

Malaria Matchbox

Un outil d'évaluation de l'équité en matière
de santé en vue d'améliorer l'efficacité des
programmes de lutte contre le paludisme



Table des matières

AVANT-PROPOS	5	Partie B : UTILISATION	
REMERCIEMENTS	6	DE L'OUTIL <i>MALARIA</i>	
LISTE DES ACRONYMES	8	<i>MATCHBOX</i>	19
		1. Phase d'évaluation préliminaire	19
Partie A : INTRODUCTION	9	Comprendre le contexte et la riposte du pays	19
1. Approche politique	9	Obtenir l'engagement des différentes parties prenantes dans le pays	19
L'équité, un prérequis pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle	9	Mise en place de l'équipe d'évaluation	20
Une approche intégrée, équitable et centrée sur les personnes pour mettre fin au paludisme	10	Planification et établissement du budget	20
		Élaboration de la proposition d'étude	21
2. Cadre conceptuel	12	Considérations d'ordre éthique	21
Facteurs socioéconomiques d'inégalité en matière de santé dans les régions où le paludisme est endémique : Quelles sont les populations les plus touchées ?	12	2. Phase d'évaluation	22
3. Aperçu de l'outil <i>Malaria Matchbox</i>	14	Module 1 : Examen documentaire	22
Objectifs	14	Exploration de données quantitatives (facultatif)	24
Utilisation de l'outil	14	Module 2 : Évaluation des obstacles à l'accès et au recours aux services	25
Public cible	15	Module 3 : Identification des obstacles liés au genre et à l'âge	44
Principes généraux	15	Module 4 : Analyse et validation des données et recommandations de mesures à prendre	49
Structure de l'outil	16	Module 5 : Plan d'action	50
Processus de mise en oeuvre	16	Partie C : ANNEXES	52
		Partie D : RÉFÉRENCES	72

Pourquoi « Malaria Matchbox » ?

Mettre en lumière, faire correspondre les besoins et les ripostes et enclencher une action

Le terme « matchbox » repose sur un double sens en anglais : d'une part le mot lui-même qui signifie « boîte d'allumettes » et, d'autre part, le verbe « to match » qui signifie « faire correspondre, corrélérer ». Une boîte d'allumette enclenche un processus qui permet de **mettre en lumière** un objet que l'on souhaite observer plus précisément. Une boîte à outils nous donne les ressources nécessaires pour améliorer les résultats en mettant en correspondance les besoins et les solutions adaptées. C'est dans cet esprit que le terme « Malaria Matchbox » (littéralement « la boîte d'allumette du paludisme ») a été créé pour illustrer l'idée d'un outil qui puisse mettre en lumière les différents types d'obstacles auxquels les personnes se heurtent au moment d'accéder aux services de soins de santé et de les utiliser, en particulier dans le cas de la prévention et de la prise en charge du paludisme. Identifier ces obstacles – qu'ils soient socioculturels, financiers, matériels ou liés aux normes de genre – constitue une étape essentielle pour **faire correspondre** les besoins propres à chacun et des ripostes qui soient axées sur la personne, fondées sur les droits et sensibles aux questions de genre. Enfin, nous espérons qu'en encourageant l'apprentissage et la collaboration entre les parties prenantes concernées dans les pays, le *Malaria Matchbox* **enclenchera** aussi une action intégrée et multisectorielle plus efficace à l'appui du programme mondial visant à en finir avec le paludisme d'ici 2030.



AVANT-PROPOS



En mai 2019, l'Assemblée mondiale de la Santé a lancé un appel en faveur d'une accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle, en mettant un accent particulier sur les personnes démunies, vulnérables et marginalisées au sein de la société. Bien qu'admirable, cette ambition restera lettre morte si nous ne parvenons pas à contenir la menace du paludisme qui se réveille.

Chaque année, le paludisme coûte la vie à plus de 400 000 personnes, pour la plupart en Afrique. Après une période de succès sans précédent dans la lutte contre la maladie, entre 2000 et 2016 quand plus de 7 millions de vies ont été sauvées, les progrès sont à l'arrêt. Les pays fortement touchés ont vu croître le nombre de cas de paludisme et les taux de mortalité liée à la maladie. Ce sont les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les réfugiés et les populations touchées par des conflits ou des catastrophes naturelles qui courent les plus grands risques.

Pour remettre la lutte contre le paludisme sur les rails, il faudra davantage se concentrer sur la situation propre à chacun des pays où sont déployés des programmes antipaludiques, ainsi que sur les caractéristiques des différentes populations qui ont besoin des services de soins de santé, ce qui permettra de ne laisser personne à la traîne. Cela signifie qu'il faut comprendre l'incidence que la pauvreté, les normes sociales, l'inégalité de genre, la situation juridique et les barrières linguistiques ont sur les personnes et sur leur capacité à accéder aux services de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme, ainsi qu'aux soins de santé primaires d'une façon plus générale, et à les utiliser.

M Peter Sands
Directeur exécutif
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Pour répondre à ces enjeux, l'outil *Malaria Matchbox* a été conçu de manière à renforcer la capacité des programmes antipaludique à rendre les services disponibles, accessibles et acceptables pour toutes les personnes exposées au risque palustre. Son nom (« matchbox » signifie « boîte d'allumettes » en anglais) donne une indication de son fonctionnement : faire la lumière sur les populations qui risquent le plus de ne pas être touchées par les interventions classiques de lutte contre le paludisme, ainsi que sur celles dont l'accès aux soins est limité, voire inexistant. L'outil aide à mettre ces besoins en correspondance avec les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, à faire participer les communautés à l'établissement des politiques et à enclencher une action intégrée et multisectorielle plus efficace et axée sur la personne. En veillant à ce que **personne ne soit laissé pour compte**, quels que soient l'identité de la personne et le lieu où elle se trouve, et en tenant compte des causes profondes des inégalités en matière de santé dans différents contextes, populations et groupes de personnes, le *Malaria Matchbox* est l'un des outils de l'arsenal mis à la disposition des pays afin de les aider à se remettre sur la bonne voie dans la lutte contre le paludisme.

À ce jour, le *Malaria Matchbox* a fait l'objet d'essais pilotes au niveau de l'État du Meghalaya, en Inde, et à l'échelle nationale au Niger et en Guinée Bissau. En appuyant son déploiement, les autorités de ces pays ont engagé une réflexion innovante sur la façon dont leurs programmes pouvaient gagner en efficacité pour atteindre les populations au moyen de services de santé qui soient tout à la fois accessibles matériellement et financièrement, adaptés à la culture du pays et axés sur la personne.

L'engagement politique est essentiel si l'on souhaite mettre fin au paludisme et atteindre les Objectifs de développement durable afin d'assurer un meilleur avenir aux générations futures. En avril 2019, alors que nous célébrions la Journée mondiale de lutte contre le paludisme à Paris, nous avons eu le plaisir d'exprimer notre gratitude à la Première dame du Niger, Madame Aissata Issoufou Mahamadou, pour son engagement en faveur de la mise en œuvre du *Malaria Matchbox* et pour avoir montré l'exemple en défendant les principes d'équité en matière de santé et de couverture sanitaire universelle. Nous sommes convaincus que d'autres pays s'inspireront par l'expérience pilote du *Malaria Matchbox* en Inde, au Niger et en Guinée Bissau nous sommes heureux de poursuivre ce partenariat important dans la lutte mondiale menée contre le paludisme.

Docteur Abdourahmane Diallo
Directeur général
Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme

REMERCIEMENTS

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme remercient tous ceux qui ont contribué aux divers processus ayant abouti à la consolidation de cet outil. La conceptualisation de l'outil *Malaria Matchbox*, pendant l'automne de 2016, a été rendue possible grâce au travail de Sharmeen Premjee (coordonnatrice principale du programme), Edwige Fortier (coordonnateur de la plate-forme régionale), Matthew Greenall (consultant principal), du département Communauté, droits et genre du Fonds mondial, ont été à l'origine de sa création en 2016, Jessica Rockwood (Présidente) et Autumn Straub des conseillers internationaux en santé publique (IPHA) et les nombreuses consultations avec la société civile et les organisations communautaires menées par Edward Mwangi (Alliance des ONG kényanes contre le paludisme), Simon Kabore (Directeur du Réseau d'Accès aux médicaments essentiels) et RD Marte (directeur exécutif d'APCASO).

La version actuelle est le résultat d'une révision exhaustive coordonnée par le Fonds mondial, sous la direction de Kate Thomson (directrice du département CDG), Heather Doyle (coordinatrice principale des questions liées au genre), Sussann Nasr (conseillère principale paludisme), Alexandrina Iovita (conseillère droits humains) et Uliane Appolinario (consultante auprès de l'initiative stratégique CDG). Le Fonds mondial est reconnaissant envers tous les partenaires techniques et de la société civile qui ont apporté des contributions précieuses à l'élaboration de l'outil *Malaria Matchbox*, en particulier Valentina Buj (conseillère auprès des partenariats mondiaux en matière de paludisme et de santé), Sadri Singh (conseillère principale genre et développement), L.N. Balaji (conseiller principal renforcement des systèmes de santé), Tyler Andrew Porth (spécialiste statistiques) de l'unité Santé du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Clara Mathieu Gotch (directrice de l'exploitation), Melanie Renshaw (directrice des programmes), Xenya Scanlon (responsable, communication stratégique pour le comité des partenariats), Joshua P. Levens (responsable, plaidoyer et ressources) du Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme, Peter Olumese (médecin), Abdisalan Noor (directeur de la surveillance) et Alastair Robb

(conseiller principal) du Programme Mondial de lutte contre le paludisme de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Erika Silva (conseillère santé), Nafissatou Faye (conseillère principale, égalité de genre) et Kate Waller (spécialiste genre) de Plan International Canada, Olivia Ngou (coordinatrice mondiale) du Réseau mondial de la société civile pour l'élimination du paludisme (CS4ME), Sophie Dilmitis, coordinatrice mondiale (W4GF), Adam Bennett (directeur associé de la surveillance), Jennifer Smith (professeure adjointe, épidémiologie et biostatistiques), et Erika Larson (directrice adjointe) de l'initiative pour l'élimination du paludisme du groupe santé mondiale de l'Université de Californie à San Francisco, Yacine Diop Djibo (fondateur et directeur exécutif) et Fara Ndiaye (directrice exécutive adjointe) de Speak Up Africa, Anjali Kaur (directeur des programmes) de Malaria No More India ; Fayaz Ahmad (conseiller stratégique de programme), de Beyond Solutions; Anna McCartney-Melstad (chargée senior de programme) and Angela Acosta (chargée senior de programme) du centre de communication pour les programmes de l'université Johns Hopkins Center; Guda Alemayehu (spécialiste en communication pour le développement) de l'USAID/Ethiopie; et Debora Freitas Lopez (directrice de programme) du centre pour les services d'humanité de l'University Research Co., (URC-CHS).

Le Fonds mondial et le Partenariat RBM pour en finir avec le Paludisme particulièrement reconnaissant envers Denise Njama-Meya (Consultante) pour son travail remarquable de recueil des nombreuses contributions de tous les collaborateurs et de consolidation de l'outil *Malaria Matchbox*, les programmes nationaux de lutte contre le paludisme du Niger, de Guinée-Bissau et de l'état de Meghalaya en Inde, pour leur soutien dans le cadre du déploiement de l'outil dans leur pays, et envers tous les membres des équipes de pays du Fonds mondial qui ont participé au projet.



LISTE DES ACRONYMES

AIM	Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030	PID	Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent
AMREF	Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique	PMLA	Programme mondial de lutte antipaludique
ASC	Agent de santé communautaire	PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
CCP	Centre de consultations prénatales	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental	RBM	Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme
CEI	Comité d'examen institutionnel	S&É	Suivi et évaluation
CPS	Chimioprévention du paludisme saisonnier	sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
CSU	Couverture sanitaire universelle	SISCOM	Système d'information sanitaire des communautés
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine	SSE	Statut socioéconomique
DFID	Ministère britannique du Développement international	STM	Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030
DHIS2	Système d'information sanitaire de district 2 (DHIS 2)	TDR	Test de diagnostic rapide
EACP	Équipes d'action communautaire contre le paludisme	TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
EDS	Enquête démographique et sanitaire	TPI_n	Traitement préventif intermittent chez le nourrisson
EIC	Entretiens avec des informateurs clés	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
EIP	Enquête sur les indicateurs du paludisme	USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
DGR	Discussions en groupes de réflexion		
FM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme		
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population		
HBHI	D'une charge élevée à un fort impact (High burden, high impact)		
HMIS	Systèmes d'information pour la gestion de la santé		
IDH	Indice de développement humain		
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide		
MIILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée		
OC	Organisation confessionnelle		
ODD	Objectif de développement durable		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		
ONG	Organisation non gouvernementale		
OSC	Organisations de la société civile		

PARTIE A : INTRODUCTION

1 Approche politique

L'équité, un prérequis pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle

Malaria Matchbox est un outil d'évaluation conçu pour promouvoir l'équité dans les programmes de lutte contre le paludisme en mettant en corrélation les données sur l'accès des populations aux services de santé et leur recours à ceux-ci et la programmation des pays en matière de lutte contre le paludisme et d'élimination de la maladie tout au long du continuum, de la lutte contre la maladie à son élimination. En veillant à ce que soient prises en compte les causes profondes des inégalités en matière de santé dans différents contextes, différentes populations et différents groupes de personnes et en contribuant à l'élaboration des plans des programmes de lutte contre le paludisme, l'outil vise à faire sa part pour atteindre les cibles ambitieuses de santé fixées dans le cadre de l'**objectif de développement durable (ODD) n° 3**, qui appelle la communauté internationale à donner les moyens de vivre une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous à tous les âges, et dans tous les contextes, même humanitaires et fragiles (4). Nous pourrions ainsi veiller à ce que **personne ne soit laissé pour compte**, quels que soient l'identité de la personne et le lieu où elle se trouve.

Atteindre les sous-objectifs des ODD de réduire la mortalité maternelle, néonatale et des nourrissons (3.1 et 3.2), ainsi que de mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées (3.3) (5) nécessite un engagement politique continu permettant de se pencher sur une grande diversité de facteurs sociaux sous-jacents de la mauvaise santé, tels que la pauvreté, l'exclusion sociale et géographique, les normes de genre et pratiques traditionnelles néfastes et les obstacles d'ordre financier. Les populations vivant dans des contextes fragiles ou touchées par des conflits, comme les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur d'un pays, y compris celles déplacées par l'urbanisations et le développement humain, risquent tout particulièrement d'être privées

des services de santé de base, notamment pour des motifs de discrimination, de marginalisation, d'absence de sécurité et de nombreux autres facteurs d'inégalité. Il ressort par ailleurs d'un certain nombre d'études que les populations marginalisées peuvent être particulièrement vulnérables au paludisme, confrontées comme elles le sont à des obstacles entravant leur accès aux services de santé, y compris ceux de lutte contre le paludisme. Ainsi, les minorités ethniques ou politiques ont tendance à être appauvries et mobiles (6, 7), il n'y a pas toujours de services disponibles où elles vivent, elles peuvent se voir refuser les services pour des motifs tels que la citoyenneté, l'appartenance ethnique, religieuse ou politique, ou encore elles évitent parfois de recourir aux systèmes de santé par crainte d'attirer une attention non désirée des autorités, ce qui limite l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement du paludisme (8, 9). Selon le contexte socioéconomique, l'inégalité de genre peut également accroître le risque de contraction du paludisme et limiter l'accès aux services. De nombreuses femmes et filles vivent dans une plus grande pauvreté et les effets néfastes de l'inégalité constituent une barrière à l'accès aux services de santé (10) en sus de normes de genre inégales qui favorisent les garçons et les hommes au regard des filles et des femmes dans la distribution des ressources des ménages. La pauvreté, le handicap et la situation géographique ont également un impact sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé. De manière générale, les adolescents et les jeunes sont considérés en bonne santé et peu de services sont adaptés à leurs besoins ou sont à même de leur offrir des services pertinents, adaptés et respectueux. De plus en plus de preuves indiquent que les adolescents rencontrent souvent des difficultés à accéder aux services de prévention ou de traitement en raison d'obstacles financiers, de la peur de l'intimidation et du besoin d'un consentement parental (11). Les jeunes et adolescents non scolarisés peuvent eux aussi avoir du mal à accéder aux services de santé primaires, ce qui a un impact potentiel sur la gestion du paludisme parmi ces populations (12). Les adolescentes, qui sont déjà plus vulnérables au

paludisme, se voient encore davantage défavorisées (13). Les hommes peuvent également subir les conséquences d'obstacles liés au genre, ce qui se caractérise souvent par une exposition professionnelle au vecteur et à un renoncement à la sollicitation des soins de santé appropriés.

Le fait que le paludisme reste une des principales causes de mortalité infantile, alors qu'il s'agit d'une maladie que l'on peut prévenir et dont on peut guérir, témoigne de la rupture du lien entre les services de santé primaires et les personnes. Le Rapport sur le paludisme dans le monde de 2018 met en évidence des niveaux d'accès insuffisants aux interventions et aux outils de lutte contre le paludisme qui peuvent sauver des vies, ainsi qu'un recours insuffisant à ceux-ci. En outre, il révèle qu'une part très importante des personnes exposées au paludisme, y compris des femmes enceintes et des enfants, ne bénéficie pas de protection (14). Ainsi, 30 pour cent des enfants fébriles n'accèdent à aucun niveau au traitement, 22 pour cent seulement des femmes enceintes reçoivent la 4^e dose de traitement préventif intermittent, et près de 30 pour cent de la population africaine n'a pas accès à la moindre forme de lutte antivectorielle. Les femmes enceintes et les enfants restent les plus exposés au risque du paludisme car ils sont les plus naïfs sur le plan immunologique, mais ils sont également les plus susceptibles d'être marginalisés (14). Pour se remettre sur la bonne voie, le rapport 2018 sur le paludisme dans le monde appelle à la mise en place d'une approche globale qui comprenne un accès universel à des mesures efficaces de lutte antivectorielle et à un dépistage et un traitement précoces, en s'attachant notamment à atteindre les populations les plus vulnérables et mal desservies (5).

Une approche intégrée, équitable et centrée sur les personnes pour mettre fin au paludisme

Chercher à atteindre l'équité en matière de santé ne devrait pas uniquement être une obligation morale de justice sociale, mais devrait être aussi une mesure pratique à l'appui des progrès vers la réalisation des cibles mondiales de santé de l'ODD3. Parvenir à l'équité en matière de programmation sanitaire exige une approche globale des soins de santé, supposant notamment d'évaluer et aplanir les obstacles qui empêchent les populations d'accéder en temps voulu aux services de santé dont elles ont besoin. Dans le contexte du paludisme, cela inclut des services de prévention, de diagnostic et de traitement pour les populations touchées, qui soient rapides, abordables et de qualité (14).

La lutte contre le paludisme est l'une des plus grandes réussites du 21^e siècle en matière de santé publique. Le taux de mortalité lié à la maladie a chuté de 60 % depuis 2000, ce qui se traduit par des millions de vies sauvées.

Cependant, après une période glorieuse sans précédent, l'endiguement du paludisme a cessé de progresser. Selon le Rapport sur le paludisme dans le monde 2018, le nombre de cas de paludisme en 2017 était estimé à 219 millions. Les 10 pays africains les plus lourdement touchés dénombraient, selon les estimations, 3,5 millions de cas de paludisme supplémentaires en 2017 par rapport à l'année précédente. Selon ce rapport, un enfant meurt du paludisme toutes les deux minutes (14).

Le programme de la communauté sanitaire internationale visant à remettre les mesures d'éradication du paludisme sur les rails est ambitieux. La Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le plan **Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030** visent une réduction d'au moins 90 % de l'incidence et de la mortalité dans le monde et l'éradication du paludisme dans au moins 35 pays d'ici 2030 (15). Récemment, l'OMS et le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme ont tiré la sonnette d'alarme dans le document intitulé **D'une charge élevée à un fort impact (16)**, pour tenter de soutenir les ripostes ciblées et de renforcer l'engagement politique et communautaire afin de relancer les progrès dans la lutte contre le paludisme dans le monde.

Conformément au programme visant l'équité et la couverture sanitaire universelle, pour atteindre les objectifs du programme sanitaire mondial qui visent à éradiquer le paludisme, nous avons besoin de davantage d'informations sur le contexte et les facteurs déterminants qui sous-tendent la mise en œuvre des programmes de lutte contre le paludisme. Le paludisme est étroitement lié à l'iniquité et au faible développement socioéconomique. Une situation économique modeste multiplie par deux la probabilité de cas cliniques de paludisme ou de parasitémie chez les enfants par rapport à ceux dont la situation économique est meilleure, dans la même localité. La probabilité de mourir du paludisme dans les pays d'Afrique subsaharienne est inversement liée à l'indice de développement humain, en termes de revenus et d'éducation (17).

Les inégalités sociales dans les contextes où le paludisme est endémique peuvent entraver l'accès au traitement en raison des coûts, du manque d'information sur le paludisme, du manque d'accès aux mesures de prévention telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide, du recours tardif au traitement ou du manque d'accès au traitement dans le cas de symptômes paludiques, ou encore de la précarité des logements. Le risque de contraction du paludisme est plus élevé dans les communautés pauvres et marginalisées (18). Pourtant, le paludisme en lui-même constitue une charge pour les communautés et aggrave la pauvreté et l'inégalité en raison d'une perte de productivité ou de revenu liée à la maladie ou au décès.

Le succès des interventions de lutte antivectorielle et de prise en charge des cas doit être évalué en fonction de leur impact, lequel est lui-même déterminé par une couverture efficace des populations touchées et par un bon accès et un bon recours aux services parmi les populations ciblées, en particulier les populations défavorisées ou difficiles à atteindre. Pour obtenir cet impact, les stratégies de lutte contre le paludisme doivent comprendre des interventions qui soient à la fois :

- ▶ **intégrées** : s'attaquant au paludisme non seulement comme un problème de santé, mais dans un contexte multisectoriel, comme un problème aux multiples dimensions : développementale, économique, politique, environnementale, agricole, éducative, biologique, juridique, sécuritaire et sociale.
- ▶ **équitable**s : faisant en sorte que la communication pour le changement social et comportemental, les services de lutte antivectorielle, de diagnostic et de traitement atteignent toutes les populations exposées au risque du paludisme, en tenant notamment compte des obstacles différenciés entravant l'accès aux services auxquels certaines populations sont confrontées.
- ▶ **centrées sur les personnes** : veillant à ce que l'expérience et les besoins particuliers des populations cibles soient activement pris en considération dans la conception des interventions de lutte contre le paludisme, y compris en ce qui concerne le choix entre le déploiement au niveau communautaire ou des établissements de santé et la dynamique des interactions entre les prestataires de services et les clients.

Conformément aux principes susmentionnés, le présent outil a été conçu dans le but de guider l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la portée des ripostes au paludisme en tenant compte de la manière dont les inégalités biologiques, sociales, économiques, culturelles et liées au genre peuvent influencer la prévalence du paludisme ou l'apparition de flambées dans un pays ou une région. En mettant en corrélation les données épidémiologiques du paludisme avec une solide analyse des facteurs sociaux clés pour la santé, l'outil contribue à l'augmentation de la portée et de l'utilisation des services de prévention et de soins, particulièrement pour les populations mal desservies.

2 Cadre conceptuel

Facteurs socioéconomiques d'inégalité en matière de santé dans les régions où le paludisme est endémique : Quelles sont les populations les plus touchées ?

Le taux d'incidence du paludisme a reculé entre 2010 et 2017 à l'échelle mondiale de 72 à 59 cas pour 1 000 personnes à risque. Bien que cela représente une réduction de 18 pour cent au cours de la période, le nombre de cas pour 1 000 personnes à risque s'est maintenu à 59 au cours des trois dernières années (19). Le risque du paludisme est conditionné par un certain nombre de facteurs biologiques et socioéconomiques, certains groupes de population étant de ce fait considérablement plus exposés au risque de contracter le paludisme et d'être gravement atteints par la maladie

que d'autres (Figure 1). Les groupes les plus vulnérables du point de vue biologique en raison de leur immunité limitée ou réduite face au parasite du paludisme comprennent les femmes enceintes, les nourrissons, les enfants de moins de 5 ans et les personnes atteintes de VIH, ainsi que les migrants non immunisés, les populations mobiles et les voyageurs en provenance de régions où le paludisme n'est pas endémique (20). À ce jour, la plupart des efforts des programmes de lutte contre le paludisme se sont principalement centrés sur les facteurs biologiques et ont pris en considération les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans les stratégies nationales de lutte contre la maladie. Il est par ailleurs reconnu que des facteurs socioéconomiques, culturels, géographiques, liés au genre contribuent au niveau de risque d'infection par le

FIGURE 1.
FACTEURS DE RISQUE DU PALUDISME ET POPULATIONS TOUCHÉES

FACTEURS DE RISQUE	
Facteurs biologiques <ul style="list-style-type: none"> ▶ Faible immunité au parasite 	Facteurs socioéconomiques et culturels <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pauvreté ▶ Exclusion sociale ▶ Inégalités de genre ▶ Obstacles financiers ▶ Normes culturelles ▶ Situations d'urgence complexes (p. ex., guerre/conflit civil, inondations, famine)
POPULATIONS LES PLUS TOUCHÉES	
Populations à haut risque* <ul style="list-style-type: none"> ▶ Femmes enceintes ▶ Nourrissons ▶ Enfants de moins de 5 ans ▶ Personnes vivant avec le VIH/sida ▶ Groupes non immunisés ▶ Populations mobiles ▶ Voyageurs 	Populations mal desservies <ul style="list-style-type: none"> ▶ Populations touchées par des conflits, notamment les réfugiés et les personnes déplacées ▶ Populations vivant dans des zones reculées dont l'accès aux services est entravé par des obstacles géographiques ▶ Femmes et enfants issus de milieux défavorisés ▶ Travailleurs sans-papiers ▶ Populations autochtones ▶ Minorités ethniques
RÉSULTATS	
Risque plus élevé de contracter le paludisme et de développer une grave maladie	Accès et recours limités aux services de prévention du paludisme <ul style="list-style-type: none"> ▶ Accès moindre aux moustiquaires imprégnées d'insecticide ▶ Faible utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ▶ Faible couverture des services de soins prénataux ▶ Faible recours aux traitements préventifs intermittents lors de la grossesse Accès et recours limités aux soins de santé primaire et aux services de traitement du paludisme <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mauvais diagnostic/retard de diagnostic ▶ Retard dans l'accès au traitement antipaludique/aucun accès
IMPACT	
Mauvais profil sanitaire <ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmentation de l'incidence du paludisme et des taux de mortalité 	

* Ces populations peuvent également être mal desservies

paludisme ou d'aggravation de la maladie, en fonction de l'accès et du recours aux services de santé. Outre plusieurs des populations mentionnées dont l'immunité est limitée ou réduite, les recherches menées sur ces vulnérabilités sont loin d'être suffisantes et, bien souvent, elles ne sont pas prises en compte lors de l'élaboration des politiques et stratégies nationales d'élimination du paludisme.

Cet outil est axé sur les facteurs socioéconomiques et autres susceptibles d'entraver la disponibilité et le plein accès aux services de lutte contre la maladie pour tous ceux qui en ont besoin, et non sur les facteurs de risque biologique bien connus des programmes de lutte contre le paludisme. Il accorde une importance particulière au besoin d'identifier et d'inclure dans l'équation générale les facteurs comportementaux et socioéconomiques, qui exacerbent ou non les facteurs biologiques, dans le but de mettre en lumière la manière dont le paludisme est lié à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

Comprendre ces déterminants de la santé dans le contexte épidémiologique et entomologique des régions endémiques du paludisme est crucial pour fournir un aperçu servant à la conception et à la mise en œuvre d'actions de lutte contre le paludisme et pourrait aboutir à des résultats sanitaires plus équitables. Des facteurs socioéconomiques et culturels peuvent entraîner à la fois une augmentation des risques (par exemple, comportement entraînant une exposition accrue au vecteur) et des obstacles physiques, sociaux ou économiques à l'accès à des soins de santé de qualité. Ainsi, les travailleurs forestiers peuvent passer plusieurs heures à travailler à l'extérieur pendant les périodes et à des endroits où le risque d'infection est plus élevé que parmi leurs pairs travaillant à d'autres postes. Des populations spécifiques peuvent également être plus exposées parce qu'elles ont pour habitude de dormir dehors ou mènent des activités agricoles spécifiques, comme la riziculture. En même temps, ces populations peuvent en outre être mal desservies, confrontées à des obstacles géographiques, structurel, sociaux ou économiques entravant leur accès aux services de santé dont elles ont besoin.

L'évaluation du risque d'infection par le paludisme et d'aggravation de la maladie suppose de tenir compte de manière simultanée des facteurs épidémiologiques, entomologiques et sociaux. Le profil immunologique des populations doit être examiné selon leur environnement et leur capacité à accéder aux services de prévention, de dépistage et de traitement. Des populations peuvent être plus exposées au risque d'infection, au risque d'être gravement atteintes si elles sont infectées et/ou au risque de mortalité si elles développent une forme sévère de la maladie. Les tentatives d'atténuation des risques dépendront probablement du profil de risque spécifique. Mettre au point des efforts efficaces et efficaces d'atténuation n'est possible qu'en dressant un profil exhaustif et spécifique d'évaluation des risques. Cet outil définit les populations mal desservies comme étant des populations privées de soins de santé en raison d'obstacles tels que la pauvreté, l'exclusion sociale, les normes de genre, les normes culturelles et traditionnelles, les obstacles financiers et l'éloignement des établissements de santé.

