

RAPPORT PAYS

BURKINA FASO



RAPPORT PAYS

BURKINA FASO

**Meilleures Pratiques et récits centrés sur l'humain en matière de vaccination
IMEP, Initiative**

Défier les aléas avec les outils et un sens inébranlable de résilience pour la vaccination

ABRÉVIATIONS & ACRONYMES

ASC:	Agent de Santé Communautaire
BCG:	Bacille Calmette-Guérin
CORUS:	Centre des Opération de Réponse aux Urgences Sanitaires
DS:	District Sanitaire
DTC:	Diphthérie Tétanos Coqueluche
FS:	Formation Sanitaire
GAVI:	Global Alliance for Vaccines and Immunization
HepB:	Vaccin de l'Hépatite B
Hib:	Haemophilus influenzae type b
IDH:	Indice du Développement Humain
IMEP:	Initiative Mondiale pour l'Éradication de la Poliomyélite
Unicef	Fonds des Nations unies pour l'enfance
MenAfrivac™	Vaccin contre la Neisseria meningitidis A
MINEFID	Ministère de l'économie, des finances et du développement
MS	Ministère de la Santé
OCHA	Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PDI	Personnes Déplacées Internes
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAC	Plan PluriAnnuel Complet
RMAT	Rayon Moyen D'Action Théorique
RR1	Rougeole Rubéole première prise
RR2	Rougeole Rubéole deuxième prise
USAID	U.S. Agency for International Development
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VPI	Vaccin Polio Injectable
VPO	Vaccin Polio Oral

INTRODUCTION

Le Burkina Faso, pays sahélien au coeur de l'Afrique de l'Ouest, a une population de presque 24 millions d'habitants, à 73,7% rurale, dont le taux d'accroissement est de 2,93% l'an. L'espérance de vie à la naissance est de 61,7 ans. Avec un Indice de Développement humain (IDH) de 0,452 en 2019, la nation est de la catégorie des pays à faible niveau de revenu et de développement. Un développement impulsé par sa jeunesse qui constitue plus de la moitié de la population. Fer de lance d'une économie encore dominée par les secteurs primaires et tertiaires, cette jeunesse joue un rôle important dans plusieurs secteurs y compris la santé. Le pays connaît depuis 2014 des soubresauts politiques et sécuritaires qui influencent négativement plusieurs domaines de la vie et des services publics et une situation humanitaire préoccupante.

Considérant la santé comme un déterminant du développement et un droit des individus, le système de santé du Burkina Faso s'est construit autour d'une vision et de valeurs communément définies. Il est surtout orienté par les principes des soins de santé primaires, avec une forte perspective de lutte contre la maladie et de sa prévention, auxquels s'est ajouté le déficit de la résilience. En effet, au gré des variations des saisons, le pays connaît des charges des problèmes de santé dont certains à caractère épidémique nécessitent la mise en place de divers types de réponses comme des campagnes de vaccination. Le Burkina Faso a des repères historiques et de hauts faits en matière de vaccination. En effet, le pays a été le premier au monde à faire une campagne de vaccination de masse par le virus atténué de la rougeole entre 1962 et 1963ⁱ. Vingt ans plus tard, en 1984 le pays initiera la vaccination commando qui couvrira plus de 75% de enfant cible. Le pays sera encore le premier à lancer une campagne de vaccination par le vaccin MenAfrivac™ en 2010 contre le méningite A. Quels que soient les aléas le pays a toujours trouvé les approches et les stratégies nécessaires pour assurer à la plus jeune composante de sa population une offre de vaccination optimale pour son bien être et un devenir en santé.

Le contexte d'insécurité a des effets sur les services de santé en général et de vaccination en particulier. Malgré cette situation difficile, le pays a pu maintenir certains indicateurs de santé et de vaccination. Au Burkina Faso, la pour l'éradication de la poliomyélite, comme dans plusieurs pays, a connu d'énormes succès. Quand à la lutte contre la rougeole et la rubéole, les initiatives y relative ont des promesses pertinentes pour le pays qui est proie depuis longtemps à des épidémies de rougeole. En début 2024, comme presque toutes les années, le Burkina Faso a connu une épidémie de rougeole dans 5 régions sanitaires, 2 355 cas avaient été enregistrés dans le pays, dont 8 décès. Le premier cas de Covid-19 a été déclaré en mars 2020. Par la suite, l'épidémie affectera toute la population par son impact sur l'économie et les relations sociales. À la date du 30 avril 2023 l'épidémie a touché 22 453 personnes avec 396 décès. Le déploiement des vaccins contre la covid-19 a nécessité l'implication de diverses institutions et catégories de la population.

Malgré les difficultés et la persistance de certains de ces problèmes, les efforts déployés renferment beaucoup d'éléments encourageants qui peuvent servir de source d'inspiration pour orienter les programmes et les plans futurs. La mise en évidence de ces bonnes pratiques et des leçons à retenir et leur documentation constituent donc une entreprise de grand intérêt aussi bien au niveau local qu'au plan régional et même international.

OBJECTIF DE LA DOCUMENTATION

- Sélectionner et documenter les meilleures stratégies, activités, processus, défis, innovations, plateformes et mécanismes de partenariats aux niveaux mondial, régional et national, la mobilisation et l'utilisation des ressources qui ont contribué aux résultats obtenus.
- Produire des récits centrés sur l'humain permettant de rendre visibles les problèmes, préoccupations, réalisations, et la motivation à réaliser des acteurs.

- Faire ressortir l'influence de l'insécurité sur les problèmes de santé et plus spécifiquement sur les performances des services de vaccination et documenter les approches d'anticipation, de gestion et de mitigation de cette influence, les résultats atteints et les perspectives.

Dans la présentation du rapport, le dernier objectif a été abordé en première position pour permettre de situer le contexte dans lequel les acteurs évoluent et les défis surmontés pour produire les résultats présentés.

MÉTHODOLOGIE

Échantillonnage des programmes et répondants

Les interventions

La sélection des interventions à documenter à analyser et la détermination des bonnes pratiques s'est faite par trois approches essentiellement. Tout d'abord, à partir de la revue documentaire et des rapports de l'Unicef, certaines interventions ont été identifiées comme ayant un potentiel d'éléments et de résultats instructifs et prometteurs en termes de bonnes pratiques. Ces interventions ont été confirmées lors d'un atelier de revue documentaire tenu à Ouagadougou du . Des répondants potentiels comme ceux du bureau pays de l'Unicef ont été identifiés pour fournir plus d'information sur ces interventions. La seconde approche a consisté plutôt à partir des répondants qui identifient les interventions pour lesquelles ils disposent d'éléments de réponse ou qu'ils souhaitent faire documenter. Enfin, le questionnaire préliminaire d'identification des bonnes pratiques mis en ligne a aussi servi de sources de sélections de certaines interventions à documenter.

Les répondants

L'identification et l'inclusion des répondants a aussi combiné plusieurs démarches. Tout d'abord, la désignation de points focaux au niveau des bureaux Unicef nous a aidé dans l'étude de cas du Burkina Faso à identifier certains répondants notamment au niveau du Bureau Pays et au niveau des services de santé. Certains répondants ont été identifiés à partir de l'activité de l'analyse documentaire à laquelle nous avons couplé une démarche d'échantillonnage boule de neige. Chaque répondant identifié pouvait à son tour nous proposer une personne d'intérêt à rencontrer. Enfin nous avons pour l'inclusion de répondant au niveau communautaire procédé à une sélection des utilisateurs des services de vaccination.

Collecte des données

La collecte préliminaire

Le questionnaire/formulaire de soumission préliminaire a été mis en ligne et le lien a été partagé à toutes les équipes immunisation des bureaux pays et de points focaux Unicef déterminés. Au total 8 détenteurs d'information au Burkina Faso ont rempli le questionnaire préliminaire en ligne. Plusieurs informations ont été collectées par cet intermédiaire. De même certains répondants de ce questionnaire en ligne ont été retenus pour la documentation des interventions et des expériences significatives.

Revue documentaire

En vue de la réalisation de la revue une liste préliminaire de documents a été établie. La liste a été complétée par des documents obtenus auprès des répondants notamment ceux du Bureau Pays de l'Unicef. Une grille d'analyse documentaire a été conçue pour structurer la démarche de la revue. Un

atelier d'analyse documentaire a été organisé avec une équipe de 4 analystes. Cet atelier avait pour but de tester la grille et la démarche d'analyse, de comparer différentes approches, et de trianguler les analyses et valider la démarche. Après cette étape, les documents obtenus des répondants ont été analysés séparément par le consultant. Les revues documentaires ont été complétées par des données et des informations collectées à partir de sources web et numériques.

Revue Littéraire

La revue documentaire a été identifiée dès le début de l'activité de documentation comme une alternative au manque de documents d'activité ou de répondants pour les interventions. Aussi, des articles scientifiques publiés sur des interventions ont servi de sources de documentation des meilleures pratiques. La revue littéraire a permis d'avoir des informations sur certaines interventions et leur processus d'implantation mais surtout de disposer de résultats complémentaires à celles figurant dans les rapports de l'Unicef le cas échéant. Des bases de données bibliographiques ont été consultées dans le but d'extraire les articles d'intérêt susceptibles de répondre à une partie des questions que le processus de documentation se proposait de répondre.

Entretiens individuels ou collectifs

Plusieurs entretiens ont été organisés à Ouagadougou mais aussi à Dédougou où des pratiques d'intérêt avaient été enregistrées. Ces entretiens ont concerné le personnel du Bureau de l'Unicef (entretien de groupe et 2 entretiens individuels) l'ancien directeur du CORUS, un médecin et des agents de santé, une déplacée interne et son enfant.

Résumé des résultats de la démarche

Les voyages et la collecte de données au Burkina Faso se sont déroulés entre le 5 au 23 Mai pour le premier séjour et du 10 juillet au 27 juillet pour le deuxième séjour. Les démarches du premier séjour ont permis d'obtenir un accord et une autorisation de principe de la part de Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Les activités faites lors du second séjour ont abouti à la signature le 8 Août de l'autorisation administrative de collecte de données. Les activités de documentation d'interventions se rapportent à plusieurs thèmes que sont : 1) Le partenariat pour la disponibilité du vaccin contre la rougeole/rubéole au Burkina Faso, 2) le renforcement des Capacités des Centres d'Opérations d'Urgence et la vaccination contre la Covid-19, 3) Le Task shifting (transfert de tâches) aux relais communautaires, 4) La surveillance électronique à base communautaire, 5) L'implication des organisations de jeunes dans le déploiement du vaccin contre la covid-19, 6) La couverture média des campagnes de vaccination et spécifiquement de la polio. Le sujet des facteurs déterminants dans le maintien d'une bonne couverture vaccinale de DTC3 en dépit des conditions sécuritaires difficiles a aussi fait l'objet d'analyse documentaire et d'entretiens individuels et de groupe. En plus des activités de revue documentaire, 4 entretiens ont été réalisés au niveau de l'Unicef et du CORUS. Pour les

6 entretiens ont été faits au niveau des services de santé et de la communauté, dont un entretien avec des Personnes Déplacées Internes (PDI).

Analyse et rédaction

L'analyse des données et l'organisation des informations obtenues ont suivi diverses approches. Les données documentaires, certaines données de la revue littéraire et les données des entretiens ont fait l'objet de traitements manuels. Certaines sources de données dont les sites de l'OMS, de l'Unicef et du OCHA ont été utilisées pour l'extraction de données quantitatives. Ces données quantitatives ont été traitées sous forme figures et/ou de tableaux permettant de faire ressortir les synthèses des informations

retenues. Les logiciels Excel et libre office ont été utilisés pour procéder à ces différentes représentations.

Limitations

Il y a des difficultés à lier certaines informations contenues dans les rapports de l'Unicef à des travaux d'évaluation permettant une documentation complète. Même en présence d'acteurs de premier rang, les résultats des expériences sont difficile à retrouver. Cela n'a pas permis de fonder les qualifications de bonne pratique sur des données quantitatives importantes. Dans certains cas les données de recherche sur les expériences documentées et les données des rapports se chevauchent ce qui rend difficile les résultats assemblés et les données agrégées peu claires. Certaines pratiques comme celles relatives au financement n'ont de pertinence que sur la durée. Cependant, ces pratiques de perspective longitudinale nécessitent la contribution de diverses sources d'information dont la disponibilité n'est pas toujours acquise.

Burkina Faso : Maintien de la couverture vaccinale de DTC3 en dépit des conditions sécuritaires difficiles

Une bonne couverture vaccinale est un élément d'appréciation des efforts fournis par les services de santé pour la prévention des maladies infectieuses dont celles à potentiel épidémique. En la matière, Le DTC3 est souvent pris comme l'indicateur de la protection des nourrissons et un des éléments de l'équité vaccinale. Le Burkina Faso est confronté à divers problèmes de santé et à des maladies épidémiques dont certaines sont évitables par la vaccination. fortement sensibles à la performance des services de vaccination. Les facteurs d'influence de la couverture vaccinale au Burkina Faso sont bien documentés. Les contextes d'instabilité constituent des facteurs d'influence négative sur les performances des services de santé de façon générale et de vaccination spécifiquementⁱⁱ. Depuis 2014 le pays est en proie à divers troubles sociopolitiques et surtout sécuritaires qui ont des répercussions sur plusieurs aspects de la vie sociale et économique et sur les indicateurs de santé. Cependant, il ressort qu'au fil des années le taux de couverture en DTC3 est resté au dessus de 80% malgré un contexte de plus en plus fragile et une situation humanitaire plutôt préoccupante.

La multiplicité des acteurs et des niveaux d'intervention implique que chaque performance est multifactorielle. Par exemple, les partenariats et les programmes globaux jouent un rôle clé pour ce qui est de la production et de la disponibilisation des vaccins. Cependant, abstraction faite des facteurs internationaux et de la gouvernance global (tout en considérant certains de leurs prolongement locaux intégrés), il existe à l'intérieur des pays des éléments qui permettent de comprendre les niveaux de performance atteints. Il s'agit de la synergie entre le contexte, les acteurs et concernés et les stratégies que ces derniers mettent en œuvre. Au niveau des pays, au nombre des concernés et de leur implication, on peut citer aussi bien les décideurs politiques, les prestataires mais aussi les bénéficiaires. La réussite de ces activités nécessite ce faisant une bonne mise en œuvre au niveau de ces différents acteurs et des dispositions contextuelles favorables. Aussi il est souvent admis que les causes des mauvais résultats en immunisation sont liées à la faible performance des programmes, mais aussi aux échecs des politiques et programmatiques^{iii iv}. En effet il existe une corrélation entre les mesures d'austérité dans les dépenses de santé publique et le déclin des couvertures vaccinales. Il est reconnu que les crises internes et externes qui affectent beaucoup de pays et les relations internationales sont des facteurs déterminants de la réussite des programmes et services de vaccination^v

En prenant le cas du Burkina Faso, il est nécessaire faire ressortir l'influence de l'insécurité sur les problèmes de santé et plus spécifiquement sur les performances des services de vaccination, de documenter les approches d'anticipation, de gestion et de mitigation de cette influence et d'analyser les résultats atteints et les perspective. Cela sera fait en utilisation la revue documentaire, les données de notre questionnaire en ligne et les réponses des différents entretiens réalisés dans le cadre de ce processus de documentation.

Les effets de la situation sécuritaire sur les performances en santé et de vaccination

La situation sécuritaire a eu un effet dévastateur sur l'offre de services publiques au Burkina Faso plus spécifiquement dans les zones à fort déficit sécuritaire. En effet aussi bien les infrastructures, les prestataires que les utilisateurs ont été touchés. Au niveau des infrastructures, on note que plusieurs infrastructures ont été endommagées au cours des attaques. Certaines, abandonnées et non entretenues sont tombées dans un processus de délabrement. Au total, 57 formations sanitaires étaient à l'arrêt et 77 avaient un niveau d'activité réduit. Au niveau des ressources humaines et de l'offre des services l'insécurité a affecté directement plusieurs membres des services de santé. Nombre d'agents de santé ont perdu la vie du fait d'agression physiques directes ou au titre de victimes collatérales. Plusieurs ont été contraints d'abandonner leurs services pour rejoindre les centres urbains. Plusieurs travailleurs des

services de santé se comptent au rang des personnes déplacées internes (PDI). Comme le note bien le ministère de la santé, les formations sanitaires concernées par ces différents problèmes ne sont plus à mesure d'assurer les gardes encore moins les activités de vaccination en stratégies avancées. Au niveau de l'utilisation des services la situation est juste le corollaire de la disponibilité et de l'accessibilité. Au regard des risques encourus pendant les déplacements, les populations réduisent les recours aux services de santé quand même ceux-ci sont disponibles. Les problèmes des formations sanitaires affectaient plus d'un demi million de personnes.

