



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

To cite : Nikiema, M., et al. (2026). Facteurs influençant la délégation des tâches en santé aux acteurs communautaires dans deux districts sanitaires à défi sécuritaire, Burkina Faso, 2024. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 8(1), 167-182. <https://doi.org/10.4314/rasp.v8i1.12>

Research

Facteurs influençant la délégation des tâches en santé aux acteurs communautaires dans deux districts sanitaires à défi sécuritaire, Burkina Faso, 2024

Factors influencing the delegation of health tasks to community actors in two health districts facing security challenges, Burkina Faso, 2024

Morou NIKIEMA^{1, *}, Noël K.P. KABORE², Moussa ISSA LENDE³, Paul ZONGO⁴, Issa GUIRE⁵

¹ Ministère de la santé, District sanitaire de Ouargaye, Ouargaye, Burkina Faso

² Enseignant chercheur, IFRISSE, Ouagadougou, Burkina Faso

³ Professor, Public University of Lisala, Democratic Republic of Congo/Professor, Université Sine Saloum El Hadji Ibrahima Niass, Senegal/Director, Public Health and Nutrition Research Laboratory, Inter-University Multidisciplinary Research Center (CIREP)

⁴ Ministère de la santé, Direction régionale de la santé du Centre-Nord, Kaya, Burkina Faso

⁵ Ministère de la santé, Direction régionale de la santé du Centre-Est, Tenkodogo, Burkina Faso

*Correspondance : nikiemamorou@yahoo.fr; Tél: +226 70 37 51 37

Résumé

Dans un contexte de crise sécuritaire, marqué par une réduction de l'offre de soin dans les formations sanitaires, la délégation des tâches aux acteurs communautaires apparait comme une alternative. L'étude vise à explorer les facteurs influençant la continuité des soins de base assurés par les agents de santé à base communautaire et les accoucheuses villageoises, dans un contexte d'insécurité. Il s'est agi d'une étude transversale, qualitative, menée dans les districts sanitaires de Ouargaye et Bittou entre décembre 2023 et janvier 2024. Des entretiens semi structurés ont été réalisés auprès de soixante-six personnes. Les entretiens ont été transcrits manuellement sous Microsoft Word. L'analyse des données a été faite grâce au logiciel Nvivo 14. Les résultats révèlent que la continuité des soins est facilitée par des facteurs organisationnels (accessibilité, disponibilité de ressources), communautaires (soutien et satisfaction), intrapersonnels (motivation) et politiques (réduction de la morbi-mortalité). En revanche, les principaux obstacles identifiés comprennent l'insuffisance de ressources, les difficultés de déplacement, l'insécurité, la faible motivation financière et la réticence communautaire. Les participants ont suggéré des actions concrètes comme la dotation en moyens roulants, l'amélioration de la motivation, la supervision, et l'intégration institutionnelle de la délégation des tâches. Ces résultats soulignent la nécessité d'un appui systémique et communautaire fort pour pérenniser les soins dans des zones fragiles.

Mots clés : facteurs, délégation, communautaires, résilience, défi sécuritaire

Abstract

In the context of a security crisis, marked by a reduction in the provision of care in health facilities, delegating tasks to community actors appears to be an alternative. This study aimed to explore the factors influencing the continuity of basic care provided by community-based health workers and village birth attendants in the context of insecurity. This cross-sectional qualitative study was conducted in the health districts of Ouargaye and Bittou between December 2023 and January 2024. Semi-structured interviews were conducted with sixty-six people. The interviews were manually transcribed using Microsoft Word. Data analysis was performed using NVivo 14 software. The results revealed that continuity of care is facilitated by organizational factors (accessibility and availability of resources), community factors (support and satisfaction), intrapersonal factors (motivation), and policy factors (reduction in morbidity and mortality). However, the main obstacles identified include insufficient resources, transportation difficulties, insecurity, low financial motivation, and community reluctance. Participants suggested concrete actions, such as providing transportation, improving motivation, enhancing supervision, and integrating task delegation into institutional processes to address these challenges. These results highlight the need for strong systemic and community support to sustain healthcare in fragile regions.

