



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Contribution des agents de santé à base communautaire à la prise en charge du paludisme simple au Burkina Faso de 2019 à 2021

L. Banze Wa Nsensele¹, E. Ameswué Kpogbé Johnson^{2,3}, H. Kabore¹

¹Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE), Ouagadougou, Burkina Faso

²Yackoley Institute, Ouagadougou, Burkina Faso

³École Nationale des Techniciens Supérieurs en Santé Publique et Épidémiologie (ENATSE), Université de Parakou, Bénin

Résumé

Objectif de l'étude : Évaluer la contribution des Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) à la prise en charge du paludisme au Burkina Faso de 2019 à 2021, en identifiant les défis et réussites dans les zones rurales.

Patients et méthodes : Cette étude rétrospective, descriptive et analytique, menée de 2019 à 2021 dans 13 régions sanitaires, évalue la contribution des ASBC à la gestion du paludisme simple. Les données quantitatives extraites de DHIS2, des annuaires statistiques de santé et de la plateforme de gestion des ASBC ont été analysées à l'aide de SPSS et Excel pour des analyses descriptives et multivariées. Seuls les ASBC ayant rapporté des données complètes ont été inclus dans l'étude.

Résultats : Les ASBC ont réalisé 15 % des tests de diagnostic rapide (TDR) de paludisme sur la période, avec une augmentation de 0,7 % en 2019 à 2,1 % en 2021. Cependant, 14 % des cas positifs n'ont pas été traités, principalement à cause de ruptures de stock. Des disparités régionales notables ont été observées, notamment dans les zones confrontées à des défis sécuritaires.

Conclusion : Bien que les ASBC contribuent efficacement à la prise en charge du paludisme, des améliorations sont nécessaires, notamment en matière de rémunération et d'approvisionnement en intrants de prise en charge du paludisme simple. Renforcer la collaboration entre les acteurs de la santé et améliorer l'accès aux ressources est crucial pour maximiser l'impact des ASBC et guider les futures politiques de santé communautaire au Burkina Faso.

Mots clés : santé communautaire, ASBC, contribution, paludisme, Burkina Faso

Correspondance

Banze Wa Nsensele L., Étudiant en Master en Santé Communautaire et Épidémiologie à l'IFRISSE

Téléphone : +243970836299

Email : banzensele@gmail.com

Article reçu : 20-03-2024

Accepté : 03-09-2024 Publié : 02-10-2024



Copyright © 2024. Banze Wa Nsensele L. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Banze Wa Nsensele L., et al. Contribution des agents de santé à base communautaire à la prise en charge du paludisme simple au Burkina Faso de 2019 à 2021. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2024 ; 7(2) : 46 - 60

Introduction

Le paludisme reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique subsaharienne. D'après le Rapport mondial sur le paludisme 2022 publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 247 millions de cas ont été enregistrés dans le monde en 2021, dont 95 % en Afrique(1). Le Burkina Faso, l'un des pays les plus affectés, a signalé 13,2 millions de cas confirmés en 2021 et plus de 24 000 décès liés à cette maladie, en faisant l'un des pays avec le plus haut taux de mortalité palustre en Afrique subsaharienne(2).

Dans les zones rurales du Burkina Faso, où les infrastructures de santé sont limitées, la gestion du paludisme repose en grande partie sur les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC)(3). Ces agents ont été intégrés dans le système de santé du pays pour combler les lacunes en matière d'accès aux soins dans les régions éloignées. Selon le Ministère de la Santé du Burkina Faso, 17 668 ASBC ont été déployés à partir de 2016 pour fournir des services de diagnostic et de traitement primaire, y compris des tests de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme(4).

Cependant, ces efforts sont souvent limités par des ruptures de stock fréquentes et des problèmes logistiques, qui compromettent l'efficacité des ASBC dans le traitement du paludisme.

Cette étude a pour objectif d'évaluer la contribution des ASBC à la prise en charge du paludisme au Burkina Faso entre 2019 et 2021. Elle analysera la proportion des TDR réalisés par les ASBC, le taux de positivité des tests, le nombre de cas confirmés et traités, ainsi que la proportion de cas non traités en raison de défis logistiques, notamment les ruptures d'approvisionnement en médicaments.