3 Aperçu de l'outil *Malaria Matchbox*

Objectifs

Cet outil vise à fournir aux pays des orientations sur l'identification des facteurs de risque et des obstacles à des programmes de lutte contre le paludisme équitables, intégrés et axés sur la personne, ainsi que des recommandations sur la manière de s'y attaquer. L'outil a trois objectifs :

1. **aider les programmes nationaux à identifier les régions et/ou les populations rencontrant des obstacles à l'accès aux services de soins de santé primaires et de lutte contre le paludisme par le biais d'un cadre analytique qualitatif qui complète les analyses quantitatives existantes (par exemple, l'examen du programme de lutte contre le paludisme ou encore l'évaluation dans le cadre du projet D'une charge élevée à un fort impact) ;**
2. **évaluer l'équité au moyen d'une évaluation rapide des approches programmatiques des prestations de services en vue d'améliorer l'inclusion ;**
3. **promouvoir la fourniture de services équitables, intégrés et axés sur les personnes.**

L'outil *Malaria Matchbox* offre un guide exhaustif sur la manière de mener les analyses visant à identifier les populations davantage exposées au risque du paludisme en raison de facteurs socioéconomiques ou culturels. Bien qu'il soit principalement axé sur le paludisme, les programmes nationaux peuvent trouver les résultats utiles au regard d'un éventail plus large de services de santé primaires. En vue de fournir des services équitables de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme, nous espérons que les analyses réalisées au moyen de l'outil permettront d'élaborer et mettre à jour de manière plus ciblée les politiques, plans et modes de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme.

Le *Malaria Matchbox* offre en outre des outils et méthodes utiles aux fins des analyses qualitatives et contient des ressources en matière de collecte de données, d'analyse, d'apprentissage et de programmation. L'utilisation de l'outil n'est pas censée être normative, mais plutôt adaptée à la portée requise et au contexte du pays.

Utilisation de l'outil

L'outil *Malaria Matchbox* est conçu pour appuyer l'identification des lacunes et générer des informations utiles dans le cadre de la planification des programmes de lutte contre le paludisme. Il est à mettre en œuvre parallèlement aux examens des programmes nationaux de lutte contre le paludisme (examen complet du programme de lutte contre le paludisme, examen à mi-parcours ou examen annuel) de manière à identifier les lacunes en matière d'équité dont il devra être tenu compte lors de la révision ou de l'élaboration des plans stratégiques

nationaux de lutte contre le paludisme. L'outil *Malaria Matchbox* complète la méthodologie standard d'examen des résultats des programmes de lutte contre le paludisme ([voir OMS : Manuel pratique pour l'examen du programme de lutte contre le paludisme et l'examen à mi-parcours du plan stratégique de lutte contre le paludisme](#)), avec une analyse additionnelle des régions ou populations potentiellement passées inaperçues lors de l'examen standard des interventions essentielles.

Stratégie du Fonds mondial en matière d'égalité

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est déterminé à garantir que ses subventions encouragent un accès égal et équitable à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien pour toutes les personnes qui en ont besoin.

Approche D'une charge élevée à un fort impact

Il s'agit d'une riposte menée par les pays en vue de relancer les progrès dans la lutte contre le paludisme à l'échelle mondiale. Elle se caractérise par des paquets d'interventions contre le paludisme, mises en œuvre de manière optimale par les filières appropriées, notamment en s'appuyant fermement sur les soins de santé primaires.

L'information résultant de l'application de l'outil *Malaria Matchbox* peut également s'avérer utile dans d'autres circonstances, par exemple dans le cadre des demandes de financement telles que celles présentées au [Fonds mondial](#), dans le cadre de l'[approche D'une charge élevée à un fort impact](#) au sein d'un pays, lors de la planification de la mise en œuvre des programmes/projets de lutte contre le paludisme (notamment les projets financés par l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, lorsqu'un programme a constaté un problème lié à des facteurs sociaux et comportementaux susceptibles d'influer sur l'accès et le recours aux interventions de lutte contre le paludisme, ou encore lorsqu'il est nécessaire de fournir des faits probants et des orientations dans le cadre d'initiatives de communication pour le changement social et comportemental comme les [campagnes Zéro palu ! Je m'engage](#)).

L'outil peut être utilisé dans tous les contextes liés au paludisme :

- Dans les contextes **de transmission élevée du paludisme**, l'outil peut aider les pays à affiner leur approche programmatique en améliorant les politiques, les plans de projets/programmes, les messages et la mise en œuvre. En outre, en rendant les services de prévention et de soins de santé plus réactifs face à l'évolution du contexte socioculturel, l'outil peut également promouvoir une approche davantage axée sur le patient dans le cadre des soins de santé primaires.

- ▶ Dans les contextes d'**élimination** du paludisme, l'outil peut garantir que les populations qui vivent dans des poches de transmission ou des régions reculées puissent accéder aux services de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme dont elles ont besoin et en temps opportun, ce qui contribue à prévenir la recrudescence du paludisme ou sa résistance aux antipaludiques.
- ▶ Dans **tous les contextes**, l'outil Matchbox peut également faciliter l'engagement et le plaidoyer en faveur des communautés touchées, en garantissant que le paludisme demeure une priorité et que les priorités communautaires appropriées soient prises en compte par les pouvoirs publics, les donateurs et les partenaires de mise en œuvre en adaptant la combinaison d'interventions nécessaires pour parvenir à éliminer le paludisme.

Public cible

Cet outil *Malaria Matchbox* s'adresse aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme, ainsi qu'aux partenaires de mise en œuvre dans les pays et aux autres parties prenantes, notamment les organisations communautaires et de la société civile. Il convient d'inclure également des représentants d'autres secteurs clés, notamment de l'agriculture, du logement, des finances, de l'éducation et des questions de genre. L'outil peut également être utilisé au niveau infranational, si les programmes sont décentralisés ou sur la recommandation du niveau national. Pour s'assurer que les obstacles identifiés sont attestés et traités grâce à des stratégies adaptées, quelle que soit l'entité qui dirige l'analyse, il est important que tous les acteurs concernés participent au processus, y compris les femmes, les jeunes et les groupes marginalisés de la communauté ou les personnes ayant une connaissance particulière de la communauté.

Principes généraux

Un objectif global de l'outil *Malaria Matchbox* est de déterminer et mettre en lumière les obstacles entravant l'accès aux services nécessaires de lutte contre le paludisme et de rassembler les parties prenantes au niveau national, notamment les communautés touchées, afin qu'elles élaborent ensemble des mesures d'atténuation et veillent à ce que soit adoptée une approche sensible au genre et axée sur les personnes dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Les pays se servant de l'outil doivent appliquer les quatre principes suivants :

- ▶ **Participation de multiples parties prenantes** : les programmes nationaux et locaux de lutte contre le paludisme doivent s'engager en étroite collaboration avec d'autres programmes de santé publique, d'autres secteurs pertinents, des prestataires de soins de santé publics et privés, des organisations non gouvernementales et de la société civile, des communautés et autres associations de soutien, de la planification de programme à la fourniture de services, afin de garantir la mise en place d'interventions de prévention et de prise en charge inclusives et centrées sur les personnes.
- ▶ **Approche tenant compte du genre** : toutes les parties prenantes qui participent à l'utilisation de cet outil doivent tenir compte des vulnérabilités liées aux normes de genre qui font que les hommes et les femmes, ainsi que les garçons et les filles, sont touchés de manière disproportionnée par le paludisme, du fait de la division du travail, du pouvoir de prise de décision, de l'accès à l'éducation et des facteurs contextuels plus larges comme l'accès aux ressources économiques et l'occupation des sols liés au genre.
- ▶ **Approche fondée sur les droits** : une démarche de santé fondée sur les droits vise particulièrement le respect du droit à la santé et d'autres droits humains liés à la santé. Les normes et principes en matière de droits humains doivent guider tous les aspects de la planification, notamment l'élaboration des politiques et la programmation liées à la santé. Une approche fondée sur les droits requiert également d'habiliter les personnes, en particulier les plus marginalisées, à participer à l'élaboration des politiques, et à exiger des comptes à ceux qui ont le devoir d'agir. Une telle approche identifie par ailleurs les titulaires de droits (la population exposée au risque du paludisme) et leurs droits proprement dits, ainsi que les responsables concernés et leurs obligations, et œuvre au renforcement des capacités des titulaires de droits à réclamer ce à quoi ils ont droit et des capacités des responsables à s'acquitter de leurs obligations (21).
- ▶ **Prises de décisions fondées sur des faits probants** : les programmes locaux et nationaux de lutte contre le paludisme doivent utiliser les données ventilées disponibles (par exemple, genre, richesse, géographie, appartenance ethnique et niveaux d'éducation dans les enquêtes sur les populations et âge dans les données ordinaires sur les établissements de santé), mais également identifier les lacunes potentielles des données qui pourraient nécessiter une collecte supplémentaire de données pour étayer, personnaliser ou perfectionner les programmes axés sur les populations à haut risque et mal desservies. Les faits probants concernant les obstacles et les interventions potentielles provenant d'autres secteurs, liés ou non à la santé, peuvent également éclairer les prises de décisions.
- ▶ **Apprentissage et amélioration/passage à l'action** : les connaissances acquises grâce à cette évaluation doivent être diffusées au niveau national (y compris aux niveaux infranational et communautaire)

et influencer le centrage des politiques et des programmes visant à améliorer l'équité. Les constatations et recommandations doivent mener à des mesures et des améliorations en vue d'obtenir des services de prévention et de traitement du paludisme équitables et centrés sur la personne selon les recommandations.

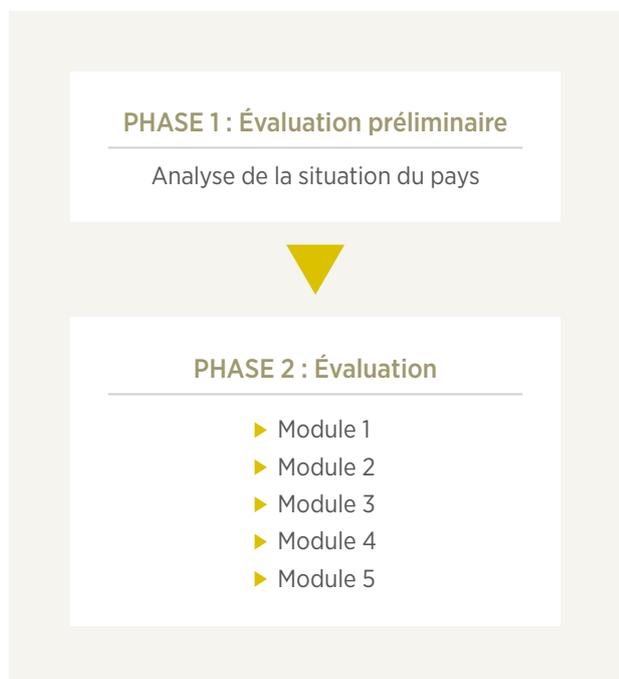
Structure de l'outil

L'outil *Malaria Matchbox* se compose de quatre parties : La partie A fournit les informations contextuelles, notamment les concepts de genre et d'équité dans le contexte du paludisme, ainsi qu'une vue d'ensemble de l'outil. La partie B fournit des directives à l'intention des utilisateurs concernant le déploiement de l'outil, décrivant en détail les deux phases (évaluation préliminaire et évaluation). La partie C contient les annexes, notamment des exemples d'instruments et outils que les pays peuvent adapter ou utiliser tels quels et la partie D contient des références.

Processus de mise en œuvre

L'outil *Malaria Matchbox* comporte deux phases de mise en œuvre, tel qu'illustré dans la figure 2 ci-dessous.

FIGURE 2.
PROCESSUS DE L'OUTIL *MALARIA MATCHBOX*



L'évaluation préliminaire (phase de préparation)

fournit les principales étapes initiales recommandées, par exemple comprendre le contexte du pays, s'assurer la participation des parties prenantes, intégrer l'outil au processus national de planification stratégique de la lutte contre le paludisme, mettre en place l'équipe d'évaluation et veiller à ce que les protocoles nationaux et les exigences en matière d'éthique soient pris en compte. Elle fournit en outre des informations, ressources et outils utiles à l'appui de la planification et de l'établissement du budget.

Si le *Malaria Matchbox* n'est pas exécuté en parallèle à un examen standard du programme (à mi-parcours) de lutte contre le paludisme ou d'un processus analogue qui inclut une analyse des données épidémiologiques et programmatiques disponibles, un examen documentaire des sources de données disponibles doit être réalisé avant son déploiement, il servira de base au choix d'objectifs appropriés de l'outil.

La phase d'évaluation se décompose en **5 modules**, adoptant chacun la structure suivante :

a. Analyse du problème

b. Objectifs spécifiques

c. Méthodologie

d. Processus clés

Les modules sont brièvement expliqués ci-après.

MODULE 1 :

Identification des populations et des régions les plus touchées par le paludisme

Ce module vise à identifier et à localiser les populations les plus touchées par le paludisme, **définies en tant que populations à haut risque et mal desservies**, conformément au cadre conceptuel de cet outil. Le module guide les utilisateurs lors de l'analyse des indicateurs relatifs au paludisme collectés au moyen des enquêtes sur la population, des systèmes de gestion et de surveillance de la santé des pays et des rapports publiés, notamment les analyses de situation des pays mettant en œuvre l'approche D'une charge élevée à un fort impact (16) ou d'autres analyses réalisées par des partenaires. Il est recommandé de procéder à une analyse infranationale stratifiée des données épidémiologiques sur le paludisme (par ex. la prévalence du Pf et du Pv) parallèlement aux indicateurs relatifs à la couverture sanitaire et à l'accès à la santé, ainsi que des informations sur la présence potentielle de populations à haut risque et mal desservies

au sein de chaque unité infranationale. L'utilisation d'outils tels que l'outil [HEAT](#) de l'OMS ou l'outil [EQUIST](#) de l'UNICEF aide à visualiser les populations mal desservies et les dimensions liées à l'équité qui contribuent à ces vulnérabilités.

Les consultations avec les parties prenantes sont particulièrement importantes lorsque les données sur les populations à risque élevé et mal desservies sont limitées. Le module 1 doit s'appuyer sur les analyses quantitatives actualisées, en cours ou prévues par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, comme les examens des programmes de lutte contre le paludisme, les examens à mi-parcours, les examens annuels et les analyses de situation des pays dans le cadre du projet D'une charge élevée à un fort impact.

MODULE 2 :

Examen critique des facteurs de risque et des obstacles ayant une incidence sur l'équité en matière de santé dans le contexte du paludisme

Ce module vise à guider les utilisateurs afin qu'ils étudient les **principaux facteurs de risque et obstacles à l'accès aux services ainsi que les goulots d'étranglement entravant la fourniture de services équitables** qui ont une incidence sur chacune des populations identifiées dans le module 1, y compris :

- ▶ les facteurs socioculturels et comportementaux ;
- ▶ l'accessibilité de l'information et connaissances en matière de santé;
- ▶ l'accessibilité financière ;
- ▶ l'accessibilité géographique ;
- ▶ la fourniture de services de qualité, adaptés et non discriminatoires.

Le module est à compléter principalement au moyen des données nationales globales, pertinentes et à jour, le cas échéant, ou en menant des recherches qualitatives dans le pays permettant de **collecter des données** parmi les groupes de population identifiés dans le module 1.

MODULE 3 :

Identification des inégalités au sein des ménages

Le genre constitue une problématique transversale et est donc couvert à tous les niveaux de l'outil, au sein duquel il est traité dans le contexte des attributs et obstacles économiques, sociaux et culturels. Les relations de genre au sein des ménages, en particulier, sont complexes et liées au pouvoir. Il n'est plus à démontrer qu'à l'échelle mondiale, les femmes ont un accès plus limité aux ressources et jouissent de moins de droits que les hommes. De nombreuses cultures ont un très grand respect pour les femmes, mais ce respect se limite souvent à leur rôle traditionnel et disparaît dès que les femmes pénètrent dans des domaines traditionnellement masculins de la société, comme la politique et les prises de décisions (22). Les relations de pouvoir entre les genres se manifestent donc de différentes manières dans différents contextes et différentes parties du monde (22). Du point de vue du genre, les femmes et les hommes bénéficient de droits, chances et possibilités différents et d'un accès différent aux ressources et au pouvoir. C'est pourquoi l'outil va plus loin dans le module 3, de manière à se concentrer sur cet aspect particulier du genre au niveau des ménages. Il aide les utilisateurs à réaliser une analyse plus approfondie de la manière dont les normes de genre influencent le pouvoir de décision, la division du travail et la qualité des soins dans le contexte des services de prévention et de traitement du paludisme dans la communauté. Ce module contient des questions analytiques qui serviront de référence pour la collecte de données primaires au sein des membres de la communauté dans les zones cibles. Les questions aident les utilisateurs à comprendre les lacunes différentielles des programmes qui entravent l'accès aux services. Elles aident également à utiliser les informations collectées pour renforcer la programmation sensible au genre.

MODULE 4 :

Analyse et validation des données

Ce module nécessite de mettre dans un tableau les principaux résultats et de travailler avec les parties prenantes clés de la lutte contre le paludisme afin d'élaborer une riposte qui puisse être mise en œuvre.

MODULE 5 :**Phase d'action et de planification**

Ce module fournit des orientations sur la manière d'utiliser les résultats de l'évaluation de la situation en matière d'équité et de genre pour influencer la riposte au paludisme dans le pays et lui donner forme. Lorsqu'il est exécuté en parallèle à une évaluation du programme de lutte contre le paludisme, d'une évaluation à mi-parcours ou dans le cadre du projet D'une charge élevée à un fort impact, les mesures recommandées sont intégrées au socle de données probantes aux fins de l'examen des plans stratégiques de lutte contre le paludisme.

Lorsque l'outil *Malaria Matchbox* est utilisé, tel que recommandé, dans le cadre d'un processus tel qu'un examen du programme de lutte contre le paludisme, d'un examen à mi-parcours ou d'une évaluation au titre du projet D'une charge élevée à un fort impact, les procédures ci-dessus sont alignées sur l'évaluation/analyse comme illustré dans l'exemple ci-dessous (Figure 3).

FIGURE 3.**OUTIL MATCHBOX DANS LE CADRE D'UN EXAMEN (À MI-PARCOURS) DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**

OUTIL MATCHBOX	PHASES DE L'EXAMEN
Phase préparatoire	Planification
Phase d'évaluation module 1	Examens documentaires thématiques
Phase d'évaluation modules 2, 3 et 4	Validation
Phase d'action et planification module 5	Renforcement du programme

Les parties finales C et D de l'outil *Malaria Matchbox* contiennent d'autres informations, *références, ressources et modèles* pour la collecte de données, y compris des exemples de discussions en groupes de réflexion, et d'autres éléments utiles pouvant aider les pays et les parties prenantes à la lutte contre le paludisme à améliorer la portée et la qualité de leur riposte.

PARTIE B : UTILISATION DE L'OUTIL MALARIA MATCHBOX

1 Phase d'évaluation préliminaire

La phase de préparation a pour objectif de garantir une planification adéquate, de mener des consultations et parvenir à un consensus de la part de tous les partenaires et de toutes les parties prenantes clés, d'élaborer une note conceptuelle et, le cas échéant, d'identifier les sources de financement en vue de la mise en œuvre de l'évaluation.

Comprendre le contexte et la riposte du pays

L'outil *Malaria Matchbox* ne doit pas être utilisé de manière autonome, mais plutôt en intégration avec un examen exhaustif du programme de lutte contre le paludisme, un examen à mi-parcours, une analyse de situation de pays dans le cadre du projet D'une charge élevée à un fort impact ou dans le cadre de la préparation d'une proposition de financement telle qu'une subvention du Fonds mondial ou un projet financé par l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme. Il y a lieu d'adapter l'outil et de l'harmoniser au regard des activités existantes ou prévues du pays, en tenant compte des besoins et des lacunes de celui-ci afin d'éviter les doubles emplois. Il doit servir à mieux faire face aux questions d'équité dans le cadre politique national convenu.

Lorsque l'outil *Malaria Matchbox* est mis en œuvre en parallèle à un examen exhaustif du programme ou à une analyse de pays dans le cadre du projet D'une charge élevée à un fort impact, l'équipe de mise en œuvre du projet ou le secrétariat et l'équipe chargés de l'examen (à mi-parcours) du programme de lutte contre le paludisme doivent veiller à ce que des plans appropriés soient en place afin de permettre une mise en œuvre participative de l'outil.

Obtenir l'engagement des différentes parties prenantes dans le pays

La volonté des différentes parties prenantes dans le pays de s'attaquer aux questions d'équité est nécessaire pour que les processus décrits dans l'outil soient efficaces. Cette phase doit se dérouler sous la direction

du programme national de lutte contre le paludisme et inclure la participation des parties prenantes concernées, notamment en matière de genre, d'éducation, d'agriculture et de finances, en fonction de la riposte requise au niveau du pays. Une large participation des parties prenantes renforce la reddition de comptes, la confiance et l'approbation du processus d'évaluation, permet de recouper les informations provenant de multiples sources, est fondée sur des données probantes, intègre les connaissances et l'expérience locales, renforce la crédibilité et améliore l'utilisation des conclusions et des recommandations issues de l'évaluation en faveur de la pérennité. Pour obtenir cet engagement à tous les niveaux, les utilisateurs de la méthodologie *Malaria Matchbox* doivent identifier les parties prenantes clés et les stratégies appropriées de plaidoyer.

- ▶ Identifier les parties prenantes clés, entre autres les décideurs gouvernementaux, les bailleurs de fonds, les dirigeants au niveau infranational, les prestataires de services à différents niveaux, les défenseurs de la lutte contre le paludisme, les organisations de la société civile et les ONG, dans tous les secteurs concernés, notamment de la lutte contre le paludisme, du genre, de l'éducation, de l'agriculture, du logement et des finances.
- ▶ Identifier les défis et les occasions afin d'obtenir un appui de haut niveau et préparer les stratégies nécessaires pour gagner ce soutien.
- ▶ Préparer une brève note conceptuelle d'une page (exemple d'aperçu de note conceptuelle : *annexe 1*). La note conceptuelle abordera les principales raisons pour lesquelles il est important d'entreprendre une évaluation de l'équité dans le contexte de la lutte contre le paludisme et la manière dont l'évaluation améliorera l'efficacité de la riposte nationale au paludisme. Cette note conceptuelle doit être élaborée par le programme national de lutte contre le paludisme en consultation avec les partenaires et utilisée dans le cadre du plaidoyer et de la mobilisation de ressources.

- ▶ Organiser une réunion d'information avec l'équipe de direction du ministère de la Santé afin de lui communiquer la note conceptuelle et une note d'information sur les objectifs de l'outil et les utilisations escomptées des résultats, afin de gagner son approbation.
- ▶ Organiser une réunion avec les parties prenantes afin de communiquer la note conceptuelle à tous les partenaires clés.

Mise en place de l'équipe d'évaluation

Il est recommandé de mettre sur pied une équipe sous la houlette du programme national de lutte contre le paludisme pour mener les activités des 5 modules de l'outil *Malaria Matchbox*. Il convient pour ce faire d'identifier et d'inclure des membres offrant des compétences, des perspectives et une expertise technique complémentaires. Il est essentiel de faire participer le personnel et les représentants locaux du programme national de lutte contre le paludisme, du ministère de la santé et d'autres ministères clés, notamment des questions liées au genre, de l'éducation et de l'agriculture. Les demandes de soutien technique externe peuvent être envoyées à l'OMS, au Partenariat RBM et à d'autres partenaires bilatéraux clés. La sélection des membres de l'équipe doit être diversifiée et reposer notamment sur les caractéristiques et compétences suivantes :

- ▶ excellentes connaissances en matière d'évaluation et expérience en analyse de données (qualitatives et quantitatives) ;
- ▶ expérience de recherche sur les facteurs sociaux liés à la santé, à l'équité et au genre ;
- ▶ connaissances et expérience en matière d'épidémiologie et d'entomologie du paludisme dans le contexte national et infranational ;
- ▶ connaissances du contexte et des langues régionaux/nationaux/infranationaux/locaux, compétences culturelles et interpersonnelles ;
- ▶ expérience pratique de mise en œuvre d'interventions dans les établissements et au niveau communautaire dans chacun des principaux domaines techniques (lutte antivectorielle, prise en charge de cas et CCSC) ;
- ▶ l'équipe d'évaluation doit également comporter des représentants compétents en matière d'équité, de genre, de démarche fondée sur les droits humains et/ou de déterminants sociaux de la santé.

L'équipe d'évaluation doit recevoir un mandat bien défini, lequel doit refléter la composition de l'équipe, ses principales activités, les livrables attendus, ainsi que le

calendrier prévu pour ces processus. Il est recommandé de disposer d'une équipe composée de 5-7 membres de base pouvant consacrer le temps nécessaire afin d'assurer des prises de décisions et des actions rapides.

Planification et établissement du budget

Le financement nécessaire pour exécuter les modules de l'outil *Malaria Matchbox* dépend de la portée des données supplémentaires à obtenir au travers de sources secondaires, ainsi que des recherches à entreprendre, en plus des données primaires jusque-là non disponibles à collecter. Les utilisateurs doivent convenir des ressources humaines nécessaires pour l'évaluation préliminaire, qui détermineront les ressources nécessaires aux fins de la collecte des données primaires. Les coûts comprennent généralement les suivants :

- ▶ honoraires professionnels (consultants) ;
- ▶ frais du comité d'examen institutionnel (les comités d'examen de la recherche sur la protection humaine peuvent appliquer des frais d'examen de la proposition soumise) ;
- ▶ frais de déplacement (nationaux et internationaux) des enquêteurs ;
- ▶ communication (notamment diffusion des conclusions) ;
- ▶ mise au point et essai de l'outil (notamment frais des formulaires d'entretien et de traduction) ;
- ▶ frais de collecte de données (formation des enquêteurs, indemnités des participants, le cas échéant, appareils d'enregistrement, saisie des données, analyse des données, logiciels, etc.) ;
- ▶ réunions et ateliers (y compris hébergement, indemnités journalières, frais de déplacement et logistique, selon les besoins) ;
- ▶ dépenses administratives ;
- ▶ autres frais, selon le contexte local.

Lorsque la note conceptuelle et le budget ont été déterminés, le financement de l'application de l'outil *Malaria Matchbox* peut être sollicité auprès de donateurs et partenaires par le programme national/ministère de la santé. Lorsqu'elle est réalisée dans le cadre de l'examen du programme de lutte contre le paludisme, par exemple, la mise en œuvre de l'outil doit être incluse dans le budget de ce programme, ou plus précisément comme composante des budgets d'examen du programme.

Élaboration de la proposition d'étude

La note conceptuelle doit ensuite être développée en proposition d'étude en vue de guider la collecte, le stockage et l'utilisation des données. Des méthodologies de recherche simples et faciles à mettre en œuvre, comme la recherche sur la mise en œuvre, susceptibles de fournir des résultats plus rapides et économiques, doivent être envisagées lors de la conception du recueil de données/informations. Le protocole doit inclure les détails de l'évaluation, y compris la justification, les objectifs, les détails des étapes de mise en œuvre, les besoins de mise en œuvre, les formulaires de consentement à l'intention des participants et les outils de collecte de données, tels que les scripts et les directives pour les entretiens avec les membres de communautés, les listes de contrôle d'observation et les formulaires de consentement. La proposition doit être soumise à l'approbation du comité d'éthique/d'examen institutionnel tel que détaillé ci-après et, une fois toutes les approbations nécessaires obtenues, les outils doivent faire l'objet de tests préalables afin de vérifier qu'ils sont adaptés au contexte du pays. Des exemples de formulaire de consentement et un guide de discussion en groupes de réflexion sont fournis dans les *annexes 2 et 3* respectivement.

Considérations d'ordre éthique

L'évaluation doit adhérer aux codes de conduite nationaux et internationaux en matière d'éthique.

- ▶ **Approbation éthique par l'instance nationale concernée** : Si l'évaluation ne comprend pas d'interaction ou d'intervention avec des sujets humains ou n'inclut pas d'accès à des informations privées identifiables, l'examen par le comité d'examen institutionnel et son approbation ne sont pas requis. Les évaluations de l'équité sont normalement exemptes d'examen par le comité d'éthique car elles ont pour objectif de contribuer directement à des améliorations programmatiques. Il vaut toutefois mieux demander tôt les conseils du comité local d'éthique afin de déterminer s'il devra examiner et approuver l'évaluation. Si des données primaires doivent être collectées, il y a lieu d'obtenir l'approbation éthique avant le déploiement de l'évaluation approfondie dans le pays au moyen de l'outil Matchbox. Il convient de soumettre le protocole d'évaluation, y compris le budget et les outils de collecte de données, aux instances nationales compétentes en matière d'éthique, dans les délais et conformément aux exigences nationales.
- ▶ **Consentement en connaissance de cause** : Avant de les inclure dans la recherche opérationnelle, il est nécessaire que des membres formés de l'équipe vérifient l'admissibilité des participants et les informent pleinement sur les répercussions de

leur consentement. Les participants admissibles et consentants doivent fournir leur consentement écrit ou oral conformément à l'approbation éthique (exemple de formulaire de consentement à l'*annexe 2*). Lorsque les participants ne maîtrisent pas la lecture en anglais, mais bien dans une autre langue, une version traduite du formulaire de consentement en connaissance de cause et des informations connexes doit leur être fournie. Pour les communautés dont les membres ne sont pas en mesure de lire ou comprendre l'anglais écrit ou parlé, ni de lire dans une autre langue mais qu'ils comprennent une autre langue parlée, la version traduite du formulaire de consentement en connaissance de cause doit leur être lue, et le recours oral à cette autre langue doit être documenté. Dans ce cas, le formulaire doit être signé par le sujet, la personne qui a obtenu son consentement et un témoin. Lorsque l'évaluation requiert la participation de mineurs, il y a lieu d'obtenir le consentement en connaissance de cause des mineurs et de leurs tuteurs.

