

Travail de fin d'études

Auteur : Ouedraogo, Jean-Marie

Promoteur(s) : Ozer, Pierre

Faculté : Faculté des Sciences

Diplôme : Master de spécialisation en gestion des risques et des catastrophes

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/13316>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

ULiège - Faculté des Sciences - Département des Sciences et Gestion de l'Environnement

UCLouvain - Faculté des bioingénieurs



**EVALUATION DE LA STRATEGIE DES CLINIQUES MOBILES EN
SITUATION D'URGENCE DANS LES REGIONS DU SAHEL ET DU
CENTRE NORD AU BURKINA FASO (2020-2021).**

OUEDRAOGO Jean-Marie

**MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE
MASTER DE SPECIALISATION EN GESTION DES RISQUES ET DES CATASTROPHES
ANNEE ACADEMIQUE [2020-2021]**

REDIGE SOUS LA DIRECTION DU DOCTEUR PIERRE OZER

COMITE DE LECTURE :

LECTEUR 1 : FLORENCE DELONGVILLE

LECTEUR 2 : ALINE THIRY

Copyright

Toute reproduction du présent document, par quelque procédé que ce soit, ne peut être réalisée qu'avec l'autorisation de l'auteur et de l'autorité académique* de l'Université de Liège et de l'Université Catholique de Louvain.

***L'autorité académique** est représentée par le(s) promoteur(s) membre(s) du personnel enseignant de l'Université de Liège et de l'Université Catholique de Louvain.

Le présent document n'engage que son auteur.

Auteur du présent document : OUEDRAOGO Jean-Marie
Adresse mail : palingwendo@yahoo.fr

DEDICACE

« Je dédie ce modeste travail à ma femme et mes deux enfants qui me comprennent et me soutiennent, à ma grand-mère, mes frères et sœurs, à mes amis. Aux populations du Burkina Faso meurtries sous le poids des attaques terroristes et qui espèrent un lendemain meilleur.

Qu'elles reçoivent à travers ces lignes le réconfort dont elles ont besoin ».

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de fin de ma formation en Gestion des Risques et des Catastrophes, qu'il me soit permis d'exprimer ma profonde gratitude à :

- ❖ l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) de la Wallonie Bruxelles pour la bourse d'étude qu'elle m'a accordée pour participer à cette formation ;
- ❖ aux responsables académiques des différentes institutions universitaires impliquées dans cette formation : le Campus Environnement d'Arlon et le Campus de Liège de l'Université de Liège ainsi que le Campus de Mons de l'Université Catholique de Louvain, pour avoir rendu possible l'organisation et le déroulement de cette formation au sein de leur structure respective malgré le contexte de Covid ;
- ❖ mon promoteur et coordonnateur du Master de spécialisation en Gestion des Risques et des Catastrophes (Ms GRC) de l'ULiège, Docteur Pierre OZER, pour ses orientations scientifiques et sa disponibilité constante et soutenue, malgré ses nombreuses charges et pour toute l'attention accordée à nos préoccupations au cours de notre séjour dans son institution ;
- ❖ à Mesdames les membres du comité de lecture
Recevez le témoignage de ma reconnaissance pour avoir accepté de juger mon travail en participant à mon jury de soutenance ;
- ❖ tous les enseignants qui n'ont ménagé aucun effort pour nous partager leurs connaissances et leurs expériences dans le domaines de gestion des risques et des catastrophes ;
- ❖ au Ministère de la santé du Burkina Faso à travers les directeurs régionaux de la santé du Sahel et du Centre Nord, pour avoir facilité la collecte des données nécessaires pour notre analyse ;
- ❖ tous les camarades de cette promotion 2020-2021 avec qui j'ai passé de très bons moments d'études ;
- ❖ tous ceux que je n'ai pas pu nommer et qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail ; qu'ils trouvent ici l'assurance de ma gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACF	: Action Contre la Faim
ASBC	: Agent de Santé à Base Communautaire
BF	: Burkina Faso
CISSE	: Centres d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CM	: Cliniques Mobiles
CONASUR	: Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation
CORUS	: Centre des Opérations de Réponse aux Urgences Sanitaires
COVID-19	: Coronavirus disease 2019
CPN	: Consultation Prénatale
CSSI	: Centre de Support en Santé Internationale
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
ECD	: Equipe Cadre de District
FS	: Formation Sanitaire
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information Education Communication
IED	: Improvised Explosive Device
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MCD	: Médecin Chef de District
MDME	: Médecins du Monde Espagne
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MS	: Ministère de la Santé
MSF	: Médecin Sans Frontière
ND	: Non Disponible
OCDE/CAD	: Organisation de coopération et de développement économiques
OCHA	: Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

OIM	: Organisation Internationale de la Migration
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organismes Non Gouvernementales
ONU	: Organisation des Nations Unies
OSC	: Organisation de la Société Civile
PAA	: Plan Annuel d'Action
PDI	: Populations Déplacées Internes
PEC	: Prise en Charge
PSA	: Poste de Santé Avancé
PTFs	: Partenaires Techniques et Financiers
PUI	: Première Urgence Internationale
SG	: Secrétaire Général
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
UA	: Union Africaine
UMS	: Unités Mobiles de Santé
VBG	: Violences Basées sur le Genre

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	5
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES PHOTO	11
RESUME	12
ABSTRACT	14
INTRODUCTION	16
PARTIE I :	19
CADRE THEORIQUE	19
CHAPITRE I. CONCEPTS ET DÉFINITIONS	20
1.1 Personne Déplacée Interne (PDI)	20
1.2. Cliniques mobiles	21
1.3. Les unités mobiles de santé	21
1.4. Formation sanitaire « fonctionnant à minima »	22
PARTIE II	23
CADRE ANALYTIQUE	23
CHAPITRE I. APPROCHE METHODOLOGIQUE	24
1. Cadre conceptuel de l'évaluation des cliniques mobiles	24
2. Méthodes d'évaluation	24
3. Choix des sites à visiter	25
4. Organisation et contraintes de la mission	27
5. Limites	27
6. Éthique et confidentialité	27
CHAPITRE II. CONSTATS ET COMMENTAIRES	28
A/Caractéristiques démographiques et sanitaires des districts sanitaires	28

B/Analyse des piliers du cadre conceptuel de l'évaluation des cliniques mobiles	29
3.1. Ressources financières	34
3.2. Ressources humaines	35
3.3. Offre de service : soins, consommables, logistiques	36
C/Portée des critères de l'évaluation.....	43
D/Points forts et points faibles de l'approche clinique mobile	47
CHAPITRE III. LEÇONS APPRISES ET CONCLUSIONS	49
6.1. Conclusions.....	49
6.2. Leçons apprises	49
CHAPITRE IV. RECOMMANDATIONS	51
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXE	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Enregistrement des personnes déplacées internes du Burkina Faso, CONASUR, 31 juillet 2021.....	18
Figure 2 : Carte sanitaire de la région du Sahel	26
Figure 3 : Carte sanitaire de la région du Centre Nord.....	26
Figure 4 : Organisation administrative et de l'offre de soin selon la pyramide sanitaire.....	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des districts sanitaires visités selon les caractéristiques ((cliniques mobiles (Intervention) mises en place))	28
Tableau 2 : Répartition des districts sanitaires selon les caractéristiques de l'intervention mise en place.....	28

LISTE DES PHOTO

Photo 1 : Séance de clinique mobile sur le site des PDI de Wendou dans le district sanitaire de Dori, mai 2020 (consultations adultes).....	39
Photo 2 : Séance de clinique mobile sur le site des PDI de Wendou dans le district sanitaire de Dori, mai 2020 (séance de vaccination des enfants de moins de cinq ans).....	40
Photo 3 : Dépôt pharmaceutique de la clinique mobile, site des PDI au secteur 6 de Kaya, région du Centre Nord, novembre 2020.....	41
Photo 4 : Séance de clinique mobile sur le site des PDI de Wendou dans le district sanitaire de Dori, mai 2020 (équipe médicale composée des agents du district sanitaire et des membres de l'ONG Médecins du Monde Espagne partenaire financier de l'activité)	41
Photo 5 : Equipe médicale de la clinique mobile embarquant dans une pirogue pour la stratégie dans un site des PDI dans la formation sanitaire de Kelbo, district de Djibo (site inaccessible en saison pluvieuse sans pirogue)	42

RESUME

Introduction : Au Burkina Faso, le système de santé au niveau national et régional est durement éprouvé face au terrorisme et aux conflits intercommunautaires qui viennent compliquer davantage une crise sanitaire structurelle déjà existante. Cette crise sanitaire structurelle est surtout liée aux barrières géographiques (distance entre le lieu d'habitation et une structure de santé), au manque de ressources humaines dans les structures sanitaires et le poids financier des soins pour une population en situation précaire. Le système de santé se trouve alors mis à rude épreuve pour assurer l'offre de soins déjà insuffisante et les cliniques mobiles entraînent dans l'idée de répondre aux besoins sanitaires de la population dans les zones à sécurité précaire et dans les localités abritant les personnes déplacées internes. Cette stratégie a été surtout développée dans les régions du Sahel et du Centre Nord. Ces deux régions connaissent beaucoup d'attaques terroristes avec plus de déplacements de populations et plus de formations sanitaires fermées ou fonctionnant à minima. A la date du 31 juillet 2021, on dénombrait 976 733 personnes déplacées internes (PDIs) au niveau des deux régions soit 71,39% de l'ensemble des PDIs au Burkina Faso [7] avec 57 FS fermées à la date de février 2021 selon le Ministère de la santé (Bulletin cluster santé, février 2021) [3].

Objectif : Evaluer la stratégie des cliniques mobiles en situation d'urgence dans les régions du Sahel et du Centre Nord du Burkina Faso.

Méthodologie : Une mission d'évaluation constituée de deux équipes s'est déroulée dans les districts sanitaires de Dori et de Djibo pour la région du Sahel et dans les districts sanitaires de Kaya, Barsalogho et Tougouri pour la région du Centre Nord. Nous avons réalisé des séances de travail et d'échanges avec les autorités sanitaires locales, le personnel de santé des cliniques mobiles et les usagers de ces services ainsi que des visites sur le terrain qui ont permis de constater le fonctionnement, de comprendre le déroulement des activités en cours de l'approche des cliniques mobiles dans les deux régions.

Constats et commentaires : D'une manière générale, la stratégie avancée a toujours existé au Burkina Faso dans le système classique. Cependant, le paquet d'activités fourni lors de ces sorties était essentiellement les activités de la vaccination, la planification familiale et de la nutrition ; l'offre de soins de santé primaires a été rajoutée pour répondre aux besoins actuels des populations en proie à l'insécurité.

De tous les districts sanitaires visités, l'absence complète de données concernant la stratégie des cliniques mobiles a été constatée. Aucune capitalisation quant aux activités cliniques mobiles déjà réalisées n'est faite. La plupart des responsables CISSE des différents districts nous disent que les données des cliniques mobiles sont directement intégrées dans les données ordinaires de la formation sanitaire où se déroule la stratégie. Il ressort également que le financement des cliniques mobiles reste entièrement dépendant des partenaires techniques et financiers. Dans les 5 districts sanitaires concernés par l'évaluation, il n'existe pas un personnel dédié à l'activité clinique mobile donc pas de processus formel de recrutement du personnel devant travailler dans les cliniques mobiles. L'analyse de l'efficacité de la stratégie des cliniques mobiles a permis d'identifier les facteurs qui influencent la décision de recourir ou

non aux cliniques mobiles. Cependant, pour que l'efficacité des cliniques mobiles puisse s'exprimer objectivement, il faudra renforcer le plateau technique, les capacités de supervision des acteurs animant les interventions à base communautaire et améliorer la composition de chaque équipe surtout en nombre pour la réalisation des activités.

Conclusion : Nous pensons qu'une bonne orientation de la stratégie des cliniques mobiles ainsi que l'implication effective de tous les acteurs de façon conjointe et permanente pourraient améliorer le système de santé dans ces zones en difficulté sur le plan sanitaire dû au contexte sécuritaire précaire.

Mots clés : Evaluation, cliniques mobiles, régions du Centre Nord et du Sahel, Burkina Faso année 2020-2021.

ABSTRACT

Introduction : In Burkina Faso, the health system at the national and regional level is severely tested in the face of terrorism and inter-community conflicts which further complicate an already existing structural health crisis. This structural health crisis is mainly linked to geographic barriers (distance between the place of residence and a health structure), the lack of human resources in health structures and the financial burden of care for a population in a precarious situation. The health system is then put to the test to ensure the already insufficient supply of care and the mobile clinics entered into the idea of meeting the health needs of the population in areas with precarious security and in localities housing people internally displaced persons. This strategy has been especially developed in the Sahel and Center-North regions. These two regions are experiencing a lot of terrorist attacks with more displacement of populations and more health facilities closed or operating at a minimum. As of July 31, 2021, there were 976,733 internally displaced persons (IDPs) in the two regions, i.e. 71.39% of all IDPs in Burkina Faso [7] with 57 FS closed as of February 2021 according to the Ministry of Health (Health cluster bulletin, February 2021) [3].

Objective : Evaluate the strategy of mobile clinics in emergency situations in the Sahel and Center-North regions of Burkina Faso.

Methodology : An assessment mission made up of two teams took place in the health districts of Dori and Djibo for the Sahel region and in the health districts of Kaya, Barsalogho and Tougouri for the North Center region. We carried out work and discussion sessions with the local health authorities, the health personnel of the mobile clinics and the users of these services as well as field visits which made it possible to observe the operation, to understand the progress of the procedures ongoing activities of the mobile clinic approach in the two regions.

Findings and comments : In general, the advanced strategy has always existed in Burkina Faso in the traditional system. However, the package of activities provided during these outings was essentially immunization, family planning and nutrition activities ; the provision of primary health care added to meet the current needs of populations prey to insecurity.

Of all the health districts visited, the complete absence of data concerning the strategy of mobile clinics was noted. No capitalization on the mobile clinical activities already carried out is made. Most of the CISSE officials from the different districts tell us that the data from the mobile clinics are directly integrated into the ordinary data of the health facility where the strategy is being carried out. It also emerges that the financing of mobile clinics remains entirely dependent on technical and financial partners. In the 5 health districts concerned by the evaluation, there is no staff dedicated to the mobile clinic activity, therefore no formal process for recruiting staff to work in the mobile clinics. The analysis of the effectiveness of the mobile clinic strategy made it possible to identify the factors that influence the decision whether or not to use mobile clinics. However, for the effectiveness of mobile clinics to be expressed objectively, it will be necessary to strengthen the technical platform, the supervisory capacities of the actors leading community-based interventions and improve the composition of each team, especially in number for carrying out the activities.

Conclusion : We believe that a good orientation of the mobile clinic strategy as well as the effective involvement of all stakeholders jointly and permanently could improve the health system in these areas in difficulty in terms of health due to the precarious security context.

Key words : Evaluation, mobile clinics, North Center and Sahel regions, Burkina Faso year 2020-2021.

INTRODUCTION

Le Burkina Faso est confronté à d'énormes difficultés qui limitent la couverture des besoins de santé de la population par le système de santé. En effet, on note une crise sanitaire structurelle des zones, liée aux barrières géographiques (distance entre le lieu d'habitation et une structure de santé), au manque de ressources humaines dans les structures sanitaires et le poids financier des soins pour une population en situation précaire. Les structures sanitaires sont inégalement réparties sur l'ensemble du pays, en particulier dans certaines régions dites rurales telles que les régions du Sahel et du Centre Nord. Selon les données officielles de l'annuaire statistique du Ministère de la santé de 2020, le rayon d'action moyen théorique en km (sans le privé) est de 6,2 au niveau national avec 9,7 km et 6,1 km respectivement dans les régions du Sahel et du Centre Nord ; le pays ne compte qu'un médecin, trois infirmier.s.es et deux sages-femmes pour 10 000 habitants. Selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un taux de couverture approprié en soins de santé primaires est d'au moins 23 professionnels de la santé (médecins, infirmier.s.es, sages-femmes) pour 10 000 habitants. À ce problème structurel vient se greffer une crise humanitaire sans précédent liée à une augmentation soudaine de la violence due aux attaques terroristes depuis 2015.

Durant l'année 2020, l'escalade de la violence a conduit à une forte dégradation de la situation humanitaire dépassant toutes les planifications et dans une certaine mesure les capacités de réponse. Selon le Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR), le nombre de personnes déplacées internes (PDI) du fait de la situation sécuritaire précaire dans beaucoup de zones est de 1 368 164 à la date du 31 juillet 2021 [7]. Plus de 90 % des PDI sont accueillies dans les communautés.

