



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (2)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 11 March 2024
Accepted, 24 June 2024
Published, 22 August 2024
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Ouédraogo et al. (2024). Implication des structures communautaires dans la prise en charge des maladies infantiles à Boussouma et Boussé, Burkina Faso. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 6(2), 15-14.

Research

Implication des structures communautaires dans la prise en charge des maladies infantiles à Boussouma et Boussé, Burkina Faso

Hamed Sidwaya Ouédraogo^{1,2*}, Ahmed Kaboré^{2,3}, Ali Badra Traoré⁵, Karl Anicet Mohamed Kpoda¹, Maxime Koiné Drabo^{2,4}

¹Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Ouagadougou, Burkina Faso

²Laboratoire de santé publique, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

³Institut des Sciences du Sport et du Développement Humain (ISSDH), Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS)/CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

⁵Progress consulting, Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance: email: hamsid2001@gmail.com, Tel: +226 75 977 277.

Résumé

Après Alma Ata et l'initiative de Bamako, plusieurs stratégies dont la prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfant ont été développées pour rapprocher les soins des communautés et renforcer la participation communautaire dans la gestion locale des services de santé. Le Burkina Faso y a adhéré. Malgré son implémentation et l'adoption de plusieurs réformes visant à renforcer la prise en charge communautaire, des problèmes d'accès persistent avec une mortalité infanto juvénile élevée. Cette étude a été conduite pour apprécier la place accordée à la participation communautaire dans l'implémentation de cette prise en charge communautaire des maladies de l'enfant. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive qualitative conduite du 20 février au 30 mars 2023 dans les districts sanitaires de Boussé et de Boussouma au Burkina Faso. Des acteurs de structures étatiques, des partenaires et des membres de la société civile ont été interviewés à l'aide d'une grille d'entretien. Les données ont été retranscrites sur Word et une analyse de contenu thématique faite. La communauté participe à la prise en charge communautaire à travers les agents de santé à base communautaire. Mais, les structures de représentation des communautés sont insuffisamment associées à l'identification des besoins, la planification et le suivi. L'implication des municipalités est globalement insuffisante ne facilitant pas le suivi des activités et la mobilisation de ressources endogènes. La communauté participe faiblement aux étapes clés de la planification et suivi de la prise en charge communautaire de maladies de l'enfant limitant l'appropriation et les résultats visés par la stratégie.

Mots clés : Participation communautaire, prise en charge communautaire intégrée, agent de santé communautaire, planification participative, district sanitaire, Burkina Faso

Abstract:

After from Alma Ata and the Bamako initiatives, a number of strategies have been developed, including community-based integrated management of childhood illnesses, to bring healthcare closer to communities and strengthen community participation in the local management of health services. Burkina Faso has signed up to these strategies. Despite its implementation and the adoption of several reforms aimed at strengthening community-based care, problems of access persist, along with high infant and child mortality. This study was conducted to assess the place accorded to the role of community participation in the of childhood illnesses management. It was a descriptive qualitative cross-sectional study conducted from February 20 to March 30, 2023 in the health districts of Bousse and Boussouma in Burkina Faso. Actors from state structures, partners and members of civil society were interviewed using an interview grid. Data were transcribed into Word and a thematic content analysis was carried out. The community participates in community care through community-based health workers. However, community representative structures are not sufficiently involved in needs identification, planning and monitoring. Municipalities are insufficiently involved overall, making it difficult to monitor activities and mobilize endogenous resources. Community participation in the key stages of planning and monitoring community-based management of childhood illnesses is low, limiting ownership and the results targeted by the strategy.

Keywords: Community participation, community health, integrated community care, community health worker, participative planning, health district, Burkina Faso.

1. Introduction

La mortalité infantile en Afrique subsaharienne dans les années 90 était à 179 pour 1000 (Banque Mondiale, 2024). Cette forte mortalité constituait une préoccupation majeure pour la majorité des pays en voie de développement et les maladies transmissibles telles que les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la rougeole, le paludisme, le VIH/Sida et la malnutrition étaient les plus tueuses (Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP) & USAID, 2012; WHO, 2002). Des réflexions ont alors émergé, portées par l'assemblée mondiale de la santé portant sur la création de services de santé ruraux plus accessibles aux communautés (Van Olmen, Marchal, Van Damme, Kegels, & Hill, 2012) et des initiatives internationales ont vu le jour. C'est ainsi que la quasi-totalité de ces pays a adopté le concept des soins de santé primaire vulgarisé après la conférence d'Alma Ata de 1978 (WHO, 1978) et ont engagé des stratégies relevant du vaste champ de la santé communautaire qui permet à une collectivité géographique de réfléchir sur les problèmes de leur santé, d'exprimer leurs besoins prioritaires et de participer à la mise en œuvre d'interventions qui répondent à leurs priorités (Marx, 2021).

Au Burkina Faso, l'adoption de ces stratégies de santé communautaire a évolué en plusieurs étapes. Elle est passée par l'utilisation des premiers agents de santé communautaires dans les

années de la révolution burkinabè de 1983 suivi de la décision du pays d'opérationnaliser une stratégie nationale de PCIME-c. Dès les années 2010, le pays a mis en œuvre la prise en charge à domicile («PECADO») du paludisme (Seck & Valéa, 2011) dans le cadre du plan stratégique de santé communautaire en 2008 et le plan stratégique (2010-2014) de la PCIME-c. Elle a été mise à l'échelle avec le paquet actuel de PCIME-c dont la mise en œuvre est basée sur les agents de santé à base communautaires (ASBC), un profil institutionnalisé en 2016 par le Gouvernement Burkinabè (Ministère de la santé, 2014; Ouédraogo et al., 2023).

La PCIME-c était censée donner aux agents de santé communautaires des compétences nécessaires pour offrir des soins proches des ménages, et améliorer le recours aux centres de santé, etc. (Malou Adom, Ouendo, Salami, Napo-Koura, & Makoutodé, 2014). Le Burkina Faso a choisi de poursuivre la quête de la couverture sanitaire universelle à travers des stratégies éprouvées dont la PCIME-c (Ministère de la santé, 2022; Ministry of Health BF, 2018). La stratégie a été utilisée pour renforcer la résilience du système dans le contexte de crise sécuritaire (Ouédraogo et al., 2023).

Malgré les efforts consentis pour développer des interventions de qualité au profit de leurs populations, les pays ont été confrontés aux difficultés économiques et les soins sont restés peu accessibles (Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP) & USAID, 2012). Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a certes fortement diminué depuis les années 90 au Burkina Faso, mais il reste encore élevé estimé à 48 pour 1000 selon l'Enquête démographique de santé conduit de 2021 (Ministère de l'économie, des finances et du développement (MINEFID), 2023). Les explications qui ressortent de quelques études antérieures sont entre autres, les inégalités d'accès géographiques aux soins (Ministry of Health BF, 2023) et (Ouédraogo et al., 2023), le niveau socioéconomique (Siri & Sanogo, 2020), etc. A cela s'ajoute le faible recours des ménages aux prestations des ASBC selon une évaluation conduite par Baya et al en 2015 (Baya, et al., 2015). La nature de ces facteurs qui limitent l'atteinte des performances nécessitent des solutions qui impliquent fortement les communautés.

