



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 27 October 2022
Accepted, 13 February 2023
Published, 3 March 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Aspects épidémiologiques et gestion de la covid-19 au district sanitaire de Tenkodogo (Burkina Faso)

Epidemiological aspects and management of COVID-19 in the Tenkodogo health district (Burkina Faso)

Cheick Omar Diallo^{1,*}, Dounsoe Jules Valery Bonzi² et Koine Maxime Drabo³

¹Département de santé publique, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

²Département de santé publique, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

³Département de santé publique, Université Joseph Ki Zerbo/ Institut de recherche en sciences de la santé IRSS, Ouagadougou, Burkina Faso

*Correspondance : cheick23@gmail.com ; Tel : +226-71-58-69-11 / 78-86-58-81

Résumé

Le système sanitaire au Burkina Faso a été mis à rude épreuve avec la Covid-19. Nous analysons dans cette étude, les stratégies de santé publique adoptées par les formations sanitaires du District de Tenkodogo en réponse à cette épidémie. La méthodologie adoptée a consisté en une étude transversale descriptive mixte à visée analytique, menée entre juin et juillet 2021 auprès d'utilisateurs de services de santé choisis aléatoirement, d'agents de santé impliqués dans la gestion de la Covid-19 dans 11 formations sanitaires du district. Nous avons effectué une revue documentaire au sein de formations sanitaires et mené des interviews en face à face afin d'analyser les stratégies adoptées. De mars 2020 à juin 2021, 143 cas dont l'âge variait entre 1 et 77 ans ont été notifiés. Leur âge moyen était de 33,12 ans et 83,08% avaient moins de 45 ans. La Covid-19 a entraîné un risque psychologique et des répercussions sur les activités de routine. Les tests de diagnostic rapide étaient indisponibles dans certaines formations sanitaires et la limite de temps préconisée par les directives de soins a entraîné un effet inattendu dans l'exécution des protocoles de prise en charge des pathologies courantes. Le Burkina Faso devrait développer des stratégies durables et adaptées à son contexte socio-culturel et économique, en veillant à une plus grande cohérence entre le système d'information communautaire et celui des formations sanitaires, pour être plus efficace et efficient.

Mots clés : Epidémiologique, gestion, Covid-19, Burkina Faso

Abstract

The health system in Burkina Faso has been put to the test with Covid-19. In this study, we analyze the public health strategies adopted by health facilities in the District of Tenkodogo in response to this epidemic. The methodology adopted consisted of a mixed descriptive cross-sectional study with an analytical aim, conducted between June and July 2021 among randomly selected users of health services, health workers involved in the management of Covid-19 in 11 health facilities. of the district. We carried out a documentary review within health facilities and conducted face-to-face interviews in order to analyze the strategies adopted. From March 2020 to June 2021, 143 cases ranging in age from 1 to 77 years were reported. Their average age was 33.12 years old and 83.08% were under 45 years old. Covid-19 has led to psychological risk and repercussions on routine activities. Rapid diagnostic

tests were unavailable in some health facilities and the time limit recommended by care guidelines led to an unexpected effect in the execution of protocols for the management of common pathologies. Burkina Faso should develop sustainable strategies adapted to its socio-cultural and economic context, ensuring greater consistency between the community information system and that of health facilities, to be more effective and efficient.

Keywords: Epidemiology, management, Covid-19, Burkina Faso

1. Introduction

Suite à l'apparition du coronavirus ou Covid-19 à Wuhan en Chine (« De 2019-nCoV à Covid-19, le nouveau coronavirus change de nom », s. d.; Lu, Stratton, & Tang, 2020; Wu et al., 2020), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclarait face à l'explosion exponentielle des cas, l'urgence de santé publique de portée mondiale en mars 2020 (Cucinotta & Vanelli, 2020; Ministère de la santé, Burkina Faso, 2020). Courant janvier 2021, 91 389 948 cas positifs étaient recensés dans le monde (Rasskin, s. d.), pour 2% de cas et un taux de mortalité de 2% dans la zone Afro de l'OMS (« Weekly Operational Update on COVID-19 - 11 January 2021 », s. d.). Le Burkina Faso dénombrait 8 278 cas pour un taux de mortalité de 1,07% (Rasskin, s. d.). Le pays, à l'instar d'autres de la sous-région, a mis en place des stratégies (Ministère de la santé, Burkina Faso, 2020) pour contrer cette maladie qui mettait à mal le tissu socio-économique et le système de santé (OMS, 2020).

Malgré l'équipement en matériel de détection, la création d'une task-force contre les maladies à potentiel épidémique depuis 2014 (Blandine Bila & Gouo, 2015), tout semblait à refaire au Burkina Faso. En effet, l'activation de la riposte (Centre d'Analyse des Politiques Economiques et Sociales, 2020; Institut National de Santé Publique, 2020), la mise en place progressive de formations en cascade des agents de santé sur la surveillance à base communautaire (SeBaC) (Diarra-Nama, s. d.) dans les régions et Districts sanitaires (DS), n'ont pas limité la propagation de l'épidémie. Face à une gestion centralisée de la COVID-19 à ses débuts, la non-application de la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR) pourtant adoptée par le Burkina Faso depuis 1998 (Ministère de la santé, Burkina Faso, 2012), la défaillance des comités de veille communautaires, provinciaux, de gestion des épidémies, la gestion de la maladie n'a pas pu être optimale.

Des « structures organisationnelles inappropriées » (J. P. Unger, Macq, Bredo, & Boelaert, 2000) expliquent en partie l'inertie et l'incapacité d'exploitation des opportunités qui se sont présentées aux formations sanitaires. Pour Contandriopoulos, la capacité d'un système à atteindre avec efficience ses fins, dépendra du degré de cohérence qui existe dans le temps entre son système de représentations et de valeurs, sa gouvernance et son système clinique (Contandriopoulos, 2002).