- ▶ **Participation volontaire** : La participation doit toujours être volontaire et le refus de participer ne saurait entraîner de conséquences négatives. Il y a lieu d'insister sur le droit d'une personne de refuser de donner son consentement ou d'arrêter l'entretien ou de quitter le groupe de réflexion à tout moment après avoir donné son consentement. Les participants ne sont pas tenus de justifier une telle décision.
- ▶ **Confidentialité** : L'équipe d'enquête préserve à tout moment la confidentialité de tous les participants. Les enquêteurs utilisent exclusivement des numéros d'identification uniques aux fins de l'étude, et n'utilisent aucune autre identification pour étiqueter les éléments de dossier tels que les notes et les bandes sonores. Tous les documents et autres éléments de dossier sont enregistrés de manière sécurisée dans des fichiers de données électroniques protégés par mot de passe ou dans des armoires verrouillées, dans le cas des supports papier, lorsqu'ils ne sont pas utilisés par les enquêteurs.
- ▶ **Implication des représentants des participants** dans la planification, la mise en œuvre et la diffusion de la recherche opérationnelle. Ce principe doit être reconnu et mis en œuvre dans les pays où le comité d'examen institutionnel l'exige.

2 Phase d'évaluation

La phase d'évaluation se déroule selon les étapes figurant dans le diagramme ci-dessous.

FIGURE 4.
ORGANIGRAMME DE LA PHASE D'ÉVALUATION



MODULE 1 :

Desk review

Dans toute la mesure du possible, la mise en œuvre de l'outil doit être programmée parallèlement à un processus standard d'examen du paludisme afin de garantir que l'analyse du *Malaria Matchbox* soit alignée sur une analyse épidémiologique et entomologique experte et de faciliter le ciblage de l'outil lui-même. L'examen documentaire préliminaire permet aux parties prenantes nationales de définir le contexte national et d'appréhender les principaux déterminants du profil de santé de l'ensemble de la population. Dans de nombreux pays où le paludisme est endémique, les données sont collectées par différentes voies : collecte régulière de données dans les établissements de santé, données provenant d'outils tels que des applications et plateformes mobiles, stratégies sanitaires de suivi de la maladie, données d'enquêtes rassemblées au début et à la fin de projets spécifiques et au travers d'enquêtes nationales sur la population/ les communautés. L'exhaustivité, la qualité et la fiabilité de ces données doivent être évaluées afin de déterminer en quoi elles peuvent éclairer l'examen documentaire. La sélection des sources de données doit constituer un processus consultatif mené par le programme national de lutte contre le paludisme et les principales parties prenantes, afin d'éviter le risque de doubles emplois et de garantir l'utilisation de données nationales validées, à jour et pertinentes. Les outils existants tels que HEAT et EQUIST (www.equist.info) aident à déterminer les dimensions de l'équité associées à différents services de santé, notamment en matière de paludisme, fournis au niveau communautaire, des centres de santé/hôpitaux et d'autres activités de proximité. Les obstacles et goulots d'étranglement liés aux systèmes de santé sont souvent les mêmes dans différentes stratégies de prévention et de traitement des maladies pour la même plateforme de prestation de services. Dans le cadre d'un examen (à mi-parcours) du programme de lutte contre le paludisme, l'examen documentaire peut être organisé en parallèle avec l'examen thématique du plan stratégique de lutte contre le paludisme, en tant que (cinquième) composante supplémentaire.

Cet examen peut également s'appuyer sur toute analyse quantitative en cours ou prévue par le pays en matière de paludisme. Ainsi, dans les pays qui mettent en œuvre l'approche D'une charge élevée à un fort impact (16) où une analyse exhaustive de la situation du pays a été réalisée ou est prévue avec le soutien de l'OMS et du partenariat RBM, l'examen documentaire peut être intégré à l'analyse de la situation du pays ou adapté en vue de la compléter (sans double emploi).

Objectifs spécifiques

Ce module requiert l'analyse des données du pays, notamment des examens et rapports nationaux existants, ainsi que des informations publiées et de la littérature grise, afin de :

- a) comprendre la charge de morbidité globale du paludisme dans le pays ;
- b) comprendre le contexte politique et programmatique du pays en termes d'équité en matière de santé et de paludisme ;

Les sources de données à inclure peuvent comprendre les suivantes :

- ▶ politiques et cadres, plans stratégiques, plans de travail et de suivi et évaluation du pays en matière de paludisme, de soins de santé primaires, de couverture sanitaire universelle et de genre ;
- ▶ rapports de pays élaborés à partir des données de surveillance régulière ;
- ▶ rapports élaborés sur les services de santé à chaque niveau du système de santé (communautaire, des districts, des comtés/régions/national) ;
- ▶ rapports officiels des enquêtes démographiques et sanitaires, sur les indicateurs du paludisme, par grappes à indicateurs multiples et autres enquêtes sur les ménages ;
- ▶ cartographie des risques ;
- ▶ rapports sur la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, sur la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et sur la chimioprévention du paludisme saisonnier ;
- ▶ rapports d'évaluation sur les prestations de services et rapports sur la disponibilité des services et l'état de préparation ;
- ▶ évaluations des dépenses de santé et des dépenses des ménages en matière de santé ;
- ▶ autres rapports pertinents de programmes transmis par les partenaires techniques et les parties prenantes dans le pays (en particulier par le programme national de lutte contre le paludisme) ;
- ▶ littérature grise, publiée ou non ;
- ▶ documentation scientifique collectée auprès de bases de données bibliographiques en ligne telles que PubMed, CINAHL, la bibliothèque Cochrane, la bibliothèque en ligne de Campbell Collaboration, MEDLINE (interface OVID), Google Scholar, Web of Science, etc.
- ▶ Outil de surveillance de l'équité (HEAT) et autres sources de données pour l'évaluation de l'état des mesures d'inégalité (SCORE).

- c) identifier les inégalités (notamment socioéconomiques, liées au genre, à la géographie, à l'appartenance ethnique et à l'âge) dans la couverture des services de lutte contre le paludisme et les résultats sanitaires liés à la maladie ;
- d) sur la base de l'examen documentaire, réaliser une analyse transversale des données épidémiologiques et des données socioéconomiques et liées au genre et à l'âge, et identifier les régions ou populations potentielles bénéficiant d'un accès et d'un recours sous-optimaux aux services de soins de santé primaires et antipaludiques ;
- e) étudier le protocole d'étude dans le pays – ou la collecte de données primaires – afin d'identifier les lacunes en termes d'information.

Aux fins de l'examen documentaire, il est nécessaire d'examiner les différentes sources de données afin de rassembler des données ventilées (dans la mesure du possible) sur les groupes de population d'intérêt. Il s'agit notamment des principaux domaines suivants : a) données démographiques, b) données socioéconomiques et c) données sur les services de santé, y compris les données financières. Les données d'intérêt doivent être organisées de manière à permettre les tableaux à double entrée et l'interprétation transversale durant les phases suivantes de l'évaluation. Bien que les examens standard des programmes de lutte contre le paludisme comprennent normalement des données démographiques, socioéconomiques, météorologiques et autres, il s'avèrera probablement nécessaire d'explorer d'autres sources de données axées sur les dimensions sociale, culturelle, économique, de genre et éducative susceptibles d'avoir une incidence sur l'accès et le recours aux services. Il convient en outre d'évaluer dans quelle mesure les stratégies d'interventions de prévention et de traitement du paludisme sont adaptées pour faire face aux perceptions sociales et culturelles et aux comportements.

Au début de l'examen documentaire, le ou les examinateurs doivent définir les critères d'inclusion ou d'exclusion afin de guider les recherches, de minimiser la complexité potentielle de l'examen et de veiller à ne pas manquer de documents importants. Dressez la liste de tous les documents dans une feuille de calcul pour assurer un résumé accessible des principales informations et sources pouvant être utilisées pour achever le module. Créez un dispositif de stockage numérique pour les documents (Dropbox, blog, serveur en nuage, etc.) pour permettre aux membres de l'équipe d'y accéder.

Le recoupement des données est crucial afin d'identifier les régions et/ou populations susceptibles de ne pas pouvoir accéder aux soins de santé (accès au diagnostic et au traitement ainsi que les interventions contre le paludisme mises en œuvre au niveau communautaire).

Mots clés illustratifs

Exemples de mots clés à utiliser pour garantir une recherche exhaustive de la documentation existante aux fins de l'évaluation :

- ▶ [paludisme + équité]
- ▶ [paludisme + populations vulnérables] + nom du pays/de l'entité infranationale
- ▶ Paludisme + équité/inégalités
- ▶ Soins de santé primaires + accès
- ▶ Accès aux soins de santé
- ▶ Obstacles aux soins de santé
- ▶ Soins de santé primaires + équité
- ▶ Genre + soins de santé
- ▶ Genre + paludisme
- ▶ Enfants + paludisme + accès
- ▶ Femmes enceintes + paludisme + accès

Les recherches documentaires doivent cibler les rapports publiés récemment (5 dernières années ou moins) et, au besoin, être élargies pour inclure les données de plus de 6 ans.

Des experts en matière de données doivent recommander la meilleure manière de recouper les données de multiples sources en vue de fournir une évaluation plus exhaustive.

Centrages possibles (parmi d'autres) :

- ▶ régions du pays où la mortalité est accrue ;
- ▶ régions du pays où la couverture et la lutte antivectorielle sont sous-optimales ;
- ▶ recours aux soins et accès au diagnostic et au traitement sous-optimaux ;
- ▶ différences potentielles observées en termes d'accès, de couverture et de recours aux interventions antipaludiques et aux soins de santé de base en fonction du genre, de l'âge, du niveau de revenu, d'éducation ou d'autres déterminants (ces différences peuvent aussi s'observer dans des régions données) ;
- ▶ identification des populations pouvant poser problème, comme les nomades, les migrants, les déplacés internes, les réfugiés, les populations vivant dans des zones difficiles d'accès, les minorités autochtones ou ethniques, certains métiers, etc. (voir ci-après).

Exploration de données quantitatives (facultatif)

Lorsqu'il n'est pas possible de mettre en œuvre l'outil *Malaria Matchbox* parallèlement à un examen standard du paludisme, ni de l'intégrer dans une autre analyse quantitative réalisée par le pays (par ex. dans l'analyse de situation du pays dans le cadre du projet D'une charge élevée à un fort impact) ou lorsque les rapports de données quantitatives, publiés ou non, de moins de cinq ans sont rares, il est essentiel de procéder à un exercice d'exploration, de collecte et d'analyse des données quantitatives.

Les sources de données à inclure peuvent comprendre les suivantes :

- ▶ système(s) d'information sur la gestion de la santé, y compris, le cas échéant, DHIS2 ;
- ▶ enquêtes sur les ménages et les établissements, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, sur les indicateurs du paludisme/ par grappes à indicateurs multiples, rapports d'évaluation sur les prestations de services, sur la disponibilité des services et l'état de préparation, etc. ;
- ▶ recensement de la population et des logements ;
- ▶ données d'enquête sur les indicateurs du paludisme ;
- ▶ statistiques vitales et d'état civil ;
- ▶ estimations de l'équité dans la santé d'organismes internationaux comme l'OMS, la base de données de surveillance de l'équité dans la santé, l'outil EQUIST de l'UNICEF, les bases de données de l'indice de développement humain et de l'indice de développement en matière de genre du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ;
- ▶ bases de données infranationales, par ex. au niveau des provinces, des États ou des districts ;
- ▶ bases de données communautaires, par ex. SISCOM au Rwanda.

Cela suppose entre autres d'identifier les bases de données pertinentes, d'analyser les indicateurs de soins de santé primaires et de services de lutte antipaludique au niveau national, ventilés par couches clés d'équité, telles que les critères du sexe, de l'âge, de l'éducation, du statut économique, du lieu de résidence (rural/urbain ou bidonvilles, par ex.), de la zone infranationale et des niveaux de prestation des soins de santé (district, État, province ou village). Les données ventilées par sexe et âge sont souvent collectées au niveau du système de

santé, mais elles sont généralement regroupées lors de la communication de l'information aux niveaux supérieurs. S'il n'y a pas de données ventilées par sexe et âge disponibles au niveau national, il convient d'examiner les données au niveau infranational, par exemple au niveau des districts, des provinces ou des États. Les données officielles manquent souvent d'informations détaillées sur les caractéristiques de la population, par exemple sur l'appartenance ethnique, religieuse, la profession et bien d'autres critères qui seraient normalement appliqués dans le cadre d'une analyse solide de la façon dont les interventions antipaludiques peuvent être améliorées en termes de portée et d'efficacité. C'est pourquoi il est important de prendre en considération l'éventail de sources de données qui peuvent éclairer ces recherches et la manière de combiner au mieux les différentes sources de données afin de fournir suffisamment de données probantes. Il est important de s'assurer, avec les autorités nationales ou infranationales, que tout groupe spécifique pouvant présenter un intérêt soit inclus dans l'étude dans le pays. L'exploration de données quantitatives doit être menée par les membres de l'équipe d'évaluation ayant le plus d'expérience en matière de biostatistiques (biostatisticiens/épidémiologistes).

Il convient de résumer l'analyse de ces données quantitatives. Il est important d'identifier, d'enregistrer et de prendre en compte les lacunes documentaires et les biais possibles. En fonction des filières de distribution des antipaludiques et des moustiquaires imprégnées d'insecticide, il est également nécessaire d'inclure une analyse de la distribution et des réseaux des magasins/dépôts de médicaments, des systèmes publics de distribution, etc. si la mise en œuvre de l'outil ne se fait pas dans le cadre d'un examen du programme existant comme l'examen du programme national de lutte contre le paludisme, qui aborderait ces aspects.

Un bref rapport sur l'examen documentaire et l'analyse des données quantitatives (le cas échéant) doit être élaboré, soulignant les constatations relatives aux objectifs de ce module.

S'appuyant sur l'examen documentaire et l'exploration des données (le cas échéant), le comité d'évaluation identifie ensuite les régions ou populations ayant potentiellement un accès et un recours sous-optimaux aux services antipaludiques et de soins de santé primaires, et se sert de ces informations pour déterminer les prochaines étapes du module d'étude qualitative.

MODULE 2 :

Évaluation des obstacles à l'accès et au recours aux services

Objectifs spécifiques

- 1) En se fondant sur les régions et/ou populations identifiées dans le cadre de l'examen documentaire, évaluer les facteurs restrictifs et obstacles potentiels entravant l'accès et le recours aux services de soins de santé de base et de lutte contre le paludisme.
- 2) Faire participer les principales parties prenantes des régions et/ou populations identifiées afin de mieux comprendre le contexte et les circonstances qui entravent l'accès aux services et ceux qui le facilitent.

Méthodologie

Plusieurs méthodes qualitatives peuvent être utilisées dans ce module, parmi lesquelles les *entretiens avec des informateurs clés*, les *discussions en groupes de réflexion*, les enquêtes quantitatives et les observations.

Un processus consultatif est adopté pour identifier les groupes avec lesquels mener les entretiens et les parties prenantes clés représentant chacune des régions et chacun des groupes de population aux différents niveaux des services de soins de santé primaires et de lutte antipaludique. Le nombre d'enquêtes, de discussions en groupes de réflexion et/ou d'entretiens avec des informateurs clés dépend de la diversité des populations identifiées, de la distribution géographique des régions identifiées et de la disponibilité des fonds.

L'outil aborde brièvement ci-après quelques-unes de ces méthodes et offre des orientations pratiques.

Discussions en groupes de réflexion : Les groupes de réflexion sont sélectionnés en consultation avec les équipes infranationales de gestion de la santé/du paludisme et les autorités locales. Ils peuvent se composer de 8 à 15 participants et doivent être inclusifs. Il est important de s'assurer que le lieu et le moment des discussions en groupes de réflexion sont appropriés et n'entraînent pas l'exclusion systématique de participants potentiels. Dans la mesure du possible, il convient de réaliser des enregistrements sonores des discussions en groupes, si les participants ont donné leur consentement à cet effet. Il est également nécessaire d'obtenir le consentement spécifique des participants en cas d'enregistrement vidéo. Pour chaque discussion en groupe de réflexion, prévoyez un animateur et un rapporteur, veillez à ce que les équipes menant les entretiens soient formées et à ce que le matériel nécessaire soit disponible.

Entretiens avec des informateurs clés : Il est important de s'assurer que les informateurs clés sont diversifiés et comprennent notamment des représentants de la direction administrative, sanitaire et du programme de lutte contre le paludisme au niveau national et infranational, des chefs traditionnels et religieux, du personnel des établissements de santé (y compris des agents de santé communautaires), des organisations de la société civile, des partenaires de mise en œuvre et des membres des populations et des régions identifiées comme ayant un accès et un recours sous-optimaux aux services de soins de santé primaires et de lutte contre le paludisme. Une série de questions semi-structurées doit être préparée à l'avance pour guider les entretiens.

Des exemples de questions sont fournis à l'annexe 3 pour 2 des méthodes suggérées, à savoir les entretiens avec des informateurs clés et les discussions en groupes de réflexion.

Il convient de répondre aux questions ci-après en s'appuyant sur la synthèse et l'analyse des résultats des entretiens avec des informateurs clés et des discussions en groupes de réflexion. L'objectif est de fournir au programme national et aux parties prenantes matière à réflexion concernant la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme et leur caractère approprié, leur applicabilité et leur flexibilité face aux lacunes et aux obstacles potentiellement identifiés. Ensuite, les programmes sont libres d'adapter les interventions et les services afin de répondre aux besoins de toutes les populations à risque. Veillez à obtenir le consentement en connaissance de cause de tous les participants et à préserver la confidentialité. Il est important que les discussions en groupes de réflexion offrent un espace sûr au sein duquel les participants aient le sentiment de pouvoir parler librement des difficultés auxquelles ils sont confrontés et soient encouragés à proposer des solutions.

L'évaluation

Tandis que les facteurs socioéconomiques sont évalués dans la première sous-section, les obstacles entravant l'accès aux services sont évalués au regard des quatre dimensions d'accessibilité des soins de santé, que l'OMS définit comme i) l'accessibilité de l'information, ii) l'accessibilité financière, iii) l'accessibilité physique et iv) la non-discrimination (23).

a. Facteurs socioculturels et comportementaux

La société, la culture et la religion ont une influence considérable sur la façon dont vivent les gens, dans toute leur diversité, leur capacité à gagner leur vie, leur pouvoir de décision et (indirectement) leur exposition au paludisme et leur aptitude à accéder aux services de base. Les problèmes de stigmatisation, de langue, de genre, d'âge et de statut juridique peuvent en outre exacerber ces difficultés.

Compte tenu de l'impact d'un éventail d'attitudes et de croyances locales et de modèles culturels sur le comportement des personnes et les pratiques communautaires, les déterminants socioculturels et liés au genre de la santé dans la conception des programmes sont fondamentaux afin de garantir que personne ne soit laissé pour compte lors de la conception et de la mise en œuvre des plans nationaux.

Les questions qui suivent aident à déterminer quels facteurs socioculturels, le cas échéant, augmentent le risque d'infection par le paludisme ou la vulnérabilité face à celui-ci et l'aptitude à accéder aux services de santé concernés parmi la population identifiée comme bénéficiant d'un accès et d'un recours sous-optimaux aux services de santé primaires et de lutte contre le paludisme. Les questions ci-après sont examinées lors des entretiens avec des informateurs clés et des discussions en groupes de réflexion figurant à l'annexe 3. La lecture ou la consultation complémentaire du [Cadre stratégique RBM de communication pour le changement social et comportemental face au paludisme 20018-2030](#) et [L'art de poser des questions : Domaines de recherche et approches prioritaires au service des programmes de changement social et comportemental](#) est recommandée.

LES QUESTIONS CI-APRÈS NE SONT PAS PRESCRIPTIVES, MAIS SERVENT DE RÉFÉRENCE POUR GUIDER L'ÉLABORATION D'OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>a1 Les populations identifiées comme bénéficiant d'un accès et d'un recours sous-optimaux aux services de lutte contre le paludisme et de soins de santé primaires connaissent-elles les causes du paludisme ?</p> <p>a2 Y a-t-il des disparités au sein des groupes en termes de connaissances ?</p>	<p>Plusieurs études menées en Afrique subsaharienne ont révélé un écart entre les interprétations culturelles ou populaires des causes du paludisme et les véritables raisons biomédicales.</p> <p>Ainsi, au Ghana, une étude a révélé que les communautés rurales pensent souvent que l'on peut contracter le paludisme en étant exposé à la chaleur intense du soleil ou en mangeant des fruits mûrs (24). Cela tient peut-être au fait que le pic saisonnier du paludisme coïncide avec la récolte des fruits, tandis que le lien avec les moustiques n'est pas reconnu. Ainsi, au Ghana, une étude a révélé que les communautés rurales pensent souvent que l'on peut contracter le paludisme en étant exposé à la chaleur intense du soleil ou en mangeant des fruits mûrs (24). Cela tient peut-être au fait que le pic saisonnier du paludisme coïncide avec la récolte des fruits, tandis que le lien avec les moustiques n'est pas reconnu.</p> <p>Une étude au Yémen a constaté que les hommes connaissaient mieux les causes du paludisme que les femmes, dont les connaissances à cet égard étaient plus vagues et qui associaient le paludisme aux mouches, à l'ingestion d'aliments découverts ou d'eau de mauvaise qualité, à l'allaitement et au fait de dormir dans le même lit qu'une personne infectée (25).</p>
<p>a3 Quelles croyances, perceptions ou pratiques locales ou traditionnelles influencent l'utilisation des méthodes de prévention du paludisme ?</p> <p>a4 Y a-t-il des disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation ?</p>	<p>Les traditions et les croyances peuvent nuire aux comportements de recours aux soins ou conduire au rejet de certains services ou traitements antipaludiques.</p> <p>Dans l'ouest du Kenya, curieusement, la croyance selon laquelle les moustiquaires étaient un outil de planification familiale ou pouvaient provoquer des cauchemars déterminait la décision de les utiliser ou non (26).</p> <p>Une autre étude menée à Tororo, en Ouganda, a révélé que durant les opérations de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, certains chefs de ménage refusaient que leur maison soit pulvérisée, au motif que le produit chimique utilisé est cancérigène, peut tuer les animaux domestiques et contaminer les aliments (27).</p> <p>Malgré l'augmentation des soins prénatals dans les régions endémique, la couverture du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) reste faible, à cause de la croyance que le traitement peut être associé avec des effets indésirables tels que la fatigue, fièvre, éruptions cutanées etc (28). Dans une étude au nord-est de la Tanzanie, Mubyazi et al. ont trouvé des préoccupations similaires entre les femmes de prendre SP comme IPTp ; et Mushi et al. ont décrit comment les femmes associent la prise du traitement à des difficultés pendant la grossesse, qu'ils tenaient à éviter (29).</p> <p>Diverses caractéristiques au sein des populations identifiées peuvent entraîner des disparités. Les participants à une étude menée en Ouganda qui avaient refusé la pulvérisation intradomiciliaire chez eux étaient principalement originaires de districts urbains au niveau d'éducation secondaire, voire supérieur, parmi lesquels figuraient des enseignants, des conducteurs et d'autres fonctionnaires publics (30).</p> <p>Lors d'un essai de moustiquaires imprégnées d'insecticide ayant bénéficié de marketing social en Tanzanie, les groupes ayant le moins recours à ces moustiquaires comprenaient de jeunes femmes enceintes, des primigestes et des femmes enceintes non mariées (31).</p>
<p>a5 Quelles croyances, perceptions ou pratiques locales ou traditionnelles influencent le comportement de recours aux soins ?</p>	<p>L'attribution des causes de problèmes de santé à des sources surnaturelles a été associée au recours à des traitements traditionnels plutôt qu'à la biomédecine.</p> <p>De même, des études ont montré que dans certains pays, les convulsions chez les enfants ne sont pas attribuées au paludisme et la croyance populaire veut que la médecine moderne soit incapable de les traiter et que seuls les guérisseurs traditionnels puissent les soigner. Ces guérisseurs sont par conséquent la première option de traitement choisie (32).</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>a6 Quelles croyances spécifiques empêchent les femmes d'accéder aux soins de santé primaires / au traitement antipaludique ?</p> <p>a7 Y a-t-il des disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation ?</p>	<p>Dans certains contextes en Afrique subsaharienne, par exemple, les femmes enceintes ne doivent pas manger d'aliments amers, y compris les médicaments antipaludiques, et la fièvre chez les femmes est considérée comme une manifestation surnaturelle (33).</p> <p>Selon des études menées au Kenya (34) et en Ouganda (35), notamment, les adolescentes et les femmes non mariées comptaient parmi les femmes ayant le moins souvent recours aux soins prénatals.</p>
<p>a8 Quelles croyances spécifiques empêchent les hommes d'accéder aux soins de santé primaires / aux services de traitement antipaludique ?</p> <p>a9 Y a-t-il des disparités au sein des groupes liées à des caractéristiques telles que l'âge ou le niveau de revenu et d'éducation ?</p>	<p>Dans certaines communautés, les hommes pensent que les insecticides peuvent diminuer leurs capacités sexuelles et leur fertilité (36).</p> <p>Certaines études ont examiné l'impact des normes liées au genre sur l'accès des hommes aux services de lutte contre le paludisme. Il ressort de ces études que les hommes sous-utilisent les services de santé liés au paludisme par rapport aux femmes se trouvant dans des circonstances analogues, peut-être en raison des normes sociales masculines qui veulent que les hommes soient forts et « se remettent » de leur maladie sans aide, ou parce que les hommes accordent une priorité moindre à leur santé ou n'aiment pas demander de l'aide (13).</p> <p>Une autre considération a trait à la programmation en matière de prévention et de lutte contre le VIH. De nombreux pays du sud de l'Afrique ont fait des progrès remarquables en termes d'élargissement de l'accès aux antirétroviraux, cependant le nombre de patientes est disproportionné par rapport au nombre de patients masculins. En Afrique du Sud, environ 55 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes, or plus de deux tiers des patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral dans le secteur public sont des femmes. De même, en Zambie, alors que 54 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes, 63 % des adultes entamant un traitement antirétroviral à Lusaka étaient des femmes. En 2006, ces deux pays avaient des plans stratégiques nationaux détaillés, mais aucun des deux n'identifiait l'accès des hommes comme une lacune ni n'avait de plan destiné à rectifier cette disparité (37).</p>
<p>a10 Le taux de prévalence du paludisme dans les communautés identifiées s'explique-t-il par l'exercice de certaines professions ou un contexte spécifique (par exemple, travail dans les champs ou les mines, scolarisation dans une zone à risque) ?</p>	<p>Il a été démontré qu'une mauvaise gestion de certaines pratiques agricoles, telles que l'irrigation et le drainage, contribuait à une prolifération du vecteur. Ainsi, les ouvriers agricoles sont souvent exposés à un plus grand risque de contracter la maladie.</p> <p>Selon Schicker et al. (2015) observent que, en Ethiopie, les travailleurs migrants implantés dans les plaines du Gondar Nord sont, pour la plupart, originaires des hauts-plateaux d'Amhara et des montagnes avoisinantes. Ils présentent une prévalence supérieure au taux de transmission moyen habituellement observé dans les plaines (38). Ces ouvriers agricoles saisonniers retournent dans leur région natale à la fin de la saison, facilitant ainsi la transmission de Plasmodium sur les plateaux d'Amhara, qui autrement seraient relativement épargnés (39).</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>a11 Où les populations/ groupes de personnes considérés se rendent-ils EN PREMIER pour se faire diagnostiquer et traiter ?</p> <p>a12 Où vont-ils en deuxième lieu, voire en troisième lieu, si les symptômes persistent ?</p> <p>a13 Y a-t-il des disparités au sein des groupes liées à l'âge, au sexe, au niveau de revenu et à toute autre caractéristique pertinente ?</p>	<p>La sollicitation de traitement est un processus complexe qui varie considérablement en fonction de la dynamique socioculturelle de la société et de la famille. La décision de s'adresser à une pharmacie locale, à un guérisseur traditionnel, à un établissement de santé public ou privé peut dépendre de nombreux facteurs, parmi lesquels les croyances culturelles, la perception d'inadéquation des services, ou encore l'attitude ou la discrimination de la part des prestataires de soins de santé.</p> <p>Le choix de traitement peut également dépendre de la perception des personnes concernant la gravité de leur maladie et de leurs expériences passées des services de santé. Une étude réalisée en Ouganda a montré que les jeunes parents ont du mal à accepter les conseils de membres plus âgés de la société, qui recommandent un traitement initial auprès de praticiens traditionnels plutôt que de prestataires offrant des traitements allopathiques. Ces gardiens – qui bien souvent souhaitent faire appel à l'allopathie dans un premier temps – hésitent entre leurs propres idées quant au traitement adéquat pour leur enfant et la pression socioculturelle exigeant de faire de preuve de respect et de déférence envers les membres de la génération antérieure, qui leur suggèrent des approches relevant de la médecine traditionnelle. (40)</p>
<p>a14 Quels autres facteurs comportementaux peuvent augmenter l'exposition au vecteur des populations faisant l'objet de l'évaluation ?</p>	<p>Le paludisme peut être transmis par des piqûres de moustiques durant des activités intérieures et en plein air. Le risque d'exposition à la transmission du paludisme en plein air augmente en prenant part à des activités de plein air nocturnes, notamment dans la soirée, lorsque les gens ne sont pas couverts par les interventions de base (comme les moustiquaires et la pulvérisation intradomiciliaire) et ont peut-être aussi un accès plus limité aux mesures préventives. D'autres groupes, comme les travailleurs forestiers nocturnes, les travailleurs de plantations de caoutchouc ou les migrants, sont exposés au quotidien à la transmission en plein air. De plus, les modalités de couchage peuvent également avoir une influence sur la transmission du paludisme. Dans certaines sociétés, les hommes dorment généralement en plein air, ce qui peut augmenter le risque d'exposition aux moustiques (41).</p>
<p>a15 Certaines habitudes vestimentaires augmentent-elles la vulnérabilité au paludisme et le risque de contracter la maladie ?</p> <p>a16 Y a-t-il des groupes sociaux particuliers dont les habitudes vestimentaires les rendent plus vulnérables ?</p>	<p>Une étude menée au Nigeria a montré que des normes vestimentaires différentes pour les hommes et pour les femmes donnaient lieu à des taux d'infection du paludisme nettement supérieurs chez les hommes. Les hommes qui travaillent torse nu et en short risquent davantage d'être piqués par des moustiques, tandis que les femmes qui portent des vêtements couvrant tout le corps sont bien moins exposées au risque de piqûres (42).</p>

ÉTUDE DE CAS 1 : OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME PARMI LES COMMUNAUTÉS TRIBALES MARGINALISÉES D'INDE

Dans les communautés tribales d'Inde, le comportement de recours aux soins de santé est motivé par les croyances culturelles concernant le type de praticien à consulter en matière de santé. Par exemple, Vijayakumar et al. (2009) a constaté que les populations tribales de l'est de l'Inde s'adressent en premier lieu aux guérisseurs traditionnels pour traiter les symptômes du paludisme. Par ailleurs, il ressort d'une autre étude dans le district de Gadchiroli que les populations tribales locales n'autorisent pas que toutes les pièces du domicile soient pulvérisées d'insecticide, en particulier les pièces où se trouvent des autels dédiés à des divinités, ce qui diminue l'efficacité de cette intervention. En outre, les taux d'alphabétisation sont faibles dans les populations tribales indiennes, et de nombreuses populations tribales de Gadchiroli ne parlent pas le marathi, la langue dominante de l'État. Les enfants des populations tribales abandonnent souvent l'école au bout de trois ou quatre ans, retombant pratiquement dans l'analphabétisme. De ce fait, les supports éducatifs présentés par les agents de santé communautaires (qui, de leur côté, ne parlent pas les langues tribales) ne sont pas toujours compréhensibles pour les communautés tribales (1).