Nous avons ainsi conduit cette étude qui avait pour objectif d'apprécier le rôle joué par la participation communautaire dans le processus de développement et de mise en œuvre des interventions communautaires (plus particulièrement la PCIME-c) au niveau des districts sanitaires de Boussouma et Boussé. La pertinence de cette étude se justifie par le fait que plusieurs réformes ont été initiées au Burkina Faso pour renforcer la décentralisation en santé, mais aussi certaines devaient booster la mise en œuvre des interventions communautaires dont la PCIME-c avec le recrutement des ASBC en 2017 et l'adoption de la gratuité communautaire en 2018 (Matt et al., 2020) en appui aux actions déjà en cours dans le secteur de la santé sans pouvoir réduire la mortalité infantile comme souhaité. Cette étude visait spécifiquement à i) analyser l'interaction entre les parties prenantes majeures de la mise en œuvre de la PCIME-c et analyser leur participation à la planification globale et la mobilisation des ressources afin que formuler des propositions qui puisse renforcer l'appropriation et la pérennité de cette PCIME-c dans nos pays aux ressources limitées.

2. Matériaux et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive qualitative conduite du 20 février au 30 mars 2023. Les données ont été collectées dans les districts sanitaires de Boussouma et Boussé au Burkina Faso qui en compte soixante et dix. Le district sanitaire de Boussé couvre cinq (05) communes pour une population de 199 999 habitants et compte 33 formations sanitaires. Celui de Boussouma couvre trois communes rurales avec une population de 239 894 habitants et compte 29 formations sanitaires (voir Figure 1) (Ministry of Health BF, 2023).

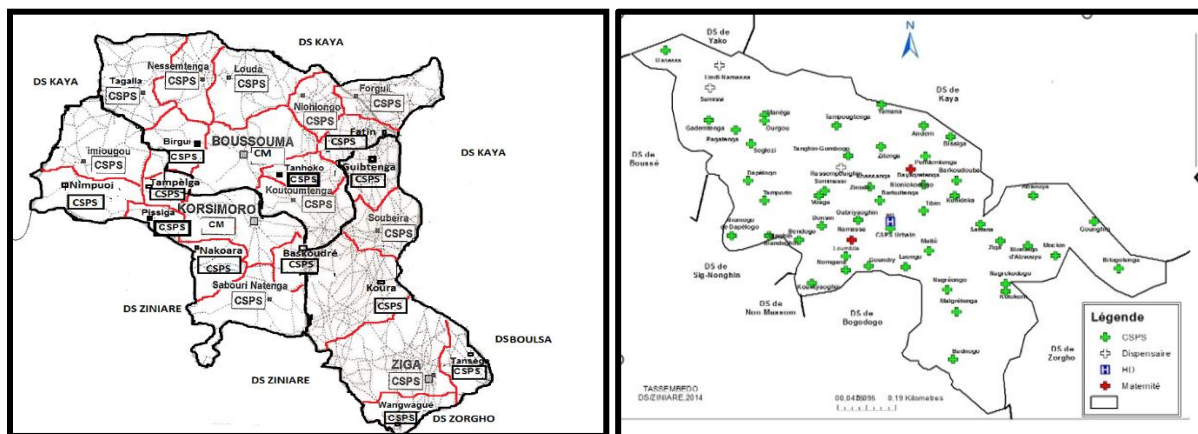


Figure 1 : Cartes sanitaires des districts sanitaires de Boussouma (à gauche) et de Boussé (à droite)

Pour atteindre le but assigné à notre étude, nous avons utilisé le modèle de Rifkin et *al.* (Fournier & Potvin, 1995) et celui de Hill et *al.* (Hills, Carroll, & O'Neill, 2004) afin d'identifier les variables à étudier tous deux conçus pour des évaluations de la participation communautaire avec une complémentarité qui nous permettait de l'approfondir en analysant l'implication des communautés de la conception des interventions jusqu'à leurs évaluations finales et donc d'identifier de nouveaux résultats utiles pour le renforcement des systèmes de santé.

Rifkin dans sa démarche pour mesurer la participation communautaire a identifié cinq dimensions qui sont : le leadership, l'identification des besoins, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion. Hill et *al.* (2004) ont identifié trois domaines dont les deux que nous avons retenus dans cette étude sont la planification d'une part et organisation et exécution des actions communautaires d'autre part.

Pour une exploitation judicieuse de ces deux modèles, nous avons dans un premier temps utilisé les éléments descriptifs du domaine planification du modèle de Hill et *al.* (2004) pour mieux cerner dimensions de Rifkin que sont l'identification des besoins et l'exercice du leadership des acteurs communautaires. Ensuite, nous avons apprécié à travers les éléments descriptifs de Hill et *al.* (2004) les dimensions de Rifkin que sont l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion.

La populations d'étude était constituée de trois groupes d'acteurs: i) agents membres des structures étatiques à différents niveaux du ministère en charge de la santé que sont les directions centrales, des directions régionales de santé, des équipes cadre de districts sanitaires et des centres de santé périphériques ; ii) des organisations communautaires que sont les Comité de gestion (CoGes), les associations/ONG locales et les membres de structures partenaires du ministère en charge de la santé (agence du système des Nations Unies, société civile dont les organisations non gouvernementales (ONG)) ; iii) des membres d'associations et organisations à base communautaire. Ces acteurs ont été choisis de façon raisonnée (Tableau 1) selon le niveau de responsabilité et d'implication de la mise en œuvre des activités de santé

communautaire, les niveaux d'exercice ou d'emploi dans le système de santé, le partenariat avec les services de santé rapporté à partir des plans d'action 2023 des 2 districts.

Tableau I: Répartition des participants par catégorie et rôles

Catégorie d'acteurs	Acteur	Rôle	Nombre
Responsables des Collectivités territoriales	Responsable de conseils municipaux	Gouvernance locale,	3
Ministère de la santé/niveau central	Directeurs en charge de la santé communautaire (actuel et anciens) et agents	Elaboration des politiques et traduction en stratégie Planification, suivi de la mise en œuvre et mobilisation de ressources financières	5
Régions sanitaires et districts sanitaires	Membres des directions régionales de la santé	plaidoyer, planification et suivi de la mise en œuvre, mobilisation des ressources financières	8
	Membres des équipes cadre de district sanitaires	plaidoyer, planification et suivi de la mise en œuvre, mobilisation des ressources financières	11
Agence des nations Unies	Chargés de programme au niveau national et régional	Plaidoyer, participation à l'élaboration des stratégies, participation à la planification et au suivi des interventions	4
Organisations communautaires	Membres COGES	Assurer la gestion des formations sanitaires en collaboration avec les responsables administratifs	4
	Responsables et agents d'ONG et associations	Plaidoyer, participation à l'élaboration des stratégies, participation à la planification et au suivi des interventions	6

L'interview individuel en face à face a été utilisé pour la collecte des données avec un guide d'entretien semi-structurée. La susceptibilité liée au contexte sociopolitique et sécuritaire n'a pas permis l'utilisation systématique du dictaphone. Pour ce faire nous avons utilisé les versions papiers et/ou le dictaphone selon l'accord écrit des enquêtés.

