Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 8 April 2026
Accepted, 10 August 2026
Published, 14 August 2026
https://www.revue-rasp.org

To cite: Ouedrago, D.W., et al. (2026). Mise en évidence des bonnes pratiques favorisant l'accélération de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso de 2000 à 2024. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.342-362.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.24

Research

Mise en évidence des bonnes pratiques favorisant l'accélération de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso de 2000 à 2024

Highlighting best practices that have helped accelerate the fight against malaria in Burkina Faso from 2000 to 2024

Wendemi Daniel OUEDRAOGO[1], Ahmed KABORE[1,2], Maxime DRABO[1,3,4], Nicolas MEDA[1,2], Hervé HIEN [1,3,4]

1. École doctorale sciences de la santé, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso
2. UFR-SDS, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso
3. Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso
4. Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance : email : danielouedraogo1@gmail.com; Tél : +226 61002569,

Résumé

Le paludisme au Burkina Faso constitue la première cause de consultation (37,3%), d'hospitalisation (55,9%) et de décès (15,0%) dans les formations sanitaires. Plusieurs interventions ont été mises en œuvre contre la maladie. Cependant, elle persiste et son élimination est devenue un objectif. Cet article visait à mettre en évidence les bonnes pratiques issues des interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Une méthode mixte combinant une revue systématique de la littérature, une analyse des documents institutionnels et stratégiques ainsi qu'une analyse des données secondaires du programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso a été utilisée dans cette étude. Les interventions ont été évaluées par deux investigateurs indépendants sur la base de sept critères inspirés du cadre de l'OMS, notamment la pertinence, l'efficacité, la durabilité, la disponibilité, l'équité, le coût-efficacité et l'acceptabilité. Les bonnes pratiques identifiées étaient l'accès universel aux soins de santé, le renforcement du système de surveillance, ainsi que la participation et l'engagement communautaire. Ces pratiques sont pertinentes, efficaces, bien accueillies par la population et assez bien réparties. Toutefois, leur pérennité et leur disponibilité à grande échelle sont compromises par la dépendance financière, la fragilité de la chaîne d'approvisionnement et une coordination institutionnelle insuffisante. Il est nécessaire de consolider ces acquis, de renforcer les mécanismes d'approvisionnement en intrants, de financement, de coordination, à travers une co-création des stratégies innovantes avec les parties prenantes au niveau national.

Mots-clés : paludisme, bonne pratique, programme, performance, intervention antipaludique

Abstract

Malaria in Burkina Faso is the leading cause of outpatient consultations (37.3 per cent), hospital admissions (55.9 per cent) and deaths (15.0 per cent) in healthcare facilities. Several interventions have been implemented to combat the disease. However, it persists, and its elimination has become a priority. This article aimed to highlight best practices arising from malaria control interventions in Burkina Faso. A mixed-methods approach combining a systematic review of the literature, an analysis of institutional and strategic documents, and an analysis of secondary data from the national malaria control programme in Burkina Faso was used in this study. The interventions were evaluated by two independent investigators on the basis of seven criteria drawn from the WHO framework, namely relevance, effectiveness, sustainability, availability, equity, cost-effectiveness and acceptability. The best practices identified were universal access to healthcare, strengthening of the surveillance system, and community participation and engagement. These practices are relevant, effective, well received by the population and fairly widespread. However, their sustainability and large-scale availability are compromised by financial dependence, the fragility of the supply chain for inputs, and insufficient institutional coordination. It is necessary to consolidate these achievements and to strengthen mechanisms for the supply of inputs, funding and coordination through the co-creation of innovative strategies with stakeholders at the national level.

Keywords: malaria, best practice, programme, performance, malaria control measures

1. Introduction

Le paludisme demeure un problème de santé publique en Afrique subsaharienne, malgré plus de deux décennies d'investissement dans les interventions de prévention, de diagnostic et de traitement recommandées à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Le Burkina Faso fait également partie des pays les plus touchés par la maladie. Selon les données du système national d'information sanitaire, le paludisme constitue la première cause de consultation (37,3%), d'hospitalisation (55,9%) et de décès (15,0%) dans les formations sanitaires (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2023). Cette charge affecte sévèrement les groupes vulnérables, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (Organisation mondiale de la Santé, 2025).

Face à cette situation, le gouvernement burkinabé a déployé progressivement sur son territoire, depuis les années 2000, un ensemble d'interventions visant à lutter contre la maladie, conformément aux recommandations de l'OMS. Ces interventions comprennent notamment l'utilisation de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA), les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (PID), ainsi que le traitement préventif intermittent (TPI) (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Plus récemment, le pays a introduit le vaccin RTS,S/AS01 dans certaines régions pilotes à forte transmission (Organisation mondiale de la Santé, 2023).

Cependant, malgré ces efforts, l'incidence et la mortalité demeurent élevées, ce qui affaiblit les espoirs d'élimination. En 2024, le Burkina Faso a enregistré 10 805 020 cas de paludisme, dont 563 383 cas graves et 3 523 décès, soit une incidence de 446,4 pour 1 000 habitants (Ministère

de la Santé du Burkina Faso, 2025). Cette persistance de la transmission met en évidence des failles dans la mise en œuvre. Parmi les principaux obstacles documentés figure la faible disponibilité des données des interventions, notamment celles relatives aux innovations et aux bonnes pratiques, essentielles pour consolider les efforts et traiter les défis persistants (Dambach et al., 2016; Hershey et al., 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2025).

Dans une perspective d'orientation du Burkina Faso vers la pré-élimination, une revue systématique menée par Ouedraogo et al. (2025) a permis d'évaluer la performance des interventions antipaludiques et d'identifier de bonnes pratiques internationales associées à une réduction substantielle de la transmission (Ouedraogo et al., 2025). Les bonnes pratiques identifiées dans cette revue comprennent les MILDA, la CPS, le TPI, l'administration massive des médicaments (AMM), les tests de diagnostic rapide (TDR), les traitements antipaludiques (paludisme non compliqué à base de CTA et paludisme grave avec de l'artésunate), ainsi que la combinaison des interventions (Ouedraogo et al., 2025). Une autre revue a également été menée par Ouedraogo et al., 2025, permettant d'identifier les bonnes pratiques mises en œuvre par les pays exempts de paludisme, comme l'Azerbaïdjan, le Maroc, l'Algérie, le Belize, etc. Les bonnes pratiques identifiées par cette étude comprennent le renforcement des systèmes de surveillance, la gestion intégrée des vecteurs (GIV), l'accès universel aux soins de santé, l'autonomisation et la participation des communautés, un fort engagement politique, un financement durable, la collaboration transfrontalière, ainsi que la gestion des cas importés (Ouedraogo et al., 2025).

Dans ce contexte, la présente étude a pour objectif de mettre en évidence les bonnes pratiques parmi les interventions de lutte contre le paludisme déployées au Burkina Faso, afin de renforcer les actions existantes et de contribuer à l'atteinte des objectifs d'élimination. Cette étude vise de façon spécifique à recenser les interventions mises en œuvre, à les évaluer selon des critères de pertinence, d'efficacité, de durabilité, de disponibilité, d'équité, de coût-efficacité et d'acceptabilité, puis à dégager les interventions prioritaires susceptibles d'améliorer durablement la lutte contre le paludisme au Burkina Faso.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude, sources des données, critères d'inclusion et stratégies de recherche

2.1.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une méthode mixte fondée sur l'analyse des données secondaires combinant une revue systématique de la littérature, une analyse des documents stratégiques, politiques et institutionnels sur le paludisme ainsi que l'analyse des données secondaires en provenance du programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso et des enquêtes nationales.

2.1.2. Sources des données

Les principales sources de données ont été organisées en quatre catégories complémentaires. Premièrement, les documents de politiques et de stratégies nationaux ont été examinés, notamment : le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSN) 2021-2025, les rapports annuels du Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme (SP/Palu), ainsi que les directives techniques nationales encadrant la mise en œuvre des interventions.

