté moyennant leur pleine participation, et qui sont d'un coût abordable pour la communauté (Korte et al., 1992). Le succès de la lutte contre les maladies grâce aux systèmes des soins de santé primaires repose donc sur un degré élevé d'engagement et de participation de la communauté.

Dans le modèle des soins de santé primaires, les programmes de lutte contre les maladies doivent être implantés dans les communautés et sont censés répondre aux besoins des membres de la communauté en matière de santé et de lutte contre les maladies. Cela permet d'élargir l'accès des membres de la communauté aux services de santé et leur offre davantage de possibilités de participer activement à la conception de ces services, depuis leur planification jusqu'à leur exécution. Cette participation communautaire semble également générer une adhésion plus grande et plus durable aux diverses activités de lutte contre la maladie.

La participation de la communauté au développement sanitaire

Il existe trois formes distinctes de participation communautaire au développement sanitaire. Elles ont été définies comme suit: participation marginale, élevée et structurelle (Marsden et Oakley, 1990).

La **participation marginale** a une portée limitée et implique une influence très limitée sur le processus d'élaboration.

La **participation élevée** donne aux membres de la communauté l'occasion de déterminer leurs besoins, de participer aux activités et d'en tirer les bénéfices. Néanmoins, ils n'ont aucun rôle dans la prise de décision. La portée et la nature de la participation font ici l'objet d'un contrôle externe.

La **participation structurelle** constitue la troisième et peut-être l'expression la plus diversifiée de la notion de participation communautaire. Dans ce cas, les membres de la communauté jouent un rôle actif et direct dans l'élaboration du projet. On s'attend à ce que, dans le cadre de la lutte contre la maladie, les membres des communautés d'endémie jouent un rôle important dans la prise de

décision concernant la distribution des services et instruments de santé particuliers (par exemple, médicaments, produits diagnostiques et mesures préventives). Comme le sous-entend le terme, il y a un glissement qui s'opère au niveau du pouvoir et de la prise de décision qui permet aux communautés de jouer un rôle plus important avec l'appui du système de santé et d'autres intervenants. Au sein du modèle de participation structurelle, certains analystes distinguent la « participation directe » de la « participation sociale ». La première fait référence à la simple mise en œuvre des projets qui ont été définis par le système de santé officiel grâce à la mobilisation des ressources communautaires, tandis que la seconde fait référence à des scénarios dans lesquels les communautés décident des problèmes de santé auxquels s'attaquer et prennent ainsi le contrôle des facteurs qu'elles considèrent comme les plus essentiels pour leur santé. Cela implique une participation de la communauté aux fonctions de planification de la santé.

La participation communautaire: un élément indispensable de la lutte contre la maladie en Afrique

On a affirmé que la participation communautaire constituait le point d'ancrage autour duquel devait évoluer un nouveau modèle des efforts de lutte contre la maladie en Afrique. Sur le plan de la participation communautaire aux soins de santé primaires et à la lutte contre les maladies, Nakajima a noté que, pour obtenir la réussite de chacun des systèmes de soins de santé, la majorité de ceux qui étaient touchés devaient se sentir



« concernés », au lieu de recevoir passivement le résultat des décisions prises par d'autres (Nakajima, 1993). Cette attitude reconnaît également le rapport indissociable qui existe entre le fait d'insuffler aux individus le sens de leur propre valeur et l'aptitude de ces derniers à faire face aux problèmes dans leur communauté.

C'est là la notion sous-jacente à la stratégie de traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) élaborée et testée dans une étude multipays du TDR au milieu des années 1990 (TDR, 1996; Remme, 2004) et adoptée par la suite par l'APOC pour la lutte contre l'onchocercose en Afrique (Seketeli et al., 2002).

C. Traitement par l'ivermectine sous directives communautaires

Le TIDC repose sur le principe d'une participation communautaire active et structurelle (TDR, 1996; Brieger, 2000; Remme, 2004), conforme aux définitions et aux objectifs de la fourniture des soins de santé primaires pour un développement durable mentionnés précédemment (Korte et al., 1992; Amazigo et al., 2007). Dans le TIDC, c'est la communauté elle-même qui planifie et mène à bien le traitement de ses membres. Ce processus habilite les membres de la communauté à prendre des décisions importantes et à s'occuper de la distribution d'ivermectine durablement pendant des années. Parmi les exemples de décisions prises par la communauté concernant

le traitement de masse figurent: les dates de distribution; le mode de distribution (par exemple, de porte en porte ou dans un endroit central); les personnes qui superviseront la distribution; et le choix des agents d'exécution communautaires, également connus sous le nom de distributeurs sous directives communautaires (DDC). En plus de ces décisions relatives à la planification, les communautés sont responsables: de la mise en œuvre d'un recensement de la communauté; de l'approvisionnement en médicaments; de la mobilisation des membres pendant la distribution des médicaments; et de l'enregistrement des traitements administrés et de la couverture obtenue (Amazigo et al., 2002b).

Au cours de l'année 2005, la stratégie du TIDC a été appliquée par 95 000 communautés appartenant à 16 pays d'Afrique subsaharienne pour distribuer plus de 98 millions de comprimés d'ivermectine (Amazigo et al., 2007). Certaines d'entre elles ont effectué avec succès au moins sept tournées de traitement depuis son lancement par l'APOC en 1995. Les études ont ainsi démontré le succès remporté par cette stratégie non seulement pour garantir l'équité et une plus grande couverture des membres de la communauté, mais aussi la durabilité de l'intervention (Braide et al., 1990; Katarbarwa et al., 2000; Akogun et al., 2001).

Le succès remporté par le TIDC dans la lutte contre l'onchocercose a naturellement attiré l'attention d'autres programmes de lutte contre la maladie, suscitant diverses tentatives de reproduction des

systèmes et structures du TIDC pour d'autres interventions de santé. Une première évaluation a indiqué qu'un grand nombre de DDC sont déjà impliqués dans d'autres activités de santé et de développement (par exemple, distribution de vitamine A, traitement antipaludique, vaccination antipoliomyélitique, éradication du ver de Guinée, nutrition, protection de l'eau, rôle d'agents de santé communautaires, etc.) (Homeida et al., 2002; Okeibunor et al., 2004).

Toutefois, puisque le TIDC est basé sur un système d'engagement et de participation communautaires très cohérent (Brieger, 2000), une telle participation ponctuelle et informelle d'autres programmes de santé au processus du TIDC peut également rencontrer des difficultés – pour des raisons allant de la mauvaise conceptualisation à des problèmes de mise en place, de mise en œuvre et de durabilité pratiques. D'autres programmes de santé peuvent également manquer du soutien réel des agents de santé et des responsables de la santé au processus participatif, ou utiliser des systèmes d'incitation qui n'encouragent pas le volontariat selon le modèle du TIDC (Walsh et Warren, 1979; Brieger, 1996; Brieger et al., 1997; Schwab et Syme, 1997). En outre, les maladies montrent des différences sur le plan de la complexité du traitement et de leur adaptabilité générale à la stratégie du TIDC. Il est donc impératif d'examiner systématiquement quels autres interventions ou programmes de santé pourraient être intégrés avec davantage de succès dans un système de fourniture des soins sous directives communautaires – le principe sous jacent à cette étude.

En réponse à la nécessité qu'il y a d'examiner systématiquement la façon dont on pourrait se servir du TIDC pour d'autres interventions de santé, on a donc défini un nouveau modèle d'interventions sous directives communautaires (IDC). Dans la notion d'IDC, les services de santé et leurs partenaires introduisent sous une forme participative l'éventail des interventions susceptibles d'être appliquées sous directives communautaires et les moyens par lesquels cette notion « sous directives communautaires » peut recueillir l'adhésion de la communauté. A partir de là, la communauté prend en charge le processus, en général moyennant une série de réunions communautaires pour prendre les décisions relatives à la mise en œuvre. L'approche IDC est exposée en détail au chapitre 4.

2

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

A. Objectif principal

Déterminer dans quelle mesure les interventions sous directives communautaires (IDC) actuellement appliquées pour le traitement de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique peuvent être utilisées pour d'autres interventions de santé présentant différents degrés de complexité.

B. Objectifs particuliers

- a) Documenter l'approche IDC pour la fourniture intégrée du traitement par l'ivermectine, de la vitamine A, des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), du traitement de brève durée sous observation directe (DOTS) contre la tuberculose et de la prise en charge du paludisme à domicile.
- b) Déterminer l'efficacité¹ de l'approche IDC pour la fourniture d'interventions présentant divers degrés de complexité, à savoir traitement par l'ivermectine, distribution de vitamine A, MII, DOTS, prise en charge du paludisme à domicile.
- c) Déterminer l'efficacité du recours aux IDC pour la fourniture intégrée des interventions ci dessus, par comparaison avec la fourniture par les systèmes actuels.
- d) Recenser les facteurs essentiels qui permettent ou non à l'approche IDC d'atteindre les résultats souhaités concernant la fourniture des interventions susmentionnées.
- e) Recenser les facteurs essentiels qui aident ou font obstacle à l'intégration des interventions susmentionnées au moyen de l'approche IDC.



¹ Dans la présente étude, l'efficacité se mesure par la couverture des interventions de l'étude dans la population cible.

3

MÉTHODOLOGIE

3 MÉTHODOLOGIE



A. Conception de l'étude

Une étude d'intervention communautaire multi-pays a été entreprise et le présent document en rend compte par la description et l'évaluation du déroulement, de la bonne organisation et de l'efficacité de l'introduction progressive de diverses interventions de santé de complexité croissante dans l'approche IDC.

Comme celle-ci a déjà prouvé son efficacité pour l'administration de l'ivermectine dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, le but de cette étude était d'étudier dans quelle mesure on pourrait utiliser l'approche IDC pour mettre en œuvre les interventions suivantes, dont le degré de complexité est variable s'agissant des efforts, des compétences et des ressources nécessaires pour les appliquer à l'échelon communautaire:

- complémentation en vitamine A (Vit. A);
- distribution et réimprégnation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII);
- tuberculose: dépistage et orientation-recours des cas, traitement sous observation directe (DOTS);
- prise en charge du paludisme à domicile (PCPD);

en plus du:

- traitement (de l'onchocercose) par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC).

Tableau 1: Complexité des interventions choisies

Caractéristiques des interventions	TIDC	Vit. A	Paludisme (MII)	DOTS	Paludisme*
Fréquence/cycle d'intervention	S	S	S	C	C
Durée de l'intervention et de la période de suivi	S	S	S	C	C
Nécessité de compétences diagnostiques de base	S	S	S	C	C
Coût de l'intervention pour l'utilisateur final	S	S	C	S/C ²	C/S ³
Mécanismes de surveillance et de supervision	S	S	C	C	C

*prise en charge à domicile C=complexe, S=simple

Avant l'étude, on avait rangé les interventions selon leur degré de complexité en fonction d'un certain nombre de caractéristiques essentielles en rapport avec les efforts supposés et le degré de compétence nécessaire de la part des agents d'exécution communautaires pour appliquer l'intervention, et du coût de l'intervention pour l'utilisateur final (Tableau 1).

A partir de ces caractéristiques, les cinq interventions ont été, théoriquement, rangées par ordre de complexité croissante comme suit:

TIDC < Vit. A < MII < DOTS ~ PCPD

Ainsi, dans le cadre initial de la conception de l'étude, le TIDC a été considéré comme l'intervention dont la mise en œuvre à l'échelon communautaire était la plus simple et la prise en charge du paludisme à domicile comme celle qui était la plus complexe.

L'étude a été menée par huit équipes de recherche multidisciplinaires, tantôt anglophones tantôt franco-

phones, d'Afrique de l'Ouest, du Centre et de l'Est. Le Nigéria a été bien représenté avec quatre équipes du nord ouest, du nord-est et du sud-ouest du pays (c'est aussi de loin le pays le plus peuplé d'Afrique et plus de 50% de la population traitée par l'ivermectine en 2004 vivait au Nigéria). Le Cameroun a été représenté par deux équipes et l'Ouganda par une. Au moment de la rédaction de ce rapport, la collecte des données se poursuivait dans un site de recherche en République-Unie de Tanzanie et de ce fait, les résultats qui figurent ici ne font état que des résultats obtenus dans les sept sites du Nigéria, du Cameroun et de l'Ouganda. Les résultats de l'étude tanzanienne seront rapportés séparément à une date ultérieure.

Les études dont il est fait état ici ont été effectuées entre 2005 et 2007 dans sept sites de recherche comprenant au total 35 districts sanitaires du Cameroun, du Nigéria et de l'Ouganda, dans lesquels le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires pour lutter contre l'onchocercose était déjà appliqué depuis plusieurs années.

² Payé au Cameroun (complexe).

³ Simple pour l'Ouganda.

- **Site de recherche de Buea:** Province de l'Ouest (Cameroun), couvrant les districts de Dschang, Foumbot, Bafang, Bangangte et Mbouda.
- **Site de recherche de Yaoundé:** Province littorale (Cameroun), couvrant les districts de Yabassi, Nkondjock, Pouma, Ndom et Ngambe.
- **Site de recherche d'Ibadan 1:** État d'Oyo (nord-ouest) (Nigéria), couvrant les districts (Local Government Areas) d'Iwajowa, d'Iseyin, de Kajola, d'Ibarapa-Nord et d'Ibarapa-Centre.
- **Site de recherche d'Ibadan 2:** État d'Oyo (centre-nord) (Nigéria), couvrant les districts (Local Government Areas) d'Oyo-Est, de Saki-Ouest, d'Irepo, d'Atiba et d'Atisbo.
- **Site de recherche de Kaduna:** État de Kaduna (Nigéria), couvrant les districts (Local Government Areas) de Lere, Jemaa, Kachia, Kaura et Kauru.
- **Site de recherche de Yola:** État de Taraba (Nigéria), couvrant les districts (Local Government Areas) de Pantisawa, Garbachede, Pupule, Bali et Yakoko.
- **Site de recherche ougandais:** Régions de l'ouest, de l'est et du nord de l'Ouganda, couvrant les districts d'Arua, de Sironko, de Kyenjojo, de Kanungu et de Nebbi.

Chaque site a concentré ses efforts de recherche sur cinq districts sanitaires de taille analogue. Il a choisi au hasard quatre districts d'intervention et un district témoin dans lequel toutes les interventions ont été menées par les méthodes habituelles, non intégrées, actuellement employées par les systèmes de santé dans les pays participants. Parmi les critères de sélection des districts sanitaires à inclure dans l'étude figurait le fait que les cinq programmes d'intervention (TIDC, DOTS, MII, PCPD et Vit. A) devaient être opérationnels dans le district ou allaient être mis en œuvre avant le commencement de l'étude. Les autres critères retenus ont été les résultats du TIDC (le traitement par l'ivermectine devant couvrir au moins 65 % de la population totale) et la composition de la population (le district devant comprendre au moins 50 communautés).

Une deuxième dimension de la complexité a été le nombre d'interventions associées dans l'approche IDC et l'effort général nécessaire à l'échelon communautaire pour combiner leur mise en œuvre. Pour étudier cette deuxième dimension, la recherche a été entreprise en trois phases. La phase I (première année) a consisté à introduire dans chaque district d'étude une intervention en plus du TIDC, chacune des quatre nouvelles interventions étant ajoutée dans un district d'étude différent sur chaque site d'étude (Tableau 2). Au cours de la phase II (deuxième année), on a ajouté une des autres interventions et, au cours de la phase III (troisième année), on a ajouté les deux interventions restantes de façon que les cinq interventions soient menées dans le cadre de l'approche IDC

Tableau 2: Conception et phases d'intervention

Phase de l'étude	Interventions menées à bien au moyen de l'approche IDC				District témoin
	IDC District 1	IDC District 2	IDC District 3	IDC District 4	
Phase I (1^{re} année)	TIDC + Vit. A	TIDC + DOTS	TIDC + MII	TIDC + PCPD	Fourniture des cinq interventions de la manière habituelle, non intégrée
Phase II (2^e année)	TIDC + Vit. A + MII	TIDC + DOTS + PCPD	TIDC + MII + Vit. A	TIDC + PCPD + DOTS	Fourniture des cinq interventions de la manière habituelle, non intégrée
Phase III (3^e année)	TIDC + Vit. A + MII + DOTS + PCPD	TIDC + DOTS + PCPD + MII + Vit. A	TIDC + MII + Vit. A + DOTS + PCPD	TIDC + PCPD + DOTS + MII + Vit. A	Fourniture des cinq interventions de la manière habituelle, non intégrée

dans tous les sites d'étude au cours de la dernière année. Le processus de mise en œuvre ainsi que l'efficacité et l'efficacité de la fourniture intégrée au moyen de l'approche IDC ont été évalués au cours de chaque phase de l'étude.

B. Sites d'étude et groupes de recherche

Les équipes présentes dans les sept sites ont mis en œuvre l'étude conformément à un protocole de recherche standard mis au point conjointement faisant appel à une série commune d'instruments de recherche (annexe A). Chaque équipe était composée de chercheurs ayant des expériences dans des disciplines différentes mutuellement complémentaires, notamment en santé communautaire

et en médecine, en épidémiologie, en économie de la santé et autres sciences sociales de la santé telles l'anthropologie médicale, la sociologie et la recherche sur l'éducation pour la santé.

Les sites de recherche sont brièvement décrits ci-après:

Site de recherche d'Ibadan 1: nord-ouest de l'État d'Oyo, Nigéria

L'étude a été effectuée dans cinq districts choisis au hasard, généralement connus sous le nom de Local Government Areas (LGA), Régions de gouvernement local: Iwajowa, Iseyin, Kajola, Ibarapa-Nord et Ibarapa-Centre dans le nord-ouest de l'État d'Oyo, qui est situé dans le sud-ouest du Nigéria. Tous ces districts présentent des caractéristiques géographiques

communes, à savoir une topographie vallonnée traversée par quatre grandes rivières (Ogun, Ofiki, Oyan et Opeki) et leurs affluents. La végétation dominante est une savane guinéenne parsemée de zones de forêts le long des rivières. Ce sont tous des districts ruraux dont la majorité de la population vit dans des petites villes et des hameaux d'exploitations agricoles appelés localement «abule». Près d'un tiers de la population vit dans des grandes villes. Dans tous les districts, le groupe ethnique des Yoruba qui parle l'«onko», l'un des dialectes Yoruba, est prépondérant. Les principales religions sont le christianisme et l'islamisme, mais la religion traditionnelle existe encore, surtout dans les communautés rurales. La plupart des gens sont des agriculteurs. Chaque district possède un département de la santé qui coordonne les soins de santé primaires par le biais d'un certain nombre d'établissements: Iwajowa (18), Iseyin (26), Kajola (13), Ibarapa-Nord (10) et Ibarapa-Centre (25). Chaque district possède un ou deux établissements de soins de santé secondaires (hôpitaux généraux). Toutefois, l'accès à un traitement de qualité est limité dans ces établissements. L'onchocercose, le paludisme, la schistosomiase et l'infestation par le ver de Guinée constituent, entre autres, les maladies tropicales les plus répandues, mais l'émergence rapide de la tuberculose en fait une maladie préoccupante. Les interventions de santé en cours comprennent la promotion de la complémentation en vitamine A pour les enfants de plus de 5 ans, la lutte contre l'onchocercose (TIDC), le paludisme (PCPD et MII) et la tuberculose au moyen de la stratégie DOTS. L'APOC, la Fondation Damien et l'UNICEF ont facilité l'approvisionnement en ivermectine, en antituberculeux et en vitamine A, tandis que les organisations à

assise communautaire ont joué un rôle mineur dans ces programmes. Le ministère fédéral de la Santé a joué un rôle très actif en facilitant la distribution des MII et du Coartem®, tandis que le ministère de la Santé de l'État d'Oyo a activement participé à la formation des agents d'exécution. La population de l'ensemble des districts sur lesquels a porté l'étude était de 488 759 habitants en 2006, dont 16% de moins de cinq ans.

Site de recherche d'Ibadan 2: centre-nord de l'État d'Oyo, Nigéria

Le site d'Ibadan 2 est situé dans la zone centre-nord de l'État d'Oyo qui fait partie des ceintures de forêt tropicale humide et de savane du sud-ouest du Nigéria. Le site de recherche couvrait les districts d'Oyo Est, de Saki-Ouest, d'Irepo, d'Atiba et d'Atisbo. L'État d'Oyo est constitué de 33 districts (Local Government Areas), chacun divisé en un minimum de 10 circonscriptions électorales, qui constituent la structure politique la plus petite et représentent une zone géographique dont la population est comprise entre 10 000 et 20 000 habitants. La population rurale de l'État d'Oyo représente 31% du total et la population urbaine 69% (NDHS, 2003). Le site d'étude est une zone d'établissement où les Yoruba sont prépondérants. L'économie des districts est étroitement liée à son secteur agricole qui fournit des emplois rémunérés à plus de la moitié des communautés. Les principales religions dans les communautés étudiées sont le christianisme et l'islamisme, qui ont une influence importante sur les processus de participation à la mise en œuvre des IDC. Le système de santé de chaque district est constitué de systèmes officiels et informels,

qui sont les relais d'exécution de la fourniture des soins de santé dans la communauté en raison de l'accès, de la méthode de paiement, et de la qualité et de l'efficacité perçues du traitement. Le TIDC a été introduit il y a environ six à dix ans dans les communautés étudiées de l'ensemble des districts d'Ibadan 2, grâce aux efforts concertés de l'État, des autorités de district et des partenaires internationaux. Le paludisme y est reconnu comme le problème de santé le plus grave exposant les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes au risque le plus élevé. Les autres problèmes de santé importants sont les suivants: rougeole, toux, tuberculose, onchocercose, typhoïde et cécité.

**Site de recherche de Kaduna:
État de Kaduna, centre-nord du Nigéria**

L'État de Kaduna, avec 23 districts, est situé dans la partie centre-nord du pays. Les zones d'étude – Jema'a, Kachia, Kaura et Kuru et Lere – sont des districts situés dans la partie sud-est de l'État. La végétation y est un mélange de mosaïque de forêts et de savanes herbeuses. Ce sont des régions montagneuses parcourues par des rivières au cours rapide. Elles partagent des frontières avec les États de Katsina et de Kano au nord, du Plateau à l'est, de Nassarawa au sud-est, de Niger à l'ouest et avec le Territoire de la capitale fédérale (Abuja) au sud. Cette zone couvre un territoire de 43 565 kilomètres carrés, représentant 4,6% du territoire du Nigéria. La population y est en grande partie homogène et les chefs communautaires, qui prennent les décisions en consultation avec le conseil des anciens, gouvernent les communautés. Les religions dominantes sont le christianisme et l'isla-

misme plus certaines pratiques traditionnelles. La plupart des habitants sont des paysans pratiquant une agriculture de subsistance. L'infrastructure des soins de santé n'y est pas complètement développée. Les comités de santé de village, les accoucheuses traditionnelles, les distributeurs sous directives communautaires et les bénévoles sont impliqués passivement dans les programmes et activités à assise communautaire. La distribution d'ivermectine s'opère dans 2 590 communautés appartenant à 16 districts depuis 1989. Celle-ci est donnée gratuitement une fois par an aux personnes remplissant les conditions voulues. Dans les cinq districts d'étude, 826 communautés mettaient en œuvre le TIDC. La couverture thérapeutique générale pour 2005 était de 87% tandis que, dans les cinq districts étudiés, le taux de couverture était de 89%. L'onchocercose est mésoendémique



dans cet État, qui compte quelques communautés hypoendémiques. La majorité de la population est rurale.

Site de recherche de Yola: État de Taraba, Nigéria

L'État de Taraba est divisé en 16 conseils administratifs locaux qui sont eux-mêmes divisés en districts. L'étude a été menée dans les districts de Pantisawa, Garbachede, Pupule, Bali et Yakoko. Ces cinq districts sont constitués de 631 communautés et chacun compte une population allant d'environ 87 010 résidents (Yakoko) à 152 420 résidents (Bali). Les communautés elles-mêmes comptent entre 250 et 2 000 personnes, avec quelques fluctuations saisonnières. L'État de Taraba a le plus grand nombre de communautés rurales du pays, engagées dans l'agriculture et la production d'aliments à grande échelle, et dispose d'une des infrastructures de services de santé et de services sociaux les plus fragiles du pays. Les dispensaires et les postes de santé, qui sont administrés par les conseils locaux, assurent des services de soins de santé primaires et sont gérés par des assistants de santé communautaires. Chaque conseil local compte entre 12 et 27 établissements de santé; ceux-ci peuvent être situés jusqu'à 10 kilomètres de certaines communautés tandis que, dans certains cas, l'établissement de recours le plus proche peut être à plus de 60 kilomètres. Les hôpitaux généraux, les centres de santé importants et les hôpitaux privés gérés par des médecins ou des responsables communautaires de la santé assurent les services de laboratoire habituels, les services de santé de base et reçoivent les patients adressés

par les établissements de soins de santé primaires. Cet État a plus de 10 ans d'expérience du traitement par l'ivermectine sous directives communautaires; mais il lui reste encore à lancer la mise en œuvre à grande échelle de la prise en charge du paludisme à domicile au moyen des nouveaux antipaludiques. Les anciennes pratiques de traitement du paludisme par la chloroquine achetée auprès de vendeurs et de magasins locaux dominant encore. Les moustiquaires sont peu fréquentes et on les trouve parfois dans les boutiques et sur les marchés, mais la forte demande a poussé les tailleurs locaux à fabriquer et à vendre des sortes de moustiquaires improvisées en tulle. Les compléments de vitamine A et les vaccins antipoliomyélitiques sont administrés aux enfants de moins de cinq ans qui ne peuvent pas recevoir d'ivermectine au cours des campagnes de vaccination.

Site de recherche de Yaoundé: Province littorale, Cameroun

L'étude a été effectuée dans cinq districts sanitaires de la Province littorale du Cameroun: Ngambe, Yabassi, Nkondjock, Pouma et Ndom, où elle a été mise en œuvre dans tous les villages de ces quatre derniers districts. La plupart des habitants vivent en zone rurale. Les principaux groupes ethniques sont les Bassa, les Bakoko et les Douala qui sont pour la plupart chrétiens ou qui suivent, jusqu'à un certain point, les croyances religieuses traditionnelles. Peu de gens y sont musulmans. Le secteur agricole est basé sur la production de cacao et de diverses cultures alimentaires de subsistance telles que le taro, le tamier, l'igname, le manioc, le maïs et les tomates. De l'huile de palme y est produite par des moyens

aussi bien traditionnels qu'industriels modernes. La Province est irriguée par deux rivières, la Sanaga et la Nkam, dans lesquelles on pratique la pêche. Les comités de santé et de gestion (COSA et COGE) représentent les communautés, en interaction avec les agents de santé. L'ONG Perspectives est la principale organisation non gouvernementale impliquée dans la fourniture des soins de santé et il existe également un certain nombre d'associations culturelles à assise communautaire et d'associations politiques qui y participent. La loase est endémique dans les districts étudiés et plusieurs cas de manifestations indésirables graves ont été rapportés. Le paludisme y est la principale cause de morbidité et l'on observe une résurgence de la tuberculose. Toutes les interventions ciblées disposaient de programmes nationaux de lutte opérationnels et une distribution de masse de vitamine A y était effectuée deux fois par an.

**Site de recherche du Buea:
Province de l'Ouest, Cameroun**

La Province de l'Ouest du Cameroun est composée de huit subdivisions administratives, à savoir Nde (Bangangte), Bamoutos (Mbouda), Menoua (Dshang), Mifi (Bafoussam), Haut-Nkam (Bafang), Koung-Khi (Bandjoun), Haut-Plateaux (Baham) et Noun (Foumban). Le climat y est tropical de type soudano-guinéen, avec d'abondantes précipitations (en moyenne 2 000 à 3 000 mm par an) favorisant un paysage verdoyant et permettant la croissance de forêts de montagne bordées de lisières de raphias et de savanes. L'agriculture et l'élevage sont les principales sources de revenu. Les principaux produits cultivés sont le café, le cacao et le

thé destinés à l'exportation, ainsi que des cultures de subsistance et des cultures commerciales telles que les céréales (maïs, riz, haricots, arachide), les tubercules (igname, manioc, taro, tamier, pomme de terre), la banane et le plantain, les légumes (tomates, carottes, choux, okra) et les fruits (poires, mangues, oranges, papayes, fruits des palmiers à huile, etc.). La saison des pluies dure jusqu'à neuf mois (de la mi-février à la mi-novembre) et la saison sèche ne dure que de la mi-novembre à la mi-février. La température annuelle moyenne est d'environ 18°C, mais le climat est en général froid. Ce climat tempéré, un sol volcanique relativement fertile et de bonnes dispositions techniques (attestées par un artisanat impressionnant), associés à la solide éthique du travail de la population locale, font des hautes terres de l'ouest le grenier productif du Cameroun. La Province de l'Ouest possède 19 districts sanitaires, configurés de façon à couvrir l'ensemble du territoire géographique, tout en tenant compte de la densité de population. Chaque district sanitaire comprend plusieurs «zones de santé» et, à ce niveau-là, il y a des hôpitaux de province, des hôpitaux de district et des centres de santé intégrés, de même que des centres de santé communautaires ou privés. En tout, il y a 190 zones de santé dans la Province de l'Ouest du Cameroun. Une population d'au moins 5 000 habitants constitue le seuil de délimitation d'une zone de santé. Pour donner aux communautés les moyens d'agir et les encourager à participer et à être des partenaires de la fourniture des soins de santé, il existe un dialogue à l'échelon communautaire et des comités de gestion. Les communautés nomment les membres de ces comités de santé et

les structures de dialogue servent d'interface entre le système de santé officiel et les communautés.

Site de recherche en Ouganda: sous-comtés de Kanungu, Kyenjojo, Sironko et Arua

L'étude a été menée à Kanungu et Kyenjojo dans le sud-ouest, à Sironko dans l'est et à Arua dans la région du West Nile. Nebbi, également situé dans la région du West Nile, a servi de district témoin. Il convient de noter que dans chacun de ces districts la zone d'étude a été un sous-comté comptant en moyenne près de 65 villages/communautés. Les districts d'étude étaient très éloignés de Kampala, la capitale, et principalement ruraux, une majorité de leurs résidents (plus de 95%) pratiquant de l'agriculture de subsistance. En dehors d'Arua, les districts d'étude sont situés dans des régions vallonnées où l'infrastructure routière est médiocre. Les districts de Kanungu et Kyenjojo sont néanmoins particuliers du fait de leurs plantations de thé et de leurs économies orientées vers l'exportation.

D'où le fait qu'en plus de l'agriculture de subsistance, les résidents de ces districts tirent un certain revenu en numéraire de leur emploi dans les plantations, les fabriques de thé ou le commerce. Dans chacun des sous-comtés de l'étude, il y avait au moins deux établissements de santé publics de première ligne. Toutefois, il y a en plus un marché privé et informel important de prestataires de soins de santé, notamment des boutiques de médicaments, des dispensaires privés, des vendeurs de médicaments sur les marchés, des accoucheuses et des guérisseurs traditionnels.

Population totale couverte par l'ensemble des zones d'étude

Une caractéristique remarquable de cette étude a été son ampleur démographique considérable. Dans l'ensemble, elle a porté sur près de 2,35 millions de personnes, avec en moyenne 380 000 à 530 000 personnes par site d'étude.

Tableau 3: Importance démographique de l'étude

	Buea	Yaoundé	Ibadan 1	Ibadan 2	Kaduna	Yola	Ouganda	Total
District 1	47 907	16 620	119 044	123 208	25 504	96 175	50 475	478 933
District 2	34 923	24 431	117 871	109 029	65 659	124 360	56 370	532 643
District 3	51 317	10 419	119 844	106 635	28 103	96 090	51 644	464 052
District 4	47 652	27 823	72 000	120 590	19 386	152 420	59 314	499 185
District témoin	38 066	17 562	60 000	103 354	26 029	87 010	47 860	379 881
Total	219 865	96 855	488 759	562 816	164 681	556 055	265 663	2 354 694

C. Méthodes d'analyse

L'étude a fait appel à plusieurs méthodes de recueil des données, axées sur des données qualitatives (textuelles et visuelles) pour l'évaluation du déroulement et sur des données quantitatives (numériques) pour l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience.

1. ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ AU MOYEN DES DONNÉES DE LA COUVERTURE

Toutes les équipes de recherche ont employé des techniques d'enquête normalisées pour évaluer l'efficacité de l'approche IDC en estimant les effets qu'elle avait eus sur des indicateurs de couverture déterminants. A la fin de chaque phase de l'étude, chacun des sites de recherche a effectué dans 250 ménages choisis au hasard parmi les 50 communautés également choisis au hasard, une enquête portant sur les indicateurs clés de la couverture indiqués ci-dessous. Les résultats de cette analyse sont présentés au chapitre 5.

Distribution d'ivermectine:

- % de la population traitée par l'ivermectine au cours de la dernière année.

DOTS:

- Taux d'achèvement du traitement.

MII:

- % des ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée
- % des <5 ans dormant sous des moustiquaires
- % des femmes enceintes dormant sous des moustiquaires.

Prise en charge du paludisme à domicile:

- % des enfants <5 ans ayant présenté de la fièvre au cours des deux semaines précédentes et ayant reçu un traitement approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de cette fièvre.

Vitamine A:

- % des enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu de la vitamine A au cours de la dernière tournée de traitement.

Pour les besoins de l'évaluation, on a choisi au hasard 10 communautés sur les plus de 50 existant dans chacun des districts étudiés. Dans chacune des 10 communautés de chaque unité, on a ensuite choisi au hasard cinq ménages, soit au total 50 villages évalués et 250 ménages évalués par site d'étude (Tableau 4). Le nombre de personnes interrogées dans ces ménages a été fonction de la population cible pour les différents indicateurs et s'est situé entre un minimum de 313 entretiens relatifs à l'utilisation des MII chez les femmes enceintes, et plus de 10 000 entretiens pour la couverture du traitement par l'ivermectine.

2. MESURE DES COÛTS

Les coûts de mise en œuvre des interventions de santé intégrées par le biais de l'approche IDC ont été estimés au moyen des techniques comptables de dissociation des coûts afin d'estimer les services fournis aussi bien à l'échelon du district qu'à celui des établissements de santé de première ligne. Le calcul des coûts suppose de ventiler les dépenses totales en unités de services telles celles fournies dans l'ensemble

Tableau 4: Base de sondage de l'évaluation

District/LGA	IDC et séquence de l'inclusion dans l'IDC	Districts sanitaires/LGA	Nombre de villages évalués par district sanitaire	Nombre de ménages évalués par village	Nombre total de ménages évalués par district
1	GIV + Vit. A ^a + MII ^b + (PCPD + DOTS) ^c	1	10	5	50
2	GIV + DOTS ^a + PCPD ^b + (Vit. A + MII) ^c	1	10	5	50
3	GIV + MII ^a + Vit. A ^b + (PCPD + DOTS) ^c	1	10	5	50
4	GIV + PCPD ^a + DOTS ^b + (Vit. A + MII) ^c	1	10	5	50
Témoin	GIV + fourniture habituelle des autres	1	10	5	50
Total par site		5	50	25	250
Total pour l'ensemble des sites		35	350	175	1750

^a ajoutée aux IDC au cours de la 1^{re} année de l'étude, ^b ajoutée aux IDC au cours de la 2^e année de l'étude, ^c ajoutée aux IDC au cours de la 3^e année de l'étude

intégré des services de santé (TIDC + DOTS + MII + PCPD + Vit. A) de l'approche IDC. Cela a supposé: 1) de déterminer les unités de service par ensemble intégré de services de santé, puis 2) d'attribuer des coûts à ces unités de service. La méthode de calcul des coûts de l'approche IDC a permis d'identifier des coûts corporels (directs et indirects) et des coûts incorporels. Les coûts corporels étaient ceux engendrés au cours du processus d'intervention, par exemple: personnel (salaires), produits (approvisionnement en médicaments et autres consommables), mobilisation sociale, formation, voyages et transport, biens d'équipement utilisés au cours du processus

d'intervention (locations/amortissements), supervision, surveillance et évaluation, etc.