L'hypothèse formulée dans cette étude est que, bien que l'implication des ASBC dans le diagnostic et le traitement du paludisme ait augmenté, leur performance est entravée par des contraintes telles que les ruptures de stock de médicaments et des difficultés logistiques, mais que leur rôle a néanmoins contribué à l'amélioration des indicateurs de santé dans les régions rurales.

L'accès limité aux soins de santé dans les zones rurales est l'un des plus grands défis de santé publique au Burkina Faso. Environ 60 % de la population vit à plus de 5 km d'une

formation sanitaire(2,5). Les ASBC, formés pour pallier cette insuffisance, sont essentiels pour assurer des soins de première ligne dans les communautés rurales.

Patients et Méthodes

Lieu et population d'étude

Cette étude rétrospective, descriptive et analytique a été réalisée au Burkina Faso, un pays d'Afrique de l'Ouest, dans ses 13 régions sanitaires, couvrant l'ensemble du territoire national. La population étudiée se compose de tous les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) actifs et déployés dans ces régions au cours de la période de l'étude. Les ASBC sont des acteurs de la santé communautaire, formés pour offrir des services de santé primaire, notamment en ce qui concerne la prise en charge des cas de paludisme simple. Un recensement exhaustif de tous les ASBC déployés durant la période de 2019 à 2021 a été inclus dans l'analyse, assurant ainsi une représentation nationale et une généralisation des résultats à l'échelle du pays.

Période de Collecte des Données

La période d'étude couvre trois années, de janvier 2019 à décembre 2021, permettant ainsi d'analyser de manière longitudinale la contribution des ASBC à la prise en charge du paludisme. Ce cadre temporel est nécessaire pour observer les tendances et les évolutions dans la participation des ASBC aux interventions sanitaires, notamment en matière de diagnostic et de traitement des cas de paludisme au sein des communautés.

Méthodes de Collecte et d'Analyse des Données

Les données secondaires ont été collectées à partir de plusieurs sources officielles. Premièrement, le *District Health Information Software 2* (DHIS2), une base de données nationale, a fourni des informations agrégées sur les activités des agents de santé à base communautaire. Deuxièmement, les annuaires statistiques de santé ont été consultés pour extraire des données sur la prise en charge des cas de paludisme simple au niveau des formations sanitaires et des ASBC, ces données ont inclus des indicateurs tels que le nombre de tests de diagnostic rapide (TDR) réalisés, les cas confirmés et traités, ainsi que les cas de paludisme non traités. Enfin, la plateforme de gestion des ASBC (PGA) a permis de récupérer des données administratives sur les ASBC dans les différentes régions

sanitaires, notamment, le nombre des ASBC par région, le statut ou la fonctionnalité des ASBC ect.

Outils d'Analyse

Les données collectées ont été nettoyées et analysées à l'aide du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, version 26.0. Les analyses ont été réalisées avec une puissance statistique de 80 % et un intervalle de confiance de 95 %, garantissant ainsi que les conclusions tirées soient statistiquement robustes et fiables. Ces niveaux de puissance et de confiance sont standards dans les études épidémiologiques et permettent d'éviter les erreurs de type I et II. Les résultats de l'analyse sont présentés sous forme de tableaux et de figures pour faciliter l'interprétation.

Conception de l'Étude

L'étude suit une conception rétrospective, descriptive et analytique. Elle repose sur l'examen des données disponibles sur les activités des ASBC en matière de diagnostic et de traitement du paludisme. La nature descriptive de l'étude permet de caractériser l'ampleur et l'évolution des contributions des ASBC, tandis que l'analyse approfondie explore les relations entre les différents facteurs contextuels influençant leur performance dans la prise en charge du paludisme simple.