Deuxièmement, une revue de la littérature scientifique a été réalisée à partir des bases de données PubMed, Google Scholar, Springer et African Journals Online (AJOL).

Troisièmement, les données épidémiologiques et de couverture ont été extraites du District

Health Information System 2 (DHIS2), à partir de l'Entrepôt de données sanitaires du Burkina Faso (ENDoS-BF). Ces données ont été complétées par celles issues des enquêtes nationales de référence, notamment l'enquête démographique et de santé (EDS 2021) et l'enquête sur les indicateurs du paludisme (ENPS 2021).

Enfin, les données des rapports d'évaluation et de suivi des partenaires techniques et financiers ont également été utilisées pour l'analyse, en particulier les documents produits par l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial et l'Initiative présidentielle contre le paludisme.

2.1.3. Stratégies de recherche documentaire

Cette étude a été réalisée selon les directives de PRISMA (Hutton et al., 2015). La recherche des différents documents pour cette étude a été réalisée suivant deux voies complémentaires. Au niveau des documents stratégiques, politiques et institutionnels sur le paludisme, une recherche documentaire ciblée a été effectuée afin d'identifier ces documents. Cette démarche a permis de recenser sept (07) documents pertinents.

Au niveau de la revue de littérature, deux investigateurs indépendants (DO, AK) ont réalisé la recherche dans les bases de données électroniques PubMed, Google Scholar, Springer et African Journals Online (AJOL). La recherche a utilisé des méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes, et a concerné les études menées entre 2000 et 2024. La stratégie de recherche a été élaborée selon le cadre méthodologique PICOS (Population, Intervention, Comparaison, Outcome, Setting). Les mots-clés, combinés par opérateurs booléens (AND, OR), associent les termes malaria et Burkina Faso à: intervention, prevention, control, surveillance, policy, evaluation, long-lasting insecticidal nets (LLIN), insecticide-treated nets (ITN), seasonal malaria chemoprevention (SMC), intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp), indoor residual spraying (IRS), rapid diagnostic test (RDT), artemisinin-based combination therapy (ACT), community health workers, community participation, environmental management, multisectoral approaches, surveillance system, malaria surveillance, malaria financing, good practices, best practices.

Cette stratégie a fourni 3 224 articles après suppression des doublons. Ces investigateurs ont procédé à une filtration selon le titre, le résumé et la lecture du texte intégral. Les différents désaccords liés à l'inclusion ont été traités par une discussion impliquant tous les investigateurs. Cette partie a permis de retenir 28 articles et 07 rapports.

Ces deux investigateurs ont extrait individuellement les données de chaque étude répondant aux critères à partir des formulaires qui ont servi à synthétiser les résultats. Un troisième investigateur (HH) a été consulté en cas de divergence pour départager les discussions.

2.1.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les documents inclus pour cette étude ont concerné tous les documents institutionnels ou scientifiques en Afrique subsaharienne mentionnant le Burkina Faso, évaluant la mise en œuvre, l'efficacité, l'acceptabilité, la couverture, l'équité, le coût-efficacité ou l'impact des interventions de lutte contre le paludisme. Les études quantitatives, qualitatives et mixtes étaient également éligibles. Tous les documents sans lien avec les interventions de lutte contre le paludisme et ne mentionnant pas le Burkina Faso ont été exclus de l'étude.

2.2. Collecte de données et grilles des critères d'évaluation

La collecte de données de cette étude a été réalisée entre juin et août 2025 et a reposé dans un premier temps sur une revue documentaire systématique et dans un second temps sur une analyse des données secondaires issues de sources institutionnelles et scientifiques mentionnées

précédemment.
Les informations pertinentes issues de l'ensemble de ces sources ont été extraites à l'aide d'un tableau standardisé qui a permis une collecte homogène des données. Chaque intervention identifiée a ensuite été codée selon sept critères d'évaluation : la pertinence, l'efficacité et la morbidité, la durabilité, la disponibilité, l'équité, le coût-efficacité et l'acceptabilité.
Pour chacun de ces critères, les données disponibles ont été renseignées à partir des différents indicateurs classés selon le plan stratégique national pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso (PSN), tels que la couverture, la disponibilité, l'utilisation des intrants, le coût-efficacité, l'incidence, la mortalité et l'acceptabilité. Les informations tirées de ces données ont été synthétisées dans un tableau d'analyse et portent sur les interventions évaluées, les critères considérés, les niveaux d'évaluation, les justifications associées, le score et l'appréciation globale.
Afin de garantir la fiabilité des informations analysées, les données extraites ont fait l'objet d'une vérification croisée entre plusieurs sources. Les informations manquantes ont également été signalées pour assurer la transparence de l'analyse.

2.3. Analyse des données et critères d'évaluation

2.3.1. Analyse des données

L'analyse des données de cette étude a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel 2024 pour la gestion et le nettoyage des données. La synthèse qualitative a été réalisée sous NVivo 12 et la production de graphiques a été réalisée sous Python 3.12.
Cette analyse a été structurée selon les trois piliers et les deux éléments de soutien du cadre stratégique de lutte contre le paludisme (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Pour mettre en évidence les bonnes pratiques, chaque intervention a été évaluée selon les sept (07) critères. Cette évaluation a été réalisée sur la base des différents indicateurs issus du PSN du Burkina Faso, des informations qualitatives provenant des rapports ainsi que des articles scientifiques.
La synthèse qualitative des données, des évaluations institutionnelles et des articles scientifiques a été conduite selon la méthode Framework Analysis de Ritchie et Spencer, 1994 (Ritchie & Lewis, 2003; Ritchie & Spencer, 1994). Le codage dans l'étude a été conçu de manière inductive et déductive, en combinant les thèmes émergents qui ont été identifiés lors de la lecture des différentes sources ainsi que les critères qui ont été élaborés par la grille de scoring.
Les données extraites ont été codées indépendamment par les deux investigateurs pour assurer la qualité et la transparence de l'analyse à partir d'une grille commune qui a été élaborée sur la base des sept (07) critères d'évaluation. Et ce choix a été effectué conformément aux recommandations du Qualitative Transparency Framework de Jacobs et al., 2021, et des Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) d'O'Brien et al., 2014 (Jacobs et al., 2021; O'Brien et al., 2014). Une vérification de la cohérence du codage a été effectuée par ces deux investigateurs et le troisième (HH) en cas de divergence pour s'assurer de la pertinence de cette méthode. Les décisions à l'issue de ces discussions ont été prises selon le principe de Lincoln et Guba, 1985 (Lincoln YS & Guba EG., 1985). Les données quantitatives et qualitatives de cette étude ont été transformées selon l'approche de Fetters et al., 2013, pour les rendre homogènes (Fetters et al., 2013). Les résultats trouvés dans cette étude ont été convertis en un score de 1 à 3 à partir du seuil défini par la grille d'évaluation.
Une triangulation des données a également été effectuée en croisant des informations issues

d'au moins trois sources indépendantes pour chaque évaluation.