On a également quantifié les coûts incorporels. Dans l'approche IDC, ils comprenaient les contributions pour lesquelles aucun paiement n'avait été fait (par exemple, temps consacré par des volontaires), mais pour lesquelles on peut naturellement quantifier des coûts d'opportunité (par exemple, le temps perdu pour d'autres activités productives). Les coûts d'opportunité des contributions volontaires aux activités de l'approche IDC ont été calculés au moyen du salaire minimum existant dans chacun des pays participants.

Les données relatives aux coûts d'exécution de l'approche IDC ont été mises en tableau à chaque niveau du système de santé ayant contribué à l'exécution finale des IDC. A tous ces niveaux différents, on a calculé les coûts des biens et services suivants:

- salaires et indemnités versés au personnel et coût du temps consacré par des agents non salariés au niveau de la communauté, du ménage et du volontariat;
- dépenses engagées pour aider le personnel de mobilisation sociale à avoir suffisamment accès aux services d'intervention;
- dépenses relatives à la conduite et à la présence aux activités de formation utiles pour l'intervention;
- dépenses de supervision et de surveillance des activités liées à l'intervention au niveau du district et des établissements de soins de santé de première ligne;
- dépenses liées à l'entretien des immobilisations corporelles et services collectifs;
- honoraires des consultants;
- dépenses de transport.

Les résultats de cette analyse sont présentés au chapitre 6.

3. ANALYSE QUALITATIVE DES FACTEURS DE L'APPROCHE IDC AYANT UNE INFLUENCE SUR LES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Pour pouvoir analyser les facteurs jouant un rôle dans le résultat de l'approche IDC, les spécialistes des sciences sociales de chaque équipe de

recherche ont utilisé les méthodes standard de la recherche qualitative en sciences sociales. Ces dernières comprenaient des techniques d'entretien individuel et en groupe basées sur: des guides d'entretien, des entretiens des informateurs clés avec les partenaires, des entretiens approfondis avec les agents d'exécution des IDC et les agents de santé, des groupes de discussions avec les groupes communautaires, des discussions thématiques au cours des séances d'information et des consultations tenues avec les partenaires et des observations non structurées. Dans un site (Buea), on a utilisé la photographie et l'enregistrement vidéo pour documenter l'approche par des moyens visuels. Les sept équipes ont utilisé des instruments communs, notamment des guides d'entretien pour les informateurs clés, des groupes de discussions et des listes de contrôles pour les observations structurées.

Au début du projet, on est parti de l'hypothèse qu'un cadre conceptuel pourrait décrire de manière qualitative quels étaient les facteurs de l'approche IDC qui auraient un effet sur la réussite de la mise en œuvre des interventions telles qu'on les mesure par la couverture et le coût/efficacité. Au fur et à mesure du déroulement du projet, les chercheurs ont été constamment sollicités, en particulier lors des réunions annuelles, afin qu'ils partagent les données et les expériences qui valideraient ou non l'importance relative des diverses composantes du cadre conceptuel. L'approche IDC est décrite au chapitre 4 et les résultats de l'analyse des facteurs qui ont eu une influence sont présentés au chapitre 7.

D. Gestion et analyse des données

Les données quantitatives et qualitatives ont été traitées et analysées selon des méthodes normalisées d'entrée et d'analyse, utilisées dans chacun des sites d'étude ainsi que lors de l'analyse intersites. Pour garantir des normes de qualité élevées pour l'entrée et le traitement des données, chaque équipe comptait un gestionnaire de données, chargé de l'entrée et du traitement de ces dernières. En outre, sur le terrain, un contrôleur se rendait régulièrement dans tous les sites de recherche.

Des matrices normalisées d'entrée des données se servant de la version 6 d'EPI Info™ (CDC 2001) ont été utilisées pour l'entrée des données quantitatives. Toutes les données spécifiques de site ont été regroupées dans une base de données intersites. L'analyse statistique des données intersites a été effectuée au moyen du logiciel SPSS 15 (SPSS Inc. 2007).

L'analyse des données relatives aux coûts a suivi les étapes suivantes:

- La dépense annuelle totale pour chaque poste récurrent particulier (par exemple, personnel) a été calculée pour chaque ensemble intégré de services de santé.
- Les informations en rapport avec l'allocation des ressources partagées ont été rassemblées au cours du travail de terrain en demandant aux personnes responsables

d'indiquer quelle portion de chaque poste de dépense individuel (récurrent ou fixe) avait été utilisée pour les IDC au cours de l'année (par exemple, proportion de temps que chaque membre du personnel a consacré à des activités liées au DOTS). Cette information a ensuite servi à allouer un pourcentage des coûts totaux de chaque poste individuel (récurrent ou fixe) aux IDC.

- Les coûts d'opportunité ont été estimés sous la forme de la perte de temps de travail productif due aux IDC, ce qui a impliqué d'utiliser la proportion de revenu perdue par un volontaire lorsqu'il participait aux IDC. Comme celles-ci ont principalement été mises en œuvre dans des zones rurales, les données sur le revenu n'ont pas été disponibles et l'analyse du calcul des coûts s'est servie du salaire minimum pour attribuer une valeur monétaire au temps libre consacré par des volontaires aux IDC. Ces durées de volontariat ont été converties et mesurées en nombre total d'heures, qui ont ensuite été divisées par 8 pour obtenir l'équivalent en nombre de jours de travail consacrés aux IDC.
- Les données relatives au coût ont été converties en US dollars au taux de change existant au moment où la dépense avait été engagée. Ensuite, tous les coûts ont été actualisés sur le US dollar de 2005 en utilisant l'indice national des prix à la consommation. Cela a permis à toutes les comparaisons entre sites et entre pays de se faire dans les mêmes unités monétaires.

Les données qualitatives étaient composées de données textuelles et audiovisuelles, notamment de transcriptions des entretiens avec les informateurs clés et des entretiens approfondis, des transcriptions traduites des enregistrements des réunions communautaires, des notes de terrain relatives aux observations et autres indications propres aux interventions, des notes et des rapports de réunions, des transcriptions des groupes de discussions et des données audio et visuelles (par exemple, photographies numériques et enregistrements des réunions communautaires). Les entretiens ont été transcrits et partiellement traduits en anglais à l'aide des lignes directrices normalisées de transcription et d'annotation. Toutes les données qualitatives ont été traitées au moyen d'AtlasTi 5.2, un logiciel d'analyse qualitative des données (AtlasTi GMBH 2006). Le codage des données textuelles a été effectué à partir d'une liste de codes intersites. Des notes ont été ajoutées aux codes et on a procédé à la vérification des données par code et par famille de codes afin de faire apparaître les thèmes émergents. Les données de chaque site ont été incorporées dans une base de données intersites. Les données qualitatives ont été initialement recueillies par écrit dans chaque site, au moyen d'un modèle de rapport uniforme adopté par l'ensemble des sites. Des discussions ont été tenues sur les thèmes émergents du champ d'intervention unique et croisée/intersites lors de trois ateliers d'analyse des données intersites permettant l'élaboration et l'affinement d'un modèle général de l'approche IDC (voir section 4).

E. Éthique de la recherche

Toutes les méthodes de recherche impliquant des sujets humains appliquées dans ce projet de recherche multipays ont été effectuées conformément aux normes internationales relatives à l'éthique de la recherche. Le protocole commun de l'étude, notamment les formulaires de consentement éclairé, a été examiné et approuvé par le Comité d'examen éthique de l'OMS. En outre, chaque site a obtenu l'approbation du Comité national d'éthique ou d'un conseil institutionnel, selon le cas. Un consentement éclairé a été obtenu de toutes les personnes interrogées, au cours des évaluations et des enquêtes de couverture et de coût.

F. Limites de l'étude

La présente étude est l'une des plus importantes jamais entreprises sur les stratégies de fourniture des interventions de santé en Afrique, couvrant jusqu'à 2,4 millions de personnes présentes dans 35 districts sanitaires sur sept sites d'études situés dans trois pays. Néanmoins, ces trois pays possèdent des systèmes de santé relativement bien développés et il faudra en tenir compte lorsqu'on évaluera la pertinence des résultats de cette étude pour d'autres pays d'Afrique où les systèmes de santé sont bien plus déficients.

Une grande question que pose ce type de recherche sur la mise en œuvre est de savoir dans quelle mesure les résultats de la recherche sont le reflet exact des expériences de la «vie réelle» et dans

quelle mesure les résultats ont été influencés par le déroulement de la recherche. D'après la conception de l'étude, les chercheurs devaient simplement introduire l'approche IDC dans le système de santé, puis se retirer de la mise en œuvre et se contenter d'observer et d'évaluer. Toutefois, comme il en est fait état dans le chapitre suivant, la mise en œuvre a rencontré plusieurs problèmes graves dus à la pénurie de matériels d'intervention qui auraient dû être disponibles pour la distribution. Après consultation entre les équipes de recherche, les chercheurs ont essayé de surmonter ces problèmes grâce à un effort supplémentaire de sensibilisation à l'échelle nationale, par exemple concernant les MII au Nigéria. Cela a conduit à un approvisionnement accru dans les sites d'étude (les MII supplémentaires ayant été partagées équitablement entre tous les districts, y compris les districts témoins). En dehors de cet



effort de sensibilisation, les équipes de recherche n'ont pas interféré avec l'exécution des IDC, qui a été effectuée dans tous les sites par les équipes de santé de district avec l'aide du personnel des établissements de santé de première ligne et mise en œuvre par les communautés elles-mêmes. Au-dessous du niveau du district, les chercheurs se sont contentés d'observer et d'évaluer sans interférer, principe qui a été encore renforcé lors des réunions d'examen annuelles et des visites sur sites effectuées par le contrôleur externe.

L'étude était très complexe, de même que les méthodologies et instruments de recherche utilisés, ce qui a conduit au début à une certaine variation entre les sites au niveau de l'application des instruments, d'où un certain manque d'uniformité dans les données groupées, surtout au cours de la première année de l'étude. Grâce à des visites de contrôle régulières, la plupart de ces variations ont été lissées au cours de la deuxième et de la troisième année de l'étude. Suite au renouvellement du personnel de recherche dans certaines équipes, quelques problèmes sont demeurés, mais ils n'ont pas affecté les résultats de ce rapport, sauf indication contraire. La méthodologie du calcul des coûts a nettement évolué au cours de l'étude et a été grandement simplifiée après la première et la deuxième année, recentrant le calcul des coûts sur les coûts des prestataires des IDC. C'est pourquoi le présent rapport ne fournit que les données du calcul des coûts pour la troisième année, les résultats des deux années précédentes n'étant pas comparables à cause de différences dans les instruments utilisés pour les calculs.



PARTIE II RÉSULTATS

4. INTERVENTIONS
SOUS DIRECTIVES
COMMUNAUTAIRES
– APPROCHE IDC
5. EFFICACITÉ DES IDC
6. COÛT DES INTERVENTIONS
7. FACTEURS CRITIQUES
DE L'APPROCHE IDC
8. CONCLUSIONS ET
RECOMMANDATIONS
9. ANNEXES

4

INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES – APPROCHE IDC

4 INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES – APPROCHE IDC



Présentation liminaire de l'approche IDC

La présente étude avait notamment pour objectif premier de documenter l'approche IDC en vue d'examiner la mise en œuvre intégrée des cinq interventions. Par souci de clarté, on trouvera ci-après un aide-mémoire schématique de l'approche IDC comprenant une définition, les rôles attribués aux divers protagonistes et les mesures d'exécution effectives. L'analyse qualitative détaillée des facteurs ayant eu des effets positifs ou négatifs sur cette approche figure au chapitre 7.

Définitions

Une intervention sous directives communautaires est une intervention sanitaire menée au niveau et sous l'égide de la communauté elle-même. Les services de santé et leurs partenaires présentent de façon participative la gamme des interventions possibles et les moyens grâce auxquels la notion de directives communautaires peut permettre, dès le départ, une appropriation de l'intervention par la communauté. A partir de là, la communauté prend en charge le processus, généralement en organisant toute une série de réunions communautaires pour prendre des décisions en matière d'application.

Rôles

Dans le cadre d'une IDC, la communauté, les services de santé et les autres parties prenantes assument les rôles ci-après:

Rôle de la communauté

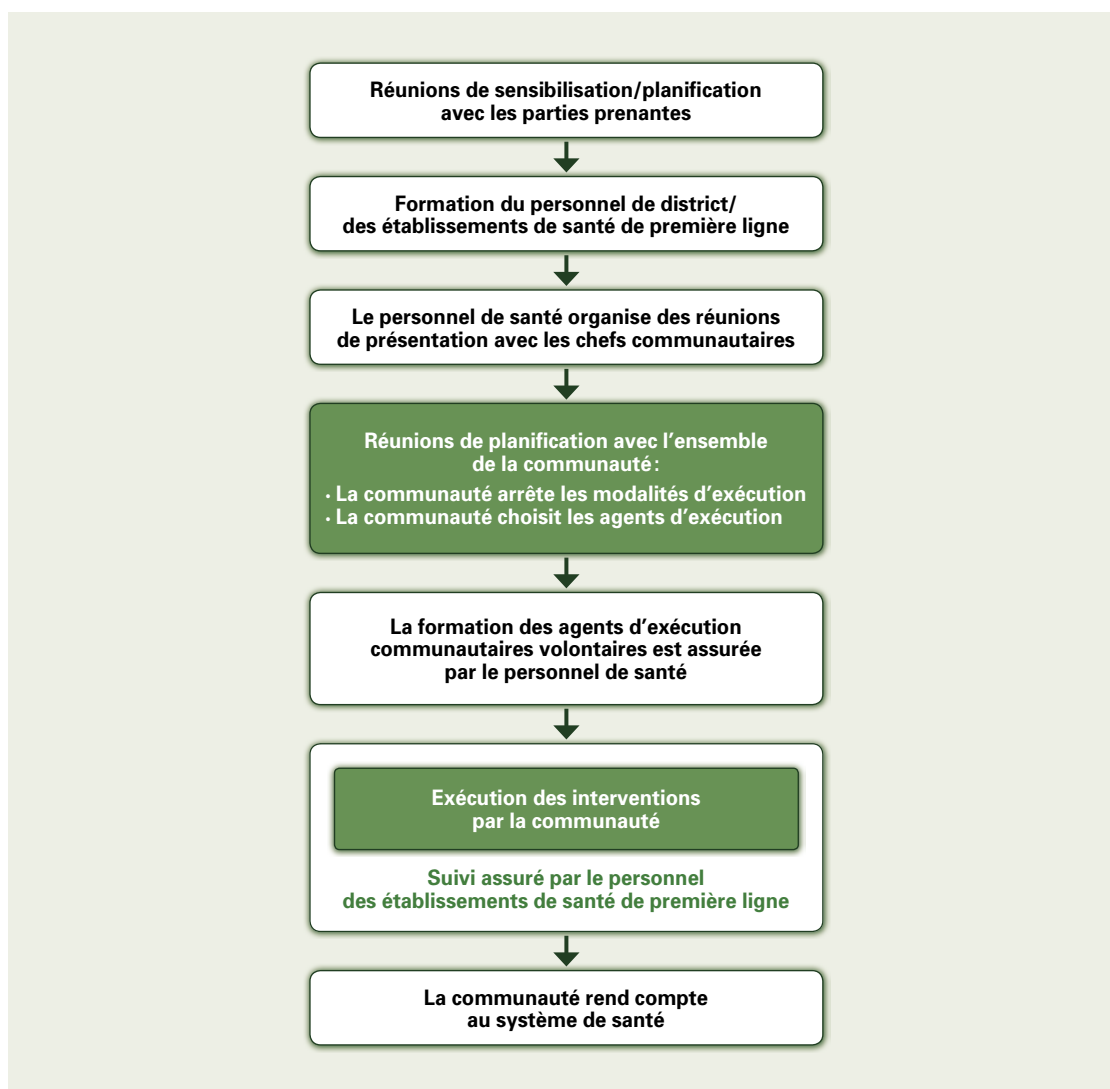
- Les membres de la communauté débattent collectivement du problème sanitaire tel qu'ils le perçoivent, ainsi que des interventions envisageables, compte tenu des connaissances pertinentes qu'ils possèdent et des informations supplémentaires qui leur sont fournies.
- Les membres de la communauté décident collectivement de mettre en œuvre ou non l'intervention sanitaire à l'échelon communautaire et de prendre en charge ou non son exécution.
- Les membres de la communauté conçoivent collectivement la stratégie de mise en œuvre de l'intervention dans la communauté et inventorient les ressources dont dispose la communauté.
- Les membres de la communauté planifient collectivement comment, quand, où et par qui l'intervention sera mise en œuvre, ainsi que la façon dont elle sera supervisée, l'appui qui sera fourni aux agents d'exécution et la façon dont le processus sera suivi.
- Les agents d'exécution sous directives communautaires effectuent l'intervention.
- A l'issue de l'intervention, les membres de la communauté examinent collectivement les résultats obtenus à la lumière de leurs observations et rectifient le tir, le cas échéant.

Rôle des services de santé/partenaires

- Cerner la structure du commandement communautaire et son organisation socioculturelle, et en tenir compte pour tout échange avec la communauté.
- Présenter à la communauté la notion d'IDC et les aspects techniques de l'(des) intervention(s).
- Assurer et faciliter le renforcement des capacités et l'appui technique requis par les interventions.
- Assurer la supervision et l'épauler selon les modalités et les critères d'intervention décidés d'un commun accord avec la communauté.
- Veiller au bon approvisionnement en fournitures nécessaires (médicaments, MII et autres matériels d'intervention).
- Concevoir des politiques de santé spécifiques aux IDC et des lignes directrices précises relatives à l'intégration de certaines interventions dans la série des IDC.

Dans l'approche IDC, il est primordial que l'ensemble des partenaires s'engagent en faveur de l'autonomisation de la communauté sans prendre d'ascendant sur elle, mais en apportant leur pierre à l'édifice selon le rôle et les responsabilités qui leur ont été attribués, tout en comprenant qu'ils partagent un objectif commun.

Les principales étapes de l'approche IDC



Principales étapes de la mise en œuvre d'une IDC

Dans l'approche IDC, les opérations se déroulent comme suit:

- (I) **Réunions avec les parties prenantes** aux niveaux national, infranational et du district (système de santé et autres, dont le secteur privé) afin de planifier, de définir et d'arrêter d'un commun accord une stratégie propre aux IDC, ainsi que les rôles et les responsabilités incombant aux différents partenaires. Cela suppose:
 - a. le choix des interventions à proposer dans le cadre de la série d'IDC;
 - b. des prévisions relatives à la sensibilisation et à l'éducation sanitaire continues moyennant des stratégies et des matériels d'IEC adaptés à tous les niveaux;
 - c. des prévisions relatives à la formation des personnels de santé de toutes catégories aux IDC et aux interventions possibles.
- (II) **Formation des agents de santé de district et du personnel des établissements de santé de première ligne:**
 - a. présentation de l'approche IDC et de son efficacité;
 - b. formation aux IDC possibles, selon les besoins.
- (III) **Prise de contact et rencontre avec les chefs communautaires:**
 - a. examen des maladies cibles et des interventions:
 - i. définition des problèmes sanitaires et évocation de l'expérience des maladies acquise par la communauté;
 - ii. information sur les avantages inhérents aux interventions disponibles;
 - iii. mise à disposition d'une aide par le service de santé et contribution des autres partenaires aux interventions.
 - b. examen des rôles et des responsabilités incombant à la communauté: les membres de la communauté décident collectivement s'ils veulent ou non que les interventions proposées soient menées au niveau communautaire. Dans l'affirmative, ils décident alors où, quand, comment et par qui les interventions doivent être exécutées; se prononcent sur le soutien à fournir aux agents d'exécution; et sur la façon de superviser et de suivre le processus, en s'intéressant plus particulièrement:
 - i. à la définition des tâches et des ressources spécifiques;
 - ii. au choix collectif des agents d'exécution communautaires;
 - iii. à l'instance chargée de fixer le calendrier de l'intervention;

- iv. aux décisions concernant la méthodologie à appliquer pour l'intervention;
- v. à la souplesse nécessaire pour modifier le calendrier et la méthodologie d'intervention, le cas échéant;
- vi. à la collecte des matériels d'intervention;
- vii. à la supervision des agents d'exécution par des membres de la communauté;
- viii. à la prise en charge des effets secondaires (s'il y a lieu) et à l'orientation des cas graves vers les postes de santé les plus proches;
- ix. aux décisions relatives à l'appui (financier ou autre) octroyé aux agents d'exécution.

(IV) Prise de contact et rencontre avec l'ensemble de la communauté, à savoir:

- a. éducation sanitaire de toute la communauté aux interventions et à leurs avantages, organisée une fois par an préalablement au lancement des activités qui leur sont liées;
- b. examen des rôles et des responsabilités incombant à la communauté dans le cadre de l'approche IDC (reprendre les étapes susmentionnées au paragraphe III.b.i-ix);
- c. prise de décision communautaire sur la question de savoir où, quand, comment et par qui l'intervention sera mise en œuvre;
- d. sélection collective des agents d'exécution communautaires.

(V) Formation des agents d'exécution communautaires par les services de santé.

(VI) Mise en œuvre des interventions par les agents d'exécution communautaires:

- a. recensement de la population pour savoir quelle quantité de matériels d'intervention sera nécessaire;
- b. collecte des matériels d'intervention;
- c. prestation des interventions;
- d. tenue de dossiers.

(VII) Suivi et rapport:

- a. supervision et suivi assurés par la communauté et les services sanitaires;
- b. compte rendu des agents d'exécution communautaires aux services de santé.

5

EFFICACITÉ DES IDC

5 EFFICACITÉ DES IDC



Les IDC ont pour but d'améliorer la fourniture des interventions de santé publique et de contribuer à faire en sorte qu'elles atteignent les populations qui en ont besoin. Au final, le test d'efficacité consiste donc à savoir si les IDC permettent d'améliorer le taux de couverture des populations cibles et de le maintenir. Le présent chapitre rend compte des résultats des évaluations de la couverture pratiquées pour chacune des interventions considérées. Au départ, il était prévu d'évaluer la situation pour chacune des trois années de l'étude. Mais, comme indiqué plus haut, l'approvisionnement en matériels d'intervention a posé de gros problèmes la première année, empêchant l'exécution d'interventions prévues sur certains sites et il n'a donc pas été possible d'évaluer la couverture sur

tous les sites pour la première année. Les deuxième et troisième années en revanche, la couverture a pu être évaluée sur la totalité des sites et les principaux résultats sont récapitulés ci-après.

A. Distribution de vitamine A

La supplémentation en vitamine A a été initialement retenue comme l'intervention la moins difficile à mener; sous l'angle de la complexité, elle était considérée comme analogue au traitement par l'ivermectine. La vitamine A est actuellement distribuée à l'occasion des journées nationales de vaccination (JNV). Or, au cours de la période considérée, les programmes de distribution de vitamine A s'étaient intéressés à l'approche IDC et à son application, car il leur fallait prévoir de nouveaux mécanismes de distribution. Ils supposaient que l'état d'avancement de l'éradication de la poliomyélite pourrait peut-être déboucher à terme sur l'élimination progressive des journées nationales de vaccination annuelles, au cours desquelles les vitamines étaient aussi distribuées. L'IDC était donc considérée comme un mécanisme de remplacement porteur. Le tableau 5 montre les résultats obtenus pour la couverture de la vitamine A lors de l'enquête finale achevée à la fin de la troisième année.

Tableau 5: Couverture par la vitamine A des enfants âgés de 6 à 59 mois (évaluation finale, troisième année)

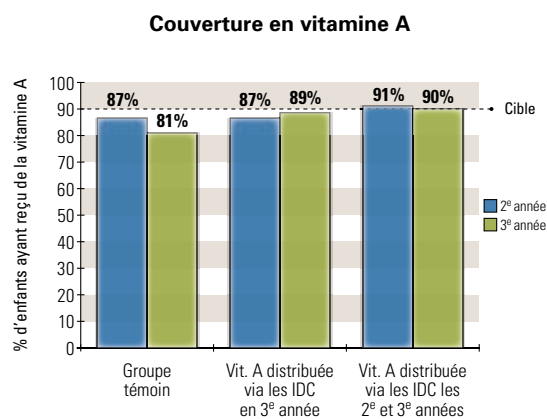
Site d'étude	GROUPE TÉMOIN			DISTRIBUTION DE VIT. A VIA LES IDC LA 3 ^e ANNÉE SEULEMENT			DISTRIBUTION DE VIT. A VIA LES IDC LES 2 ^e ET 3 ^e ANNÉES		
	Total des personnes interrogées	Vit. A distribuée		Total des personnes interrogées	Vit. A distribuée		Total des personnes interrogées	Vit. A distribuée	
		Nbre	%		Nbre	%		Nbre	%
Buea	80	71	89%	190	160	84%	163	154	94%
Yaoundé	71	52	73%	154	125	81%	139	108	78%
Ibadan 1	102	74	73%	241	190	79%	227	207	91%
Ibadan 2	108	91	84%	242	237	98%	351	343	98%
Kaduna	74	71	96%	144	141	98%	172	159	92%
Yola	98	88	90%	204	175	86%	170	168	99%
Ouganda	87	55	63%	155	150	97%	192	135	70%
Total	620	502	81.0	1330	1178	88.6	1414	1274	90.1

Les données relatives à la couverture de la vitamine A sont indiquées par site d'étude pour chacun des trois groupes de districts visés. La colonne de gauche représente les districts témoins dans lesquels la vitamine A a été distribuée par le canal traditionnel des JNV tout au long de la période sur laquelle porte l'étude. La deuxième colonne décrit les résultats obtenus dans les districts où la vitamine A a été distribuée via l'approche IDC la troisième année, mais par le biais des JNV les première et deuxième années. La dernière colonne fait état de la couverture obtenue dans le groupe de districts où la vitamine A a été incorporée à la série d'interventions sous directives communautaires lors des deuxième et troisième années; elle constitue, par conséquent, l'expérience de distribution via les IDC la plus longue.

Les comparaisons portant sur la troisième année de l'étude montrent que la distribution de vitamine A dans les districts témoins a permis d'atteindre 81% des enfants grâce au mode opératoire traditionnel des JNV (allant de 63% en Ouganda jusqu'à 96% à Kaduna). Bien que ce résultat soit louable, il est néanmoins en deçà de

la cible des 90%. En revanche, dans le groupe de districts où la vitamine A a été distribuée via les IDC, la couverture était comparativement plus élevée (89%). Enfin, dans les districts où la vitamine A était fournie via les IDC lors des deux premières années au moins, la couverture enregistrée la troisième année s'établissait à 90%. La différence de couverture de la vitamine A entre les districts témoins et les districts soumis aux IDC est statistiquement significative (test de χ^2 ; $p < 0,01$).

Figure 1:



La figure 1 montre les résultats des enquêtes de couverture conduites les deuxième et troisième années. Les chiffres relatifs à la troisième année sont les mêmes que les totaux indiqués dans le tableau 5. La deuxième année, la vitamine A n'a été distribuée que dans le cadre des IDC dans le troisième groupe de districts où le taux de couverture a atteint 91,2%. Bien que cela ne représente pas plus de 4 à 5% de plus que les JNV (86,7% dans les districts témoins et 86,6% dans le deuxième groupe), la différence est néanmoins statistiquement significative.

Dans l'ensemble, les données de la couverture ont montré que les IDC sont une alternative efficace aux JNV pour distribuer la vitamine A et qu'elles peuvent même donner de meilleurs résultats.

Les informations recueillies sur place permettent d'expliquer comment l'adéquation s'est faite entre la distribution de vitamine A et les IDC. A Kaduna, les personnes interrogées ont fait observer que «La vitamine A est un produit facile à distribuer». Dans la même veine, «La distribution de vitamine A est plus facile à mettre en œuvre vu

la simplicité de son administration». Un Ougandais interrogé s'est exprimé en ces termes: «Je pense que la distribution d'ivermectine et de vitamine A est facile à mettre en œuvre car les produits nous sont fournis et notre rôle consiste uniquement à les distribuer simultanément. De plus, cette opération n'a lieu qu'une fois par an contrairement à l'HOMAPAK (traitement antipaludique préconditionné) qui, lui, fait l'objet d'une distribution continue toute l'année». Malgré les difficultés de départ, un répondant originaire de Buea (Cameroun) a constaté qu'il était facile de mettre en place la distribution de vitamine A car «La vitamine A est dissociée du PEV et associée au TIDC dans les zones d'intervention sanitaire sous directives communautaires». Sur le site proche de Yaoundé (Cameroun), une personne interrogée a fait observer que les préparatifs avaient facilité la distribution de vitamine A. «La session de formation de deux jours et le cours de mise à niveau ont permis d'inculquer les compétences voulues aux agents d'exécution des IDC puisqu'ils n'ont fait part d'aucune difficulté technique lors de leur participation à la distribution des gélules de vitamine A».

Tableau 6: Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) (évaluation finale, troisième année)

Site d'étude	GROUPE TÉMOIN			DISTRIBUTION DE VIT. A VIA LES IDC LA 3 ^e ANNÉE SEULEMENT			DISTRIBUTION DE VIT. A VIA LES IDC LES 2 ^e ET 3 ^e ANNÉES		
	Total des personnes interrogées	Ménage avec MII		Total des personnes interrogées	Vit. A distribuée		Total des personnes interrogées	Vit. A distribuée	
		Nbre	%		Nbre	%		Nbre	%
Buea	80	71	89%	190	160	84%	163	154	94%
Yaoundé	71	52	73%	154	125	81%	139	108	78%
Ibadan 1	102	74	73%	241	190	79%	227	207	91%
Ibadan 2	108	91	84%	242	237	98%	351	343	98%
Kaduna	74	71	96%	144	141	98%	172	159	92%
Yola	98	88	90%	204	175	86%	170	168	99%
Ouganda	87	55	63%	155	150	97%	192	135	70%
Total	620	502	81.0	1330	1178	88.6	1414	1274	90.1

B. Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

Les MII sont une composante essentielle de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme. Elles servent à prévenir l'infection et la maladie, surtout dans les groupes à haut risque – enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes. Lors de la conception de l'étude, les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été classées dans la catégorie intermédiaire du point de vue de la complexité de la prestation. Comparées à l'ivermectine et à la vitamine A, elles sont volumineuses et le système de santé ne les met pas toujours à disposition gratuitement. Par ailleurs, leur distribution ne s'accompagne pas du dépistage et du suivi individuels des cas qui seraient nécessaires pour traiter le paludisme et la tuberculose. Dans l'analyse des résultats de l'étude, la couverture des MII a été évaluée au regard de trois indicateurs utilisés par RBM, à savoir: 1) la disponibilité des MII au niveau des ménages; 2) l'utilisation des MII par les enfants; et 3) leur utilisation par les femmes enceintes. Pour chacun de ces trois indicateurs, RBM avait fixé l'objectif de 60 % à atteindre à l'horizon 2005 (OMS, 2003).

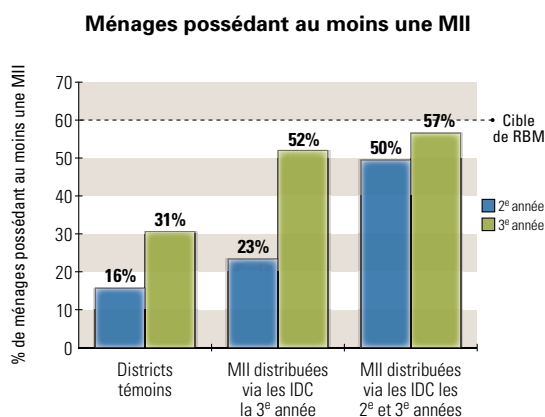
Le tableau 6 montre la proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide, par site d'étude, dans chacun des trois groupes de districts, à savoir: les districts témoins où les moustiquaires ont été distribuées par les voies habituelles; les districts où elles ont été diffusées par les voies habituelles lors des première et deuxième années de l'étude, mais via les IDC lors de la troisième année; et le groupe de districts où les MII ont été distribuées via les IDC pendant au moins deux ans, les deuxième et troisième années. Dans les districts témoins, seuls 31 % des ménages en possédaient au moins une. En général, la disponibilité des MII était nettement

supérieure et plus proche de l'objectif des 60 % fixé par RBM dans les districts où ces produits avaient fait partie, pendant au moins deux ans, de la série d'interventions sous directives communautaires. Toutefois, dans le cas du Cameroun (contrairement aux sites du Nigéria et de l'Ouganda), il n'y a pas eu de différence importante sous l'angle de la disponibilité dans les ménages entre les districts soumis aux IDC et les districts témoins.

La figure 2 compare les chiffres de la couverture globale obtenus les deuxième et troisième années selon les trois types de districts étudiés. Lors de la deuxième année, un taux de 50 % a été enregistré dans les districts où les MII ont été diffusées via les IDC. C'est plus du double de la couverture obtenue par les voies de distribution habituelles dans les autres districts (16 % et 23 %) au cours de la deuxième année. Entre la deuxième et la troisième année, la disponibilité des moustiquaires au niveau des ménages a progressé dans tous les districts, y compris les districts témoins.

Force est de constater que dans tous les cas où des moustiquaires ont été remises à la population dans le cadre d'une intervention sous directives

Figure 2:



communautaires, le taux de couverture a été nettement plus élevé.

Posséder une MII est une chose, l'utiliser à bon escient en est une autre; tel est le sens des deux indicateurs suivants. Le tableau 7 montre les résultats de l'enquête de couverture finale, laquelle mesurait le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'entretien. Dans les districts témoins, seuls 16% des enfants avaient dormi sous MII, alors que, dans les districts soumis aux IDC, le taux de couverture était deux fois plus élevé, s'établissant autour de 35%, ce qui est encore bien en deçà de l'objectif des 60% fixé par RBM.

La figure 3 montre que, lors de l'enquête effectuée à la fin de la deuxième année, la couverture était aussi nettement plus élevée dans les districts où les MII étaient distribuées via les IDC (35%) que dans les districts fonctionnant selon les voies habituelles (9% et 11%). Entre les deuxième et troisième années, on a observé un léger accroissement de la couverture dans

les districts témoins, mais une majoration bien plus importante (de 11% à 36%) dans ceux qui avaient changé leur mode de diffusion et s'étaient ralliés aux IDC. Dans l'ensemble, lorsque la distribution s'est effectuée par le truchement d'interventions sous directives communautaires, le nombre d'enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide était deux à trois fois plus élevé.