Les variables de l'étude ont été le profil des acteurs communautaires, la connaissance du but visé par la PCIME-c, l'implication dans l'identification des stratégies et besoins, l'implication dans la planification et la mise en œuvre, les dispositifs de suivi et la mobilisation des ressources financière.

Les données collectées ont ensuite été retranscrites et saisies sur Word. Elles ont fait l'objet de codification et une analyse du contenu thématique a été faite en utilisant le logiciel QSR NVivo 14. Les discours en lien avec nos variables ont été retenus.

Les données collectées ont été compilées dans un dossier électronique et sécurisées par un code dont l'accès est limité à deux acteurs dont l'investigateur principal et l'assistant qui a conduit le processus de collecte des données.

L'étude a bénéficié d'une autorisation du comité d'éthique de recherche en santé du Burkina Faso dans sa délibération N°2023-03-061.

3. Résultats

3.1. Acteurs de la mise en œuvre des interventions communautaires dont la PCIME-c

Les discours recueillis dans le tableau 2 a permis l'identification de trois catégories d'acteurs communautaires sont associées au processus d'implémentation des interventions à base communautaire. Le premier groupe est celui des personnes, membres des communautés auxquelles le système de santé fait recours pour l'offre de service dans un rôle pratiquement d'auxiliaires des services de santé. Les agents de santé à base communautaire issus de la communauté sont les principaux acteurs de la mise en œuvre de la PCIME-c.

Ensuite, nous avons identifié le second groupe des organisations communautaires structurées et intervenant au niveau opérationnel aux côtés des équipes de santé au niveau des deux districts. Ces acteurs apportent divers soutiens sur plusieurs plans (communication, dotation et transport d'intrants en soutien au fonctionnement des ASBC, ...). Les CoGes jouent un rôle central dans le fonctionnement des centres de santé et appuient les ASBC. Nous avons enfin la communauté, elle-même qui est bénéficiaire des différentes interventions avec des soutiens directs apportés par moment à ces ASBC. Ces différents apports en ressources ont été répertoriés dans le tableau 3.

A côté de ces catégories d'acteurs communautaires, on retrouve les partenaires techniques et financiers (PTF) constitués des agences du système des Nations Unies, des ONG internationales et de tout autre bailleur accompagnant les structures étatiques pour la mise en œuvre de la PCIME-c. Ces PTF appuient le système de santé de diverses manières et complètent le trépied de partenariat (Gestionnaires des services de santé-Structures de représentation communautaire-PTF) nécessaire à la mise en œuvre des interventions communautaires.

L'analyse du rôle joué par ces différents groupes d'acteurs a été faite et présentée dans le tableau 3 et 4 en nous basant en grande partie sur les récits des interviewés récapitulés dans le tableau 2. Elle a été exploitée progressivement dans les parties ci-après.

3.2. Connaissance des objectifs visés par la mise en œuvre de la PCIME-c

L'ensemble des personnes enquêtées au niveau des directions régionales de la santé et de l'hygiène publique, des districts sanitaires et des structures partenaires avaient une bonne connaissance des objectifs stratégiques de la PCIME-c. Les connaissances des acteurs ont été analysées dans le tableau 3 et 4 (selon leurs susceptibilités à faciliter ou non l'appropriation de la PCIME-c) avec des citations illustratives dans le tableau 2. Les avis recueillis sur les objectifs visés par la stratégie convergent sur la notion de renforcement de l'accès et amélioration de l'état de santé des enfants. De façon spécifique et selon les résultats obtenus, les CoGes ne connaissent pas parfois la portée des activités des ASBC et surtout ce qui est fait dans le cadre de la PCIME-c.

Aussi, il nous a été rapporté que les responsables municipaux interviewés ne connaissaient même pas le contenu du paquet d'activités offert dans le cadre de la PCIME-c et n'étaient pas à mesure de nous donner le but visé par cette stratégie (tableau 4).

Tableau II : Codage des catégories de citations basé sur notre modèle conceptuel adapté des modèles de Hill et Rifkin

Domaines de mesure de la participation communautaire	Citations illustratives selon le domaine
Acteurs communautaires	<p>« Nous avons les agents de santé à base communautaire, les leaders de villages, les mères leaders, les pères responsables villageois, les volontaires communautaires » P5.</p> <p>« Les rôles des PTF sont la formation des acteurs, de la reproduction et de la dotation de supports ainsi que d'intrants, (...) » E24.</p> <p>« Je ne connais pas trop le travail des ASBC » COGES2</p> <p>« Au niveau des villages, je ne sais pas trop ce qu'ils font exactement » COGES3</p>
Connaissance des objectifs visés de la PCIME-c	<p>« La PCIME-c est mise en œuvre pour réduire la faiblesse des indicateurs d'où la promotion de leadership des jeunes et des organisations de jeunesse pour l'amélioration de leur santé » E27.</p>
Existence de cadre de concertation	<p>« Au niveau central, il y'a le Comité de réflexion et de coordination des interventions à base communautaire (comité IBC) qui regroupe les directeurs régionaux de la santé et de l'hygiène publique, des représentants de districts sanitaires, les partenaires techniques et financiers, les directions techniques, la société civile dont les sessions sont trimestrielles. Il y'a aussi la Task-force en santé communautaire qui regroupe les directions techniques, la société civile, les autres ministères (Finance, Action sociale, etc.) et dont les sessions sont mensuelles » E24.</p> <p>« Il n'y a pas de comité formel dédié à la santé communautaire. Il s'agit de cadres intégrés selon les ressources financières (CODI, CTRS, CSD, ECD-ICP-COGES) » E9.</p> <p>« Les cadres sont intégrés aux cadres existants. Les activités spécifiques sont plus orientées vers la validation des données » E10.</p> <p>« Nous participons à des cadres intégrés sur la santé communautaire (DS, DRSHP, centre de santé, communautés, leaders religieux et coutumiers, responsable communal, (...)) mais avec beaucoup d'irrégularités » E28.</p> <p>« J'ai jamais discuté des problèmes des ASBC » COGES1</p>
Identification concertée des Besoins	<p>« Il faut une implication davantage et responsabiliser les membres des communautés à s'approprier des stratégies d'intervention communautaires » E27.</p> <p>« C'est difficile cette participation des communautés avec une faible implication surtout au niveau des différents maillons (suivi, élaboration des besoins) » E28.</p> <p>« On discute de la propriété, des soins des enfants et d'autres » COGES4</p>
Association à la planification stratégique et opérationnelle des interventions	<p>« Les organisations à base communautaire planifient en concertation avec les formations sanitaires et les responsables du village » nous confie E10.</p> <p>« Les structures communautaires étaient peu impliquées à l'étape de planification, sauf dans une moindre mesure l'infirmier chef de poste qui est le conseiller du COGES du centre de santé périphérique ou des ASBC parfois » P5.</p>