2.3.2. Critères d'évaluation

Pour mettre en évidence de bonnes pratiques parmi les interventions de lutte contre le paludisme, un score à trois (03) niveaux : faible (score 1), moyen (score 2) et élevé (score 3) a été attribué à chacun des sept (07) critères d'évaluation mentionnés. Ce score a été défini sur la base des orientations techniques de l'OMS, des cibles quantitatives inscrites dans le PSN du Burkina Faso (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2023; Organisation mondiale de la Santé, 2015) et de la littérature internationale sur l'évaluation des interventions de santé publique (RBM Partnership to End Malaria, 2019). Cette méthode a été choisie pour assurer la reproductibilité, la transparence méthodologique et l'objectivité de la qualification de bonne pratique d'une intervention. Les informations manquantes observées dans chaque critère ont été classées par défaut au niveau faible (score 1) avec un codage (NA). Ce choix ne signifie pas nécessairement que l'intervention présente de faibles performances, mais plutôt que le critère n'a pas pu être démontré par les données disponibles. Cette règle permet d'éviter les risques de surestimation de la performance globale. Le score global d'une intervention évaluée correspond à la somme des scores partiels de chacun des sept (07) critères, soit un total de 21 points. Une intervention est jugée comme une bonne pratique lorsque cette intervention présente un score global égal ou supérieur à 18 sur 21. Une intervention est jugée comme une pratique moyenne à optimiser lorsque son score est compris entre 12 et 17 sur 21. Et enfin, une intervention est jugée comme une faible pratique lorsque cette dernière présente un score inférieur à 12 sur 21. Le détail est présenté dans le tableau I de cette étude.

Les critères et les seuils dans cette étude ont été retenus après discussion entre investigateurs, mais n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation ou d'une validation par des experts indépendants.

Tableau I. Grille de scoring multicritère pour l'évaluation des bonnes pratiques antipaludiques au Burkina Faso

Critère	Score (3/2/1)	Niveau ÉLÈVE (score 3)	Niveau MOYEN (score 2)	Niveau FAIBLE (score 1)
Pertinence	3/2/1	Recommandée par l'OMS et le PSN-BF, preuves disponibles dans des contextes africains comparables (niveau de preuve ≥ 2, pyramide EBM).	Recommandée par l'OMS sans adaptation contextuelle documentée, ou présente des preuves issues uniquement de contextes très différents	Absence de recommandation internationale ou de preuves publiées dans la littérature
Efficacité	3/2/1	Réduction ≥ 30 % de morbidité ou mortalité	Réduction de 15 à 29 %	Réduction < 15 % OU absence de données probantes pour conclure

Durabilité	3/2/1	Financement national ≥ 70 % du budget total dans la lutte contre le paludisme OU institutionnalisation documentée sans interruption sur ≥ 5 ans	Financement national compris entre 30 et 69 % du budget total dans la lutte contre le paludisme OU institutionnalisation avec interruptions documentées dans les rapports de mise en œuvre	Financement national < 30 % ET dépendance structurelle aux partenaires extérieurs documentée
Disponibilité	3/2/1	≥ 70 % des formations sanitaires sans rupture de stock sur la période de référence (source : ENDoS-BF/DHIS2)	50 à 69 % des formations sanitaires sans rupture de stock	< 50 % des formations sanitaires sans rupture de stock
Équité	3/2/1	Couverture ≥ 70 % de la cible, confirmée par ≥ 2 sources indépendantes OU écart de couverture urbain/rural ≤ 15 points de pourcentage ET écart entre quintiles extrêmes ≤ 20 points de pourcentage	Couverture de 50 à 69 % de la population éligible OU écart urbain/rural compris entre 16 et 30 points de pourcentage OU écart entre quintiles extrêmes compris entre 21 et 35 points de pourcentage	Couverture < 50 % OU écart urbain/rural > 30 points de pourcentage OU écart entre quintiles > 35 points de pourcentage OU absence de mécanisme de ciblage des groupes vulnérables OU absence de documentation
Coût-efficacité	3/2/1	Coût par DALY évitée < 100 USD OU RCEI < 2 460 USD/AVCI évitée OU coût par cas traité < 10 USD	Coût par DALY évitée entre 100 et 300 USD OU RCEI de 2 461 à 8 200 USD/AVCI évitée OU coût par cas traité entre 10 et 100 USD	Coût par DALY évitée > 300 USD OU RCEI > 8 200 USD/AVCI évitée OU coût par cas traité > 100 USD OU données de coût-efficacité non documentées
Acceptabilité communautaire	3/2/1	≥ 70 % de perception positive ou d'adhésion documentée dans les enquêtes disponibles (EDS, ENDoS-BF, études qualitatives publiées)	50 à 69 % de perception positive dans les enquêtes disponibles	< 50 % de perception positive OU données insuffisantes pour se prononcer

RCEI : ratio coût-efficacité incrémentiel, AVCI : années de vie corrigées par l'incapacité. EBM : evidence-based medicine ENDoS-BF : Entrepôt national de données sanitaires du Burkina Faso.

3. Résultats

Finalement, 35 documents (dont 28 articles et 7 rapports) ont été évalués pour leur qualité méthodologique et inclus dans l'analyse. Un organigramme illustrant le processus de sélection est présenté ci-dessous (figure 1).

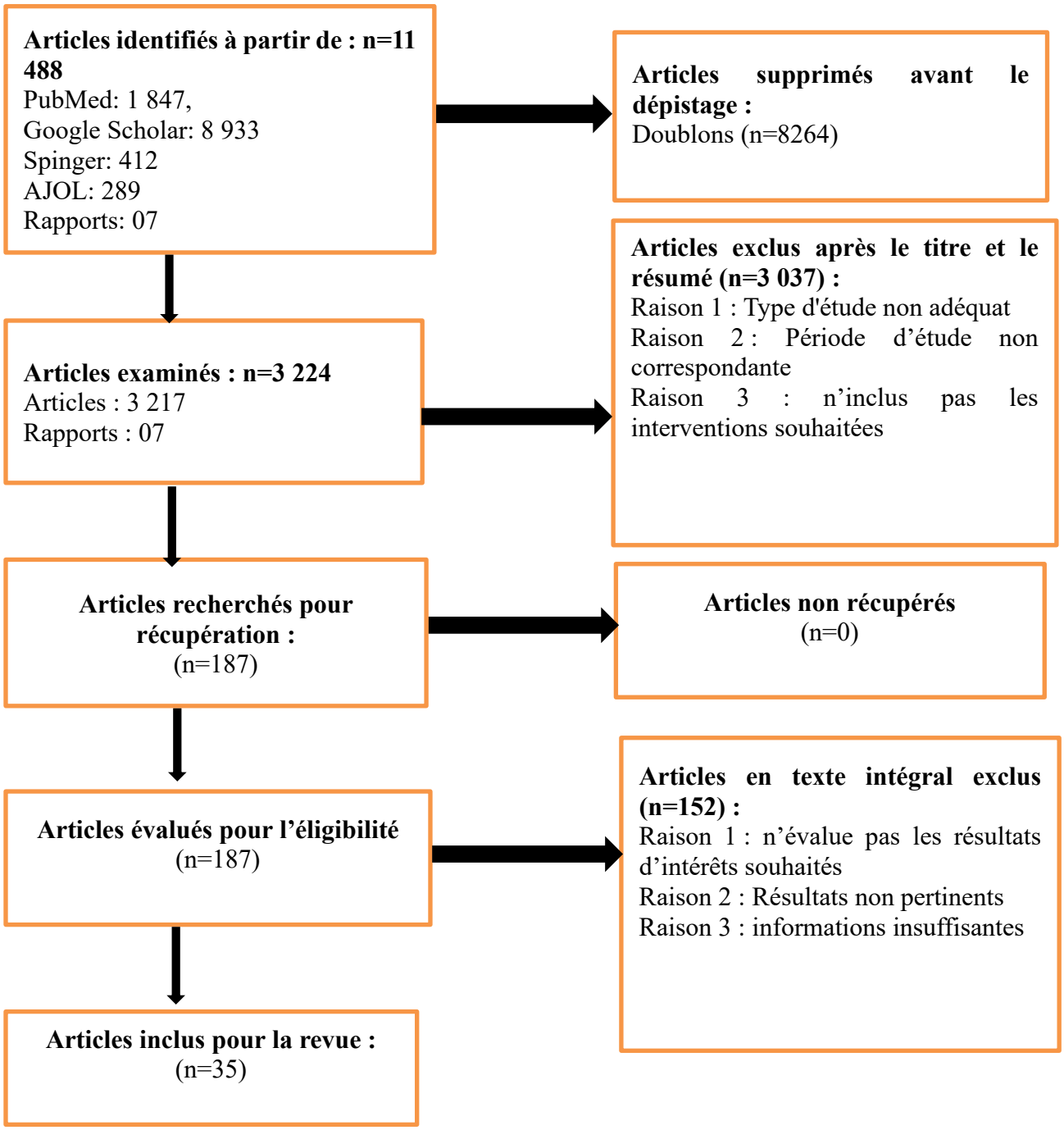

Figure 1 : Diagramme de flux pour l'identification et la sélection des articles inclus dans cette revue

Les bonnes pratiques identifiées parmi les interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso incluent l'accès universel aux soins de santé (MILDA, CPS, TPI, TDR + microscopie, ACT), le renforcement du système de surveillance, ainsi que la participation et l'engagement communautaires (voir le tableau II ci-dessous et le tableau S dans le document supplémentaire).

