

**Evaluation du Programme de Lutte contre le Paludisme
chez la femme enceinte et le jeune enfant dans le district
sanitaire de Ouahigouya, Burkina Faso**

SYNTHESE

352Ev

Date : 6 février 2013

Auteurs : Christine Bousquet, Dr Paulin Fao

L' intervention de JEREMI dans le district sanitaire de Ouahigouya, Burkina Faso

L'association JEREMI, fondée en 1984, a pour objectif général de contribuer au développement de pays défavorisés. Ses domaines d'intervention sont l'éducation, l'ophtalmologie et la santé maternelle et infantile (SMI). Le siège de l'association à Dijon repose principalement sur un réseau de bénévoles, composé de médecins, de paramédicaux, d'enseignants et de gestionnaires.

Le Burkina Faso est le principal pays d'intervention de JEREMI. L'association y a débuté des actions de soins de santé primaires qui ont progressivement évolué vers un appui au système de santé. Les interventions se sont déroulées dans la province du Yatenga au nord du pays et ont plus particulièrement ciblé la commune rurale de Tangaye pour s'étendre ensuite à la ville de Ouahigouya¹.

La première phase du programme de lutte contre le paludisme (octobre 2007 – septembre 2011) a été financée par le ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement Solidaire (MIIDS) ; le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) ; les collectivités locales de la région Bourgogne ; le laboratoire Sanofi-Aventis dans le cadre de l'initiative « Impact Malaria » ; et les fonds propres de JEREMI. Le budget réalisé s'est élevé à 470 025 euros. Une deuxième phase pour la période 2012 – 2014 a vu le jour, soutenue par Sanofi Aventis et le MIIDS. Outre le paludisme, l'appui a été élargi aux activités de lutte contre la tuberculose et les infections respiratoires aiguës (IRA).

La première phase du programme a eu pour principaux objectifs de renforcer l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA); de développer le traitement préventif anti-palustre intermittent (TPI) au cours de la grossesse; d'améliorer le diagnostic et le traitement des accès palustres; et de rendre opérationnelle une structure pilote ou « poste anti-paludisme » destiné à appuyer un ensemble d'activités préventives et curatives. Cette phase a ciblé les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes de la commune rurale de Tangaye et de la ville de Ouahigouya.

Les principales activités ont concerné la formation; l'approvisionnement en médicaments, notamment la nouvelle Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) associant l'Artésunate et l'Amodiaquine (ASAQ®) fournie par Sanofi Aventis; l'approvisionnement en MILDA; la mobilisation sociale et les séances d'Information Education Communication (IEC); la construction d'un poste anti-paludisme ; et la réalisation de trois enquêtes transversales et d'une enquête entomologique.

L'équipe de terrain responsable de l'exécution du programme s'est composée d'un coordinateur médical burkinabé et d'une gestionnaire-représentante de l'association en contrat de volontariat de la solidarité internationale (VSI). Les activités se sont déroulées en partenariat avec la Direction Régionale de la Santé (DRS) du Nord, le District Sanitaire de Ouahigouya, l'équipe cadre de district, et deux associations locales (AMMIE et PERSIS Burkina). Les formations sanitaires, les professionnels de santé et les agents de santé communautaire (ASC) ont été les bénéficiaires directs du programme.

¹ La commune rurale compte une population d'environ 35 229 habitants. La population de la ville de Ouahigouya est estimée à 80 000 habitants.

L'évaluation

Après 28 ans de présence dans la commune rurale de Tangaye et de soutien régulier de la coopération française, JEREMI a commandité l'évaluation du programme de lutte contre le paludisme. En effet, afin de mieux répondre aux besoins des populations et aux exigences des partenaires financiers, l'association a souhaité tirer le bilan de la première phase du programme.

L'évaluation s'est attachée à apprécier la stratégie de l'intervention, les dispositifs de mise en œuvre et de partenariat, et le résultat des actions engagées de 2007 à 2011.

