

# Acceptabilité des tests de diagnostic rapide du paludisme administrés par les agents de santé communautaire et satisfaction des bénéficiaires au Burkina Faso

Adja Mariam OUEDRAOGO<sup>1,2\*</sup>, Rachidatou COMPAORE<sup>1,2</sup>, Halima TOUGRI<sup>1,2</sup>, Anthony SOME<sup>1</sup>,  
Désiré Lucien DAHOUROU<sup>1</sup>, Adama BAGUIYA<sup>1,2</sup>, Ousmane BADOLO<sup>3</sup>,  
Kadari CISSE<sup>1</sup>, Seni KOUANDA<sup>1,2</sup>

## Résumé

**Introduction :** Cette étude visait à évaluer l'acceptabilité et la satisfaction de la communauté par rapport avec l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme pour la confirmation des cas suspects par les agents de santé à base communautaire (ASBC) dans trois districts sanitaires (Kaya, Saponé et Nouna) au Burkina Faso.

**Matériel et méthodes :** une étude transversale mixte concomitante a été conduite dans les trois districts sanitaires sélectionnés de Janvier à Août 2017. Un questionnaire a été administré à 487 bénéficiaires, choisis suivant un échantillonnage raisonné et systématique. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Stata 15 et Excel 2007. Une régression logistique a été réalisée avec un degré de signification p-value inférieure à 5%. Pour le volet qualitatif neuf focus group ont été réalisés auprès des bénéficiaires ; une analyse de contenu thématique a été effectuée grâce au logiciel Nvivo.10. Une triangulation des différents résultats a ensuite été effectuée.

**Résultats :** La quasi-totalité des enquêtés ont déclaré avoir accepté la réalisation d'un TDR pour eux ou pour un membre de leur ménage (98,7%). Les bénéficiaires étaient en général très satisfaits de l'intervention (72%), avec une différence de niveau de satisfaction entre les districts sanitaires. Le niveau de satisfaction était statistiquement associé à l'âge et au niveau d'instruction du bénéficiaire, au fait de bénéficier du TDR à domicile et à la perception de la disponibilité des ASBC.

**Conclusion :** l'utilisation des TDR du paludisme en milieu communautaire est très bien acceptée en milieu communautaire, avec un niveau élevé de satisfaction chez les bénéficiaires.

**Mots clés :** test de diagnostic rapide, paludisme, acceptabilité, satisfaction, agent de santé à base communautaire

## Acceptability of rapid malaria diagnostic tests administered by community health workers and satisfaction of beneficiaries in Burkina Faso

### Abstract

**Introduction:** To assess community acceptability and satisfaction with the use of malaria rapid diagnostic tests (RDTs) for confirmation of suspected cases by community-based health workers (CHWs) in three health districts (Kaya, Saponé and Nouna) in Burkina Faso.

1 Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Département Biomédical et Santé publique 03 BP 7192 Ouagadougou, Burkina Faso

2 Institut Africain de Santé Publique (IASP), Ouagadougou, Burkina Faso

3 JHPIEGO, Ouagadougou, Burkina Faso

\*Auteur correspondant: Adja Mariam OUEDRAOGO : email : adjamariam@yahoo.fr, Tel +22675509960 Ouagadougou.

**Materials and methods:** a concurrent mixed cross-sectional study was conducted in the three selected health districts from January to August 2017. A survey was administered to 487 beneficiaries, selected according to a convenient and systematic random sampling. The data were analyzed using Stata 15 and Excel 2007 software. Logistic regression was performed with a p-value less than 5%. For the qualitative component, nine focus groups were realized with the beneficiaries; a thematic content analysis was carried out using the Nvivo software.<sup>10</sup> A triangulation of the different results was then conducted.

**Results:** A majority of respondents declared that they accepted carrying out an RDT for themselves or for a member of their household (98.7%). Beneficiaries were generally very satisfied with the intervention (72%), with a difference in level of satisfaction between health districts. Satisfaction with the intervention was statistically associated with the beneficiary's age and education, receiving RDT at home and perceived availability of CHWs.

**Conclusion:** the use of RDTs for malaria in the community is very well accepted in the community, with a high level of satisfaction among the beneficiaries.

**Keywords:** rapid diagnostic test, malaria, acceptability, satisfaction, community-based health worker

## Introduction

Les progrès importants réalisés dans la lutte contre le paludisme ont permis une réduction du taux de mortalité du paludisme dans le monde. Ainsi selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le nombre de décès dus au paludisme était estimé à 435 000 en 2017, contre 451 000 en 2016 et 607 000 en 2010 (1). Malgré ces progrès, le continent Africain porte le plus lourd fardeau, avec environ 93% de tous les décès dus au paludisme (1). Le Burkina Faso fait partie des 17 pays qui ont enregistré près de 80% des décès dus au paludisme dans le monde en 2017 (1). Cette situation prévaut malgré la mise en place de plans stratégiques de lutte contre le paludisme.

