



Création d'un observatoire territorial de la gratuité des soins pour les indigents

La mise en œuvre de la vaccination contre la COVID-19 au Burkina Faso : étude de cas du district sanitaire de Diébougou.

Objectifs de la recherche

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet ORIGINE au Burkina Faso, une recherche sur la vaccination COVID 19 dans les districts sanitaires de Diébougou a été réalisée. Cette recherche vise à : (i) analyser la mise en œuvre de la vaccination contre la COVID 19 dans le district sanitaire de Diébougou ; (ii) analyser la prise en compte des inégalités et de la préoccupation pour les plus pauvres ; (iii) comprendre l'intention vaccinale des personnes indigentes.

Méthodologie de recherche.

La recherche s'inscrit dans une approche compréhensive et basée sur la collecte de données qualitative dont les entretiens individuels approfondis, les observations de situations et des discussions des groupes.

Choix des sites de collecte des données.

Les données ont été collectées à plusieurs niveaux en fonction de leur implication dans la mise en œuvre de la stratégie de vaccination. La Direction Région de la Santé (DRS) du Sud-Ouest, le district sanitaire de Dédougou, chacune des cinq (5) communes du district (Diébougou, Tiankoura, Lolonioro, Dolo, Bondigui). Les communes étant les centres de vaccination, dans chacune d'elles deux CSPS ont été sélectionnées : Le CSPS urbain de la commune qui est le site de vaccination, et le CSPS de plus éloigné.

Types de répondant et outils et méthode de collecte.

Les données ont été collectées auprès de diverses catégories de personnes qui sont impliquées ou non dans la planification et la mise en œuvre de la vaccination : les acteurs de DRS, les membres de l'équipe-cadre de district (ECD), les infirmiers-chefs de poste (ICP), les autres membres du COGES, les autorités communales, les associations, les membres de la communauté dont les personnes indigentes.

- Des entretiens approfondis ont été conduits à l'aide de guide d'entretien auprès des acteurs de la DRS, de ECD, des ICP et COGES, des autorités communales, des membres du comité villageois de développement (CVD), des personnes indigentes.
- Les discussions de groupe avec des membres de la communauté (femmes et hommes)
- Des observations dans les postes de vaccination à l'aide d'un guide.

Au total 61 entretiens individuels ont été réalisés, 10 discussions de groupes et 5 observations de site de vaccinations

Les données ont été collectées entre le 22 octobre et le 22 novembre 2021

Tableau 1 : Liste des CSPS retenus par commune

Commune 5	CSPS 10
Diébougou	CSPS1 Diébougou
	CSPS2 Dakoblé
Bondigui	CSPS1 Bondigui
	CSPS2 Nabéré
Dolo	CSPS1 Dolo
	CSPS2 Niceo
Lolonioro	CSPS1 Lolonioro
	CSPS2 Werinkera
Tiankoura	CSPS1 Tiankoura,
	CSPS2 Tioyo

Le tableau 2 : nombre de répondant par catégorie d'acteurs

Niveau	Catégorie de répondant	Méthode/outils de collecte	Nombre de répondant	Total
DRS Sud-Ouest Gaoua	Équipe régionale de coordination de la vaccination	Entretien individuel/ Guide	2	2
District Diébougou	ECD	Entretien individuel/ Guide	3	4
	Responsable PEV	Entretien individuel/ Guide	1	
CSPS	ICP	Entretien individuel/ Guide	1x10	50
	Comité villageois de Développement	Entretien individuel/ Guide	1x10<	
	COGES	Entretien individuel/ Guide	1x10	
	Indigents	Entretien individuel/ Guide	2x10=20	
	Femme et homme de la communauté	Discussions de groupes/ Guide	1x10	10
Chef-lieu de commune	Maire		1x5	5
Total			Individuel	61
			FG	10

- Entretien individuel District (agent de santé, COGES et CVD, Maire) = **59**
- Entretien individuel régional = **2**
- Discussion de groupe = **10**

Les données ont été collectées par 6 enquêteurs constitués en 3 équipes.

Quelques résultats

1) La mise en œuvre de la vaccination

Concernant la mise en œuvre : pas de préparation des sites, stratégie fixe, les agents de santé enregistrent les candidats à la vaccination jusqu'à un certain nombre (au moins 5), puis les appellent au téléphone pour la vaccination= stratégie de gestion du vaccin pour ne pas perdre des doses non utilisées dans le délai.