La détérioration de la situation sécuritaire sur l'ensemble du territoire national a occasionné une limitation d'accès aux services sociaux de base dont la santé avec une fermeture des formations sanitaires suite aux attaques et souvent la fuite des agents de santé par psychose abandonnant derrière eux les formations sanitaires. À la date du 28 février 2021, selon le rapport reçu du Ministère de la santé, 82 formations sanitaires (FS) étaient fermées dans les six régions affectées par l'insécurité dont 57 dans les seules régions du Sahel et du Centre Nord et 243 autres formations sanitaires fonctionnant partiellement privant plus de 846 566 personnes d'accès aux soins de santé primaires suite à ce dysfonctionnement. A cela s'ajoute les 178 formations sanitaires qui accueillent les PDIs dans leurs aires de santé respectives [16]. Cette situation affecte l'offre des soins de santé à tous les niveaux. Le système de santé reste à

l'épreuve pour assurer l'offre des soins de santé dans les zones à sécurité précaire et dans les localités abritant les personnes déplacées internes (Bulletin cluster santé février 2021) [3].

Avec 39 partenaires opérationnels (Organisations Non Gouvernementales (ONG), Observateurs), 4 bailleurs des fonds, 5 agences des Nations Unies sous le leadership du CORUS, les partenaires de la Santé continuent à répondre aux gaps critiques en proposant de nouvelles stratégies avec un paquet d'offre des soins de santé adapté aux régions affectées et en menant des plaidoyers pour des réponses multisectorielles partout où cela est possible [22] ; [23]. Parmi les stratégies mises en œuvre, nous pouvons noter la stratégie des cliniques mobiles. Selon le ministère de la santé (MS) et ses partenaires techniques et financiers, l'objectif général des cliniques mobiles devait initialement aboutir à améliorer la couverture sanitaire et l'accessibilité aux soins de santé (soins préventifs, curatifs et promotionnels).

Cette même stratégie expérimentée dans d'autres pays tels que le Tchad et le Niger a permis d'améliorer le nombre de personnes contact par an et d'améliorer de façon considérable certains indicateurs de performances dans les zones en proie à de crises humanitaires [11]. Cependant, aucune étude n'a pour le moment été menée au Burkina Faso dans le contexte actuel. Alors on pourrait se poser les questions suivantes : Quels sont les principaux acquis de ce programme des cliniques mobiles dans le contexte actuel au Burkina Faso plus particulièrement dans les régions du Sahel et du Centre Nord ? Le programme des cliniques mobiles a-t-il répondu aux besoins pour lesquels il a été mis en place ? Quelles en sont les limites ?

Afin de fournir un jugement basé sur des données probantes par rapport aux progrès accomplis, et de tirer des leçons apprises et d'autres éléments pouvant confirmer ou infirmer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des interventions conçues et mises en œuvre à travers l'approche des cliniques mobiles en situation d'urgence et aussi voir si l'approche renforce le système de santé ou pas, nous nous proposons cette étude d'évaluation en vue de générer suffisamment d'évidences pour éclairer les choix stratégiques.

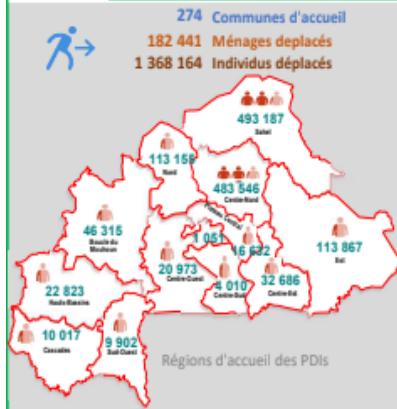


ENREGISTREMENT DES PERSONNES DEPLACÉES INTERNES DU BURKINA FASO

N°07/2021
31 juillet 2021



(Ce document est publié par le Secrétariat Permanent du CONASUR)



PDIs par région et par tranches d'âges

Régions	#Mge. PDI*		#Mge. PDI**		0-14 ans		15-64 ans		65 ans et plus		Total / Genre		Total PDIs
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	
Boucle du Mouhoun	1 438	5 888	10 540	11 351	12 074	11 376	484	491	23 097	23 218	46 315		
Cascades	291	2 061	2 641	2 710	2 474	2 012	104	76	5 219	4 798	10 017		
Centre	33	134	289	285	274	178	14	12	576	475	1 051		
Centre-Est	851	5 496	8 977	8 923	8 352	5 810	312	312	17 641	15 045	32 686		
Centre-Nord	8 986	55 514	132 767	131 179	126 027	81 948	6 246	5 379	265 039	218 507	483 546		
Centre-Ouest	651	3 496	5 759	5 690	5 466	3 554	271	233	11 496	9 477	20 973		
Centre-Sud	125	668	1 101	1 088	1 045	680	52	45	2 198	1 812	4 010		
Est	1 488	13 308	30 402	30 626	28 031	22 687	1 144	977	59 577	54 290	113 867		
Hauts-Bassins	1 115	3 689	6 046	6 155	5 685	4 398	309	230	12 039	10 784	22 823		
Nord	2 414	15 148	29 320	29 893	28 077	22 839	1 616	1 411	59 012	54 143	113 155		
Plateau Central	204	2 559	4 541	4 441	4 175	3 077	180	218	8 896	7 738	16 632		
Sahel	2 888	72 830	128 317	139 312	116 398	98 023	5 381	5 756	250 097	243 090	493 187		
Sud-Ouest	110	1 650	2 719	2 686	2 581	1 678	128	110	5 427	4 475	9 902		
	20 593	182 441	363 418	374 339	340 658	258 260	16 239	15 249	720 315	647 849	1 368 164		
	11%	54%			44%		2%	53%	47%				

Mge. PDI: Nombre de ménages vivant dans des familles d'accueil.

Mge. PDI: Nombre total de ménages enregistrés

Répartition des PDIs par région			
Regions	%	Regions	%
Sahel	36,0%	Centre-Ouest	1,5%
Centre-Nord	35,3%	Plateau-Central	1,2%
Est	8,3%	Cascades	0,7%
Nord	8,3%	Sud-Ouest	0,7%
Boucle du Mouhoun	3,4%	Centre-Sud	0,3%
Centre-Est	2,4%	Centre	0,1%
Hauts-Bassins	1,7%		



On note une augmentation du nombre de PDIs d'environ **4,10%** par rapport à la situation du 30/06/2021 (1 312 071 PDI). Cette nouvelle situation prend en compte les estimations de personnes déplacées au 31 juillet 2021 de certaines localités même couvertes par l'enregistrement électronique. De nouvelles versions de tableaux de bord sont en cours de conception afin de prendre en compte certaines préoccupations des acteurs. Pour répondre à vos requêtes de données, l'équipe du SP/CONASUR peut être saisie à : idps.data@conasur.gov.bf

CONSEIL NATIONAL DE SECOURS D'URGENCE ET DE REHABILITATION (CONASUR)
SECRÉTARIAT PERMANENT
Avenue de la Grande Mosquée, ZACA, 01 BP 515 Ouagadougou 01
Tel: +226 25330407 / e-mail: secretariat@conasur.gov.bf / www.conasur.gov.bf

Nos partenaires:



Food and Agriculture Organization of the United Nations



Figure 1 : Enregistrement des personnes déplacées internes du Burkina Faso, CONASUR, 31 juillet 2021.

Source : Bulletin d'information de la situation de l'enregistrement des PDI du Burkina Faso, juillet 2021.

PARTIE I :

CADRE THEORIQUE

CHAPITRE I. CONCEPTS ET DÉFINITIONS

1.1 Personne Déplacée Interne (PDI)

Les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI) sont définies comme « des personnes ou des groupes de personnes qui ont été contraints ou contraints de fuir ou de quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, en particulier à la suite ou pour éviter les effets d'un conflit armé, d'une situation de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou causées par l'homme et qui n'ont pas franchi une frontière d'État internationalement reconnue. » <http://www.un-documents.net/gpid.htm>.

Et selon la Convention de Kampala (2009), le « Déplacement interne » est défini comme étant « le mouvement, l'évacuation ou la réinstallation involontaires ou forcés des personnes ou groupes de personnes à l'intérieur des frontières internationalement reconnues d'un État. » <http://www.peaceau.org/uploads/convention-on-idps-fr> [6].

Y a-t-il une différence entre un « déplacé interne », un « migrant », un « réfugié » ?

Migrant : Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne « toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. » <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration> (OIM Glossary on Migration, édition 2019) [19].

Cette action de migrer peut-être volontaire ou forcée, interne ou transfrontalière, de courte ou longue durée. Lorsque l'action de migrer est forcée, nous parlerons de migration forcée qui est, selon l'OIM, « un mouvement migratoire qui, bien que les moteurs puissent être divers, implique la force, la contrainte ou la coercition » [19].

Donc, si le mouvement est fait d'une zone vers une autre, à l'intérieur de son pays et sous contraintes (sociales, politiques, économiques, environnementales et / ou démographiques), le migrant dans ce cas, est assimilable à une **Personne déplacée interne**. Autrement dit, toute personne déplacée interne est un migrant ; cependant, la réciproque n'est pas avérée.

Réfugié (Convention de 1951) : Personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du

fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. *Source* : adapté de la convention relative au statut des réfugiés ((adoptée le 28 juillet 1951, entrée en vigueur le 22 avril 1954), Recueil de Traités des Nations Unies, vol. 189, p. 137) article premier, A 2) [27].

Le terme "réfugié", s'applique également à toute personne qui, du fait d'une agression, d'une occupation extérieure, d'une domination étrangère ou d'événements troublant gravement l'ordre public dans une partie ou dans la totalité de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité, est obligée de quitter sa résidence habituelle pour chercher refuge dans un autre endroit à l'extérieur de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité ([CONVENTION DE L'OUA REGISSANT LES ASPECTS PROPRES AUX PROBLEMES DES REFUGIES EN AFRIQUE, Addis Abeba, en Ethiopie, p. 2](#)) [6].

1.2. Cliniques mobiles

Les cliniques mobiles : c'est une stratégie qui permet de donner aux gens qui vivent dans les communautés insuffisamment desservies pour cause d'insécurité, de distances, un meilleur accès à des services de santé locaux, sur place.

Les cliniques mobiles « CM » : sont l'une de modalité préconisée pour améliorer la couverture sanitaire et augmenter l'accessibilité aux soins avec un système d'itinérance par point de contact. Elles sont développées à partir d'une formation sanitaire fixe de soins de santé de base et s'adressent à la population située en dehors de l'aire d'influence et ayant des difficultés d'utilisation des services qu'offre le centre de santé. La clinique mobile est une extension du centre de santé qui se déplace de manière régulière et épisodique au moins 2 passages par mois et couvre donc des localités au-delà de 5 Km si la barrière géographique est difficile ou si l'agglomération est importante ou s'il y a des problèmes sanitaires nécessitant des interventions de proximité ([Source : Les cliniques mobiles, une réponse adaptée aux situations d'urgence ; Manuel d'urgence MSF 2014](#)) [4].

1.3. Les unités mobiles de santé

Les unités mobiles de santé « UMS » : s'inscrivent dans une stratégie d'offre de soins épisodique et doivent rester une stratégie d'exception, envisageable sur une période courte ou de transition en attendant la réouverture d'une structure fixe de santé ou l'accès à cette structure. Elles ont une présence intermittente sur le terrain. Les Unités mobiles de santé se consacrent

aux pathologies graves à développement lent et aux activités de promotion de la santé et de prévention. Les unités mobiles de santé ont pour but d'offrir un accès fiable aux soins primaires pour les personnes vivant dans les petites collectivités où les services sont insuffisants (Source : Approche méthodologique, Les unités mobiles de santé ; CICR, mai 2006) [2].

1.4. Formation sanitaire « fonctionnant à minima »

D'après la définition du MS, « *une formation sanitaire fonctionne à minima lorsqu'elle ne peut plus assurer certains services tels que la garde couchée et les sorties en stratégies avancées pour la vaccination, la nutrition, les campagnes PF, etc.* »

Il faut noter que dans ces deux régions beaucoup de formations sanitaires fonctionnent actuellement sous ce nouveau format avec un paquet minimum d'activités encore plus réduit. Les services sont assurés de 8 h à 14 h ou 15 h selon les localités avec le strict minimum (nombre de personnel réduit, pas de consultations prénatales (CPN), de vaccination ni de suivi de la malnutrition tous les jours).

PARTIE II.

CADRE ANALYTIQUE

CHAPITRE I. APPROCHE METHODOLOGIQUE

1. Cadre conceptuel de l'évaluation des cliniques mobiles

Pour mieux atteindre les objectifs, il est utilisé l'approche qui va analyser les facteurs de performance et de contrainte au niveau de l'approche cliniques mobiles et cela en fonction des objectifs, des résultats et indicateurs relativement en lien avec les dimensions suivantes : contexte, gouvernance et coordination, ressources (humaines, financières, offre de service), gestion des informations sanitaires. En effet, l'approche clinique mobile au niveau opérationnel est mise en œuvre comme un ensemble d'activités qui doivent être en principe rationnellement organisées en vue d'améliorer les indicateurs clés de santé et renforcer le système de santé ; c'est ce qui justifie notre choix.

L'objet de notre étude était de déterminer de façon spécifique les effets et l'impact de l'approche clinique mobile, mais par manque de données pertinentes, fiables des cliniques mobiles au niveau des différents districts sanitaires visités, nous nous sommes limités aux critères d'évaluation du système de santé de l'OCDE/CAD [8]. Et compte tenu d'informations disponibles, les critères utilisés sont donc : la pertinence - conception, l'efficacité, l'efficience, la pérennité, durabilité, la cohérence et la couverture.

2. Méthodes d'évaluation

La mission d'évaluation constituée de deux équipes s'est déroulée dans les districts sanitaires de Dori et de Djibo pour la région du Sahel et dans les districts sanitaires de Kaya, Barsalogho et Tougouri pour la région du Centre Nord. Les équipes d'évaluation étaient composées de deux médecins généralistes. La rencontre avec plusieurs acteurs du secteur sanitaire notamment les Directions Régionales de Santé (DRS), les médecins chefs de district (MCD), les responsables CISSE, les pharmaciens des districts, les médecins responsables des cliniques mobiles etc., lors de plusieurs séances de travail et d'échanges a permis une bonne compréhension de l'origine et du déroulement de l'approche des cliniques mobiles dans les deux régions. Elle s'est accompagnée de visites sur le terrain qui ont permis de constater le fonctionnement, de comprendre le déroulement des activités en cours et les perspectives à venir. Deux méthodes ont été utilisées pour les besoins de l'étude :

- Une méthode qualitative (i) revue de la littérature ; (ii) les entretiens individuels ou de focus group ; (iii) les observations sur terrain,

- Une méthode quantitative : récoltes de données SNIS et analyse des données. Malheureusement à ce niveau, nous avons été confronté à une absence de données spécifiques aux cliniques mobiles au niveau des responsables CISSE des différents districts sanitaires. Nous nous sommes approché à certaines ONG mettant en œuvre la stratégie mais les données reçues sont aussi incomplètes et nous jugeons que ces données uniques ne peuvent pas être analysées sans une confrontation avec celles des districts pour se rassurer de la fiabilité des données.

3. Choix des sites à visiter

Le choix des deux régions, comme zone d'étude, a été motivé par le fait que ce sont les deux zones qui connaissent plus d'attaques terroristes avec plus de déplacements de populations et plus de formations sanitaires fermées ou fonctionnant à minima au Burkina Faso. A la date du 31 juillet 2021, on dénombrait 976 733 PDIs au niveau des deux régions soit 71,39% de l'ensemble des PDIs au Burkina Faso [7] avec 57 FS fermées à la date de février 2021 selon le Ministère de la santé (Bulletin cluster santé, février 2021) [3]. Aussi, ce sont les zones dans lesquelles la stratégie de cliniques mobiles est beaucoup plus développée par différents partenaires techniques et financiers et ce, beaucoup plus régulièrement. Ce qui a permis aux équipes d'évaluation de pouvoir mieux s'imprégner du déroulement et aussi d'administrer le questionnaire en focus group avec les bénéficiaires. Les entretiens ont été menés sur la base de guides d'entretien et questionnaires spécifiques à chaque catégorie de personnel. Les trames des questionnaires sont présentées en annexe 1.

Pour les entretiens menés au sein de la communauté (focus group), les questions ont été posées en français et traduites dans la langue locale par les relais communautaires ou agents de santé et les réponses immédiatement traduites en français. Nous avons préféré les entretiens en focus group au niveau de la communauté car c'est une technique qui permet d'explorer et de stimuler différents points de vue. Elle a favorisé l'expression et la discussion d'opinions controversées sur les perceptions de la stratégie des cliniques mobiles dans la zone.