Figure 3:

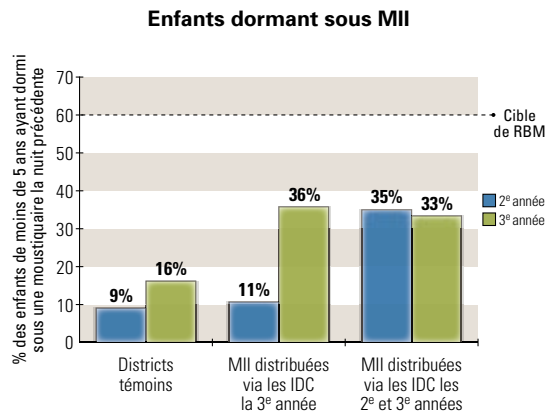


Tableau 7: Enfants ayant dormi sous une MII la nuit précédente (évaluation finale, troisième année)

Site de l'étude	GROUPE TÉMOIN			MII DISTRIBUÉES VIA LES IDC LA 3 ^e ANNÉE SEULEMENT			MII DISTRIBUÉES VIA LES IDC LES 2 ^e ET 3 ^e ANNÉES		
	Total des personnes interrogées	Dormi sous MII		Total des personnes interrogées	Dormi sous MII		Total des personnes interrogées	Dormi sous MII	
		Nbre	%		Nbre	%		Nbre	%
Buea	79	11	14%	169	41	24%	171	39	23%
Yaoundé	80	7	9%	190	33	17%	151	7	5%
Ibadan 1	33	0	0%	168	14	8%	56	16	29%
Ibadan 2	57	35	61%	95	63	66%	97	44	45%
Kaduna	86	11	13%	158	111	70%	178	132	74%
Yola	66	1	2%	138	18	13%	100	28	28%
Ouganda	105	17	16%	170	110	65%	191	49	26%
Total	506	82	16.2	1088	390	35.8	944	315	33.4

Tableau 8: Femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédente (évaluation finale, troisième année)

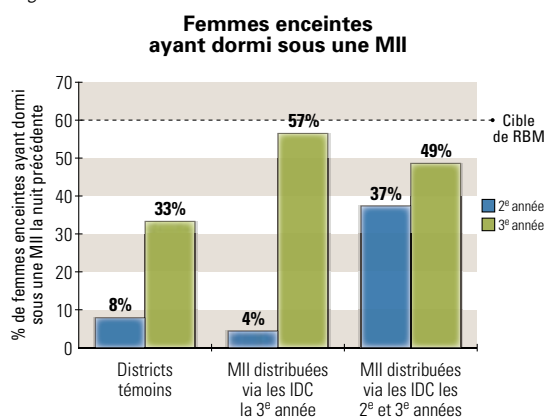
Site de l'étude	GROUPE TÉMOIN			MII DISTRIBUÉES VIA LES IDC LA 3 ^e ANNÉE SEULEMENT			MII DISTRIBUÉES VIA LES IDC LES 2 ^e ET 3 ^e ANNÉES		
	Total des personnes interrogées	Dormi sous MII		Total des personnes interrogées	Dormi sous MII		Total des personnes interrogées	Dormi sous MII	
		Nbre	%		Nbre	%		Nbre	%
Buea	13	4	31%	30	12	40%	26	4	15%
Yaoundé	5	0	0%	9	1	11%	10	0	0%
Ibadan 1	4	0	0%	20	2	10%	25	13	52%
Ibadan 2	15	11	73%	18	17	94%	36	18	50%
Kaduna	9	3	33%	18	16	89%	15	13	87%
Yola	4	0	0%	1	0	0%	3	1	33%
Ouganda	10	2	20%	19	17	89%	23	18	78%
Total	60	20	33.3	115	65	56.5	138	67	48.6

Le tableau 8 indique le pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'entretien. Là encore, ce pourcentage était beaucoup plus élevé dans les districts soumis aux IDC (57% et 49%) que dans les districts témoins (33%) et bien plus proche de l'objectif des 60% dans le cas des enfants. Malgré une taille de l'échantillon beaucoup plus petite, la différence entre les districts appliquant des IDC et les districts témoins est statistiquement significative.

Pendant la deuxième année de l'étude, l'écart s'est creusé davantage entre le pourcentage de femmes enceintes dormant sous une MII dans les districts où elles étaient diffusées dans le cadre d'interventions sous directives communautaires (37%) et celui observé dans les districts opérant selon les voies habituelles (4% 8%) (voir Figure 4). Entre les deuxième et troisième années, l'utilisation des MII a fortement progressé dans tous les districts, y compris les districts témoins, reflétant ainsi une tendance générale à l'amélioration. Mais partout où les MII étaient fournies via les IDC, le taux de couverture était de 20 à 30% supérieur à celui des districts témoins.

La classification initiale des MII dans la catégorie intermédiaire de complexité semble appropriée d'après le retour d'informations émanant des agents d'exécution communautaires. Plusieurs d'entre eux ont signalé que la distribution des MII était facile et « juste une question d'attribution aux personnes remplissant les conditions requises ». Or le nombre de MII disponibles au niveau du district était manifestement insuffisant pour satisfaire la demande accrue et d'autres agents d'exécution communautaires ont rencontré des difficultés, car

Figure 4:



la pénurie de moustiquaires entraînait des réactions des communautés: «*J'ai eu maille à partir avec les personnes qui, n'obtenant pas de moustiquaire pour cause de pénurie, m'ont accusé de les garder pour moi*» et «*La distribution des MII est difficile du fait de la pénurie; cela crée beaucoup de problèmes et certains me cherchent querelle*». Il est arrivé aussi que le coût des MII et des kits de réimprégnation fasse débat dans certains sites faisant état de remarques telles que: «*Les membres de la communauté aimeraient que les prix des MII et des antipaludiques pour adultes soient revus à la baisse;*» et «*Les difficultés tiennent à la disponibilité des moustiquaires; les communautés pensent que les moustiquaires sont trop chères, de même que la réimprégnation, tout en sachant que la moustiquaire est salutaire puisqu'elle protège contre le paludisme.*» (Buea). Les éléments factuels disponibles laissent entendre que si les MII étaient disponibles en plus grand nombre et d'un prix plus abordable, l'accroissement de la couverture aurait été encore plus grand dans les districts pratiquant des IDC.

C. Prise en charge du paludisme à domicile (PCPD)

Pour juguler efficacement le paludisme, il faut impérativement administrer rapidement les antipaludiques recommandés là où on en a le plus besoin, c'est-à-dire dans la communauté, à proximité du domicile. La prise en charge du paludisme à domicile (PCPD) est un élément essentiel de la stratégie mondiale de lutte antipaludique, mais sa transposition à grande échelle s'est avérée très difficile à obtenir et la plupart des enfants africains présentant de la fièvre ne reçoivent toujours pas de traitement antipaludique approprié en temps utile. Comme la stratégie de prise en charge à domicile s'inscrit tout à fait dans la philosophie d'autonomisation de la communauté des IDC, il était particulièrement intéressant dans les pays étudiés de rechercher si l'intégration de la prise en charge du paludisme à domicile dans les IDC pouvait permettre d'améliorer la couverture du traitement antipaludique approprié. Lors de la conception de l'étude, la prise en charge du paludisme à domicile a été classée



comme l'une des deux interventions les plus complexes puisqu'elle nécessiterait des compétences de base en matière de diagnostic et une prise en charge de chaque cas tout au long de l'année.

La couverture a été évaluée à l'aide de l'indicateur correspondant de RBM, à savoir le pourcentage d'enfants fébriles de moins de cinq ans ayant reçu un antipaludique recommandé au niveau national dans les 24 heures suivant le début des symptômes. RBM avait fixé pour cet indicateur un objectif de 60% à atteindre à l'horizon 2005 (OMS, 2003).

Le tableau 9 montre, pour l'enquête finale menée sur chaque site étudié, le nombre total d'enfants ayant présenté de la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête, ainsi que le nombre et le pourcentage de ceux ayant reçu, dans les 24 heures suivant le début des symptômes, l'antipaludique recommandé officiellement. Les résultats sont à nouveau présentés par groupes de districts: les districts témoins, le groupe de districts où la PCPD a été intégrée aux IDC pendant la troisième année de l'étude et le groupe de districts où la PCPD a fait partie des IDC pendant au moins deux ans.

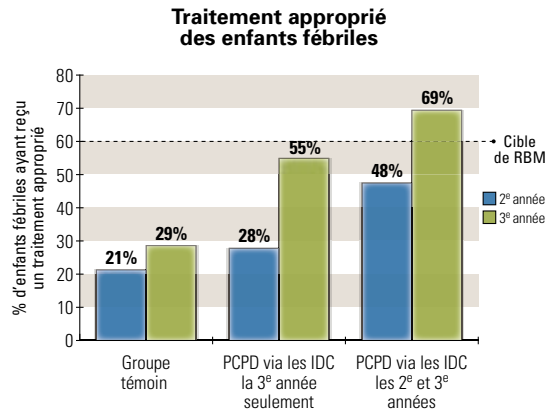
Sur tous les sites étudiés, les systèmes de santé en vigueur dans les districts témoins avaient déjà des politiques en faveur de la prise en charge du paludisme à domicile. Le niveau de mise en œuvre variait toutefois, allant du simple énoncé de la position politique, comme dans le district témoin de Kaduna, aux activités d'exécution plus explicites menées au sein du système de santé ougandais. A l'exception d'Ibadan 2, où le choix aléatoire des districts a entraîné le choix d'un district témoin exceptionnel, bénéficiant d'un programme de soins de santé et de développement communautaire fortement subventionné, la couverture de la prise en charge du paludisme à domicile dans les districts témoins est restée très faible au cours de la période considérée, allant de 0 à 29%. Dans les districts soumis aux IDC, cette couverture a été beaucoup plus élevée. Dans ceux où la PCPD a été assurée via les IDC pendant un an, 55% des enfants fébriles ont reçu un traitement approprié. Dans les districts où la PCPD avait été intégrée aux IDC pendant deux ans au moins, 69,4% des enfants bénéficiaient d'un traitement adapté, ce qui représente environ 10% de plus que l'objectif fixé par RBM.

Tableau 9: Traitement approprié administré aux enfants fébriles (enquête finale, troisième année)

Site de l'étude	GROUPE TÉMOIN			PCPD VIA LES IDC LA 3 ^e ANNÉE SEULEMENT			PCPD VIA LES IDC LES 2 ^e ET 3 ^e ANNÉES		
	Total des personnes interrogées	Prescription appropriée		Total des personnes interrogées	Prescription appropriée		Total des personnes interrogées	Prescription appropriée	
		Nbre	%		Nbre	%		Nbre	%
Buea	4	0	0%	35	10	29%	37	15	41%
Yaoundé	15	2	13%	40	3	8%	31	4	13%
Ibadan 1*	68	10	15%	100	40	40%	108	83	77%
Ibadan 2	50	28	56%	97	66	68%	65	56	86%
Kaduna	43	11	26%	89	71	80%	101	80	79%
Yola	34	10	29%	63	41	65%	63	41	65%
Ouganda	17	5	29%	53	31	58%	30	23	77%
Total	231	66	28.6	477	262	54.9	435	302	69.4

* Aucune information sur le fait que la prescription a été délivrée ou non dans les 24 heures.

Figure 5:



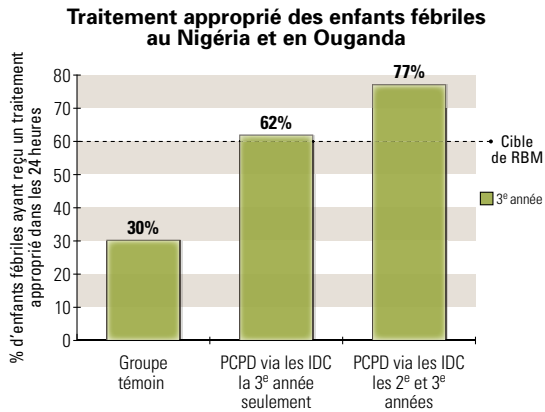
La figure 5 montre l'ensemble des résultats obtenus en matière de couverture pour les trois groupes de districts, lors des deuxième et troisième années. La deuxième année, deux fois plus d'enfants fébriles (48% au total) ont reçu un traitement antipaludique adapté suite à l'intégration de la PCPD dans une approche IDC; en revanche, dans les districts ayant mis en place la PCPD par d'autres moyens, le taux de couverture s'établissait à 21 et 28%, respectivement. Entre la deuxième et la troisième année, il s'est accru légèrement mais pas de manière significative dans les districts témoins, mais a doublé dans le deuxième groupe qui était passé aux IDC pour la PCPD. Les districts ayant opéré ainsi deux ans de suite ont enregistré aussi une forte progression de la couverture entre la deuxième et la troisième année. Cela s'explique sans doute par une plus grande sensibilisation des communautés à mesure que s'implantait solidement la prise en charge du paludisme à domicile via des interventions sous directives communautaires.

Si impressionnantes soient-elles, ces statistiques sous-estiment encore les effets potentiels de la PCPD via les méthodes IDC. Comme le décrit plus loin le chapitre 7, au cours de la

période étudiée, le Cameroun a présenté une nouvelle politique de traitement du paludisme, laquelle prévoyait de ne prescrire du Coartem® – le principal antipaludique disponible – qu'une fois le diagnostic de paludisme posé chez le patient. Cela n'a fait que restreindre sa distribution au niveau communautaire dans les districts camerounais de l'étude pratiquant les IDC, entraînant une très faible couverture de la PCPD dans tous ces districts, surtout sur le site de Yaoundé. D'où l'intérêt d'examiner à titre comparatif les données de la couverture relevées au Nigéria et en Ouganda, où la distribution communautaire d'antipaludiques ne faisait l'objet d'aucune restriction. La figure 6 présente la couverture de la PCPD au cours de la troisième année pour le Nigéria et l'Ouganda pris ensemble. Dans les districts témoins, seuls 30% des enfants atteints de fièvre ont reçu un traitement adapté, mais dans les districts ayant expérimenté la PCPD pendant au moins deux ans, le pourcentage de traitement approprié a été de 77%, soit deux fois et demie plus que dans les districts témoins, et supérieur de 17% à l'objectif fixé par RBM.

Bien que la PCPD ait été classée à l'origine parmi les deux interventions les plus complexes de l'étude, les données relatives à la couverture laissent entendre que c'est l'intervention qui a tiré le plus grand parti de l'approche IDC. Cela tient essentiellement à l'importance que les communautés attachent au paludisme et à la lutte contre cette maladie. L'équipe de Kaduna a constaté qu'«au niveau communautaire, c'est le paludisme qui était perçu comme prioritaire parmi les maladies cibles. La communauté jugeait la PCPD et les MII comme étant la façon la plus efficace de s'attaquer au paludisme dans leur communauté».

Figure 6:



En ce qui concerne la complexité, les opinions des agents d'exécution communautaires étaient mitigées. Bon nombre d'entre eux ont estimé qu'il s'agissait d'une tâche simple, car: «Les symptômes sont connus de tous et la population est réactive; une fois qu'elle a eu connaissance des médicaments mis à disposition, elle a sollicité des IDC;» et «Les médicaments avaient un code couleur». Le traitement était aussi considéré, toutefois, comme un processus de longue haleine: «L'HOMAPAK était en général jugé facile à administrer, le seul problème étant lié au temps puisqu'il convient d'agir dans les 24 heures». Et, comme avec les MII, l'agent d'exécution communautaire risque de se retrouver en délicatesse face à une pénurie d'antipaludiques: «Les pénuries de produits sont une autre difficulté que je rencontre et, lorsque cela survient, je dois continuer à expliquer aux membres de la communauté que le médicament est épuisé;» et «La difficulté se situe au niveau de l'approvisionnement en Coartem®. De temps à autre, quand on contacte le CAPP, on nous impose un quota. Par exemple, si on commande 1000 comprimés, il peut très bien arriver qu'on ne nous en fournisse qu'une centaine. Parfois, on vous demande de repasser un autre jour. Cela perturbe un peu le processus, car, dans ce domaine, la demande est très élevée».

D. Stratégie DOTS

La stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose se fonde sur la détection précoce des cas et le traitement de brève durée sous surveillance directe des patients pour lesquels le diagnostic a été posé. Si, au départ, le traitement n'était dispensé que dans des établissements de santé, on a observé, ces dernières années, le transfert de certaines composantes de la stratégie au niveau communautaire. Des membres choisis de la famille ou de la communauté ont la garde des médicaments et veillent, par «une surveillance directe», à ce que chaque patient prenne sa dose quotidienne. Partant de là, la proposition de tester si la stratégie DOTS pourrait efficacement s'intégrer aux IDC a été jugée opportune par plusieurs partenaires.

Cela dit, comme indiqué au chapitre 7, dans plusieurs sites de l'étude les responsables des programmes de lutte contre la tuberculose n'étaient pas persuadés que l'on pouvait confier la distribution des médicaments à des membres de la communauté. Les agents de contrôle étaient donc uniquement disposés à autoriser les membres de la communauté à aider au dépistage des cas et, dans une certaine mesure, à inciter les patients à mener leur traitement à son terme. De ce fait, la composante DOTS des IDC a montré des variations considérables d'un site à l'autre et a comporté, avec des degrés d'exécution divers, trois éléments distincts: i) le dépistage et l'orientation-recours des cas de tuberculose; ii) la distribution des médicaments et le traitement sous surveillance directe; et iii) l'incitation à suivre le traitement jusqu'au bout. Le tableau 10 montre le degré d'application de ces trois éléments via les IDC sur les différents sites.

Tableau 10: Composantes du traitement DOTS appliquées via les IDC

Site	Dépister	Traiter	Encourager
Buea*	✓	C*	✓
Yaoundé	✓	✓	✓
Ibadan 1	✓	X	✓
Ibadan 2	✓	X	✓
Kaduna	✓	✓	✓
Yola	X	X	X
Ouganda*	✓	C*	X
Total (7)	6	2	5

* Le traitement a effectivement atteint le niveau communautaire (C) à Buea (Cameroun) et en Ouganda où les patients assumaient seuls la prise de leurs médicaments à domicile.

Le principal indicateur de la couverture DOTS était le taux d'achèvement du traitement, c'est-à-dire le pourcentage de patients inscrits dans les 6 à 18 mois précédant l'enquête, qui avaient achevé leur traitement conformément à la carte de traitement. Les taux d'achèvement sont indiqués dans le tableau ci après, toujours pour les trois groupes de districts: les districts témoins appliquant le traitement DOTS habituel, le groupe de districts où DOTS a été incorporé aux IDC la troisième année et le groupe de districts où DOTS a été intégré pendant deux ans à la série d'interventions sous directives communautaires.

Le taux d'achèvement du traitement était élevé et dépassait l'objectif des 85% fixé par le programme Halte à la tuberculose (Raviglione et al., 1997) dans les trois groupes de districts. Contrairement aux résultats obtenus pour les autres interventions, il n'y a pas eu de différence significative entre les trois groupes de districts, et le taux d'achèvement du traitement n'était pas plus élevé dans les districts soumis aux IDC.

Entre la deuxième et la troisième année, ce taux a progressé dans l'ensemble des trois groupes, mais pour une même année, il n'y a pas eu de différence significative entre les districts témoins et les districts soumis aux IDC.

Lors de l'atelier d'analyse organisé la deuxième année, des agents d'exécution ont signalé qu'ils avaient eu l'impression que l'incorporation de DOTS dans les IDC avait amélioré le dépistage et l'orientation recours des cas. Pour vérifier la validité de cette hypothèse, des données sur les cas de tuberculose nouvellement enregistrés et confirmés ont été systématiquement recueillies auprès de tous les dispensaires concernés sur tous les sites pendant la troisième année. A partir de ces informations, le taux de dépistage annuel des nouveaux cas a été estimé à 13,9 pour 100 000 dans les districts témoins, à 15,0 pour 100 000 dans les districts où l'approche DOTS avait été incorporée aux IDC pendant un an et à 12,9 pour 100 000 dans les cas où les adultes avaient bénéficié de la série des IDC pendant deux ans. Là encore, la différence entre ces trois groupes de districts n'a pas été statistiquement significative.

Le DOTS était initialement classé comme l'une des deux interventions les plus complexes vu la nécessité d'un suivi quotidien étroit de chaque patient pendant six mois. L'expérience de cette étude confirme qu'il s'agissait bel et bien de la plus complexe des interventions sous directives communautaires, mais pour d'autres raisons que celles indiquées dans le barème de départ. C'est en effet l'intervention pour laquelle les responsables du système de santé ont été les plus réticents à habiliter pleinement la communauté à la mettre en œuvre (voir chapitre 7); d'ailleurs, le traitement DOTS n'a été mis en place intégralement dans le cadre des IDC que dans l'un des sept sites étudiés.

Le DOTS a aussi été plus complexe à d'autres égards. Les agents d'exécution communautaires l'ont jugé difficile en raison de la stigmatisation de la tuberculose: «*Le DOTS a été considéré comme le traitement le plus difficile. Il s'inscrit dans la durée et, une fois encore, la crainte de la contagion a été soulevée;*» et «*La tuberculose est plus délicate. Elle fait l'objet d'un rejet social*

et d'une discrimination et le traitement n'est aucunement facilité;» et «La seule difficulté que nous rencontrons encore concerne le DOTS et la stigmatisation de la maladie. Il y a encore des gens qui ont peur de révéler certaines maladies par crainte d'être rejetés et qui ne peuvent en parler qu'au personnel de santé (médecins, par exemple). Or ces médecins ne sont pas toujours auprès d'eux et un agent communautaire serait plus indiqué, d'où une difficulté persistante. Mais pour les autres maladies d'ordre plus général la population n'a aucun problème à communiquer et la tâche est alors aisée pour la communauté.» [Ouganda]; et «En ce qui concerne la stigmatisation, il conviendrait de noter que, dans certaines communautés, notamment à Fombot, la tuberculose est encore une affection redoutée. En raison d'une culture introvertie qui occulte la confrontation à certaines réalités, et aussi d'un faible degré d'instruction par rapport à celui qui prévaut dans les autres districts, la tuberculose y est encore considérée comme une maladie honteuse. Cela explique pourquoi, dans ce district, quelques tuberculeux ont encore peur d'en parler ouvertement. Beaucoup de gens n'acceptent pas cette maladie. En général, ils pensent être

victimes d'une malédiction. D'autres éprouvent de la honte à être désignés comme tuberculeux. D'aucuns ont peur d'être rejetés par la communauté». [Buea]

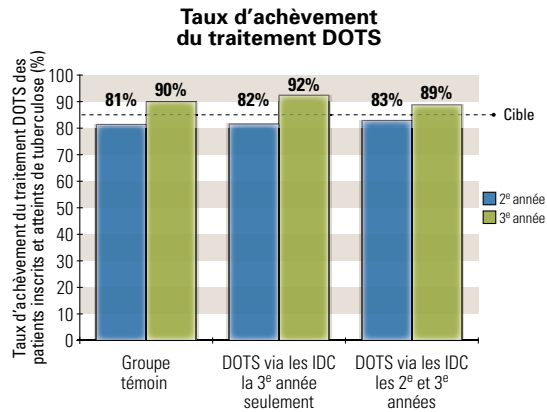
Ce mélange de réticence à déléguer les responsabilités au niveau de la communauté et de stigmatisation de la maladie a beaucoup compliqué la mise en œuvre efficace du traitement DOTS via les IDC.

L'équipe de Yola a noté que, «Si les agents d'exécution sont formés à reconnaître les cas présumés de tuberculose, à orienter les personnes concernées vers des centres de dépistage, puis à constater quotidiennement l'observance du calendrier de traitement, leur rôle s'est cantonné à dépister et à orienter, mais même cette démarche a été entravée par le discrédit jeté sur la maladie, de sorte que très peu d'agents d'exécution ont pu dépister des cas de tuberculose». Des agents d'exécution communautaires ont déclaré: «La tuberculose est plus complexe car il est difficile de savoir qu'une personne en souffre. Elle peut très bien ne pas vous le dire, d'où la difficulté à la déceler. Les personnes concernées gardent

Tableau 11: Taux d'achèvement du traitement DOTS chez les patients atteints de tuberculose et inscrits dans un dispensaire (évaluation finale, troisième année)

Site de l'étude	GROUPE TÉMOIN			DOTS VIA LES IDC LA 3 ^e ANNÉE SEULEMENT			DOTS VIA LES IDC LES 2 ^e ET 3 ^e ANNÉES		
	Total des personnes interrogées	Prescription complète		Total des personnes interrogées	Prescription complète		Total des personnes interrogées	Prescription complète	
		Nbre	%		Nbre	%		Nbre	%
Buea	1	1	100%	15	15	100%	8	8	100%
Yaoundé	2	2	100%	14	11	79%	4	4	100%
Ibadan 1	18	18	100%	12	12	100%	28	27	96%
Ibadan 2	8	4	50%	5	5	100%	56	49	88%
Kaduna	4	4	100%	32	28	88%	34	28	82%
Yola	1	1	100%	4	3	75%	7	3	43%
Ouganda	6	6	100%	14	14	100%	8	8	100%
Total	40	36	90.0	96	88	91.7	145	127	87.6

Figure 7:



souvent le secret sur leur maladie. Le traitement est alors d'autant plus difficile à surveiller;» et « Bien que j'ai été formé à dépister la tuberculose, les personnes atteintes n'aiment pas reconnaître qu'elles sont malades et je n'ai donc pas été en mesure d'aiguiller qui que ce soit vers un centre spécialisé».

La seule exception était Kaduna où les communautés soumises aux IDC ont fait état d'une expérience positive de la distribution à domicile des médicaments aux patients, épargnant ainsi aux membres de la communauté le coût du transport vers les centres concernés. Les administrateurs de programme de tous niveaux ont jugé la démarche réaliste et bénéfique aux membres de la communauté: *« Notre activité programmatique a notamment consisté à mettre en place des services de DOTS à l'échelon communautaire. Mais lorsque les IDC ont été mises en place, elles venaient à point nommé et la décision de s'y associer aussi, c'était l'assise dont nous avons besoin pour débiter le traitement de brève durée sous surveillance directe dans le cadre de notre programme».* [Entretien approfondi accordé par l'administrateur du programme DOTS de l'État de Kaduna]

E. Ivermectine

Les évaluations portaient aussi sur la couverture par l'ivermectine. Dans la présente étude, il ne s'agissait pas toutefois de tester si l'ivermectine pouvait être distribuée efficacement via les IDC (15 ans d'expérience à grande échelle du traitement par l'ivermectine, administré à 50 millions de personnes par an, ont largement prouvé son efficacité), mais plutôt de savoir si l'adjonction d'autres interventions pouvait avoir un effet négatif sur sa couverture. Telle était la principale préoccupation de l'organe directeur du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (FAC), lequel visait à s'assurer que l'incorporation d'autres interventions ne serait pas préjudiciable aux programmes actuels de traitement par l'ivermectine sous directives communautaires, dont les résultats s'étaient avérés si concluants au fil des ans.

Le tableau 12 ci-après montre que l'étude ne fait apparaître aucun motif de préoccupation et révèle plutôt le contraire. Dans les districts témoins, soumis uniquement au traitement par l'ivermectine sous directives communautaires et à aucune autre intervention de même nature, la couverture globale de ce traitement s'établissait à 63,8% la troisième année, soit légèrement en deçà de l'objectif des 65% (Amazigo et al., 2002a). Par contre, dans les districts soumis aux IDC, où quatre autres interventions ont été ajoutées à l'approche IDC la troisième année, la couverture était de 10% plus élevée.

La même augmentation de la couverture du traitement par l'ivermectine a été observée la deuxième année, laissant entendre que l'adjonction d'autres interventions aux IDC pourrait peut-être améliorer nettement la couverture de l'ivermectine, sans doute en raison d'une dynamique accrue et d'un engagement communautaire plus grand envers la série globale d'IDC.

Lors de la conception de l'étude, le traitement par l'ivermectine était classé dans la catégorie des interventions les moins complexes. Les agents

d'exécution communautaires interrogés au cours de l'étude ont généralement reconnu que la distribution d'ivermectine était facile « car la posologie était fonction de la taille ». D'autres, en revanche, ont estimé que la distribution appelait encore un travail énorme « Parce que les critères à remplir étaient plus larges et qu'il fallait traiter la question du suivi des membres de la communauté qui étaient absents de chez eux lors de la première visite ». [Kaduna]

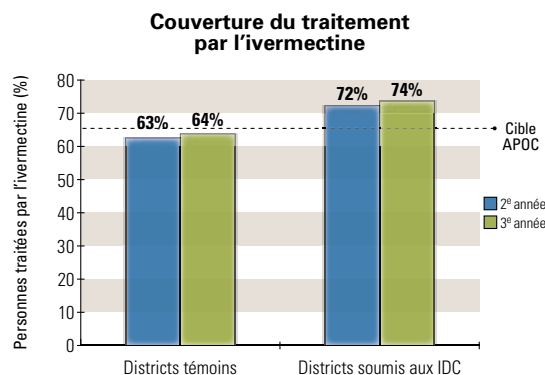
Sentiment général sur la complexité des interventions:

Dans l'ensemble, les agents d'exécution communautaires n'ont pas jugé les interventions difficiles à mettre en œuvre, comme en témoignent les observations ci-après:

« Les interventions sont très faciles à effectuer, en dehors du fait qu'elles nous demandent beaucoup de temps. Je n'en trouve aucune difficile. Ajoutons que nous avons d'abord été formés à les mettre en œuvre. » [Ouganda]

« Aucune d'entre elles ne me semble difficile car je crois les avoir toutes administrées. Elles sont simples, il faut seulement manifester de l'intérêt et s'engager. Je pense d'ailleurs que mes collègues sont du même avis. » [Ouganda]

Figure 8:



« Les communautés pratiquant des IDC avaient toutes une bonne connaissance de l'ensemble des maladies, qui avaient un équivalent dans les langues locales. » [Buea]

Certains agents d'exécution communautaires estiment que la conduite des cinq interventions est juste une question de bonne volonté: « Ce n'est pas lourd pour eux parce qu'au retour des travaux des champs, ils en font un divertissement », mais d'autres pensent que cinq interventions représentent une trop lourde charge à assumer pour une personne et qu'il y aurait lieu d'en former davantage: « Il faudrait certainement plusieurs personnes, qui seraient spécialisées, afin d'alléger la charge ». [Yaoundé]

Tableau 12: Couverture du traitement par l'ivermectine (enquête finale, troisième année)

Site de l'étude	GROUPE TÉMOIN			DISTRICTS SOUMIS AUX IDC		
	Total des personnes interrogées	Personnes traitées		Total des personnes interrogées	Personnes traitées	
		Nbre	%		Nbre	%
Buea	309	208	67%	1326	918	69%
Yaoundé	284	159	56%	1212	649	54%
Ibadan 1	250	112	45%	1135	908	80%
Ibadan 2	199	154	77%	1143	1039	91%
Kaduna	287	164	57%	1226	971	79%
Yola	317	270	85%	1258	947	75%
Ouganda	300	175	58%	1235	856	69%
Total	1946	1242	63.8	8535	6288	73.7



6

COÛT DES INTERVENTIONS

6 COÛT DES INTERVENTIONS

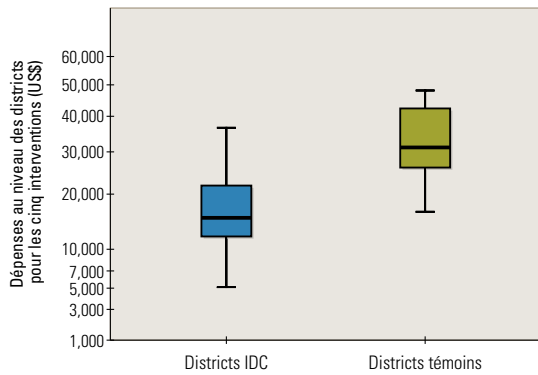
Ce chapitre contient l'analyse du coût de prestation des cinq interventions. Les résultats donnés ici découlent des données de coûts recueillies auprès des prestataires à différents niveaux de mise en œuvre du système sanitaire, à savoir au niveau des districts, dans les établissements de santé de première ligne, et au niveau communautaire, l'accent étant mis sur les coûts d'opportunité du temps consacré et des efforts déployés par les agents d'exécution communautaires.



A. Au niveau des districts

Au niveau des districts, les demandes de renseignements sur les coûts étaient ciblées, dans chacune des cinq interventions, sur les responsables des programmes. Pour chacun des cinq districts faisant l'objet de l'étude, des données ont été recueillies sur l'ensemble des sites pour huit postes de dépenses différents, quoique liés les uns aux autres: les salaires du personnel, les indemnités versées aux volontaires, les émoluments des consultants, la formation, la mobilisation, le transport, l'entretien et les services collectifs, ainsi que les coûts de supervision et de contrôle. Bien que les données concernant les dépenses aient été recueillies dans la monnaie locale de chaque pays, le calcul des dépenses finales de chaque site a été converti en dollars au taux en vigueur, en appliquant le taux de change du dollar dans chaque pays en 2005.

Figure 9:



Test U de Mann-Whitney ($p=0,007$)

L'analyse générale des coûts au niveau des districts conforte l'argument selon lequel il est relativement avantageux, financièrement parlant, de procéder à des soins de santé dans le cadre de l'approche IDC, en comparaison de la fourniture de soins classiques (Fig. 9). Dans les districts où a été appliquée l'approche IDC, le coût médian par district de mise en œuvre et de prestation des cinq interventions s'est situé légèrement au-dessus de US\$ 15 000, alors que dans les districts témoins, les coûts médians étaient proches de US\$ 30 000. L'écart est statistiquement significatif ($p = 0,007$).

Considérés individuellement, tous les sites présentent le même tableau avec un coût moyen par district IDC généralement inférieur aux coûts moyens des districts témoins (Tableau 13). Les coûts les plus bas, tant pour les districts IDC que pour les districts témoins, sont ceux des districts de Kaduna (IDC: US\$ 11 661; district témoin: US\$ 16 427), tandis que les coûts les plus élevés ont été relevés en Ouganda (IDC: US\$ 29 331; district témoin: US\$ 48 139). Dans l'ensemble, le coût moyen de la prestation intégrée des cinq interventions dans les districts IDC est estimé à un niveau inférieur de 40% au coût moyen de prestation des cinq interventions dans les districts témoins.

Les coûts de prestation des interventions comprennent huit postes (Fig. 10). La majeure partie des coûts au niveau des districts correspond au paiement des salaires du personnel (50,4%), tandis que les coûts d'entretien et des services collectifs, de formation et de mobilisation sociale se situent respectivement à 15,3%, 15,1% et 10,1%, soit un total de 40,5% de l'ensemble. Les 9,3% restants correspondent au transport, à la supervision, aux indemnités des volontaires et aux émoluments des consultants.