La mauvaise coordination intersectorielle, la nécessité de renforcer les capacités des pays africains à détecter les urgences de santé publique et à y répondre de manière appropriée (Lokossou et al., 2021) ont été évoqués. Pour Rey et collaborateurs, la mauvaise gestion et le manque de coordination associés à l'aide internationale, remettent en cause l'efficacité et l'acceptabilité des expériences passées par les populations (Rey & Dare, s. d.).

Au Burkina Faso, au vu des stratégies mises en pratique dans l'endiguement de l'épidémie et leurs résultats, quelles leçons tirer? En d'autres termes, qu'elles ont été les opportunités pour inscrire les actions mises en œuvre au sein des Districts sanitaires (DS) dans la durée ?

Afin de « cartographier » ces opportunités pour le système de surveillance des épidémies au Burkina Faso, cette étude se fixe pour objectifs i) de décrire l'épidémiologie, les risques et les ressources

consacrées au District de Tenkodogo et ii) d'analyser les stratégies adoptées par les formations sanitaires au cours de la gestion de la COVID-19.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Type et cadre d'études

Une étude transversale descriptive mixte à visée analytique, a été menée dans le DS de Tenkodogo, en raison de sa proximité géographique avec le Togo et le Ghana et le flux de voyageurs. Ce DS a enregistré son premier cas de Covid-19 en avril 2020.

2.2. Période et population d'études

L'enquête a été menée entre juin et juillet 2021 et les données quantitatives collectées ont concerné la période allant du 9 mars 2020 au 30 juin 2021.

La population d'études était composée : i) des utilisateurs des services de santé (patients/accompagnants) du DS ayant fait l'expérience de la maladie ou impliqués dans la prise en charge d'un cas, ii) des agents de santé (AS) ainsi que des membres de l'équipe cadre de District (ECD), iii) des agents du niveau intermédiaire à la Direction Régionale de la Santé (DRS) et iv) ceux du Centre opérationnel de réponse aux urgences sanitaires (CORUS) au niveau central.

La gestion a été définie comme l'action ou la manière d'administrer, de gérer, de diriger, d'organiser quelque chose (Larousse, s. d.).

2.3. Echantillonnage et technique de collecte des données

Afin de décrire l'épidémiologie, les risques sanitaires, professionnels, socio-politiques et les ressources consacrées au DS de Tenkodogo, nous avons inclu toutes les 28 formations sanitaires à savoir les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical urbain (CMU).

Pour analyser les stratégies (préventives, de sensibilisation-communication, de dépistage, curative) et les nuisances à travers les perceptions des acteurs sur la gestion de la Covid-19, dix (10) CSPS ont fait l'objet d'un choix raisonné (zones sécurisées, situées à moins de 50 Km). Dans chacun de ces CSPS, les données ont été collectées chez : tous les infirmiers chefs de poste (ICP), l'ensemble des AS des CSPS, et cinq utilisateurs par CSPS (patient/accompagnant de malade) choisis aléatoirement (3ème, 5ème, 7ème, 9ème, 11ème) à l'issue de consultations. Il n'y a pas eu de refus.

Au CMU de Tenkodogo, les surveillants d'unités de soin (SUS) des services de la Médecine et de la Maternité où consultaient le plus de patients, ont été inclus. Cinq (05) utilisateurs ont été choisis aléatoirement à l'issue de consultations. Par service, 2 AS consentant ont été sélectionnés par tirage aléatoire à partir de la liste des agents. Il n'y a pas eu de refus.

Afin d'explorer la coordination d'ensemble dans la gestion de la Covid-19, le médecin chef du District (MCD), les Chargés de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique (CISSE) du District et de la DRS, le Gestionnaire de données du CORUS ont été inclus (Tableau 1).

Tableau 1: Effectif par niveau, des personnes enquêtées suivant la fonction (District sanitaire de Tenkodogo, juin 2021)

Niveau District :	Centres de santé et de promotion sociale (CSPS)	Centre Médical Urbain (CMU)	Equipe cadre de District (ECD)
	Infirmier chef de poste (10)	Surveillant(e) d'unités de soins (2)	Médecin chef de District (1)
	Agents de santé (29)	Agents de santé (4)	Chargé de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique (1)
	Utilisateurs (55)		
Niveau régional :	Chargé de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique Régional (1)		
Niveau central :	Gestionnaire de données (1)		

Source : Entretiens avec les personnes enquêtées de l'étude

Comme technique de collecte de données, nous avons procédé à une revue documentaire des données organisationnelles des formations sanitaires : effectif du personnel, formations et rapports dont disposaient les ICP, les SUS (télégramme lettre officielle hebdomadaire – TLOH, finances) et les CISSE (base SIMR, plans d'action du DS).

Afin d'analyser les stratégies adoptées, des entretiens en face à face ont été conduits auprès des personnels pour leur perception concernant la gestion de la Covid-19, leurs activités suivant les caractéristiques « Mintzbergienne » du DS (Mintzberg, 1980). Ce qui a permis de dégager les opportunités.

2.4. Outils de collecte, traitement, analyse et interprétation des données

Nous avons utilisé : i) une grille d'analyse documentaire pour la collecte des données épidémiologiques, des risques et des ressources ii) un questionnaire individuel a été adressé au personnel de santé et aux utilisateurs sur leur perception de la gestion de la Covid-19.