Tableau I: situation de la fonctionnalité des FS par région et par DS à la date du 23 août 2019 (source MS 2019)^{vi}

Région	FS arrêté	FS à activités réduites	FS accueillant des PDI	Population couverte /FS fermées
BMH	5	5	14	24 955
Centre-Est	0	0	0	0
Centre-Nord	23	23	23	307111
Est	2	15	0	13 869
Nord	2	11	20	10 930
Sahel	21	23	15	197 113
Total	53	77	72	553 978

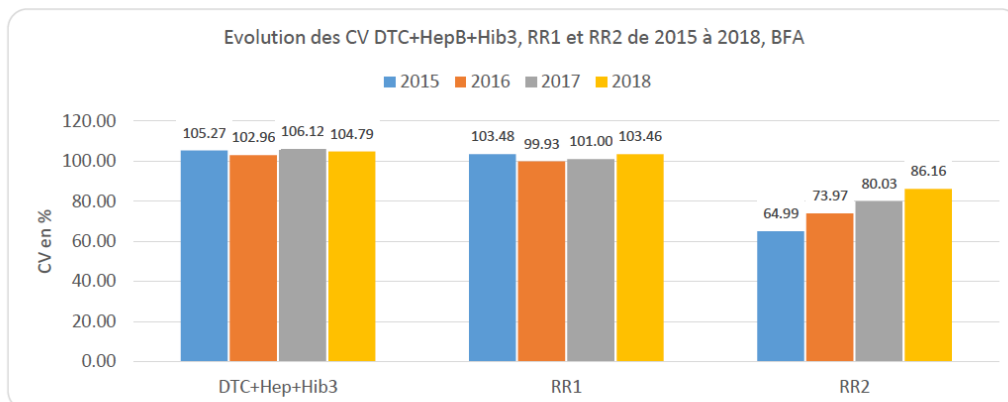
Evolution de la couverture vaccinale

Evolution des couvertures vaccinales administratives en DTC-HepB-Hib3, RR1 et RR2 de 2015 - 2018 au BFA

Au cours des trois premières années de l'insécurité au Burkina Faso, les couvertures vaccinales sont restées constantes. Au niveau national, les couvertures vaccinales administratives ont atteint les objectifs fixés pour le DTC+HepB+Hib3 et le RR1 sauf pour le RR2. Toutefois, durant les 4 dernières années, on note des couvertures vaccinales de plus de 100% pour ces deux principaux antigènes (DTC-HepB-Hib3 et le RR1). A titre illustratif, en 2018, 42 DS (60%) ont enregistré une couverture de plus de 100% pour le DTC-HepB-Hib3 et 38 DS (54%) pour le RR2. Si la majorité des districts présente des couvertures vaccinales administratives au-delà de 90%, on compte néanmoins en 2018, huit (8) districts sanitaires (Boromo, Gourcy, Djibo, Ziniaré, Pouytenga, Saponé, Kombissiri et Manga) avec moins de 90% de couverture vaccinale administrative en RR1.

Figure 1 : Évolution des couvertures vaccinales administratives en DTC-HepB-Hib3 RR1 et RR2 de 2015 à 2018

Evolution des couvertures vaccinales administratives en DTC-HepB-Hib3, RR1 et RR2 de 2015 - 2018 au BFA



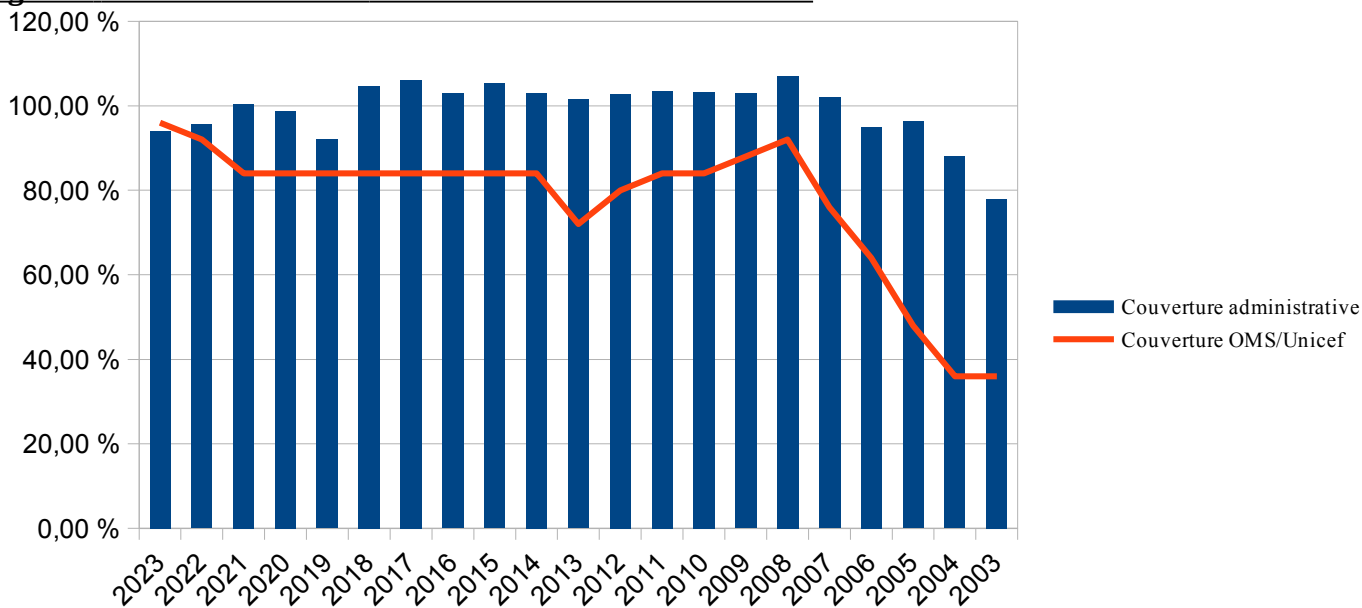
Source : Rapports de routine PEV/DPV

Figure n°2 : Couverture vaccinale administrative en DTC-Hep-Hib3, RR1, RR2 de 2015 à 2018

Couverture DTC3

Au cours des vingt dernières années, l'évolution de la couverture vaccinale du DTC3 au niveau national a été plus ou moins constante pour ce qui est de la couverture administrative. Elle est restée autour de 100%. L'estimation à partir des données OMS/Unicef montre une perspective différente avec en général au dessus de 80% à partir de 2007. Cependant, on constate qu'il n'y a pas d'inflexion notable au niveau de l'indicateur pour ce qui est de la période de l'insécurité.

Figure 2 : Couverture DTC3 de 2003 à 2023 au Burkina Faso



Analyse des principales explications du maintien d'un bon niveau de couverture DTC3

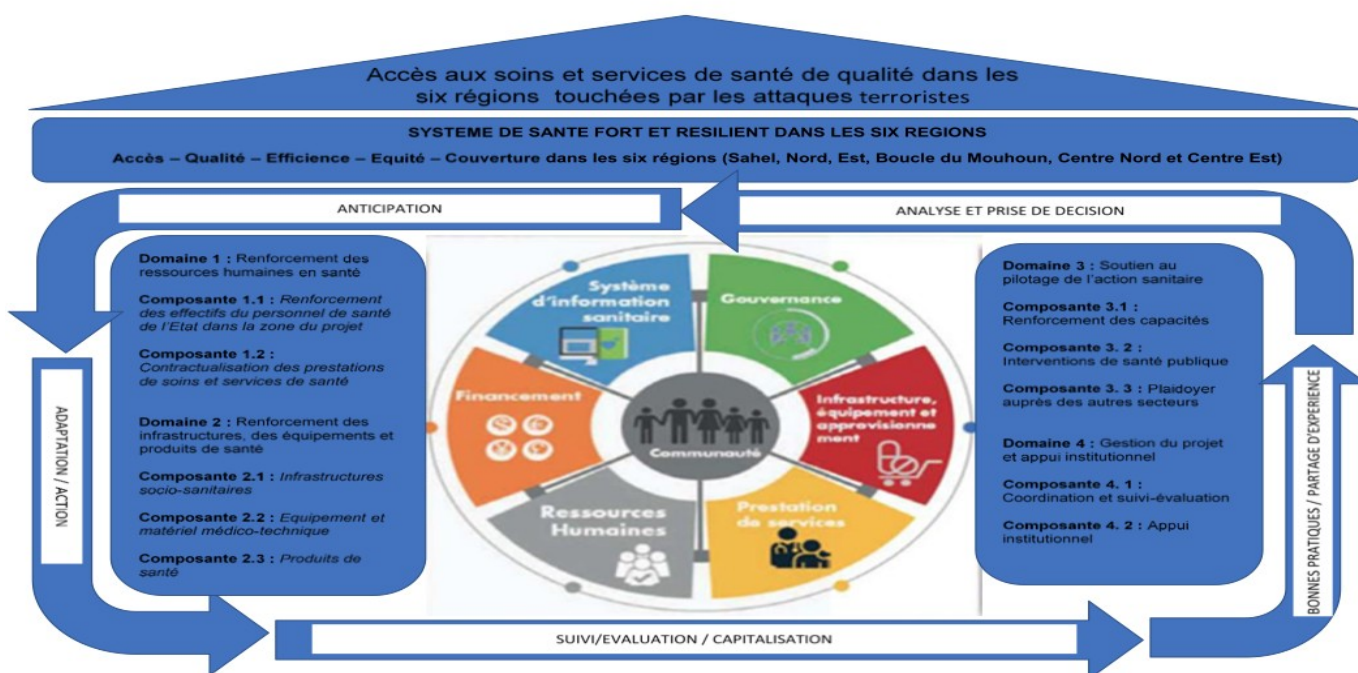
Selon l'approche qui est utilisée, les explications possibles des niveaux de la couverture vaccinale et de leur constance en dépit de la situation d'insécurité sont variées.

Revue documentaire

La stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso: face aux effets néfastes de l'insécurité sur les services de santé la réaction du pays a été consisté en l'élaboration d'approche adaptées au contexte. Comme on peut le déduire de la théorie du changement de référence, le Ministère de la santé a prévu de renforcer les ressources humaines, les infrastructures, de soutenir le pilotage de l'action sanitaire et opérer de l'appui institutionnel. (MS 2019).

Figure 3 : Théorie de changement de la stratégie de résilience du système de santé dans le contexte de sécurité précaire au Burkina Faso

III.3. Théorie de changement de la stratégie de résilience du système de santé dans le contexte de sécurité précaire au Burkina Faso



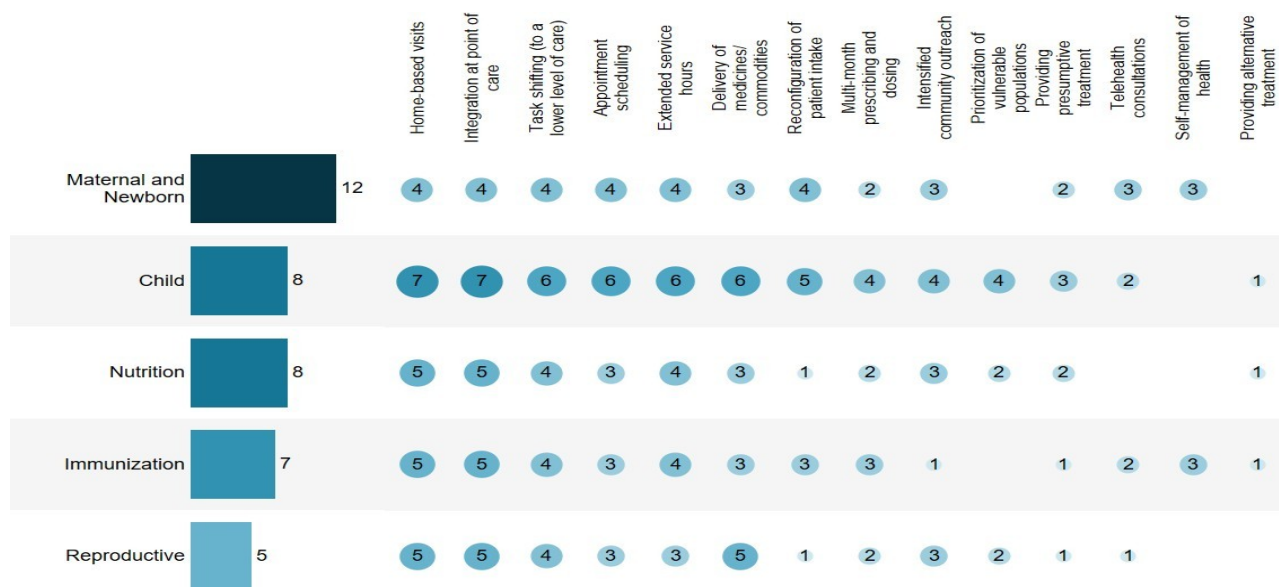
Par les revues documentaires, le rapport de l'évaluation conjointe (JA) de 2019^{vii} de GAVI note par exemple que le rayon moyen d'action théorique (RMAT) des formations sanitaires offrant des services de vaccination est en réduction grâce à l'ouverture de nouvelles formations sanitaires. En effet, la réduction du RMAT permet de rapprocher les services de santé et de vaccination des populations. L'approche participe à l'augmentation services fixes dans l'espace sans compter les mises en place de nouveaux services mobiles de vaccination et de stratégies avancées. Cela permet de réduire le nombre de désert sanitaires et vaccinaux.

Les rapports indiquent aussi que cette le maintien d'un bon niveau couverture pourrait s'expliquer aussi par des facteurs notamment : *la non maitrise des données populationnelles* dune part et de l'autre *l'insuffisance dans la collecte, le traitement, l'analyse et utilisation des données (qualité des données)*. L'hypothèse de la non maitrise des données populationnelles reste valable dans la mesure où l'écart entre les données de couverture administratives et les couvertures d'enquête reste grand dans certaines. Cette situation serait la conséquence de la deuxième hypothèse. En effet, le mode d'estimation des populations des zones de couverture des formations sanitaires n'est pas optimal. Les données ne sont pas rafraîchies souvent par des activités de collecte.

Des stratégies spécifiques ont aussi fait l'objet de recherches notamment l'approche de la délégation des tâches aux Agents de Santé Communautaires (ASC) mise en œuvre dans la région du sahel. D'abord formés sur des modules de vaccination standardisés et commençant leur activité par l'administration d'antigènes oraux, leur prestation de services a été étendue aux vaccins injectables dans au fur et à mesure de la détérioration du contexte sécuritaire et de l'aggravation de la crise humanitaire. Les ASC ont pu jouer un rôle crucial dans le maintien des services de vaccination et dans son prolongement à des populations qui n'auraient autrement eu aucun service dans ce sens. Cette stratégie a permis de redresser les courbes de la couverture vaccinale qui étaient en chute pour tous les antigènes^{viii}.

La mise en place de démarches de mitigation des effets de l'insécurité s'est inspirée des travaux réalisés pour faire face aux conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les services publics. En effet, plusieurs documents recommandant le maintien ou l'adaptation des services de santé ont été élaborés pour ce faire. Ces documents ont aussi permis d'améliorer les approches organisationnelles nécessaires à l'action des services de santé face à la l'insécurité. La figure suivante montre les documents élaborés pour l'adaptation des services santé. Pour ce qui concerne les services de l'immunisation plusieurs documents ont proposé la nécessité de maintien et d'adaptation de l'offre.

Figure 4. Nombre de documents recommandant le maintien des services et/ou l'adaptation, par domaine sanitaire.



Source : Services SRMNIA-N dans le cadre de la pandémie de COVID-19 : réponses des politiques du Burkina Faso pour maintenir et adapter les services de santé essentiels.

Enquête et entretien

En plus de ces aspects de planification et d'organisation, évoqués par les sources documentaires des approches spécifiques ont été initiées sur le terrain en vue de répondre au contexte sécuritaire. Comme dans la zone du sahel, une approche locale de délégation de tâche a aussi été essayée dans la région de la boucle du Mouhoun. L'approche s'appuyait aussi sur les ASC et d'autres personnes ressources pour la relance de la vaccination dans les zones à défi sécuritaire des districts sanitaires de Nouna et Tougan, région de la Boucle du Mouhoun, Burkina Faso. Dans la région sanitaire de la Boucle du Mouhoun, le nombre de centres de santé fermés est passé de 5 en 2019 à plus de 80 en 2022. Une soixantaine de centres de santé fonctionnaient à minima sur le total de 275 que compte la région. Les provinces du Sourou (district sanitaire de Tougan) et de la Kossi (district sanitaire de Nouna) étaient les plus touchées par l'insécurité et les populations des localités affectées avoisinaient 5000 enfants de moins de 5ans et 1500 femmes enceintes. L'objectif global de notre pratique était de former les acteurs communautaires (retraités, agents de santé communautaires) à l'administration des vaccins prioritaires (VPO, RR, Men"A", DTCHepBHib) aux enfants de moins de 5ans.

Dans les localités d'insécurité, les agents de santé de l'Etat sont partis mais les habitants peuvent aller et venir. Il s'est agi de les ASC former sur l'administration des vaccins prioritaires et les amener à assurer la vaccination dans leurs communautés en se ravitaillant via les centres de santé voisins encore fonctionnels. Ainsi 55 agents communautaires à Nouna et 35 autres à Tougan ont été formés et à l'issue de 3 mois de mise en œuvre, plus de 2300 enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés (au moins 1 dose des antigènes retenus). L'approche considérée comme une pratique pertinente a permis de pouvoir rattraper des enfants zéro-dose et insuffisamment vaccinés issus de localités non desservies par les structures sanitaires en s'appuyant sur les communautés.