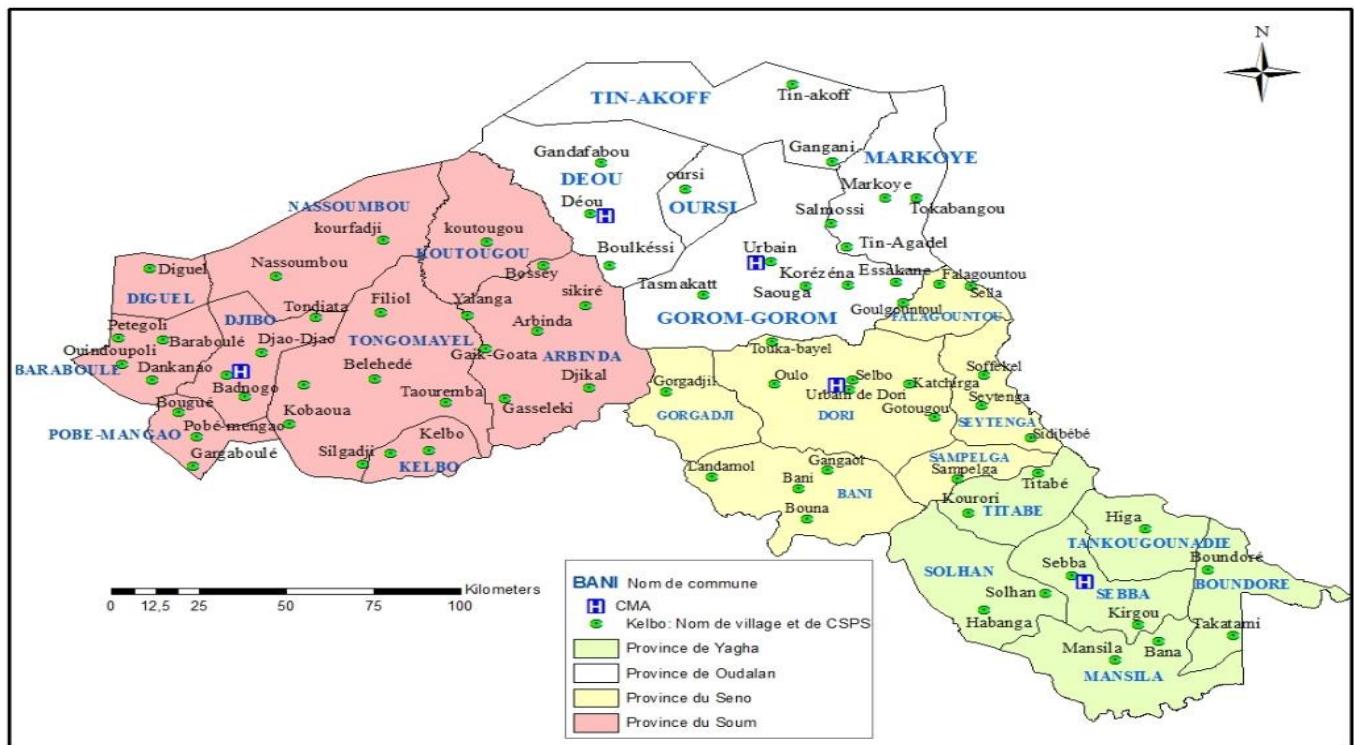


Figure 2 : Carte sanitaire de la région du Sahel

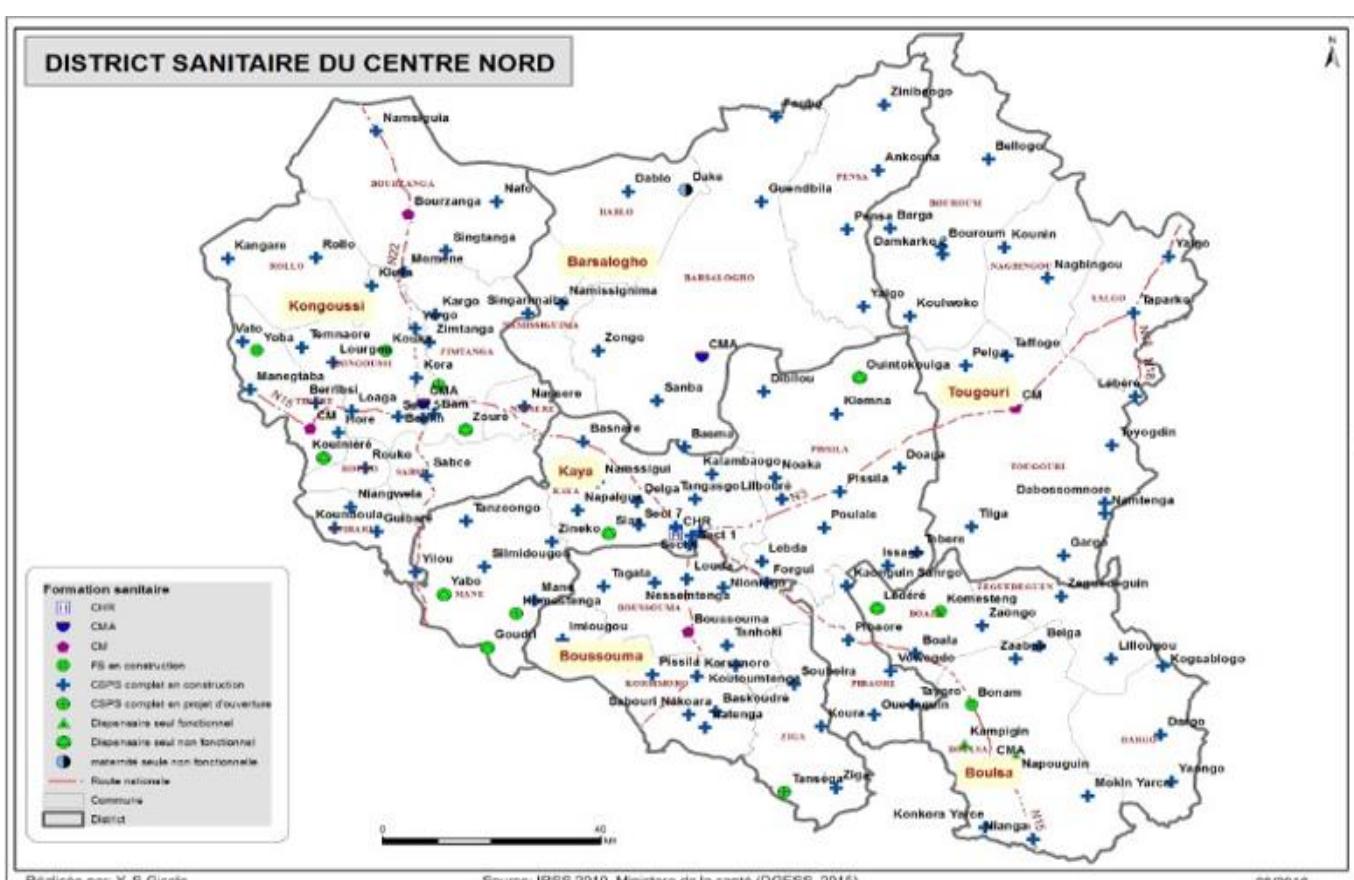


Figure 3 : Carte sanitaire de la région du Centre Nord

4. Organisation et contraintes de la mission

La mission sur le terrain effectuée dans le cadre de cette évaluation a duré une semaine par région, du 06 au 11 juin 2021, puis d'autres données ont été complétées par la suite par appel téléphonique. Dans chaque district sanitaire visité, les équipes d'évaluation ont rencontré l'équipe cadre du district sanitaire pour collecter des informations générales sur l'organisation des cliniques mobiles.

5. Limites

Les limites de l'analyse étaient essentiellement liées à l'absence de données pour évaluer les effets et l'impact de l'approche. Aussi, l'absence d'un document de référence sur le programme propre aux cliniques mobiles au niveau régional, au niveau des districts sanitaires et même au niveau des partenaires techniques et financiers (PTFs) a rendu difficile l'évaluation des écarts entre ce qui était initialement prévu et les réalisations.

Aussi, nous avons été confronté à un manque de revue documentaire car peu de travaux ont été effectués sur l'évaluation des cliniques mobiles dans d'autres pays.

6. Éthique et confidentialité

Les équipes d'évaluation ont respecté tous les engagements en matière d'éthique et de confidentialité conformément au « code de conduite éthique pour l'évaluation ». Ainsi toutes les personnes interviewées ont été préalablement informées du processus des objectifs visés par l'évaluation et ont donné leur consentement. Aussi, une garantie de confidentialité des réponses fournies a été donnée à chaque participant avant le début de l'interview ou groupe de discussion. De même, les aspects de sensibilités culturelles ont été pris en compte lors des visites aussi bien dans les districts sanitaires que chez les partenaires de mise en œuvre de l'approche.

CHAPITRE II. CONSTATS ET COMMENTAIRES

A/Caractéristiques démographiques et sanitaires des districts sanitaires

I. Caractéristiques des districts sanitaires visités et des cliniques mobiles (Intervention) mise en place

Tableau 1 : Répartition des districts sanitaires visités selon les caractéristiques cliniques mobiles (Intervention) mises en place. Beaucoup de données étaient non disponibles (ND).

Districts Sanitaires	Population	Nombre de FS	Nombre de FS fonctionnelles	Nombre de FS appuyées	Nombre des villages appuyés	Nombre d'équipes ou des cliniques	Nombre de sortie réalisées
Dori	397 198	39	34	ND	ND	ND	ND
Djibo	532 121	49	31	ND	ND	ND	ND
Tougouri	262 557	25	24	2	4	2	ND
Kaya	444 307	43	39	5	16	05	ND
Barsalogho	215 836	15	12	ND	ND	ND	ND

II. Caractéristiques de l'intervention mise en place

Tableau 2 : Répartition des districts sanitaires selon les caractéristiques de l'intervention mise en place.

District Sanitaire	Cibles	Cibles touchées	Durée de l'intervention clinique mobile	Nombre des supervisions réalisées	Nombre de rapports mensuels reçus
Dori	ND	ND	ND	ND	ND
Djibo	ND	ND	ND	ND	ND
Tougouri	ND	ND	ND	ND	ND
Kaya	202766	130983	ND	ND	06
Barsalogho	ND	ND	ND	ND	ND

De tous les districts sanitaires visités, l'absence complète de données concernant la stratégie des cliniques mobiles a été constatée. Aucune capitalisation quant aux activités cliniques mobiles déjà réalisées n'est faite. La plupart des responsables CISSE des différents districts disent que les données des cliniques mobiles sont directement intégrées dans les données ordinaires de la formation sanitaire où se déroule la stratégie.

En principe, les données des cliniques mobiles devraient être reversées dans les CSPS d'origine pour consolidation, puis ensuite transmises aux différents responsables CISSE des districts avec les autres données de la FS mais avec la mention spéciale « données des cliniques mobiles » qui, mensuellement, les envoient à la direction régionale. Malheureusement, ce n'est pas le cas d'où la difficulté rencontrée lors de notre revue documentaire. Il n'y a pas d'outil de recueil des données des cliniques mobiles élaboré de façon spécifique par les districts, et également, les personnels des cliniques mobiles ne sont pas formés sur le système de collecte et d'analyse des données du système national d'information sanitaire (SNIS) en vigueur. Chaque ONG de mise en œuvre a son canevas propre à elle ou souvent consulte directement dans les registres de consultations ordinaires de la formation sanitaire. Cela ne permet pas une bonne capitalisation des informations propres aux cliniques mobiles ; ce qui rend le système d'information des cliniques mobiles moins performant ne permettant donc pas de juger les effets des cliniques mobiles sur l'accès aux services de santé en tenant compte de la couverture sanitaire et de la prise en charge de nouveaux patients.

Notre constat corrobore avec le constat fait au Niger par le Dr Albert Tshuila Lubanga sur l'évaluation des effets et de l'impact de l'approche clinique mobile dans la région de Diffa [11]. Selon Docteur Albert T, le système d'information des cliniques mobiles dans la région de Diffa est loin d'être performant car « *les personnels des cliniques mobiles n'ont pas reçu de formation ou de mise à niveau sur les outils de recueil de données, sur le remplissage des documents, et ne comprennent pas l'importance de ce travail et de l'analyse qui en est faite* ». Aussi, il a noté l'inexistence même d'outil de collecte spécifique aux cliniques mobiles dans la zone où se menait la stratégie.

B/Analyse des piliers du cadre conceptuel de l'évaluation des cliniques mobiles

Pilier 1 : Contexte, concept et choix de l'approche clinique mobile dans les régions du Sahel et du Centre Nord.

D'une manière générale, la stratégie avancée a toujours existé au Burkina Faso dans le système classique. Cependant, le paquet d'activités fourni lors de ces sorties était essentiellement les activités de la vaccination, la planification familiale et de la nutrition. L'offre en soins de santé primaires en stratégie avancée n'était plus en vigueur au Burkina il y a de cela plusieurs années.

La décision donc de mettre en place l'approche des cliniques mobiles dans les deux régions suscitées est motivée par la situation sécuritaire devenue très précaire depuis janvier 2015 [26]. Non seulement, les contraintes sécuritaires ont entraîné l'interdiction d'utilisation des motos comme moyen de mobilité, avec comme conséquence l'impossibilité des agents de santé d'assurer les activités foraines sanitaires, mais également bon nombre de formations sanitaires se sont vues obliger de fermer leurs portes sous le coup de menaces terroristes. A la date du 31 juillet 2021, les deux régions regorgeaient environ 976 733 PDI soit 71,39% de la population déplacée interne totale au Burkina Faso depuis le début des déplacements de populations [7].

Cette situation a accentué une crise sanitaire structurelle des zones, liée aux barrières géographiques (distance entre le lieu d'habitation et une structure de santé), au manque de ressources humaines dans les structures sanitaires et le poids financier des soins pour une population en situation précaire. Notons qu'au Sahel, on avait au total 134 formations sanitaires fonctionnelles avant l'avènement de la crise sécuritaire pour 726 villages avec un rayon d'action moyen théorique (RAMT) de 9,7 km. A la date du 10 août 2020, la région du Sahel comptait 55 FS fermées et 68 fonctionnant à minima (voir annexe 6). Au niveau du Centre Nord, on dénombre au total 177 FS pour 986 villages administratifs, mais à la date du 8 août 2020 il n'y avait que 137 FS fonctionnelles avec un RAMT de 6,1 km. L'analyse de la problématique d'accès aux soins, de la situation sécuritaire et des conditions sanitaires chaotiques a poussé plusieurs Organisations Non Gouvernementales (ONG) et Organismes du Système des Nations Unies (UN) à soutenir le système de santé en place pour la mise en œuvre de la stratégie des cliniques mobiles partout où il y a l'insécurité au Burkina et plus particulièrement dans les régions du Sahel et du Centre Nord, notre zone d'étude. A la révision du plan de réponse humanitaire en juillet 2020, tous les partenaires techniques et financiers se sont mis d'accord sur le renforcement de la stratégie. L'une des priorités de ce plan était de « *mettre en place des cliniques mobiles dans les zones difficiles d'accès rapportant une fermeture des structures sanitaires. Les cliniques mobiles seront une option pour permettre de la disponibilité des services de soins aux populations isolées, déplacées/ hôtes ou restées dans les foyers de conflit bien que difficile d'accès* » (Plan de réponse humanitaire, OCHA juillet 2020, Burkina Faso) [18]. On pourrait également retenir le propos de Philippe PILLON, chef de mission PUI Burkina Faso sur la stratégie des cliniques mobiles, « *Le système de santé au Burkina Faso est mis à rude épreuve avec la crise, et les populations affectées ont vu leur accès aux soins diminuer voire disparaître sur certaines zones. De cette situation la population n'est en mesure de se soigner correctement, voyant ainsi son état de santé et sa résilience aux maladies se dégrader. Il est donc nécessaire d'apporter un appui au système de santé pour être en capacité d'aborder l'afflux de besoins, tout en comblant les gaps par des réponses*

d'urgence (cliniques mobiles par exemple) ». Et dès septembre 2020, les sorties en cliniques mobiles se sont renforcées au niveau de tous les partenaires appuyant la mise en œuvre de la stratégie. Des données que nous avons pu collecter auprès de certains partenaires et à travers le bulletin d'information du cluster santé au niveau national, on pourrait noter les réalisations en cliniques mobiles suivantes :

- Pour le consortium ALIMA/KEOOGO/SOS MEDECINS BF : 6 279 consultations curatives ;
- Marie Stopes Burkina Faso : Les prestataires des MS BF ont réalisé au travers les équipe Mobile et MS Ladies/Men) : des sensibilisations sur les sites PDI (COVID-19, hygiène corporelle, PF et discrètement sur les VBG) ; des dépistages des Infections sexuellement transmissibles (IST) et leurs prises en charge ; Prestations gratuites des Méthodes contraceptives ; le dépistage discret des violences basées sur le genre. Au total 1 216 clientes ont été touché dont 285 clientes pour la planification familiale et 10 clientes ayant des IST.
- MDM-E : 72 sorties en cliniques mobiles avec 12 283 personnes touchées.
- Médecins Sans Frontières – Suisse : 6 578 personnes touchées majoritairement des enfants.
- Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) : 4 823 personnes touchées
- ACF : 36 sorties en cliniques mobiles au Centre Nord.