Si l'on compare l'importance de chaque poste de dépenses entre les districts IDC et les districts témoins, on constate qu'il n'y a que peu de différence entre les différents postes des uns et des autres (Fig. 11). Le gros des dépenses correspond aux salaires du personnel, tant dans les districts IDC que dans les districts témoins, encore que cette part soit légèrement plus importante dans les districts IDC (51,2% contre 48,6%). Le coût des postes d'entretien, de formation et de mobilisation sociale, par exemple, reste à un niveau substantiel, soit environ 10% ou davantage. Le coût du transport n'atteint pas 3% dans les districts IDC

Tableau 13: Coût moyen par district pour les cinq interventions (en US\$)

Site de l'enquête	Districts IDC (N=4 par site)	Districts témoins (N=1 par site)	Tous les districts
Buea	23 252	45 861	27 774
Yaoundé	27 170	23 649	26 466
Ibadan 1	22 584	28 590	23 785
Ibadan 2	13 920	39 038	18 944
Kaduna	11 661	16 427	12 614
Yola	12 085	31 169	15 902
Ouganda	29 331	48 139	33 092
Total	20 001	33 267	22 654

Figure 10: Répartition proportionnelle des postes de dépenses au niveau des districts

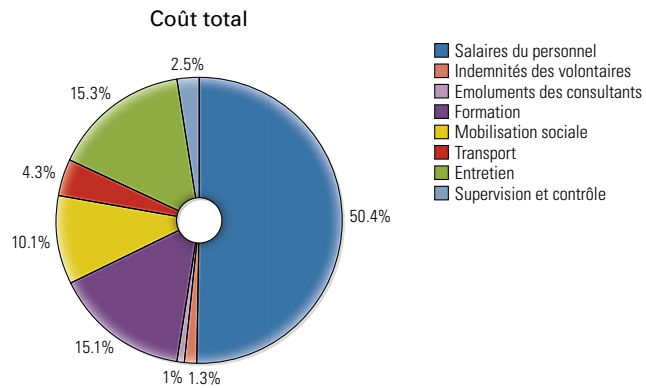


Figure 11: Répartition proportionnelle des postes de dépenses dans les districts IDC et les districts témoins

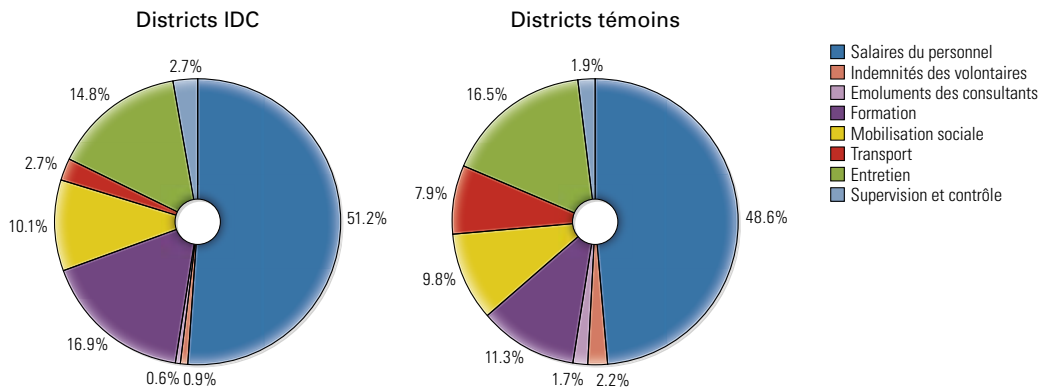
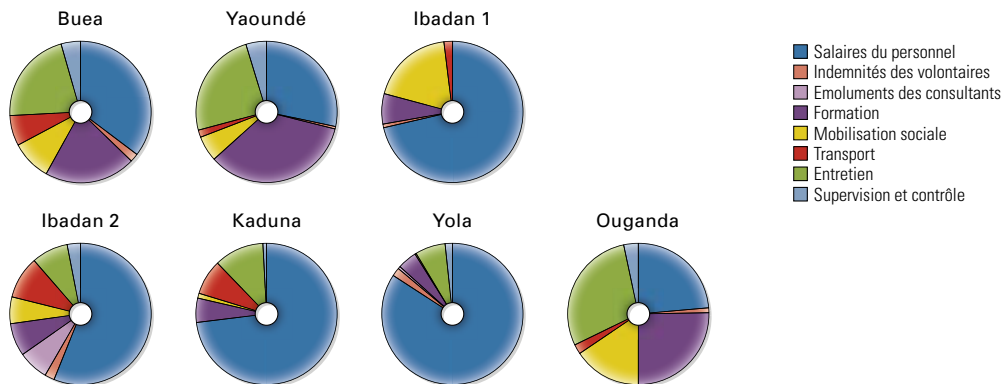


Figure 12: Répartition proportionnelle des postes de dépenses au niveau des districts d'un site à l'autre



alors qu'il se situe autour de 8% dans les districts témoins. La part prise par les indemnités versées aux volontaires, les émoluments des consultants et les dépenses de supervision reste peu significative, que ce soit dans les districts IDC ou dans les districts témoins.

Si l'on considère la part prise par chaque poste de dépenses d'un site à l'autre, on constate des écarts importants dans leur répartition proportionnelle. Les salaires du personnel comptent pour environ 25% du coût total en Ouganda, alors qu'ils dépassent les 80% à Yola. Quant aux coûts d'entretien, ils sont supérieurs aux salaires du personnel en Ouganda, tandis que les coûts de la formation sont supérieurs aux salaires du personnel à Yaoundé. Une chose saute aux yeux, à savoir que la majeure partie des dépenses totales au niveau des districts dans les quatre sites nigériens vient des salaires du personnel (Fig. 12), qui vont de plus de 60% à Ibadan 2 à plus de 80% à Yola. Cette constatation n'est pas une surprise, étant donné la prédominance accordée dans les établissements publics du Nigéria aux dépenses de personnel.

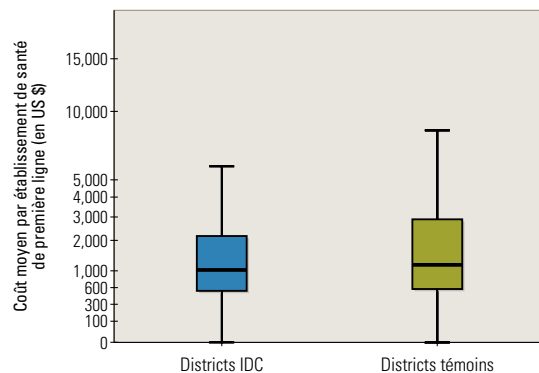


Les coûts de formation n'occuperaient une place importante que dans trois des sites seulement: Yaoundé, l'Ouganda et Buea, tandis que les coûts de mobilisation sociale ne seraient significatifs que dans deux sites seulement: Ibadan 1 et l'Ouganda. Les coûts d'entretien occupent une part notable des coûts totaux dans quatre des sites examinés: l'Ouganda, Buea, Yaoundé et Kaduna. Quant aux autres postes de dépenses, à savoir les indemnités des volontaires, les émoluments des consultants, la supervision et le transport, ils n'occupent qu'une part minime dans le total des coûts au niveau des districts.

B. Etablissements de santé de première ligne

Au niveau des établissements de santé de première ligne, c'est le principal responsable de chaque établissement qui a fourni les informations sur les coûts, les informations reçues concernant les mêmes postes de dépenses qu'au niveau des districts, exception faite des émoluments des consultants, considérés comme non applicables

Figure 13: Répartition des coûts dans les établissements de santé de première ligne entre les districts IDC et les districts témoins



Test U de Mann-Whitney ($p=0,51$)

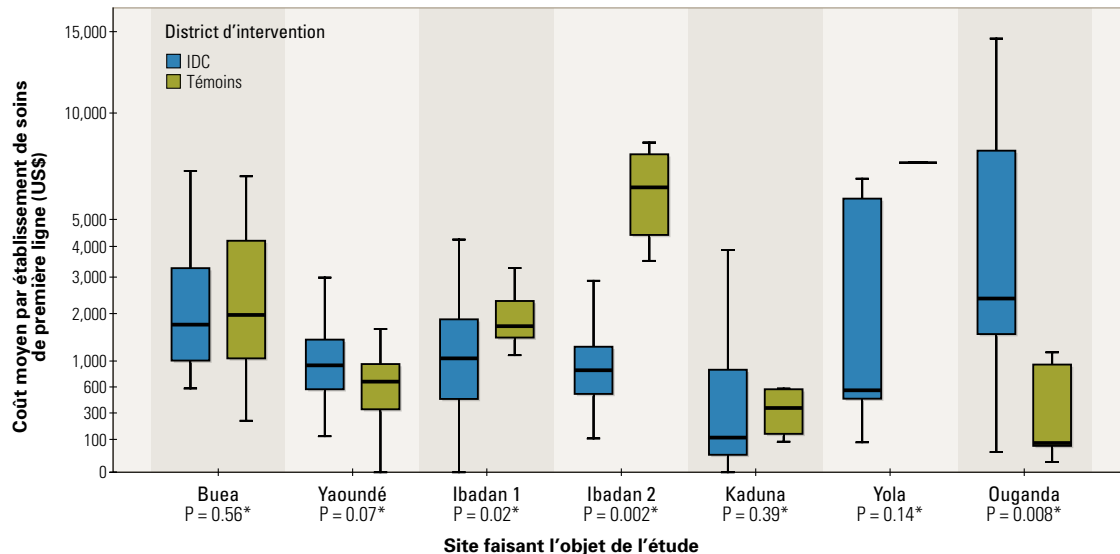
à ce niveau. Les postes de dépenses englobaient les salaires du personnel de l'établissement, les indemnités des volontaires, la formation, la mobilisation sociale, le transport, l'entretien et les services collectifs, ainsi que la supervision et le contrôle. Comme pour les districts, les données recueillies ont été converties de la monnaie locale en dollars pour permettre une comparaison entre les pays, en appliquant le taux de change de 2005 précédemment évoqué.

La différence de coût notable au niveau des districts ne semble pas se refléter au niveau des établissements de santé de première ligne (Fig. 13). Le coût de prestation des cinq interventions au niveau des établissements de première ligne a été inférieur de 12% dans les districts IDC (coût médian: US\$ 1025) par rapport aux districts témoins (coût médian: US\$ 1170), mais cet écart n'est pas significatif sur le plan statistique.

Par ailleurs, l'observation selon laquelle les dépenses générées par les cinq interventions dans les établissements de santé de première ligne seraient moindres dans les districts IDC ne se vérifie pas pour l'ensemble des sites. La figure 14 montre que les dépenses au niveau des établissements de première ligne sont moindres dans les districts IDC que dans les districts témoins dans cinq sites, mais que c'est l'inverse qui se vérifie à Yaoundé et en Ouganda.

Les données provenant d'Ibadan 2 ont révélé un écart énorme entre les dépenses des établissements de première ligne dans les districts IDC et dans le district témoin, écart qui est statistiquement significatif ($p = 0,002$). Cela s'explique par le niveau exceptionnellement élevé des dépenses dans le district témoin qui a bénéficié, comme cela a été dit au chapitre 5, d'un programme de développement et de soins de santé communautaires largement subventionné, jouissant du soutien marqué du président de

Figure 14: Dépenses au niveau des établissements de santé de première ligne par type de district et par site



* Test U de Mann-Whitney (valeur de p)

district. Cela s'est traduit par une intensification de toutes les interventions à différents niveaux, y compris des cinq interventions de l'étude au niveau des établissements de santé de première ligne dans ce district. Les autres districts du site n'ont pas bénéficié de ce soutien politique. Ce résultat exceptionnel a été contrebalancé par un écart extrême en sens inverse en Ouganda, où le district témoin n'a enregistré pratiquement aucune dépense pour les interventions de l'étude au niveau des établissements de première ligne. Il s'agit d'un district du nord de l'Ouganda qui, à la suite d'un conflit prolongé, fait désormais partie du programme de reconstruction du nord de l'Ouganda, auquel participent de nombreuses ONG qui sont sous pression pour produire rapidement des résultats, et qui court-circuite les établissements de santé de première ligne en apportant directement aux communautés leur aide et leurs fournitures.

Au niveau des établissements de première ligne, la majeure partie des dépenses totales de prestation pour les cinq interventions était constituée par des salaires du personnel, ceux-ci représentant plus de 66% du coût total. La formation et l'entretien occupaient eux aussi une place substantielle dans le coût total – plus de 11% chacun. Quant à l'engagement des volontaires au niveau des établissements de soins de première ligne, leur coût était proche de zéro. D'autres postes de dépenses tels que la mobilisation sociale, le transport, ou encore la supervision et le contrôle ne représentaient chacun que moins de 3% du coût total (Fig. 15).

Si l'on étudie la composition des postes de dépenses dans les établissements de première ligne des districts IDC et des districts témoins, on constate qu'il n'existe guère de différences. Si les salaires du personnel restent le poste principal de dépenses, à la fois dans les districts IDC et dans les districts témoins, à savoir respectivement 67,7% et 62%, la part relative des dépenses totales d'entretien passe de 13,8% dans les établissements de

première ligne des districts IDC à 5,1% dans les mêmes établissements des districts témoins. En revanche, la part du coût total réservé à la formation et à la mobilisation sociale passe respectivement de 9,2% et de 2,7% dans les établissements de première ligne des sites d'intervention à 17,5% et 7% dans les mêmes établissements des sites témoins (Fig. 16).

La répartition des coûts révèle une importante disparité selon les sites. Dans les quatre sites du Nigéria, les salaires du personnel ne laissent pratiquement aucune place à d'autres dépenses, ce qui laisse supposer que la plus grande partie des coûts de prestation des interventions de soins de santé dans les établissements de première ligne est consacrée au paiement des salaires du personnel. Pour les deux sites du Cameroun, la situation est sensiblement différente de celle du Nigéria. Dans ces deux sites, les dépenses de personnel viennent après celles de l'entretien et de la formation à Buea et Yaoundé, respectivement. La supervision, le contrôle et la mobilisation sociale ne représentent qu'une part du coût relativement faible. Dans le cas de l'Ouganda (Fig. 17), seuls trois postes de dépenses se partagent le coût total: les salaires du personnel (60%), les coûts d'entretien (25%) et les coûts de formation (11%).



Figure 15: Répartition proportionnelle des postes de dépenses au niveau des établissements de santé de première ligne

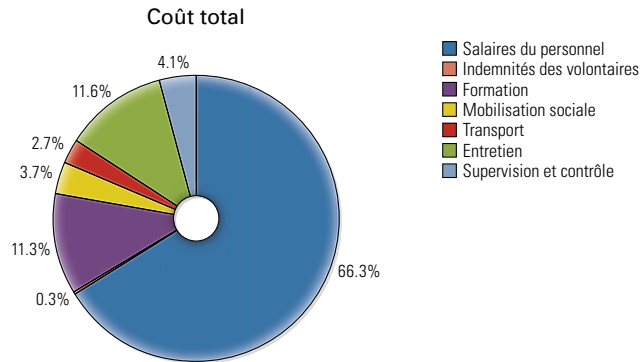


Figure 16: Répartition proportionnelle des postes de dépenses dans les districts IDC et les districts témoins

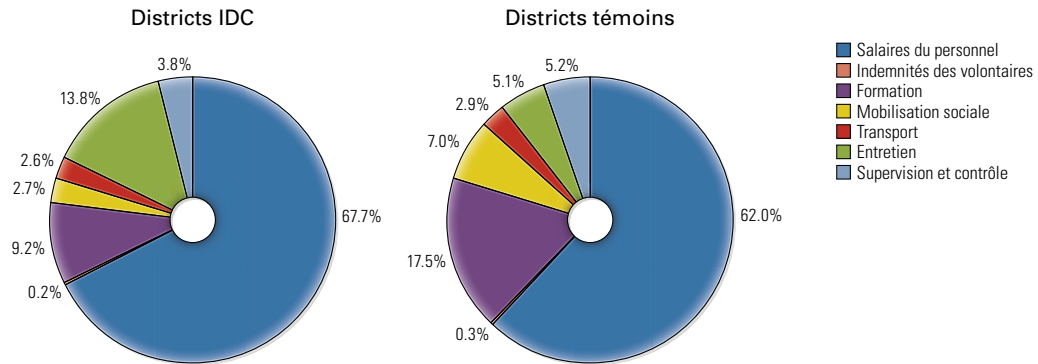
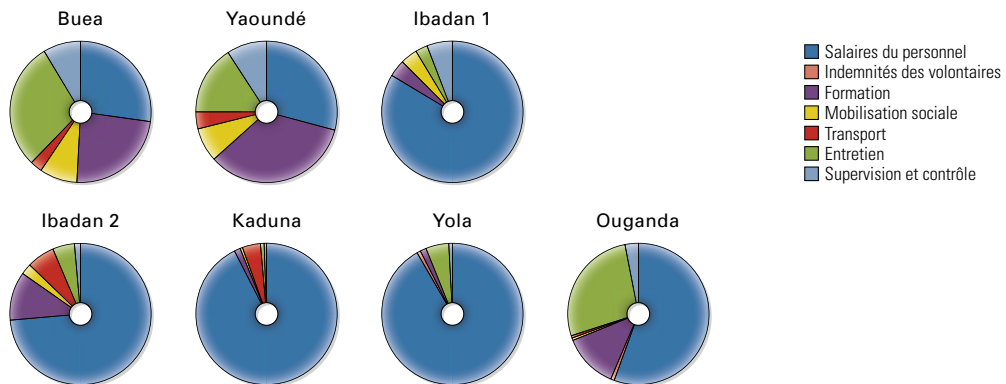


Figure 17: Répartition proportionnelle des postes de dépenses au niveau des établissements de santé de première ligne entre les différents sites

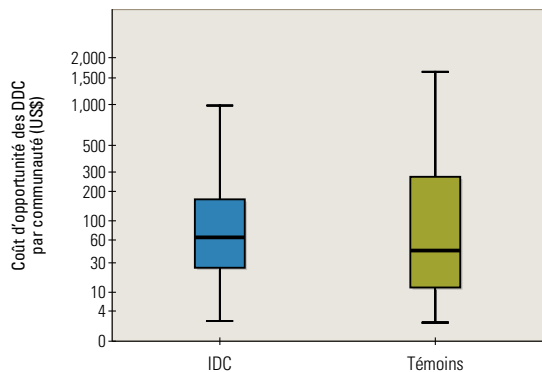


C. Coût des volontaires

Au niveau communautaire, les coûts des prestataires sont les coûts d'opportunité en termes de valeur monétaire du temps consacré par les agents d'exécution communautaires pour la prestation des interventions. La répartition des coûts d'opportunité par communauté est indiquée dans la figure 18 pour les districts IDC et les districts témoins.

Le coût d'opportunité médian pour les agents d'exécution communautaires par communauté s'élève à US\$ 65 dans les communautés IDC et à US\$ 44 dans les communautés témoins. Cela laisse supposer une augmentation moyenne de 50% du coût d'opportunité des volontaires dans les districts où ont été mises en œuvre des IDC, par rapport aux districts témoins où il n'a été procédé qu'à un programme de traitement par l'ivermectine sous directives communautaires. Toutefois, on a constaté un large éventail des coûts d'opportunité estimatifs par communauté, la différence entre les districts IDC et les districts témoins n'étant par ailleurs pas significative sur le plan statistique.

Figure 18: Coût d'opportunité pour les agents d'exécution communautaires dans les districts IDC et les districts témoins



Test U de Mann-Whitney ($p=0,24$)

La répartition des coûts d'opportunité des volontaires communautaires par communauté pour les districts IDC et les districts témoins est donnée à la figure 19 pour chacun des sites étudiés.

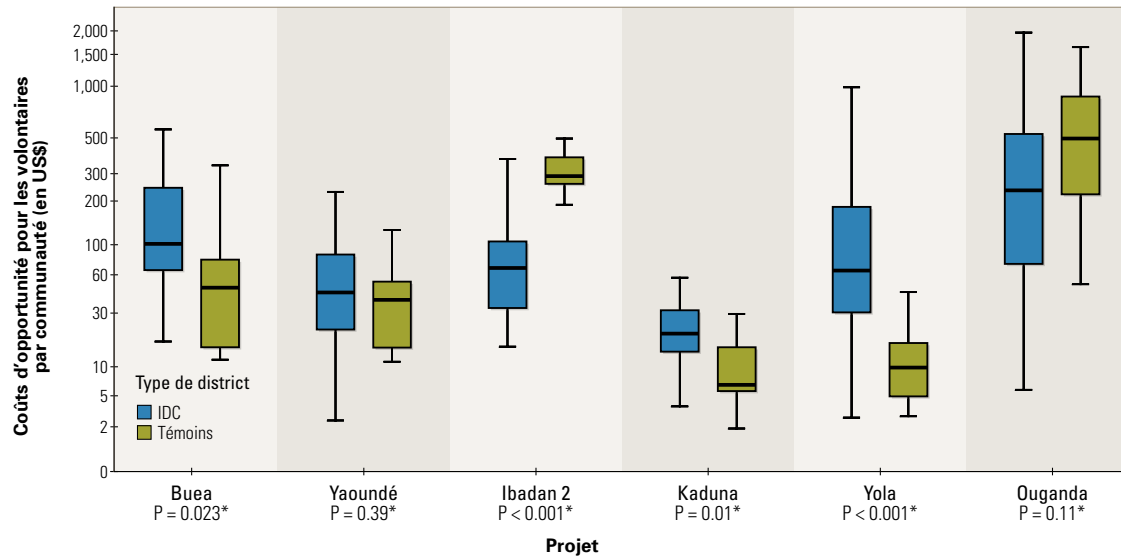
Pour quatre sites, le coût d'opportunité médian est supérieur dans les communautés IDC, et pour trois d'entre elles, l'écart est statistiquement significatif. A nouveau, Ibadan 2 et l'Ouganda font exception, pour les mêmes raisons que celles déjà évoquées, à savoir le programme de développement communautaire largement subventionné et l'important soutien politique dans les districts témoins d'Ibadan 2, et les activités des ONG au niveau communautaire dans le district témoin de l'Ouganda, sous les auspices du programme de développement du nord de l'Ouganda. Si l'on ne tient pas compte d'Ibadan 2 ni de l'Ouganda, les coûts d'opportunité médians s'élèvent à US\$ 15 par communauté dans les districts témoins et à US\$ 49 par communauté dans les districts IDC, soit une contribution trois fois plus élevée en termes de temps passé par les volontaires communautaires dans les districts IDC.

Résumé

Le coût total de prestation des interventions de santé intégrées au niveau des districts a été nettement inférieur dans les districts ayant appliqué l'approche IDC, par rapport aux districts témoins. Au niveau des établissements de santé de première ligne, le différentiel de coût n'est pas significatif, même s'il reste légèrement inférieur dans les districts IDC. Toutefois, le coût de prestation au niveau communautaire a été généralement plus élevé dans les districts IDC, reflétant une contribution accrue en termes de coûts d'opportunité pour les volontaires communautaires.

⁴ Exception faite des coûts des agents d'exécution communautaires pour le site Ibadan 1, qui n'étaient pas connus au moment où cette analyse a été effectuée.

Figure 19: Coût d'opportunité pour les agents d'exécution communautaires dans les districts IDC et les districts témoins



* Test U de Mann-Whitney (valeur de p)

7 FACTEURS CRITIQUES DE L'APPROCHE IDC



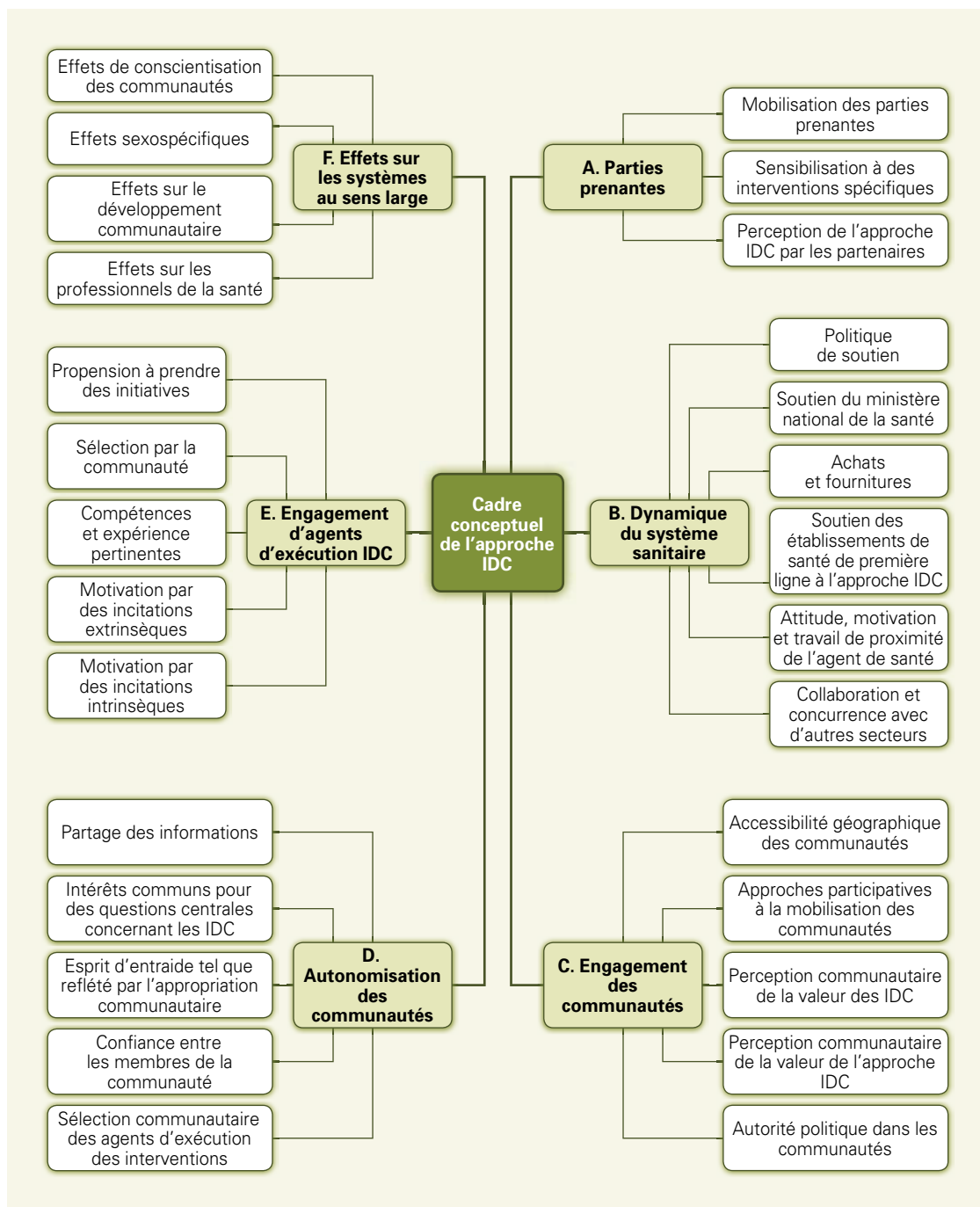
Comme indiqué dans le chapitre consacré à la méthodologie, un cadre conceptuel décrivant les facteurs essentiels à l'approche IDC a été mis au point au début de l'enquête, puis continuellement affiné au cours des deux ans qu'a duré le processus. Lors de la réunion finale à Douala, au Cameroun, les équipes de recherche ont produit des rapports détaillés sur l'approche IDC dans leur secteur d'étude, en s'inspirant des entretiens approfondis, des groupes de discussions, des contrôles sur le terrain et des données de gestion, ainsi que des résultats finals de l'analyse quantitative. A l'issue d'une séance de réflexion intensive entre tous les participants et après avoir échangé les rapports entre les sites, les membres de l'équipe ont déterminé les facteurs influant, selon eux, positivement ou négativement, sur la mise en œuvre du programme. Le groupe a ensuite passé en revue le cadre conceptuel original (Fig. 20) à la lumière de toutes les données et expériences recueillies. Les facteurs influant sur le résultat de chaque composante de l'approche (points A–F ci-après) ont ensuite été classés selon le degré de l'influence exercée sur l'approche: influence très marquée, marquée, modérée, faible ou très faible. Les résultats de cette analyse, ainsi que les détails descriptifs, font l'objet du présent chapitre.

Cadre conceptuel des facteurs critiques de l'approche IDC

La mise en oeuvre des interventions sous directives communautaires dans les cinq volets indiqués a conduit à s'intéresser à six composantes majeures, d'importance relativement égale pour les résultats, qui sont énumérées ci-après dans l'ordre chronologique où elles sont apparues dans l'approche IDC, pour être ensuite analysées plus en détail au long de ce chapitre.

- A. La mobilisation des parties prenantes :** différentes parties prenantes, tant au niveau national qu'au niveau communautaire, se sont massivement engagées en faveur de cette approche.
- B. La dynamique des systèmes de santé :** les systèmes de santé, surtout en première ligne, ont dû prendre des engagements spécifiques et accepter d'accomplir des tâches liées à la concrétisation de l'approche IDC.
- C. L'engagement des communautés :** à partir de l'engagement de base du système de santé, la périphérie a suivi dans le but d'engager et de mobiliser les communautés.
- D. L'autonomisation des communautés :** pour donner aux interventions un caractère durable, l'engagement des communautés avait besoin de mûrir et d'accéder à l'autonomie.
- E. L'engagement des agents d'exécution de l'initiative IDC :** les acteurs communautaires et ceux des systèmes de santé se sont progressivement trouvés engagés dans un processus de recrutement, de soutien et de maintien d'un vivier d'agents d'exécution volontaires dans les communautés.
- F. Les répercussions générales sur les systèmes :** les systèmes communautaires et les systèmes de santé en général ont connu des changements tels que les communautés et les personnels de santé ont pu internaliser la valeur inhérente de la participation et de l'autonomisation communautaires, ce qui dans l'ensemble a conduit à un système de santé plus réactif.

Figure 20: Cadre conceptuel des facteurs critiques pour l'approche IDC



A. Parties prenantes

Identifier les nombreuses parties prenantes aux différents niveaux de la prise de décision (internationale, nationale et locale) et se faire accepter d'elles a été une étape essentielle du lancement de l'approche IDC. L'analyse des parties prenantes a permis de situer à la fois les groupes concernés (à savoir les départements et les programmes sanitaires au sein des administrations nationales, et les institutions donatrices), ainsi que le niveau auquel opèrent les institutions et les groupes, notamment:

- au niveau national,
- au niveau infranational (l'État, la province, la région),
- au niveau du district (LGA),
- au niveau communautaire.

La mobilisation réussie des parties prenantes, le succès du plaidoyer en faveur de la prestation d'interventions spécifiques par le biais de l'approche IDC (par exemple, distribution de vitamine A) et l'engagement fructueux aux côtés des partenaires et des donateurs du système sanitaire ont été les trois éléments fondamentaux de la mise à contribution des parties prenantes ayant permis la réussite de l'approche IDC. Ces trois éléments sont décrits ci-après en termes généraux. On trouvera à l'annexe C davantage de détails sur les analyses relatives à l'action des parties prenantes selon les sites.

1. MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES A DE MULTIPLES NIVEAUX

Au cours de la première année, avant la mise en œuvre de l'intervention, tous les sites se sont engagés dans d'importants efforts d'information et de vastes consultations avec les groupes de parties prenantes à tous les niveaux. Durant la phase de mise en place de l'approche, les partenariats émergents avec des représentants des programmes sanitaires nationaux, des services et des autorités sanitaires ayant des intérêts

divers (et parfois inverses ou concurrents) pour le modèle IDC de prestation intégrée ont joué un rôle crucial. Etant donné que les interventions relevant de l'approche IDC n'avaient pas été menées de manière intégrée auparavant, de nombreuses parties prenantes (entre autres les gouvernements, les ONG et les institutions donatrices) défendaient des intérêts particuliers avec des méthodes de prestation qu'elles percevaient comme répondant bien à leurs propres objectifs de programme. Il a fallu harmoniser ces façons de voir aux niveaux national et infranational et à ceux des districts et des gouvernements locaux.

Le tableau 14 donne la liste des principales parties prenantes mises à contribution. Une analyse des rôles divers qu'ont tenus différentes parties prenantes dans l'approche IDC a montré qu'au niveau national, les principales étaient essentiellement les ministères de la Santé, et plus particulièrement les coordonnateurs nationaux de programmes sanitaires ciblés (paludisme, tuberculose, onchocercose et nutrition), les organisations non gouvernementales et les organisations volontaires privées (Sight Savers, Helen Keller International et Carter Center, entre autres), les institutions internationales (l'OMS et l'UNICEF), et les institutions donatrices. Au niveau infranational, les principales parties prenantes étaient constituées des ministères de la santé, et en particulier les directeurs assumant la responsabilité des interventions, et au niveau des districts, des coordonnateurs primaires des soins de santé et des responsables des programmes, tandis qu'au niveau communautaire, il s'agissait des membres des communautés et des organisations à assise communautaire.

L'engagement des parties prenantes a été un processus continu. D'un bout à l'autre de l'étude, des réunions d'information ont été organisées en fin d'année avec les parties prenantes, à la fois pour

faire le point ponctuellement sur les succès et les difficultés du processus, et pour débattre et traiter des nouveaux changements qui auraient pu intervenir dans les politiques ou les programmes au niveau national ou infranational ou à celui des districts. A titre d'exemple de questions ainsi traitées, on peut citer l'adoption des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée au Nigéria ou la dissociation de la distribution de vitamine A

des journées nationales de vaccination, et leur intégration dans l'approche IDC.

Dans l'ensemble, les équipes de chercheurs ont jugé également important d'obtenir le consensus et le soutien des parties prenantes aux quatre niveaux visés (national, infranational, district/gouvernement local et communauté), comme le montre la grille ci-dessous.

Tableau 14: Exemples de parties prenantes majeures associées à la mise en œuvre de l'approche IDC dans les différents sites

Parties prenantes	Sites des projets							COMMENTAIRES
	BUE	YAO	IB1	IB2	KAD	YOL	OUG	
Ministères de la Santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Disposition favorable
UNICEF	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓	Disposition favorable
OMS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	–	Disposition favorable
USAID	✓	–	✓	✓	✓	✓	✓	Disposition favorable
ONG internationales*	✓	–	✓	✓	✓	✓	✓	Disposition favorable
Organisations à assise communautaire	–	–	✓	✓	✓	✓	–	Disposition favorable
Politiciens locaux	–	–	✓	✓	✓	✓	–	Engagement faible
Centre Yakubu Gowon**	–	–	✓	✓	✓	✓	–	Disposition favorable

* Carter Centre, Helen Keller International, Damien Foundation, etc.

** Une ONG nigérienne nationale

Tableau 15: Facteurs critiques du soutien des parties prenantes

Facteurs critiques	Niveau d'importance sur la base des données de l'approche						Ouganda	Importance générale
	Cameroun		Nigéria					
	BUE	YAO	IB1	IB2	KAD	YOL		
Consensus atteint en 2007 au niveau national	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée
Consensus atteint en 2007 au niveau infranational	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée
Consensus atteint en 2007 au niveau des districts	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée
Consensus atteint en 2007 au niveau communautaire	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée

On trouvera ci-après une description plus détaillée du processus d'engagement des parties prenantes à différents niveaux, ainsi que les facteurs l'ayant influencé de manière positive dans le cadre de l'approche IDC.

a. Au niveau national

Durant la première année de l'étude, tous les sites se sont engagés dans des réunions de sensibilisation au niveau national afin d'obtenir d'emblée un soutien en faveur de l'étude. Durant les deuxième et troisième années, les résultats des phases précédentes ont été présentés aux différentes parties prenantes du niveau national, et des efforts ont été déployés afin de les engager dans des collaborations et des actions concrètes susceptibles de faciliter la phase suivante des opérations. Ce processus de sensibilisation ciblée a permis d'obtenir des résultats concrets significatifs dans deux domaines :

- Les parties prenantes nationales ont accepté d'incorporer la distribution de vitamine A dans l'étude IDC, reconnaissant que l'exploration d'autres modes de distribution était nécessaire compte tenu de l'éventualité d'une suppression progressive des journées nationales de vaccination, comme cela a déjà été dit au chapitre 5.A.
- L'engagement des parties prenantes visant à faciliter l'approche IDC en aval, à différents niveaux opérationnels, a également été obtenu.