Des entretiens, il ressort aussi que le maintien de la bonne couverture vaccinale est aussi un effet inattendu des problèmes d'insécurité et du déplacement des populations. En effet, le déplacement des population s'est fait des villages reculés vers les localités centrales et des zones rurales vers les zones urbaines. Cette situation a plusieurs aspects positifs ou plutôt favorables au maintien d'une bonne couverture vaccinale. Tout d'abord, les populations se déplacent vers des zones où elles pourront bénéficier de la disponibilité des services. Cela augmente l'accessibilité et partant le recours au services de santé et de vaccination. Le regroupement des populations améliore aussi l'efficacité et l'efficience des services de vaccination. Même avec des ressources limités elles peuvent couvrir de grandes populations concentrées. Enfin, le regroupement facilite dans certains cas la recherche des perdus de vue selon certains répondants qui s'occupent des PDI.

L'intervention de certaines ONG, des acteurs de l'action humanitaire et de la société civile est aussi évoquée par les répondants comme déterminante dans la réalisation des bonnes performances de la vaccination au niveau national. Cette perspective est discutée par certains répondants qui estiment que de façon générale et au regard des recommandations des autorités, les ONG n'ont pas d'accès plus étendu que services publiques. Le concours des forces de défense et de sécurité et des volontaires de la défense ont aussi été évoqués comme contribuant au maintien des services de la vaccination.

CONCLUSION

Les effets de l'insécurité sur les services de santé et plus particulièrement sur les services de la vaccination sont souvent désastreux. Les performances de ces services peuvent être fortement impactées et partant la couverture vaccinale. Cependant, l'identification et la mise en œuvre cohérente de stratégies et d'intervention spécifiques peuvent être des approches de mitigation effectives. Au Burkina Faso, les bonnes performances en termes de couverture vaccinale peuvent avoir des diverses explications. Les perspectives pessimistes orientent vers les faiblesses du système et des données notamment la non maîtrise des dénominateurs. Les perspectives orientent vers la prise de conscience des décideurs et des acteurs et leur engagement communs à faire de la vaccination un droit pour les enfants. Dans certains cas, c'est le contexte lui-même qui devient le moteur de la création de conditions favorables. Des éléments objectifs d'explication de certaines performance sont ressortis de notre revue documentaire et des propos de nos répondant. Il faut toutefois noter que l'embelli général cache des zones de très faibles couvertures qui nécessite de nouvelles approches. Comme perspective, nous estimons que l'application des démarches et stratégies utilisée par les décideurs, les partenaires, les prestataires des services de vaccination et les communautés sont à mesure de consolider les acquis en matière de vaccination. Une mise à l'échelle de ces approches que l'on peut considérer comme de bonnes pratiques peut être encouragée.

Références/lecture supplémentaire

- Melegaro A. (2019). Measles vaccination: no time to rest. www.thelancet.com/lancetgh 7-e282-e283.
- Patel M. K., Orenstein W. A. (2019). Classification of global measles cases in 2013–17 as due to policy or vaccination failure: a retrospective review of global surveillance data. *Lancet Glob Health*; 7: e313–20.
- Patel M. K. et al (2020). The epidemiology of rubella, 2007–18: an ecological analysis of surveillance data. *Lancet Glob Health*; 8: e1399–407.
- WHO (2020). Immunization agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. April 1, 2020. <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-toleave-no-one-behind> (accessed Feb 25, 2021).
- Ministère de la santé (2019). Stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso.
- GAVI (2019). Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2019.
- Ouédraogo, H S. Kabore, Y L B. Sawadogo, A. G. Bakouan, M. Sawadogo, N. Mano M. Zongo, A. Sanou, S. Kaboré L. (2023). Task-Shifting Immunization Activities to Community Health Workers: A Mixed-Method Cross-Sectional Study in Sahel Region, Burkina Faso. *Global Health: Science and Practice* 11(5) 1-12.

La délégation de tâches de vaccination aux ASCs dans les régions sanitaires de la Boucle du Mouhoun et du Sahel et de l'Est et son effet contre la rougeole.

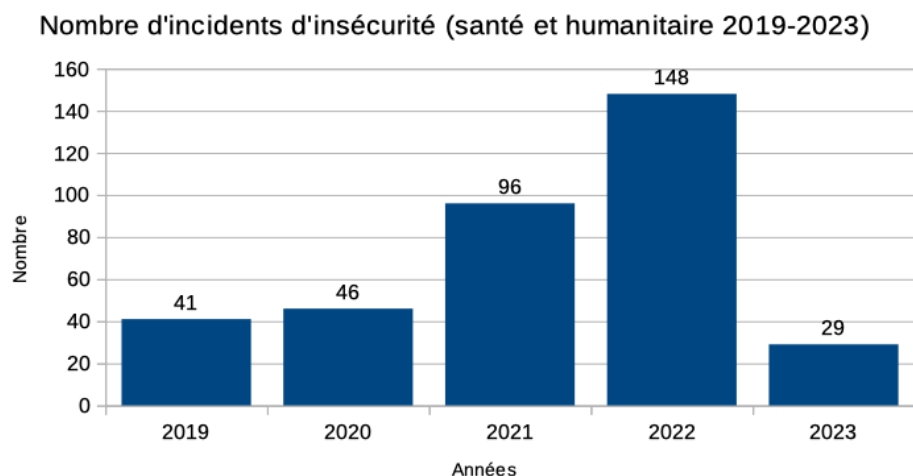


INTRODUCTION

La délégation de tâches est une approche consacrée d'offre de services et de soins de santé. Elle consiste en un processus de transfert de compétence dans lequel des tâches spécifiques sont confiées par des agents de santé plus qualifiés à des agents de santé de qualification inférieure pour les tâches déléguées^{ix}. Même dans un contexte normal, les pays en développement connaissent des difficultés de ressources humaines en santé, avec des ratios rarement à mesure de couvrir les populations. Avec l'insécurité, la disponibilité de ressources humaines dans les zones à fort déficit sécuritaire connaît des limites presque insurmontables. Au Burkina Faso, depuis 2014, la situation sécuritaire a eu un impact direct sur les services de santé et a dépeuplé un grand nombre structures de leurs prestataires de soin.

Figure 1: Nombre d'incidents d'insécurité (santé/humanitaire 2019-2023)

Selon les compilations du centre des données humanitaires du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA)^x, de 2019 à 2023, tout types confondus, 360 incidents d'insécurité, parfois tragiques, impliquant le milieu de la santé et de l'humanitaire ont été enregistrés (*Figure 1*).



Comme tous domaines, les services de vaccination sont aussi touchés par cette situation et un grand nombre d'enfants manquent leurs doses de vaccins essentiels. En effet, les incidents visent autant le personnel que le transport de fourniture de ressources et d'intrants divers dont ceux liés à la vaccination. Pour pallier les insuffisances liées à cette situation, des expériences diverses de délégation de tâches ont été initiées dans différentes régions du pays. Il s'agit d'une extension de l'habilitation à administrer des vaccins en faveur des relais communautaires après les avoir formés. Dans le cadre de la vaccination, on peut considérer cette démarche comme un évolution du rôle des agents communautaires inspiré de ce qui était déjà fait dans la poliomyélite. En effet, ceux-ci administraient les goûtes du vaccin polio oral (VPO). Le passage à l'administration de vaccins injectables est une évolution extrêmement notable. Mise en œuvre dans les régions sanitaires de la Boucle du Mouhoun, de l'Est et du Sahel, l'approche a permis d'atteindre des résultats très appréciés parfois au-delà des attentes. La présente documentation se base autant sur des résultats publiés^{xi,xii}, que sur le rapport de l'Unicef 2021^{xiii}

CONCEPTION ET MISE EN OEUVRE

La communication

La communication a un rôle important dans la mise en œuvre de la délégation de tâche. Elle a consisté, dans les deux expérience rapportées ici, en un engagement auprès des différentes communautés, en un plaidoyer auprès des autorités locales, en des visites à domicile et en l'utilisation de crieurs publics pour transmettre des messages. La communication vise principalement à répondre aux doutes de la population. Il est important de prévenir une mauvaise acceptation de la vaccination par la communauté, notamment en ce qui concerne l'administration de produits injectables par les ASC. Des dépliants de promotion de la santé infantile, des affiches du calendrier de vaccination ont également été distribués aux relais communautaires. Les outils produits par le Programme élargi de vaccination, les boîtes à images et les affiches développées avec l'avènement du COVID-19 ont été utilisés. L'information par les ASC par le porte-à-porte la veille de l'activité était faite pour s'assurer de la présence des parents aux séances de vaccination programmées.

La prise d'initiative et la planification de l'approche

Le concept de délégation des tâches est bien connu et convient bien à ce contexte de baisse des performances et de la couverture vaccinale. Dans la région de la Boucle du Mouhoun l'initiative vient de la Direction Régionale de la santé notamment du Responsable du Programme Élargi de Vaccination. Dans la région du Sahel, l'intervention est une initiative commune avec de multiples partenaires et parties prenantes. Cela inclut la collaboration au niveau central du bureau national de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Direction de la Prévention par la Vaccination. Sur le terrain, la Direction Régionale de la Santé du Sahel et l'équipe cadre du district ont coconstruit la stratégie. Les critères pour l'établissement des priorités et l'inclusion des établissements de santé ont été identifiés, y compris la disponibilité des ressources financières pour la formation des ASC et la possibilité pour les ASC de faire la navette pour la distribution des fournitures et la vaccination dans les villages. La mobilisation des ressources au niveau du gouvernement, des partenaires et au niveau local (région et district) a été effectuée sur la base des besoins de la zone à couvrir par l'intervention, des formations requises et des doses de vaccins nécessaires.

La détermination des localités

Dans la région du Sahel, après avoir évalué les risques liés à l'insécurité et les performances des structures de santé en termes de couverture en vaccin contre la rougeole et la rubéole au cours des deux dernières années (2017 et 2018), le district sanitaire de Djibo a été sélectionné pour piloter l'intervention. Les centres de santé ayant une faible couverture vaccinale ont été ciblés en premier lieu. L'intervention a ensuite été étendue aux autres districts du Sahel (Gorom Gorom, Sebba, et Dori) et prise en compte dans leurs plans annuels 2020. Dans la région de la Boucle du Mouhoun, les districts de Nouna et de Tougan qui sont les plus touchés par l'insécurité ont été choisis. Des critères comme la disponibilité d'un Agent de Santé Communautaire et la possibilité de mouvement de ces acteurs ont été pris en compte.

Le développement des capacités

Dans la Boucle du Mouhoun la formation a duré 3 jours. Après des notions théoriques, des oranges et des mannequins ont été utilisés pour la pratique avant l'accès aux enfants. Les paires d'ASC étaient payés 5000F par mois (approximativement 8 \$). L'intervention au Sahel a été confiée aux Agents de Santé Communautaires du ministère de la santé basés dans les villages (payés 34 \$US/mois). Une approche de formation en cascade de 7 jours (équipes de district - Infirmiers Chef de Poste (ICP) et responsables de la vaccination - ASC) a été mise en place. Les thèmes abordés comprenaient les bases de la vaccination (rationalité du programme national de vaccination) et les aspects techniques de la vaccination (vaccins, chaîne du froid, techniques



d'administration et rapports). Cette formation a été suivie de 4 jours de pratique sous observation passive, supervision et validation des compétences des ASC. Le transfert des tâches a d'abord porté sur l'administration des antigènes oraux (vaccin oral contre la polio et vaccin contre les rotavirus), avant de passer aux antigènes injectables. Les injections ont d'abord été pratiquées sur des matériaux locaux, tels

que des housses de matelas, avant de passer à la vaccination des enfants. Les relais communautaires ayant fait preuve d'un très haut niveau de performance après la démonstration des compétences, la supervision et le suivi continu ont été retenus.

L'approvisionnement en vaccin et gestion des déchets biomédicaux

Le système habituel d'approvisionnement en vaccins a été utilisé, rien n'a changé dans la chaîne depuis l'entrepôt régional de vaccins jusqu'aux districts, des adaptations ont été apportées entre les centres de santé et les villages. Les ASC s'approvisionnaient auprès des centres de santé les plus proches qui leur remettaient des porte-vaccins (ou des caisses isothermes pour les villages éloignés). Les charrettes, les motos ou les bus étaient utilisés pour transporter les vaccins jusqu'aux points de livraison. Les ASC des localités disposant de réfrigérateurs fonctionnels pouvaient les utiliser ; dans le cas contraire, les ASC se rendant à la structure de santé fonctionnelle la plus proche étaient servis avec des porte-vaccins en fonction de leurs besoins locaux et des plans de vaccination programmés par les équipes des structures de santé. Les établissements de santé, en collaboration avec les relais communautaires, étaient responsables du rationnement des doses afin de limiter le gaspillage.

A la suite de la formation, une gestion appropriée des déchets conformément au guide national de vaccination était exigée. L'élimination des déchets, après leur collecte dans les villages, était organisée dans les centres de santé à l'aide d'incinérateurs. En cas de campagne, les aiguilles et autres instruments tranchants pouvaient aussi être acheminés vers les centres nationaux pour y être éliminés.

RÉSULTATS

Quatre résultats principaux peuvent être tirés de la mise en œuvre de la délégation de tâches en vaccination. Les résultats indiquent qu'un grand nombre d'ASC a été formé dans le cadre de la délégation de tâches en vaccination. Le nombre d'enfants vaccinés par cette approche aussi bien dans la boucle du Mouhoun (90), dans l'Est qu'au Sahel est assez important. Il en est de même du nombre de doses de vaccins administrées. Ainsi, du rapport de l'Unicef (2022) il ressort que 175530 doses ont pu être administrées aux enfants du Sahel (Tableau 1).

Tableau 1 Nombre d'ASC formés, d'enfants vaccinés et de doses administrées

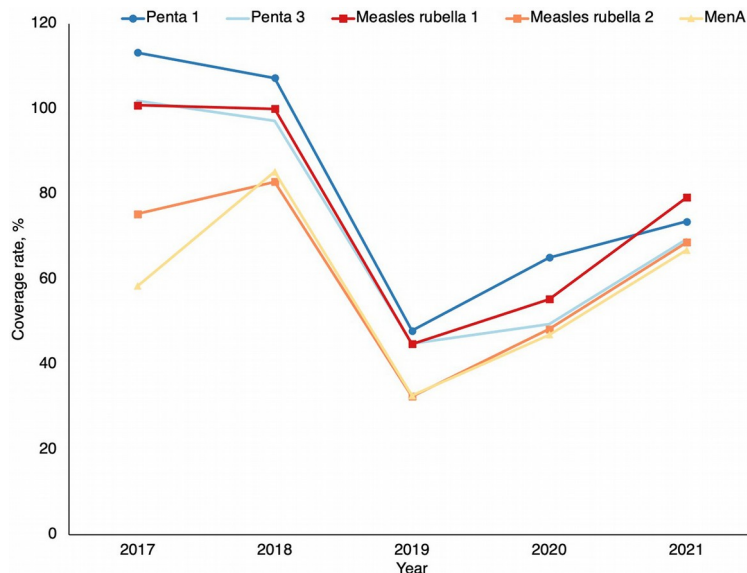
<u>RÉGION</u>	<u>NOMBRE</u>
<i>Résultat 1</i>	<u>Nombre de ASC formés</u>
<i>Boucle du Mouhoun</i> Districts de Nouna et Tougan <i>Octobre 2022 à Mars 2023</i>	90 Nouna 55 et Tougan 35
<i>Sahel (zone d'étude)</i> Djibo, Dori, Gorom-Gorom, Sebba <i>Décembre 2019 à Décembre 2021</i>	332
Sahel et Est combinés	700
<i>Résultat 2</i>	<u>Nombre d'enfants vaccinés</u>
<i>Boucle du Mouhoun</i> Nouna 694 et Tougan 1017	1711
<i>Sahel zone d'étude</i>	6223

Sahel et Est combinés	34553
Résultat 3	Nombre de doses de vaccins administrées
<i>Boucle du Mouhoun</i> Nouna et Tougan (expérimentation)	2428
<i>Sahel</i> (mise à l'échelle)	175530

Résultat 4 : Effet sur la tendance de la couverture

Figure 2 : Evolution of Vaccination Coverage of the Sahel Health Region, Burkina Faso, 2017–2021

(Source Ouédraogo, H S. et al., 2023)



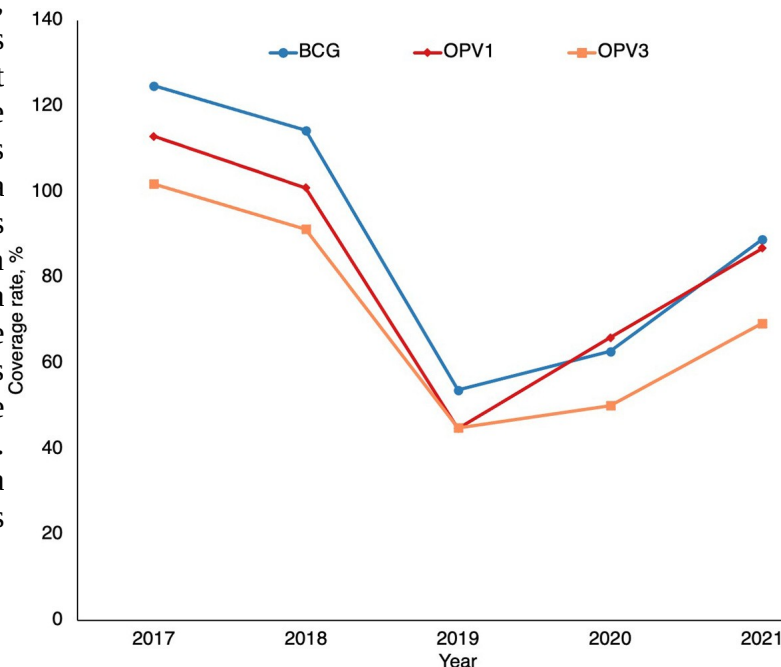
Dans les contextes où la sécurité est profondément compromise, en générale, les couvertures vaccinales baissent rapidement. Le résultat le plus pertinent a été l'effet de la délégation des tâches sur la tendance de la couverture vaccinale dans la région sanitaire du Sahel dans l'ensemble des 4 districts (figures 2 et 3). Une reprise d'ascendance nette est notée même si elle n'est pas optimale. Les informations sur les couvertures vaccinales dans la région de la Boucle en contexte expérimental selon les répondants indiquaient que les tendances étaient aussi à la hausse comme celles de la région du Sahel. La délégation de tâches a permis d'interrompre la tendance

à la baisse de la couverture vaccinale dans tous les districts sanitaires de la région sanitaire du Sahel et dans les districts de Nouna et de Tougan pour tous les vaccins ciblés par l'activité.