Keywords: factors, delegation, community, resilience, security challenge

1. Introduction

Depuis 2015, le Burkina Faso fait face à une crise sécuritaire marquée par des attaques terroristes. Initialement limitées à la partie nord du pays, ces violences ont progressivement touché la plupart des régions du pays (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2019). Elles ont entraîné un déplacement de population et la fermeture de nombreuses structures administratives, notamment sanitaires (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2019). En effet, au cours du premier trimestre de l'année 2019, le nombre de personnes déplacées internes dans le pays a dépassé les 2 millions, soit environ 10 % de la population totale (*Burkina Faso Plan de Réponse Humanitaire 2024 (Mars 2024) | OCHA, 2024*).

Le droit de ces populations déplacées à des soins de santé curatifs, préventifs et promotionnels de qualité est mis à l'épreuve. Ce qui constitue un lit à l'occurrence des cas de malnutrition et surtout des maladies infectieuses comme la rougeole, le paludisme, la dengue, etc (*Burkina Faso Plan de Réponse Humanitaire 2024 (Mars 2024) | OCHA, 2024*).

Dans la région du Centre-Est, les districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou sont les plus touchés. En juin 2023, 24 formations sanitaires y étaient fermées et 14 fonctionnaient à minima (Impossibilité de réaliser la totalité du paquet d'activités dédié à ces centres de santé dans le temps et dans l'espace). Cette situation a limité l'accès aux soins à plus de 183 000 habitants, dont une forte proportion des enfants (48%) et des femmes en âge de procréer (24%), groupes particulièrement vulnérables aux maladies (Equipe cadre du district sanitaire de Bittou_Région du Centre-Est_Burkina Faso, 2024; Equipe cadre du district sanitaire de Ouargaye_Région du Centre-Est_Burkina Faso, 2024). Ainsi, on notait constamment dans ces localités des accouchements à domicile avec complications, des décès maternels et infanto-juvéniles évitables, des rechutes de malnutrition, beaucoup d'occasions manquées de vaccination, des cas de violences basées sur le genre avec prise en charge inadéquate et tardive, etc (Directions Générales des Etudes et des Statistiques Sectorielles, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Burkina Faso, 2023).

Face à cette crise, des stratégies communautaires ont été mises en œuvre, notamment la délégation de tâches à des agents de santé à base communautaire (ASBC) et des accoucheuses villageoises (AV), avec l'appui de la Direction régionale de la santé (DRS) du Centre-Est et de ses partenaires techniques et financiers. Cette stratégie a couvert 12 villages des districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou dans lesquels les formations sanitaires étaient fermées ou fonctionnaient à minima. Le principal but était d'assurer la continuité des soins de santé primaire dans ces villages. La stratégie s'inscrit dans le cadre du plan national de la stratégie nationale de santé communautaire (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Burkina Faso, 2018). Sur le terrain, les ASBC et les AV assuraient la prise en charge intégrée de la santé maternelle, reproductive, néonatale, infantile, de la vaccination, de la nutrition et des violences basées sur le genre en situation d'urgence.

Dans la littérature, plusieurs études abordent la question de la délégation des tâches mais les facteurs pouvant influencer sa pérennité dans un contexte de crise sécuritaire sont insuffisamment décrits constituant de ce fait un gap d'information (Coulibaly et al., 2023; Morou Nikiema et al., 2024; Ngouana, 2015; Noel Kibsa Palingwende KABORE, 2024; Tsofa et al., 2024/2024). L'étude se fixe pour objectif, d'identifier les facteurs influençant la pérennité de cette stratégie communautaire dans les districts de Ouargaye et de Bittou.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Type et période d'étude

Cette recherche adopte une approche qualitative et s'est déroulée entre novembre 2023 et février 2024. Deux unités d'analyse ont été ciblées :

- Les représentations sociales de la communauté,
- L'organisation opérationnelle de la continuité des soins de santé primaires.