Techniques et Outils d'Échantillonnage

Un recensement exhaustif de tous les 17 652 ASBC déployés dans les 13 régions sanitaires du Burkina Faso entre 2019 et 2021 a été effectué. Cette méthode d'échantillonnage garantit que l'ensemble des activités des ASBC soient incluses dans l'analyse, minimisant ainsi le biais de sélection. L'inclusion de tous les ASBC actifs permet d'obtenir une vue d'ensemble complète sur leur rôle au niveau national. Seuls les ASBC ayant soumis des données complètes et conformes aux exigences de rapport ont été retenus pour l'analyse, ce qui permet de garantir la qualité et la fiabilité des données.

Variables d'Étude

Les principales variables d'intérêt dans cette étude incluent à la fois des variables indépendantes et dépendantes.

- **Variable principale** : Le nombre de TDR réalisés par les ASBC. Cette variable continue a été dichotomisée pour distinguer les tests réalisés dans les formations sanitaires (FS) de ceux réalisés par les ASBC.
- **Variabes dépendantes** : Le nombre total de TDR réalisés dans les FS, le nombre de cas de paludisme confirmés et traités dans les FS, le nombre de cas confirmés par les ASBC, le nombre de cas traités par les ASBC, et le nombre de cas non traités par les ASBC.

Ces variables permettent de mesurer et d'analyser la performance des ASBC dans le diagnostic et le traitement des cas de paludisme. Les interactions entre ces variables et la variable principale ont été explorées pour évaluer leur impact.

Analyse Statistique

Les analyses descriptives ont été réalisées pour caractériser la distribution et les tendances des variables étudiées. Des tests de corrélation de Pearson ont été utilisés pour évaluer les relations entre les variables quantitatives continues. Les modèles de régression linéaire ont ensuite été appliqués pour estimer l'influence des différentes variables explicatives sur la réalisation des TDR par les ASBC. Les coefficients de régression ont été interprétés de manière à identifier les facteurs influençant significativement les performances des ASBC. Les résultats de ces modèles sont exprimés en termes de coefficient de corrélation (R), de coefficient de détermination (R^2) et de valeur p , considérée significative si inférieure à 0,05. De plus, l'analyse de variance (ANOVA) a été utilisée pour tester la significativité globale du modèle de régression.

Exploitation et Analyse des Données

Le modèle de régression linéaire multiple a permis de modéliser la relation entre la variable dépendante (nombre de TDR réalisés par les ASBC) et les variables explicatives (nombre de cas confirmés, nombre de cas traités, etc.). Les coefficients de régression obtenus ont été analysés pour interpréter l'effet des variables explicatives sur la performance des ASBC. Par exemple, un coefficient positif a indiqué une relation directe, suggérant que l'augmentation du nombre de cas confirmés dans les formations sanitaires était associée à une augmentation des TDR réalisés par les ASBC. Les tableaux ANOVA ont également

confirmé la significativité globale du modèle, renforçant ainsi la validité des résultats obtenus.

Considérations Éthiques

L'étude a été menée dans le respect des principes éthiques fondamentaux, à savoir le respect de la dignité des personnes, la bienfaisance et la justice. Les données utilisées sont des données secondaires déjà collectées par les autorités sanitaires, et leur traitement a été fait de manière anonyme afin de protéger l'identité des ASBC et des patients. Les résultats de cette étude visent à améliorer les services de santé communautaires et bénéficient à l'ensemble de la population sans discrimination. De plus, l'étude a reçu l'approbation du Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Burkina Faso le 2 juin 2023, garantissant que toutes les étapes de la recherche ont respecté les normes éthiques en vigueur.

Résultats

Description de l'échantillon

Les résultats présentés ci-dessous évaluent la contribution des Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) à la prise en charge du paludisme au Burkina Faso entre 2019 et 2021, selon les quatre objectifs de l'étude. Ces résultats sont regroupés en fonction de la réalisation des tests de diagnostic rapide (TDR), du taux de positivité, du traitement des cas confirmés, et de la proportion de cas non traités par les ASBC.

Distribution des TDR réalisés par les ASBC et le taux de positivité par région

Tableau 1 : Distribution des TDR réalisés par les ASBC.