Il convient de noter que, même dans les cas où les parties prenantes se sont concrètement engagées en faveur de l'approche IDC, l'attitude à l'égard de cette approche intégrée a souvent été négative au départ, pour ensuite évoluer progressivement. Par exemple, les parties prenantes de la distribution de vitamine A, comme cela a déjà été observé, favorisaient au départ leur lien avec les campagnes nationales de vaccination mais, dès la troisième année d'expérimentation de l'approche IDC, elles se sont montrées convaincues par les

efforts soutenus de sensibilisation et les résultats tangibles. En revanche, les parties prenantes du traitement DOTS sont restées défiantes à l'égard des distributeurs communautaires dans tous les sites sauf un.

b. Au niveau infranational

L'engagement et la sensibilisation au niveau infranational ont constitué la deuxième étape du processus de mobilisation. (Au Cameroun, le niveau infranational correspond au niveau des provinces, alors qu'au Nigéria il existe un système d'État au niveau infranational, et qu'en Ouganda il n'existe pas de strate gouvernementale infranationale en tant que telle, mais seulement un niveau national et des districts.) L'engagement des parties prenantes à ce niveau s'est opéré de la même façon qu'au niveau national, y compris par un cycle initial de réunions au début de la première année pour présenter le projet, puis par des réunions de suivi au terme de chaque année pour faire le point sur les résultats et susciter un engagement en faveur de la phase suivante de l'expérience, entre autres afin d'introduire de nouvelles interventions, de fournir le calendrier des activités pour la phase à venir, et de planifier la promotion et la formation au niveau des districts. La mobilisation des parties prenantes a également consisté à définir les rôles et les responsabilités de tous les intervenants à ce niveau de gouvernement, et à obtenir des autorités compétentes l'approbation formelle des activités prévues. Ainsi, sur le site de Yola, dans l'État de Taraba (Nigéria), les parties prenantes engagées au niveau infranational comprenaient le Commissaire de la Santé et le Secrétaire permanent, ainsi que le Directeur de la Lutte contre les maladies au sein du ministère de la Santé de l'État. Dans la province de l'ouest du Cameroun, le soutien apporté par le coordonnateur provincial du Programme de lutte contre le paludisme a été considéré comme substantiel: «L'approche IDC est tout à fait rationnelle et efficace dans la perspective de l'amélioration de la santé des populations car elle met les communautés en mesure de réaliser

elles-mêmes les programmes sanitaires. Je pense que cette recherche peut être un point de départ pour des programmes sanitaires durables dans la province».

c. Au niveau des districts

Dans tous les sites d'étude, ce sont les districts (LGA au Nigéria) qui étaient directement responsables de la fourniture de soins de santé primaires, y compris toutes les interventions testées dans la présente étude. Dans les départements de santé de chaque district, des membres du personnel sont désignés pour s'occuper de différentes interventions, dont l'onchocercose et le paludisme, bien que ces «gestionnaires de programmes» assument fréquemment des responsabilités multiples. Par conséquent, à ce niveau des pouvoirs publics, les programmes sanitaires qui sont gérés séparément au niveau national commencent en fait à converger naturellement sous l'effet du manque de personnel. Un autre groupe clé du personnel sanitaire de district est celui qui gère les établissements de santé de première ligne, y compris les centres de santé et les dispensaires à assise communautaire. Le personnel des établissements de

santé de première ligne maintenait des stocks de produits de base pour les interventions IDC, aidait à la formation et à la supervision des agents d'exécution communautaires et coordonnait la tenue des dossiers. L'engagement du personnel de santé des districts était donc particulièrement important.

Au Nigéria, la mobilisation au niveau des districts a comporté des réunions avec le président du district, le conseiller à la santé, le coordonnateur de soins de santé primaires et le directeur du personnel. Ces réunions ont permis de déboucher sur des engagements politiques en faveur du programme.

En Ouganda, des réunions se sont tenues au niveau des districts et des sous-districts sanitaires. A ce niveau, le personnel sanitaire et la classe politique des districts ont été informés du programme d'intervention et invités à soutenir le processus.

Au Cameroun, les réunions qui se sont tenues au niveau des districts ont rassemblé des agents des établissements de santé de première ligne, des agents de santé de district, le personnel d'encadrement de l'hôpital de district et les gestionnaires du programme existant de traitement par l'ivermectine sous directives communautaires.

d. Au niveau des communautés

Les membres des communautés sont les principales parties prenantes, et l'obtention d'un consensus au niveau communautaire est peut-être l'étape la plus fondamentale de l'approche IDC. Sur tous les sites, la mobilisation des communautés a été facilitée par le personnel sanitaire de district. Les gestionnaires responsables des différentes interventions au niveau des districts ont présenté les interventions aux communautés participantes à l'occasion de visites ayant pour but de les y sensibiliser. Les questions débattues lors de ces réunions ont notamment porté sur l'initiative IDC en général et les questions spécifiques relatives à l'adjonction de nouvelles interventions



aux programmes existants de TIDC, sur le choix des agents d'exécution communautaires, sur la tenue de dossiers et sur la prise en charge des effets secondaires possibles. La question de la rémunération a également été soulevée par les membres de la communauté, notamment à la lumière du fait que d'autres programmes, tels que les campagnes de vaccination contre la poliomyélite ont souvent offert des incitations tangibles aux membres de la communauté pour qu'ils prennent part à la mobilisation et à l'administration des vaccins de porte en porte.

En Ouganda, au lendemain des réunions de sensibilisation qui se sont tenues au niveau des districts, le personnel sanitaire de district et le personnel des établissements publics de santé de première ligne ont tenu des réunions avec les chefs communautaires en vue d'obtenir leur soutien et de planifier la mise en œuvre. Suite à cela, les dirigeants communautaires ont mobilisé leurs communautés respectives, et des réunions ont eu lieu dans les villages en vue de planifier véritablement un calendrier d'interventions et de désigner des agents d'exécution communautaires. En liaison avec le personnel sanitaire de district, la formation de ces agents d'exécution a ensuite été programmée et elle s'est tenue sous la conduite du personnel de district et du personnel des établissements de santé de première ligne.

Au Nigéria, les chefs communautaires ont d'emblée témoigné leur soutien à l'approche IDC et ont contribué à diffuser l'information, tout en sollicitant l'engagement des parties prenantes, telles que les associations ou réseaux de vendeuses des marchés. Ces consultations par étape ont permis de jeter les bases de l'appropriation communautaire des programmes IDC et de garantir leur viabilité au Nigéria. Avec le temps, on a pu observer que les chefs et les membres des communautés avaient développé un réel intérêt pour le soutien aux programmes intégrés qu'ils percevaient comme pré-

sentant l'avantage de leur rendre un plus grand nombre d'interventions directement accessibles et ce en temps opportun.

2. CAMPAGNES EN FAVEUR D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

Le plaidoyer pour l'incorporation d'interventions spécifiques dans l'approche IDC est un autre élément ayant joué un rôle clé dans la réussite de l'approche générale de mobilisation des parties prenantes. Toutes les interventions testées dans le cadre de l'approche IDC avaient préalablement été assurées par d'autres mécanismes établis. Dans certains cas, certaines parties prenantes avaient déjà un sens affirmé d'appropriation ou d'investissement dans les modes de prestation existants, s'agissant notamment de l'administration de vitamine A par le biais des programmes de vaccination et du traitement DOTS dans un cadre clinique. Il fallait donc engager les parties prenantes dans des débats ciblés sur des questions spécifiques à chaque intervention afin de favoriser une approche intégrée dans le cadre des interventions sous directives communautaires.

Campagne pour l'administration de vitamine A

Le cas de l'administration de vitamine A constituait un exemple évocateur de la manière dont l'attitude des parties prenantes avait évolué au fil du temps, suite à une campagne ciblée sur un domaine précis. Comme indiqué au chapitre 5, l'administration de vitamine A dans la plupart des pays africains a été liée aux journées nationales de vaccination, qui se déroulaient fréquemment selon la méthode du porte-à-porte. Des ressources considérables sont investies dans ce type de campagnes, surtout au niveau des districts, ce qui a pour effet de favoriser les intérêts particuliers. En d'autres termes, le personnel sanitaire et la classe politique locaux trouvent par là le moyen d'« acheter » un capital politique en faisant participer leurs parents et amis en qualité de « volontaires » de

la vaccination sur le terrain, lesquels se voient offrir en retour de modestes sommes d'argent ou d'autres primes (des T-shirts, par exemple).

Durant la première année de l'étude sur l'approche IDC, les parties prenantes du système sanitaire et des ONG présentes dans de nombreux secteurs de l'étude ont ainsi refusé d'incorporer la vitamine A dans les IDC, ou d'abandonner les réserves de vitamines des journées nationales de vaccination aux interventions sous directives communautaires. Durant la deuxième année de l'étude, les niveaux nationaux et infranationaux ont été les cibles d'un effort de promotion portant sur des domaines spécifiques. A cette occasion, la valeur de cette nouvelle approche a été soulignée à la lumière du fait que les planificateurs des programmes internationaux et même nationaux ont envisagé à terme une suppression progressive des journées nationales de vaccination, surtout lorsque la poliomyélite aura été éradiquée. Il faut par conséquent trouver d'autres mécanismes durables de distribution de la vitamine A, et



ce besoin a en effet été reconnu par les décideurs dans différentes enceintes. Il en a résulté une directive politique claire adressée par les niveaux nationaux et infranationaux aux secteurs d'étude, selon laquelle la vitamine A devrait être administrée par l'entremise des interventions sous directives communautaires, du moins pour la durée de l'étude. C'est là un cas où l'action de sensibilisation à l'adresse d'un groupe ciblé de parties prenantes à propos d'une question spécifique s'est révélée décisive pour surmonter l'important obstacle que constituaient les intérêts particuliers et mettre à l'épreuve l'approche intégrée de la prestation.

Campagne pour la distribution de MII

La proposition consistant à inclure la distribution de MII dans les programmes de l'étude IDC a généralement été bien accueillie par l'ensemble des parties prenantes à tous les niveaux. Sur le site nigérian d'Ibadan 1, par exemple, toutes les parties prenantes se sont déclarées favorables aux interventions sous directives communautaires pour la distribution de MII, sur le modèle de l'approche TIDC. Elles y voyaient le moyen d'alléger le poids du paludisme, même si elles n'étaient pas entièrement convaincues de la faisabilité de la chose au niveau communautaire, compte tenu de la pénurie de MII et des problèmes rencontrés dans la chaîne d'approvisionnement. Ce sont les donateurs qui approvisionnent le Nigéria en moustiquaires au niveau national, lesquelles sont ensuite réparties entre les États, qui doivent eux-mêmes les distribuer aux districts.

Le concept de distribution des moustiquaires à assise communautaire était nouveau dans la mesure où leur distribution était d'habitude assurée par le système de soins de santé dans le contexte des campagnes de vaccination. En outre, certains pouvoirs publics locaux avaient instauré des formules de recouvrement de frais, en ce sens qu'ils demandaient un paiement nominal pour couvrir le coût de l'opération. On a d'abord

observé une certaine résistance dans les districts qui ne voulaient pas renoncer au revenu procuré par ce mode de recouvrement. Dans le même temps, les chefs et les membres des communautés ont exprimé un vif intérêt pour la formule de distribution des moustiquaires pour prévenir le paludisme, considéré dans ces communautés comme une maladie d'importance majeure.

L'intérêt communautaire marqué pour l'obtention de moustiquaires a fini par vaincre ces résistances, et en particulier celle des gestionnaires des programmes au niveau des districts, qui se sont laissés persuader d'adopter la distribution par le biais de l'approche IDC. Parallèlement, la disponibilité des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans le cadre des interventions sous directives communautaires est devenue un problème majeur au cours de la première année, notamment au Nigéria, en raison des problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement. Pour y remédier, les quatre sites nigériens de recherche ont collaboré avec le Programme national nigérian de lutte contre le paludisme à une initiative de sensibilisation conjointe destinée à réduire le blocage du système et à faire en sorte que les instances locales soient correctement approvisionnées en MII.

Campagne pour la prise en charge du paludisme à domicile (PCPD)

Le paludisme est le problème de santé le plus largement reconnu par les communautés dans tous les sites d'étude. Il n'a pas fallu un gros travail de sensibilisation dans les communautés pour faire adopter la prise en charge du paludisme à domicile dans le processus IDC, compte tenu de la prise de conscience de cette maladie au sein des communautés et de la demande déjà très élevée d'antipaludiques. La tradition voulait que les malades soient pris en charge par leurs familles, mais souvent à l'aide de médicaments inappropriés et incorrectement dosés, obtenus auprès de vendeurs privés ou de guérisseurs.

Au niveau du système de soins de santé, l'effort de sensibilisation s'est surtout porté sur les administrateurs des programmes de santé au niveau des districts à qui l'on a expliqué le soutien apporté par les interventions sous directives communautaires aux politiques nationales existantes. Ainsi, en Ouganda, un programme de prise en charge du paludisme à domicile avait déjà été instauré, conférant aux volontaires des villages l'autorité de distribuer des antipaludiques préemballés destinés aux enfants. Au Nigéria, le programme national de lutte contre le paludisme avait déjà adopté un programme intitulé «role model mothers», par lequel des femmes de la communauté volontaires devaient favoriser la prise en charge de la maladie à domicile.

Le principal obstacle rencontré a été de veiller à ce que des approvisionnements suffisants en médicaments parviennent jusqu'aux sites de l'étude, et pour cela, il a parfois fallu sensibiliser les responsables à un niveau élevé, tant sur le plan national que sur le plan infranational. Dans le cas du site de Yola, dans l'État de Taraba (Nigéria), par exemple, les communautés se sont montrées ravies d'être approvisionnées à faible coût en médicaments préemballés par l'entremise du système de soins de santé. L'approvisionnement était assuré par le ministère fédéral de la Santé, via l'ONG nationale Yakubu Gowon Centre, principal bénéficiaire d'une subvention du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Cette disposition est intervenue à la suite d'une réunion de sensibilisation à haut niveau à laquelle ont pris part les principaux représentants du système de santé et les parties prenantes des ONG au niveau national.

Au Cameroun, cependant, divers problèmes se sont posés au cours de la troisième année de l'étude, lorsque les autorités nationales de santé ont soudainement diffusé une «instruction» précisant que le Coartem®, une ACT, ne devait être

prescrit qu'à la suite d'un diagnostic positif de paludisme. Ceci a gravement entravé la distribution des ACT par les voies communautaires, un problème qui n'avait pas encore trouvé de solution à l'achèvement de l'étude. Comme l'a noté l'équipe de l'étude sur le site de Buea: «*L'instruction émanant des autorités nationales de santé selon laquelle le Coartem® ne devait être prescrit à un patient que dans le cas d'un diagnostic positif de paludisme a été une sérieuse entrave à la prise en charge du paludisme à domicile*».

Campagne pour le traitement DOTS

Dans le cas du DOTS, il y a eu consensus parmi les parties prenantes quant à l'utilité de l'approche IDC. Dans le même temps, les autorités sanitaires locales chargées des programmes de lutte contre la tuberculose, avec leurs partenaires des ONG, ont en général émis des doutes sur la question de savoir si l'on pouvait faire confiance aux agents d'exécution communautaires pour manipuler des médicaments et superviser le traitement DOTS, même si leur rôle potentiel dans le dépistage des cas et l'orientation vers les structures compétentes était reconnu. Un effort de sensibilisation ciblé n'a pas permis de lever ces réserves. En partie à cause de ce problème, le soutien à la mise en œuvre du traitement DOTS par l'entremise des IDC a été très variable d'un site à l'autre pendant toute la durée de l'étude.

Sur le site d'Ibadan 2 (Nigéria), par exemple, une réunion de sensibilisation en rapport avec le traitement DOTS s'est tenue avec les décideurs et autres responsables sanitaires du district représentant les communautés dans lesquelles l'étude IDC était en cours. Ils ont souligné leur position selon laquelle des membres de la communauté non spécialistes pouvaient prendre part au dépistage des cas et à l'orientation des patients, pour autant que tous les aspects de la prise en charge des cas soient laissés au personnel du système de santé.

Au Cameroun, l'inclusion du traitement DOTS dans l'approche IDC a suscité les mêmes réactions mitigées. D'une part, le nouveau coordonnateur provincial du programme DOTS a affirmé que: «*Les interventions sous directives communautaires ont fait la preuve de leur efficacité sur le plan de l'orientation des patients vers les structures compétentes*». Mais ce même coordonnateur, à l'instar d'autres autorités sanitaires, s'est montré pessimiste à l'idée d'une plus large application de l'approche IDC au traitement DOTS. La centralisation de l'approche DOTS au niveau des districts leur paraissait préférable à la décentralisation du traitement de la tuberculose dans les communautés.

D'autre part, le site de Kaduna (Nigéria) a présenté avec succès l'approche IDC du DOTS aux administrateurs de programme et aux grandes ONG, comme Netherlands Leprosy Relief. Tous les partenaires ont exprimé leur soutien à l'inclusion du DOTS dans le modèle IDC, dont ils pensaient qu'il permettrait d'alléger le poids de la tuberculose. Une affirmation souvent entendue était qu'une telle approche aiderait aussi à réduire la stigmatisation liée à la maladie, qui contraignait par exemple les membres des communautés porteurs de la tuberculose à utiliser des ustensiles de cuisine distincts sous peine d'être isolés par les autres membres craignant d'être infectés à leur tour.

En Ouganda, les professionnels de la santé se sont au contraire montrés désireux d'autoriser que soient administrés des antituberculeux hors du dispensaire, tout en précisant qu'ils tenaient à ce que les médicaments soient remis directement au patient ou à une personne désignée par lui pour l'aider à observer le traitement DOTS à domicile (par exemple un proche). Le personnel de santé pensait que le fait d'impliquer les agents d'exécution communautaires risquerait d'exposer publiquement l'état de tuberculeux du patient et de favoriser ainsi sa stigmatisation par les voisins.

3. PERCEPTION DE L'APPROCHE IDC AU SEIN DES PARTENAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ, DES DONATEURS ET DES ONG

Les partenaires ayant endossé le statut de partie prenante dès le début du processus IDC ont graduellement adopté une attitude plus positive face aux méthodes et aux stratégies IDC au cours des trois années de l'étude et, à leur tour, ces perceptions positives ont constitué un facteur de renforcement de l'engagement des parties prenantes et de réussite de l'étude.

On trouvera en annexe B une liste des « partenaires » du projet. De manière générale, les partenaires en sont venus à percevoir la gestion communautaire des interventions ciblées comme un mécanisme permettant de simplifier la tâche du secteur sanitaire et de contribuer de façon significative à alléger la charge de morbidité, surtout s'agissant de maladies récurrentes comme le paludisme. Par exemple, si les centres de santé ont moins de cas d'enfants atteints de paludisme à traiter, les agents de santé expliquent qu'ils peuvent consacrer davantage de temps à leurs autres responsabilités. Un coordonnateur pro-

vincial du Carter Center au Cameroun a déclaré: *« Les interventions sous directives communautaires sont un projet très important pour nos communautés. Il faut simplement que la machine soit correctement huilée pour que tout se passe bien (...). Ce projet présente des avantages sur le plan sanitaire et c'est pour le bien de la population que les responsables mettent au point des stratégies dont elle bénéficiera ».*

Sur le site de Buea (Cameroun), un membre du programme national de lutte contre le paludisme a fait écho à ces propos, en déclarant: *« Le processus IDC est une stratégie rationnelle et efficace d'amélioration de la santé de la population car il rend celle-ci responsable de la gestion des programmes de santé. Le rôle de la prise en charge du paludisme à domicile est de faciliter l'accès de la population à des médicaments de qualité ».*

La dynamique qui anime les processus du système de santé dans le cadre de l'approche IDC globale est examinée plus en détail dans la section B.

Principales constatations – Processus de mobilisation des parties prenantes

- ❖ Au terme de la dernière année de l'étude, un consensus des parties prenantes a été obtenu aux niveaux national, infranational, des districts et des communautés quant à l'inclusion d'interventions supplémentaires dans l'approche IDC.
- ❖ L'expérience des trois années de l'étude a montré que l'identification et la consultation des parties prenantes à tous les niveaux du système sanitaire revêtent une importance capitale pour le succès de l'approche IDC.
- ❖ Le degré de consensus a augmenté avec le temps, reflétant la maturation de l'approche IDC.
- ❖ Au vu des résultats, et notamment de la diminution du nombre de malades, l'engagement des parties prenantes en faveur de l'approche IDC s'est renforcé.

B. Dynamique des systèmes de santé

L'approche IDC est enracinée dans le système de santé, et tous les niveaux de ce système jouent un rôle important dans sa mise en œuvre. Le tableau 16 donne une liste des facteurs essentiels du système de santé qui influent sur la réussite de la mise en œuvre de l'approche IDC dans son ensemble, chacun de ces facteurs étant ensuite décrit et analysé dans la présente section.

1. POLITIQUE DE SOUTIEN

La troisième année, l'attitude au sein des systèmes de santé avait évolué et la plupart des sites offraient à l'évidence un environnement propice au déroulement des IDC. Toutefois, des difficultés subsistaient. Des politiques changeantes ou contradictoires, mais aussi des lignes directrices et des règlements sont autant de freins possibles à l'initiative. A cet égard, on peut citer les politi-

ques relatives aux antipaludiques. Au Cameroun, par exemple, la nouvelle politique faisant obligation de poser d'abord un diagnostic avant de distribuer le Coartem® a influé négativement sur l'approche IDC dans les deux sites de recherche car les distributeurs de médicaments dans les communautés ne pouvaient pas librement distribuer l'ACT. L'équipe de Buea a ainsi rapporté ce qui suit: « *Le démarrage d'abord encourageant a vite été sérieusement compromis par une circulaire de l'autorité nationale de santé recommandant, par le biais des autorités provinciales et de district, que le Coartem® ne puisse être vendu qu'après consultation et uniquement aux personnes dûment reconnues comme étant malades. Le déséquilibre entre le message qui avait été diffusé pendant les campagnes de mobilisation et cette nouvelle recommandation des autorités de santé a sérieusement frustré les agents d'exécution de l'initiative IDC et les membres des communautés engendrant une confusion totale. L'équipe*

Tableau 16: Facteurs critiques de la dynamique des systèmes de santé

Facteurs critiques	Niveau d'importance sur la base des données de l'approche						Ouganda	Importance générale
	Cameroun		Nigéria					
	BUE	YAO	IB1	IB2	KAD	YOL		
Existence d'une politique sanitaire favorable	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée
Soutien des instances nationales (ministère de la Santé)	Modéré	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevée
Achats et fournitures	Modéré	Très élevé	Élevé	Élevé	Très élevé	Élevé	Élevé	Élevée
Attitude des agents de santé et capacité desdits agents à aller au devant des communautés	Élevé	Élevé	Élevé	Modéré	Élevé	Modéré	Modéré	Élevée
Soutien des établissements de santé de première ligne	Très élevé	Très élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevée
Stratégies et programmes verticaux en concurrence, notamment dans le secteur informel	Très faible	Modéré	Très faible	Très faible	Très faible	Modéré	Très faible	Faible

de recherche a réagi en se mettant en relation avec les autorités sanitaires, mais la politique est restée inchangée, même si elle n'a été que partiellement appliquée dans les secteurs sanitaires concernés par les IDC».

Au Nigéria, la politique de lutte antipaludique et les changements apportés aux lignes directrices ont également eu des effets sur l'acquisition et la distribution des produits. Même si le Nigéria a officiellement modifié sa politique de traitement du paludisme, passant de la chloroquine aux ACT peu avant le lancement de l'étude IDC, les comprimés de chloroquine pré-conditionnés destinés aux enfants sont restés la norme durant la première année. Ils étaient produits à faible coût et en grandes quantités dans le pays, et étaient subventionnés par les programmes des donateurs. Mais lorsque la politique nationale a changé, suite à la recommandation d'administrer des ACT, des problèmes d'accès aux médicaments et de prix ont surgi. Heureusement, les quatre sites nigériens étaient situés dans des États bénéficiant des approvisionnements du Fonds mondial en doses pédiatriques de Coartem® importé. Le problème, c'est que ces approvisionnements ne suffisaient pas pour couvrir les besoins de toute la population, et il a fallu négocier pour obtenir que les districts du projet soient approvisionnés et veiller à une répartition équitable entre les cinq districts de chaque site d'étude (y compris le district témoin). Une ACT de substitution produite et commercialisée localement était également disponible, mais les districts ont préféré en général ne pas se servir de leur budget santé pour acheter ce médicament car il n'était pas subventionné et coûtait donc plus cher.

Comme dans le cas des antipaludiques, les stratégies nationales du Nigéria concernant les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont également évolué durant la période de l'étude. Au début, la plupart des sites de l'étude ont acheté et distribué

des ballots de moustiquaires et des colis d'insecticide produits localement dans le cadre de programmes lancés par les pouvoirs publics nationaux pour stimuler la production de moustiquaires par des fabricants locaux de textiles et de produits chimiques. Ensuite, un vaste stock de moustiquaires provenant d'une donation est apparu et il a fallu se procurer les nécessaires de réimprégnations voulus. Par la suite, on est passé aux moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée fournies par le Fonds mondial et d'autres systèmes d'aide mis sur pied par les donateurs. Dans l'ensemble, le passage aux moustiquaires longue durée a rendu ce volet du programme plus facile à gérer, même si la concurrence s'est accrue entre les districts appliquant le projet et ceux ne l'appliquant pas, surtout lorsque la distribution des moustiquaires longue durée a été incorporée à des campagnes de vaccination politiquement délicates.

2. SOUTIEN DES MINISTÈRES NATIONAUX DE LA SANTÉ

Comme cela a déjà été exposé dans la section A, le soutien des ministères nationaux de la Santé a été vital. On trouvera ici quelques détails complémentaires concernant les rôles et les contributions de ces ministères, et notamment les politiques et lignes directrices à l'appui de l'initiative, le renforcement des capacités de base et la formation, ainsi que la gestion et la coordination des systèmes d'achat et d'approvisionnement.

Comme on a pu l'observer au Cameroun, l'élaboration du programme et la formation des agents d'exécution communautaires se sont largement inspirées des protocoles nationaux applicables au traitement DOTS, à la distribution de vitamine A et à la lutte contre le paludisme. Dans ce pays, le ministère de la Santé a également joué un rôle clé de promotion, en s'assurant que les autres parties prenantes jouent pleinement leur rôle dans le cadre des interventions.

Par ailleurs, comme cela a été observé par l'équipe ougandaise, les partenaires du ministère de la Santé ont apporté une contribution importante en termes de ressources humaines dès lors qu'il s'agit de fonctionnaires rémunérés par l'État. Le fait que le personnel du ministère de la Santé a lui-même joué un rôle décisif dans la régularité des achats et des fournitures de matériels essentiels a été souligné en Ouganda par un membre du personnel sanitaire du district qui a relevé: *«Nous sommes assurés d'un approvisionnement durable en matériels par le ministère»*.

Les rôles de planification et de coordination du ministère de la Santé ont été soulignés par un scientifique du ministère fédéral de la Santé du Nigéria, qui a noté que le ministère tenait des réunions régulières: *«Les problèmes sont débattus et des plans sont mis au point pour le bon déroulement des activités relatives aux différents programmes. Nous coordonnons également les questions et les plans techniques de RBM, et nous fournissons des moustiquaires imprégnées d'insecticide aux communautés, tout en délibérant avec l'ensemble des partenaires en vue de faire avancer le programme»*.

Toutefois, le soutien à l'approche IDC n'a pas toujours été sans mal, comme on a pu le constater. Au Nigéria, par exemple, le Programme national de lutte contre le paludisme devait effectuer dans les États des visites de promotion en faveur des IDC mais, à la conclusion de l'étude, tous les États n'avaient pas encore été visités. L'absence de promotion et d'incitation de la part de l'État fédéral a semblé affaiblir l'engagement pris au niveau des États. Ainsi, l'équipe de Yola, dans l'État de Taraba (Nigéria), a constaté que le Ministère de la Santé n'avait pas donné suite à l'élaboration de budgets détaillés et de plans de mise en œuvre pour les besoins et les activités liés aux IDC. Cette équipe a rapporté que: *«Le ministère de la Santé de l'État de Taraba dispose d'un directeur pour chacune*

des interventions, mais il n'a ni plan de travail ni calendrier de mise en œuvre. Il n'existe pas de lignes budgétaires qu'ils puissent contrôler».

3. ACHATS ET FOURNITURES

La coordination des processus initiaux d'achat par le ministère de la Santé est une chose, mais la chaîne d'approvisionnement permettant de fonctionner sans heurt du niveau national jusque dans les établissements de santé de première ligne en est une autre. Toutes les équipes ont fait état des difficultés rencontrées dans l'achat des produits de base, qui soulignaient l'importance d'assurer une bonne chaîne d'approvisionnement pour la réussite du programme IDC.

Au Cameroun, l'équipe de Buea a rendu compte d'un problème que connaissent bien les responsables de l'achat des produits de base: la pénurie de MII à l'échelle nationale. Cette pénurie a été attribuée au fait que la dernière campagne nationale de distribution remonte à 2005 et que les approvisionnements récents étaient uniquement destinés à la partie nord du pays. Le médecin de district de Foubot a résumé le problème de cette façon: *«A l'heure actuelle, nous attendons le déploiement des matériels, et le seul problème réside dans le fait que les organisations donatrices sont très exigeantes, en ce sens qu'il leur arrive de réglementer la distribution des moustiquaires. Cela présente l'inconvénient de perturber la distribution et donc de provoquer des pénuries. Tel a par exemple été le cas l'année dernière, lorsque des moustiquaires imprégnées ont été redéployées dans le nord pour la campagne de lutte contre la poliomyélite»*.

Alors que les subventions du Fonds mondial devaient assurer l'achat de vastes quantités de produits de lutte contre le paludisme dans tous les sites du projet nigérian, les équipes opérant dans certains de ces sites ont constaté que la réalité était quelque peu différente. Ainsi,

l'équipe de l'État d'Oyo a connu des pénuries de moustiquaires et d'antipaludiques, encore qu'elles aient été moins graves que celles dont a souffert le Cameroun. Ces difficultés sont survenues en partie du fait des changements apportés aux lignes directrices et stratégies nationales de lutte contre le paludisme au cours de l'étude et aussi de la lenteur et de l'inégalité de distribution de fournitures entre les États bénéficiaires du Fonds mondial.

4. APPUI APPORTE PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE A L'APPROCHE IDC

Les établissements de santé de première ligne ont été indispensables à la bonne mise en œuvre de l'approche. Ces centres de première ligne ont en effet été le maillon final de la chaîne reliant aux communautés les différents niveaux du système de santé: national, infranational et de district.

Les personnels de santé de première ligne ont donc un rôle central à jouer dans l'engagement vis-à-vis des IDC et le suivi. Ils sont la première source d'information des communautés en ce qui concerne leur approche et la nature des interventions mises à leur disposition. Ce sont eux qui doivent pouvoir compter sur un soutien sans réserve des communautés aux IDC et amener dès le départ les dirigeants communautaires à se mobiliser. Ils veillent au suivi et à l'appui du processus, cependant que les chefs mobilisent les membres de la communauté pour qu'ils assument la responsabilité de l'acquisition et de la distribution des matériels d'intervention. En outre, les personnels de santé doivent rendre compte aux établissements de première ligne. Il s'ensuit un dialogue et des échanges avec les communautés, qui sont très importants pour obtenir un engagement durable en faveur des IDC.

On a pu constater que dans les sites de l'étude où les autorités nationales, infranationales et de

districts du système de santé avaient donné des directives claires et où les matériels d'intervention étaient appropriés, les établissements de santé de première ligne n'ont eu aucune peine à s'orienter dans le processus IDC. Un employé de l'établissement de première ligne du site de Yaoundé au Cameroun explique: *«Lorsqu'il s'agit de distribuer de la vitamine A, je suis un médiateur. D'un point de vue technique, je représente ici le ministère de la Santé. Lorsque je reçois des instructions ou une formation du niveau intermédiaire, c'est moi qui me charge de les faire appliquer ici en instaurant le dialogue entre les membres de la communauté et les techniciens dont je suis. ... De cette façon, je partage avec les représentants de la communauté la formation dont je bénéficie, la structure de dialogue ... Ensuite, nous mobilisons ensemble toute la communauté».*

Au cours de la phase d'évaluation du site de Buea (Cameroun), on a par exemple observé que la plupart des établissements de santé de première ligne étaient effectivement bien pourvus en ressources pour faire face aux différentes interventions et cette situation, conjuguée avec les compétences techniques appropriées et l'attitude positive du personnel, a permis une mise en œuvre généralement sans heurt. Comme l'a dit l'un des membres du personnel d'un établissement, *«Dans le domaine de la sensibilisation et de la mobilisation sociale, l'infirmier responsable du centre de santé de Tonga a envoyé des invitations dans lesquelles il demandait à tous les distributeurs sous directives communautaires de mobiliser leurs communautés en fonction d'un calendrier précis qu'il avait établi. Pour nous, cet arrangement a grandement facilité les choses car, à notre arrivée dans les communautés, les distributeurs avaient regroupé les gens dans leurs salles communautaires respectives».*

Dans le même temps, il a fallu surmonter dans certains sites les obstacles sur lesquels butait la mise en œuvre dans les établissements de santé de première ligne:

- Les pénuries de personnel: dans certaines structures sanitaires, le personnel chargé d'effectuer les IDC n'était pas en nombre suffisant. Comme l'a dit le médecin de Foubot, «*Les difficultés ici sont si nombreuses. Vous savez, le personnel de santé qui travaille dans les différentes institutions, et surtout dans les établissements publics, n'est pas si nombreux que cela. Le plus souvent, il s'agit d'une personne ou deux travaillant dans les centres de santé, et si l'on considère le nombre d'interventions à organiser, on comprend que ce personnel ne sache plus où donner de la tête. En raison de cette surcharge de travail, ils ont du mal à gérer librement la plupart des interventions, et notamment les IDC. Durant les périodes de distribution, ils sont parfois obligés de sacrifier les activités de santé dans les centres pour pouvoir appliquer correctement ces interventions sur le terrain*».



- Les facteurs de motivation: le personnel de santé ayant participé aux distributions d'ivermectine s'est, de manière générale, réjoui du degré d'engagement des communautés. Dans certains cas, cependant, le personnel local du système de santé recruté pour les IDC et qui était jusque là mobilisé par d'autres programmes de lutte contre des maladies a dû encore être sensibilisé à l'importance de cet effort en direction de communautés souvent reculées et donc difficiles d'accès. Les facteurs influant sur l'attitude et la motivation des agents de santé sont explorés plus en détail dans la section qui suit.

5. ATTITUDE ET MOTIVATION DES AGENTS DE SANTÉ CONCERNANT LES SERVICES AUX COMMUNAUTÉS RECLUÉES

L'importance de motiver les personnels de santé des établissements de première ligne et de les mettre en mesure d'agir s'est révélée cruciale dans les environnements ruraux où la paie de ces travailleurs est plutôt maigre et irrégulière. Les équipes ont observé que pour pouvoir atteindre les communautés difficiles d'accès il fallait non seulement disposer du personnel, des fournitures et de l'appui logistique nécessaires, mais aussi que ce personnel soit favorablement disposé pour ce qui est de l'élargissement des populations desservies.

Néanmoins, les obstacles sur lesquels ont buté la motivation et les résultats des agents de santé ont été décrits comme étant largement liés aux questions matérielles: salaires et subventions insuffisants pour des dépenses telles que les repas et les transports pendant le travail. «*Il se peut que nous manquions de carburant pour pouvoir nous rendre partout*», a déclaré un agent de santé ougandais «*parce que les agents de santé sont peu nombreux, nous sommes débordés de travail et nos activités ne sont pas toujours supervisées comme il conviendrait. Nous manquons de moyens*». Par ailleurs, la réorganisation périodique du système

local de santé, les transferts chroniques du personnel et de la dotation en personnel posent eux aussi des problèmes. Un agent a donné l'explication suivante: «*Comme il s'agissait ici d'un nouveau district, il y a eu un recrutement et des transferts massifs. Les nouveaux membres du personnel ne comprennent pas et ne perçoivent pas l'approche comme il faudrait et, en conséquence, celle-ci ne bénéficie pas toujours du soutien qu'elle mérite de la part des agents de santé. Quant à ceux-ci, ils ont du mal à interagir avec les agents d'exécution communautaires. Ils les perçoivent parfois comme des intermédiaires inutiles parce qu'ils sont nouveaux dans le système*». Comme l'ont recommandé les équipes de l'étude, ce type de problème doit être pris en compte lorsque l'approche IDC est pleinement déployée dans une province, un État ou une région.

Dans le même temps, les agents de santé ont donné l'impression d'être fortement motivés par

différentes mesures d'incitation intangibles. A cet égard, on peut notamment citer leur propre engagement dans la planification de réunions et d'ateliers au travers desquels ils ont réalisé que le mode de prestation des IDC était faisable. S'y ajoutent l'enthousiasme des communautés à propos de l'approche IDC et les informations positives reçues en retour, la chance d'acquérir de nouvelles connaissances, la diminution constatée du poids de la maladie au fil du temps, ainsi que leur propre détermination et la fierté qu'ils tirent d'un travail bien fait.