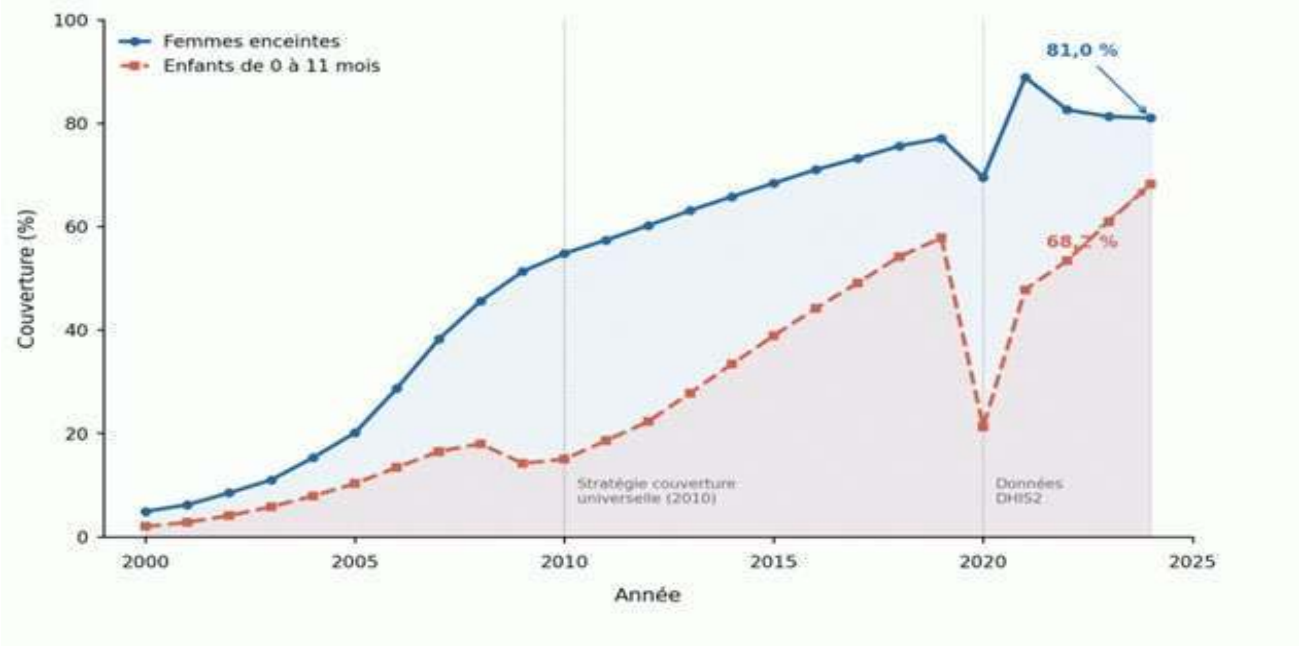

Figure 2 : L'évolution de la couverture en MILDA chez les femmes enceintes et les enfants 0–11 mois au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Sources : EDS 2003-2021, Rapports annuels 2005-2019 du PNLP, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

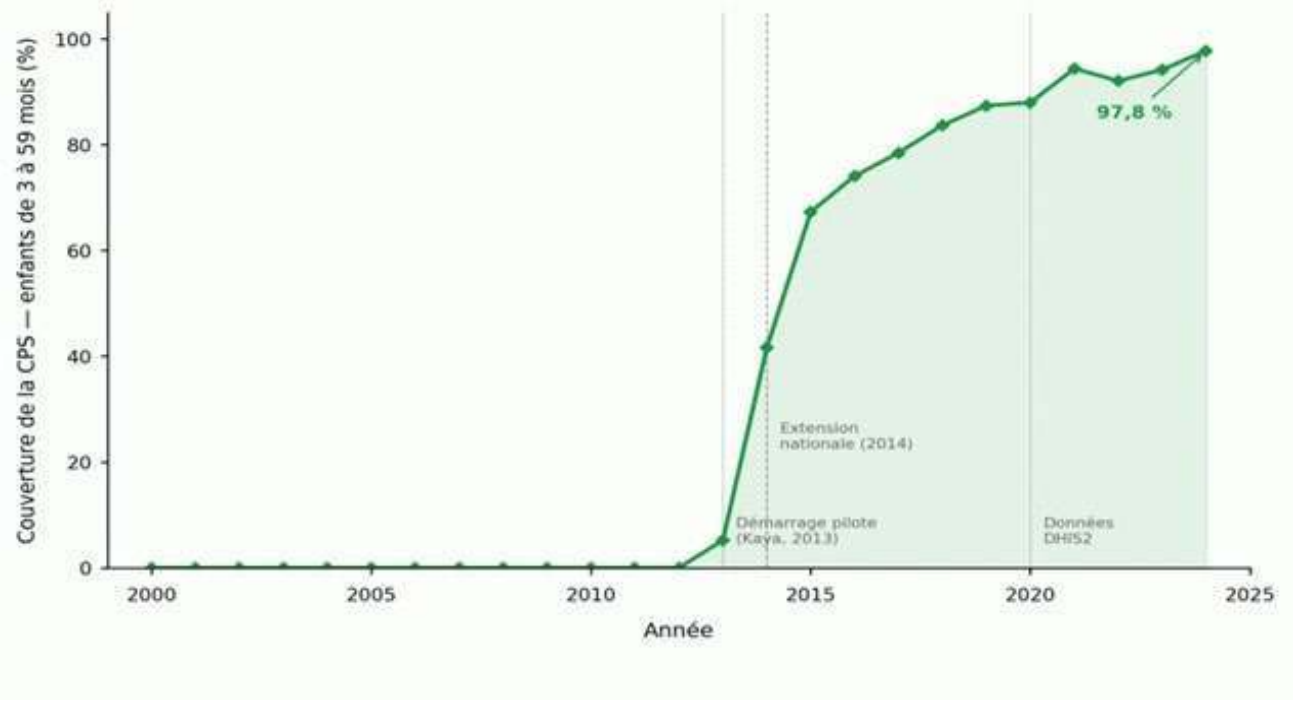

Figure 3 : L'évolution de la couverture de la CPS chez les enfants âgés de 3 à 59 mois au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source : Rapports annuels 2013-2019 du PNLP, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