Implication des acteurs communautaires dans la mise en œuvre	<p>« La formation des communautés, la mobilisation et la participation aux rencontres (...) ; l'appui renouvellement produits de santé du CSPS » E2.</p> <p>« Les associations sont impliquées pour la planification et la réalisation des activités promotionnelles et préventives, en collaboration avec les formations sanitaires. Les associations ne sont pas impliquées dans les activités curatives » E24.</p> <p>« L'appui au renouvellement des produits de santé, du matériel et des supports et un appui aux associations locales dans la sensibilisation » E2.</p> <p>« Il y a un bon niveau d'implication dans la planification mais un faible niveau dans la mise en œuvre » E21.</p> <p>« C'est l'ICP qui nous informe par rapport aux activités des ASBC ; vraiment nous méconnaissons leurs problèmes » COGES1</p> <p>« Nous assurons la sensibilisation des communautés, l'approvisionnement du dépôt, l'interface avec les agents de santé » COGES2</p> <p>« Beaucoup de choses sont conçues pour eux-mêmes avec une faible implication dans la chaîne de participation communautaire » E4.</p> <p>« Ces acteurs sont insuffisamment impliqués du fait de problèmes d'organisation en amont. Parfois il y'a une faible disponibilité à accompagner leur participation malgré l'engagement des acteurs » E1.</p>
Mécanismes de suivi	<p>« Il existe des directives telles que le module de formation de base des ASBC, le plan d'accélération de la mise à l'échelle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de moins de 5 ans au niveau communautaire et des soins du nouveau-né à domicile y compris la possible infection bactérienne grave chez les nourrissons de moins de 2 mois » E22</p> <p>« Aussi, il y'a la plateforme de gestion de tous les ASBC, plateforme digitale du répertoire de tous les ASBC géré par la DPES et mise à jour par les acteurs au niveau intermédiaires et périphériques » E22</p> <p>« Les mécanismes de suivi sont la validation des prestations, les supervisions spécifiques non financées » E11</p> <p>« C'est l'ICP qui nous informe par rapport aux activités des ASBC vraiment nous méconnaissons leurs problèmes » COGES1</p> <p>« ASBC ne nous font pas le bilan de leurs activités mais le major nous informe parfois de ce qu'ils mènent comme activités » COGES2</p> <p>« Souvent, les ASBC m'informent pour leurs sorties pour les campagnes » COGES4</p>
Mobilisation des ressources et la gestion	<p>« Il y a énormément de besoins en ressources financières dans la mise en œuvre de la stratégie nationale. Dans le dossier d'investissement de la santé communautaire, la couverture des cibles de PEC du paludisme simple, de la diarrhée et de la Toux suivant le scénario moyen est très dérisoire (inférieur à 10%). Cela est lié au non passage à échelle de la PCIME et au rupture fréquente d'intrants. » E24</p> <p>« Les COGES, les municipalités et parfois de bonnes volontés assurent la mobilisation sociale, la gestion des ressources de la FS, font des dons et assurent le paiement des soins offerts » E16.</p> <p>« La mobilisation des ressources a toujours été insuffisante pour réussir une mise en œuvre correcte » E21.</p> <p>« La faible allocation des ressources se traduit notamment par les difficultés de passage à l'échelle pour les interventions à haut impact (PCIME-c, traitement pré-transfert, SNN à domicile, ...), l'irrégularité dans le paiement de la motivation des ASBC. Le financement de ces stratégies est dans leur majorité assuré par les PTF, malgré les efforts consentis, la part des ressources domestiques reste faible » E22.</p> <p>« Les ASBC ont parfois des Primes impayées ou en souffrance » COGES1</p>

Tableau III : Facteurs renforçant la participation communautaire dans la mise en œuvre de la PCIME-c

Acteurs communautaires	Connaissance des objectifs visés de la PCIME-c	Existence de cadre de concertation	Identification concertée des Besoins	Association à la planification stratégique et opérationnelle des interventions	Implication des acteurs communautaires dans la mise en œuvre	Mécanismes de suivi	La mobilisation des ressources et la gestion
ASBC, les relais communautaires des écoles de mari, les agents villageois, membres d'association, les personnes ressources volontaires - Conseils municipaux, les CoGes, les organisations à base communautaires (OBC), les conseils villageois de développement (CVD), les associations et organisations non gouvernementales (ONG) locales	- Connaissances des structures responsables d'associations : +l'amélioration des conditions de santé des populations et des enfants +Réduire la faiblesse des indicateurs - Bonne connaissance des objectifs par les gestionnaires de services	- Existence de cadre statutaire utilisés pour apprécier la PCIME-c - Existence dans de DS de Boussouma de cadre spécifiques sur la santé communautaire - Rencontres spécifiques aux activités des OBC - Participation des associations à certains cadres statutaires - Existence de cadre spécifiques à ces projets (utilisables par les acteurs)	- Implication des acteurs - Réalisation d'enquête de base suivi d'un diagnostic communautaire - Commandes des ASBC par le circuit du CSPS et supervision par les responsables des CSPS	- Existence de directives de planification - implication dans des réunions des DRSHP, et DS	- décentralisation - Conduite d'activités de sensibilisation - Innovation des PTF à travers des stratégies comme le human centered design	- Les organisations à base communautaires (OBC) selon E4 collaborent avec les formations sanitaires pour le suivi et supervision des ASBC - Recours à des membres de communauté comme les ASBC pour les soins	Intégration de la santé communautaire dans les PA des DS et DRSHP

3.3. Existence de cadres de concertation

L'implication des acteurs communautaires selon notre modèle conceptuel peut être facilitée par l'existence de cadres institutionnels ou plateformes dédiés aux concertations.

Sur l'appréciation du fonctionnement des cadres de concertation entre acteurs étatiques et acteurs communautaires dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIME-c dont plusieurs ont été cités, les avis divergent.

Ces cadres de l'avis de certains de nos interlocuteurs ne se tiennent pas irréguliers et le régulièrement et DS de Boussouma disposaient plus d'opportunités de rencontres sur la santé communautaire utilisés pour discuter en intégrer de la PCIME-c que le DS de Boussé. Les cadres de concertation impliquant les acteurs communautaires étaient donc des cadres intégrés selon plusieurs responsables permettant d'apprécier par moment les performances de la PCIME-c (tableau 2 et 3).

Les cadres statutaires qui suppléent à l'absence de cadres spécifiques et permettent les échanges sur la mise en œuvre des différents volets de la PCIME-c sont :

- les rencontres entre les directions régionales de santé et de l'hygiène publique (DRSHP), les districts sanitaires (DS) et les organisations à base communautaires (OBC) ;
- les sessions de comité technique régional de santé (CTRS) au niveau régional et les sessions des conseils de santé des districts (CSD) au niveau des DS ;
- les rencontres entre les équipes de cadre de districts, les COGES des centres de santé et les infirmiers chefs de poste ;
- les sessions des clusters de santé et nutrition organisées entre les équipes de DRSHP et les DS dans le cadre de la gestion des problèmes humanitaires.