L'évaluation a été réalisée sur la période de juillet à décembre 2012 par un binôme de consultants spécialisé en santé publique et en méthodes statistiques et épidémiologiques. Les consultants ont suivi la méthodologie décrite dans leur offre et amendée lors de la réunion de cadrage. Ils se sont attachés à évaluer la pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennité des actions engagées. Ils se sont appuyés sur plusieurs approches complémentaires : une étude documentaire approfondie, des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe. Après les premiers entretiens au siège de l'association, le recueil des informations s'est déroulé sur le terrain pendant deux semaines. Les consultants ont visité 9 des 21 formations sanitaires appuyées par le programme et se sont entretenus avec un échantillon de 250 personnes représentant les partenaires impliqués dans le programme et les bénéficiaires.

Parmi les principales difficultés rencontrées, il convient de noter que les sources d'information liées aux données statistiques ne sont pas toujours cohérentes. Même si elles permettent d'analyser les tendances dans le temps, elles sont à interpréter avec prudence.

Principaux résultats

Le programme est globalement pertinent

Sur la thématique retenue: Le paludisme est un fléau qui frappe le Burkina Faso. Il représente la première cause de mortalité pour les enfants de moins de cinq ans et de morbidité au sein de la population adulte. Le choix de contribuer à la lutte contre le paludisme était donc parfaitement justifié.

Sur le choix des populations cibles et des bénéficiaires: Les besoins des groupes plus particulièrement exposés au paludisme ont été pris en compte. Les activités du programme ont touché une large gamme d'acteurs, qu'ils soient publics ou associatifs, professionnels de santé ou issus des communautés.

Sur la couverture géographique : Compte tenu du niveau de pauvreté, de l'enclavement de la zone et de l'ampleur des besoins, le choix de la commune rurale de Tangaye était justifié. Le choix d'extension à la ville de Ouahigouya a pris en compte la demande des partenaires institutionnels mais aurait gagné à s'appuyer sur une analyse de l'offre de soins existante et sur des critères d'inclusion et d'exclusion clairement explicités.

Sur les stratégies adoptées : Les stratégies du programme sont globalement pertinentes au regard des objectifs et du contexte de mise en œuvre. Les approches suivantes méritent d'être mentionnées :

- La mise à disposition de l'ASAQ, ce qui a eu un effet dynamique et d'amorçage indéniable dans l'application du nouveau protocole de traitement anti-palustre ;
- La mise en place de stratégies avancées pour informer et sensibiliser les populations à l'utilisation des MILDA ;
- Le renforcement des compétences des personnels impliqués dans la prise en charge du paludisme et des agents de santé communautaire (ASC) ;
- L'appui aux structures gouvernementales chargées de l'encadrement et du suivi des activités, en particulier le district sanitaire et son équipe cadre.

Le programme est ancré dans la politique de santé

Le programme mis en œuvre par JEREMI est aligné au cadre stratégique de lutte contre le paludisme du Ministère de la Santé (2006 – 2010). Ses objectifs sont totalement cohérents avec l'engagement du Burkina Faso à accroître ses efforts pour atteindre l'objectif de développement pour le Millénaire en matière de lutte contre les maladies transmissibles.

D'une façon générale, les activités planifiées ont été cohérentes avec les objectifs fixés. Cependant, celles concernant le poste anti-paludisme, la pulvérisation intra domiciliaire ou le recrutement de deux techniciens spécialisés en entomologie auraient gagné à une meilleure prise en compte des ressources existantes.

Le processus allant de l'identification des problèmes et des besoins à la formulation du programme a été piloté depuis le siège de JEREMI. Des consultations ont été réalisées au cours du processus mais la phase de conception aurait gagné à impliquer de manière plus soutenue les autorités sanitaires afin de mieux affiner certains aspects, comme le poste anti-paludisme et le rôle des acteurs institutionnels et associatifs. Le volet « paludisme » dans sa deuxième phase aurait également mérité une capitalisation de l'expérience avant de poursuivre et d'étendre les activités.

JEREMI a joué un rôle de catalyseur. Ce rôle tend à s'estomper au fil des années.

