

Mise à l'échelle nationale de la prise en charge à domicile du paludisme

De la recherche à la mise en œuvre



Pour plus de renseignements, contacter :

Organisation mondiale de la Santé
Centre d'Information de CDS
1211 Genève 27 – Suisse
Fax : (+41) 22 791 4285 – Mél : cdsdoc@who.int



FAIRE RECULER LE PALUDISME

Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS
de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Mise à l'échelle nationale de la prise en charge à domicile du paludisme

De la recherche à la mise en œuvre



Faire reculer le paludisme

Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS
de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé 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. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Sommaire

Remerciements	5
Définitions, abréviations et acronymes	6
Résumé	7
1. Introduction	11
1.1 Pourquoi cet ouvrage est-il important ?	11
1.2 Pourquoi est-il important d'améliorer la prise en charge à domicile du paludisme ?	12
1.3 Quelles sont les principales difficultés qu'il faut surmonter ?	14
1.4 Quelles sont les approches réputées améliorer la prise en charge domiciliaire du paludisme ?	14
2. Etapes à suivre pour planifier la mise en œuvre d'un programme de prise en charge à domicile du paludisme	19
2.1 Entreprendre une analyse de la situation	19
2.2 Fixer les principaux buts et objectifs	19
2.3 Créer un groupe de travail restreint	20
2.4 Entreprendre des actions de sensibilisation, forger des partenariats, mobiliser des ressources	20
2.5 Elaborer des politiques et réglementations en matière de médicaments	26
2.6 Elaborer des matériels de formation et d'information, éducation et communication	27
2.7 Prévoir l'achat et le stockage des médicaments	28
2.8 Décider d'une stratégie de mise en œuvre – comment et quoi renforcer	29
2.9 Elaborer un plan de suivi et de supervision	33
2.10 Coûts et fixation des prix	34
2.11 Liste de contrôle des activités à mener à bien avant le passage à grande échelle	35
Module A. Améliorer la médication - Conditionnement par unités thérapeutiques, formulations pédiatriques, étiquetage et instructions, marques	37
A.1 Choix d'un antipaludique	38
A.2 Sélectionner les fabricants et surveiller la qualité	39
A.3 Formulations pour enfants	40
A.4 Médicaments supplémentaires	42
A.5 Conditionnement et étiquetage	42
A.6 Dénomination commerciale, nouvelle dénomination, nom « général »	43
A.7 Meilleures pratiques et leçons à tirer	44
Module B. Multiplier les possibilités d'accès aux médicaments – Points de vente traditionnels et non traditionnels, approvisionnement assuré, et accès dans les zones rurales	46
B.1 Modes éventuels de distribution, y compris les filières en place	48
B.2 Choix des prestataires	52

B.3	Rémunération et motivation	54
B.4	Sélection et planification minutieuse des méthodes de distribution	55
B.5	Achats	55
B.6	Stratégies visant à faire parvenir le traitement jusque dans les zones les plus reculées	56
B.7	Meilleures pratiques et données d'expérience	57
Module C. Rendre les médicaments plus abordables sur le plan économique		58
C.1	La capacité d'achat comme barrière à l'accès	58
C.2	Meilleures pratiques et données d'expérience	60
Module D. Améliorer les connaissances des pourvoyeurs de soins et des prestataires		62
D.1	Formation et recyclage	63
D.2	Supervision, suivi et évaluation	66
D.3	Meilleures pratiques et données d'expérience	68
Module E. Information en vue de modifier le comportement		71
E.1	Préparer une stratégie pour modifier le comportement	73
E.2	Étapes de l'élaboration d'une stratégie de modification du comportement	73
E.3	Production et distribution de matériels	89
E.4	Suivi et évaluation	89
E.5	Meilleures pratiques et leçons à tirer	90
Module F. Renforcement du système de santé publique et intégration à la communauté		92
F.1	Renforcement du secteur de la santé publique	93
F.2	Renforcement des rapports avec la communauté	95
F.3	Meilleures pratiques et leçons à tirer	95
Module G. Suivi et évaluation du programme		97
G.1	Recenser les activités et les indicateurs de suivi	98
G.2	Décider de la manière dont les résultats seront exploités	99
G.3	Trouver des sources de données et des méthodes de collecte	99
G.4	Elaborer et pré tester des outils et formulaires de collecte des données	100
G.5	Programmer les activités de suivi	101
G.6	Examiner et évaluer les objectifs et activités du programme	101
Références		103

Remerciements

Le présent ouvrage reflète l'unité de vues qui s'est dégagée lors de l'atelier organisé par l'OMS à Genève en janvier 2002 dans le but de faire partager les nombreuses informations et expériences relatives à la prise en charge à domicile du paludisme dans le cadre de la recherche, de projets pilotes, et d'une première mise en œuvre dans certains pays.

D'importantes contributions à cet ouvrage ont été faites par les personnes dont les noms suivent et qui ont présenté à la réunion leurs données d'expérience : Dr Bamgboye Morakinyo Afolabi (Nigeria), Dr William R. Brieger (Nigeria), Dr Didier Amadou Diallo (Sénégal), Dr Gebreyesus Kidane (Ethiopie), Dr Peter Langi (Ouganda), Dr Constance Marfo (Ghana), Dr M.E. Mosanya (Nigeria), Dr Betty A. Mpeka (Ouganda), M. Wilfred Mutemi (Kenya), M. John Mwangi Muturi (Kenya), Dr Jessica Sabiti Nsungwa (Ouganda), Dr Sam Ochola (Kenya), Dr Thierry Ouedraogo (Burkina Faso), Dr Fulgence Sangber-Dery (Ghana), Dr Sodiomon Sirima (Burkina Faso), M. Ian Tweedie (JHUCC, Ghana), Dr R.E. Umeh (Nigeria).

Les personnels ci-après de l'OMS ont participé à l'atelier : Dr Hoda Atta (RBM/EMRO), Dr James Banda (RBM), Dr Peter Olumese (OMS/MAL), Dr Andrea Bosman (RBM), Dr Joyce Kaendi Munguti (AFRO), Dr Leonard Ortega (RBM), Dr Jane F. Kengeya-Kayondo (IDE/TDR), Dr Lulu Muhe (CAH), Dr Kamini Mendis (OMS/RBM), Dr Josephine Nambooze (OMS/Ouganda), Dr Franco Pagnoni (MAL/AFRO), Dr Awash Teklehaimanot (RBM), Mme Emily Samuel (TDR), Mme Prudence Smith (RBM), Mme Cathy Wolfheim (FCH/CAH).

Mme Mélanie Renshaw (UNICEF-ESARO) et M. Neil Ford ont grandement contribué au module de communication.

Mme Samantha L. Gray (Rédacteur, Besecker Gray Consulting) a rédigé la version préliminaire avec le concours du Dr Nina Mattock (OMS/TDR). L'équipe qui a élaboré cet ouvrage et assumé la responsabilité des différents chapitres comprend les personnes suivantes : Dr Wilson Were, Dr Paola Marchesini, Dr Kamini Mendis (OMS/MAL), Dr Franco Pagnoni (IDE/TDR), Dr Jane F. Kengeya-Kayondo (TDR) et Dr Mark Young (UNICEF) ; Dr Wilson Were et Dr Franco Pagnoni se sont chargés de la coordination des travaux.

Définitions, abréviations et acronymes

ASC	agent de santé communautaire (désigne souvent les groupes qui œuvrent à l'échelon local comme les ASC organisés, les agents de santé villageois, les mères formées comme coordinatrices)
BPF	bonnes pratiques de fabrication
DALY	années de vie ajustées sur l'incapacité
distributeurs	systèmes (d'Etat, commerciaux, des ONG) de distribution aux détaillants
FRP	Faire reculer le paludisme
IEC	information, éducation et communication
ONG	organisation non gouvernementale
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PECADOM	stratégie développée par l'OMS de prise en charge à domicile du paludisme simple
PEV	programme élargi de vaccination
pré-conditionnés	comprimés emballés dans des sachets ou des plaquettes thermoformées par opposition à des comprimés en vrac
prestataires	vendeurs de médicaments, ASC, personnel de santé
prise en charge à domicile	diagnostic et traitement à domicile ou près du domicile, en dehors d'une formation sanitaire
TDR	Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
unidose	comprimé conditionné en unité thérapeutique pour la cure complète d'un épisode de paludisme
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
UT	unité thérapeutique

Résumé

L'accès rapide à un traitement antipaludique efficace est l'un des meilleurs moyens de réduction de la charge du paludisme. Pour que l'accès soit rapide, le traitement doit se trouver aussi près du domicile que possible afin d'être administré dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes.

En Afrique, où la mortalité palustre est particulièrement élevée, la plupart des enfants décèdent avant d'arriver dans un établissement de santé. Des facteurs comme l'éloignement des formations sanitaires, la pauvreté, les contraintes financières, les obligations familiales, le manque de confiance dans la qualité des services, la rupture de stock en médicaments, et le comportement des agents de santé ont amené les communautés à fréquenter moins les établissements de santé et à recourir plutôt au secteur privé ou informel dont les médicaments sont inadaptés et de qualité médiocre. Voilà pourquoi il est très important que, dans la région africaine, l'on dispose de soins appropriés et efficaces à domicile ou à proximité.

En avril 2000, les chefs d'Etat africains se sont engagés à Abuja (Nigeria) à faire en sorte qu'au moins 60% de ceux qui souffrent du paludisme aient un accès rapide à un traitement abordable et efficace dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes. Or, les personnes chargées de traduire cette promesse dans les faits pourraient s'acquitter de cette énorme tâche en préconisant la généralisation du traitement du paludisme à domicile.

La grande quantité d'informations et d'expériences dans ce domaine provenant principalement de projets de recherche et de démonstration peut servir de base à cette promotion. En janvier 2002, un atelier organisé conjointement à Genève par le projet Faire reculer le paludisme (RBM) et le Programme spécial PNUD/UNICEF/BANQUE MONDIALE/OMS de recherche et de formation sur les maladies tropicales (TDR), a réuni des chercheurs, des planificateurs de la santé et des administrateurs de programmes de lutte contre le paludisme de pays africains pour mettre l'expérience en pratique et promouvoir la mise en application à grande échelle (nationale, dès que possible) de la prise en charge à domicile du paludisme.

Les données d'expérience et les enseignements de la promotion du traitement à domicile dans quelques pays – Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda et Zambie – ont été communiqués aux participants qui ont débattu des principaux problèmes et enjeux et constaté qu'il s'agissait là d'une stratégie praticable et efficace pour assurer un accès rapide à un traitement approprié dans la région africaine. Les participants se sont accordés à reconnaître qu'il était temps de généraliser cette pratique dans les pays d'endémie pour couvrir la majorité de la population, et notamment celle des régions les plus reculées d'Afrique, qui aurait ainsi rapidement accès à des antipaludiques de bonne qualité à posologie appropriée dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes. Pour ce faire, il convient toutefois de fournir des

informations et d'assurer une formation à tous les protagonistes – du fabricant au pourvoyeur de soins, de l'agent de santé qualifié au travailleur bénévole – en veillant à la supervision, au suivi et à l'évaluation. Les participants ont également convenu qu'il fallait tenir compte des éléments primordiaux suivants :

- **Accès rapide au traitement**

L'une des difficultés d'un programme à grande échelle est de garantir un approvisionnement permanent en médicaments. Il faut que le consommateur puisse avoir accès, à tout moment et non loin de son domicile, à des médicaments conditionnés par dose et faciles à utiliser (étant donné que grand nombre de soignants sont illettrés). La couverture thérapeutique des épisodes palustres est beaucoup plus élevée quand il y a à domicile des médicaments préconditionnés que lorsqu'ils se trouvent chez un agent de santé qui décide du traitement. On a pu constater en réalisant des études que le pourcentage d'enfants ayant été traités dans les 24 heures était passé de 46% à 54,4% en Ouganda et de 67% à 89,6% au Nigeria grâce aux médicaments préconditionnés.

- **Conditionnement par dose et observance**

Les fabricants locaux de certains pays d'endémie peuvent produire des comprimés antipaludiques conditionnés par dose à un prix raisonnable. L'observance du traitement est plus grande quand le médicament est emballé en U.T que lorsqu'il est vendu en vrac ou sous forme de sirop. A la suite de l'introduction par les bénévoles communautaires de comprimés préconditionnés, la proportion d'enfants ayant reçu la dose appropriée est passée de 14,3% à 26,7% au Nigeria, et au Ghana, l'observance a augmenté de 20%.

- **Rapport coût-efficacité**

Une revue récente montre que les interventions destinées à améliorer la prise en charge à domicile du paludisme moyennant la formation des prestataires et le préconditionnement de la chloroquine sont les moins onéreuses : coût par DALY¹ évité (environ US\$ 4) favorable par rapport à d'autres stratégies de lutte contre le paludisme comme la chimioprophylaxie, la pulvérisation intra-domiciliaire et les moustiquaires imprégnées d'insecticide (Goodman & Mills, 2000).

- **Information**

Le succès de la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme dépendra de bonnes campagnes d'information, éducation et communication (IEC) pour améliorer la détection du paludisme, promouvoir un comportement de recours aux soins et l'utilisation d'antipaludiques appropriés, assurer la référence des cas graves, au personnel de santé, etc. L'expérience montre que les résultats du programme sont fonction de l'efficacité des interventions IEC.

¹ DALY = années de vie ajustées sur l'incapacité

- **Formation et recyclage**

La formation de tous les prestataires – agents de santé du système officiel aussi bien qu'agents communautaires – est une composante essentielle d'une prise en charge à domicile améliorée. Tous les prestataires doivent apprendre à reconnaître un accès palustre simple, savoir donner le traitement antipaludique qui s'impose et des instructions précises, insister sur la nécessité d'aller jusqu'au bout du traitement, envoyer les cas graves dans un centre de santé, établir des comptes rendus, et former les pourvoyeurs de soins.

- **Rémunération**

L'expérience montre qu'il convient de prévoir pour les agents communautaires une motivation (pas nécessairement monétaire) pour les encourager à poursuivre leur tâche. Il faut également que la communauté et le système de santé leur fournissent un appui sous forme de supervision, d'approvisionnement en médicaments, de moyens de transport et d'autres ressources essentielles.

- **Appropriation par la communauté**

Tout programme réalisé au niveau local, y compris le traitement à domicile du paludisme, ne peut réussir que si la communauté a le sentiment d'en être partie prenante. On peut renforcer ce sentiment en développant les capacités locales et en favorisant la communication et le dialogue communautaire.

- **Supervision**

Une supervision efficace des prestataires locaux par le personnel de santé et les responsables de la communauté est cruciale pour le succès du programme. L'incorporation de la supervision dans les activités courantes des agents de santé est un des défis majeurs.

- **Suivi et évaluation**

La couverture, la qualité, l'innocuité et l'impact de la prise en charge à domicile du paludisme sont évalués à l'aide d'indicateurs tels que mode et niveau d'utilisation des médicaments, effets secondaires, résistance aux antipaludiques utilisés et résultats du traitement. La tenue minutieuse de dossiers est cruciale pour suivre et évaluer la performance des prestataires communautaires.

- **Intégration**

Tous les pays qui s'attachent à porter à l'échelle nationale la prise en charge à domicile du paludisme intègrent ces activités dans les programmes de soins de santé déjà en place comme ceux de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME – infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, éducation nutritionnelle, suivi du Programme élargi de vaccination), la surveillance de la maladie, l'aménagement de l'environnement et l'assainissement.

En résumé, les recherches à grande échelle et les études pilotes montrent qu'il est à la fois possible et utile de porter à une échelle plus grande la prise en charge à domicile du paludisme, et que ceci a déjà été mis en œuvre à petite échelle dans certains pays africains. L'expérience cumulée dans les études et de démonstration donnent des indications claires sur la manière d'élargir l'échelle de la PECADOM de manière à atteindre la majorité de la population.

Cet ouvrage contient des données d'expérience et des enseignements susceptibles d'aider les pays appliquant des plans d'action nationaux solides sur le plan technique. L'ouvrage est destiné à servir de document de référence pour la définition de mécanismes de mise en œuvre à l'échelle nationale de la prise en charge domiciliaire dans la région africaine. Il s'adresse aux administrateurs des programmes de lutte antipaludique, aux comités de coordination interorganisations, aux organisations donatrices et aux organisations non gouvernementales (ONG) qui participent à la lutte contre le paludisme ainsi qu'aux institutions de recherche et de formation, et doit être utilisé en parallèle avec d'autres documents RBM sur la sensibilisation, la nouvelle politique en matière de médicaments, les schémas thérapeutiques nationaux, et le suivi et l'évaluation.

1. Introduction

1.1 Pourquoi cet ouvrage est-il important ?

Les difficultés que présente l'élargissement de la prise en charge à domicile du paludisme – l'étendre au-delà de petites zones géographiques et/ou de conditions contrôlées – sont considérables. Dans le cadre d'un projet de recherche, il est relativement facile de fournir des services aux communautés concernées étant donné la taille restreinte de l'opération. Toutefois, ces services sont difficiles à reproduire dans des opérations à grande échelle destinées à couvrir tout un district ou l'ensemble du pays. Toutes les étapes importantes de la mise en œuvre du programme – de l'achat et de la distribution des médicaments à la formation, au financement, au suivi et à l'évaluation – doivent donc être analysées et les problèmes traités avec réalisme.

On a constaté que dans les pays d'endémie, la plupart des épisodes palustres sont traités principalement à domicile, et non dans les établissements de santé publique qui ne sont pas fréquentés par la majorité de la population. C'est pourquoi l'amélioration du traitement à domicile des accès palustres non compliqués a été retenue comme stratégie clé pour atteindre les cibles de FRP dans les pays. Les stratégies visant à améliorer le traitement domiciliaire en formant les membres de la communauté et le secteur privé sont importantes du fait de la capacité d'accès et de distribution du secteur privé. La formation dans les communautés porte sur la reconnaissance des accès palustres, le traitement approprié et les changements de comportement en matière de recours aux soins, mais les leçons tirées des interventions réalisées localement dans le cadre d'une recherche n'ont pas été transposées dans des programmes plus vastes.

Le présent ouvrage rassemble ces expériences et étudie les questions relatives à l'expansion de la PECADOM pour aider les pays à élargir sa mise en œuvre et à atteindre les cibles FRP. Pour diverses raisons, la publication de cet ouvrage vient à point nommé étayer les mesures visant à assurer un traitement précoce et approprié du paludisme, notamment en Afrique :

- Lors du sommet FRP à Abuja en avril 2000, les chefs d'Etat de la plupart des pays africains se sont engagés à faire en sorte que d'ici 2005, 60% des épisodes palustres reçoivent un traitement adéquat dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes. Les pays concernés ont été invités à :

« faire en sorte que le diagnostic et le traitement du paludisme puissent s'effectuer de la manière la plus large possible, y compris à domicile »

et à

« faire en sorte qu'un traitement adéquat soit disponible et accessible même pour les groupes les plus démunis de la communauté ».

- De nombreuses expériences montrent qu'améliorer la prise en charge du paludisme à domicile et au niveau local est faisable et contribue à réduire la morbidité et la mortalité. Parmi ces expériences, citons la formation des vendeurs privés au Kenya

(Marsh et al., 1999) et en Ouganda, le conditionnement des médicaments antipaludiques en unités thérapeutiques (UT) au Burkina Faso, au Ghana, au Nigeria et en Ouganda, et en Ethiopie, la formation des mères à la prise en charge à domicile des accès fébriles.

- Davantage de fonds de diverses sources, notamment du Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, sont à présent disponibles pour les efforts de lutte contre le paludisme. Il convient de les utiliser pour améliorer le traitement du paludisme à domicile, stratégie clé du FRP.

1.2 Pourquoi est-il important d'améliorer la prise en charge à domicile du paludisme ?

La prise en charge à domicile est l'option de traitement de première instance la plus courante

En Afrique, plus de 70% des épisodes palustres dans les zones rurales et plus de 50% dans les zones urbaines font l'objet d'une automédication (McCombie, 1996). Le premier traitement se fait souvent à l'aide de médicaments achetés dans les échoppes qui fournissent la population locale en produits de première nécessité.

- Le traitement à domicile de la plupart des épisodes fébriles est entrepris rapidement, d'ordinaire dans la journée qui suit l'apparition des symptômes.
- Il n'est fait appel à une aide extérieure, par exemple à un établissement de santé publique, que si les soins à domicile n'ont pas eu d'effet.
- La plupart des mères savent que les vendeurs de médicaments ne sont pas de bon conseillers, mais se voient obligées de les consulter faute de temps, de moyens de transport ou d'argent pour les frais hospitaliers.

Le traitement à domicile est souvent inadéquat et moins de 15% des épisodes palustres sont soignés correctement

- Les mères savent reconnaître les symptômes des accès palustres simples. Dans une communauté du Nigeria et deux du Ghana (Dunyo et al., 2000), la reconnaissance de la maladie par la mère correspondait étroitement au diagnostic de l'assistant médical et à une positivité de la goutte épaisse. Les épisodes fébriles chez les enfants sont le plus souvent (> 60%) traités à l'aide d'antipyrétiques (ex. paracétamol ou aspirine) et non d'antipaludiques. Quand des antipaludiques sont utilisés, la dose administrée dans plus de 80% des cas n'est pas la bonne.
- Le secteur privé est la source principale de médicaments et dispense dans deux cas sur trois des informations sur le traitement antipaludique. Cependant, le manque de connaissances en la matière associé aux intérêts pécuniaires du secteur privé font que les paludéens reçoivent parfois des médicaments inefficaces, inadéquats ou périmés et dont le dosage est inapproprié.

La rapidité de la prise en charge est déterminante

- Les accès palustres s'aggravent rapidement et la plupart des enfants décèdent dans les 48 heures qui suivent l'apparition de la maladie. Le traitement doit donc être pris sans tarder. Dans une étude réalisée au Burkina Faso, Sirima et al. (2003) démontrent que l'administration rapide de soins dans la communauté avait réduit de moitié la progression vers des épisodes de paludisme grave.
- Plus la source du traitement est proche du domicile, plus il y a de chances qu'il sera entrepris rapidement.

La prise en charge à domicile du paludisme est un plus pour la santé publique

- 50 à 70% des décès infantiles se produisent à domicile sans aucun contact avec les services de santé.
- Les études révèlent que la prise en charge à domicile réduit de plus de 50% la progression vers le paludisme grave et de 40% la mortalité chez les moins de 5 ans (Kidane & Morrow, 2000 ; Sirima et al., 2003).
- L'utilisation judicieuse des antipaludiques – grâce à la formation des prestataires et de la communauté et au préconditionnement des médicaments – permet de contrôler une composante de plus en plus désordonnée du secteur informel de santé et pourrait contribuer à réduire la pharmacorésistance.
- L'éducation des mères et leur approvisionnement en antipaludiques par les mères coordinatrices a abouti à un traitement précoce qui a sauvé des vies.
- Le conditionnement des antipaludiques en UT, sans omettre les formulations pour enfants (pas les sirops), a amélioré l'innocuité aussi bien que l'observance du traitement.
- Commerçants, vendeurs de médicaments, volontaires villageois et maîtres d'école, s'ils sont formés, sont des canaux acceptables et efficaces pour la promotion de la PECADOM.
- Le personnel soignant du secteur public s'est montré disposé à appuyer et superviser les programmes de prise en charge domiciliaire.

Il n'y a plus lieu d'être inquiet

On s'opposait par le passé à l'adoption à l'échelle nationale de la prise en charge à domicile de crainte que l'utilisation inconsidérée des antipaludiques par une soi-disant « population analphabète » n'entraîne une plus grande pharmacorésistance. On pensait que les mères étaient incapables de suivre le schéma thérapeutique compliqué qu'exige un bon traitement. On s'accorde à présent à reconnaître qu'avec une bonne formation et des médicaments préconditionnés, les mères peuvent reconnaître les accès fébriles et administrer rapidement le traitement qui s'impose. Ce sont les ménages mal informés qui, ayant recours à des traitements inefficaces, contribuent au développement de la pharmacorésistance.

1.3 Quelles sont les principales difficultés qu'il faut surmonter ?

Grand nombre de protagonistes dans la prise en charge du paludisme, et notamment le secteur informel, offrent des médicaments inappropriés et des traitements inadaptés. Étant donné l'importance de l'automédication et la crainte que la pharmacorésistance ne se développe du fait d'un recours inconsidéré aux antipaludiques, les stratégies visant à améliorer l'automédication sont une des pierres angulaires d'une mise en œuvre réussie de la PECADOM. La formation judicieuse des mères, des agents de santé communautaires (ASC) et des vendeurs privés, ainsi que le préconditionnement des antipaludiques peuvent s'appuyer sur des pratiques locales. Voici quelques-unes des défis d'ordre pratique d'une mise en œuvre à grande échelle :

- l'inefficacité grandissante des antipaludiques les plus courants et les moins chers ;
- le développement au sein de la communauté du sentiment d'être partie prenante du programme et la mise en place d'un système de récompense pour fidéliser les bénévoles locaux ;
- assurer la référence et la prise en charge rapide des enfants atteints par les formes graves de la maladie; les centres d'orientation-recours ne sont guère nombreux, offrent souvent un service peu satisfaisant et des soins de piètre qualité, et ne jouissent pas de la confiance du public ;
- la réticence à porter à l'échelle nationale la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme ;
- la crainte qu'une promotion active de la prise en charge à domicile du paludisme n'encourage une mauvaise utilisation des médicaments et n'accélère le développement de parasites pharmacorésistants.

1.4 Quelles sont les approches réputées améliorer la prise en charge domiciliaire du paludisme ?

Il a été démontré, dans le cadre de recherches, que les approches ci-après améliorent la prise en charge à domicile du paludisme :

- le conditionnement des médicaments en UT contenant le traitement complet pour un épisode de maladie, avec étiquetage illustré ;
- la formation des communautés, notamment des mères et des responsables communautaires ;
- la formation des commerçants, des vendeurs de médicaments et des pharmaciens ;
- une campagne d'IEC ciblée sur la communauté, visant à modifier les comportements communautaires.

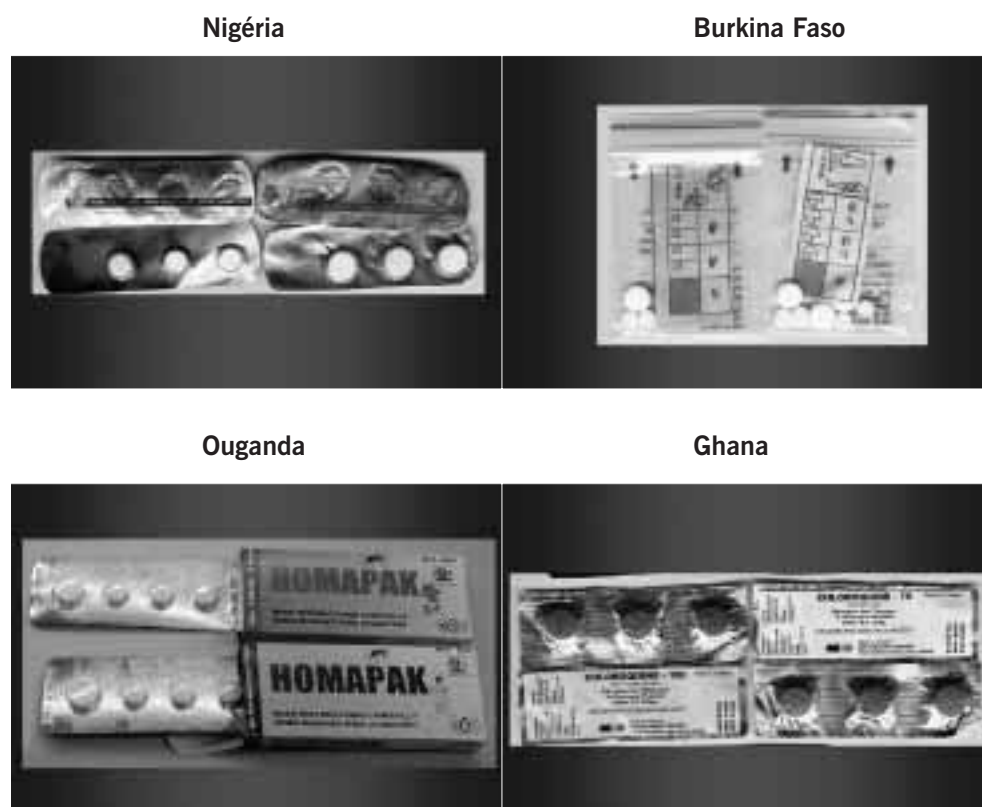
Le conditionnement des médicaments en unités thérapeutiques

Qingjun et al. (1998) ont montré que le conditionnement des antipaludiques sous plaquette thermoformée (« blister ») avec des instructions écrites améliore l'observance du traitement par rapport à la dispensation ordinaire dans une enveloppe en papier (97% contre 83% dans le groupe témoin). En Afrique, le traitement à domicile à l'aide d'antipaludiques conditionnés par dose a été mis en œuvre au niveau des districts

au Burkina Faso, au Ghana (Ansah et al., 2001), au Nigeria et en Ouganda où, à part le Burkina Faso, les fabricants locaux de médicaments ont réussi à produire des conditionnements par âge pour les enfants d'âge pré-scolaire à un prix raisonnable. Au Burkina Faso, le personnel du centre de santé utilisait de simples sacs en plastique (Pagnoni et al., 1997). Quelques types de pré-emballage en UT sont reproduits dans la Figure 1. Deux emballages thermoformés de traitements complets à la chloroquine ont été mis au point, l'un contenant des comprimés de 75 mg pour la tranche d'âge 6-12 mois, et l'autre des comprimés de 150 mg pour la tranche 1-6 ans. Les soignants ne peuvent pas les confondre car ils se distinguent par la taille, la couleur des étiquettes et les illustrations.

Outre améliorer l'observance, le conditionnement par dose incite les soignants à administrer le traitement approprié aux doses appropriées, évitant ainsi tant le sous-dosage que le surdosage, et à l'administrer jusqu'au bout. Le conditionnement par dose simplifie la distribution, permet un étiquetage facile à comprendre (y compris codage couleur et instructions sous forme de symboles pour ceux qui ne savent pas lire), et facilite la commercialisation sociale des antipaludiques.

Figure 1 Conditionnements unidose d'antipaludiques fabriqués localement



Formation des membres de la communauté

Formation des mères et des mères coordinatrices

Dans les programmes qui ont donné de bons résultats, les mères en tant que principales dispensatrices de soins à leurs enfants, ont appris à reconnaître les symptômes du paludisme et à administrer sans tarder le traitement approprié (Kidane & Morrow, 2000). Des « mères principales » ou coordinatrices sont sélectionnées en collaboration avec les notables, les membres des communautés et les associations féminines. Une fois formées, ces femmes transmettent l'information aux autres membres de la communauté, leur donnant ainsi le sentiment d'être partie prenante du programme.