6. COLLABORATION ET CONCURRENCE AVEC LE SECTEUR PRIVE DE LA SANTÉ ET LE SECTEUR DES ONG

Les interactions entre le secteur de la santé publique et les ONG s'occupant de dispenser des services de santé ainsi que les interactions avec le secteur privé fournissant des services de santé à des fins lucratives étaient également des facteurs

Motivation et attitude des agents de santé: expériences vécues sur le terrain

«Ces réunions de planification et ces ateliers nous ont aidés à réaliser que la communauté peut mettre en oeuvre ces programmes et aussi à connaître leurs problèmes de santé et à tenter d'y remédier, notamment par la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de Coartem pour prévenir et soigner le paludisme.» [Administrateur du programme MII, site de Kaduna (Nigéria)]

«La réponse des volontaires a été un facteur de motivation. Ils viennent eux-mêmes chercher les médicaments. Dès l'instant où ils savent que les médicaments sont disponibles, ils réagissent très vite. C'est très encourageant.» [Agent de santé, site ougandais]

«Plusieurs voyants étaient au rouge lorsque je suis venu prendre mes fonctions dans la province. Depuis presque deux ans que nous sommes là, les choses évoluent favorablement.» [Agent de santé, site de Buea (Cameroun)]

«Je suis prêt à poursuivre ces activités car je souhaite acquérir davantage de connaissances. La communauté ne me motive pas. Je suis motivé par le besoin impérieux de me perfectionner.» [Agent de santé, site de Kaduna (Nigéria)]

à prendre en considération. Dans le cas des ONG, la collaboration a été la plupart du temps positive. Le traitement de base de l'onchocercose par l'ivermectine sous directives communautaires s'est toujours appuyé sur des partenariats opérationnels entre une autorité sanitaire nationale ou infranationale et les ONG internationales de développement qui travaillent souvent sur le terrain.

Au Cameroun, dans le site de Buea, par exemple, non seulement ces ONG ont soutenu des interventions telles que les IDC mais elles ont en outre financé la prise en charge du paludisme à domicile pendant le déroulement de l'étude sur les IDC. De même, en Ouganda, des hôpitaux de mission à but non lucratif qui fonctionnent sur la base du partage des coûts avec les patients sont généralement bien fournis en médicaments et autres fournitures par comparaison avec les services public et privé à but lucratif. Récemment, le gouvernement a eu lui aussi tendance à financer ce type de services de santé à but non lucratif et/ou à passer des contrats avec eux car ils complètent les efforts des pouvoirs publics, en particulier

dans les zones où il n'existe pas d'établissements publics. Ces services étaient donc bien placés pour collaborer à l'approche IDC.

D'un autre côté, une concurrence entre les programmes d'IDC appuyés par le secteur public ou les ONG et d'autres acteurs du secteur de la santé informel travaillant dans un but lucratif a également été observée. Ainsi par exemple, la prestation d'interventions sous directives communautaires dans des communautés reculées a parfois été perçue comme une concurrence avec les commerçants qui vendaient aussi des médicaments et d'autres articles pour la lutte contre le paludisme dans ces mêmes zones. Cela s'est produit par exemple dans le site de Yola (Nigéria), où ce sont les marchands du secteur informel qui se rendent dans les zones les plus reculées avec leurs marchandises, lesquelles peuvent être aussi bien des moustiquaires de fabrication artisanale que des médicaments antipaludiques et des vitamines (à l'exception des antituberculeux dont la distribution est strictement contrôlée).

Principales conclusions – Dynamique du système de santé

- ❖ Année 1: L'approche IDC a été généralement appréciée compte tenu de l'expérience positive constituée par le TIDC. Pour la plupart des interventions, des problèmes de disponibilité des matériels d'intervention se sont posés au niveau tant des achats que de l'approvisionnement et de la distribution.
- ❖ Année 2: Le processus participatif de consultation et de sensibilisation et la meilleure disponibilité des matériels d'intervention ont débouché sur une adhésion accrue du système de santé aux IDC à tous les niveaux et dans l'ensemble des sept sites. La formation du personnel dans les établissements de santé de première ligne a joué un rôle capital. Il faut plus d'un an pour mettre en place une approche IDC.
- ❖ Année 3: Les systèmes de santé dans tous les sites commençaient à offrir un environnement favorable pour la mise en place d'interventions sous directives communautaires. L'approvisionnement en matériels d'intervention pour le paludisme a été grandement amélioré au Nigéria et en Ouganda, mais pas au Cameroun où la distribution s'est heurtée à des problèmes logistiques.

C. Associer les communautés

Pour réussir à mettre en place des interventions sous directives communautaires au niveau de la communauté, un facteur évident, mais sur lequel on n'insiste pas assez, est le processus de mobilisation de ces communautés. Dans les programmes de lutte contre l'onchocercose, les IDC sont généralement établies dans des communautés reculées qui ne sont pas accessibles par les systèmes de transport modernes. Les premiers points de contact avec ces communautés sont les agents de santé travaillant dans l'établissement de soins de santé de première ligne, lesquels, comme on l'a déjà vu, jouent un rôle central dans la mobilisation du soutien communautaire.

En dehors de l'impulsion donnée par les contacts avec les agents de santé, les facteurs essentiels qui permettent de mobiliser la communauté ont été analysés et mis en évidence pour l'ensemble de l'approche IDC. Ils sont récapitulés dans le tableau 17 et décrits plus en détail ci-après.

1. ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DE LA COMMUNAUTÉ TOUT AU LONG DE L'ANNÉE

Les agents d'exécution des IDC dans la communauté doivent pouvoir accéder aux structures de santé pour se procurer des matériels d'intervention et, de leur côté, les agents de santé doivent pouvoir se rendre dans les communautés pour superviser le travail accompli. Une bonne accessibilité tout au long de l'année facilite donc le processus, tandis qu'une accessibilité réduite, notamment pendant la saison des pluies, a été reconnue comme un facteur limitant de manière significative l'engagement communautaire. Dans cette étude sur l'approche IDC, tous les sites du projet avaient, dans l'ensemble, accès aux communautés étudiées tout au long de l'année. Toutefois, l'accessibilité au cours de la saison des pluies a tout de même été réduite dans certains sites, comme cela a été très bien décrit par l'équipe chargée du site de Yaoundé qui a signalé que les ponts effondrés et le mauvais état des routes et des infrastructures avaient gêné la mise en œuvre du programme au cours de la saison des pluies.

Tableau 17: Facteurs critiques contribuant à la mobilisation de la communauté

Facteurs critiques	Niveau d'importance sur la base des données de l'approche						Ouganda	Importance générale
	Cameroun		Nigéria					
	BUE	YAO	IB1	IB2	KAD	YOL		
Accessibilité géographique de la communauté tout au long de l'année	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevée
Approches participatives de la mobilisation communautaire	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée
Perception par les communautés de la valeur des interventions	Très élevé	Très élevé	Élevé	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevée
Perception par les communautés de la valeur de l'approche IDC	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevé	Très élevée
Engagement politique au niveau de la communauté	Élevé	Très faible	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très faible	Élevé	Élevée

Cet obstacle peut être surmonté en prévoyant de faire commencer des interventions comme la distribution d'ivermectine avant le début des pluies, mais cela n'est pas toujours possible pour d'autres interventions comme la prise en charge du paludisme à domicile, pour laquelle une continuité tout au long de l'année est indispensable.

2. APPROCHES PARTICIPATIVES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Les communautés ont été tout d'abord mobilisées et sensibilisées à l'approche IDC par des réunions entre les responsables locaux de la santé et les chefs de la communauté; ceux-ci ont à leur tour convoqué l'ensemble de la communauté pour une réunion générale. Au cours de cette réunion, les participants ont discuté collectivement des problèmes de santé qui se posaient et des interventions possibles, ainsi que du type d'intervention qu'ils souhaitaient voir mettre en œuvre et du point de savoir s'ils en prendraient concrètement la responsabilité. La communauté a ensuite examiné où, quand, comment et par qui les interventions seraient mises en œuvre et quel appui serait fourni aux agents d'exécution.

L'organisation à la fois souple et rigoureuse d'un véritable processus participatif s'est avérée être en fait capitale pour obtenir l'adhésion de la communauté. Parmi les facteurs de facilitation décrits dans les sites mentionnés ci-après figuraient notamment le fait que les exposés oraux aient lieu dans les langues locales; que les membres des communautés aient suffisamment la possibilité d'exprimer leurs préoccupations et leur soutien pour le processus; que le choix, la présentation et l'installation des agents d'exécution au niveau de la communauté se fassent lors des réunions générales; que des réunions mensuelles de suivi aient lieu entre les agents d'exécution communautaires, et les chefs et les membres de la communauté; que les guides d'opinion et les réseaux traditionnels adhèrent au processus; et

qu'il soit tenu compte des facteurs sexospécifiques ou religieux influant sur l'engagement, etc.

Dans le site de Buea (Cameroun), les agents d'exécution choisis par les communautés lors des réunions de mobilisation ont été installés. Les présentations ont été faites dans les langues locales (Bamilekemedumba à Bangangte, Yemba à Dschang, Fefe à Bafang et Bamoun à Foubot) pour faciliter la compréhension étant donné que la plupart des participants étaient illettrés. La responsabilité incombant à la communauté dans la motivation des agents d'exécution a aussi été évoquée. Les membres de la communauté ont exprimé leur adhésion au processus d'IDC par leur attitude, leur contribution et leur présence massive aux réunions de mobilisation et de sensibilisation. Ils ont donc compris que les interventions sous directives communautaires visaient à répondre aux principaux problèmes de santé auxquels ils étaient confrontés.

Dans le site d'Ibadan 2 (Nigéria), les chefs politiques et sociaux traditionnels ont été sollicités pour aider à obtenir une plus large adhésion de la communauté. Ils comprenaient le chef du conseil, les chefs de famille, les représentantes des femmes telles que les «iyaloja» ou les commerçantes dirigeant le marché, ainsi que d'autres guides d'opinion. Ces personnes ont exprimé leur adhésion à l'approche IDC, par exemple en diffusant dans l'ensemble de la communauté les résultats des réunions traditionnelles du conseil, en coordonnant les processus de sélection des DDC, en fournissant un soutien logistique et en recrutant des membres de la communauté, en particulier des enfants, pour le traitement antipaludique et la distribution de vitamine A. Faire appel aux réseaux religieux existants ou encore aux groupements de femmes s'est en outre avéré déterminant pour la mobilisation de la communauté. Ainsi que l'a noté une des informatrices: «*Ce sont nos maris qui assistent aux*

réunions et qui prennent les décisions. C'est seulement quand ils rentrent à la maison qu'ils nous informent des décisions prises», tandis que des groupes de jeunes ont également déclaré *«Nous ne participons pas à la prise des décisions; ce sont les anciens qui décident»*. Les institutions religieuses ont aussi été mises à contribution pour mobiliser la communauté, comme l'a noté un des informateurs: *«Nous faisons passer les informations à la population lors de la prière du matin à la mosquée»*.

Dans le site d'Ibadan 1 (Nigéria), des réunions mensuelles ont été organisées dans chacune des communautés mettant en œuvre les IDC, ce qui a permis aux agents d'exécution, aux membres de la communauté et aux chefs communautaires de discuter ensemble des problèmes rencontrés et des progrès accomplis. Les chefs communautaires ont fourni une assistance logistique au programme lorsque cela était nécessaire.

Dans les sites d'étude ougandais, la mobilisation communautaire s'est faite principalement à travers des réunions communautaires au cours desquelles les décisions étaient prises. Une dirigeante communautaire dans le district de Kanungu (Ouganda) a déclaré: *«Nous avons organisé une réunion de la communauté pour déterminer qui pourrait aider à distribuer les médicaments contre l'onchocercose. Nous avons d'abord sélectionné et formé deux personnes, mais plus tard nous en avons choisi deux autres au fur et à mesure que d'autres interventions étaient mises en place. Nous avons donc au total quatre volontaires actifs dans ce village»*. Un fonctionnaire de la santé dans le même district a ajouté: *«Les membres de la communauté décident comment ils souhaitent que les médicaments soient distribués dans une communauté donnée. Ils choisissent et décident aussi comment ils vont recevoir ces médicaments»*.

3. PERCEPTION PAR LA COMMUNAUTÉ DE L'UTILITÉ DES INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES

La perception par la communauté de l'utilité des interventions a été un autre facteur du succès des IDC. D'une manière générale, cette perception a été positive, avec toutefois quelques variations d'un site à l'autre. Les résultats ont surtout été perçus en termes d'améliorations tangibles pour la santé des personnes concernées et celle de leurs voisins, notamment en ce qui concerne le paludisme et la filariose, ainsi qu'en termes de disponibilité accrue de fournitures telles que les moustiquaires et les antipaludiques. Toutefois, les guides d'opinion locaux ont aussi mentionné d'autres paramètres tels que l'absentéisme scolaire, les transferts dans des établissements de santé ou les bénéfices économiques.

Dans les sites ougandais, par exemple, la façon dont des médicaments comme l'ivermectine agissaient sur les troubles cutanés liés à l'onchocercose a été déterminante dans l'appréciation de l'utilité des interventions: *«Certaines personnes avaient une vilaine peau, mais maintenant il y a eu des progrès remarquables. Nous ne souffrons plus de démangeaisons»*, a déclaré une des principales informatrices à Ad Arua (Ouganda).

Dans le site de Kaduna (Nigéria), toutefois, la valeur des interventions telle qu'elle a été appréciée dans le cadre d'un entretien avec un animateur d'un groupe de jeunes pour le développement a été décrite en termes de tendances et de bénéfices socio-économiques au sens large: *«Les bénéfices sont nombreux. Nous étions la communauté la plus touchée par l'onchocercose dans ce district et depuis l'introduction des IDC en 1989, nous avons pu bénéficier du médicament et maintenant la maladie a presque disparu. Parmi les autres points positifs, il y*

a eu une amélioration générale de la santé, en particulier celle des enfants. Il y a maintenant moins d'absents à l'école à cause du paludisme. La stratégie nous a aussi permis d'économiser sur les médicaments que nous devons acheter à cause de la maladie». [Entretien approfondi avec l'animateur d'un groupe de jeunes de la communauté de Dan Alhaji dans le district de Lere]: «Sur le plan économique, l'avantage est que nous avons maintenant des médicaments gratuits de sorte que nous pouvons utiliser notre argent pour acheter des engrais. En termes de bénéfices sociaux, nos enfants sont maintenant en meilleure santé et doivent rarement s'absenter de l'école. L'intervention a aussi permis de réduire le nombre de patients qui doivent se rendre au centre de santé pour le paludisme, d'où une meilleure productivité économique dans la communauté». [Entretien avec un agent d'exécution communautaire de la communauté de Kurmin Baba, dans le district de Kachia.]

Dans le site de Buea (Cameroun), les membres de la communauté et les décideurs ont évalué la valeur des IDC en termes de recul de la charge de morbidité associée à la filariose et au paludisme, qu'ils considèrent comme deux des principaux fléaux dans la région. «Si vous regardez mon registre de consultations, vous verrez que depuis la mise en œuvre de ce programme d'IDC, le nombre de personnes consultant pour paludisme ne fait que décroître. Cela signifie que beaucoup de gens mettent en pratique les conseils qu'ils ont reçus», a déclaré le chef du centre de santé de Kassang. Un autre membre de la communauté prenant la parole dans le cadre d'un groupe de discussion à Lepia a déclaré «... la filariose est vraiment un problème grave dans cette communauté. S'il n'y avait pas l'hôpital de la Mission catholique à Dschang (qui traitait l'onchocercose avant l'introduction des IDC) et maintenant le nouveau système d'IDC qui a permis de lutter avec succès contre cette maladie, la plupart des gens seraient devenus aveugles dans cette communauté».



D'un autre côté, dans le site d'Ibadan 1 (Nigéria), les témoignages de satisfaction de certains membres de la communauté en ont incité d'autres à essayer de nouveaux dispositifs comme les moustiquaires, ce qui a accru la demande d'achats de moustiquaires. Comme l'a noté un des responsables du projet d'IDC sur le terrain: «*M. Ajayi a demandé si davantage de moustiquaires seraient mises en vente, car ceux qui avaient acheté les deux unités amenées dans la communauté ont dit que ces moustiquaires étaient de bons produits, en particulier pour les habitants des zones rurales ...*». Le même responsable de terrain a rapporté que, selon un agent d'exécution local: «*De nombreuses personnes s'étaient inscrites pour le prochain lot de moustiquaires imprégnées et qu'elles le «harcelaient» pour qu'il aille en chercher d'autres au secrétariat de l'administration locale*».

4. PERCEPTION PAR LA COMMUNAUTÉ DE L'UTILITÉ DE L'APPROCHE ADOPTÉE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES IDC

Étant donné que les essais d'IDC ont d'abord eu lieu dans des communautés qui avaient déjà eu l'expérience de la distribution d'ivermectine sous directives communautaires, les membres de ces communautés étaient en mesure d'apprécier la valeur inhérente de l'approche adoptée par rapport à leur expérience du TIDC. Des groupes de discussions ont essayé d'analyser ces perceptions et de déterminer comment le nouveau système intégré d'IDC était perçu par les membres de la communauté. D'une manière générale, la réaction aux IDC a été positive. Le processus était considéré comme apportant des bénéfices thérapeutiques plus larges que le programme d'intervention fondé simplement sur la distribution d'ivermectine, étant donné que lors des distributions annuelles du médicament, tous les membres de la communauté ne remplissaient pas les conditions requises pour recevoir le traitement (par exemple, les enfants de moins de cinq ans). Des membres de la communauté qui auraient pu dans ce cas se percevoir (ou

percevoir leurs enfants) comme exclus du bénéfice de la distribution d'ivermectine pouvaient, avec le système d'IDC, bénéficier de la distribution de produits tels que la vitamine A, les antipaludiques et les moustiquaires.

En outre, le fait que les médicaments et les fournitures étaient gratuits faisait une grande différence dans la manière dont les interventions étaient perçues: «*Comme les médicaments sont distribués gratuitement, nous souhaitons que le programme continue afin d'en profiter encore plus*», ont déclaré des membres de la communauté dans le cadre d'un groupe de discussion sur le site d'étude d'Ibadan 2 (Nigéria).

Toutefois, même lorsqu'il fallait payer quelque chose, les membres des communautés avaient généralement une appréciation positive des IDC liée à la plus grande disponibilité de fournitures et de médicaments. Comme l'a déclaré M. Orimolade Moses dans la zone d'étude d'Ibadan 1: «*Nous remercions les autorités de s'être souvenues de cette communauté dans leur programme*».

D'autres participants à un groupe de discussion ont aussi indiqué que, dans l'ensemble, l'esprit des IDC qui voulait que la mise en œuvre soit assurée par des membres de la communauté avait aussi eu d'autres bénéfices indirects, par exemple qu'il leur avait fourni l'occasion de prendre de bonnes habitudes pour se prémunir contre l'exposition à la maladie.

La perception de l'efficacité des IDC a été résumée de diverses manières par les participants à un groupe de discussion sur le site d'Ibadan 2 (Nigéria): «*La distribution de médicaments est meilleure dans le cadre des IDC que dans le cadre du TIDC.*» et «*Le système d'IDC fonctionne bien.*» et «*Il continue, il ne s'est pas arrêté.*» et «*On en ressent les bienfaits dans toute la communauté et tout le monde apprécie les IDC*».

5. RÔLE DES RESPONSABLES POLITIQUES DANS LES COMMUNAUTÉS

L'engagement des dirigeants politiques a été un facteur essentiel pour gagner le soutien de la communauté dans chacun des sites étudiés, car ces derniers ont aussi facilité la mobilisation et le soutien logistique en faveur du processus. Dans certaines communautés, ce sont les chefs de village traditionnels qui ont été les principaux acteurs, tandis que dans d'autres l'opération a été soutenue par des responsables politiques plus proches du gouvernement, comme le montrent les deux exemples ci-après.

Dans le site de Buea (Cameroun), c'est le chef du village ou le chef de la communauté qui détient le pouvoir suprême. Il est à la fois le premier magistrat et le premier ambassadeur de la communauté. En concertation avec les notables, il gouverne le village et aucune décision ou mesure communale majeure ne peut être prise sans son soutien. Respectueux de son autorité, les personnels de santé des districts d'IDC ont pris les dispositions nécessaires pour associer les chefs et dirigeants communautaires traditionnels à l'introduction du processus, ce qui a grandement facilité l'acceptation des interventions par les communautés. Le dialogue ainsi établi a aussi constitué un atout majeur pour surmonter

les problèmes ou obstacles éventuels à la mise en œuvre des IDC qui pouvaient surgir par la suite au sein de la communauté.

L'importance que les chefs accordent à leur propre rôle dans le processus est évident, comme en témoigne la déclaration faite par l'un de ces dirigeants: *«En tant que chef du centre de Baboucheu-Ngaleu qui regroupe quatre villages, j'ai réuni les chefs et les notables et nous avons discuté des différentes interventions sur le terrain et du choix des agents d'exécution communautaires».*

Dans le site d'Ibadan 2 (Nigéria), d'un autre côté, ce sont des dirigeants politiques liés aux autorités qui ont exercé la plus grande influence au niveau de la communauté, avec parfois des résultats mitigés. D'un côté, les responsables politiques des districts étudiés considéraient généralement la santé publique comme une priorité et appuyaient l'initiative des IDC qu'ils considéraient comme étant d'un bon rapport coût/efficacité, mais, de l'autre, ils usaient parfois de leur influence pour tirer un avantage personnel de l'opération. Ainsi, par exemple, dans un district, la femme du président de district a entassé des stocks de moustiquaires destinées à être distribuées dans le cadre des IDC et les a données en cadeau à des amis, des parents ou des visiteurs.

Principales conclusions – Participation des communautés

- ❖ Une approche participative fondée sur la recherche du consensus est d'une importance capitale pour la mobilisation de la communauté.
- ❖ La perception fortement positive de la valeur des interventions antipaludiques (en particulier la PCPD avec ACT) facilite la mise en œuvre des IDC.
- ❖ Les communautés apprécient que les agents d'exécution résident dans la communauté.
- ❖ Les agents d'exécution des IDC doivent pouvoir accéder aux structures de santé et les agents de santé doivent pouvoir accéder aux communautés: toute réduction de l'accessibilité durant la saison des pluies entrave le processus.

D. Autonomisation des communautés

Le principal objectif à long terme des IDC est de rendre les communautés autonomes. Cela suppose non seulement de leur apprendre à gérer la distribution immédiate des produits sanitaires essentiels, mais aussi de les amener à assumer progressivement davantage de responsabilités dans les activités liées aux IDC. L'autonomisation est considérée comme réussie lorsque les communautés parviennent à poursuivre elles mêmes la mise en œuvre des interventions existantes, et sont aussi capables de les développer dans d'autres domaines où le besoin s'en fait sentir. Devenues « autonomes », les communautés prennent non seulement en charge les interventions existantes, mais elles prennent aussi l'initiative d'en lancer de nouvelles.

L'autonomisation est un processus de longue haleine qui passe par un dévouement durable à la cause de la santé communautaire. La présentation du programme d'IDC dans le cadre de réunions communautaires organisées sur le mode participatif a été une première étape cruciale de l'autonomisation durant la phase I de l'étude. Les principaux facteurs contribuant à l'autonomisation de la communauté tels qu'ils ont été recensés au bout de trois ans d'interventions sont énumérés dans le tableau 18 et décrits plus en détail dans la section ci-après.

1. DIFFUSION DE L'INFORMATION

La large diffusion de l'information a été considérée comme une étape cruciale de l'autonomisation, de même que la formation des membres de la communauté. D'une manière générale, l'information fournie et la formation dispensée ont accru la prise de conscience d'un nombre

Tableau 18: Facteurs critiques contribuant à l'autonomisation des communautés

Facteurs critiques	Niveau d'importance sur la base des données de l'approche						Ouganda	Importance générale
	Cameroun		Nigéria					
	BUE	YAO	IB1	IB2	KAD	YOL		
Large diffusion de l'information et vastes possibilités de formation	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée
Intérêt commun	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée
Volonté d'autoprise en charge	Élevé	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevé	Élevée
Confiance entre les membres de la communauté	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevée
Sélection par la communauté des agents d'exécution des IDC	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Très élevé	Très élevé	Élevé	Élevée
Engagement à long terme et encouragements fréquents des personnels de santé travaillant en première ligne	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevé	Très élevé	Modéré	Élevée
Approche participative permanente	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevée

croissant de membres de la communauté et leur aptitude à participer et à prendre progressivement plus d'initiatives dans les programmes d'IDC. Pour faciliter la diffusion de l'information, il était important de passer par les structures politiques et les hiérarchies traditionnelles. Dans le site de recherche d'Ibadan 2, par exemple, les chefs et leurs conseils de village respectifs ont joué un rôle déterminant. Après s'être engagés à appuyer les IDC, les dirigeants traditionnels ont fait annoncer les résultats des réunions du conseil aux membres de la communauté par le « crieur public » du village.

2. INTÉRÊT COMMUN POUR LES PROBLÈMES AUXQUELS LES IDC VISENT PLUS SPÉCIALEMENT À RÉPONDRE

Les communautés sont plus susceptibles de prendre et de poursuivre durablement des initiatives sur des questions qu'elles estiment être clairement d'intérêt public pour elles. Comme dans les phases initiales de la mobilisation, l'autonomisation à plus long terme des communautés a été facilitée par le fait que les actions engagées portaient sur des sujets d'intérêt commun et qu'elles pourraient manifestement en retirer des avantages tangibles sur le plan de la santé et sur le plan économique.

Par exemple, dans le site de Buea (Cameroun), les membres d'un groupe de discussion et les informateurs clés ont fait observer que: *« Les communautés bénéficiant des IDC sont satisfaites de l'efficacité du Mectizan®, des antipaludiques, des traitements antituberculeux et de la vitamine A. En effet, l'ivermectine (Mectizan®) et la vitamine A sont distribuées gratuitement. Les kits de lutte contre le paludisme et le traitement antituberculeux sont si efficaces que même les villageois les plus pauvres peuvent y avoir accès »*. Le DDC de Beyana (Koupare) a expliqué que: *« Le fait que le Mectizan® soit distribué gratuitement nous a apporté bien des avantages. L'argent que nous*

aurions dépensé pour le traitement de la filariose à l'hôpital est utilisé pour autre chose grâce à l'efficacité et à l'efficience des kits de lutte contre le paludisme, nous restons en bonne santé ».

3. VOLONTÉ D'AUTOPRISE EN CHARGE SE MANIFESTANT PAR UNE APPROPRIATION DU PROCESSUS PAR LA COMMUNAUTÉ

C'est d'abord à travers des réunions consultatives au niveau de la communauté, au cours desquelles les rôles respectifs à jouer par les communautés et par le système de santé ont été discutés et définis d'un commun accord, que l'on s'est efforcé de promouvoir l'appropriation du processus par la communauté. Les membres de la communauté ont ainsi été naturellement amenés à manifester leur soutien pour une opération dans laquelle ils avaient une voix au chapitre déterminante et qui donnait à des groupes désavantagés (comme les femmes, par exemple) l'occasion de s'exprimer. Ainsi, dans le site de Yola (Nigéria), les mères ont manifesté, dans le cadre de ces réunions communautaires leur désir de remplacer les hommes pour gérer la distribution des articles de lutte antipaludique dans leurs communautés. Dans le site d'Ibadan 1, des membres des communautés ont parfois donné de l'argent pour payer les transports des agents d'exécution. Certains membres de la communauté ont aussi fourni à ces agents d'exécution une aide en nature, en leur prêtant main-forte pour labourer leurs terres et faire leurs récoltes (par exemple de manioc) pendant que ces agents étaient eux-mêmes occupés par leurs activités d'IDC.

4. CLIMAT DE CONFIANCE ENTRE LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ

Le climat de confiance régnant entre les membres de la communauté a facilité la mise en œuvre durable des IDC et, par là même, l'autonomisation de la communauté. En Ouganda, la confiance manifestée par la communauté a été un facteur de motivation majeur pour les agents d'exécution. La plupart

d'entre eux ont eu le sentiment qu'en abandonnant leur tâche, ils auraient trahi les gens qui leur en avaient confié la responsabilité. Un exemple de l'effet produit par cette confiance nous a été donné par un agent d'exécution du site d'Arua (Ouganda) qui a déclaré: «*Je ne peux pas laisser tomber ma communauté puisqu'ils m'ont fait confiance*». Un autre agent d'exécution a confirmé: «*Je suis déterminé à continuer parce que les gens me font toujours confiance et que je crois que je me débrouille bien. Cela ne me fatigue pas. Je le fais ici dans le village*».

Les agents d'exécution communautaires dans le site de Yola (Nigéria) sont très respectés par les membres de la communauté et les retombées politiques générées par leurs efforts renforcent d'autant leur dévouement à leur tâche. Bien qu'ils se soient parfois plaints de travailler sans être rémunérés, les agents d'exécution étaient donc peu désireux d'abandonner leur responsabilité. De leur côté, les membres des communautés qui se sont exprimés dans des entretiens ou des groupes de discussions ont rendu hommage aux agents d'exécution des IDC et déclaré qu'ils priaient parfois pour eux et leurs familles en témoignage de leur reconnaissance.

5. SÉLECTION PAR LA COMMUNAUTÉ DES AGENTS D'EXÉCUTION COMMUNAUTAIRES

Si les IDC n'imposent pas que l'on désigne des personnes particulières pour les mettre en œuvre, le recrutement de volontaires locaux est considéré par la plupart des communautés comme un bon moyen de s'assurer que le travail sera fait. La méthode recommandée est que si les communautés décident qu'elles veulent que le programme soit mis en œuvre par des volontaires, il faut qu'elles définissent des critères de sélection appropriés et procèdent ensuite à cette sélection.

Encourager les membres de la communauté à choisir leurs propres agents d'exécution de la manière qui correspond le mieux à leurs intérêts fait partie du processus de mobilisation et d'autonomisation de la communauté. Dans certains villages, un seul agent d'exécution peut être appelé à s'occuper de toutes les interventions, tandis que dans d'autres la population peut penser qu'il est préférable de répartir la tâche entre plusieurs personnes. Dans ce cas, il est arrivé parfois que l'on juge préférable de faire exécuter certaines interventions par des femmes alors que d'autres étaient plus souvent confiées à des hommes. Ce qui est important, c'est que ce soit la communauté elle-même qui décide. Le fait que la communauté parvienne à prendre elle-même ses décisions et à assurer la poursuite des activités avec l'aide des agents d'exécution est un signe manifeste d'autonomisation.

Au cours de la phase I de l'étude, de grands efforts ont été faits dans tous les sites pour aider les communautés à trouver et à sélectionner leurs agents d'exécution des IDC. Dans le site de Yola (Nigéria), ce sont les membres de la communauté et leurs chefs qui ont décidé, par consensus, du choix de ces agents.

Dans le site d'Ibadan 2 (Nigéria), la sélection des agents d'exécution s'est faite au cours de réunions communautaires annoncées à l'avance. Parmi les critères de sélection figuraient: les aptitudes du sujet, son expérience de programmes antérieurs, son niveau d'instruction, son sexe et son intégrité morale. Dans le site d'Ibadan 1, une méthode de sélection uniforme a été adoptée dans toutes les communautés mettant en place une distribution de vitamine A, ce qui supposait de tenir des réunions au cours desquelles ces agents d'exécution étaient choisis. Toutefois, il y a eu certaines variations dans le processus de sélection. Dans certaines communautés, les chefs locaux ont simplement choisi les personnes

qu'ils jugeaient les plus capables, et leur décision a été approuvée par les communautés car: *«Nous appuyons toujours les décisions de nos anciens pour ne pas les humilier»*. Dans d'autres, la sélection s'est faite davantage sur la base de l'opinion populaire et les agents d'exécution ont été choisis pour leurs qualités de loyauté et d'honnêteté. Dans d'autres cas encore, ce sont des volontaires qui ont exprimé leur désir de rendre service.

Le processus de sélection était parfois perçu de manière différente au sein d'une même communauté. Dans la communauté Balogun du district d'Iwajowa (Ibadan 1) dans l'État d'Oyo (Nigéria), des hommes âgés participant aux groupes de discussions avaient tendance à dire que les agents d'exécution avaient été sélectionnés par la population, tandis que les hommes plus jeunes et les femmes disaient plutôt qu'ils avaient été choisis par les chefs communautaires, par exemple: *«Ce sont les chefs communautaires, y compris les rois»*, qui ont fait la sélection. Néanmoins, parmi les critères de sélection mentionnés, on précisait parfois: *«Ce sont des personnes éduquées, intelligentes, vives et diligentes»*.

Toutes les équipes de recherche ont observé que lorsque l'ensemble de la communauté participait au processus de sélection, les habitants apportaient aussi ensuite davantage de soutien aux personnes qui s'étaient portées volontaires pour exécuter les tâches liées aux IDC.

E. Recrutement des agents d'exécution des IDC

Recruter des agents d'exécution pour les IDC suppose non seulement de les sélectionner, mais aussi de les former, de leur donner les moyens d'agir, de les rémunérer, de les motiver et de les superviser. Tout cela s'est avéré être un aspect capital mais aussi très complexe de l'approche IDC, qui a nécessité en outre beaucoup de temps.

Les équipes de recherche sont convenues que les facteurs suivants étaient d'une importance cruciale pour réussir à recruter des agents d'exécution appropriés. Ces facteurs sont énumérés dans le Tableau 19 et décrits plus en détail ci-après.

Principales conclusions – Autonomisation des communautés

- ❖ L'information et la formation ont accru la prise de conscience et la capacité de participer.
- ❖ La présence d'intérêts communs facilite l'action collective.
- ❖ La sélection des agents d'exécution des IDC par la communauté est importante pour renforcer le sentiment d'appropriation et la continuité. Cette sélection n'a pas toujours pu se faire.
- ❖ L'engagement à long terme et les encouragements fréquents du personnel des établissements de santé de première ligne sont essentiels mais ils doivent être maintenus durablement.
- ❖ Une approche participative demeure nécessaire en permanence.

Tableau 19: Facteurs critiques pour la sélection des agents d'exécution des IDC

Facteurs critiques pour la sélection des agents d'exécution des IDC	Niveau d'importance sur la base des données de l'approche						Ouganda	Importance générale
	Cameroun		Nigéria					
	BUE	YAO	IB1	IB2	KAD	YOL		
Volonté de prendre des initiatives	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevée
Sélection par la communauté	Élevé	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevé	Élevée
Aptitudes et expérience pertinentes	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Élevé	Très élevé	Modéré	Élevée
Motivation par des incitations extérieures (matérielles)	Modéré	Élevé	Modéré	Élevé	Faible	Modéré	Faible	Modérée
Motivation par des incitations inhérentes au travail accompli	Élevé	Très élevé	Modéré	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevée

1. VOLONTÉ DE PRENDRE DES INITIATIVES

Dans le site de Yola (Nigéria), les femmes n'avaient pas été initialement choisies comme agents d'exécution car, dans les expériences antérieures de distribution d'ivermectine, les agents d'exécution devaient se rendre d'une maison à l'autre, ce qui était considéré comme inapproprié pour des femmes dans cette zone particulière. Toutefois, on a estimé que la prise en charge du paludisme était une tâche qui leur convenait mieux, car elle supposait de traiter des enfants, domaine dans lequel les femmes étaient jugées plus compétentes. Les agents d'exécution masculins n'étaient en outre pas toujours disponibles lorsqu'une mère avec un enfant fiévreux avait besoin d'aide. Dans certaines communautés, les femmes ont donc pris l'initiative de se réunir pour en discuter et ont ensuite insisté pour que ce soit elles qui, après une formation appropriée, se chargent de distribuer les antipaludiques. Dans cette étude tout comme dans les recherches initiales sur le TIDC, on a observé que l'esprit d'initiative dont faisaient preuve les participants, non seulement pour s'engager dans l'approche IDC dès le départ, mais aussi pour

affiner les IDC à la lumière des leçons apprises au fil du temps, était un indicateur important de l'efficacité du programme.