Des cadres non spécifiques à la santé communautaire ou instaurés par des projets ont été cités par les répondants de notre étude comme opportunité de collaboration sur la mise en œuvre de la PCIME-c. Il s'agit de cadres tels que les rencontres d'échanges dans le domaine de la nutrition ou du Wash.

Il y'a des difficultés de fonctionnement des cadres et le principal goulot qui a été relevé est l'insuffisance de financement entraînant une irrégularité de tenue des sessions (tableau 2, 4). Aussi, la représentativité des structures communautaires est jugée insuffisante par nos enquêtés (Tableau I4).

Tableau IV : Facteurs entravant la participation communautaire dans la mise en œuvre de la PCIME-c

Acteurs communautaires	Connaissance des objectifs visés de la PCIME-c	Existence de cadre de concertation	Identification concertée des Besoins	Association à la planification stratégique et opérationnelle des interventions	Implication des acteurs communautaires dans la mise en œuvre	Mécanismes de suivi	La mobilisation des ressources et la gestion
ASBC, les relais communautaires des écoles de mari, les agents villageois, membres d'association, les personnes ressources volontaires - Conseils municipaux, les CoGes, les organisations à base communautaires (OBC), les conseils villageois de développement (CVD), les associations et organisations non gouvernementales (ONG) locales	- Méconnaissance du paquet des ASBC par les collectivités - Pas de connaissance précise des objectifs de la PCIME-c par les responsables municipaux	- Pas de cadres spécifiques pour la PCIME-c - Opportunité de rencontres variables selon les DS et la présence de bailleurs - Peu de rencontres spécifiques entre le conseil municipal et les gestionnaires de services - Insuffisance de financements pour la tenue de sessions	- Insuffisance de compétences - Barrière linguistiques	- Insuffisance de compétences - Barrières linguistiques - Faible implication des communautés et structures les représentants - Insuffisance d'implication des conseils municipaux - Conception projets avec une faible implication dans la chaîne de participation communautaire	- Conflits entre personnels de membres de la communauté - Conflits entre responsables de structures communautaires et gestionnaires de services de santé	- Pas de sorties conjointes avec les - Conseils municipaux pour le suivi - Non transmission de rapports	- Niveau de financement faible - Implication insuffisante des conseils municipaux

3.4. Identification concertée des Besoins (communauté/équipes CSPS)

Des différentes réponses recueillies, certains responsables de structures communautaires ont assuré être impliqués dans l'identification des besoins (tableau 2). Mais le niveau d'implication est à améliorer de l'avis de la majorité des enquêtés. L'implication de la communauté à cette étape d'identification des besoins est insuffisante pour plusieurs raisons et quelques aspects cités ont trait aux conditions de fonctionnement des cadres de concertation et l'insuffisance de compétences des acteurs communautaires pour accompagner le processus (tableau 2, 4). Nous relevons le fait que les besoins de produits de santé à commander au niveau des CSPS sont évalués par les membres COGES. Ces derniers disent ne pas cependant connaître les problèmes auxquels ces ASBC sont confrontés et les besoins qui s'en déduisent éventuellement.

3.5. Association à la planification stratégique et opérationnelle

Nos interlocuteurs au niveau district sanitaire et régional ont assuré que les structures communautaires sont associées à l'étape de planification des activités visant à permettre la mise en œuvre des stratégies communautaire dont la PCIME-c.

Dans la même veine, certains acteurs communautaires aussi affirment être impliqués durant toute la chaîne (début à la fin) avec une enquête de base suivi d'un diagnostic communautaire. Et les structures partenaires y vont parfois dans des innovations conceptuelles pour mieux impliquer les acteurs communautaires. Mais il existe visiblement de grosses insuffisances surtout à cette phase de planification (tableau 2 et 4) avec une faible implication des collectivités territoriales et des autres acteurs communautaires à cette phase de la planification.

3.6. Niveau d'implication des acteurs communautaires dans la mise en œuvre

Les ASBC, membres de la communauté, assurent intégralement l'administration des soins aux enfants dans le cadre de la PCIME-c qui est le volet curatif de l'offre de service communautaire consacré aux enfants (tableau 2). Les mairies font des apports ponctuels en intrants sont impliqués dans la conduite du processus et la validation du recrutement des ASBC. De plus, ils sont chargés de la mobilisation de ressources dans le contexte de la décentralisation (tableau 2 et 3). D'autres structures comme les CoGes qui ont été identifiées comme l'interface entre communauté et CSPS.

Aussi, les associations ont été citées comme acteurs majeurs avec un rôle circonscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIME-c (dotation en ponctuel en intrants et participation à la sensibilisation surtout).

Quant aux organisations à base communautaires (OBC), ils collaborent parfois avec les formations sanitaires pour le suivi et supervision des ASBC. Les CoGes appuient le CSPS dans la mise en œuvre de certaines activités de sensibilisation en communauté mais n'y ont pas intégré les activités de la PCIME-c.

Les ONG d'envergure assurent la mobilisation de ressources financières et des appuis techniques aussi bien au niveau central que déconcentré. Le niveau d'implication des acteurs communautaires est très circonscrit dans le cadre de la mise en œuvre de cette PCIME-c (tableau 2, 4).

3.7. Participation au suivi des activités implémentées dans le cadre de la PCIME-c

Les différents mécanismes de suivi rapportés sont essentiellement les sorties de supervisions qui sont mises en œuvre par les structures étatiques (DRSHP et DS) et parfois de façon conjointe avec les équipes de formations sanitaires et les OBC (tableau 2, 3). Le niveau d'implication des acteurs communautaires dans le suivi des activités de terrain demeure faible. Il a été relevé un faible niveau d'information des CoGes sur la mise en œuvre de la PCIME-c par les ASBC et ces CoGes même s'ils sont parfois informés de la mise en œuvre des activités ne semblent pas impliqués dans le suivi au quotidien. Il n'a pas été mis en place un mécanisme de suivi de ces

ASBC pour les municipalités qui chapeautent pourtant le processus de recrutement et assurent la mise en œuvre de la décentralisation. Les responsables des communes sont peu informés des performances car ils disent également ne pas recevoir de données ni de rapport sur la mise en œuvre des activités de la PCIME-c (tableau 2, 4).

3.8. La mobilisation des ressources et la gestion

La portée des efforts consentis pour la mise à disposition des ressources a été appréciée. Des efforts ont été déployés par différents acteurs pour le financement.

Le niveau de financement est resté malgré tout faible. Le niveau de mobilisation de ressources endogène et surtout les communes pour le financement de la PCIME-c est globalement faible et limite son déploiement (tableau 2 et 4).

4. Discussion

Représentation des communautés et possibilités de participation des communautés dans le processus de mise en œuvre de la stratégie

Nos résultats nous ont permis de classer les acteurs communautaires en trois groupes : i) les membres des communautés ; ii) les organisations communautaires structurées et intervenant en appui aux équipes de santé dont les CoGes; iii) enfin la communauté elle-même. Les partenaires techniques et financiers (PTF) assistent ces acteurs et contribuent parfois à leurs organisations. Ces acteurs jouent divers rôles à différentes étapes et à des degrés divers que nous allons discuter dans les parties ci-après. Ces groupes d'acteurs de la participation communautaire sont en parfaite cohérence avec ceux répertoriés dans la stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023. De ce référentiel, il ressort que le Burkina Faso met en œuvre des interventions de santé à base communautaire avec la participation des communautés à travers les agents de santé à base communautaires, les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales et les associations (USAID et al., 2021). Cette participation des acteurs communautaires permet aux populations de participer à la construction d'un système qui leurs délivre des services qui répondent à leurs besoins et en continue (Marx, 2021).