Cependant, le constat fait lors de notre enquête montre qu'il s'agit davantage du système des unités mobiles de santé (UMS) que des cliniques mobiles que les différentes organisations sont en train de mettre en œuvre dans notre zone d'étude vue le mécanisme mis en place par chaque partenaire, leur mode opératoire et leurs interactions. Il est constaté que chaque partenaire de mise en œuvre agit indépendamment en privilégiant ses priorités, fonctionne avec des activités et un financement qui sont ponctuels et occasionnels.

Le même constat a été fait par le Docteur Albert T. dans l'évaluation de la stratégie des cliniques mobiles dans la région de Diffa en mai 2018 [11]. Pour lui, « *au regard de l'organisation avec chaque partenaire agissant indépendamment en privilégiant ses priorités, du fonctionnement avec les activités qui sont ponctuelles, du financement qui est ponctuel et occasionnel, il s'agit davantage du système des Unités mobiles de santé que des cliniques mobiles* ». Il y a donc une confusion entre « *les unités mobiles de santé* » et « *les cliniques mobiles* ».

Les unités mobiles de santé « UMS » : s'inscrivent dans une stratégie d'offre de soins épisodique et doivent rester une stratégie d'exception, envisageable sur une période courte ou de transition en attendant la réouverture d'une structure fixe de santé ou l'accès à cette structure. Elles ont une présence intermittente sur le terrain. Les Unités mobiles de santé se consacrent aux pathologies graves à développement lent et aux activités de promotion de la santé et de prévention. Les unités mobiles de santé ont pour but d'offrir un accès fiable aux soins primaires pour les personnes vivant dans les petites collectivités où les services sont insuffisants (Source : Approche méthodologique, Les unités mobiles de santé ; CICR, mai 2006)

Les cliniques mobiles « CM » : sont l'une de modalité préconisée pour améliorer la couverture sanitaire et augmenter l'accessibilité aux soins avec un système d'itinérance par point de contact. Elles sont développées à partir d'une formation sanitaire fixe de soins de santé de base et s'adressent à la population située en dehors de l'aire d'influence et ayant des difficultés d'utilisation des services qu'offre le centre de santé. La clinique mobile est une extension du centre de santé qui se déplace de manière régulière et épisodique au moins 2 passages par mois et couvre donc des localités au-delà de 5 Km si la barrière géographique est difficile ou si l'agglomération est importante ou s'il y a des problèmes sanitaires nécessitant des interventions de proximité (Source : Les cliniques mobiles, une réponse adaptée aux situations d'urgence ; Manuel d'urgence MSF 2014)

Pilier 2 : Gouvernance et coordination de l'approche cliniques mobiles dans les régions du Sahel et du Centre Nord

La gouvernance et la coordination dépendent du niveau administratif dans la pyramide sanitaire. Cette responsabilité se repartie ainsi [17] :

- au niveau national : il est composé des structures centrales organisées autour de deux grandes entités que sont le cabinet du ministre et le secrétariat général. La composition de ces entités varie d'un organigramme à un autre. A titre d'exemple, le ministère de la santé a connu trois organigrammes entre 2014-2018. Le niveau central est chargé de l'élaboration des politiques nationales de santé, de la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances en santé.
- au niveau intermédiaire : organisé au tour de 13 régions sanitaires avec pour entité administrative la direction régionale de la santé (DRS). La région sanitaire est la structure

déconcentrée chargée de la coordination, de la supervision et de l'encadrement technique des activités mises en œuvre au niveau district sanitaire en conformité avec les orientations stratégiques définies par la politique nationale de santé. La direction régionale est dirigée par un directeur régional autour d'une équipe (fixe) composée d'un responsable de la lutte contre la maladie et de la protection des 24 groupes spécifiques, d'un gestionnaire des ressources humaines, d'un service administratif et financier, d'un service de promotion de la santé, d'un secrétariat et d'un service de la pharmacie du laboratoire et de la médecine traditionnelle.

– au niveau périphérique : le niveau périphérique était constitué de 70 districts sanitaires jusqu'en février 2018. Le nouvel organigramme de février a consacré la naissance des direction provinciales (46 au total à partir de 2020) comme niveau d'organisation de ce niveau périphérique. Chaque district est dirigé par une équipe cadre de district (ECD) de 9 personnes : un médecin-chef de district, un médecin chargé des activités cliniques et de la qualité des soins, un responsable à la planification, un responsable administratif et financier, un pharmacien, un responsable de la santé de la reproduction, un responsable à l'hygiène et à l'assainissement, un responsable du centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique, et un responsable au programme élargi de vaccination. Une direction régionale couvre une ou plusieurs directions provinciales.

La coordination et la gouvernance de l'approche cliniques mobiles dans sa mise en œuvre, restent insuffisantes avec une absence notoire de leadership au niveau régional et au niveau des districts sanitaires.

En effet, il est constaté l'inexistence d'un document décrivant les modalités de la mise en œuvre du programme. Le même constat est fait par le Docteur Albert T. au Niger dans la région de Diffa en mai 2018 [11]. La fonction de gouvernance des cliniques mobiles implique que les activités mises en œuvre soient basées sur la politique de santé spécifique et un plan opérationnel clairement définis et connus de tous les acteurs, et dont l'élaboration et l'évaluation sont réalisées sur une base participative. Elle suppose également que les mécanismes de coordination des interventions des différents acteurs, soient formellement identifiés. Aussi, il est à noter qu'au niveau des plans d'action annuels des districts, les activités des cliniques mobiles ne sont pas clairement détaillées ni budgétisées. Ainsi, les cliniques mobiles (ou unités mobiles) dans son format actuel sont des activités ponctuelles, sans aucune incidence sur la couverture sanitaire ou sur l'accessibilité, et donc sans impact sur le renforcement du système de santé. La preuve est que sur les cinq districts sanitaires interrogés, aucun ne disposait des données statistiques ni de rapports de supervisions ou de concertations concernant les cliniques mobiles.

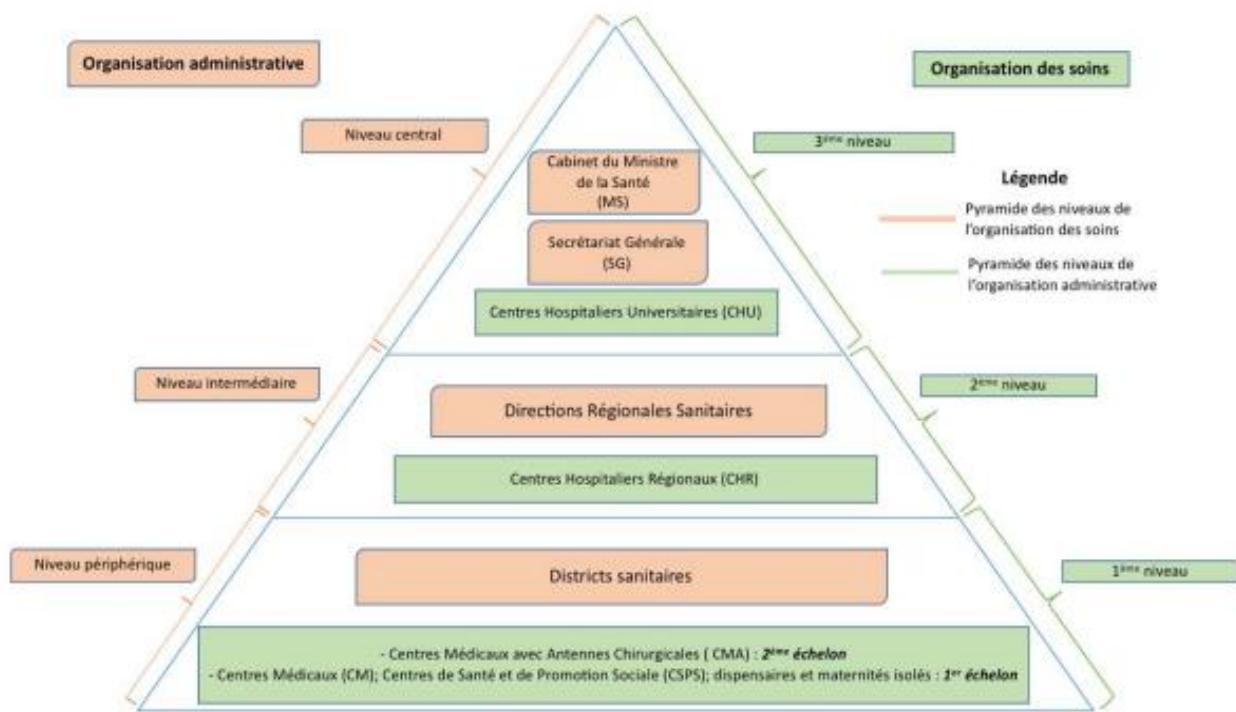


Figure 4 : Organisation administrative et de l'offre de soin selon la pyramide sanitaire
 Source : Internet, Pyramide sanitaire_Burkina Faso

Pilier 3 : Ressources

3.1. Ressources financières

De notre enquête, il ressort que le financement des cliniques mobiles reste entièrement dépendant des partenaires techniques et financiers comme le soulignent les propos du médecin chef de district (MCD) de Barsalogho : « *Ce sont les ONG qui financent l'entièreté des cliniques mobiles dans notre zone. Elles nous font recruter du personnel pour les cliniques mobiles qui est payé mensuellement par elles ; elles fournissent les moyens logistiques, les médicaments et consommables médico-techniques* ». La viabilité financière des cliniques mobiles se pose donc dès lors que les districts sanitaires ne peuvent pas assurer à moyen et long terme, la prise en charge du personnel, des consommables et de la logistique. L'intégration de l'approche clinique mobile dans le plan d'action annuel de certains districts sanitaires est une action importante mais insuffisante pour la recherche du financement stable de ces activités [21]. Aussi, dans la plupart des districts sanitaires visités, il ressort que les ONG font des cliniques mobiles en substitution totale. Même si ceci montre l'intérêt que les PTFs portent à l'approche des cliniques, elle n'est cependant pas de caractère à créer une bonne gestion financière. Chaque partenaire gère son budget et fait de la gratuité de la consultation jusqu'à la prise en charge des ordonnances

médicales. Cette manière de faire est critiquée par la plupart des MCD interviewés qui trouvent que non seulement ce mode de financement ne permet pas une bonne planification des activités des cliniques mobiles au niveau de leur PAA, mais également si la gratuité des soins opérée par les ONG lors de ces cliniques mobiles n'est pas correctement encadrée, elle peut déstabiliser fortement le fonctionnement d'une structure de santé, et créer à terme, une dépendance négative du système de santé. En effet, de l'analyse du circuit du financement des cliniques mobiles, il est remarqué que les ressources ne sont pas affectées aux districts sanitaires par les PTFs, chaque partenaire ayant son propre agenda et ses propres priorités. Cette situation est décrite par le propos suivant du MCD de Barsalogho : « *En matière de fonds, nous, nous sommes des exécutants car tout est géré par chaque partenaire. Nous ne connaissons pas la somme allouée aux activités de cliniques mobiles, mais faisons seulement le suivi pour qu'il n'y ait pas de plaintes du côté de nos agents pour leur rémunération* ». Pourtant, nous pensons qu'une bonne coordination et une programmation commune sont nécessaires pour l'optimisation, l'efficience et l'efficacité des cliniques mobiles dans les districts d'intervention. Aussi, si le financement des partenaires passait par les districts sanitaires, cela permettrait une bonne planification financière et une bonne exécution du programme. Certains responsables d'ONG affirment également que « *il n'y a pas de budget alloué aux cliniques mobiles de façon annuelle proprement dit mais le budget est confondu pour la plupart dans le budget Réponse aux urgences sanitaires et voté en fonction du besoin et de la limite de la disponibilité* ».

3.2. Ressources humaines

Dans ce type d'approche transverse, les ressources humaines représentent la ressource la plus précieuse pour la réussite du programme. A ce titre, il faut viser à disposer d'un personnel qualifié et motivé. Nous nous sommes donc intéressé à la composition des équipes des cliniques mobiles, la gestion des équipes, les modalités de rémunération (incitations) et la planification des activités.

Dans les 5 districts sanitaires concernés par l'évaluation, il n'existe pas un personnel dédié à l'activité clinique mobile donc pas de processus formel de recrutement du personnel devant travailler dans les cliniques mobiles. La plupart des cas, ce sont les agents de la formation sanitaire dans laquelle l'activité va se dérouler plus le personnel de l'ONG qui finance l'activité qui forment l'équipe de la clinique mobile. Nous avons pu échanger avec les équipes cadres de district et certains responsables d'ONG sur les profils ou cahiers de charge du personnel intervenant dans les cliniques mobiles, mais il ressort qu'il n'existe pas de profil de poste à cet

effet. Tout agent de santé de la formation sanitaire qui accueille l'activité disponible le jour de la sortie est mis en contribution. Ce qui signifie que non seulement le personnel de la clinique mobile ne reçoit en amont, aucune formation spécifique ou mise à niveau en rapport avec l'activité des équipes des cliniques mobiles, mais également que les sorties ne peuvent pas être programmées plusieurs fois dans le mois car elles se heurteraient à l'indisponibilité des agents qui doivent également exécuter d'autres programmes de la formation sanitaire. Il est donc difficile d'atteindre la performance avec de tels agents qui sont souvent soit indisponibles, ou moins performants ou encore démotivés. Cette situation est décrite par le propos suivant du MCD de Kaya : « *malgré notre bonne volonté d'organiser plus de sorties cliniques mobiles, il nous est difficile car dans certaines formations sanitaires nous n'avons pas plus de trois à quatre agents de santé pour tout le paquet minimum d'activités au niveau CSPS. Donc comme ce sont les mêmes agents qui doivent également organiser les cliniques mobiles, si nous programmons plus, cela risquerait de piétiner sur le programme des autres activités de la FS* ».

Également, il est noté une absence ou insuffisamment de supervisions terrain des cliniques mobiles par les différents responsables sanitaires. Cela se confirme car de notre revue documentaire, aucun rapport de supervision n'a été retrouvé. Ceci dénote un peu la démotivation de certains agents et surtout de certaines ONG dont les responsables qualifient la stratégie comme étant une « *affaire des ONG seulement* ». Pour ces derniers, ils ne notent pas un réel engagement de certaines autorités sanitaires. Certains responsables approchés ont même eu à dire que « *souvent pour avoir une simple programmation des sorties des cliniques mobiles avec le district, il faut batailler dur* ». Donc pour eux, cela témoigne de l'absence d'une réelle implication de la part de ces autorités sanitaires.

3.3. Offre de service : soins, consommables, logistiques

L'analyse de l'offre de service a concerné un certain nombre de critères clés tels que : l'organisation, la prestation et l'utilisation des services, la qualité des soins de santé, la disponibilité-régularité, l'accès ainsi que la question de la disponibilité des médicaments et la participation non seulement de la communauté mais également des responsables sanitaires des zones dans la prestation de services de santé.

Même si chaque ONG privilégie ses priorités, il est noté toutefois qu'elles fournissent toutes le même paquet minimum d'activités : services curatifs, préventifs, éducatifs et promotionnels (voir annexe 2) et disposent en leur sein d'un personnel de santé qualifié.

