



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (1)  
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023  
Received, 18 November 2025  
Accepted, 24 February 2026  
Published, 21 March 2026  
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Soma, J., et al. (2026). Qualité des soins dans les zones à défis sécuritaires : implication et autonomisation des personnes déplacées internes au Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 8(1), 202-222. <https://doi.org/10.4314/rasp.v8i1.14>

## Research

### **Qualité des soins dans les zones à défis sécuritaires : implication et autonomisation des personnes déplacées internes au Burkina Faso.**

*Quality of care in areas with security challenges: involvement and empowerment of internally displaced persons in Burkina Faso.*

**Soma Sayouma Julien<sup>1</sup>, Hien Hervé<sup>1</sup>, Bacye Y Fidèle<sup>2</sup>, Nana Félicité<sup>1</sup>, Drabo Maxime<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Institut national de recherche en science de la santé, CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup>Université de Tenkodogo, région du centre-est Burkina Faso

\*Correspondance : email : [juliensoma9@gmail.com](mailto:juliensoma9@gmail.com) ; Tel : +226 66631207 / 72945464;

## Résumé

Face aux défis sécuritaires que traverse le Burkina Faso, une stratégie de résilience du système de santé a été mise en place pour renforcer la coordination des actions sanitaires et améliorer l'offre de soins aux personnes déplacées. Cette étude avait pour objectif d'analyser les déterminants de l'offre de soins destinée aux personnes déplacées internes dans les zones à défis sécuritaires. Une étude transversale analytique a été réalisée du 06 novembre au 10 décembre 2024 sur les sites d'accueil temporaires des déplacées internes de Ouahigouya. Une approche mixte de collecte et d'analyse des données a été utilisée. Elle a inclus des personnes déplacées internes et des agents de santé. L'échantillon quantitatif était de 396 personnes déplacées internes. Les données quantitatives ont été traitées avec le logiciel R 4.4.1. Le paquet minimum d'activités offert aux déplacées internes n'était pas complet. Les soins étaient discontinus sur 3/4 des sites d'accueil. Le niveau d'implication des déplacées internes dans les soins était faible. Il n'existait pas de cadre d'échanges entre les bénéficiaires et les prestataires de soins. Les facteurs limitant l'autonomisation des bénéficiaires dans le cadre des soins étaient le faible niveau d'instruction, l'accès limité à l'information sanitaire et le manque d'activités professionnelles. L'approche centrée sur les besoins des bénéficiaires n'était pas suffisamment mise en œuvre auprès des personnes déplacées internes dans les zones à défis sécuritaires étudiées. Pour atteindre la couverture sanitaire universelle, la qualité des soins devrait également être assurée pour ces personnes vulnérables.

**Mots clés :** Offre de soins, Personnes déplacées internes, approche centrée sur les besoins, Région du nord, Burkina Faso.

## Abstract:

In response to the security challenges facing Burkina Faso, a health system resilience strategy has been put in place to strengthen the coordination of health actions and improve the provision of care to displaced persons. This study aimed to analyse the determinants of healthcare provision to internally displaced persons in areas facing security challenges. A cross-sectional analytical study was conducted from 6 November to 10 December 2024 at temporary reception sites for internally displaced persons in Ouahigouya. A mixed approach to data collection and analysis was used. It included internally displaced persons and health workers. The quantitative sample consisted of 396 internally displaced persons. Quantitative data were processed using R 4.4.1 software. The minimum package of activities offered to internally displaced persons was incomplete. Care was discontinuous at three-quarters of the reception sites. The level of internally displaced persons' involvement in care was low. There was no framework for exchanges between beneficiaries and care providers. Factors limiting beneficiaries' empowerment in healthcare included low levels of education, limited access to health information and a lack of professional activities. The beneficiary-centred approach was insufficiently implemented for internally displaced persons in the security-challenged areas studied. To achieve universal health coverage, the quality of care should also extend to these vulnerable people.

**Keywords:** Healthcare provision, internally displaced persons, Needs-based approach, Northern region, Burkina Faso.

---

## 1. Introduction

En fin 2016, le monde comptait plus de 40 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (Comité international de la Croix-Rouge, 2018, p. 3). La plupart des déplacements se font en raison des conditions sécuritaires, comme l'on le constate en Afrique de l'Ouest ces dernières années.

Au cours des cinq dernières années, les conflits armés et autres situations de violence en Afrique de l'Ouest, comme au Burkina Faso, ont forcé de plus en plus de personnes à chercher refuge ailleurs, loin de leurs terres (KONRAD Adenauer Stiftung, 2023, p. 9).

Le Burkina Faso fait face à une crise humanitaire majeure consécutive aux défis sécuritaires sans précédent qui prévalent dans le pays depuis plusieurs années. Cette crise humanitaire se caractérise essentiellement par un afflux massif de populations vers des zones jugées plus sécurisées. Le nombre de personnes déplacées internes (PDI) en mars 2023 était de 2 062 534 soit un total de 297 301 ménages déplacés (Secrétariat Permanent du CONASUR, 2023, p. 1). Ce nombre a connu une hausse de 3,17% par rapport au nombre enregistré le 28 février 2023. Les déplacements plongent les populations dans une extrême précarité, bouleversant l'existence et les moyens de subsistance de ces populations, mettant en péril des communautés et des pays, et déstabilisant des régions entières.

La prise en charge de ces PDI est un défi majeur pour le gouvernement burkinabè. Cette prise en charge est assurée de concert par les coordinations nationales mises en place et les institutions internationales. Afin d'aider toutes ces personnes à faire face à cette situation de détresse, le gouvernement a privilégié dans sa stratégie, l'hébergement des PDI par les communautés hôtes et la création des sites d'accueil temporaires pour celles n'ayant pas pu

s'insérer dans des familles hôtes (leFaso.net, 2022, p. 1). Les PDI font face à d'énormes difficultés sur leurs sites d'accueil. Les besoins prioritaires sont alimentaires, besoins en abri, besoins d'argent liquide, besoins de sécurité et besoins en santé (Secrétariat Permanent du CONASUR, 2023, p. 1). Selon le rapport du 31 mars 2024 de Humanitarian Action sur le Burkina Faso, 1,6 million de personnes étaient ciblées comme nécessitant une assistance sanitaire (Humanitarian Action, 2024, p. 1). Pour les besoins en matière de santé, de nombreuses activités sont mises en place au profit de ces PDI. Ces activités sont planifiées, coordonnées et mises en œuvre sans toujours tenir compte de l'analyse préalable des préférences de ces personnes déplacées.

L'approche des soins centrés sur la personne est une approche prenant en compte les besoins en santé des personnes de manière holistique afin d'assurer un haut niveau de qualité des services de santé qui leur sont offerts. Cette approche promue dans les zones à défis sécuritaires est composée de cinq orientations stratégiques (OCDE, Organisation mondiale de la Santé, & World Bank Group, 2019a, pp. 60-65) que sont :

- i) l'autonomisation et l'implication des personnes et des communautés ;
- ii) le renforcement de la gouvernance et de la responsabilité ;
- iii) la réorientation du modèle des soins ;
- iv) la coordination des services sanitaires au sein des secteurs et entre eux ;
- v) la création d'un environnement propice à l'offre de soins.

Comme le déclarait Donald Berwick, expert mondial en qualité des soins : « La priorité donnée à la personne n'est pas seulement un aspect de la qualité des soins de santé, elle est la clé qui ouvre la voie à toutes les dimensions de la qualité » (OECD, 2017, p. 2). Notre étude voudrait contribuer à fournir de nouvelles connaissances sur la couverture sanitaire universelle nationale. Elle vise à combler les gaps de connaissances surtout dans les zones à défis sécuritaires sur la qualité de la prise en charge des personnes déplacées internes. Ces connaissances pourraient nourrir la réflexion sur une meilleure adhésion de ces PDI à une approche plus holistique et durable des soins qui leur sont offerts sur les sites et dans les ménages d'accueil. L'objectif de cette étude était d'analyser l'implication et l'autonomisation des personnes déplacées internes dans l'offre de soins de santé sur les sites d'accueil dans la région du Nord au Burkina Faso.