JEREMI a été l'une des premières organisations à mobiliser des ressources spécifiques pour la lutte contre le paludisme. En dépit de leur introduction dans le protocole national en 2005, les ACT restaient encore peu accessibles aux patients. Le programme a eu un effet d'entraînement et le passage à l'échelle de l'ASAQ dans le district sanitaire de Ouahigouya marque une étape importante dans la mise en œuvre du nouveau protocole de traitement anti-palustre au Burkina Faso.

L'arrivée progressive d'autres bailleurs est venue renforcer cette tendance. Cependant, le district sanitaire a multiplié depuis 2009 les actions avec les partenaires techniques et financiers, et aujourd'hui il occupe une place importante dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Cette évolution a sensiblement modifié la place privilégiée qui était celle de JEREMI au démarrage du programme et appelle à revoir les modalités de partenariat entre l'association et le district sanitaire.

Des efforts ont été menés pour articuler le programme avec les acteurs de lutte contre le paludisme

Tout au long du programme l'association a collaboré avec les autorités sanitaires. Cet ancrage institutionnel a valu à JEREMI la reconnaissance des autorités sanitaires.

Au niveau national, JEREMI a également collaboré avec le Programme National de Lutte Contre le Paludisme (PNLP). L'association et sa stratégie d'intervention restent cependant mal connues des partenaires techniques et financiers, qu'il s'agisse de l'OMS, de l'UNICEF, du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS), ou des ONG financées par le Fonds mondial.

Au niveau régional il a manqué un cadre de concertation pour coordonner les différents acteurs intervenant dans la prise en charge communautaire du paludisme et harmoniser les pratiques. La multiplicité des partenaires, la diversité des stratégies mises en œuvre, et les systèmes différents de motivation des ASC ont conduit JEREMI à rester en marge de ces initiatives et à se focaliser principalement sur les actions de formation.

Le dispositif de mise en œuvre a évolué mais reste perfectible

L'approche consistant à faire porter la responsabilité du montage du programme et de son suivi sur un noyau de bénévoles a permis des gains d'efficacité dans les ressources mises à disposition. Cette formule a cependant rencontré des limites du fait de la charge de travail et des exigences imposées par les différentes étapes de cycle de projet. Le recrutement d'une personne salariée avec une expérience dans le montage et l'exécution de programmes de solidarité internationale aurait été opportun pour renforcer l'équipe de bénévoles.

Le programme a été globalement performant dans la mise en œuvre des activités programmées. Après quelques difficultés à sécuriser l'équipe de terrain, la situation s'est progressivement améliorée à partir de 2009. Les compétences et l'expérience du coordinateur médical ont permis d'articuler le programme avec les différents échelons de la pyramide sanitaire. L'affectation d'une VSI sur la période 2009 – 2010 a renforcé les aspects administratifs et comptables. Le recrutement de quatre animatrices de santé mobiles (ASM) s'est avéré très utile pour mettre en œuvre les stratégies de sensibilisation et renforcer l'interface entre les services de santé et les populations. La création d'un comité de suivi a contribué à identifier les difficultés, à clarifier certains éléments stratégiques et à trouver des solutions.

Le programme aurait gagné en efficacité si JEREMI avait défini plus clairement les rôles et les responsabilités du coordinateur médical et de la VSI, notamment pour la fonction de représentation. Le recrutement d'un chauffeur pour personnel d'appui aurait également permis à l'équipe de terrain de mieux se focaliser sur les activités prioritaires.

Le suivi comptable et financier géré par les bénévoles a été régulier tout au long du programme. Les indicateurs de suivi du programme se sont alignés sur la liste des indicateurs du PNL. Cette intégration est positive même si le dispositif a pu souffrir du manque de spécificité de certains indicateurs et des limites des données de routine collectées dans les formations sanitaires.

JEREMI a fait des efforts pour prouver l'efficacité du programme grâce à des enquêtes transversales de type avant/après intervention. Les enquêtes réalisées en 2007 et en 2009 ont connu des limites en termes méthodologiques tenant aux conditions de leur réalisation mais l'expérience acquise a permis d'affiner le processus lors de l'enquête de fin de programme. Par ailleurs l'enquête entomologique menée en 2008 par le Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) a montré que l'établissement de partenariats sans suivi de proximité pouvait conduire à des résultats décevants et difficilement exploitables.