ÉTUDE DE CAS 2 : OBSTACLES ENTRAVANT LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

Une étude réalisée dans le centre de l'Ouganda a examiné le comportement des adolescents en matière de recours aux soins de santé pendant la grossesse et en début de maternité afin d'éclairer l'élaboration des politiques de santé et d'améliorer l'accès aux soins de santé.

Deux thèmes principaux ont émergé, à savoir « le sentiment d'être à découvert et impuissant(e) », et « la recherche de sécurité et d'empathie ». Les catégories identifiées dans le premier thème étaient « le dilemme de devenir mère adolescente » et « le manque de pouvoir de décision ». Dans le second thème, les catégories suivantes ont été identifiées : « pratiques et croyances culturelles autour de la naissance », « attentes et expériences », « le transport, un facteur clé du recours aux soins de santé » et « faire face aux contraintes ». Les adolescentes se sentaient à découvert et impuissantes face au dilemme de la maternité précoce et du manque de pouvoir de décision. Les mères adolescentes semblaient être constamment en quête de sécurité et d'empathie. Ce faisant, elles répondaient aux pratiques et croyances culturelles autour de la naissance. Elles nourrissaient des attentes par rapport aux services de soins de santé, mais leur expérience de ces services était plutôt négative. Le transport s'avérait un facteur clé du recours aux soins de santé, et les adolescentes avaient dans une certaine mesure appris à faire face aux contraintes auxquelles elles étaient confrontées.

Nos constatations indiquent qu'elles se tournent principalement vers le secteur traditionnel car c'est le plus accessible en termes de distance, de coût et de contexte culturel. Les mères adolescentes sont démunies en termes de pouvoir de décision en raison de leur grossesse, qui les plonge souvent dans un dilemme (43).

b. Accessibilité de l'information et connaissances générales en matière de santé

L'accès à l'information sur le paludisme et aux connaissances générales des modes de transmission et de lutte contre la maladie est un facteur important pour encourager le recours aux soins de santé et lutter efficacement contre la maladie. Il est en grande partie influencé par les croyances culturelles, les valeurs et le statut socioéconomique. L'accès à l'information peut encourager les populations à se protéger et à protéger leur entourage et inciter les parties prenantes à jouer leur rôle dans la lutte contre le paludisme. Cependant, lorsque les informations sont floues ou erronées, elles peuvent mettre à mal les efforts, dramatiser les problèmes et potentiellement effrayer les populations qui se détourneront alors des services de santé. Il faut non seulement garantir l'accès aux connaissances générales en matière de santé, mais également veiller à ce qu'elles soient lisibles et compréhensibles. Celles-ci jouent un rôle crucial dans l'accès des individus/populations au système

de santé et à des soins de qualité (44). La capacité à satisfaire ce besoin permet également de veiller à ce que l'information fournie en matière de santé ou de paludisme soit adaptée aux niveaux de connaissances des individus et des populations.

L'inégalité entre les genres peut également entraîner des différences en termes d'accès à des informations et à des sources d'information de qualité.

Les questions suivantes aident à déterminer si les informations nécessaires sur le paludisme atteignent les populations concernées au sein de votre pays ou de votre communauté. Elles servent également à évaluer les connaissances générales des populations (à savoir les points qu'elles maîtrisent et ceux qu'elles maîtrisent moins), ainsi que les réponses apportées en la matière. Les programmes doivent étudier si la conception des interventions CCSC permet d'avoir un impact sur les populations mal desservies ou marginalisées identifiées.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>b1 Où les populations/ groupes identifiés (bénéficiant d'un accès et d'un recours sous-optimaux aux services de lutte contre le paludisme et de soins de santé primaires) obtiennent-ils l'information sur le paludisme ?</p>	<p>Les stratégies IEC/CCC peuvent comprendre la fourniture d'informations dans les écoles, les églises, les mosquées, sur les lieux de travail, dans les établissements de santé, les discussions au sein des communautés, à la télévision, à la radio, dans les campagnes médiatiques, par messages SMS, aux assemblées communautaires ou par communication interpersonnelle.</p> <p>Des interventions spécifiques peuvent s'avérer nécessaires pour atteindre certains groupes ne pouvant pas recevoir l'information par les filières normales. Par exemple : le recours à des groupes de femmes ou aux enseignants/écoles est une approche possible pour cibler les femmes et les enfants scolarisés (5-14 ans) au sein d'une population spécifique.</p>
<p>b2 Y a-t-il des différences lorsque les réponses sont ventilées par âge et par sexe ?</p>	<p>La capacité des populations/individus à accéder à l'information en matière de soins de santé primaire et de paludisme, mais aussi à l'exploiter est essentielle. Des études ont montré que les connaissances générales en matière de santé sont un facteur potentiellement modifiable contribuant aux inégalités de santé (44).</p>
<p>b3 Quel est le niveau de connaissances des groupes/populations identifié(es) ?</p>	<p>L'information fournie aux différentes populations doit reposer sur des faits probants. L'augmentation de la couverture, en particulier parmi les populations les plus exposées au risque, qui sont souvent les plus démunies et marginalisées, requiert des approches de communication conçues stratégiquement et adaptées au contexte local. Si les messages de lutte contre le paludisme dans un pays peuvent avoir le même contexte, d'une région à l'autre, leur conception peut varier pour tenir compte des différences linguistiques, culturelles et géographiques.</p> <p>Les messages qui trouvent un écho auprès du public en fonction de son comportement et de ses priorités culturels, interpersonnels et saisonniers ont un impact plus fort et ont plus de chances d'avoir l'effet souhaité (45).</p>
<p>b4 Les stratégies IEC/CCC sont-elles adaptées aux populations/groupes évalués sur le plan culturel ?</p>	<p>L'information fournie aux différentes populations doit reposer sur des faits probants. L'augmentation de la couverture, en particulier parmi les populations les plus exposées au risque, qui sont souvent les plus démunies et marginalisées, requiert des approches de communication conçues stratégiquement et adaptées au contexte local. Si les messages de lutte contre le paludisme dans un pays peuvent avoir le même contexte, d'une région à l'autre, leur conception peut varier pour tenir compte des différences linguistiques, culturelles et géographiques.</p> <p>Les messages qui trouvent un écho auprès du public en fonction de son comportement et de ses priorités culturels, interpersonnels et saisonniers ont un impact plus fort et ont plus de chances d'avoir l'effet souhaité (45).</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>b5 Les informations sur le paludisme sont-elles fournies dans toutes les langues parlées par les populations/groupes évalués ?</p>	<p>Dans de nombreux pays, les informations sur les services de prévention et de traitement du paludisme sont fournies dans la langue nationale, et dans une moindre mesure dans les langues utilisées au niveau infranational.</p> <p>Les outils locaux de communication et d'information en matière de paludisme doivent être adaptés à une langue pertinente pour les populations identifiées. Dans le district de Gadchiroli, par exemple, le long de la frontière sud-est de l'État de Maharashtra, en Inde centrale, le taux d'alphabétisation est faible dans les populations tribales, et de nombreuses populations tribales de Gadchiroli ne parlent pas le marathi, la langue dominante de l'État. Les enfants des populations tribales abandonnent souvent l'école au bout de trois ou quatre ans, retombant pratiquement dans l'analphabétisme. De ce fait, les supports éducatifs présentés par les agents de santé communautaires (qui, de leur côté, ne parlent pas les langues tribales) ne sont pas toujours compréhensibles pour les communautés tribales (1).</p>
<p>b6 Les stratégies IEC/CCC tiennent-elles compte des différences dans la manière dont les femmes et les hommes de différentes tranches d'âge accèdent à l'information ?</p>	<p>Le niveau d'éducation et d'alphabétisation des femmes est souvent inférieur à celui des hommes, ce qui réduit leur accès à l'information et aux documents sur les facteurs de risque du paludisme, les méthodes de prévention et les symptômes (18).</p>
<p>b7 Quels types de médias les populations/groupes évalués utilisent-ils ? Y a-t-il des différences lorsque les réponses sont ventilées par âge et par sexe ?</p>	<p>Les dispositifs technologiques (par ex. téléphones, télévision) peuvent s'avérer des modes de communication plus efficaces, atteignant un plus grand nombre de personnes en moins de temps et sur une superficie plus vaste, mais ils peuvent avoir moins d'impact que la communication en personne – comme le dialogue communautaire, les assemblées communautaires ou les méthodes de communication participative.</p> <p>Les canaux de communication, tels que les clubs et les représentations liés à la santé dans les écoles ; la radio et la télévision; les alertes sanitaires envoyées sur les téléphones portables ; les réunions communautaires de sensibilisation ; les campagnes d'installations de moustiquaires ; les commémorations ; les campagnes d'affichage et les campagnes menées dans les transports publics ; les tournées et les réunions communautaires, doivent être adaptées à chaque population et peuvent varier selon le sexe et l'âge.</p>
<p>b8 Comment les programmes s'assurent-ils que toutes les populations touchées par le paludisme reçoivent les informations nécessaires ?</p>	<p>D'autres types de médias incluent les journaux, les panneaux publicitaires, les annonces publiques, les messages à la radio, les prospectus et les supports destinés aux hommes et femmes peu alphabétisés ou analphabètes.</p> <p>Il se peut que certaines populations ne puissent pas recevoir le message approprié en matière de prévention en raison de l'absence de traductions des modes de communication traditionnels dans leur langue.</p> <p>Le manque de ressources financières, des préoccupations en matière de sécurité, les longues distances et le mauvais réseau routier pour distribuer les supports IEC peuvent empêcher d'atteindre les populations dont on sait qu'elles ont un accès et un recours sous-optimaux aux services de santé, comme les populations difficiles à atteindre, les réfugiés et les populations en zones de conflit.</p>
<p>b9 Quelles preuves sont utilisées pour déterminer si les modes de diffusion choisis permettent d'atteindre toutes les populations concernées ?</p>	<p>Lors de la mise en œuvre des stratégies de communication, il est nécessaire de collecter des données de manière régulière et de mesurer les progrès au regard des objectifs CCSC du pays en matière de paludisme. Cela doit se faire de manière systématique et continue afin de déterminer si les mesures prises mènent au changement souhaité en matière de connaissances, d'attitude et de pratiques liées à la prévention et au traitement du paludisme.</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>b10 En règle générale, les communautés participent-elles à la conception et à la mise en œuvre des campagnes de communication/mobilisation ?</p> <p>b11 Dans quelle mesure les populations à haut risque et mal desservies prennent-elles part à la conception et/ou à la mise en œuvre de ces campagnes ?</p>	<p>Inclure la communauté tout au long du processus de mise au point des supports CCC accroît leur sentiment d'appropriation et leur intérêt pour ces produits. Certains pays, comme la Zambie, veillent à faire participer les communautés à tous les stades de conception et de mise en œuvre des communications relatives au paludisme. Cela s'avère crucial car leur apport améliore la qualité des communications. Les équipes de district organisent des discussions en groupes de réflexion avec certaines populations, auprès desquelles les messages/supports sont testés, après quoi les commentaires sont recueillis et pris en compte dans le processus d'élaboration (46).</p> <p>Le recours à des agents du changement communautaires et aux dirigeants/influenceurs communautaires, ainsi que les efforts de mobilisation et d'engagement des communautés en vue d'influencer les comportements sont cruciaux. Les efforts menés au niveau communautaire s'avèrent plus efficaces pour influencer les attitudes et les pratiques au sein de la communauté (47).</p> <p>En Ouganda, en complément des stratégies CCSC en matière de paludisme, des réunions de dialogue dans les communautés ont été enregistrées puis diffusées à la radio. Ces réunions étaient menées par le comité de gestion de la santé, l'établissement de santé responsable, les dirigeants du conseil local et des hommes et des femmes de la communauté. Les réunions de dialogue communautaire ont été organisées pour permettre aux communautés de traiter des problèmes liés au paludisme en leur sein (46).</p>
<p>b12 Quel rôle les agents de santé jouent-ils dans la diffusion d'informations et de conseils sur le paludisme ?</p> <p>b13 Les agents de santé ont-ils accès à l'information et disposent-ils des outils nécessaires pour la diffuser ?</p>	<p>Recourir aux agents de santé et aux agents de santé communautaires existants, aux réseaux établis (comme les groupes de femmes) en qualité de pairs éducateurs est une manière efficace et culturellement appropriée de diffuser des informations exhaustives sur le paludisme, en particulier auprès des communautés peu alphabétisées.</p> <p>Par exemple, dans de nombreuses cliniques de soins prénatals, les agents de santé communautaires et les sages-femmes offrent des conseils sur la prévention du paludisme pendant la grossesse. Une étude de cas sur le paludisme réalisée en Éthiopie a montré que les populations évitaient de recourir aux services de santé à cause du manque de compétences et d'outils de CCSC chez les professionnels de santé (48).</p>

c. Accessibilité financière

Si le paludisme ne touche pas exclusivement les pauvres, les privations associées à la pauvreté peuvent faire augmenter le risque de contracter le paludisme (18). Le coût des services de lutte contre le paludisme et/ou la capacité et la volonté de payer pour ces services constituent un facteur déterminant du recours aux soins. Comprendre comment le coût des services interagit avec l'accès aux ressources financières et détermine ainsi quels individus

ou communautés sont prêts à payer pour des services antipaludiques spécifiques est un élément important dans la conception de programmes capables d'atteindre toutes les populations à haut risque et mal desservies.

Les questions suivantes aident à déterminer en quoi les éventuelles difficultés pour accéder aux ressources financières et le coût des services de lutte contre le paludisme entravent le recours à ces services.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>c1 Où la plupart de la population accède-t-elle aux services de santé et quels sont les coûts associés ?</p>	<p>Le coût direct des services de santé et les dépenses connexes déterminent le choix des services appropriés recherchés. Dans les régions où l'accès aux pharmacies et aux établissements de santé entraîne des coûts supplémentaires en termes de transport et de temps de déplacement, les drogueries locales, les guérisseurs traditionnels ou les praticiens non formés sont souvent les sources les plus utilisées de traitement antipaludique.</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>c2 En quoi l'accès est-il différent pour les populations identifiées dans le cadre de cette évaluation (bénéficiant d'un accès et recours sous-optimaux aux services de santé) ?</p>	<p>Même dans les sociétés où il y a des services de soins de santé primaires subventionnés, une couverture d'assurance maladie ou des services de santé gratuits, certaines populations peuvent ne pas avoir accès à ces services, notamment les réfugiés, les travailleurs immigrés et les populations déplacées.</p> <p>Dans les zones difficiles d'accès où les services de santé ont été rapprochés des populations par le recours à des agents de santé communautaires, ces services sont souvent limités aux enfants de moins de 5 ans. Cependant, dans les pays qui réussissent à infléchir significativement le paludisme et à progresser vers l'élimination, au fil du temps, la tranche d'âge à risque biologique s'étend au-delà des 5 ans à mesure que les adultes perdent leur immunité, ce qui requiert des changements de politique, notamment l'élargissement des services de santé communautaires.</p>
<p>c3 En quoi les contraintes financières affectent-elles le recours aux services de prévention du paludisme ?</p>	<p>Les contraintes financières peuvent bloquer l'accès aux services de prévention du paludisme, notamment à un traitement préventif intermittent pendant la grossesse, aux MIILD et à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent. Les pays doivent surveiller l'efficacité des antipaludiques et les niveaux de résistance aux insecticides pour permettre de passer rapidement à des antipaludiques et à des insecticides plus efficaces. Toutefois, les ressources limitées et les contraintes financières peuvent retarder la mise en œuvre des changements politiques, menant à une protection inadéquate contre le vecteur du paludisme.</p> <p>Le recours aux méthodes de prévention est associé à plusieurs facteurs économiques. Le transport vers les sites de distribution des MIILD peut empêcher l'accès à celles-ci, même si elles sont distribuées gratuitement. Le nombre de MIILD disponibles dans un ménage dépend également des ressources économiques. Une étude menée au Libéria montre une différence significative entre les quintiles inférieur et supérieur, les personnes appartenant au quintile supérieur ayant deux fois plus de probabilités de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide que celles du quintile inférieur (49), (50).</p>
<p>c4 Dans quelle mesure l'endroit où les gens obtiennent les soins de santé est-il associé à leurs revenus ?</p>	<p>Les revenus du ménage peuvent déterminer les ressources disponibles pour les soins médicaux. De plus, la mise en place de services de santé, notamment d'établissements privés, peut à son tour être déterminé par les revenus de la population et son pouvoir d'achat. Schellenberg et al. (1999) ont découvert que les enfants de moins de cinq ans en Tanzanie avaient deux fois plus de probabilités de recevoir le traitement approprié pour leur fièvre s'ils viennent d'une famille du quintile le moins pauvre que si leur famille fait partie du quintile le plus pauvre (49).</p> <p>D'autres études ont montré un lien entre le statut économique et le recours aux remèdes à base de plantes/traditionnels comme premier recours contre le paludisme au Ghana et dans la région Asie-Pacifique (52), (53).</p>
<p>c5 Dans quelle mesure le coût des soins de santé affecte-t-il la capacité des populations identifiées à accéder aux services de dépistage et de traitement ?</p>	<p>Dans bien des cas, les patients doivent payer les services antipaludiques de leur poche et les services peuvent coûter plus que le salaire journalier moyen.</p> <p>Dans les établissements de santé publics où les services de dépistage et de traitement du paludisme sont généralement subventionnés, voire gratuits, au moins pour les groupes les plus vulnérables, le coût élevé des kits de dépistage et des médicaments peut mener à des ruptures de stock, ce qui affecte les populations identifiées, qui n'ont pas forcément les moyens d'obtenir d'autres services de santé.</p> <p>Le secteur privé joue un rôle important dans la prise en charge du paludisme dans de nombreux pays à charge de morbidité élevée, à la fois dans les zones urbaines et les zones rurales isolées, mal desservies par les établissements de santé officiels. Toutefois, dans certaines régions, le traitement fondé sur le dépistage reste impopulaire dans le secteur privé. Cela tient peut-être à la réticence des clients à dépenser davantage pour les tests de diagnostic rapide, ce qui à son tour mène au traitement présomptif du paludisme.</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>c6 Y a-t-il des soins de santé gratuits ou tout autre type de couverture financière en place afin de permettre à la population d'accéder aux services essentiels gratuitement, ou à moindre coût ?</p>	<p>Afin de réduire les dépenses à la charge des patients et d'améliorer l'accès aux services de santé, certains pays ont instauré des régimes d'assurance maladie, des services de santé subventionnés et des soins de santé primaires gratuits, notamment des services de diagnostic et de traitement du paludisme.</p> <p>Cependant, à moins que les services soient gratuits, certaines populations peuvent tout de même être confrontées à des contraintes financières les empêchant d'obtenir les primes d'assurance ou les frais partagés requis.</p> <p>Par ailleurs, la manière dont les populations peuvent avoir accès à l'assurance maladie a son importance, en particulier car les femmes ont tendance à être surreprésentées dans les économies informelles. Par exemple, si l'assurance est accessible par le biais de programmes pour l'emploi, alors les femmes seront majoritairement privées de cette assurance ou dépendront d'autres membres de la famille pour accéder aux soins.</p> <p>Il est essentiel de veiller à ce que, même lorsque les pouvoirs publics offrent les services de santé gratuitement, l'accès des populations ne soit pas entravé par des frais non officiels « sous la table » imposés par les agents de santé.</p>
<p>c7 Comment les coûts indirects liés à l'accès aux services de santé affectent-ils certaines populations ou membres d'une communauté différemment ?</p>	<p>De nombreux gouvernements ont mis en place des stratégies destinées à améliorer l'accès aux soins de santé et à en réduire le coût, plus particulièrement pour les populations traditionnellement à haut risque que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, en vue de lever les obstacles financiers au sein des populations. Toutefois, les coûts indirects tels que les frais de transport, la perte de productivité ou de revenu associée à la maladie ou au décès (journées de travail perdues) peuvent continuer d'entraver l'accès aux services de prévention et de traitement du paludisme et avoir des conséquences financières catastrophiques pour les familles. Les populations dans les zones difficiles d'accès ou isolées peuvent se heurter à des coûts de transport supplémentaires ou plus élevés.</p>
<p>c8 Les coûts indirects sont-ils pris en compte dans la programmation actuelle ?</p>	<p>Une solution possible face aux coûts indirects pourrait comprendre la fourniture de bons de transport jusqu'aux établissements de santé ou de services communautaires au travers d'agents de santé communautaires.</p> <p>Les coûts associés aux jours de travail perdus, aux frais scolaires pour les jours d'école perdus pourraient également être pris en compte dans l'estimation des coûts indirects.</p> <p>Dans les contextes où les soins de santé sont fortement subventionnés mais où les coûts directs restent relativement élevés, les efforts politiques pour s'attaquer aux facteurs médicaux et non médicaux influençant ces coûts sont cruciaux.</p>
<p>c9 Comment les coûts indirects liés à l'accès aux services de santé affectent-ils certaines populations ou membres d'une communauté différemment ?</p>	<p>Bien que le traitement du paludisme soit souvent subventionné, voire gratuit, dans les établissements publics de santé, les populations vivant dans des zones difficiles d'accès (à plus de 5 km des établissements de santé et en terrain difficile) doivent assumer des coûts de transports plus élevés pour s'y rendre.</p> <p>Les fonds nécessaires en cas d'hospitalisation sont souvent empruntés auprès de proches, de voisins ou de banques de village. Dans un contexte de pauvreté préexistante, ce processus engendre des dettes considérables pour les familles (54).</p> <p>Parmi les populations actives, une absence de quelques jours du travail peut ne pas affecter les revenus mensuels, mais pour les indépendants ou les travailleurs occasionnels, l'incapacité de faire leur travail ou de surveiller leurs investissements peut mener à une perte de capital.</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>c10 Les revenus de la famille sont-ils affectés lorsque les femmes ou les hommes du ménage contractent la maladie ? De quelle manière ?</p> <p>c11 Quel membre de la famille prend soin d'une personne atteinte de paludisme ? Cela affecte-t-il ses revenus, son emploi, etc. ?</p> <p>c12 Y a-t-il des différences en fonction de l'âge, des conditions socioéconomiques du ménage et du niveau d'éducation du chef de famille ?</p>	<p>Lorsque le chef de famille (soutien financier) est malade, le ménage entier risque de s'appauvrir.</p> <p>La majorité des soins dans la famille sont assurés par les femmes : mères, tantes, grand-mères et sœurs aînées. Outre le temps perdu lorsqu'ils sont eux-mêmes malades, les soignants investissent au moins deux jours supplémentaires à chaque crise de paludisme dans leurs enfants ou jeunes frères et sœurs (55). Dans les contextes de transmission élevée, où les enfants contractent fréquemment le paludisme et les familles sont nombreuses, cela peut supposer un temps considérable.</p> <p>Ils déterminent également l'accès aux ressources matérielles, comme les terres, le crédit et la formation, et aux ressources plus éphémères telles que l'électricité. Les implications pour la vie quotidienne sont nombreuses, et incluent la division du travail, les responsabilités des membres de la famille au sein du foyer et à l'extérieur, l'éducation et les perspectives de développement professionnel, ainsi qu'une voix dans l'élaboration des politiques.</p> <p>Les femmes assument le rôle principal de prendre soin des autres membres du ménage, notamment la plus grande partie des soins de santé à obtenir pour les autres membres de la famille (56). Or, les hommes continuent de dominer les prises de décisions en matière de santé et de finances dans les ménages, ce qui risque d'affecter la réussite des interventions sanitaires comme les programmes de prévention et de lutte contre le paludisme.</p> <p>Le manque d'éducation, le faible niveau de revenu et de richesse, vivre dans des habitations mal construites et le travail dans le secteur agricole peuvent augmenter le risque d'infection à Plasmodium en Afrique subsaharienne(56).</p>

ÉTUDE DE CAS 3 : FARDEAU ÉCONOMIQUE ET CONTRAINTES FINANCIÈRES

Une étude en Colombie rurale a révélé qu'un homme malade expose le ménage entier au risque. La charge de travail des femmes augmente de manière significative car en plus de prendre soin des membres du ménage malades, elles doivent remplacer les hommes dans les activités agricoles. L'étude a constaté que 64 pour cent de toutes les tâches normalement assumées par la personne malade sont prises en main par les femmes. Celles-ci ont exprimé des inquiétudes par rapport à la perte du principal soutien financier, et au fait de devoir travailler plus dur pour gagner l'argent nécessaire pour les achats de médicaments et d'aliments. L'étude a souligné que bien que la charge de morbidité soit la plus élevée chez les hommes adultes, la charge économique indirecte de la maladie est plus lourde pour les femmes.

Les femmes interrogées ont déclaré que les soins à apporter aux enfants ou aux hommes malades supposent plus de travail pour elles. Outre l'inquiétude et la peur de la mort qu'elles ressentent, l'enfant malade doit être constamment porté et soigné. Les femmes n'aiment pas l'idée de laisser les enfants seuls pour vaquer à leurs tâches quotidiennes. Ces inquiétudes augmentent lorsqu'il n'y a pas d'argent pour acheter les médicaments. En ce qui concerne les hommes adultes, ils ont exprimé qu'en plus de l'anxiété provoquée par la perte du soutien économique, ils ont le sentiment de devoir travailler plus dur pour gagner l'argent nécessaire pour les achats de médicaments et d'aliments (2).

ÉTUDE DE CAS 4 : OBSTACLES AU TRAITEMENT RAPIDE ET EFFICACE DU PALUDISME PARMIS LA POPULATION LA PLUS DÉMUNIE AU KENYA

L'étude a été réalisée dans les zones les plus pauvres de quatre districts du Kenya où le paludisme est endémique, afin d'examiner les obstacles entravant l'accès au traitement efficace du paludisme.

Au Kenya, tous les établissements de santé publics imposent des frais aux utilisateurs. Dans le cadre d'une tentative de rendre le traitement du paludisme accessible financièrement, les pouvoirs publics kenyans fournissent des antipaludiques gratuits à tous les établissements publics de santé, lesquels, dans l'idéal, devraient être offerts gratuitement aux patients. Le traitement du paludisme est donc officiellement gratuit pour tous les Kenyans. Par ailleurs, en 2004, les frais d'enregistrement des patients atteints de paludisme ont été éliminés dans tous les établissements de soins primaires.

Cependant, les conclusions présentées dans ce document et ailleurs suggèrent que les frais de soins de santé demeurent un obstacle significatif à l'accès et que la politique de gratuité des soins n'est pas pleinement mise en œuvre pour différentes raisons, parmi lesquelles les suivantes : 1) mauvaise conception de la politique, les patients devant payer des frais de consultation avant de pouvoir voir un agent de santé ; 2) faibles revenus, en particulier dans les districts où le paludisme est la principale maladie. Exempter les patients des frais dans les districts où le paludisme est endémique a un impact prononcé sur les revenus perçus ; (3) difficultés d'identification des patients qui souffrent de conditions aux symptômes similaires à ceux du paludisme, de nombreux centres de soins primaires n'ayant pas de laboratoire ; 4) en raison des pénuries de médicaments fournis par le secteur public, les établissements devaient imposer des frais pour lever les fonds supplémentaires nécessaires pour les achats de médicaments.

Concernant l'accessibilité financière, environ 40 pour cent des personnes se soignant elles-mêmes avec des médicaments achetés en magasin et 42 pour cent des personnes se rendant dans un établissement de santé officiel ont déclaré ne pas avoir suffisamment d'argent pour leur traitement et devoir recourir à des stratégies de survie comme l'emprunt d'argent ou le traitement à crédit pour accéder aux soins. Le caractère saisonnier de la maladie et les sources de revenus, les coûts de transport et les paiements non officiels sont d'autres facteurs influençant l'accessibilité financière (3).

d. Accessibilité physique

L'éloignement des établissements de santé, le temps de déplacement, l'isolation géographique et la mobilité ou la facilité pour un client de se rendre dans un établissement de santé, à une session de proximité ou chez un prestataire communautaire sont des facteurs clés associés à l'accès aux soins. Dans les régions touchées par des problèmes de sécurité, la mobilité des membres des communautés peut être réduite, notamment celle des femmes et des jeunes

filles. Les populations marginalisées ou qui vivent dans des régions isolées sont particulièrement touchées par les obstacles physiques à l'accès aux services.