Les agents de santé à base communautaires sont un profil d'acteurs qui a toujours été au cœur des politiques de santé dans les pays en Afrique Subsaharienne comme c'est le cas du Niger depuis 1966 (Ridde, 2005) et au Burkina Faso avec les initiatives de la révolution d'août 1983 (SIA, 2010). Les agents de santé communautaires ont été également impliqués dans l'offre de soins curatifs de base à travers cette PCIME-c dans plusieurs autres pays comme en République démocratique du Congo (Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP) & USAID, 2012), au Bénin (Malou Adom et al., 2014), en Ethiopie ou en Inde (Marx, 2021). Le rôle par ces agents communautaires est très varié avec des niveaux d'institutionnalisation très différents d'un pays à l'autre. Le Burkina Faso est parti d'un profil de bénévole avec une grande diversité des acteurs utilisés tel que soulevé par Seck et al. (2011), à un profil de l'agent de santé communautaire très bien institutionnalisé avec un processus de recrutement et de renforcement de capacité bien codifié (Ouedraogo et al., 2023). Cette institutionnalisation avec la formalisation des mécanismes de motivation de l'agent de santé à base communautaire est un grand atout pour le système de santé pour des prestations communautaires de qualité (Malou Adom et al., 2014). Le pays est bien avancé et pourrait améliorer l'intégration de ces acteurs dans le dispositif de soins à l'image de l'Ethiopie (Marx, 2021) en créant des passerelles pour les acteurs ayant des diplômes pouvant les permettre plus de responsabilités dans ce dispositif communautaire. L'application du déploiement effectif du profil d'agents de santé communautaire (ASC) recruté avec un niveau de qualification plus élevé et formé au sein de

l'école nationale de santé publique (ENSP) permettra de mieux encadrer les ASBC et améliorer la qualité de la prise en charge

Le second groupe constitué de structures de représentation comme les comités de gestion (CoGes) (Sombié, Amendah, & André Soubeiga, 2015) acteur communautaire central dans le dispositif gérant les formations sanitaires périphériques suivant les orientations de l'initiative de Bamako qui avait préconisé de promouvoir la participation communautaire et la gestion locale (WHO, 1987). Cette forme de représentation des communautés a été expérimentée au Niger depuis 1966 (Ridde, 2005). La majorité des pays ont mis en place ces comités villageois de supports aux centres de santé dans la gestion (WHO, 1999). Les autres organisations communautaires dans le domaine de la santé sont dominées par les Organisations à base communautaires (OBC) développés par le système de santé au Burkina Faso pour associer le monde associatif à la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme (Ministère de la santé, 2019; Seck & Valéa, 2011) certains apportant des intrants parfois. Des initiatives de formalisation de comités locaux de suivis des interventions des projets ont été relevés dans les deux districts, pouvant en termes d'apports constituer des opportunités d'interaction communautaire.

Connaissance du but de la mise en œuvre de la PCIME-c

De tous les acteurs interviewés, acteurs municipaux, chaînon de cette participation communautaire n'avaient pas une bonne connaissance des activités menées par les ASBC et les objectifs visés à travers la mise en œuvre de la PCIME-c. Aussi, les discours des différents acteurs montrent l'insuffisance de l'interaction entre les équipes de CSPS et les équipes municipales. Ces insuffisances sont l'expression de l'insuffisante décentralisation dans le secteur de la santé, se limitant à des acteurs théoriques sans consacrer réellement une obligation institutionnelle pour ces acteurs de collaborer dans l'implémentation des activités des formations sanitaires. Certains membres CoGes ne semblent pas être bien informés sur les activités des ASBC en matière de prise en charge curative à travers la PCIME-c. Cela limite probablement la prise en compte de leurs préoccupations dans la prévision et l'exécution des dépenses du CoGes. Le renforcement de la collaboration et des liens fonctionnels pourrait permettre de lever des ressources additionnelles nécessaires à la résolution de problèmes logistiques auxquels sont très souvent confrontés les ASBC dans cette prise en charge communautaire.

Niveau de concertation et communication entre ces acteurs communautaires et les responsables sanitaires

Les résultats montrent que des occasions de concertation, surtout intégrées portant sur la santé communautaire existent à tous niveaux mais ont des sessions qui se tiennent de façon irrégulière. Des concertations avec les OBC se tiennent et renforcent la participation communautaire.

Les responsables aux différents niveaux du système rencontrent des difficultés de financement pour la tenue régulière des sessions selon l'enquête E24. Il n'y a pas de cadre spécifique consacré à l'examen de la mise en œuvre de la PCIME-c, pourtant elle est une intervention phare qui peut permettre au pays d'évoluer rapidement vers la couverture sanitaire universelle (Marx, 2021). La disponibilité des cadres, même intégrés différaient entre les 2 districts. Au-delà de cette question de financement, l'enquête E1 estimait que les acteurs sont insuffisamment impliqués du fait de problèmes d'organisation en amont sans moyens d'accompagnement de leurs participations. Cette situation n'est pas nouvelle car Sombié *et al.* qui avaient identifié deux goulots qui sont la langue utilisée et les charges financières de déplacement pour ceux ne résidant pas sur le site du CSPS (Sombié *et al.*, 2015). Ridde dans ses travaux en 2005 a également relevé le manque de concertation et constaté que les décisions centrales sont prises

sans concertation sans suivi et évaluation (Ridde, 2005). Pourtant, la gouvernance du système de santé doit se faire en développant des concertations fécondes entre les gestionnaires publics, les différents partenaires et la population elle-même selon Herrera-Suarez et al. (Suárez-Herrera, Champagne, & Contandriopoulos, 2011). Le système doit consentir des grands efforts pour mobiliser des moyens et assurer non seulement la fonctionnalité de ces cadres mais aussi obtenir une meilleure participation des populations pour tisser un partenariat stratégique avec les communautés (Sombié et al., 2015).

Planification des interventions et implications des structures communautaires dans la mise en œuvre

Les membres des CoGes sont insuffisamment impliqués dans cette planification et suivi de la PCIME-c. Certains responsables associatifs ont confié être associés à l'étape de planification (E26 ; E28). Certains partenaires du système ont rassuré, que cela est crucial mais, d'autres acteurs ont estimé cela assez difficile. Pour ces acteurs de la tendance utilitariste la communauté est réduite à son rôle consommatrice (Fournier & Potvin, 1995) et La participation est alors utilisée légitimer des intérêts (Suárez-Herrera et al., 2011). Cette posture ne favorise pas l'application de la participation communautaire (Houéto & Valentini, 2014).