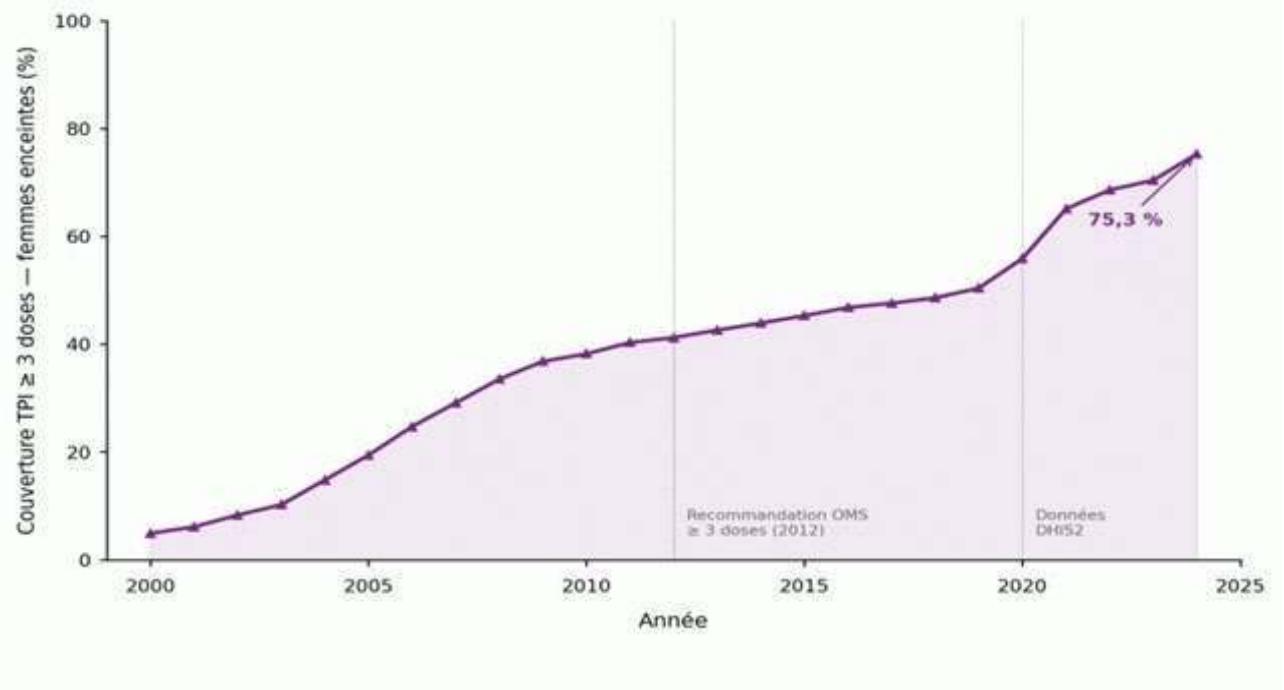

Figure 4 : L'évolution de la couverture du TPI ≥ 3 doses chez les femmes enceintes au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source: EDS 2003-2021, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

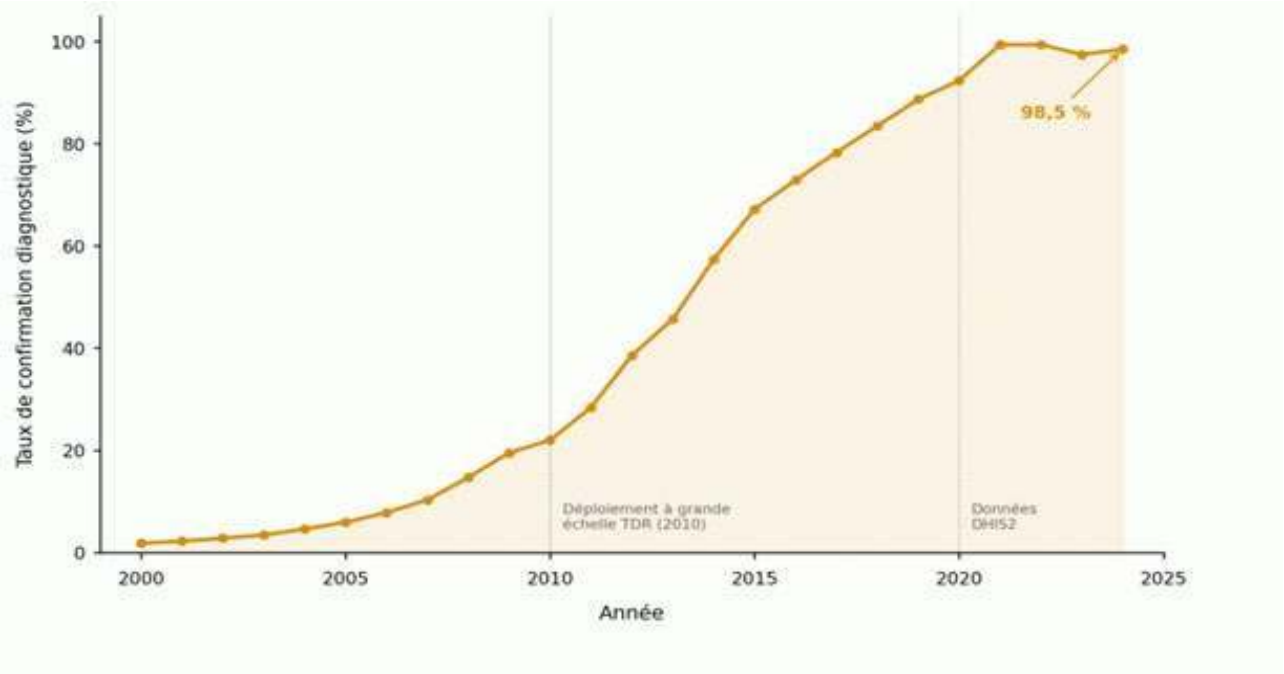

Figure 5 : L'évolution du taux de confirmation diagnostique par TDR ou microscopie au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source : ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

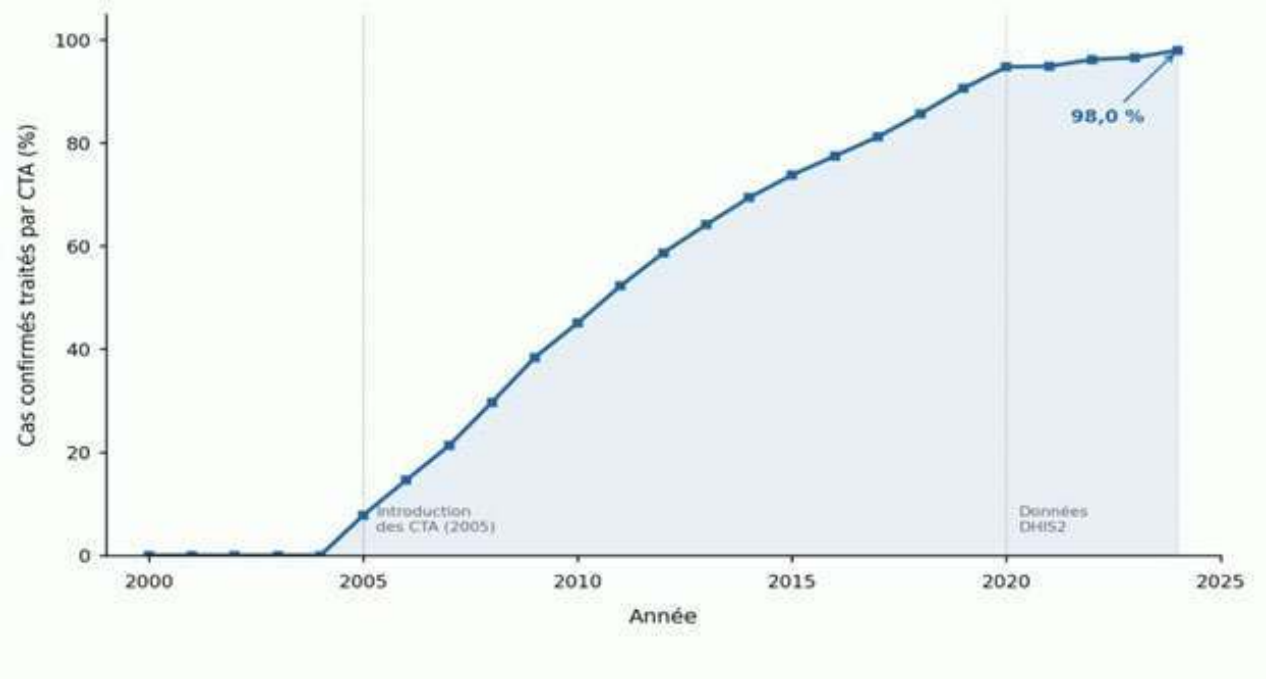

Figure 6 : L'évolution de la proportion de cas confirmés traités par CTA au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source : EDS 2003-2021, Rapports annuels 2005-2019 du PNLP, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