Les questions suivantes aident à déterminer quels facteurs physiques ou environnementaux, le cas échéant, augmentent la vulnérabilité au paludisme ou le risque de contracter la maladie au sein de l'unité d'analyse choisie.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>d1 Dans quelle mesure les obstacles physiques à l'accès aux soins affectent-ils les groupes de population analysés ? Y a-t-il des différences entre les hommes et les femmes ?</p> <p>d2 Y a-t-il des disparités au sein des groupes liées à l'âge, au sexe, à l'appartenance ethnique, au lieu de résidence ou à toute autre caractéristique personnelle pertinente ?</p>	<p>L'éloignement des services de santé peut avoir une incidence sur le recours aux soins, en particulier lorsque les patients doivent marcher pendant des heures ou assumer des coûts de transport élevés pour se rendre aux établissements. Les critères d'accès comprennent les heures d'ouverture et l'éloignement des établissements de santé, le mauvais état du réseau routier et les pénuries de médicaments et de personnel.</p> <p>Certains établissements de santé ont des horaires limités et sont fermés pendant le week-end. De ce fait, en dehors des heures d'ouverture, il n'y avait aucune source officielle de soins dans ces contextes. Dans certaines des régions les plus reculées, de nombreuses personnes utilisent souvent des moyens de transport public pour se rendre aux établissements de santé, ces moyens s'avérant souvent très peu fiables, et opérant de manière très limitée pendant la saison des pluies en raison du mauvais état des routes. La population n'est de ce fait pas en mesure de se rendre dans les établissements publics de santé ou arrive en dehors des heures d'ouverture.</p> <p>La mobilité limitée des femmes peut également les empêcher de se rendre aux cliniques de soins de santé primaires pour se faire dépister (18) (19).</p> <p>Les femmes enceintes peuvent avoir du mal à parcourir de longues distances à pied pour accéder aux soins, et sont confrontées à des problèmes de sécurité en cours de route.</p> <p>Cela peut également être le cas des personnes handicapées et des personnes âgées. Une étude réalisée en Papouasie-Nouvelle-Guinée a constaté que les adolescentes (10-19 ans) et les femmes (20-40 ans) avaient plus de probabilités que les hommes du même âge de parcourir de longues distances à pied pour se faire traiter dans une clinique. L'étude a estimé à 37 % le taux d'adolescents masculins infectés qui ne se présentaient pas dans les centres de soins en raison de l'éloignement. Les mêmes hommes ont indiqué qu'ils seraient disposés à se rendre à une clinique si elle se trouvait à proximité (57).</p>
<p>d3 Le recours aux soins de santé est-il affecté par des problèmes de sécurité ?</p> <p>d4 Constate-t-on une différence entre les hommes et les femmes/ les garçons et les filles ?</p>	<p>La situation sécuritaire locale ou nationale peut réduire la mobilité des populations et par là même leur accès aux services de santé. Dans les zones de conflit, l'ensemble de la population peut être concerné par des problèmes de sécurité, et de ce fait être dans l'impossibilité d'accéder aux services. Une situation sécuritaire nationale ou locale peut affecter les femmes et les hommes différemment. Les hommes peuvent craindre d'être abattus ou enlevés, tandis que les femmes peuvent en plus craindre la violence sexuelle. Cela peut avoir une incidence sur leur mobilité et donc sur leur accès aux services de santé (58).</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>d5 Y a-t-il eu récemment des problèmes de sécurité qui ont entraîné des perturbations des services au niveau communautaire ?</p>	<p>Les populations de réfugiés peuvent être stigmatisées ou confrontées à la discrimination ou la xénophobie, par exemple si elles sont perçues comme usurpant les ressources de la population locale ou comme introduisant des maladies.</p> <p>Dans les villages indiens, par exemple, de nombreuses populations tribales n'ont pas de droits fonciers officiels, et pour exprimer leur mécontentement vis-à-vis des politiques gouvernementales actuelles sur ces questions, on rapporte qu'elles attaquent les travailleurs et l'infrastructure publics. La violence envers les agents de santé est une menace réelle et constante dans ces régions rurales, qui sont dès lors des destinations impopulaires auprès des fonctionnaires, notamment les agents de santé (1).</p>
<p>d6 La structure d'hébergement des populations identifiées est-elle un facteur de risque de charge de morbidité accrue ?</p>	<p>Les conditions de vie des pauvres se caractérisent souvent par un logement inadéquat et surpeuplé, ou des maisons construites à la hâte.</p> <p>Plusieurs études ont identifié des caractéristiques particulières des ménages comme étant des facteurs de risque de charge de morbidité accrue du paludisme. Un plus grand nombre d'ouvertures dans les maisons, telles que des fenêtres et des toitures ouvertes, a été associé à une augmentation des moustiques pénétrant dans la maison et à une plus grande prévalence du parasite. Les matériaux de construction de mauvaise qualité ont également été associés à une pénétration accrue de moustiques, à une plus grande incidence du paludisme et à une prévalence accrue du parasite (59-62).</p> <p>Certaines données semblent indiquer que le surpeuplement pourrait augmenter le risque de paludisme, car les moustiques sont attirés par la concentration élevée de dioxyde de carbone et d'autres substances chimiques présents dans les maisons surpeuplées. En outre, l'espace de vie des familles n'est pas toujours suffisamment séparé des animaux domestiques.</p>
<p>d7 Les stratégies d'élimination des obstacles physiques sont-elles prises en compte dans la programmation actuelle ?</p>	<p>Pour les populations identifiées, déterminez si le pays a pris des mesures ou des initiatives pour s'attaquer aux obstacles physiques, telles que l'introduction d'unités mobiles de dépistage et de traitement, d'agents de santé se rendant dans les communautés, de bons pour aider les populations les plus reculées à se rendre aux établissements de santé, etc.</p> <p>En Inde, par exemple, suite à une évaluation des obstacles dans les zones reculées où le paludisme est endémique, le diagnostic et le traitement du paludisme prennent souvent du retard, et pendant la saison des pluies, lorsque l'incidence du paludisme est élevée, de nombreux villages sont isolés en raison des inondations, et les agents de santé communautaires ne peuvent pas y accéder, il a été recommandé qu'un agent de santé qui réside dans le village, par exemple un militant accrédité en santé sociale (ASHA), puisse assurer sur place le diagnostic et le traitement du paludisme afin de réduire les retards.</p>

e. Fourniture de services sans discrimination

Bénéficier de la plus haute qualité de soins est essentiel pour préserver la bonne santé des populations. La qualité des soins peut être évaluée en déterminant si les services fournis sont médicalement appropriés et conformes aux prescriptions des instances normatives, telles que l'OMS, ou en étudiant la qualité des rendez-vous entre les prestataires et les patients. Cette évaluation peut prendre en compte l'aspect purement technique des soins, comme l'adéquation des services fournis, et les

compétences techniques mobilisées pour fournir ce service. Il est tout aussi important que ces établissements proposent des horaires d'ouverture pratiques et de faibles temps d'attente. Les clients préfèrent en outre les attitudes positives de la part des prestataires, notamment l'amabilité et l'absence de discrimination.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>e1 Quelle expérience les populations/groupes évalués ont-ils des soins de santé officiels et en quoi cela influence-t-il leur recours aux soins de santé ?</p> <p>e2 Y a-t-il des différences en fonction des caractéristiques personnelles (âge, sexe, genre, éducation, état civil, appartenance ethnique ou religieuse) ?</p>	<p>Le recours aux soins de santé est souvent lié à la perception de l'attitude des prestataires, notamment selon qu'ils sont aimables, polis, apportent du réconfort et font preuve d'empathie.</p> <p>Au Kenya, les obstacles identifiés en matière de disponibilité étaient liés aux heures d'ouverture des établissements, à l'organisation des services de santé, aux pénuries de médicaments et de personnel. En ce qui concerne l'acceptabilité, les principaux facteurs interdépendants identifiés étaient la relation prestataire/patient, les attentes des patients, les croyances relatives aux causes de la maladie, l'efficacité perçue du traitement, la méfiance par rapport à la qualité des soins et la faible observance des schémas thérapeutiques (3).</p> <p>La distribution des ressources dans une région rurale d'Ouganda était à l'origine de retards de diagnostic et de traitement. Les répondants ont décrit des cas, à la fois à des établissements privés et publics, d'absence de prestataires de soins de santé, de ruptures de stock ou de péremption de médicaments essentiels, de non réalisation de tests de dépistage et de produits de transfusion sanguine non disponibles pour traiter des cas d'anémie grave liée au paludisme (63).</p> <p>Les femmes peuvent être réticentes à obtenir des soins de santé auprès de prestataires masculins (64). Les groupes ethniques marginalisés, les réfugiés ou les migrants peuvent également craindre de faire l'objet de discrimination dans les établissements de santé.</p> <p>Les adolescentes enceintes peuvent également décider de ne pas se rendre aux soins prénatals par crainte de discrimination et stigmatisation. Les entretiens avec des informateurs clés et les discussions en groupes de réflexion ont révélé que les agents de santé étaient impolis et antipathiques à l'égard des adolescentes enceintes. Cela contribuait de manière significative au report du recours aux soins par les adolescentes lorsqu'elles étaient malades (11).</p>
<p>e3 Comment les populations/groupes de personnes évalués perçoivent-ils la qualité des services ?</p> <p>e4 Quelle incidence cela a-t-il sur leur recours aux soins de santé ?</p>	<p>Les mauvaises conditions physiques (pas de toilettes séparées pour les hommes et les femmes, manque d'intimité et de confidentialité, services non adaptés aux facteurs culturels et aux adolescents) et le mauvais accueil réservé aux enfants ou aux conjoints par les prestataires peuvent avoir une incidence sur le recours aux services au niveau des établissements. Les caractéristiques des prestataires et des patients, les attentes, les croyances et les perceptions ont été identifiées comme des facteurs clés influençant l'acceptabilité des services de santé officiels (3).</p> <p>Dans le cadre d'une étude menée au Kenya, dans le district de Bondo, des clients d'un certain âge ont indiqué avoir du mal à accepter d'être traités par des prestataires jeunes, les associant à une formation inadéquate et à des soins de mauvaise qualité, notamment un manque de respect (3).</p> <p>Les ruptures de stock et les produits de contrefaçon peuvent amener les prestataires à administrer des traitements périmés ou inappropriés. Les ruptures de stock fréquentes dans le secteur public peuvent mener à des résultats plus médiocres et moins équitables pour les patients qui ne peuvent pas acheter leurs médicaments dans le secteur privé (65).</p>
<p>e5 Les populations/groupes de personnes évalués sont-ils confrontés à la discrimination lorsqu'ils ont recours aux services de santé ? Quel type de discrimination ? Quelles différences y a-t-il en fonction des caractéristiques personnelles (âge, sexe, genre, éducation, lieu de résidence, état civil, appartenance ethnique ou religieuse) ?</p>	<p>Les hommes et les femmes qui sont mal informés, pauvres, analphabètes, appartiennent à un groupe ethnique donné, trop jeunes ou trop âgés, ou qui ne se conforment pas aux normes sociales ou de genre peuvent trouver le recours aux services de santé intimidant.</p> <p>Dans de nombreux contextes, les femmes ont plus de chances de se sentir intimidées que les hommes en raison de facteurs aggravants liés aux normes de genre.</p> <p>Les populations non locales (visiteurs/voyageurs, migrants, réfugiés, déplacés internes) et les groupes ethniques minoritaires peuvent se heurter à des obstacles s'ils ne parlent pas les langues officielles ou locales de la région.</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>e6 À l'échelle du système de santé, quelle est la disponibilité des services de prévention et de traitement du paludisme dispensés à la population ou à un groupe d'individus ? Est-ce suffisant ? Le matériel de laboratoire permet-il le dépistage du paludisme et les traitements antipaludiques sont-ils adaptés ?</p> <p>Les prestataires de soins de santé ont-ils accès aux protocoles, directives et manuels relatifs au diagnostic et au traitement du paludisme et les utilisent-ils ?</p>	<p>Les services de santé primaire dans les milieux défavorisés ne disposent pas de ressources suffisantes pour offrir les services standard, dont le diagnostic, le traitement et le suivi du paludisme. Cela pourrait affecter la capacité des populations/groupes à accéder à des services efficaces et à les utiliser.</p> <p>Une enquête menée dans les zones rurales du Malawi a mis en évidence des goulots d'étranglement susceptibles de nuire à la qualité et à l'efficacité du traitement du paludisme, notamment les ruptures de stock de traitements antipaludiques. Un établissement a signalé une rupture de stock totale qui a duré trois mois (66).</p> <p>Malgré le déploiement d'agents de santé communautaires au Malawi pour assurer des soins préventifs et une prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire dans les zones mal desservies, les agents ont dit recevoir des kits incomplets, ne comprenant ni tests de diagnostic rapide ni certains traitements antipaludiques (artéméthér-luméfantrine). Les agents ont signalé des ruptures de stock dans toutes les provinces, plus fréquentes durant la saison des pluies (67).</p>
<p>e7 Les services apportés à la population sont-ils assurés par un nombre suffisant de professionnels qualifiés ?</p>	<p>Les pays en développement comme les pays développés signalent généralement une plus forte présence des professionnels de santé en milieu urbain, dans les zones les plus riches. Les zones urbaines attirent davantage les agents de santé grâce à leurs avantages comparatifs sociaux, culturels et professionnels. Ce sont les zones les plus reculées et les plus mal desservies qui sont les plus susceptibles de manquer de personnel médical.</p> <p>De plus, la mobilité des agents de santé entre secteur public, secteur privé à but lucratif ou secteur privé à but non lucratif, peut générer des inégalités affectant les populations concernées et ainsi, affaiblir les systèmes de santé, provoquant des pénuries dans certains secteurs. La situation peut même empirer au lendemain d'un conflit, lorsque les populations se concentrent dans les zones rurales et qu'il est particulièrement difficile d'attirer ou de fidéliser du personnel de santé (68).</p> <p>La concentration des agents de santé dans des zones perçues comme plus sûres ou offrant de meilleures perspectives, au détriment des zones isolées et touchées par les conflits, est un problème répandu. Néanmoins, le redéploiement d'agents de santé dans ces zones peut être directement entravé par la destruction des établissements de santé et des logements nécessaires au personnel durant le conflit. Les ONG et les organismes d'aide peuvent également contribuer à la concentration du personnel dans des zones plus sûres. Pour des raisons de commodité opérationnelle et de sécurité, les ONG en Afghanistan et au Soudan du Sud recrutaient généralement du personnel local pour travailler dans des établissements de santé à proximité de frontières sûres (68).</p>
<p>e8 Les agents de santé sont-ils formés à la gestion du paludisme et suivent-ils les protocoles/recommandations nationales en la matière ?</p> <p>Des audits cliniques sont-ils effectués pour évaluer la qualité des laboratoires et des traitements fournis ?</p>	<p>Dans les zones rurales du Malawi, une étude menée dans des établissements de santé a révélé que 2 % des enfants recevaient une dose insuffisante d'artéméthér-luméfantrine et que 22 % des enfants recevaient un surdosage du traitement par rapport à leurs poids (66).</p> <p>Le diagnostic rapide et le traitement efficace du paludisme aigu pendant la grossesse sont essentiels – le paludisme durant la grossesse menace la mère et le fœtus. Toutefois, une étude menée au Kenya a mis en évidence que les professionnels de santé manquent de connaissances et de pratique pour poser ce diagnostic spécifique, et ne disposent que de faibles capacités de diagnostic pour le paludisme (69).</p>

f. Prestation de services de santé sans discrimination

Outre les normes et les rôles de genre qui influencent l'accès aux soins de santé, les discriminations sexistes et le manque de considération des spécificités femmes-hommes dans les établissements de santé constituent également d'importants facteurs dissuasifs et prédictifs de la demande de soins chez les hommes et les femmes. Comme mentionné précédemment, lorsque les individus se sentent intimidés ou discriminés ou qu'ils souffrent d'un manque de reconnaissance, la demande de soins est négativement affectée.

Les discriminations et l'intimidation (y compris la violence lors des soins) sont souvent liées à de multiples facteurs, notamment l'origine géographique, l'âge, la religion, l'appartenance ethnique, la langue, ainsi que l'orientation, l'identité et l'expression sexuelles. La question est encore plus grave si vous prenez en compte la dimension du genre. De nombreuses raisons expliquent les discriminations émanant des professionnels de santé et leurs répercussions négatives sur les résultats en matière de santé, notamment leurs propres perceptions et principes, ainsi que leur âge, leur religion, leur appartenance ethnique, leur langue et leur sexe.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>f1 Le sexe des agents de santé a-t-il un impact sur la perception ou l'acceptabilité des soins de santé par les populations/groupes évalué(e)s ?</p>	<p>Bien souvent, les individus préfèrent être vus par des professionnels du même sexe.</p>
<p>f2 Quelles sont les différences en fonction du sexe et de l'âge ?</p>	<p>Dans certains cas, la religion interdit à une femme mariée d'être vue par un agent de santé masculin.</p>
<p>f3 Dans l'ensemble, les établissements de santé sont-ils en mesure de répondre aux préférences des patients en la matière ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>Les adolescentes enceintes sont souvent moins susceptibles de solliciter une prise en charge prénatale en raison de plusieurs facteurs liés à la stigmatisation et à l'attitude négative des agents de santé (35) (70).</p>
<p>f4 Dans quelle mesure la demande de soins est-elle affectée chez les hommes et les femmes de différentes tranches d'âge ?</p>	<p>Au Népal, par exemple, les soins élémentaires de santé maternelle et infantile, notamment les services de planification familiale, étaient assurés par des responsables de santé communautaires regroupant des bénévoles des deux sexes. Cependant, les volontaires hommes étaient difficilement acceptés par les patientes. C'est pourquoi ils ont été remplacés par des femmes, mariées et mères de famille, chargées d'assurer les services de santé maternelle au sein de la communauté (71).</p>
<p>f5 Y a-t-il suffisamment d'agents de santé communautaires, de sages-femmes, d'infirmières et de médecins de sexe féminin pour s'occuper des femmes (ou des hommes) qui préfèrent être suivi(e)s par une femme ?</p>	
<p>f6 Le sexe des agents de santé affecte-t-il leur capacité à interagir avec la population (par exemple, dans certains contextes, si la femme est seule à la maison, les agents de santé masculins ne peuvent pas effectuer de visites à domicile pour sensibiliser à la prévention du paludisme) ?</p>	<p>La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) est l'administration intermittente de protocoles thérapeutiques complets de traitements antipaludiques à intervalles mensuels durant le pic de la saison de transmission du paludisme dans les régions d'Afrique subsaharienne où le paludisme est très présent. La CPS est une intervention planifiée. Pour assurer une disponibilité rapide aux points de distribution au début de la saison de transmission, les traitements de CPS doivent arriver dans le pays bien avant la saison des pluies. L'imprécision des recensements de population et des définitions des groupes d'âge cibles risquent de conduire à des estimations inexactes du nombre de cas ciblés.</p>
<p>f7 Si la prévention du paludisme est assurée principalement grâce à des interventions ciblées, comment les programmes garantissent-ils que toutes les populations à risque aient accès à ces services ?</p>	

Processus clés

- ▶ Adaptez les questions de référence ci-dessus aux outils de collecte de données appropriés pour chaque répondant/groupe de répondants, c'est-à-dire entretiens avec des informateurs clés, discussions en groupes de réflexion avec des membres de communautés, enquêtes individuelles guidées par l'exemple de questionnaire de discussion en groupe de réflexion / entretien avec des informateurs clés figurant en annexe.
 - ▶ Testez préalablement l'outil de collecte de données afin de vérifier que les questionnaires peuvent être appliqués dans un délai acceptable.
 - ▶ Vérifiez les sensibilités possibles au regard de termes/expressions pouvant déranger le répondant.
 - ▶ Vérifiez les sensibilités possibles au regard de la participation des répondants (puisque'il y a aussi bien des hommes que des femmes) à l'évaluation.
 - ▶ Veillez à ce que les formulaires de consentement soient signés et à ce que la confidentialité de l'information soit préservée.
- ▶ Utilisez des phrases qui poussent les répondants à réfléchir à la manière dont leurs commentaires sur les services ou les obstacles peuvent influencer l'élaboration des politiques.
 - ▶ Veillez à ce que les formulaires de consentement soient signés et à ce que la confidentialité de l'information soit préservée.
 - ▶ Envisagez d'organiser des discussions en groupes de réflexion composés uniquement de femmes, d'autres composés uniquement d'adolescentes, d'autres encore réservés aux hommes et enfin des discussions en groupes de réflexion pour les adolescents, plutôt que des groupes mixtes hommes-femmes ou filles-garçons, pour garantir une pleine participation et une totale liberté d'expression.
 - ▶ Veillez à offrir un environnement d'écoute active, sans jugement et de respect mutuel et de confidentialité pour chaque groupe de réflexion, pour que les participants se sentent à l'aise et s'expriment librement.

MODULE 3 :**Identification des inégalités au sein des ménages**

Les normes et préjugés liés au genre et à l'âge peuvent avoir une incidence sur l'accès aux services de santé et antipaludiques au sein des ménages et de la société. Les rapports de force peuvent influencer le recours aux soins et l'utilisation des outils de prévention. Alors que les données ventilées par âge et par sexe sont limitées dans les systèmes d'information pour la gestion de la santé (et que la pertinence des données ventilées par sexe au niveau des établissements de santé dans les contextes de charge de morbidité modérée et élevée est discutable), les enquêtes sur la population fournissent des données ventilées par genre pour de nombreux indicateurs du paludisme et de santé. Ces informations peuvent aider à comprendre les différences potentiellement révélatrices au niveau de l'accès aux services de soins de santé et de lutte contre le paludisme, qu'il y aurait lieu d'étudier de plus près.

Ce module cherche donc à guider les utilisateurs dans la collecte de données qualitatives au sein des ménages, de manière à éclairer les principaux domaines dans lesquels il est nécessaire d'adopter des démarches adaptées au genre et/ou à l'âge. L'évaluation est divisée entre les aspects suivants : normes globales en termes de genre et d'âge, pouvoir de décision au sein des ménages ayant une incidence sur le recours aux soins de santé, division du travail en fonction du genre et de l'âge et qualité des services fournis.

Objectif spécifique

Collecte de données qualitatives au sein des ménages en vue d'éclairer les principaux domaines dans lesquels il est nécessaire d'adopter des démarches adaptées au genre et/ou à l'âge.

La méthodologie choisie pour ce module est conforme aux recommandations susmentionnées dans le module 2 et pourrait inclure des discussions thématiques de groupe et des entretiens avec les informateurs clés.

L'évaluation**g. Pouvoir de décision au sein des ménages ayant une incidence sur la prévention du paludisme**

L'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide a augmenté de manière substantielle ces dernières années, toutefois la possession et l'utilisation restent loin d'atteindre les 100 % dans de nombreuses régions où le paludisme est endémique. Comprendre la prise de décision en matière d'attribution des moustiquaires au sein des ménages ne disposant pas d'un nombre suffisant de celles-ci en fonction des normes liées au genre et à l'âge et de la dynamique de famille est essentiel pour veiller à la protection des plus vulnérables. Le rapport 2018 sur le paludisme dans le monde indique que la couverture des autres méthodes de prévention, notamment de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent et du traitement préventif intermittent pendant la grossesse, reste faible. Sur les 33 pays africains ayant notifié les niveaux de couverture du traitement préventif intermittent pendant la grossesse en 2017, 22 pour cent seulement des femmes enceintes admissibles sont estimées avoir reçu les trois doses recommandées ou davantage malgré une couverture de soins prénatals élevée (19). L'étude de l'influence des normes de genre sur l'acceptabilité et l'utilisation de ces services de prévention peut fournir des pistes sur la façon d'augmenter le recours aux services.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>g1 Dans quelle mesure le pouvoir de décision au sein des ménages influence-t-il l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ? Qui décide quels membres du ménage dorment sous une moustiquaire ?</p> <p>g2 Y a-t-il une différence lorsque le chef de famille est une femme, et le cas échéant, en quoi consiste cette différence ?</p> <p>g3 L'éducation et l'alphabétisation du chef de famille sont-elles des facteurs prédictifs de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ?</p> <p>g4 L'éducation et l'alphabétisation de la femme (qu'elle soit ou non chef de famille) sont-elles des facteurs prédictifs de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ?</p> <p>g5 Le rôle et le statut de la femme au sein du ménage sont-ils prédictifs de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides ?</p>	<p>Bien qu'il ressorte de plusieurs études que les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans reçoivent la priorité, il est essentiel de vérifier si c'est bien le cas dans votre pays, des exceptions ayant été signalées à cet égard.</p> <p>L'acceptabilité et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide sont étroitement liées aux modalités de couchage acceptées sur le plan culturel, dans lesquelles le genre et l'âge jouent un rôle important.</p> <p>Dans certains cas, les jeunes enfants dorment avec leur mère, et sont donc protégés par sa moustiquaire, si elle en a une (72).</p> <p>Une méta-analyse d'enquêtes sur la population en Afrique subsaharienne a révélé que dans les ménages qui ne disposent pas d'un nombre suffisant de moustiquaires imprégnées d'insecticide, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans reçoivent une moustiquaire en priorité (39). En outre, les enfants âgés de 5 à 14 ans et les hommes adultes ont le moins de probabilité de dormir sous une moustiquaire (73).</p> <p>Dans certaines régions de certains pays, le genre du soignant peut être lié à l'utilisation des moustiquaires, comme on l'observe au Nigeria, où le sexe du soignant (femme) et l'éducation d'une mère augmentent de manière significative l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (74).</p> <p>L'âge du soignant s'avère également étroitement lié à l'utilisation de moustiquaires dans certains contextes (74) (75).</p>
<p>g6 Y a-t-il des interactions entre le genre, l'âge et l'efficacité et l'acceptabilité de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent ?</p>	<p>En tant que principales soignantes au sein du ménage, les femmes sont les premiers membres du ménage que rencontre le personnel de lutte antivectorielle comme les équipes chargées de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide. Cependant, les normes culturelles et les précautions de sécurité peuvent interdire aux femmes de laisser un homme inconnu pénétrer dans le domicile (58). Cela peut entraver les programmes de lutte antivectorielle, qui risquent ainsi de sauter certaines maisons, voire des communautés entières, pendant la mise en œuvre du programme (59).</p> <p>Des efforts menés dans le cadre du projet AIRS de PMI en vue d'augmenter le nombre de femmes menant les opérations de pulvérisation ont permis d'embaucher des femmes à cet effet, mais aucun impact n'a été constaté sur l'acceptabilité et les taux de refus. Dans quelques cas, on a même constaté une légère augmentation du nombre de refus lorsqu'il y avait des femmes parmi les agents de pulvérisation (76).</p> <p>L'âge s'est avéré avoir un impact indirect sur l'acceptabilité de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent au Mozambique, où les dirigeants communautaires ont remarqué que lorsque les jeunes membres de la communauté n'étaient pas sélectionnés comme agents de pulvérisation, ces mêmes personnes lançaient des rumeurs sur la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, encourageant les résidents à refuser la campagne (77).</p>

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>g7 Le recours des femmes aux soins prénatals est-il influencé par des questions spécifiquement liées au genre ?</p>	<p>Les motifs liés au genre expliquant le faible accès au traitement préventif intermittent pendant la grossesse peuvent comprendre le manque de ressources financières des femmes, les retards liés à la permission qu'elles doivent obtenir de leur mari pour se rendre aux consultations prénatales, au fardeau de leurs responsabilités au sein du ménage et à la présence obligatoire d'un homme aux consultations prénatales – une politique conçue pour encourager la participation des hommes – dont le résultat est que les femmes perdent du temps à essayer de convaincre leur partenaire de les accompagner et se rendent plus tard à leurs consultations prénatales (78).</p>
<p>g8 Y a-t-il des différences en fonction de l'âge et du niveau d'éducation ?</p>	<p>Les femmes issues d'un contexte de migration peuvent être confrontées à des inégalités accrues dans les services de santé en raison de facteurs culturels, par exemple si une réfugiée enceinte pratiquant la religion X, qui exige qu'elle soit vue par une femme médecin ou infirmière, se trouve dans un pays où cette question ne se pose pas, et où les établissements de santé ont principalement des agents de santé masculins.</p>
<p>g9 Le recours au traitement préventif intermittent pendant la grossesse et à la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans respectivement sont-ils influencés par des questions liées au genre ?</p>	<p>Les adolescentes se heurtent à des obstacles plus importants lorsqu'elles accèdent aux services prénatals, car elles tentent de cacher leur grossesse le plus longtemps possible pour éviter la stigmatisation et la discrimination par les agents de santé, leur famille et l'ensemble de la communauté. Les adolescentes enceintes ne bénéficient pas toujours, durant les consultations prénatales, de la coopération des infirmières, qui les sermonnent et veulent éventuellement qu'elles soient accompagnées de leur mère, de leur belle-mère, etc. D'autres obstacles comprennent les heures d'ouverture défavorables des établissements de santé, l'attitude et le comportement négatif de femmes enceintes plus âgées, ou encore le manque de confidentialité et d'intimité (79).</p>
<p>g10 Y a-t-il des différences en fonction de l'âge et du niveau d'éducation de la mère ?</p>	<p>Selon le pouvoir de décision au sein des ménages, une mère peut être autorisée ou non à emmener son nourrisson recevoir un traitement préventif intermittent ou à accepter la chimioprévention du paludisme saisonnier (que celle-ci soit proposée au porte à porte ou dans des points de distribution).</p>

h. Incidence du pouvoir de décision au sein des ménages sur le traitement

L'incidence du pouvoir de décision au sein des ménages sur le recours aux soins de santé peut être liée au contrôle des ressources financières et à d'autres normes de genre qui réduisent souvent la capacité des femmes à obtenir

des soins. Lors de l'examen de la dynamique au sein du ménage, il est important d'évaluer les différents schémas selon que le chef de famille est un homme ou une femme, ou encore une femme célibataire, dans la même région, ainsi que d'autres caractéristiques telles que le niveau d'éducation, le niveau de revenu et d'autres caractéristiques susceptibles de mener à des normes de genre nuisibles.