Figure 3 : Evolution of BCG, OPV1, and OPV3 Vaccination Coverage From 2017 to 2021 in the Sahel Region

(Source : Ouédraogo, H S. et al., 2023)

Même si cela est peu perceptible, La démarche de la délégation des tâches au relais communautaires et le contexte de sa mise en œuvre semblent plus favorables à certains vaccins qu'à d'autres. La couverture pour la majorité des vaccins après deux ans de mise en œuvre tourne autour de 80%. La retour à une tendance positive semble plus lent que la chute mais son maintien sur deux ans semble indiquer une tendance irréversible. Une correction des insuffisances, la familiarisation des acteurs et des



populations à l'approche et l'amélioration du contexte sécuritaire rétabliront certainement les couvertures vaccinales.

Résultat 5 : Un autre résultat non moins important est l'atteinte de la qualité dans le processus de mise en œuvre et dans la gestion des déchets. En effet, il ressort des publications et des entretiens que diverses approches étaient utilisées pour superviser à distance et maintenir un bon niveau de qualité. Les relais communautaires prenaient dans certains cas des images qu'ils envoyaient aux agents de santé pour avoir l'avis de ces derniers. Des groupes WhatsApp étaient utilisés pour le partage d'expérience entre infirmiers et ASC. De même pour la gestion des déchets vaccinaux, les consignes de collecte et de destruction étaient connues et appliquées.

MEILLEURES PRATIQUES ET CRITÈRES CONSIDÉRÉS

Critère de pertinence : *Former des relais communautaires à l'injection pour pallier l'incertitude*

La délégation de tâche, en elle-même, est une bonne pratique pertinente pour le contexte. La formation effective par l'Unicef et les autres acteurs de presque 800 relais communautaires dans les régions sanitaires du Sahel, de l'Est et de la Boucle du Mouhoun est une preuve de résilience contre la aléas de l'insécurité. La délégation des tâches de la vaccination et plus spécifiquement de l'injection est une option hautement courageuse. L'approche permet d'accroître la résilience du système de santé face à la situation de l'insécurité. Les précautions prises et le suivi des aspects pratiques de la formation étaient rassurants. Même si dans certains cas les formations ont suivi un déroulé en cascade, les formateurs ont veillé à une bonne application des points critiques.

Critère de la portée et de l'atteinte : *Couvrir ceux qui sont difficiles à atteindre et les zéro-doses*

La fermeture des centres de santé accroît la distance entre les populations et les services de santé dans les zones concernées. La délégation de tâches aux ASC a permis de couvrir toutes ces zones et d'assurer la continuité de service de vaccination à toutes ces personnes difficiles à atteindre. Ainsi 175530 doses de vaccin ont pu être administrées dans la région sanitaire du Sahel et plus de 700 ASC ont été bien formés pour les populations de la région sanitaire du Sahel et de l'Est. Dans la région du Sahel, les relais communautaires ont réussi à vacciner 180 enfants zéro-doses. Les distances parcourues par les relais communautaires pour se rendre dans les centres de santé pour s'approvisionner en vaccins sont considérables et dans certains cas étaient de plus de 30 kilomètres.

Critère de l'efficacité : *Promouvoir une pratique efficiente*

Les ressources mises en œuvre pour l'implantation de la délégation de tâches sont insuffisantes au regard des besoins. Aussi chaque ressource engagée allait directement à la satisfaction d'un besoin précis ou à la résolution d'un problème bien identifié. La démarche se révèle comme une approche efficiente d'utilisation des ressources disponibles. Selon un de nos répondants, la crise sécuritaire ayant fait augmenter le coût du carburant, les ressources données aux ASC suffisaient à peine pour l'achat du carburant. Cependant l'engagement des acteurs, leur connaissance du contexte et l'intégration des activités et des responsabilités ont permis la mise en œuvre optimale de l'intervention.

Critère de l'efficacité : *Répondre aux flambées épidémiques dans un contexte de défis sécuritaires et humanitaires*

Les relais communautaires ont été actifs dans le déploiement des campagnes de vaccination. Comme le rapport de l'Unicef l'indique, 144 780 enfants âgés de 6 mois à 14 ans ont pu être vaccinés contre la rougeole dans les régions touchées par la crise humanitaire. Comparé à l'année 2020, il ressort que les cas de rougeole ont augmenté en 2021. Les activités entreprises grâce à l'implantation de la

délégation des tâches ont permis de faire face aux flambées survenues au cours de l'année dans les régions touchées par la crise humanitaire.

Critère de l'application et de la qualité : *L'organisation et le maintien d'un standard de qualité*

Comme le résultat 5 nous l'indique, la délégation de tâches ne s'est pas imposée au détriment de la qualité de la vaccination. En plus de formation théorique, des simulations et des sorties de pratiques en situation réelle, des démarches de suivi continu des relais communautaires vaccinateurs ont été mises en place. De telles démarches permettent de réduire la probabilité de survenue d'issues néfastes mais aussi de rassurer les populations couvertes grâce à la pratique.

LES LEÇONS APPRISES

La délégation des tâches et le déficit de la technicité

La première leçon découlant de la mise en œuvre de cette pratique est que les résultats engrangés démontrent que l'extension de l'habilitation à vacciner au ASC est réalisable. Malgré la complexité et de la technicité des actions et des actes à reproduire, les ASC ont été à la hauteur de la tâche et ont pu apprendre convenablement. Il y a certes des limites aux possibilités de transfert de compétence entre les différents niveaux d'acteurs des soins et service de santé ; cependant, les besoins du programme de vaccination nécessitaient la prise des risques qui accompagnent de telles initiatives.

L'importance de la communication

Au titre des risques anticipés par rapport à la délégation des tâches dans la vaccination, celui de la méfiance et du refus des populations de voir les enfants être vaccinés par des personnes « ordinaires » du même milieu a été souvent évoqué. Même si toutes les études n'ont pas été faites, on note qu'il y a de nos jours très peu d'information sur des cas de refus liés aux susceptibilités. De l'avis des acteurs impliqués dans le processus, il s'avère que la communication a joué un grand rôle dans la préparation et l'acceptation de la démarche par les populations et plus spécifiquement par les parents d'enfants.

De l'essai à la routinisation

Le processus d'intégration et d'évolution des innovations est souvent long. Cependant comme on le constate dans les contextes de crise, les situations de nécessité absolue conditionnent l'intégration de l'innovation. Au regard du nombre d'actes d'injection posés qui se compte en dizaines ou en centaines de milliers, le passage entre l'essai et la routine s'amorce de façon presque naturelle. L'expérience ainsi produite peut bien aboutir à un type nouveau de métier de santé ou à tout le moins un type nouveau de métier d'agent de santé à base communautaire.

Des ressources insuffisantes et en deçà des besoins

Toutes expériences rapportées indiquent que les ressources mises en place pour l'implantation de la délégations des tâches dans la vaccination étaient insuffisantes. Cela a conduit les équipes à réduire parfois les ambitions ou à s'appuyer sur l'engagement des acteurs. Il est ce faisant nécessaire de tirer les leçons de ces mises en œuvre pour élaborer des approches optimales en engagement et en ressources. Par rapport aux besoins, le rapport de l'Unicef (2021) indique que seuls 700 relais communautaires sur 1819 prévus ont été formés à la délégation des tâches de vaccination dans les zones d'urgence. Dans la mesure où la stratégie est devenue presque incontournable pour le maintien de l'offre de vaccination dans les zones difficiles d'accès et dans la prévention des épidémies, il est nécessaire de penser à sa dotation en ressources conséquentes.

L'engagement des relais communautaires pour la vaccination

Comme déjà évoqué, la motivation des relais communautaires à participer à l'initiative a été exceptionnelle. Au regard des difficultés de l'activité, des distances à parcourir et des risques encourus, leur disponibilité et leur engagement relevaient plus de motivation intrinsèques que d'apports extérieurs. Il ressort que dans les régions de la boucle du Mouhoun, certains relais communautaires dans des localités éloignées continuent à mettre en œuvre leurs activités de vaccinations sans le soutien et les ressources du projet initial. De tels engagements sont des sources supplémentaires de motivation à l'expansion de la délégation de tâches dans la vaccination.

LES RESSOURCES

Les relais communautaires notamment les ASBC sont pris en charge par le ministère de la santé. Les ressources utilisées dans la mise en œuvre de la délégation des tâches en vaccination dans les régions du Sahel et de l'Est ont été données par l'Unicef. Pour l'expérience menée dans la boucle du Mouhoun, le financement a été acquis de l'Institut Sabin grâce à l'engagement personnel du responsable PEV de la région sanitaire.

DE LA RÉPLICABILITÉ

Comme évoqué plus haut, la délégation de tâches est une approche assez connue dans le domaine de la santé. Son application et les résultats engrangés dans ce cas extrême est la preuve de son efficacité et de la possibilité de son extension. Les démarches et les outils nécessaires aux différentes formations sont disponibles au niveau des régions sanitaires et des acteurs qui ont implanté la stratégie. Comme noté plus haut, même après la fin des cas d'expérience, il ressort de nos entretiens que l'approche est encore utilisée dans certaines localités des districts de mise en œuvre. Une des exigences et des préoccupations soulevées pour répliquer la délégation des tâches dans la vaccination comme cela a été fait est la disponibilité de ressources. De même, le niveau des relais communautaires à mobiliser pour promouvoir cette pratique doit être optimal. Dans ces conditions, la pratique peut être mise à l'échelle telle qu'elle est mais aussi améliorée en prenant en compte les leçons apprises.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

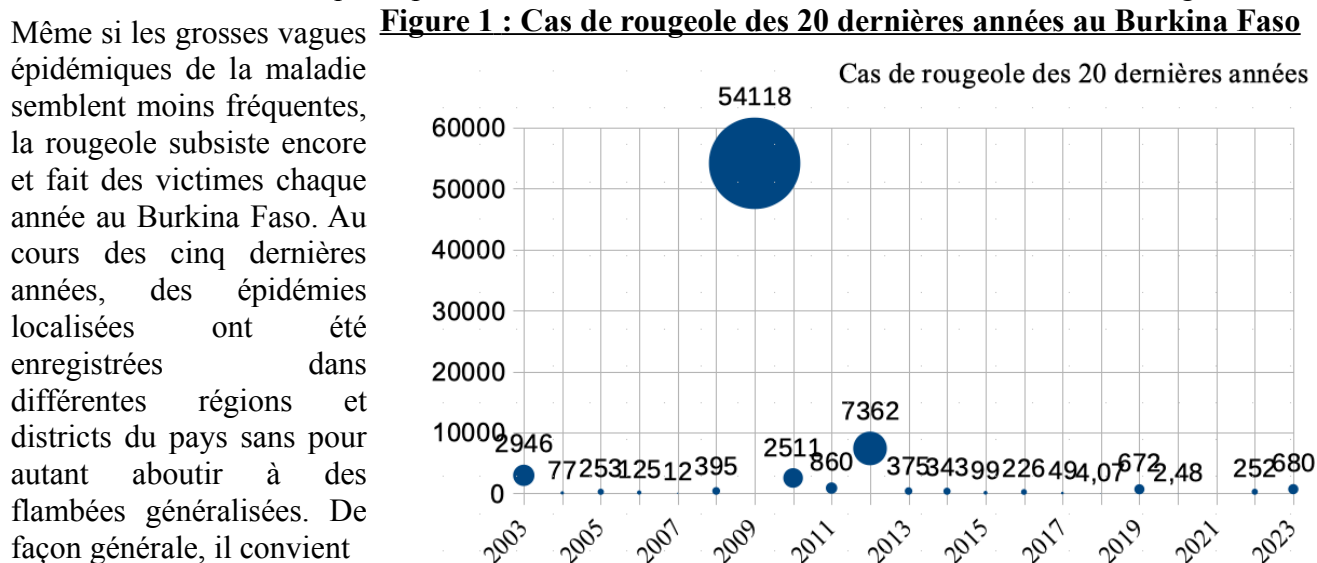
L'approche de la délégation de tâches est fonctionnelle applicable à plusieurs domaines. Les expériences ici rapportées démontrent l'efficacité et l'efficience de la démarche pour la vaccination. En effet, grâce à cette approche, beaucoup d'enfants ont pu recevoir les vaccins dont ils ont besoin pour grandir en santé. Cela les a protégés contre la maladie mais aussi, la démarche a permis de faire face aux épidémies potentielles qui auraient pu s'étendre dans les zones d'insécurité.

Au regard de la spécificité de la pratique et des habiletés techniques qu'il est nécessaire de développer, toute période d'abandon pourrait aboutir à une perte de technicité. Il est ce faisant, de l'avis des intervenants, nécessaire de maintenir le soutien aux relais communautaires qui y ont participé.

La délégation des tâches devient ainsi un outil essentiel à l'atteinte des objectifs de l'Agenda d'immunisation 2030. Puisqu'il ne faut laisser personne derrière, il est alors indispensable de renforcer la mise en œuvre de l'approche. Dans ces circonstances, il faut formaliser et standardiser la démarche, y compris les contenus et le nombre de jours des formations, en élaborant un référentiel adaptable aux différentes circonstances. Cela est une composante essentielle pour la stratégie nationale de vaccination dans les zones de sécurité précaires du Burkina Faso. Il est aussi nécessaire de prendre en compte l'engagement des acteurs, de renforcer leur motivation intrinsèque et si possible d'apporter des éléments de motivation extrinsèque positive, qui ne tue pas la motivation interne mais qui peut la booster.

Viabilité financière, continuité du cofinancement et reconstitution du stock de sécurité de vaccin contre la Rougeole/Rubéole au Burkina Faso au cours des vingt dernières années

Au Burkina Faso, la rougeole, une des maladies les plus transmissibles au monde^{xiv} est encore une cause courante d'invalidité et de mortalité infantile du fait des épidémies. Au cours des vingt dernières années, le pays a connu plusieurs poussées dont la plus virulente a été la grande épidémie de 2009 année au cours de laquelle plus de 54000 cas ont été dénombrés comme le montre la Figure 1.



de dire que le pays peine encore à atteindre l'élimination de la maladie.

Pourtant la maladie reste assez sensible aux performances de la vaccination, on note que de 55 % à 90 % des cas de rougeole détectés au Burkina Faso surviennent chez des personnes non-vaccinées. Les occasions manquées de vaccination sont souvent les préalables aux flambées. En 2016 et 2017 les opportunités manquées de vaccination des enfants contre la rougeole ont explosé passant de 3 783 en 2015 à 322 589 en 2016 et à 422 331 en 2017. Certes, l'amélioration du système de notification des opportunités manquées est une des causes de cette augmentation. Tout de même, cela révèle une situation et un problème bien réel qui passait inaperçu.

L'objectif du Partenariat contre la rougeole et la rubéole est d'obtenir une couverture vaccinale de 95 % pour chacune des deux doses de vaccin. Pour le Burkina Faso, le plan National de développement sanitaire (PNDS, 2021 – 2025) vise à apporter un appui à la protection des enfants contre la rougeole/rubéole et faire un pas significatif vers l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole. Au cours des vingt dernières années, la couverture vaccinale est passée de moins de 80% à plus de 90%. Malgré l'amélioration constante de la couverture, d'énormes efforts sont à faire. Les différentes contre-performances du programme de vaccination du pays en termes de couverture étaient essentiellement liées aux ruptures de vaccin anti-rougeoleux. Certes, la disponibilité de vaccin à l'échelle mondiale n'est pas toujours optimale, cela est aussi valable pour le vaccin anti-rougeoleux. Mais en général, ce sont les problèmes de ressources internes qui sont les causes de rupture de vaccin. Par exemple, le besoin de ressources pour l'année 2018 dans le cadre de l'Initiative Rougeole Rubéole pour la cible de 3 261 126 enfants burkinabè de 9 à 59 mois était estimé à 6 303 694 de dollars^{xv}.

Cependant seulement la moitié de cette somme a été réunie. En résumé, la faiblesse de la mobilisation des ressources conduit aux ruptures de stocks, ce qui multiplie les occasions manquées qui deviennent de potentielles sources de départ d'épidémies. En effet, l'amoncellement d'opportunités manquées de 2015 à 2017 a conduit en 2018 à une flambée. Le pays avait enregistré 720 cas confirmés de rougeole dont 87% n'avaient pas été vaccinés.