Années	Nombre des TDR réalisés FS	Nombre des TDR réalisés ASBC	Somme TDR réalisés (FS+ASBC)	% TDR réalisés ASBC
2019	18 116 946	127 617	18 244 563	0,7%
2020	15 109 304	243 397	15 352 701	1,6%
2021	16 954 871	367 844	17 322 715	2,1%
Total	50 181 121	738 858	50 919 979	1,5%

Entre 2019 et 2021, un total de 50 919 979 TDR a été réalisé au Burkina Faso pour le diagnostic du paludisme. Parmi ceux-ci, les ASBC ont effectué 738 858 TDR, ce qui représente environ 1,5 % du total des tests réalisés. La proportion de TDR réalisés par les ASBC a augmenté de manière significative au fil du temps, passant de 0,7 % en 2019 à 2,1 % en 2021, montrant une implication croissante des ASBC dans la détection du paludisme.

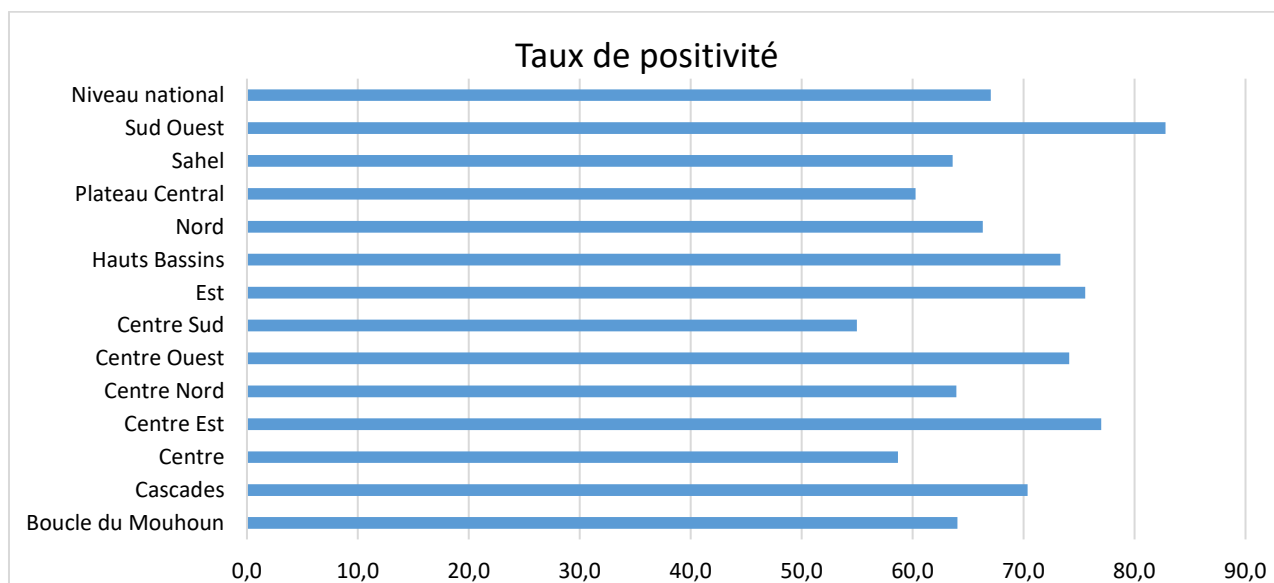


Figure 1 : Taux de positivité au paludisme par région.

Le taux de positivité national moyen était de 67 % durant la période d'étude, avec des variations importantes entre les régions. Les taux les plus élevés étaient observés dans le Sud-Ouest (82,8 %), le Centre-Est (77 %), et l'Est (75,6 %), tandis que le Centre-Sud (55 %) et le Centre (58,7 %) présentaient des taux relativement plus faibles. La distribution des TDR par région reflète également ces disparités.