Grâce à la capacité des mères à reconnaître les symptômes du paludisme et à administrer rapidement le traitement approprié, la mortalité infantile, toute cause confondue, a été réduite de 40% dans la zone du programme. Ce succès du programme a été attribué à l'implication des mères en tant que pourvoyeuses principales de soins pour les enfants et de la communauté.

Formation des agents de santé locaux et des bénévoles villageois

La formation d'agents de santé communautaires (ASC) ou villageois (ASV) fait partie des interventions destinées à promouvoir la PECADOM. Tant que les ASC, ASV ou coordonnateurs locaux de Soins de Santé Primaires ont été utilisés seuls dans la distribution des médicaments, leurs services sont sous-utilisés par la communauté et ont un impact incertain sur le paludisme. Cependant, quand ils ont travaillé en collaboration avec les mères, avec une bonne supervision et une disponibilité permanente de médicaments, leurs services ont été beaucoup plus sollicités.

Au Burkina Faso, on a appris à un groupe de bénévoles villageois (la « cellule villageoise ») et aux ASC à reconnaître les symptômes du paludisme et à traiter les accès fébriles chez les enfants à l'aide de chloroquine et de paracétamol conditionnés en UT. Les emballages de ces médicaments sont de quatre couleurs différentes pour distinguer les différentes tranches d'âge et contiennent chacun un traitement complet et des instructions illustrées sur la manière de l'administrer. La formation a également porté sur la reconnaissance des cas devant être référés au centre de santé. L'accès au traitement a augmenté, la posologie recommandée a été mieux observée, et la progression des cas de paludisme simples vers des formes graves de la maladie a été considérablement réduite (Sirima et al., 2003).

Formation des comités de santé villageois

Au Mali, on a mis en œuvre dans grand nombre de districts de santé un programme de santé à assise communautaire s'appuyant sur des comités de santé villageois à qui l'on a confié une trousse de médicaments contenant des sels de réhydratation orale, de la chloroquine sous forme de sirop et de comprimés, du paracétamol, de l'alcool rectifié, des pansements adhésifs et du collyre à la tétracycline. Cette approche a eu pour résultat d'accroître l'accès au traitement et d'améliorer la prise en charge à domicile du paludisme.

Formation des pourvoyeurs de soins du secteur privé

La formation des commerçants et vendeurs privés de médicaments à vendre des antipaludiques appropriés à posologie appropriée, peut entraîner une amélioration considérable de la manière dont les antipaludiques achetés sur le marché privé sont utilisés à domicile. Par ailleurs, les commerçants ont pu constater que non seulement leurs marges de profit n'étaient pas compromises, mais aussi que les ventes augmentaient.

Tenants d'échoppes et vendeurs de médicaments

Dans un programme au Kenya (Marsh et al., 1999), on a appris aux commerçants locaux comment les antipaludiques doivent être utilisés pour qu'ils puissent conseiller leurs clients, les amener à acheter des médicaments appropriés, et leur donner des instructions précises sur le traitement à utiliser selon l'âge de l'enfant. Avant la mise en œuvre du programme, 25% seulement des enfants traités à l'aide de médicaments achetés dans le commerce recevaient des antipaludiques et seulement 8% la dose correcte. Par la suite, la moitié des enfants dont les médicaments étaient achetés dans le commerce ont reçu des antipaludiques, et 60% d'entre eux à la posologie appropriée. Le nombre de personnes ayant acheté les bons antipaludiques à posologie exacte est passé de 32% à plus de 80%, et le pourcentage d'enfants traités correctement avec des médicaments en vente libre est passé de 4% à 66%.

Le programme a été agréé par les pourvoyeurs de soins, les commerçants, les formateurs, les agents de santé, les leaders de la communauté, les administrateurs locaux et les responsables de la santé. Le programme est à présent appliqué à une zone plus vaste et à un plus grand nombre de commerces. Des pays comme le Ghana, le Nigeria et l'Ouganda ont utilisé la même approche probante pour assurer un traitement et des conseils appropriés.

Pharmacies franchisées

Certaines ONG ont eu recours à un système de franchise pour motiver les agents de santé à dispenser des services de qualité et comme moyen de réduire la pauvreté à travers l'appropriation communautaire. La Fondation Cry for the World (CFW) gère une entreprise de micro-financement et a créé un modèle d'opérations de micro-franchise appelé « magasins CFW ». Les franchisés gèrent de petits magasins de vente de médicaments qui sont situés stratégiquement dans la communauté pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels ; ils veillent au respect des règlements concernant le commerce et la distribution des médicaments, et les bonnes pratiques de préparation. Cette activité a permis à des agents de santé qualifiés de s'établir à leur compte pour traiter les maladies communes qui sont cause de 70% à 90% de la morbidité et de la mortalité dans leur communauté.

Formation de vendeur à vendeur

La formation « vendeur à vendeur » est une autre méthode novatrice qui a été utilisée à Bungoma, au Kenya (Paula Tavrow, document non publié). Dans cette intervention, on confie aux vendeurs des grossistes en médicaments, dûment formés aux bonnes pratiques de distribution des antipaludiques, la tâche d'informer les points de vente

en la matière, ceux-ci à leur tour donnent aux vendeurs itinérants des outils de travail sur mesure pour les remettre aux petits détaillants des zones rurales et péri-urbaines. Les points de vente qui ont reçu ces outils les ont trouvés utiles et parvenaient en général à fournir un traitement antipaludique et des conseils appropriés. Six mois après la formation, le nombre de paludéens soignés correctement avait augmenté.

Recours à l'information, éducation et communication pour modifier les comportements communautaires

L'éducation en vue de susciter un changement de comportement fait partie intégrante de tous les programmes qui utilisent des approches axées sur la communauté pour le traitement du paludisme. L'éducation des communautés se fait à l'aide de messages et matériels adaptés au contexte particulier, l'accent étant mis sur la connaissance des symptômes des accès palustres simples et graves, sur le recours rapide à un traitement, et sur l'observance du traitement aux doses recommandées. Diverses approches ont été utilisées à cette fin, y compris l'éducation pour la santé, la commercialisation promotionnelle à but social, et la participation de la communauté.

2. Etapes à suivre pour planifier la mise en œuvre d'un programme de prise en charge à domicile du paludisme

La mise en œuvre à l'échelle nationale d'un programme de prise en charge à domicile du paludisme impose une préparation minutieuse qui comporte une analyse de la situation, la fixation des objectifs, une planification approfondie et l'élaboration d'une stratégie. Il est nécessaire de prendre de nombreuses décisions cruciales concernant ce qui doit être renforcé et la manière de le faire, la stratégie de mise en œuvre, les questions relevant des pouvoirs publics qui ont trait aux médicaments et au financement, le coût et la fixation des prix, l'achat et la distribution des médicaments, et le suivi du programme. Il est essentiel d'élaborer une solide stratégie de sensibilisation et de forger des partenariats à tous les niveaux de la mise en œuvre. La plupart de ces aspects sont traités de manière détaillée dans les modules du présent document – les plus importants sont résumés ci-dessous.

2.1 *Entreprendre une analyse de la situation*

Avant de s'attaquer à la transposition à plus grande échelle d'un programme, il importe d'analyser la situation dans le pays eu égard au comportement de recours aux soins et à l'accès aux antipaludiques. L'examen des informations disponibles et la collecte de données supplémentaires sont d'une grande utilité. Les informations dont on peut avoir besoin sont les suivantes :

- connaissances, perception, attitudes et pratiques les plus répandues dans le pays ;
- traitements antipaludiques les plus utilisés par la communauté ;
- qualité des médicaments et traitements possibles ;
- disponibilité des médicaments contre le paludisme ;
- coût des médicaments, accessibilité économique, et disposition de la population à payer ;
- comportement de recours aux soins pour les maladies graves, et pratiques en matière d'orientation-recours ;
- distribution, présence et attitudes du secteur privé ;
- adoption par les fabricants de médicaments du conditionnement par dose et volonté d'appuyer la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme.

2.2 *Fixer les principaux buts et objectifs*

Il est important de se fixer des buts afin d'orienter les décisions subséquentes. Voici quelques exemples de buts généraux possibles :

- Réduire chez les enfants de moins de 5 ans la mortalité et la morbidité dues à la non disponibilité des traitements, à leur inaccessibilité, à la non observance, aux traitements inappropriés et à l'absence d'orientation-recours.
- Assurer la qualité du traitement en améliorant la formulation, le conditionnement, l'adéquation, et le stockage.
- Réformer les pratiques de prestation et de consommation ainsi que de traitement.

2.3 Créer un groupe de travail restreint

La mise en œuvre à l'échelle nationale de la prise en charge à domicile du paludisme est une tâche énorme à laquelle toutes les parties prenantes doivent s'associer. Un programme ne peut à lui seul assumer tous les éléments de la mise en œuvre. Dans les pays qui se sont attelés à cette tâche, la constitution d'un groupe de travail restreint comprenant toutes les parties prenantes s'est avéré utile sur le plan de la sensibilisation, de la planification et de l'exécution. Le groupe doit avoir des relations solides avec les principaux départements du ministère de la santé – PCIME, autorités de contrôle pharmaceutique, produits pharmaceutiques, éducation et promotion de la santé, etc.

2.4 **Entreprendre des actions de sensibilisation, forger des partenariats, mobiliser des ressources**

La prise en charge à domicile du paludisme ne peut se faire efficacement sans plaider, partenariats et ressources. Ce sont là les aspects les plus difficiles car la stratégie est nouvelle et que, par conséquent, il faut sensibiliser les partenaires pour qu'ils appuient sa mise en œuvre. Les tâches dont il faut s'acquitter sont les suivantes :

- élaborer une stratégie et un plan de sensibilisation ;
- forger des partenariats utiles ;
- mobiliser des ressources.

Elaborer une stratégie et un plan de sensibilisation

L'objectif de la sensibilisation est de créer un climat de soutien autour de la PECADOM – il est crucial que le secteur public de la santé, les organisations gouvernementales et non gouvernementales, et les secteurs commercial, juridique, politique, médical, les médias ainsi que les donateurs deviennent parties prenantes et participent à la stratégie. On trouvera de plus amples informations sur les activités de plaider dans le RBM advocacy guide (OMS, 2000).

Méthodes à employer

Le plaider consiste à traiter de questions particulières à différents niveaux en recourant à diverses méthodes :

- envoi de lettres, énoncés, mémorandums ou informations à de hauts fonctionnaires ;

- rencontres interpersonnelles et coups de fil ;
- exposés lors de réunions publiques (conférences, colloques, débats, etc.) ;
- missions sur le terrain ;
- communiqués de presse.

Une stratégie fondée sur les résultats d'une analyse de la situation doit guider chaque effort de sensibilisation afin de l'axer sur des objectifs précis. Comme la tâche est énorme, il convient de créer un groupe de travail pour élaborer une stratégie de sensibilisation et planifier les activités.

Démarche à suivre pour élaborer une stratégie de plaidoyer

On procédera comme suit :

- Déterminer le public principal et secondaire auquel on s'adresse (les professionnels, les indécis, les concurrents, p.ex. ceux qui vendent des médicaments contrefaits ou inappropriés).
- Etablir des objectifs simples précis, mesurables, pertinents et liés à des échéances précises.
- Présenter les enjeux de manière à offrir aux décideurs un avantage unique et motivant.
- Trouver des ressources et prévoir de former des coalitions et de mobiliser des appuis. Identifier et faire appel à tous les partenaires utiles, à des partisans de coalition, à des porte-parole et aux médias, et collaborer avec eux. Repérer les concurrents.
- Concevoir les activités les mieux adaptées au public visé.
- Affiner les positions de manière à obtenir une unité de vues. Minimiser l'opposition ou trouver autant de terrains d'entente et de zones d'intérêt commun que possible.
- Préparer un plan de mise en œuvre et un budget.
- Prévoir et combiner de nombreuses voies de communication, y compris des contacts personnels, les médias locaux, les moyens de communication de masse (presse, radio, télévision), et les nouvelles technologies de l'information comme le courrier électronique et l'internet.

Il est important de tenir compte d'autres points de vue ainsi que de l'opposition à la stratégie, de réagir rapidement et d'adopter une attitude plus conciliante. Il ne faut pas craindre la controverse, mais plutôt la tourner à son avantage (en évitant évidemment toute activité illicite ou contraire à l'éthique). Les dirigeants doivent être tenus responsables de leurs engagements et il faut garder trace des succès et des échecs. Il est bon de reconnaître et d'apprécier le rôle que jouent les dirigeants et les membres de la coalition. Les activités prévues doivent être menées en permanence et à temps. Il faut établir des moyens de tenir les membres de la coalition au courant des activités et résultats, en ayant recours par exemple aux médias, ou par des contacts personnels, des communiqués de presse, des conférences de presse et en faisant appel à une assistance professionnelle. Plus important encore, il faut suivre l'opinion publique et faire connaître tout changement positif.

Continuité

Le plaidoyer n'est ni une politique isolée ni une promulgation, mais un processus continu. Prévoir la continuité signifie formuler des objectifs à long terme, cimenter les coalitions fonctionnelles, et faire en sorte que les données et arguments correspondent à l'évolution de la situation. Pour suivre ce qui se passe, on procédera :

- à l'évaluation de la nouvelle situation ;
- au suivi de la mise en œuvre pour voir si les changements escomptés se produisent et, si ce n'est pas le cas, on reverra la stratégie et les actions antérieures, on répétera le processus de sensibilisation ou l'on déterminera d'autres actions à mener ;
- à l'établissement de plans pour soutenir/renforcer le changement.

Le plaidoyer pourra s'avérer difficile là où les fonds publics sont dévolus aux districts ou à des niveaux inférieurs, auprès des professions médicales qui y verraient une perte d'autorité voire de clients, et auprès des pharmacies au cas où des distributeurs non traditionnels seraient employés. Il est particulièrement important de négocier, de vendre et de préconiser constamment la prise en charge à domicile du paludisme, concept nouveau qu'il est nécessaire de faire accepter favorablement.

Forger des partenariats et définir les rôles

Coalition de partenaires

La mise en œuvre à l'échelle nationale de la PECADOM implique la participation de grand nombre de partenaires dont le ministère de la santé, d'autres départements ministériels à l'échelon national, du district et local, de la collectivité, du secteur commercial privé (y compris les distributeurs, les fabricants et les professionnels de la santé), des médias, des ONG nationales et internationales, des organisations à assise communautaire, des agents de santé communautaires, des associations de vendeurs de spécialités pharmaceutiques, des guérisseurs et tradipraticiens, des écoles, des notables et des leaders d'opinion, des organisations religieuses et des associations féminines. Le rôle que doit assumer chacun des partenaires doit être clairement défini dès le départ et ils doivent tous être incités à participer activement au groupe de travail et à toutes les activités par le biais de personnes occupant un poste clé dans leur organisation. Les éléments suivants sont importants pour forger et maintenir des partenariats :

- travailler en réseau pour élargir et maintenir le partenariat ;
- recenser et vérifier les faits et données clés et les incorporer dans le plan pour appuyer la stratégie de mise en œuvre de la PECADOM ;
- rassembler les données ou la documentation qui étayent l'importance de la PECADOM, et organiser une réunion de sensibilisation ;
- identifier les partenaires ayant un atout particulier qui pourraient diriger certaines activités de la stratégie ;
- déléguer clairement les activités de mise en œuvre aux partenaires, mais contrôler certains événements et activités ;
- établir un calendrier et l'ordre dans lequel les activités doivent être accomplies en vue de maximiser l'impact positif ;

- souligner l'urgence et le degré de priorité des actions recommandées ;
- faire participer les médias électroniques en organisant la couverture d'événements heureux, présenter les nouvelles données, et rendre hommage à ceux qui en sont responsables ;
- obtenir un soutien visible de la part des autorités centrales, du district et locales ;
- veiller à ce que les partenaires soient consultés fréquemment et qu'ils aient un forum où débattre des questions, même pendant la mise en œuvre.

Atouts des partenaires – quelques exemples

- *L'Etat : assure la crédibilité et renforce la mise en œuvre en donnant accès aux ressources publiques et en promouvant le programme par le biais des réseaux de santé publique.*
- *L'administration nationale ou fédérale : peut se charger de négocier avec les fabricants et d'assurer la qualité.*
- *Les autorités du district : peuvent acheter et distribuer les médicaments en veillant à ce que les agents communautaires en reçoivent régulièrement.*
- *Le secteur commercial privé : a souvent la capacité de fournir des produits de qualité, de les distribuer efficacement, et d'assurer leur commercialisation grâce à la publicité.*
- *Les ONG internationales ont pour atouts : la possibilité d'accéder au financement, le plaidoyer, l'assistance technique, la possibilité d'aider à la mise en œuvre, une expérience plurinationale, l'expérience de la commercialisation sociale.*

Intégration à d'autres programmes

Du stade de la planification à celui où l'on atteint la communauté, l'intégration des activités à celles d'autres programmes de santé pourrait réduire les activités redondantes, éviter le gaspillage de temps et d'argent, et contribuer à rendre les méthodes et les messages plus homogènes. Les structures et programmes en place, tels que le Programme élargi de vaccination (PEV), qui dispensent des services de santé maternelle et infantile, peuvent être utilisés pour la distribution d'antipaludiques conditionnés en unités thérapeutiques aux personnes qui ont la charge de jeunes enfants.

On prévoira la mise en œuvre de manière à ce qu'elle coïncide avec d'autres interventions d'information et de prévention comme la commercialisation sociale de moustiquaires imprégnées d'insecticide. L'intégration à d'autres programmes peut se faire au moyen d'activités combinées d'éducation et de sensibilisation, notamment au niveau local, p. ex., offrir, avec le traitement, une moustiquaire et des coupons de réduction.

Principales composantes de la mise à l'échelle et rôles que pourraient assumer les partenaires

Les partenaires de la mise en œuvre ne seront pas les mêmes selon les pays. Leurs responsabilités peuvent comprendre la production de matériels IEC ; la réalisation de programmes visant à modifier les comportements ; la promotion, l'éducation et la formation des agents de santé communautaires ; et la prestation directe de soins au

niveau local. Parmi les partenaires, on peut compter les ONG, les municipalités et le personnel de santé des secteurs public et privé. Voici quelques exemples de composantes importantes du programme où les partenaires auraient un rôle à jouer :

- *Enregistrement et homologation des antipaludiques*

Le programme de lutte antipaludique pourrait être appelé à présenter des informations pertinentes à d'autres entités, et les organes nationaux de réglementation des produits pharmaceutiques devront enregistrer et homologuer les médicaments.

- *Informations concernant le paludisme*

Le ministère de la santé, en collaboration avec d'autres départements ministériels et des établissements de recherche, devra fournir des informations officielles concernant les populations, les pratiques en matière de traitement, les antipaludiques homologués, et la surveillance de la qualité des médicaments.

- *Importation des produits*

Les organismes exonérés d'impôts comme les ambassades et les institutions des Nations Unies pourraient, lorsqu'il s'agit de produits importés, aider à en réduire le coût par des achats groupés ou les faire bénéficier de l'exemption des droits de douane.

- *Stockage et distribution*

Les organisations gouvernementales, non gouvernementales ou commerciales peuvent aider au stockage et à la distribution des médicaments. Parmi les distributeurs potentiels d'antipaludiques citons les formations sanitaires, les hôpitaux, les pharmacies, les vendeurs, les supermarchés, les églises, les écoles, les coopératives, les ASV, les ASC et les sociétés locales.

- *Formation*

On peut trouver des formateurs compétents auprès du ministère de la santé, des établissements de santé des districts, des universités, des institutions de développement et des ONG.

- *Modification du comportement*

Une ONG spécialisée dans la modification du comportement par le biais de la commercialisation sociale pourrait concevoir une marque, un logo et des matériels publicitaires. Les universités sont une autre source potentielle d'informations théoriques et pratiques sur les méthodes de modification du comportement. Les établissements de santé, les écoles, les groupes communautaires et les troupes théâtrales peuvent participer à des activités d'éducation et de promotion pour la prise en charge à domicile du paludisme. Les médias locaux peuvent faire passer des messages publicitaires et pédagogiques.

- *Suivi et évaluation*

Les sociologues attachés à des universités, au gouvernement, à des ONG, et à des institutions des Nations Unies peuvent aider à concevoir une recherche communautaire, participative ou opérationnelle et mener à bien une évaluation externe.

Mobilisation des ressources et financement

La mobilisation des ressources est essentielle à la mise en œuvre à l'échelle nationale du programme, et des plans doivent être établis pour en assurer la viabilité. Cependant, il est parfois nécessaire de commencer avec les moyens du bord pour démontrer ce que la stratégie peut accomplir. Il est important de rédiger un projet de financement en utilisant toute l'information et les plans d'action dont on dispose, estimer le montant requis, et obtenir l'aval du groupe de travail.

L'Etat doit approuver le projet et être prêt à y contribuer – ses ressources sont plus durables que celles des donateurs. Il est toutefois important de songer à des donateurs potentiels et au type de projet qu'il faudrait leur soumettre. Essayer de déterminer leurs intérêts et besoins ; s'il y a de bonnes raisons de croire qu'ils sont intéressés, se renseigner dans la mesure du possible sur le type de projet et les précisions qu'ils demandent.

Il est important de convaincre les donateurs et d'autres partenaires que la PECADOM est un bon investissement. Ceci ne devrait pas poser de difficultés parce que l'on sait que le traitement du paludisme est une intervention rentable. Goodman, Coleman et Mills (2000) ont démontré à l'aide d'un modèle de prise en charge de cas que le conditionnement par dose, la formation et l'éducation sanitaire pour améliorer l'observance avaient coûté au Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie US\$ 0,09 par malade externe et US\$ 500 000 par an. Le Ghana avance des arguments de poids en déclarant que le paludisme compte pour 40% des consultations externes.

Un projet doit décrire avec précision les principales composantes du programme, à savoir médicaments et conditionnement, fabrication, achat, plans de distribution, éducation communautaire, matériels publicitaires, suivi et évaluation, et budget global. Il est important que le groupe de travail indique les décisions et les plans concernant l'approvisionnement, la méthode de distribution, et la stratégie de modification du comportement, et envisage la question du recouvrement des coûts. Si des interventions multiples sont prévues, veiller à ce que les activités d'appel de fonds ne soient pas menées séparément par chacune d'entre elles mais coordonnées, que le donateur s'engage pour l'ensemble du programme ou seulement pour certains de ses éléments. On peut « mettre bout à bout » les fonds pour couvrir le programme tout entier, par exemple, le donateur A finance la formation des agents de santé communautaire, le donateur B se charge de la campagne nationale IEC, et le donateur C prend à son compte le coût des médicaments et du conditionnement. Pour gérer ce type d'arrangement, il faut de fortes compétences administratives, mais il permet d'éviter que la viabilité du programme dépende du bon vouloir d'un seul donateur.

Grand nombre de donateurs ont des directives particulières ou une liste d'exigences en matière de proposition de programme, et il est important de s'y conformer. Demandez au donateur les lignes directrices concernant la soumission de projets et à ceux dont la soumission a été agréée par ce donateur des conseils en la matière. N'oubliez pas que la prise en charge à domicile du paludisme est une idée relativement nouvelle et qu'il faut donc convaincre le donateur de son bien-fondé. La plupart des donateurs souhaitent être associés à un projet positif, réalisable, et dont les objectifs sont clairs et mesurables. Les donateurs s'intéressent notamment à ce qui suit :

- des plans pour la reconnaissance du programme, partenariat avec d'autres, contributions au programme (en espèces ou en nature) ;

- une analyse des coûts par bénéficiaire, preuve du succès de l'intervention dans un environnement similaire, besoins du programme ;
- la disponibilité de capacités actuelles de mise en œuvre, potentiel de viabilité ;
- l'intégration aux programmes en place, preuve qu'il n'y a pas de chevauchements inutiles.

Quelques sources potentielles de financement

- *Administrations nationales et locales*
- *Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme*
- *Institutions des Nations Unies : Banque mondiale et Banque africaine de développement*
- *Fondations*
- *Organismes d'Etat : USAID et Gouvernement italien*
- *Organisations non gouvernementales : Rotary International*
- *Secteur privé : fabricants locaux, médias et organes publicitaires*

Lancement du programme

Une cérémonie spéciale de lancement (ou plusieurs cérémonies si l'on utilise une approche par étapes) est une activité promotionnelle qui sert à présenter le programme et à susciter l'enthousiasme et la prise de conscience de la population cible. Dans certains contextes, le moment choisi pour le lancement revêt une grande importance ; il est particulièrement efficace lorsque la mise en œuvre est déjà amorcée. Le lancement devrait de préférence coïncider avec le début de la saison palustre, alors que la population est particulièrement soucieuse de se prémunir contre la maladie et de se faire soigner.

Le lancement ne doit cependant pas retarder la mise en œuvre du programme ni coûter trop d'argent. Il pourrait même consister simplement en une réunion avec les notables de la communauté, les politiciens locaux, les volontaires communautaires et les agents de santé qui transmettent ensuite l'information aux habitants de leurs villages respectifs. Pour les grands lancements, il est souhaitable d'inviter la presse pour qu'elle diffuse l'information.

2.5 Elaborer des politiques et réglementations en matière de médicaments

On peut faciliter la planification du programme et le processus de mise en œuvre et même épargner de l'argent en abordant les aspects politiques et juridiques de la prise en charge à domicile. Il pourrait s'avérer nécessaire d'analyser et de modifier les lois et règlements en vigueur afin que les médicaments puissent être obtenus en vente libre sans ordonnance et que différents fournisseurs puissent conserver les médicaments sans avoir de permis. Il se peut aussi qu'il faille renforcer les procédures d'homologation et de contrôle de la qualité des médicaments.

Une fois que les décisions de principe ont été prises, il faut les énoncer clairement et les faire connaître. Les dispositions doivent être suffisamment souples pour permettre des modifications de la politique thérapeutique, par exemple, adopter de nouveaux antipaludiques pour le traitement de première intention.

Exemples de décisions de principe qui pourraient s'imposer

- *Supprimer graduellement les comprimés en vrac et faire du conditionnement unidose accompagné d'instructions la nouvelle règle pour les antipaludiques.*
- *Supprimer graduellement les sirops pour les enfants et les remplacer par des comprimés pour enfants.*
- *Éliminer les obstacles à la distribution d'antipaludiques.*
- *Ajuster le prix des médicaments et la marge bénéficiaire des fournisseurs de manière à ce qu'ils correspondent aux objectifs du programme.*
- *Éliminer les droits de douane pour les médicaments ou créer des protections pour les antipaludiques.*
- *S'attaquer aux barrières inutiles relatives à la publicité, à la promotion et à l'éducation.*
- *Exiger que les commerçants vendent à leurs clients le traitement complet, surtout si les comprimés sont disponibles à l'unité.*
- *Favoriser l'enregistrement des médicaments par les fabricants.*
- *Permettre à une agence d'exécution d'enregistrer un antipaludique sous une marque.*
- *Etablir de nouvelles dispositions sur la base des recherches menées dans le pays concerné.*

2.6 Elaborer des matériels de formation et d'information, éducation et communication

Formation des prestataires

Elaborer des matériels de formation pour les différents prestataires censés participer à la mise en œuvre du programme. La formation du personnel de santé, des agents de santé communautaire, des distributeurs communautaires de médicaments, des mères et du secteur commercial privé est fondamentale pour une mise en œuvre accomplie de la stratégie ; elle doit être bien préparée et prévoir un nombre limité de participants par cours. Dans la plupart des cas, les collectivités choisissent des personnes qui savent lire et écrire, mais il arrive que les participants soient illettrés. Les cours doivent donc être simples et les tâches à accomplir doivent être expliquées très clairement.

Pour le secteur commercial privé, il est important d'énumérer les types de fournisseurs qui assureront la vente des médicaments dans la communauté (pharmacies, magasins où l'on vend des médicaments, échoppes) et les tâches qu'ils devront assumer ; il convient d'évaluer leurs besoins en formation et l'accès aux antipaludiques.

Information, éducation et communication

Il faut élaborer des matériels IEC ciblés pour aider à promouvoir la stratégie et en imprimer une quantité suffisante pour tous les besoins escomptés. Il est d'ordinaire plus économique de faire imprimer une grande quantité en une fois que de faire réimprimer des petites quantités chaque fois que l'on est à court. Les matériels doivent être distribués à temps afin qu'ils soient, avant le lancement, dans les centres de distribution et entre les mains de ceux qui vont les utiliser.

2.7 Prévoir l'achat et le stockage des médicaments

Achat

L'achat des médicaments doit être bien organisé. Pour réduire les coûts, il est conseillé de grouper les achats, ce qui permet des économies d'échelle. Les médicaments peuvent être achetés par le biais du système national d'achat, c'est-à-dire auprès de fournisseurs certifiés et agréés par l'administration concernée ou le système d'achat national, ou importés par l'intermédiaire des institutions des Nations Unies. Les normes en matière de médicaments et d'étiquetage, la durée de conservation maximale et les normes de conditionnement doivent être clairement données aux fournisseurs.

Les médicaments doivent être de très bonne qualité et fabriqués selon les bonnes pratiques de fabrication (BPF). Il est important de se procurer des médicaments de très bonne qualité et d'établir des points d'accès et de traitement, p. ex., dispensaires, pharmacies, dispensaires tenus par des ONG, vendeurs bénévoles. La manière dont les secteurs public et privé peuvent avoir accès aux médicaments doit être clairement établie afin que les médicaments réservés au secteur public ne finissent pas sur le marché. Ceci peut se faire en permettant au secteur privé de se procurer les médicaments à travers le système de distribution national ou en permettant au secteur privé d'utiliser leurs propres marques que les fabricants peuvent leur fournir par les voies qu'ils utilisent d'ordinaire.

Stockage

Le stockage des médicaments est un aspect crucial du programme, notamment lorsqu'il s'agit de quantités trop grandes pour que les districts ou les magasins des établissements de santé puissent s'en charger. Il faut prévoir un système de stockage bien défini. En général, les magasins du secteur de la santé publique sont les plus indiqués car il existe d'habitude un magasin pharmaceutique national ou des magasins de district ou de sous-district. Au niveau local, on pourrait prévoir un mécanisme pour la conservation de la quantité nécessaire de médicaments et éviter ainsi le stockage périphérique de trop grandes quantités.