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
h1 En quoi l'accès aux ressources et leur contrôle au sein du ménage ont-ils une incidence sur l'accès aux soins de santé ?	Ce sont souvent les hommes qui détiennent le pouvoir de décision sur les finances et qui les contrôlent. Les femmes peuvent dès lors se voir obligées d'obtenir des services sous-optimaux ou de retarder le traitement, voire ne pas l'obtenir du tout si elles n'ont pas les ressources nécessaires.
h2 Qui, au sein du ménage, décide du moment auquel recourir aux soins ?	Une étude au Ghana a révélé que les femmes qui manquaient de soutien économique de la part de leurs proches de sexe masculin, ou qui étaient en désaccord avec leur mari ou les aînés de la famille sur le traitement approprié, rencontraient des difficultés pour faire soigner leurs enfants atteints de paludisme. Ces femmes assumaient en outre la plus grosse partie du coût du traitement, disproportionnée par rapport à leur accès aux ressources (80).
h3 Qui décide du lieu auquel recourir aux soins ? Le cas échéant, en quoi cela change-t-il en fonction du membre de la famille qui est malade (un enfant, la femme, le mari, un grand-parent) ?	En raison de leur accès souvent limité aux ressources nécessaires pour financer les soins, les femmes sont plus susceptibles de se tourner davantage vers des guérisseurs traditionnels ou de retarder le recours aux services.
h4 Dans quelle mesure les femmes participent-elles aux décisions liées à la santé ou prennent-elles seules ces décisions concernant les enfants ?	
h5 Y a-t-il des différences selon les tranches d'âge ou le niveau d'éducation ?	

i. Division du travail entre les sexes

De nombreuses études sur le paludisme et le genre ont mis en évidence le lien entre les rôles dévolus à chaque sexe au sein des ménages et les métiers et la vulnérabilité au paludisme. Les rôles et métiers traditionnellement dévolus aux différents sexes peuvent exposer les femmes et les hommes à un risque accru de contracter le paludisme. Par exemple, les hommes qui travaillent

dans les champs au crépuscule ou les femmes qui vont chercher de l'eau tôt le matin peuvent être exposés aux heures de plus grande activité des moustiques (81). *Remarque : les questions ci-dessous doivent être adaptées au contexte entomologique concerné, c'est-à-dire que les activités citées ci-après peuvent augmenter ou non ou réduire ou non le risque de contracter le paludisme en fonction du comportement local du vecteur.*

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
i1 Quelles activités spécifiques menées par les femmes et les filles, y compris leurs responsabilités familiales, communautaires et professionnelles, influent sur leur vulnérabilité au paludisme et leur risque de contracter la maladie ?	Les tâches ménagères des femmes peuvent augmenter leur exposition au vecteur du paludisme, surtout quand ces tâches sont-elles exécutées en plein air à cause du manque d'structure physique domiciliaire (82).
i2 Quelles activités spécifiques menées par les hommes et les garçons, y compris leurs responsabilités familiales, communautaires et professionnelles, influent sur leur vulnérabilité au paludisme et leur risque de contracter la maladie ?	Dans certaines sociétés pastorales, les garçons et les jeunes hommes quittent leurs maisons pour suivre leurs moyens de subsistance. Celles-ci les garçons et les jeunes hommes ont très peu de protection, voire aucune contre les vecteurs du paludisme et sont souvent loin de installations de traitement devraient-ils tomber malade. Les hommes provenant de régions de basse endémicité peuvent également migrer vers des zones de haut endémicité pour le travail, ce que les exposant à un risque plus important de développer un maladie sévère (22).
i3 Les rôles définis dans l'exploitation agricole augmentent-ils la vulnérabilité au paludisme ou le risque de contracter la maladie différemment pour les hommes, les femmes, les filles et les garçons ? Le cas échéant, en quoi consiste cette différence ?	

QUESTION	CONSIDÉRATIONS
<p>i4 Y a-t-il une différence en termes de charge de travail qui empêche les hommes ou les femmes de recourir aux soins de santé ?</p>	<p>Il se peut que les femmes n'aient pas recours aux services de santé en raison de la charge de travail liée à leurs responsabilités de garde des enfants, de cuisine et d'autres tâches familiales. Il semblerait qu'elles retardent le recours aux traitements modernes jusqu'à ce que leurs symptômes ne puissent plus être ignorés. De ce fait, elles mettent plus longtemps à guérir et reprennent souvent le travail avant d'être totalement remises (83).</p> <p>Dans certains contextes, lorsque les hommes sont malades, d'autres les encouragent à se faire soigner, et ils sont donc diagnostiqués et traités correctement plus tôt que les femmes. Ils reçoivent en outre plus de soins de la part de leur épouse et d'autres, et on n'exige pas d'eux qu'ils reprennent le travail avant d'être remis. Les femmes remplacent souvent leur mari dans les tâches agricoles lorsque ceux-ci sont malades, alors que les maris remplacent rarement leur femme, et seules les tâches essentielles sont prises en charge par d'autres membres de la famille (83).</p> <p>Il peut également arriver que les hommes n'aient pas recours aux services de santé en raison de la perte de revenu que cela suppose ou du désir de se montrer forts et virils dans les régions où, sur le plan culturel, la maladie est un signe de faiblesse (84).</p>

Processus clés

- ▶ Au moyen des questions de référence ci-dessus, élaborer des outils de collecte de données – guide d'entretien avec des informateurs clés et questionnaires pour les discussions en groupes de réflexion à partir des exemples figurant dans les annexes.
- ▶ Testez préalablement les outils de collecte de données afin de vérifier que les questionnaires peuvent être appliqués dans un délai acceptable.
- ▶ Vérifiez les sensibilités possibles au regard de termes/expressions pouvant déranger le répondant.
- ▶ Vérifiez les sensibilités possibles au regard de la participation des répondants (puisque'il y a aussi bien des hommes que des femmes) à l'évaluation.
- ▶ Utilisez des phrases qui poussent les répondants à réfléchir à la manière dont leurs commentaires sur les services ou les obstacles peuvent influencer l'élaboration des politiques.
- ▶ Veillez à ce que les formulaires de consentement soient signés et à ce que la confidentialité de l'information soit préservée.
- ▶ Envisagez d'organiser des discussions en groupes de réflexion composés uniquement de femmes, d'autres composés uniquement d'adolescentes, d'autres encore réservés aux hommes et enfin des discussions en groupes de réflexion pour les adolescents, plutôt que des groupes mixtes hommes-femmes ou filles-garçons, pour garantir une pleine participation et une totale liberté d'expression.
- ▶ Veillez à offrir un environnement d'écoute active, sans jugement et de respect mutuel et de confidentialité pour que chaque participant au groupe de réflexion se sente à l'aise et s'exprime librement.

MODULE 4 :**Analyse et validation des données et recommandations de mesures à prendre**

Lorsque l'outil Matchbox est utilisé, tel que recommandé, dans le cadre d'une stratégie HBHI, d'un examen de programme de lutte contre le paludisme ou d'un examen à mi-parcours, les données seront analysées selon les processus recommandés. Par exemple, lors de l'examen d'un programme de lutte contre le paludisme, les données seront analysées après les visites de terrain, conformément au guide pratique de l'OMS en la matière (<https://www.afro.who.int/publications/practical-manual-malaria-programme-review-and-malaria-strategic-plan-midterm-review>).

Dans ce cas, l'étude documentaire s'articule autour de quatre analyses stratégiques : l'analyse de l'impact épidémiologique et entomologique du programme ; l'analyse du financement du programme ; l'analyse de la « capacité à mettre en œuvre » du programme ; et l'analyse de la réalisation des objectifs du programme. Intégrer la *Malaria Matchbox* ajouterait une cinquième composante analytique (volet de travail 5) sur l'équité.

Il est recommandé que l'analyse des données ne soit pas reléguée à la fin de l'évaluation (comme dernière phase de l'évaluation) mais soit mise en œuvre de manière continue, dès le début de la collecte des données. À chaque stade du processus, les notes et retranscriptions des enregistrements audio des discussions en groupes de réflexion et des entretiens avec des informateurs clés, les observations et les examens documentaires peuvent être résumés et des rapports préliminaires peuvent être dressés pour chaque section.

Méthodologie

- i. Résumez et intégrez les résultats des modules 1 à 3 (voir modèle à l'*annexe 4*). Puis, analysez les résultats, identifiez les obstacles et intégrez-les au rapport préliminaire du projet HBHI, de l'examen complet de programme ou de l'examen à mi-parcours afin de les diffuser auprès des experts techniques.
- ii. Prévoyez une réunion des parties prenantes dans les « ateliers de clôture » afin d'examiner les conclusions et les obstacles identifiés. Veillez à inviter toutes les principales parties prenantes à l'atelier. La réunion doit rassembler : les représentants du ministère de la Santé; tous les partenaires de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme (y compris les ONG, les organisations de la société civile, les organisations confessionnelles) ; les représentants engagés dans des secteurs pertinents autres que celui du paludisme, notamment l'égalité des sexes, l'éducation, la santé au travail, la finance, le législatif, le logement, etc.) ; les représentants des communautés à évaluer ; les entités issues des secteurs privé et public ; les universités et les centres de recherche ; les partenaires du

développement (tels que l'OMS, l'UNICEF et le PNUD) et les bailleurs de fond (ministère du Développement international du Royaume-Uni [DFID], le Fonds mondial et l'initiative du Président américain contre le paludisme). Assurez-vous de la participation des hauts-fonctionnaires à l'atelier/la réunion afin de traduire les recommandations conjointes en politiques.

- iii. Rédigez et diffusez un projet de rapport d'évaluation. Dans le cadre d'un projet HBHI, d'un examen de programme de lutte contre le paludisme ou d'un examen à mi-parcours, il faudra rédiger un rapport préliminaire intégré.

Étapes spécifiques :**Étape 1 :****Les données rassemblées dans le cadre des trois premiers modules doivent être résumées.**

- ▶ Il est conseillé de commencer par passer les questions/questionnaires en revue pour se remémorer l'objet principal de l'évaluation et les principaux domaines identifiés. Réfléchissez aux questions abordées dans chacun des modules précédents.
- ▶ Relisez rapidement les notes et transcriptions afin d'identifier les thèmes.
- ▶ Relisez encore une fois les notes, résumez-les et classez-les en fonction des thèmes documentés.
- ▶ Examinez les notes relatives à chaque thème et identifiez les schémas, prenez note des informations qui offrent des réponses aux questions. Documentez vos conclusions sous plusieurs formes, notamment au moyen de graphiques et de diagrammes.

Étape 2 :

Les données doivent être résumées, recoupées et les obstacles doivent être identifiés et documentés dans un format récapitulatif, tel qu'illustré dans l'exemple figurant dans l'*annexe 4*. Rédigez ensuite une première version des conclusions et diffusez-la pour obtenir un examen technique plus large.

Étape 3 :

Organisez une réunion de 2 ou 3 jours avec une équipe technique afin d'examiner les conclusions, d'identifier les obstacles et d'élaborer des mesures à prendre en vue de lever les obstacles.

Il est crucial de faire valider les résultats par l'ensemble des parties prenantes lors d'un atelier ou d'une réunion au niveau national.

Les objectifs de l'atelier/la réunion sont :

- ▶ Partager et examiner les résultats de l'évaluation.
- ▶ Débattre des résultats et de leurs incidences sur les programmes et les politiques de lutte contre le paludisme.
- ▶ Identifier et planifier les prochaines étapes vers l'action.

MODULE 5 :

Plan d'action

Le module 5 vise à formuler une réponse juste et transformant les relations hommes-femmes sur la base des résultats de l'évaluation. Le module offre une orientation programmatique et détaille les bonnes pratiques afin d'apporter une solution aux principales problématiques grâce à des approches plus sophistiquées et intégrées. Il montre également comment les allier aux stratégies existantes au niveau national.

Objectifs spécifiques :

- 1) Évaluer les résultats de l'évaluation et identifier les obstacles.
- 2) Concevoir des mesures pour éliminer les obstacles et parvenir à une meilleure équité dans les programmes de lutte contre le paludisme.
- 3) Examiner et hiérarchiser les mesures proposées.
- 4) Définir les prochaines étapes afin de simplifier les mesures proposées, notamment le calendrier, les personnes responsables et les ressources pour chaque mesure.

Méthodologie

Cette étape est un examen consultatif des conclusions mené par le programme national de lutte contre le paludisme, et doit comprendre une évaluation en profondeur des obstacles identifiés, afin de vérifier s'ils ont tous été traités dans des politiques ou documents de programme. Si c'est le cas, il convient de déterminer s'il existe des lacunes, ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné.

Une fois identifiés les obstacles entravant l'accès et le recours aux services, notamment ceux liés aux inégalités de genre, l'étape suivante consiste à identifier les mesures qui permettront de mettre au point des programmes de lutte antipaludique adaptés et à même de faire face à ces obstacles et aux inégalités. Lors de l'élaboration des mesures, tenez compte des meilleures pratiques et des recommandations mondiales, et adaptez les pratiques fondées sur des faits probants au contexte local. Les mesures recommandées doivent être spécifiques et réalistes.

Reportez-vous aux documents mondiaux existants, qui peuvent s'avérer utiles pour identifier des mesures, tels que le manuel [technique Innov8 de l'OMS](#), l'outil d'évaluation en matière de genre de l'ONUSIDA, les ressources du partenariat RBM en matière de paludisme et de genre, etc.

Élaborez des mesures qui se sont avérées efficaces face aux obstacles identifiés et déterminez comment elles peuvent être intégrées aux interventions existantes ou adaptées aux programmes existants. Pour ce faire, de larges consultations et collaborations s'avèreront nécessaires. Les faits probants peuvent être obtenus au sein du pays ou dans d'autres pays présentant une endémicité, des obstacles socioéconomiques et des inégalités de genre analogues. Dans certaines situations, il peut être nécessaire de mener des recherches opérationnelles pour guider l'élaboration d'une intervention efficace. Pour certains groupes/obstacles, même si aucune action concrète n'est définie sur le champ, il convient tout de même de concevoir un plan et définir des étapes afin d'explorer et d'identifier les mesures les plus appropriées. Il peut être nécessaire de conduire des recherches opérationnelles pour guider l'élaboration d'une intervention efficace. Il convient de déterminer les mesures prioritaires grâce à des outils d'orientation tels que le [manuel technique Innov8](#). Des exemples de critères permettant de guider la hiérarchisation des mesures figurent à l'*annexe 4*.

Étant donné que la mise en œuvre de l'outil *Malaria Matchbox* se déroule dans le cadre d'un examen du programme de lutte contre le paludisme ou d'une analyse au titre du projet D'une charge élevée à un fort impact, les mesures recommandées guideront la révision ou l'élaboration des plans stratégiques nationaux contre le paludisme. Lorsque l'outil *Malaria Matchbox* est utilisé pour guider les demandes de financement comme les propositions de financement du Fonds mondial ou pour concevoir des projets/programmes de mise en œuvre (comme les projets financés par USAID ou l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme), il est essentiel que les mesures recommandées soient intégrées à la programmation, aux politiques et aux directives du pays en matière de lutte contre le paludisme. Les recommandations peuvent porter sur les politiques, la mise en œuvre ou la recherche.

Pour s'attaquer au large éventail d'obstacles identifiés au cours de la procédure Matchbox en vue d'améliorer l'équité et l'efficacité globale des programmes de lutte contre le paludisme, les gestionnaires de programme doivent être conscients des obstacles et en mesure de travailler avec les communautés touchées et d'adapter en conséquence la mise en œuvre des programmes et services antipaludiques.

Il existe une abondante littérature décrivant les obstacles auxquels se heurtent les programmes de lutte contre le paludisme, notamment les obstacles liés aux normes et inégalités de genre, aux risques professionnels, aux risques sociaux et culturels, aux différentes formes de marginalisation et aux droits humains. Si ces recherches formulent souvent des suggestions ou recommandations de solutions potentielles à ces défis, les recherches décrivant des approches ou interventions éprouvées et efficaces face à ces obstacles sont par comparaison moins nombreuses.

À ce titre, l'outil *Malaria Matchbox* n'offre pas d'orientations définitives sur la manière de faire face aux obstacles ni de combinaison d'approches ou d'interventions susceptibles de régler ces problèmes. Cependant, à l'*annexe 6*, l'outil donne quelques exemples d'approches éprouvées ou prometteuses. Le tableau figurant à l'*annexe 6* a pour objectif de donner des idées, des sources d'inspiration, des références pouvant aider les utilisateurs à répondre aux défis identifiés grâce à l'outil *Malaria Matchbox*. Les faits probants sont présentés sous forme de tableau et fournissent des informations supplémentaires sur les groupes de population, les contextes et les approches au regard desquels ces interventions peuvent être mises en œuvre de manière efficace.

Les illustrations sont fournies par groupe (ou groupes) de population spécifique(s), et assorties d'informations de base sur leur localisation. Bien que chaque exemple porte sur un groupe de population précis, dans la plupart des cas, les maîtres d'œuvre de programmes de lutte contre le paludisme peuvent également adopter l'approche ou l'adapter pour une population ou un contexte différents. Le paquet de base d'interventions contre le paludisme fondées sur des faits probants étant bien établi, ces exemples ont pour principal but de décrire différents modes de mise en œuvre de ces interventions en vue de lever les obstacles auxquels se heurtent les groupes vulnérables et de parvenir à une plus grande équité.

Finalisation du rapport

Suite à l'atelier national, notamment après la phase de planification, le chef d'équipe et le comité d'évaluation devraient finaliser le rapport d'évaluation en fonction des modifications et des recommandations convenues lors de l'atelier.

Ils devraient également rédiger le rapport final d'évaluation, contenant les mesures proposées. Il convient d'y inclure un plan d'action définissant pour chaque mesure le calendrier, les responsables et les ressources nécessaires. Le rapport peut suivre la structure proposée dans le modèle détaillé à l'*annexe 6*.

PARTIE C : ANNEXES

Annexe 1 Modèle de note conceptuelle

Insérez le titre de l'évaluation proposée de l'équité :

Insérez la date :

1. Entité chargée de la mise en œuvre et partenaires clés

Insérez le nom du ministère/division/organisation présentant la note conceptuelle. Fournissez également une brève description des principaux partenaires. Ajoutez une page décrivant le contexte national ou local dans lequel l'évaluation aura lieu.

2. Contexte

Fournissez un bref aperçu général de l'évaluation proposée, y compris un calendrier opérationnel (dates de début et de fin). De 1/2 page à 1 page.

3. Résumé du projet

3.1. But général et objectifs

Indiquez le but général et les objectifs spécifiques de l'évaluation proposée (maximum 1).

3.2. Résultats escomptés

Indiquez les résultats globaux escomptés de l'évaluation proposée, y compris les avantages (approximativement 1 à 3).

3.3. Indicateurs de résultat

Indiquez les indicateurs clés (1 ou 2 par résultat escompté) de mesure des résultats escomptés.

3.4. Principales activités

Dressez une liste des principales activités et indiquez la durée de l'évaluation proposée. Veuillez indiquer clairement le ou les résultats escomptés auxquels correspond chaque activité.

3.5. Principale population bénéficiaire cible

Donnez une description détaillée du principal groupe bénéficiaire cible, y compris ses caractéristiques et aspects démographiques clés et les principaux facteurs de risque/vulnérabilité de ce groupe. Indiquez les raisons et la méthode de sélection de ce groupe cible.

3.6. Budget récapitulatif

Décrivez les postes budgétaires provisoires.

Annexe 2 Exemple de formulaire de consentement

MODÈLE DE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EN CONNAISSANCE DE CAUSE

(adapté du modèle de formulaire de consentement en connaissance de cause de l'OMS pour les études qualitatives)

Ce modèle de formulaire de consentement en connaissance de cause peut être adapté à votre contexte national et communautaire. Il fournit un aperçu d'évaluation de l'équité fondée sur des questionnaires, des entretiens approfondis et des discussions en groupes de réflexion.

Le formulaire de consentement en connaissance de cause comporte deux parties : la fiche d'information et le certificat de consentement. Ce modèle contient des exemples de questions clés qui peuvent être posées à la fin de chaque section afin de vérifier que l'information fournie est bien comprise. Il s'agit uniquement d'exemples et de suggestions, il convient de les adapter au contexte du pays.

Dans ce modèle :

- ▶ les crochets indiquent où des informations spécifiques doivent être insérées ;
- ▶ les caractères gras indiquent les sections ou formulations à inclure ;
- ▶ les caractères normaux sont utilisés pour les explications à l'intention des enquêteurs uniquement, ces passages ne doivent pas être repris dans votre formulaire de consentement. L'explication est donnée en noir, les exemples sont en caractères italiques rouges. Des suggestions de questions destinées à vérifier la compréhension sont données en caractères italiques noirs.

[Formulaire de consentement en connaissance de cause pour]

Désignez le groupe de personnes auquel ce formulaire de consentement est destiné – par exemple, les membres de la communauté, les agents de santé, un groupe communautaire pour femmes, un groupe communautaire pour hommes, etc.

- ▶ **EXEMPLE :** Ce formulaire de consentement en connaissance de cause est destiné aux femmes de la communauté X que nous invitons à participer à une étude intitulée « Évaluation des facteurs de risque ayant une incidence sur l'équité en matière de santé dans le contexte du paludisme ».

Vous pouvez fournir les informations suivantes, soit sous forme de texte courant soit sous forme de titres, comme illustré ci-dessous.

[Nom de l'organisation]

[Nom du parrain, le cas échéant]

[Nom et version du projet]

Le présent formulaire de consentement en connaissance de cause comporte deux parties :

- ▶ une fiche d'information (pour vous communiquer l'information sur l'étude d'évaluation) ;
- ▶ un certificat de consentement (pour les signatures si vous décidez de participer).

Un exemplaire du formulaire de consentement en connaissance de cause complet vous sera remis.

Partie I : Fiche d'information

Introduction

Indiquez brièvement qui vous êtes et que vous invitez cette personne à participer à votre évaluation/étude. Expliquez-lui qu'il ou elle peut parler de l'étude à n'importe quelle personne avec laquelle il ou elle se sent à l'aise et prendre le temps de réfléchir et décider s'il ou elle souhaite ou non y participer. Assurez le participant que s'il ou elle ne comprend pas certains mots ou concepts, vous prendrez le temps de les lui expliquer au fur et à mesure, et qu'il ou elle peut poser des questions à tout moment.

► **EXEMPLE :** Je m'appelle X, je travaille pour le/au nom du ministère de la santé/ programme de lutte contre le paludisme/l'organisation Y. Je réalise une étude/évaluation sur les facteurs de risque qui ont une incidence sur l'équité en matière de santé dans le contexte du paludisme dans votre communauté, où le paludisme est très courant. Je vais vous donner des informations et vous inviter à participer à cette étude. Vous n'avez pas besoin de décider immédiatement si vous souhaitez ou non y participer. Avant de prendre votre décision, vous pouvez parler de ces recherches à qui vous voulez.

Ce formulaire de consentement peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Dans ce cas, demandez-moi d'arrêter et je prendrai le temps de vous les expliquer. Si vous avez des questions plus tard, vous pourrez me les poser à moi ou à un autre enquêteur.

Objet de l'étude

Expliquez l'objectif de l'évaluation en termes simples, explicatifs et ne portant pas à confusion. Utilisez des termes locaux et simplifiés plutôt que des termes scientifiques et du jargon professionnel. Dans vos explications, tenez compte des croyances et connaissances locales lorsque vous décidez de la meilleure manière de présenter l'information.

► **EXEMPLE :** Le paludisme rend de nombreuses personnes malades dans votre communauté. Nous souhaitons vérifier si vous avez accès à des informations sur les manières d'éviter que vous et les membres de votre famille attrapiez le paludisme et, si vous y avez accès, si vous êtes en mesure de vous faire traiter à temps. Nous souhaitons connaître les difficultés auxquelles vous êtes éventuellement confrontés pour accéder aux services de prévention et de traitement, les causes de ces difficultés, et nous aimerions savoir comment vous pensez qu'elles pourraient être résolues. Nous pensons que vous pouvez nous aider en nous expliquant ce que vous savez au sujet du paludisme et au sujet des pratiques locales en matière de santé. Nous souhaitons savoir ce que les personnes qui vivent ou travaillent ici savent des causes du paludisme et pourquoi certaines personnes le contractent. Nous voulons connaître les différents moyens par lesquels les gens essaient d'empêcher que quelqu'un attrape le paludisme ou avant qu'il débarque dans la communauté, et comment ils savent que quelqu'un est atteint de paludisme. Nous voulons également en savoir plus sur les pratiques locales en matière de santé, car ces connaissances pourraient nous aider à apprendre comment mieux lutter contre le paludisme dans cette communauté.

Type d'évaluation

Exposez brièvement le type d'évaluation qui sera entreprise. Des explications plus détaillées seront fournies dans la section sur les procédures, mais il peut être utile et moins confus pour le participant de savoir dès le départ s'il y aura un entretien, un questionnaire ou une discussion en groupe de réflexion, par exemple.

► **EXEMPLE :** Dans le cadre de cette évaluation, vous participerez à une discussion en groupe qui prendra environ une heure et demie, et à un entretien d'une heure.

Sélection des participants

Indiquez pourquoi vous avez choisi d'inviter cette personne à participer à cette étude. Les gens se demandent pourquoi ils ont été choisis et peuvent être craintifs, confus ou inquiets.

► **EXEMPLE :** Vous êtes invité à participer à cette étude parce que nous pensons que votre expérience en tant que mère, ou agent de santé, paysan, citoyen responsable, etc., peut contribuer grandement à notre compréhension et nos connaissances des pratiques locales en matière de santé.

► **EXEMPLES DE QUESTIONS POUR VÉRIFIER LA COMPRÉHENSION :** Savez-vous pourquoi nous vous demandons de participer à cette évaluation ? Savez-vous quel est l'objet de l'évaluation ?

Participation volontaire

Indiquez clairement que votre interlocuteur peut choisir de participer ou non. Précisez, le cas échéant seulement, qu'il continuera de bénéficier de tous les services dont il bénéficie normalement s'il choisit de ne pas participer. Explication : Il peut s'avérer plus indiqué d'assurer vos interlocuteurs que leur choix de participer ou non n'aura aucune répercussion sur leur travail ou les évaluations liées à leur travail. Ce fait peut être répété et expliqué plus en détail plus loin dans le formulaire. Il est important d'indiquer clairement au début du formulaire que la participation est volontaire, afin que les autres renseignements soient pris dans ce contexte. Informez également les participants potentiels que s'ils changent d'avis lorsque l'entretien ou la discussion en groupe a déjà eu lieu, ils peuvent demander que l'information qu'ils ont fournie ne soit pas utilisée dans l'analyse et le rapport d'évaluation.

► **EXEMPLE :** Votre participation à cette évaluation est entièrement volontaire. C'est à vous qu'il revient de choisir si vous souhaitez participer ou non. Si vous choisissez de ne pas participer, tous les services dont vous bénéficiez dans ce centre se poursuivront et rien ne changera.

OU

Votre choix n'aura aucune incidence sur votre travail ou sur toute évaluation ou tout rapport liés à votre travail. Vous pouvez changer d'avis plus tard et interrompre votre participation, même si vous aviez déjà accepté de participer.

► **EXEMPLES DE QUESTIONS POUR VÉRIFIER LA COMPRÉHENSION :** Si vous décidez de ne pas participer à cette évaluation, savez-vous quelles options s'offrent à vous ? Savez-vous que vous n'avez pas à participer à cette évaluation si vous ne le souhaitez pas ? Avez-vous des questions ?

Procédures

A. Donnez une brève introduction du format de l'étude.

► **EXEMPLE :** Nous vous demandons de nous aider à en savoir plus sur le paludisme dans votre communauté. Nous vous invitons à prendre part à cette évaluation. Si vous acceptez, il vous sera demandé de...

B. Expliquez le type de questions qui seront probablement posées aux participants dans le groupe de réflexion, l'entretien ou le questionnaire. Si l'étude comporte des questions ou discussions pouvant s'avérer sensibles ou gênantes, informez-en le participant.

► EXEMPLE 1 (POUR LES DISCUSSIONS EN GROUPES DE RÉFLEXION)

... prendre part à une discussion avec 7-8 personnes dont l'expérience est semblable à la vôtre. Cette discussion sera animée par [nom de l'animateur/modérateur] ou par moi-même.

Au début de la discussion en groupe, moi-même, l'animateur ou le modérateur (utilisez le terme local pour un animateur de discussion en groupe) commencerons pas nous assurer que vous êtes à l'aise. Nous pouvons également répondre aux questions que vous pourriez avoir sur l'évaluation. Ensuite, nous vous poserons des questions sur le paludisme et vous donnerons le temps de partager vos connaissances avec nous. Les questions porteront sur le paludisme dans votre communauté, la manière dont on le reconnaît, ce que les gens font pour éviter qu'il se transmette à d'autres, vers qui ils se tournent pour demander de l'aide et ce qu'il se passe lorsque l'on devient malade.

Nous parlerons aussi des pratiques dans la communauté, car cela nous donnera l'occasion d'en savoir plus sur le paludisme, mais d'une autre manière. Nous vous demanderons de partager vos croyances personnelles, vos pratiques et vos histoires, et vous n'avez pas à parler de quoi que ce soit qui vous mette mal à l'aise.

La discussion aura lieu à [lieu de la discussion en groupe de réflexion], et les autres participants et le guide ou moi-même seront les seules personnes présentes durant cette discussion. Toute la discussion sera enregistrée, mais personne ne sera identifié par son nom dans l'enregistrement. L'enregistrement sera conservé [expliquez comment l'enregistrement sera conservé]. Les informations enregistrées sont confidentielles, et personne d'autre que [nom de la ou des personnes concernées] n'aura accès aux enregistrements. Les enregistrements seront détruits au bout de jours/semaines.

► EXEMPLE 2 (POUR LES ENTRETIENS)

... participer à un entretien avec [nom de l'enquêteur] ou moi-même.