## 2. Matériels et Méthodes

### 2.1. Cadre conceptuel

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins de santé primaires (SSP) comme une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble visant à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. Les soins de santé primaires tel que décrit répondent à quatre caractéristiques essentielles que sont :

- Le centrage des soins sur la personne
- L'exhaustivité des soins
- Offre de soins intégrés

- La continuité des soins.

Les réformes de la prestation des services préconisées par le mouvement des SSP vise à mettre l'être humain au centre des soins de santé, afin de rendre les services plus efficaces et plus équitables. Les services de santé qui le font commencent par établir une relation étroite et directe entre les individus, les communautés et les prestataires de soins. Cela constitue la base permettant de dispenser des soins centrés sur la personne, complets et intégrés mais aussi d'assurer leur continuité (Organisation Mondiale de la Santé, n.d., p. 47). L'introduction de soins centrés sur la personne est un moyen décisif d'améliorer la qualité. Cela implique de faire participer les patients aux décisions qui concernent leurs soins et de leur demander leur avis sur les résultats de ces soins (OCDE, Organisation mondiale de la Santé, & World Bank Group, 2019b, p. 60). Le cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, adopté en mai 2016 par les États membres lors de l'Assemblée mondiale de la santé envisage que « tous les individus auront accès de façon égale à des services de santé de qualité coproduits de manière à répondre à leurs besoins tout au long de leur vie ». Ce cadre propose cinq orientations stratégiques liées entre elles pour le développement de services et systèmes de soins centrés sur la personne que sont :

- Autonomiser et associer les personnes et les communautés.
- Renforcer la gouvernance et la responsabilité.
- Réorienter le modèle des soins.
- Coordonner les services au sein des secteurs et entre eux.
- Créer un environnement favorable (OCDE et al., 2019a, p. 61).

En prenant ce cadre stratégique comme référence, l'accès des PDI aux soins sur leurs sites d'accueil pourrait connaître une nette amélioration. Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons à la première orientation stratégique, qui consiste en l'autonomisation et l'association des personnes et des communautés dans la mise en place d'un système de soins de qualité. Il s'agira, dans notre contexte, de l'autonomisation et de l'implication des personnes déplacées internes, en leur offrant les possibilités, les compétences et les ressources dont elles ont besoin pour être des utilisateurs éclairés et autonomes des services de santé et des défenseurs d'un système de santé réformé. Cette stratégie vise à débloquer les ressources communautaires et individuelles afin d'agir à tous les niveaux. Elle vise à donner aux individus les moyens de prendre des décisions efficaces concernant leur propre santé et à permettre aux communautés de s'engager activement dans la coproduction d'environnements sains. Responsabiliser et impliquer les gens, c'est aussi atteindre les groupes de population mal desservis et marginalisés tel que les PDI afin de garantir l'accès universel à des services de qualité et d'en tirer profit. Cette orientation a quatre (4) composantes (Organization, 2016, p. 5) que sont :

- Responsabiliser et impliquer les individus et les familles.

Afin d'obtenir de meilleurs résultats cliniques grâce à la coproduction des soins, en particulier pour les maladies non transmissibles et chroniques, les individus et les familles doivent être des acteurs actifs. Cette étape est fondamentale, car ce sont les personnes elles-mêmes qui passeront le plus de temps à s'occuper de leurs besoins en matière de santé et à y répondre. Ce sont eux qui font les choix concernant les comportements sains et leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes. Elle consiste également à prendre en compte, de manière holistique, les besoins en santé des personnes et réciproque entre, d'une part, les professionnels cliniques et non cliniques et, d'autre part, les personnes utilisant les services de soins, leurs familles et leurs communautés,

améliorant ainsi leur expérience des soins.

- Renforcer et engager les communautés.

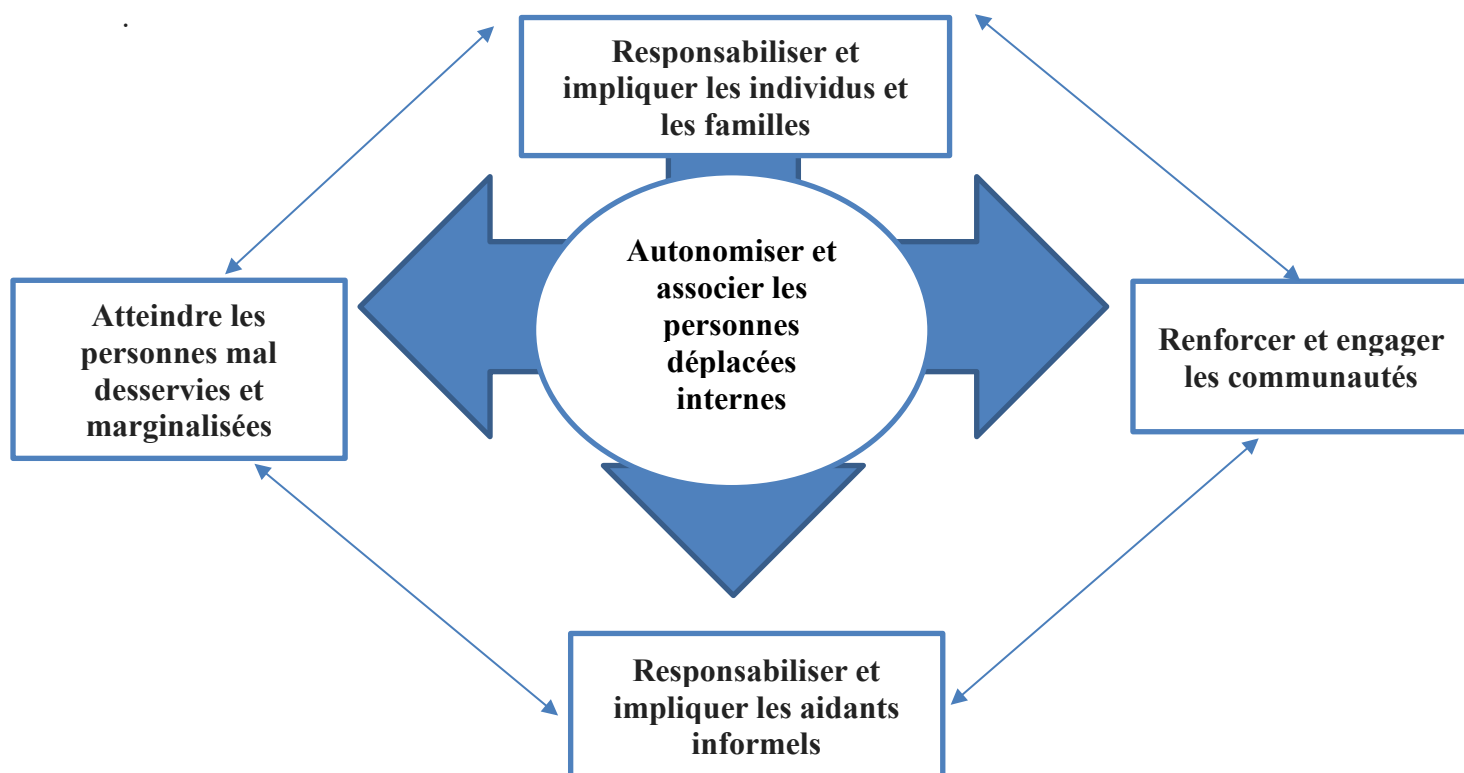
Cette approche permettra aux communautés d'exprimer leurs besoins et d'influencer ainsi la manière dont les soins sont financés, planifiés et fournis. Il contribuera à construire une relation de confiance, le respect mutuel et la création de réseaux sociaux, car le bien-être physique et mental des personnes dépend de relations solides et durables. Il renforce la capacité des communautés à s'organiser et à générer des changements dans leur cadre de vie.

- Responsabiliser et impliquer les aidants informels.