La réduction des décès liés au paludisme nécessite un diagnostic et une prise en charge précoce et optimale des cas identifiés. Des stratégies visant à améliorer l'accès au traitement au niveau communautaire ont été approuvées par l'OMS (2). La disponibilité des tests de diagnostic rapide (TDR) qui sont faciles d'utilisation avec une formation minimale (3), a rendu le dépistage du paludisme au niveau communautaire possible. Cela permet ainsi de réduire les traitements inappropriés en administrant les antipaludéens uniquement à ceux dont le diagnostic du paludisme est confirmé (4,5). De plus, l'utilisation des TDRs permet également d'accroître l'accès au diagnostic et au traitement précoces dans les zones rurales.

Au Burkina Faso, la prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme dans les établissements de santé et au niveau communautaire fait partie des priorités du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Dans cette optique, une expérience pilote de l'utilisation des TDR du paludisme en communauté par les agents de santé à base communautaire (ASBC) a été menée dans les districts sanitaires (DS) de Nouna, Saponé et Kaya entre 2013 et 2015.

L'efficacité et la durabilité d'une telle intervention en communauté dépend d'une part de son acceptation par la communauté, et d'autre part de leur satisfaction vis-à-vis des services offerts par les ASBC (6,7). L'évaluation de l'acceptabilité et de la satisfaction des bénéficiaires des services offerts par les ASBC est indispensable pour mesurer et améliorer la qualité de ses services (8). De nombreux paramètres socioculturels peuvent influencer l'acceptabilité communautaire d'une nouvelle intervention (9). Cependant, une intervention bien acceptée peut facilement être diffusée dans toute la communauté.

Bien qu'il ait été démontré que l'utilisation des TDR est faisable en milieu communautaire, les études sur l'acceptabilité de cette intervention restent limitées à quelques pays en Afrique de l'Est, et encore moins en Afrique de l'Ouest (10,11) et cela à l'échelle d'un district ou d'une région sanitaires ; ces études se sont focalisées surtout sur l'acceptabilité de l'intervention (12-15). Aucune étude n'a cependant exploré la satisfaction des bénéficiaires sur l'administration des TDR en milieu communautaires par les ASBC, en même temps que l'acceptabilité de l'intervention.

Cette étude a pour objectif d'évaluer à la fois l'acceptabilité et la satisfaction de la communauté en rapport avec l'administration des TDR du paludisme par les ASBC dans les trois districts sanitaires de mise en œuvre de l'intervention. Tous ces districts disposent d'un site de surveillance démographique et de santé. En tenant compte de cet avantage, la présente étude a fait appel à une combinaison d'approches quantitatives et qualitatives.

## I Matériels et Méthodes

### • Type d'étude

Nous avons conduit entre janvier et août 2017, une étude transversale utilisant une approche mixte (quantitative et qualitative) concomitante dans trois districts sanitaires du Burkina Faso (Kaya, Saponé et Nouna). La phase pilote de l'utilisation des TDR du paludisme a été menée dans ces trois districts entre 2013 et 2015. Le choix de ces districts a été effectué en raison d'une part de leur situation géographique, chaque district étant situé à proximité d'un site sentinelle, et d'autre part de leur expérience en matière de prise en charge du paludisme à domicile (PECADO).

### • Description de l'intervention

Du mois d'avril 2013 au mois d'août 2015, cette intervention a été mise en œuvre dans les trois DS désignés.

Le DS Kaya, situé dans la région du Centre-Nord couvre une superficie de 5584 km<sup>2</sup> avec une population estimée à 564 867 habitants en 2014. Le DS de Nouna dans la région du Boucle du Mouhoun, couvre une superficie de 7424 km<sup>2</sup>, et compte 358 695 habitants. Enfin, le DS de Saponé est situé dans la région du Centre-Sud avec une superficie de 1700 km<sup>2</sup> et 106 502 habitants, en 2016 (16).

Les données ci-dessous décrivent la répartition des populations, des CSPS et des données sanitaires sur le paludisme en 2015 dans les trois DS (tableau I). Les données sur le paludisme concernent à la fois les centres de santé et le milieu communautaires.

**Tableau I** : données sanitaires des trois districts sanitaires en 2015

	<b>Kaya</b>	<b>Nouna</b>	<b>Saponé</b>
Superficie (km <sup>2</sup> )	5584	7424	1700
Population	564867	358695	106502
Villages	216	274	81
CSPS	31	37	19
Nombre d'ASBC formés	586	648	166
Nombre de cas suspects de paludisme en 2016	154 295	139 905	47 941
Nombre de TDRs réalisés	219191	209541	65048
Proportion de TDRs réalisés dont le résultat était positif (%)	76,9	81,2	82,3

A u

cours de la période de mise en œuvre de cette intervention dans les trois DS, 61636 cas suspects de paludismes ont été testés parmi lesquels 46359 cas (75,21%) ont été déclarés positifs. Au total, 54877 cas ont été traités dont 8518 sans confirmation soit 15,52%. Les cas référés s'élèvent à 9728. Des données désagrégées par DS n'étaient pas disponibles.

- **Population d'étude**

La population d'étude était constituée par les habitants des trois DS, qui étaient tous de potentiels bénéficiaires de l'intervention.

Ont été inclus dans cette étude toute personne d'au moins 18 ans, vivant sur l'aire au moment de la mise en œuvre de l'intervention et présente dans le ménage lors du passage des enquêteurs.

- **Echantillonnage et taille d'échantillon**

Plusieurs méthodes d'échantillonnage, raisonnée et aléatoire systématique ont été utilisées pour l'approche quantitative. Tout d'abord, un nombre raisonné de 1/6 du nombre total des CSPS des trois DS pilotes a été retenu pour l'étude, soit 16 CSPS. Ce nombre a ensuite été réparti de façon proportionnelle entre les trois DS (6 à Kaya, 5 à Nouna et Saponé). Les CSPS ont été par la suite choisis de façon aléatoire en utilisant la liste des CSPS par DS. La répartition de la taille de la population à enquêter a été effectuée proportionnellement à la taille de la population des DS.

La taille de l'échantillon a été estimée à l'aide de la formule pour une proportion unique de Cochran  $n = Z^2 1 - \alpha / 2 * (PQ) / d^2$ , (17), en considérant une erreur d'échantillonnage de 5%, un niveau de confiance de 95%, une acceptabilité des TDR communautaires (résultat principal) de 50%. Cela nous a permis d'avoir la taille de la population « n=144 ». le nombre total d'individus à enquêter a été estimé à 450 personnes pour les trois districts, en majorant la taille calculée de 10% pour prendre en compte un taux de non-réponse de 10% (soit « n=150 » par DS).

Pour l'étude qualitative, trois (3) focus groups de 8 à 10 participants ont aussi été réalisés dans chaque DS avec des hommes et des femmes ayant bénéficié des services des ASBC ainsi qu'avec des leaders communautaires (en groupes de 8 à 10 personnes) soit un total de 9 focus groups. Les questions ont concerné la dernière année de mise en œuvre afin de limiter les biais de mémoire.

- **Collecte des données**

Un questionnaire a été utilisé pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires, leur niveau d'information sur les TDRs, l'acceptabilité pour les bénéficiaires de l'administration par les ASBC, ainsi que leur niveau de satisfaction et les facteurs associés à cette satisfaction. Les questions ont porté sur les données socio-démographiques, l'acceptabilité des TDR, disponibilité des TDR à domicile et des ASBC. Pour les focus group, des guides de discussion ont été utilisés pour approfondir les motifs de satisfaction des bénéficiaires sur l'intervention ; les données ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone et complétées par une prise de notes en parallèle sur les guides d'entretiens.

Les entretiens et les focus groups ont été menés dans la langue où le répondant se sentait le plus à son aise (français ou langue locale).

- **Analyse des données**

L'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide des logiciels STATA version 15 et Excel version 2007. Les variables qualitatives ont été présentées par leur effectif et leur pourcentage. Une régression logistique a été utilisée pour rechercher les facteurs associés au niveau de satisfaction avec un degré de signification p-value inférieure à 5%.

Pour les données qualitatives, le logiciel Nvivo.10 a été utilisé pour une analyse de contenu thématique. Tous les entretiens qualitatifs audio ont été transcrits, traduits en français quand cela était nécessaire et saisis sous MS WORD. Pour éviter toute déformation des propos et assurer la qualité des transcriptions, des professionnels ayant une maîtrise parfaite des langues locales ainsi que du français ont été sollicités. Le dépouillement des données a été effectué suivant un codebook décrivant les thématiques d'intérêts de l'étude. Des analyses transversales et horizontales ont été réalisées.

Pour approfondir l'analyse et valider certains de nos résultats, une triangulation entre les résultats de différentes méthodes quantitatives et qualitatives a été effectuée.

- **Considérations éthiques**

Le protocole a été soumis et a obtenu l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (CERS N°2016-6-077). Les principes éthiques ont été respectés par l'équipe de recherche particulièrement, le respect du consentement éclairé à l'inclusion dans l'étude. La confidentialité et l'anonymat ont été assurés tout au long de l'étude.

## **II. Résultats**

- **Caractéristiques socio-économiques des bénéficiaires dans les ménages**

Pour l'étude quantitative, dans les trois districts sanitaires, 487 bénéficiaires ont été enquêtés. Parmi les 487 bénéficiaires enquêtés dans les ménages, 152 personnes provenaient du DS de Kaya, 164 du DS de Nouna et 171 de celui de Saponé.

La répartition des caractéristiques socio-démographiques était assez semblable dans les trois districts sanitaires. L'âge des participants variait entre 18 et 91 ans et la tranche d'âge de 25-34 ans était

la plus représentée (37,0%). Les femmes représentaient 74,5% de l'échantillon et près de 88% des enquêtés étaient mariées. La majorité des enquêtés (78,8%) n'avaient aucun niveau d'instruction. En ce qui concerne la profession, les enquêtés étaient principalement des agriculteurs (52,0%) (Tableau II).

**Tableau II** : Répartition des caractéristiques socio démographique des bénéficiaires enquêtés

	<b>KAYA</b> % (n=152)	<b>NOUNA</b> %(n=164)	<b>SAPONE</b> %(n=171)	<b>Total</b> %(n=487)
<b>Tranche d'âge</b>				
Moins de 25 ans	25,2	18,9	17,5	20,4
25-34ans	41,7	32,3	37,4	37,0
35-44ans	18,5	24,4	21,1	21,4
45 ans et plus	14,6	24,4	24,0	21,2
<b>Sexe</b>				
Féminin	79,7	64,6	79,4	74,5
Masculin	20,3	35,4	20,6	25,5
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	79,3	72,2	84,6	78,8
Primaire	15,2	19,8	11,8	15,5
Secondaire ou plus	5,5	8,0	3,6	5,7
<b>Statut matrimonial</b>				
Célibataire	6,4	5,7	4,7	5,6
Marié/en couple	87,1	91,7	84,6	87,8
Séparé/veuf	6,4	2,5	10,7	6,7
<b>Profession</b>				
Femme au foyer	23,3	29,6	18,3	23,7
Commerçant	9,3	8,0	21,3	13,1
Agriculteur	44,7	58,6	52,1	52,0
Autres*	22,7	3,7	8,3	11,2

Autres\* : élèves, étudiants et fonctionnaires

#### • **Acceptabilité des tests TDR par les bénéficiaires**

La confirmation des cas de paludisme avec les TDR est bien connue des communautés. La quasi-totalité des enquêtés ont déclaré connaître l'intervention (94,3%) (Voir tableau III).

Les sources d'informations sur la disponibilité des TDR sont pratiquement les mêmes dans les trois districts. Elles provenaient essentiellement des ASBC (57,9%) et des agents de santé (31,9%) (Tableau III).

La réalisation des TDR en milieu communautaire est une intervention bien acceptée par les communautés. La quasi-totalité des enquêtés ont jugé acceptable la réalisation d'un TDR pour eux ou pour un membre de leur ménage. Cependant, le nombre de personnes ayant bénéficié d'un TDR communautaire était plus élevé à Kaya (93,2%), comparativement à Saponé (57,8%) et Saponé (69,2%) (Tableau III).

**Tableau III** : Connaissance et appréciation des TDR par les bénéficiaires

	KAYA	NOUNA	SAPONE	Total
	% (n=152)	%(n=164)	%(n=171)	%(n=487)
<b>Personnes ayant entendu parler des TDR</b>				
Non	9,2	6,7	1,8	5,7
Oui	90,8	93,3	98,2	94,3
<b>Sources d'information</b>				
ASBC	69,6	42,2	62,7	57,9
Agents de santé	17,4	50,0	27,2	31,9
Autres**	13,0	7,8	10,1	10,2
<b>Personnes jugeant l'intervention acceptable la réalisation d'un TDR</b>				
Non	0,0	3,3	0,6	1,3
Oui	100,0	96,7	99,4	98,7
<b>Personnes ayant bénéficié d'un TDR communautaire</b>				
Non	6,8	42,8	30,6	27,3
Oui	93,2	57,2	69,4	72,7
<b>Disponibilité de l'ASBC</b>				
Très disponible	89,5	56,6	97,1	82,4
Peu disponibles	6,3	39	2,9	14,9
Pas du tout disponibles	4,2	4,4	0,0	2,7
<b>Niveau de Satisfaction</b>				
Peu ou pas satisfait	2,7	8,0	9,5	6,6
Satisfait	1,3	68,2	14,8	21,4
Très satisfait	96,0	23,9	75,7	72,0

Autres\*\* (Radio, télévision, crieur public)

Lors des focus group, les participants ont souligné les avantages de l'intervention.

Sur les neuf focus groups, la plupart des bénéficiaires étaient très enthousiastes à propos de la confirmation des cas suspects de paludisme par les TDR en communauté. L'intervention a été perçue comme représentant une amélioration de la qualité des services fournis en réduisant les difficultés liées à l'accès géographique, comme rapporté par une participante de focus group au DS de Kaya : « *Cela est bénéfique en matière de santé car certains habitent très loin du centre de santé. Lorsqu'ils sont malades ils doivent parcourir une longue distance pour atteindre le centre de santé ; arrivés, l'agent de santé peut détecter un paludisme chez l'enfant. Mais avec le TDR à proximité on peut diagnostiquer le mal et si c'est un paludisme grave ils vous réfèrent rapidement au centre de santé* ».

Ce même constat a été confirmé par une autre participante à Saponé : « *À mon avis, ça soulage la population des villages puisque tu devais aller au CSPS pour connaître ton état de santé, maintenant c'est à ta porte, donc nous les remercions pour cette bonne œuvre* »

Et aussi par un leader communautaire au DS de Nouna : « *C'est un grand soulagement... parce que les populations ont (maintenant plus) accès aux soins dans les villages.* »

La quasi-totalité des enquêtés ont déclaré que les ASBC étaient disponibles (82,4%) dans la communauté (tableau 2) pour la réalisation des TDR. Cela a été confirmé par les participants lors des focus group. Ainsi, selon un leader communautaire à Saponé :

« *Ils sont disponibles tous les jours. Ils se promènent dans les quartiers pour faire les TDR* ».

Un autre participant du focus group des hommes dans le DS de Saponé soutient la même idée :

« *C'est bien d'avoir des ASBC car ils sont parfois plus accessibles que le personnel de santé ; tu peux te rendre à l'hôpital et pour avoir la consultation c'est difficile alors que l'ASC tu peux le rejoindre chez lui à domicile à tout moment* ».

Cependant, la disponibilité des ASBC était plus élevée au DS de Saponé (97,1%) Kaya (89,5%) qu'à Nouna (56,6%).

Le professionnalisme des ASBC, constaté avec l'expérience avec la PECADO dans les trois DS, a aussi contribué à l'acceptation des TDR par les communautés. Comme le témoigne un leader communautaire dans le DS de Saponé : « *...On sait que c'est quelqu'un qui a été formé et qui pratique bien ce qu'il a appris.* »

#### • **Satisfaction des bénéficiaires**

Les résultats ont montré que les membres de la communauté étaient très satisfaits (72,0%) des services fournis par les ASBC, selon l'enquête quantitative (tableau III).

Les taux de satisfaction étaient légèrement variables d'un DS à l'autre, allant de 96% et de 75% de bénéficiaires très satisfaits respectivement à Kaya et Saponé, à 68% de bénéficiaires seulement satisfaits à Nouna.

La plupart des répondants lors des focus group ont apprécié l'accès amélioré, abordable et facile aux soins de santé dans la communauté. C'est ce qu'affirme un leader communautaire du DS de Kaya « *En tout cas on est satisfait du travail (par rapport aux TDR) qu'ils font dans le village ; avant il n'y en avait pas, mais maintenant qu'ils sont là et sont proches de nous pour nous aider en cas de maladie, on est vraiment satisfait de leur travail* ».

En analyse univariée, il y avait une association statistiquement significative entre le niveau de satisfaction de l'utilisation des TDR en milieu communautaire et l'âge des bénéficiaires, leur d'instruction du bénéficiaire, le fait de bénéficier du TDR à domicile et la disponibilité des ASBC (tableau IV).

Les bénéficiaires âgés de 35 à 44 ans avaient une probabilité plus élevée d'être satisfait (OR : 2,28) que ceux de moins de 25 ans.

Les bénéficiaires ayant un niveau secondaire ou plus avaient une probabilité plus faible d'être satisfait (OR : 0,26) comparés à ceux qui sont sans aucun niveau d'instruction. Ceux qui ont bénéficié d'un TDR à domicile avaient une probabilité plus élevée d'être satisfait (OR : 2,36 ; IC95%).

Les bénéficiaires qui ont déclarés que les ASBC sont peu disponibles avaient une probabilité plus faible (OR : 0,14 ; IC95%) d'être satisfait comparés à ceux qui ont déclarés que les ASBC sont beaucoup disponibles

**Tableau IV** : Facteurs associés au niveau de satisfaction en analyse univariée

	<b>Odds Ratio</b>	<b>p-value</b>	<b>[IC95%]</b>
<b>Tranche d'âge</b>			
Moins de 25 ans	1		
25-34ans	1,48	0,171	[0,84-2,61]
35-44ans	2,28	<b>0,021</b>	[1,13-4,60]
45 ans et plus	1,04	0,897	[0,55-1,97]
<b>Sexe</b>			
Féminin	1		
Masculin	0,69	0,162	[0,42-1,16]
<b>Niveau d'instruction</b>			
Aucun	1		
Primaire	0,99	0,965	[0,52-1,86]
Secondaire ou plus	0,26	<b>0,003</b>	[0,11-0,62]
<b>Statut matrimonial</b>			
Célibataire	1		
Marié/en couple	0,99	0,987	[0,35-2,85]
Séparé/veuf	1,73	0,449	[0,42-7,11]
<b>Profession</b>			
Femme au foyer	1		
Commerçant	0,51	0,157	[0,20-1,29]
Agriculteur	0,83	0,551	[0,45-1,51]
Autres*	1,56	0,275	[0,70-3,47]
<b>Déjà entendu parler des TDRs</b>			
Non	1		
Oui	0,55	0,359	[0,16-1,96]
<b>Habitant pour qui l'intervention est acceptable</b>			
Non	1		
Oui	3,08	0,253	[0,45-21,17]
<b>Habitant ayant bénéficié d'un TDR à domicile</b>			
Non	1		
Oui	2,36	<b>0,001</b>	[1,44-3,86]
<b>Disponibilité de l'ASBC</b>			
Beaucoup	1		
Un peu	0,14	<b>0,00</b>	[0,08-0,25]
Pas du tout	0,09	<b>0,004</b>	[0,02-0,47]

### III. Discussion

Cette étude menée dans un contexte d'évaluation de programme et sur différents sites d'intervention a évalué l'acceptabilité de l'utilisation des TDR de confirmation des cas suspects de paludisme en milieu communautaire et la satisfaction des bénéficiaires par rapport à cette intervention, à travers une approche mixte concomitante quantitative et qualitative.

#### Acceptabilité des TDR en milieu communautaire

Nos résultats montrent que l'administration des TDR par les ASBC est très bien acceptée par les populations bénéficiaires de l'intervention. L'étude révèle que les communautés accordaient leur confiance aux ASBC en raison de leur proximité avec les populations bénéficiaires, de leur disponi-

bilité et de leur professionnalisme.

L'utilisation des TDR en milieu communautaire présente un certain nombre d'avantages qui font que l'intervention est facilement acceptable pour les populations bénéficiaires. Le plus souvent pratiqués au domicile du patient, l'administration des TDR par les ASBC permet d'améliorer l'accès aux soins de santé et d'éviter le temps d'attente dans les centres de santé, cela le plus souvent à des coûts très abordables pour les populations. Cette acceptabilité élevée serait également due au fait que les ASBC soient en mesure de proposer un traitement basé sur les résultats des tests plutôt que sur la simple présence de symptômes et de signes. De plus, avec la mise en œuvre de la PECADO dans ces districts sanitaires, l'expérience que les populations ont du professionnalisme des ASBC permet de renforcer leur confiance sur le travail effectué par ces agents communautaires.

Nos résultats sont cohérents avec ceux d'interventions communautaires précédentes sur le paludisme (13,18). En effet, dans un district rural du Burkina Faso, on a rapporté une acceptation de la population de la prise en charge à domicile (PECADO) du paludisme par les ASBC, entraînant par là une réduction de la charge de travail dans les formations sanitaires a été observée après la mise en œuvre de la stratégie (18). De plus en plus de preuves suggèrent que les membres de la communauté d'autres pays, acceptent que les TDR soient utilisés par les ASBC (12, 13, 19).

Nos résultats ont également montré que les membres de la communauté bénéficiaient des informations sur les TDR communautaires par l'intermédiaire des agents de santé. Cela, conjuguée à des situations dans lesquelles des ASBC renvoyaient des personnes malades vers les centres de santé après des résultats négatifs de TDR, suggère une collaboration entre les agents de santé formels et les ASBC, témoignant de la qualité des relations de travail qui existent entre eux. L'approbation et le soutien des agents de santé, ainsi que la bonne relation agent de santé-ASBC sont des éléments qui potentiellement contribuent à améliorer l'acceptation des TDR par la communauté.

### **Satisfaction des bénéficiaires**

Malgré la différence constatée par district sanitaire en termes de couverture de la population par l'intervention, les taux de satisfaction globale restent élevés dans les trois districts sanitaires (supérieurs à 90% dans les trois districts). Cependant, le niveau de satisfaction chez les bénéficiaires du DS de Nouna étaient moins élevé à Nouna par rapport aux deux autres districts. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y avait un lien statistiquement significatif entre la satisfaction et l'accessibilité la disponibilité des TDR communautaires. En effet, tout comme pour l'acceptabilité, la satisfaction des bénéficiaires était influencée par le fait de pouvoir bénéficier d'une confirmation rapide de la maladie en cas de suspicion d'un cas de paludisme, et cela à domicile, à travers les services offerts par les ASBC. Cela a été également observé dans certaines études comme une des raisons d'appréciation de l'utilisation des TDR en milieu communautaire (20,21). Dans le cas du DS de Nouna, des difficultés lors de la mise en œuvre ont été rapportées telles que l'accessibilité de certains villages du fait de l'étendue du DS et du contexte.

La possibilité de pouvoir recevoir un traitement en cas de confirmation de la maladie était un élément de plus qui contribuait à la satisfaction des bénéficiaires. En effet, La disponibilité des médicaments et la continuité des soins entraînent généralement une augmentation de la satisfaction des clients à l'égard des services de santé dans les programmes nationaux d'agents de santé commu-

nautaires (15,22).

Le niveau de satisfaction également lié à certains facteurs socio démographiques tels que l'âge et le niveau d'instruction. Dans notre étude, les adultes étaient plus satisfaits que les jeunes sur l'utilisation des TDR en milieu communautaires. Diverses explications peuvent être avancées pour expliquer cela, tels que les convenances personnelles, les expériences antérieures ou les charges et responsabilités inhérentes à chacun du fait de son âge et/ou de sa position ; cela nécessite toutefois d'être approfondi à travers des recherche. Certaines études précédentes ont également signalé que les caractéristiques de base des répondants telles que l'éducation et l'âge, la proximité des soins, les communications interpersonnelles et le partage d'informations étaient de puissants prédicteurs de satisfaction des services de santé (23-24).

Les résultats de notre étude n'ont pas permis d'expliquer les raisons de non satisfaction de l'utilisation des TDRs en milieu communautaire, malgré le choix d'une méthode mixte. Cela pourrait suggérer un biais de désirabilité ou de sélection de nos répondants. Cependant, l'appréciation positive concorde avec le taux de satisfaction élevé retrouvé. Par ailleurs, le fait de faire une analyse non désagrégée par site des facteurs associés au niveau de satisfaction malgré les différences montrées par les résultats descriptifs pourrait être considérée comme une limite dans cette étude. Cette intervention pilote ayant un caractère pilote avec une visée de passage à l'échelle nationale, il était plus intéressant de rechercher des facteurs qui, dans l'ensemble, pourraient s'appliquer à tous les districts au niveau national.

D'une manière générale, cette étude nous permet, malgré ses limites, de montrer que le niveau de satisfaction élevé dans la population bénéficiaire s'appuie sur plusieurs aspects de qualité des soins. Ces sont notamment l'efficacité, la sécurité et l'accessibilité géographique et financière. Ces dimensions de qualité des soins devraient être mieux considérées afin d'améliorer et de renforcer les stratégies d'offres de services de santé communautaires.

## **Conclusion**

L'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme par les ASBC est une intervention acceptable et bien appréciée par les membres de la communauté. La planification et la mise en œuvre des interventions communautaires devraient prendre en compte les aspects de qualité des soins offerts pour une plus grande acceptabilité et satisfaction des populations bénéficiaires aux politiques nationales de santé et aux objectifs de développement durable

## **Conflits d'intérêts**

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucune relation financière ou personnelle qui aurait pu les influencer de manière inappropriée dans la rédaction de cet article.

## Références Bibliographiques

1. **Organisation mondiale de la Santé.** Rapport sur le paludisme dans le monde 2014. Organ Mond Santé [En ligne]. 2015 [cité le 21 avr 2015];28. Disponible: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/160460>
2. **World Health Organization.** Scaling up home-based management of malaria: from research to implementation. Geneva : World Health Organisation; 2004 p. 98.
3. **Boyce MR, O'Meara WP.** Use of malaria RDTs in various health contexts across sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health [En ligne]. déc 2017 [cité le 27 avr 2020];17(1):470. Disponible: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4398-1>
4. **Bell D, Wongsrichanalai C, Barnwell JW.** Ensuring quality and access for malaria diagnosis: how can it be achieved? Nat Rev Microbiol. 2006;4(9):682.
5. **Organization WH.** The role of laboratory diagnosis to support malaria disease management: Focus on the use of rapid diagnostic tests in areas of high transmission. Dans: The role of laboratory diagnosis to support malaria disease management: Focus on the use of rapid diagnostic tests in areas of high transmission. World Health Organization (WHO); 2006. p. 40.
6. **Druetz T, Ridde V, Kouanda S, Ly A, Diabaté S, Haddad S.** Utilization of community health workers for malaria treatment: results from a three-year panel study in the districts of Kaya and Zorgho, Burkina Faso. Malar J [En ligne]. 2015 [cité le 12 juin 2016];14:71. Disponible: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12936-015-0591-9.pdf>
7. **Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH.** Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We Know About Scaling Up and Sustainability? Am J Public Health [En ligne]. juill 2013 [cité le 20 oct 2018];103(7):e74–82. Disponible: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.301102>
8. **DuPree E, Anderson R, Nash IS.** Improving quality in healthcare: start with the patient. Mt Sinai J Med J Transl Pers Med. 2011;78(6):813–9.
9. **Chibwana AI, Mathanga DP, Chinkhumba J, Campbell CH.** Socio-cultural predictors of health-seeking behaviour for febrile under-five children in Mwanza-Neno district, Malawi. Malar J. 2009;8(1):219.
10. **Baiden F, Owusu-Agyei S, Okyere E, Tivura M, Adjei G, Chandramohan D, et al.** Acceptability of rapid diagnostic test-based management of Malaria among caregivers of under-five children in rural Ghana. PLoS One. Public Library of Science; 2012;7(9):e45556.
11. **Jegade AS, Oshiname FO, Sanou AK, Nsungwa-Sabiiti J, Ajayi IO, Siribí M, et al.** Assessing Acceptability of a Diagnostic and Malaria Treatment Package Delivered by Community Health Workers in Malaria-Endemic Settings of Burkina Faso, Nigeria, and Uganda. Clin Infect Dis [En ligne]. 2016 [cité le 23 juin 2017];63(S5):S306–11. Disponible: <https://pdfs.semanticscholar.org/6d6a/55a24a70b6f7fe261233f98087d453c6e82d.pdf>
12. **Counihan H, Harvey SA, Sekeseke-Chinyama M, Hamainza B, Banda R, Malambo T, et al.** Community health workers use malaria rapid diagnostic tests (RDTs) safely and accurately: results of a longitudinal study in Zambia. Am J Trop Med Hyg [En ligne]. 2012 [cité le 9 mars 2017];87(1):57–63. Disponible: <http://www.ajtmh.org/content/87/1/57.short>
13. **Mubi M, Janson A, Warsame M, Mårtensson A, Källander K, Petzold MG, et al.** Malaria Rapid Testing by Community Health Workers Is Effective and Safe for Targeting Malaria Treatment: Randomised Cross-Over Trial in Tanzania. Nosten F, rédacteur. PLoS ONE [En ligne]. 5 juill 2011 [cité le 9 mars 2017];6(7):e19753. Disponible: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0019753>
14. **Mukanga D, Tibenderana JK, Kiguli J, Pariyo GW, Waiswa P, Bajunirwe F, et al.** Community acceptability of use of rapid diagnostic tests for malaria by community health workers in Uganda. Malar J [En ligne]. 2010 [cité le 9 mars 2017];9(1):203. Disponible: <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-9-203>
15. **Mushi AK, Massaga JJ, Mandara CI, Mubyazi GM, Francis F, Kamugisha M, et al.** Acceptability of malaria rapid diagnostic tests administered by village health workers in Pangani District, North eastern Tanzania. Malar J [En ligne]. déc 2016 [cité le 17 avr 2020];15(1):439. Disponible: <http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-016-1495-z>

16. **Ministère de la Santé.** Annuaire statistique de la Santé 2015. Ouagadougou: Ministère de la santé; Burkina Faso 2016.
17. **Cochran, W. G.** Sampling Techniques, 2nd Ed. John Wiley&sons. New York : John Wiley and Sons, Inc.; 1963. 413 p.
18. **Tiono AB, Kaboré Y, Traoré A, Convelbo N, Pagnoni F, Sirima SB.** Implementation of Home based management of malaria in children reduces the work load for peripheral health facilities in a rural district of Burkina Faso. *Malar J* [En ligne]. 3 oct 2008 [cité le 4 janv 2019];7(1):201. Disponible: <https://doi.org/10.1186/1475-2875-7-201>
19. **Hawkes M, Katsuva J, Masumbuko CK.** Use and limitations of malaria rapid diagnostic testing by community health workers in war-torn Democratic Republic of Congo. *Malar J* [En ligne]. 2009 [cité le 23 juin 2017];8(1):308. Disponible: <http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-8-308>
20. **Bell D, Go R, Miguel C, Walker J, Cacal L, Saul A.** Diagnosis of malaria in a remote area of the Philippines: comparison of techniques and their acceptance by health workers and the community. *Bull World Health Organ.* 2001;79(10):933-41.
21. **Williams H, Causer L, Metta E, Malila A, O'Reilly T, Abdulla S, et al.** Dispensary level pilot implementation of rapid diagnostic tests: an evaluation of RDT acceptance and usage by providers and patients – Tanzania, 2005. *Malar J* [En ligne]. 2008 [cité le 5 janv 2019];7(1):239. Disponible: <http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-7-239>
22. **Gilson L, Walt G, Heggenhougen K, Owuor-Omondi L, Perera M, Ross D, et al.** National community health worker programs: how can they be strengthened? *J Public Health Policy.* 1989;10(4):518-32.
23. **Aldana JM, Piechulek H, Al-Sabir A.** Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ.* 2001;(79):512-7.
24. **Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T.** Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care.* 2002;11(4):335-9