Pour le secteur privé, le stockage peut être superflu étant donné qu'il s'approvisionne auprès des pharmacies et points de vente de médicaments. Il est essentiel de superviser les livraisons et de veiller à ce qu'elles soient effectuées en temps voulu pour que les familles qui entendent parler du programme et qui demandent des soins ne soient pas déçues. La distribution doit être coordonnée par les services de santé du district afin que les médicaments préconditionnés soient disponibles en permanence dans les établissements de santé et dans la communauté. Il est également essentiel de prévoir un système de collecte des médicaments périmés.

2.8 Décider d'une stratégie de mise en œuvre – comment et quoi renforcer

Décider d'une stratégie de mise en œuvre

Il convient d'envisager de créer un groupe de travail, composé des représentants des principales parties prenantes et des partenaires, qui sera chargé de la surveillance et de la coordination. En décidant d'une stratégie de mise en œuvre, tenir à l'esprit ce qu'il faut faire pour atteindre dans les délais convenus les buts, objectifs et cibles que l'on s'est fixé. C'est sur la base de ces buts, objectifs et cibles qu'il convient de décider de ce qu'il faut développer en termes de couverture géographique et des parties ou secteurs en jeu.

Quelle que soit la stratégie de mise en œuvre retenue, il est important de songer aux compétences et au personnel dont on aura besoin pour les activités envisagées. Décider du type de compétence requis pour chacune des activités ci-dessous, et estimer le temps de travail nécessaire pour les accomplir.

Stratégies de mise en œuvre

Commercialisation à finalité sociale

La commercialisation à finalité sociale utilise les méthodes commerciales, y compris les concepts de segment de marché, des études consommateurs et de communication pour rendre les antipaludiques acceptables et créer la demande. Elle peut inclure des aspects de la distribution commerciale associés à des incitations, des subsides et des apports de gestion ou de publicité provenant du secteur public ou d'une ONG. Le but est d'appuyer les systèmes de distribution dans le court terme pendant que l'on crée la demande et jusqu'à ce que le marché soit bien établi.

En subventionnant les coûts de distribution et/ou en introduisant une réglementation des prix on veille à ce que les prix soient aussi bas que possible tout en laissant aux distributeurs une marge bénéficiaire raisonnable. Ces approches visent à permettre aux magasins et autres points de vente de vendre à la communauté avant que le lien avec le système commercial ne soit établi. On espère ainsi qu'une fois que les gens connaîtront ces produits et leurs effets bénéfiques, ils continueront à les réclamer et qu'il y aura donc une demande importante.

Dans le cas de la PECADOM, la commercialisation à finalité sociale pourrait englober des interventions visant à améliorer la production, le conditionnement et l'étiquetage des antipaludiques, l'établissement de prix négociés et abordables, la promotion et l'éducation du public, et l'introduction du programme dans les secteurs public et privé.

Mise à l'échelle en utilisant la sous-traitance

Sous-traiter signifie confier le travail à l'extérieur et, de ce fait, entrer en relation avec des protagonistes possédant des compétences complémentaires. Les ministères de la santé, par exemple, ont toujours sous-traité l'accès aux ressources qu'ils ne peuvent obtenir à eux seuls. L'externalisation offre de nombreux avantages. D'un point de vue tactique, l'externalisation peut aider le ministère de la santé à réduire ou à contrôler les frais de fonctionnement et à acquérir des fonds, à avoir accès à des

ressources externes, et à être secondé dans les fonctions difficiles à gérer ou impossibles à maîtriser. Sur le plan stratégique, l'externalisation peut aider le ministère de la santé à mieux centrer les efforts sur les programmes de prise en charge à domicile, à bénéficier de plus grandes compétences, à accélérer les retombées, à partager les risques, et à libérer des ressources pour d'autres programmes.

Grâce à la sous-traitance, on peut se dispenser de créer de nouveaux postes administratifs. Si le sous-traitant est une ONG, la capacité de celle-ci à œuvrer au niveau local et à servir de lien entre le secteur commercial et l'administration publique peut constituer un atout considérable. D'autre part, l'avantage d'un sous-traitant commercial serait de faire le lien avec la commercialisation sociale et le secteur privé. Il est toujours important de veiller à ce que l'on sous-traite à une organisation fiable et connue pour son expérience. Cette organisation devra entre autres :

- comprendre les besoins de la santé publique et y souscrire ;
- comprendre les questions liées au paludisme et à son traitement dans le pays ;
- être à même d'élargir le programme ;
- savoir collaborer avec d'autres institutions ;
- comprendre le secteur commercial (fabricants, distributeurs, agences de publicité) ;
- comprendre les questions politiques et juridiques ;
- être attachée à l'idée d'accessibilité économique ;
- s'attacher à obtenir des fonds ;
- avoir un bon rapport coût/efficacité ;
- avoir une approche souple afin de satisfaire les besoins nationaux/communautaires ;
- correspondre aux besoins de recherche du ministère de la santé.

Mobilisation de la communauté

Il s'agit là d'engager avec la collectivité un dialogue sur la santé pour que les membres de la communauté et les prestataires de service se comprennent. Ce processus doit être entamé au niveau local et enclenché par l'introduction du programme de prise en charge à domicile, une campagne médiatique, voire l'application d'une nouvelle politique thérapeutique antipaludique. Une fois que l'on sait ce que la collectivité souhaite sur le plan de la santé, on établit des plans d'action conjoints. Les collectivités décident alors de la manière de réaliser le programme, du choix des prestataires les plus qualifiés, de leur participation, et des récompenses pour les bénévoles.

On peut également utiliser ce processus pour élaborer des messages et matériels en collaboration avec les membres de la communauté.

Élargissement du système de distribution

On peut recourir à diverses structures pour assurer l'accès des communautés aux médicaments nécessaires au programme de prise en charge à domicile du paludisme. Toutefois, selon le pays, les besoins particuliers du programme et les politiques thérapeutiques, il faudra inévitablement combiner différentes structures. On trouvera ci-dessous un résumé de la structure de mise en œuvre que l'on pourrait utiliser.

Systèmes de santé publique

La distribution peut être organisée par le biais des systèmes publics comme suit :

- On peut confier la distribution d'antipaludiques commercialisés sous une marque à une infrastructure de distribution déjà en place, par exemple celle qui approvisionne les formations sanitaires publiques.
- On peut adopter une approche ad hoc, et utiliser les véhicules qui livrent les produits des magasins de l'Etat aux administrations périphériques, aux centres de santé ou à d'autres points.
- On peut établir un système de distribution distinct expressément pour les antipaludiques.

Systèmes des organisations non gouvernementales

Les ONG peuvent aborder la distribution de l'une des deux manières suivantes, selon leurs activités :

- Celles qui mettent en œuvre un programme de PECADOM peuvent organiser leur propre système de distribution.
- Celles dont les activités sont centrées sur la distribution, p. ex., fourniture de médicaments essentiels, peuvent distribuer les antipaludiques par le biais de leurs filières en place.

Un système de distribution organisé par une ONG pour son propre programme peut bien fonctionner, mais son coût risque de le rendre non viable lorsque l'apport des donateurs n'est plus disponible. Si l'ONG est petite, son champ d'action sera limité dans l'espace.

Secteur commercial

Le secteur commercial distribue le traitement par le biais du système commercial de distribution et des points de vente au détail existants. Dans la plupart des régions, il existe des grandes et petites capables de fabriquer un produit avec compétence. Elles peuvent également le distribuer au moyen des filières commerciales locales. Quand le secteur privé met un produit sur le marché et le fait bien connaître, les gens l'achètent. Pour que cette approche porte des fruits, il faut que la demande soit suffisamment grande ou que l'on mette sur pied une campagne visant à la créer. Le prix du produit doit être assez bas pour être abordable et suffisamment élevé pour inclure une marge bénéficiaire susceptible de motiver les distributeurs. Le recours au système basé sur le secteur privé ne présente pas généralement de problème de viabilité.

Décider de la manière d'élargir le programme

Il faut d'abord comparer les avantages d'un processus par étapes (lancement région par région de certaines composantes du programme, ou élargissement de la couverture de certaines interventions à différents moments) à ceux d'une mise en œuvre dans l'ensemble du pays. Certains pays ont pris la décision de commencer par s'occuper de la population la plus vulnérable, p. ex., les enfants d'abord et ensuite les adultes. Toutefois, quelle que soit la stratégie retenue, il faut toujours tenir compte de la disponibilité des ressources et des capacités de mise en œuvre.

Le tableau met en regard les points forts et les points faibles des deux approches.

Tableau 1. **Points forts et points faibles de la stratégie par étapes et de la stratégie qui s'étend à l'ensemble du pays**

	Etape par étape	Ensemble du pays
Atouts	<ul style="list-style-type: none"> • Plus gérable, notamment lorsque les ressources financières sont limitées • Donne la possibilité de tirer les enseignements de l'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> • Suscite l'intérêt des fabricants de médicaments • L'impact est national grâce aux programmes IEC, par exemple • Suscite l'intérêt des donateurs • Permet des économies d'échelle
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Le financement peut être difficile à obtenir • Le programme peut perdre de son élan • Le programme est vulnérable aux changements de priorités et, par conséquent, à l'attribution des fonds à d'autres domaines • Les régions ne faisant pas partie de la phase initiale pourraient en prendre ombrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Les coûts et le nombre de personnel nécessaire pourraient être énormes • On court le risque de ne pas avoir choisi la stratégie la mieux appropriée

Décider de ce qu'il faut mettre en œuvre à grande échelle

Augmenter le nombre de dispensateurs de soins formés, disponibles à proximité du domicile

Ceci peut se faire de différentes manières : formation des dispensateurs se trouvant déjà dans la communauté ou identifier des nouveaux dispensateurs, adaptés à la tâche. Après la formation, il faut prévoir de leur fournir des antipaludiques conditionnés par dose. Il convient également de prévoir :

- un programme de formation national, régional ou de district pour les dispensateurs communautaires de traitement tels que ASC, bénévoles villageois, mères de famille, conseillers communautaires, commerçants, et vendeurs de médicaments afin d'améliorer les compétences et les pratiques en matière de thérapeutique antipaludique ;
- une vaste disponibilité en antipaludiques de première intention prêts à être distribués par le biais des dispensateurs dûment formés, afin que le traitement soit disponible aussi près du domicile que possible.

Améliorer la qualité et l'adhésion au traitement antipaludique

Veiller à la qualité des antipaludiques est important et peut se faire grâce au préconditionnement en UT. Diverses études ont montré que le préconditionnement favorise l'adhésion. Améliorer la qualité des médicaments et augmenter l'adhésion au moyen de plaquettes thermoformées d'antipaludiques de première intention est l'approche recommandée pour au moins le groupe le plus à risque et les moins de cinq ans. Les emballages spéciaux pour enfants sont également recommandés.

Faire mieux connaître le paludisme et son traitement à la population

C'est à l'intention de la population que l'on souhaite mettre à l'échelle nationale la PECADOM ; il est donc crucial d'éduquer les gens et d'améliorer leurs connaissances. A condition de disposer partout d'antipaludiques de bonne qualité, on peut démarrer une campagne nationale IEC sur la détection, le comportement de recours aux soins et le traitement du paludisme. Certains des moyens à employer sont décrits ci-après :

- *Imprimés*

Les formations sanitaires mettent des affiches au mur et le personnel utilise des brochures pour expliquer aux familles comment traiter les cas de paludisme. Des affiches sont placées également dans les lieux fréquentés : marchés, bureaux de poste, magasins, etc.

- *Diffusion de messages à des groupements*

On peut diffuser les messages au moyen de spots radiophoniques et faire des démonstrations lors de réunions communautaires, des unités audio-visuelles mobiles peuvent se rendre dans les communautés et projeter des vidéos sur le traitement antipaludique, et l'on peut demander à des groupes de théâtre de jouer des scènes publicitaires.

- *Communication interpersonnelle*

Les personnels de santé enseignent aux clients le diagnostic et le traitement du paludisme ; ils répondent aux questions et s'assurent que les clients ont bien compris comment utiliser les antipaludiques. Les pharmaciens et les commerçants promeuvent le traitement et savent expliquer aux clients comment utiliser le produit qu'ils leur vendent. Les représentants du comité sanitaire du voisinage peuvent parler aux membres de la communauté du traitement.

2.9 Elaborer un plan de suivi et de supervision

Plan de suivi

Le suivi de la mise en œuvre du programme est essentiel car il fournit des informations systématiques, cohérentes et fiables sur les progrès réalisés. La collecte et l'utilisation systématiques des données doit donc faire partie intégrante, dès le début, de la mise en œuvre et de la gestion du programme, à l'aide des indicateurs FRP établis. Les données obtenues au moyen des indicateurs permettent de repérer les problèmes et d'y remédier rapidement.

Plan d'évaluation

Le plan d'évaluation doit être élaboré dès le départ car il est crucial de vérifier que les objectifs ont bien été atteints. Pour mener l'évaluation, il faut recueillir les informations avant et pendant une période donnée de la mise en œuvre et de la gestion du programme ; ces informations sont comparées et analysées pour vérifier que les activités (stratégies) proposées et mises en œuvre ont donné de bons résultats. Ceci

peut être fait par tous les partenaires ou au moyen d'une évaluation externe, à mi-parcours, une fois par an, ou après un laps de temps opportun. L'évaluation du processus peut s'avérer plus importante et plus difficile que l'évaluation de l'impact, mais elle est cruciale pour orienter les nouvelles activités de mise en œuvre. Voici certains des aspects qu'il faut prévoir :

- établir et mesurer les indicateurs intermédiaires et de processus ;
- évaluer des événements et activités particuliers ;
- constater les changements en se fondant sur les objectifs précis, mesurables, pertinents et liés à des échéances précises ;
- comparer les résultats finaux aux indicateurs pour mesurer le changement ;
- constater les changements imprévus ;
- faire connaître les résultats aux parties prenantes et publier les succès de manière claire et compréhensible.

2.10 Coûts et fixation des prix

La stratégie de mise en œuvre doit faire la part des facteurs de coûts et de fixation des prix ci-après, étant donné qu'ils ont une incidence sur la conception du programme et sur les efforts de plaidoyer :

- *Subvention croisée*

On peut utiliser un système différentiel de fixation des prix au moyen duquel, par exemple, la vente d'un antipaludique (ou d'autres produits) plus coûteux pour les soins de santé privés contribue à couvrir le coût des antipaludiques distribués aux pauvres, de la publicité et de l'IEC, du suivi et de l'évaluation.

- *Economies d'échelle*

La grande production se traduit par une réduction des coûts. C'est pourquoi, il serait bon d'envisager, dans le cadre du programme, d'acheter les antipaludiques et les autres produits en grande quantité, de grouper les commandes avec celles d'autres pays, et de centraliser la production des affiches et des brochures, etc.

- *Les médicaments pour le traitement à domicile devraient-ils être distribués gratuitement ?*

Il s'agit là d'une question de principe qui est infléchie par les politiques en vigueur, la viabilité financière et les effets sanitaires escomptés.

Dans les pays où le secteur de la santé publique pratique déjà le recouvrement des coûts et où des mécanismes d'exemption bien rodés existent, il pourrait être plus réaliste de faire payer les médicaments mis à la disposition des communautés et des ménages.

Dans les pays comme l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Erythrée, l'Éthiopie et l'Ouganda où les médicaments sont distribués gratuitement, cette gratuité devrait sans doute s'appliquer également au traitement à domicile.

L'accès gratuit aux médicaments et aux services peut avoir pour résultat de donner aux personnes les plus pauvres et les plus nécessiteuses un plus grand accès aux soins de santé. Celles-ci peuvent toutefois penser qu'il s'agit de médicaments inefficaces ou de mauvaise qualité, ce qui peut les amener à mal les utiliser et notamment à les stocker ou à les vendre au marché noir. Il se peut aussi que la gratuité ne soit pas soutenable à long terme.

Le coût du traitement doit être aussi peu élevé que possible pour que les plus vulnérables puissent se le procurer. Grâce aux enquêtes sur la capacité de payer on peut déterminer ce que les ménages les plus démunis peuvent se permettre.

En dernière analyse, l'accès à des soins de santé appropriés est le droit fondamental de chaque enfant, et personne ne devrait être privé de traitement faute d'argent. Dans les situations de catastrophe, tout paiement, même symbolique est, pour ainsi dire, impossible.

2.11 Liste de contrôle des activités à mener à bien avant le passage à grande échelle

- Analyser la situation concernant l'offre, la demande et les pratiques (fixation des prix, qualité, revenus, préférences, accès, facilité d'utilisation, information, qui sont les décideurs et comment les viser).
- Organiser des réunions avec le ministère de la santé, les médecins des secteurs public et privé, les pharmaciens.
- Créer des équipes techniques pour effectuer diverses tâches et mobiliser des fonds.
- Concevoir le programme et prendre des décisions concernant les principales stratégies :
 - utilisation du produit en place – engager ou non un fabricant nouveau sur la base de la qualité des médicaments, de sa réputation, du conditionnement, de l'enregistrement et du prix ;
 - introduction d'un nouveau produit – tenir compte de l'approbation du ministère de la santé, des délais de livraison, de l'effet sur le marché ;
 - stratégie locale, échelonnée ou nationale assortie d'un plan détaillé de passage à plus grande échelle ;
 - stratégie de distribution – distributeurs en place, distributeurs commerciaux, agents de santé communautaires.
- Communication/publicité :
 - étudier l'effet des messages.
- Rédiger des propositions, obtenir un financement, trouver des partenaires pour aider à réaliser le programme.
- Achats/conditionnement/prix :
 - choisir le contenu des emballages ; catégories âge et poids ;
 - choisir le fabricant du médicament et des plaquettes thermoformées ou si ces dernières ne sont pas disponibles, se procurer des machines pour ce type de conditionnement ;
 - concevoir le conditionnement, les encarts, les distributeurs, etc. ;

- évaluer les prix auprès des différents groupes d'âge et des deux sexes ;
- produire des plaquettes thermoformées.
- Formation :
 - élaborer des programmes de formation (concernant le diagnostic et le traitement de première intention) à l'intention des vendeurs et des ASC ;
 - imprimer des brochures/diagrammes pour la formation du personnel soignant ;
 - sélectionner et former les prestataires.
- Lancement/distribution:
 - distribuer les médicaments ;
 - organiser les activités de lancement régional ou local ;
 - reconstituer les stocks.
- Suivi et évaluation continue :
 - suivre les prestataires ;
 - suivre l'observance du traitement par les patients à l'aide d'entretiens, de rapports des vendeurs, etc. ;
 - évaluer la stratégie de commercialisation ;
 - suivre la prestation des distributeurs et des agents de santé ;
 - recueillir des données sur les résultats et retombées sanitaires ;
 - répercuter les résultats dans les décisions stratégiques.

Module A : Améliorer la médication

Conditionnement par unités thérapeutiques, formulations pédiatriques, étiquetage et instructions, marques

Tâches

- Sélectionner le (les) antipaludique(s)
- Concevoir l'emballage et les instructions
- Décider d'une formulation pédiatrique
- Sélectionner le (les) fabricant(s)
- Assurer la qualité
- Elaborer une marque – nom et logo
- Traiter des questions d'achat

Pour améliorer considérablement la prise en charge des cas de paludisme et réduire ainsi le fardeau de la maladie, l'un des changements les plus importants que peut adopter un programme de lutte antipaludique est le conditionnement par unités thérapeutiques.

Avantages du pré-conditionnement des antipaludiques

1. **Meilleure prise en charge des cas** – dosage selon le poids et/ou l'âge.
2. **Meilleure adhésion au traitement** – instructions faciles à comprendre et faciles à retenir ; conseils plus efficaces.
3. **Réduction des coûts par épisode pour la famille** – moins de médicaments prescrits et élimination du risque de consommation excessive de chloroquine.
4. **Accueil très favorable** – de la part du personnel et des patients.

Les plaquettes thermoformées (“blister”) sont bien supérieures aux enveloppes ou aux sachets en plastique. Des études montrent qu'elles ont pour avantage d'être plus appropriées, plus faciles à utiliser et plus commodes, et qu'elles sont aussi plus économiques – même si l'on tient compte de la dépense supplémentaire occasionnée par le conditionnement spécial (coût que le consommateur ne doit pas nécessairement absorber) (Yeboah-Antwi et al., 2001). Pour les points de vente des médicaments, le pré-conditionnement associé à des activités visant à créer une demande peut se traduire par une augmentation des rentrées, ce qui montre que les avantages s'appliquent aussi bien au secteur privé que public. Même quand la disponibilité et le prix du traitement ne posent pas problème, il est fort possible que la création de la demande, le conditionnement par dose et les instructions favorisent le diagnostic et l'observance.

Le fait de disposer d'un pré-conditionnement et d'instructions est très libérateur. Les consommateurs préfèrent les antipaludiques pré-conditionnés et accompagnés d'instructions car, lorsque celles-ci sont claires, ils n'ont besoin de personne pour les leur lire.

Le conditionnement par dose associé à des activités IEC appropriées et à la commercialisation sociale revêt une importance encore plus grande lorsqu'un pays est forcé d'abandonner la chloroquine, d'utilisation assez simple, comme traitement de première intention.

Il est important de noter qu'en adoptant le conditionnement unidose pour le traitement du paludisme, on améliore la prise en charge des cas quel que soit le médicament utilisé, simplement parce qu'il favorise une meilleure observance de la posologie et du schéma thérapeutique. En outre, les mécanismes de mise en œuvre nécessaires pour une distribution à grande échelle d'antipaludiques conditionnés par unités thérapeutiques diffèrent très peu d'un médicament à l'autre et peuvent être adaptés au cas où le traitement serait modifié.

La question du prix

Grâce au conditionnement par dose, la somme d'argent que le pourvoyeur de soins doit déboursier « sur le champ » (facteur crucial pour les gens pauvres) est moindre que pour l'achat d'un nombre standard de comprimés (p.ex. 20) qui est d'ordinaire supérieur à la quantité requise pour soigner un seul épisode palustre.

Il est vrai que les comprimés qui restent peuvent servir au traitement d'autres épisodes et réduire ainsi les coûts par épisode. Cependant, il s'agit d'une pratique que l'on déconseille actuellement car elle entraîne le plus souvent un mauvaise qualité de traitement.

A.1 Choix d'un antipaludique

Le choix de l'antipaludique qu'utilise le programme est déterminé par la politique pharmaceutique en vigueur dans le pays concerné. Néanmoins, il est utile d'examiner les avantages et les inconvénients du recours à un médicament de première intention déjà sur le marché et de la création d'un nouveau produit ou d'une nouvelle marque.

Recours à des médicaments recommandés de première intention déjà sur le marché

Il est possible de subventionner et de promouvoir un produit qui se trouve déjà sur le marché si les objectifs du programme et du fabricant coïncident. Les avantages du recours à ces médicaments sont les suivants :

- La qualité d'un antipaludique déjà commercialisé et utilisé peut être garantie.
- Les délais de lancement du programme de promotion de la prise en charge à domicile sont plus courts.
- Si le médicament est bien accepté et apprécié, les gens connaissent déjà son utilité.

- Reconnaissant les avantages des activités prévues de création de la demande, le fabricant pourrait accepter d'apporter des changements à la formule, au conditionnement et au nom.
- Si les produits ont la qualité requise, un certain nombre de médicaments déjà sur le marché pourraient se voir attribuer un nouveau nom de marque et/ou un label de qualité, sans manifester de préférence pour un fabricant particulier.
- Les frais initiaux sont sans doute moins élevés que ceux qu'impliquerait la création d'un nouveau produit ou d'une nouvelle marque.

Les inconvénients pourraient inclure ce qui suit :

- Tant que le fabricant détient l'antipaludique (qu'il n'existe pas de contrat particulier pour sa production), on peut se trouver confronté à certains problèmes, par exemple, le fabricant peut refuser de modifier le médicament.
- S'il est convenu de conserver la dénomination commerciale du fabricant, celle-ci n'appartiendra pas à l'agent d'exécution.
- Il ne sera pas facile de trouver une solution au problème du coût.
- Les mauvaises habitudes de consommation du médicament pourraient s'avérer difficiles à combattre.

Recours à un schéma thérapeutique relativement nouveau ou création d'un nouveau produit

Ceci pourrait présenter un certain nombre d'avantages :

- droit de regard absolu sur la conception, la formulation finale et le conditionnement ;
- les consommateurs n'ont pris aucune habitude;
- un nouveau médicament peut être commercialisé comme étant nouveau et spécial ;
- de nouveaux noms de marque, y compris ceux donnés par les pouvoirs publics, peuvent facilement être ajoutés.

Parmi les inconvénient éventuels, citons :

- les réactions négatives des fabricants d'antipaludiques déjà sur le marché ;
- des délais plus longs pour le lancement ;
- des coûts de mise en train plus élevés (le produit et la demande doivent être créés).

A.2 Sélectionner les fabricants et surveiller la qualité

Qu'il s'agisse d'un produit ancien ou nouveau, il est primordial de fixer et d'assurer des normes élevées de qualité. Dans une étude de 1998 sur la qualité de la chloroquine à Kampala, on a constaté que 30% des échantillons de comprimés et 33% des échantillons de produits injectables ne contenaient pas la quantité d'ingrédients actifs requise (Ogwal Okeng, communication personnelle). Des quantités importantes de chloroquine commerciale au Nigeria se sont avérées ne pas être conformes aux normes pharmaceutiques. Au Vietnam, on a constaté que 70% des médicaments vendus ne correspondaient pas aux normes de l'OMS et ceci bien qu'ils étaient supposés satisfaire à des normes de qualité (Cong et al., 1998).

Comme le conditionnement unidosé des antipaludiques est relativement récent, il convient de sélectionner prudemment les fabricants ; toutes les phases de la production, de la distribution et de la supervision doivent être négociées. Le choix d'un seul fabricant a l'avantage de rendre la gestion moins lourde et de plaire au fabricant retenu. D'autre part, si l'on en choisit plusieurs, on est moins dépendant d'un fabricant en particulier, on négocie en position de force, et l'on peut mieux répondre aux besoins du marché.

Le principal avantage de la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme pour les fabricants sera l'augmentation de la demande du produit grâce aux activités IEC de création de la demande. En outre, les fabricants auront sans doute accès à des recherches qu'ils n'entreprendraient pas autrement, et pourraient découvrir des possibilités d'innovation et de nouveaux débouchés.

Critères de sélection des fabricants

Il convient d'interroger les fabricants pour savoir :

- s'ils ont la capacité de satisfaire les besoins d'un programme porté à large échelle ;
- s'ils ont un programme de contrôle de la qualité, et s'ils acceptent de soumettre leur production à des examens ;
- quelle a été jusqu'à présent leur capacité de réponse, notamment leur capacité de respecter les délais ;
- s'ils croient au programme de commercialisation sociale et aux besoins particuliers en matière de formulation, de conditionnement et de prix ;
- quelle est leur capacité à collaborer avec un partenaire, s'ils ne fabriquent pas eux-mêmes le conditionnement ;
- quelle est leur expérience en matière de formulation pour enfants et leur demander s'ils sont prêts à produire de nouvelles formulations destinées spécialement à des enfants dans diverses tranches d'âge ;
- s'ils acceptent que le produit soit re-nommé, le cas échéant ;
- quelle est leur capacité à passer de la monothérapie à une thérapie associée, le cas échéant.

A.3 Formulations pour enfants

Dans de nombreux pays, on soigne les enfants à l'aide de sirops ou de comprimés pour adultes qu'il faut diviser pour obtenir la dose prescrite. Ces deux méthodes sont imprécises et souvent causes de sous ou sur-dosage ainsi que de gaspillage des antipaludiques.

Les comprimés ont bien plus d'avantages que les sirops et il est donc recommandé que l'on cesse graduellement de produire des sirops antipaludiques. Au Ghana, on a constaté que, selon la taille de la cuillère utilisée, au lieu des 5 ml censés être administrés la dose pouvait varier de 1ml à 9ml. L'observance du traitement à l'aide du sirop de chloroquine était très faible (42%) – 47% des enfants recevaient une dose insuffisante et 44% une dose trop élevée. Quand les comprimés ont été introduits, l'observance a plus que

doublé (91% avec les comprimés pré-conditionnés par unité thérapeutique) et ceci indépendamment du niveau d'instruction des pourvoyeurs de soins. 90% d'entre eux ont dit être favorables aux comprimés et 62% des mères ont dit préférer les comprimés pré-conditionnés au sirop (Ansah, 2001).

Une fois sensibilisés et formés, les personnes chargées de donner les soins comme les mères n'ont pas de difficulté à administrer correctement les comprimés car il n'est plus nécessaire de mesurer la dose et que les instructions sur le paquet sont simples à suivre. Parmi les autres avantages, citons le coût des comprimés pré-conditionnés par unité thérapeutique qui est le tiers du coût du sirop, et le goût des comprimés qui est plus agréable que celui du sirop. Par ailleurs, les mères ne seront plus tentées de garder pour une autre fois le sirop qui reste et qui, du fait de son instabilité, ne doit pas être conservé longtemps. L'OMS et l'UNICEF déconseillent en général le recours aux sirops, et il convient de noter que la PCIME ne les utilise pas.

Les comprimés présentent toutefois des inconvénients. On est obligé de les casser pour arriver au bon dosage, mais sans garantie d'exactitude, et en plus il y a gaspillage. Si le client demande au fournisseur de le faire pour lui, il lui fait perdre du temps et le résultat n'est pas nécessairement plus exact.

Pour éviter les risques liés à la division des comprimés, il est important de faire pression sur les fabricants pour qu'ils produisent des antipaludiques à des doses appropriées pour les enfants (par exemple, des comprimés de chloroquine de 75 mg). Les efforts visant à changer les attitudes concernant l'utilisation de sirops doivent également cibler les consommateurs.

Les avantages mentionnés ci-dessus fournissent de bons arguments pour « vendre » cette nouvelle approche et démontrer qu'il est faux de penser que les comprimés ne conviennent qu'aux adultes et qu'ils provoquent, contrairement au sirop, des vomissements. La recherche montre que les comprimés de taille réduite se vendent mieux parce que les gens pensent qu'ils sont « adaptés » aux enfants et donc plus faciles à prendre.

La recherche a également démontré que le goût des antipaludiques présente un problème dans de nombreux pays, dont le Burkina Faso et le Nigeria. Il convient donc de préparer des comprimés qui plaisent aux enfants et qui masquent le goût amer susceptible de les faire vomir et, par conséquent, de réduire l'observance. Il faut montrer aux consommateurs comment écraser ou dissoudre les comprimés et les mélanger à du sucre ou à des aliments.