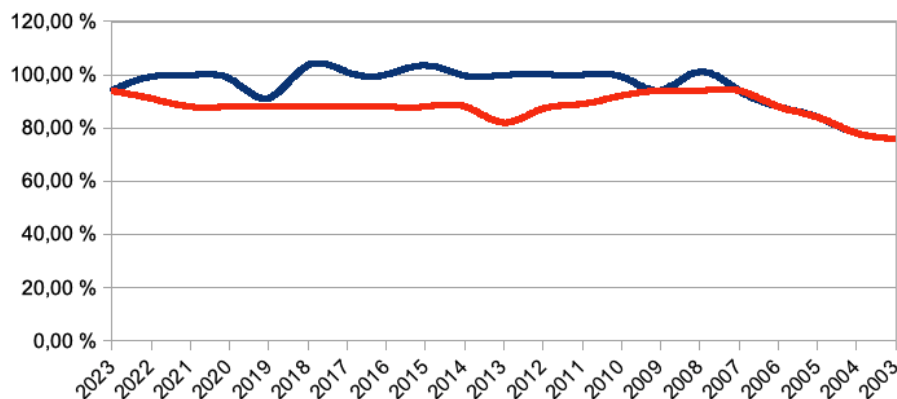


Figure 2
Évolution de la couverture vaccinale des 20 dernières années
Source des données:
Données de l’OMS
Bleu administrative
Rouge OMS/Unicef

La viabilité financière de la vaccination au Burkina Faso, à savoir la capacité du pays à mobiliser les ressources financières pour les activités du programme a toujours été au centre de la planification. Considérant autant sa perspective à court terme, centrée sur les ressources intérieures et extérieures ; qu'à long terme ciblant seulement les ressources internes, le pays a conséquemment adapté ses partenariats. Au début des années 2000 le Burkina Faso était déjà cité parmi les pays à faible revenu qui couvraient déjà une grande proportion de leur approvisionnement en vaccin. L'élaboration du plan de viabilité financière (2003-2009) remplacé plus tard par les plans pluri-annuels complets (PPAC) a essayé de renforcer cette tendance. Certes, relativement au cofinancement de la vaccination et au processus de transition de GAVI, le Burkina Faso est encore à la phase initiale d'autofinancement^{xvi}. Toutefois, depuis deux décennies, le pays, en collaboration avec les partenaires, a consenti des efforts pour assurer la continuité du cofinancement et la reconstitution du stock de sécurité de vaccin anti-Rougeole/Rubéole. L'ensemble de ce processus et les résultats obtenus contribuent à l'atteinte des objectifs du Partenariat contre la Rougeole/Rubéole.

Planification et efforts pour la viabilité financière la continuité du cofinancement

Le plan de viabilité financière élaboré par le Burkina Faso soumis à GAVI en 2003 pour la période 2003-2009 avait comme objectif d'assurer des ressources à moyen termes pour la vaccination y compris la vaccination contre la rougeole. Les objectifs spécifiques pour la rougeole-rubéole pour le plan étaient: 1) Vaccination d'au moins 95% des nourrissons âgés de 09 à 59 mois dans l'ensemble du pays lors de la campagne de masse de 2004. 2) réduire le taux de perte de vaccins contre la rougeole de 45% en 2003 à 25% à 2009. 3) Atteindre et maintenir les indicateurs de performance nationaux décrits en ce qui concerne le suivi des cas basés sur le contrôle de la rougeole d'ici 2004.

Le plan de viabilité financière de la vaccination élaboré pour la période 2003-2009 donnait déjà des pistes d'actions pour un financement optimal des activités de vaccination. Il comprenait aussi bien des stratégies de mobilisation de ressources intérieures que extérieures. En plus de la mobilisation des ressources ce plan intégrait des actions comme : Les stratégies initiées pour garantir la continuité du cofinancement impliquaient entre autres activités qui ressortent de l'évaluation conjointe :

- Formation et développement de capacité de mobilisation de ressources,

- Organisation d'un plaidoyer auprès des premiers responsables du Ministère de la santé et du Ministère de l'économie, des finances et du développement (MINEFID),
- Plaidoyer continu est engagé pour le renforcement de la couverture en Equipement de Chaine de Froid de normes PQS (Performance, qualité, sécurité) des formations sanitaires,
- Élaboration d'un plan et de stratégies adaptés pour atteindre les populations déplacées

Une autre initiative ayant eu pour but de contribuer à la constitution du stock de sécurité du vaccin contre la rougeole en 2018 -2019 est celle mise en place entre le ministère de la santé et ses partenaires bilatéraux et multilatéraux. Il s'agit d'une approche permettant de pallier les limites du partenariat international pour la rougeole et la rubéole. Un partenariat a été mis en place entre l'OMS et la Coopération italienne au Burkina Faso. Au titre des actions menées dans le cadre de ce partenariat, on peut citer le plaidoyer efficace qui a permis l'avènement de cette initiative.

De même, les actions de l'Unicef en vue de garantir l'approvisionnement en vaccin pour le programme de vaccination et plus spécifiquement pour la vaccination de routine et les campagnes contre la rougeole ont connu des succès.

RÉSULTATS

Le plan de avait été classé une des meilleures pratiques en la matière (USAID, 2005)^{xvii} Toutefois malgré ce plan et les activités entreprises, les capacités de mobilisation des ressources restent encore en deçà des besoins. Il y a cependant des éléments positifs dans le processus de recherche de ressources internes et externes pour faire face aux épidémies récurrentes de rougeole dans le pays. En termes de mise en œuvre, diverses initiatives ont vu le jour. L'ensemble des pratiques contribuant à l'atteinte de l'objectif doit être vu comme un processus qui comprend des plans et de stratégies successives.

Les résultats issus de la mise en œuvre du plan de viabilité financière relatifs aux objectifs spécifiques ciblant la rougeole sont que les couvertures vaccinales de la rougeole (administratives et OMS/Unicef) étaient de 101% et 94% en 2008 et se sont maintenues à 94% en 2009. Le taux de perte de vaccins contre la rougeole était réduit de 45% à 15% en 2009. Les indicateurs nationaux de performance en matière de suivi basé sur les cas dans la lutte contre la rougeole étaient à un niveau optimal. Ces résultats indiquent que les objectifs fixés par le plan, pour ce qui est spécifique à la rougeole, ont atteint un niveau satisfaisant. Les analyses de viabilité financière faites dans les plans pluri-annuels subséquent ont conclu que les programmes de vaccination étaient viables. Cela impliquent que les sources de financement anticipés étaient à mesure d'assurer la disponibilité des vaccins traditionnels notamment la disponibilité constante du vaccin anti-rougeoleux.

La régularité et le maintien du stock de vaccin, ont été assurés. *En 2018 et 2019 le cofinancement du pays pour le vaccin contre la rougeole en vaccination de routine s'élevait respectivement à 381,895 et 393,154 dollars US contre un financement GAVI de 346,000 365,666. Pour les mêmes années le cofinancement du pays pour la vaccination rougeole-rubéole en campagne étaient de 66,500 et 34,500 contre un financement GAVI de 2,224,000 2,405,000 dollars US.*

De façon spécifique, le partenariat entre l'OMS, la coopération italienne au Burkina Faso et le Ministère de la santé a permis de mobiliser 300.000 €. Cela a servi à sécuriser 397.500 doses du vaccin contre la rougeole et rubéole, 800.000 seringues et 500 boites de sécurité. En termes d'activités de vaccination, ces différents apports ont permis d'assurer la vaccination de routine mais aussi ont

contribué aux campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole. Le nombre d'enfants vaccinés en 2018 et en 2019 était de.

BONNES PRATIQUES

Le maintien de la contribution nationale au cofinancement et la continuité de la vaccination contre la rougeole-rubéole

En dépit d'un contexte difficile, le Burkina Faso a réussi à maintenir son niveau de cofinancement pour les vaccins et même à améliorer sa contribution au fil des années. De même la vaccination contre la rougeole a été faite de façon continue. Il ressort que ces dernières années, des ruptures de vaccins de rougeole n'ont pas été enregistrées. Ce constat est en soi une au regard de la situation difficile dans laquelle le pays se trouve. Au regard de l'épidémiologie de la rougeole dans le pays, le choix de faire de l'acquisition du vaccin contre la rougeole/rubéole est une démarche rationnelle à promouvoir. Certains pays comme le Ghana qui ont certes une épidémiologie et un statut différent un ont connu des ruptures conséquentes en 2023.

L'élaboration d'un plan de viabilité financière de la vaccination :

Le plan de viabilité financière 2003-2009 du Burkina Faso a été considéré comme une des meilleures pratiques en la matière. Comme noté plus haut, beaucoup des objectifs qui y avaient été planifiés avaient été atteints. Ce plan initial a constitué un socle. Les analyses de viabilité financière effectuées plus tard dans les plans pluri-annuels complets ont pris en compte les éléments initiaux identifiés. Le redoublement des efforts pour la vaccination contre la rougeole et plus spécifiquement la constitution d'un stock de sécurité de vaccin contre la rougeole est donc un impératif pour le pays s'il veut maintenir l'objectif de l'élimination de la rougeole. Les approches mises en œuvre pour assurer le financement des vaccins rougeole rubéole promeuvent le recours à diverses sources. La mise en place de stratégies et de partenariats locaux est aussi encouragée.

LEÇONS APPRISES

1 Le rapport entre le plan de viabilité financière et l'épidémie de rougeole de 2009

Les données disponibles indiquent que les trois objectifs du plan relatifs à la vaccination contre la rougeole/rubéole étaient atteints ou presque à la fin de la période de mise en œuvre. Les couvertures vaccinales de la rougeole (administratives et OMS/Unicef) étaient de 101% et 94% en 2008 avant de redescendre à 94% en 2009. Le taux de perte de vaccins contre la rougeole était réduit à 15% 2009. Les indicateurs nationaux de performance en matière de suivi basé sur les cas dans la lutte contre la rougeole étaient à un niveau optimal. C'est à la fin de la période couverte par le plan de viabilité financière que la grande épidémie de rougeole de 2009 est survenue. L'audit de l'épidémie avait démontré que dans la majorité des cas, les personnes atteintes par la rougeole au cours de l'épidémie n'avait pas reçu de vaccins. Cela implique que la mise en œuvre du plan de viabilité financière du PEV n'avait pas permis d'éviter l'une des plus grandes épidémies de rougeole que le pays ait connu.

2 Le chemin du cofinancement à l'autofinancement

L'accompagnement de GAVI des pays a pour perspective d'aboutir à l'autofinancement de la vaccination. Comme nous l'avons déjà noté le Burkina Faso est encore à la phase initiale dans ce processus de transition de GAVI. Au regard des contenus, le plan de viabilité financière et les PPAC qui ont suivi regorgent d'éléments de prémisses sur la perspective de l'indépendance vaccinale. Pour le moment, si le pays assume 50% des ressources pour la vaccination anti-rougeoleuse en routine, le coût des campagnes rougeole est à plus de 97% couvert par GAVI. Au regard du besoin de financement initial prévu par le Partenariat pour la rougeole et la rubéole pour l'année 2018 de plus de 6 millions de

dollars on note un écart substantiel entre les besoins de ressources et le résultat des mobilisations. Pour le moment, le risque de mourir de la rougeole est beaucoup plus élevé dans les pays à faible revenu, où le taux de vaccination n'était que de 66 % en 2021^{xviii}. La survenue de cas de rougeole dans les pays développer et les péripéties rencontrées dans la production et la distribution de vaccins contre la covid font craindre une compétition pour le vaccin contre la rougeole à l'échelle mondiale qui sera forcément en défaveur des pays comme le Burkina Faso et repousser les espoir d'éradication de la rougeole.

3 L'anticipation insuffisante des épidémies

On note qu'au cours des dernières années, il n'y a pas eu de rupture considérable en vaccin anti-rougeoleux. Cependant, de multiples cas de rougeole ont été régulièrement rapportés. Cela indique une difficulté à bien cerner les contours de la maladie et à agir en fonction. Il ressort par exemple que la riposte de vaccination est toujours faite en retard après que l'épidémie soit passée. On note aussi l'utilisation des stocks de vaccin de la routine pour résoudre les urgences liées aux flambées. Cette situation montre la nécessité de trouver des approches de modélisation qui puissent permettre des prévisions solides et une utilisation rationnelle des vaccins disponibles pour réduire considérablement la survenue des épidémie. Une grande capacité d'anticipation est nécessaire.

4 Les bonnes couvertures administratives et la récurrence des épidémies au BurkinaFaso

Que ce soit au niveau central ou au niveau des districts et des centres de santé, on note que les bonnes couverture administratives donnent souvent de l'auto satisfaction. Ce faisant, cela ne permet pas de se remettre en question et d'améliorer véritablement la situation en terme d'immunité réelle. Dans beaucoup de centre de santé, les couverture administratives sont très élevées. Pourtant, les zones concernées ne sont jamais à l'abri de flambées de rougeole. La question se pose de savoir ce qui cause les épidémies au pays. Est-ce qu'on ne peut pas faire des prélèvements sanguins pour voir la qualité des vaccins. Est-ce qu'il y a une bonne immunité.

Possibilité de répliation

L'ensemble des actions menées pour garantir le cofinancement et la constitution d'un stock de sécurité sont répliables. Certes beaucoup de ressources proviennent des partenaires, cependant les démarches entreprises pour assurer la part de contribution du pays restent des sources de leçon à partager.

CONCLUSION

La mobilisation de ressources pour faire de l'élimination de la rougeole une réalité est une tache à laquelle le Burkina Faso accorde une grande Les résultats ne sont certes pas au niveau des aspirations et des exigences d'une indépendance vaccinale totale. Les efforts et le partenariat mis en place permet d'organiser les réponses d'urgence comme celle organisée contre l'épidémie de rougeole de 2018. Des campagnes d'envergure ont été organisées depuis, la dernière étant celle de 2024 qui a couvert près de 5 millions d'enfants. Ces éléments indiquent que les efforts du pays sont orientés vers l'atteinte des objectifs de santé des enfants.

Pour 2024, le Burkina Faso est parmi 15 pays à faible revenu que Gavi prévoit aider à lancer un nombre inédit de campagnes de vaccination de rattrapage et de suivi contre la rougeole et la rubéole, avec l'objectif de vacciner 38,5 millions d'enfants environ^{xix}. La situation actuelle du pays nécessite la reprogrammation de ce type d'appui. Cependant, à mesure que le contexte s'améliore, l'accompagnement technique du pays à la réalisation et à la consolidation d'une viabilité financière et à l'atteinte d'une indépendance vaccinale doit être envisagé. Les formations et renforcements de capacité

initialement planifiés pour ces objectifs doivent être reprogrammées dans une perspective de long termes.

Engagement citoyen des jeunes: les Espaces Communautaires Multi-Services (ECMS) pour la prévention des maladies infantiles par la vaccination/ plus polio

INTRODUCTION

Les performances et les couvertures en matière de vaccination sont encore à améliorer. La promotion de la vaccination et l'atteinte des objectifs nécessitent l'utilisation de toutes les compétences communautaires. Pour susciter l'engagement des populations dans la résolution des problèmes de santé, la mise en place de cadres appropriés permettant des échanges communautaires semble une approche pertinente. De même, la collaboration entre les prestataires de soins et les membres des communautés, en premier lieu les parents et autres aidants, est considérée comme incontournable pour l'amélioration de la santé infantile. Aussi les interventions d'implication communautaire pour les questions de santé ont souvent utilisé les approches et stratégies par les proches ou pairs naturels : Homme-femme, mère-enfant, pair-à-pair. L'implication de jeunes pour la santé de la mère et de l'enfant est moins rapporté. Pourtant, pour les questions de vaccination, les jeunes sont un vivier de ressources et de compétences inépuisable. Le projet d'engagement citoyen des jeunes à travers les ECMS de l'Unicef est une approche communautaire participative qui vise à rapprocher les services préventifs et promotionnels des populations dans leur communautés. Les thématiques prioritaires sont la vaccination de routine, l'enregistrement de naissances, la nutrition des enfants, la prévention du paludisme, les IRA, la Diarrhée et d'autres maladies infantiles, la promotion de la scolarisation des enfants hors école etc.

L'approche part du constat que les communautés ont déjà eu des rencontres décevantes de fausses promesses avec plusieurs acteurs dont des politiciens, des associations, ONG, et autres. Ces faits ont eu comme conséquence que les populations gardent une position attentiste lorsque l'on vient vers elles. Cela nécessite une correction et une clarification qui déterminent les spécificités de l'approche et sa différence d'avec les interventions habituellement mises en place. Sa théorie du changement suggère que l'engagement de jeunes formés pour leurs communautés dans la vaccination de routine, l'enregistrement de naissance, la prévention des maladies infantiles, leur collaboration avec les groupes sociaux et les coopératives de production pour l'intégration de la santé communautaire dans les espaces communautaires multi-services ; et la mise en œuvre des stratégies avancées par les services techniques de la santé et de l'état civil pour la santé et la vaccination des enfants permettent d'avoir des enfants complètement vaccinés, bien nourris et en bonne santé, jouissant de tous leurs droits de citoyen.