Les membres de la famille et les autres prestataires de soins jouent un rôle essentiel dans la fourniture des soins de santé. Les soignants doivent recevoir une formation adéquate afin d'être en mesure de fournir des interventions de haute qualité et de servir de défenseur des bénéficiaires de soins, tant au sein du système de santé et au niveau politique. De plus, les soignants ont leurs propres besoins pour l'épanouissement personnel et ont besoin d'un soutien émotionnel pour soutenir leur rôle. Dans notre contexte, il s'agira des agents de santé communautaire choisis parmi les PDI.

- Atteindre les personnes mal desservies et marginalisées.

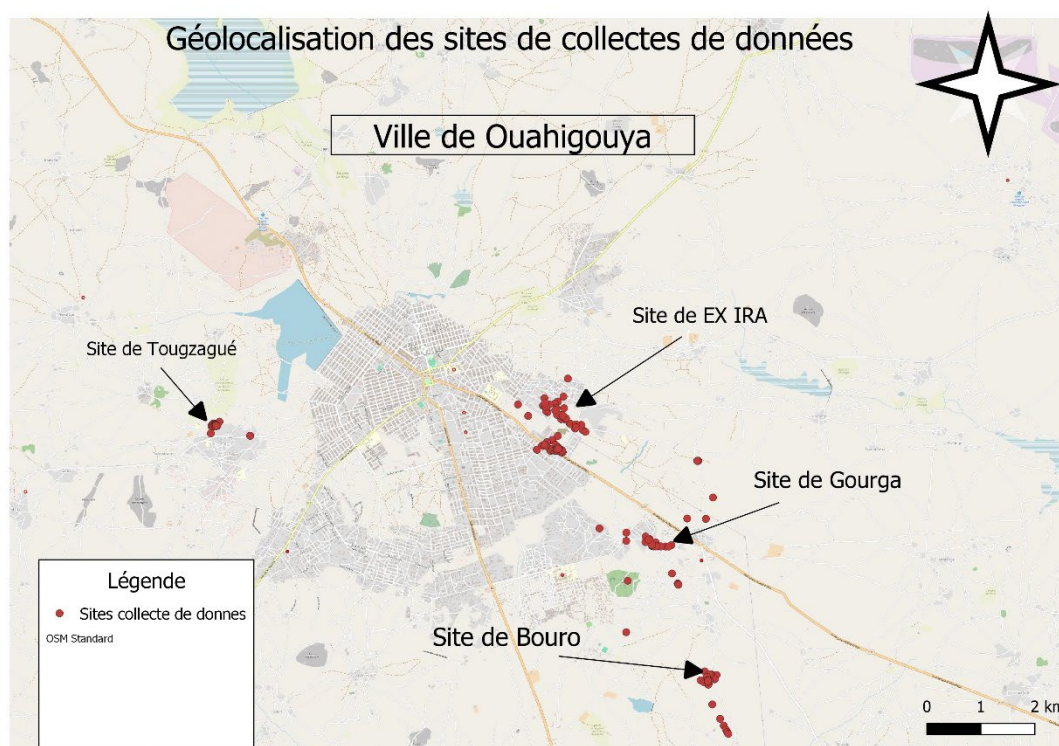
Cette approche est d'une importance capitale pour garantir l'universalité de l'accès à des services de santé de qualité. Elle est essentielle pour atteindre des objectifs sociétaux plus larges tels que l'équité, la justice sociale et la solidarité, et contribue à créer une cohésion sociale. Elle nécessite des actions à tous les niveaux du secteur de la santé et une action concertée avec d'autres secteurs et tous les segments de la société, afin de s'attaquer aux autres déterminants de la santé et à l'équité en matière de santé. La figure suivante représente une schématisation de l'autonomisation et de l'implication des PDI dans les soins sur leur site d'accueil selon l'approche des soins centrés sur la personne.



**Figure 1:** Cadre conceptuel pour l'autonomisation et l'implication des personnes déplacées internes dans le processus de soins, selon l'approche des soins centrés sur la personne. (Source : figure inspirée de celle de l'OCDE sur les cinq orientations stratégiques pour le développement de services de soins centrés sur la personne (OCDE et al., 2019b, p. 63)).

## 2.2. Lieu de l'étude

L'étude a été conduite sur l'ensemble des sites d'accueil temporaires (SAT) des déplacées internes de Ouahigouya, représentés sur la figure ci-dessous, une carte de géolocalisation. Elle comportait quatre (4) sites d'accueil temporaires en mai 2024 que sont le site de Touzagué, Bouro, Ex IRA (Institut Régional de l'Administration du Nord) et celui de Gourga (Direction provinciale de l'action humanitaire et de la solidarité nationale du Yatenga, 2024).



**Figure 2 :** Géolocalisation des sites de collecte de données (Source : le 07/12/2024 via le logiciel QGIS Desktop 3.22.9)

## 2.3. Type d'étude et Période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale analytique, avec une approche mixte de collecte de données. Les données ont été collectées du 06 novembre au 10 décembre 2024.

## 2.4. Population d'étude et critères d'inclusion

### ➤ Population d'étude

Notre étude a porté sur :

- les personnes déplacées internes des sites d'accueil temporaires (SAT) de la ville de Ouahigouya ;

- les agents de santé des structures de premier échelon de la ville de Ouahigouya ;
- trois postes de santé avancés (PSA) (Gourga, Bouro, Ex IRA) et un centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de la ville de Ouahigouya (CSPS de Touzagué).

➤ **Critères d'inclusion**

Ont été incluses à l'étude, les personnes déplacées internes âgées de 18 ans et plus, résidentes sur les sites d'accueil temporaires (SAT), sans distinction de sexe, d'ethnie ou de provenance d'origine.

Ont aussi été inclus dans l'étude, les prestataires de soins exerçant dans les postes de santé avancés des sites d'accueil et ceux exerçant dans un CSPS prenant en charge les PDI qui ne disposaient pas de PSA sur leur site.

## 2.5. *Technique d'échantillonnage et taille d'échantillon*

### **Pour le volet quantitatif :**

Nous avons réalisé un échantillonnage probabiliste à plusieurs niveaux. Nous avons réalisé un échantillonnage en grappes afin de sélectionner les individus à participer à l'étude.

Au vu de la date de la dernière mise à jour du nombre de PDI effectuée par le Comité National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR), qui remonte au 31 mars 2023, c'est-à-dire plus d'un an, et du fait que le nombre de PDI est en constante modification, nous n'avons pas pu déterminer le nombre exact de personnes déplacées internes sur les différents sites. Ainsi, nous avons utilisé la formule suivante pour déterminer le nombre de personnes à prendre en compte pour l'étude.

$n = Z^2 * p (1-p) / e^2$  : n= Taille de l'échantillon, Z= Z-Score ou variable centrée réduite, 1.96 pour un niveau de confiance de 95%, p= écart type, 0.5 soit 50%, e= marge d'erreur, 0.05 soit 5%,  $n = (1.96)^2 * (0.5) (1-0.5) / (0.05)^2$ , n=384.16 (Joseph Meyer, n.d.). Ainsi, la taille minimale de notre échantillon était de 384 PDI à inclure dans notre étude.

Les sites d'accueil temporaires (4 SAT) ont été considérés comme des grappes et classés par ordre alphabétique avec la taille de leur population cible. Avec une taille d'échantillon de 384 et 4 SAT disponibles, nous avons estimé la taille d'une grappe à  $384/4 = 96$  soit une taille de 96 personnes dans chaque grappe. À l'intérieur de chaque grappe, les concessions ont été choisies de façon aléatoire suivant la méthode du stylo. En effet, un stylo a été lancé au niveau du site et la pointe du stylo a indiqué la direction à suivre pour enquêter dans la première tente. Les autres tentes ont été visitées en partant de la gauche vers la droite après la première tente jusqu'à obtenir le nombre d'adultes souhaités dans la grappe.

**Pour le volet qualitatif**, des entretiens individuels auprès des agents de santé ont été réalisés à partir d'un échantillonnage accidentel des agents de santé présents le jour de la collecte de données dans la structure et disponibles pour répondre aux questions. Le responsable de la structure de santé a été d'office inclus dans cet entretien. Un focus group a été réalisé avec les personnes bénéficiaires par site. En tout 53 personnes ont été enrôlées dans ces focus groups. À Bouro 10 personnes (4F, 6H), à Gourga 11 personnes (6F, 5H), à Touzagué 7 personnes (5F, 2H), à l'Ex IRA 25 personnes (19F, 6H). Ce volet qualitatif avait pour objectif d'approfondir certaines variables quantitatives de l'étude.