Une évaluation de la mise en œuvre de PCIME-c en République démocratique du Congo avait relevé la même préoccupation. Il est ressorti une participation limitée aux activités de la planification, de mise en œuvre et de suivi du programme au niveau local (Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP) & USAID, 2012).

Pourtant selon la déclaration de Alma Ata, le rôle que joue les communautés est central. Le Brésil a essayé d'appliquer cela avec les Comités locaux de santé qui étaient mis à contribution dans la formulation de stratégies de politiques de santé et participent au contrôle de la mise en pratique de ces politiques, tout en prenant en charge des aspects économiques et financiers (Suárez-Herrera et al., 2011).

Au terme de cette étude, nous préconisons le renforcement de la planification communautaire avec une meilleure implication des structures communautaires à toutes les étapes. Il est impérieux de définir les passerelles officielles (directives) obligeant les équipes cadre de districts à veiller à une bonne implication des municipalités afin d'aboutir à la prise en compte des besoins dans les plans communaux de développement et leurs budgets annuels. Une meilleure coordination peut permettre de combler des gaps à travers les structures communautaires (Karuga et al., 2023). Dans cette même veine, une sensibilisation des parties prenantes (communes et équipes cadre des districts y compris les responsables de centres de santé) sur la priorité accordée à la PCIME-c facilitera une prise en compte réelle des besoins et éviter de se limiter à planifier selon les ressources disponibles comme dénoncé par Ridde (Ridde, 2005). Une expérience conduite au Zanzibar a présenté des résultats très satisfaisants en termes d'engagement communautaire avec des effets positifs sur le recours aux services préventifs (Abbas et al., 2023). De telles initiatives doivent être initiées pour revitaliser la PCIME-c et tirer tout le profit de cette intervention à haut impact.

Rôle des structures communautaires dans le suivi des interventions et mobilisation des ressources

Les mécanismes de suivi qui ont été cités sont la supervision et les occasions de rencontre (E11 ; E1). La supervision est effectuée surtout par les équipes cadre de districts sanitaires, les agents des formations sanitaires et certains OBC. La coordination pour des sorties conjointes semble difficile et les collectivités ne sont pratiquement pas associées à ces sorties (E23 ; E2). Les membres des CoGes ne semblent pas percevoir ce suivi dans leurs mandats et n'en font pas une priorité. Le renforcement de la digitalisation de cette PCIME-c pourrait aussi améliorer la

qualité du suivi et la confiance des contributeurs. Aussi, une meilleure redevabilité (plaidoyers et la restitution des résultats) aux responsables municipaux pourrait renforcer leurs engagement et contributions. Le suivi et supervision doit être de qualité impliquant ces collectivités. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les ASBC qui sont bien supervisés produisent plus de résultats et les staffs de directions régionales doivent y veiller pour espérer de bons résultats (Malou Adom et al., 2014; Ouédraogo et al., 2023).

Le niveau de mobilisation des ressources est insuffisant. Les mêmes préoccupations avaient été relevées en RDC (Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP) & USAID, 2012). Les mesures introduites par l'IB ont pourtant favorisé une bonne mobilisation de ressources pour le fonctionnement des centres de santé (WHO, 1999). La mauvaise perception du volet collecte des ressources de la communauté à travers la contribution aux coûts des soins est restée la perception dominante et amère de la participation communautaire pour les communautés (Sombié et al., 2015). La mobilisation de ressources endogènes pourrait se faire également au niveau stratégique avec plutôt une taxation sur des produits de consommations jugées de « confort » comme les différents types le tabac, les alcools, les produits esthétiques, les véhicules etc. Un dialogue avec le Ministère en charge des finances pourrait de ce fait faciliter l'instauration de ce financement spécifique pour la PCIME-c. Le plaidoyer auprès des acteurs communautaires comme les collectivités et les CoGes est essentiels pour financer des aspects comme le renouvellement des équipements des ASBC et leurs frais logistiques (transports, appui en denrée alimentaires) avec des ressources endogènes.

5. Conclusion

Cette étude a permis d'apprécier l'apport des trois grands groupe d'acteurs et nous permet de conseiller l'association des modèles de Rifkin (Fournier & Potvin, 1995) et Hill et *al.* (Hills et al., 2004), pour analyser la participation communautaire au Burkina Faso et évaluer l'efficacité des dispositifs institutionnels à la garantir dans la mise en œuvre d'interventions communautaires. Les ASBC, membres de la communauté apportent leurs contributions à travers les soins curatifs administrés en communauté et les structures communautaires (associations et CoGes) les appuient ponctuellement en ressources dans cette tâche. Les partenaires techniques et financiers apportent des supports techniques mais surtout financiers. . Le Burkina Faso a réalisé de grands progrès et l'épine dorsale de la mise en œuvre de la PCIME-c est l'ASBC. Des résultats obtenus, ces représentants des communautés en individuel ou en regroupement étaient insuffisamment associés à la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions communautaires dont la PCIME-c. Les membres des conseils municipaux sont très peu associés à toutes les étapes du processus de planification et à la phase de la mise en œuvre de la PCIME-c. Les structures de représentations des communautés n'ont pas de représentativité véritable dans les instances de suivi qui sont pilotées avec contrôle quasi-total par les agents du Ministère en charge de la santé. Enfin les CoGes n'appuient pas suffisamment les ASBCet sont très peu informés sur le déroulement de leurs activités.

Les systèmes de santé a continué à fonctionner avec une suprématie des structures du ministère en charge de la santé à tous les niveaux malgré les différentes reformes du secteur de la santé et sans une véritable mue pour assurer une participation communautaire véritable. Le niveau de mobilisation des ressources financières est par conséquent insuffisant aussi bien du côté des communes et que des structures communautaire (CoGes, associations, etc.).

Le Gouvernement gagnerait à opérationnaliser une décentralisation véritable. Les instances de gouvernance des interventions communautaires devraient changer de tutelle technique et renforcer les capacités des communes à participer à toutes les étapes de la planification sanitaire

au niveau opérationnel. Les structures communautaires et les membres des communes doivent être repositionnés dans le processus de suivi des ASBC et mieux collaborer pour la levée de financements endogènes sans verser dans l'exploitation des communautés. Des instances fonctionnelles de suivi de la santé communautaire doivent être portées par les municipalités elles-mêmes techniquement et financièrement. L'Etat doit consacrer assez de ressources au renforcement de cette PCIME-c tout en instaurant une taxe d'équité pour accroître les ressources allouées aux districts sanitaires et communes ayant des rayons moyens d'action élevés pour une plus grande disponibilité de la PCIME-c et soulager les communautés. Cette étude pourrait être complétée par une analyse du fonctionnement des structures de représentation des communautés et les performances générées au niveau des deux districts sanitaires en termes d'amélioration de la santé de l'enfant par la PCIME-c.

Remerciements :

Nous adressons nos remerciements aux équipes des DRSHP du Centre Nord et du Plateau Centra et aux acteurs communautaires qui ont facilité la réalisation de cette études).