***La Chine** a réussi à améliorer l'observance grâce au conditionnement sous plaquette thermoformée avec instructions écrites. Les dispensateurs de soins de santé donnent à présent aux patients une boîte contenant le traitement sur 3 jours avec indications sur l'emballage (Rozendaal, 2000). Au Cambodge, l'emballage externe qui se déplie contient des instructions ainsi que des informations concernant l'autodiagnostic, la détection des symptômes palustres, etc. (Rozendaal, 2000).*

Les activités d'éducation et de promotion doivent inclure cette information, et il convient d'examiner d'autres moyens de simplifier le processus de dosage. La promotion doit inclure une campagne qui cible les jeunes enfants et leur montre comment coopérer au traitement.

A.4 Médicaments supplémentaires

Il est possible d'ajouter un autre médicament au traitement antipaludique conditionné par dose, par exemple un antibiotique (le cotrimoxazole) pour soigner les affections respiratoires aiguës. Des recherches sont actuellement menées pour étudier les effets d'une telle association sur la survie de l'enfant. Bien que l'on associe souvent le paracétamol au traitement antipaludique pour réduire la fièvre, cela n'est pas strictement nécessaire étant donné que la chloroquine a une action antipyrétique.

Il convient de prendre soin de mettre en balance les avantages et les risques d'ajouter d'autres médicaments aux antipaludiques pré-conditionnés. Si d'une part en ajoutant un médicament on soigne plus d'une maladie potentiellement mortelle, on augmente par ailleurs le prix du traitement antipaludique et, de ce fait, le risque de sa non observance.

A.5 Conditionnement et étiquetage

Les sachets scellés, les plaquettes « pillow » et les plaquettes thermoformées (*blisters*) sont des conditionnements d'un usage facile que l'utilisateur est emmené à distinguer dans leurs dosages différents pour les différentes tranches d'âge et à reconnaître comme "unité thérapeutique" pour la cure complète d'un épisode de maladie. Le choix du conditionnement dépend des ressources financières, de la préférence des consommateurs, et des capacités en matière d'emballage. Les blisters, bien que relativement plus onéreux sont ce qu'il y a de mieux : ils permettent une meilleure conservation du médicament, sont faciles à ouvrir et ont une apparence professionnelle. Par contre, la production de sachets scellés ne fait pas appel à une technologie de pointe et peut être entreprise localement, d'où la possibilité de superviser étroitement le processus. Si le programme se charge du conditionnement, il doit obtenir un moule pour les plaquettes et veiller à ce que le conditionnement soit conforme aux normes d'hygiène. Des activités préparatoires devront donc précéder la production, mais une fois que la technologie est acquise, on peut utiliser ce mode de conditionnement pour d'autres médicaments et partager ainsi les coûts avec d'autres programmes (Stefan Hoyer, communication personnelle).

Au Nigeria, il a été possible de convaincre les sociétés pharmaceutiques de produire des antipaludiques préconditionnés, à des dosages adaptés à l'âge ou au poids, et relativement peu chers. Deux types de plaquettes thermoformées ont été mis au point :

- pour les nourrissons de 6-12 mois : 3 comprimés de 75 mg de chloroquine, prendre un comprimé une fois par jour ;
- pour les enfants de 1-5 ans : 3 comprimés de 150 mg de chloroquine, prendre un comprimé une fois par jour.

Ces deux boîtes se distinguent facilement par la taille et la couleur. Les comprimés de 75 mg sont plus petits, la boîte est bleue et porte l'image d'un enfant à quatre pattes. Les boîtes sont recouvertes d'un sac nylon hermétique.

Comme il a déjà été mentionné, un des principaux avantages du conditionnement unidose par rapport à des comprimés en vrac, c'est qu'il est possible de l'accompagner

d'un diagramme explicatif qui peut être inséré dans la boîte, ou mieux encore imprimé sur celle-ci, ou les deux. Les illustrations et les instructions doivent expliquer à qui le traitement est destiné (âge/poids), à quels moments de la journée il doit être administré, et les doses à combiner, le cas échéant. Il convient d'accorder une attention particulière aux instructions illustrées étant donné que la population cible consiste principalement en pourvoyeurs de soins illettrés. Il faut également envisager des moyens d'inciter les patients à suivre le traitement jusqu'au bout.

Les emballages pour les différents groupes d'âge/poids doivent se reconnaître facilement à la couleur. Comme les estimations d'âge ne sont pas toujours fiables, il vaut mieux distinguer les groupes d'âge par des illustrations d'enfant au sein, à quatre pattes, debout, et en train de parler. Le paquet doit contenir les informations suivantes : dates de fabrication et de péremption, posologie, intervalle entre les prises et moment de la journée où prendre le médicament, durée du traitement, mises en garde, conservation du produit, et effets secondaires. Il convient d'inclure l'image d'un moustique pour indiquer qu'il s'agit d'un antipaludique.

Si différentes voies de distribution sont utilisées pour atteindre certains groupes cibles, p. ex., s'il y a un traitement gratuit dans le secteur de santé publique et qu'il y a également une marque vendue dans le secteur privé, la différence entre ces produits doit apparaître sur l'emballage. En outre on peut vendre le même médicament à un prix plus élevé aux personnes qui en ont les moyens et utiliser les profits ainsi générés pour subventionner les produits destinés aux personnes démunies. Dans ce cas également, il faut indiquer sur l'emballage à qui le produit est destiné.

En installant dans les magasins des dispensateurs, on facilite la vente du traitement approprié à l'âge/poids. La conception de ces boîtes et de l'emballage externe doit donc être envisagée. Pour indiquer la qualité et prévenir le frelatage, il convient de sceller l'emballage externe.

A.6 Dénomination commerciale, nouvelle dénomination, nom « général »

Il est utile de commercialiser les médicaments préconditionnés sous une marque surtout lorsqu'il y a de nombreux antipaludiques sur le marché et que certains n'ont pas été approuvés pour le traitement du paludisme : différents médicaments ont différents schémas thérapeutiques ce qui risque de dérouter les consommateurs. Dans une étude sur le traitement du paludisme chez l'enfant menée dans le district de Rakai en Ouganda (Twebaze, communication personnelle), il a été noté que pour la plupart (61,4%) les gens achetaient de la chloroquine sous plaquettes thermoformées et portant une dénomination commerciale (p. ex., Homaquine ou Dawaquine), et estimaient que ces antipaludiques étaient plus « branchés » et plus puissants que le produit générique. Un nom de produit lancé officiellement peut avoir une influence positive sur l'observance du traitement.

En choisissant le nom d'un produit, il faut tenir à l'esprit le fait que toute modification de la politique pharmaceutique, surtout en raison de la résistance aux médicaments de première intention, aura une incidence sur la dénomination commerciale. Pour que la transition se fasse en douceur sans courir le risque de perdre des membres de la

« famille » des consommateurs, il serait bon d'envisager d'utiliser des noms similaires ou identiques.

Étant donné qu'il existe de très nombreuses contrefaçons, le « label » d'organisations reconnues (OMS, UNICEF, USAID, ministère de la Santé) peut être utile et servir de dénomination « générale » pour plusieurs antipaludiques agréés.

A.7 Meilleures pratiques et leçons à tirer

En général

- Le pré-conditionnement est efficace ; il offre de nombreux avantages au dispensateur et au consommateur

Prestation de services

- Utiliser les avantages du pré-conditionnement, y compris les profits, pour persuader les fournisseurs privés de consacrer davantage de temps à leurs clients. (La formation peut inclure les règles à observer en matière de service aux clients.)
- Trouver des suggestions à donner aux pourvoyeurs de soins pour surmonter les difficultés qu'ils pourraient avoir (goût désagréable, vomissements) lorsqu'ils administrent les médicaments.

Conditionnement

- Avant de décider de l'aspect du conditionnement, envisager la possibilité qu'il faille changer de médicament de première intention à mi-parcours du programme ; il ne faut pas que la connaissance du produit se perde avec un changement de conditionnement.
- Les instructions concernant la conservation du produit au domicile doivent insister sur l'importance de garder les médicaments hors de la portée des enfants (autre avantage des plaquettes thermoformées). Un emballage inviolable pourrait être utile, donner davantage confiance au consommateur, et servir de point fort pour la promotion.
- Fabriquer l'emballage (la plaquette, la boîte, les instructions) de manière à ce que le ménage ne le jette qu'une fois le traitement terminé. Ceci contribuera à une meilleure adhésion.
- L'étiquetage devrait inclure des illustrations et des mots expliquant clairement les dates, les doses, les intervalles entre les doses, à quel moment de la journée il faut prendre le médicament, la durée du traitement, les mises en garde, le mode de conservation, les effets secondaires.
- Veiller à ce que les instructions soient très claires et n'induisent pas en erreur.
- Éviter les sacs en polyéthylène qui risquent de se désintégrer en l'espace d'un mois s'ils ne sont pas stockés convenablement (Yeboah-Antwi, 2001).
- Prévoir une boîte de taille standard pour toutes les catégories d'âge (pour la distribution, l'étalage, etc.).

- Les instructions figurant sur les boîtes de médicaments conditionnés par dose peuvent être les mêmes pour tous les groupes d'âge/poids, les informations particulières au médicament se trouvant dans la boîte étant mises en évidence avec une couleur différente.
- En plaçant les médicaments destinés aux différents groupes d'âge et de poids dans des boîtes de distribution distinctes, on évite de mélanger par erreur les emballages.
- Inclure le label de qualité d'une organisation reconnue.

Formulation du médicament

- Il est préférable d'utiliser des comprimés spécialement formulés avec un dosage pour les enfants, plutôt que des morceaux de comprimés pour adultes ou des poudres ou sirops pour enfants. Les comprimés pour enfants devraient être accompagnés d'instructions sur la manière de les réduire en poudre et de les rendre plus agréables au goût.
- Les comprimés pour enfants doivent être plus petits que ceux pour adultes.

Dénomination commerciale

- La dénomination commerciale aide le consommateur à reconnaître un médicament agréé.
- Donner au médicament un nom qui ait une certaine résonance (qui évoque des soins, la santé ou le bien-être, et/ou qui exhorte le consommateur à l'essayer en premier, c'est-à-dire avant d'autres remèdes à la maison).

Divers

- Éviter de marquer le prix sur une étiquette (que le fournisseur peut enlever) ou de fixer un prix définitif (qui ne peut être ajusté selon les besoins). Les campagnes IEC peuvent servir de truchement pour faire connaître le prix aux populations.
- On peut enrichir le suivi du programme en demandant aux consommateurs de rapporter, une fois le traitement terminé, l'emballage contre récompense (comme cela s'est fait au Cambodge) afin d'obtenir une rétro-information. Au cours de la phase d'essai, le programme a recueilli au moment de l'achat du médicament des renseignements personnels (nom, âge, sexe, adresse, personne pour qui les médicaments ont été achetés, lieu de l'infection, traitement de réserve), et quand l'emballage d'origine a été rapporté et la récompense financière perçue, des informations sur l'observance et les résultats. En mettant un numéro de série sur les emballages, on peut retracer les produits à leur point de vente et déceler les mauvaises pratiques (Rozendaal, 2000).
- La mise au point du conditionnement dans le cadre d'une recherche permet d'évaluer l'adhésion (Gomes et al., 1998). Les mesures de suivi et de contrôle de la qualité sont utiles pour la stratégie du programme et pour les activités de recherche fondamentale.

Module B: Multiplier les possibilités d'accès aux médicaments

Points de vente traditionnels et non traditionnels, approvisionnement assuré, et accès dans les zones rurales

Tâches

- Dresser la liste des points d'accès à la communauté pouvant servir à la distribution des médicaments.
- Sélectionner les fournisseurs (réseaux commercial et non commercial).
- Envisager des mécanismes de motivation ou de rémunération des dispensateurs.
- Etudier et évaluer les méthodes de distribution possibles notamment les systèmes ou infrastructures publiques et privés en place.
- Choisir des moyens de distribution et les organiser minutieusement.

Du fait de l'éloignement des centres de santé, des coûts directs et indirects du déplacement, des longues files d'attente ou de l'absence de médicaments au dispensaire, il est rare que les ménages aient chez eux le traitement dont ils ont besoin (McCombie, 1996). On estime que 20% seulement de la population rurale en Afrique a accès à un établissement de santé, à un diagnostic ou à des soins (Ahorlu et al., 1997).

L'avantage de la prise en charge à domicile est qu'en moyenne ceux qui la pratiquent commencent à se soigner trois jours plus tôt que ceux qui ont recours au secteur de la santé publique (McCombie, 1996). Au Ghana, les symptômes sont signalés à la maison le jour même de leur apparition ; par contre, la durée moyenne des symptômes chez un enfant avant qu'il ne soit examiné par un centre de santé est de trois jours (Dunyo et al., 2000). En Ouganda, 38% des personnes attendant de se faire soigner dans un centre de santé étaient malades depuis plus d'une semaine et 24% depuis plus de deux semaines (Kengeya-Kayondo, 1993). En Thaïlande, il fallait attendre en moyenne une semaine avant d'être reçu dans un dispensaire (Foster, 1991). Il ne faut pas oublier en lisant ces données que la plupart des décès imputables au paludisme chez les enfants se produisent au cours des 48 heures qui suivent l'apparition de la maladie. Même en l'absence de preuves catégoriques, tout porte à croire qu'une intervention rapide a un effet considérable sur l'issue de la maladie.

En 1991, on a estimé que le secteur privé fournissait de 40% à 60% des antipaludiques, et davantage dans les zones rurales. Les points de vente non officiels représentaient 20% à 50% de la distribution du secteur privé et 25% des médicaments de toutes provenances (Foster, 1991).

Avant la mise en place des programmes de médicaments essentiels au Kenya, au Zimbabwe et dans divers autres pays, ce sont surtout les commerçants qui vendaient les antipaludiques. Les consommateurs déclarent que les échoppes offraient un service plus rapide, des heures d'ouverture plus commodes et des médicaments appréciés de meilleure qualité que le secteur public ; les commerçants posaient peu de questions mais donnaient de bons conseils et étaient mieux achalandés et plus aimables que d'autres sources (Foster, 1991). Au Togo, les mères se procuraient des antipaludiques principalement auprès de vendeurs privés (Foster, 1991). D'après une étude menée en 1985 au Zimbabwe, 43% des antipaludiques provenaient d'échoppes estimées mieux approvisionnées en médicaments que les centres de santé (McCombie, 1996). En Ouganda, 42% des médicaments étaient achetés sans ordonnance pour les soins à domicile ; 28% de tous les médicaments (pas uniquement les antipaludiques) avaient été achetés dans des dispensaires privés, 16% se trouvaient déjà à domicile, 10% provenaient de pharmacies, et 4% avaient été donnés par des voisins ou des parents (Lubanga, 1997).

Les gens préfèrent s'adresser au secteur privé pour de nombreuses raisons : facilité d'accès, bon approvisionnement en médicaments, qualité des services, prix, possibilité d'acheter à crédit et d'acheter les comprimés à l'unité c'est-à-dire acheter la quantité qui correspond aux moyens que l'on a (Goel, 1996). Les zones urbaines sont plus favorisées que les zones rurales où les médicaments sont rares, en rupture de stock ou introuvables. Ne pouvant avoir accès à des produits pharmaceutiques, les gens se rabattent sur des remèdes à leur portée. Cela dit, les vendeurs de médicaments et les points de vente privés ont leurs propres objectifs et sont prêts à sacrifier la qualité des services pour une plus grande marge bénéficiaire.

Acheter des antipaludiques en « quantité abordable » dans les points de vente privés

Ces achats auprès de vendeurs non supervisés et non qualifiés donnent souvent lieu à un dosage insuffisant qui se solde, sur le plan individuel, par un traitement moins efficace et, sur le plan général, par une augmentation du risque de pharmacorésistance.

S'il est crucial pour augmenter l'accès aux médicaments au niveau local de faire participer le secteur privé, il est non moins clair qu'il faut veiller, moyennant formation et supervision, à ce que le traitement acheté à ce secteur soit bon et complet (Marsh et al., 1999). A cet égard, l'utilisation de médicaments conditionnés par unité thérapeutique est une mesure des plus efficaces pour atteindre cet objectif.

La PECADOM repose sur un accès prompt et facile des ménages concernés à un traitement antipaludique approprié. Pour ce faire, il faut s'occuper de l'achat, du stockage et de la distribution du produit préconditionné. Les facteurs à retenir pour la distribution sont les suivants :

- l'étendue de la zone qu'il convient de couvrir ;
- les filières ou infrastructures de distribution déjà en place.

Les options en matière de distribution sont les suivantes :

- filières gouvernementales ;
- filières non gouvernementales ;
- secteur commercial ;
- commercialisation sociale.

Ces filières peuvent être utilisées seules ou en association, la deuxième solution étant sans doute plus susceptible de donner les meilleurs résultats.

La planification et la mise en œuvre de chaque option, quel que soit le mode de distribution, feront intervenir les mêmes étapes :

- acheter le produit ;
- fixer son prix ;
- organiser la distribution au travers de filières reconnues, dignes de confiance, et pratiques ;
- régler la logistique du transport et de la distribution ;
- élaborer des matériels didactiques ;
- former ou informer le personnel des points de vente ;
- gérer l'écoulement du produit et les rentrées ;
- faire des prévisions en vue d'une situation d'urgence ;
- suivre et évaluer.

*La distribution au **Burkina Faso** est intégrée dans un système en place. « Avec la vente du premier stock de médicaments (qui avait été fourni gratuitement), l'agent de santé communautaire a créé un fonds de roulement qui lui a permis de reconstituer le stock en achetant de nouveaux médicaments conditionnés par unité thérapeutique à la pharmacie du centre de santé. Le centre de santé est approvisionné par l'échelon supérieur, le magasin du district, qui à son tour est approvisionné par le magasin régional que le magasin du niveau central fournit. La partie de la chaîne menant au centre de santé est antérieure au programme et a été mise en place dans le cadre de l'Initiative de Bamako. » (Pagnoni F. et al., 1997).*

B.1 Modes éventuels de distribution, y compris les filières en place

Filières gouvernementales

La distribution peut être organisée par le biais des filières gouvernementales d'une ou de diverses manières :

- ajouter le antipaludique commercialisé sous une marque au un réseau de distribution déjà en place, comme celui pour l'approvisionnement des centres de santé publique;
- adopter une approche ad hoc, et utiliser les véhicules qui livrent les produits des magasins de l'Etat aux administrations périphériques, aux centres de santé ou à d'autres points ;
- établir un système de distribution distinct expressément pour les antipaludiques.

Les filières gouvernementales sont d'ordinaire à même de distribuer de grandes quantités de produits dans des zones reculées et mal desservies. Elles permettent une meilleure intégration dans le système de santé ainsi que des économies d'échelle. Toutefois, il faut disposer de véhicules en bon état et de personnel, ce que certains gouvernements ne peuvent se permettre ou ne peuvent gérer. Le recours aux filières d'Etat pour la distribution pourrait avoir pour effet de détourner des ressources destinées à d'autres activités de santé et pourrait ne pas être viable à long terme sans planification prudente. Il faut toujours explorer la possibilité d'instituer un système public de distribution qui fonctionne parallèlement à un système privé.

Filières des organisations non gouvernementales

Les organisations non gouvernementales peuvent aborder la distribution de l'une des deux manières suivantes, selon leurs activités :

- celles qui mettent en œuvre un programme de prise en charge domiciliaire du paludisme peuvent organiser leur propre système de distribution ;
- celles qui centrent leurs activités sur la distribution, p. ex., fourniture de médicaments essentiels, peuvent distribuer les antipaludiques par le biais de leurs filières en place.

Un système de distribution organisé par une ONG pour son propre programme peut bien fonctionner, mais son coût risque de le rendre non viable lorsque l'apport des donateurs tarit. Si l'ONG est petite, son champ d'action sera limité dans l'espace.

La distribution qui se base sur une ONG plus importante a l'avantage d'utiliser les structures existantes et par là même d'être plus crédible et soutenable. Il faut obtenir la permission de l'autorité appropriée pour distribuer le traitement et les ressources pour couvrir les coûts de distribution.

Le modèle nigérian

L'analyse de situation au Nigeria a montré que la majorité des personnes (60%) agit rapidement et se rend chez les vendeurs agréés pour acheter le traitement. Cependant, seul 20% reçoivent un traitement correct. Les vendeurs connaissent le traitement correct, mais laissent le client acheter la quantité que son pouvoir d'achat lui permet d'acheter (p. ex. "pour une valeur de 5 Naira...")

L'expérience du Nigeria est un exemple d'efforts conjugués en matière de couverture. Les interventions comprenaient le traitement conditionné par UT, la formation des distributeurs, l'IEC, le suivi et l'évaluation. Trois catégories de distributeurs locaux – les ASC, les vendeurs agréés et le personnel de santé – ont été employés pour servir à des buts différents. Les personnels de santé ont vendu plus (par personne) en raison de leur emplacement central; les vendeurs agréés ont vendu plus comme groupe et étaient disponibles à n'importe quelle heure et dans les endroits plus reculés; ils associaient accessibilité à tout moment et emplacement central; du point de vue statistique, l'utilisation des médicaments du programme était associée avec les ASC et les vendeurs agréés. La leçon à tirer était qu'il fallait une variété de distributeurs pour satisfaire les besoins de la communauté et que ceci a produit une stratégie viable pour atteindre les zones rurales. La politique doit soutenir toute catégorie de distributeur et les différentes formes de gestion de programme qui sont nécessaires au niveau d'un gouvernement décentralisé, où le plaidoyer joue un rôle souvent plus important que d'autres aspects de la mise en œuvre.

Une approche très commune est la distribution de produits de santé à travers d'un ensemble de systèmes, à la fois gouvernementaux et non-gouvernementaux. Les produits sont distribués ou vendus par les dispensaires des ONG, les centres et les postes de santé gouvernementaux, les pharmacies privées et publiques, etc. L'avantage de ce système conjugué est qu'il peut atteindre certains individus non desservis par les canaux commerciaux, et que les dépenses initiales sont moindre par rapport à une approche basée sur le secteur privé.

Secteur commercial

Le traitement peut être distribué par le biais des filières de distribution commerciale et des points de vente au détail. Dans la plupart des régions, il existe de grandes et petites sociétés capables de fabriquer un produit et de le distribuer au moyen de filières commerciales appropriées au lieu. Quand le secteur privé met un produit sur le marché et le fait bien connaître, les gens l'achètent. Pour que cette approche porte des fruits, il faut que la demande soit suffisamment grande ou que l'on mette sur pied une campagne visant à la créer. Le prix du produit doit être assez bas pour être abordable et suffisamment élevé pour inclure une marge bénéficiaire susceptible de motiver les distributeurs. Le recours à un arrangement avec le secteur privé ne présente pas dans l'ensemble de problème de viabilité.

Si un programme décide de recourir au secteur privé pour la distribution, il faut qu'il soit bien convenu dès le départ que les sociétés privées ne fixeront pas le prix des produits à des niveaux inabordables pour la population cible.

Commercialisation à finalité sociale

La commercialisation à finalité sociale peut inclure des aspects de la distribution commerciale associés à des incitations, des subsides et des apports de gestion ou de publicité provenant du secteur public ou d'une ONG. Le but est d'appuyer les systèmes de distribution dans le court terme pendant que l'on crée la demande et jusqu'à ce que le marché soit bien établi. En subventionnant les coûts de distribution et/ou en introduisant une réglementation des prix on veille à ce que les prix soient aussi bas que possible tout en laissant aux distributeurs une marge bénéficiaire raisonnable. Ces approches visent à permettre aux magasins et autres détaillants de vendre à la communauté avant que le lien avec le système commercial ne soit établi. On espère ainsi qu'une fois que les gens connaîtront ces produits et leurs effets bénéfiques, ils continueront à les réclamer et qu'il y aura donc une demande importante.

La commercialisation sociale peut être très efficace et combiner les avantages de la distribution du secteur privé avec les connaissances et l'expérience de la prestation traditionnelle des soins de santé. Elle suscite de l'engouement pour un produit et comprend un système de distribution grâce auquel le produit est accessible et vendu (pas trop cher, mais n'est pas gratuit) afin que le consommateur l'apprécie à sa juste valeur et l'utilise.

Des coordonnateurs de marketing social peuvent orienter la stratégie de distribution. Les distributeurs reçoivent les produits qui ont été importés ou fabriqués, les

emmagasinent convenablement et les vendent à des grossistes et à des points de vente au détail. Ils doivent également veiller au bon approvisionnement des points de vente. Le processus de distribution doit être bien étudié afin que le groupe cible soit convenablement desservi. La commercialisation sociale fournira suffisamment d'avantages aux distributeurs pour qu'ils stockent, mettent en avant, distribuent et vendent le traitement. Le prix du traitement demeurera abordable pour le consommateur, mais les marges bénéficiaires seront semblables à celles du secteur privé. La stratégie de gestion des filières de distribution sera d'abord centrée sur les points de vente connus tels que pharmacies et magasins de vente au détail pour donner au nom commercial du traitement crédibilité et une bonne image de marque. On peut avoir recours à des agents commerciaux pour atteindre les points de vente non classiques.

Un directeur commercial régional pourra superviser les institutions de recherche chargées des audits de distribution. Ces audits contrôleront le rythme des ventes (quantité vendue par mois par le point de vente), le pourcentage de points de vente du traitement par type, les techniques commerciales (publicité sur le lieu de vente, présentoir), le prix de détail du produit, les modes de renouvellement des stocks, et la part de marché. Les données proviennent des rapports mensuels sur la distribution et les ventes ainsi que d'enquêtes périodiques sur la distribution ; elles permettent de suivre la situation.

Il est également possible, si l'on dispose d'un moindre appui financier, d'utiliser des éléments de la commercialisation sociale dans d'autres types de systèmes de distribution. Par exemple, un programme peut utiliser les études auprès des consommateurs pour la mise au point d'une dénomination commerciale et de moyens publicitaires pour un traitement qui serait distribué et promu au travers des filières gouvernementales ou non gouvernementales.

Distribution communautaire

La distribution communautaire devrait dans l'idéal faire partie de tout mode de distribution, gouvernemental, commercial ou à but social, qui confierait les médicaments aux agents de santé communautaires. La distribution communautaire peut s'avérer la plus onéreuse et la plus lente, mais elle est sans doute le meilleur moyen d'atteindre les marchés non desservis. Les variations possibles de la distribution sont les suivantes :

- conservation des médicaments emballés en unidoses par les agents de santé communautaires et les mères ayant subi une formation leur permettant d'instruire les autres, et de promouvoir et distribuer des médicaments ;
- de multiples détaillants/fournisseurs dont le personnel de santé, les agents de santé communautaires et les vendeurs de médicaments ;
- les agents de santé communautaires seuls fournisseurs, supervisés par le personnel de santé.

Tout programme doit étudier tous les modes de distribution possibles. Chacune des possibilités offre un avantage unique, et l'on accroît les chances de succès et de survie du programme si l'on a recours à plusieurs d'entre elles. Par exemple, un système complet de distribution pourrait comprendre ce qui suit :

- magasin pharmaceutique central → différents niveaux du système de santé → agent de santé villageois et secteur privé → acheteur ; ou
- entrepôt commercial → grossiste → détaillant → acheteur ; ou
- magasin pharmaceutique central → niveau du district → périphérie → détaillant → acheteur/client.

B.2 Choix des prestataires

Au cours de ces dernières années, un éventail de distributeurs a réussi à fournir rapidement aux populations cibles de petits projets les médicaments qu'il leur fallait. Ces prestataires étaient des coordinatrices (Ethiopie), des pourvoyeurs de soins et des agents de santé communautaires (Burkina Faso), des vendeurs de médicaments (Kenya), des agents communautaires et des personnels de santé (Ghana), des agents de santé communautaires, des vendeurs de médicaments brevetés et des personnels de santé (Nigeria). Il est utile, lors du choix des prestataires locaux de procéder à une analyse de la situation pour voir quelles sont les personnes qui établissent déjà un diagnostic, combien il y a d'agents de santé communautaires et d'autres personnes formées par d'autres programmes, et s'assurer le concours des organisations ou individus qui dispensent des soins de santé. Au Cambodge par exemple, avant que les communautés n'aient accès à des médicaments conditionnés par dose, 90% des diagnostics étaient établis par des agents de santé communautaires. On peut ainsi utiliser pour aller de l'avant un groupe déjà établi et en qui les consommateurs ont confiance.

Il se peut qu'il faille compléter ces effectifs pour subvenir aux besoins du programme, en incorporant par exemple des ASC féminins si le réseau ne comporte que des agents masculins ou en engageant des distributeurs communautaires de médicaments uniquement pour les antipaludiques. Les qualités que l'on souhaite trouver chez un agent de santé communautaire sont l'aptitude à lire et écrire, l'honnêteté et l'intérêt pour les questions de santé. On déterminera le nombre d'agents de santé communautaires qui seront formés d'après les besoins de la communauté concernée ; il pourrait être utile de faire assister aux cours d'autres agents qui pourront assurer la relève.

En Ethiopie, on a appris aux mères à reconnaître les symptômes et les effets secondaires, à administrer la dose exacte en se référant à un plan de traitement, et à faire un compte-rendu tous les mois à une mère coordinatrice chargée de les superviser – intervention qui s'est avérée efficace. Les agents de santé communautaires ont montré aux mères qu'il fallait soigner le paludisme à domicile sans attendre, l'approvisionnement en médicaments étant garanti au centre de santé où les agents de santé assurent la distribution. Grâce à cette formation et aux médicaments, les mères ont pu soigner leurs enfants. Cette intervention s'est soldée par une réduction de 40,6% de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Les coordinatrices ont recueilli des informations concernant les naissances, les décès, les migrations et les orientations-recours, ont vérifié les médicaments, et ont fait état des problèmes (Kidane et Morrow, 2000).

Il est préférable que ce soit la communauté tout entière, une fois qu'elle a été mise au courant et sensibilisée, qui sélectionne les agents de santé communautaires, les distributeurs de médicaments, ou les coordinatrices. Chaque village doit choisir deux distributeurs, ou en moyenne un pour 10 à 15 concessions. Essayer de ne pas influencer le choix, mais guider la collectivité de manière à ce que les distributeurs de médicaments soient bien répartis et que toutes les zones soient desservies.