## 2.6. *Techniques et outils de collecte des données*

Les données ont été collectées à travers :

- une enquête utilisant un questionnaire structuré adressé aux PDI conçu pour évaluer l'implication des PDI et leur autonomisation. Ce questionnaire a été adapté à partir de celui d'une étude intitulée « Facteurs associés à l'autonomie de décision des femmes pour leur santé au Sénégal » (Sougou et al., 2020) ;
- des entretiens individuels approfondis avec un guide d'entretien semi-structuré ont été réalisés avec les prestataires de soins pour identifier et connaître les caractéristiques des soins offerts aux PDI ;
- un focus group par site avec les PDI a été organisé à partir d'un guide d'entretien pour expliquer les facteurs limitant l'autonomisation et l'implication des PDI. Ces facteurs ont été identifiés lors de l'analyse quantitative. Les focus groups se sont déroulés sur les quatre sites choisis pour l'études.

Tous les entretiens ont été enregistrés après information et consentement écrit des participants. Ces entretiens ont duré entre 30 à 45 minutes à partir d'un support informatique. Ils ont été intégralement retranscrits en respectant l'anonymat des participants.

Les thèmes abordés pendant les focus groups étaient :

- les facteurs limitants l'accès des PDI aux soins de santé ;
- les mécanismes d'autonomisation et d'implication des PDI dans les soins de santé.

## 2.7. Variables de l'étude

L'objectif général de notre étude étant d'analyser les déterminants de l'implication et de l'autonomisation pour des soins centrés sur les préférences des PDI sur leurs sites d'accueil. Les variables de notre étude doivent être à mesure de nous permettre d'identifier les activités de soins qui sont offerts aux PDI, de déterminer le niveau d'implication et d'autonomisation de ces derniers dans les soins offerts et enfin d'identifier les facteurs influençant cette autonomisation sur les sites d'accueil. À cet effet, les variables ci-dessous ont été prise en compte.

### – Variables dépendantes :

- l'autonomie de la prise en charge sanitaire des PDI. Cette variable « autonomie de la prise en charge sanitaire des PDI » a été générée par la variable « personne ou entité prenant en charge vos besoins en santé », cette variable possède sept (7) modalités : le/ la répondant (e) lui (elle) même ; le/la répondant(e) et son/sa conjoint (e) ; son/sa conjoint(e) seul (e) ; un autre membre de la famille différent du/de la conjoint(e) ; une ONG ; les services de l'action sociale et humanitaire ; autres ;
- l'implication des PDI dans leur prise en charge : le niveau d'implication des PDI dans les soins offerts a été déterminé à travers une analyse des variables « type de soins offerts » et les variables « êtes-vous impliqués dans ces activités » correspondant à chaque soin offert.

– **Variables indépendantes** : l'étude a pris en compte les variables explicatives liées aux facteurs socio-économiques et démographiques, classées selon les deux catégories suivantes : facteurs individuels et facteurs liés au ménage.

## 2.8. Analyse des données

- Les données quantitatives ont été analysées par le logiciel R.

Dans l'analyse descriptive, les variables ont été présentées par leur fréquence et pourcentage. Le seuil de signification a été fixé à 5 %, et des intervalles de confiance (IC) de 95 % ont été pris en compte. Pour évaluer les facteurs associés à l'autonomie des PDI, une analyse logistique binaire a été effectuée. Le niveau d'implication des PDI dans les soins offerts a été déterminé à travers une analyse bi variée entre les variables correspondantes. Les rapports de cotes (odds ratios [OR]) ajustés (ORa) ont été calculés avec leurs intervalles de confiance à 95 %.

À l'issue de l'entretien individuel approfondi, une analyse de contenu a été réalisée pour ressortir les réponses pertinentes en rapport avec les thèmes préalablement identifiés. Chaque prestataire a été désigné par un chiffre romain et ce chiffre correspond à l'ordre de réalisation des entretiens sur les sites. Les sites ont été classés comme suit Gourga (I), Bouro (II), Touzagué (III), Ex IRA (IV).

Les thèmes de l'analyse qualitative pour les focus groups ont découlé des résultats de l'analyse quantitative à partir de laquelle nous avons fait ressortir les facteurs limitants l'autonomisation et l'implication des PDI dans les soins. Une analyse thématique permettant une approche inductive des données brutes a été réalisée. Chaque entretien a été désigné par une lettre alphabétique qui correspondait à l'ordre de réalisation des focus group sur les sites. Chaque participant a reçu un numéro selon l'ordre de prise de parole. Par exemple, B2 est la deuxième personne à avoir pris la parole pendant le focus group réalisé sur le site de Bouro.

Après lecture des entretiens, les verbatim des participants ont été classés en code selon leur signification en lien avec l'objectif. Les codes ont ensuite été regroupés manuellement dans des catégories thématiques établies par les auteurs et des sous-catégories ont secondairement pu être identifiées.

– La carte a été générée avec le logiciel de cartographie QGIS Desktop 3.22.9 à travers les données GPS recueillies sur le terrain.

### **2.9. Aspects éthiques et administratives**

Dans le cadre de notre étude, nous avons obtenu l'avis favorable du comité d'éthique et institutionnel de l'Institut National de Santé Publique (INSP) à la date du 09 juillet 2024 de la délibération numéro 2024-0007/MSHP/SG/INSP/CEI.

Avant le début effectif de la collecte de données, nous avons également reçu l'autorisation du ministère de la santé et de l'hygiène publique numéro 2024-3282/MSHP/SG/INSP du 27 mai 2024 et celle du ministère de l'action humanitaire et de la solidarité nationale numéro 2024-2780-MAHSN/CAB/CONASUR/SP/DEP du 30 octobre 2024.

La confidentialité et l'anonymat des données de tous les participants ont été respectés. Pour ce faire, les données ont été saisies à l'aide d'une codification ne permettant pas d'identifier les répondants, et les fiches issues de la collecte qualitative ont également été utilisées pour produire des contenus thématiques codifiés. Les machines utilisées disposaient de mots de passe accessibles uniquement aux investigateurs. Tous les participants ont donné leur consentement libre et éclairé à prendre part à l'étude. Les données étaient protégées par un code d'accès.

### **2.10. Biais et limites de l'étude**

– Biais de désirabilité sociale : nous avons limité ce biais en garantissant l'anonymat des participants et en administrant les questionnaires dans un environnement serein et sûr.

- Biais de sélection : nous avons minimisé ce biais en utilisant un échantillonnage probabiliste et une répartition en grappe des individus.
- Les données du CONASUR qui ont été utilisées dans cette étude sont celles de 2023 par absence de données récente du CONASUR.
- Dans le contexte du Burkina Faso, il n'existe pas encore une étude de validation de l'approche des soins centrés sur la personne. Une étude de reproductibilité (test re-test ou inter-juges) serait intéressante pour les études ultérieures.

## Résultats

### 1. Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes représentaient 72,9% des répondants. L'âge moyen étaient de 41,98 ans et les personnes mariées représentaient 78,9% des répondants. Les caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau 1.

Sur les sites de Bouro, Ex IRA et de Gourga il existait un PSA tandis que le site de Touzagué n'en disposait pas. Les PDI Touzagué se rendaient au CSPS de Touzagué qui est à environ 1000m du site.

Parmi les quatre (4) prestataires de soins interrogés ceux des sites de Gourga, Ex IRA et Touzagué étaient des infirmiers. Pendant que sur le site de Bouro, la répondante était une sage-femme.