Ces outils ont fait l'objet d'un prétest dans une formation sanitaire (FS) de Ouagadougou.

Les données quantitatives ont été saisies et analysées sur Excel. La variable « Profession » a été recodée pour les besoins de l'analyse. Les caractéristiques des personnes enquêtées, les données d'épidémiologie et les risques sanitaires sont présentés en termes d'effectifs et de pourcentages.

Les données des questionnaires ont été traitées par analyse thématique avec le logiciel NVIVO 12.

Nous nous sommes référés au plan de préparation et de riposte à l'épidémie de Covid-19 au Burkina Faso et au guide d'orientation de la continuité des soins et des services de santé dans le contexte de la pandémie de la Covid-19, pour nos analyses de la gestion de la maladie et des stratégies préconisées (Ministère de la santé, Burkina Faso, 2020; Ministère de la santé, Burkina Faso & Organisation Mondiale de la Santé, 2020). La synthèse des perceptions des différents acteurs nous a permis d'appréhender les caractéristiques des FS, du DS et les opportunités manquées qui ont, ou peuvent impacter durablement le choix des stratégies.

Toutes nos analyses ont été effectuées en nous inspirant du cadre conceptuel de Lallau B. (Figure 1) (Lallau, 2004) qui propose des pistes pour explorer en situation de pauvreté, la durabilité et les capacités de choix offertes à des acteurs pour éviter les cercles vicieux.

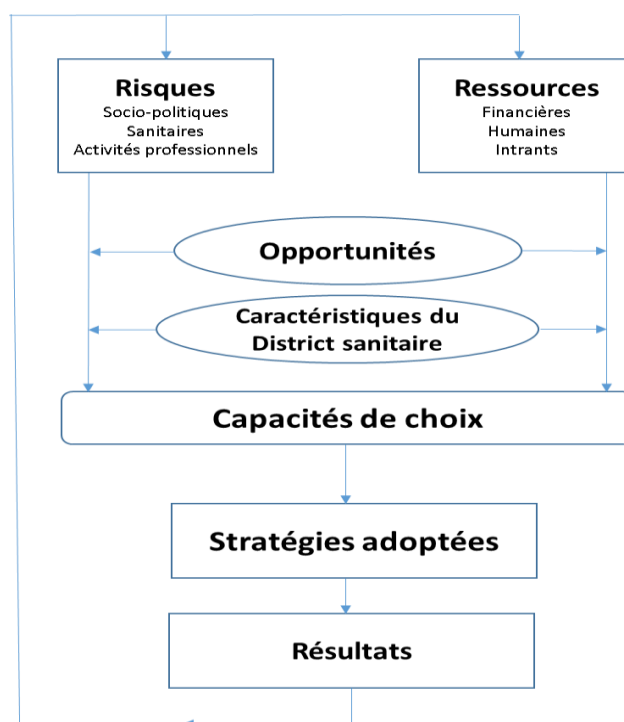


Figure 1 : Cadre conceptuel (adapté de Lallau B, 2004)

L'étude a obtenu l'autorisation du ministère de la santé et l'approbation du comité d'éthique institutionnel de l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) (N2019-012/MESRSI/SG/CNRST/IRSS/CEIRES).

La participation des personnes ciblées par la recherche était volontaire. Une fiche d'information et un formulaire ont été adressés aux enquêtés afin de recueillir leur consentement éclairé. La confidentialité des données individuelles ainsi que l'anonymat ont été préservés à l'aide de codes.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des enquêtés

Le sex ratio des enquêtés est de 1,11 en faveur des femmes. Celles-ci représentent 52,73% (29/55) des utilisateurs de services de santé et 42,86% (21/49) des agents de santé (AS).

Le nombre moyen d'agents de santé (AS) dans les formations sanitaires (FS) est de 6 [extrêmes de 3 – 17]. La moyenne d'années de service des responsables de FS de 9,4 ans [4 – 17 ans] et leur moyenne d'années de responsabilité de 2,66 ans [1 – 5 ans].

3.2. Caractéristiques « Mintzbergienne¹ » du District sanitaire de Tenkodogo

L'équipe cadre de district (ECD) assure la planification des stratégies nationales, la synthèse de l'information et des évaluations des formations sanitaires, la coordination des activités et la

¹ Le modèle de Mintzberg distingue : L'apex, la technostucture, la logistique, la ligne intermédiaire et les unités fonctionnelles

collaboration intra et intersectorielle (Plan d'action 2019 du DS). Elle est dirigée par le médecin-chef (MCD) appuyé du CISSE du District qui coordonne les activités de surveillance.

En soutien aux missions de l'ECD, la ligne intermédiaire constituée des Infirmier(e)s chefs de poste (ICP) des CSPS et de Surveillant(e)s d'unités de soins (SUS) au CMU, participent à la réussite des activités de surveillance en s'appuyant sur l'existence de dispositifs (technostructure, structures d'appui logistique), de guides (SIMR, diagnostic-traitement, ...), du laboratoire du CMU et de formations continues etc. L'OMS est le partenaire privilégié du DS en termes d'appui à la surveillance (Plan d'Action 2016-2017). La tenue des cadres de concertation pour la surveillance des épidémies est irrégulière: Comité provincial de secours d'urgence (COPROSUR), Comité provincial de gestion des épidémies (Plans d'actions 2018-2019).

En termes de capacité de dépistage et de prise en charge des maladies, on note une insuffisance en personnel qualifié au niveau CSPS (Plan d'action 2019), en plus de ruptures fréquentes d'intrants (Plans d'Action 2016-2017). Pour la gestion de la Covid-19, le DS dispose d'une seule équipe d'intervention rapide (EIR) pour ses unités fonctionnelles (27 CSPS et le CMU).