Dans l'idéal, tous les prestataires mentionnés ci-dessus doivent avoir appris à délivrer à bon escient les médicaments. Il faut leur expliquer clairement leur rôle et leur indiquer combien de temps il leur faudra consacrer aux activités liées au paludisme, le nombre de personnes susceptibles d'avoir besoin de leurs services par mois durant la saison où la transmission est élevée et durant celle où elle est faible, le dosage ou les différents conditionnements par dose pour les différents groupes d'âge. Les prestataires devront également donner des informations en vue d'assurer l'observance, dépister et diriger vers un centre spécialisé les cas graves et les échecs thérapeutiques, tenir des statistiques (p. ex., quantité de médicaments distribués, nombre de cas transférés), et participer à des réunions mensuelles pour débattre des activités, recenser les problèmes, recevoir les médicaments, soumettre les formulaires de rapport et en prendre de nouveaux. En dernière analyse, leur rôle est de distribuer des médicaments et d'assurer une éducation sanitaire, de dépister/diriger vers un centre spécialisé les cas graves, et de laisser aux mères le soin des cas fébriles simples.

Par le passé, on avait rejeté l'idée de former les mères parce que ceci impliquait de confier des médicaments à des personnes illettrées et non qualifiées. Cependant, il a été démontré que la formation des mères est un outil efficace pour rapprocher le traitement du domicile, notamment dans les zones reculées. De nombreux obstacles à un traitement précoce et prompt sont éliminés quand les médicaments se trouvent à portée de main et qu'ils sont administrés par la mère. Par ailleurs, le comportement de recours aux soins et l'observance sont améliorés car les mères ont appris comment agir.

Au Kenya, grâce à la formation des commerçants, la vente d'antipaludiques pour enfants est passée de 34% à 79% en trois mois, la vente de chloroquine en quantité appropriée est passée de 32% à 83%, et l'utilisation correcte des médicaments a augmenté de 62%.

Les commerçants, au service de 5000 personnes, se sont vus confier la responsabilité de conseiller leurs clients. Ils se sont dit reconnaissants du savoir qui leur a été imparti (qui leur permettait également de soigner les membres de leur famille), du statut social qui leur a été conféré, de la confiance dont ils ont fait l'objet et du profit réalisé (Marsh, 1999).

Les fournisseurs commerciaux pourront être invités à participer aux activités de formation selon le lieu où ils sont basés, et l'on veillera à ce qu'ils soient largement représentés pour assurer la couverture. Il convient de former les vrais prestataires et ne pas se limiter aux gérants des pharmacies. En plus de promouvoir la reconnaissance des symptômes du paludisme et la facilité d'utilisation du conditionnement unidose, la formation peut être un moyen pour les commerçants d'augmenter leurs ventes et leurs profits.

B.3 Rémunération et motivation

Des mécanismes sont nécessaires pour étayer l'interaction entre l'agent de santé communautaire et la collectivité. Le succès de tout programme qui fait intervenir les membres de la communauté dépend de mesures d'encouragement, et les agents de santé communautaires – rémunérés ou pas – ne font pas exception à la règle. Il peut s'agir de l'estime de la communauté, de certificats de participation à des ateliers, de badges ou de tee-shirts signalant leur qualité d'agents de lutte antipaludique ; une prime pourrait être accordée pour certaines prestations ou pour un certain nombre d'années de service au sein du programme. En donnant aux agents de santé communautaires les outils de travail dont ils ont besoin : plans de traitement, fiches de conseil, et stocks de médicaments régulièrement reconstitués, on leur permet d'avoir le sentiment d'accomplir leur tâche avec compétence. L'appui des collègues est également important et est favorisé par une collaboration régulière, des cours de recyclage fréquents ou l'adhésion à une association d'agents de santé communautaire.

Il convient de se pencher attentivement sur la question d'autres mesures d'incitation sous forme de rémunération. Les facteurs dont il faut tenir compte sont le niveau de motivation de la communauté et la gratuité ou non gratuité des médicaments. Bien qu'une récompense pécuniaire fasse courir le risque de rendre « formelle » la relation entre le distributeur de médicaments, le système de santé et la communauté, il serait difficile de s'opposer à ce que les distributeurs qui vendent les médicaments en retirent un certain bénéfice. Dans la région du Tigré, en Ethiopie, par exemple, il n'a pas été nécessaire de donner aux coordinatrices une récompense pécuniaire, la motivation de la population de cette région dévastée par la guerre étant particulièrement forte. Par contre, au Burkina Faso où le programme en place depuis dix ans commençait à s'essouffler, et où les médicaments pré-conditionnés sont vendus, il a été décidé de permettre aux agents de santé communautaires de retenir 10% sur l'argent versé comme mesure de recouvrement des coûts.

*Au Tigré, en **Ethiopie**, le succès du programme ASC est attribué aux facteurs suivants : participation de la communauté, extension de la couverture, approvisionnement constant en médicaments, système d'information fondé sur des rapports systématiques, la recherche opérationnelle, les contributions communautaires en nature et en espèces. Depuis 1994, 735 ASC ont travaillé auprès de 2327 communautés comprenant près de 1 074 000 personnes, avec un taux de réduction naturelle des effectifs de moins de 3%.*

*En **Ouganda**, où des membres désignés de la communauté soignent les cas de paludisme et collectent des données, le taux de déperdition des effectifs est également de moins de 3%. Toutefois, ces personnes ont des exigences et réclament un salaire, des moyens de transport ou d'autres avantages. Dans d'autres programmes, les taux de déperdition des effectifs ont été plus élevés (> 35%) et l'on cherche des moyens de remédier à ce problème.*

*Au **Nigeria** où elle existe depuis plus de 20 ans, la collaboration avec les réseaux d'ASC s'est avérée efficace. Comme au **Burkina Faso** et au **Ghana**, les ASC ont bénéficié de cours de recyclage pour promouvoir les antipaludiques pré-conditionnés.*

Les fournisseurs du secteur commercial pourraient être motivés par le titre de vendeur « agréé » d'antipaludiques, un plus grand volume de ventes ou une plus grande marge bénéficiaire, ou encore des affiches indiquant qu'ils ont suivi une formation en matière de traitement antipaludique. Si l'on demande aux fournisseurs d'assumer des rôles susceptibles de leur faire perdre des rentrées (conseils éclairés en matière de médicaments ou même orientation des patients vers un centre spécialisé), il serait bon de leur offrir des mesures d'incitation non pécuniaires pour compléter leurs revenus. En outre, il convient d'utiliser des activités IEC pour montrer que ces fournisseurs « agréés » sont des éducateurs sanitaires compétents et dignes de la confiance du public.

B.4 Sélection et planification minutieuse des méthodes de distribution

Il faut choisir la méthode, ou la combinaison de méthodes de distribution offrant les meilleures chances d'atteindre les objectifs du programme dans les limites du budget. Il est important de se souvenir que plusieurs points d'accès à la communauté ont été essayés dans différents contextes et se sont avérés utiles en tant qu'intermédiaires pour la distribution. Ils comprennent les coordinatrices, les ASC, les commerçants, les enseignants et les tradipraticiens.

Il serait bon que les planificateurs du programme interrogent les distributeurs potentiels sur les caractéristiques de leur système, à savoir :

- aire de distribution ;
- population couverte ;
- type de point de vente ;
- nombre de points de vente ;
- autres produits distribués ;
- coûts de distribution ;
- fréquence de la distribution ;
- capacité de distribution (p. ex., nombre de véhicules, nombre d'unités du produit qu'ils peuvent transporter dans une période de temps donnée) ;
- recours à des détaillants et accès à ceux-ci ;
- développement éventuel des voies de distribution, y compris vers les points de vente non traditionnels ;
- exclusivité du produit ?

B.5 Achats

En Ouganda, la distribution et le stockage font appel pour la distribution aux unités de santé à tous les niveaux et surtout aux volontaires, suppléés par des distributeurs privés. Les communautés s'occupent du stockage, et l'OMS fournit les médicaments, mais il est prévu qu'à l'avenir ils seront financés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Pour que les approvisionnements soient constants, il faut que les achats se fassent avec exactitude et à temps. Dans les programmes du secteur public, les médicaments sont souvent distribués par le biais du magasin pharmaceutique central ou du programme de médicaments essentiels, parfois avec l'assistance de l'OMS ou de l'UNICEF. Les délais d'achat, dans une étude de 1991, allaient parfois jusqu'à un an (Foster, 1991). La demande saisonnière d'antipaludiques influera sur les cycles d'achat.

B.6 Stratégies visant à faire parvenir le traitement jusque dans les zones les plus reculées

Outre la collaboration avec des ONG et des distributeurs communautaires de médicaments, on peut recourir au stockage à domicile et à des agents auxiliaires de vente pour desservir les zones difficiles d'accès.

Stockage à domicile

Une des stratégies possibles est d'encourager les gens à conserver un stock de médicaments chez eux. De cette manière, la famille ne perd pas de temps à aller se procurer le traitement nécessaire, surtout lorsqu'elle doit faire face tous les ans à plus de cinq épisodes palustres par enfant. Les facteurs dont il faut tenir compte sont les suivants :

- reconstituer le stock d'antipaludiques ;
- veiller à ce que tous les membres adultes de la famille (et non pas uniquement la mère) sachent comment administrer les antipaludiques ;
- conserver les médicaments hors de la portée des enfants ;
- veiller à ce que la posologie soit adaptée à l'âge ;
- durée de conservation du médicament ;
- veiller à ce que les médicaments ne soient pas mal utilisés ou gaspillés surtout lorsque les ressources sont limitées.

On mène actuellement des recherches pour évaluer la faisabilité et l'efficacité de cette option. Une solution de rechange serait de laisser à l'ASC la décision concernant le stockage des traitements supplémentaires à domicile.

On peut aussi envisager de stocker les médicaments dans la communauté ce qui garantirait leur accès et de bonnes conditions de stockage loin de la portée des enfants. Par ailleurs, la posologie sera expliquée par des prestataires compétents, un système de recours existera pour les cas difficiles, et il y aura de meilleures chances que les patients reçoivent les dosages adaptés à l'âge ou au poids.

Ouverture de nouveaux points de vente

La promotion commerciale peut propulser un produit sur le marché. Les promotions de lancement visent à stimuler l'intérêt des détaillants et comprennent toute une gamme de matériels de publicité sur le lieu de vente à savoir, étalages attrayants, cadeaux (tee-

shirts, porte-clés, etc.), et réclames dans les médias. Pour étendre rapidement la distribution à des points de vente non traditionnels, une équipe d'agents auxiliaires de vente peut se charger de trouver et d'ouvrir de nouveaux points de vente au détail. On peut embaucher ces agents pour une période donnée (de plusieurs mois sans doute), leur attribuer un territoire et des quotas, et un salaire de base plus une commission.

Il est clair que le programme doit accorder une attention particulière à la distribution. Un suivi insuffisant après la distribution initiale peut faire échec à la couverture prévue. Il est important que les besoins de distribution ne dépassent pas la capacité de l'organisme d'exécution à satisfaire la demande.

B.7 Meilleures pratiques et données d'expérience

- Eviter les ruptures de stock : une étude menée en République démocratique du Congo (RDC) a montré que l'interruption de l'approvisionnement en médicaments entraînait une forte diminution de leur utilisation.
- Pour estimer les besoins en stocks, on peut évaluer à 10 le nombre annuel d'épisodes palustres chez les enfants de moins de cinq ans (d'après l'expérience de la RDC).
- Les vendeurs ou les agents auxiliaires de vente peuvent ouvrir des marchés et servir de « détaillants ».
- Avoir recours à différents distributeurs – commerçants établis, vendeurs ambulants, agents de santé communautaires.
- Cibler les zones rurales où les antipaludiques font le plus défaut.
- Tenir compte lors des commandes et de l'établissement des stocks du caractère saisonnier du paludisme.
- Songer à limiter le nombre de grossistes et de détaillants en prévision de la demande réduite du fait du changement de saison.
- Etablir un système d'alerte précoce pour les épidémies pour assurer un approvisionnement suffisant en médicaments.
- Créer des systèmes de distribution ou étoffer ceux déjà en place.

Module C: *Rendre les médicaments plus abordables sur le plan économique*

Tâches

- Recueillir des données concernant une tarification abordable.
- Recourir à la recherche et à des principes directeurs pour régler la question du financement.
- Veiller à ce que les populations les plus vulnérables bénéficient d'exemptions ou de subventions ciblées.
- Prévoir une marge bénéficiaire dans le prix fixé.
- Déterminer le coût et calculer la subvention.

C.1 *La capacité d'achat comme barrière à l'accès*

Les populations ciblées par la prise en charge communautaire ou domiciliaire des accès fébriles sont presque toutes pauvres.

Selon les indications disponibles, le prix des médicaments peut être un obstacle majeur à l'accès rapide à un traitement antipaludique efficace : des coûts trop élevés peuvent amener les familles à ne donner aucun traitement, à n'acheter qu'une partie des médicaments nécessaires, ou à mettre de côté ce qui reste du traitement une fois que le patient se sent mieux. On est ainsi confronté à des taux de morbidité plus élevés, à un risque accru de mortalité, et à l'accélération de la pharmacorésistance. Il arrive aussi qu'à cause de son prix le traitement soit réservé au soutien de famille plutôt qu'à l'enfant ; or c'est ce dernier qui court le risque de mourir. Bien que ce soit la mère qui diagnostique la maladie de l'enfant, du fait des dépenses impliquées, c'est au père que revient la décision de le traiter ou pas et par quels moyens. Quand les centres de distribution sont très éloignés et que le voyage entraîne de grosses dépenses, il advient que la famille, si elle n'est pas sûre de trouver les médicaments nécessaires, décide de ne pas tenter l'aventure (Douglass et Nyambe, 1999).

Il est donc impératif, dans les initiatives de prise en charge à domicile, de veiller à ce que les antipaludiques soient vendus à un prix économiquement abordable, quel que soit leur prix réel ou les coûts de livraison.

Le coût des antipaludiques va en augmentant

Lorsqu'il s'agissait des antipaludiques classiques comme la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine qui étaient relativement bon marché (l'équivalent de quelques cents de dollar US par traitement), les systèmes de santé pouvaient recouvrer le coût du traitement même auprès des pauvres, et le secteur privé pouvait

distribuer des antipaludiques sur une base purement commerciale quand le secteur public faisait défaut. L'achat de médicaments auprès des secteurs privé et informel signifie que le patient prend entièrement à sa charge le coût du médicament, laissant au commerçant une marge bénéficiaire.

Les nouveaux traitements antipaludiques sont plus chers et ceci va avoir des incidences sur le financement des médicaments pour les programmes de prise en charge à domicile. Du fait de la pharmacorésistance, le recours à un seul médicament n'a plus l'effet escompté, et les thérapies nouvelles et associées sont beaucoup plus onéreuses. Leur prix est actuellement fixé à plus d'un dollar par traitement, ce qui dépasse de loin la capacité économique des communautés impaludées. Avant qu'une augmentation de la demande et de l'offre ne fasse diminuer les prix, il faudra fortement subventionner les médicaments pour que les collectivités puissent se les procurer.

Financement du secteur public et tarification

Comme la plupart des initiatives de prise en charge à domicile à l'échelle nationale seront lancées dans le but d'étendre la couverture du système de santé, les politiques de financement et de tarification en vigueur dans le secteur public s'appliqueront également aux médicaments fournis dans le cadre du programme. Grand nombre de pays d'endémie palustre ont une politique de financement public du traitement antipaludique qui prévoit sa distribution gratuite aux malades. Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont pour politique d'exempter les groupes à haut risque, c'est-à-dire. les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, de la participation financière des usagers quand il s'agit du traitement de la fièvre, mais cette politique n'est pas appliquée pleinement dans tous les pays. S'agissant du traitement antipaludique dispensé par le secteur public, la participation financière des usagers devra être nominale si l'on veut qu'il soit à la portée économique des pauvres, et ne devra pas s'élever à plus d'une fraction du coût des nouveaux traitements onéreux. Ceci en soi pourrait justifier la distribution gratuite du traitement dans le cadre des programmes de prise en charge à domicile. Toutefois, si l'on fait payer une participation nominative, c'est pour se conformer aux politiques de financement préconisées par des initiatives comme l'Initiative de Bamako et non pas pour tenter de recouvrer une partie importante des coûts.

Les stratégies de financement des antipaludiques eu égard aux initiatives de prise en charge à domicile devraient :

- dans le secteur public, être conformes à la politique nationale concernant le financement des traitements ;*
- prévoir des subventions lorsque le prix du traitement dépasse les moyens économiques de la communauté ;*
- impliquer le secteur privé dans un plan de subvention.*

A cause du prix des traitements associés, les programmes de PECADOM dans le cadre du secteur public auront le choix entre deux possibilités : fournir gratuitement le traitement au patient ou imposer un prix abordable moyennant des subventions. Si l'option traitement « gratuit » pour les programmes de prise en charge domiciliaire

est retenue et qu'elle est conforme à la politique nationale, il faudra veiller à l'application de bonnes procédures comptables pour empêcher le chapardage au profit du secteur privé quand les deux secteurs assurent la distribution du traitement. Les pays comme le Cambodge et l'Ouganda, qui ont déjà mis en œuvre ces programmes, ont commencé à s'attaquer à certaines de ces questions : mise au point d'emballages propres à chaque secteur qui permettent de distinguer facilement les produits du secteur privé de ceux du secteur public ; fixation des prix du secteur privé incluant une commission pour le vendeur.

Subventions et incidences pour le secteur privé

La situation est beaucoup plus complexe lorsqu'il s'agit de distribuer des médicaments gratuits ou fortement subventionnés par l'intermédiaire du secteur privé. Le secteur privé dont il est question ici est souvent constitué d'un réseau mal défini, informel et non réglementé de vendeurs qui agissent selon le principe du plein recouvrement des coûts et de la marge bénéficiaire. Ces vendeurs de médicaments n'ont sans doute pas le capital nécessaire pour investir dans des stocks de médicaments coûteux et, même s'ils l'avaient, la plupart de leurs clients ne pourraient pas se permettre d'acheter ces médicaments.

Comment donc dans ces circonstances obtenir le concours des filières de distribution du secteur privé pour les antipaludiques subventionnés ? L'Etat (le secteur public) pourrait jouer le rôle de franchiseur pour les médicaments et œuvrer par le biais de quelques points de vente privés bien choisis et stables. Les vendeurs retenus recevraient du gouvernement les médicaments gratuitement ou pour un prix nominal. Dans ce deuxième cas, le vendeur recouvrerait lors de la vente le coût nominal ainsi que la marge bénéficiaire prédéterminée. Ce système de franchise permettrait de mieux réglementer le secteur privé et aurait pour avantage supplémentaire d'offrir l'occasion d'apprendre aux vendeurs les « bonnes pratiques de prescription » et à reconnaître les symptômes de la maladie.

Il existe bien peu de précédents pour ce type de situation car les antipaludiques avaient toujours été bon marché et le secteur privé, et même, dans certains cas, le secteur public pouvaient collaborer sur la base d'un recouvrement total des coûts. Les premières expériences des pays qui mettent en œuvre des programmes de prise en charge à domicile à l'échelle du district seront des plus utiles. Elles donneront une idée des possibilités et des difficultés d'inviter le secteur privé à vendre des antipaludiques onéreux à des populations pauvres à un prix abordable.

C.2 Meilleures pratiques et données d'expérience

- Quand on impose une participation financière aux malades et que le prix des médicaments est élevé, le recours aux services de santé va en diminuant et l'accès aux médicaments devient de plus en plus problématique.
- Quand la communauté a facilement accès à des médicaments de bonne qualité à un prix abordable, le recours rapide au traitement est plus fréquent, le nombre d'hospitalisations et de malades référés diminue, et des vies sont sauvées.

- Contrairement à l'opinion très répandue selon laquelle un produit distribué gratuitement n'a aucune valeur, la suppression du recouvrement du coût des antipaludiques n'en compromet pas l'utilisation. Dans grand nombre de pays d'endémie palustre où le traitement est distribué gratuitement, le recours au secteur public est très répandu ce qui signifie que la « valeur perçue » d'un produit salvateur n'est en rien diminuée par sa gratuité.
- Il est difficile d'imposer une réglementation des prix dans le secteur privé informel, surtout lorsque les médicaments sont rares.
- Pour instaurer des mécanismes de participation financière et de recouvrement des coûts, il est nécessaire de mettre en place des structures administratives et comptables, qui risquent d'imposer un fardeau supplémentaire à des systèmes de santé déjà fragiles.

Module D: Améliorer les connaissances des pourvoyeurs de soins et des prestataires

Formation des prestataires et des collectivités

Tâches

- Obtenir ou élaborer des matériels de formation et trouver de bons formateurs.
- Entreprendre la formation des formateurs et des prestataires retenus.
- Fournir des matériels auxiliaires de travail.
- Assurer le suivi et la supervision.
- Mener des activités de formation continue.

Au **Burkina Faso** et dans la région du Tigré, en **Ethiopie**, il a été utile d'apprendre aux mères à faire un diagnostic présomptif (Pagnoni et al., 1997 ; Kidane et Morrow, 2000 ; Sirima, 2003). Au **Cambodge**, au **Nigéria** et en **Zambie**, on a eu recours à des ASC pour distribuer les antipaludiques et éduquer les mères.

Dans le cadre de la PECADOM, il est très stratégique d'utiliser les mères pour l'administration du traitement présomptif sous forme d'antipaludiques conditionnés par unidose car ce sont elles qui dispensent les premiers soins à leurs enfants. Les ASC peuvent compléter l'action des mères en assurant une éducation sanitaire plus poussée, un suivi, un meilleur accès aux médicaments, surtout dans les zones reculées. Plus de 80% des parents s'adressent à des petits commerces plutôt qu'au système de santé pour leurs médicaments, c'est pourquoi une stratégie visant à former les fournisseurs formels et informels du secteur commercial est particulièrement indiquée pour réaliser la couverture la plus complète. Des efforts considérables ont été consentis ces dernières années pour améliorer la disponibilité du traitement présomptif à domicile dans certains pays ou régions d'endémie. Parmi ces efforts citons la formation des mères et des ASC en matière d'administration à domicile d'antipaludiques pré-conditionnés, et la formation des commerçants sur la manière de distribuer correctement les médicaments. La formation des mères à l'administration à domicile du traitement présomptif dans le cadre d'essais récents a eu un effet considérable sur la morbidité et la mortalité infantiles, ce qui fortement va en faveur de la notion de former les mères dans les communautés (Pagnoni et al., 1997 ; Kidane et Morrow, 2000 ; Sirima, 2003).

Dans grand nombre de communautés, notamment en Afrique, le traitement à domicile du paludisme à l'aide de médicaments achetés dans des magasins, auprès de vendeurs de médicaments et produits pharmaceutiques, est très répandu ; c'est pourquoi l'on estime que ces fournisseurs sont des éléments clés de la stratégie visant à améliorer la prise en charge à domicile du paludisme. Ils disposent déjà d'une

infrastructure établie qui les ravitaille et qui pourrait servir aux communautés qui sont prêtes à payer ces services. Pour améliorer les pratiques des fournisseurs du secteur privé, il est important d'en appeler à leurs intérêts et priorités. Il est également important de leur assurer une formation et une éducation pour la santé et de suivre leur performance pour la renforcer de manière positive. Il est heureux que ces vendeurs non officiels de médicaments, ces commerçants et autres se prêtent volontiers à cette formation et à l'éducation sanitaire (Foster, 1991). Dans certains cas, comme au Viet Nam (Cong et al., 1998), les fournisseurs ont demandé à suivre une formation et étaient prêts à en assumer le coût. Outre la formation, on a pu constater que les fournisseurs étaient satisfaits du nouveau conditionnement des médicaments en doses unitaires.

Le présent module donne un bref aperçu de la formation et du suivi des fournisseurs d'antipaludiques à base communautaire. Il s'adresse aux ASC et au secteur commercial privé formel et informel. Par « agent de santé communautaire », on entend les prestataires du niveau local à savoir, ASC, coordinatrices, distributeurs communautaires de médicaments, accoucheuses traditionnelles, enseignants, agents de santé villageois, guérisseurs et tradipraticiens. Par « fournisseurs du secteur commercial privé ou du secteur informel », on entend divers fournisseurs commerciaux tels que pharmaciens, magasins où l'on vend des médicaments, dispensaires privés, petits commerçants, vendeurs ambulants, et autres fournisseurs qui vendent des médicaments y compris des antipaludiques.

D.1 Formation et recyclage

Personnel de santé

Il est impératif de faire participer les personnels de santé des établissements publics et privés pour qu'ils connaissent le rôle qui leur incombe dans la stratégie. Les personnels de santé doivent se familiariser avec les règles nationales concernant le traitement du paludisme ainsi qu'avec les principes de la PECADOM. Ils doivent comprendre leur rôle concernant le stockage des médicaments, leur distribution aux ASC, la formation des prestataires, l'éducation sanitaire, la prise en charge des cas qui leur sont référés, la supervision et le suivi.

Agents de santé communautaires, distributeurs de médicaments, coordinatrices et prestataires du secteur commercial

En établissant la liste des personnes qui auraient bénéficié au niveau local d'une formation connexe dans le domaine de la santé, on peut trouver d'autres participants éventuels. Il faut les informer tous des tâches qui les attendent. Certains auront besoin d'une formation plus poussée pour acquérir de nouvelles compétences.

Les formateurs doivent être compétents et avoir de préférence de l'expérience dans le domaine de la formation communautaire. Au moins un agent de santé du centre de santé le plus proche devrait faire partie de l'équipe. Des formateurs communautaires PCIME ou d'autres ayant déjà fait de la formation ou de l'éducation sanitaire concernant le paludisme seraient d'une grande utilité. Le formateur doit bien connaître le sujet qu'il enseigne, être à même de donner des explications et de faire des

démonstrations, de répondre aux questions des participants, et de superviser les travaux pratiques. L'équipe des formateurs devrait comprendre des hommes et des femmes pour que les participants ne se sentent pas gênés. Dans la mesure du possible, il faudrait donner les cours localement ou dans un lieu convenant à plusieurs participants. Ne pas oublier de prévoir un goûter pour les sessions se tenant l'après-midi, et un déjeuner pour celles d'une journée entière.

Teneur des cours et méthodes pédagogiques

Les matériels pédagogiques devraient contenir des enseignements sur la manière de reconnaître et traiter le paludisme, les conseils à donner en matière de traitement et ce que les mères doivent faire quand leur enfant a de la fièvre. Présentés sous forme de guides, ils doivent contenir des informations de base énoncées simplement pour en faciliter la compréhension. Ces guides doivent être adaptés à la situation du pays et contenir suffisamment d'informations et de savoir-faire. La formation doit porter sur les domaines suivants :

- bref aperçu du paludisme, y compris la transmission, les signes et symptômes, le traitement, la prévention, et l'importance socioéconomique de la maladie ;
- l'antipaludique de choix du pays, et le schéma thérapeutique ;
- le concept de posologie différente pour les enfants d'âge (de poids) différents, et détermination de la dose ou du paquet à donner selon l'âge ;
- reconnaissance des signes et symptômes du paludisme grave ;
- la nécessité de faire baisser la température du patient à l'aide de moyens physiques et/ou d'antipyrétiques ;
- tenue d'un fichier et stockage des médicaments.

Méthodes didactiques

La teneur du cours et les méthodes employées devront être les mêmes pour tous les participants (ASC, mères, vendeurs de médicaments, etc.), mais l'information réservée aux fournisseurs du secteur privé (par exemple, instructions relatives à la tenue des registres de vente ou à la reconstitution des stocks) peut faire l'objet d'un cours à part. La formation doit comporter des débats, des démonstrations, des travaux pratiques, des vidéos, des jeux de rôle, et des exercices pratiques sur le tas, et ne doit pas occuper plus de deux jours.

Dans une étude menée au Kenya, un des trois ateliers prévoyait une formation sur trois jours des commerçants comme suit : jeux de rôle pour évaluer leurs compétences et type d'informations à fournir aux clients, apprentissage de l'utilisation des tableaux de posologie et des tampons d'instructions relatives à l'administration du traitement approprié à l'âge/poids de l'enfant, et comment évaluer les symptômes. Les commerçants étaient motivés par la perspective d'accroître leurs connaissances, d'être mieux à même d'aider leur famille, par le statut social, et par le profit. L'atelier a été suivi par des séances d'information individuelles d'une à deux heures qui se tenaient dans le magasin pour observer le comportement du commerçant. Au bout de six mois, un nouvel atelier de deux jours s'est tenu pour une remise à jour des compétences. L'évaluation a montré que les commerçants continuaient à donner des informations appropriées 9 mois après la formation et 4 mois après l'interruption de l'étude (Marsh et al., 1999).

Il vaudrait mieux que la formation des fournisseurs du secteur commercial ne dure qu'un seul jour, la participation pouvant être fonction de la durée ; la formation portant sur d'autres sujets peut se faire à une date ultérieure et/ou peut être complétée par une formation sur le tas. Pour être à même de former les prestataires commerciaux, les formateurs doivent connaître les éléments suivants : comportement en matière de prescription et existence et rôle du personnel professionnel (les prescripteurs ne sont pas toujours des professionnels) ; les sources d'information sur les produits pharmaceutiques ; les avantages pécuniaires ; les niveaux d'instruction ou de formation du personnel ; la charge de travail ; l'efficacité escomptée d'un produit pharmaceutique ; à qui la pharmacie appartient ; la structure hiérarchique ; l'emplacement et la concurrence (Goel et al., 1996). Parmi les aspects essentiels des stratégies pour la formation des pharmaciens dont cet ouvrage traite, citons la nécessité d'assurer la crédibilité de l'organisme (de formation) parrainant, présenter le pour et le contre et démentir les fausses allégations, et faire participer les leaders d'opinion (Goel et al., 1996)

Pour une communication interpersonnelle efficace, le programme doit apprendre aux participants comment traiter le paludisme, comment utiliser les documents IEC et faire en sorte que les messages soient bien compris. La formation doit comprendre des informations, des exemples et des travaux pratiques :

- Former tous les prestataires à l'utilisation de matériels didactiques pour donner aux populations cibles des enseignements concernant le paludisme, les signes de paludisme grave, l'observance du traitement, et le comportement de recours aux soins
- Enseigner aux pharmaciens, commerçants, volontaires, et autres personnes qui vendront les produits, les messages à communiquer aux consommateurs, l'utilisation des brochures de vente et d'autres matériels des points d'achat, les procédés de gestion des rentrées, et les procédures de reconstitution des stocks.

Les commerçants doivent avoir suffisamment confiance dans leur bon droit pour résister aux consommateurs qui souhaiteraient les voir prescrire des médicaments ou un dosage non appropriés – à cet égard, l'éducation des consommateurs est des plus importante. Les programmes de formation devraient expliquer aux prestataires qu'il est nécessaire de renforcer les comportements positifs en félicitant les patients/consommateurs et en donnant des conseils et des instructions à ceux qui ne les ont pas encore adoptés.