Dans l'ensemble la collaboration avec les différents partenaires a été fructueuse. Cependant, le partenariat avec les autorités sanitaires appelle aujourd'hui une définition plus précise des rôles et des responsabilités de chaque partie, notamment pour le transfert et la poursuite des activités à la fin de la deuxième phase. Le partenariat entre JEREMI et les deux associations (AMMIE et PERSIS Burkina) aurait également pu être l'objet d'une dynamique qui, au-delà de l'approvisionnement en intrants, aille dans le sens d'une responsabilisation. A titre d'exemple, JEREMI et AMMIE auraient gagné à explorer les perspectives d'intégration des ASM au sein du réseau existant.

Les principaux objectifs du programme ont été atteints

Des résultats qui témoignent de changements positifs:

- Un indice plasmodial passé de 89% à 50,6% ;
- Le traitement du paludisme simple en 2009 avec les CTA dans 100% des cas, contre 78% par chloroquine en 2007 ;
- L'utilisation des MILDA par 79% des femmes enceintes contre 29% en 2007 ;
- Une augmentation du recours aux agents de santé (de 43% à 64,7%);
- Le TPI, avec au moins une dose de Sulfadoxine-Pyriméthamine au cours d'une grossesse, chez 96% des femmes enquêtées contre 71% en 2007.

Des capacités renforcées dont l'impact sur les pratiques reste difficile à mesurer :

Les actions de formation ont bénéficié à 129 agents de santé et à 163 ASC, contribuant ainsi à la constitution d'une « masse critique » de personnels compétents. Ces acquis ont positivement influencé le recours aux soins et la fréquentation des services de santé. Cependant, même si les tests comparatifs avant et après la formation ont montré de meilleures connaissances théoriques, l'impact sur les comportements et les pratiques semble variable. Le retour d'expérience sur la formation est peu documenté, le programme n'ayant pas prévu d'intervenir dans le suivi de la qualité de la prise en charge, activité dévolue à l'équipe cadre de district.

Un poste anti-paludisme inoccupé et ensuite valorisé à partir de 2012 :

Elément phare du programme, ce poste proposé par Sanofi-Aventis et approuvé par JEREMI avait pour objectif de dynamiser la lutte contre le paludisme en zone rurale. Lors de cette première phase, il est resté inoccupé du fait de son faible ancrage dans la pyramide sanitaire et de son dimensionnement par rapport à une activité effective sur le paludisme. En 2012, dans le cadre de la politique de renforcement des structures sanitaires, le poste, rebaptisé centre de lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, IRA – tuberculose), a évolué vers un centre médical de chef lieu de département. Au final cette expérience pilote aura permis de renforcer le plateau technique et l'offre de soins existante dans la commune rurale de Tangaye.

Des progrès notables dans la prise en charge du diagnostic et du traitement :

Bien que le contexte institutionnel reste une réalité contraignante (insuffisance de personnels, dysfonctionnements dans le système d'approvisionnement), la prise en charge du diagnostic et du traitement du paludisme dans les zones ciblées par le programme s'est globalement améliorée.

A la fin du programme, 23 700 tests de diagnostic rapide (TDR) ont été distribués. L'on note une bonne acceptation du personnel de santé et des populations à son utilisation et le patient a aujourd'hui de meilleures chances d'obtenir un diagnostic approprié. Mais si la progression du nombre de cas confirmés reflète les efforts menés, environ 2/3 des cas de paludisme enregistrés dans le district sanitaire de Ouahigouya ne sont pas confirmés. Cette situation souligne la nécessité d'améliorer la confirmation des cas suspects avant toute prescription d'ACT, ceci afin d'éviter l'apparition de résistance à l'artémisinine.