Concernant le financement des formations sanitaires, on constate des retards fréquents de virements des fonds par l'Etat (Plan d'Action 2019).

Au niveau communautaire, les populations préférentiellement ont recours à l'auto-médication, aux tradipraticiens de santé (TPS) et aux produits prohibés. La mise en œuvre des activités communautaires connaît une souffrance du fait de l'indisponibilité des indicateurs (Plan d'Action 2018). Toutefois, les CSPS ont une expérience de travail avec les leaders communautaires, coutumiers/religieux, les responsables administratifs, le personnel de santé du privé, les organisations de la société civile (OSC), les transporteurs et les agents de santé à base communautaire (ASBC), à travers les campagnes de traitement de masse, les sensibilisations/communications.

L'insuffisance de formations des agents de santé des CSPS sur le système national de l'information sanitaire (SNIS), la SIMR, influe négativement sur la surveillance et la qualité des données et est à l'origine d'une faible notification des maladies sous surveillance dans les CSPS et au niveau communautaire (Plan d'action 2019). En 2020, la proportion de prestataires de santé du DS formés en prévention contre l'infection (PCI) était de 67,60%.

3.3. *Epidémiologie, risques et ressources pour la Covid-19 au District sanitaire de Tenkodogo*

Entre le 9 mars 2020 et le 30 juin 2021, 143 cas ont été notifiés. Et 83,08% avaient moins de 45 ans [Extrêmes de 1 et 77 ans] pour une moyenne d'âge de 33,12 ans.

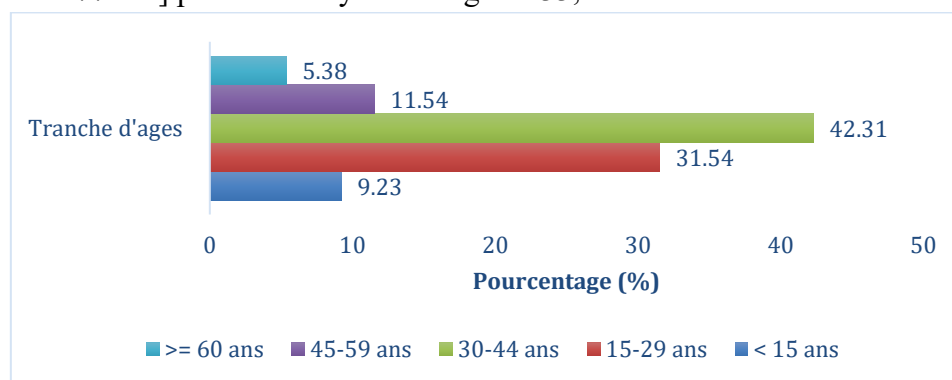


Figure 2 : Répartition par tranche d'âge des cas notifiés au District de Tenkodogo (juin 2021)

Source : Base de données COVID du service de surveillance épidémiologique (CISSE), District de Tenkodogo

La profession des cas notifiés n'était pas bien documentée, mais les professionnels de santé semblaient les plus touchés avec 26 cas (30,58 %) (Tableau 2).

Tableau 2: Profession des cas notifiés, District sanitaire de Tenkodogo (N=85)

Profession	Effectif	(%)
Professionnels de la santé	26	30,58
Institutrice/instituteur	22	25,88
Forces de défense et de sécurité	11	12,95
Etudiant(e)s	10	11,77
Chauffeur routier	6	7,06
Cultivateur/Femme au foyer	4	4,71
Autres travailleurs du public	2	2,35
Commerçant(e)	2	2,35
Orpailleur	2	2,35
Total	85	100

Source : Base de données COVID du service de surveillance épidémiologique (CISSE), District de Tenkodogo

Parmi les cas notifiés, 71 ont été confirmés (masculin : 44, féminin : 27) et 58 cas contacts identifiés (tous investigués et négatifs). Il était impossible de déterminer à partir des données locales, la provenance des cas. Parmi les cas confirmés, 98,59% ont guéri. Un décès a été enregistré en communauté (non investigué) pour 0 décès en formation sanitaire.

Les risques ont été d'ordre sanitaire pour la population et les AS, liés à la durée de la pandémie qui a entraîné un déni de la maladie et des résistances au respect des mesures de protection préconisées (port de masque, utilisation de gel hydro alcoolique ...), relevé par PAR003 (Accompagnant de malade, juin 2021) en ces termes : « *au début, les gens appliquaient bien. Maintenant ils sont fatigués* ». Le coût des accessoires de protection individuelle (masque, gel) a parfois été évoqué pour justifier les réticences. Comme le souligne PAR018 (Accompagnant de malade, juin 2021) : « *Il y'avait une période où les moyens de protections étaient moins chers mais aujourd'hui c'est cher. On ne peut plus payer une fois que s'est gâté. Ici, la daba coûte 350 f, tu ne vas pas prendre l'argent de 2 dabas pour payer [un] cache-nez* ».

Le nombre croissant de cas suspects et positifs, a fait courir aux communautés un risque psychologique. Ce qui a entraîné une baisse de la fréquentation des formations sanitaires, avec des répercussions sur les activités de routine comme la vaccination. En effet, la charge psychologique s'est accrue vu l'inexistence de traitement, la stigmatisation des cas positifs et la peur d'être contaminé. La conséquence a été un accroissement de l'automédication avec un effet sur le dépistage comme le rapporte PPT007 (ICP, juin 2021) : « *Oui il y'a eu des effets. J'ai remarqué que pendant la période, les patients qui ont la toux évitent de se faire consulter. Ils disent que : si j'arrive, on risque de me*

garder pour des examens. [...] ils préfèrent aller chercher des produits pour prendre. [...] J'ai peur que moi-même j'attrape la Covid [...], du moment où il n'y a pas de traitement fixe ».