2. SÉLECTION PAR LA COMMUNAUTÉ

De même que la sélection des agents d'exécution par la communauté a contribué à l'autonomisation de ces communautés, on s'est aperçu que la participation de la communauté au choix de ces agents permettait aussi de recruter plus facilement des personnes à la fois qualifiées et motivées pour effectuer le travail. Dans l'État d'Oyo (Nigéria), la sélection, sur consensus de la communauté, des agents d'exécution communautaires s'est faite sur la base de critères tels que la popularité de ces personnes, leur niveau d'instruction (école secondaire, diplôme en santé communautaire), leur honnêteté, leur éthique professionnelle, leur intérêt et leur expérience antérieure (par exemple des personnes qui avaient participé précédemment à un programme de TIDC). Les membres de la communauté considéraient que les personnes choisies comme agents d'exécution étaient à la hauteur de leur tâche, ainsi qu'en ont témoigné leurs commentaires dans les groupes

de discussions: « Ils ont été sélectionnés au cours d'une réunion à laquelle tous les membres de la communauté ont participé; nous les avons choisis en raison de leurs expériences variées dans le domaine de la santé et aussi parce que ce sont des personnes respectueuses et qui craignent Dieu; ce sont des gens qui ont du temps libre et qui sont capables de supporter beaucoup de choses même si on les insulte ».

Lorsque les agents d'exécution communautaires n'avaient pas été choisis par la communauté dans le cadre d'un vaste processus consensuel, des problèmes d'allégeance à divers clans ou de manque de dévouement à la communauté se sont fait jour au fil du temps.

3. APTITUDES ET EXPÉRIENCE PERTINENTE

D'une manière générale, on a constaté que les agents d'exécution communautaires faisaient preuve de compétence, d'habileté et de savoir-faire dans la gestion des cinq interventions programmées, ce qui pouvait s'expliquer par la formation qu'ils avaient reçue dans les divers centres de santé, où on leur avait dispensé les connaissances voulues pour faire face à leurs engagements. Une fois formés, les agents d'exécution sont généralement supervisés par l'agent de santé de l'établissement de soins de santé de première ligne. En ce qui concerne la distribution de vitamine A, ces visites d'inspection ont lieu deux fois par an lors des distributions systématiques du médicament.

Au cours de l'examen final des résultats de l'étude sur les IDC à Douala (Cameroun), les équipes de recherche sont tombées d'accord sur le fait que les agents d'exécution communautaires avaient généralement fait preuve d'un grand professionnalisme dans la mise en œuvre des différentes interventions, depuis les phases initiales de mobilisation sociale et de sensibilisation jusqu'à la distribution des médicaments, la tenue des registres et l'évaluation.

L'équipe travaillant sur le site de Buea (Cameroun) a donné beaucoup de détails sur les modalités de la formation afin de prouver qu'il y avait un lien entre la formation et le niveau d'engagement des agents d'exécution. La formation s'appuyait sur un manuel intitulé *Guide pratique destiné aux relais communautaires* mis au point par l'équipe de recherche du site de Buea. Le taux de participation à la première session de la formation a été de plus de 80% dans l'ensemble des districts sanitaires concernés. Une deuxième session de formation a été organisée pour ceux qui avaient manqué la première session et le taux de participation a alors atteint 98%. Des tests réalisés à Buea avant et après les sessions de formation ont indiqué que la méthode de formation avait été bien assimilée par les agents d'exécution qui avaient également compris la philosophie des IDC, les principes d'une approche intégrée, et acquis les connaissances spécifiques nécessaires pour chaque intervention. Ces tests ont également montré la qualité de la méthodologie et de la formation.

4. MOTIVATION PAR DES INCITATIONS EXTÉRIEURES (MATÉRIELLES)

Dans plusieurs sites, la question de la motivation par des incitations extérieures (matérielles) s'est posée aux agents d'exécution. Cependant, les incitations matérielles n'ont pas été perçues comme ayant globalement le même poids que les incitations inhérentes au travail accompli, qui seront examinées dans la section suivante.

Il existait certainement un espoir que le programme IDC s'accompagnerait d'incitations pécuniaires, en partie du fait que, par le passé, les ONG, l'État et les initiatives sanitaires soutenues par des donateurs comportaient fréquemment de telles gratifications. Par exemple, des indemnités étaient souvent versées aux « volontaires » qui participaient aux journées nationales de vaccination.

Mais dans le cas des IDC il n'existe pas de soutien extérieur (donateur ou État) permettant de fournir des incitations matérielles aux agents d'exécution. Ce sont donc les communautés elles-mêmes qui doivent décider des types d'incitations qu'elles souhaitent et peuvent fournir à ces personnes. Dans la pratique, on a observé de grandes variations dans les types d'incitations que les communautés offraient aux agents d'exécution: certaines communautés leur procuraient des avantages matériels, comme la prise en charge de leurs frais de transport, tandis que d'autres privilégiaient des incitations non pécuniaires comme des prières et des remerciements, ou encore leur fournissaient une aide en nature, en leur donnant des produits de leur ferme ou en leur prêtant main forte pour les travaux agricoles.

Dans le site de Yola (Nigéria), la rémunération en espèces des agents d'exécution communautaires ne faisait pas partie du projet, mais leurs frais de transport étaient pris en charge et ils percevaient également un peu d'argent pour s'offrir une collation lors de leur formation. En revanche, les communautés participantes leur offraient diverses formes d'incitations pour les motiver. Il s'agissait généralement de dons faits par les ménages qui pouvaient aller d'incitations pécuniaires allant de 10 à 20 nairas (US\$ 0,08-0,16) par famille à des incitations en nature telles que des ignames, du maïs et des arachides, ou encore des manifestations de gratitude de la communauté comme des remerciements ou des félicitations pour le travail accompli. Ces incitations étaient généralement accordées volontairement et n'avaient aucun caractère contraignant.

Dans le site de Kaduna (Nigéria), l'octroi d'incitations financières aux agents d'exécution n'a pas été approuvé lors des réunions communautaires. Toutefois, dans les communautés où certains agents d'exécution avaient déjà été recrutés par le district sanitaire comme « guides » pour un pro-

gramme de distribution de vitamine A organisé en parallèle, ils ont reçu une somme forfaitaire de 2 000 nairas (US\$ 16,67) qu'ils ont partagée avec les autres agents d'exécution communautaires.

Ces incitations n'étaient pas toujours jugées suffisantes. Dans l'État d'Oyo (Nigéria), l'équipe d'Ibadan 2 a constaté que certains agents d'exécution avaient envisagé de tout abandonner car, selon eux, « l'incitation n'est pas suffisante ». Dans le site de recherche de Buea (Cameroun), des participants à un groupe de discussion ont rapporté qu'un certain nombre d'agents d'exécution communautaires avaient démissionné, en partie en raison du manque de motivations financières. Toutefois, d'autres agents d'exécution les avaient ensuite rapidement remplacés en dépit de cette absence d'incitation matérielle. Comme l'a déclaré un agent d'exécution communautaire: « Si nous ne faisons rien maintenant, nous devons quand même nous absenter un jour ou l'autre de notre travail à la ferme parce que telle ou telle personne sera morte. Les ravages du paludisme dans cette



communauté sont tels que j'ai décidé de faire le travail même si je ne reçois rien en échange. Je le ferai jusqu'à ma mort. Nous devons venir en aide à notre village».

5. MOTIVATION PAR DES INCITATIONS INHÉRENTES AU TRAVAIL ACCOMPLI

Bien que le problème des incitations matérielles ou extérieures ait été mentionné, les incitations directement liées au travail accompli, telles que la reconnaissance et le sentiment d'avoir rendu service ou acquis des connaissances, ont été plus souvent citées par les agents d'exécution comme des facteurs de motivation dans le cadre des groupes de discussions ou des évaluations.

Parmi les formes de motivation importantes souvent mentionnées figuraient la fierté d'avoir rendu service, la reconnaissance communautaire qui en était résultée, les sentiments d'altruisme et les échos positifs que les membres de la communauté renvoyaient aux agents d'exécution.

Mais des exemples de désincitations ont aussi été occasionnellement notés. Dans l'État d'Oyo, un membre de la communauté a parlé du «*manque de coopération de certaines personnes dans la communauté*» et «*des quantités insuffisantes de médicaments et de moustiquaires coûteuses et*

de l'obligation de se rendre fréquemment à l'hôpital dans le cadre du DOTS».

Toutefois, les côtés positifs donnés et reçus par les agents d'exécution ont été plus fréquemment mentionnés. Parmi les signes de reconnaissance cités, les agents d'exécution des IDC dans le site de Buea (Cameroun) ainsi que dans d'autres sites de l'étude ont déclaré que leurs badges d'identification étaient une source de fierté et leur conféraient plus de crédibilité lorsqu'ils devaient mobiliser les communautés et fournir des informations sur la PCPD aux familles. Dans le district de Pouma (Cameroun), les participants ont mentionné l'importance qu'ils accordaient au dialogue entre les agents d'exécution communautaires et l'équipe de santé pour maintenir l'intérêt et l'engagement.

Dans leurs conversations avec les responsables du projet sur le terrain et leurs rapports, les agents d'exécution communautaires ont également mentionné les expressions verbales de reconnaissance qu'ils recevaient des membres de la communauté comme un élément motivant. Ils ont aussi évoqué leurs propres sentiments d'appartenance à la communauté, dont ils avaient l'impression de partager les problèmes et dont ils se sentaient solidaires face à la maladie.

Principales conclusions – Recrutement des agents d'exécution des IDC

- ❖ La sélection des agents d'exécution des IDC par les communautés est d'une importance capitale.
- ❖ Les agents d'exécution des IDC s'engagent à servir leur communauté.
- ❖ Les agents d'exécution des IDC sont généralement motivés par des incitations inhérentes au travail accompli.
- ❖ Les agents d'exécution des IDC expriment le désir de recevoir des incitations extérieures, mais cela n'affecte pas de manière significative leur volonté de servir leur communauté.

Ainsi qu'un agent d'exécution sur le site d'Ibadan 1 (Nigéria) l'a déclaré à un responsable du projet sur le terrain: «*Je travaille pour améliorer la vie des gens de ma communauté parce que nous n'avons pas de centre de santé ni d'agents de santé dans notre village*». Un autre agent d'exécution dans l'État d'Oyo (Nigéria) aurait déclaré: «*Je suis volontaire parce que j'aime ma communauté et que ce programme permettra aussi d'améliorer la santé des membres de cette communauté*».

Dans le district d'Ibarapa Nord dans l'État d'Oyo (Nigéria), les agents d'exécution ont aussi mentionné les incitations constituées par les encouragements et les félicitations qu'ils recevaient et déclaré que même si ces incitations n'étaient pas toujours suffisantes, ils étaient aussi motivés par le sentiment du service rendu à la communauté. Ainsi que l'a dit un informateur: «*Je suis prêt à servir ma communauté et ce à titre bénévole*».

Dans d'autres cas, les agents d'exécution communautaires ont constaté qu'ils avaient eux aussi retiré directement ou indirectement des bénéfices de leur participation au programme car celui-ci avait profité à leurs familles et à leurs enfants. Ainsi que l'a déclaré un agent d'exécution en Ouganda: «*Je suis volontaire pour continuer parce que j'ai aussi une famille et des enfants. Lorsque mes enfants tombent malades, je n'ai à courir nulle part. Je prends juste un HOMAPAK et je le donne à mes enfants. La plupart du temps, ils réagissent bien*».

F. Effets plus généraux

Le véritable enracinement du processus d'IDC dans les communautés a aussi été conditionné par les changements plus vastes et plus profonds qui se sont produits dans les rapports entre les communautés et les services de santé, ce que l'on peut appeler des effets sur des systèmes plus généraux. Ces effets se sont fait sentir au delà du champ

étroit des diverses interventions introduites dans le cadre de l'approche IDC et des systèmes de santé eux-mêmes. On peut en citer quatre exemples.

1. EFFETS SUR LA PRISE DE CONSCIENCE PAR LA COMMUNAUTÉ

Sous l'effet des IDC, les communautés ont pris davantage conscience des problèmes de santé publique, de l'éventail des produits sanitaires existants et de leur droit d'avoir accès aux services de santé. Cette prise de conscience a renforcé à son tour leur adhésion aux IDC et aux autres mesures sanitaires.

Connaissant mieux leurs droits et leurs responsabilités, ces communautés ont aussi insisté plus fermement auprès des autorités sanitaires pour qu'elles fournissent des services adéquats. Par exemple, dans le village de Garbacede dans l'État de Taraba au Nigéria, un prêtre aveugle a organisé une manifestation communautaire pour réclamer la fourniture de quantités suffisantes de produits de lutte contre le paludisme. Dans le site d'Ibadan 1,



lorsque les membres de la communauté ont appris que du Coartem® serait distribué pour la PCPD, ils n'ont cessé de faire pression auprès des agents d'exécution pour qu'on leur livre les médicaments promis, jusqu'à ce que ceux-ci commencent effectivement à arriver.

2. EFFETS SUR LES RAPPORTS HOMME-FEMME

Tout au long de l'étude, de plus en plus de femmes ont assisté aux réunions, ont pris la parole et ont été choisies comme agents d'exécution des IDC, à mesure que l'on prenait conscience de leur rôle possible pour la prise en charge du paludisme. Au fil du temps, les femmes se sont exprimées plus librement, ont participé plus activement et ont réclamé qu'on leur confie des responsabilités.

3. EFFETS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMMUNAUTÉ

Les organisations communautaires, et en particulier les groupes de femmes, se sont de plus en plus impliquées dans le processus au fil du temps. Par exemple, dans les communautés nigérianes du site d'Ibadan, l'association des femmes du marché joue désormais un rôle actif dans les activités liées aux IDC, mobilisant certaines de leurs membres pour obtenir des services d'IDC. L'intérêt pour le développement communautaire initialement stimulé par les IDC a progressivement gagné d'autres secteurs.

4. EFFETS SUR LES AGENTS DE SANTÉ

Les IDC ont incité les agents de santé à s'impliquer davantage dans des activités dans les zones reculées. Ils ont progressivement commencé à considérer les agents d'exécution communautaires comme des partenaires et à les associer à d'autres activités périphériques comme, par exemple, la prévention des infections sexuellement transmissibles. Les agents de santé ont aussi déclaré qu'ils appréciaient la stimulation que leur procurait le fait de former et de superviser les agents d'exécution des IDC.

Les coordonnateurs des programmes pour l'onchocercose et la distribution de vitamine A, en particulier, ont aussi noté d'autres effets positifs sur le système de santé: par exemple, une planification plus poussée et plus cohérente; l'instauration d'un dialogue entre les agents du système de santé responsables des différentes interventions; et une plus grande interaction avec les principales parties prenantes dans la communauté. Par exemple, un coordonnateur du TIDC (chargé de la distribution de l'ivermectine) du site de Kaduna (Nigéria) a expliqué comment l'approche IDC, de par sa nature davantage intégrée, avait contribué à une meilleure planification générale des activités sanitaires dans le district: «*Nous avons mis en place des mécanismes pour résoudre les problèmes. Nous ne tenons qu'une seule réunion. Nous avons aussi des réunions de planification au cours desquelles les budgets sont établis pour l'année. Elles sont l'occasion pour les membres d'informer le coordonnateur du district sur leurs activités passées, et nous aident aussi à savoir dans quelle direction nous devons avancer. Nous examinons tout le processus de distribution, recensons les problèmes et trouvons des solutions*».

Pour ce qui est de l'interaction avec les communautés, un agent de santé ougandais a noté que les IDC avaient renforcé le système de santé en développant les capacités des communautés, notamment par le biais des agents d'exécution communautaires (appelés parfois aussi «distributeurs communautaires de médicaments»). «*Nous avons renforcé les capacités des DDC et comme nous travaillons avec eux, ils nous considèrent comme des partenaires et nous pouvons facilement leur demander d'exécuter n'importe quel programme qui se présente. Certains DDC ont été promus et sont devenus des aides-infirmiers. C'est commode car ils peuvent facilement distribuer les médicaments dans leurs foyers. Il n'est plus nécessaire de parcourir de longues distances pour aller chercher des médicaments*».

8

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

8 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS



A. Conclusions

Se fondant sur l'important volume de données recueillies sur le terrain au cours des trois ans de l'étude, les équipes de recherche sont arrivées aux conclusions suivantes quant à l'efficacité et à la rentabilité des IDC et aux principaux facteurs qui influent sur le processus.

Efficacité des IDC pour des interventions présentant divers degrés de complexité

L'approche IDC s'est avérée beaucoup plus efficace que les méthodes de prestation actuellement utilisées pour toutes les interventions étudiées, à l'exception du DOTS:

- Les enfants fébriles ont été plus de deux fois plus nombreux à bénéficier d'un traitement antipaludique approprié dans les districts où la prise en charge à domicile du paludisme était intégrée dans l'ensemble des IDC, le pourcentage des enfants traités de manière appropriée dépassant largement la cible de RBM de 60%.
- Le nombre des ménages possédant et utilisant des MII était deux fois plus élevé dans les districts IDC, malgré la pénurie de MII dans la plupart des sites de l'étude.
- La couverture de la vitamine A était beaucoup plus élevée dans les districts IDC que dans les districts témoins.

L'adjonction de plusieurs interventions à la série des IDC n'a pas eu d'effet négatif sur le traitement par l'ivermectine mais a au contraire permis d'étendre de 10% sa couverture.

Le processus IDC a permis la mise en œuvre efficace d'au moins quatre à cinq interventions. L'efficacité des IDC intégrées a progressé au fur et à mesure de la maturation du processus.

Types d'intervention pouvant être mise en œuvre de façon satisfaisante au moyen des IDC

Lorsque l'occasion et l'appui nécessaire leur ont été fournis, les communautés et les exécuteurs communautaires ont pu assurer efficacement la mise en œuvre de chacune des cinq interventions incluses dans l'étude, quel qu'en soit le degré de complexité tel que défini au début de l'étude. Aucune difficulté technique propre à une intervention n'a entravé l'action des volontaires. Les seuls obstacles ont été d'ordre social – le discrédit entachant le traitement DOTS – ou liés au système de santé, surtout concernant les politiques de santé et l'approvisionnement.

On en a donc conclu que le processus IDC constitue un bon modèle de prestation des interventions de santé présentant les caractéristiques suivantes:

- interventions auxquelles la communauté peut être associée et dont elle peut être habilitée à diriger l'exécution;
- interventions que le système de santé accepte d'autoriser les communautés à mettre en œuvre;
- interventions dont l'exécution peut être confiée de manière satisfaisante à des agents de santé non spécialisés ayant reçu un minimum de formation;

- interventions contre des maladies perçues comme constituant un problème de santé important touchant tous les segments de la population locale;
- interventions qui présentent un intérêt évident;
- interventions pour lesquelles du matériel devrait être suffisamment accessible à la communauté.

Coût de la prestation intégrée des IDC

Au plan des dépenses encourues par le système de santé, les IDC permettent une utilisation plus rationnelle des ressources que les systèmes de prestation classiques. Compte tenu des coûts de mise en œuvre qui sont moindres au niveau des districts de santé et des établissements de santé de première ligne, l'approche IDC permet une meilleure couverture pour différentes interventions.



Au niveau communautaire, les IDC augmentent les coûts d'opportunité, signe que les volontaires, essentiellement motivés par des incitations intrinsèques telles que la reconnaissance, le statut, le savoir et les compétences acquises, etc., sont prêts à y consacrer plus de temps.

Facteurs importants pour faciliter l'approche IDC

Compte tenu des points susmentionnés et des conclusions énoncées aux chapitres 5, 6 et 7, les facteurs les plus déterminants qui se sont révélés faciliter l'approche IDC sont les suivants:

- ample consultation des parties prenantes et recueil d'un consensus;
- politiques de santé, tacites ou explicites, qui favorisent la prestation de l'intervention par des acteurs communautaires ou qui du moins ne s'y opposent pas;
- systèmes de santé favorables à l'autonomisation des communautés;
- adhésion à l'approche IDC des personnels de santé à tous les niveaux;
- large participation de la population locale à la conception et à la mise en œuvre des IDC;
- large participation de la population locale au choix des agents d'exécution;
- fourniture régulière, satisfaisante et rapide des matériels.

Principaux facteurs facilitant l'intégration

L'étude a fourni des informations précieuses sur la faisabilité et l'efficacité de la prestation intégrée des interventions à l'échelon communautaire. La prestation intégrée (ou co-mise en œuvre) de différentes interventions au moyen

des IDC s'est avérée parfaitement réalisable et on retiendra de cet exercice que les facteurs ci-après faciliteront grandement l'intégration via les IDC:

- volonté et capacité avérées des agents d'exécution communautaires de mettre en œuvre plusieurs interventions;
- efficacité attestée des IDC entraînant des économies pour les systèmes de santé;
- intérêt croissant du système de santé pour les IDC;
- intérêt des agents de santé pour la planification d'interventions intégrées à assise communautaire;
- agents de santé motivés par les réactions positives de la communauté;
- intérêt et réceptivité accrus des parties prenantes pour les approches intégrées.

Le principal facteur pouvant entraver la prestation intégrée a néanmoins été la pénurie de tel ou tel matériel ou produit. Une stratégie intégrée regroupant plusieurs interventions nécessitera des efforts supplémentaires pour assurer, dans les établissements de santé de première ligne, la disponibilité des matériels voulus pour la mise en œuvre de toutes les interventions.

Les facteurs favorisant l'approche IDC et facilitant la prestation intégrée des interventions peuvent donc se résumer comme suit: un éventail approprié d'interventions d'un niveau de complexité compatible avec les besoins de la communauté et la capacité d'exécution qu'elle a, ainsi qu'avec les politiques et la fonctionnalité du système de santé, depuis le niveau national jusqu'au niveau local.

B. Recommandations

- Là où elle est déjà en place pour la lutte contre l'onchocercose, l'approche IDC devra être utilisée pour la prestation intégrée à l'échelon communautaire des interventions de santé appropriées.
- Des ensembles d'IDC devront être élaborés à partir de considérations locales et des critères issus de la présente étude concernant le type d'intervention adaptée aux IDC, à savoir:
 - interventions contre le paludisme – l'approche IDC devrait être utilisée afin de venir à bout des obstacles actuellement rencontrés pour obtenir des antipaludiques et des MII pour les personnes qui en ont besoin;
 - vitamine A – l'approche IDC devrait être considérée comme une alternative efficace à la distribution de vitamine A.
- Une action de sensibilisation spéciale sera nécessaire pour assurer un approvisionnement fiable et des politiques favorables.
- Les priorités de la recherche à venir devront inclure:
 - des recherches sur la mise en œuvre pour déterminer comment introduire efficacement les IDC dans les zones où l'onchocercose n'est pas endémique;
 - des recherches sur les systèmes de santé concernant les problèmes d'approvisionnement;
 - des recherches sur la mise en œuvre concernant l'extension des IDC.



9

ANNEXES

A. Instruments de recherche

Vingt instruments au total ont été mis au point pour la collecte des données. On en trouve une brève description dans le tableau ci-dessous, accompagnée de la liste des personnes auxquelles ils s'adressaient.

Tableau 20: Liste des instruments de l'étude

Instrument		Destinataires	Calendrier
1	Questionnaire sur la couverture du traitement par l'ivermectine	Tous les membres des cinq ménages représentatifs choisis dans chacun des 10 villages types évalués dans chaque district	Un mois après la distribution
2	Questionnaire sur la couverture de la distribution de vitamine A	Femmes/personnes ayant la garde d'enfants de moins de cinq ans dans cinq ménages représentatifs comptant des enfants de moins de cinq ans dans chacun des 10 villages types évalués dans chaque district	Un mois après la dernière distribution
3	Questionnaire d'enquête sur la couverture des MII	Chef de famille ou autre personne pouvant donner des informations dans cinq ménages représentatifs comptant des enfants de moins de cinq ans dans chacun des 10 villages types évalués dans chaque district. Données à recueillir pour chaque membre du ménage	Fin de l'année
4	Questionnaire d'enquête sur la couverture de la prise en charge du paludisme à domicile	Femmes/personnes ayant la garde d'enfants de moins de cinq ans dans cinq ménages représentatifs comptant des enfants de moins de cinq ans dans chacun des 10 villages types évalués dans chaque district	Fin de l'année
5	Questionnaire d'enquête sur la stratégie DOTS	Tous les tuberculeux dans les populations étudiées qui sont enregistrés auprès des centres de santé et auraient dû suivre un traitement au cours des 12 mois précédents	Fin de l'année
6	Questionnaire sur les facteurs déterminants à l'usage des coordonnateurs de programme	Administrateurs de programme pour chaque intervention au niveau du district	Fin de l'année
7	Questionnaire sur les facteurs déterminants à l'usage des responsables locaux	Un chef traditionnel; une responsable des femmes; et deux responsables du développement communautaire, un responsable d'une association ou un chef d'un groupe religieux dans chacun des 10 villages types évalués dans chaque district	Fin de l'année
8	Liste de contrôle au niveau de la communauté	Chef traditionnel secondé par un agent communautaire dans chacun des 10 villages types évalués dans chaque district	Fin de l'année
9	Liste de contrôle au niveau du district	Administrateur du programme dans chaque district	Fin de l'année
10	Liste de contrôle au niveau des ONG	Un correspondant pour chaque ONG associée à la mise en œuvre de l'intervention dans les zones étudiées	Fin de l'année
11	Entretien approfondi avec les agents d'exécution des IDC	Un agent d'exécution de chaque sexe dans chaque village; un agent de santé qualifié de chaque sexe par village	Fin de l'année

Instrument		Destinataires	Calendrier
12	Entretien approfondi avec les partenaires	Un correspondant par ONG, donateur, ministère de la Santé, organisation des Nations Unies, association et autre groupe communautaire pertinent dans chaque district	Fin de l'année
13	Groupe de discussion au niveau communautaire	Deux groupes de discussions de jeunes garçons, deux groupes de discussions de jeunes filles, deux groupes de discussions d'hommes adultes et deux groupes de discussions de femmes adultes par district étudié	Fin de l'année
14	Fiche de calcul des coûts de base	Données à recueillir pour les documents pertinents	Fin de l'année
15	Questionnaire relatif aux coûts à l'usage des coordonnateurs de programme	Coordonnateurs de programme pour les cinq interventions aux niveaux national, régional et du district	Fin de l'année
16	Questionnaire relatif aux coûts à l'usage du responsable au niveau du district	Responsable au niveau du district	Fin de l'année
17	Questionnaire relatif aux coûts à l'usage de l'établissement de santé de première ligne	Responsable dans l'établissement de santé de première ligne	Fin de l'année
18	Questionnaire relatif aux coûts à l'usage des chefs communautaires	Chefs communautaires/informateurs clés dans les 10 villages évalués dans chaque district	Fin de l'année
19	Questionnaire relatif aux coûts à l'usage des volontaires communautaires	Volontaires pour les interventions étudiées dans les 10 villages évalués dans chaque district	Fin de l'année
20	Questionnaire relatif aux coûts à l'usage des ménages	Chef de famille de cinq ménages types dans chacun des 10 villages évalués dans chaque district	Fin de l'année

B Tableau des principaux partenaires IDC

Type	Onchocercose	Tuberculose	Vitamine A	Paludisme
ONG, PVO (organisations bénévoles privées) internationales	The Carter Center, Helen Keller International, Sightsavers International, Christian Blind Mission	German Leprosy Relief Association Damien Foundation Netherlands Leprosy Relief	Helen Keller International, Sightsavers International, Christian Blind Mission, The Carter Center	Tulsi Charai Foundation
Donateurs Organismes fournissant une assistance technique	APOC Programme de donation de Mectizan	USAID Halte à la tuberculose	UNICEF Agence canadienne de Développement international (ACDI)	Partenariat RBM USAID UNICEF OMS
Secteur public national	Ministère national/fédéral de la Santé – programmes spéciaux Ministère de la Santé de l'État ou de la région Départements de la santé de district	Ministère national/fédéral de la Santé – programmes spéciaux Ministère de la Santé de l'État ou de la région Départements de la santé de district	Ministère national/fédéral de la Santé – programmes spéciaux Ministère de la Santé de l'État ou de la région Départements de la santé de district	Ministère national/fédéral de la Santé – programmes spéciaux Ministère de la Santé de l'État ou de la région Départements de la santé de district
ONG, PVO nationales	MITOSATH Mojes Foundation			Yakubu Gowon Center Society for Family Health

* Cette liste des partenaires pour les différents problèmes de santé n'est pas exhaustive. Sont cités ceux qui sont apparus les plus dynamiques sur les sites du projet inclus dans l'étude.

C Analyses des parties prenantes

Analyse des parties prenantes à Buea

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Ministère de la Santé et certains programmes de santé ciblés (lutte antipaludique, tuberculose, vitamine A, onchocercose)	Rôle essentiel dans la fourniture des matériels d'intervention : ivermectine, vitamine A et antituberculeux gratuits	Intérêt majeur – pression exercée par l'intermédiaire de l'APOC en faveur de la couverture ciblée pour la distribution d'ivermectine	Indique aux districts de santé soumis aux IDC les changements à opérer en vue de dissocier la distribution de vitamine A des JNV	Participation communautaire au moyen des soins de santé primaires depuis l'Initiative de Bamako Le coordonnateur provincial de la lutte contre la tuberculose, d'abord sceptique au sujet des DDC, a finalement été convaincu par l'approche IDC-DOTS	Majeure – les IDC aident les programmes de santé concernés à atteindre leurs objectifs	Participation des directeurs de programme aux réunions de sensibilisation et de compte rendu d'intervention
Délégation provinciale du ministère de la Santé et de ses programmes (onchocercose, vitamine A, tuberculose, lutte antipaludique)	Facilite la fourniture des matériels et la formation des personnels de santé de district par les coordonnateurs de programme provinciaux	Très grand intérêt – les IDC favorisent la prestation des services de santé auprès des communautés	Donne des directives aux districts de santé pour qu'ils incluent la stratégie IDC dans leur plan d'activités	Très favorable. Les IDC pérennisent plus ou moins l'Initiative de Bamako	Adoption des stratégies IDC pour des interventions autres que la tuberculose	Réunion de sensibilisation Communication des résultats du projet
Districts de santé	Facilitent la fourniture des matériels et la formation des personnels des zones de santé par l'équipe de district	Intérêt majeur – unité d'intégration des services de santé	Donnent des directives aux zones de santé pour qu'elles incluent la stratégie IDC dans leur plan d'activités	Très favorables, jouent un rôle déterminant pour l'intégration des activités IDC	La motivation reste grande malgré la surcharge de travail	Réunions de sensibilisation et activités de formation
UNICEF	Responsable de l'approvisionnement en vitamine A	Intérêt majeur	Influence majeure	La vitamine A reste étroitement liée à la vaccination antipoliomyélique dans les zones non couvertes par les IDC	Étend la couverture des enfants de 6-59 mois	A assisté aux réunions de compte rendu des IDC

Parties prenantes*	Caractéristiques						Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante		
OMS	Très impliquée – à l'origine du projet	Intérêt majeur – sensibilisation en faveur du projet au niveau national	L'OMS aide les autorités nationales à considérer les interventions comme prioritaires et à formuler les politiques appropriées	La mise en œuvre satisfaisante des IDC améliorera les indicateurs de santé ciblés	Les IDC peuvent constituer un meilleur moyen pour améliorer certains indicateurs de santé revêtant un rang élevé de priorité pour l'OMS	Présentation de rapports à l'Assemblée mondiale de la Santé, et aux réunions du Forum d'action commune et de l'APOC sur le TCC	
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Intensification des interventions RBM moyennant des partenariats public-privé pour la prise en charge du paludisme à domicile	Très positif Traitement approprié à domicile des femmes enceintes et des enfants atteints de paludisme	Assure la disponibilité des fonds	Deuxième série de subventions du Fonds mondial en cours au Cameroun	Moyen efficace de distribution des MII et du Coartem®	Utilisation des lignes directrices du Fonds mondial	
Association Camerounaise pour le marketing Social (ACMS)	Promotion de l'utilisation des MII grâce au marketing social	Très positif	Importation d'un très grand nombre de MII	Encourage la participation communautaire	Les IDC apparaissent comme un meilleur moyen de doter les populations reculées de MII	Dialogue social	
Fondation Moje	Appuie la mobilisation de la communauté et la formation des DDC	Intérêt majeur	Compte tenu de ses activités à assise communautaire antérieures, jouit d'une grande crédibilité auprès des membres de la communauté	Très favorable aux IDC	Sa participation aux IDC considérée comme un signe de reconnaissance des années d'activités à assise communautaire	Bonne connaissance de la culture et des traditions locales	
Association des agents d'exécution communautaires de Bamena	Aide les DDC à s'organiser pour la mise en œuvre des IDC dans les communautés	Intérêt majeur – réduction de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses	Faire collaborer le personnel du programme et le personnel du ministère de la Santé	Le programme national de lutte contre la tuberculose a pour objectif de porter à 70 % le taux de dépistage de la tuberculose et d'atteindre un taux de guérison minimum de 85%	L'approche IDC a amélioré le taux de dépistage et réduit la stigmatisation	Consultation Sensibilisation Mobilisation de la communauté	

Parties prenantes*	Caractéristiques				Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	
Organisation implantée dans la communauté communautaire de (Association communautaire de Zem)	Aide les DDC à mobiliser et sensibiliser les communautés	Développer l'esprit de groupe pour combattre les problèmes de santé locaux	Veiller à ce que les chefs communautaires aient l'autorité voulue pour faire appliquer les règles favorables au bien être général de la communauté	Chacun des membres de la communauté doit soutenir les IDC	Réunions avec les comités de développement des villages Communication des résultats Mobilisation

Analyse des parties prenantes à Yaoundé

Parties prenantes*	Caractéristiques				Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	
Ministère de la Santé et ses programmes (onchocercose, vitamine A, tuberculose, lutte antipaludique)	Très utile dans la mesure où il assure gratuitement l'approvisionnement en ivermectine, vitamine A et antituberculeux Conformément à la politique en vigueur, les moustiquaires imprégnées sont distribuées gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans Les effets secondaires du Mectizan® sont soignés gratuitement Organisation de journées semestrielles de la santé de l'enfant au cours desquelles des capsules de vitamine A sont distribuées	Intérêt majeur – pression exercée pour que soient atteintes les cibles de la couverture, et notamment les résultats de la prise en charge du paludisme à domicile Cette prise en charge est mise en œuvre depuis cette année dans le cadre de l'approche IDC	Collaboration avec une ONG (Helen Keller International) qui facilite la distribution dans le cadre des projets TIDC	La participation communautaire au moyen des SSP est inscrite dans la politique de santé nationale Des bicyclettes sont fournies aux agents d'exécution communautaires pour faciliter leur travail Coordonnateurs régionaux de la lutte antituberculeuse sceptiques quant à l'encadrement de la stratégie DOTS par les DDC	Conseils, directives à l'usage des agents d'exécution, rassemble les données de la couverture à l'échelle nationale