Le district sanitaire a organisé une rencontre avec les ICP et les responsables PEV sur ce qui avait été décidé par le ministère sur le déroulement de la vaccination. Selon les directives, il fallait vacciner en priorités le personnel de santé, les personnes âgées avec une comorbidité élevée et les pèlerins. Puisque les doses de vaccins étaient insuffisantes, seules les CSPS des chefs-lieux communes ont reçu quelques doses allant de 10 à 20. La directive a prévu quatre (4) vaccinateurs et deux (2) volontaires ASBC pour appuyer la communication de proximité auprès de la population. Cela n'a pas été le cas dans la mise en œuvre.

La vaccination a débuté pour l'ensemble au mois de juin. Mais très tôt les centres de santé ont fait face à la réticence des populations principalement pour le vaccin Astra Zeneca. Certains ICP expliquent que la population était déjà inondée d'informations, de rumeurs sur le vaccin à travers les réseaux sociaux surtout et aussi de bouche à oreille. Il ressort de ces rumeurs que le vaccin n'était pas fiable qu'il précipiterait plutôt la mort « de celui qui se fait vacciner », qu'il réduisait l'espérance de vie de 7 ans au moins, que le vaccin n'est pas homologué. Malgré les démarches de certains ICP auprès des autorités communales et des chefs coutumiers pour déconstruire les rumeurs afin d'obtenir leurs adhésions et celles des populations, la mobilisation est restée très faible.

Une autre difficulté réside aussi dans le fait que le flacon du vaccin ne peut être utilisé pour un seul individu. Il faut aux cinq candidats avant qu'un flacon ne puisse être ouvert. Aussi le vaccin une fois ouvert n'est plus utilisable six (6) heures après. Ce qui fait que les vaccinateurs n'arrivaient pas à réunir cinq personnes sur place pour administrer le vaccin. Pour s'adapter, les équipes de vaccination enregistrent les candidats à la vaccination. Lorsque le nombre requis pour l'ouverture d'un flacon est atteint, un rendez-vous pour administrer le vaccin est fixé par appel téléphonique.

Cependant une augmentation des candidats à la vaccination a été constatée avec l'arrivée du vaccin Johnson and Johnson à dose unique. Cela a aussi coïncidé avec une période de forte migration des jeunes vers la Côte d'Ivoire qui avaient besoin d'une preuve de vaccination pour passer la frontière ivoirienne.

En matière de stratégie vaccinale, la plupart des CSPS ont commencé avec la stratégie fixe, mais au fur et à mesure, avec l'arrivée du vaccin Johnson et l'augmentation de la demande, d'autres CSPS ont inclus la stratégie avancée en se déplaçant dans deux villages pour répondre aux besoins.

Dans l'ensemble, il ressort des entretiens que les centres de santé ont dû miser sur la sensibilisation à travers les leaders religieux et communautaire (ASBC, CVD, COGESS) pour convaincre les populations. Dans ce sens, les caractéristiques de populations qui adhéraient à la vaccination étaient surtout des hommes dont l'âge est compris entre 18 et 77 ans avec une forte proportion entre la trentaine (30) et la quarantaine (40) et majoritairement des cultivateurs et/ou orpailleurs. Ces catégories de population se sont fait vacciner essentiellement pour le besoin d'une preuve de vaccination afin d'effectuer leur transit vers la Côte d'Ivoire ou autres pays sans trop de tracasseries administratives de la police des frontières.

Il ressort également un manque de coordination/collaboration entre les collectivités locales et les acteurs de la santé dans un processus de sensibilisation dans le cadre de la mise en œuvre de la vaccination contre la Covid-19.

Apprendre de l'expérience

Les CSPS ne mentionnent pas de points de réussite parce qu'ils n'ont pas atteint l'objectif voulu, c'est-à-dire vacciner le plus grand nombre de leurs populations. La sensibilisation n'a pas bien marché. Les responsables de santé estiment n'avoir pas eu le temps de communiquer avec la population, de préparer la population à l'arrivée du vaccin. Ce qui a contribué peut-être aux différentes réticences constatées dès le début de la mise en œuvre de la vaccination. Les ICP soulignent l'insuffisance de temps consacré à la microplanification. Ils expliquent que pendant qu'ils étaient en formation au district de Diébougou pour la préparation de la mise en œuvre de la vaccination, « *le vaccin était déjà en train d'être acheminé afin qu'à la fin de la session de formation, chacun reparte avec son lot à vacciner* ».

Ils évoquent également la faible implication du ministère ainsi que le manque de ressources pour le suivi et la supervision de la vaccination. Ce sont les acteurs décentralisés qui se battent pour mener la communication. Cela donne l'impression selon les ICP que le ministère de la Santé est plus intéressé par l'obtention des fonds, sans une implication et un soutien aux acteurs pour la mise en œuvre.