La mise en quarantaine des villes où au moins un cas a été diagnostiqué le 27 mars 2020 et, le confinement des cas contacts décidés par l'Etat, ont été des entraves à la libre circulation des personnes et des biens (« Covid-19 au Burkina », s. d.). Cela a fait craindre un risque de crise socio-politique et économique avec des manifestations spontanées des commerçants du secteur informel.

Les ressources financières n'étaient pas suffisantes pour la mise en place effective de la PCI, malgré la diversité des sources de financement : CoGes (29,17%), budget communal (25%), communauté (4,16%), des ONG (8,33%) et du DS 33,34%. Pour nos enquêtés, ces difficultés financières seraient en partie liées à la baisse des capacités des CoGes déjà impliqués dans la politique de la gratuité des soins ; cela est rapporté par PPT003 (Agent de santé CMU, juin 2021) : « [...] Avec la gratuité il y'a beaucoup de choses que le CMU prend en charge, ça fait que c'est compliqué ».

En termes d'intrants, les tests de diagnostic rapide (TDR) pour le dépistage étaient indisponibles au niveau des CSPS, rapporté par PPT014 (Agent de santé CSPS, juin 2021) : « Ha ! Franchement dit, pour le dépistage [...] on n'a pas le matériel. Si nous constatons un cas suspect, peut-être c'est à Tenkodogo qu'on va faire le dépistage ». Ce qui s'explique par la non formation des AS des CSPS à l'utilisation des TDR, comme le confirme PPT008 (membre ECD, juin 2021) : « [...] la difficulté à notre niveau avec les TDR Covid, il y'a la formation qui n'est pas encore arrivée au niveau CSPS ».

3.4. *Stratégies adoptées dans le District sanitaire*

L'enquête a relevé quatre stratégies pour la lutte contre la Covid-19.

En termes de prévention il y a eu les :

✓ **Mesures personnelles.** Neuf FS Sur 11 (81,81%) ne disposaient pas d'équipements de protection individuelle (EPI). La vaccination de routine des enfants et celle contre la Covid-19 ont été perturbées avec un accroissement des perdus de vue, attesté par PPT001 (ICP, juin 2021) : « [...] ça a impacté sur les autres campagnes. Comme je venais de le dire plus haut, il y'a eu une campagne VPI2, j'étais obligé de faire de porte en porte [...] ».

✓ **Mesures collectives.** Seul le CMU disposait d'un service de tri fonctionnel et d'une gestion rigoureuse du flux des utilisateurs. Les AS ont confirmé l'existence de comité de veille pour chaque CSPS constitué d'ASBC, de l'ICP et des leaders coutumiers et religieux. Neuf de ces comités sur 10 tenaient régulièrement des rencontres.

✓ **Mesures environnementales.** Quatre (4) FS disposaient d'un plan de nettoyage de leurs locaux.

✓ **Mesures de ripostes.** Une salle d'isolement était disponible dans 72,72% des cas. Le guide de prise en charge de la Covid-19 était disponible dans 6 FS sur 11.

Selon les données de l'assistance téléphonique, en matière de sensibilisation-communication, le centre d'appel dédié à la Covid-19 a enregistré 9 appels venant du DS de Tenkodogo, ce qui représente 0,40% des 2236 appels recensés.

Les fournisseurs de supports de sensibilisation sur la Covid-19 étaient diversifiés (Tableau 3) et plusieurs canaux de diffusion ont été utilisés les messages (affiches, crieurs publics, radio, brochures, réseaux sociaux, télévision). La radio était la plus utilisée.

² Vaccination Polio-Injectable

Tableau 3 : Sources des supports de sensibilisation, District sanitaire de Tenkodogo

Source du support	Nombre de messages	Proportion de formations sanitaires (%)
Gouvernement	3	25,00
ONG	5	41,67
DRS	3	25,00
ECD	7	58,33
Autres	4	33,33

Source : Rapport COVID du service de surveillance épidémiologique (CISSE), District de Tenkodogo

Des difficultés financières ont modulé le nombre de diffusions, comme le rapporte PPT010 (Agent de santé CSPS, juin 2021) : « *Pour que ça soit radiodiffusé, il faut les moyens. Voilà, alors que si y'a pas les moyens, ça ne sera pas radiodiffusé. Donc les difficultés sont financières.* ».

Les AS ont relevé la clarté, la pertinence et le caractère instructif des messages, souligné par PPT003 (Agent de santé CMU, juin 2021) : « *C'était des messages courts et compréhensibles... j'ai trouvé ça très bien parce que même un enfant de CPI, un tout petit enfant qui n'est pas à l'école, sait ce que c'est que la COVID, qu'est-ce qu'il faut faire pour ne pas avoir la Covid* ».

Pour le dépistage, le test diagnostic de la Covid-19 avec les TDR était confirmé avec la PCR³, disponibles au CHR et les laboratoires de référence.

Le délai d'acheminement des prélèvements au laboratoire était inférieur à 24 h et le délai de rendu des résultats entre 24 et 72 h.

Ce dépistage relevait des EIR du centre hospitalier régional et du DS. Le rôle des CSPS se limitait à la notification des cas suspects comme le souligne PPT008 (membre ECD, juin 2021) : « *Donc ça fait que le dépistage est limité au CHR et au niveau de l'équipe [EIR]* ».