2.2. Cadre d'étude

Le Burkina Faso est un pays situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Le pays est subdivisé en treize (13) régions administratives correspondant à treize (13) régions sanitaires dont la région du Centre Est.

La région sanitaire du Centre-Est est subdivisée en sept (7) districts sanitaires. Parmi ces 7 districts, seuls les districts de Ouargaye et de Bittou étaient à défi sécuritaire au moment de l'étude. Ils sont donc les seuls districts de la région qui ont bénéficié de la mise en œuvre de la stratégie de délégation de tâches aux AV et aux ASBC en 2023. D'où notre cadre d'étude se limitant à ces deux districts dans la région. Sur le plan administratif, les districts de Ouargaye et de Bittou comptent dix (10) communes et plus de quatre cents (400) villages et hameaux de culture.

Les districts de Ouargaye et de Bittou sont à défis sécuritaire depuis 2018 avec un impact négatif assez remarquable sur le plan sanitaire. A la date du 30 juin 2023, dans ces deux districts, 24 formations sanitaires étaient fermées et 14 fonctionnaient à minima. Ces formations sanitaires desservaient des populations de plus de 40 villages administratifs. Parmi ces villages douze ont été identifiés et pris en compte dans la stratégie de délégation des tâches.

La stratégie de délégation des tâches aux AV et aux ASBC a débuté le 1er septembre 2023 dans les districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou. Ce sont des stratégies palliatives permettant d'offrir des soins de santé de base aux populations résident dans les villages où les formations sanitaires sont fermées du fait du défis sécuritaire. Dans lesdits villages, les ASBC, recrutés depuis 2016 et dont le paquet d'activités comprenaient essentiellement des activités promotionnelles ont été identifiés. Ils ont suivi une formation sur la vaccination d'une durée de douze jours dont 3 jours de phase théorique, 2 jours de phase pratique sur modèle anatomique et 7 jours de phase pratique dans une formation sanitaire fonctionnelle proche du village. Dans

certain cas, le stage terrain a été prolongé pour permettre une parfaite maîtrise du calendrier vaccinal, des différents vaccins, des techniques de préparation, d'administration et de gestion des vaccins. En plus de la vaccination, les ASBC ont été formés sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance au niveau communautaire (PCIME_C) comprenant le diagnostic et la prise en charge des toux, des cas de diarrhée et du paludisme au niveau communautaire. Pour les AV, elles ont été identifiées par village tout comme les ASBC puis formées sur la conduite d'un accouchement hygiénique sur une période identique à celle des ASBC. Elles ont reçu des kits de protection et des kits d'accouchements hygiéniques individuels qui sont renouvelés au niveau de la formation sanitaire proche. Les tâches déléguées chez les AV sont essentiellement la réalisation des accouchements hygiéniques, la réalisation des visites à domicile, le suivi puis le référencement des femmes enceintes ou des accouchées présentant une pathologie vers les centres de santé proche, le suivi de l'administration des médicaments à visée prophylactique dont le fer et l'acide folique, la sulfadoxine et la pyriméthamine (dans le cadre du traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte). Les tâches déléguées se poursuivent chez les AV et les ASBC jusqu'à la réouverture de la formation sanitaire. De façon mensuelle, les AV et les ASBC bénéficient d'une supervision de proximité des responsables de formation sanitaire proche. Les AV et les ASBC ainsi formés reçoivent une motivation mensuelle de 20.000 F CFA soit environ 36 dollars US de la part de l'État ou de certains partenaires humanitaires.