Au total 136 425 unités de traitement d'ASAQ ont été distribuées. La disponibilité de l'ASAQ et la régularité de l'approvisionnement ont été des facteurs d'attractivité importants et l'on note une augmentation du nombre de cas effectivement traités dans les formations sanitaires ciblées par le programme. Plusieurs aspects dans la qualité de la prise en charge semblent cependant perfectibles, notamment en ce qui concerne l'adéquation des prescriptions du point de vue de la posologie et de la durée ; leur conformité avec les directives nationales ; et le suivi de l'observance.

La zone d'intervention enregistre également une augmentation du nombre de cas de paludisme grave. Cette tendance semble liée à des facteurs positifs (une disponibilité accrue des kits de prise en charge) et négatifs (recours tardif aux soins parmi les populations ; biais de notification des cas enregistrés par les agents de santé et les ASC).

Le recours au TPI a également augmenté. Cependant, il n'existe pas d'information sur la complétude de la 2^{ème} dose, le taux de couverture en TPI2 restant faible au niveau national sous l'effet conjugué des ruptures d'intrants et du retard dans l'utilisation précoce des CPN.

Une volonté d'agir au niveau communautaire et d'influencer les comportements :

Les populations des zones rurales ont été fréquemment exposées à des messages sur la prévention du paludisme à travers les stratégies d'IEC mises en œuvre dans le cadre du programme. Le caractère de proximité de la démarche d'IEC, qui multiplie les occasions de contact avec les communautés, a contribué à améliorer leurs connaissances en matière de prévention et de recours aux soins.

La diffusion des messages a tenu compte de la diversité des participants et a associé plusieurs canaux de communication globalement très appréciés : projections vidéo en zone urbaine; causeries éducatives ; représentations de théâtre forum ; visites à domicile; participation à la journée mondiale de paludisme ; jeu concours entre plusieurs villages ; et journée de salubrité. Par ailleurs, JEREMI a étroitement collaboré avec l'Association des Burkinabé de Bourgogne et Sanofi Aventis pour développer une boîte à image utilisée comme principal support IEC lors des animations.

Un total de 10 369 MILDA a été distribué. Les ASM ont régulièrement donné des informations sur la manière de les utiliser. Elles ont également suivi leur utilisation lors de visites mensuelles dans les villages. Selon les rapports de supervision, le nombre de femmes enceintes dormant sous MILDA est ainsi passé de 30,6% en 2008 à 100% en 2011. Les principaux obstacles rapportés à l'utilisation des MILDA dans la durée sont à mettre sur le compte de moustiquaires mal attachées ou abîmées.

Il n'y a pas eu d'enquête sur l'évolution des connaissances dans la ville de Ouahigouya et les retombées de l'IEC en zone urbaine restent mal connues. Dans la pratique, les activités de sensibilisation des ASC semblent moins acceptées des populations et les ASM ont parfois rencontré des difficultés à vérifier l'utilisation des MILDA.

Les défis de la prise en charge communautaire :

La prise en charge communautaire de la nutrition, du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose a progressivement mobilisé des financements importants et augmenté la charge de travail des ASC. Pour le paludisme, elle est restée faiblement coordonnée, ce qui aboutit sur le terrain à une situation confuse et disparate. Par ailleurs, la capacité de ces derniers au regard de la diversité de leurs activités et les nombreuses ruptures de stock en ASAQ amènent à rester prudents en termes de passage à l'échelle. Pour cette première phase, JEREMI a choisi de ne pas intervenir au-delà des formations des ASC. L'association, forte de sa connaissance et de son expérience de terrain, aurait cependant pu jouer un rôle de « courroie de transmission » afin de sensibiliser les partenaires techniques et financiers sur les difficultés observées dans la prise en charge communautaire.

L'impact de la lutte antipaludique

Des progrès mais des difficultés à obtenir une image précise de l'évolution réelle :

Au niveau national le taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans a sensiblement diminué. Selon les données du programme, il enregistre également un recul sensible, passant de 2,2% en 2007 à 1,8% en 2010. Le Burkina Faso n'enregistre pas encore une baisse du nombre de cas confirmés du paludisme. Ce constat est le même pour le district sanitaire, les efforts déployés n'ayant pas entraîné de réduction de l'incidence de la maladie. Dans la pratique la détection de l'évolution du nombre de cas s'avère compliquée en raison des limites du système de surveillance national, ce qui prouve la nécessité pour le Ministère de la Santé et ses partenaires de concentrer davantage d'efforts sur l'amélioration de la notification des cas.