Tableau II : synthèse des bonnes pratiques issues des interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso de 2024

Interventions	Critères	Évaluation	Score	Appréciation
MILDA	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
CPS	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Élevée	3	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**19/21**	
TPI+CPN	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
TDR + microscopie	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Élevée	3	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	

	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**19/21**	
ACT	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
Gestion intégrée des vecteurs	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Moyenne	2	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Moyenne	2	
	Total du score		**15/21**	
Renforcement du système de surveillance	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Élevée	3	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
Participation et engagement communautaire	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Moyenne	2	
	Disponibilité	Élevée	3	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Faible	1	

	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
Engagement politique et financement durable	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Moyenne	2	
	Durabilité	Moyenne	2	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Moyenne	2	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**15/21**	
Collaboration multisectorielle	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Moyenne	2	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Faible	1	
	Équité	Moyenne	2	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Moyenne	2	
	Total du score		**12/21**	

Voir le tableau S du document supplémentaire pour plus de détails.

4. Discussion

4.1. Les principaux résultats

Cette étude a permis de mettre en évidence les bonnes pratiques de lutte contre le paludisme parmi les interventions mises en œuvre au Burkina Faso. Ces bonnes pratiques sont notamment l'accès universel aux soins de santé (MILDA, CPS, TPI, TDR + microscopie, CTA), le renforcement du système de surveillance, ainsi que la participation et l'engagement communautaire.

4.2. L'analyse par critères d'évaluation des bonnes pratiques

Dans cette étude, toutes les bonnes pratiques présentent un niveau élevé de pertinence, ce qui montre leur importance dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Les études de Fambirai et al., 2025 et de Montresor et al., 2020 soulignent l'importance de ces pratiques pour la réussite des programmes de lutte contre le paludisme (Fambirai et al., 2025; Montresor et al., 2020). Toutefois, le déploiement de ces interventions n'est pas suffisamment adapté aux contextes locaux de ces pays (Li et al., 2024). Au Burkina Faso, une caractérisation entomologique et épidémiologique des zones d'éligibilité a été réalisée avant le lancement du programme pilote de ces interventions, ce qui explique en partie l'excellente adéquation entre l'intervention et le contexte (Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme (SP/Palu) & Fond mondial, 2024). Les autres interventions qui n'ont pas été classées comme de bonnes pratiques ont également montré une pertinence élevée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la pertinence est une condition nécessaire mais non suffisante dans la lutte contre le paludisme. En effet, une intervention peut être épidémiologiquement pertinente mais inefficace faute de durabilité financière, de disponibilité opérationnelle, d'équité et d'adhésion de la population, d'où la proposition d'une évaluation multicritère (Victora et al., 2011).

Les bonnes pratiques mises en évidence dans cette étude présentent un niveau élevé d'efficacité. Ces résultats sont cohérents avec les études de Cissé et al., 2006, Raharinjatovo et al., 2024, Cellich et al., 2024 et Fogg et al., 2004 (Cellich et al., 2024; Cissé et al., 2006; Fogg et al., 2004; Raharinjatovo et al., 2024). Toutefois, les travaux de Banek et al., 2014 et Bawate et al., 2024 montrent que l'efficacité mesurée dans des conditions contrôlées est souvent supérieure à celle observée dans les conditions programmatiques réelles, notamment en raison des problèmes d'observance thérapeutique et d'accessibilité aux soins (Banek et al., 2014; Bawate et al., 2024). L'intégration du suivi de l'observance dans les responsabilités des agents communautaires est efficace pour améliorer la couverture des interventions et réduire la mortalité due au paludisme (Hezagira et al., 2025; Win Han Oo et al., 2019). L'engagement politique et la collaboration multisectorielle dans cette étude présentent un niveau moyen en termes d'efficacité. Cela pourrait s'expliquer par le fait que des intentions politiques formellement exprimées ne se traduisent pas automatiquement en efficacité programmatique faute de mécanismes opérationnels (Brinkerhoff et al., 2008).

La durabilité des interventions dans cette étude présente des faiblesses qui se traduisent par une fragilité structurelle dans le programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Ce constat pourrait être dû au fait que le Burkina Faso ainsi que les autres pays endémiques évalués par l'ACCESS-SMC ne finançaient pas plus de 20 % des coûts du programme par des ressources nationales (ACCES-SMC, 2020; Fernandes et al., 2015; Owusu et al., 2025). La grande majorité du financement

dans la lutte contre le paludisme provient de l'extérieur, avec des conditions d'utilisation qui peuvent être interrompues à n'importe quel moment, entravant leur durabilité (ACCES-SMC, 2020; Fernandes et al., 2015; Owusu et al., 2025).

La disponibilité des bonnes pratiques mises en évidence présente des difficultés à répondre de manière continue aux besoins des formations sanitaires, traduisant ainsi l'existence de ruptures fréquentes de stocks. Ces ruptures sont également présentes dans les autres pays de l'Afrique avec des résultats assez similaires (Kuupiel et al., 2019; Mikkelsen-Lopez et al., 2014). Ce problème pourrait également être attribué à des dysfonctionnements systémiques de la chaîne logistique plutôt qu'à des problèmes de financement (Kuupiel et al., 2019; Mikkelsen-Lopez et al., 2014).

L'équité des bonnes pratiques au Burkina Faso présente un niveau élevé. Cela pourrait s'expliquer par la couverture assez élevée observée dans cette lutte en 2024. Toutefois, selon Koulidiati et al., 2024, les zones rurales ainsi que les régions confrontées à l'insécurité présentent des taux de complétude des données inférieurs à 70 %, ce qui peut entraîner une sous-estimation du poids réel du paludisme dans les zones les plus affectées (Koulidiati et al., 2024). Le coût-efficacité des bonnes pratiques identifiées dans cette étude présente un niveau élevé. Ces pratiques permettent d'obtenir des bénéfices sanitaires importants pour des coûts relativement maîtrisés. Malgré ces performances économiques, les investissements nationaux restent insuffisants. Les gouvernements augmentent progressivement leurs financements selon les données disponibles, mais la progression vers l'efficacité attendue demeure lente face aux besoins réels des programmes (Andrada et al., 2019; Maskin et al., 2019). À l'inverse, la GIV, la participation communautaire, l'engagement politique et la collaboration multisectorielle présentent un faible niveau de coût-efficacité. Cette situation s'explique à la fois par les coûts de mise en œuvre et par le manque de données économiques fiables, ce qui limite leur évaluation réelle. Chaque dollar investi dans la formation et le soutien des agents communautaires générait un coût d'efficacité de 0,09 à 90 USD par habitant (Conteh et al., 2021; Miyares et al., 2026). Ces résultats indiquent que la participation communautaire pourrait être reclassée à un niveau élevé si davantage de données économiques étaient disponibles.

L'acceptabilité élevée des bonnes pratiques identifiées converge avec la littérature sur l'adhésion communautaire en Afrique de l'Ouest. Ce résultat reste cohérent avec les résultats du programme ACCESS-SMC (2020) dans les autres pays du Sahel, renforçant ainsi la validité externe de cette observation (ACCES-SMC, 2020). Pour la collaboration multisectorielle et l'engagement politique, les évaluations au niveau moyen reposent sur des données qualitatives moins systématiques.