2.3. *Population d'étude*

La population de l'étude était composée des bénéficiaires potentiels (populations) et de tous les acteurs mettant en œuvre la délégation des tâches (Accoucheuses villageoises et ASBC) dans les douze villages concernés. Dans une vision plus large les leaders communautaires ont été inclus dans la recherche. Les acteurs clés au niveau institutionnel ayant participé à la planification, à la préparation et à la mise en œuvre de l'intervention ont également été interviewés.

2.4. *Echantillon et échantillonnage*

L'échantillonnage a été non probabiliste de type raisonné. Les critères qui ont guidé la constitution de l'échantillon comprenaient la représentativité de l'ensemble des parties prenantes, l'accès au village du fait du défi sécuritaire et la disponibilité du réseau téléphonique. L'échantillon se composait de quatre-vingt-deux (82) personnes réparties comme suit :

- ✓ Trente (30) bénéficiaires potentiels
- ✓ Douze (12) Accoucheuses villageoises,
- ✓ Douze (12) agents de santé à base communautaire,
- ✓ Huit (8) leaders communautaires comprenant quatre (4) leaders religieux, deux (2) femmes leaders, deux (2) membres de comité de gestion d'un centre de santé fermé,
- ✓ Vingt (20) acteurs de la santé dont trois (3) au niveau régional, sept (7) au niveau des équipes cadres de district, cinq (5) infirmiers chefs de poste et cinq (5) responsables de maternité des centres de santé concernés.

2.5. *Collecte des données*

La collecte des données a été faite à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré. Les entretiens individuels ont été réalisés en français, en mooré et en gourmanchéma, langues les plus parlées dans les zones concernées. Les populations ont constitué nos sources d'informations. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de smartphones et poursuivis jusqu'à saturation des informations.

2.6. *Traitement et analyse des données*

Les entretiens ont été transcrits intégralement sous Microsoft Word puis importés dans NVivo 14 pour codification.

L'analyse a suivi une approche thématique fondée sur le modèle socio-écologique, identifiant les facteurs facilitants, les obstacles et les suggestions à cinq niveaux :

- Intrapersonnel
- Interpersonnel
- Organisationnel
- Communautaire
- Politiques publiques

La codification indépendante par deux analystes familiers au sujet a permis d'obtenir un taux de concordance de 98,74 %, largement supérieur au seuil de 80 % recommandé pour garantir la fiabilité des résultats.

2.7. *Considérations éthiques et administratives*

Les considérations éthiques ont été strictement respectées. Une autorisation administrative a été obtenue auprès des autorités locales avant la collecte des données. La participation à l'étude était volontaire, fondée sur la signature d'un formulaire de consentement éclairé. Les participants avaient la possibilité de se retirer à tout moment, sans conséquence. Toutes les données ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité.

3. Résultats

3.1. *Caractéristiques socio-démographiques des participants*

La collecte des données jusqu'à saturation a permis de réaliser des interviews avec 66 des 82 personnes prévues soit un taux de participation de 80,48%. Les 66 personnes enquêtées comprenaient 17 agents de santé, 20 acteurs communautaires dont 12 agents de santé à base communautaire (ASBC) et 8 accoucheuses villageoises (AV), et 29 issues de la communauté (5 leaders et 24 bénéficiaires).

La moitié (33) était des hommes et l'âge des participants était compris entre 22 et 63 ans, avec une moyenne de 37,76 ans. Parmi les participants, 11 étaient des déplacés internes. En ce qui concerne l'expérience des agents de santé, elle variait de 2 à 24 ans, avec une moyenne de 9,68 ans, tandis que celle des agents de santé à base communautaire et des accoucheuses villageoises allait d'une année à 37 ans, avec une moyenne de 11,61 ans.

3.2. *Facteurs facilitants la continuité de l'offre de soins de base par les AV et les ASBC*

Selon les participants, les facteurs favorisant la continuité des soins par les AV et ASBC relèvent principalement des dimensions organisationnelles, suivies des dimensions communautaires, intrapersonnelles et politiques.