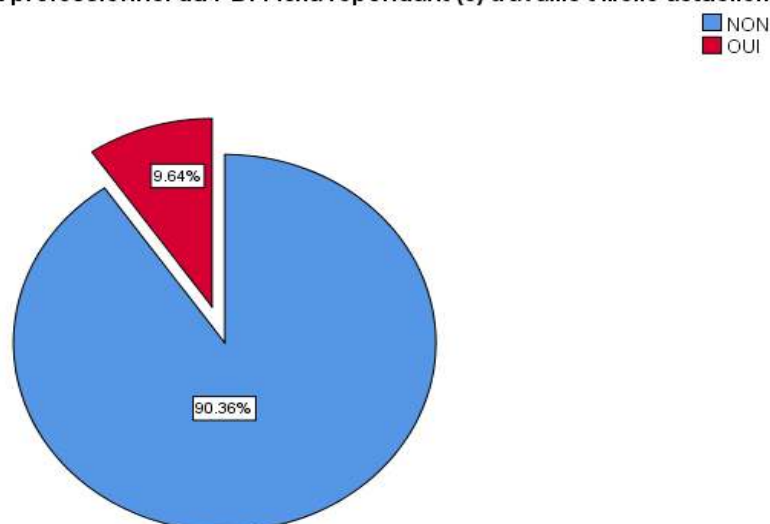
**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude (Source : Données analysées par le logiciel R).**

Variables	Effectif n=384	Proportion (%)	Moyenne	Médiane (Min-Max)
<b>Sexe</b>				
Masculin	104	27,1		
Féminin	280	72,9		
<b>Age</b>			41,98	41 (18-85)
<b>Situation matrimoniale</b>				
Marié	303	78,9		
Célibataire	14	3,6		
Veuf (ve)	67	17,4		
<b>Niveau d'instruction du répondant</b>				
Aucun	259	67,4		
École coranique	64	16,7		
Primaire	50	13		
Secondaire	11	2,9		

<b>Nombre dans le ménage</b>	9,59	9 (1-30)
<b>Statut professionnel (travaille actuellement)</b>		
OUI	37	9,6
NON	347	90,4
<b>Niveau de vie (indice de richesse OCDE)</b>		
Bas	335	87,2
Très bas	49	12,8

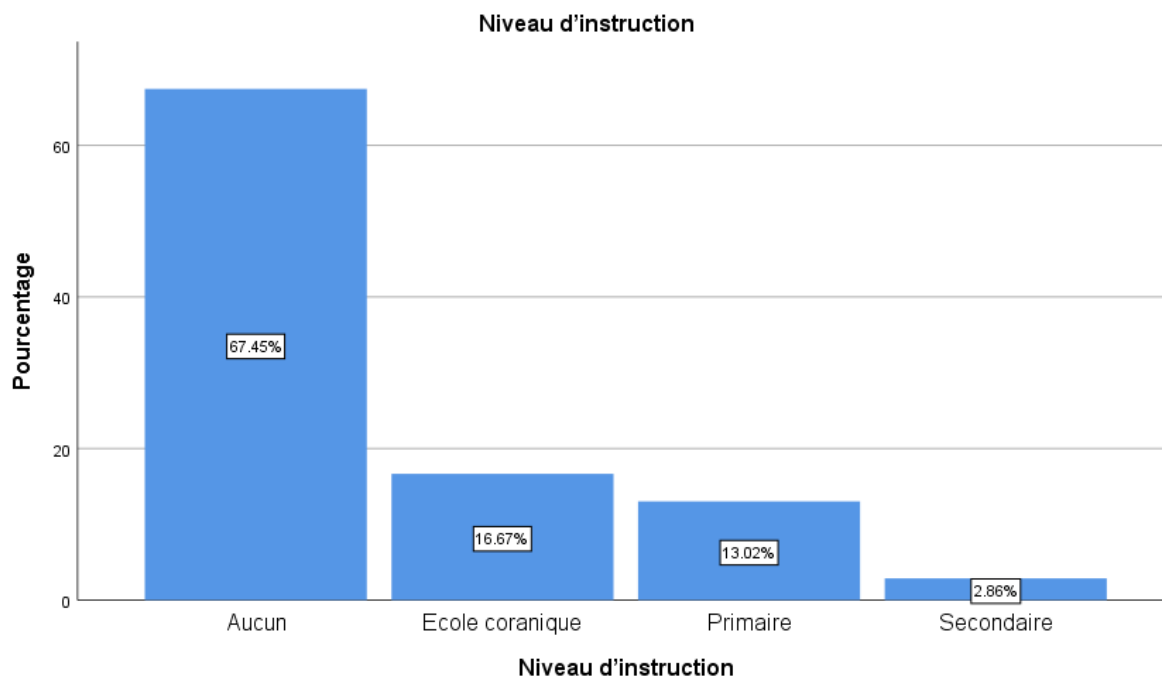
Il ressort aussi que 90,4% des personnes enquêtées n'avaient pas d'activités professionnelles et 87,2% avaient un niveau de vie bas (Figure 3).

**Statut professionnel du PDI : le/la répondant (e) travaille t'il/elle actuellement**



**Figure 3 :** Représentation graphique du statut professionnel de la population d'étude (Source : Figure générée avec le logiciel R).

Parmi les répondants, plus de 60% n'avaient pas bénéficié d'une éducation scolaire. Parmi les participants ayant bénéficié d'une éducation formelle, 16,7 % avaient fréquenté les écoles coraniques et 2,9 % avaient un niveau secondaire de l'école classique (Figure 4).



**Figure 4 :** Représentation graphique du niveau d'instruction des participants à l'étude (Source : Figure générée avec le logiciel R).

## 2. Facteurs influençant l'autonomisation des PDI

Afin de déterminer les facteurs influençant positivement l'autonomisation des PDI dans la prise en charge de leurs besoins en santé, une régression logistique binaire a été réalisée, et les résultats sont résumés dans le tableau 2. Après analyse de la relation existant entre la variable « Personne ou entité prenant en charge vos besoins en santé » et les variables explicatives, en prenant la modalité « le/ la répondant (e) lui (elle) même » comme modalité de référence nous permettant de déterminer les variables significatives pour cette modalité, il ressort que :

- les variables « lieu de résidence », « accès à l'information sanitaire », le « niveau d'instruction du/de la conjoint (e) du/ de la répondant (e) » et la « situation matrimoniale » sont très significatives pour les PDI prenant eux-mêmes en charge leurs besoins en santé avec une Pi Value respectivement de ,000 ; ,000 ; ,001 et ,011 ;
- le « sexe », « le niveau d'instruction du/de la répondant(e) », le « statut professionnel du PDI » et le « niveau de vie » ont des significativités supérieures à 10%.

Après l'analyse deux à deux des variables ayant une significativité > à 10% et la variable dépendante « Personne ou entité prenant en charge vos besoins en santé », il ressort que les variables « statut professionnel du PDI » et « niveau de vie » ont un lien fort avec la variable « Personne ou entité prenant en charge vos besoins en santé » avec respectivement un V de Cramer égal à 0,316 et 0,247.

En somme, les facteurs influençant favorablement l'autonomisation des PDI sont :

- le lieu de résidence du PDI ;

- l'accès du PDI à l'information sanitaire ;
- le niveau d'instruction du/de la conjoint (e) du PDI ;
- le statut professionnel du PDI ;
- le niveau de vie du PDI ;
- la situation matrimoniale du PDI.

**Tableau 2. Facteurs influençant l'autonomisation des PDI pour la prise en charge de leurs besoins en santé (Source : régression logistique binaire par le logiciel R).**

Variables	Significativité	OR	Intervalle de confiance	
Sexe (Homme)	.792	.909	.448	1.844
niveau d'instruction du répondant (Aucun)	.674	.864	.437	1.706
niveau d'instruction du conjoint (Aucun)	.001	3.494	1.631	7.484
lieu de résidence (Urbain)	.000	.153	.085	.273
Statut professionnel du PDI (Oui)	.825	.906	.377	2.175
situation matrimoniale (Marié)	.011	.338	.146	.783
Accès à l'information sanitaire (Oui)	.000	.202	.113	.362
Niveau de vie (Bas)	.463	1.328	.622	2.838
Tranche d'âge (18-22 ans)	.064	.896	.797	1.006

Après l'identification de ces facteurs, les focus groups avec les PDI nous ont permis de confronter ces données et comprendre le sens dans lequel ils influencent leur autonomisation. Le premier facteur limitant l'autonomisation des PDI était le **statut professionnel**. Sur l'ensemble des sites, les PDI étaient unanimes sur le fait qu'un individu n'ayant pas d'activités professionnelles ne pourrait pas faire face aux dépenses liées à la prise en charge de ses soins. Sur le site d'Ex IRA, le cas triste d'un PDI a été rapporté.