4.3. Hiérarchisation des priorités d'action

Cette étude a permis de recenser quatre (04) niveaux de priorité. La première priorité observée dans cette étude est la sécurisation financière et logistique des interventions pour garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement. La deuxième priorité observée est le renforcement du système de surveillance du paludisme. La troisième priorité concerne le renforcement durable de l'engagement politique. La création d'une ligne budgétaire nationale protégée constitue une option importante. La quatrième priorité est le renforcement de la participation et de l'engagement communautaire pour inciter les communautés à être acteurs de leur propre santé.

4.4. Limites de l'étude

Cette étude présente des limites. Les données secondaires utilisées peuvent comporter des biais

susceptibles d'affecter la qualité et la validité des résultats. Aussi, l'absence d'analyse économique peut constituer un enjeu majeur pour la pérennité des performances liées à la lutte contre le paludisme.

Enfin, l'élaboration de la grille de scoring par l'équipe de recherche ainsi que la classification des interventions comme bonnes pratiques n'ont pas fait l'objet de validation par des experts indépendants ni de test préalable dans des conditions réelles. Ainsi, les résultats trouvés doivent être utilisés pour l'aide à la décision et à la planification. Des travaux ultérieurs doivent être réalisés pour soumettre cette grille à une validation auprès d'experts du domaine.

5. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence les bonnes pratiques de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Ces résultats révèlent que le pays présente des avancées dans la lutte grâce à plusieurs bonnes pratiques, notamment les MILDA, la CPS, le TPI, les TDR + microscopie et les CTA, le renforcement du système de surveillance et la participation communautaire qui sont pertinentes, efficaces et bien accueillies par la population. Ces acquis témoignent de la pertinence des stratégies mises en œuvre et de l'engagement des acteurs nationaux et communautaires dans cette lutte.
Cependant, malgré ces avancées, la fragilité du système d'approvisionnement et de gouvernance constitue un frein majeur à l'efficacité, à la continuité et au suivi des interventions de lutte contre le paludisme. Dans ce contexte, cette lutte ne peut se limiter à la consolidation des interventions acquises. Un renforcement des mécanismes d'approvisionnement, de financement et de coordination est également nécessaire. La mise en place de nouvelles stratégies avec les parties prenantes dans le cadre d'une co-création apparaît essentielle pour trouver des stratégies afin de surmonter les obstacles actuels et accélérer les progrès vers l'élimination.

Remerciements

Nous remercions tous les collègues qui ont prodigué des conseils et un soutien technique lors de la rédaction de ce manuscrit.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Matériel supplémentaire

Le matériel supplémentaire de cet article est disponible sur demande.

Contribution aux auteurs :

Wendemi Daniel OUEDRAOGO, Ahmed KABORE et Hervé HIEN ont participé à la conception de l'étude, à la recherche documentaire, à l'extraction des données, à l'analyse et à la rédaction du document. Maxime DRABO et Nicolas MEDA ont participé à la conception et à la validation du manuscrit.

Déclaration d'utilisation d'IA

Cette étude a utilisé ChatGPT pour reformuler certaines phrases jugées trop longues. En dehors de la reformulation, l'IA n'a pas été utilisée pour la conception de l'étude, la collecte des données ni la synthèse des résultats.

Financement :

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'une agence de financement.

Références

ACCES-SMC. (2020). Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention at scale in west and central Africa : An observational study. *Lancet (London, England)*, *396*(10265), 1829-1840. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32227-3

Andrada, A., Herrera, S., & Yé, Y. (2019). Are new national malaria strategic plans informed by the previous ones? A comprehensive assessment of sub-Saharan African countries from 2001 to present. *Malaria Journal*, *18*(1), 253. https://doi.org/10.1186/s12936-019-2898-4

Banek, K., Smith, S., Chandler, C., Kanu, M., Kamara, A., Chandramohan, D., & Staedke, S. (2014). Adherence to co-formulated amodiaquineartesunate vs. Artemether-lumefantrine for the treatment of uncomplicated malaria in freetown, Sierra Leone. *American journal of tropical medicine and hygiene*, *91*(5), 72. (CN-01037716).

Bawate, C., Callender-Carter, S. T., Guyah, B., & Ouma, C. (2024). Factors influencing patients' adherence to malaria artemisinin-based combination therapy in Kamuli District, Uganda. *Malaria Journal*, *23*(1), 1. https://doi.org/10.1186/s12936-023-04824-8

Brinkerhoff, DW, & Bossert. (2008). *Concepts, expérience et options de programmation en matière de gouvernance de la santé*. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3512906

Cellich, P., Unger, H. W., Rogerson, S. J., & Mola, G. D. L. (2024). Impact on pregnancy outcomes of intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine in urban and peri-urban Papua New Guinea : A retrospective cohort study. *Malaria Journal*, *23*(1), 201. https://doi.org/10.1186/s12936-024-05010-0

Cissé, B., Sokhna, C., Boulanger, D., Milet, J., Bâ, E. H., Richardson, K., Hallett, R., Sutherland, C., Simondon, K., Simondon, F., Alexander, N., Gaye, O., Targett, G., Lines, J., Greenwood, B., & Trape, J.-F. (2006). Seasonal intermittent preventive treatment with artesunate and sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of malaria in Senegalese children : A randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *The Lancet*, *367*(9511), 659-667. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68264-0

Conteh, L., Shuford, K., Agboraw, E., Kont, M., Kolaczinski, J., & Patouillard, E. (2021). Costs and Cost-Effectiveness of Malaria Control Interventions : A Systematic Literature Review. *Value in Health*, *24*(8), 1213-1222. https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.01.013

Dambach, P., Traoré, I., Kaiser, A., Sié, A., Sauerborn, R., & Becker, N. (2016). Challenges of implementing a large scale larviciding campaign against malaria in rural Burkina Faso – lessons learned and recommendations derived from the EMIRA project. *BMC Public Health*, *16*(1), 1023. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3587-7

Fambirai, T., Chimbari, M., & Mhindu, T. (2025). Factors associated with contracting border malaria : A systematic and meta-analysis. *PLOS ONE*, *20*(1), e0310063. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310063

Fernandes, S., Sicuri, E., Kayentao, K., Eijk, A. M. van, Hill, J., Webster, J., Were, V., Akazili, J., Madanitsa, M., Kuile, F. O. ter, & Hanson, K. (2015). Cost-effectiveness of two versus three or more doses of intermittent preventive treatment for malaria during pregnancy in sub-Saharan Africa : A modelling study of meta-analysis and cost data. *The Lancet Global Health*, *3*(3), e143-e153. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70385-7

Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs—Principles and Practices. *Health Services Research*, *48*(6 Pt 2), 2134-2156. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117

Fogg, C., Bajunirwe, F., Piola, P., Biraro, S., Checchi, F., Kiguli, J., Namiiro, P., Musabe, J., Kyomugisha, A., & Guthmann, J.-P. (2004). Adherence to a six-dose regimen of artemether-lumefantrine for treatment of uncomplicated Plasmodium falciparum malaria in Uganda. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *71*(5), 525-530.