Cependant, les relais communautaires qui sont chargés de la mobilisation de la population lors des passages des équipes mobiles, dans la plupart des cas, ne sont pas formés sur les messages clés de l'approche clinique mobile à faire passer. Et cela a été beaucoup mentionné lors de nos entretiens en focus group avec la communauté. Selon un groupe de femmes interviewé, il ressort ce qui suit : « *très souvent c'est de bouche à oreille qu'on apprend qu'il y aura distribution de médicaments demain dans tel ou tel autre site et aussi ça ne concerne que les personnes déplacées internes* » ; un autre groupe d'homme nous dit « *ce sont nos femmes qui nous informent pour la plupart du temps et là aussi c'est le jour J lorsqu'elles veulent demander la permission pour se rendre au site, donc pour nous c'est une affaire de femmes et des enfants qui ont besoin de se faire vacciner toujours ou encore pour le suivi de la malnutrition* ». Cela dénote d'une insuffisance dans la communication, la sensibilisation pour mieux faire connaître la stratégie des cliniques mobiles, ses objectifs ainsi que sa cible. Pour certains groupes également, la présence des équipes est de quelques heures dans le village, ce qui ne permet pas à tout le monde d'être visité. Aussi, le passage des équipes n'est pas planifié et la population n'est pas informée des moments de passage. Cette situation a un impact négatif sur l'efficacité des services et la satisfaction des bénéficiaires. De plus, le manque fréquent de médicaments essentiels est récurrent sur le terrain et cela risque de déprécier les avantages des cliniques mobiles et détériorer la confiance des communautés dans ce type d'approche. Cette situation est décrite par les propos de quelques interviewés au niveau des focus group : « *on se bouscule pour pouvoir passer le premier jour car dans la plupart du temps, au deuxième jour il n'y a plus de médicaments ; souvent même pour le traitement du paludisme qui doit être de trois jours, on ne gagne que des médicaments pour un ou deux jours de traitement. Nous remarquons également qu'il n'y a pas assez de médicaments qui traitent les pathologies chroniques* ».

Au regard de toutes ces difficultés et insuffisances et aussi compte tenu des données collectées au niveau des districts sanitaires, il est difficile de tirer des conclusions sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins et sur la couverture sanitaire offerts par les services des cliniques mobiles. Néanmoins, nous avons constaté de l'engouement de la part de la population lors des différentes sorties des cliniques mobiles. « *Souvent nous sommes obligés de renvoyer certains malades pour qu'ils reviennent le lendemain car même jusqu'à 16h la file d'attente est toujours longue pourtant comme ce sont des zones redoutées pour des attaques terroristes on est obligé d'arrêter l'activité à 17 heures* », témoignage d'un agent de santé sur un site à Pissila, dans la région du Centre Nord du district sanitaire de Kaya. Un membre d'ONG nous confie également que « *en cinq jours seulement nous avons consulté 1118 personnes dans un site à Gorgadji dans la région du Sahel du district sanitaire de Dori* ». Pendant ce temps, les attentes des populations vis-à-vis des

cliniques mobiles sont toujours nombreuses. De tous les focus group interviewés, les attentes sont les mêmes en témoigne le discours ci-après : « *nous voulons que les ONG augmentent le nombre des agents de santé pour nous éviter les longues files d'attente, aussi revoir le nombre de passage car c'est trop peu voire insignifiant vu la taille de la population dont l'accès aux soins de santé est devenu très difficile avec l'insécurité ; nous ne pouvons plus emprunter les routes avec nos motos de peur d'être tué par les terroristes en poste souvent sur les axes ou encore le risque de sauter sur un IED* », propos récoltés aux sites des cliniques mobiles à Seytenga, Tougouri, Pissila respectivement des districts sanitaires de Dori, Tougouri et Kaya.

Au niveau organisationnel, le constat est qu'il y a une sorte de séparation bien palpable entre les partenaires de mise en œuvre de la stratégie, et ce, dans les deux régions. On parle le plus souvent des cliniques mobiles de telle ou telle autre ONG. Certains bénéficiaires interviewés font la différence nette entre les interventions des différents partenaires. Certaines ONG sont bien appréciées tandis que d'autres ne le sont pas. « *Quand c'est l'ONG CSSI, les médicaments suffisent mais si c'est l'ONG ALIMA, il y a toujours de rupture surtout vers le deuxième jour* », propos recueilli auprès des focus group à Tougouri. Cette séparation fait perdre alors à l'approche toute chance d'être cohérente, intégrée pour offrir un paquet complet des soins.

Les discussions avec les bénéficiaires dans les focus group ont porté sur la satisfaction et la qualité des services. La satisfaction et la qualité doivent témoigner de la dynamique d'une approche comme les cliniques mobiles, qui au-delà des besoins quantitatifs à couvrir et des normes à respecter, cherche à répondre aux besoins de qualité qui vont plus loin que l'atteinte de normes.

Malgré les difficultés que rencontrent les cliniques mobiles, les populations sont unanimes que les cliniques mobiles sont d'une importance capitale et leurs sont très bénéfiques au contexte actuel. Elles expriment leur satisfaction à travers ce discours : « *nous sommes très satisfaits, tout est gratuit, on est bien accueilli, on gagne des médicaments, et même en cas de références à un échelon supérieur, ce sont eux qui prennent tout en charge* ».

Toutefois, comme déjà souligné plus haut, les communautés reviennent surtout sur l'irrégularité des sorties, le choix des sites qui ne permettent pas aux malades des villages éloignés d'y accéder, les longues files d'attente, le manque d'informations et également l'absence de certaines molécules médicamenteuses surtout pour les pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les neuropathies et les maladies des yeux.



Photo 1 : Séance de clinique mobile sur le site des PDI de Wendou dans le district sanitaire de Dori, mai 2020 (consultations adultes).

Source : Rapport d'activités cliniques mobiles de l'ONG MDM-E, mai 2020.



Photo 2 : Séance de clinique mobile sur le site des PDI de Wendou dans le district sanitaire de Dori, mai 2020 (séance de vaccination des enfants de moins de cinq ans).

Source : Rapport d'activités cliniques mobiles de l'ONG MDM-E, mai 2020.



Photo 3 : Dépôt pharmaceutique de la clinique mobile, site des PDI au secteur 6 de Kaya, région du Centre Nord, novembre 2020.

Source : Rapport d'activités cliniques mobiles de l'ONG MDM-E, novembre 2020.



Photo 4 : Séance de clinique mobile sur le site des PDI de Wendou dans le district sanitaire de Dori, mai 2020 (équipe médicale composée des agents du district sanitaire et des membres de l'ONG Médecins du Monde Espagne partenaire financier de l'activité).

Source : Rapport d'activités cliniques mobiles de l'ONG MDM-E, mai 2020.



Photo 5 : Équipe médicale de la clinique mobile embarquant dans une pirogue pour la stratégie dans un site des PDI dans la formation sanitaire de Kelbo, district de Djibo (site inaccessible en saison pluvieuse sans pirogue).

Source : Rapport d'activités cliniques mobiles de l'ONG MDM-E, juillet 2020.

Pilier 4 : Informations sanitaires

L'OMS donne la définition qui suit : « *le système d'information sanitaire (SIS) est un ensemble de personnes, procédures et matériels organisés dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous une forme appropriée pour les besoins des programmes ainsi que les échanges internationaux d'informations sanitaires. Il a pour fonction de fournir l'information nécessaire pour la gestion du programme sanitaire national à tous les niveaux* » [20]. Le système d'information sanitaire du Burkina Faso est bâti sur la pyramide du système de santé structurée administrativement à trois niveaux : les niveaux central, intermédiaire et périphérique ; voir figure 4.

En principe, les données des cliniques mobiles devraient être reversées dans les CSPS d'origine pour consolidation, puis ensuite transmises aux différents responsables CISSE des districts avec les autres données de la FS mais avec la mention spéciale « données des cliniques mobiles » qui, mensuellement, les envoient à la direction régionale de la santé. Malheureusement, nous avons constaté que ce n'est pas le cas d'où la difficulté rencontrée lors notre revue documentaire. Il n'y a pas d'outil de recueil des données des cliniques mobiles élaboré par les districts. Chaque ONG de mise en œuvre a son canevas propre à elle ou souvent consulte directement dans les registres de consultations ordinaires de la formation sanitaire. Cela ne permet pas une bonne capitalisation des informations propres aux cliniques mobiles ; ce qui rend le système d'information des cliniques mobiles moins performant. Cela se constate par le manque de données à la revue documentaire, pourtant fournies en partie par certains partenaires d'ONG de mise en œuvre.

C/Portée des critères de l'évaluation

Le cadre conceptuel nous a servi comme base pour l'analyse des données afin d'explorer chacune des dimensions de l'évaluation à travers les critères standards de l'évaluation.

Pertinence-Conception : L'évaluation est destinée à montrer dans quelle mesure la conception de la stratégie ainsi que les rôles et responsabilités des partenaires impliqués sont restés pertinents au fil du temps, répondant de manière appropriée aux défis et aux opportunités au niveau des différents districts sanitaires. L'évaluation a été menée à partir de l'exploitation de la littérature sur le sujet et d'entretiens avec des informateurs clés puis avec les personnes travaillant dans les sites de mise en œuvre (CSPS et village) ainsi qu'avec quelques membres de la population. Il ressort que tous sont unanimes du bien-fondé des cliniques mobiles. Selon le directeur régional de la santé du Sahel, les cliniques mobiles « *Offrent de prestations cliniques* ».

avec la participation de personnel endogène et un maintien des plateformes de soins dans des zones enclavées du fait des risques sécuritaires » et au MCD de Kaya d'ajouter que « l'intervention a permis de désengorger les formations sanitaires, de rapprocher les soins à la population, de réduire la durée de la PEC, et de donner des soins gratuits aux malades avec une bonne implication du district sanitaire ».

Commentaire : L'approche reste pertinente dans le contexte actuel des deux régions de notre zone d'étude car permet d'accroître l'offre de soins de santé aux populations des zones enclavées du fait de la dégradation sécuritaire. Cependant, il faut revoir la conception (fonctionnement, organisation...) du programme. Pour beaucoup de nos interlocuteurs, le programme actuel n'est pas totalement adapté dans le contexte des crises comme le grand Sahel, ce qui fait qu'il est permanent en adaptation. Selon le directeur régional de la santé du Sahel, il faudra « *repenser le mode de recrutement du personnel, l'agencement avec les interventions à base communautaire pour mieux s'adapter au contexte de crise du grand Sahel* » et il continue en disant, « *il faut placer les communautés au cœur de la création des espaces de soins* ».

Efficacité : La stratégie des cliniques mobiles en termes d'efficacité a été étudiée sur la base des observations issues des visites terrain et les résultats de l'ensemble des entretiens menés avec les bénéficiaires, les agents de santé et ASBC, les partenaires opérationnels sur l'approche, notamment les ONG (MSF, le consortium MDME/CRBF, le consortium ALIMA/KEOOGO/SOS MEDECINS BF, CSSI, Marie Stopes Burkina). Cette analyse a permis d'identifier les facteurs qui influencent la décision de recourir ou non aux cliniques mobiles. Pour que l'efficacité des cliniques mobiles puisse s'exprimer objectivement, il faudra renforcer le plateau technique, les capacités de supervision des acteurs animant les interventions à base communautaire et améliorer la composition de chaque équipe surtout en nombre pour la réalisation des activités. Il apparaît également la nécessité d'une synergie d'actions entre partenaires de mise en œuvre pour rendre efficace la stratégie. Selon le DRS du Sahel, « *les cliniques mobiles doivent surtout renforcer les capacités de réponse aux problèmes des PDIs aux côtés des postes de santé avancés (PSA) mis en place ; elles doivent être des plateformes d'appui avec les PSA* ». Pour les communautés, les cliniques mobiles doivent être des structures de première ligne devant réaliser un ensemble d'activités curatives, préventives (la vaccination et la nutrition notamment) et offrir des prestations accessibles gratuitement pour les gens qui ont des pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète, les pathologies oculaires).

Commentaire : A ce stade, il est difficile d'affirmer que la stratégie est efficace car beaucoup de choses sont à revoir notamment la rédaction d'un document de programme reprenant les

objectifs, les cibles, les indicateurs, les résultats, les activités et les mécanismes de suivi-évaluation de façon consensuelle comme l'ont souhaité la plupart des MCD interviewés. En effet selon le MCD de Djibo, il est essentiel de : « *Préciser clairement les différentes activités dans un protocole qui fera l'objet d'échanges et de consensus* ». Ces éléments permettront dans l'avenir de mesurer l'efficacité de manière plus objective.

Pérennité-Durabilité : Le mode de fonctionnement actuel des cliniques mobiles ne garantit pas sa durabilité. Il est ressorti un manque de financement, une insuffisance en moyens logistiques et en ressources humaines pour une régularité des sorties. Il est noté également à travers les interviews en focus group avec la communauté, de nombreuses ruptures en médicaments ou des formes galéniques non adaptées à certains âges. Néanmoins, on note une bonne implication de certaines équipes cadres des districts sanitaires visités. Des orientations et adaptations sont faites régulièrement en concertation avec les autres partenaires de mise en œuvre afin de redynamiser la stratégie et la rendre pérenne.

La communauté quant à elle, souhaite que cette stratégie soit renforcée sur tous les plans et qu'elle soit intégrée et planifiée dans les plans d'action annuels des districts sanitaires.

Commentaire : Il est nécessaire de travailler sur la coordination et la gouvernance de l'approche cliniques mobiles dans sa mise en œuvre. Et cela suppose que les mécanismes de coordination des interventions des différents acteurs, soient formellement identifiés avec des activités clairement détaillées et budgétisées. En plus, il faudra améliorer la ressource humaine en nombre et en compétences et lui assigner un profil de poste clairement défini à l'unanimité. En fin, nous pensons que pour une bonne planification des activités cliniques mobiles, le financement par les partenaires techniques et financiers doit passer par les districts sanitaires.

Cohérence : Au niveau organisationnel, il n'y a pas une synergie d'actions des partenaires. Chaque partenaire aurait tendance à travailler pour ses propres objectifs avec souvent même une sorte de conflits d'intérêt en leur sein. L'approche perd ainsi toute chance d'être cohérente. Également, nous pensons qu'en l'absence d'un document de programme, il est difficile de pouvoir juger de la cohérence de la stratégie car tout va dépendre des objectifs qui étaient fixés et des résultats visés. Selon certains responsables sanitaires, notamment le DRS Sahel, « *les cliniques mobiles dans son format actuellement n'est pas totalement adapté dans le contexte des crises comme le grand Sahel et gagnerait à être repensé pour prendre en compte la nature de cette crise* ».

Commentaire : De notre constat, il ressort une absence de cohérence dans la mise en œuvre des cliniques mobiles. En effet, ces dernières restent dépendantes des organisations internationales

et ont une couverture aléatoire qui ne respecte pas les normes des barrières physiques ou spécifiques de la cible. Pour le directeur régional de la santé du Sahel, « *le plus souvent, les cliniques mobiles n'arrivent pas à toucher le milieu rural en dehors des sites de formations sanitaires fonctionnelles dans le contexte de terrorisme* ». Compte tenu des barrières sécuritaires, beaucoup d'ONG de mise en œuvre organisent les cliniques mobiles au sein même des formations sanitaires ; ceci fait perdre à la stratégie sa cohérence vis-à-vis des objectifs mêmes des cliniques mobiles. Et nous pensons, que les partenaires doivent s'adapter continuellement au contexte sécuritaire et trouver les voies et les moyens pour que les populations enclavées puissent avoir accès aux soins de santé primaire de façon permanente et durable.

Couverture : L'étude s'était donné pour objectif d'évaluer l'amélioration du recours aux soins de santé grâce à l'approche des cliniques mobiles. Malheureusement, par manque de données spécifiques aux cliniques mobiles pouvant montrer la plus-value de la stratégie de façon comparative, il nous est difficile d'évaluer l'amélioration de la couverture sanitaire. La comparaison entre les aires de santé couvertes par les cliniques mobiles et celles non couvertes n'est aussi pas possible ; elle permettrait pourtant de juger les effets des cliniques mobiles sur l'accès aux services de santé en tenant compte de la couverture sanitaire et de la prise en charge de nouveaux patients. Toutefois, selon les premiers responsables des districts, les services tels que la vaccination, la nutrition, les soins curatifs et la planification familiale ont connu une amélioration. A ce propos, le MCD de Kaya affirme ceci : « *le contact par habitant du district s'est nettement amélioré depuis que la stratégie des cliniques mobiles a été mise en place* ».

Commentaire : La couverture est jugée faible à cause de l'irrégularité des cliniques mobiles et leur caractère ponctuel. Aussi, les partenaires techniques et financiers dans les zones ne travaillent pas en tandem et mènent le plus souvent les cliniques mobiles dans les mêmes sites et à un rayon de moins de 2 km de la formation sanitaire fonctionnelle. Du coup, les populations du milieu rural situées à plus de 5 km de la formation ne sont pas touchées ; point de vue que partage le DRS Sahel en ces termes : « *la stratégie des cliniques mobiles est souvent inadaptée pour toucher le milieu rural en dehors des sites de formations sanitaires fonctionnelles dans le contexte de terrorisme* ».