La prise en charge curative des patients a été marquée par la déstructuration de l'offre de soins, le manque de moyens de protection et de médicaments. Le comportement de certains agents de santé a aussi impacté la qualité des soins, comme le rapporte PAR001 (Accompagnante de malade, juin 2021) : « *quelquefois, il y'a la qualité, quelquefois non. Il y'a des manques de médicaments et souvent le personnel ne prend pas soins de nous* ».

4. Discussion

Les résultats obtenus offrent des éléments de réflexion sur les stratégies de gestion des épidémies au Burkina Faso et en contextes similaires.

De l'organisation au District sanitaire de Tenkodogo et la capacité de choix de ses acteurs : le système n'a pas bien intégré la gestion des pandémies nouvelles.

Le DS de Tenkodogo, à l'instar des autres districts du pays, a développé et adopté les textes organisant la riposte dès la déclaration de l'épidémie. Sa technostucture assurant la guidance scientifique, avec sa tendance à tout standardiser, a cependant été fragilisée par l'indisponibilité du guide de prise en charge de la Covid-19 pour certains AS (6 FS sur 11), les rendant « sous-informés » sur les stratégies

³ Réaction en Chaîne par Polymérase : test de diagnostic moléculaire

à adopter. L'idée traditionnelle qui est de diffuser ces guides à travers des sessions de formation des acteurs et la rareté des finances (Matt et al., 2020) ont été les causes probables.

Il a aussi manqué aux professionnels de santé la responsabilité d'être des acteurs du changement face à la variation des stratégies, du fait des nouvelles informations sur le virus. Ces dernières contrariaient les actions en plus du désir des politiques à tout centraliser. La considération organisationnelle de type bureaucratie professionnelle (Barabel, 2017) des formations sanitaires (CSPS, CMU) du district, n'a pas permis une liberté d'action et de stratégie aux CSPS, en leur permettant de sortir de la routine pour innover. Un fait déjà souligné par Unger, pour qui, les services de santé africains ont pris la physionomie que voulaient leur donner les intérêts corporatistes du personnel de santé et l'inertie institutionnelle (J.-P. Unger, 2012).

Avec la limitation du temps de prise en charge des patients préconisé par les directives de continuité des soins (Ministère de la santé, Burkina Faso & Organisation Mondiale de la Santé, 2020), l'effet inattendu a été le non-respect des protocoles de prise en charge des cas Covid-19 et des autres pathologies. Le continuum de soins s'est trouvé alors perturbé avec des temps de consultation ou d'examen physique des malades raccourcis et, un impact sur les soins curatifs, préventifs et promotionnels. En effet, l'approche verticale qui a consisté à partir du problème de santé qu'est la Covid-19 pour contrôler la maladie au lieu de partir des services de santé (approche horizontale), a induit une fragmentation des services et créé des barrières. Ce qui a entravé l'accès, généré les gaspillages et l'inefficacité, encouragé une iatrogénèse clinique, sociale et culturelle et éloigné la majorité de la population de la prévention, de l'accès aux services généraux (Atun, s. d.).

La peur légitime des agents de santé de se faire contaminer, le manque d'accompagnement psychosocial et le déni de l'existence de la maladie relevés également par Ridde (Ridde, Valéry & Faye, Adama, 2021), sont des facteurs compromettant la qualité des soins, expliquant la baisse de la fréquentation des FS et la hausse des cas. Ce qui contraste avec l'étude de Sombié et collaborateurs, qui relevait que les principales attentes des communautés du District de Tenkodogo s'orientent vers la disponibilité de soins de qualité à coût réduit (Sombié, Ilboudo, Soubeiga, & Samuelsen, 2017).

Nonobstant ces facteurs, nous avons relevé un taux de létalité nul en formation sanitaire. Diouf et collaborateurs rapportaient dans leur étude une létalité de 2,06% au Sénégal (Diouf, Bousso, & Sonko, 2020). Cette disparité de chiffres pourrait s'expliquer par une faiblesse dans l'identification des cas, la non inclusion des TPS et l'inexistence d'un système robuste de rapportage communautaire des décès et de leurs causes (autopsie verbale).

Des opportunités : Les responsables sanitaires du DS ont probablement manqué « d'audace » et d'esprit d'innovation dans un contexte de rareté des ressources.

Selon Contandriopoulos, la gouvernance n'est pas seulement la prise de décisions en position d'autorité pour organiser de façon optimale des ressources. Il est également nécessaire de tenir compte de la complexité des processus (Contandriopoulos, 2008). En matière de prévention il aurait été opportun d'activer la gouvernance locale avec au centre des préoccupations, la communauté, encadrée, orientée et informée par les agents de santé et leurs relais communautaires. Ce qui aurait permis l'empowerment (Augoyard & Renaud, 1998) pour des comportements individuel et collectif responsables, favorables à la limitation de la contamination.

La négligence des valeurs culturelles, dans les stratégies de lutte, peut expliquer l'échec de l'adhésion et de l'application des recommandations sur le long cours par les populations. En effet, selon le

ministère de la santé du Burkina Faso, parce que les TPS n'ont pas été inclus de façon efficace et les communautés peu impliquées, la prévention est restée faible (Ministère de la santé, Burkina Faso & Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Or, on connaît l'importance des TPS dans les recours aux soins et dans le circuit du malade en Afrique. Une approche inclusive avec un partage du pouvoir des professionnels, participative communautaire auraient pu contribuer à stopper la propagation de l'épidémie, avec le support logistique du DS. Le dynamisme apparent des comités de veille des CSPS, s'il était également associé à une régularité des rencontres des comités provinciaux aurait permis d'avoir une idée réelle des situations épidémiologiques.