Pendant cet entretien, un autre enquêteur ou moi-même s'installera avec vous dans un lieu confortable au centre. Si cela vous convient mieux, l'entretien peut se faire chez vous ou chez un ami. Si, pendant l'entretien, vous ne souhaitez pas répondre à une question, il vous suffit de le dire et l'enquêteur passera à la question suivante. Personne d'autre ne sera présent que l'enquêteur, à moins que vous préféreriez qu'une autre personne soit présente. Les informations enregistrées sont confidentielles, et personne d'autre que [nom de la ou des personnes concernées] n'aura accès aux informations communiquées pendant votre entretien. L'entretien sera entièrement enregistré, mais personne ne sera identifié par son nom dans l'enregistrement. L'enregistrement sera conservé [expliquez comment l'enregistrement sera conservé]. Les informations enregistrées sont confidentielles, et personne d'autre que [nom de la ou des personnes concernées] n'aura accès aux enregistrements. Les enregistrements seront détruits au bout de jours/semaines.

► EXEMPLE 3 (POUR LES QUESTIONNAIRES)

... remplir un questionnaire fourni par [nom du distributeur des questionnaires vierges] et récupéré par [nom du collecteur des questionnaires renseignés]. Vous pouvez soit remplir le questionnaire vous-même, soit on peut vous le lire à haute voix et vous donnez oralement les réponses que vous voulez que l'on inscrive sur le questionnaire.

Si vous ne souhaitez pas répondre à une question du questionnaire, il vous suffit de la sauter et de passer à la question suivante. [Décrivez comment le questionnaire sera distribué et collecté]. Les informations recueillies sont confidentielles, votre nom n'est pas indiqué sur les formulaires, vous serez uniquement identifié par un numéro, et seul [nom de la ou des personnes qui auront accès à l'information] aura accès à votre questionnaire.

Durée

Incluez une déclaration sur le temps que prend l'évaluation pour le participant, y compris la durée de l'enquête et, le cas échéant, du suivi.

- ▶ **EXEMPLE :** L'évaluation se fait sur une période de (nombre de) jours/ou (nombre de) mois au total. La discussion en groupe, qui a lieu une fois, dure environ une heure et demie.

- ▶ **EXEMPLES DE QUESTIONS POUR VÉRIFIER LA COMPRÉHENSION :** Si vous décidez de participer à l'évaluation, savez-vous combien de temps prend l'entretien ? Où il a lieu ? Savez-vous que nous viendrons vous chercher à la maison ?
- ▶ Si vous acceptez de participer, savez-vous si vous avez le droit d'arrêter ? Savez-vous que vous avez le droit de ne pas répondre aux questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre ? Etc. Avez-vous d'autres questions ?

Risques

Décrivez et expliquez les risques auxquels vous vous attendez ou possibles. Les risques dépendent de la nature et du type d'intervention qualitative, et doivent, comme d'habitude, être adaptés à la problématique et la situation particulières.

- ▶ Si la discussion porte sur des questions sensibles et personnelles, par exemple des pratiques culturelles, des préjugés liés au genre, des habitudes personnelles, etc., un exemple de texte possible serait « Nous vous demandons de partager des informations très personnelles et confidentielles, et il se peut que certains sujets vous mettent mal à l'aise. Vous n'êtes pas obligé de répondre aux questions ou de prendre part à la discussion/à l'entretien ou de répondre au questionnaire si vous ne le souhaitez pas, cela ne pose aucun problème. Vous n'avez pas besoin de donner de raison si vous ne souhaitez pas répondre à une question ou refusez de prendre part à l'entretien ».

OU Si, par exemple, la discussion porte sur les opinions au sujet de politiques du gouvernement et de croyances communautaires, et que de manière générale aucune information personnelle n'est recherchée, le texte sur les risques pourrait se lire comme suit : « Il existe un risque que vous faisiez part d'informations personnelles ou confidentielles par hasard, ou que certains des sujets vous mettent mal à l'aise. Mais nous ne voulons pas que cela arrive. Vous n'avez pas à répondre aux questions ou à prendre part à la discussion/à l'entretien ou répondre au questionnaire si vous trouvez que les questions sont trop personnelles ou si en parler vous met mal à l'aise.

Avantages

Les avantages peuvent être divisés en avantages pour la personne, en avantages pour sa communauté et en avantages pour la société dans son ensemble grâce à la réponse trouvée à la question de l'étude. Mentionnez uniquement les activités qui représenteront de réels avantages, pas les avantages auxquels les personnes ont droit qu'elles participent ou non.

- ▶ **EXEMPLE :** Il n'y a pas d'avantage direct pour vous, mais votre participation devrait nous aider à en savoir plus pour mieux prévenir et traiter le paludisme dans votre communauté.

Remboursements

Les incitations au-delà du remboursement des dépenses encourues pour participer à l'évaluation ne sont pas encouragées. Les dépenses encourues peuvent par exemple comprendre les frais de déplacement et le remboursement du temps perdu. Le montant est à déterminer dans le contexte du pays hôte.

► **EXEMPLE :** Aucune incitation ne vous sera offerte en échange de votre participation à l'évaluation. Toutefois, nous vous donnerons [donnez un chiffre, s'il s'agit d'argent] pour votre temps, et vos frais de déplacement (le cas échéant).

► **EXEMPLES DE QUESTIONS POUR VÉRIFIER LA COMPRÉHENSION :** Pouvez-vous me dire si vous avez bien compris les avantages pour vous si vous prenez part à l'évaluation ? Savez-vous si nous vous paierons vos frais de déplacement et votre temps perdu, et savez-vous combien vous sera remboursé ? Avez-vous d'autres questions ?

Confidentialité

Expliquez comment l'équipe chargée de l'étude assurera la confidentialité des données en ce qui concerne l'information sur le participant et l'information fournie par celui-ci. Décrivez les limites de la confidentialité. Par exemple, informez le participant qu'étant donné que cette évaluation est un événement hors de l'ordinaire, toute personne qui y prend part est susceptible d'être plus facilement identifiée par les membres de la communauté et donc d'être stigmatisée. Si l'évaluation est sensible et/ou concerne des participants hautement vulnérables – des recherches portant sur la violence à l'égard des femmes, par exemple – expliquez au participant toutes les précautions supplémentaires qui seront prises pour assurer sa sécurité et son anonymat.

► **EXEMPLE :** L'évaluation réalisée dans la communauté peut attirer l'attention et, si vous y participez, il se peut que d'autres membres de la communauté vous posent des questions. Nous ne partagerons aucune information vous concernant en dehors de l'équipe d'évaluation. L'information que nous collecterons dans le cadre de ce projet sera gardée confidentielle. Toute information vous concernant sera identifiée par un numéro plutôt que par votre nom. Seuls les enquêteurs connaîtront votre numéro, et nous garderons cette information sous verrou. Elle ne sera communiquée ou transmise à personne sauf [nom de ceux qui auront accès à l'information, par exemple les parrains de l'enquête, etc.]

Ce qui suit s'applique aux groupes de réflexion :

Les groupes de réflexion posent une difficulté particulière en matière de confidentialité parce que lorsque quelque chose est dit dans le groupe, cela devient de notoriété publique. Expliquez que vous encouragerez les participants au groupe à respecter la confidentialité, mais que vous ne pouvez pas fournir de garanties à cet égard.

► **EXEMPLE :** Nous demanderons aux participants au groupe, y compris à vous-même, de ne pas parler de ce qui a été dit dans le groupe en dehors de celui-ci. Autrement dit, nous demanderons à chacun de vous de garder ce qui a été dit dans le groupe confidentiel. Vous devez néanmoins savoir que nous ne pouvons pas empêcher les personnes qui ont pris part au groupe de réflexion de parler de choses qui devraient rester confidentielles.

► **EXEMPLES DE QUESTIONS POUR VÉRIFIER LA COMPRÉHENSION :** Avez-vous compris les procédures que nous suivrons pour garantir la confidentialité des informations que nous collecterons sur vous dans le cadre de l'enquête ? Comprenez-vous que nous ne pouvons pas garantir la complète confidentialité des informations que vous partagerez dans une discussion en groupe ? Avez-vous d'autres questions ?

Partage des résultats

Votre plan concernant le partage des conclusions avec les participants doit être communiqué. Si vous avez un plan et un calendrier de partage de l'information, donnez-en les détails. Vous pouvez également informer le participant que les conclusions de l'évaluation seront diffusées plus largement, par exemple dans le cadre de publications ou de conférences.

- ▶ **EXEMPLE :** Rien de ce que vous nous raconterez aujourd'hui ne sera communiqué à qui que ce soit en dehors de l'équipe d'évaluation, et votre nom ne sera associé à aucune information. Les connaissances acquises dans le cadre de cette évaluation seront partagées avec vous et votre communauté avant d'être diffusées plus largement. Chaque participant recevra un résumé des résultats. Il y aura également des petites réunions dans la communauté, où les résultats seront annoncés. Après ces réunions, nous publierons les résultats pour que d'autres parties intéressées puissent tirer des enseignements de l'évaluation.

Droit de refuser ou de se retirer

Il s'agit de confirmer à nouveau que la participation est volontaire et que les participants ont le droit de se retirer. **Adaptez cette section afin de vous assurer qu'elle convienne pour le groupe dont vous cherchez à obtenir le consentement.** L'exemple fourni ici concerne un travailleur social communautaire. Les participants doivent avoir l'occasion d'examiner leurs commentaires au cours des entretiens individuels et de supprimer une partie ou l'entièreté de l'enregistrement ou du compte rendu.

- ▶ **EXEMPLE :** Vous n'êtes pas obligé de participer à cette évaluation si vous ne le souhaitez pas, et votre choix de participer n'aura aucune conséquence pour votre travail ou les évaluations liées à votre travail. Vous pouvez interrompre votre participation à [la discussion/l'entretien] à tout moment sans que votre travail soit affecté. Je vous donnerai l'occasion, à la fin de l'entretien/la discussion, d'examiner vos commentaires, et vous pouvez demander à en modifier ou supprimer des parties, si vous n'êtes pas d'accord avec mes notes ou si je ne vous ai pas compris correctement.

Les personnes à contacter

Donnez le nom et les coordonnées de contact d'une personne qui participe à l'évaluation, est informée et accessible – **une personne locale que les participants puissent contacter.** Fournissez également le nom (et les coordonnées de contact) du comité d'examen institutionnel qui a approuvé la proposition. Mentionnez en outre que la proposition a également été approuvée par le Comité d'examen éthique de l'OMS.

- ▶ **EXEMPLE :** Si vous avez des questions, vous pouvez les poser maintenant ou plus tard. Si vous souhaitez poser des questions plus tard, vous pouvez contacter une des personnes suivantes : [nom, adresse/numéro de téléphone/ adresse électronique]

Cette proposition a été examinée et approuvée par [nom du comité d'examen institutionnel local], un comité chargé de s'assurer que les participants à l'étude sont protégés. Si vous souhaitez en savoir plus sur ce comité, veuillez contacter

Cette proposition a été examinée et approuvée par [nom du comité d'examen institutionnel local], un comité chargé de s'assurer que les participants à l'étude sont protégés. Si vous souhaitez en savoir plus sur ce comité, veuillez contacter [nom, adresse, numéro de téléphone].

- ▶ **EXEMPLES DE QUESTIONS POUR VÉRIFIER LA COMPRÉHENSION :** Savez-vous que vous n'êtes pas obligé de participer à cette étude si vous ne le souhaitez pas ? Que vous pouvez dire « non » si vous le souhaitez ? Savez-vous que vous pouvez me poser des questions plus tard, si vous le souhaitez ? Savez-vous que j'ai donné les coordonnées de contact de la personne qui peut vous donner davantage d'information sur l'étude ? Etc.

Vous pouvez me poser n'importe quelle autre question sur n'importe quelle partie de l'étude, si vous le souhaitez. Avez-vous des questions ?

Partie II : Certificat de consentement

Cette section doit être écrite à la première personne. Elle doit inclure quelques brèves déclarations sur l'évaluation et être suivie d'une déclaration semblable à la déclaration en gras ci-dessous. Si le participant est analphabète mais donne son consentement oral, un témoin doit signer. Un enquêteur ou la personne qui vérifie le consentement en connaissance de cause doit signer chaque consentement. Le certificat fait partie intégrante du consentement en connaissance de cause et n'est pas un document autonome, et la présentation du formulaire doit refléter ce fait. Le certificat de consentement doit éviter les déclarations contenant des expressions telles que « je comprends... ». Il vaut mieux vérifier la compréhension par des questions ciblées durant la lecture de la fiche d'information (quelques exemples de questions sont donnés ci-avant), ou par les questions posées à la fin de la lecture de la fiche d'information, si le participant potentiel lit celle-ci lui-même ou elle-même.

► **EXEMPLE** : J'ai été invité à participer à une enquête sur le paludisme et les pratiques locales en matière de santé.

(CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE)

J'ai lu l'information ci-dessus, ou quelqu'un me l'a lue. J'ai eu l'occasion de poser des questions sur cette information et il a été répondu à toutes mes questions de façon satisfaisante. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant en imprimé

Signature du participant

Date Jour/mois/année

Empreinte du pouce
du participant

Si le participant est analphabète¹

J'ai été témoin de la lecture exacte du formulaire de consentement au participant potentiel, et cette personne a eu l'occasion de poser des questions. Je confirme que la personne concernée a donné son consentement librement.

Nom du témoin en imprimé

Signature du témoin

Date Jour/mois/année

¹ Un témoin alphabète doit signer (si possible, cette personne doit être sélectionnée par le participant et ne pas être associée à l'équipe d'enquêteurs). Les participants analphabètes doivent également fournir l'empreinte de leur pouce.

DÉCLARATION DE L'ENQUÊTEUR/DE LA PERSONNE OBTENANT LE CONSENTEMENT :

J'ai lu avec exactitude la fiche d'information au participant potentiel, et je me suis assuré de mon mieux que le participant comprend que les activités suivantes vont être réalisées :

- 1.
- 2.
- 3.

Je confirme que le participant a eu l'occasion de poser des questions sur l'étude, et que j'ai répondu à toutes ses questions de mon mieux. Je confirme que la personne n'a pas donné son consentement sous la contrainte, et que son consentement a été donné librement et volontairement.

Un exemplaire de ce formulaire de consentement en connaissance de cause a été remis au participant.

Nom de l'enquêteur/la personne obtenant le consentement en imprimé

Signature de l'enquêteur/de la personne obtenant le consentement

Date Jour/mois/année

Annexe 3 Exemple de guide sur les thèmes des discussions en groupes de réflexion

Le guide sur les thèmes des discussions en groupes de réflexion doit être adapté aux groupes spécifiques (population), par ex. femmes, hommes, réfugiés, migrants, population difficile à atteindre, pêcheurs, riziculteurs, etc.

Animateur du groupe Rapporteur

Date Nombre de participants

Heure Village

Diagramme des participants (occupation des sièges) Participants à la discussion en groupe de réflexion : (8-10)

Présentation de vous-même et de votre organisation. Présentation du thème (durée de la discussion en groupe de réflexion environ 1,5 heure, confidentialité et consentement en connaissance de cause).

FACTEURS SOCIOCULTURELS	Question générale	1. Quels sont les problèmes de santé les plus courants dans cette communauté ? ► Approfondir pour toutes les maladies et le paludisme
	Paludisme	2. Comment appelle-t-on le paludisme dans cette communauté ? ► Approfondissement pour connaître tous les noms locaux 3. Le paludisme est-il considéré comme un problème de santé grave dans cette communauté ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?
	Signes et symptômes du paludisme	4. Quels sont les signes et symptômes courants du paludisme ?
	Causes du paludisme	5. D'après vous, comment attrape-t-on le paludisme ? Causes du paludisme ? (Explorez toutes les croyances existantes – mauvais esprit, se baigner dans le ruisseau, etc. 6. Quels groupes de personnes sont les plus susceptibles d'attraper le paludisme ? Pourquoi ?
	Sollicitation de soins de santé	7. Quand quelqu'un attrape le paludisme, que font cette personne, les membres de sa famille/ le propriétaire des terres pour la faire traiter ? Approfondissement : traitements à domicile, médicaments à base de plantes 8. Où se tournent-ils en premier pour obtenir un traitement ? Approfondissement pour connaître tous les types de prestataires de soins de santé, y compris les praticiens privés, les pharmacies, les guérisseurs, et savoir à qui ils s'adressent en premier. À qui s'adresse-t-on en deuxième lieu s'il n'y a pas d'amélioration ? 9. Combien de temps après le début de la fièvre sollicitez-vous des soins ? Cela est-il différent pour les hommes/femmes ou garçon/filles ? 10. Qui, dans la famille ou sur le lieu de travail, décide où obtenir un traitement ? 11. Qui influence le patient pour qu'il obtienne un traitement efficace contre le paludisme ? 12. Quels sont les obstacles empêchant de recevoir un traitement efficace contre le paludisme ? ► Approfondissement : décisionnels, financiers, éloignement des services de santé, longue attente aux établissements de santé, manque de temps, obstacles linguistiques, absence d'assurance maladie, qualité des services de santé.
	Mesures préventives	13. Quel genre de choses font généralement les membres de cette communauté pour se protéger du paludisme ? ► Approfondissement sur les moustiquaires : Qui les fournit ? 14. Que faites-vous lorsque vous dormez dehors (gardien de sécurité) dans la forêt ou sur la ferme pour vous protéger du paludisme ? Que faites-vous lorsque vous êtes dehors tard le soir pour des raisons sociales (par ex., un mariage, consommation sociale d'alcool) ? ► Renseignez-vous sur les moustiquaires pour hamacs et les antimoustiques, etc. 15. Si aucune mesure préventive n'est prise, pourquoi ? ► Approfondissement : coût élevé, pas disponible, chaleur, etc.

FACTEURS SOCIOCULTURELS	Travail	<p>16. De quelles régions du pays les gens qui travaillent/vivent ici viennent-ils généralement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Approfondissement : Migrant-ils seuls ou avec leur famille ? Combien de temps restent-ils en général ? Où habitent-ils généralement pendant leur séjour ici ? <p>17. Quels genres de travail les hommes exercent-ils pour gagner leur vie dans cette communauté/dans la région ? Quels genres de travail les femmes exercent-elles pour gagner leur vie dans cette communauté/dans la région ?</p> <p>18. Quels vêtements les hommes portent-ils au travail ? Quels vêtements les femmes portent-elles au travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Demandez si les vêtements les exposent aux moustiques ou les en protègent. <p>19. S'il s'agit de groupes de migrants ou mobiles, que font-ils pour se protéger du paludisme ?</p> <p>20. Où les migrants se tournent-ils généralement pour se faire traiter contre le paludisme ? À quels types de difficultés les migrants sont-ils confrontés lorsqu'ils tentent de se faire traiter contre le paludisme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Approfondissement : distances, coût, attitude des agents de santé ou aspects juridiques.
ACCESSIBILITÉ DE L'INFORMATION	Voies de communication	<p>1. Quelles sont les principales sources d'information/communication sur la santé pour les personnes vivant dans la communauté ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Approfondissement : radio, télévision, interpersonnelles, par ex. agents de santé communautaires, personnel des établissements, chefs de village, réunions de la communauté, enseignants, etc. <p>2. L'information sur le paludisme est-elle offerte dans une ou des langues adaptées à tous ? Si ce n'est pas le cas, pour quels groupes de personnes les langues ne sont-elles pas adaptées ? Pourquoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Approfondissement : Un groupe ethnique spécifique, les immigrants, les personnes peu instruites, les femmes, les hommes, les jeunes. <p>3. À quelles sources d'information faites-vous le plus confiance ?</p> <p>4. Quel mode de communication préférez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Approfondissement : télévision, SMS, campagnes communautaires, interpersonnel, support d'information. <p>5. Y a-t-il des informations de communication pour le changement social et comportemental concernant la prévention ou le traitement du paludisme qui sont contraires aux croyances/à la culture/religion traditionnelles ?</p> <p>6. La communauté est-elle consultée lors de l'élaboration des supports/messages d'information sur le paludisme ?</p>
ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE	Voies de communication	<p>1. Que pensez-vous des services de santé dont vous bénéficiez ? Et que pensez-vous des services spécifiques de prévention et de traitement du paludisme ?</p> <p>2. À quelles difficultés les gens sont-ils confrontés pour accéder aux services de prévention et de traitement du paludisme en termes de distance, de terrain, de sécurité, d'horaires de disponibilité des services, de lieu où se trouvent les services, etc. ?</p> <p>3. Y a-t-il des groupes de population particuliers qui ont davantage de difficultés d'accès que d'autres ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Approfondissement : Difficultés spécifiques pour les femmes et les filles ? Pour les déplacés internes/réfugiés/rapatriés et les communautés hôtes ? Supports/messages d'information ?
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE		<p>1. Qui a accès aux ressources et qui les contrôle, et qui prend les décisions ?</p> <p>2. Les femmes ont-elles accès à cette ressource ? (les femmes ont-elles la possibilité de l'utiliser ?)</p> <p>3. Les femmes ont-elles le contrôle de la ressource ? (Les femmes ont-elles la possibilité de définir l'utilisation de la ressource au sein d'un espace de participation donné ?)</p>

Annexe 4 Exemples de critères de priorité

Critères relatifs à l'ordre de priorité des mesures/interventions

- ▶ Impact de l'équité en matière de santé – efficacité individuelle
- ▶ Répartition des services de santé – impact sur la population
- ▶ Répercussions économiques
- ▶ Répercussions systémiques
- ▶ Expertise exigée
- ▶ Faisabilité – exigences relatives aux professionnels de santé, aux systèmes d'information, aux produits médicaux et à la technologie
- ▶ Facilité de mise en œuvre
- ▶ Durabilité
- ▶ Réglementations juridiques
- ▶ Retour sur investissement

Annexe 5 Modèle de conclusions de l'évaluation/ résumé des résultats

Échelle nationale/ infranationale/ communautaire	Population	Méthodologie (entretien/discus- sion en groupe de réflexion)	Obstacle ou risque	Solution potentielle
Exemple : 1. Communautaire	Femmes enceintes	Discussion en groupe de réflexion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Grand éloignement de l'établissement de santé ▶ Mauvaises routes 	i) Services porte à porte par les agents de santé communautaires, par ex. TPI pendant la grossesse, MIILD
2.				

Annexe 6 Illustrations clés des mesures prises / approches adoptées face aux obstacles

Les faits probants présentés ci-après reposent sur un examen de la littérature disponible identifiée principalement au travers de citations dans des ressources liées au paludisme publiées par l'OMS et le partenariat RBM pour en finir avec le paludisme.

Obstacles identifiés	Mesures prises / Approches adoptées	Résultats escomptés / obtenus	Référence
Restrictions du pouvoir de décision des femmes et manque d'autonomie financière au Nigeria, au Niger et au Kenya	<p>Aidé les membres des communautés non seulement à identifier les obstacles auxquels ils sont confrontés, mais également à proposer des solutions efficaces, par ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ faire participer la communauté en tant que partenaire actif (par ex. création de fonds d'urgence communautaires, transparence sur les coûts de traitement fixes dans les établissements publics et les pharmacies locales, entretien des chemins et trottoirs par la communauté) ; ▶ organisation de fonds communautaires accessibles aux familles vulnérables dans des situations d'urgence ; ▶ maintien d'un approvisionnement stable de médicaments gratuits et transparence concernant les coûts fixes dans les établissements ; ▶ veiller à ce que la politique nationale de gratuité des soins soit mise en œuvre ; ▶ autonomisation des femmes sur le plan économique afin de les rendre plus indépendantes financièrement ; ▶ service porte à porte pour surmonter les restrictions de mouvement en dehors du foyer ; ▶ autonomisation sociale des femmes ; ▶ éducation des hommes à la santé – « sensibilisation » aux besoins sanitaires de leur famille. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les auteurs reconnaissent que si certaines des solutions proposées sont faisables dans le cadre d'un programme de santé, celles qui sont axées sur les normes sociales et l'autonomisation financière n'entrent pas dans leur sphère de compétences. ▶ Cet exemple illustre l'importance de relier les différents problèmes en matière de santé et de relier la santé au bien-être social au sens large et aux efforts de développement. Le fait que le programme n'était pas uniquement axé sur le paludisme mais sur un éventail plus large de problèmes de santé infantile (dont la pneumonie et la diarrhée) souligne également la nécessité que les programmes répondent à l'ensemble des besoins en matière de santé. 	Bedford KJA et Sharkey AB. <i>Local Barriers and Solutions to Improve Care-Seeking for Childhood Pneumonia, Diarrhoea and Malaria in Kenya, Nigeria and Niger: A Qualitative Study.</i> ²
Obstacles liés aux connaissances et à l'information	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Éducation stratégique et régulière à la santé, ciblant les membres clés de la communauté dotés de pouvoir décisionnel et d'influence (en particulier les hommes et les dirigeants locaux). 		
Health facility deterrents	<p>Solutions proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ centrage sur l'élaboration de mesures visant à améliorer l'expérience des patients, plus spécifiquement à réduire les temps d'attente, à améliorer les interactions avec le personnel de santé et à garantir la disponibilité de médicaments ; ▶ centrage sur la participation de la communauté en tant que partenaire actif (par ex. par la création de fonds d'urgence communautaires) ; ▶ transparence concernant les coûts fixes des traitements disponibles dans les établissements publics et les pharmacies locales ; ▶ promotion de l'entretien par la communauté des chemins et trottoirs, interaction avec les dirigeants locaux et les prestataires informels afin d'améliorer leurs connaissances. 		

² <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100038>

Obstacles identifiés	Mesures prises / Approches adoptées	Résultats escomptés / obtenus	Référence
Éloignement des services.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Au Niger, de nombreux participants ont signalé le travail important des relais [un type d'agent de santé communautaire] et l'énorme bénéfice pour la communauté que de pouvoir disposer d'un relais, avec ou sans poste sanitaire dans le voisinage. ▶ Autres suggestions : élargissement des services communautaires (au travers de services mobiles, de meilleurs services de proximité ou d'un rôle amélioré des agents de santé communautaires). 	Les services de santé et de contrôle du paludisme sont plus proches de la communauté.	Rapport du projet : <i>Malaria Matchbox</i> , Niger. June 2018.
Les normes de genre patriarcales font que les hommes chefs de famille s'accordent la priorité à eux-mêmes plutôt qu'à leurs épouses s'agissant de dormir sous une MIILD.	Un programme d'éducation par les pairs a été mis sur pied, visant à influencer positivement le comportement des hommes chefs de famille. Le programme comportait de courtes représentations théâtrales et des discussions en groupes de réflexion illustrant le rôle crucial que les hommes peuvent jouer s'agissant d'appuyer les femmes à la fois moralement et financièrement pour qu'elles aient recours au traitement préventif intermittent, aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et aux autres mesures de lutte antipaludique.	Le programme a mené à une augmentation rapide de l'utilisation de MIILD.	Partenariat Faire reculer le paludisme et Kvinnoforum. <i>A guide to gender and malaria resources</i> . Stockholm, 2005. ³
L'usage limité des MIILD est associé à un manque de confiance en soi et d'efficacité personnelle chez les femmes issues de zones rurales en Thaïlande, près de la frontière avec le Myanmar.	Programme d'autonomisation – Augmentation de la capacité des femmes pauvres et au faible niveau d'éducation et de leur confiance en soi en matière de participation à la lutte contre le paludisme grâce à la formation.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Résultats du programme : ▶ amélioration de l'aptitude des femmes à participer aux activités de lutte contre le paludisme ; ▶ amélioration de l'auto-estime et de la confiance en soi des femmes ; ▶ augmentation du nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide utilisées dans la communauté ; ▶ réduction de l'incidence du paludisme. 	Geounuppakul, M et al. <i>An empowerment program to enhance women's ability to prevent and control malaria</i> . Southeast Asian journal of Tropical Medicine and Public Health ; mai 2007 38:3. ⁴

³ https://www.k4health.org/sites/default/files/gm_guide-en%5B1%5D.pdf

⁴ https://www.researchgate.net/publication/5966271_An_empowerment_program_to_enhance_women's_ability_to_prevent_and_control_malaria_in_the_community_Chiang_Mai_Province_Thailand

Obstacles identifiés	Mesures prises / Approches adoptées	Résultats escomptés / obtenus	Référence
<p>Défis posés par une situation d'urgence humanitaire provoquée par des inondations dans la province de Gaza.</p>	<p>Le programme a adopté une approche participative (fondée sur l'appropriation) axée sur le renforcement des capacités et de l'efficacité des communautés touchées, plutôt que sur la seule distribution de MIILD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La communauté a participé aux activités de développement des capacités. ▶ Un dialogue a été stimulé au sein des communautés, dans le cadre duquel les résidents participaient à l'identification des problèmes les touchant, à l'analyse des causes de ces problèmes et à la conception des mesures et stratégies visant à y faire face. ▶ Un ensemble d'outils simples a été créé, principalement des dessins, racontant l'histoire du paludisme : illustrant le moustique qui propage la maladie, ses symptômes et son traitement, et les mesures que les communautés peuvent prendre en matière de prévention – telles que l'assainissement environnemental et l'élimination des eaux stagnantes où les moustiques peuvent se reproduire dans les villages. 	<p>Constatations d'une enquête postdistribution :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ meilleures connaissances et pratiques, par ex. 100 % des personnes interrogées savaient ce qu'est le paludisme ; 91 % savaient qu'il est transmis par les moustiques (contre 30 % seulement lors de l'enquête antérieure) ; ▶ 98,1 % avaient encore leurs moustiquaires et les utilisaient ; ▶ plus de 95 % des personnes ayant reçu une moustiquaire disaient dormir dessous ; ▶ les enfants étaient identifiés comme un groupe à haut risque par 85-89 % des répondants ; ▶ les communautés comprenaient mieux leur aptitude à prendre elles-mêmes des mesures contre le paludisme. 	<p><i>A Human Rights Approach During Emergencies - UNICEF website case study, 2004.</i>⁵</p>
<p>Les méthodes standard de lutte antivectorielle (MIILD et PID) ne conviennent pas pour les populations qui ne travaillent pas à domicile, notamment les populations mobiles / des régions reculées / les travailleurs forestiers.</p>	<p>* Autres technologies de lutte antivectorielle proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ répulsifs topiques pour les personnes qui ne sont pas chez elles durant les pics d'alimentation du vecteur ; ▶ usage de hamacs imprégnés d'insecticide de longue durée pour les travailleurs forestiers au Vietnam ; ▶ tissus imprégnés d'insecticide (par ex. draps) dans les zones de réfugiés en Afghanistan ; ▶ vêtements et articles de literie imprégnés d'insecticide au Kenya. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les résultats d'évaluations de savons à base de DEET au Pakistan et d'un répulsif végétal en Bolivie ont fait état de réductions significatives du <i>P falciparum</i> et du <i>P vivax</i> respectivement. ▶ Réduction du nombre d'infections associée aux moustiquaires imprégnées d'insecticide. <p>* Bien que ces interventions s'avèrent prometteuses, davantage de recherches sont nécessaires afin d'en valider l'efficacité et l'acceptabilité</p>	<p><i>Chris Cotter et. al, Strategies for new challenges. Lancet 201 ; 382 : 900-11.</i>⁶</p>