Performance des ASBC dans le diagnostic et le traitement des cas confirmés de paludisme

Tableau 2 : Diagnostic des cas de paludisme par les ASBC (2019-2021)

Année	Nombre des Cas confirmés FS	Nombre des Cas confirmés ASBC	Somme des Cas confirmés (FS+ASBC)	% Cas confirmés ASBC
2019	16 267 503	81 099	16 348 602	0,5%

2020	5 953 831	166 444	6 120 275	2,7%
2021	11 543 892	247 746	11 791 638	2,1%
Total	33 765 226	495 289	34 260 515	1,4%

Entre 2019 et 2021, un total de **34 260 515 cas de paludisme** a été confirmé au Burkina Faso. Les ASBC ont confirmé **495 289 cas**, représentant environ **1,4 %** du total. Le pourcentage de cas confirmés par les ASBC a augmenté de **0,5 % en 2019** à **2,1 % en 2021**, ce qui témoigne d'une augmentation progressive de leur implication dans le diagnostic du paludisme au niveau communautaire. Cependant, une légère diminution a été observée en 2021, où leur contribution a chuté à **1,4 %**.

Traitement des cas de paludisme par les ASBC

Tableau 3 : Prise en charge des cas de paludisme par les ASBC (2019-2021)

Année	Nombre des Cas traités FS	Nombre des Cas traités ASBC	Somme Cas traités (FS+ASBC)	% Cas traités ASBC
2019	11 611 025	65 874	11 676 899	0,6%
2020	10 648 815	149 704	10 798 519	1,4%
2021	11 539 537	212 362	11 751 899	1,8%
Total	33 799 377	427 940	34 227 317	1,3%

Sur un total de 34 227 317 cas de paludisme traités dans les formations sanitaires et par les ASBC au cours de la période, les ASBC ont traité 427 940 cas, soit environ 1,3 % du total. La proportion de cas traités par les ASBC a augmenté de manière constante au cours des années, passant de 0,6 % en 2019 à 1,8 % en 2021, illustrant leur engagement croissant dans la prise en charge des cas de paludisme.

Evolution et la répartition des cas de paludisme traités par les formations sanitaires (FS) et les ASBC

L'étude montre que la majorité des cas de paludisme a été traitée par les formations sanitaires (FS), avec seulement **1,3 %** des cas pris en charge par les ASBC (Cf. tableau 3). Cependant, cette proportion a montré une progression constante, avec une augmentation

notable du nombre de cas traités par les ASBC de **0,6 % en 2019** à **1,8 % en 2021**. Cela reflète une amélioration de la contribution des ASBC dans le traitement des cas de paludisme dans les communautés rurales, même si la majorité des traitements continue d'être effectuée dans les FS.

Proportion des cas de paludisme non traités par les ASBC

Tableau 4 : Cas de paludisme non traités par les ASBC (2019-2021)

Année	Nombre des Cas positifs ASBC	Nombre des Cas traités ASBC	Nombre des Cas non traités ASBC	% cas non traités ASBC
2019	81 099	65 874	15 225	19%
2020	166 444	149 704	16 740	10%
2021	247 746	212 362	35 384	14%
Total	495 289	427 940	67 349	14%

Une évolution positive a été observée dans la réduction des cas de paludisme non traités par les ASBC. En 2019, sur 81 099 cas positifs détectés, 15 225 cas (soit 19 %) sont restés non traités. Cette proportion a chuté à 10 % en 2020 (soit 16 740 cas non traités sur 166 444 cas positifs), avant de remonter légèrement à 14 % en 2021 (soit 35 384 cas non traités sur 247 746 cas positifs). Sur l'ensemble de la période étudiée, environ 67 349 cas, soit 14 % des cas de paludisme détectés par les ASBC, n'ont pas été traités. Cette proportion relativement élevée de cas non traités met en évidence des lacunes dans la chaîne de prise en charge offerte par les ASBC, probablement dues à des contraintes logistiques ou des ruptures d'approvisionnement en médicaments.