En ce qui concerne le volet sensibilisation-communication, l'absence d'informations exploitables sur la provenance des cas, n'a pas permis de déterminer les localités où il aurait fallu intensifier les messages de sensibilisation. Les autorités sanitaires auraient ainsi pu plaider pour une implication/participation du monde associatif et des malades guéris de ces lieux dans leurs messages de sensibilisation, pour avoir un plus grand impact.

Les facteurs tels que l'oscillation de la coercition des mesures édictées à des fins politiques, les rectifications dans la communication sur la maladie, au début de la pandémie et l'absence de transparence dans la gestion de la riposte, ont entraîné le renforcement de la suspicion populaire vis-à-vis des messages.

En plus de son impact sur l'économie nationale (« Impact économique de la Covid-19 au Burkina Faso: environ 360.000 personnes touchées entre 2020 et 2021 », s. d.) lié à la fermeture des marchés et Yaars (KOACI, s. d.), la Covid-19 semblait affecter la population jeune à Tenkodogo et au Burkina Faso, alors que dans d'autres pays, elle touchait plus les personnes âgées. Un dépistage à grande échelle et l'utilisation de l'outil traceur COVIDRESULT (« Covid result », s. d.), un géo-référencement des cas et surtout une recherche-action, auraient pu permettre de confirmer ou infirmer ce constat et d'adapter nos stratégies basées sur celles adoptées par d'autres pays. En effet, pour Semporé et collaborateurs au Burkina Faso, la connaissance de l'épidémiologie d'une maladie est incontournable pour la définition de stratégies adéquates de riposte. En ce sens, la recherche est une opportunité pour la capitalisation des leçons apprises (Semporé et al., 2020).

Le manque de finances dans les FS lié au retard fréquent de virements de fonds par l'Etat, n'a pas permis aux CSPS d'anticiper plus de sensibilisations, ni de tenir régulièrement des cadres de concertation concernant les événements inhabituels. La conséquence est le constat d'une population et d'agents de santé apeurés avec une propension à l'automédication.

Très peu de FS disposaient d'un service de tri à l'entrée, ce qui explique sans doute le faible nombre de cas dépistés et la disparité des chiffres avec d'autres études menées dans la sous-région comme celle de Ridde et collaborateurs, au Sénégal, qui rapportaient 79,7% (Ridde, Valéry & Faye, Adama, 2021). Un service de tri à l'entrée, connecté sur l'outil COVIDRESULT aurait pu permettre de « capter » les cas probables fréquentant les centres de santé et le suivi des cas contacts. Malheureusement cet outil est resté réservé aux voyageurs.

Aussi, la centralisation de la PCR et le prélèvement des cas réservés aux seuls membres de l'EIR, n'a-t-elle pas facilité la collaboration entre les acteurs des laboratoires ou favorisé la transmission du savoir-faire. De plus, le manque de formation des AS des CSPS à l'utilisation des TDR a posé un problème de disponibilité de ressources compétentes. Ce qui a retardé leur mise à contribution pour le dépistage communautaire des cas.

5. Conclusion

Le monde est confronté à la ré-surgescence des épidémies ces dernières décennies. Couplés à la mobilité et la mondialisation des échanges, les risques de propagation de maladies à potentielle épidémique sont évidents. L'étude n'a pas inclut les centres de santé privés, confessionnels et présente un risque de ne pas être représentatif des districts sanitaires du Burkina Faso. Néanmoins, afin de faire face aux menaces épidémiologiques sur le long terme, le Burkina Faso devrait s'atteler au renforcement de la surveillance sanitaire et au développement de mécanismes innovants, adaptés à son contexte socio-culturel et économique pour une plus grande efficacité des stratégies de riposte et du continuum de soins.

Pour que s'opère une intégration dynamique et cohérente entre les décisions concernant les grands principes organisateurs du système d'offre de soins, les décisions en période épidémique et, au vu des faiblesses constatées dans la gestion de l'épidémie à Covid-19, une pérennité des stratégies, il faudrait repenser différemment l'action collective en capitalisant les leçons apprises. En veillant à une plus grande cohérence entre le système d'information communautaire et les formations sanitaires, le système de gestion et celui du financement et en rendant opérationnelle la veille sanitaire et son suivi du communautaire au niveau central.

Remerciements

Nous remercions tous les participants à l'étude qui ont pris le temps de répondre à nos questions et à nous faire part de leurs préoccupations. Nous remercions également le Ministère de la santé et de l'hygiène publique pour l'autorisation accordée. Cet article et la recherche qui le sous-tend n'auraient pas été possibles sans le soutien financier du projet Emerging Epidemics : Improving preparedness in Burkina Faso par le biais du Ministère des Affaires étrangères du Danemark (projet 17-06-KU).

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- Atun, R. A. (s. d.). *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ?* 35.
- Augoyard, P., & Renaud, L. (1998). Le concept d'«empowerment» et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & education*, 5(2), 28-35.
- Barabel, M. (2017). *IX. Henry Mintzberg – Les configurations organisationnelles*. EMS Editions. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management>.
- Blandine Bila, & Gouo, A. (2015, mai). *La menace Ebola au Burkina Faso entre rumeurs et riposte nationale*. Présenté au colloque en sciences sociales sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, Dakar. Dakar.
- Centre d'Analyse des Politiques Economiques et Sociales. (2020). *L'économie burkinabè à l'épreuve*

du COVID-19 : Conséquences et orientations pour un développement durable (p. 18). Burkina Faso: CAPES.