*D4 « La dernière fois que ma femme ne se sentait pas bien, on m'a donné une ordonnance à payer à la pharmacie. J'y ai rencontré un monsieur, déplacé, qui avait son enfant malade qui était hospitalisé et qui est venu avec une ordonnance. Quand ils ont calculé, le coût s'élevait à*

36 500 F et quelques monnaies...

*Le monsieur est sorti avec l'ordonnance et a dit à Dieu qu'aujourd'hui, il a des problèmes. Où est-ce qu'il va sortir avec tout cet argent-là ? « En tout cas, mon fils, ce n'est pas de ma faute, j'en ai pas aujourd'hui et j'en aurai pas demain. Dieu, sauve mon enfant ! ». Pendant qu'il s'apprêtait à partir, en abandonnant derrière lui son enfant, un autre monsieur l'a intercepté et lui a dit de ne pas partir. Séance tenante, les personnes présentes ont versé une cotisation pour couvrir les frais de cette ordonnance. » (Entretien du 16 novembre 2024 : site d'accueil temporaire de Touzagué, Ouahigouya).*

Le **niveau d'instruction** et l'**accès à l'information sanitaire** étaient les facteurs retenus par la suite par les PDI comme pouvant limiter leur autonomisation. Selon leurs dires C2 *« quelqu'un qui ne sait pas lire est comme un aveugle à l'hôpital »* (Entretien du 15 novembre 2024 : site d'accueil temporaire d'Ex IRA, Ouahigouya). Cela a été dit pour faire ressortir toute la difficulté à accéder à l'information sanitaire, à s'orienter à l'hôpital, à retrouver le service adéquat pour les soins et comprendre ce qui est inscrit sur les prescriptions médicales.

Le statut matrimonial, le sexe et la religion n'ont pas été retenu comme facteurs limitant leur autonomisation dans les soins. Il est ressorti des échanges avec eux que ces facteurs importaient peu dans la capacité à prendre en charge les besoins en santé, si l'individu avait de l'argent pour les soins, c'était déjà suffisant.

### 3. Déterminants et niveaux d'implication des PDI dans les soins

Les prestataires de tous les sites disaient disposer un mécanisme d'implication des PDI dans les soins. Les prestataires du site de Bouro disaient disposer d'agents relais au niveau de la communauté pour certaines activités de soins. II *« Sur notre site nous avons des relais communautaires PDI qui nous aident pour les activités de sensibilisation »* (Entretien du 04 décembre 2024 : PSA de Bouro, Ouahigouya)

Au niveau de Ex IRA, les PDI étaient impliquées dans les soins à travers les ASBC. IV *« nous avons des ASBC avec qui on travaille. Ils vont vers les communautés et les PDI pour les différentes campagnes de santé et autres activités de soins »* (Entretien du 10 décembre 2024 : PSA Ex IRA, Ouahigouya) Quant aux sites de Gourga et de Touzagué, l'implication des PDI était faite à travers les programmes de sensibilisation et de formation des PDI sur les maladies courantes. III *« nos ASBC font des sensibilisations sur les sites des PDI... »* (Entretien du 05 décembre 2024 : CSPS de Touzagué, Ouahigouya).

Selon l'ensemble des prestataires, les mécanismes mis en place pour l'implication des PDI dans les soins étaient efficaces. Les prestataires de Bouro justifient leur efficacité par le bon suivi

des posologies par les malades et la fréquentation de leur PSA. Au niveau de Ex IRA, le critère d'efficacité est la transmission des données de vaccination, malnutrition et de sensibilisations par les ASBC. Sur le site de Gourga, le critère d'efficacité est le niveau de santé de la population. À Touzagué, la fréquentation du CSPS et le respect des dates de CPN par les femmes étaient les principaux critères d'efficacité. Concernant l'autonomisation sanitaire des PDI, la sensibilisation était la stratégie mise en place afin de renforcer les capacités des PDI afin qu'ils puissent prendre soins d'eux même.

Du côté des PDI, la majorité considérait qu'ils n'étaient pas assez impliqués dans les soins offerts sur leurs sites et trouvait insuffisantes les mesures mises en place pour leur autonomisation. Le tableau 3 résume le niveau d'implication et les activités d'autonomisation des PDI selon les soins offerts sur leurs sites.

**Tableau 3.** Niveau d'implication et d'activités d'autonomisation des PDI dans les soins offerts sur leurs sites (Source : Données analysées avec le logiciel R).

Soins offerts	Niveau d'implication (%)	Activités d'autonomisation
<b>Activités de soins préventifs</b>		
Consultation prénatale	6,3	Sensibilisation
Consultation du nourrisson sain	8,1	Sensibilisation
consultation post natale	4,1	Sensibilisation
Vaccination	17,7	Sensibilisation
<b>Activités de soins promotionnels</b>		
Planification Familiale	16,4	Sensibilisation
Information, éducation et communication en santé	13,3	Partage l'information reçue avec les autres PDI
Éducation nutritionnelle	30,7	Apprentissage de la réalisation des bouillies enrichies pour les nourrissons et la sensibilisation
<b>Soins curatifs</b>		
consultions curatives	1,8	Sensibilisation
Soins des malades chroniques	2,6	Sensibilisation
récupération nutritionnelle	23,4	Sensibilisation et la préparation des aliments (bouillie enrichies et aliments thérapeutiques).
Prise en charge psychosociale	1,6	Sensibilisation

#### 4. Cadre d'échange entre PDI et acteurs de la santé

Les prestataires de soins ont affirmé qu'il n'existait pas de cadre d'échange les réunissant. *I* « ...en tout cas, nous n'avons pas de cadre formel pour échanger avec les PDI » (Entretien du 02 décembre 2024 : PSA de Gourga, Ouahigouya). Les contacts réalisés entre acteurs de la santé et les PDI se faisaient le plus souvent à travers le comité de gestion des PDI. L'objectif principal de ces contacts était le partage d'informations pour la réalisation d'une activité donnée et la sollicitation d'une mobilisation de l'ensemble des PDI.

Les PDI de tous les sites étaient unanimes pour dire qu'il n'existait pas de cadre d'échange entre eux et les acteurs de la santé intervenant sur leurs sites. Le comité de gestion était surtout impliqué dans la mobilisation de la communauté pour la participation aux différentes campagnes menées sur les sites.

*B1* « Quand il y a une activité de santé sur le site, nous sommes informés et nous assurons la mobilisation des personnes concernées par l'activité. Mais dire que nous avons un cadre comme ça où nous parlons, il n'y en a pas » (Entretien du 14 novembre 2024 : Site d'accueil temporaire de Bouro, Ouahigouya).

S'agissant de la disponibilité d'ASBC parmi les PDI, le site de Gourga ne disposait pas d'ASBC. Sur les sites de Touzagué et Ex IRA, il y avait deux (2) ASBC par sites mais aucun d'eux n'était PDI. Sur le site de Bouro, il y avait deux (2) ASBC, tous deux des PDI résidents sur le site. A la question de savoir s'il existait des ASBC parmi les PDI de leur site, un résident du site de Touzagué avait répondu : *C2* « jamais de la vie » (Entretien du 15 novembre 2024 : Site d'accueil temporaire d'Ex IRA, Ouahigouya). Sur les sites de Gourga et de Touzagué, les PDI disaient ne pas avoir d'ASBC parmi eux. Sur le site de Bouro, deux personnes avaient été choisies par une ONG pour jouer le rôle de relais auprès de la communauté. Leur paquet d'activités était insuffisant par rapport à celui des ASBC formés par les formations sanitaires publiques.

À Ex IRA, deux personnes (un homme et une femme) auraient été formées par le district et mèneraient régulièrement des activités avec le CSPS de Tamsin.