D/Points forts et points faibles de l'approche clinique mobile

a) Points forts

- La planification des cliniques mobiles dans le PAA de certains districts sanitaires ;
- L'effectivité des activités de prise en charge avec les sorties des équipes des cliniques mobiles sur la vaccination, la santé de la reproduction, la nutrition et le curatif ;
- L'engagement des autorités sanitaires ;
- L'existence d'un cadre de concertation entre l'ECD et le partenaire de mise en œuvre ;
- L'existence des kits médicaux (gratuité des soins et des médicaments) ;
- L'existence des kits d'hygiène ;
- L'existe de moyen de locomotion (véhicule pour les cliniques mobiles) ;
- Le maintien d'un minimum de fonctionnement des plateformes de soins dans des zones enclavées du fait des risques sécuritaires ;
- La prise en charge conjointe en appui aux postes de santé avancés (PSA) dans certaines localités ;
- L'intégration de certaines données dans celles de l'aire de santé par certaines équipes des cliniques mobiles ;
- Les séances de sensibilisation sur les mesures préventives de certaines maladies notamment la COVID-19 et la fréquentation des centres de santé ;
- L'accompagnement financier de la part des ONG pour la prise en charge des cas référés à un niveau supérieur même jusqu'au niveau tertiaire.
- Le bon accueil des malades par les agents des équipes mobiles ;

b) Points faibles

- L'existence des cliniques mobiles en termes de partenaires (MDME, ALIMA, MSF, CSSI, ACF, etc) ;
- Les normes de fonctionnalité des cliniques mobiles sont peu connues ;
- La prise en charge complète des malades n'est pas effective dans l'ensemble des sites visités (certaines pathologies chroniques telles que les cataractes, glaucomes, les plaies chroniques, l'HTA, le diabète, etc.) ne sont pas prises en charge de façon complète ;
- En termes de couverture sanitaire, le manque de données sanitaires ne permet pas d'avoir

une idée précise de la contribution des cliniques mobiles sur les indicateurs de référence ou sur l'accessibilité ;

- L'insuffisance en personnel soignant ne permet pas de pouvoir assurer la continuité des soins ;
- Présence irrégulière au niveau opérationnel ; le personnel effectue peu de sorties ;
- L'insuffisance voire l'absence de supervisions de la part des responsables sanitaires des districts ; cela ne motive pas les agents et ne permet pas non plus de faire des critiques objectives ;
- L'absence de mécanismes transparents de recrutement des agents de santé des cliniques mobiles ;
- L'absence de profils de poste ;
- La fréquente rupture des médicaments et consommables ;
- L'absence de collecte et d'analyse des informations sanitaires spécifiques venant des activités des cliniques mobiles ;
- Le manque d'information de la population des jours de passage des cliniques mobiles ;
- La longue file d'attente devant les salles de consultation ;
- Les sites choisis pour se dérouler l'activité sont souvent très loin des communautés (beaucoup de sites sont encore situés à proximité des formations sanitaires) ;
- L'insuffisance dans la communication au sein des communautés quant aux objectifs ou rôles des cliniques mobiles ;

CHAPITRE III. LEÇONS APPRISES ET CONCLUSIONS

6.1. Conclusions

Les régions du Sahel et du Centre Nord qui jadis connaissaient des problèmes structurels du système de santé (barrière physique, financière, ressources humaines etc.), ont vu leur situation s’aggraver avec l’avènement des troubles d’ordre sécuritaire. Des stratégies d’adaptation telles que les cliniques mobiles ont été mises en place par les différents responsables sanitaires des zones avec l’appui technique et financier de plusieurs ONG internationales. Ces cliniques mobiles ont l’avantage d’assurer l’accès aux soins à certaines populations exclues du système de santé pour cause d’insécurité, de distances et même du coût des soins. Les différents acteurs rencontrés (les équipes cadres des DRS, des districts sanitaires, les infirmiers chefs de poste, les personnes clés des collectivités locales, les communautés) s’accordent quant à une bonne utilisation des cliniques mobiles par la population. Cependant, tout comme le constat fait dans le rapport final d’évaluation des cliniques mobiles dans la région de Diffa au Niger par le Dr Albert Tshuila Lubanga, les interventions des cliniques mobiles dans les deux régions de notre zone d’étude, et spécialement dans les districts sanitaires visités, sont confrontés aux questions et aux difficultés d’ordre organisationnel et environnemental. Le fonctionnement des cliniques mobiles présente des limites : (i) il n’y a pas de continuité et la permanence des soins (ii) les soins ne sont pas globaux (iii) l’absence de coordination entre les différents acteurs est marquante.

Nous pensons qu’une bonne orientation de la stratégie ainsi que l’implication effective de tous les acteurs de façon conjointe et permanente pourraient améliorer le système de santé dans ces zones en difficulté sur le plan sanitaire du au contexte sécuritaire précaire.

6.2. Leçons apprises

1. L’engagement des autorités sanitaires, des agents de santé, des relais communautaires et les partenaires techniques et financiers, constituent un facteur de succès pour les activités de prise en charge à travers la mobilisation des communautés lors des sorties des équipes des cliniques mobiles sur la vaccination, la santé de la reproduction, la nutrition et le curatif.
2. La pérennisation des cliniques mobiles va dépendre fortement de la gouvernance et de la coordination des activités cliniques mobiles.

3. La présence d'un paquet minimum d'activités défini de façon consensuelle, et des intrants y relatifs permet d'offrir aux communautés des services préventifs, curatifs, éducatifs, et promotionnels touchant une masse critique de différentes couches de population n'ayant pas d'accès facile aux soins de santé.
4. La gratuité au profit des clients démunis est une condition nécessaire pour permettre à ces derniers d'avoir accès à des services de qualité ;
5. Le maintien des plateformes de soins dans des zones enclavées du fait des risques sécuritaires passe par la stratégie des cliniques mobiles ;
6. La collaboration entre Agents de Santé Communautaires et Leaders Communautaires est indispensable pour la réussite d'une stratégie avancée de Clinique Mobile.

CHAPITRE IV. RECOMMANDATIONS

Pour le succès du programme des cliniques mobiles dans les différents districts sanitaires de notre zone d'étude, nous proposons les recommandations suivantes :

Pour le MS (SG/DRS/DS)

1. Renforcer les capacités de supervision des acteurs animant les interventions sur le terrain (au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire).

Nous avons noté qu'il n'y a pas de supervision institutionnalisée au niveau des cinq districts sanitaires visités. Et tous reconnaissent qu'ils ne supervisent pas assez les activités des cliniques mobiles. La preuve est que nous n'avons pu obtenir aucun rapport de supervision des cliniques mobiles de la part des responsables sanitaires des districts. Pourtant, nous pensons que la supervision pourrait non seulement offrir la possibilité de tirer les leçons de l'expérience, de mobiliser de nouvelles options et ressources et d'en intégrer les apprentissages, mais aussi, elle est une source de motivation des agents de mise en œuvre. Il est donc impératif d'intégrer le mécanisme de supervision dans le programme des cliniques mobiles et veiller à sa réalisation.

2. Renforcer la coordination des acteurs de l'approche clinique mobile (acteurs étatiques, PTFs, etc.)

Nous disons qu'il faudrait une synergie d'action afin d'améliorer l'efficience et l'efficacité de l'utilisation des cliniques mobiles donc par conséquent une amélioration de la couverture et de l'accès aux soins de santé primaire dans ces zones. L'approche sectorielle où se retrouveraient tous les partenaires intervenants sur la stratégie autour des responsables sanitaires des zones, permettrait de maximiser les effets positifs des cliniques mobiles et de rendre plus efficace et pérenne la stratégie.

3. Prendre en compte l'approche clinique mobile comme une stratégie transverse d'amélioration de la couverture sanitaire et de l'accessibilité aux soins dans les programmes sanitaires au niveau des zones en situation d'urgence (zones à sécuritaire précaire).

L'approche clinique mobile comme stratégie d'amélioration de la couverture et de l'accessibilité doit être inscrite dans une stratégie globale de renaissance des services de santé dans les zones en situation d'urgence telles que le Sahel et le Centre Nord notre zone d'étude. Pour l'instant, l'approche est perçue comme une simple activité ponctuelle par les ECD et les

PTFs sans l'envisager sérieusement comme solution pour l'amélioration des indicateurs de la santé et une réponse adaptée pour l'urgence sanitaire. Pourtant, nous pensons que dans le contexte actuel des régions du Sahel et du centre Nord qui connaissent l'insécurité, des barrières d'accessibilité, la pauvreté, etc., l'utilisation des cliniques mobiles est un atout dont le potentiel exige une attention particulière pour aider les districts sanitaires à améliorer la couverture sanitaire et l'accès aux soins de base des populations déplacées ou isolées et même les populations hôtes car les capacités de prise en charge des formations sanitaires des zones d'accueil sont dépassées.

4. Rédiger un document du programme des cliniques mobiles avec l'appui des PTFs

Pour une bonne marche et la pérennisation de la stratégie des cliniques mobiles dans les zones en situation d'urgence, nous disons qu'il faudrait impérativement rédiger un document contenant une feuille de route bien claire définie pour tous les acteurs. Ce document pourrait contenir les éléments essentiels suivants : les objectifs spécifiques de l'approche, les indicateurs à renseigner, les résultats attendus, les activités à mettre en œuvre, les impacts escomptés, les moyens nécessaires à utiliser, la cible visée, la cartographie des zones de couverture de l'action, des orientations claires pour la gestion des agents de santé impliqués dans les cliniques mobiles (type de contrat, profil de poste, mode de recrutement) et les mécanismes de suivi et évaluation. Ce document permettrait de pouvoir différencier les actions en situation d'urgence à celles en situation de routine car nous nous sommes rendus compte que dans tous les districts sanitaires visités et utilisant la stratégie, les données des cliniques mobiles sont confondues aux données des actions de routine de la formation sanitaire. Ce qui n'a pas permis aux différents responsables CISSE des districts de pouvoir collecter et analyser l'impact de la stratégie dans leur zone. Cette feuille de route pourrait être rédigée dans un cadre d'un atelier spécifique réunissant les cadres de la DRS, des districts sanitaires, certaines OSC et les partenaires techniques et financiers intervenant sur les cliniques mobiles.

Pour les partenaires techniques et financiers (PTFs)

1. Améliorer la régularité des cliniques mobiles

Une bonne organisation dans la planification des cliniques mobiles permet une offre de services de qualité continu et cela passe par une régularité de la présence des équipes des cliniques mobiles aux points de contacts identifiés dans les différentes aires de santé. En effet,

l'irrégularité des sorties a un impact négatif sur l'efficacité des services et la satisfaction des bénéficiaires.

2. Rendre disponible les médicaments MEG auxquels la population est déjà familière.

Les populations de ces zones ayant perdu tous leurs biens et le fait que dans les zones d'accueil elles n'arrivent toujours pas à trouver des activités génératrices de revenus, s'il n'y a pas d'accompagnement en médicaments, les consultations seront sans effet car ces dernières n'arriveront jamais à honorer les prescriptions médicamenteuses. Et nous pensons qu'une disponibilité en médicaments prenant en compte plusieurs pathologies et aussi des médicaments auxquels les populations sont déjà familières, permettrait une bonne adhésion de la population à la stratégie et par là, améliorerait la couverture sanitaire de la zone.

3. Appuyer les districts sanitaires en matériel médico-techniques et recruter du personnel pour appuyer les CSPS abritant des déplacés.

Cela pourrait augmenter la capacité et la qualité de la prise en charge des patients et convergerait vers une résilience de ces structures de santé pour faire face aux urgences sanitaires de leur zone de couverture. Beaucoup de formations sanitaires ayant recueilli de très nombreuses PDIs ont vu leur capacité d'accueil dépassé et n'arrivent plus à offrir un service de soins de qualité par un manque important de personnel et aussi en matériel médico-technique (un nombre très insuffisant en personnel, manque de lits en salles d'hospitalisation et de potences, manque de tables d'examen et d'accouchements, etc.). Un des MCD interrogés, nous disait que « *dans certaines formations sanitaires, à l'heure actuelle, on ne peut plus parler de service de soins de qualité, l'essentiel est que tout malade qui arrive à la formation sanitaire puisse être vu* ». Cela fait que les formations sanitaires sont toujours très fréquentées à cause des revisites, les mêmes malades reviennent parce qu'ils ne sont pas soulagés du fait que les soins reçus ne seraient pas de qualité.

4. Assurer un appui financier annuellement des activités de l'approche clinique mobile

Nous pensons que pour une programmation continue des cliniques mobiles avec un service global permanent et régulier, il faudrait une programmation financière annuelle. Cela permettra une bonne planification des activités opérationnelles et logistiques des cliniques mobiles. Et nous pensons que cela ne pourrait se faire que si le financement des ONG pour l'activité des cliniques mobiles passe par le budget des districts. Ce qui est d'ailleurs le souhait de tous les cinq MCD interviewés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Annuaire statistique MS_2020_Burkina Faso.
2. Approche méthodologique, Les unités mobiles de santé ; CICR, mai 2006.
3. Bulletin n°14 du cluster santé février 2021_Ouagadougou.
4. Cliniques mobiles, une réponse adaptée aux situations d'urgence, Manuel d'urgence MSF 2014.
5. La clinique mobile : une expérience porteuse d'avenir en planification familiale au Togo. Par Dr Kuakuvi K. GBENYON ; FASEG / Université de Lomé.
6. Convention de Kampala de l'Union Africaine, 2009.
7. Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR), bulletin d'information mensuelle : Tableau de bord général sur l'enregistrement des PDI du Burkina Faso, CONASUR, 31 juillet 2021.
8. DAC Principles for the Evaluation of Development Assistance, OCDE (1991) ; Glossaire des termes utilisés dans les évaluations, dans « Méthodes et procédures d'évaluation de l'aide », OCDE (1988) ; Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats, OCDE (2002).
9. Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles. Tableau de bord 2015 des indicateurs de santé [Internet]. Ouagadougou, Burkina Faso; 2016 [cited 2017 Jul 9] p. 103. Available from: http://cns.bf/IMG/pdf/tableau_de_bord_2015_ms_vf.pdf.
10. DRS SHL_Plan de réponse aux risques sanitaires 2019_11-02-19.
11. Evaluation formative de la stratégie de l'utilisation des cliniques mobiles en situation d'urgence dans la région de Diffa (2015-2017), Niamey, mai 2018.
12. Guide diagnostic du système de santé (OMS).
13. Indicateurs de performance des systèmes de santé : L. HARTMANN, Maître de Conférences, Réalités Cardiologiques • N° 254 - Cahier 1 • 15-28 Février 2009.
14. Insécurités multiples au Burkina Faso : quand la covid-19 complexifie la situation des personnes déplacées internes (PDI) dans la commune de Kongoussi, DEMBELE Adama, septembre 2020.
15. MATD_AS-2019_Administration_territoire_VF.
16. Ministère de la santé, bulletin d'information sur la situation de la fonctionnalité des formations sanitaires, février 2021.
17. Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020. Ministère de la Santé ; 2011.
18. OCHA., (2020). Rapport de la situation des PDI au Burkina Faso, juillet 2020.
19. OIM Glossary on Migration, edition 2019.

20. Organisation Mondiale de la Santé. Améliorer les données pour les politiques : Renforcer les systèmes d'informations sanitaires et d'enregistrement de l'état civil [Internet]. 2013 juin p. 16. Available from: http://www.wpro.who.int/southpacific/pic_meeting/2013/documents/PHMM_PIC10_5_HIS_Fr.pdf.
21. PAA des districts sanitaires de Dori, Djibo, Tougouri, Kaya et Barsalogho.
22. Plan multirisque _CN_final.
23. Plan multirisque _Sahel_final.
24. Proposition de projet OMS clinique mobile MdME_Octobre 2019.
25. Rapport gestion des maladies tropicales négligées ; MTN VP_1212 2020.
26. Rapport d'évaluation des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences au Burkina Faso (2015).
27. Recueil de Traités des Nations Unies, vol. 189, p. 137 ; article premier, A 2 ; adapté de la convention relative au statut des réfugiés, adoptée le 28 juillet 1951.
28. Situation de la fonctionnalité des formations sanitaires_région_Sahel, août 2020.