Régression linéaire multiple : Impact des variables sur la réalisation des TDR par les ASBC

Tableau 5 : Résumé du modèle de régression linéaire multiple

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Variation de R-deux	Variation de F
1	.999a	.997	.997	2275.2837	.997	4559.534

ANOVA : F= 4559.534 ; p= .000

Variables :

- Nombre des TDR réalisés au niveau communautaire par les ASBC,
- Nombre des cas de Paludisme traités dans les FS,
- Nombre des cas confirmés par les ASBC,
- Nombre des TDR réalisés dans les formations sanitaires

Le modèle de notre étude a inclus les variables explicatives (Nombre des cas de Paludisme traités dans les FS, Nombre des cas confirmés par les ASBC, Nombre des TDR réalisés dans les formations sanitaires) et la variable dépendante (Nombre des TDR réalisés au niveau communautaire par les ASBC). On a noté une forte corrélation linéaire entre la variable dépendante et les variables explicatives, avec un coefficient de corrélation $R = 0,999$. De plus, notre modèle explique 99,7 % de la variance observée dans le nombre de tests de diagnostic rapide réalisés au niveau communautaire par les ASBC ($R\text{-deux} = 0,997$). L'analyse de la variance (ANOVA pour régression linéaire multiple) a été utilisée pour évaluer la significativité globale du modèle. L'ANOVA a montré que le modèle est significatif, avec une valeur de $F = 4559,534$ et $p = .000$, indiquant que les variables explicatives contribuent de manière significative à expliquer la variance de la variable dépendante.

Discussion

Contribution des ASBC au diagnostic et au traitement du paludisme

Les résultats de cette étude indiquent que les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) ont effectué 738 858 TDR pour le diagnostic du paludisme, parmi lesquels 50 % se sont révélés positifs. Parmi les patients testés positifs, 86 % ont reçu un traitement par CTA (Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine). Toutefois, 14 % des cas confirmés n'ont pas été traités, ce qui met en évidence un problème persistant lié aux ruptures de stock des intrants médicaux, notamment les TDR et les CTA. Cela correspond aux résultats d'autres études, comme celle menée en Zambie, qui souligne que les ruptures de stock et l'approvisionnement inadéquat en médicaments antipaludiques limitent la capacité des agents de santé communautaires à offrir des soins appropriés dans les zones rurales(6).

Les études menées au Burkina Faso et en République Démocratique du Congo (RDC) confirment également ces tendances, en soulignant que l'efficacité des ASBC dans la

gestion du paludisme est fortement conditionnée par la disponibilité des ressources. En RDC, les ruptures de stock étaient fréquentes dans les zones rurales, ce qui réduisait la capacité des agents de santé communautaire à offrir des soins adéquats aux populations les plus vulnérables(7). Ces résultats résonnent avec ceux observés au Burkina Faso, où les défis logistiques persistent malgré l'implication croissante des ASBC.

TDR réalisés et taux de positivité par région

Les régions du Burkina Faso frontalières avec le Mali, le Niger et le Bénin ont enregistré le plus grand nombre de TDR effectués par les ASBC, avec des taux de positivité élevés. Cette situation reflète les tendances observées dans d'autres régions frontalières d'Afrique, notamment au **Sénégal** et au **Mali**, où les agents de santé communautaire ont joué un rôle clé dans le dépistage du paludisme à l'aide des TDR, particulièrement dans les zones où les mouvements transfrontaliers et la prévalence élevée du paludisme accentuent la demande de services de santé (8). Les études montrent que l'intégration des ASC dans ces zones permet non seulement de diagnostiquer davantage de cas, mais aussi de réduire les délais de traitement.

En **Zambie**, les ASBC ont également contribué à améliorer l'accès au diagnostic dans les régions rurales. L'étude sur les ASC en Zambie révèle que leur participation dans les zones éloignées permet de réduire les taux de morbidité et de mortalité associés au paludisme en augmentant le nombre de TDR effectués(6).

Proportion des cas non traités

Le fait que **14 %** des cas de paludisme détectés par les ASBC n'aient pas été traités dans cette étude est préoccupant et rejoint les observations faites dans d'autres pays. En **Sierra Leone**, une étude a révélé que les agents de santé communautaire faisaient face à des défis similaires, principalement en raison de la **disponibilité limitée des médicaments** et d'un soutien logistique insuffisant(9). Dans le **Soudan du Sud**, une analyse similaire a démontré que les ASC rencontraient des problèmes pour traiter les patients, principalement à cause de l'absence d'antipaludiques pendant les périodes critiques de la transmission du paludisme(10).