Les principaux facteurs facilitants la continuité de l'offre de soins de base par les AV et les ASBC selon nos répondants sont détaillés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Facteurs facilitants la continuité de l'offre de soins de base par les AV et les ASBC évoqués par les interviewées dans les districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou entre décembre 2023 et janvier 2024

Facteurs facilitants	Fréquence d'encodage
1. Intrapersonnels	52
Motivation intrinsèque	39

Motivation financière	13	
2. Interpersonnels		89
Appui des agents de santé	65	
Appui des partenaires techniques et financiers	24	
3. Communautaires		126
Satisfaction communautaire	64	
Soutien de la communauté	62	
4. Organisationnels		142
Accès facile aux soins	78	
Disponibilité de ressources	64	
5. Politiques publiques		57
Réduction de la morbi-mortalité	34	
Résilience du système de santé	23	

Les facteurs organisationnels ont été les plus fréquemment cités (142 occurrences), illustrant l'importance de l'accès aux soins et de la disponibilité des ressources dans un contexte de fragilité. Les facteurs communautaires (126) arrivent en second, soulignant la légitimité communautaire dont bénéficient les AV et les ASBC. Les appuis interpersonnels (agents de santé et partenaires) renforcent également la dynamique locale (89). Enfin, les dimensions intrapersonnelles (motivation) et politiques (réduction des risques sanitaires) confirment un engagement à plusieurs niveaux

Sur le plan organisationnel, l'accès facile aux soins par les populations et la disponibilité des ressources humaines et matérielles ont été largement soulignés. Par exemple, un bénéficiaire a témoigné : « *Comme ils sont là, à tout moment, si nous avons besoin de soins, ils sont à notre disposition ; que ce soit la nuit ou la journée. Cela nous aide à obtenir des soins le plus rapidement possible.* » (B19). De même, un agent de santé a précisé : « *Ils ont un kit, après la formation qu'on leur donne. (...) En termes de médicaments, je pense qu'en fonction de leurs compétences, on leur a rendu disponible, y compris les médicaments pour la prise en charge (...) et le diagnostic rapide du paludisme* ».

Au niveau communautaire, la satisfaction des bénéficiaires et le soutien de la communauté à la stratégie de délégation des tâches sont apparus comme des facteurs majeurs. Un leader communautaire a déclaré : « *Nous avons assez de difficultés dans le cadre de l'accouchement des femmes. Maintenant, avec leur présence, cela nous aide énormément. Nous sommes très heureux pour cela* » (CDV1). Par ailleurs, un agent de district a souligné : « *(...) il n'y a pas d'entraves socioculturelles parce que ce sont déjà des activités qui sont voulues et acceptées par la population qu'on met en œuvre* » (DT1).

Les facteurs intrapersonnels sont illustrés par la motivation des agents, à la fois intrinsèque et

financière. Un ASBC a affirmé : « *Nous sommes d'abord fiers de savoir que nous avons sauvé une vie. Cela est un grand avantage. Il faut noter également que nous apprenons à travers ce travail...* » (AS11). Un autre a ajouté : « *Il y a une motivation financière. Même si ce n'est pas beaucoup, ça nous encourage aussi...* » (AS5).

Enfin, sur le plan politique, la réduction de la morbi-mortalité liée à la prise en charge dans les zones d'insécurité a été mentionnée comme un facteur facilitant. Un responsable politique a indiqué : « (...) *la délégation des tâches, il fallait que ça vienne dans les zones d'insécurité pour permettre en termes de vaccination d'éviter les épidémies, (...) arriver à circonscrire les épidémies et pour les accouchements aussi, (...) une femme en travail qui n'a pas eu assistance court pratiquement tous les dangers* » (RPDT1).