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Abbas, F., Monroe, A., Kiware, S., Khamis, M., Serbantez, N., Al- Mafazy, A.-W., ... Kigadye, E. (2023). Stakeholder perspectives on a door-to-door intervention to increase community engagement for malaria elimination in Zanzibar. *Malaria Journal*, 22(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12936-023-04474-w>
- Banque Mondiale. (2024). <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/sh.dyn.mort?locations=ZG>. *The World BankDonnées*. [Organisme international]. Repéré à <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/sh.dyn.mort?locations=ZG>
- Baya, B., Guiella, G., Maiga, A., Tiendrébéogo, A., Zan, M., Bazié, F., ... Equipe IIP-JHU. (2015). *Evaluation indépendante de l'accélération pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, et infanto-juvenile au Burkina Faso*. Ouagadougou, Burkina Faso: ISSP. Repéré à <https://www.unicef.org/burkinafaso/media/711/file/Rapport%20d%C3%A9valuation%20pour%20la%20r%C3%A9duction%20de%20la%20mortalit%C3%A9%20maternelle.pdf>
- Fournier, P., & Potvin, L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé : Les fondements du dogme. *Sciences sociales et santé*, 13(2), 39-59. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1326>
- Hills, M. D., Carroll, S., & O'Neill, M. (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : Compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents1. *Promotion & Education*, 11(1_suppl), 17-21. <https://doi.org/10.1177/10253823040110010105>
- Houéto, D., & Valentini, H. (2014). La promotion de la santé en Afrique : Histoire et perspectives d'avenir: *Santé Publique*, 51(HS), 9-20. <https://doi.org/10.3917/spub.140.0009>
- Karuga, R., Dieleman, M., Mbindyo, P., Ozano, K., Wairiuko, J., Broerse, J. E. W., & Kok, M. (2023). Community participation in the health system : Analyzing the implementation of community health committee policies in Kenya. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e33. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000208>

- Malou Adom, P. V., Ouendo, E. M., Salami, L., Napo-Koura, G., & Makoutodé, M. (2014). Qualité de l'apport des relais dans la PCIME-Communautaire au Bénin: *Santé Publique, Vol. 26(2)*, 241-248. <https://doi.org/10.3917/spub.138.0241>
- Marx, P. (2021). La santé communautaire : Un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? – Focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires: *Regards, N° 58(2)*, 191-197. <https://doi.org/10.3917/regar.058.0191>
- Matt, B., Kiendrébéogo, J. A., Kafando, Y., Tapsoba, C., Straubinger, S., & Metangmo, P.-M. (2020). Présentation de la politique de Gratuité au Burkina Faso. Recherche pour la Santé et le Développement et ThinkWell. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/351748831_B_U_R_K_I_N_A_F_A_S_O_R_A_P_P_O_R_T_N_1_Presentation_de_la_politique_de_Gratitude_au_Burkina_Faso/link/60a7a79c45851522bc073115/download
- Ministère de la santé, B. F. (2014). Profil de l'ASBC.
- Ministère de la santé, B. F. (2019, janvier). Dossier d'investissement en santé communautaire au Burkina Faso. MS-BF. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/352938151_Dossier_d%27Investissement_en_Sante_Communaire_au_Burkina_Faso_20192023
- Ministère de la santé, B. F. (2022). Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021—2030. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Repéré à <https://www.cartographie-projets.sante.gov.bf/plan/document/politique/single/6>
- Ministère de l'économie, des finances et du développement (MINEFID), I. (2023, septembre). Enquête Démographique et de Santé 2021. INSD. Repéré à <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/6002>
- Ministry of Health BF. (2018). Politique sectorielle – santé 2018-2027. Ministry of Health Burkina Faso. Repéré à <https://cartographie-projets.sante.gov.bf/public/documents/1665618070.pdf>
- Ministry of Health BF. (2023). Annuaire statistique du 2022. MSHP. Repéré à http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_2022_mshp_signe.pdf
- Ouédraogo, H. S., Kabore, Y. L. B., Sawadogo, A. G., Bakouan, M., Sawadogo, N., Mano, M., ... Kaboré, L. (2023). Task-Shifting Immunization Activities to Community Health Workers : A Mixed-Method Cross-Sectional Study in Sahel Region, Burkina Faso. *Global Health : Science and Practice, 11(5)*, e2300044. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00044>
- Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP), & USAID. (2012). PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT : Documentation des meilleures pratiques et des goulots d'étranglement à la mise en oeuvre du programme en République Démocratique du Congo. MCHIP. Repéré à https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/DRCLongFrench_FINAL.pdf
- Ridde, V. (2005). *POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ ET ÉQUITÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso*. Université Laval, QUÉBEC. Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/9027d93e-0268-4502-8b51-a087473af8b0/content>
- Seck, A., & Valéa, D. (2011, février). Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Ministère de la santé, Burkina Faso. Repéré à <https://knowledge.uclga.org/IMG/pdf/analysedelasantecommunautaireauburkinafaso.pdf>
- SIA, D. (2010). *Stratégies et déterminants de la vaccination au Burkina Faso 1993-2003*. Thèse de Doctorat (Ph.D) en Santé Publique. Université de Montréal. Repéré à Editions universitaires europeennes (October 27, 2010).

- Siri, A., & Sanogo, S. (2020). Déterminants et sources de la baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso. *Revue Espace Territoire Société et Santé*, 3(6), 167-190. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/348578643_Determinants_et_sources_de_la_baisse_de_la_mortalite_infantile_au_Burkina_Faso
- Sombié, I., Amendah, D., & André Soubeiga, K. (2015). Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso: *Santé Publique*, Vol. 27(4), 557-564. <https://doi.org/10.3917/spub.154.0557>
- Suárez-Herrera, J. C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (2011). Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive : Le cas des conseils locaux de santé au Brésil. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 206-221. <https://doi.org/10.7202/1003177ar>
- USAID, Banque, M., Unicef, Rockefeller Foundation, BMGF, & Community Health acceleration partnership. (2021). Feuille de route pour la santé communautaire : Comblent le fossé des OMD par des soins de santé primaires accélérés au niveau communautaire. *Community Health Roadmap*. [www.communityhealthroadmap.org]. Repéré à https://static1.squarespace.com/static/5bb6ac499d4149304f7ef3f5/t/61e850d9ddeb666fd6d9255/1642615003891/BurkinaFaso_Roadmap_FR_Final_20211228-B.pdf
- Van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, W., Kegels, G., & Hill, P. S. (2012). Health systems frameworks in their political context : Framing divergent agendas. *BMC Public Health*, 12(1), 774. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-774>
- WHO. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Repéré à <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
- WHO. (1987). *Rapport du comité régional pour l'Afrique. Trente septième session. Bamako, 6-12 septembre 1987. OMS (Afrique), Brazzaville 1987*. Bamako: WHO. Repéré à https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/final-reports/afr_rc37_rapport_final_fr_0.pdf
- WHO. (2002). Cadre pour la composante communautaire de la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant. WHO. Repéré à <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/116333/dsa481.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- WHO, B. R. D. L. (1999). *Examen de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako* (Rapport No. AFRIRC49/13). Windhoek Namibie. Repéré à <https://iris.who.int/handle/10665/1985>

© 2024 OUEDRAGO 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