Accessibilité et répartition des ASBC

Les résultats montrent que plus de **70 %** des ASBC sont situés à plus de 5 km des formations sanitaires dans les régions touchées par l'insécurité (Sahel, Est). Cette situation rend ces ASBC essentiels dans le diagnostic et le traitement des cas simples de paludisme. Des

études menées en **République Centrafricaine** et au **Soudan** ont également démontré que dans les zones en proie à l'instabilité, les agents de santé communautaire sont souvent les seuls prestataires de soins de santé disponibles, remplissant un rôle critique dans la continuité des soins pour des maladies comme le paludisme (11).

Impact de la sélection communautaire des ASBC

L'étude souligne également l'importance de sélectionner les ASBC au sein de la communauté qu'ils servent. En **Inde** et au **Mali**, les ASC issus des communautés locales étaient non seulement plus accessibles, mais aussi mieux acceptés, ce qui a permis une amélioration des résultats en termes de soins(12). Dans les communautés du Burkina Faso, où les ASBC ne sont pas toujours originaires des villages qu'ils desservent, la satisfaction des bénéficiaires semble être affectée. Les études confirment que le fait d'avoir des ASC de proximité augmente la confiance et l'efficacité des interventions, notamment dans la gestion des maladies transmissibles comme le paludisme.

Contribution à l'offre de soins

Les résultats de cette étude montrent une **augmentation progressive** du nombre de TDR réalisés par les ASBC entre 2019 et 2021, particulièrement dans les zones éloignées et affectées par l'insécurité. Cette augmentation reflète également les tendances observées au **Rwanda**, où une étude a montré que les ASC jouaient un rôle crucial dans la détection précoce du paludisme, notamment dans les régions rurales mal desservies par les établissements de santé formels(13). De même, une étude menée en **Éthiopie** a révélé que l'intégration réussie des ASC dans le système de santé communautaire, couplée à une **supervision régulière** et à un **approvisionnement adéquat**, était essentielle pour garantir des résultats optimaux dans la gestion des cas de paludisme.

Conclusion

Cette étude a révélé des tendances significatives mais hétérogènes dans le diagnostic, le traitement et l'utilisation des services de prise en charge du paludisme par les ASBC. En effet, la contribution des ASBC au diagnostic du paludisme a varié considérablement d'une région à l'autre, atteignant 12 % dans certaines régions, alors que les niveaux nationaux variaient entre 0,6 % et 2,1 %. Cette disparité régionale peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment le manque de motivation des ASBC, les interruptions dans la chaîne

d'approvisionnement en intrants médicaux, une rémunération insuffisante et des préoccupations quant à l'utilisation des médicaments antipaludiques. Ces facteurs ont également contribué à l'absence de traitement pour une proportion importante de patients diagnostiqués positifs (14 %) par les ASBC, soulignant les lacunes dans l'efficacité du système actuel.

L'un des principaux défis identifiés est la disponibilité limitée des produits essentiels, en particulier des médicaments antipaludiques, pour les ASBC. Cela reflète un besoin urgent de renforcement des systèmes d'approvisionnement pour garantir que les ASBC disposent des ressources nécessaires pour remplir leurs fonctions. Par ailleurs, l'étude a mis en évidence la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les différents acteurs du système de santé pour maximiser l'impact des ASBC dans la lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

Un aspect positif de cette étude est l'augmentation significative de la proportion de tests de diagnostic rapide (TDR) réalisés par les ASBC, surtout dans les régions confrontées à des défis sécuritaires. Cependant, cette performance est étroitement liée à la taille de la population desservie et à la disponibilité des ressources. Cela souligne l'importance de l'intégration des ASBC dans le système de santé global pour garantir une continuité des services et une meilleure couverture dans les zones éloignées ou vulnérables.