A partir des résultats ci-dessus, les similitudes et divergences entre les facteurs facilitants selon les participants à cette étude sont résumés dans le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2: Similitudes et divergences sur les facteurs facilitants évoqués par les interviewées dans les districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou entre décembre 2023 et janvier 2024

Facteurs facilitants	Profils		
	Agents de santé	AV/ASBC	Communautés
Intrapersonnels			
Motivation financière	✓		
Motivation intrinsèque	✓	✓	
Interpersonnels			
Appui des agents de santé	✓	✓	✓
Appui des PTF	✓		✓
Communautaires			
Satisfaction communautaire	✓	✓	✓
Soutien de la communauté	✓	✓	✓
Organisationnels			
Facilité d'accès aux soins	✓	✓	✓
Disponibilité de ressources	✓		✓
Politiques publiques			
Réduction de la morbi-mortalité	✓	✓	✓
Résilience du système de santé	✓	✓	✓

Ce tableau met en évidence une forte convergence entre les groupes d'acteurs sur plusieurs facteurs facilitants majeurs, notamment l'appui interpersonnel, la satisfaction communautaire, la facilité d'accès aux soins et les retombées positives sur la santé publique.

Cependant, certaines divergences sont notables :

- La motivation financière n'est citée que par les agents de santé, ce qui traduit une préoccupation institutionnelle qui ne transparaît pas chez les bénéficiaires.
- L'appui des PTF et la disponibilité des ressources n'ont pas été identifiés comme facteurs facilitants par les AV/ASBC, ce qui peut suggérer un déficit de perception ou d'accès à ces appuis de leur part.

3.3. Défis à la continuité des soins de base par les ASBC et les AV

Les principaux défis à la continuité de l'offre de soins de base par les ASBC et les AV, tels qu'identifiés par nos répondants, sont exposés dans le tableau 3 suivant.

Tableau 3: Défis à la continuité de l'offre de soins de base par les AV et les ASBC évoqués par les interviewées dans les districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou entre décembre 2023 et janvier 2024

Défis	Fréquence d'encodage
1. Intrapersonnels	71
Insuffisance de motivation financière	37
Peur	34
2. Communautaires	22
Dispersion de la population	12
Réticence de la population	10
3. Organisationnels	210
Difficultés dans les déplacements	140
Insuffisance de ressources	70
4. Politiques publiques	78
Défi sécuritaire	75
Absence de cadre normatif	3

Les défis organisationnels sont les plus fréquemment cités, soulignant la précarité logistique et les contraintes de mobilité dues au contexte sécuritaire. Le manque de matériel (ex. kits) et les difficultés d'accès aux zones reculées sont récurrents et mettent en péril la continuité de l'intervention communautaire.

Sur le plan intrapersonnel, la motivation financière insuffisante et la peur constante des attaques compromettent la disponibilité et l'engagement des AV et ASBC. Cela révèle une fragilité psychosociale chez ces acteurs pourtant clés du système de santé de proximité.

Les obstacles communautaires, bien que moins fréquents, restent critiques : la dispersion des populations déplacées et la perte de confiance vis-à-vis des anciens membres de la communauté réintégréés comme agents sanitaires sont des freins au recours aux soins.

Enfin, les facteurs liés aux politiques publiques relèvent de contraintes systémiques : l'absence de cadre réglementaire adapté à l'urgence sécuritaire empêche une reconnaissance pleine des pratiques de délégation des tâches dans ce contexte particulier.

Sur le plan intrapersonnel, l'insuffisance de motivation financière et la peur liée à l'insécurité sont les obstacles majeurs. Un agent de santé a exprimé : « *Nous savons que ce sont les responsables du village qui nous ont mis dans le travail. Mais s'il faut travailler, sans la*

possibilité de cultiver chez soi, alors qu'il n'y a pas de motivation conséquente, c'est pas du tout intéressant. (...) S'il faut se contenter des milles francs des infirmiers, ce n'est pas intéressant » (AS10). Un autre a ajouté : « Notre principal obstacle, c'est la peur. À cause de l'insécurité et des attaques de part et d'autre, nous avons très peur... » (AS6).