Parties prenantes*	Caractéristiques				Stratégies	
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question		Incidences de la question pour la partie prenante
UNICEF	Essentiel pour la promotion des journées de la santé de l'enfant au cours desquelles on distribue de la vitamine A et pour l'appui fourni à ces journées	Intérêt pour l'amélioration de la survie de l'enfant	Amélioration de la fourniture de capsules de vitamine A	Couverture accrue des enfants de 12-59 mois	Participation accrue des personnels de santé Meilleure accessibilité des capsules de vitamine A	Approvisionnement en capsules de vitamine A
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme Bénéficiaire principal (PR) pour le paludisme	Censé distribuer des MII A octroyé une subvention destinée à faciliter l'accès aux ACT Prise en charge à domicile du paludisme étendue à tout le pays	Couverture élevée des MII Accès accru aux ACT	Influence financière	Accepte la prise en charge du paludisme à domicile au moyen des IDC	Activités parallèles avec des incitations plus fortes pour les agents d'exécution	Faciliter l'accès aux ACT et aux MII
Organisations implantées dans la communauté	Appuient l'approche IDC s'agissant de la formation à la distribution d'ivermectine					

Analyse des parties prenantes à Ibadan 1

Parties prenantes*	Caractéristiques				Stratégies	
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question		Incidences de la question pour la partie prenante
Ministère de la Santé fédéral/ des États et ses programmes (lutte antipaludique)	Très utiles dans la mesure où ils assurent directement l'approvisionnement en Coartem® et en MII Facilitent les achats de MII et de Coartem®	Intérêt majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture	Influence majeure Détiennent le pouvoir et élaborent la politique à suivre	La participation communautaire par les SSP est inscrite dans la politique de santé nationale Coordonnateurs régionaux de la lutte antituberculeuse sceptiques quant à l'encadrement de la stratégie DOTS par les DDC	Majeures – surveillance les principaux mécanismes de fourniture des produits de base et fixe la politique nationale	Réunion de sensibilisation Réunions de compte rendu Catalyser la participation et le soutien des autorités fédérales et des États à l'approche IDC

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Yakubu Gowon Foundation	A fourni du Coartem® pour le traitement du paludisme avec l'aval du Ministère fédéral de la Santé. N'a cependant pas pu fournir les moustiquaires à longue durée ni les produits de réimprégnation des moustiquaires, faute d'approvisionnement	Intérêt majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de couverture	Influence modérée	Majeures car elle fournit des produits de base	Concertation	
Damien Foundation	A aidé à procurer les antituberculeux, les matériels de formation, les véhicules et les allocations de terrain pour le programme DOTS contre la tuberculose	Intérêt majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture	Faible la première année mais plus forte les années suivantes	Assure en temps utile un approvisionnement suffisant en médicaments, matériels et moyens de transport	Majeures – a fourni des médicaments, l'équipement	Concertation et participation au projet
Présidents des autorités locales, membres des conseils de surveillance de la santé et administrateurs de programme/ coordonnateurs des SSP	Les responsables de l'élaboration des politiques ont approuvé le choix des agents de SSP devant participer aux réunions des parties prenantes. Les agents de SSP ont participé à la formation aux IDC. Ont fourni des espaces d'entreposage des produits de base dans le district avant de les acheminer dans les divers villages en vue de leur distribution par les IDC	Moderé à majeur – donner une image positive du district en participant au projet. Ont veillé à ce que le projet IDC respecte la politique du district relative à la distribution des produits	Influence modérée	Mitigé	Moyennes – ils ont suivi les directives du ministère de la Santé de l'État	Concertation et suivi de la formation et de la distribution
Organisations implantées dans la communauté (association d'agriculteurs)	Ont soutenu la mobilisation communautaire et la formation aux IDC, assisté aux réunions mensuelles	Intérêt majeur et attitude favorable – ont assisté à des réunions, choisi leurs IDC et fourni des incitations	Influence forte au niveau du village, mais plus faible au niveau des pouvoirs publics locaux	Favorable	Majeures	Visites et réunions communautaires
OMS	A fourni un appui technique et financier et un encadrement. Facilité les réunions de compte rendu avec le ministère fédéral de la Santé et les autres parties prenantes	Intérêt majeur – apporte un appui financier au projet et assure la tenue des réunions de compte rendu	Influence majeure	Favorable	Majeures	Concertation et participation

Analyse des parties prenantes à Ibadan 2

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Ministère fédéral de la Santé et NPHCDA	Appuient les IDC en donnant aux États l'instruction de livrer directement aux districts les matériels requis pour les interventions. Lancement d'une campagne de distribution de MII et de Coartem®, l'antipaludique recommandé à l'échelle nationale	Intérêt majeur – capacité des IDC d'accroître la couverture des interventions, alors faible et préoccupante	Instructions données aux États de modifier leur politique de distribution de vitamine A, qui ne doit plus se limiter aux JNV	Sceptique au départ, mais enthousiaste après la démonstration de l'efficacité des IDC la première année	Couverture proche des cibles nationales fixées	Réunion de sensibilisation Communication des résultats du projet Consultation annuelle sur l'état d'avancement des interventions
Ministère de la Santé et ses programmes (onchocercose, vitamine A, tuberculose, lutte antipaludique)	Fourniture de matériels et formation des administrateurs de programme des districts par les coordonnateurs de programme de l'État Formation à la prévention du paludisme des mères devant servir de modèles Lancement de la distribution de MII dans les communautés	Majeur – utilité des interventions pour la mise en œuvre des éléments SSP d'Alma Ata	Supervision directe et plus étroite des interventions par le biais des SSP dans les districts	L'État attendait initialement des instructions du ministère fédéral de la Santé, refusant de s'éloigner de la politique nationale relative à ces interventions	Adoption des stratégies IDC pour d'autres interventions que l'ivermectine	Réunion de sensibilisation Communication des résultats du projet
Autorités locales et leurs programmes (onchocercose, vitamine A, tuberculose, lutte antipaludique)	Formation des DDC, mobilisation communautaire, sensibilisation, logistique de la distribution des matériels requis pour les interventions Supervision et suivi des interventions Campagne de distribution de MII au niveau communautaire	Moyen – les interventions visaient des problèmes de santé prioritaires des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans La gratuité des matériels considérée comme une stratégie de réduction de la pauvreté	Amélioration de la supervision et du suivi de la mise en œuvre des interventions	Les autorités locales attendent les directives du ministère de la Santé de l'État Frictions entre agents de santé de première ligne et agents d'exécution, les premiers redoutant que les seconds s'emparent de leurs emplois	Les autorités locales étaient fières d'assurer la mise en œuvre des interventions	Réunions de sensibilisation Réunion du comité de gestion des SSP Campagne communautaire en faveur de la stratégie DOTS Publicité dans les médias

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
UNICEF	Rôle essentiel de promotion et de soutien des journées de la santé de l'enfant au cours desquelles on distribue des capsules de vitamine A	Intérêt majeur – interventions sur les maladies transmissibles de l'enfance, à l'exception du traitement DOTS Interventions antérieures portant sur le paludisme et la distribution de vitamine A et a recherché des moyens d'étendre la couverture	Organisme donateur international hautement apprécié par les gouvernements nationaux Dispose des matériels voulus	L'UNICEF cherchait une autre stratégie et attendait de connaître l'issue de l'intervention	Satisfaite d'avoir appuyé les IDC comme moyen d'étendre la couverture des interventions en faveur des enfants	Sensibilisation Consultation annuelle sur l'état d'avancement des interventions
OMS	Assurance quant à l'engagement international en faveur des interventions et approbation de l'Assemblée mondiale de la Santé	Intérêt majeur – renforce la crédibilité du projet auprès des gouvernements	L'OMS aide les gouvernements nationaux à considérer les interventions comme prioritaires et à formuler des politiques appropriées	Le succès de cette intervention réduira la morbidité et la mortalité au cours de l'enfance	Les IDC pallient la faiblesse de la couverture des interventions que l'OMS a su amener d'importants donateurs mondiaux à soutenir	Communication des résultats à l'Assemblée mondiale de la Santé Compte rendu à la réunion du JAF (Forum d'action commune) et à l'APOC Communication des résultats aux donateurs
Bénéficiaire principal du Fonds mondial	Accélération des interventions RBM par des partenariats public-privé pour la prise en charge du paludisme à domicile	Intérêt majeur – traitement rapide et approprié des femmes enceintes et des enfants atteints de paludisme au moyen de médicaments préconditionnés	Le centre Yakubu Gowon est une ONG nationale influente dirigée par l'ex-Chef de l'Etat, le Dr Yakubu Gowon	Le Centre Yakubu Gowon a bénéficié de deux séries de subventions du Fonds mondial	Mode de distribution efficace de MII et du Coartem®	Consultation Promesse que les lignes directrices du Fonds mondial seront suivies Preuves de la distribution des médicaments

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Bénéficiaire secondaire du Fonds mondial	Coordination centrale et facilitation de la distribution des matériels	Intérêt majeur – production de lignes directrices relatives à la distribution des MII et du Coartem® aux États	Formulation et application des grandes orientations	Le bénéficiaire secondaire est le programme national de lutte antituberculeuse, qui relève du ministère fédéral de la Santé	Les IDC sont un moyen novateur de rationaliser la distribution et de responsabiliser les acteurs	Consultation Communication des résultats Sensibilisation
Fondation Damien	Approvisionnement en médicaments	Intérêt majeur – Réduction de la morbidité et de la mortalité par tuberculose	Fait travailler du personnel sur le programme en collaboration avec le ministère de la Santé de l'État	Le programme national de lutte antituberculeuse vise à porter le taux de dépistage de la tuberculose à 70% et le taux de guérison à 85% au minimum	L'approche IDC a amélioré le taux de dépistage et réduit la stigmatisation	Consultation Sensibilisation Mobilisation communautaire
Groupes communautaires (comités de développement des circonscriptions)	Sélection des distributeurs, fourniture d'incitations et mobilisation des communautés en faveur de l'accessibilité et de l'acceptation de l'intervention	Intérêt majeur – réduction de la morbidité et de la mortalité imputables aux maladies sévissantes dans les communautés	Direction, prise de décisions et application de ces dernières	Les IDC sont optionnelles mais leur utilité pour la communauté les rend obligatoires	Sentiment d'appropriation des IDC Augmente la capacité des communautés à compter sur elles-mêmes et devenir autonomes	Réunions avec les comités de développement des circonscriptions et des villages Communication des résultats Mobilisation
Organisations implantées dans la communauté (Kisi Progressive Union, Saki Parapo)	La santé est un atout pour le bien-être général de la population	Intérêt majeur – les communautés devraient tirer parti des interventions de santé qui distribuent des matériels gratuitement	Les responsables syndicaux sont investis de l'autorité d'appliquer les règles qui favorisent le bien-être général des communautés	Tous les membres de la communauté devraient soutenir les IDC	Les associations étaient fières d'appuyer une intervention de santé réalisable dans leurs communautés	Réunions avec les comités de développement des circonscriptions et des villages Communication des résultats Mobilisation

Analyse des parties prenantes à Kaduna

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Ministère fédéral de la Santé et ses programmes (onchocercose, vitamine A, tuberculose, lutte antipaludique)	Participe à l'élaboration des politiques, à la fourniture des médicaments (ivermectine, vitamine A et antituberculeux gratuits) Organisation de « Polio plus » et intégration de la distribution de vitamine A et de MII dans les activités de vaccination	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	Participation communautaire par les SSP inscrite dans la politique de santé nationale Coordonneurs régionaux de la lutte antituberculeuse d'abord sceptiques quant à la capacité des DDC à surveiller le traitement DOTS	Majeures – contrôle les principaux mécanismes de livraison des produits de base et fixe les grandes orientations nationales	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes, réunions du JAF (Forum d'action communale), action de persuasion
Organisme national de développement des soins de santé primaires	Participe à la mise en œuvre de la politique relative à la nutrition et à la vitamine A	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles fixées dans le cadre de la FAO et des OMD	Influence majeure	Promotion de la supplémentation vitaminique en tant que mécanisme de la survie de l'enfant	Majeures – contrôle l'administration des vaccins et est intéressée par d'autres mécanismes de distribution de la vitamine A	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Commission nationale de planification	Participe à la mise en œuvre de la politique relative à la nutrition et à la vitamine A	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la FAO	Influence majeure	Promotion de la supplémentation vitaminique en tant que mécanisme de la survie de l'enfant	Majeures – contrôle les principaux mécanismes de livraison des produits de base et fixe les grandes orientations nationales	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Ministère de la Santé de l'État de Kaduna	Participe à l'élaboration/modification des politiques, à la fourniture des médicaments (ivermectine, vitamine A et antituberculeux gratuits) Organisation de «Polio plus» et intégration de la distribution de vitamine A et des MII dans les activités de vaccination	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	Participation communautaire par les SSP inscrite dans la politique de santé de l'État	Majeures – contrôle les principaux mécanismes de livraison des produits de base dans l'État et fixe les grandes orientations de l'État	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes, médias
Autorités locales	Appliquent les programmes	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Moyenne	Participation communautaire par les SSP aux programmes de mise en œuvre importants pour la santé publique	Élevées – contrôle les principaux mécanismes de livraison des produits de base et fixe les grandes orientations locales	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes, médias
Sénat, Assemblée nationale et Chambre des Représentants de l'État/Comités de la Santé	Débats et politiques de santé	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	Voudrait apparaître comme soutenant les efforts en vue d'atteindre les cibles RBM et OMD	Majeures – peut contribuer aux réalisations de ces trois chambres et à la perception qu'en a le public	Publications dans les médias, ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes, Assemblée mondiale de la Santé, action de persuasion, médias
UNICEF	Rôle essentiel dans la promotion et le soutien des programmes pour la survie de l'enfant et la santé maternelle comprenant la distribution de vitamine A et de MII	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	Participation communautaire par les SSP inscrite dans la politique de santé nationale	Majeures – contrôle les principaux achats de produits de base	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
OMS	Appuie la prestation des soins, le développement et la pérennisation des SSP	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	Participation communautaire par les SSP inscrite dans la politique de santé nationale	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
The Carter Center	Soutient la mobilisation communautaire et la formation en matière d'onchocercose, de distribution des MII et de maladies tropicales négligées	Majeur – lutte contre les maladies importantes pour la santé publique	Moyenne	Les bénévoles peuvent distribuer des produits de base et ont effectué des études pilotes sur l'intégration de la schistosomiase et de la filariose lymphatique	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
DFID	Rôle essentiel pour la promotion et le soutien des programmes pour la survie de l'enfant et la santé maternelle comprenant la distribution de MII	Majeur – pression pour étendre la couverture des MII, réduire la mortalité juvénile et améliorer la santé maternelle	Influence majeure	A besoin de partenaires pour soutenir ses programmes	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Society for Family Health	Rôle essentiel pour la promotion et le soutien des programmes pour la survie de l'enfant et la santé maternelle comprenant la distribution de MII	Majeur – pression pour étendre la couverture des MII, réduire la mortalité juvénile et améliorer la santé maternelle	Influence majeure	A besoin de partenaires pour soutenir ses programmes	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Sightsavers International	Promotion de la prévention de la cécité	Majeur – pérennité du TIDC	Influence moyenne	Les IDC fonctionnent et l'intégration d'autres interventions stimule le TIDC	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
The Netherlands Leprosy Relief Organization	Encourage la formation et les activités de lutte contre la tuberculose	Majeur – pérennité du TIDC	Influence moyenne	Les IDC fonctionnent et peuvent permettre d'améliorer la lutte contre la tuberculose	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
MITOSATH	Appuie la mobilisation et la formation communautaires pour la lutte contre l'onchocercose	Majeur – pérennité du TIDC	Influence moyenne	Les IDC fonctionnent et peuvent permettre d'améliorer la couverture	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Helen Keller International	Promotion de la prévention de la cécité	Majeur – pérennité du TIDC	Influence moyenne	Les IDC fonctionnent et peuvent permettre d'améliorer la couverture	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Christoffel Blinden Mission	Promotion de la prévention de la cécité	Majeur – pérennité du TIDC	Influence moyenne	Les IDC fonctionnent et peuvent permettre d'améliorer la couverture	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Principal bailleur de fonds pour la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose dans le monde	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	Prêt à conclure des partenariats avec des organisations capables de soutenir, d'étendre et d'améliorer la couverture	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Yakubu Gowon Centre	Gère les crédits du Fonds mondial au Nigéria A réussi à obtenir la deuxième série de subventions	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	Prêt à conclure des partenariats avec des organisations capables de soutenir, d'étendre et d'améliorer la couverture	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
USAID	Financement de la supplémentation en vitamine A, de la lutte antipaludique et de la santé maternelle et infantile au Nigéria	Majeur – pression en vue d'atteindre les cibles de la couverture fixées dans le cadre de RBM et des OMD	Influence majeure	A fourni des fonds mais les progrès sont lents	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Fondation Tulsii Chanrai	Promotion des SSP dans l'État de Kaduna, approvisionnement en eau potable et prévention de la cécité Rémunère ses volontaires	Majeur – atteindre les cibles et mobiliser des fonds supplémentaires	Influence moyenne	Les soins doivent être rapprochés des communautés mais ne croit pas que celles-ci doivent compenser les IDC	Majeures – réalisation du plan stratégique national	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Nigeria Medical Association, Nigerian Medical and Dental Council	Promotion de la prestation des soins	Faible – souhaite l'amélioration de la prestation des soins mais dans le cadre du traitement au dispensaire	Influence moyenne	Favoriser les traitements institutionnels A besoin de l'autorisation du NMDC	Majeures – modification du programme d'études	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes, action de persuasion
Nigerian Society for Parasitology	Promotion des interventions sous directives communautaires	Majeur – souhaite encourager le recours aux IDC pour lutter contre les maladies importantes en santé publique	Influence moyenne	Souhaite que le Nigeria améliore la prestation des soins par l'intermédiaire des communautés et encourage les interventions mises en œuvre par elles	Majeures – modification du programme d'études	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes
Médias	Promotion de la prestation des soins	Moyen – encourage la réalisation des objectifs RBM et OMD	Influence majeure	Prêts à promouvoir la prestation des soins dans les communautés, appuient la réalisation des objectifs RBM et OMD	Majeures	Ateliers de sensibilisation, réunions de compte rendu, études pilotes, action de persuasion
Organisations implantées dans la communauté (FOMWAN, associations pour le développement, clubs d'agriculteurs, etc.)	Participation communautaire	Majeur – assurer l'accès aux médicaments, contre les maladies prioritaires	Influence faible	Prêts à soutenir les programmes sous directives communautaires	Majeures – appuie la participation et la réponse positive des communautés	Education pour la santé, mobilisation au moyen de matériels d'IEC

Analyse des parties prenantes à Yola

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Ministère de la Santé de l'État de Taraba – services: paludisme, tuberculose, onchocercose, santé maternelle et infantile/ Programme élargi de vaccination	Rôle majeur dans l'approvisionnement direct en ivermectine	Majeur – pressé par l'APOC d'atteindre les cibles	Influence majeure	Participation communautaire par les SSP inscrite dans la politique de santé nationale Favorable et intéressé par l'approche IDC Prévoit de l'intégrer dans le système de santé mais est sceptique quant à la capacité des membres de la communauté à administrer les antituberculeux	Élevées – contrôle les principaux mécanismes de livraison des produits de base et fixe la politique nationale	Le directeur de la lutte contre les maladies est membre de l'équipe de recherche et signataire du compte rendu du projet de collaboration avec les ONG
Départements de la santé du district/ des LGA	Assurent la formation, l'éducation pour la santé, la mobilisation, le suivi et la supervision du TIDC, de la distribution de vitamine A et du traitement DOTS	Majeur – pressés d'atteindre les cibles	Modérée – Relèvent de l'État pour la mise en œuvre des programmes de santé	Favorables Intéressés par l'approche IDC pour résoudre certains problèmes de santé au niveau communautaire	L'approche assure la livraison des produits de base aux services de santé et la participation des membres de la communauté	Réunions de planification avec les responsables des différentes interventions
UNICEF	Responsable de l'approvisionnement en vitamine A	Majeur	Influence majeure	Passive – La distribution de vitamine A reste étroitement liée à la vaccination antipoliomyélitique	Accroît la couverture des enfants, ce qui est d'un intérêt majeur pour la partie prenante	
MITOSATH	Fourniture d'ivermectine et de vitamine A	Majeur	Modérée	Incertain	Accroît la couverture en exigeant beaucoup moins d'efforts (en temps et en personnel des ONG)	Invitation aux réunions des parties prenantes

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
Common Heritage Foundation	Sensibilisation des communautés A soutenu les réunions de planification de l'État Responsable de la formation des personnels de santé, a facilité l'achat de fournitures	Majeur	Limitée à l'État	Appui enthousiaste Collaboration étroite avec les conseils des autorités fédérales, de l'État et locales A conclu un memorandum d'accord avec ces conseils	Aide à la réalisation des objectifs de participation communautaire aux activités de santé et complète les programmes de développement en cours dans l'État	Invitation à collaborer dès le départ et à assurer l'appui technique, le suivi et l'encadrement
Netherlands Leprosy Relief	Responsable de l'approvisionnement des centres de traitement antituberculeux, de la formation, du suivi et du financement	Majeur	Majeure	Sceptique quant à la distribution des antituberculeux au moyen des IDC	Sensibilise les centres de traitement et les postes de santé de première ligne	Invitation aux réunions des parties prenantes
Society for Family Health	Responsable de la fourniture de chloroquine préconditionnée à prix réduit (première année)	Majeur	Majeure	Favorable L'administrateur du programme s'est rendu sur le site du projet	Fait mieux connaître l'activité de l'organisation en encourageant l'utilisation des antipaludiques préconditionnés	Invitation aux réunions des acteurs concernés
Programme national de lutte contre le paludisme, ministère fédéral de la Santé : bénéficiaire secondaire du Fonds mondial	A fourni du Coartem® et des MII au projet	Majeur	Majeure	Enthousiaste Visite de la zone du projet et du bureau	A étendu le réseau, augmenté les ventes	Invitation à se rendre sur le site du projet et à assister à un séminaire
Harvest Field	A fourni des nécessaires de traitement à prix réduit au projet	Majeur – cette approche ayant accru la clientèle	Faible influence	Passif		Négociations intenses et garantie de recouvrement des coûts
United Methodist Church of Nigeria	A fourni des locaux d'entreposage, des canaux de distribution et les moyens nécessaires pour la présentation de rapports	Majeur – a participé activement à la prestation de soins en milieu rural dans la zone du projet	Majeure – limitée à l'État	Très enthousiaste	Cette approche complète ses activités de soins en milieu rural et réduit le coût du programme	Participation aux activités des parties prenantes et aux réunions de planification

Parties prenantes*	Caractéristiques				Stratégies	
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question		Incidences de la question pour la partie prenante
Responsables politiques locaux	Mobilisation et sensibilisation des communautés Influent sur la localisation du projet et l'ampleur de l'utilisation des services	Majeur – dans la mesure où ils saisissent cette occasion pour atteindre un grand nombre de personnes	Majeure au niveau local et ont des effets importants sur l'utilisation des services	Très enthousiastes	Cette participation renforce leur image personnelle et aide les jeunes responsables politiques à atteindre plus rapidement leurs objectifs politiques	A permis de tester leurs capacités particulières en matière de sensibilisation
Marchands et vendeurs de médicaments protégés par des brevets	Vente de produits de base dont la promotion a un but lucratif	Majeur – la fourniture d'articles gratuits ou à prix réduit concurrence leurs ventes Possibilité d'acheter à prix réduit pour vendre en faisant de gros profits au sein de la communauté ou en dehors	Modérée – se limitent à contredire la composition éducation pour la santé du projet et à faire douter la communauté des intentions réelles du projet	Inquiétude quant aux retombées sur leur activité commerciale et par conséquent très critiques vis-à-vis de l'approche	Conflits avec les intérêts économiques des parties prenantes	Surveillance étroite de leurs activités et des dépenses liées aux produits fournis aux DDC par les établissements de santé

Analyse des parties prenantes en Ouganda

Parties prenantes*	Caractéristiques				Stratégies	
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question		Incidences de la question pour la partie prenante
Ministère de la Santé et ses programmes (onchocercose, vitamine A, tuberculose, lutte antipaludique)	Rôle essentiel dans l'approvisionnement direct (HOMAPAK, ivermectine, vitamine A et antituberculeux gratuits) Organisation de journées semestrielles de la santé de l'enfant au cours desquelles on distribue des MII et de la vitamine A	Majeur – a pour objectif d'atteindre les cibles de la couverture	Orienté les changements de politique	Participation de la communauté par les SSP inscrite dans la politique de santé nationale Coordonnateurs régionaux pour la lutte antituberculeuse d'abord sceptiques quant à la capacité des DDC à surveiller le traitement DOTS	Majeures – contrôle les principaux mécanismes de livraison des produits de base et fixe la politique nationale	Associe les départements favorables à la participation communautaire Réunion de sensibilisation Communication des résultats du projet Consultation

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
UNICEF	Financement des « journées de la santé de l'enfant Plus » avec distribution de capsules de vitamine A aux enfants et aux femmes enceintes	Majeur – les interventions portent sur la survie de l'enfant Interventions antérieures sur le paludisme et la distribution de vitamine A et recherche les moyens d'accroître la couverture	Organisation internationale donatrice hautement appréciée par le gouvernement	Favorable à toutes les interventions en faveur de la survie de l'enfant	Satisfaite d'avoir appuyé les IDC comme moyen d'accroître la couverture des interventions en faveur de l'enfance	Sensibilisation Consultation Communication des résultats du projet
OMS	Financement des « journées de la santé de l'enfant Plus » au cours desquelles on distribue des capsules de vitamine A aux enfants et aux femmes enceintes Distribution d'ivermectine, d'HOMAPAK et d'antituberculeux	Majeur – renforcement de la crédibilité du projet auprès du Gouvernement	L'OMS aide le ministère de la Santé à mettre en œuvre les interventions à titre prioritaire et à formuler les politiques/lignes directrices appropriées	Le succès de la mise en œuvre de cette intervention réduira la morbidité et la mortalité, surtout chez les enfants	Les IDC pallient la faiblesse de la couverture des interventions que l'OMS a su amener d'importants donateurs mondiaux à soutenir	Communication des résultats à l'Assemblée mondiale de la Santé Rapports des interventions aux réunions du JAF et de l'APOC Communication des résultats du projet Sensibilisation
The Carter Center	Appuie la mobilisation et la formation communautaire à la lutte contre l'onchocercose, avec une allocation de 2000 shillings environ aux DDC pour leurs déjeuners	Majeur – aide le ministère de la Santé à lutter contre les maladies tropicales négligées	Influence financière	Le succès de la mise en œuvre de cette intervention réduira la morbidité	Les IDC pallient la faiblesse de la couverture de ces interventions	Sensibilisation Consultation Communication des résultats du projet
UPHOLD	Des MII ont été distribuées dans des districts extérieurs aux zones de l'étude autres que Nebbi et Arua Deux systèmes de distribution ont été utilisés: par un établissement de santé et par des chefs locaux	Majeur – aide le ministère de la Santé à combattre le paludisme	Influence financière	Le succès de la mise en œuvre de cette intervention réduira la morbidité et la mortalité des enfants et des femmes enceintes	Les IDC apparaissent comme une stratégie pour améliorer l'accès aux HOMAPAK	Sensibilisation Consultation Communication des résultats du projet

Parties prenantes*	Caractéristiques					Stratégies
	Rôle	Intérêt pour la question	Pouvoir – influence	Point de vue sur la question	Incidences de la question pour la partie prenante	
AFFORD (USAID)	Des MII ont été distribuées dans des districts extérieurs aux zones de l'étude autres que Nebbi et Arua Deux systèmes de distribution ont été utilisés : par un établissement de santé et par des chefs locaux	Majeur – car aide le ministère de la Santé à combattre le paludisme	Influence financière	Le succès de la mise en œuvre de cette intervention réduira la morbidité et la mortalité chez les enfants et les femmes enceintes	Les IDC pallient la faiblesse de la couverture de ces interventions	Sensibilisation Consultation Communication Des résultats du projet
Quality Chemicals	Fabrication des MII et des HOMAPAK	Majeur – puisqu'il saisit l'occasion pour augmenter la production et accroître ses profits	Influence majeure – unique fabricant local de ces produits	Disponibilité de stocks suffisants	Sensibilise à l'activité de l'organisation en faisant la promotion des antipaludiques pré-conditionnés	Sensibilisation

BIBLIOGRAPHIE

- Akogun OB, Audu Z, Weiss MG, Adelokun AO, Akoh JI, Akogun MK, Remme JHF, Kale OO (2001). Community-directed treatment of onchocerciasis with ivermectin in Takum, Nigeria. *Tropical Medicine & International Health*, 6, 232-43.
- Amazigo U, Okeibunor J, Matovu V, Zoure H, Bump J, Seketeli A (2007). Performance of predictors: evaluating sustainability in community-directed treatment projects of the African programme for onchocerciasis control. *Social Science & Medicine*, 64, 2070-82.
- Amazigo UV, Brieger WR, Katabarwa M, Akogun O, Ntep M, Boatun B, N'Doyo J, Noma M, Seketeli A (2002a). The challenges of community-directed treatment with ivermectin (CDTI) within the African Programme for Onchocerciasis Control (APOC). *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 96, 41-58.
- Amazigo UV, Obono M, Dadzie KY, Remme JHF, Jiya J, Ndyomugenyi R, ROUNGOU JB, Noma M, Seketeli A (2002b). Monitoring community-directed treatment programmes for sustainability: lessons from the African Programme for Onchocerciasis Control (APOC). *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 96 Supplement 1, S75-92.
- Braide EI, Obono MO, Bassey SA (1990). Community participation in the control of onchocerciasis in Cross River State, Nigeria. *Acta Leiden*, 59, 427-32.
- Brieger WR (1996). Health education to promote community involvement in the control of tropical diseases. *Acta Tropica*, 61, 93-106.
- Brieger WR (Ed.) (2000). Implementation and sustainability of community-directed treatment of onchocerciasis with ivermectin. Geneva, UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.
- Brieger WR, Otusanya S, Adeniyi JD, Tijani J, Banjoko M (1997). Eradicating guinea worm without wells: unrealized hopes of the Water Decade. *Health Policy Plan*, 12, 354-62.
- Burmeister H, Kayembe Kalambayi P, Koulischer G, Oladepo O, Philippon B, Tarimo E (2005). Report of the External Evaluation of the African Programme for Onchocerciasis Control. Ouagadougou, African Programme for Onchocerciasis Control.
- Homeida M, Braide E, Elhassan E, Amazigo UV, Liese B, Benton B, Noma M, Etya'Ale D, Dadzie KY, Kale OO, Seketeli A (2002). APOC's strategy of community-directed treatment with ivermectin (CDTI) and its potential for providing additional health services to the poorest populations. African Programme for Onchocerciasis Control. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 96 Suppl 1, S93-104.

Jackson DJ, Chopra M, Doherty TM, Colvin MS, Levin JB, Willumsen JF, Goga AE, Moodley P (2007). Operational effectiveness and 36 week HIV-free survival in the South African programme to prevent mother-to-child transmission of HIV-1. *Aids*, 21, 509-16.

Kagaayi J, Dreyfuss ML, Kigozi G, Chen MZ, Wabwire-Mangen F, Serwadda D, Wawer MJ, Sewankambo NK, Nalugoda F, Kiwanuka N, Kiddugavu M, Gray RH (2005). Maternal self-medication and provision of nevirapine to newborns by women in Rakai, Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39, 121-4.

Katabarwa NM, Mutabazi D, Richards, FO Jr (2000). Controlling onchocerciasis by community-directed, ivermectin-treatment programmes in Uganda: why do some communities succeed and others fail? *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 94, 343-52.

Korte R, Richter H, Merkle F, Gorgen H (1992). Financing health services in Sub-Saharan Africa: options for decision makers during adjustment. *Social Science & Medicine*, 34, 1-9.

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367, 1747-57.

Madon T, Hofman KJ, Kupfer L, Glass RI (2007). Public health. Implementation science. *Science*, 318, 1728-9.

Marsden D, Oakley P (1990). *Evaluating social development projects*, Oxford, Oxfam.

Monasch R, Reinisch A, Steketee RW, Korenromp EL, Alnwick D, Bergevin Y (2004). Child coverage with mosquito nets and malaria treatment from population-based surveys in african countries: a baseline for monitoring progress in roll back malaria. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71, 232-8.

Nakajima H (1993). [Health situation in the world]. *Journal Médical Libanais*, 41, 146-7.

Okeibunor JC, Ogungbemi MK, Sama M, Gbeleou SC, Oyene U, Remme JHF (2004). Additional health and development activities for community-directed distributors of ivermectin: threat or opportunity for onchocerciasis control? *Tropical Medicine & International Health*, 9, 887-96.

Organisation mondiale de la Santé (2003). La Déclaration d'Abuja et le plan d'action. Genève, 2003.

Raviglione MC, Dye C, Schmidt S, Kochi A (1997). Assessment of worldwide tuberculosis control. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. *Lancet*, 350, 624-9.

Remme JHF (2004). Research for control: the example of onchocerciasis. *Tropical Medicine & International Health*, 9, 243-254.

Schwab M, Syme SL (1997). On paradigms, community participation, and the future of public health. *American Journal of Public Health*, 87, 2049-51; discussion 2051-2.

Seketeli A, Adeoye G, Eyambe A, Nnoruka E, Drameh P, Amazigo UV, Noma M, Agboton F, Aholou Y, Kale OO, Dadzie KY (2002). The achievements and challenges of the African Programme for Onchocerciasis Control (APOC). *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 96, 15-28.

Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (1996). Community-directed treatment with ivermectin: report of a multi-country study. Geneva, World Health Organization.

Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (2003). Implementation Research in TDR: conceptual and operational framework. Geneva, World Health Organization.

Walsh JA, Warren KS (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *The New England Journal of Medicine*, 301, 967-74.

REMERCIEMENTS

Forum d'action commune de l'APOC

pour avoir commandé la présente étude sur le recours élargi au TIDC, se faisant ainsi l'écho d'une confiance indéfectible dans l'utilisation des données de la recherche pour la prise de décision.

APOC

pour avoir établi par le biais des programmes de TIDC existants une base solide d'autonomisation des communautés dans les zones d'étude.

Gouvernements du Cameroun, de l'Ouganda et du Nigéria

pour leur soutien actif à l'étude aux niveaux national, de district et local.

Parties prenantes des ministères de la santé, systèmes de santé de district, établissements de santé communautaires/de première ligne et des ONG

pour leur collaboration active lors de la mise en œuvre de l'étude ; de l'approvisionnement en matériels destinés aux interventions ; et pour leur soutien administratif à la conception de la recherche.

Membres des communautés étudiées et témoins

pour leur enthousiasme et leur participation active. Nous espérons de tout cœur que les résultats de l'étude garantiront un meilleur accès aux interventions de santé nécessaires.

Volontaires des communautés

pour leur engagement visible en faveur de l'amélioration de la santé de leur communauté.

Cette étude a été financée grâce

à l'APOC, à la Fondation Bill & Melinda Gates et au TDR.

Crédits photos:

OMS/TDR/Crump: couverture, p.8-9, p.12, p.36-37, p.71, p.108.

OMS/TDR/Remme: p.3, p.19, p.35, p.61, p.64, p.66, p.77, p.87, p.93, p.107.

OMS/TDR/Craggs: p.11, p.15, p.21, p.26, p.39, p.45, p.51, p.59, p.79, p.102, p.104, p.111.

Production graphique: Lisa Schwarb

Conception graphique: S&B Graphic Design www.sbgraphic.ch

Sous la direction de: Elaine Ruth Fletcher

Mise en forme rédactionnelle: Laurie Ingels

Relecture français: Jocelyne Bruyère



TDR/Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Fax: (+41) 22 791-4854
tdr@who.int
www.who.int/tdr

ISBN 978 92 4 259660 1



Le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales est un programme mondial de collaboration scientifique créé en 1975. Il s'intéresse à la recherche sur les maladies négligées des pauvres, avec le but d'améliorer les approches existantes et d'élaborer de nouveaux moyens d'éviter, de diagnostiquer, de traiter et de combattre ces maladies. Le TDR est parrainé par les organisations suivantes:



Organisation mondiale de la Santé