Signification des résultats

Les résultats de cette étude sont d'une grande importance pour la gestion du paludisme au Burkina Faso. Ils montrent que les ASBC jouent un rôle crucial dans le diagnostic et le traitement des cas de paludisme, mais que leur efficacité est freinée par des obstacles logistiques et organisationnels. L'hétérogénéité des résultats entre les régions met en lumière la nécessité d'approches régionales différenciées pour répondre aux besoins spécifiques de chaque zone, en particulier celles affectées par l'insécurité ou un accès limité aux ressources médicales.

Implications futures

Les résultats de cette étude ont des implications claires pour l'avenir des politiques de santé communautaire au Burkina Faso et dans d'autres pays confrontés à des défis similaires. Il est crucial de :

- Renforcer les capacités des ASBC grâce à une formation continue et à des rémunérations adéquates pour maintenir leur motivation.
- Améliorer la chaîne d'approvisionnement des intrants, notamment les TDR et les médicaments antipaludiques, pour garantir une disponibilité constante dans les régions reculées.
- Promouvoir une collaboration plus étroite entre les acteurs de la santé, incluant les gouvernements, les partenaires techniques et financiers, et les communautés, afin d'améliorer la coordination des interventions et la couverture sanitaire.

Ces résultats peuvent servir de base pour des réformes et des stratégies visant à renforcer le rôle des ASBC dans la lutte contre le paludisme, contribuant ainsi à la réduction de la prévalence de la maladie et à l'amélioration de la santé des populations dans les régions affectées. L'intégration des ASBC dans les systèmes de santé nationaux, soutenue par un approvisionnement adéquat et des politiques adaptées, sera essentielle pour atteindre les objectifs de santé publique au Burkina Faso et ailleurs.

Références

1. OMS. Rapport 2021 sur le paludisme dans le monde, Données et tendances régionales. 2021.
2. Ministère de la santé du Burkina Faso. Annuaire statistique sanitaires du Burkina Faso 2021. 2021;
3. Zon H, Pavlova M, Groot W. Factors associated with access to healthcare in Burkina Faso: evidence from a national household survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Sep 17];21(1). Available from: /pmc/articles/PMC7885251/
4. Burkina Faso, MSHP. Stratégie nationale de santé communautaire du Burkina Faso 2019-2023. 2019.
5. Ministère de la santé du Burkina Faso. Annuaire statistique 2020. 2020.
6. Chipukuma HM, Halwiindi H, Zulu JM, Azizi SC, Jacobs C. Evaluating fidelity of community health worker roles in malaria prevention and control programs in Livingstone District, Zambia-A bottleneck analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2024 Sep 17];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32615960/>
7. Druetz T, Ridde V, Kouanda S, Ly A, Diabaté S, Haddad S. Utilization of community health workers for malaria treatment: results from a three-year panel study in the districts of Kaya

- and Zorgho, Burkina Faso. *Malar J* [Internet]. 2015 Feb 13 [cited 2024 Sep 17];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25889306/>
8. Perez F, Ba H, Dastagire SG, Altmann M. The role of community health workers in improving child health programmes in Mali. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2009 Nov 10 [cited 2024 Sep 17];9(1):1–12. Available from: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-9-28>
 9. Sunguya BF, Mlunde LB, Ayer R, Jimba M. Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review. *Malar J*. 2017 Jan 3;16(1):1–14.
 10. Pasquale H, Jarvese M, Julla A, Doggale C, Sebit B, Lual MY, et al. Malaria control in South Sudan, 2006-2013: Strategies, progress and challenges. *Malar J* [Internet]. 2013 Oct 27 [cited 2024 Sep 17];12(1):1–14. Available from: <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-12-374>
 11. Ajuebor O, Boniol M, Mclsaac M, Onyedike C, Akl EA. Increasing access to health workers in rural and remote areas: what do stakeholders' value and find feasible and acceptable? *Hum Resour Health*. 2020 Dec 1;18(1).
 12. Pascal P, Diakite D, Stratton S, Ortiz C. Community Health Worker Program in Mali Under Threat: Evidence to Drive Advocacy Efforts.
 13. Community health workers lead the fight against malaria in Rwanda | United Nations in Rwanda [Internet]. [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://rwanda.un.org/en/228990-community-health-workers-lead-fight-against-malaria-rwanda>