Des progrès soumis aux contraintes du système de santé :

L'impact à plus long terme des investissements réalisés est fortement lié à la performance d'ensemble du système de santé. La disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées et la présence d'un système d'approvisionnement et de distribution performant restent parmi les deux conditions essentielles pour faire face à l'accroissement d'une prise en charge efficace.

La nécessité de prendre en compte les questions de pérennité

L'accent mis sur le transfert de compétences, le renforcement du plateau technique de Tangaye et la supervision des activités par l'équipe cadre de district vont dans le sens de la pérennité. Les efforts pour renforcer la capacité des gérants de dépôts des médicaments essentiels génériques (DMEG) peinent encore à s'inscrire dans la durée du fait de leur faible motivation financière et des dysfonctionnements du circuit d'approvisionnement et de distribution aux différents échelons de la pyramide sanitaire.

Le subventionnement de l'ASAQ depuis 2008 a permis aux formations sanitaires de réaliser une marge bénéficiaire majoritairement réinvestie dans l'achat de médicaments. Cette valeur financière est toutefois variable selon la taille et la fréquentation de la structure et tend à être plus importante dans les centres urbains.

Le programme a contribué au renforcement de la lutte anti-vectorielle, notamment en zone rurale. Cependant, la faible intégration des ASM dans le tissu institutionnel et associatif fragilise cet acquis.

JEREMI et ses partenaires n'ont pas encore engagé de réflexion sur le devenir du programme. Malgré les contraintes liées à la nécessité d'anticiper la recherche de fonds, il aurait été opportun de prendre en compte la pérennisation des activités avant d'élargir le champ thématique du programme. En effet, les incertitudes liées à la mobilisation de financements par l'association au-delà de 2014 font peser sur les formations sanitaires le risque d'un désengagement, les privant de ressources en intrants si les conditions de relais par le district sanitaire ne sont pas réunies.

Conclusion

Les résultats de l'évaluation mettent en avant les progrès significatifs réalisés dans l'accessibilité au traitement anti-palustre et montrent que le passage à l'échelle d'un nouveau protocole est possible. Grâce au programme, la couverture des populations à risque par des mesures de prévention a également connu un nouvel essor. JEREMI et ses partenaires peuvent se féliciter de ces avancées.

Proche des populations bénéficiaires, l'association a montré qu'elle avait une capacité de mobilisation importante. Ce travail de proximité repose sur la confiance et le capital de sympathie dont bénéficie JEREMI dans la commune rurale de Tangaye.

Le programme de lutte contre le paludisme est atypique, porté par une dynamique de bénévolat. Son ancienneté dans la zone rurale et son ancrage à l'échelle sanitaire sont des atouts indéniables. JEREMI gagnerait cependant à adapter son cadre de travail et de pratiques en les inscrivant dans une dynamique de renforcement des ressources humaines, notamment au siège de l'association.

Le partenariat avec les acteurs institutionnels et associatifs s'est avéré fructueux mais demande un positionnement plus clair afin de définir ensemble une stratégie de retrait adaptée aux réalités des formations sanitaires rurales et urbaines.

De par l'importance de leurs interactions entre les services de santé et les populations, le rôle des ASM est indéniable. Dans le contexte actuel de réflexion sur la prise en charge communautaire du paludisme, l'expérience de JEREMI dans la mise en place des ASM et la formation des ASC gagnerait à être partagée.

Si la stratégie d'intervention a permis d'obtenir des résultats significatifs, le principal défi aujourd'hui pour JEREMI et ses partenaires est de les prolonger dans le temps.