ANNEXE

Annexe 1 : Les outils de collecte de données

A/Caractéristiques démographiques et sanitaires des districts sanitaires

I. Caractéristiques des districts sanitaires visités et des cliniques mobiles (Intervention) mise en place

Districts Sanitaires	Population	Nombre de FS	Nombre de FS fonctionnelles	Nombre de FS appuyées	Nombre des villages appuyés	Nombre d'équipes ou des cliniques mobiles	Nombre de sortie réalisées
Dori							
Djibo							
Tougouri							
Kaya							
Barsalogho							

II. Caractéristiques de l'intervention mise en place

District Sanitaire	Cibles	Cibles touchées	Durée de l'intervention clinique mobile	Nombre des supervisions réalisées	Nombre de rapports mensuels reçus
Dori					
Djibo					
Tougouri					
Kaya					
Barsalogho					

III. Caractéristiques de la population cible

District Sanitaire	Enfant 0 - 5	FE - FA	Nombre de transfert
Dori			
Djibo			
Tougouri			
Kaya			
Barsalogho			

B. Guide d'entretien avec la DRSP et le DS

Mises en œuvre des activités des cliniques mobiles (DRS, DS)

Type d'information	
Objectifs du programme	
Résultats du programme	
Les indicateurs du programme	
Plan programmatique des équipes (programme chronogramme) - planification	
Cartographie des aires de couvertures	
Population cibles	
Types des services offerts	
Rapport d'activités	
Rapport de supervision	
Ressource financière	
Ressource humaine	
Ressource logistique	
Coordination	

Question de discussion ou d'entretien avec le DRS, DS

Question sur le processus :

– Quelles ont été les principales étapes de la construction du programme des cliniques mobiles dans votre région ou district sanitaire ? d'un point de vue formel mais aussi informel ?

.....
.....
.....

– Quels sont pour vous les principaux acquis de ce programme des cliniques mobiles dans le format actuel ? les principaux échecs ?

.....
.....
.....

– Les activités sont-elles effectuées tel que planifié ?

– Le programme permet-il de toucher la population ciblée ?

– A quel point la DRS, les DS et les équipes mobiles sont-ils satisfaits de leur intervention dans ce programme ?

– Sont-ils satisfaits du déroulement du programme ? Si oui, pourquoi ? Si non, comment les activités prévues peuvent-elles être modifiées pour mieux fonctionner ?

– Quels enseignements peut-on tirer de la façon dont se déroule le programme actuellement ?

Questions liées aux résultats/impacts :

– La mise en œuvre du programme a-t-il induit un changement au niveau de la DRS ou DS en termes de leurs compétences, leurs connaissances, leurs attitudes ou leurs comportements ?

– Le programme des cliniques mobiles a-t-il répondu aux besoins pour lesquels il a été mis en place ?

– Avez-vous vu des changements à la suite de ce programme sur la question de l'accessibilité aux soins des populations ? Les changements sont-ils positifs ?

– Quels pourraient être les effets à plus long terme de ce programme sur la DRS ou les DS ?

– Entre gouvernance du programme et contenu (ou résultats attendus) où se situe les principaux progrès à faire ?

Questions liées aux enseignements tirés :

- Quels sont les exigences premières pour un futur programme des cliniques mobiles ? sont-elles issues de retours d’expériences, d’observations plus générales ?

– Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment afin que le programme des cliniques mobiles puisse être réalisé de manière plus efficace ?

– Quels changements importants devraient être apportés au programme pour mieux réaliser ses objectifs ?

C. Questionnaire d'entretien focus groupe bénéficiaires cliniques Mobiles (groupe de femmes à part et les hommes aussi à part).

I. L'identification

DS

FS ou Village.

Groupe (homme ou femme)

II. Avez-vous déjà entendu parler des cliniques mobiles ? (Contact direct, à travers les radios, ou par le biais des ASBC, ...)

II. Avez-vous accès aux équipes mobiles ? (en rapport avec la distance, le coût, manque d'informations, etc.)

III. Quels types de services avez-vous déjà bénéficié des cliniques mobiles ? (vaccination, nutrition, consultation générale, consultations en urgence, consultation spécifiques : CPN, SR...).

IV. Etes-vous satisfaits des prestations offertes par les cliniques mobiles ? (délai d'attente, l'accueil, soins administrés, la confidentialité, les examens proposés, les médicaments reçus, ...).

V. Pouvez-vous nous décrire comment se font les références/évacuations vers les centres de référence ? (y a-t-il un accompagnement pour les frais de soins, d'examens, d'hospitalisation, de transport ?)

VI. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour accéder aux cliniques mobiles dans votre zone ?

VII. Quelles sont vos suggestions pour améliorer les prestations au niveau des cliniques mobiles ? (de l'accueil jusqu'à la délivrance des soins ou des services).

D. Fiche technique de données quantitatives et qualitatives des cliniques mobiles

I. Evolution des objectifs, indicateurs et résultats

A. Objectif

	DS de Dori	DS de Djibo	DS de Kaya	DS de Barsalogho	DS de Tougouri

B. Résultats par DS

Résultats	Indicateur	Référence	Ecart	Commentaire
Résultat 1				
Résultat 2				
Résultat 3				
Résultat 4				

Annexe 2 : Le paquet minimum d'activité des cliniques mobiles

Préventif :

- Distribution de sachets de poudre de micronutriments (PMN) ;
- Vaccination ;
- Planification Familiale ;
- Consultation nourrissons ;
- Supplémentation en micronutriments (Vitamine A et fer) ;
- Déparasitage Systématique ;
- Consultation prénatale recentrée (CPNR) ;
- Dépistage de la malnutrition ;
- CPON.

Curatif :

- Prise en charge des urgences et des cas courants
- Accouchements eutociques ;
- Récupération nutritionnelle) (MAS/MAM) ;
- **Référence des cas ;**

Promotionnel :

- CCC (Sensibilisation sur les bonnes pratiques en matière de santé et nutrition, ANJE,
- Promotion à l'hygiène) ;
- Distribution des moustiquaires et préservatifs, kits WASH)
- Enregistrement des naissances.

Annexe 3 : Tableau de synthèse des Indicateurs (ODD et PNDS)

Tableau 0.01: synthèse des indicateurs (ODD et PNDS)					
Indicateurs	Niveau 2017	Niveau 2018	Niveau 2019	Niveau 2020	Observations
Infrastructures					
Rayon d'action moyen théorique en km (sans le privé)	6,5	6,4	6,3	6,2	PNDS
Pourcentage des formations sanitaires (CBPS) remplissant les normes minimales en personnel	91,0	84,8	87,1	85,4	PNDS
Taux (%) d'occupation des lits dans les hôpitaux publics (CHU/CHR, HD)	52,3	61,1	71,1	67,8	PNDS
Ressources humaines					
Ratio population/médecin	14 404	12 000	10 927		PNDS
Ratio population/IDE	3 619	3 281	3 074		PNDS
Ratio population/SFE-ME	5 874	5 510	4 831		PNDS
Médicaments					
Pourcentage de DMEG n'ayant pas connu de rupture de médicaments trésoirs	18,6	13,0	18,2	14,5	PNDS
Ressources financières					
Taux d'absorption des ressources financières allouées (%)	88,2		91,8		PNDS
Exhaustivité des rapports					
Complétude globale des rapports d'activités des formations sanitaires (%)	91,8	92,9	60,2	89,3	
Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires publiques (%)	97,0	98,4	62,6	95,9	
Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires privées de soins (%)	68,1	69,2	49,4	61,9	PNDS
Santé de la mère et de l'enfant					
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	83,9	83,1	79,0	77,2	PNDS
Taux de couverture en CPNA (%)	58,0	39,3	39,2	58,0	PNDS
Nombre de nouveaux contacts par habitant par an des enfants de moins de 5 ans	3,1	3,1	3,3	2,5	PNDS
Taux de césariennes parmi les naissances attendues (%)	2,2	2,5	2,5	2,6	PNDS
Pourcentage d'enfants nés de mères infectées par le VIH ayant reçu les ARV complets pour la prévention dans les formations sanitaires	93,4	93,4	88,8	88,8	PNDS
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)	16,2	17,8	17,3	17,6	PNDS
Létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%)	0,0	0,0		0,09	PNDS
Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 moins (%)	1,4	1,5	1,4	1,4	PNDS
Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié du TP12	56,6	71,5	72,1	72,0	PNDS
Vaccination					
Taux de couverture en RR 1 (%)	99,5	108,5	98,0	98,5	PNDS
Taux de couverture VAT2 chez les femmes enceintes (%)	85,7	104,8	82,5	88,7	PNDS
VIH/SIDA					
Étioprévalence de l'infection à VIH (%)	1,3	1,3		0,79	PNDS
Autres					
Taux de mortalité intra hospitalière (CHU/CHR, HD) en pour 1000	49,2	57,7	60,3	64,2	PNDS

Annexe 4 : Pourcentage de la population selon la distance à la formation sanitaire de référence en 2020

Tableau 1.09: pourcentage de la population selon la distance à la formation sanitaire de référence en 2020

Régions/Districts	Population totale	Effectif			Proportion (%)		
		0 à 4 km	5 à 9 km	10 km et plus	0 à 4 km	5 à 9 km	10 km et plus
Boucle du Mouhoun	2 088 333	1 322 581	481 967	381 785	63,4	22,1	14,5
CHR Dédougou							
DS Baromo	313 830	214 377	63 001	36 481	68,3	20,1	11,6
DS Dedougou	438 187	288 077	120 788	47 322	61,5	27,7	10,8
DS Nouna	399 032	201 311	104 785	92 938	50,4	26,3	23,3
DS Bolzene	393 167	275 289	58 881	60 997	70,0	14,5	15,5
DS Toma	233 189	157 549	44 890	30 741	67,8	19,3	13,2
DS Tougan	310 910	205 978	71 613	33 328	68,2	23,0	10,7
Cascades	880 686	500 731	126 628	253 327	58,9	14,4	26,8
CHR Banfora							
DS Banfora	437 097	252 905	58 221	125 971	57,9	13,3	28,8
DS Mangodara	258 489	123 807	23 039	100 643	48,3	9,0	42,7
DS Sindou	187 100	124 019	45 368	17 713	68,3	24,2	9,5
Centre	3 680 375	2 738 937	226 433	121 065	68,9	7,2	23,9
CHU Bogodogo							
CHU Pédiatrique CDG							
CHU Tengandogo							
CHU Yalgado							
Hôpital Saint Camille							
DS Basuky	349 273	349 273	0	0	100,0	0,0	0,0
DS Bogodogo	929 403	604 838	145 883	88 682	74,8	15,7	9,5
DS Boulmougou	1 031 732	929 898	74 550	17 288	91,1	7,2	1,7
DS Nongui-Massom	394 045	304 045	0	0	100,0	0,0	0,0
DS Sig-Noghin	375 922	300 885	0	15 037	98,0	0,0	4,0
Centre Est	1 704 810	968 582	435 115	301 193	58,8	28,5	12,7
CHR Tenkodogo							
DS Bittou	143 098	71 004	38 382	35 712	49,8	25,4	25,0
DS Garango	237 955	194 973	34 212	8 770	81,9	14,4	3,7
DS Koupéla	265 681	129 327	104 624	31 730	48,7	39,4	11,9
DS Ouargaye	307 627	191 718	77 388	128 521	48,2	19,5	32,3
DS Pouytenga	229 212	136 558	72 807	19 847	59,8	31,8	8,7
DS Tenkodogo	261 732	165 089	68 795	27 868	63,1	26,3	10,6
DS Zabré	169 505	79 853	40 907	48 745	47,1	24,1	28,8
Centre Nord	1 787 682	823 850	570 217	393 616	48,1	31,9	22,0
CHR Kaya							
DS Barélogho	215 838	72 808	63 185	79 843	33,7	29,3	37,0
DS Bouaïa	235 684	91 909	88 665	55 090	39,0	37,8	23,4
DS Boussemoua	239 894	117 778	62 138	59 980	49,1	25,0	25,0
DS Kaya	431 148	239 691	110 158	81 299	55,8	25,5	18,9
DS Kongoussi	410 123	226 080	172 580	11 483	55,1	42,1	2,8
DS Tougouri	254 419	75 606	73 493	105 320	29,7	28,9	41,4
Centre Ouest	1 737 197	1 075 987	401 710	259 520	61,9	23,1	14,9
CHR Koudougou							
DS Koudougou	415 873	311 332	104 541	0	74,9	25,1	0,0
DS Léo	316 900	158 007	133 118	25 777	49,9	42,0	8,1
DS Nanoro	185 180	118 417	5 881	60 862	64,0	3,2	32,9
DS Réo	220 400	158 178	28 964	37 258	70,9	12,2	16,9
DS Sabou	118 558	92 498	24 258	1 802	78,0	20,5	1,5
DS Sapouy	279 317	120 529	65 378	93 412	43,2	23,4	33,4
DS Tenondo	200 991	119 006	41 576	40 409	59,2	20,7	20,1
Centre Sud	919 681	517 763	216 088	188 830	58,3	23,5	20,2
DS Kombissiri							
DS Manga	209 758	115 877	58 127	37 752	55,2	26,8	18,0
DS Po	357 023	189 298	68 312	102 313	52,9	18,5	28,6
DS Sapone	234 688	152 389	62 349	19 930	64,9	26,8	8,3
	117 334	60 189	31 310	25 835	51,3	26,7	22,0

Annexe 5 : Pourcentage de la population selon la distance à la formation sanitaire de référence en 2020

Tableau 1.09: pourcentage de la population selon la distance à la formation sanitaire de référence en 2020

Régions/Districts	Population totale	Effectif			Proportion (%)		
		0 à 4 km	5 à 9 km	10 km et plus	0 à 4 km	5 à 9 km	10 km et plus
Est	1 891 813	657 884	450 232	783 697	34,8	23,8	41,4
N'Gourma							
DS Bogande	412 760	109 381	127 832	175 547	26,5	31,0	42,5
DS Diapaga	539 953	183 959	144 520	211 474	34,1	26,8	39,2
DS Fada	470 818	214 595	111 637	144 586	45,6	23,7	30,7
DS Gayeri	130 641	40 051	28 068	62 522	30,7	21,5	47,9
DS Manni	201 650	44 231	6 882	150 537	21,9	3,4	74,7
DS Pama	135 991	65 667	31 293	39 031	48,3	23,0	28,7
Hauts Bassins	2 297 496	1 665 664	346 569	285 263	72,5	15,1	12,4
CHU Sanou Souro							
DS Dafra	382 270	352 976	15 385	13 909	92,3	4,0	3,6
DS Dande	305 148	181 594	65 698	57 856	59,5	21,5	19,0
DS Do	601 962	503 240	39 669	59 053	83,6	6,6	9,8
DS Hounde	356 704	271 587	62 844	22 273	76,1	17,6	6,2
Vigue	117 856	34 579	76 477	6 800	29,3	64,9	5,8
DS Léna	84 608	68 554	8 125	7 929	81,0	9,6	9,4
DS N'Dorola	166 086	75 511	34 389	56 186	45,5	20,7	33,8
DS Orodara	282 862	177 623	43 982	61 257	62,8	15,5	21,7
Nord	1 724 065	1 079 381	395 358	249 326	62,6	22,9	14,5
CHUR Ouahigouya							
DS Gourcy	248 495	154 983	56 173	37 339	62,4	22,6	15,0
DS Ouahigouya	372 016	279 481	71 059	21 476	75,1	19,1	5,8
DS Séguénéga	237 368	134 825	49 610	52 933	56,8	20,9	22,3
DS Thiou	195 655	121 849	50 489	23 317	62,3	25,8	11,9
DS Titao	211 262	103 497	57 802	49 963	49,0	27,4	23,6
DS Yako	459 269	284 746	110 225	64 298	62,0	24,0	14,0
Plateau Central	1 002 106	562 031	236 142	203 933	56,1	23,6	20,4
CHR Ziniaré							
DS Bousqué	194 897	124 004	54 467	16 426	63,6	27,9	8,4
DS Ziniaré	342 574	211 471	108 356	22 747	61,7	31,6	6,6
DS Zorgho	464 635	226 556	73 319	164 760	48,8	15,8	35,5
Sahel	1 449 891	571 765	239 636	638 490	39,4	16,5	44,0
CHR Dori							
DS Djibo	532 121	237 928	96 433	197 760	44,7	18,1	37,2
DS Dori	397 198	153 721	76 911	166 566	38,7	19,4	41,9
DS Gorom-Gorom	306 614	86 560	25 690	194 364	28,2	8,4	63,4
DS Sebba	213 958	93 556	40 602	79 800	43,7	19,0	37,3
Sud Ouest	916 994	363 523	339 643	213 828	39,6	37,0	23,3
CHR Gaoua							
DS Batié	106 803	34 536	28 356	43 911	32,3	26,5	41,1
DS Dano	273 366	117 060	106 514	49 792	42,8	39,0	18,2
DS Diébougou	152 643	69 367	50 373	32 903	45,4	33,0	21,6
DS Gaoua	275 274	93 366	113 385	68 523	33,0	41,2	24,0
DS Kampli	108 908	49 194	41 015	18 699	45,2	37,7	17,2
Total District	21 478 529	12 848 569	4 439 748	4 190 212	59,8	20,7	19,5
Total Hôpital							
Burkina Faso	21 478 529	12 848 569	4 439 748	4 190 212	59,8	20,7	19,5