CONCEPTION ET MISE EN OEUVRE

Les fondements de l'approche ECMS sont de promouvoir la prise de conscience de la population sur le fait que : 1) elle est seule maître de son destin et des solutions durables à ses problèmes ; 2) Elle dispose d'un fort potentiel pour son propre développement ; 3) l'union la renforce ; 4) le développement de compétence vaut mieux que les dons.

L'intervention consiste en la mise en place d'espaces fixes physiques ou virtuels de rencontres et de dialogues en milieu communautaire afin de centraliser la réponse à différents besoins des enfants et des femmes, en un seul endroit dans la même communauté. Animés ou facilités par des jeunes les ECMS donnent différents services y compris la vaccination de routine, la vaccination contre la COVID-19, l'enregistrement de naissance, l'utilisation des moustiquaires imprégnées pour prévenir le paludisme, la prévention de la diarrhée et d'autres maladies infantiles, les bonnes pratiques

nutritionnelles, la protection des enfants contre les violences etc. Les femmes et les jeunes femmes ont également la possibilité d'apprendre les bonnes pratiques nutritionnelles, telles que les démonstrations culinaires et la production de la farine enrichie. La formation sur la création et la gestion des activités génératrices de revenus permet de mieux outiller les femmes pour gérer leurs activités. On peut y avoir aussi des consultations permettant de recevoir des enfants insuffisamment vaccinés rattrapés en stratégies avancées par les agents du PEV des centres de santé de la zone.

La mise en place et l'animation des espaces communautaires multi-services se fait en neuf étapes dont : 1). Activités de plaidoyer auprès des autorités locales 2). Sélection et formation des jeunes devant suivre et animer les espaces communautaires multi-services, 3. Session de co-création avec les communautés pour la mise en place des ECMS 4) Identification et aménagement des sites devant abriter les ECMS 5) Mobilisation des populations (particulièrement les jeunes filles et femmes de la communauté) 6). Tenue de la première rencontre avec les populations 7). Animation/facilitation des sessions de dialogues et d'échanges avec les populations 8). Collecte et stockage des données sur les enfants. 9. Suivi des enfants par les jeunes notamment les enfants identifiés comme étant insuffisamment vaccinés ou zéro dose^{xx}.

RÉSULTATS

Dans le cadre du projet plus polio : « Engagement numérique des jeunes pour la vaccination de routine et l'enregistrement de naissances » la première phase a permis d'engranger beaucoup de résultats de 2022 à 2023.

Recrutement et développement de compétences

- de recruter et de former 1017 jeunes volontaires et U-reporters. En général ce sont des étudiants qui ont déjà une certaine base et dans certains cas des habilités spécifiques qu'ils ont pu mettre en pratique dans le cadre de l'initiative.
- Les 1017 jeunes et 2600 femmes ont acquis de nouvelles compétences en matière de vaccination, d'enregistrement de naissances et d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) etc. Les connaissances nécessaires à l'accompagnement des parents pour une vaccination complète de leurs enfants ne sont pas immédiatement disponibles ou acquises. Cela nécessite des formations et un suivi adéquats.

Enregistrement de naissance et déclaration à l'état civil

- 32,000 enfants de moins de 23 mois ont été dénombrés et les données stockées dans une base de données.
- 6572 enfants ont été inscrits à l'état civil et disposent des preuves de leur enregistrement.

Visite des ménages et vaccination des enfants

- 80, 000 ménages visités
- 14,492 enfants sous vaccinés ont été suivis pour différentes doses de vaccins parmi lesquels 45 enfants zéro-dose.

MEILLEURES PRATIQUES ET CRITÈRES DE RÉFÉRENCE

Critère d'implication communautaire, d'éthique et de pertinence : L'élaboration d'une théorie de changements

Les acteurs considèrent l'élaboration et la conception fondées sur une théorie de changement claire comme l'une des bonnes pratiques à promouvoir à partir de cette intervention. Il est, de leur avis

essentiel d'abandonner les approches d'intervention basées sur des activités éparses sans logique ni théorie de changement claire. Comme documenté plus haut, l'intervention a donné une place importante à la détermination de sa théorie du changement. De même, il ressort que l'élaboration de l'intervention procède d'une approche de co-création qui permet de prendre en compte le point de vue des concernés.

Critère de crédibilité : La constitution de banques de données de base

La mise en œuvre du projet ECMS a été précédé d'une activité rigoureuse d'analyse de base. Plus de 100 000 ménages ont été visités et dénombrés et les enfants ont été enregistrés avec leur statut vaccinal. Les données collectées avec Kobo-collect comprenaient aussi des points GPS et les coordonnées géographiques des parents que l'enfant soit vacciné ou non. Toutes les données ont été centralisées dans une banque unique pour diverses exploitations. Diverses études ont accompagné la mise en œuvre de l'intervention y compris des analyses sur les expériences des mères avec les services de santé.

Critère de fiabilité et d'efficacité : L'engagement et la participation des jeunes pour la vaccination et l'appropriation

Comme le résultats en vaccination l'indiquent, l'intervention a permis de visiter 80000 ménages et faire le suivi de 14,492 enfants sous vaccinés pour différentes doses de vaccins parmi lesquels 45 enfants zéro-dose. Cela démontre qu'engager les jeunes pour la vaccination est une pratique à promouvoir. L'intervention a réussi à promouvoir chez les jeunes de la motivation et un engagement citoyen. Il ressort que les jeunes se sont approprié l'activité et se sont eux-mêmes mis en association pour mettre à l'échelle l'approche des ECMS.

Critère d'efficacité : L'enregistrement des naissances, la vaccination et l'identification des enfants zéro-dose

Une des difficultés des activités de vaccination est l'identification des enfants à vacciner. Cela n'est possible que si ceux-ci ont une identité sociale et civile. L'enregistrement des naissances et l'établissement de documents d'état civil sont les premiers actes d'entrer dans ce processus d'identification sociale. La mise en relation des données d'état civil et des données de vaccination est une nécessité pour assurer l'exhaustivité au niveau des cibles mais aussi garantir la complétude de la vaccination au niveau de chaque cible/enfant. Cette démarche est essentielle à l'identification des enfants zéro-dose mais, à terme, à l'éradication totale du problème que constitue les enfants zéro-dose.

Critère de pertinence et de sensibilité au genre: L'intégration des activités de vaccination avec les AGR

La formation de 2600 femmes pour des AGR est le résultat d'une bonne pratique à promouvoir. Comme beaucoup d'études l'on montré, il y a une relation entre la vaccination et la disponibilité de revenu au niveau des ménages. La prise en compte du développement de sources de revenu pour les mères dans le cadre de cette intervention est une démarche probante qui mérite aussi partagée. La pratique permet ainsi de prendre en compte la dimension genre en ayant une composante spécifique ciblant les femmes.

Critère de durabilité et efficacité adverse : L'abandon des pratiques basées sur des promesses et le combat contre l'attentisme

Les acteurs considèrent que l'un des aspects plus importants de l'intervention est qu'il a exclu toute approche basée sur des promesses aux communautés notamment aux participants. Les acteurs ont

tenu à éviter de susciter des attentes qui ne seraient pas honorées ; l'intervention cherchait à réduire l'attentisme. Les caractéristiques de l'intervention indiquent que les communautés sont les seules maîtres et acteurs de leur propre développement. La sensibilisation sur la base de ce postulat permet de fonder l'intervention sur les bases de l'esprit de la non dépendance et de l'autopromotion.

LEÇONS APPRISES

La capacité des jeunes à impulser le changement

Les jeunes sont des sources d'idées, d'énergie et d'actions pour le changement. Au delà des stratégies des pairs il ressort que les jeunes peuvent contribuer efficacement aux différentes luttes pour la santé des enfants. L'engagement des jeunes dans le cadre des ECMS a démontré que ceux-ci peuvent se mobiliser et s'approprier des innovations au-delà des espérances et de la planification.

Le rôle encore élevé du patriarcat

Il est ressortit qu'une grande proportion des décisions des femmes est encore déterminée par le choix des hommes. Dans le cadre des ECMS, beaucoup de participantes ont indiqué n'avoir pas informé leurs conjoints avant de s'engager. Celles-ci sont certaines que leurs maris n'auraient pas accepté qu'elles participent aux activités. Un grand travail de sensibilisation reste encore à déployer à l'endroit des hommes pour une plus grande autonomisation des femmes.

La maturité des communautés

Il ressort que dans plusieurs domaines, les intervenants, dans le doute sur l'importance de leurs actions se mettent à la place des communautés pour créer des changements. Dans certains cas, des promesses sont faites sans grande conviction qu'elles seront tenues. Selon les acteurs de cette innovation, dans la mise en œuvre des ECMS, il ressort que lorsque les acteurs vont vers les communautés sans promesses, l'accueil et la participation des populations sont plus sincères et plus effectifs. Elles déterminent leurs intérêts et posent les actions dans le sens de l'atteinte de leurs objectifs.

L'amélioration de l'employabilité des jeunes

L'implication des jeunes dans les ECMS leur a permis de développer beaucoup d'habileté et de compétences. Cela a permis à certains d'entre eux de développer leurs propres interventions et de s'engager dans la recherche de financement pour les réaliser. L'accompagnement de l'Unicef a été sollicité et obtenu pour certains de ces groupes. Dans certains cas, des jeunes ayant participé à la mise en œuvre de l'initiative ont pu faire valoir, auprès d'autres organismes et institutions, les compétences développées dans le cadre des ECMS. Des opportunités de stage se sont ouvertes pour certains grâce à leur engagement dans l'initiative.

L'importance de données de bases

La mise en œuvre des ECMS et le travail d'évaluation et l'atteinte des résultats a démontré la nécessité de disposer de données de base assez consistantes et fiables. Dans le cadre de la mise en œuvre, un travail minutieux a été fait dans ce sens. L'architecture et l'organisation de la collecte impliquaient différents niveaux de contrôle de la qualité pour disposer à la fin de données fiables.

La prise en charge des ASBC et la redevabilité sociale

Le fait que les ASBC sont payés par le Ministère, c'est au Ministère qu'il se sentent redevables pas forcément aux communautés. Il est temps de trouver des stratégies qui responsabilisent les

communautés dans la prise en charge de ces acteurs pour une plus grande redevabilité sociale de ces ASBC envers les communautés.

RESSOURCES ET POSSIBILITÉS DE RÉPLICATION

Les ressources utilisées dans le cadre des ECMS ont été fournies par l'Unicef. Cependant, la mise à l'échelle ne demande pas de gros efforts de l'avis des acteurs. Tout d'abord, il ressort que les documents sont disponibles et peuvent être adaptés. On note aussi que les diverses sources de financement des activités communautaires qui existent peuvent servir de source de financement ou d'appui à la réalisation des ECMS.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

L'intervention ECMS remplit plusieurs critères de bonne pratique y compris l'efficacité et l'efficacité adverse, la pertinence, l'efficacité, la durabilité, l'éthique et la responsabilité sociale. Les résultats divers et utiles permettent d'atteindre les objectifs en termes d'immunisation mais aussi en termes d'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires et des acteurs. Au regard du contexte et de sa pertinence, les conditions de sa répliquabilité et de sa mise à l'échelle sont réunies. L'intervention est déjà reproduite dans divers contextes au Burkina Faso. Conformément à ses démarches et à ses résultats, il faut travailler et faire disparaître l'attitude attentiste et réduire autant que possible la monétisation des activités des organisations. Les populations n'attendent pas forcément de l'argent ou d'obtenir des rétributions de tout ce qu'elles posent comme action. Il faut souvent commencer les activités par les hommes, les impliquer et les rassurer par rapport aux objectifs de l'activité. Il est nécessaire d'accompagner la mise à l'échelle de l'approche et mettre ses atouts au service du plus grand nombre.

TITRE: Renforcement des Capacités des Centres d'Opérations d'Urgence Sanitaire en matière de Communication des Risques et d'Engagement Communautaire (CREC) au Burkina Faso- Covid-19

INTRODUCTION

Commencée en 2019, le Coronavirus du type 2 (SRAS-CoV-2) a affecté près 800 millions de personnes et causé plus de 7 millions de décès dans le monde. Au regard des statistiques de la maladie dans les pays occidentaux, l'avènement de la Covid-19 en Afrique et plus spécifiquement au Burkina Faso a créé beaucoup d'incertitudes aussi bien au niveau des populations que des gouvernants. Diverses approches et restrictions ont été proposées pour éviter la propagation de la maladie. Ces mesures ont eu beaucoup d'effets sur la vie des populations à divers niveaux. La conséquence, aussi bien de l'angoisse que des politiques publiques adoptées, a été une crise de confiance entre gouvernants et gouvernés avec beaucoup de frustrations au niveau des communautés. Les méfiances ont été exacerbées par la diffusion de fausses informations et plusieurs activités de désinformation ont été enregistrées. La situation a mis les autorités sous la pression des populations non seulement par rapport aux mesures prises mais aussi par rapport aux fausses informations divulguées. Il ressort de plusieurs constats que les autorités étaient parfois mal équipées pour faire face aux besoins d'information et de communication des populations. Même si la Covid-19 a plus affecté les personnes âgées, les mesures de gestion et les restrictions s'imposaient indistinctement à toute la population.

Plusieurs facteurs justifiaient donc la mise en œuvre d'une intervention qui pourrait restaurer la confiance dans la communication des autorités sanitaires. Tout d'abord, au regard des proportions que prenait la maladie, l'inquiétude que la maladie se propage des villes et de certaines zones spécifiques à tout le pays était bien légitime. La persistance de la désinformation et de la propagation de fausses rumeurs sur la maladie nécessitait des réponses adéquates. De même plusieurs actions de défiances des mesures prises finissaient par constituer des sources de troubles à la coexistence et à la paix sociale. En effet, du fait des difficultés que les mesures impliquaient des organisations et des groupes de travailleurs comme les commerçants s'estimaient en droit de réclamer la fin de ces restrictions ou, à tout le moins leur allègement. Enfin un besoin réel de maintien et de respect des mesures de prévention en général et de la vaccination en particulier était partout perceptible.

C'est dans ce contexte que *Search Common Ground* a proposé le renforcement de capacité des autorités sanitaires à travers une intervention qui impliquera aussi les leaders communautaires. L'intervention suggère, dans sa théorie du changement, que le succès des réponses aux crises sanitaires dépend de l'implication et de la confiance des communautés dans le système de santé. Cela s'explique par le fait que les citoyens s'adressent aux responsables de la santé pour obtenir des conseils sur la manière de se protéger ; les responsables de la santé et les décideurs politiques comptent sur les citoyens pour fournir des informations sur les nouveaux cas et permettre aux travailleurs de la santé un accès sûr pour apporter une réponse médicale. L'approche se propose de s'attaquer à la pandémie et aux futures crises sanitaires en renforçant la collaboration entre les communautés et les responsables sanitaires nationaux et régionaux en partant de leurs besoins exprimés et en utilisant les approches communautaires sensibles aux conflits.

Objectif de l'intervention et approche

Le but du projet était le renforcement des capacités des Centres d'Opérations d'Urgence Sanitaire en matière de Communication des Risques et d'Engagement Communautaire (CREC). À ce titre, le projet

est plus axé sur l'atténuation des risques. Il établit également, cependant, les éléments de base pour générer des effets positifs durables au-delà de sa mise en œuvre. Deux perspectives de la durabilité sont évoquées à savoir :

La durabilité institutionnelle : institutionnalisation des connaissances des acteurs de la santé préparés pour les crises par

La durabilité de politiques de santé : produire un changement radical des politiques de santé au niveau national,

MISE EN OEUVRE DE LA PRATIQUE

L'intervention a été mise en œuvre au Burkina Faso en collaboration avec le Ministère de la Santé (MS) et d'autres institutions sanitaires officielles : le CORUS et deux Directions Régionales de la Santé (DRS) à savoir celle du Kadiogo celle des Hauts-Bassins. Les activités se sont déroulées en cinq étapes :

1) Pour la première étape, il s'agissait d'évaluer les besoins et les capacités des parties-prenantes nationales et régionales en matière de CREC;

2) Réunir les responsables de la santé et les autres parties-prenantes identifiées pour présenter et valider les résultats de l'évaluation, sélectionner les domaines d'intervention prioritaires en CREC et lancer un processus de conception participative pour élaborer un plan de travail ;

3) Former les responsables de la santé sur des sujets liés à la CREC, tels que la gestion des rumeurs, les techniques de communication pour le changement de comportement social, les méthodes d'engagement communautaire et les systèmes d'alerte et de réponse rapides ;

4) Faciliter le développement d'une stratégie nationale de CREC avec les acteurs nationaux, régionaux et communautaires (gouvernements, responsables de la santé, société civile, médias, leaders communautaires) qui répond au besoin d'une approche de communication cohérente, plus précisément : pour faciliter l'élaboration du plan CREC au niveau du CORUS et de la région sanitaire ;

5) Soutenir les responsables de la santé à collaborer avec un groupe plus large de partenaires communautaires pour mettre en œuvre des plans de CREC régionaux.

L'intervention a été planifiée pour être mise en œuvre pendant 12 mois. Le financement est de la Fondation Bill & Melinda Gates. Les activités impliquaient l'engagement des principaux acteurs communautaires en collaboration avec les responsables de la santé.