Du côté communautaire, la dispersion de la population et la méfiance envers les agents ont été évoquées. Un bénéficiaire a expliqué : « La difficulté que nous rencontrons, est que les gens se sont dispersés » ; un autre a témoigné : « Il peut avoir une méfiance parce que, le fait que quelqu'un qui était avec vous, et subitement dans 1 mois ou 2 mois, c'est lui qui revient, et qui va vacciner vos enfants, vous voyez un peu ce que ça donne » (AV2).

Les obstacles organisationnels concernent principalement l'insuffisance des ressources et les difficultés de déplacement. Un agent a souligné : « Vu l'insécurité, on ne peut pas sillonner la zone très tôt. Il faudra attendre vers les 8h. Pourtant à cette période, avec un vélo, tu peux arriver vers les 13h. Donc si la population attend et que tu n'arrives pas, elle quitte les lieux » (AS10). Par ailleurs, un responsable a indiqué : « D'ici un moment, les AV n'auront pas de KIT. C'est le manque de kits surtout, pour le moment ça passe parce qu'il y a des kits qu'elles utilisent, mais si à un moment donné elles n'ont pas de kit, ça peut constituer un obstacle » (RSRT1).

Enfin, l'absence d'un cadre normatif adapté et la difficulté à mobiliser un grand nombre de personnes sont aussi des freins. Un agent a déclaré : « Vu le contexte sécuritaire précaire, le travail n'avance pas comme il se doit. D'abord il est difficile de s'approcher des domiciles à cause de la situation précaire (...) Il est difficile de rassembler les gens parce qu'il y a la peur » ; un autre a ajouté : « Le format délégation n'est pas si nouveau, maintenant avec le contexte sécuritaire, il fallait s'adapter en s'appuyant sur d'autres acteurs qui n'étaient pas dans le système normatif » (AS4).

A partir des résultats ci-dessus, les similitudes et différences de perception des participants sur les obstacles à la continuité des soins par les ASBC et AV sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4: Similitudes et divergences sur les obstacles à la continuité des soins par les ASBC et AV évoqués par les interviewées dans les districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou entre décembre 2023 et janvier 2024

Défis	Profils		
	Agents de santé	AV/ASBC	Communauté
Intrapersonnels			
Insuffisance de motivation financière	✓	✓	✓
Peur	✓	✓	✓
Communautaires			
Dispersion de la population	✓	✓	✓
Réticence de la population	✓	✓	
Organisationnels			
Difficultés dans les déplacements	✓	✓	✓
Insuffisance de ressources	✓	✓	✓
Politiques publiques			
Défi sécuritaire	✓	✓	✓
Cadre normatif	✓		

Ce tableau montre que les avis convergent globalement entre les groupes sur ces obstacles, à l'exception de la réticence des populations, non évoquée par la communauté, et du manque de cadre normatif, perçu uniquement par les agents de santé.

3.4. *Suggestions pour la continuité de l'offre des soins par les ASBC et les AV*

Les participants ont proposé plusieurs solutions pour améliorer la continuité de l'offre de soins. Parmi celles-ci figurent la dotation des AV/ASBC en moyens roulants, l'élaboration d'un plan de communication fiable, la supervision régulière, la construction d'infrastructures adaptées, le renforcement continu des compétences, ainsi que l'intégration de la délégation des tâches dans les activités de routine. L'extension de cette stratégie à d'autres zones similaires a également été suggérée.

Les verbatims ci-dessous, illustrent les suggestions des participants pour une pérennité de la délégation des tâches aux AV et ASBC :

Un agent a insisté : « *On doit les motiver davantage (...) pour qu'ils puissent vraiment poursuivre l'activité. (...) Plus la motivation est consistante et plus le travail sera de qualité sur le terrain* » (MB1). Un autre a souligné : « *Si on peut vraiment continuer d'assurer la dotation en kit technique d'intervention sur le terrain, c'est ça qui est plus important* » (RPEVT1). La question des moyens financiers pour le carburant a été évoquée : « *Il faudra nous aider avec des moyens de déplacement et nous trouver un peu de moyens financiers pour l'achat de carburant* » (AS10).