En **Zambie** (Douglass et Nyambe, 1999), les prestataires ont appris à :

- déterminer la survenue chez le patient d'un accès fébrile au cours des 24 dernières heures ;
- déterminer la présence d'un des signes généraux de PCIME ;
- prendre la température du malade ;
- prescrire un antipaludique en cas de fièvre ;
- donner des instructions au patient concernant la dose exacte de chloroquine et l'observance du traitement ;
- inviter le pourvoyeur de soins à revenir si le patient a toujours de la fièvre au bout de 48 heures ;
- diriger les patients atteints d'une maladie fébrile grave vers le niveau suivant des soins de santé.

Fournir des matériels auxiliaires de travail pour faciliter les échanges entre prestataires et clients. La campagne de sensibilisation en Zambie a élaboré des tableaux muraux pour les points de vente et a donné aux prestataires un bloc-notes de matériels pédagogiques. Des feuillets d'instructions sur le dosage ont aussi été distribués aux consommateurs, aux pharmaciens et aux détaillants (Douglass et Nyambe, 1999). En outre, il faudrait former certains ou tous les fournisseurs à l'utilisation d'une liste de contrôle pour recueillir les informations ci-après sur chaque transaction : date, nom, âge, poids et sexe du patient, nom du chef de famille, nom de l'acheteur, type de paquet vendu, nombre de paquets de traitement achetés, symptômes, date à laquelle les symptômes sont apparus, et notes.

Peut-être serait-il bon d'établir un formulaire plus simple pour que les fournisseurs acceptent de le remplir (voir ci-dessous le formulaire simple utilisé au Nigeria pour suivre l'évolution des ventes d'antipaludiques).

Enfin, le commerçant devrait, pour recevoir son certificat de participation à la formation, s'engager par écrit à vendre les antipaludiques par traitement complet et à s'en tenir au prix convenu.





D.2 Supervision, suivi et évaluation

Une supervision et un suivi étroits des activités locales sont nécessaires pour assurer la qualité des interventions et atteindre les objectifs visés.

Agents de santé communautaires

La supervision est le meilleur moyen de renforcer les capacités des ASC ; en outre, elle établit un lien entre la communauté et le centre de santé. Dans la mesure du possible, la supervision devrait relever du cadre actuel de supervision du district. Comme les ASC et les distributeurs communautaires de médicaments participent sans doute à d'autres activités ou programmes locaux et sont plus ou moins une extension du secteur public, ils devraient être rattachés au centre de santé et supervisés par le personnel de santé.

Le but de la supervision devrait être d'appuyer les ASC et d'améliorer la qualité du travail qu'effectuent les distributeurs de médicaments. Les superviseurs doivent observer les activités courantes des ASC et interroger sur eux les membres de la communauté pour savoir comment ils agissent, s'ils sont bien acceptés et s'il y a des frictions. Les superviseurs pourraient organiser des réunions tous les 2-3 mois, éventuellement les jours de marché, pour la soumission des rapports, l'appui aux ASC bénévoles, et la collecte d'informations sur les cas inhabituels que les ASC auraient détectés. La supervision peut également s'exercer chaque fois que l'ASC ou le distributeur de médicaments se rend au centre de santé le plus proche (d'ordinaire une fois par mois) pour reconstituer son stock de médicaments.

Produit pharmaceutique	Ventes	Total
CQ < 1 	*****	
CQ 1-6 	***** ****	
Cotrimoxazole  	*****	

Les données doivent être peu nombreuses et faciles à recueillir pour éviter que l'ASC ne soit surchargé. Les données à recueillir sont les suivantes : nom, âge, paquet distribué, apparition des symptômes, résultat, autres commentaires. Les superviseurs devraient pouvoir examiner les fiches, évaluer la performance, et apporter leur concours s'il y a lieu.

Il est essentiel de suivre les activités communautaires pour observer les progrès réalisés, voir si les objectifs sont atteints, déterminer les problèmes pratiques, le nombre de personnes formées (nombre de ASC qualifiés par zone et par habitant) et le taux de départs naturels, et le pourcentage d'ASC qui soumettent leur rapport en temps voulu. On peut évaluer les ASC d'après l'évolution du nombre de patients traités, la consommation de médicaments déclarée par rapport à la consommation escomptée, la fréquence et l'exhaustivité des rapports, et le nombre de patients ayant fait l'objet d'une visite de suivi.

Secteur commercial

Le secteur commercial est l'un des plus difficiles à superviser, et il convient donc d'élaborer une stratégie spéciale de supervision et de suivi. Le secteur vend un nombre considérable de médicaments de marques différentes et il n'est pas toujours facile d'assurer la promotion du produit agréé. Les principales préoccupations de la commercialisation à finalité sociale sont la qualité et le suivi, car il s'agit notamment de veiller à ce que les vendeurs peu consciencieux ne contribuent pas à augmenter la pharmacorésistance. Comme l'utilisation abusive des antipaludiques est déjà très répandue, on a de fortes chances d'améliorer la qualité des soins en s'attaquant à la source des ventes. La commercialisation à finalité sociale peut, en fait, inciter les fournisseurs participants à se sentir responsable vis-à-vis du consommateur : les pharmaciens et les vendeurs pourraient être « autorisés » à vendre les médicaments de la marque agréée après la formation. Comme mesure de contrôle de la qualité, le programme de commercialisation à finalité sociale réalisé au Cambodge fait passer un test de compétence aux pharmaciens avant de les autoriser à vendre la Malarine. Vendeurs et pharmaciens peuvent attirer l'attention du public sur leur statut en

mettant une affiche ou un autocollant bien en vue sur la devanture (Rozendaal, 1999, observations non publiées).

Parmi les approches utiles, il y a aussi les visites de supervision aux fournisseurs, les audits, la rétro-information et les rappels. Il est important de noter que les conférences et ateliers ainsi que la distribution de matériels didactiques se sont avérés inefficaces lorsque l'on n'y associe pas des stratégies de renforcement comme l'éducation des consommateurs (Brugha et Zwi, 1998). Pour parvenir à modifier les pratiques des fournisseurs, il faut adopter une stratégie IEC diversifiée.

Après la formation, les superviseurs peuvent observer la manière dont le fournisseur s'acquitte de ses activités ordinaires, avoir recours à de « faux clients », interroger les membres de la communauté sur la performance du fournisseur et les problèmes rencontrés, tenir des réunions mensuelles (p. ex., les jours de marché ou lors d'événements qui rassemblent les gens), et examiner les rapports de vente.

Les outils de collecte des données doivent être faciles à utiliser. Les données à recueillir pour l'évaluation de la performance et l'observation du schéma thérapeutique standard ne doivent pas être nombreuses. Les données recueillies par les ASC peuvent être rassemblées et analysées tous les mois au niveau du district et ensuite envoyées aux bureaux de zone ou de région pour rétro-information. En Ouganda, par exemple, le niveau national est chargé de maintenir une base de données sur les principaux indicateurs de l'impact et de surveiller les activités des districts tandis que ceux-ci ont pour responsabilité de tenir des réunions mensuelles ou trimestrielles à différents niveaux, de compiler et de conserver les données, et d'assurer la supervision des communautés. En Ethiopie, les districts comptent parmi leurs responsabilités le suivi de l'évolution eu égard au nombre de patients traités, à la consommation de médicaments, à la couverture chimioprophylactique et à la participation communautaire. Un troisième niveau, ou le niveau national, serait responsable de l'analyse informatisée des données, de l'examen des rapports de supervision et de l'examen des données des établissements de santé.

D.3 Meilleures pratiques et données d'expérience

Généralités

- Reconnaître que les mères sont les premiers dispensateurs de soins aux enfants et que l'on peut leur enseigner à administrer le traitement à domicile.
- Education, mesures de motivation, et responsabilité de la qualité des services (diagnostic, traitement, suivi) sont des éléments essentiels pour les prestataires de services publics, privés, et axés sur la communauté.
- Le secteur commercial joue déjà un rôle important de fournisseur de médicaments à la communauté pour laquelle il est source d'informations concernant le traitement du paludisme.

Formation des prestataires

- La formation des prestataires devrait inclure une information et une éducation sanitaire générale sur le paludisme, la posologie, l'observance du traitement, le

comportement en matière de recours aux soins, et comment reconnaître les cas devant faire l'objet de soins spécialisés.

- Les prestataires peuvent apprendre à mieux se faire comprendre du patient-consommateur. Une remise à niveau périodique les rend plus efficaces et il faudrait prévoir des cours dans ce sens tous les six mois.
- Fournir aux prestataires des tableaux indiquant la posologie et des tampons pour le dosage (s'il ne figure pas déjà sur l'emballage).
- Les vidéos et les jeux de rôle peuvent faciliter l'apprentissage des prestataires et permettre également d'évaluer leur capacité à communiquer avec leurs clients.

La satisfaction que donne le travail (récompense, rémunération, partage) contribue à réduire la rotation du personnel

- Mettre en valeur le rôle des prestataires par des mesures d'incitation, des récompenses (monétaires ou autres), et des activités IEC. En leur donnant les moyens de servir les clients et en organisant des réunions au cours desquelles ils peuvent échanger des données d'expérience, on réduit les taux de départ.
- Trouver des moyens d'augmenter le prestige des ASC (p. ex., reconnaissance publique, certificats).
- Pour les prestataires commerciaux, les mesures d'incitation peuvent inclure « l'autorisation » spéciale de vendre un certain produit et de servir de source d'information.

Selection des ASC

- Il est important de bien connaître les nombreuses personnes susceptibles de servir de points d'accès à la communauté et auxquelles d'autres projets et programmes ont eu recours.
- Faire connaître la stratégie à la communauté et l'aider à choisir ses propres ASC.
- Les ASC féminins (les mères) seraient particulièrement désignées, mais l'illettrisme, les responsabilités domestiques et les normes culturelles pourraient faire obstacle à leur participation.
- Organiser des cours de formation périodiques à l'intention des nouveaux ASC pour couvrir les faits récents et remplacer les ASC qui ne sont plus là pour cause de maladie, décès, mariage, migration, emploi, rejet par la communauté, etc.
- Former les personnes illettrées en utilisant des tableaux de posologie avec des illustrations représentant les différents âges ou d'autres informations.

Prestation de service

- Fournir des matériels auxiliaires de travail et des matériels de promotion tels que calendriers et teeshirts.
- Inclure un cours sur la manière d'administrer le médicament à un enfant et comment faire s'il vomit ou refuse de le prendre.

Suivi et supervision

- Un ASC qui ne se présente pas est considéré inactif au bout de trois mois.
- On peut demander à certains ASC de se charger de la supervision du groupe.
- L'observance est meilleure lorsque les patients sont suivis par l'ASC.
- La participation aux réunions devrait être remboursée pour inciter les agents de santé à s'y rendre.
- La surveillance au moyen d'enquêtes comme celles des « faux acheteurs » ou l'interception des consommateurs permet d'assurer la qualité de la prestation des services.
- La « boîte à outils » de l'ASC comprend ce qui suit : médicaments, plans de traitement, carnets, règles, fiches d'orientation-recours, chronomètres.
- Il convient d'utiliser des formulaires simples pour la collecte des données.

Module E: Information en vue de modifier le comportement

Information, éducation et communication

Tâches

- Préparer la stratégie initiale.
- Mener une recherche formative et affiner la stratégie.
- Déterminer le groupe cible pour un changement de comportement.
- Planifier le positionnement et créer un nom de marque ou un logo.
- Elaborer les messages essentiels.
- Identifier les méthodes à utiliser pour amener les gens à modifier leur comportement.
- Elaborer les matériels de communication nécessaires.
- Repérer les voies de communication pouvant être utilisées.
- Pré-tester les messages et matériels.
- Produire et distribuer les matériels.
- Suivre l'évolution et les résultats des interventions visant à modifier le comportement.

Il faut absolument disposer d'une stratégie efficace de communication pour appuyer le programme de PECADOM. Cette stratégie doit être polycentrique et porter sur les particuliers, les ménages, les communautés ainsi que sur les établissements de soins, les décideurs et les contributeurs de ressources. Elle doit avoir pour objet de fournir des informations concernant les comportements et les pratiques adoptées par les individus ainsi que les raisons profondes qui les ont amenés à les adopter. Sur la base de ces informations, on peut alors renforcer les comportements positifs et s'attacher à modifier ceux qui sont moins bénéfiques.

Le comportement n'est pas le simple produit des connaissances ou des informations dont on dispose ; il dépend également de facteurs tels que les normes sociales en vigueur, la disponibilité des ressources, et la perception des priorités. Apporter des changements durables dans le comportement des individus est un processus souvent lent et difficile, qui ne répond pas toujours aux attentes et ceci en dépit d'une forte prise de conscience (voir encadré « Exemple d'une prise de conscience élevée et d'un faible changement de comportement »).

Exemple d'une prise de conscience élevée et d'un faible changement de comportement

Prise en charge à domicile du paludisme au **Ghana** :

- 71% des mères (n = 489) se souvenaient exactement de la manière dont il fallait administrer les antipaludiques,
MAIS, chez elles, seules 14,6% administraient le médicament indiqué, à la posologie appropriée et pour la durée exacte.
- 63% des mères savaient qu'il faut faire baisser la température d'un enfant fébrile en l'épongeant à l'eau tiède et en lui donnant des antipyrétiques,
MAIS, seules 2,7% pratiquaient ces méthodes.

Grand nombre de théories différentes ont été appliquées pour amener une population à changer de comportement et plusieurs stratégies différentes ont été utilisées avec plus ou moins de succès. Une stratégie de communication efficace doit reposer sur l'hypothèse que tout changement durable du comportement est fortement influencé par les normes sociales et les relations dans les ménages et les communautés. Le changement a lieu à l'interface entre différents niveaux du système – individus et famille, ménages et communauté, individus/ménages et établissements de soins, établissements de soins et communauté, communauté et décideurs/contributeurs de ressources, et ainsi de suite. C'est grâce à la gestion de la communication dans ces interfaces et à la mesure dans laquelle la prise de conscience est répandue dans la population que le fondement d'un changement durable des croyances et pratiques est établi.

On prête trop souvent aux individus et à la communauté des connaissances qu'ils n'ont pas. L'encadré « Comprendre les pratiques relatives à la fièvre et au diagnostic » montre que le dépistage de l'accès fébrile et le lien entre la fièvre et le paludisme ne sont pas aussi évidents qu'on voudrait croire.

Comprendre les pratiques relatives à la fièvre et au diagnostic

La fièvre chez un enfant est le symptôme qui fait penser au paludisme, mais la capacité de reconnaître un accès fébrile varie énormément d'un pays à l'autre. En Gambie, au Ghana et en Zambie, les mères n'avaient aucune difficulté à détecter la fièvre (Ahorlu, 1997 ; Douglass et Nyambe, 1999 ; Baume et al., 2000 ; Diallo, 2001), ce qui n'était pas le cas au Cameroun (où 72% des patients croyaient avoir de la fièvre quand ils n'en avaient pas), en Guinée (fausse appréciation dans 78% des cas), au Nigéria, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie (Verhoef, 1999 ; Diallo, 2001). Cependant, malgré leur incapacité à diagnostiquer correctement la fièvre, les mères au Kenya savaient bien reconnaître le paludisme.

Parmi les mères ougandaises qui avaient réussi à détecter la fièvre chez leur enfant, seules 40% d'entre elles l'avaient attribué à une crise de paludisme, même pendant la saison palustre. Il en allait de même des femmes des zones urbaines pourtant plus instruites (Lubanga, 1997). On a constaté que cette difficulté à faire le lien entre ces deux phénomènes provient de ce que les mères pensent qu'il s'agit d'une maladie de l'enfance ou que les enfants ont des vers parce qu'ils jouent souvent dans la saleté, si d'autres symptômes comme le rhume ou la toux précèdent l'accès fébrile.

E.1 Préparer une stratégie pour modifier le comportement

Changer les comportements requiert une pensée stratégique qui doit s'inscrire dans le cadre de la stratégie d'ensemble de PECADOM – un plan à l'intérieur d'un plan. Les programmes de lutte antipaludique ont recours à la fois à l'éducation pour la santé, la mobilisation de la communauté et la commercialisation à finalité sociale pour modifier les comportements. L'éducation pour la santé ne suffit pas par elle-même, mais elle est très importante pour mieux faire connaître le paludisme et son traitement. La mobilisation communautaire a le potentiel de déterminer les problèmes locaux, d'assurer la viabilité des interventions et de susciter chez la population le sentiment d'être partie prenante, et de créer une forte demande avant même que le programme ne soit mis en œuvre. Les techniques de promotion de la commercialisation à finalité sociale influenceront sur l'accès aux antipaludiques, sur leur achat et utilisation.

On a constaté à l'usage que chacune de ces méthodes, à condition d'être judicieusement mise en œuvre, peut avoir une influence considérable sur le comportement. L'IEC peut aussi être utile pour d'autres aspects de la stratégie comme la couleur ou la taille du comprimé et contribuer ainsi à améliorer l'observance. Une stratégie bien conçue doit commencer par une analyse de la situation. Eu égard à la PECADOM, il convient d'étudier les pratiques traditionnelles qui pourraient s'avérer difficiles à modifier pour de nombreuses raisons dont les suivantes :

- Les familles estiment que le paludisme n'est pas aussi grave que d'autres maladies et ne sont donc pas particulièrement disposées à acheter un produit destiné à son traitement.
- Comme le paludisme est saisonnier, la perception du risque peut varier selon la saison.
- Le traitement est estimé être trop cher.
- Le nouveau mode de comportement semble contraignant.

Le programme de PECADOM doit donc créer une demande et faire en sorte que la communauté modifie son comportement et qu'elle ait recours promptement à un traitement approprié. En dernière alternative, le succès dépend de la mesure dans laquelle on parvient à persuader les ménages cibles de changer de comportement, et notamment :

- de reconnaître avec certitude les accès fébriles
- de recourir rapidement au traitement
- de suivre les instructions
- de chercher de l'aide si la maladie évolue vers un paludisme grave.

E.2 Etapes de l'élaboration d'une stratégie de modification du comportement

Quelles que soient les méthodes que l'on décidera d'utiliser, leur planification passe par certains principes généraux et étapes. Les étapes sont les suivantes :

- *Mener une recherche formative* – qui sert de fondement pour le choix des méthodes et pour prévoir tous les aspects de chaque méthode. Cette étude est particulièrement efficace quand elle est faite par des personnes ayant de l'expérience en la matière, c'est pourquoi le groupe de recherche doit être sélectionné avec soin. Les résultats de la recherche peuvent également servir de point de comparaison pour mesurer les progrès réalisés.
- *Déterminer* la (les) populations dont le comportement doit être modifié.
- *Planifier le positionnement*, à savoir mise en évidence du produit, marque, logo, etc.
- *Elaborer les messages essentiels* – c'est-à-dire, les messages qu'il est crucial de faire passer, indépendamment de la manière dont ils seront transmis.
- *Identifier les méthodes à utiliser* pour susciter un changement de comportement – que le programme utilisera pour influencer sur le comportement de la communauté. Parmi ces méthodes, citons l'éducation, la vente promotionnelle, et la mobilisation communautaire.
- *Décider des voies de communication à utiliser* – moyens précis permettant de mettre en œuvre les méthodes préconisées, par exemple, affiches, messages publicitaires radiophoniques, visites à domicile, réunions communautaires, encarts publicitaires, spectacles de rue.
- *Désigner expressément les matériels de communication* – les matériels précis dont on a besoin pour mettre en œuvre les méthodes préconisées, y compris les matériels promotionnels et de publicité, les matériels pédagogiques, la formation des réalisateurs, les vidéos, les messages publicitaires radiophoniques.

La stratégie d'éducation et de promotion de votre programme dépendra du financement, des effectifs, d'autres ressources en place, et du moyen de distribution des médicaments. L'ampleur des activités consacrées à la recherche et à la conception sera fonction des ressources disponibles et de la taille de la population cible.

Si un programme dispose d'un budget généreux et d'un personnel qualifié, on peut consentir un effort important pour réaliser des activités promotionnelles, former le personnel pour qu'il dispense une éducation pour la santé, et appuyer des activités pédagogiques. Si par contre le programme ne dispose que d'un petit budget ou de peu d'autres ressources, il conviendra de limiter les activités pédagogiques à une population cible plus restreinte et aux établissements que celle-ci fréquente régulièrement comme les centres de santé et les points de vente des produits.

Mener une recherche normative

La valeur des méthodes utilisées pour inciter les ménages à modifier leur comportement est celle de l'information sur laquelle elles se fondent. L'analyse de la situation devrait déceler les lacunes en matière de connaissance du paludisme, de comportement de recours aux soins, et de traitement du paludisme, que les activités pédagogiques doivent combler. La recherche formative s'emploie donc à :

- se renseigner auprès des gens sur ce qui les amènerait à changer de comportement ;
- se renseigner sur les avantages qu'ils escomptent de l'adoption de nouvelles pratiques ;

- détecter les obstacles qu'il convient de surmonter ;
- savoir qui dans le ménage prend les décisions concernant le recours aux soins de santé et l'achat des médicaments, et qui influence ces décisions ;
- trouver par quels moyens médiatiques atteindre certains publics.

Des recherches plus poussées sur les questions de langue et de culture, et sur les connaissances et croyances concernant le paludisme et la fièvre, permettront au programme d'élaborer une marque qui ait un sens et des messages promotionnels efficaces. Les priorités de la communauté et sa façon de faire les choses détermineront en grande partie la manière dont le programme sera mené. Voici quelques exemples de questions (tirées du programme zambien) auxquelles il faut trouver réponse :

- Que savait la population cible avant la mise en œuvre de l'intervention ?
- Quel est le comportement de recours aux soins de la population cible ? Que sait-elle du traitement et de son efficacité ?
- La population cible sait-elle la cause du paludisme ?
- Quel est le comportement actuel de la population cible, est-il fonctionnel ou dysfonctionnel ?
- Que font ou prescrivent les agents de santé ?
- Qu'est-ce qui motive ceux qui utilisent déjà les moustiquaires et le traitement préconisé ?

La recherche formative peut être menée moyennant :

- une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant le paludisme ;
- des discussions en groupes focaux
- des études de cohorte pour des problèmes pathologiques ;
- des observations structurées ;
- des entretiens structurés.

Il est prudent de faire un inventaire des matériels et activités en vigueur et d'évaluer l'exactitude et l'opportunité des messages avant d'entreprendre la recherche formative. Il s'agit d'étudier ce qui a été réalisé dans d'autres programmes ou d'autres pays pour s'en inspirer et pour une réduction possible des coûts. Voir s'il est possible de coordonner les messages et corriger toute conception erronée. La recherche formative devrait également inclure une étude d'autres maladies et de la manière dont la fièvre est détectée afin de présenter aux membres de la communauté un message sans ambiguïté.

Déterminer les publics cibles

Sur la base des constatations de la recherche formative, déterminer les sous-groupes (p. ex., mères, petits commerçants, la communauté) qu'il conviendra de cibler. Il faut également repérer les personnes qui influencent ces groupes (p. ex., agents de santé, accoucheuses traditionnelles, responsables locaux, notables, leaders d'opinion) afin de les cibler aussi au moyen de l'éducation et de la promotion. On cherchera à atteindre ces principaux groupes communautaires par diverses méthodes et par le biais de divers moyens de communication. Certaines personnes appartiennent à plus d'un groupe cible, par exemple :

- les personnes qui décident du diagnostic et du traitement ;
- les femmes enceintes, les écoliers et leurs enseignants ;
- les personnes qui s'occupent des enfants, les mères, et d'autres membres de la famille qui exercent une influence sur la mère ;
- tel ou tel groupe, individu, ou leader d'opinion qui, en décidant de modifier son propre comportement, peut amener la communauté toute entière à modifier le sien ;
- les groupes qui ne sont pas ciblés d'ordinaire, comme les hommes, qui pourraient destiner les ressources de la famille à d'autres fins ;
- les commerçants, les vendeurs de médicaments, et les pharmaciens ;
- les guérisseurs et tradipraticiens ;
- les travailleurs itinérants ou les réfugiés (l'immunité acquise des adultes et des enfants peut diminuer avec le temps ce qui les rend vulnérables une fois rapatriés).

Planifier le positionnement et créer un nom de marque ou un logo

La création d'un nom de marque et d'un logo pour positionner positivement le traitement pour la population cible est une démarche des plus importantes. Le nom de marque et le logo rendent les produits facilement identifiables. Les noms les meilleurs sont simples, faciles à retenir et font apparaître à l'esprit de la population cible des images de santé. Une fois finalisés, le nom et le logo doivent être incorporés dans les matériels promotionnels et pédagogiques.

« Positionner » le traitement antipaludique signifie le présenter de manière à ce que l'utilisateur potentiel soit incité à l'acheter et à l'utiliser (c'est-à-dire, à modifier son comportement relatif au diagnostic et au traitement du paludisme). On peut y arriver en créant une marque, un logo, et en illustrant l'emballage ; ces pratiques sont fortement recommandées quelles que soient les méthodes et l'ampleur de la promotion prévue car elles présentent des avantages potentiels :

*En **Ouganda**, le traitement préconditionné utilisé au cours de l'étude avait pour nom **Musujaquine** d'après le mot local pour fièvre (musujja) et a été accepté sans difficulté.*

*Quand le ministère de la Santé a modifié sa politique et a adopté la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine pour le traitement de première intention, le produit national a été nommé **Homapak** d'après le mot swahili pour fièvre (homa).*

- Les noms de marque sont tout à fait indiqués pour donner aux produits et au programme une identité unique. Le nom de marque aide la population cible à reconnaître le produit.
- Le marquage peut favoriser la perception du produit comme ayant de la qualité et de la valeur, créer une image positive, et donner envie aux gens de l'essayer.
- Si, grâce à l'IEC, la population a des informations concernant les avantages d'un traitement approprié, la publicité faite à une marque particulière les amène à traduire ce savoir en changement de comportement.
- Faire la publicité d'un traitement particulier aide à promouvoir l'usage sûr de tous les médicaments en vente. Ce que l'on sait d'autres produits ayant fait l'objet d'une com-

mercionalisation à finalité sociale, c'est que la promotion d'une marque a un « effet de halo » qui fait augmenter les ventes de tous types de traitement.

- On a constaté que la demande des produits subventionnés est élevée et que cette demande diminue à mesure que les prix augmentent. La promotion de produits de marque peut aider à maintenir la demande à des prix légèrement plus élevés.

Elaborer les messages essentiels

Une des tâches importantes de la stratégie de communication est l'élaboration de messages et de matériels (affiches, tee-shirts, vidéos, etc.). A cette fin, il convient de planifier avec soin un processus participatif en commençant par la recherche formative, en ayant éventuellement recours à des personnes ou à des institutions spécialisées. Pour que les messages atteignent leur but et qu'ils soient compris par la population cible, il faut utiliser un langage et des termes appropriés ainsi que le dialecte local. S'il faut se servir d'un terme nouveau, il sera nécessaire de recourir à des moyens pédagogiques pour l'expliquer. Les messages pédagogiques et promotionnels doivent utiliser à la fois des textes et des illustrations explicatives sans texte afin que tous les membres de la communauté, y compris les personnes illettrées, les comprennent.

La recherche formative permettra d'élaborer les messages en étant instruit sur :

- la langue locale et les termes à utiliser pour formuler le message ;
- les connaissances actuelles sur le paludisme ;
- les perceptions positives sur le traitement ;
- les perceptions négatives et les obstacles au traitement.

Certains messages pourraient s'attaquer aux avis négatifs (concernant par exemple les médicaments classiques) ou aux obstacles à l'utilisation du traitement. Les messages exhortant à ne pas faire telle ou telle chose ainsi que les mises en garde ne donnent pas d'aussi bons résultats que les messages affirmatifs. Les messages doivent communiquer une information que le public souhaite recevoir et dont il a besoin, mais qu'il n'a pas encore. Ils doivent cibler un petit nombre de pratiques ou de comportements qui seront des objectifs réalisables pour la stratégie de modification du comportement. Les messages doivent remplir certains buts pédagogiques et promotionnels et, à cette fin, être :

- simples et faciles à saisir, et formulés dans un langage approprié avec des termes locaux ;
- faciles à mémoriser, et ne contenir qu'un ou deux éléments ;
- positifs – faire connaître les bienfaits du produit de manière à engager le public à l'utiliser ;
- précis et axés sur l'action plutôt que sur des notions générales ;
- exacts, praticables et pertinents ;
- sensibles aux croyances culturelles locales ;
- attrayants et intéressants ;
- transmis sous forme d'illustrations que l'on peut comprendre sans légendes ; ceci est particulièrement important lorsqu'il s'agit d'instructions concernant l'utilisation du produit.

Les messages doivent remédier aux importantes lacunes en matière de connaissances de chacun des groupes cibles qui ont été décelées grâce à l'évaluation initiale et à la recherche formative, à savoir

- le danger que représente le paludisme chez le jeune enfant ;
- le lien entre moustiques et paludisme ;
- l'importance d'un traitement prompt et complet ;
- comment obtenir et prendre le traitement ;
- où se procurer le traitement agréé ;
- le coût du traitement.

Le message même dépendra des constatations de la recherche formative menée dans les groupes cibles et des comportements que l'on souhaite modifier. Les messages doivent indiquer aux pourvoyeurs de soins quand faire recours à un établissement de santé pour les complications du paludisme, p. ex., signes d'anémisation et convulsions.

Il ne faut pas oublier non plus d'incorporer dans les messages IEC les traitements traditionnels, en conseillant peut-être aux mères de commencer par administrer l'antipaludique recommandé et ensuite un remède maison non toxique. En outre, il pourrait s'avérer nécessaire de traiter du paludisme en tant que problème communautaire et d'insister sur son importance parmi la multitude de messages ayant trait à d'autres problèmes de santé importants. Tant que le paludisme n'est pas estimé être un problème de santé, il n'y aura pas de traitement pour tous (Ruebush et al., 1995). En définitive, il vaut mieux encourager les consommateurs, surtout ceux des zones rurales, à garder le traitement à domicile, en particulier pour les enfants, pour le cas où leur famille ou leurs voisins en auraient besoin.

On pourrait penser intuitivement que la suggestion de Foster (1995) de ne vendre les antipaludiques que sur ordonnance ferait obstacle à l'accès au traitement. Cependant, cette désignation pourrait augmenter la valeur du traitement, faire penser à une qualité supérieure, et susciter une plus grande demande de la part des consommateurs, et les antipaludiques en vente libre seraient alors moins prisés.