⁵ https://www.unicef.org/rightsresults/index_23693.html

⁶ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60310-4/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60310-4/fulltext?code=lancet-site)

Obstacles identifiés	Mesures prises / Approches adoptées	Résultats escomptés / obtenus	Référence
<p>Les travailleurs migrants sans papiers manquent d'informations de base sur le paludisme ainsi que d'un accès aux services de prévention et de traitement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des informations sur la maladie traduites dans les différentes langues utilisées ont été mises à disposition sur les lieux où les travailleurs ont pour habitude de s'arrêter ou d'attendre un taxi, ainsi qu'aux postes-frontières. ▶ Les agents de santé itinérants se sont rendus sur le lieu de travail des migrants pour leur fournir des informations et réaliser des dépistages ou les orienter vers les services à proximité. ▶ Certaines cliniques offraient des services mobiles plus complets. ▶ Une ligne téléphonique dédiée fournissait des renseignements sur les services de lutte contre le paludisme dans la langue des travailleurs. ▶ Collaboration avec les responsables de la santé pour lever les obstacles politiques et liés à la documentation entravant l'accès aux soins des travailleurs itinérants. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des milliers de travailleurs migrants ont pu bénéficier des services dans le bassin du Mékong. 	<p>Note d'information technique du Fonds mondial sur le paludisme, le genre et les droits de l'Homme (2016).⁷</p>
<p>Propagation de la résistance à l'artémisinine dans le bassin du Mékong parmi les populations les plus vulnérables : dans les régions reculées, sous l'effet des obstacles professionnels, sociaux et liés au genre, de l'éloignement des établissements de santé, de la méfiance à l'égard des responsables de la santé de la part des minorités ethniques ou des populations migrantes venant de pays voisins ou des populations travaillant illégalement dans des zones protégées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des équipes communautaires d'action contre le paludisme ont été mises en place ; ▶ Les membres de ces équipes se déplacent pour cartographier les lieux et les populations exposés au risque du paludisme dans leur territoire, sensibiliser à la prévention du paludisme, distribuer des MIILD, des MIILD pour hamacs, accompagner les personnes présentant des symptômes se faire diagnostiquer et traiter et s'assurer qu'elles observent leur traitement ; ▶ Les données de cartographie sont actualisées en temps réel, ce qui contribue aux activités essentielles de surveillance et garantit que les interventions suivent les risques là où ils apparaissent ; ▶ Les membres des équipes travaillent avec les communautés marginalisées en vue d'identifier les facteurs sociaux et liés au genre susceptibles de les exposer au risque. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le fossé entre les communautés vulnérables et les services de lutte antipaludique a été comblé. ▶ Les équipes communautaires d'action contre le paludisme peuvent également contribuer à apaiser la méfiance qui rendrait les personnes réticentes à entrer en contact avec les responsables de la santé. Cela est particulièrement important pour la continuité et l'observance des régimes thérapeutiques dans le contexte de la résistance à l'artémisinine. 	<p>Communication personnelle avec des Vietnamiens.</p>
<p>Populations dans des zones de conflit persistant durant la période au cours de laquelle le Sri Lanka cherchait à éliminer le paludisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accord entre les parties au conflit pour permettre la fourniture des services de lutte contre le paludisme. ▶ Alignement de l'engagement à réduire le paludisme entre les différentes parties. ▶ Les volets du programme financés par les autorités publiques (PID) et ceux financés par les partenaires (MIILD et traitement) ont pu être mis en œuvre efficacement dans les zones de conflit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réussite d'un éventail d'interventions dans les zones touchées par le conflit. 	<p>Abeyasinghe RR, et.al (2012) <i>Malaria Control and Elimination in Sri Lanka: Documenting Progress and Success Factors in a Conflict Setting</i>. PLoS ONE 7(8).⁸</p>

⁷ https://www.theglobalfund.org/media/5529/core_malariagenderhumanrights_technicalbrief_fr.pdf

⁸ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043162>

Obstacles identifiés	Mesures prises / Approches adoptées	Résultats escomptés / obtenus	Référence
Personnes touchées par un conflit ; réfugiés dans le monde entier	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Guide de terrain contenant des exemples d'interventions dans un éventail de situations d'urgence humanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bien que ce guide ne décrive pas en détail des exemples spécifiques, il fournit des orientations utiles sur la mise au point d'interventions appropriées dans ce type de contexte. 	Organisation mondiale de la Santé 2013. <i>Malaria control in humanitarian emergencies: an inter-agency field handbook- 2e éd.</i> ⁹
Connaissances et compétences limitées en matière de lutte contre le paludisme au niveau communautaire, en particulier dans les groupes difficiles à atteindre.	<p>Le rapport couvre un éventail d'approches :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilisation des technologies de l'information et des réseaux sociaux pour diffuser des messages sur la prévention et le traitement du paludisme. ▶ Le rapport décrit également les cycles de « faible statut, faible financement et manque d'éléments de preuve » en matière de paludisme, peut-être déjà connus des praticiens, mais disposer d'une liste exhaustive peut s'avérer un guide utile pour éviter les problèmes ; aux côtés d'un cadre stratégique afin de garantir la qualité de l'information diffusée et la manière dont elle est distribuée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le guide donne de nombreux exemples pratiques sur les manières de garantir l'accès aux personnes les plus exposées au risque du paludisme par différentes méthodes originales. 	Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme. <i>The Strategic Framework for Malaria Communication at a Country Level 2012-2017</i> . 2012. Genève, Suisse. ¹⁰
Endémicité persistante du paludisme dans certaines communautés rwandaises – nécessité de parvenir jusqu'au dernier kilomètre	<p>Centrage sur la participation des communautés pour parvenir aux dernières étapes de la lutte contre le paludisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ « Open Space » a été déployé pour étudier les priorités locales, stimuler la contribution des communautés à la planification des projets et promouvoir les capacités locales de gestion des programmes... Les participants comprenaient des représentants des communautés et des organisations locales soigneusement sélectionnés. ▶ Un système de récompense communautaire a été jugé important pour motiver les participants, à savoir les agents de santé communautaires et les ménages. ▶ La mise en place de clubs du paludisme dans les contextes scolaires a également été suggérée pour accélérer la sensibilisation des communautés et améliorer leurs compétences afin de faire reculer le paludisme. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le paludisme était perçu comme une préoccupation sanitaire malgré la réduction signalée de sa prévalence. ▶ Certaines idées fausses sur la cause du paludisme et la mauvaise utilisation des stratégies de prévention ont été signalées. ▶ Cette approche ascendante s'est avérée utile pour assurer la participation des communautés, leur permettant d'examiner les problèmes liés au paludisme dans la région et de proposer des solutions appropriées pour des progrès durables vers l'élimination du paludisme. 	Ingabire CM et al, <i>Community mobilization for malaria elimination: application of an open space methodology in Ruhuha sector, Rwanda</i> . 2014. <i>Malaria Journal</i> . 13; 167.

⁹ <https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241548656/en/>

¹⁰ https://endmalaria.org/sites/default/files/BCCstrategicFramework_0.pdf

Obstacles identifiés	Mesures prises / Approches adoptées	Résultats escomptés / obtenus	Référence
<p>Les populations pastorales sont laissées pour compte par les efforts standard de lutte contre le paludisme, en conséquence de quoi les programmes de lutte antipaludique n'enregistrent pas les résultats escomptés ; la mobilisation des dirigeants en faveur des efforts de lutte contre la maladie s'est avérée un défi notable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Interaction avec les dirigeants locaux au moyen de formations et de plaidoyer. ▶ Interaction avec les mères pour compléter les efforts des agents de santé communautaires au travers de l'éducation et de la motivation des membres des communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La proportion de femmes enceintes et d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la veille a augmenté de 27 à 86,5 % et de 17 à 84 % respectivement. ▶ Le recours au traitement de la fièvre a également augmenté. 	<p>Roll Back Malaria Partnership. <i>The Strategic Framework for Malaria Communication at a Country Level 2012-2017</i>. 2012. Genève, Suisse.¹¹</p>
<p>Les programmes n'identifient pas les groupes laissés pour compte et les obstacles auxquels ils sont confrontés. Les processus stratégiques d'information sont souvent axés sur la communication de l'information aux niveaux supérieurs plutôt que sur la programmation locale, les maîtres d'œuvre locaux se retrouvent dès lors souvent en possession de descriptions globales qui ne correspondent pas forcément aux particularités locales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les données aux fins de l'action locale contre le paludisme sont plus appropriées sous forme ventilée, et peuvent être collectées par des personnes ordinaires. ▶ Il y a partout des gens, jeunes et moins jeunes, qui sont capables, et désireux, d'assumer des tâches de surveillance des déterminants du paludisme au niveau local et de consigner leurs observations, par exemple dans un journal communautaire en ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Disposer de données communautaires récentes améliore l'appropriation, la responsabilisation et la reddition de comptes locales en faveur de l'action. ▶ Un journal communautaire en ligne. Un tel journal pourrait illustrer la situation réelle et l'évolution dans le temps sous format de tableau, de graphique ou de carte locale simple ou stratifiée. 	<p>Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme/PNUD. <i>Cadre d'action multisectorielle de lutte contre le paludisme</i>. New York et Genève. 2013.¹²</p>

¹¹ https://endmalaria.org/sites/default/files/BCCstrategicFramework_0.pdf

¹² <https://endmalaria.org/sites/default/files/uploads/2017/08/Multisectoral-Action-Framework-for-Malaria-fr.pdf>

Obstacles identifiés	Mesures prises / Approches adoptées	Résultats escomptés / obtenus	Référence
<p>L'identification des lacunes, des obstacles et des facteurs de risque au moyen des méthodes conventionnelles est difficile pour certaines populations vulnérables ou à haut risque, des techniques supplémentaires de surveillance et d'information stratégique s'avérant dès lors nécessaires.</p>	<p>L'étude identifie les méthodes de collecte de données utilisées dans différents domaines et évalue leur potentiel en termes de renforcement du programme de lutte contre le paludisme, par ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Un élargissement de l'échantillonnage en boule de neige – échantillonnage fondé sur les répondants – fournit un échantillonnage représentatif des populations difficiles à atteindre et peut être utilisé pour déterminer les facteurs de risque, par ex. pour les migrants à la frontière entre la Thaïlande et le Cambodge. ▶ L'échantillonnage par moment et lieu est une autre approche possible, selon laquelle l'échantillonnage se fait à un moment défini dans des endroits où les groupes à risque sont susceptibles de se rassembler, tels que des clubs sociaux, des bars, des marchés ou des arrêts de bus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Correctement adaptées au contexte local, ces méthodes pourraient être utilisées pour identifier, prévenir et traiter efficacement les infections qui, faute de cela, ne seraient pas prises en charge. 	<p>Gosling, Richard G. A. Feachem. <i>The changing epidemiology of malaria elimination: new strategies for new challenges</i>. Lancet 2013; 382: 900-11.¹³</p>
<p>L'identification des lacunes, des obstacles et des facteurs de risque au moyen des méthodes conventionnelles est difficile pour certaines populations vulnérables ou à haut risque (migrants non immunisés, groupes transfrontaliers à l'accès limité aux services de santé), des techniques supplémentaires de surveillance et d'information stratégique s'avérant dès lors nécessaires.</p>	<p>Cette étude décrit des techniques de surveillance pouvant renforcer l'identification et la compréhension des groupes vulnérables et des obstacles auxquels ils sont confrontés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'échantillonnage fondé sur les répondants a été utilisé pour acquérir des connaissances approfondies de ces groupes et des obstacles limitant l'efficacité des programmes de lutte contre le paludisme. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Une étude de populations migrantes du Cambodge et du Myanmar a été réalisée dans cinq zones rurales sélectionnées en Thaïlande, le long de la frontière avec le Cambodge. Cette étude par échantillonnage fondé sur les répondants avait pour but de déterminer les caractéristiques démographiques de la population, ses tendances migratoires, ses connaissances du paludisme et son recours aux services de santé. 	<p>Piyaporn Wangroongsarb et, al, <i>Respondent-driven sampling on the Thailand-Cambodia border. II. Knowledge, perception, practice and treatment-seeking behaviour of migrants in malaria endemic zones</i> Malaria Journal 2011, 10:117.¹⁴</p>
<p>Les programmes ne tiennent pas compte de l'impact des normes de genre sur la vulnérabilité au paludisme et l'accès aux services (pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le rapport explique l'importance de disposer de données ventilées par sexe pour les praticiens, les décideurs et les chercheurs, afin de mieux comprendre les communautés exposées au risque du paludisme, et énumère les catégories de données à collecter ou extraire. ▶ Le rapport contient une liste exhaustive de questions servant à évaluer l'incidence du genre sur les données et les résultats en matière de paludisme et indique des ressources à utiliser dans la pratique. Il explique que lorsque les données ne peuvent pas être ventilées, d'autres méthodes qualitatives, comme les groupes de réflexion ou les entretiens, sont appliquées pour répondre aux questions sur le style de vie des personnes, leurs besoins sanitaires, leur recours aux services de santé, leur compréhension du paludisme, de la prévention et du traitement. 		<p>MEASURE Evaluation. <i>The Importance of Gender in Malaria Data</i>. 2017.¹⁵</p>

¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594387>

¹⁴ <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-10-120>

¹⁵ <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205d>

Annexe 7 Aperçu de rapport d'évaluation

Le rapport devra inclure :

1. un **résumé** décrivant les principales procédures, conclusions et recommandations ;
2. le **contexte** de l'étude de l'équité, lequel peut inclure les critères de sélection des sites pour le travail de terrain, la sélection de l'équipe d'étude du genre et la sélection des objectifs, outils, participants et problèmes ;
3. une **description de la méthodologie et des outils utilisés**, y compris le nombre de personnes interrogées ;
4. les **principales conclusions quantitatives et qualitatives** ;
5. l'**incidence des conclusions** pour les participants, bénéficiaires et communautés cibles ;
6. l'**incidence des conclusions** pour le programme de lutte contre le paludisme et les parties prenantes ;
7. les **mesures/recommandations** de suivi (y compris un plan de travail) ;
8. une **bibliographie** indiquant tous les documents et données examinés et cités ;
9. une **annexe** contenant la liste et la ventilation démographique des répondants et des participants aux groupes de réflexion (sexe, tranche d'âge, lieu géographique, autres critères pertinents) ;
10. des copies de tous les **outils et questionnaires** utilisés.

PARTIE D : RÉFÉRENCES

1. Sundararajan R, Kalkonde Y, Gokhale C, Greenough PG, Bang A. Barriers to Malaria Control among Marginalized Tribal Communities: A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2013;8(12):e81966.
2. Bonilla E, Rodriguez A. Determining malaria effects in rural Colombia. *Soc Sci Med*. 1993;37(9):1109-14.
3. Chuma J, Okungu V, Molyneux C. Barriers to prompt and effective malaria treatment among the poorest population in Kenya. *Malar J*. 2010;9:144.
4. The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations Knowledge Management Platform. Accessed via <https://sustainabledevelopment.un.org> in April, 2019.
5. *Ibid*.
6. Martens P. Malaria and global warming in perspective? *Emerg Infect Dis*. 2000;6(3):313-4.
7. Chuquiyauri R, Paredes M, Penataro P, Torres S, Marin S, Tenorio A, et al. Socio-demographics and the development of malaria elimination strategies in the low transmission setting. *Acta Trop*. 2012;121(3):292-302.
8. Amarasinghe S. A socio-economic study of small-scale gemstone mining in Sri Lanka. Sri Lanka: UK Department for International Development (DFID). 1999.
9. Hiwat H, Hardjopawiro LS, Takken W, Villegas L. Novel strategies lead to pre-elimination of malaria in previously high-risk areas in Suriname, South America. *Malar J*. 2012;11:10.
10. Lyer A, Sen G, George A. The dynamics of gender and class in access to health care: evidence from rural Karnataka, India. *Int J Health Serv*. 2007;37(3):537-54.
11. Atuyambe L. Experiences of pregnant adolescents - voices from Wakiso district, Uganda. *African Health Sciences* 2005;5(4):651/6.
12. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78.
13. WHO Department of Gender, Women and Health. Gender and Health Information Sheet. Switzerland. June 2007.
14. World Health Organization G, Switzerland. World Malaria Report. 2018;SBN: 978 92 4 156565 3.
15. World Health Organization. Global technical strategy for malaria 2016-2030. World Health Organization, 2015.
16. World Health Organization RBMptem. High Burden High Impact. A targeted malaria response. March 2019.
17. RBM Partnership to End Malaria and United Nations Development Program. Multisector Action Framework for Malaria. 2013. https://endmalaria.org/sites/default/files/9_Multisectoral-Action-Framework-for-Malaria.pdf.
18. Ricci F. Social implications of malaria and their relationships with poverty. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2012;4(1):e2012048.
19. World Health Organization. World Malaria Report 2018. (WHO, Geneva, 2018).
20. World Health Organization. Malaria case management: operations manual. Geneva, 2019.
21. United Nations Children's Fund. A Human Rights-based Approach to Programming in Humanitarian Crises: Is UNICEF up for the Challenge? Draft. September 2003. EMOPS, UNICEF NY.
22. Kvinnoforum and the Roll Back Malaria Partnership. A Guide to Gender and Malaria Resources. Stockholm, 2010. Accessed via https://www.k4health.org/sites/default/files/gm_guide-en%5B1%5D.pdf in June 2019.
23. World Health Organization. Newsroom. Factsheet on Human rights and health. Geneva, 2017. Accessed via <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> in June 2019.
24. Ahorlu CK, Dunyo SK, Afari EA, Koram KA, Nkrumah FK. Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Trop Med Int Health*. 1997;2(5):488-99.
25. Al-Taiar A, Chandler C, Al Eryani S, Whitty CJ. Knowledge and practices for preventing severe malaria in Yemen: the importance of gender in planning policy. *Health Policy Plan*. 2009;24(6):428-37.
26. Ernst KC, Hayden MH, Olsen H, Cavanaugh JL, Ruberto I, Agawo M, et al. Comparing ownership and use of bed nets at two sites with differential malaria transmission in western Kenya. *Malar J*. 2016;15:217.

27. Wadunde I, Mpimbaza A, Musoke D, Ssempebwa JC, Ediau M, Tuhebwe D, et al. Factors associated with willingness to take up indoor residual spraying to prevent malaria in Tororo district, Uganda: a cross-sectional study. *Malar J.* 2018;17(1):5.
28. Pell C, Straus L, Andrew EV, Menaca A, Pool R. Social and cultural factors affecting uptake of interventions for malaria in pregnancy in Africa: a systematic review of the qualitative research. *PLoS One.* 2011;6(7):e22452.
29. Mushi AK, Schellenberg J, Mrisho M, Manzi F, Mbuya C, Mponda H, et al. Development of behaviour change communication strategy for a vaccination-linked malaria control tool in southern Tanzania. *Malar J.* 2008;7:191.
30. Magaco A, Botao C, Nhassengo P, Saide M, Ubisse A, Chicumbe S, et al. Community knowledge and acceptance of indoor residual spraying for malaria prevention in Mozambique: a qualitative study. *Malar J.* 2019;18(1):27.
31. Marchant T, Schellenberg JA, Edgar T, Nathan R, Abdulla S, Mukasa O, et al. Socially marketed insecticide-treated nets improve malaria and anaemia in pregnancy in southern Tanzania. *Trop Med Int Health.* 2002;7(2):149-58.
32. Munthali AC. Perceptions about the aetiology, treatment and prevention of convulsions in under-five children in Rumphu. *Malawi Med J.* 2003;15(1):11-2.
33. Jaiteh F, Dierickx S, Gryseels C, O'Neill S, D'Alessandro U, Scott S, et al. 'Some anti-malarials are too strong for your body, they will harm you.' Socio-cultural factors influencing pregnant women's adherence to anti-malarial treatment in rural Gambia. *Malar J.* 2016;15:195.
34. Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN. Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Soc Sci Med.* 2000;51(4):551-61.
35. Mbonye AKN, S.; Magnussen, P. Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Health Policy Plan.* 2006;21(1):17-26.
36. Mazigo HD, Obasy E, Mauka W, Manyiri P, Zinga M, Kweka EJ, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices about Malaria and Its Control in Rural Northwest Tanzania. *Malaria Research and Treatment.* 2010;2010:9.
37. Cornell M, McIntyre J, Myer L. Men and antiretroviral therapy in Africa: our blind spot. *Trop Med Int Health.* 2011;16(7):828-9.
38. Vajda EA, Webb CE. Assessing the Risk Factors Associated with Malaria in the Highlands of Ethiopia: What Do We Need to Know? *Trop Med Infect Dis.* 2017;2(1).
39. Yeshiwondim AK, Gopal S, Hailemariam AT, Dengela DO, Patel HP. Spatial analysis of malaria incidence at the village level in areas with unstable transmission in Ethiopia. *Int J Health Geogr.* 2009;8:5.
40. Sundararajan R, Kalkonde Y, Gokhale C, Greenough PG, Bang A. Barriers to malaria control among marginalized tribal communities: a qualitative study. *PLoS One.* 2013;8(12):e81966.
41. Vlassoff C, Manderson L. Incorporating gender in the anthropology of infectious diseases. *Trop Med Int Health.* 1998;3(12):1011-9.
42. UNDP. Discussion Paper: Gender and Malaria. 2016.
43. Atuyambe L, Mirembe F, Annika J, Kirumira EK, Faxelid E. Seeking safety and empathy: adolescent health seeking behavior during pregnancy and early motherhood in central Uganda. *J Adolesc.* 2009;32(4):781-96.
44. Baltimore MJHCF. The Health Communication Capacity Collaborative (HC3). *Malaria SBCC Evidence Literature Review.* 2017.
45. (HC3). THCCC. *Malaria SBCC Evidence Literature Review.* 2017.
46. USAID'S MALARIA ACTION PROGRAM FOR DISTRICTS YOUTH ANALYSIS.
47. Babalola S, Ricotta E, Awantang G, Lewicky N, Koenker H, Toso M. Correlates of Intra-Household ITN Use in Liberia: A Multilevel Analysis of Household Survey Data. *PLoS One.* 2016;11(7):e0158331.
48. Thawani N, Kulkarni MA, Sohani S. Factors associated with coverage and usage of long-lasting insecticidal nets in madagascar. *J Trop Med.* 2009;2009:451719.
49. Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A, de Savigny D, Schellenberg D, Mshinda H, et al. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. *Lancet.* 2003;361(9357):561-6.
50. Awuah RB, Asante PY, Sakyi L, Biney AAE, Kushitor MK, Agyei F, et al. Factors associated with treatment-seeking for malaria in urban poor communities in Accra, Ghana. *Malar J.* 2018;17(1):168.
51. Suswardany DL, Sibbritt DW, Supardi S, Chang S, Adams J. A critical review of traditional medicine and traditional healer use for malaria and among people in malaria-endemic areas: contemporary research in low to middle-income Asia-Pacific countries. *Malar J.* 2015;14:98.
52. Sundararajan Rea. "Sociocultural and structural factors contributing to delays in treatment for children with severe malaria: a qualitative study in southwestern Uganda." *The American journal of tropical medicine and hygiene.* 2015;vol. 92,5(933-940. doi:10.4269/ajtmh.14-0784)).
53. Chukwuocha UM, Dozie IN, Onwuliri CO, Ukaga CN, Nwoke BE, Nwankwo BO, et al. Perceptions on the use of insecticide treated nets in parts of the Imo River Basin, Nigeria: implications for preventing malaria in pregnancy. *Afr J Reprod Health.* 2010;14(1):117-28.
54. Diiro GM, Affognon HD, Muriithi BW, Wanja SK, Mbogo C, Mutero C. The role of gender on malaria preventive behaviour among rural households in Kenya. *Malar J.* 2016;15:14.
55. Malaria Control Unit Ministry of Health Nairobi K. *Gender and Malaria in Kenya.* 2015.

56. WHO. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. 2011.
57. Lwetoijera DW, Kiware SS, Mageni ZD, Dongus S, Harris C, Devine GJ, et al. A need for better housing to further reduce indoor malaria transmission in areas with high bed net coverage. *Parasit Vectors*. 2013;6:57.
58. Kirby MJ, Green C, Milligan PM, Sismanidis C, Jasseh M, Conway DJ, et al. Risk factors for house-entry by malaria vectors in a rural town and satellite villages in The Gambia. *Malar J*. 2008;7:2.
59. Ghebreyesus TA, Haile M, Witten KH, Getachew A, Yohannes M, Lindsay SW, et al. Household risk factors for malaria among children in the Ethiopian highlands. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2000;94(1):17-21.
60. Bradley J, Rehman AM, Schwabe C, Vargas D, Monti F, Ela C, et al. Reduced prevalence of malaria infection in children living in houses with window screening or closed eaves on Bioko Island, equatorial Guinea. *PLoS One*. 2013;8(11):e80626.
61. Sundararajan R, Mwanga-Amumpaire J, Adrama H, Tumuhairwe J, Mbabazi S, Mworozzi K, et al. Sociocultural and structural factors contributing to delays in treatment for children with severe malaria: a qualitative study in southwestern Uganda. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;92(5):933-40.
62. Heggenhougen VH, Pramila Vivek. The behavioural and social aspects of malaria and its control : an introduction and annotated bibliography / H. Kristian. Heggenhougen, Veronica. Hackethal, Pramila Vivek.
63. Fitzpatrick AML. The Impact of Public Health Sector Stockouts on Private Health Sector Care: Evidence from the Ugandan Antimalarial Market. 2016.
64. Kabaghe AN, Phiri MD, Phiri KS, van Vugt M. Challenges in implementing uncomplicated malaria treatment in children: a health facility survey in rural Malawi. *Malar J*. 2017;16(1):419.
65. Davlantes E, Salomao C, Wate F, Sarmiento D, Rodrigues H, Halsey ES, et al. Malaria case management commodity supply and use by community health workers in Mozambique, 2017. *Malar J*. 2019;18(1):47.
66. Roome E, Raven J, Martineau T. Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. *Confl Health*. 2014;8:18.
67. Riley C, Dellicour S, Ouma P, Kioko U, Omar A, Kariuki S, et al. Knowledge and Adherence to the National Guidelines for Malaria Diagnosis in Pregnancy among Health-Care Providers and Drug-Outlet Dispensers in Rural Western Kenya. *Am J Trop Med Hyg*. 2018;98(5):1367-73.
68. Okonofua FE, Feyisetan BJ, Davies-Adetugbo A, Sanusi YO. Influence of socioeconomic factors on the treatment and prevention of malaria in pregnant and non-pregnant adolescent girls in Nigeria. *J Trop Med Hyg*. 1992;95(5):309-15.
69. Panday S, Bissell P, van Teijlingen E, Simkhada P. The contribution of female community health volunteers (FCHVs) to maternity care in Nepal: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):623.
70. Mugisha F, Arinaitwe J. Sleeping arrangements and mosquito net use among under-fives: results from the Uganda Demographic and Health Survey. *Malar J*. 2003;2(1):40.
71. al MKe. Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Health policy and planning*. Advanced Acces. 2005.
72. U.W. Ibor GOA, A.I. Iwara, O.E. Okongor and I.I. Okino, 2012. Ownership and Utilization of Insecticide Treated Nets in Cross River State, Nigeria. *Journal of Medical Sciences*. 2012;12:198-206.
73. Diema Konlan K, Japiong M, Dodam Konlan K, Afaya A, Salia SM, Kombat JM. Utilization of Insecticide Treated Bed Nets (ITNs) among Caregivers of Children under Five Years in the Ho Municipality. *Interdiscip Perspect Infect Dis*. 2019;2019:3693450.
74. Abigail Donner AB, Ben Johns, Keith Mangam, Elana Fiekowsky, Jayleen Gunn, Mary Hayden, Kacey C Ernst. Equal opportunity, equal work: increasing women's participation in the U.S. President's malaria initiative Africa indoor residual spraying projec. *Global Health Science and Practice*,. 2017;5(4):603-16.
75. Amílcar Magaço CB, Pedroso Nhassengo, Mohomede Saide, Arminda Ubisse, Sérgio Chicumbe and Rose Zulliger. Community knowledge and acceptance of indoor residual spraying for malaria prevention in Mozambique: a qualitative study. *Malaria Journal*. 2019(18):27.
76. Kiwanuka S. Male Involvement in Maternal Health: Helpful or Harmful. 2015.
77. Bwalya BC, Sitali D, Baboo KS, Zulu JM. Experiences of antenatal care among pregnant adolescents at Kanyama and Matero clinics in Lusaka district, Zambia. *Reprod Health*. 2018;15(1):124.
78. Tanner M, Vlassoff C. Treatment-seeking behaviour for malaria: a typology based on endemicity and gender. *Soc Sci Med*. 1998;46(4-5):523-32.
79. Burns K. UNDP DISCUSSION PAPER: GENDER AND MALARIA. December 2015.
80. Tolhurst R, Nyonator FK. Looking within the household: gender roles and responses to malaria in Ghana. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006;100(4):321-6.
81. Vlassoff C. Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *J Health Popul Nutr*. 2007;25(1):47-61.
82. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000;Volume 50(Issue 10):1385-401.