La mise en œuvre du projet impliquait plusieurs activités devant contribuer à la cohésion sociale entre les communautés et les autorités sanitaires dont les capacités à communiquer et collaborer seraient améliorées. Des activités de dialogue et la planification conjointe en matière de CREC, de transformation des conflits, la facilitation du dialogue, la CREC, le leadership et / ou le plaidoyer étaient à entreprendre. Le projet permettait de promouvoir les mesures de protection individuelle et collective en renforçant les connaissances sur la communication sur les risques et l'engagement communautaire incluant la communication positive et le leadership et le plaidoyer.

Des activités de réunions publiques sur des Tribunes d'Expression Populaire (TEP), des visites à domiciles (VAD) et des Visites dans les lieux de travail (VSLT) étaient du paquet d'intervention. Il y

avait aussi des émissions de magazines interactives radiophoniques/télé (en langues nationales) et divers spots produits et diffusés. L'intervention permettait d'avoir des éléments des communautés frontalières, des professionnels des médias étaient aussi impliqués.

RÉSULTATS

Dans le cadre de cette pratique, quatre résultats principaux sont d'un grand intérêt pour les activités de vaccination. Il y a tout d'abord l'amélioration des capacités des acteurs en communications, le changement des perceptions sur les vaccins, l'amélioration de l'acceptabilité des vaccins et enfin la participation effective à la vaccination contre la Covid-19.

Amélioration des capacités des acteurs en communications

Les interventions et les formations données dans le cadre de ce projet ont permis d'améliorer les capacités des acteurs en diverses approches de communications. En effet, 89,5% des agents de santé et les relais communautaires dans le cadre de l'activité ont rapporté que leurs connaissances en matière de transformation des conflits, dans le domaine de la facilitation du dialogue et en CREC ont été améliorées grâce à cette pratique. Cela a contribué au renforcement de leur adhésion aux actions. Cette évolution a amélioré par le même fait l'appropriation de la pratique par ces acteurs.

Pertinence de l'intervention et changement des perceptions sur la vaccination

En termes de pertinence, l'intervention a été jugée pertinente par l'ensemble des parties-prenantes en ce sens qu'elle permettait d'adresser des préoccupations fondamentales. Il s'agit notamment des doutes et des confusions causés par les rumeurs, les fausses informations et les mauvaises sources sur la maladie et sur les vaccins. L'intervention avait un bon niveau d'acceptabilité sociale et culturelle et elle a eu un bon niveau de participation et d'appropriation par les acteurs.

Aussi bien du côté des services de santé que des communautés et à tous les niveaux (décideurs, leaders communautaires, prestataires populations), la valeur de l'intervention était reconnue. En termes d'efficacité l'intervention a permis de changer les perceptions et l'attitude de plusieurs personnes interviewées sur les vaccins contre la Covid-19.

RÉSULTATS BOX1

Quantitativement

89,5% des agents de santé et les relais communautaires rapportent une amélioration de leurs capacités CREC.

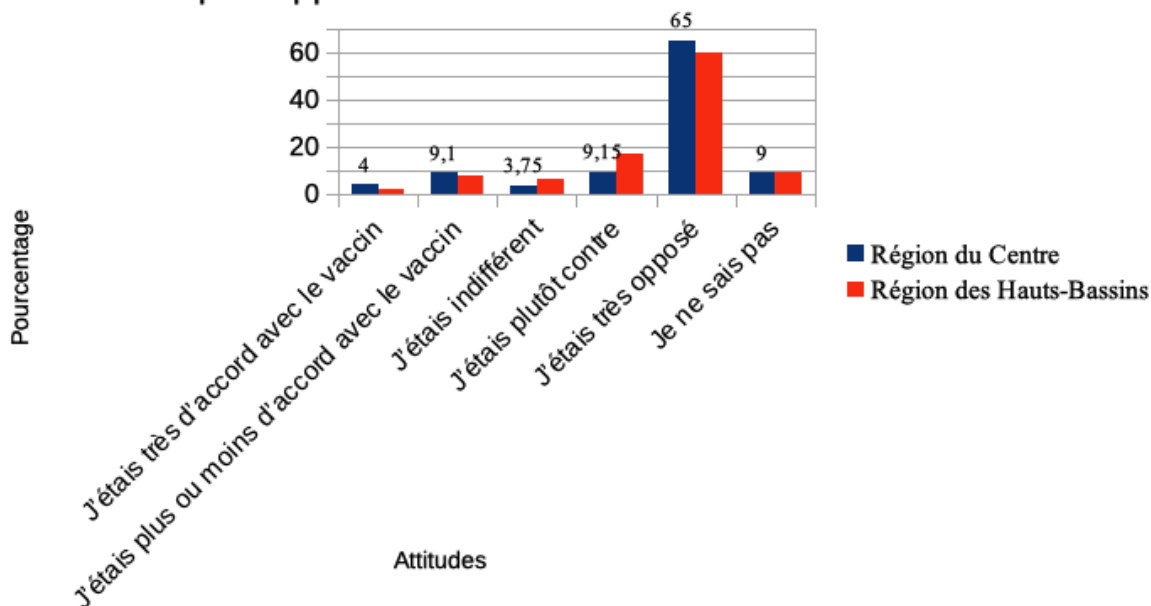
94,75% et **92,45%** (régions du Centre et des Hauts-Bassins respectivement) disent la sensibilisation convaincante pour motiver à la vaccination.

Qualitativement

Toutes les parties-prenantes ont jugé l'intervention pertinente pour adresser une préoccupation fondamentale.

Perception de plus de demande pour la vaccination anti-Covid-19 dans la zone de l'intervention que dans les autres.

Attitudes par rapport au vaccin anti Covid-19 au début de la crise



Acceptabilité de la vaccination et des mesures de protection

Les résultats de l'évaluation auprès des populations indiquent que les interventions mises en œuvre ont permis d'améliorer l'acceptabilité de la vaccination et des mesures de protection. En effet, à la question «*Pensez vous que la sensibilisation menée dans votre communauté a contribué à convaincre les populations à se faire vacciner ?* » 94,75% des répondants dans la région du Centre et 92,45% dans la région des Hauts-Bassins ont répondu OUI.

Demande pour la vaccination

Le projet a permis d'améliorer la demande pour la vaccination contre la Covid-19 au niveau des services de santé des zones d'intervention. En effet, les évaluations qualitatives faites auprès des prestataires de soins dans les zones d'intervention indiquent que des personnes se déplaçaient pour aller demander à être vaccinés dans ces zones même après la fin de l'intervention. De même les acteurs indiquent que les taux de couverture vaccinale étaient meilleurs dans les communes qui ont bénéficié du projet comparées aux autres dans le même département administratif.

BONNES PRATIQUES

La détermination des cibles prioritaires

Comme bonnes pratiques on peut noter les critères utilisés pour l'approche du ciblage des personnes à sensibiliser de façon prioritaire pour la vaccination. En effet, les communautés et personnes prioritaires à sensibiliser étaient celles qui avaient déjà une première dose qu'il fallait motiver pour aller chercher une seconde dose et celles qui étaient réfractaires à la vaccination. Une telle approche permet de capitaliser sur les primo adoptants en vue de les rassurer et leur faire comprendre qu'ils avaient fait le bon choix. En ciblant aussi les réfractaires l'intervention augmentait la population susceptible de prendre le vaccin. Il y a souvent un relation d'influence entre le refus vaccinal et l'hésitation vaccinale. L'acceptation d'une personne réfractaire est susceptible de convaincre plus facilement une personne hésitante.

La détermination conjointe des domaines d'action

La conception et la mise en œuvre de l'intervention ont suivi une démarche participative, concertée. Cette approche a permis de prendre en compte non seulement les besoins des cibles mais surtout tenir compte de leur inquiétudes en matière de communication. Ainsi, l'intervention a cherché à combler leurs insuffisances et pallier leurs faiblesses. La création de cadre permettant de déterminer ensemble les besoins à satisfaire et les objectifs à atteindre facilite la participation et l'appropriation.

Le renforcement des capacités de communication au niveau local

Dans le cadre de la formation en CREC l'intervention a impliqué les ASC et les leaders communautaires comme agent de communication. En utilisant les acteurs du niveau des communautés, l'intervention assurait son intégration mais aussi se donnait les atouts pour sa pérennisation. Au regard des activités à mettre en œuvre, dont les visites à domicile, et les visites dans les lieux de travail, l'utilisation de ces collaborateurs était très pertinente du fait de leur proximité avec les cibles de l'intervention.

L'action contrôlée basée sur les données et sur besoins

Les activités mises en œuvre dans le cadre de l'intervention notamment en ce qui concerne la vaccination ont été faites sur la base des données et des nécessités. En effet, toutes ces activités opérationnelles initiées sur le terrain étaient coordonnées par les Directions Régionales de la Santé qui décidaient du ciblage des zones qui devaient être visitées en se référant à leurs registres de vaccination et cela conformément aux dispositions en vigueur à leurs niveaux. Tout cela était sous le contrôle du comité de pilotage dirigé par le CORUS auquel les Directions régionales rendaient compte. De même, un point focal avait été désigné par le Directeur du CORUS pour le suivi des activités de l'intervention et pour les comptes rendus.

L'amélioration de la confiance entre populations, acteurs et décideurs conformément à la théorie de l'intervention

Beaucoup de programmes échouent du fait du manque de confiance des populations envers les administrateurs, les autorités et les décideurs. La théorie de l'intervention suggère une forte dépendance entre le succès des réponses aux crises sanitaires et la confiance des communautés dans le système de santé. Les collaborations et appuis mutuels de ceux-ci en termes d'informations, de conseils et d'actions assurent le succès des programmes. Tout cela suppose une confiance mutuelle. Les résultats indiquent que l'intervention a réussi à établir cette confiance. Par ce fait même l'intervention confirme la pertinence et l'efficacité de la théorie du changement.

LEÇONS APPRISES

La bonne communication nécessite d'avoir les capacités techniques adaptées

Comme évoqué par certains participants, les échecs dans la communication de risque dans un contexte de crise sanitaire sont souvent liés aux incapacités des acteurs. En effet certains répondants ont évoqué l'apport que la formation a eu dans leur capacité à livrer le bon message. Aussi, il semble nécessaire que la question de la communication sur les risques, notamment en contexte de crise, ne soit pas faite selon les besoins seulement mais aussi selon les capacités. Il est alors important de renforcer les capacités des personnes chargées de cette activité. Des enjeux aussi capitaux que la confiance entre les communautés et les autorités en dépendent.

L'intégration des séances de sensibilisation et la vaccination pourrait améliorer les résultats

Dans le cadre de cette intervention, des Tribunes d'Expression Populaires avaient été initiées. Cependant, ces cadres n'avaient pas été utilisés comme lieux ou points de vaccination. De l'avis de tous les acteurs, l'utilisation de ces tribunes comme site de vaccination aurait probablement amélioré la couverture vaccinale. Une évaluation à mi-parcours ou une évaluation formative et participative mise en œuvre avec l'implication de toutes les parties-prenantes aurait certainement permis de prendre en compte cette observation.

La diffusion des livrables initialement anticipés

Il est souvent important à la fin des interventions, de s'assurer que les attentes des structures participantes ont été satisfaites et que les concernés sont bien informés des suites. De nos entretiens, il ressort que l'un des livrables était d'avoir un plan et une stratégie de communication pour les institutions engagées. Toutefois, l'information sur l'existence ou la non existence de ce plan était difficile à confirmer. Ce faisant, certains acteurs ont l'impression que l'expérience n'est pas allée à son terme.

La collaboration et les implications déterminantes

Des résultats de l'évaluation, il ressort que la conception et l'opérationnalisation de ce type de projet en temps de crise nécessiterait la collaboration effective des structures étatiques et locales pertinentes. L'importance de la coordination avec les autres partenaires financiers et étatiques depuis la conception du projet est nécessaire. L'appropriation des actions du projet par les leaders communautaires crédibles aux yeux des populations est considérée comme cruciale pour la réussite du projet. Il en est de même pour les médias et leurs représentants qui doivent être impliqués à l'élaboration des plans pour une plus grande appropriation.

La conception d'interventions inclusives

Il est important, selon les termes de l'évaluation, que le projet soit inclusif et prenne en compte les personnes marginalisées. Il s'agit des personnes vivant avec un handicap, des personnes des zones rurales difficilement accessibles et celles qui vivent dans des lieux de privation de liberté. Leur inclusion permet de leur fournir l'information pertinente facilitant leur insertion dans le milieu social et dans un contexte de crise. Ces personnes doivent bénéficier des mêmes informations qui permettent de comprendre la nécessité des mesures barrières et de la vaccination.

POSSIBILITÉ DE RÉPLICATION

De l'avis des personnes interrogées plus spécifiquement le Directeur d'alors du CORUS, l'intervention peut être répliquée. Cela nécessite cependant une identification des besoins ou des problèmes techniques auxquels l'approche doit apporter des réponses. Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre peuvent être mobilisées aussi bien localement qu'au niveau international.

CONCLUSION

Les résultats de l'intervention indiquent qu'elle a joué un rôle dans le rétablissement de confiance des communautés par rapport à la communication des acteurs et autorités sanitaires. L'intervention a permis de promouvoir, auprès des populations, les actions de prévention de la Covid-19 et surtout la vaccination contre la maladie. Sur la question spécifique de la vaccination, l'intervention permet d'amener les personnes à entrer dans les étapes processuelles de prise du vaccin. Il s'agit du changement des perceptions sur les vaccins, de la réduction de l'hésitation et du refus vaccinal, et enfin

de l'étape de l'acceptation et de prise du vaccin contre la Covid-19. À ce titre il s'agit d'une intervention qui peut apporter significativement à la promotion de la vaccination. Les bonnes pratiques identifiées peuvent être adaptées à beaucoup de types d'interventions pour lesquelles elles seront tout aussi pertinentes. Mettre à profit les bonnes pratiques spécifiques énoncées nécessitera aux équipes qui adoptent une telle intervention, de travailler à assurer une fidélité de mise en œuvre conformément à la théorie de l'intervention. Toutefois il est important de disposer des détails de contenu des activités individuelles mises en œuvre dans le cadre de l'intervention. Une mobilisation conséquente de ressource est dans cette perspective nécessaire. Cela devra prendre en compte une des limites constatées dans l'implantation de l'intervention à savoir la sous-estimation des rémunérations à donner aux relais communautaires.

Lectures complémentaires :

BURKINA FASO: Les bonnes pratiques par des récits de vie Human Centered Stories

La question de la vaccination au Burkina Faso est. Il ressort des différentes études que le niveau d'acceptation de la vaccination est assez élevé au pays et le refus systématique de la vaccination est en recul. Cependant, au cours des dernières années, l'hésitation vaccinale a connu un essor particulier dans certaines couches de la population atteignant son point culminant avec l'avènement de la vaccination contre la Covid-19. Les phénomènes de la désinformation et la tendance infodémique des questions de santé, poussés par les réseaux sociaux, donnent de nouveaux défis aux acteurs et à tous les concernés des enjeux de vaccination. La situation sécuritaire a ajouté une couche à cet ensemble de difficultés avec des effets autant sur l'offre de services de vaccination que sur le recours. Aussi, les stratégies des prestataires et des communautés se sont adaptées à ce contexte particulier. Même si comme nous l'avons noté, la vaccination est généralement bien acceptée, il ressort que des îlots géographiques et temporels de réticence peuvent naître du fait des perceptions défavorables et des fausses informations propagées.

ARMEL et LUCIE : La meilleure pratique par l'exemple

Voici Armel, il a 14 mois. Son père est juriste spécialisé dans les assurances. Aujourd'hui cependant, Armel est venu prendre une autre assurance. Il est venu au service de vaccination pour prendre le vaccin contre la Rougeole et le vaccin contre la Méningite-A, deux assurances gratuites qui l'accompagneront toute sa vie.





Je suis Lucie S. Je suis la maman d'Armel Je suis l'avant dernier enfant d'une famille de 9 enfants. Je pense que si les 9 enfants de ma mère sont tous grands, c'est parce qu'ils ont tous eu une bonne protection. Mon père qui a souvent travaillé dans des villages où il y avait peu de personnes instruites donnait souvent l'exemple en encourageant la vaccination. Après des études universitaires en droit, j'ai finalement décidé de faire une formation d'infirmière. Aujourd'hui je suis infirmière au Centre de Santé et de Promotion Sociale de K. J'ai un engagement particulier pour la vaccination qui protège beaucoup d'enfants. Dans le cadre de mon service, j'ai souvent vu beaucoup d'enfants malades. J'ai aussi vu beaucoup d'enfants mourir de maladies évitables par la vaccination.

Madame Simboro organise régulièrement des séances de discussion et de sensibilisation sur les vaccins et la vaccination auxquelles plusieurs mères d'enfants sont conviées. En général les jours de vaccination sont utilisés pour ces séances. Plusieurs thèmes sont abordés dont les objectifs de la vaccination, les raisons et les motivations à la participation des mères.



Par dessus tout, je suis la mère de deux enfants. Aujourd'hui, Armel pendra ses deux derniers vaccins. Pour montrer le bon exemple et encourager les femmes à toujours venir aux séances de vaccination, je commence si possible la vaccination par mon propre enfant. Cela rassure beaucoup les mères et permet de faire taire beaucoup de rumeurs. Comme cela se passe en publique tous les parents présents deviennent les relais de l'activité de vaccination.