Exemples de messages utilisés dans des programmes de PECADOM

Le programme en Zambie (Douglass et Nyambe, 1999) a utilisé des messages tels que :

- « Soignez promptement la fièvre avec de la chloroquine au dispensaire ou chez vous. »
- « Administrez la bonne dose. »
- « Administrez le traitement complet sur trois jours de chloroquine. »
- « Si la fièvre ne tombe pas après le deuxième jour, emmenez le malade au dispensaire. »
- « Si le malade présente des signes inquiétants de paludisme grave, emmenez-le immédiatement dans un dispensaire ou à l'hôpital. N'essayez pas de le soigner. »
- « Tous les cas fébriles doivent prendre sans tarder le traitement approprié et complet de chloroquine. »

Les messages visant à donner plus de responsabilité aux groupes cibles doivent être conséquents. Au Nigeria, le message était le suivant :

- « Les mères connaissent leurs enfants et sont les meilleurs juges de leur état de santé, elles savent comment administrer le traitement complet. »

Au Cambodge, le message principal était le suivant :

- « ... il y a risque de paludisme dans les zones forestières ; la Malarine est le traitement le meilleur, le plus fiable et le plus économique et doit être pris pendant trois jours pour une guérison complète. »

Sur un autre on lisait :

- « ... prenez le traitement complet de trois jours. Si vous essayez d'économiser sur les médicaments en ne les prenant pas tous, vous ferez de fausses économies car vous tomberez à nouveau malade. »

Pré-tester les messages et matériels

Il est essentiel de pré-tester les messages et matériels auprès des membres de la communauté pour s'assurer qu'ils sont clairs et qu'ils ont l'effet escompté. En pré-testant les illustrations et les textes que l'on a l'intention d'utiliser, on peut éviter des erreurs coûteuses en temps et en argent. Cela peut se faire au moyen d'entretiens non directifs ou de groupes de discussion avec des représentants du public cible. Les enquêteurs doivent être à l'écoute de ce que les participants pensent des matériels et ne pas leur dire la signification des messages. S'il y a quelque chose que les participants ne comprennent pas, les enquêteurs doivent en prendre note et ne pas donner d'explications avant la fin de l'entretien ou du groupe de discussion. On peut ainsi évaluer objectivement la mesure dans laquelle les matériels font passer le message que l'on souhaite transmettre. Grâce au pré-test, on pourra vérifier ce qui suit :

En **Ethiopie**, les responsables de la mise en œuvre du programme se sont rendus compte grâce aux groupes de discussion que l'image d'une demi-cuillère ne rendait pas l'idée voulue d'une petite cuillère à moitié pleine. Les groupes de discussion leur ont fait également constater que, pour indiquer l'âge sur les affiches, il était préférable de faire figurer un certain nombre de cuillères plutôt que des chiffres arabes.

- *Présentation*
Les textes et illustrations plaisent-ils au public ?
- *Attention*
Le message retient-il l'attention du public ?
- *Compréhension*
Le public comprend-il les messages et les produits dont il s'agit ?
- *Pertinence*
Le public se sent-il concerné par le message et a-t-il l'impression qu'il lui est adressé ?
- *Crédibilité*
Le public pense-t-il que le message et sa source sont crédibles ?
- *Acceptabilité*
Le message (texte, illustrations, signification) contient-il quoi que ce soit de choquant ou d'inacceptable sur le plan culturel ?

Les mêmes matériels sont souvent présentés sous deux ou trois formes différentes pour que les gens choisissent celle qu'ils préfèrent. Les messages et matériels doivent être revus à la lumière des résultats du pré-test et ensuite testés à nouveau. Il peut arriver qu'il faille modifier le texte ou les illustrations, éliminer un élément particulier (par exemple des effets sonores qui détournent l'attention d'un message radiophonique), combiner des parties de matériels distincts, ou recommencer à zéro en s'inspirant d'une idée suscitée par le pré-test. En testant à nouveau les matériels auprès des représentants du groupe cible on pourra voir s'ils sont devenus plus faciles à comprendre et s'ils répondent aux critères susmentionnés avant de commencer à les produire.

Sélectionner, élaborer et appliquer des méthodes pour susciter un changement de comportement

Pour élaborer une stratégie efficace de modification du comportement ainsi que ses composantes – dénomination commerciale, logo, messages, matériels, etc. – il faut des compétences spéciales, et il est donc recommandé à cette fin que le programme ait recours à des spécialistes que l'on peut trouver auprès d'autres services du ministère de la santé (p. ex., VIH/SIDA, éducation pour la santé). On peut également confier ces tâches à des sociétés privées, à des agences de publicité qui ont mené des campagnes fructueuses de commercialisation, ou à des ONG bien versées dans ce domaine. On trouvera dans le présent module trois stratégies de communication pouvant servir dans le cadre d'une approche globale et équilibrée visant à améliorer la prise en charge à domicile du paludisme.

Éducation pour la santé

Les activités pédagogiques ont pour but d'accroître les connaissances de la population cible. Le sigle « IEC » (information, éducation et communication) utilisé parfois au cours de la planification indique que l'on prévoit une gamme d'activités plus vaste que de simples cours classiques ou les efforts d'un agent de santé enseignant aux mères ce qu'elles doivent faire. Parce qu'elles donnent à la population les connaissances

nécessaires pour comprendre le problème, accéder au traitement ou l'acheter, et l'administrer correctement, les activités pédagogiques contribuent à rendre le changement de comportement plus facile.

C'est en se fondant sur les résultats de la recherche formative sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population cible que l'on peut le mieux planifier les activités pédagogiques. Celles-ci sont d'ordinaire réalisées au travers d'une communication interpersonnelle avec les agents de santé, les ASC, ou les vendeurs des produits, au moyen de documents distribués dans les centres de santé ou les points de vente, et par le biais de représentations théâtrales, des médias et de présentations de vidéos et films. Le public cible doit :

- être conscient du problème que présente le paludisme, savoir comment reconnaître la maladie et sa gravité, être conscient du risque que courent en particulier les enfants et les femmes enceintes, et du risque de décès si le traitement n'est pas administré à temps ;
- savoir que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables et qu'ils doivent donc être les premiers à recevoir le traitement ;
- savoir comment administrer l'antipaludique recommandé à domicile, notamment la posologie exacte, et comprendre qu'il est primordial que le traitement soit suivi jusqu'au bout ;
- comprendre l'importance des autres soins à savoir, continuer à donner à manger et à boire au malade, l'éponger à l'eau tiède pour faire baisser la fièvre, lui donner des antipyrétiques ;
- recevoir des informations sur la prévention du paludisme à l'aide de moustiquaires et de bonnes pratiques ménagères pour éviter la création de gîtes larvaires.

Bien que nécessaires pour faire connaître le problème et les solutions pratiques, les activités pédagogiques ne suffisent pas par elles-mêmes. La manière de transmettre l'information éducationnelle et les méthodes utilisées peuvent avoir une influence extrêmement importante sur les raisons profondes d'un changement de comportement.

Il est important de coordonner les activités IEC et de les faire concorder avec celles que mènent d'autres programmes comme la PCIME ou le PEV pour ne pas embrouiller la population cible. Si d'autres programmes publient des messages qui contredisent ceux du programme de PECADOM, il faut alors essayer avec tact de les harmoniser.

Promotion au moyen de la commercialisation à finalité sociale

L'information suffit rarement par elle-même à faire changer de comportement. Il est donc utile de recourir à d'autres approches qu'il s'agisse d'un traitement gratuit ou d'un produit payant. Comme la population cible comprendra des ménages à faible revenu pour lesquels le prix du traitement, quand bien même il est subventionné dans le cadre du programme, représentera une grosse dépense, l'un des buts de l'éducation et de la promotion sera de faire du traitement une dépense prioritaire.

Les activités promotionnelles peuvent étayer les activités pédagogiques. Elles doivent :

- se fonder sur la recherche sur la population et le pourquoi de son comportement ;
- avoir pour but d'inciter les particuliers à essayer de nouveaux produits et de nouveaux modes d'action, et à continuer à les utiliser ;

- avoir recours à des modes de communication efficaces, et diffuser des messages formulés dans le but précis d'exhorter la population cible ;
- pousser les utilisateurs potentiels à demander ou à acheter le traitement, et aider à ce qu'il soit utilisé correctement et méthodiquement, c'est-à-dire, ne pas se limiter à leur fournir une information factuelle sur le paludisme.

Journée du paludisme en Afrique, 25 avril

Quelques activités menées en **2001**:

Botswana – compétitions sportives entre écoles ; plan Faire reculer le paludisme annoncé par le ministre de la Santé.

Cameroon – radiodiffusion des débats de table ronde ; organisation de clubs de lutte antipaludique dans les écoles ; spectacles de chants sur la charge palustre.

Mali – défilés et campagnes dans les écoles et communautés.

Mozambique – émissions nationales et locales de radio et télévision, y compris un discours du Président.

Togo – matches de foot dans 35 districts.

Zimbabwe – émission présidentielle ; discours du ministre de la Santé ; appel de fonds.

Activités menées à l'échelle du continent en **2002**:

- Hommage à « l'agent de santé communautaire ».
- Octroi d'un prix national ou de district au meilleur agent de santé communautaire.
- Centrage des médias sur la valeur de l'agent de santé communautaire.
- Concours scolaires (poésies, essais, chansons, affiches) sur l'importance des agents de santé.
- Exhortation à demander sans tarder le traitement à l'agent de santé communautaire.

La commercialisation à finalité sociale peut recourir à des méthodes promotionnelles pour persuader les gens d'utiliser les produits pour des raisons autres que le but premier du programme. Par exemple, le but principal du programme de PECADOM est de prévenir la morbidité et la mortalité palustres. La commercialisation à finalité sociale peut toutefois laisser entendre que les parents qui soignent correctement leurs enfants sont des mères parfaites, plus intelligentes que les autres et dont on a envie de copier le comportement.

C'est au programme de décider, d'après la situation locale, des images positives qu'il convient de renforcer et des avantages à mettre en avant dans la promotion. Celle-ci peut gagner en efficacité si l'on associe le recours au traitement à un statut et mode de vie auquel les gens aspirent et l'on met en avant dans les messages les qualités souhaitées par la population cible, par exemple :

- Etre une super maman.
- Etre la première du quartier à utiliser le traitement.
- Les mères intelligentes utilisent le médicament – (nom de la marque).
- Pour sauver la vie de votre enfant et le garder en bonne santé, utilisez ...(nom de la marque).

Mobilisation communautaire

Diverses méthodes sont utilisées actuellement pour engager le dialogue sur la santé avec les collectivités en vue de créer un terrain d'entente entre les membres de la communauté et les prestataires de services. Une fois ceci établi, les plans d'action sont élaborés conjointement. Ce processus de communication peut démarrer au niveau local et être déclenché par l'introduction du programme de PECADOM, une campagne médiatique, ou même la mise en œuvre d'une nouvelle politique de traitement. Les messages et matériels sont élaborés en collaboration avec des membres de la communauté, des représentants des médias et des organisations commerciales ou de commercialisation à finalité sociale, dans un processus participatif qui dépasse le stade du pré-test des messages.

Plutôt que de se limiter à une méthode unique de « prédilection », la stratégie de communication du programme ferait mieux d'utiliser diverses méthodes connues. La mobilisation de la communauté et le développement des capacités communautaires moyennant une communication participative, bien qu'intensifs et complexes, sont plus susceptibles de susciter des changements de comportement permanents et l'adoption durable par les particuliers et la communauté de meilleures pratiques de prise en charge à domicile. Avant de se lancer dans une campagne de communication, les administrateurs du programme ont intérêt à s'assurer le concours d'organisations et d'institutions versées en la matière. L'UNICEF, par exemple, a énormément de savoir-faire dans le domaine des approches participatives de la communication pour la mobilisation communautaire concernant les problèmes de santé de l'enfant. Certaines de ces approches figurent dans l'encadré intitulé « Techniques visant à faire participer la communauté ».

Techniques visant à faire participer la communauté

Evaluation rurale participative/méthode d'apprentissage et d'action participative. Une série d'exercices de participation ayant fait leurs preuves pour aider les spécialistes externes à être à l'écoute des membres de la communauté et à apprendre d'eux, sans omettre la cartographie et la création de calendriers saisonniers et de graphiques circulaires.

Dialogue avec la communauté. Technique participative pour l'élaboration de plans d'action villageois reposant sur les priorités aussi bien des membres de la communauté que des fonctionnaires locaux.

Techniques participatives d'hygiène et d'assainissement. Série de cartes portant chacune une illustration différente (un moustique, par exemple) que les membres de la communauté peuvent disposer selon des séquences de cause-effet ou dont on peut se servir pour amorcer le dialogue avec la communauté.

Gestion communautaire des systèmes d'information. Suivi, par des membres de la collectivité, de l'action communautaire relative à certains aspects de la santé et du développement de l'enfant, comme les actes de naissance et la surveillance de la croissance des nourrissons.

Représentation en planification participative. Méthode participative de l'UNICEF utilisée dans les ateliers et qui, à l'aide de cartes, de jeux et d'exercices, permet aux groupes, quelle que soit leur position de force au sein de la communauté ou du gouvernement, de se faire entendre et de participer.

Sélectionner les matériels et désigner les voies de communication

Utiliser l'information récoltée par la recherche formative pour sélectionner un panachage approprié de voies de communication pour atteindre les différents publics. Les matériels éducatifs et promotionnels qui décrivent précisément la manière d'utiliser les produits, doivent de toute évidence se trouver dans tous les points de vente et centres de soins. Dans les dispensaires et centres de santé, le personnel doit utiliser diligemment les matériels pour promouvoir le traitement et ses avantages.

Selon les ressources dont il dispose, le programme peut choisir d'ajouter d'autres moyens comme les visites à domicile d'un membre du comité de santé de voisinage ou d'une personne faisant de la vente porte-à-porte. Les voies de communication possibles peuvent être classées en échanges interpersonnels, médias locaux, médias de masse, et imprimés. Elles doivent être accessibles et appropriées au groupe cible, agréées par lui et à sa portée financière. En voici quelques-unes :

- pour des activités éducatives : instituteurs ; professionnels de la santé ; pièces de théâtre les jours de marché ;
- pour des activités promotionnelles : affiches et brochures aux points de vente du traitement ; entretiens avec les agents de santé ; camions de projection de vidéos dans les marchés ;
- pour la communication interpersonnelle : visites à domicile de promoteurs communautaires de la santé ou dialogue des agents de santé avec les mères de jeunes enfants ;
- pour la mobilisation communautaire, le comité de voisinage ou son équivalent.

Matériels de communication les plus fréquents

- Médias – messages publicitaires radiophoniques, chansons publicitaires, émissions d'entretiens, messages publicitaires télévisés, films sur la maladie, son traitement et les complications.
- Imprimés – articles, affiches, autocollants, placards, prospectus, calendriers, diagrammes, brochures, tee-shirts.
- Représentations – chansons, pièces de théâtre, danses.
- Panneaux d'affichage, etc.

Voies de communication les plus fréquentes

Une fois que l'on a déterminé le public cible, le positionnement, les messages clés, les canaux de communication, les plans de distribution des produits et le prix, on peut établir une liste des matériels dont on aura besoin. On trouvera ci-dessous des exemples de moyens et matériels éducatifs et promotionnels utilisés dans des programmes rénovés de PECADOM et d'autres programmes de commercialisation à finalité sociale.

Médias

La radio est le moyen le plus souvent utilisé à cause de sa grande audience, de son efficacité par rapport au coût et parce qu'il permet d'atteindre des personnes illettrées ou peu scolarisées. Le temps d'antenne peut être offert par une station publique ou acheté à une station privée. Il faut s'arranger avec les stations populaires pour que la diffusion se fasse pendant les heures d'écoute de l'audience cible. La publicité

télévisée sera utilisée de manière stratégique lors de l'introduction du traitement pour établir sa crédibilité, et ensuite réduite à mesure que la promotion radiophonique et dans les points de vente prennent la relève. Si les postes de télévision sont peu nombreux dans une localité donnée, il faut utiliser un grand écran vidéo mobile et faire des tournées avec le camion dans les communautés, les marchés et les entreprises, etc. Louer les services d'agents de promotion (p. ex., communicateurs, programmeurs vidéo, chauffeurs de camion) et leur apprendre à communiquer les messages et à répondre aux questions du public.

Information au point de vente ou de prestation de services

Des enseignes, des autocollants et des avis servent à identifier les points de vente et les agents qui vendent le traitement. Si le produit a une dénomination de marque, celle-ci figure sur ces matériels. Les brochures, prospectus et fiches contiennent des instructions simples sur l'administration du traitement. Les vendeurs et le personnel des centres de santé utilisent ces matériels pour enseigner aux familles l'utilisation des produits. Les affiches font connaître la valeur du traitement et indiquent en termes simples qu'il faut le suivre sans tarder et jusqu'au bout. On peut vendre le matériel promotionnel surtout lorsqu'il s'agit de tee-shirts ou de calendriers que le public apprécie. Par contre, le schéma thérapeutique et le tableau des posologies devraient être distribués gratuitement.

Educateurs communautaires

On recrute des éducateurs par le biais des comités sanitaires de voisinage, ou on forme les agents de santé communautaires pour qu'ils puissent donner aux ménages des enseignements concernant le diagnostic et le traitement du paludisme.

Activités destinées à de petits groupements

Des présentations, organisées par les comités sanitaires de voisinage, sont faites régulièrement dans les centres de santé, les églises, les écoles et d'autres lieux de rassemblement de la communauté.

Communication interpersonnelle

Pour une communication interpersonnelle efficace, choisir des personnes en qui le public cible a confiance et qui ont le temps de mener à bien leur tâche. Cette efficacité sera accrue si ces personnes – agents de santé bénévoles ou rémunérés, personnes qui ont suivi le traitement avec succès – ont appris comment communiquer des messages, utiliser les imprimés et bien se faire comprendre. Les agents des centres de santé et des dispensaires informent les utilisateurs potentiels et appuient la prise en charge à domicile du paludisme. Les commerçants et les personnes qui font de la vente porte-à-porte informent les utilisateurs potentiels dans le cadre de leur activité commerciale.

Programmes à l'intention des écoles

Des séminaires sont organisés pour mener une action éducative auprès des enseignants concernant le paludisme et son traitement à domicile et les inciter à inclure cette information dans le programme d'étude. On fait ensuite des exposés dans les écoles pour informer les élèves et leurs parents.

Matériels promotionnels

Des articles tels que tee-shirts, autocollants et stylos peuvent servir à faire connaître le nom du traitement.

Programme de projection de vidéos

Un véhicule équipé pour la projection de vidéos sur grand écran se rend de lieu en lieu à la recherche d'utilisateurs potentiels dans différents quartiers, dans les écoles, les marchés, les festivals et autres endroits où les gens se rassemblent. Les vidéos ont un impact plus grand lorsqu'elles sont accompagnées d'un exposé éducatif ou promotionnel et d'échanges avec le public.

Manifestations spéciales et médias locaux

Certains moments significatifs de l'année comme la Journée Africaine de Lutte contre le Paludisme sont l'occasion de manifestations. Les commerçants et les agents de santé font des discours. Chants, danses, pièces de théâtre et concours attirent les foules. Les messages importants sont communiqués par les artistes locaux au travers de pièces et de chansons. Pour renforcer les messages, on fait participer la foule à des jeux-concours.

Petite publicité dans les médias et publicité en plein air

Les affiches, panneaux, brochures et prospectus servent à promouvoir les avantages d'un traitement antipaludique précis. Les matériels doivent être illustrés de manière à être compris par des personnes peu alphabétisées, et les textes doivent être en langue locale. On aura recours à la radio locale, à la télévision et à la presse si les ménages de la zone du programme y ont accès.

- Mettre au point les textes, les illustrations et la présentation des matériels, y compris panneaux, autocollants et cartes pour identifier les points de vente et les vendeurs ; brochures avec instructions sur l'utilisation du produit et ses effets ; affiches pour promouvoir le produit et ses effets bénéfiques.
- Créer des vidéos, c'est-à-dire rédiger le scénario, filmer, monter le film, et ajouter la narration et les graphiques.
- Décider des spécifications d'une peinture murale, dresser la liste des messages qu'il faut y inclure et charger des artistes locaux de l'exécuter.
- Ecrire des articles ou des annonces publicitaires.
- Concevoir des activités comme des exposés et démonstrations pour les réunions communautaires, les réunions de clubs, etc. notamment rédiger les scripts et les instructions et élaborer des supports visuels.

Particularités des bons matériels éducatifs et promotionnels	
<p style="text-align: center;">Un bon logo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est simple et sans fioritures • Est explicite et non abstrait, et compréhensible à première vue • Correspond aux principaux effets positifs du traitement, est un symbole de cette notion • Est positif, stimulant, transmet l'idée de résultats • Est facilement reproductible • Fait de l'effet dans divers formats et contextes • Fait ressortir de façon frappante le ton de la stratégie de modification du comportement 	<p style="text-align: center;">Un prospectus, un support visuel ou une brochure utile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmet l'information que l'on risque le plus d'oublier • Utilise des éléments visuels et non pas uniquement des mots pour se raconter • Représente des gens en train d'exécuter les actions préconisées • A recours à des images qui plaisent au public concerné • Est concis • Garde le même ton que la stratégie globale pour le changement de comportement • Est organisé de manière à privilégier une séquence logique d'actions • Est facile à utiliser comme support visuel
<p style="text-align: center;">Une bonne affiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attire l'attention sur une seule notion • Se fait remarquer à 10 mètres de distance • Fait usage d'illustrations pour transmettre le message • Est mémorable • Sert de modèle de comportement • Montre les effets positifs du traitement • Correspond au ton de la stratégie 	<p style="text-align: center;">Un spot radio efficace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présente une seule idée • Commence par un élément « accrocheur » • Est direct et explicite • Répète au moins deux à trois fois les idées importantes • Demande aux auditeurs d'agir • Donne aux auditeurs le sentiment d'être impliqués • Garde le même ton que la stratégie globale pour le changement de comportement

Exemples de programmes qui utilisent diverses voies de communication – Ghana

Au **Ghana**, la campagne nationale He Ha Ho (Healthier, Happier Homes – Foyers plus sains et plus heureux) inclut la lutte antipaludique. L'analyse de la situation qui a précédé la campagne a révélé les problèmes suivants : le paludisme est l'une des causes principales de morbidité et de mortalité chez l'enfant ; la plupart des poussées fébriles chez l'enfant sont soignées à domicile, le plus souvent de manière inappropriée ; l'amélioration des soins à domicile offre de très importants moyens d'action. La recherche formative a porté sur les causes du paludisme, les pratiques en matière de recours aux soins, les pratiques thérapeutiques, et l'acceptation du conditionnement par dose thérapeutique. La campagne s'adresse aux soignants, aux pharmaciens et aux responsables politiques. L'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité infantile en améliorant la prise en charge à domicile du paludisme. Aux points de prestation, il s'agit de faire en sorte que les pharmaciens délivrent la posologie exacte et informent correctement les clients. Le programme s'efforce également d'obtenir un appui politique et financier (Ministère de la Santé du Ghana).

Une série d'émissions radiophonique traitant de questions de santé a été élaborée pour le programme. Lors de la première émission, il a été dit que le paludisme :

- est cause de maladie et de douleurs, qu'il empêche le patient d'exercer une activité normale, que ce n'est pas une maladie ordinaire, mais une maladie grave qui peut entraîner de sérieuses complications parfois mortelles ;
- entraîne une incapacité à travailler et à gagner sa vie ;
- prive les membres de la famille de revenus parce que les malades ne peuvent pas travailler et que les pourvoyeurs de soins doivent passer beaucoup de temps à les soigner ;
- est cause de ce que les revenus ménagers vont à l'achat de médicaments et à des frais funéraires ;
- ajoute à la charge de travail des femmes/mères (soins aux malades) ;
- entraîne l'absentéisme scolaire des enfants ;
- entraîne une perte de main-d'œuvre et de productivité commerciale ;
- touche en particulier les enfants de moins de cinq ans.

Les informations ci-après ont été présentées lors d'une autre émission :

- noms des antipaludiques agréés par le ministère de la santé et leurs dosages ;
- comment faire l'enveloppement du malade à l'eau tiède pour faire tomber la fièvre ;
- pourquoi il est essentiel de dire au vendeur de médicaments l'âge de l'enfant ;
- où se procurer les antipaludiques et les antipyrétiques (mentionnant les dosages).

D'autres émissions ont traité des signes de complication et de l'importance de recourir à des soins médicaux en présence de : vomissements persistants, léthargie ou perte de connaissance, urines peu abondantes ou foncées, convulsions. On a aussi dit aux auditeurs que sans soins immédiats, ces complications pouvaient causer des lésions cérébrales voire la mort. On leur a également appris que les convulsions n'étaient pas une manifestation spirituelle, qu'elles devaient être traitées de toute urgence dans un hôpital et qu'il fallait donc amener sans tarder l'enfant dans un établissement de santé, et qu'il ne fallait surtout pas le plonger dans de l'eau chaude, le laisser seul, attendre qu'un homme vienne le chercher, lui faire un lavement, ou essayer de le faire boire.

Exemples de programmes utilisant diverses voies de communication – Cambodge

Au **Cambodge**, on a employé toute une gamme de moyens : publicité sur les emballages, les dispensateurs, les affiches et les panneaux dans les zones à haut risque ; tee-shirts et casquettes portant le logo de la Malarine ; ritournelle publicitaire à la radio, vidéo pour les réunions villageoises, et publicité à la télévision (Rozendaal, 2000). Dans une intervention précédente (1998), le programme a constaté le caractère lacunaire des instructions que les vendeurs de médicaments et les personnels de santé donnaient aux patients, le manque d'informations pour les consommateurs, l'achat souvent partiel du traitement et son observance incomplète. Grâce aux affiches et à la vidéo, les taux d'observance sont passés de 5% à 20%. Avec la participation des médias, l'impact a été plus grand encore : l'achat du traitement complet a augmenté de 28% et l'observance de 58%. Cependant, l'efficacité des affiches s'est avérée deux fois moindre que celle de la vidéo. Avec les affiches seules, l'observance est passée de 6% à 11% (Homedes et Ulgade, 2001). Les médecins, vendeurs et patients ont tous été ciblés. La campagne a eu plus d'effet sur les personnels de santé que sur les vendeurs de médicaments : les vidéos et affiches à l'intention du personnel soignant ont contribué à réduire de 40% la non observance contre 2% seulement pour les vendeurs. Dans cette étude, l'impact sur l'observance différait selon le type d'agent de santé qui donnait les informations et l'on a cru comprendre que les conseils d'un praticien privé avaient plus de poids que ceux d'un pharmacien ou d'un commerçant (Denis, 1998).

E.3 Production et distribution de matériels

Estimer le nombre d'exemplaires des différents matériels (brochures, matériel destiné à la promotion sur le lieu de vente, affiches, vidéos, etc.) qu'il faudra distribuer à la population cible. Faire imprimer la quantité nécessaire et distribuer les matériels aux établissements de santé, au personnel de santé, aux commerçants, aux organisations comme les comités de santé de voisinage, et aux magasins qui vont réapprovisionner les points de vente. Ne pas oublier de prévoir une quantité suffisante pour les cours de formation.

E.4 Suivi et évaluation

Il est important de suivre l'effet des interventions visant à modifier le comportement sur le recours aux soins, la capacité de la communauté à reconnaître les symptômes du paludisme, l'observance du traitement, l'utilisation de moyens de prévention, et l'opinion de la communauté concernant la source des médicaments et le recours aux ASC, aux distributeurs de médicaments et aux établissements de santé quand il y a eu référence. Cela peut se faire au moyen d'une collecte systématique des données, de la recherche, ou à l'occasion d'une évaluation du programme (voir Module G).

S'agissant de la commercialisation à finalité sociale, l'efficacité et les progrès des interventions doivent être suivis et évalués. Des enquêtes auprès du consommateur et d'autres recherches sur le comportement des consommateurs doivent être menées pour connaître les préférences en matière de marques et l'usage des produits, la connaissance et la perception des marques, le profil démographique des consommateurs du produit, le souvenir qu'ils gardent de la publicité et des campagnes promotionnelles et leur pouvoir de persuasion, et les comportements relatifs aux achats et à l'automédication.

E.5 Meilleures pratiques et leçons à tirer

Planification

- Les activités IEC et les efforts de promotion ont plus de chances d'aboutir s'ils portent sur un service (diagnostic, traitement, etc.) qui inclut un produit, plutôt qu'uniquement sur le produit.
- Comme pour tout programme de commercialisation à finalité sociale, le succès dépend d'éléments comme le moment choisi, les messages, les tests et la coordination. Les activités IEC peuvent aussi contribuer à réglementer l'action des prestataires et à les rendre comptables de leurs actions envers les consommateurs.

Groupes cibles

- Les mères, principales auxiliaires de vie, peuvent être aidées à mieux reconnaître les accès fébriles, le traitement approprié, les effets secondaires et les cas qui doivent être référés vers une formation sanitaire.
- Ce sont les pères qui très souvent prennent la décision en matière de traitement non gratuit ; il faut donc tenir compte de ce facteur dans le ciblage des stratégies IEC.
- La recherche formative doit servir à repérer tout groupe cible spécial : enfants, adolescents, femmes enceintes, populations urbaines.

Méthodes

- Ne pas sous-estimer le pouvoir des recommandations de personne à personne sur le diagnostic et l'orientation-recours ; on adopte plus facilement un produit s'il nous a été recommandé par une connaissance qui l'a essayé.
- Elaborer et distribuer des matériels auxiliaires de travail (p. ex., tableau des posologies) au prestataire et au consommateur.
- S'adresser au système scolaire local, aux leaders d'opinion, aux enseignants et aux élèves, et leur demander leur concours.

Faire participer les intéressés au processus de conception.

Messages

- Un petit nombre de messages IEC simples auront plus d'effet qu'un grand nombre de messages complexes.

- La publicité doit inclure des informations concernant le prix du produit, le schéma thérapeutique et la posologie selon l'âge. Si les consommateurs sont bien informés, ils peuvent demander des comptes aux prestataires.
- Pour susciter un changement de comportement, prôner les avantages autres que la santé – moins d'heures de travail perdues, moins de soucis au sujet des enfants, vie sociale non interrompue par la maladie, etc.
- Veiller à ce que les messages et les modes de communication soient appropriés et acceptables sur le plan culturel.
- Essayer, si cela est approprié et productif, d'unifier les messages autour d'un thème de santé de l'enfant (p. ex., PCIME).
- Accroître les connaissances des vendeurs en matière de meilleures pratiques de traitement afin qu'ils dissuadent les consommateurs qui réclament un traitement ou une posologie inappropriés.