Enseignements tirés et Recommandations

Sur le plan institutionnel :

Un document d'orientation stratégique - décrivant un positionnement, un périmètre d'activités, des orientations à moyen et long terme, et les moyens à mobiliser – est un outil important d'aide à la décision.

JEREMI devrait clarifier son positionnement travers une définition de ses missions, de sa place au Burkina Faso et de sa future stratégie d'intervention. Cela suppose de développer un document présentant les valeurs, les principes, les thématiques et les axes d'intervention considérés comme prioritaires et se déclinant en plan d'action pour les cinq prochaines années.

Sur le plan des ressources humaines :

L'engagement des bénévoles et leur apport tout au long du programme ne fait aucun doute.

Dans un contexte de solidarité internationale marqué par une professionnalisation croissante, il apparaît nécessaire de renforcer les ressources humaines au siège tout en gardant la plus value apportée par le réseau de bénévoles. Le recrutement d'un chargé de projet et le transfert des responsabilités de gestion technique et budgétaire vers un poste salarié sont souhaitables. Sur le terrain, ce dispositif devrait s'accompagner d'une formation sur la gestion de cycle de projet.

Sur le plan méthodologique :

La méthodologie en gestion de projet est aujourd'hui indispensable à toute mise en œuvre de projets de développement sur le terrain.

L'association devrait prendre en compte cette évolution des pratiques et se doter d'outils de gestion de projet.

L'étape de conception devrait s'appuyer sur un processus participatif et une analyse plus approfondie des contraintes du système sanitaire. Il est particulièrement important, à cette étape, de définir une stratégie de retrait en identifiant clairement les acteurs à qui transmettre les compétences de mise en œuvre et les futures responsabilités.

Les enquêtes transversales constituent un outil important pour mesurer les avancées d'un programme.

Compte tenu des contraintes rencontrées, une plus grande attention quant à leur application (nombre d'enquêtes ; expertise et moyens humains à mobiliser ; aspects méthodologiques) devrait être envisagée.

Sur le plan programmatique :

La conception et la mise en œuvre de programmes à caractère pilote nécessitent de construire sur les expériences d'une première phase avant de poursuivre ou d'élargir le cadre d'intervention.

Il est souhaitable de revoir les objectifs et les modalités de mise en œuvre du volet paludisme dans sa 2^{ème} phase, les priorités étant de redéfinir la relation partenariale avec le district sanitaire et de développer une stratégie de retrait progressive.

Du côté du district sanitaire il est également souhaitable de préciser quels sont ses besoins en tenant compte des engagements financiers des autres partenaires.

Ce travail devrait se traduire sous la forme d'une convention de partenariat entre l'association et JEREMI.

Compte tenu des incertitudes de financement au-delà de 2014, il est préférable de ne pas démarrer certaines des activités planifiées, notamment celles concernant l'assainissement du milieu, la pulvérisation intra domiciliaire, et la prise en charge communautaire.

JEREMI et AMMIE devraient cependant mener une réflexion sur une stratégie d'intégration des ASM dans le réseau existant développé par le partenaire.

Sur le plan de la communication :

La diffusion et le partage de l'information constituent des leviers importants pour améliorer la visibilité d'un programme, l'insérer dans une dynamique de partenariats, et appuyer les actions de plaidoyer.

JEREMI devrait affiner son dispositif de communication. Si l'association envisage de poursuivre le programme de lutte contre les maladies infectieuses, elle devrait également s'ouvrir à de nouveaux partenariats et explorer les possibilités de collaboration opérationnelle avec les partenaires présents au Burkina Faso (UNICEF, OMS, Plan Burkina, PADS, etc.).

Sur le plan de la capitalisation :

Les approches innovantes ou pilotes appellent à une démarche de capitalisation d'expérience en vue de renforcer et reproduire les bonnes pratiques.

JEREMI devrait inscrire les activités pilotes du programme (poste anti-paludisme, stratégie d'IEC avec les ASM, évolution de la prise en charge du paludisme et ses enjeux) dans une dynamique de recherche-action intégrant les objectifs de la recherche et ses différentes étapes, du suivi à la diffusion des résultats.