Annexe 6 : Situation de harcèlement dans les formations sanitaires liée au contexte sécuritaire_10-08-2020

Districts	Nombre de formations sanitaires fermées au 10 août 2020	Nombre de formations sanitaires fonctionnant à minima (pas de stratégie avancée et de garde)	Nombre de Formations sanitaires abritant des déplacés	Populations couvertes par ces structures en arrêt d'activités	Nombre d'ambulances retirés
DJIBO	33 (SOUMBELLA KOUTOUGOU, GOMDÉ KOURFAGUI, DAMBA, NASSOUMBOU, BOSSE, LIKI, SIKIRÉ YALANGA, BELAHOURO, GAIK N'GOTA, GASSILIKI, DJIKA DJOMSSOGUI POUGZAIBONGO GASSELTE- PAOUA BARABOULE BELEHÉDÉ, SONA, FILIO, SERGUESSOUM A, TAOUREMBA, MENTAO TONDIATA SILGADJI ; DANKANAO KOBIAOUA SIBBÉ PETEGOLI, OUINDOUPOLI, GARGABOULE, BOURO.	15 (CROIX- ROUGE, DJAO- DJAO, FIRGUINDI, BORGUENDÉ, CMU, AРИBINDA, DIGUEL, PETEGA, KOUYE, BADNOGO, SE, POBE MENGAO, KELBO, BOUGUE, TONGOMAYEL 06 postes de santé avancés (PSA aux sect n°1, sect n°2, sect n° 3 sect n°4 et sect n°5)	07 (CMU, CSPS CROIX ROUGE, CSPS DJAO DJAO, CSPS BADNOGO, CSPS BORGUENDE, CM AРИBINDA, CSPS DIGUEL)	342 208 NB : une partie non moins importante de cette population s'est retrouvée à Djib, Foubé, Aribinda kelbo ou carrement hors région	02 retirées (dont celle du HCR) 01 ambulance tricycle retirée
GOROM GOROM	12 (BOULKESSI, GANDAFABOU, BOSSEY- SAOUGA	10 (CSPS urbain	07 (CMA, CSPS URBAIN, CSPS DEOU, CSPS	169 426	03 retirées 01 brûlée

	DOGABE ; GANGANI, BEIGA, PETABOULI, TASMAKATT, SALMOSSI, TINAGADEL, FADAR-FADAR NORD, KACHAM OUEST, SOUKOUNDOU,	ESSAKANE, MARKOYE DEOU, OURSI, DAMBAM I, TOKABANGOU, KOREZENA, TIN- AKOFF + poste de consultation externe au niveau du CMA +1 PSA (Site A)	ESSAKANE, CSPS OURSI ; CSPS BOULKESSI, CSPS SAOUGA,)		01 ambulance tricycle retirée
DORI	07 (BANGATAKA LELLY, LAMDAMOL, TOUKABAYEL, SELLA,) GOUDEBO, NIAGASSI	SEYTENGA, GOTOUGOU, KATCHIRGA, KODJIOLAYE, MBAMGA, BANI GANGAOL, SELBO, DJIOMGA, BOUNA, KARGONO, GOULGOUNTOU, SAMPELGA, GORGADJI) BANDEDIAGA GOURMA, SOFFOKEL WENDOU, CMFV, CMU, WOULMASSOUT OU, BOMBOFA, OULO, PEOUKOYE, SIDBEBE.	11 (WENDOU, CMFV, CMU, SEYTENGA, FALANGOUNTO U, OULO, PEOUKOYE, BOMBOFA) BANI ; SAMPELGA, BOMBOFA	73414	01 à S50
SEBBA	(02) HIGA DATAMBI	(17) GATOUGOU, BOUNDORE, MANSILA, KOURORI, HABANGA, SAMBAGOU, BATIBOUGOU, TITABE, DENGA TIABONGOU, SOLHAN, TAKATAMI	04 (CMA, CSPS URBAIN, CSPS MANSILA, BOUNDORÉ,)	18028	00

		BANA, KIRGOU IBAL KIENA TEPARE			
	55	68 + 8 postes avancés	29	603 076	05 retirées 01 brûlée

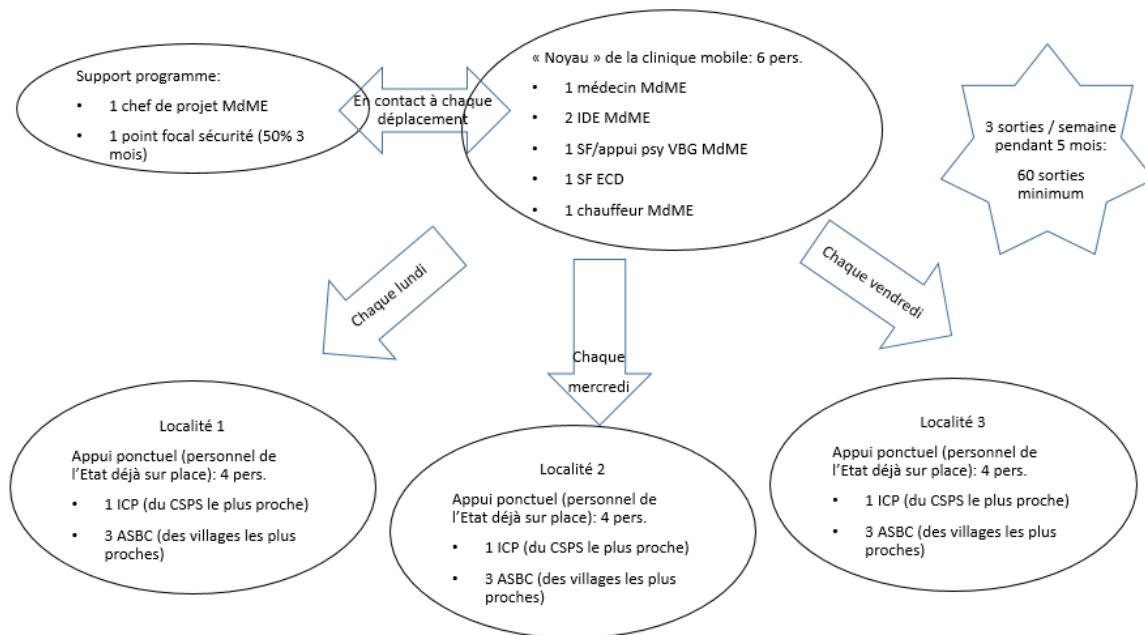
Source : Bulletin d'information_cluster_national_santé sur la situation de la fonctionnalité des FS dans la région du Sahel, août 2020.

Annexe 7 : Situation de la fonctionnalité des formations sanitaires au Centre Nord liée au contexte sécuritaire_10-08-2020.

Régions sanitaires	Somme de FS Fermées	Somme de FS Partiellement Fonctionnelle	Somme de FS Abritant les PDIs dans la zone	Somme de Population affectée
CENTRE-NORD	12	42	45	138814
BARSALOGHO	6	0	4	79371
BOULSA	0	0	7	0
BOUSSOUMA	0	0	5	0
KAYA	3	4	10	31529
KONGOUSSI	3	15	15	27914
TOUGOURI	0	23	4	0

Source : Bulletin d'information_cluster_national_santé sur la situation de la fonctionnalité des FS dans la région du Sahel, août 2020.

Annexe 8 : Organigramme de la clinique mobile mis en place par l'ONG Médecins du Monde Espagne à Djibo



Source : 191007_Proposition de projet OMS clinique mobile MdME vf

Annexe 9 : Critères du CAD pour l'évaluation de l'aide au développement

Les critères	
<p>Lors de l'évaluation des programmes et projets de développement, il est important de prendre en compte les critères exposés ci-après. Ces derniers ont été présentés pour la première fois dans le document intitulé CAD Principles for Evaluation of Development Assistance, puis définis plus en détail dans le Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats. Des explications complémentaires sont données ci-dessous, accompagnées de questions types destinées à illustrer la façon dont ils peuvent être appliqués dans la pratique :</p>	
Pertinence	<p>Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents même si le contexte évolue.</p> <p>Remarque : l'expression « correspondent aux » signifie que les objectifs et la conception de l'intervention tiennent compte des conditions – économiques, environnementales, d'équité, sociales, liées à l'économie politique et aux capacités – dans lesquelles l'intervention est menée. Le terme « partenaires/institutions » englobe les administrations (nationales, régionales, locales), les organisations de la société civile, les entités privées et les organismes internationaux participant au financement, à la mise en œuvre et/ou à la supervision de l'intervention. L'évaluation de la pertinence consiste à examiner les différences et les arbitrages entre des priorités ou des besoins différents. Elle exige également d'analyser toute évolution du contexte pour pouvoir déterminer dans quelle mesure l'intervention peut être (ou a été) adaptée afin de conserver sa pertinence.</p>
Coherence	<p>Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution.</p> <p>Remarque : Le critère cherche à examiner comment d'autres interventions (en particulier des politiques) appuient ou affaiblissent l'intervention évaluée, et inversement. Sont englobés la cohérence interne et la cohérence externe :</p> <ul style="list-style-type: none">› La cohérence interne concerne les synergies et les interdépendances entre interventions menées par la même institution/administration, ainsi que la cohérence entre l'intervention et les normes et critères internationaux pertinents auxquels l'institution/administration adhère.› La cohérence externe concerne la cohérence entre l'intervention considérée et celles menées par d'autres acteurs dans le même contexte. Elle englobe la complémentarité, l'harmonisation et la coordination avec les autres acteurs, et vérifie que l'intervention apporte une valeur ajoutée tout en évitant le chevauchement d'activités.
Efficacité	<p>Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations.</p> <p>Remarque : l'analyse de l'efficacité suppose de prendre en compte l'importance relative des objectifs ou des résultats</p>
Efficience	<p>Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.</p> <p>Remarque : le terme « économique » désigne la conversion des intrants (fonds, expertise, ressources naturelles, temps, etc.) en extrants, réalisations et impacts de la façon la plus économiquement avantageuse possible, par rapport aux options envisageables dans le contexte. L'expression « dans les temps » désigne le fait de respecter les délais fixés ou des délais raisonnablement adaptés aux exigences du contexte en évolution. Il peut s'agir d'évaluer l'efficience opérationnelle (mesure selon laquelle l'intervention a été bien gérée).</p>
Impact	<p>Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.</p> <p>Remarque : Sont englobés l'examen des capacités financières, économiques, sociales, environnementales et institutionnelles des systèmes nécessaires à la continuité des bénéfices nets dans le temps. Cela comprend les analyses de la résilience, des risques et des arbitrages potentiels entre priorités. Selon le moment où l'évaluation est effectuée, ce processus permettrait d'analyser le flux réel de bénéfices nets ou à estimer la probabilité que les bénéfices nets perdurent à moyen et long terme.</p>
Viabilité	<p>Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.</p> <p>Remarque : Sont englobés l'examen des capacités financières, économiques, sociales, environnementales et institutionnelles des systèmes nécessaires à la continuité des bénéfices nets dans le temps. Cela comprend les analyses de la résilience, des risques et des arbitrages potentiels entre priorités. Selon le moment où l'évaluation est effectuée, ce processus permettrait d'analyser le flux réel de bénéfices nets ou à estimer la probabilité que les bénéfices nets perdurent à moyen et long terme.</p>

Sources: DAC Principles for the Evaluation of Development Assistance, OCDE (1991) ; Glossaire des termes utilisés dans les évaluations, dans « Méthodes et procédures d'évaluation de l'aide », OCDE (1988) ; Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats, OCDE (2002).

Annexe 10 : Demande d'autorisation d'enquête terrain



Coordination du Master de Spécialisation en
Gestion des Risques et des Catastrophes
Université de Liège
Faculté des Sciences
Département des Sciences et Gestion de l'Environnement

A

Messieurs les Directeurs Régionaux de la Santé
des régions du Sahel et du Centre Nord

Objet : Demande d'autorisation d'enquêtes terrain

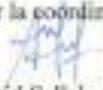
Messieurs les directeurs,

Dans le cadre de son travail de fin d'étude ici à l'Université de Liège, l'étudiant Jean-Marie OUEDRAOGO, originaire du Burkina Faso a choisi le thème sur « *l'Evaluation de la stratégie de l'utilisation des cliniques mobiles en situation d'urgence dans les régions du Sahel et du Centre Nord du Burkina Faso pour la période de 2020-2021* ». Pour ce faire, une enquête terrain est impérative afin de lui permettre de pouvoir faire une analyse objective par rapport aux résultats obtenus, de tirer des conclusions sur les leçons apprises et autres éléments parlants pouvant confirmer l'efficacité de l'approche dans l'amélioration de la couverture et de l'accessibilité aux soins aboutissant à un renforcement du système de santé. A cet effet, deux enquêteurs ont été identifiés pour mener l'enquête et nous voudrions à travers cette note solliciter votre accord et accompagnement pour la réalisation de l'enquête et de son bon déroulement dans vos régions respectives. L'enquête prendra deux semaines dans le mois d'avril et va couvrir les districts sanitaires de Dori et Djibo pour la région du Sahel et les districts de Kaya, Barsalogho et Tougouri pour la région du Centre Nord.

Dans l'espoir que notre requête rencontrera votre assentiment, veuillez recevoir Messieurs les Directeurs, l'expression de notre franche collaboration.

Fait à Liège, le 4 mai 2021

Pour la coordination du Master en Gestion des Risques et des Catastrophes


Hamid Sallah



185 Avenue de Longwy 6700 Arlon
Tél : +3263 230 886
E-mail : ahsallah@uliege.be

Annexe 11 : Autorisation de collecte de données sanitaires / Région du Centre Nord

U

MINISTÈRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION RÉGIONALE DE
LA SANTE DU CENTRE NORD

N°2021-61 /MS/SG/DRS-CN



BURKINA FASO

Unité – Progrès - Justice

Kaya, le 24 mai 2021

Le Directeur Régional

¶

Monsieur Jean Marie OUEDRAOGO

Objet : Demande de collecte de données

Monsieur,

J'accuse réception de votre demande d'autorisation d'enquête dans les districts sanitaires de Kaya, Tougouri et Bandalogho sur le thème « l'Evaluation de la stratégie de l'utilisation des cliniques mobiles en situation d'urgence dans les régions du Sahel et du Centre-Nord du Burkina Faso pour la période de 2020-2021 », pour la rédaction de votre mémoire de fin d'études et vous remercie.

Par la présente, je marque mon accord pour la collecte des données avec cette étude dans lesdits districts.

Par ailleurs, je vous invite à nous faire parvenir ainsi qu'au district concerné un exemplaire du rapport d'étude.

Veuillez recevoir, Monsieur, mes salutations distinguées.

Ampliations:

- DS/Kaya
- DS/Tougouri
- DS/Bandalogho
- DRFPTPS



Scanned by CamScanner

Annexe 12 : Autorisation de collecte de données sanitaires / Région du Sahel

MINISTERE DE LA SANTE
REGION DU SAHEL
DIRECTION REGIONALE
DE LA SANTE DU SAHEL

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

Dori, le 10 mai 2021

N°2021-113/JMS/RSHL/DRS

DRS

Le Directeur régional

A

Madame la Coordinatrice du Master
en Gestion des Risques et des Catastrophes
-LIEGE-

Objet : Votre demande d'autorisation d'enquête terrain

Madame la Coordinatrice,

J'accuse réception de votre correspondance du 04 mai 2021 relative à votre demande d'autorisation d'enquête terrain.

Par la présente, je viens marquer mon accord pour la réalisation de l'enquête de l'étudiant Jean-Marie OUEDRAOGO dont le thème est « l'évaluation de la stratégie de l'utilisation des cliniques mobiles en situation d'urgence dans les régions du sahel et du Centre Nord du Burkina Faso pour la période de 2020-2021 » dans les districts sanitaires de Dori et de Djibo.

Par ailleurs, je l'invite à prendre attaché avec les Médecins-Chefs des districts sanitaires concernés pour les modalités pratiques de l'enquête dans le strict respect de l'éthique et la déontologie qui gouvernent la recherche en santé.

Tout en souhaitant à l'étudiant plein succès à son enquête, je vous prie de recevoir, Madame la Coordinatrice, l'expression de mes salutations distinguées.

Ampliation :
Chosso


Dr Hamed S. OUEDRAOGO
Chevalier de l'Ordre de Mérite

Scanné avec CamScanner