Contandriopoulos, A.-P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable?: *Gestion*, Vol. 27(3), 142-150. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0142>

Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : Une régulation orientée par la performance: *Santé Publique*, Vol. 20(2), 191-199. <https://doi.org/10.3917/spub.082.0191>

Covid result. (s. d.). Consulté 10 juin 2022, à l'adresse <https://covidinfo.sante.gov.bf/rendezvous/>

Covid-19 au Burkina : Mise en quarantaine des villes touchées à partir du vendredi 27 mars 2020 - leFaso.net. (s. d.). Consulté 19 juillet 2022, à l'adresse <https://lefaso.net/spip.php?article95747>

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 91(1), 157-160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>

De 2019-nCoV à Covid-19, le nouveau coronavirus change de nom. (s. d.). Consulté 4 février 2021, à l'adresse Regional Office for Africa website: <https://www.afro.who.int/fr/news/de-2019-ncov-covid-19-le-nouveau-coronavirus-change-de-nom>

Diarra-Nama, D. A. J. (s. d.). Encore un peu d'effort pour en finir avec la COVID-19 ! *Burkina Faso*, 15.

Diouf, I., Bousso, A., & Sonko, I. (2020). Gestion de la pandémie COVID-19 au Sénégal. *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4(3), 217-222. <https://doi.org/10.1016/j.pxur.2020.08.009>

Impact économique de la Covid-19 au Burkina Faso : Environ 360.000 personnes touchées entre 2020 et 2021. (s. d.). Consulté 3 mai 2022, à l'adresse <https://www.findevgateway.org/fr/actualites/impact-economique-de-la-covid-19-au-burkina-faso-environ-360000-personnes-touchees-entre>

Institut National de Santé Publique. (2020). *Rapport COVID 19* (N° Version 1.0; p. 48). Burkina Faso: Institut National de Santé Publique.

KOACI. (s. d.). Burkina Faso : Coronavirus, fermeture d'une trentaine de marchés. Consulté 3 mai 2022, à l'adresse KOACI website: https://www.koaci.com/article/2020/03/25/burkina-faso/societe/burkina-faso-coronavirus-fermeture-dune-trentaine-de-marches_139821.html

Lallau, B. (2004). Pauvreté, durabilité et capacités de choix : Les paysans centrafricains peuvent-ils éviter le cercle vicieux ? *Développement durable et territoires*, (Dossier 3). <https://doi.org/10.4000/developpementdurable.1185>

Larousse, É. (s. d.). Définitions : Gestion - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 5 mai 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gestion/36853>

Lokossou, V. K., Usman, A. B., Sombie, I., Paraiso, M. N., Balogun, M. S., Umeokonkwo, C. D., ... Nguku, P. (2021). COVID-19 pandemic in Economic Community of West African States (ECOWAS) region : Implication for capacity strengthening at Point of Entry. *The Pan African Medical Journal*, 39, 67. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.67.29089>

Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 401-402. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>

Matt, B., Kiendrébéogo, J. A., Kafando, Y., Tapsoba, C., Straubinger, S., & Metangmo, P.-M. (2020). *Présentation de la politique de gratuité au Burkina Faso* (N° 1; p. 76). Washington, DC: Recherche pour la Santé et le Développement et ThinkWell.

Ministère de la santé, Burkina Faso. (2012). *Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte au Burkina Faso (Section 1 à 8 : Etapes de la surveillance)*.

Ministère de la santé, Burkina Faso. (2020). *Plan de préparation et de riposte à une éventuelle épidémie de COVID-19 au Burkina Faso*.

Ministère de la santé, Burkina Faso, & Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Guide d'orientation de la continuité des soins et services de santé dans le contexte de la pandémie de la COVID-19*. Directive nationale.

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of the research on organization design. *Management science*, 26(3).

OMS. (2020, avril). *Bulletin N°5 du cluster santé*.

Rasskin, N. M. and G. (s. d.). COVID-19 Visualizer. Consulté 12 janvier 2021, à l'adresse [//www.covidvisualizer.com](https://www.covidvisualizer.com)

Rey, L., & Dare, M. (s. d.). *La gestion de la pandémie du coronavirus en contexte africain : quels enjeux?* 18.

Ridde, Valéry, & Faye, Adama. (2021). *La riposte nationale contre la COVID-19 au Sénégal : De la formulation à sa mise en œuvre*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5094678>

Semporé, E., Bazié, H., Ilboudo, B., Kpoda, H., Bila, B., Somé, T., ... Hien, H. (2020). Comment

prendre le pas sur le coronavirus dans un pays en développement : Questions et actions au Burkina Faso. *The Pan African Medical Journal*, 35(37).

Sombié, I., Ilboudo, D. O. S., Soubeiga, A. K., & Samuelsen, H. (2017). Comprendre l'influence des facteurs contextuels sur la participation communautaire à la santé : Une étude de cas dans le district sanitaire de Tenkodogo, au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 24(3), 87-95. <https://doi.org/10.1177/1757975915591685>

Unger, J. P., Macq, J., Bredo, F., & Boelaert, M. (2000). Through Mintzberg's glasses : A fresh look at the organization of ministries of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8), 1005-1014.

Unger, J.-P. (2012). *Santé publique : Postgraduat en médecine tropicale et santé internationale (Module 1—Introduction à la santé internationale)*. Notes de cours, IMT, Antwerpen, Belgique.

Weekly operational update on COVID-19—11 January 2021. (s. d.). Consulté 12 janvier 2021, à l'adresse <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---11-january-2021>

Wu, A., Peng, Y., Huang, B., Ding, X., Wang, X., Niu, P., ... Jiang, T. (2020). Genome Composition and Divergence of the Novel Coronavirus (2019-nCoV) Originating in China. *Cell Host & Microbe*, 27(3), 325-328. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.02.001>

© 2023 DIALLO et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.