Module F: Renforcement du système de santé publique et intégration à la communauté

Tâches

- Dresser la liste des nouvelles responsabilités du personnel de santé publique.
- Recenser les rôles prévus.
- Recenser les domaines qu'il convient de renforcer.
- S'occuper des besoins en personnel.
- Trouver des partenaires et des domaines à renforcer.

On a constaté dans un district de l'Ouganda qu'un peu plus de 60% des personnels de santé publique interrogés ne connaissaient pas la posologie antipaludique exacte pour les enfants de moins de trois ans, et ceci à cause d'une formation insuffisante et de l'absence de cours de recyclage. Parmi les dispensateurs de soins des unités de santé publique, seuls 27% avaient reçu une formation en cours d'emploi sur la prise en charge du paludisme (Namusoby, 1998).

Les communautés doivent être reliées au système de santé du district par le biais des centres de santé locaux étant donné qu'elles serviront de centres d'orientation-recours, de centres de formation, et de magasin pour les médicaments, et que les agents de santé formeront les superviseurs et contrôleront la mise en œuvre. La PECADOM ne remplace pas les services de santé, et il est important que les communautés continuent à s'y rendre. A cet effet, il conviendra d'améliorer la qualité des soins dispensés par ces services et instaurer un meilleur mécanisme d'orientation-recours.

Dans grand nombre de pays, il faudra établir un lien clair entre les collectivités et le système de santé par l'intermédiaire soit de l'équipe de gestion de la santé au niveau du district soit de celle du centre de santé qui intègre des membres de la communauté. Il faut admettre que la mise à l'échelle nationale de la PECADOM pourrait nécessiter un renforcement des institutions.

De plus, il pourrait s'avérer nécessaire d'améliorer la formation, l'établissement des rapports, et les capacités de suivi dont les avantages dépassent ceux de la PECADOM. Outre la formation, le renforcement doit se faire à l'aide de nouvelles capacités, de nouveaux personnels et de nouvelles ressources.

F.1 Renforcement du secteur de la santé publique

Par des actions de sensibilisation à tous les niveaux du système de santé on vise à obtenir un plaidoyer et un consensus en faveur de la PECADOM. Le rôle et les responsabilités de chacun des niveaux doivent être précisés et clairement définis. Les faiblesses et lacunes doivent également être signalées, et des mécanismes pour y remédier doivent faire partie du processus de mise en œuvre. Le secteur de la santé publique apporte son concours dans les domaines suivants : formation, stockage des médicaments, approvisionnement, suivi, supervision, prise en charge des cas qui lui sont envoyés. Si le système ne fonctionne pas bien, la viabilité du programme et la qualité des soins seront compromises.

Le renforcement du système de santé devra également se poursuivre dans d'autres domaines à savoir, formation, établissement des rapports, et capacités de suivi. Il faudra aussi lui adjoindre de nouvelles capacités, des personnels et des ressources.

Améliorer la qualité des soins au niveau des formations sanitaires

Améliorer la qualité des soins au niveau des formations sanitaires en formant les agents de santé à la prise en charge des cas de paludisme et renforcer les systèmes de santé doivent faire partie de la mise en œuvre du programme de PECADOM. On doit aussi enseigner aux agents de santé les techniques de communication pour les rendre plus réceptifs à la population. Ils doivent connaître les traitements disponibles au niveau communautaire et savoir quoi faire quand ils reçoivent des patients à qui l'on a déjà administré un traitement. Ils doivent être à même de suivre les recommandations nationales en matière de traitement antipaludique et de prendre en charge les échecs thérapeutiques et les cas de paludisme grave envoyés par la communauté. Il faut bien faire comprendre au personnel ce qu'implique la nouvelle approche de PECADOM et leur expliquer qu'ils ne doivent pas s'en prendre aux mères qui ont soigné leur enfant à domicile avant de se rendre à l'établissement de santé parce que des complications sont apparues.

Il est également important que les établissements de santé disposent du matériel et de l'organisation nécessaires pour prendre en charge ces cas et puissent faire face à la demande qui sera créée. Le système de santé devra veiller à ce qu'il n'y ait pas de rupture de stock et qu'il y ait suffisamment de produits pour le diagnostic et le traitement symptomatique du paludisme.

Les problèmes qui se posent sont le surcroît de travail et de responsabilités ainsi qu'une formation supplémentaire pour des personnels déjà surchargés. En intégrant les tâches à celles déjà en vigueur et en confiant à l'extérieur certaines activités, on peut rendre la situation moins difficile et réduire le stress et l'inefficacité. Il est important de déterminer combien de temps un membre du personnel en place peut consacrer à sa formation, à superviser les agents bénévoles, à recueillir les formulaires et à les examiner, à donner des cours, à assurer un suivi, à superviser les distributeurs du secteur commercial, et à établir des rapports.

Distribution des médicaments et contrôle de qualité

Tout doit être mis en œuvre pour que les médicaments soient distribués systématiquement et qu'il y en ait toujours en stock, surtout dans le secteur de la santé publique ; les ruptures de stock, qui déçoivent les communautés, peuvent être évitées en mettant en place un système d'approvisionnement efficace. Le plus souvent, il est possible de renforcer le système d'achat, de rationaliser la distribution, et d'améliorer l'administration, la qualité des soins et la supervision technique. Pour le secteur commercial privé, il faudrait mettre en place un système permettant de promouvoir et de fournir les médicaments recommandés afin de garantir l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments sur le marché. Ceci peut se faire comme suit :

Gestion de l'approvisionnement en médicaments

Il faut se procurer les médicaments par l'intermédiaire du système d'achat national, c'est-à-dire auprès de distributeurs reconnus et agréés par les autorités nationales de réglementation pharmaceutique. Les normes pharmaceutiques, les exigences en matière d'étiquetage, la durée maximale de validité, et les normes en matière de conditionnement doivent être clairement expliquées aux fournisseurs. Un mécanisme doit être mis au point dans les districts ou auprès de l'administration locale permettant aux centres de soins primaires et aux communautés d'avoir accès aux médicaments. On peut, en recourant aux services d'un distributeur commercial, simplifier un peu la gestion de la chaîne de distribution ; toutefois, la supervision de l'approvisionnement doit relever des autorités publiques

Analyse périodique de la qualité

L'équipe nationale chargée du contrôle de la qualité doit vérifier périodiquement la qualité des médicaments. Le laboratoire national prélèvera des échantillons de différents lots et analysera le contenu chimique des médicaments.

Stockage, transport et gestion

Il doit y avoir au niveau du district une infrastructure pour le stockage des médicaments ainsi que dans tout établissement de santé qui doit disposer de stocks suffisants pour approvisionner la communauté. Les distributeurs de médicaments aux communautés doivent être dûment formés aux bonnes procédures d'entreposage et de comptabilité.

Supervision et contrôle

Dans la mesure du possible, il convient d'intégrer la supervision de la mise en œuvre dans le système de supervision du secteur de la santé publique. Les prestataires du secteur commercial privé et les ASC en particulier doivent soumettre des rapports mensuels de distribution des médicaments en incluant si possible les réactions adverses. Il incombe aux superviseurs de contrôler les quantités reçues, celles utilisées (stock ancien, nouveau stock, nombre total de paquets vendus, nombre total de paquets restants), la quantité endommagée, la date de péremption, les fonds disponibles, les connaissances, attitudes (soins) et pratiques (conseils en matière de traitement), et les matériels (interprétation, étalage). Ils doivent également évaluer les progrès réalisés depuis la visite précédente et fournir une rétro-information.

F.2 Renforcement des rapports avec la communauté

Au **Nigeria**, le fait d'avoir fait participer officiellement la communauté a contribué à rendre les antipaludiques pré-conditionnés plus accessibles.

L'échec des programmes est souvent dû à la non-adhésion de la communauté et au manque de communication entre celle-ci et le comité de gestion du programme. Il est donc utile de planifier méthodiquement les activités avec la communauté, de trouver des objectifs communs et de régler les différends sans tarder. Repérer les personnes clés qui pourraient participer au programme et élaborer avec elles le rôle qu'elles joueront.

En **Ouganda**, certaines communautés d'une région montagneuse reculée ont organisé des groupes qui se chargent d'amener les malades à l'hôpital (le système « engozi »). Les patients sont transportés par des membres de ces groupes à l'aide de brancards fabriqués localement sur de longues distances. Outre la main-d'œuvre pour le transport des malades, les communautés contribuent financièrement aux frais médicaux.

Mettre en place ou renforcer les structures locales de soutien. Les communautés doivent être incitées à mettre en place des mécanismes d'orientation-recours, des moyens pour amener les personnes gravement malades à l'établissement de santé le plus proche, des moyens de reconstituer les stocks, et un mécanisme pour l'envoi des rapports. Si ces structures de soutien existent, il faut les renforcer, sinon, il faut sensibiliser les communautés et les engager à en établir. Des mécanismes de financement communautaire peuvent également être mis en train pour soutenir les programmes communautaires.

F.3 Meilleures pratiques et leçons à tirer

Stratégies visant à améliorer la supervision et la motivation du personnel

- Donner aux personnels des descriptions de poste claires et précises pour qu'ils sachent ce que l'on attend d'eux.
- Attribuer clairement les rôles et assigner les tâches de supervision, surtout si les activités sont intégrées à des programmes et activités de santé en place et le personnel a déjà un grand nombre de fonctions à remplir.
- Tenir des réunions périodiques afin que les personnels à tous les niveaux soient au courant des plans, progrès et changements, et qu'ils puissent confronter leurs expériences.
- Voir quelles sont les causes précises du manque de motivation et remédier à la situation.
- Veiller à ce que les bénévoles soient dûment récompensés (p. ex., primes, octroi d'un prix ou d'une distinction, formation sur le tas, promotion) pour leur rôle et le bon accomplissement de leurs tâches.
- Prévoir des crédits suffisants pour la supervision.

- Bien faire comprendre au personnel ce qu'implique la PECADOM et leur expliquer qu'ils ne doivent pas s'en prendre aux mères qui ont soigné leur enfant à domicile avant de se rendre à l'établissement de santé parce que des complications sont apparues.
- Le programme de PECADOM doit être pleinement intégrée dans le système de santé pour être viable et renforcer le système en place.
- Au Ghana, les infirmières communautaires reçoivent une formation supplémentaire en gestion, elles vivent au sein de la communauté et sont responsables des ASC.
- Les comités de développement communautaires peuvent aider à superviser les ASC, assurer la liaison avec le personnel de santé, et inciter les ASC à être responsables devant la communauté.

Module G: Suivi et évaluation du programme

Tâches

- Recenser les activités et les indicateurs de suivi.
- Décider de la manière dont les résultats seront exploités.
- Trouver des sources de données et des méthodes de collecte.
- Elaborer et pré-tester des outils et formulaires de collecte des données.
- Programmer les activités de suivi.
- Examiner et évaluer les objectifs et activités du programme.
- Déterminer les sources des données pour l'évaluation et des méthodes de collecte des données.
- Planifier la collecte des données, leur analyse et l'établissement de rapports.

Le suivi est un outil de gestion permettant de suivre l'évolution de la mise en œuvre d'un projet ou programme et d'obtenir, grâce à la collecte et à l'utilisation systématique des données, des informations constantes et fiables sur les progrès réalisés. Le suivi doit donc faire partie intégrante de la mise en œuvre à l'échelle nationale d'un programme de PECADOM. Il repose sur la collecte de données pendant la mise en œuvre du programme et a pour but, entre autres :

- de mesurer l'avancement des activités à l'aide d'indicateurs qui ont trait d'ordinaire à la qualité ou à la quantité et à un laps de temps précis ;
- de faire ressortir les activités qui sont bien menées et celles qui le sont moins bien ;
- de fournir des informations durant la mise en œuvre sur des problèmes et éléments qui doivent être modifiés ;
- de permettre aux administrateurs de distribuer les ressources en connaissance de cause et de connaître les besoins en formation et en supervision.

L'évaluation est destinée à vérifier que les objectifs ont été atteints. A cette fin, il faut recueillir des données aussi bien avant la mise en œuvre qu'après une certaine période d'application et d'exécution du programme. Ces données sont analysées et comparées pour déterminer si les activités ou stratégies employées pour la mise en œuvre se sont avérées probantes. Les objectifs de l'évaluation sont :

- de voir si les objectifs ont été atteints ;
- d'examiner les points forts et les lacunes ;
- d'orienter la conception des phases ultérieures ou des programmes de suivi.

En vue de planifier le suivi et l'évaluation, il convient de préciser l'information dont on aura besoin, la manière dont elle sera utilisée pour la prise de décisions, et la manière dont les progrès et l'impact seront mesurés. Les plans de suivi et d'évaluation doivent être élaborés en même que les plans de mise en œuvre à plus grande échelle du programme, et intégrés à ceux-ci. Au début du processus de planification,

décider des données de suivi et d'évaluation qui seront recueillies et sur la base desquelles les actions seront prises. Veiller à ne pas recueillir des éléments d'information inutiles afin que le suivi et l'évaluation soient constructifs et contribuent à faire avancer les buts et objectifs du programme.

G.1 Recenser les activités et les indicateurs de suivi

Le suivi permet au programme de déterminer les activités en cours, celles qui n'ont pas lieu ou celles qui ne se déroulent pas comme prévu, et d'apporter ainsi les rectifications nécessaires en cours de route. Il faut donc recueillir des données pendant la mise en œuvre et l'exploitation du programme. Grâce aux indicateurs, on peut rapidement déceler les problèmes et les résoudre. On peut, par exemple, dans le cadre des activités de suivi examiner les registres de livraison des médicaments à un certain nombre de centres de santé ou de magasins, ou faire le bilan des médicaments préconditionnés en blisters se trouvant dans la communauté ou chez les détaillants.

Commencer par revoir les objectifs du programme et les activités prévues pour les atteindre, ensuite élaborer des indicateurs sur la base de ces objectifs et activités. Chaque objectif et chaque activité doit avoir des indicateurs permettant de le ou la suivre. Du fait de ce suivi, il sera possible de réorienter l'activité au cours du processus et fournir des informations pour la prise de décisions.

Indicateurs

Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus permettent de voir si les activités prévues sont menées (suivi) ou ont été menées (évaluation). Pour la formation, par exemple, l'indicateur pourrait être le nombre de personnes cibles formées ou le taux d'abandons ou de départs naturels.

Indicateurs de résultat

Ils ont trait au résultat des interventions (p. ex., nombre de dispensateurs de soins de santé ou de distributeurs de médicaments) dans la population cible sur, par exemple, le temps écoulé entre la reconnaissance des symptômes et l'obtention du traitement, le nombre de patients ayant obtenu des médicaments de l'ASC ou de vendeurs de médicaments, le nombre de cas de paludisme traités par des services de consultations externes, le nombre de cas de paludisme grave ayant bénéficié de l'orientation-recours.

Indicateurs d'impact

Les indicateurs d'impact mesurent la réalisation de l'objectif global du programme de PECADOM qui est d'ordinaire la réduction de la morbidité et de la mortalité ; ce sont par exemple, la proportion de cas graves s'étant rendus au centre d'orientation-recours ou le nombre total de décès dans la communauté.

G.2 Décider de la manière dont les résultats seront exploités

Il est important de veiller à ce que seules des données utiles soient recueillies pour ne pas gaspiller d'efforts à des activités qui ne servent pas à la mise en œuvre du programme. A cette fin, il est bon de voir en quoi les données de surveillance seront utiles aux différents niveaux et comment elles seront exploitées. Par exemple,

- Si vous surveillez la consommation de médicaments, il est facile :
 - d'apprendre des distributeurs ou vendeurs de médicaments la consommation moyenne sur une période donnée et faire en sorte que les stocks soient suffisants ;
 - de stocker des antipaludiques préconditionnés en fonction de l'âge selon le taux de consommation ;
 - pour le magasin central d'estimer aussi les stocks requis d'après la demande.
- Si la population n'achète pas le traitement préconisé, le programme pourrait :
 - en déterminer la raison et redresser la situation ;
 - envisager une fixation des prix et éventuellement une subvention ;
 - voir si la communauté a facilement accès aux vendeurs, et améliorer la situation.
- Si les mères n'administrent pas le traitement à leurs enfants dans les 24 heures, le programme peut entreprendre, à l'intention de ce groupe, une campagne éducative visant à changer le comportement..

G.3 Trouver des sources de données et des méthodes de collecte

Le système de suivi du programme doit être intégré dans la mesure du possible dans le système national d'information sanitaire (SNIS) du pays. Il se pourrait qu'il faille, pour un petit nombre d'indicateurs, établir de nouveaux systèmes de collecte des données. Pour les autres, les systèmes en place suffiront. Par exemple, les données périodiques du SNIS permettent de connaître le nombre de cas de paludisme adressés à des établissements de santé et le nombre de personnes impaludées s'étant rendu dans des services de consultation externe. Quant au secteur privé, il n'est pas trop difficile de récupérer les factures ; ou bien, on peut établir un nouveau système d'enregistrement des ventes du traitement dans les magasins ou autres points de vente.

Il faut trouver et former le personnel qui sera chargé du suivi et de l'analyse et interprétation des données. Les méthodes de collecte des données qui seront utilisées pour mesurer les indicateurs retenus doivent être définies. Ce peut être :

- Des rapports périodiques tels que :
 - données périodiques SNIS des établissements de santé ;
 - données recueillies par les distributeurs de médicaments ou les ASC ;
 - fiches des fabricants sur la production et la vente ;
 - rapports des points de vente ;
 - ventes totales par communauté et région.
- Registres communautaires d'état civil.
- Visites de supervision dans les communautés et établissements de santé.

- Enquêtes sur la santé de la population.
- Enquêtes ponctuelles sur la mise en œuvre. Les enquêtes ne doivent pas être trop étendues car elles exigent beaucoup de personnel et coûtent relativement cher ; par ailleurs, comme elles ne font pas partie du système de santé national, il est peu probable qu'elles le renforcent.
- Etude sur les pharmacies ou points de vente des médicaments dans la zone cible (peut inclure des entretiens avec le personnel, l'examen du registre des ventes, l'observation des méthodes de vente, l'inventaire des stocks).

G.4 Elaborer et pré-tester des outils et formulaires de collecte des données

Elaborer des formulaires pour la collecte d'informations sur la distribution des médicaments, les groupes d'âge traités, et le nombre de paquets distribués ou vendus par le secteur privé. Pour chacun des niveaux d'activité – niveau de la production ou du stockage des médicaments, magasins pharmaceutiques nationaux, à l'échelon national ou du district, établissements de santé, et communauté – décider des informations présentant une utilité et de la manière de les recueillir. Ne pas oublier les informations importantes nécessaires au suivi des indicateurs retenus ; omettre par contre les informations qui ne serviront pas à la prise de décision, même si on aimerait bien les avoir.

Pour l'élaboration des outils de collecte des données, il faut :

- Utiliser des indicateurs basés sur ce qu'il est important de savoir pour surveiller la réalisation des objectifs du programme, pour évaluer les points forts et les lacunes du programme, et pour planifier les activités futures.
- Ne suivre qu'un nombre raisonnable d'activités qui fourniront les informations les plus utiles dans les limites du budget et du personnel du programme.
- Etudier les changements de comportement au sein de la communauté – activité essentielle pour le succès du programme.
- Déterminer les sources de données et les méthodes de collecte comme il est décrit dans la section G.3.
- Elaborer et pré-tester des outils ou formulaires simples de collecte des données.
- Décider de qui recueillera, analysera et interprètera les données d'évaluation, rédigera le rapport et fournira une rétro-information.
- Fixer des dates limites pour la collecte, l'analyse et l'interprétation des données ainsi que pour la rédaction du rapport.

G.5 Programmer les activités de suivi

Le suivi doit être plus intensif au début du programme, et il est essentiel de savoir à quelle fréquence recueillir des données sur chacun des indicateurs. Etablir un calendrier des activités de suivi. Certaines activités ou indicateurs devront être examinés toutes les semaines ou tous les mois alors que pour d'autres il suffira de le faire une ou deux fois au cours d'un programme pilote de 6 à 12 mois. Il est important de vérifier certains indicateurs au commencement du programme pour pouvoir rapidement déceler les problèmes et les résoudre. Par exemple, les problèmes de livraison aux distributeurs et points de vente des médicaments doivent être résolus de toute urgence. Une fois que le programme est établi et fonctionne bien, on peut réduire la fréquence des activités de suivi.

G.6 Examiner et évaluer les objectifs et activités du programme

Aux fins de l'évaluation, les données doivent être recueillies avant et après une période donnée de mise en œuvre et de fonctionnement du programme. Il est important d'examiner les objectifs et activités du programme en fonction des résultats escomptés. Les objectifs fondamentaux de l'évaluation sont :

- voir si les objectifs ont été atteints ;
- examiner les points forts et les lacunes ;
- orienter la conception des phases ultérieures ou des programmes de suivi.

Il est important de faire correspondre activités et objectifs du programme afin que suffisamment d'activités soient menées pour atteindre les objectifs dans les délais prévus. Ainsi, on évitera d'entreprendre l'évaluation avant qu'il n'y ait un impact à mesurer. Par exemple, pour mesurer l'effet du programme sur la santé, il faudra que 20% de la population utilise le traitement. Tant que ce niveau de participation n'a pas été atteint, l'évaluation de l'impact sanitaire sera prématurée.

Aspects essentiels de l'évaluation :

- Les indicateurs de l'évaluation doivent être précis (la mesure exacte du phénomène à l'étude), fiables (cohérents et sûrs pour l'ensemble des applications ou dans le temps), faciles à interpréter, et se rapportant directement aux activités du programme de manière à ce que tout changement de l'indicateur soit attribuable aux interventions du programme.
- Préciser les indicateurs/résultats sur la base de ce qu'il est important de savoir concernant la réalisation des objectifs du programme, les points forts et les lacunes, et pour planifier les activités futures.
- Recueillir les données de départ avant la mise en œuvre du programme et les données d'évaluation après une période donnée de mise en œuvre.
- N'évaluer qu'un nombre raisonnable d'éléments qui fourniront les informations les plus utiles.
- Déterminer au début du projet les sources de données pour l'évaluation. Ces sources comprennent :

- des entretiens avec les membres des populations cible ;
- les registres des pathologies des établissements de santé qui desservent les populations cible ;
- les résultats cumulés du suivi.
- Déterminer les méthodes de collecte des données dont :
 - des enquêtes auprès des communautés (enquête initiale et de suivi), y compris éventuellement des entretiens à domicile avec des membres de la famille et l'observation de certaines pratiques ;
 - des enquêtes auprès des établissements de santé et des points de vente des médicaments, y compris éventuellement des entretiens avec le personnel, l'observation des comportements en matière de vente et d'instructions aux clients, et la vérification des stocks ;
 - des entretiens avec les familles à leur sortie de l'établissement de santé ou du point de vente après l'achat du traitement ;
 - des discussions de groupe avec la population cible (pour estimer l'acceptabilité du traitement, les opinions sur son goût et son prix, et essayer de déceler les obstacles potentiels à son utilisation tels que facteurs culturels, éducation, autres priorités) ;
 - des études et enquêtes spécialisées pouvant aider à comprendre certaines questions opérationnelles, p. ex., étude cas-témoins des paludéens qui se rendent dans des centres de santé et de leurs voisins en bonne santé ;
 - la surveillance active du paludisme au moyen de visites à domicile (impact sanitaire) ; des enquêtes sur la mortalité ou autopsies verbales.
- Elaborer et pré-tester des outils ou questionnaires simples pour la collecte des données.
- Décider de qui recueillera, analysera et interprètera les données et rédigera le rapport. Il est essentiel de rendre compte aux donateurs des progrès réalisés et de leur fournir les raisons pour lesquelles le financement doit se poursuivre.

References

- Agyepong IA et al. (2002). Strategies to improve adherence to recommended chloroquine treatment regimes: a quasi-experiment in the context of integrated primary health care delivery in Ghana. *Social Science and Medicine*, 55:2215–2226.
- Ahorlu CK et al. (1997). Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Tropical Medicine and International Health*, 2(5):488–499.
- Ansah EK et al. (2001). Improving adherence to malaria treatment for children: the use of pre-packed chloroquine tablets vs. chloroquine syrup. *Tropical Medicine and International Health*, 6:496–504.
- Baume C, Helitzer D, Kachur SP (2000). Patterns of care for childhood malaria in Zambia. *Social Science and Medicine*, 51:1491–1503.
- Brieger WR et al. (2002). Promoting prepackaged drugs for prompt and appropriate treatment of febrile illnesses in rural Nigerian communities. *International Quarterly of Community Health Education*, 21:19–40.
- Brugha R, Zwi A (1998). Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy and Planning*, 13:107–120.
- Cong LD et al. (1998). Use and quality of antimalarial drugs in the private sector in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(Suppl.1):51–58.
- Diallo AB et al. (2001). Home care of malaria-infected children of less than 5 years of age in a rural area of the Republic of Guinea. *Bulletin of the World Health Organization*, 76:28–32.
- Denis MB (1998). Improving compliance with quinine + tetracycline for treatment of malaria: evaluation of health education interventions in Cambodian villages. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(Suppl.1):43–49.
- Douglass EF, Nyambe J (1999). *A strategy for behaviour change for malaria prevention and control: Eastern Province (Zambia) Integrated Malaria Initiative*. Washington, DC, United States Agency for International Development (Activity Report EHP No. 57).
- Dunyo SK et al. (2000). Health centre versus home presumptive diagnosis of malaria in southern Ghana: implications for home-based care policy. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 94:285–288.
- Foster SD (1991). Pricing, distribution, and use of antimalarial drugs. *Bulletin of the World Health Organization*, 69:349–363.
- Foster S (1995). Treatment of malaria outside the formal health services. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98:29–34.
- Goel P et al. (1996). Retail pharmacies in developing countries: a behaviour and intervention framework. *Social Science and Medicine*, 42:115–116.
- Gomes M, Wayling S, Pang L (1998). Interventions to improve the use of antimalarials in South-East Asia: an overview. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(Suppl. 1):9–19.
- Goodman CA, Coleman PG, Mills AJ (1999). Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 354:378–385.

Goodman C, Coleman P, Mills A (2000). *Economic analysis of malaria control in sub-Saharan Africa*. Geneva, Global Forum for Health Research (Strategic Research Series).

Homedes N, Ugalde A (2001). Improving the use of pharmaceuticals through patient and community level interventions. *Social Science and Medicine*, 52:99–134.

Kidane G, Morrow RH (2000). Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomized trial. *Lancet*, 356:550–555.

Lubanga RG et al. (1997). Maternal diagnostic and treatment of children's fever in an endemic malaria zone of Uganda: implications for the malaria control programme. *Acta Tropica*, 68:53–64.

Marsh VM et al. (1999). Changing home treatment of childhood fevers by training shop keepers in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 4:383–389.

McCombie SC (1996). Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Social Science and Medicine*, 43:933–945.

Namusobyia et al. (1998). Factors associated with high morbidity and mortality due to malaria in Iganga District – Uganda. Iganga, District Medical Office.

Pagnoni F et al. (1997). A community-based programme to provide prompt and adequate treatment of presumptive malaria in children. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 91:512–517.

Qingun L et al. (1998). The effect of drug packaging on patients' compliance with treatment for *Plasmodium vivax* malaria in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(Suppl. 1):21–27.

Rozendaal J. *Social marketing of pre-packaged anti-malaria drugs in Cambodia* (unpublished) March 2000.

Ruebush TK et al. (1995). Self-treatment of malaria in a rural area of western Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 73:229–236.

Sirima SB (2003). Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 8:1–7.

Yeboah-Antwi JO et al. (2001). Impact of prepackaging antimalarial drugs on cost to patients and compliance with treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, 79:394–399.

Verhoef H et al. (1999). Anti-malarial drug use among preschool children in an area of seasonal malaria transmission in Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 61:770–775.

Autres lectures utiles

Asenso-Okyere WK, Dzator JA (1997). Household cost of seeking malaria care. A retrospective study of two districts. *Social Science and Medicine*, 45:659–667.

Kengeya-Kayondo JF et al (1994). Recognition, treatment-seeking behaviour and perception of cause of malaria in women in Uganda. *Acta Tropica*, 58:267–273.

Medical Emergency Relief International (2001). *Training manual for shopkeepers on correct use of over the counter (OTC) drugs*. Nairobi, Kenya.

- Mwenesi H, Harpham T, Snow RW (1995). Child malaria treatment practices among mothers in Kenya. *Social Science and Medicine*, 40:1271–1277.
- Ofori-Adjei D, Arhinful DK (1996). Effect of training on the clinical management of malaria by medical assistants in Ghana. *Social Science and Medicine*, 42:1169–1176.
- Okonkwo PO et al. (2001). Compliance to correct dose of chloroquine in uncomplicated malaria correlates with improvement in the condition of rural Nigerian children. *Tropical Medicine and Hygiene*, 95:320–324.
- Schwe T, Myint L, Soe A (1998). Influence of blister packaging on the efficacy of artesunate + mefloquine over artesunate alone in community-based treatment of non-severe falciparum malaria in Myanmar. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(Suppl. 1):35–41.
- Snow RW et al. (1992). The role of shops in the treatment and prevention of childhood malaria on the coast of Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 86:237–239.
- Vundule C, Mharakurwa S (1996). Knowledge, practices, and perceptions about malaria in rural communities of Zimbabwe – relevance to malaria control. *Bulletin of the World Health Organization*, 74:55–60.
- WHO (1997). The advantages of pre-packaged antimalarials. *TDRnews*, 54:5.
- WHO (1998). Advantages of pre-packaged antimalarials. *Essential Drugs Monitor*, 25–26:20.
- WHO (1998). *Malaria*. Geneva, World Health Organization (fact sheet 94).
- WHO (1999). *Malaria: a global crisis*. Geneva, World Health Organization (Roll Back Malaria factsheet 1).
- WHO (1999). *Roll Back Malaria: a massive effort*. Geneva, World Health Organization (Roll Back Malaria factsheet 2).
- WHO/TDR (1999). Blister packages of antimalarials for babies, produced in partnership with local pharmacy. *TDRnews*, September, 60:6.
- WHO/TDR (2000). Home management of malaria: linking with the formal health care system. *TDRnews*, October, 63:11.
- WHO (2001). Survey tool will evaluate success in the community. *Roll Back Malaria News*, Issue 4.
- WHO (2001). *WHO Expert Committee on Malaria. Twentieth report*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 892).

Notes:

Notes:

Notes: