

Agents de Santé Communautaires (ASC) à la guérison du paludisme : Nouvelles stratégies d'élimination du paludisme

Egide Nkurunziza, Doctorant

Prof. Elie Sadiki, Enseignant-Chercheur

Université du Burundi, Burundi

Prof. Justine Ehui Prisca, Enseignant-Chercheuse

Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Dr. Sr. Rosette Minani, Enseignant-Chercheur

Vianney Manirambona, Doctorant

Emmanuel Ngabirano, Doctorant

Université du Burundi, Burundi

Approved: 23 August 2026

Posted: 25 August 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Nkurunziza, E., Sadiki, E., Ehui Prisca, J., Minani, R., Manirambona, V., & Ngabirano, E. (2026). *Agents de Santé Communautaires (ASC) à la guérison du paludisme : Nouvelles stratégies d'élimination du paludisme*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2026.p547>

Résumé

Notre étude vise à comprendre la persistance du paludisme malgré la nouvelle stratégie de la prise en charge communautaire du paludisme par les agents de santé communautaire dans la région naturelle de Bugesera. En effet, au Burundi, le paludisme constitue un problème majeur de la santé publique et du développement socio-économique. Depuis 2012, les ASC contribuent à l'élimination communautaire du paludisme afin de réduire le taux de morbi-mortalité du paludisme. Pourtant, la tendance reste aujourd'hui croissante. Pour comprendre à fond cette persistance du paludisme, nous avons mené une étude socio-anthropologique auprès de 27 personnes dont 8 hommes et 19 femmes. Cet échantillon était composé de titulaires des CDS (Centre de Santé), de Techniciens Provinciaux de la Santé (TPS), de soignants, des femmes enceintes, du personnel du Programme National Intégré de Lutte contre le paludisme et les ASC. Nous avons utilisé une approche qualitative afin de comprendre les facteurs socioculturels qui handicapent la prise en charge communautaire du paludisme. Les informations récoltées ont été recueillies à travers les observations et les

entretiens, puis traitées par une analyse du contenu. Les résultats obtenus montrent que la faible motivation financière, faible niveau d'étude des ASC, manque de déontologie professionnelle, la rupture des intrants antipaludiques, la croyance en médecine traditionnelle et le népotisme dans l'accès aux soins constituent les principaux facteurs qui handicapent la prise en charge du paludisme au niveau communautaire par les ASC.

Mots-clés : Paludisme, Agent de santé communautaire, Prise en charge communautaire du paludisme, centre de santé, Région naturelle de Bugesera

Community Health Workers(CHW) in Malaria Treatment: Emerging Elimination Strategies

Egide Nkurunziza, PhD student

Prof. Elie Sadiki, Lecturer and Researcher

University of Burundi, Burundi

Prof. Justine Ehui Prisca, Lecturer and Researcher

Félix Houphouët Boigny University, Côte d'Ivoire

Dr. Sr. Rosette Minani, Lecturer and Researcher

Vianney Manirambona, PhD student

Emmanuel Ngabirano, PhD student

University of Burundi, Burundi

Abstract

Our study aims to understand the persistence of malaria despite the new strategy of community-based malaria management by Community Health Workers (CHWs) in the Bugesera natural region. Indeed, in Burundi, malaria is a major public health and socioeconomic development issue. Since 2012, Community Health Workers (CHWs) have been contributing to community-based malaria management in an effort to reduce malaria morbidity and mortality rates. However, the trend continues to rise today. To fully understand this persistence of malaria, we conducted a socio-anthropological study involving 27 participants, including 8 men and 19 women. This sample consisted of health center (CDS) staff, provincial health technicians (TPS), caregivers, pregnant women, staff from the National Integrated Malaria Control Program, and community health workers (CHWs). We used a qualitative approach to understand the sociocultural factors that hinder community-based malaria management. The data collection was carried out through observations and interviews, followed by content analysis. The results show that low financial motivation, low educational attainment among community health workers (CHWs), a lack of

professional ethics, shortages of antimalarial supplies, belief in traditional medicine, and nepotism in access to care are the main factors hindering community-based malaria care provided by CHWs.

Keywords: Malaria, Community health worker, Community-based malaria care, health centre, Bugesera Natural Region

Introduction

Le paludisme est l'une des maladies de forte endémicité en Afrique subsaharienne. Au Burundi, il demeure un problème majeur de santé publique et constitue l'une des priorités sanitaires nationales (PNILP, 2022; UNICEF, 2025). Elle reste l'une des priorités de l'Organisation Mondiale de Santé(OMS) à travers la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 qui vise une réduction de 90% de l'incidence et de la mortalité liée au paludisme (Niyomwungere et al., 2026; OMS, 2021). Le Burundi, à travers le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida(MSPLS), vise à zéro décès dû au paludisme à l'horizon 2027 (PNILP, 2021). La conjugaison des efforts permet en effet de diminuer les cas graves du paludisme dans la communauté. Les ASC jouent un rôle indéniable dans la lutte contre le paludisme mais leur contribution considérable varie d'une région à une autre (Banze Wa Nsensele et al., 2024). L'utilisation des ASC pour administrer des antipaludéens dans les villages peut diminuer le délai entre l'apparition de la fièvre et le traitement (Druetz, 2015b). Au Vietnam, les cas de paludisme ont diminué de 89% depuis 2016. La mobilisation et l'intégration des agents de santé des villages est la clé de ce succès et ils sont en première ligne de cette lutte (Global Fund, 2023).

En Afrique subsaharienne, les ASC facilitent l'administration des antipaludéens aux enfants fébriles dont le test est positif (Druetz, 2015a). Au Rwanda, l'initiative de recours aux ASC date de 2004 agissant dans la prise en charge à domicile du paludisme par Home-Based Management for malaria (HBM) pour diagnostiquer et traiter les cas du paludisme non encore compliqués. Par ailleurs, un contexte de mise en œuvre favorable et un bon niveau d'exécution du programme ont permis au HBM d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des soins, contribuant ainsi à réduire la mortalité liée au paludisme (Nzayirambaho, 2009). Pourtant, au Burkina Faso la prise en charge communautaire du paludisme rencontre des obstacles importants de faisabilité et d'implantation qui compromettent son efficacité potentielle pour réduire la mortalité infantile. Le manque de coordination entre le programme et les interventions locales concomitantes peut générer des effets néfastes et inattendus (Druetz, 2015a).

Depuis 2012, le Burundi à travers le ministère de la santé publique et de lutte contre le sida(MSPLS) a instauré une nouvelle stratégie de lutte

antipaludique à travers les ASC dans le but de réduire le taux de morbi-mortalité des cas du paludisme souvent observés à Kirundo, région du nord (Ndoreraho et al., 2020). Une des stratégies employées consiste en un programme pilote dans trois districts sanitaires du Burundi à savoir : Gahombo, Gashoho et Mabayi avec 719 ASC, pour la prise en charge communautaire du paludisme ou PECADOM (prise en charge communautaire à domicile du paludisme) afin de garantir le dépistage précoce et la prise en charge correcte du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Le Burundi compte actuellement 11 845 agents de santé communautaires au total avec un pour chaque sous-colline. Pourtant, la situation endémique palustre est en augmentation progressive avec 283 129 nouveaux cas de paludisme au premier semestre 2022 par rapport au premier trimestre 2021 (PNILP, 2021, 2022). Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont plus touchés (MSPLS, 2019a, 2019b, 2023a).

Les recherches antérieures faites n'ont pas suffisamment prise en compte de l'aspect socioculturel de la prise en charge communautaire du paludisme par ASC qui est encore privilégié et renforcé malgré ses défis. La récente étude sociologique se porte sur l'étude des perceptions du paludisme comme facteurs socio-anthropologiques influençant sur l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi (Minani, 2025), se distingue de la nôtre en ce qu'elle met l'accent sur les personnes adultes, alors que notre étude cible la prise en charge communautaire pour l'éradication du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Néanmoins, ces études sont complémentaires.

A la différence de la littérature existante, notre étude cherche à comprendre la persistance de l'endémie paludique malgré l'élimination communautaire du paludisme coordonnée par les ASC, considérée comme une stratégie innovante dans la région très touchée plus que les autres régions du Burundi, dans un contexte où l'Etat vise l'objectif de zéro malaria d'ici 2027 (MSPLS, 2023b). La mobilisation conjointe des outils de ethnographie et de la socio-anthropologie médicale permet à notre étude de proposer une lecture à la fois microsociale et systémique d'un problème majeur de santé publique. Aucune étude socio-anthropologique n'a été menée sur cet aspect précis, notre contribution est venue combler un vide analytique et approfondir la littérature existante en offrant une perspective empirique inédite sur le terrain burundais. Il est maintenant question de savoir comment une maladie évitable et maîtrisable (OMS, 2021) comme le paludisme continue à dévaster un nombre important de la population au Burundi alors qu'il y a d'autres pays qui servent d'exemple pour maîtriser cette maladie parasitaire en l'occurrence l'île Maurice en 1973, l'Algérie en 2019, Chine et El Salvador en 2021, Azerbaïdjan et Tadjikistan certifiés d'OMS en mars 2023 et récemment Égypte et le cap vert en 2024 (WHO, 2025). Il est alors

notre problématique de chercher à comprendre pourquoi la situation endémique du paludisme persiste encore malgré la nouvelle stratégie de la prise en charge communautaire du paludisme par les ASC au Burundi. L'objectif de l'étude est de comprendre la persistance du paludisme malgré la prise en charge communautaire à domicile de cette maladie par ASC dans la lutte préventive et curative. Ainsi donc, les interrogations qui articulent notre problématique se situent entre autres : Qu'est ce qui explique la persistance du paludisme au Burundi? Comment les ASC interviennent-ils dans la lutte contre le paludisme au Burundi ?

Méthodologie

Le présent travail est issu d'une enquête ethnographique qui s'est déroulée dans la région naturelle de Bugesera au mois de septembre 2024 dans les quatre communes: Giteranyi, Musinga, Kirundo et Ntega couvrant deux districts sanitaires respectifs Musinga et Kirundo au Nord-Ouest du Burundi. Orientée dans la logique de (Kleinman, 1980) et (Fassin, 1992) de l'anthropologie médicale, cette enquête de terrain adopte une approche compréhensive qui vise à saisir les représentations locales du paludisme telles qu'elles sont vécues et construites par les acteurs eux-mêmes. Elle a utilisé une méthode qualitative en faisant recours aux données primaires recueillies sur terrain, en les confrontant avec les données secondaires provenant de la documentation existante.

Nous avons fait des entretiens semi-directifs, observations et les focus groups menés au sein de 27 personnes dont 8 hommes et 19 femmes. Cet échantillon était composé de titulaires des CDS(Centre de Santé), de Techniciens Provinciaux de la Santé (TPS), de soignants, femmes enceintes et femmes ayant des enfants âgés de moins de cinq ans, les ASC, personnel du Programme National Intégré de Lutte contre le paludisme (PNILP), chefs des districts sanitaires de Musinga et Kirundo et des chefs locaux ayant un âge comprise entre 18 et 60 ans. Le choix des profils diversifiés d'informateurs clés permet de croiser les regards institutionnels, soignants et communautaires afin de comprendre la complexité des pratiques de prise en charge communautaire du paludisme. Cela s'inscrit dans la logique de la triangulation des sources et des méthodes (Cécile, 2020; Denzin, 2017). Pour Berger, la technique de la triangulation visant à utiliser les différents instruments pour récolter des informations permet d'avoir une connaissance plus complète et différenciée sur un même phénomène (Berger et al., 2010; Denzin & Lincoln, 1998).

Les résultats de la présente recherche sont obtenus à partir d'une analyse de contenu (Bardin, 1977) consistant, dans le corpus discursif collecté, à identifier les récurrences et les tensions entre les représentations biomédicales et les savoirs profanes. Les données de terrain ont été

anonymisées. Les entretiens ont été conduits en Kirundi (langue locale) et par après traduites en français lors de la transcription. Les données de terrain nous ont aidés à comprendre les réalités socioculturelles des populations liées aux croyances locales du paludisme et l'efficacité du traitement de cette maladie par les ASC dans la région naturelle de Bugesera. La référence bibliographique a été faite grâce à zotero.

En fin, la validité des résultats et la réussite de l'enquête de terrain a été motivées par les conditions éthiques notamment l'usage des noms pseudonymiques et la présentation des lettres officielles de collecte des données envers les autorités locales. Une analyse comparative a été aussi conduite pour comparer les mécanismes de travail dans les deux districts qui ont fait l'objet de notre étude.

Résultats

1. *Rôle des ASC dans la promotion de la santé publique*

Les agents de santé communautaires(ASC) sont des personnes volontaires vivant dans la communauté qui aident à promouvoir la santé publique grâce à la formation reçue sur terrain. Ainsi, un ASC fournit une éducation en matière de santé et des références pour un large éventail de services (Lokossou et al., 2019). Dans les pays à faible revenu, les ASC peuvent apporter des améliorations majeures dans la contribution au contrôle des palustres. Au Brésil, ils constituent des membres clés de l'équipe de santé et sont essentiels à la fourniture de soins de santé primaires et à la promotion de la santé (Perry et al., 2014). À Madagascar, les personnes en contact direct avec des agents de santé communautaires étaient dix fois plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives biomédicales que les autres (Stoebenau, 2003).

Au Burundi, pour le cas de notre étude, les ASC ont des tâches gigantesques à réaliser dans la communauté. Géneviève CIMPAYE, mère de 3 enfants, âgée de 36 ans, ASC de centre de santé (CDS) Nonwe témoigne lors de notre entretien :

« Nous faisons le diagnostic du paludisme avec les tests de diagnostic rapide(TDR), le traitement de cette maladie chez les enfants et adultes, de diarrhée et de la pneumonie chez les enfants. Nous sensibilisons à l'assainissement, rédigeons les rapports hebdomadaires, mensuels et trimestriels et participons également aux réunions au moins une fois par semaine au centre de santé(CDS) quel que soit les conditions de déplacements,... ».

Selon Cassien NIYONKURU, infirmier de la CPN au CDS Giteranyi révèle que :

« Certains ASC ne maîtrisent pas ce qu'ils font. Certains outils dépassent leur niveau de réflexion. Auparavant, ils étaient chargés peu de choses et c'était mieux. Mais actuellement, ils ont été donnés des charges qui dépassent leurs capacités et compétences... ».

Comme indiqué dans la citation, les services fournis par ces derniers sont coûteux et prennent tout leur temps. Plus de 80 % de leur temps sont consacrés au service de la communauté. Pourtant, les nombreuses tâches diminuent la qualité de service fourni et causent un fardeau dans l'économie de leur famille et dans les relations conjugales pour les mariés du fait que le service fourni ne correspond pas aux motivations reçues à la fin du mois.

2. *Motivation, genre et défis des ASC*

Au Burundi, les agents de santé communautaires sont majoritairement les femmes et travaillent comme volontaires, sans rémunération. La motivation en matière de compensation financière des dépenses effectuées est donc insuffisante par rapport à l'énergie fournie comme l'affirme Benoit Nzoyisaba, chef des ASC au sein du CDS Mugano dans le district Giteranyi :

« Le motivation est insuffisante. Les activités ont augmenté en se multipliant deux fois plus. Ainsi, nous avons tout laissé à la maison, sans rien produire à la famille pour s'occuper de ce service communautaire. Pourtant, la motivation n'a pas été augmentée ».

Selon Dative Kwizerimana, mère de 6 enfants, âgée de 40 ans dit :

« Les moyens financiers reçus ne sont pas suffisants. Nos services sont fatigants mais la motivation est très petite. Imaginez, il arrive que nous passions toute une semaine dans la communauté. Vous laissez seul un travailleur aux champs et à la fin du mois, vos partenaires vous demandent l'argent et vous en manquez. Dans ce moment-là, les conflits entre les partenaires commencent dans la famille ».

Le Fonds mondial, jusqu'à la fin de l'année 2019, a octroyé des incitations financières aux agents de santé communautaires œuvrant dans les districts sanitaires non couverts par le financement basé sur les résultats, afin de soutenir la conduite d'activités communautaires. Ce soutien a concerné 163 groupes d'agents de santé communautaires répartis dans les provinces de Bujumbura, Bujumbura Mairie, Rutana, Bururi et Rumonge. Ils recevaient une compensation supposée proportionnelle aux efforts fournis, confirmés par tous les enquêtés. C'est-à-dire que peu de cas traités diminuent la motivation au bout du mois. Notre étude a constaté que cela pourrait

influencer la qualité ou le biais des données du rapport donné car certains ont falsifié et augmenté le nombre des cas traités pour avoir plus de motivation.

Les motivations des ASC sont distribuées selon la compétence de chacun et selon la note d'évaluation de tout un chacun. Cette motivation n'est pas totalement consommée par un ASC. Il n'a le droit qu'au 70 % de frais gagnés à la fin du mois. Les 30 % qui restent vont directement au compte GASC (Groupement des Agents de Santé Communautaires) pour l'achat et remplacement des outils non fonctionnels et la solidarité mutuelle entre les d'appartenance d'un agent de santé. Malgré l'insuffisance de motivation, les services à rendre ne cessent d'augmenter de jour au jour. Ils passent tout leur temps au service et les activités familiales sont mises à part. Pourtant, les besoins à satisfaire sont là et ne cessent aussi d'augmenter dont nourrir les enfants, assistance sociale et participation aux cérémonies de la communauté. Pour se débrouiller, certains agents de santé cherchent autre boulot de débrouillardise dont le gardiennage chez les hommes, particulièrement à Kirundo.

Ainsi, La disponibilité des ASC n'est pas toujours garantie, car leurs occupations personnelles les contraignent à exercer d'autres activités génératrices de revenus (Yansaneh et al., 2016). Cette situation s'est observée à Kirundo sur la colline Nyange. Il devient alors difficile d'être servi en cas de besoin. N. Remy, homme âgé de 43 ans dit ceci : « Quand tu le trouves à la maison, il n'a pas de matériels. Cet ASC assure la sécurité pendant le soir. Lorsqu'un patient a besoin de lui pour une aide médicale, il ne le trouve pas facilement du fait qu'il n'est pas disponible. Toutes les heures du soir, il est occupé par son métier de gardiennage ... ».

En plus de l'absence de la motivation satisfaisante, Les Agents de santé communautaire investissent leurs moyens financiers dans l'achat du matériel. Ils disent :

« Nous nous achetons les registres et les unités de communications. Plus on réceptionne peu de médicaments, on traite peu de cas et par conséquent, on reçoit peu de motivation. Et ce peu de motivation, nous l'utilisons à l'achat des matériels. Le projet Tubiteho est chargé d'équiper les ASC mais ce sont nous-mêmes qui faisons les photocopies des fiches de stock, des gans, AL6 des enfants de -de 5ans, AL12, 18, 24, zinc, fiche de TDR, fiche sel minéral ».

A Muyinga, NIYONZIMA C., infirmier chargé de la CPN au sein du Centre de santé Giteranyi révèle que la motivation qui n'est pas satisfaisante pourrait avoir des effets pervers sur la qualité des services prestés. L'impact s'observe au niveau de rapportage des données : inexactitude des données, discordance des médicaments et des cas présentés.

BARUTWANAYO R. révèle que le niveau de pensée des ASC ne correspond pas aux tâches confiées car il y a des ASC qui sont plus âgés et qui ne réalisent pas les tâches confiées comme il faut. Il n'y a pas d'âge de retraite des ASC. Il stoppe la fonction en cas de l'incapacité de l'individu. Les ASC connaissent certaines faiblesses notamment le remplissage des outils à cause de leur niveau d'étude qui est bas, ce qui pourrait fausser les données des rapports produits. Cela est lié au manque de formation régulière.

Selon Lokossou, l'abandon du service par un ASC s'explique par son mariage, un nouvel emploi dans une autre localité, l'absence d'incitations monétaires, d'un problème de santé, et/ou l'absence de soutien de la communauté (Lokossou et al., 2019). Par contre au Burundi, la précarité des agents de santé communautaire les pousse à chercher de la vie autrement et impacte la qualité des services fournis. Les patients retardent souvent à se faire diagnostiquer auprès des ASC. Et si l'absence de ces derniers s'y ajoute, le paludisme se complique davantage dans la localité du fait que les piqûres des moustiques se propagent d'un moment à l'autre.

Ainsi, notre étude montre que les femmes constituent plus de 80% des ASC dans cette région et rencontrent des défis liés aux mésententes avec leurs maris pour des raisons endogènes et exogènes. C'est-à-dire que les partenaires de certaines femmes ASC ne tolèrent pas une absence totale de leurs femmes. Ces dernières sont accusées du concubinage et inactives dans leurs familles. Cela est dû au comportement des femmes ASCs, qui se méconduisent après avoir reçu la motivation (rémunération) à la fin du mois, en se promenant avec d'autres hommes de la localité dans les bars sans présence de leurs maris.

Ndacayisaba Edouard, un homme marié de 6 enfants, âgé de 54 ans de la colline Nyange-Bushaza le souligne dans son entretien :

«Les hommes se plaignent que leurs femmes ASCs n'amènent rien dans la famille. Ayant reçu de l'argent, elles passaient quelque fois une nuit chez un autre homme avec qui ils partageaient les boissons pendant la journée. Par conséquent, les mésententes et les divorces apparaissent et le travail ne se faisait plus comme il faut. Les hommes ASC, pour eux n'ont aucune difficulté dans le travail. Ils apportent la ration à la maison mais les femmes, ahaaa !!!, elles ne prennent que la bière et rentrent à main vide...».

Le témoignage de Monsieur Edouard Ndacayisaba montre que certaines femmes se heurtent aux défis dans la réalisation de leurs tâches à cause de leurs maris mais aussi de leurs comportements qui risquent d'entraîner le divorce en cas de la mésentente entre les partenaires. Pourtant, les enquêtés affirment que les femmes accueillent et traitent mieux les patients qui se dirigent vers elles. Le constat est que les ASC surtout les

femmes contribuent significativement à la lutte préventive et curative contre le paludisme sauf qu'il y a des petites incohérences déontologiques professionnelles, les défis liés au niveau d'étude des ASC ainsi que la rupture des intrants antipaludiques (Alyssa et al., 2024; Hamed et al., 2026) qui sont des barrières dans leur travail.

3. *Inégalité et népotisme dans l'accès au soin de santé*

Dans notre étude, le phénomène du népotisme s'observe chez les ASC dans leurs interventions de lutte contre le paludisme dans le programme de prise en charge communautaire par la population. Ce phénomène d'accès inégal aux soins dans le traitement du paludisme au niveau local s'observe souvent à Kirundo plutôt qu'à Muyinga. Les gens ayant des relations amicales avec les ASC sont plus favorisés par rapport aux autres patients.

L'enquête effectuée à Muyinga montre que ce phénomène d'inégalité au niveau du traitement n'a pas de la même ampleur qu'à Kirundo. Certains ASC informent les patients qu'il n'y a plus des antipaludiques dans le stock. Mais par contre, lors qu'il se présente un patient ayant une relation amicale avec l'ASC, les médicaments sont alors disponibles pour lui. Ce comportement suscite des frustrations des patients et démotive ces derniers de se rendre encore aux ASC et d'autres ne s'y rendent plus, préférant plutôt s'en aller directement aux CDS après l'aggravation de la maladie suite à l'échec de l'automédication (Nkurunziza et al., 2025). K. Valérie, une jeune femme âgée de 37 ans de la colline Kirundo dit :

« Je me suis présenté plus de deux fois aux agents de santé communautaires et j'étais vraiment mal à l'aise. L'ASC à qui je me suis adressée m'a dit que le stock des médicaments a déjà terminé. Mais ce qui m'a choquée est que mon voisin s'y est présenté à la même ASC après moi et a reçu le traitement après deux heures de mon départ ... ».

Cet entretien de Madame K. Valérie illustre le traitement inégal des patients par les ASC et cette inégalité suscite des colères dans les malades. Ainsi, l'inégalité à l'accès aux soins de santé s'observe au niveau préventif mais aussi au niveau curatif. Les paludéens des familles pauvres subissent de cette inégalité et le népotisme plus que les familles aisées. D'abord, ils n'ont pas de moyens pour se rendre au CDS par crainte de dépenses financières. Ensuite, avec l'habitude de soins gratuits, ils restent à la maison pensant que les douleurs vont diminuer et c'est à ce moment que le paludisme se complique davantage. Enfin, d'autres s'enfuient aux pharmacies pour se procurer des comprimés et à la phytothérapie.

Les femmes et les enfants en subissent plus. Cette réalité a été aussi constatée dans une étude menée au Cameroun montrant que les coûts d'accès aux médicaments sont prohibitifs pour une grande partie de la population qui vit en situation de pauvreté financière, si bien que « la pratique de

l'automédication est devenue un trait marquant des comportements des malades exclus de l'accès aux services de santé de qualité à des prix abordables et des services offerts aux personnes les mieux nanties (Sanni Yaya, 2010; Yousofou, 2023). Dans la logique de ces auteurs, l'étude a observé que ceux qui n'ont pas à donner ont plus de limites d'accéder facilement aux soins antipaludiques. Cela montre que les plus favorisés sont les personnes qui ont noué des relations directes avec les agents de santé communautaires. Et ce comportement inapproprié de certains ASC limite le nombre important des patients qui se présentent chez eux pour des soins de premier degré. Le constat est que le népotisme au sein des ASC peut entraîner et favoriser l'augmentation de nombre de cas de paludisme et peut aussi induire l'échec de la PECADOM considérée comme approche moteur de la réussite de la lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

4. *Comportement des ASC en vers les patients*

Le comportement du prestataire du service dans un environnement professionnel en général et dans un milieu médical joue un rôle incontournable dans le traitement d'une maladie et impacte et influence la perception du patient. La prestation de service de qualité dépend du comportement de celui qui preste. Le comportement de certains ASC de la zone d'enquête ne plaît pas les patients paludéens. Nous citons entre autres :

a) *Ivrognerie et changement de comportement*

Certains ASC se montrent ivres. Dans la culture burundaise, la boisson est plus privilégiée par un grand nombre de burundais et certains adages kirundi l'encouragent : « umugabo ntarya aranwa » veut dire « l'homme en mange pas, il boit ». Un autre : « Utunyengeri tuyagira kwigufa » veut dire « les fourmis s'entretiennent autour d'un os ». Cette tradition est ancrée dans les veines des burundais et a un impact sur la vie de tous les jours y compris dans les services. Jadis, la signification sociale donne à l'usage de la bière une place essentielle dans la société burundaise et ses expressions collectives et apparaît comme le ciment de la solidarité communautaire, l'élément catalyseur d'une bonne « causerie » et de l'entente sociale (Ndayishemeze, 2024). Pourtant, l'ivrognerie était et est toujours socialement bannie et très déconsidérée sur tous les plans.

Les informateurs ont évoqué l'alcoolisme extrême chez certains agents de santé communautaires des collines visitées de la province Kirundo. Après avoir eu la motivation à la fin du mois, ils se servaient quelques boissons pour motifs de se faire oublier la fatigue qu'ils ont eu durant le mois de service. C'est dans ce cadre qu'un certain moment ils oublient leur rôle de servir les patients ayant besoin de soins de santé.

Certains ASC surtout les hommes passent parfois un long moment dans les bars de la localité. Par conséquent, les patients viennent demander les soins de santé mais comme ils ne sont pas disponibles à ce moment pour

offrir des médicaments aux patients en besoin, les patients ne reçoivent pas le traitement à temps réel et les piqûres ne cessent de s'étendre. Ce qui pourrait entraîner les cas compliqués du paludisme et la maladie se propage facilement.

Bien que la consommation de l'alcool ou la bière soit dans les veines des burundais, sa consommation excessive est réprimable dans la société burundaise (Ndayishemeze, 2024). L'alcoolisme incontrôlé des ASC - hommes et femmes est confirmé par une infirmière du CDS Kirundo Uwizeyimana Marie Goreth, ayant 9 ans de service.

Voici son entretien : « ...oui, il y a certains ASC qui sont ivres. La maîtrise de la consommation de l'alcool reste un problème sérieux chez eux et même la population de notre localité. Cela a un effet pervers sur la qualité de service fourni. Quelques fois, les paludéens viennent au CDS parce qu'ils n'ont pas trouvé de soins chez les ASC du fait que ces derniers n'ont pas soit des antipaludiques dans le stock, soit ils sont dans les bars. Cette situation est connue... ».

Dans un focus group, MUKECURU Candide, une mère de deux enfants âgée de 26 ans témoigne ceci :

« A oui, la majorité des ASCs sont les prostitué-e-s (-indaya-en langue locale) et ivres. L'ivrognerie est fréquente chez eux. Que ce soit les hommes, que ce soit les femmes. Ils se méconduisent et nous injurient à cause de l'alcool extrême. Ils dévoilent les informations confidentielles des patients. Ainsi, ce comportement ne dépend pas de l'âge, tous sont concernés, a ouiiii. Et je ne peux pas consulter un ASC de comportement pareil. Je préfère l'abandonner et me débrouiller autrement ».

La consommation de l'alcool en soi n'est pas mauvais mais sa consommation incontrôlée a un impact sur la confiance de soins de qualité fournie par ces derniers comme nous l'observons les extraits ci-dessus. Ce phénomène est constaté à Kirundo et a été signalé par plus de 30% des enquêtés.

Les informateurs enquêtés s'expriment qu'il est difficile de recevoir un service de qualité et avoir confiance en une personne ivre. Pour eux, l'ivrognerie cause la perte de conscience et ce que l'ivre fait ne résulte pas de la conscience réelle de la personne intelligente mais plutôt les émotions animées par l'alcool. Et le résultat du test ne devrait pas être ce qui est réel. Ce qui cause la perte de confiance des patients en ASC. Pour ce faire, les patients craignent qu'ils puissent être mal soignés et servis. A ce moment, ils préfèrent aller à la pharmacie pour se procurer de comprimés sans ordonnance médical.

Une agente de santé communautaire à Giteranyi enquêtée affirme que certains ASC de ses collègues, méprisent les patients si ces derniers ont besoin d'eux/elles. Les agents de santé restent s'endormir disant que les heures de se réveiller ne sont pas encore arrivées et les patients décident de ne pas revenir du fait qu'ils ne sont pas reçus. Cela a aussi des conséquences négatives car en l'absence des soins gratuits, ils peuvent passer des jours à la maison, soit suite à une longue distance à parcourir pour arriver aux formations sanitaires, soit suite au manque des moyens financiers pour les consultations et dépenses afférentes. Durant cette période de recherche des moyens financiers, la maladie se complique davantage et les populations environnantes sont attaquées des piqûres de moustiques vecteurs du paludisme.

b) Concubinage

Le concubinage est un phénomène mal connoté dans la société burundaise. Les pratiquants de ce phénomène sont déconsidérés et découragés. Ledit phénomène s'observe aussi chez les ASC et a un effet pervers sur l'adhésion des patients au programme de prise en charge communautaire du paludisme. Dans le contexte socioculturel au Burundi, la stabilité conjugale est valorisée et constitue un indicateur de respectabilité sociale. La culture burundaise dévalorise l'homme qui n'est pas stable en matière de la sexualité. Ce comportement ne manque pas dans notre zone d'étude à Kirundo et à Muringa.

Dans notre cadre d'étude, certains ASC - hommes et femmes- qui entretiennent des relations extraconjugales ou étant dans une situation polygamique sont considérés comme manquant de moralité professionnelle. Cette considération ou perception négative entraîne une méfiance des patients envers les ASC et provoque par conséquent un affaiblissement de leur légitimité socio-professionnelle dans la communauté. Pour Zou Yohan, le manque de consultation communautaire est un facteur considérable qui peut expliquer et justifier une faible adoption des programmes, et qui peut même cause une croissante méfiance des communautés chez les ASC (Zou et al., 2025). Par conséquent, les patients surtout les paludéens ont une image négative en vers les ASC autre que d'apporter une guérison et tendent à se méfier d'eux, privilégiant l'automédication, soit par des produits pharmaceutiques disponibles dans la région proche, soit par la phytothérapie traditionnelle. Ce qui entraîne la résistance des parasites du paludisme sur les antipaludiques compliquant davantage le paludisme grave.

Dans cette étude, le constat est que les comportements considérés comme déviants sur le plan moral, tels que le concubinage ont une influence directe ou indirecte de compromettre l'efficacité des interventions communautaires de lutte contre le paludisme, tout en fragilisant la relation de confiance entre les ASC et les patients de la zone environnante.

5. *Coordination et supervision des ASC*

La coordination des ASC est une chose incontournable pour avoir des services de qualité dans la communauté. La formation et la supervision adéquate des ASC peuvent améliorer les compétences et les connaissances nécessaires pour fournir les soins de qualité (WHO/UNICEF, 2012). L'enquête effectuée dans deux provinces de Kirundo et Muyinga révèle que la coordination des ASC est quasi-absente. Ce qui peut impacter significativement sur les résultats de l'épidémiologie du paludisme dans la région d'étude. La prise en charge communautaire du paludisme rencontre des obstacles de manque de coordination entre le programme et les interventions locales concomitantes (Druetz, 2015b; WHO/UNICEF, 2012). Dans la même ligne de cet auteur, les chargés de la coordination et supervision des ASC sont des infirmiers(ères) œuvrant aux Centres de Santé (CDS). Ils/elles sont confié(e)s cette tâche de supervision qui s'ajoute aux autres charges de la fonction quotidienne. Cette lourdeur des tâches qui leur sont confié(e)s a un impact sérieux sur l'amélioration et le renforcement des capacités des ASC à la lutte contre le paludisme à travers la prise en charge communautaire du paludisme. Ils/elles sont surchargés d'autres activités des centres de santé. Ce qui provoque l'absence totale de supervision des ASC dans le traitement du paludisme au niveau communautaire. Cela a eu un impact de la qualité de soins et de données fournies par ces ASC à la fin du mois.

L'étude a relevé que les titulaires des CDS ne facilitent pas les activités de supervision. Ils/elles obligent les infirmiers (chargés de la supervision des ASC) de s'occuper des activités de CDS. Le circuit reste le même durant tous les trimestres de l'année. L'absence de la supervision et de la relation professionnelle entre les ASC et leurs superviseurs entraîne la continuité des imperfections qui ne sont pas corrigées à temps et le nombre de cas paludéens ne cessent de monter. Par conséquent, notre étude a constaté que la non-supervision est aussi à l'origine de la discordance des données des rapports produits, ce qui pourrait entraîner une mauvaise décision prise à travers ces données.

Les rapports fournis par les « superviseurs » ne sont pas en effet conformes à la réalité du terrain. Mais comme ils reçoivent de la motivation liée à la supervision, les rapports sont produits pour que ladite motivation ne soit pas suspendue. Autre constat est que les techniciens provinciaux de santé (TPS) qui peuvent appuyer, n'ont pas d'outils et des canevas de rapport standards pour contribuer au renforcement et à la supervision des ASC. En plus de ces matériels s'ajoutent le problème de déplacement et l'absence de motivation. Les TPS (*spécifiquement à Kirundo*) rencontrés sur terrain, qui ont des qualifications pour ce fameux travail de supervision, ne sont pas confiés cette tâche pour l'exercer suite aux profits qu'on y tire.

6. *Croyance en médecine traditionnelle*

La croyance est un élément important dans la détermination des facteurs socioculturels qui influencent la réussite ou l'échec d'un programme de santé. Les ASC se donnent corps et âme pour sauver une vie des gens et des paludéens mais la croyance en des pratiques médicales non conventionnelles sont toujours présents. La tâche des ASC la plus importante est la sensibilisation pour encourager et éveiller les populations à se présenter au sein des formations sanitaires dès que la maladie manifeste les premiers symptômes très tôt possibles. Les séances de sensibilisation se font au moment des réunions colinéaires et ils ont une occasion d'exposer et d'expliquer aux populations les meilleures façons de lutter contre le paludisme.

Pourtant, la province Kirundo présente de nombreux tradi-praticiens et ces derniers ont un démarquage au sein de la communauté. Les malades s'y rendent souvent quand ils présentent des symptômes dont ils ne maîtrisent pas. Malgré les sensibilisations et les formations reçues de la part des ASC, les patients ne cessent de se rendre chez les guérisseurs traditionnels. Les patients recourent aux structures sanitaires compétentes quand ils connaissent de l'échec avec les médicaments traditionnels (Nkurunziza et al., 2025).

L'entretien avec le TPS kirundo en témoigne:

«...oui, il y a des tradithérapeutes. Souvent certains patients du paludisme confondent les symptômes du paludisme et d'envoûtement. C'est la raison pour laquelle ils commencent à consulter les guérisseurs traditionnels en premier lieu et viennent au CDS après l'échec du premier recours thérapeutiques ».

Le retard de ces patients facilite la propagation et l'augmentation des cas. Il entraîne aussi la complexité de la maladie. Cela est un défi majeur d'ASC pour atteindre zéro paludisme dans la communauté. La multiplicité des tradi-praticiens et la présence en abondance des envoûtements dans la région poussent les gens de la localité à se détourner des enseignements des agents de santé communautaires pour préférer le traitement non conventionnel.

7. *Niveau d'étude des ASC et les services fournis*

Les agents de santé communautaires sont choisis et sélectionnés selon les règles et les critères bien déterminées au Burundi. Le niveau d'étude privilégié pour être ASC est le niveau de 6ème année primaire. Les femmes ainsi que les hommes ont les mêmes droits d'être sélectionnés. Par contre les célibataires ne sont pas privilégiés. Les conflits apparaissent entre les gens instruits et non instruits. Ces premiers n'ont pas l'occasion de se faire élire parce que, disent-ils, ils ont d'autres moyens de se débrouiller

financièrement. Cela pousse les non instruits de former un bloc de solidarité contre les gens instruits. Ces cas ne s'observent qu'à Kirundo.

Le niveau primaire est un niveau très bas où le niveau de réflexion du finaliste n'est vraiment pas comparable à celui de lauréat humaniste. Le rôle des ASC dans la communauté est de sensibiliser, diagnostiquer et traiter le paludisme chez les patients positifs du paludisme pour les enfants et les adultes. Outre une prévalence du paludisme nettement plus élevée, l'Afrique subsaharienne se distingue par un accès aux soins de santé plus limité, des services publics moins présents, ainsi qu'un taux d'alphabétisation de la population et des ASC relativement faible (OMS, 2021). Toutefois, les ASC peuvent également être confrontés à des relations conflictuelles, résultant de la concurrence ou de frustrations survenant entre collègues (Zou et al., 2025). Lors de notre recherche, nous avons constaté que le niveau d'étude des ASC détermine le groupe et la catégorie des patients qu'ils traitent. Les plus instruits se méfient de l'intervention et doutent les compétences des ASC. Ils les qualifient comme incompetents dans le domaine. Monsieur S. Nsengiyumva, âgé de 27 ans, du niveau universitaire :

« je ne peux pas me rendre chez un ASC non instruit. Il/elle n'a pas ce qu'il/elle peut me donner. Il n'y a pas de guérison chez lui. Quand je souffre du paludisme, je m'achète les médicaments et puis c'est fini. En cas d'échec, je me présente au FOSA. Mais aucun cas je me suis dirigé vers un ASC.... »

Le responsable de l'un des CDS enquêtés à Kirundo :

Pour lui : « les ASC sont incapables d'exercer toutes les activités et les tâches qui leur sont confiées. Le traitement du paludisme chez les adultes surpasse leur niveau d'étude. Ils ont un niveau d'étude trop bas, ce qui impacte négativement aux résultats ».

Cette représentation négative liée à un niveau d'étude des ASC limite les gens ou les paludéens de se faire soigner chez les ASCs. Cela montre également que ces gens peuvent influencer les autres de ne plus fréquenter les ASC. Cette représentation est liée aux réalités sociales burundaises. Dans la culture burundaise, demander un secours (ou une intervention) à une personne dont son statut social, intellectuel et économique est bas, est vu comme une infériorité, un sous-estime, une soumission ou un mépris. Etre traité par une personne que vous ne reconnaissez pas son pouvoir ou sa compétence n'a aucune valeur ajoutée.

S. Yvette, mère de 4 enfants, âgée de 26 ans dans un focus group dit :

« Moi, je vois que les ASC sont incapables de rendre des services de qualité avec un niveau de 5ème année. Car il arrive des moments où Si le TDR (Test de Diagnostic Rapide)

est négatif (c'est-à-dire sans palu), ils te donnent des comprimés de la fièvre ».

Un agent de santé qui a le niveau d'étude élevé est considéré comme compétent et il est plus sollicité par un grand nombre. Les patients peuvent parcourir des Kilomètres pour chercher un ASC compétent ayant aussi un charisme professionnel. Le constat est que le niveau de vie des familles du paludéen influence le choix de recours communautaire ou directement aux FOSA (formations sanitaires). Donc, les familles aisées du patient n'acceptent pas de recourir aux secours primaires communautaires. Ils vont directement aux structures sanitaires proches pour défendre leur statut socio-économique. Pourtant, les moins aisées fréquentent les structures communautaires pour bénéficier des soins gratuits. Le niveau socio-économique du patient détermine le choix du recours entre les ASC et les structures sanitaires. Par conséquent, l'impact de cette représentation sociale pourrait entraîner l'échec du PECADOM et la propagation du paludisme s'alerte dans la localité. Les gens instruits ne croient pas d'une guérison chez les ASC ayant un bas niveau d'étude.

8. *Ruptures de stock dans le processus d'approvisionnement*

La rupture de stock chez les agents de santé communautaire a des effets pervers dans la lutte contre le paludisme. Elle facilite la transmission et la morbidité palustre causées par le diagnostic et le traitement retardés (WHO, 2025). Les services de soins donnés par les ASC dans le PECADOM sont gratuits et les patients en sont fiers. Néanmoins, avec des mois sans prestation à cause de la rupture de stock cause la complexité du paludisme.

KWIZERA D., une ASC de 6 enfants à Giteranyi en province Muyinga révèle ceci :

« les médicaments antipaludéen ne sont pas disponibles à temps surtout ceux des adultes. Il se pourrait qu'un mois passe sans prester. Imaginez, le CDS peut te donner 10 médicaments de 10 personnes par mois. Et dans une semaine, notre stock est vidé. Aller aux CDS sans la carte mutuelle devient trop compliqué pour un patient. On n'oublie pas la vie précaire de la population qui l'empêche de se présenter aux CDS pour craindre de frais à dépenser qu'elle n'en a pas ».

NIBITEGEKA J., mère de 3 enfants, vivant à Giteranyi dit : *« Même aujourd'hui, je suis venue récupérer les médicaments au CDS Kirundo mais je suis informée qu'il n'y en a pas. Le CDS ne les a pas encore réceptionnés alors que les cas du paludisme sont nombreux dans cette période ».*

La rupture des antipaludiques dans la communauté aggrave la situation endémique du paludisme. Cela est dû à la non-fréquentation des

CDS par les patients. Ces derniers préfèrent rester à la maison pour attendre la réception des médicaments gratuits par les ASC. La gratuite des services communautaires incite les patients paludéens de se faire des consultations très tôt. Pourtant, le défi lié à la rupture de stock augmente le niveau de propagation du paludisme (Alyssa et al., 2024; Hamed et al., 2026; WHO, 2025) et rend complexe son traitement. Le traitement retardé du paludisme dans la région favorise la propagation de la maladie du fait que les piqûres des moustiques continuent du paludéen à un individu sain.

D'autres études montrent que le manque de médicaments dans les stocks et la rupture dans les chaînes d'approvisionnement peuvent provoquer l'émergence de résistances du parasite à l'égard des molécules ... (Druetz, 2015a). Il peut être lié au manque de supervision au niveau central. Le rapport du MSPLS stipule que les ASC ne sont pas supervisés de manière appropriée (Geldsetzer et al., 2017; MSPLS, 2015). Ce qui peut entraîner l'inefficacité des interventions des ASC vis-à-vis de la PECADOM.

Ainsi, les ASC sont servis à moitié des médicaments demandés à leurs chefs de CDS et leurs stocks s'écoulent rapidement alors que la livraison se fait une fois par mois. Après la rupture de stock, ils restent à bras croisés et la plupart des patients attendent la réception d'autres commandes de médicament. Comme il a été signalé ci-dessus, le problème majeur est que plus le paludéen retarde la prise des médicaments, plus la maladie se propage dans la population du fait que le vecteur-moustique- continue de piquer d'autres personnes saines et finissent par être attaquées par le paludisme.

Du point de vue matériel, le changement momentané des canevas de rapports sans formation de renforcement handicape l'exactitude et la véracité des données fournies et son impact sur la prise de décision devient à ce moment inefficace. Les ASC se heurtent à de nombreux défis liés au manque des outils nécessaires pour traiter le paludisme dans la communauté. Lors de notre enquête, ils signalent que les outils et matériels non fonctionnels ne sont pas remplacés. Le manque de ces outils et instruments notamment un pèse-personne est un handicap majeur car c'est à partir du poids patient qu'il faut déterminer la quantité et le cure de comprimés antipaludiques à donner aux patients. A l'absence de cet outil, les ASC estiment les comprimés à donner aux patients, ce qui pourrait créer la complexité de la maladie au moment où un ASC s'est trompé au cure qu'il faut aux paludéens. C'est aussi contre la déontologie professionnelle parce que l'estimation conduit souvent aux erreurs.

Selon certains ASC rencontrés sur terrain, ils s'achètent eux-mêmes des matériels dont unités électroniques mensuelles pour la communication, photocopies des fiches d'identification des patients, les déplacements et les livres de rapports qui changent sans formations préalables pour renforcer

leurs capacités. Le chef de la colline NONWE, de la commune Giteranyi témoigne :

« le PECADOM est efficace et les populations en sont fières. Mais quand les patients manquent des médicaments chez les ASC, elles avancent que ces ASC refusent de leur donner les médicaments et la tension et les jalousies commencent dans cette logique».

La cohésion sociale peut être détruite suite à l'incompréhension de l'écoulement des stocks des patients. Les ASC disent que la rareté de médicaments détruit leurs relations sociales avec les patients du fait qu'ils sont accusés soit du détournement des médicaments antipaludéens , soit des faux cas élevés pour avoir plus de motivation à la fin du mois.

La collaboration entre les ASC et les CDS n'est pas du tout bonne à Kirundo. Ils s'accusent d'incompréhension mutuelle par rapport la discordance et inexactitude des données. Les CDS expliquent qu'ils ne peuvent pas vider leurs stocks au profit des ASC. Les patients qui se dirigent vers les CDS pourraient manquer des médicaments antipaludiques selon le titulaire de CDS Kirundo. Des jeux d'intérêts entre les ASC et les CDS anéantissent la bonne collaboration entre eux afin d'éradiquer le paludisme dans la région naturelle de Bugesera.

Le traitement tous les cas du paludisme dans la communauté diminuent des patients se dirigeant vers les CDS. Par conséquent, les CDS n'accueillent pas les patients paludéens et cela entraîne la perte des CDS qui encaissent des millions par mois issus du traitement de cette maladie. Malheureusement, la carence des médicaments ou la rupture de stock chez les ASC conduit pour certains patients paludéens enquêtés de s'orienter à la médecine non conventionnelle.

Discussion des résultats

La lutte contre le paludisme est une affaire de tout le monde. Au Burundi, le paludisme constitue un problème majeur au développement socio-économique et sanitaire. Pour contenir cette maladie qui certainement se manifeste comme une épidémie, le MSPLS a adopté une politique stratégique pour prendre en charge communautaire à domicile du paludisme(PECADOM) visant à une lutte préventive et curative du paludisme à travers les ASC. Cette stratégie est très efficace et durable si elle est appliquée dans des conditions sociopolitiques favorables. Pourtant, dans la logique de C. Delacollette, certains problèmes majeurs d'ordre social, financier et institutionnel sont susceptibles de compromettre la pérennité du recours aux agents de santé communautaires dans le cadre des activités de lutte contre le paludisme (Delacollette et al., 1996; Hamed et al., 2026).

La présente étude qui se concentre à l'analyse socio-anthropologique des ASC à la guérison du paludisme porte une attention particulière sur les facteurs socioculturels et économiques qui handicapent l'élimination du paludisme malgré la nouvelle stratégie du PECADOM mise en œuvre depuis 2014 au Burundi. Elle a montré que les ASC contribuent convenablement à la prise en charge communautaire du paludisme simple pour réduire et contenir l'épidémiologie de ladite maladie dans la région naturelle de Bugesera malgré la persistance de cette maladie. C'est même résultat pour une étude faite au zaire(RDC) en matière l'utilisation des ASC pour lutter contre paludisme où le taux de mortalité a diminué 50% dans le secteur d'intervention (Delacollette et al., 1996).

Dans la même lignée que L. Banze Wa Nsensele et Hamed, bien que les ASC contribuent efficacement à la prise en charge du paludisme, des limites sont encore là et des améliorations sont aussi nécessaires en matière de rémunération et d'approvisionnement en intrants (Banze Wa Nsensele et al., 2024; Hamed et al., 2026) pour prendre en charge le paludisme simple. Les résultats du présent travail ont relevé de nombreux facteurs socioculturels et économiques qui doivent être pris en compte afin de contenir la persistance épidémiologique du paludisme dans ladite région. L'étude a constaté que, malgré de nombreuses tâches confiées, l'absence d'une motivation suffisante qui s'ajoute à la vie précaire des ASC les poussent à chercher des moyens de subsistance autrement dans le gardiennage (sécurité), la prescription des cas élevés pour avoir plus de motivation au bout du mois. Ce parallélisme des services a des effets pervers sur la qualité des services rendus aux paludéens en matière de la prise en charge communautaire du paludisme surtout le traitement retardé, ce qui aggrave la prévalence des cas du paludisme.

Les résultats de notre étude s'alignent aux résultats d'une étude de Geldsetzer et al., qui montrent que la motivation des ASC reste un élément déterminant pour leur engagement et leur performance. La motivation financière, aussi insuffisante, est un levier considérable afin de maintenir leur engagement aux services fournis (Geldsetzer et al., 2017). Avec une faible motivation financière, les services rendus par ces derniers sont aussi de faible qualité du fait que la concentration des efforts à fournir sur le travail n'est pas du tout satisfaisante. La qualité, notamment des soins, en est un tout aussi important. Au-delà de la formation du personnel soignant, c'est sa motivation et le moyen de la susciter qui devraient faire l'objet d'attention (Audibert, 2004). Une étude menée aux îles Salomon a révélé que l'attribution des ASC résultait de multiples facteurs venant s'ajouter à l'insuffisance des salaires, tels que les raisons d'ordre familial, un manque d'appui de la part de la communauté ainsi que l'amélioration des postes de santé. Par contre, notre recherche trouve que les ASC n'abandonnent pas les

services mais plutôt ils font semblant comme s'ils sont au travail pour but de bénéficier d'une petite somme d'argent qu'ils gagnent lors des ateliers de renforcement.

Notre étude révèle que la rupture de stock des intrants antipaludéens constitue un handicap majeur dans l'élimination du paludisme à travers le PECADOM. Elle est à l'origine de la propagation du paludisme et favorise l'émergence de résistances du parasite à l'égard des molécules. Le paludisme simple se traite gratuitement dans la communauté avec la PECADOM et les paludéens en profitent pour ne rien dépenser en matière de l'achat des médicaments. Pourtant, si le paludisme commence à se compliquer, toutes les dépenses sont à la charge des patients. En effet, les résultats de la présente étude ont révélé que les stocks d'intrants antipaludéens s'épuisent rapidement, occasionnant des ruptures. Les patients non servis, issus de familles défavorisées (pauvres), doivent alors patienter jusqu'au mois suivant pour bénéficier d'un nouvel approvisionnement en intrants gratuits, l'approvisionnement n'étant effectué qu'une seule fois par mois.

Le constat est que la pénurie des intrants antipaludéens augmente des fréquences de piqûres des moustiques, vecteur du paludisme et entraîne une propagation du paludisme. Ces résultats rejoignent le même constat du rapport de RBM montrant que s'il y a des ruptures de stock, la prise en charge des cas peut être affectée et peut entraîner une augmentation des cas de paludisme (en raison d'une rupture de stock de traitement) et/ou une augmentation de la notification des cas cliniques/suspects de paludisme (RBM, 2020). Cette rupture est due, soit au nombre élevé des cas du paludisme, soit l'octroi insuffisant des médicaments, soit à une fraude prescription des cas pour avoir plus de motivation. Ce constat a été aussi signalé dans le rapport de l'OMS (OMS, 2021) qui stipule qu'une sur-prescription d'antipaludéens entraîne les ruptures dans les chaînes d'approvisionnement.

L'observation de notre enquête a trouvé que 20% ASC interviewés de la zone d'étude ne maîtrisent pas certains symptômes du paludisme. C'est le même résultat du rapport du ministère ayant la santé publique dans ses attributions (MSPLS, 2015) témoignant que la plupart des ASC n'étaient pas capables d'identifier les 14 étapes nécessaires à l'administration d'un TDR. Ce défi est lié au faible niveau d'étude des ASC qui est un élément important à prendre en considération dans la prise en charge communautaire du paludisme. L'étude a prouvé que le niveau d'étude des ASC de Muyinga et Kirundo diminue le degré de confiance aux soins fournis par ces derniers. Les gens instruits ont une image négative aux soins fournis par les ASC non instruits et cela affecte le processus de réussite de la PECADOM. Certains patients se méfient des ASC ayant moins du niveau d'instruction qu'eux. Ce constat est remarqué en Afrique subsaharienne et se caractérise par un taux

d'alphabétisation de la population et des ASC moins élevé (OMS, 2021). Ce défi affecte par conséquent leurs attitudes et comportements déontologiques.

Les résultats de la présente étude ont aussi montré que l'absence de la déontologie professionnelle chez certains ASC réduit la fréquence des patients qui vont se faire soigner. A cela s'ajoutent le népotisme, l'inégalité d'accès aux soins, l'ivrognerie et le concubinage comme comportements inappropriés des ASC qui limitent l'accès aux soins de qualité dans la PECADOM. Ainsi certains ASC sont indiscrets. Les échanges qui se font entre ASC et les patients sont divulgués dans la communauté. La confidentialité de l'information est quasi-absente. Ce qui pousse les patients de créer une méfiance envers les ASC. D'autres facteurs comme le manque de la supervision et de renforcement de capacités (Banze Wa Nsensele et al., 2024; WHO/UNICEF, 2012) pour les nouveaux canevas de rapports entraînent la discordance et l'inexactitude des données. Ainsi, il y a une nécessité d'une technique inclusive et concertée qui implique les différents acteurs, y compris les acteurs politiques, les gestionnaires de programmes et les membres des communautés car cette approche est indispensable en matière de renforcement de l'adhésion et la pérennité des interventions des ASC (Zou et al., 2025).

Conclusion

Le paludisme reste une maladie grave dans le pays. Dans la lutte contre cette maladie, on a besoin des approches plurielles notamment la dimension socio-anthropologique. Les ASC intervenant dans la PECADOM jouent un rôle crucial car, ils sont ancrés dans les communautés. Le MSPLS au Burundi a impliqué cette catégorie dans la lutte contre le paludisme dans le cadre d'appui médical afin de mettre en usage les stratégies nationales de santé au Burundi.

La présente étude a montré que la croyance en médecine traditionnelle reste encore un problème majeur handicapant cette stratégie de lutte communautaire contre le paludisme. Les patients se tournent aux médicaments traditionnels et à l'automédication à travers les produits pharmaceutiques et phytothérapeutiques dus au manque des soins primaires gratuits causé par la rupture des intrants antipaludiques. Cette dernière entraîne l'aggravation des incidences du paludisme dans la région naturelle de Bugesera, causant la complexité de ladite maladie, d'où l'augmentation du taux de mortalité lié au paludisme.

Ainsi, les attitudes des ASC ont un fort impact dans le PECADOM. Certains parmi eux manifestent les comportements du népotisme, concubinage et de la prescription fraudieuse des cas élevés du paludisme pour avoir plus de motivation au bout du mois. Ces phénomènes conduisent aussi les patients dans la médecine parallèle comme il a été signalé ci-haut, ce qui

explique par conséquent le traitement retardé du paludisme. Et cela cause par après des cas élevés de morts palustres.

Notre étude a permis d'identifier les facteurs socioculturels et économiques non encore connus pour en tenir compte dans la planification des mesures préventives et curatives contre le paludisme dans la région naturelle de Bugesera. Il s'agit de manque de la déontologie professionnelle des ASC lié à la divulgation des informations personnelles des patients et cela a ainsi créé une méfiance des patients en vers les agents de santé. Cette méfiance est aussi liée au niveau d'instruction très bas. Les patients instruits se méfient d'eux soi-disant qu'ils sont incapables comme l'évoque aussi le chef de district sanitaire Giteranyi malgré leur rôle considérable.

Les résultats de notre recherche ont montré qu'il y a un décalage entre les ASC et les centre de santé. Ils nécessitent une formation solide pour contribuer efficacement à jouer le rôle de sensibilisation dans la communauté. Notre étude est purement qualitative. Elle a été conduite par des entretiens ainsi que les approches participatives. Elle revêt un intérêt dans l'anthropologie médicale. Enfin, le suivi régulier des ASC pourrait améliorer la PECADOM et le taux de mortalité lié au paludisme diminuerait considérablement. Il serait important de mener une étude quantitative pour voir si les résultats restent les mêmes.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Alyssa, L. D., Felker-Kantor, E., Ahmed, J., Jezman, Z., Kamate, B., Munthali, J., Umulisa, N., & Yattara, O. (2024). *Understanding Integrated Community Case Management Institutionalization Processes Within National Health Systems in Malawi, Mali, and Rwanda : A Qualitative Study*. 12(6):e2300509. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00509>
2. Audibert, M. (2004). Lutte contre le paludisme: Approche économique des obstacles à son contrôle (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, 22(4), 25-33. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_num_22_4_1635
3. Banze Wa Nsensele, L., Johnson, E. A. K., & Kabore, H. (2024). *Contribution des agents de santé à base communautaire à la prise en*

- charge du paludisme simple au Burkina Faso de 2019 à 2021*. 7(2), 46-60. <https://www.rams-journal.com/index.php/RAMS/article/view/400>
4. Bardin, L. (1977). *L'Analyse de contenu*. Presses Universitaires de France (PUF).
 5. Berger, E., Grescentini, A., Galeandro, C., & Giuditta, M. C. (2010). *LA TRIANGULATION AU SERVICE DE LA RECHERCHE EN EDUCATION. EXEMPLES DE RECHERCHES DANS L'ECOLE OBLIGATOIRE* *La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire*. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève. <https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-b/La%20triangulation.pdf>
 6. Cécile, R. (2020). « *La triangulation des méthodes comme (auto-)médiation du travail scientifique sur son terrain professionnel* ». <https://doi.org/10.4000/sociologies.14771>
 7. Delacollette, C., Van der Stuyft, P., & Molina, K. (1996). Using community health workers for malaria control : Experience in Zaire. *Bulletin of World Organization*, 74(4), 423-430.
 8. Denzin, Norman K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2ème Edition). Routledge. file:///C:/Users/dell/Downloads/10.4324_9781315134543_previewpdf.pdf
 9. Denzin, Norman K., & Lincoln, Yvonna. S. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. 20. https://www.uni-weimar.de/fileadmin/user/fak/architektur/professuren_institute/Stadtfoerderung/download/Research_in_Urban/Strategies_of_Qualitative_Inquiry_Kap_10001.pdf
 10. Druetz, T. (2015a). *L'efficacité contestée du recours aux agents de santé communautaires pour la prise en charge du paludisme : Evaluation du programme burkinabé dans les districts de Kaya et de Zorgho*.
 11. Druetz, T. (2015b). *Les agents de santé communautaires peuvent soigner les enfants fébriles dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne*. 115-119. <http://www.pum.umontreal.ca>
 12. Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Presses Universitaires de France (PUF). https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1993_num_34_1_4237
 13. Geldsetzer, P., De Neve, J.-W., Boudreaux, C., Bärnighausen, T., & Bossert, T. J. (2017). *Improving the performance of community*

- health workers in Swaziland: Findings from a qualitative study.* 15(1),(68). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0236-x>
14. Global Fund. (2023). *Faites connaissances des agents de santé qui luttent contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au Viet Nam.* <https://globalfund.exposure.co/faites-la-connaissance-des-agents-de-sante-qui-luttent-contre-le-vih-la-tuberculose-et-le-paludisme-au-viet-nam>
 15. Hamed, S. O., Ngangue, P., Kabore, A., Soura, A. B., & Drabo, M. K. (2026). *Analysis of the institutionalisation of Integrated Community Case Management and its implications for access to community healthcare since 2019 in Sub-Saharan Africa: A systematic review.* 27:159. <https://doi.org/10.1186/s12875-026-03264-y>
 16. Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in The context of culture. : An exploration of the Borderland between Anthropology, Medecine, and Psychiatry.* (Number 3). UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS. <https://dokumen.pub/qdownload/patients-and-healers-in-the-context-of-culture-an-exploration-of-the-borderland-between-anthropology-medicine-and-psychiatry-reprint-2019nbsped-9780520340848.html>
 17. Lokossou, V., Sombié, I., Somé, D. T., Dossou, C. A., & Awignan, N. (2019). Les équipes d'amélioration de la qualité contribuent-elles à la performance des agents de santé communautaire au Bénin ? *Santé Publique*, 31(1), 165-175. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0165>
 18. Minani, R. (2025). *Les perceptions du paludisme comme facteurs socioanthropologiques influant sur l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi.* 44.
 19. MSPLS. (2015). *Rapport d'enquête sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme dans des structures sanitaires sélectionnées.*
 20. MSPLS. (2019a). *Annuaire statistique.* Bujumbura-Burundi.
 21. MSPLS. (2019b). *Directives nationales de prise en charge du paludisme.* <https://minisante.gov.bi/wp-content/uploads/pnilp/Directives%20de%20Prise%20en%20charge%20du%20Paludisme.pdf>
 22. MSPLS. (2023a). *Rapport d'évaluation de l'équité pour l'accès aux programmes de lutte contre le paludisme au Burundi.*
 23. MSPLS. (2023b). *Rapport d'évaluation de l'équité pour l'accès aux programmes de lutte contre le paludisme au Burundi.* MSPLS.
 24. Ndayishemeze, É. (2024). *Les usages sociopolitiques de la bière au Burundi de la monarchie à nos jours (avec un focus contemporain en*

- commune de Gisozi). Summer school, Bujumbura. <https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1662>
25. Ndoreraho, A., Shakir, M., Ameh, C., Umeokonkwo, C., Olusola, A., Ndereye, J., & Adebawale, A. (2020). *Trends in Malaria Cases and Deaths : Assessing National Prevention and Control Progress in Burundi*. 4(2), 182-188. <https://doi.org/10.24248/eahrj.v4i2.642>
 26. Niyomwungere, D., Sinarinzi, P., Caspar, E., Thiebaut, L., Strubel, P.-E., & Tibiri, Y. N. G. (2026). *Surveillance de la résistance aux médicaments contre le paludisme dans la région frontalière, nord du Burundi*, , 2023-2024. 32(4), 553-562. <https://doi.org/10.3201/eid3204.251711>
 27. Nkurunziza, E., Sadiki, E., Ehui Prisca, J., & Minani, R. (2025). Influence du recours aux pratiques thérapeutiques traditionnelles à la lutte antipaludique. *Revue Ivoirienne des Arts, des Sciences de l'Information, des Sciences Humaines et Sociales*, 1(10), pp.230-256.
 28. Nzayirambaho, M. (2009). *Analyse de l'implantation de la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans au Rwanda* [Thèse de doctorat: Médecine Santé publique. Gestion des services de santé: Nantes, Université de Nantes]. Archive des Bibliothèques universitaires de Nantes. <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/in00000428522?sid=126340119>
 29. OMS. (2021). *Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030*.
 30. Perry, H., Zulliger, R., & Rogers, M. (2014). *Community health workers in low-, middle-, and high-income countries : An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness*. 35, 399-421. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>
 31. PNILP. (2021). *Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2021-2027)*. Ministère de la santé publique et lutte contre le sida.
 32. PNILP. (2022). *Bulletin Trimestriel d'Information sur le Paludisme*. (06).
 33. RBM. (2020). *Partenariat pour en finir avec le paludisme. Suivi et évaluation des données de routine sur le paludisme pendant la pandémie de la COVID-19*. https://endmalaria.org/sites/default/files/suivietevaluationdesdonneesderoutinesurlepaldismependantlapandemiedelaCOVID-19_Aout2020.pdf
 34. Sanni Yaya, H. (2010). *Les mots et les choses de la santé. Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*.

35. Stoebenau, K. (2003). *Using network analysis to understand community-based programs: A case study from highland Madagascar*. 29(4), 167-173.
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2916703.html>
36. UNICEF (Réalisateur). (2025, mars 17). *COMMUNIQUE DE PRESSE CONJOINT. Le Burundi introduit le vaccin contre le paludisme dans la vaccination de routine* [Émission].
<https://www.unicef.org/burundi/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/communiqu%C3%A9-de-presse-conjoint>
37. WHO. (2025). *World malaria report 2025. Addressing the threat of antimalarial drug resistance*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2025-executive-summary-fre.pdf?sfvrsn=154ea8d5_26&download=true
38. WHO/UNICEF. (2012, juin). *WHO/UNICEF JOINT statement Integrated Community Case Management (iCCM); An equity-focused strategy to improve access to essential treatment services for children*.
<https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2019-07/iCCM%28WHO%2C%20UNICEF%2C%202012%29.pdf>
39. Yansaneh, A. I., George, A. S., Sharkey, A., Brieger, W. R., Moulton, L. H., Yumkella, F., Bangura, P., Kabano, A., & Diaz, T. (2016). *Determinants of Utilization and Community Experiences with Community Health Volunteers for Treatment of Childhood Illnesses in Rural Sierra Leone*. 41(2), 376-386.
<https://doi.org/10.1007/s10900-015-0107-0>
40. Yousofou, M. N. N. (2023). *Trois essais sur les déterminants des inégalités d'accès des ménages aux médicaments au Cameroun. Économie et finance quantitative [q-fin]*.
41. Zou, Y., Yolande, A. K. T., Florence, F., Cédric, P., Koffi, A. A., Fabrice, A. S., Patrice, T., & Sébastien, F. (2025). « *Implantation et durabilité des programmes de lutte contre le paludisme à base d'agents de santé communautaire: Revue exploratoire d'études qualitatives en zones rurales* ». <https://doi.org/10.4000/14nh6>