DÉPLACÉS INTERNES certes, mais avec un attachement sans faille à la vaccination : Maman et Bébé Konaté

Madame Konaté, mère de deux enfants est une déplacée interne de la région sanitaire de la Boucle du Mouhoun. Arrivée avec la grossesse de son deuxième enfant presque à terme, elle accouchera sept jours après dans le centre de santé de la Croix-Rouge dans la capitale régionale après avoir fui son village. Après son accouchement, Dame Konaté a tout mis en œuvre pour que son enfant aujourd'hui de 10 mois ne manque aucune de ses vaccinations. Elle ira d'un lieu à l'autre dans la ville pour pouvoir faire vacciner son enfant. Madame en a vu de bien plus difficile. En effet, les efforts de madame Konaté et des femmes de son village pour que leurs enfants bénéficient de la vaccination sont inimaginables.

« Nous étions dans notre village et notre CSPS de référence était à 4 ou 5 kilomètres. Nous y allions régulièrement avec nos enfants pour les vaccinations mais parfois l'équipe du centre venait dans notre village pour vacciner les enfants. Lorsque l'insécurité a atteint le village du CPCS et que le personnel de santé est parti, nous étions avec nos ASC. Pour la vaccination, il nous arrivait de parcourir 25 kilomètres pour aller au centre de santé le plus proche qui était encore ouvert. » Alors ces courses en ville sont juste une suite de son combat pour la santé de ses enfants. Ce qu'elle a déjà fait pour son premier enfant elle compte bien le faire pour le second. C'est la raison de sa visite du jour.



Aujourd'hui, le petit Konaté a une journée bien chargée. Après un temps passé à la salle d'attente, c'est enfin son tour de passage le personnel de la vaccination. L'incontournable étape de contrôle de croissance est commencée. C'est tout d'abord une séance de prise de poids sous l'oeil vigilant de l'infirmière. Le centre accueille régulièrement les mères déplacées internes et leurs enfants pour les soins et services du couple mère enfant. Au regard du nombre de personnes qui fréquentent le centre de santé, l'équipe est souvent débordée. Les activités multiples d'une équipe de vaccination sont épuisantes et aucune ressource n'est de trop.



Après la prise de poids c'est la séance de la prise de la taille. Les informations sont consignées dans le carnet de santé de vaccination de l'enfant. La mère est juste informée lorsque certaines difficultés de croissance sont identifiées. Pour le reste, elle est encouragée pour le bon suivi et la bonne croissance de son enfant. Bébé Konaté a la chance, son état le permet, il pourra recevoir sans inquiétude les vaccins correspondant à son âge. Cela ne fut pas le cas pour son grand frère. Comme s'en souvient la mère, l'ainé était malnutri. Quand je l'amenais au

centre de santé et que je le déshabillais, il arrivait que les agents de santé me disent de le ramener car il ne pouvaient le vacciner. Il était souvent malade et sévèrement malnutri par manque de lait maternel.

Au cours de cette visite, bébé Konaté prend ses quatre vaccins du 9^{ème} mois à savoir, le RR1, le VPI2, le Pneumo-3, VAA bien que personne déplacée interne vivant avec beaucoup de difficultés. Madame Konaté n'a manqué aucune des vaccinations de son enfant. *« Selon ses estimations, il lui reste une dernière visite après le 12^{ème} mois de son enfant. Selon cette mère de deux enfants, les difficultés de la vaccination sont parfois liées au fait que parfois elles n'arrivent à l'heure pour la séance. Il arrive que les agents de santé disent que tu es en retard, que tu n'es pas arrivée à temps et te demandent de revenir prochainement.*



Cela est lié à la distance : quand on n'a pas eu un moyen de déplacement. Une fois je suis venu ici on m'a dit que la

vaccination du deuxième mois n'était pas disponible ce jour là. Ayant changé de lieu de résidence, Madame Konaté de lieu de vaccination pour opter pour le plus proche pour ne jamais être en retard.

Madame Konaté dit ne pas avoir beaucoup de **connaissances** sur les maladies pour lesquelles ses enfants sont vaccinés, elle reconnaît ne pas avoir pu participer à des séances de d'information et de causerie : *« Nous nous n'avons pas trop de connaissance, ce sont les agents de santé qui en ont, nous n'avons pas trop de connaissances des maladies, alors quand ils disent que telle chose est bonne pour ton enfant, tu dois faire l'effort pour le faire pour que ton enfant soit en santé et toi aussi tu auras la tranquillité, parce que si ton enfant est malade, tu n'as d'argent pour le soigner si tu ne viens souvent le faire vacciner pour le protéger de la maladie c'est difficile. Quand tu le fais vacciner, même si la vaccination n'est pas complète, s'il tombe malade cela peut être autre chose mais par rapport à la non*



vaccination ce n'est pas la même chose (c'est moins grave). C'est pour cela que nous faisons tout pour venir faire vacciner nos enfants pour les protéger de la maladie. Nous ne savons pas la maladie pour laquelle ils vaccinent, si ce ne sont pas les infirmiers nous nous le savons pas. Quand le moment de vacciner arrive et que tu ne viens pas, et le sort de ton esprit et dire que la vaccination n'apporte rien, pourtant tu ne sais pas pourquoi ils vaccinent, eux ils le savent. Donc toi tu ne sais pas pourquoi on vaccine, si tu viens et que c'est pour la santé, cela donnera la santé à ton enfant. c'est pour cela que nous venons pour les faire vacciner. »

Cependant, pour Madame Konaté a un attachement et sa motivation pour la vaccination est entière. Madame Konaté a une **conviction**, si l'on a créé des vaccins, c'est parce qu'ils ont un bienfait. Certes elles n'ont pas beaucoup de connaissance sur les vaccins, cependant si elles refusaient de faire vacciner leurs enfants, elles n'auraient pas ce bénéfice qu'il y a dans la vaccination.

« Nous ne savons pas contre quelle maladie nos enfants sont vaccinés, nous savons que la vaccination est bonne pour la santé de nos enfants. La participation à la vaccination a un bénéfice et ne pas y participer correspond à renoncer à ce bénéfice. Si l'enfant grandit et il a un défaut (handicap) aux bras ou aux pieds plus tard et que l'on t'apprend que cela est lié au fait de ne pas l'avoir vacciné, que pourras-tu dire, c'est déjà passé tu ne peux pas dire que tu vas retourner le vacciner, tu ne peux rien faire. Donc, quand tu viens le faire vacciner au bon moment, il va en avoir le bénéfice même après toi. Madame Konaté sait aussi que quand tu vaccines ton enfant, il sera en bonne santé et tes voisins auront aussi la bonne santé car si ton enfant n'est pas vacciné et qu'il tombe malade, il peut aussi contaminer les enfants des voisins.

Les raisons de non vaccination sont diverses, certaines pensent que même si elles ne vaccinent pas cela n'aura aucune conséquence, d'autres n'ont tout simplement pas la vaccination à l'esprit, il y en a qui font la paresse, il y en a qui disent que cela fait de la douleur pour l'enfant.

Pour améliorer la vaccination Madame Konaté pense que les agents de santé doivent continuer l'effort, cependant elle estime que le nombre d'agent de santé et de vaccinateur doit être revu à la hausse. Selon elle, les agents de santé doivent discuter avec les femmes pour les informer des maladies pour lesquelles ils vaccinent.



Les mères doivent écouter les agents de santé pour faire vacciner leurs enfants. Les agents de santé travaillent pour la santé des enfants, si tu veux que ton enfant soit en bonne santé, tu dois suivre leurs conseils. Il faut faire vacciner l'enfant et au cas où sa vaccination n'est pas complète, tu dois tout faire pour le faire vacciner pour compléter. La vaccination ne prends pas de temps c'est juste un instant, un jour, cela n'empêche pas le travail. Si tu dis avoir trop de travail, quand l'enfant tombera malade tu laisseras ton travail pour le soigner. Quand l'enfant est malade, c'est aussi la mère qui est malade. Pour les femmes, si lors d'une visite tu ne gagnes pas la vaccination pour ton enfant, tu ne dois pas te décourager ou t'énerver; il faut revenir la prochaine fois et il faut venir tôt. Parfois les agents de santé sont aussi fatigués et ils doivent se reposer Pour les ASC, ils doivent bien collaborer avec les premiers responsables pour avoir plus pour nous et nos villages.



Dr Madibélé Kam :

D'un cas de rubéole - faire du niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire un cadre de promotion et d'offre de la vaccination

Dr Kam est un passionné de la vaccination et reconnu comme tel autant au sein de la communauté de la vaccination qu'à l'extérieur du milieu ou par les bénéficiaires. Médecin pédiatre responsable de l'unité de vaccinologie au CHUP- CDG de Ouagadougou, il a en charge l'organisation des activités au niveau du CHU dont le rattrapage vaccinal des enfants, la recherche des occasions manquées de vaccination, la vaccination de routine. Dr Kam n'est pas seulement au niveau du service public, il travaille avec diverses organisations de la société et le milieu communautaire étant lui-même un responsable d'une ONG. Dr Kam s'est lancé dans un combat rare dans son milieu : Faire du CHUP un lieu de promotion et d'offre de la vaccination

« Les motivations qui m'ont conduit à mettre la vaccination au premier plan de vos activités sont d'abord d'ordre personnel, ayant vécu le drame du décès, dû au tétanos, d'un enfant de 3 ans qui n'avait reçu que le BCG depuis sa naissance. Il avait pourtant été consulté dans des formations sanitaires et personne n'avait vérifié son carnet de vaccination. Ensuite l'histoire de la vaccination montre a souhait qu'il s'agit de l'intervention sanitaire la plus logique pour réduire la mortalité et la morbidité des maladies dans notre contexte. Enfin, maintenir les enfants sains plutôt que se battre pour leur survies devant une infection est un rôle beaucoup plus intéressant pour moi ».

Des cas aussi bouleversants, Dr Kam en a vu bien d'autres. En effet, au delà de ce cas de tétanos, il a assisté en réanimation à une recherche diagnostic difficile d'un jumeau de quatre (4) ans présentant des lésions cutanées avec un coma. Il s'est avéré par la suite qu'il s'agissait d'une encéphalite rubéolique. L'enfant s'est réveillé , mais est resté encéphalopathe et totalement dépendant des parents. Les parents n'avaient pas fait le rappel de 15 mois. Une telle régression d'un enfant qui pouvait parler et courir a profondément marqué le médecin qui a ressenti en lui le désarroi des parents. *« Plus jamais ça! »* s'était-il dit au sortir de cette triste expérience, redoublant ainsi son ardeur dans le travail pour la prévention des maladies par la vaccination. Partant de cette douleur, il a décidé de faire du niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire un cadre de promotion et d'offre de la vaccination

Le contexte socioprofessionnel et les défis qui ont raffermi son choix et l'engagement qu'il a aujourd'hui sont aussi ceux de son cadre de travail de tous les jours. Dr Kam a constaté avec amertume

que dans ce milieu, l'enfant malade ne se vaccine plus même lorsque celui-ci ne souffrirait que d'une malformation n'empêchant pas la vaccination. Un sondage hospitalier lui avait permis de se rendre compte qu'environ 20% des enfants en milieu hospitalier n'étaient pas complètement à jour de leurs vaccinations. *« Nous avons voulu stopper ce phénomène dans notre hôpital par le contrôle systématique des carnets de vaccination et le rattrapage sur place des enfants insuffisamment vaccinés. Cette habitude de vérifier systématiquement le carnet des enfants n'est pas la chose la mieux partagée dans notre contexte et nous souhaitons inculquer cette approche tout en motivant la disponibilité des vaccins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dont les CHU »*

Cependant quelques problèmes spécifiques et certaines préoccupations ou des faits significatifs liés à la vaccination ou à la non vaccination nécessitent d'être traités en amont. Pour Dr Kam, les problèmes de rupture de vaccins constituent des situations désastreuses. Les parents n'en sont souvent pas informés et les enfants de ce fait ont parfois une trajectoire vaccinale achevée avec des vaccinations non réalisées ce qui accroît leur exposition. Des questions d'ordre programmatiques le préoccupent aussi. Il s'agit par exemple pour lui de la limitation de l'âge de la vaccination dans le PEV alors que l'on sait que l'immunité acquise par les enfants jeunes n'est pas durable et qu'il faudrait faire des rappels vaccinaux pour qu'elle perdure.

Comme approches de résolution de ces problèmes évoqués, Dr Kam a aussi quelques suggestions qui sont relatives à de meilleures planifications au niveau pays pour les ruptures de vaccins. En ce concerne l'extension de la vaccination, celle-ci relève plus de la volonté politique qui a besoin d'être assez forte. *« Pour l'heure, nous sensibilisons les parents à poursuivre la vaccination dans le cadre des vaccins hors PEV pour mieux protéger leur enfants et l'adhésion est de plus en plus ressentie »* note-il.

Ce passionné a à son actif quelques réalisations ou succès qui contribuent à sa satisfaction et à sa réussite professionnelle. Au nombre de ces réalisations, il compte l'opportunité qu'il a eu de mettre en place dans son CHU une unité de vaccinologie fonctionnelle qui est une première au niveau du Burkina Faso. De même, son expertise est, de ce fait, sollicitée par les autres CHU lorsque ceux-ci veulent aller dans le même sens. Il est parfois une personne ressource pour la Direction de la prévention par les vaccinations qui l'associe aux rencontres de concertations autant que possible. Certes ces considérations sont importantes, cependant ses motivations pour réussir restent la sensation qu'il fallait trouver une réponse urgente à un vide. Le fait qu'il y ait des problèmes de santé des enfants qui parfois, aboutissent au drame alors que des vaccins existent pour ces maladies lui est insupportable. Certaines leçons apprises de façon spécifique ou de façon générale en matière de vaccination qui lui semblent importantes à partager sont par exemple la grande étendue des motifs de non vaccination. Ces informations sont importantes et l'on gagnerait à les répertorier pour une bonne diffusion auprès des agents de santé.

- i Barbotin M, Poulain R. (1964). Mass Campaign of Measles Vaccination in the Upper Volta Region—the First in the World. Impressions of the Hospital Staff. *Medecine Tropicale* 24(4), 405-16.
- ii Melegaro A. (2019). Measles vaccination: no time to rest. www.thelancet.com/lancetgh 7-e282-e283.
- iii Patel M. K., Orenstein W. A. (2019). Classification of global measles cases in 2013–17 as due to policy or vaccination failure: a retrospective review of global surveillance data. *Lancet Glob Health*; 7: e313–20.
- iv Patel M. K. et al (2020). The epidemiology of rubella, 2007–18: an ecological analysis of surveillance data. *Lancet Glob Health*; 8: e1399–407.
- v WHO. Immunization agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. April 1, 2020. <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind> (accessed Feb 25, 2021).
- vi Ministère de la santé (2019) Stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso.
- vii GAVI (2019). Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2019
- viii Ouédraogo, H S. Kabore, Y L B. Sawadogo, A. G. Bakouan, M. Sawadogo, N. Mano M. Zongo, A. Sanou, S. Kaboré L. (2023). Task-Shifting Immunization Activities to Community Health Workers: A Mixed-Method Cross-Sectional Study in Sahel Region, Burkina Faso. *Global Health: Science and Practice* 11(5) 1-12.
- ix Ministère de la Santé (2020). Document national d'orientation sur la délégation des tâches en SR/PF/VIH/Nutrition.
- x OCHA (2024). Burkina Faso (BFA): Attacks on Aid Operations, Education and Health Care. <https://data.humdata.org/dataset/burkina-faso-violence-against-civilians-and-vital-civilian-facilities>
- xi Kaboré K. (2023). Des travailleurs de la sante bénévoles rétablissent les services d'immunisation dans les zones de conflit du Burkina Faso. https://brightspots.boostcommunity.org/app/uploads/2023/08/FRENCH-Kouliga-Kabore_Volunteer-Health-Workers-Restore-Immunization-Services-in-Burkina-Fasos-conflict-zone-1.pdf.
- xii Ouédraogo, H S. et al. (2023). Task-Shifting Immunization Activities to Community Health Workers: A Mixed-Method Cross-Sectional Study in Sahel Region, Burkina Faso. *Global Health: Science and Practice* 11(5) 1-12.
- xiii Unicef (2022). Burkina Faso - Consolidated Emergency Report 2021. - publication UNICEF/BurkinaFaso/2022/Sy
- xiv Centre de collaboration Nationale des maladies Infectieuses (2024) Rougeole.
- xv Measles and Rubella Initiative (M&RI) - Financial Resources Requirements (FRR) for 2015-2020
- xvi GAVI (2019). Région Afrique de l'Ouest, Burkina Faso – Informations clés sur le cofinancement. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/co-financing-information-sheet-burkina-faso—fr-pdf.pdf>.
- xvii Gadhia, Raj and Marty Makinen. April 2005. Best Practices in Financial Sustainability Plans for Immunization Programs. Bethesda, MD: The Partners for Health Reform plus Project, Abt Associates Inc
- xviii Rapport sur l'utilisation des subvention du CERF Burkina Faso, Rapid Response Displacement 2019
- xix <https://reliefweb.int/report/world/laugmentation-du-nombre-de-deces-dus-la-rougeole-exige-une-action-urgente-pour-sauver-des-vies>
- xx Unicef (2020). Note Conceptuelle - Projet d'engagement citoyen des jeunes pour la mise en place et l'animation des espaces communautaires multi-services (ECMS).