#### 5. Qualité des soins offerts

##### 5.1. Types de soins offerts

Les soins offerts sur les différents sites étaient essentiellement les soins du paquet minimum d'activités. Il s'agissait de soins préventifs (Consultation pré natale, Consultation des nourrissons sains, Consultation postnatale et la vaccination); soins promotionnels (Planification familiale, Information, éducation et communication en santé et éducation nutritionnelle) et des soins curatifs (Consultation curative des patients, récupération nutritionnelle et la prise en charge psychologique). La vaccination n'était pas faite sur le site de Bouro pendant qu'elle était réalisée sur le reste des sites. Seul le CSPS de Touzagué n'offrait pas de prise en charge psychologique par manque de psychologue. Les activités de soins promotionnels et de soins curatifs étaient offertes sur tous les sites.

##### 5.2. Caractéristiques des soins offerts

Sur l'ensemble des sites, il ressort des prestataires que les soins offerts aux PDI sur les sites étaient des soins de santé primaire.

*II* « Sur notre PSA nous offrons des soins de santé primaire comme dans les CSPS ». (Entretien

du 04 décembre 2024 : PSA de Bouro, Ouahigouya).

#### - **Complétude des soins**

Selon les critères de complétude, seul le PSA de Gourga offrait des soins de santé primaire complet aux PDI. Le reste des sites n'offrait pas l'ensemble du paquet d'activités.

III « Au niveau des CSPS nous n'avons pas d'agents de santé mental pour nous appuyer donc on ne peut pas dire que nos soins sont complets au vu de la situation... » (Entretien du 05 décembre 2024 : CSPS de Touzagué, Ouahigouya).

#### - **Intégration des soins**

L'ensemble des prestataires disaient offrir des soins intégrés aux PDI en fonction de leurs éligibilités aux différents programmes de santé.

III « ...par exemple quand on reçoit un enfant de 10 mois, au cours de la consultation, on vérifie s'il est à jour de ses vaccins et par exemple s'il y'a eu une campagne de Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) en cours et qu'il est éligible, on en profite pour lui administrer les médicaments » (Entretien du 05 décembre 2024 : CSPS de Touzagué, Ouahigouya).

#### - **Continuité des soins**

Seul le CSPS de Touzagué offrait des soins continus. Les PSA de Bouro et de Gourga offraient leurs soins de 08h à 15h et celui de Ex IRA de 08h à 17h.

I « Au niveau des PSA on arrête le travail à 15h, ce sont les instructions qu'on a reçues de nos supérieurs » (Entretien du 02 décembre 2024 : PSA de Gourga, Ouahigouya).

## **Discussion**

### **1. Soins offerts sur les sites d'accueil**

Les soins prévus dans le paquet minimum d'activités pour les formations sanitaires du premier échelon dans le système de santé Burkinabé n'était pas complet sur certains sites.

Cette non complétude des soins offerts est en déphasage avec la stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso décrite en 2019 (Ministère de la santé Burkina Faso, 2019, p. 8) et l'étude de Ouedraogo et al. (Ouedraogo et al., 2024, p. 155). Ces deux (2) études suggéraient que l'offre de soins dans les PSA prenne en compte l'ensemble des soins inclus dans le paquet minimum d'activités.

La continuité des soins est l'une des caractéristiques importantes dans l'offre de soins. La non continuité des soins offerts sur les sites possédant les PSA était le problème le plus rapporté par les PDI. Dans l'étude menée à Djibo en avril 2022, la même difficulté avait été soulevée par les PDI qui souhaitaient que les services soient disponibles après 04H PM (heure de fermeture des PSA) et que des gardes soient instaurées. Cependant avec le couvre-feu en vigueur pendant cette période à Djibo, une heure de fermeture des PSA avait été instaurée pour des mesures de sécurité ce qui n'est pas le cas de Ouahigouya en 2024 où il n'y a pas de couvre-feu en vigueur (Ouedraogo et al., 2024, p. 154). En effet, la non continuité des soins sur les PSA est une difficulté majeure pour les résidents des sites. Les PDI affirmaient rencontrer des difficultés à accéder aux soins après le départ des agents de santé des PSA et encore plus lorsqu'une urgence survenait au cours de la nuit.

S'agissant de l'efficacité et l'intégration des soins, l'ensemble des prestataires de soins interviewés, sur les PSA et dans le CSPS de Touzagué, affirmaient qu'ils offraient des soins

intégrés et efficaces aux bénéficiaires. Cependant les outils utilisés par les prestataires afin de mesurer l'efficacité de leurs soins (nombre de consultations prénatales, la fréquentation de leurs formations et PSA, les rapports des ASBC sur la vaccination et le bon suivi des posologies) restaient à désirer. En effet, comme le mentionnait l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) dans son rapport de novembre 2023, les critères clés d'évaluation de l'efficacité des soins étaient le degré de satisfaction des usagers des formations sanitaires, taux de fréquentation des formations sanitaires, l'adhésion aux traitements, le renforcement continue des compétences des prestataires et autres (Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), 2023, p. 6). L'approche des soins centrés sur les besoins exige qu'un système de santé soit en mesure de fournir un éventail complet de services (promotion de la santé, prévention des maladies, diagnostic et traitement, gestion des maladies, réadaptation et soins palliatifs) de manière cohérente, sûre et efficace, et en tenant compte des besoins des patients et de leurs familles (OCDE et al., 2019a, p. 59).

## **2. Implication et autonomisation des PDI dans les soins offerts**

Il ressort après notre analyse que les PDI se sentaient très faiblement impliqués dans le paquet minimum d'activités qu'ils recevaient sur leurs sites d'accueil (1,8% pour les soins curatifs, 6,3% pour les consultations prénatales et 30,7% pour l'éducation nutritionnelle) et leur capacité à se prendre eux-mêmes en charge était très faible. Dans le cadre des soins, les PDI disaient que leur consentement n'était pas toujours demandé par les prestataires de soins. Les prestataires de soins ne demandaient pas leur avis sur le processus de soins et qu'un choix thérapeutique ne leur était pas proposé. Aussi le manque de cadre d'échange entre eux et les prestataires de soins limitait leur implication, faisant donc que les PDI n'avaient aucune possibilité de proposer un chronogramme pour la mise en œuvre des activités telle que les sensibilisations ni même pour discuter des heures de fermetures des PSA. En rappel, parmi les PDI enquêtés, les premiers à arriver à Ouahigouya l'ont fait en mai 2018 donc assez ancien pour avoir leurs mots à dire sur la prise en charge sanitaire.

Cette faible implication des PDI dans le paquet minimum des soins offerts dans les PSA et l'absence de cadre d'échanges avec les prestataires de soins contrastent avec l'approche de soins centrés sur les besoins des PDI et la stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso. En effet, selon l'approche des soins centrés sur les besoins, la participation des patients, des familles et des communautés locales doit être inscrite dans la conception même d'un système de santé, et non plaquée après-coup sur ce système (OCDE et al., 2019a, p. 56). C'est dans cette même lancée que les PDI, vivant sur leurs sites depuis des années, devraient être impliquées pour l'amélioration de la qualité des soins qui leurs sont offerts. Aussi, la stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso prévoit dans la chaîne de résultats dans le produit 18 des cadres de concertation sectorielle à tous les niveaux du système de santé et aussi la théorie de changement utilisée pour la rédaction de la stratégie de résilience a à son centre la communauté (Ministère de la santé Burkina Faso, 2019, pp. 24-26). Cela témoigne du rôle capital que la communauté représente dans la mise en œuvre de toutes activités de santé.

## **3. Facteurs limitant l'autonomisation et l'implication des PDI**

Selon les PDI, les facteurs qui les empêchaient de prendre eux-mêmes en charge leurs besoins

en santé et de se sentir pleinement impliqués dans les soins étaient premièrement le manque d'activités professionnelles et la difficulté à subvenir à leurs besoins de base (statut professionnel, niveau de vie), le fait de ne pas savoir lire et s'orienter à l'hôpital (niveau d'instruction). À ces facteurs s'ajoute le manque d'accès à l'information sanitaire et la distance entre leurs lieux de résidence et les formations sanitaires (lieu de résidence). Le facteur clé limitant leur implication dans les soins était le manque de cadre d'échanges avec les prestataires de soins.