Dans ce sens, il est recommandé pour les prochaines fois de laisser le temps aux agents de santé pour préparer à leur manière les populations qui sont souvent très difficiles à convaincre, préparer le terrain avant l'introduction du vaccin. En plus du ministère de la Santé, les autres départements ministériels devraient aider aussi à la communication.

Il faut également rendre disponibles les ressources financières et matérielles pour motiver les agents de santé à mettre l'accent sur la stratégie avancée sur une longue période, et dans les confins des villages accompagnés toujours de sensibilisations. La stratégie avancée permet de résoudre les problèmes de distance et d'accès à l'information pour ceux qui n'auront pas été touchés jusque-là.

2) Prise en compte des inégalités

Les personnes prioritaires pour le vaccin sont les agents de santé, les personnes âgées, les personnes avec une comorbidité élevée. Le personnel de santé en priorité parce qu'ils sont les plus exposés et aussi pour donner l'exemple aux restes de la population. Les personnes âgées et les personnes avec plusieurs comorbidités sont aussi parce qu'ils sont plus fragiles, avec un risque de décès élevé. Les personnes indigentes sont considérées comme cibles prioritaires selon les agents de santé par ce qu'elles constituent la part la plus délaissée de la population, très nécessiteuse, et du fait qu'ils sont pour la plupart très âgés.

3) Hésitation vaccinale et indigente

D'une manière générale, les indigentes ne savent pas grand-chose sur le vaccin contre la Covid-19. Dans l'ensemble, les indigents disent n'avoir reçu aucune information sur le vaccin, ni par l'entourage ni de par du personnel sanitaire. Ils ont entendu parler d'une nouvelle maladie appelée coronavirus et cela a induit la fermeture des frontières, mais ils n'en savent pas plus sur la maladie.

Par contre sur le vaccin ils n'ont aucune information sur son existence ni sur sa disponibilité dans les centres de santé. Ces personnes se considèrent comme étant les dernières informées, voire même pas du tout informées sur les faits dans la communauté ; elles sont recluses et n'ont pas accès au lieu public (marché, cabaret) d'où fusent les informations habituellement.

Étant pour la plupart très avancés en âge, ils ne peuvent plus sortir de leur maison, et pas même pour se rendre au centre de santé ; de ce fait ils n'ont plus accès aux informations ; ils ne se sentent pas proches du système sanitaire. À ce propos, une indigente souligne n'avoir pas été prise en charge la dernière fois qu'elle s'est rendue au centre de santé avec sa carte d'indigente pour des soins. Pour cela, elle s'est sentie rejetée et préfère ne plus s'y rendre.

De l'idée de l'introduction d'un vaccin contre la Covid-19, les indigents disent que c'est une bonne chose si cela contribue à la santé des populations ; si un vaccin existe, il est nécessaire pour le Burkina et les autres pays africains aussi parce que ce sont les mêmes populations qui se rencontrent.

Aussi les indigents pensent qu'au cas où il y'aurait un vaccin, tout le monde devrait le recevoir parce que tout le monde a droit à la santé. Certains se considérant très vulnérables, vieux, sans un soutien et délaissés, estiment être prioritaire pour le vaccin. Mais d'autres (minorités) pensent qu'ils sont à la fin de leur vie et qu'il faut donner la priorité aux jeunes qui sont l'avenir.

D'une façon générale, ces indigents n'ont entendu aucune rumeur sur le vaccin. Ils ne savent même pas l'existence d'un vaccin Covid-19. Cette catégorie de personnes se sent mise à l'écart et très délaissée par leur entourage, ils estiment que ce sont les agents de santé qui devraient plus se préoccuper de leur sort pour les informations et la prise en charge. Leurs besoins s'articulent autour de l'alimentation. Les préoccupations sont liées à comment avoir de la nourriture chaque jour et pouvoir se soigner si le besoin s'exprime.



Autres préoccupations des indigents hors Covid qui sont ressorties

Les indigents considèrent ne pas tirer avantage de la carte qu'ils ont reçue. Lorsqu'ils se rendent dans les services de santé, ils ne sont pas pris en charge, on leur dit que la carte n'est plus valable. Certains rapportent que, quelques fois, les familles dans lesquelles ils se sont insérés (ménage d'attache) récupèrent les dons et vivres reçus de la part de bonne volonté. Une autre raconte qu'elle souffre d'une autre maladie dont on dit que c'est un palu grave à répétition et par manque de ressources financières elle ne peut plus aller au centre de santé... « *la carte ne lui profite pas, elle n'est pas prise en charge.* »