Hershey, C. L., Bhattarai, A., Florey, L. S., McElroy, P. D., Nielsen, C. F., Yé, Y., Eckert, E., Franca-Koh, A. C., Shargie, E., Komatsu, R., Smithson, P., Thwing, J., Mihigo, J., Herrera, S., Taylor, C., Shah, J., Mouzin, E., Yoon, S. S., & Salgado, S. R. (2017). Implementing Impact Evaluations of Malaria Control Interventions : Process, Lessons Learned, and Recommendations. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *97*(3_Suppl), 20-31. https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0064

Hezagira, E., Gashema, P., Harelimana, J. de D., Siddig, E. E., Iradukunda, P. G., Mbwirabumva, I., Uwimana, A., Sayinzoga, F., Rwamwejo, F., Tuyishime, A., Umuhire, J., Musafiri, S., & Muvunyi, C. M. (2025). Three decades of community health workers in primary healthcare delivery in Rwanda : Evolution, impact and policy lessons. *BMJ Global Health*, *10*(12), e021339. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021339

Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, ., Deborah M., Chaimani, A., Schmid, C. H., Cameron, C., Ioannidis, J. P. A., Straus, S., Thorlund, K., Jansen, J. P., Mulrow, C., Catalá-López, F., Gøtzsche, P. C., Dickersin, K., Boutron, I., Altman, D. G., & Moher, D. (2015). The PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Reviews Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions : Checklist and Explanations. *Annals of Internal Medicine*, *162*(11), 777-784. https://doi.org/10.7326/M14-2385

Jacobs, A. M., Büthe, T., Arjona, A., Arriola, L. R., Bellin, E., Bennett, A., Björkman, L., Bleich, E., Elkins, Z., Fairfield, T., Gaikwad, N., Greitens, S. C., Hawkesworth, M., Herrera, V., Herrera, Y. M., Johnson, K. S., Karakoç, E., Koivu, K., Kreuzer, M., … Yashar, D. J. (2021). The Qualitative Transparency Deliberations : Insights and Implications. *Perspectives on Politics*, *19*(1), 171-208. https://doi.org/10.1017/S1537592720001164

Koulidiati, J.-L., Nonkani, W. G., Kaboré, I., Kiendrébéogo, J. A., Tapsoba, C., & Kafando, Y. (2024). *Quality-related practices, measurement systems, and links to health purchasing in Burkina Faso's health system*.

Kuupiel, D., Bawontuo, V., Drain, P. K., Gwala, N., & Mashamba-Thompson, T. P. (2019). Supply chain management and accessibility to point-of-care testing in resource-limited settings : A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, *19*, 519. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4351-3

Li, J., Docile, H. J., Fisher, D., Pronyuk, K., & Zhao, L. (2024). Current Status of Malaria Control and Elimination in Africa : Epidemiology, Diagnosis, Treatment, Progress and Challenges. *Journal of Epidemiology and Global Health*, *14*(3), 561-579. https://doi.org/10.1007/s44197-024-00228-2

Lincoln YS & Guba EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. CA: Sage Publications.

Maskin, E., Monga, C., Thuilliez, J., & Berthélemy, J.-C. (2019). The economics of malaria control in an age of declining aid. *Nature Communications*, *10*(1), 2269. https://doi.org/10.1038/s41467-019-09991-4

Mikkelsen-Lopez, I., Cowley, P., Kasale, H., Mbuya, C., Reid, G., & de Savigny, D. (2014). Essential medicines in Tanzania : Does the new delivery system improve supply and accountability? *Health Systems (Basingstoke, England)*, *3*(1), 74-81. https://doi.org/10.1057/hs.2013.14

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2023). *PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2021-2025 Révisé* (p. 205). Ministère de la Santé du Burkina Faso.

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2025). *ANNUAIRE STATISTIQUE 2024* (p. 458) [Annuaire]. MINISTERE DE LA SANTE. https://www.sante.gov.bf/detail-documents?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=1049&cHash=b54731d690750784bdb9984a26ec5ed1

Miyares, M., Stansert Katzen, L., Vaughan, K., Baskin, C., Ballard, M., Kok, M., Jimenez, A., Iberico, M. M., Ernst, J., Cook, J., Bienvenue Ishimwe, A., Martin, L., Kawooya, P., Aranda,

Z., Mantus, M., Bruce Kumar, M., Finnegan, K. E., Mudhune, S., Dennis, M., … O'Donovan, J. (2026). Costs and cost-effectiveness of community health worker programs on reproductive, maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries (2015–2024) : A scoping review. *PLOS Global Public Health*, *6*(1), e0004893. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004893

Montresor, A., Mupfasoni, D., Mikhailov, A., Mwinzi, P., Lucianez, A., Jamsheed, M., Gasimov, E., Warusavithana, S., Yajima, A., Bisoffi, Z., Buonfrate, D., Steinmann, P., Utzinger, J., Levecke, B., Vlaminck, J., Cools, P., Vercruysse, J., Cringoli, G., Rinaldi, L., … Gyorkos, T. W. (2020). The global progress of soil-transmitted helminthiases control in 2020 and World Health Organization targets for 2030. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, *14*(8), e0008505. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008505

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research : A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, *89*(9), 1245-1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* (p. 39). Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/handle/10665/176720

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *18 millions de doses du tout premier vaccin contre le paludisme allouées à 12 pays africains pour la période 2023-2025 : Gavi, l'OMS et l'UNICEF*. https://www.who.int/news/item/05-07-2023-18-million-doses-of-first-ever-malaria-vaccine-allocated-to-12-african-countries-for-2023-2025--gavi--who-and-unicef

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Rapport 2025 sur le paludisme dans le monde* (p. 21) [Resumé du rapport]. Organisation mondiale de la Santé (OMS). https://www.who.int/fr/publications/m/item/executive-summary-world-malaria-report-2025

Ouedraogo, W. D., Hien, H., Kabore, A., Hien, A. S., Somda, S., Sie, A., Drabo, M., Kompaore, S., & Meda, N. (2025a). Good Practices Implemented in Malaria-Free Countries as a Lever to Accelerate Elimination in Endemic Areas from 2000 to 2024 : A Systematic Review of the Literature. *Open Journal of Epidemiology*, *15*(3), 637-656. https://doi.org/10.4236/ojepi.2025.153042

Ouedraogo, W. D., Hien, H., Kabore, A., Hien, A., Somda, S., Sie, A., Drabo, M., Kompaore, S., & Meda, N. (2025b). Good Practices to Malaria Elimination in Countries from 2016 to 2023 : A Systematic Literature Review. *Open Journal of Epidemiology*, *15*(2), 402-420. https://doi.org/10.4236/ojepi.2025.152026

Owusu, R., Gilmartin, C., Diawara, H., Bocoum, F., Ndiaye, O., Ruisch, A., Aryeetey, G. C., Jainie, D., Kokovena, M., Walker, D., & Nonvignon, J. (2025). Estimating the opportunity cost of seasonal malaria chemoprevention implementation in Burkina Faso, Mali and Senegal. *BMJ Global Health*, *10*(10). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018042

Raharinjatovo, J., Dabiré, R. K., Esch, K., Soma, D. D., Hien, A., Camara, T., Diouf, M. B., Belemvire, A., Gerberg, L., Awolola, T. S., Koné, A., Jacob, D., Vandecandelaere, S., Baes, M., & Poyer, S. (2024). Physical and insecticidal durability of Interceptor®, Interceptor® G2, and PermaNet® 3.0 insecticide-treated nets in Burkina Faso : Results of durability monitoring in three sites from 2019 to 2022. *Malaria Journal*, *23*, 173. https://doi.org/10.1186/s12936-024-04989-w

RBM Partnership to End Malaria. (2019). *Action and Investment to Defeat Malaria 2016–2030 (AIM)*. World Health Organization.

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice : A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE.

Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. G. Burgess (Éds.), *Analyzing qualitative data* (p. 173-194). Taylor & Francis. https://doi.org/10.4324/9780203413081_chapter_9

Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme (SP/Palu), & Fond mondial. (2024). *Evaluation des obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre dans la lutte contre le paludisme à l'aide de Malaria Matchbox Tool au Burkina Faso* (p. 118).

Victora, C. G., Black, R. E., Boerma, J. T., & Bryce, J. (2011). Measuring impact in the Millennium Development Goal era and beyond : A new approach to large-scale effectiveness evaluations. *The Lancet*, *377*(9759), 85-95. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60810-0

Win Han Oo, Gold, L., Moore, K., Agius, P. A., & Fowkes, F. J. I. (2019). The impact of community-delivered models of malaria control and elimination : A systematic review. *Malaria Journal*, *18*, 269. https://doi.org/10.1186/s12936-019-2900-1

2026 OUEDRAGO, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.