Dans le but d'améliorer les conditions de vie des PDI et d'assurer la relance économique nationale, nombreuses sont les actions entreprises par le gouvernement à travers le ministère de l'action humanitaire et de la sécurité sociale. En plus du gouvernement, elles sont nombreuses les associations et ONG qui implémentent des activités génératrices de revenus (AGR) au profit des PDI sur leurs sites d'accueil. C'est le cas du projet « Tèèlba » dans la commune de Ouahigouya, qui avait prévu la mise en place d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) au profit des femmes PDI et visait à contribuer au « relèvement économique des familles déplacées » par un mécanisme de crédit simple et autogéré (Observateur CIVITAC, 2020, p. 1). Cette stratégie d'appui aux PDI et populations hôtes vulnérables était appliquée dans les autres régions accueillant les PDI. C'est le cas de l'ONG l'allemande Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) à travers son Projet d'appui aux Déplacés Internes et de renforcement de la résilience des Communes d'Accueil (PDICA) (Deutsche Gesellschaft für & Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, 2023, p. 2). Elle intervenait pour la formation professionnelle des PDI et des populations hôtes et assure un appui des populations vulnérables dans la création et la promotion d'activités génératrices de revenus dans la région du centre-nord.

Cependant, les PDI affirmaient que ces appuis pour leur autonomisation étaient souvent insuffisants du fait du nombre limité des personnes impliquées dans ces activités (maximum 30) et de la tranche d'âge faible par moment (18 à 30 ans). Aussi il ressortait que certains acteurs venaient faire des promesses et faisaient des recensements sans jamais revenir mettre en œuvre l'activité.

### 3. Conclusion

Au terme de notre étude sur la qualité des soins dans les zones à défis au Burkina Faso selon l'approche des soins centrés sur les besoins, il ressort que les PDI sont peu autonomes et insuffisamment impliqués dans les soins qui leur sont offerts sur leurs sites. En effet, dans la mise en œuvre de la stratégie de résilience déployée sur les sites, les PDI sont des bénéficiaires passifs dans le sens que leurs avis ne sont pas pris en compte. En plus du fait que le paquet minimum d'activités n'est pas complet sur certains sites d'accueil, les efforts des prestataires pour permettre une autonomisation sanitaire des PDI sont assez minimes. Cette étude nous a permis de mettre en évidence que l'une des orientations stratégiques de l'approche des soins centrés sur les besoins n'était pas pris en compte dans les soins offerts sur les sites d'accueil des PDI. Les services de santé gagneraient à établir une relation étroite et directe entre les individus, les communautés et les prestataires de soins afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux PDI. Une étude concernant les autres orientations stratégiques de l'approche des soins centrés sur les besoins des PDI serait intéressante dans le but d'une amélioration continue

des soins offerts aux communautés en général et aux PDI en particulier.

### Remerciements

Nous adressons nos remerciements à toute l'équipe cadre du district sanitaire de Ouahigouya, au staff de la direction régionale de la santé du Nord, au staff de la direction régionale de l'action humanitaire et de la solidarité nationale, à la communauté humanitaire intervenant dans la région du Nord, l'ensemble des prestataires de soins des PSA et CSPA et aux personnes déplacées internes de tous les sites impliqués dans l'étude qui ont facilité la réalisation de cette étude

### Conflit d'intérêts

Il n'existe aucun conflit d'intérêts en rapport avec cette étude. Aucun collaborateur n'a bénéficié d'une aide quelconque pouvant compromettre la qualité de ce travail.

### Références

- Comité international de la Croix-Rouge. (2018). Les défis du déplacement interne dans les conflits armés et autres situations de violence., (0867/001), 3.
- Deutsche Gesellschaft für & Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. (2023, septembre). Burkina Faso : Appui aux personnes déplacées internes et renforcement de la résilience des communes d'accueil. LIMON Anoussé Adèle Honorine. Repéré à <https://www.giz.de/en/downloads/giz2023-fr-factsheet-PDICA.pdf>
- Direction provinciale de l'action humanitaire et de la solidarité nationale du Yatenga. (2024). *Liste de sites d'accueil des personnes déplacées internes*. Ouahigouya, Burkina Faso: Direction provinciale de l'action humanitaire et de la solidarité nationale du Yatenga.
- Humanitarian Action. (2024). *Burkina Faso Plan de Réponse Humanitaire 2024* (Rapport No. 2024). Burkina Faso: OCHA. Repéré à <https://humanitarianaction.info/plan/1179>
- Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (2023). *Rapport satisfaction des bénéficiaires des services de santé au Burkina Faso*. Ouagadougou, Burkina Faso: Institut national de la statistique et de la démographie. Repéré à [https://www.insd.bf/sites/default/files/2024-06/Rapport\\_sati%20sfaction%20des%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20des%20services%20de%20sant%C3%A9%20au%20Burki%20na%20Faso-finale\\_13062024docx.pdf](https://www.insd.bf/sites/default/files/2024-06/Rapport_sati%20sfaction%20des%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20des%20services%20de%20sant%C3%A9%20au%20Burki%20na%20Faso-finale_13062024docx.pdf)
- Joseph Meyer. (n.d.). Comment calculer la taille de l'échantillon : 14 étapes. *WikiHow*. Repéré à <https://fr.wikihow.com/calculer-la-taille-de-l-%27%C3%A9chantillon>
- KONRAD Adenauer Stiftung. (2023). *Etude de la migration au Burkina Faso*. Ouagadougou, Burkina Faso: nazan consulting. Repéré à <https://www.kas.de/documents/265798/23405107/Etude+migration+Burkina+Faso.pdf>
- leFaso.net. (2022, juin). Déplacées internes (PDI) au Burkina : 229 sites ont été aménagés dans les cinq (5) régions. *16/06/2022*, p. 1.
- Ministère de la santé Burkina Faso. (2019, 7 décembre). Stratégie de Résilience du Système de santé dans les zones à sécurité précaire au Burkina Faso (Août 2019)—Burkina Faso | ReliefWeb. Repéré à <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/strat-gie-de-r-silience-du-syst-me-de-sant-dans-les-zones-s-curit-pr-caire-au>
- Observateur CIVITAC. (2020, novembre). AGR dans le cadre du projet Tèèlba à Ouahigouya : Les femmes PDI s'organisent pour en bénéficier. *11/2020*, p. 1.
- OCDE, Organisation mondiale de la Santé, & World Bank Group. (2019a). La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. OECD. <https://doi.org/10.1787/62f287af-fr>

- OCDE, Organisation mondiale de la Santé, & World Bank Group. (2019b). *La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*. (S.I.): OECD. <https://doi.org/10.1787/62f287af-fr>
- OECD. (2017, janvier). Policy Forum—Organisation for Economic Co-operation and Development. *01/2017*, 2.
- Organisation Mondiale de la Santé. (n.d.). Soins de santé primaires, Rapport sur la santé dans le monde 2008. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organization, W. H. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. *Geneva : World Health Organization, 2019*.
- Ouedraogo, H. S., Kabore, Y. L. B., Sawadogo, N., Maiga, M. H., Sawadogo, A.-G., Salou, R. P., ... Lougue, L. C. (2024). Évaluation de l'offre de soins en situation d'urgence basée sur la mise en place des postes de santé avancés dans la ville de Djibo, Burkina Faso, avril 2022. Evaluation of care provision in emergency situations based on the establishment of advanced health posts in the town of Djibo, Burkina Faso, April 2022. *Santé publique*, 36(3).
- Secrétariat Permanent du CONASUR. (2023). *Tableau de bord général sur l'enregistrement des PDI au BF au 31 mars 2023*. (Rapport No. 03/2023). Ouagadougou, Burkina Faso: Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation.
- Sougou, N. M., Sougou, A. S., Bassoum, O., Lèye, M. M. M., Faye, A., & Seck, I. (2020). Facteurs associés à l'autonomie de décision des femmes pour leur santé au Sénégal: *Santé Publique*, Vol. 32(4), 381-388. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0381>

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

#### Note de l'éditeur

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