Un responsable a proposé : « *Pour des acteurs qui doivent prendre en charge des malades en communauté, il faut établir un plan de communication très fiable pour les permettre (...) de joindre le CSPS quand il y a des difficultés* » (MB1). La supervision a été également mise en avant : « *Il faut toujours renforcer les compétences et la motivation par la supervision...* » (SDT1). La construction d'un local dédié aux accouchements a été suggérée : « *S'il y a une possibilité, ils doivent penser à trouver un local pour les femmes qui aident à accoucher, là en cas d'accouchement, elle pourra venir le faire sur ce lieu* » (B16).

Enfin, la formation continue a été recommandée : « *Si on peut peut-être faire un recyclage ne serait-ce que chaque six mois, ça va (...) les aider et les motiver encore plus* » (RPB1). L'intégration de la délégation des tâches dans la planification annuelle a été mentionnée : « *Les acteurs clés au niveau du district doivent prendre l'activité comme une activité de routine en insérant l'activité dans la planification annuelle* » (MB1). L'extension de la stratégie à d'autres villages a aussi été suggérée : « *Si on peut étendre l'activité pour que les villages qui sont dans les mêmes situations la bénéficient aussi* » (RSDT1).

4. **Discussion**

4.1. *Des facteurs facilitants la continuité de l'offre de soins de base*

Les résultats de cette étude montrent que la continuité de l'offre de soins de base par les agents de santé à base communautaire (ASBC) et les accoucheuses villageoises (AV) repose sur plusieurs facteurs facilitateurs multiformes, regroupés en cinq dimensions : intrapersonnelle, interpersonnelle, communautaire, organisationnelle et politique. Cette diversité de facteurs souligne la complexité des dynamiques influençant la prestation des soins dans les zones à contexte sécuritaire précaire.

Ces facteurs, notamment la disponibilité de ressources humaines et matérielles, la satisfaction et le soutien des communautés, la motivation des agents communautaires, ainsi qu'un certain appui politique à la délégation des tâches sont apparus comme des leviers essentiels.

De manière générale, ces résultats montrent qu'en dépit d'un contexte sécuritaire difficile, une organisation minimale et une mobilisation communautaire forte permettent de maintenir une

activité sanitaire de base. Ces actions rejoignent les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui considère la délégation des tâches comme une stratégie efficace pour assurer la continuité des soins dans les zones à ressources limitées (Coulibaly et al., 2023). D'un point de vue opérationnel, la disponibilité de kits médicaux, la supervision technique et l'accompagnement des partenaires ont permis de pallier partiellement la fermeture des formations sanitaires. Dans certains pays, la délégation des tâches s'appuie essentiellement sur les ONG. Au Burkina Faso, la délégation des tâches s'appuie essentiellement sur les structures publiques avec par moment un appui des partenaires. Cependant, l'affaiblissement des structures publiques du fait du contexte sécuritaire accentue les défis de coordination institutionnelle. Pour une durabilité de la stratégie de délégation des tâches, une résilience institutionnelle locale est indispensable.

Par ailleurs, il convient de souligner que l'implication des communautés locales dans le choix et l'accompagnement des ASBC/AV constitue un gage de légitimité sociale. Cette approche participative recommandée par l'OMS pour la santé communautaire met en exergue le rôle central de la communauté dans la définition des objectifs et la mise en œuvre des interventions (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Burkina Faso, 2018). En effet, le fait que les AV et ASBC soient issus du même milieu que les bénéficiaires favorisent non seulement la confiance, mais aussi une meilleure compréhension des besoins spécifiques de la population. Ce constat avait déjà été rapporté par Nnadi et al. qui ont montré que l'intégration d'agents issus des communautés locales renforçait significativement l'adhésion aux soins dans les zones conflictuelles du Nigéria (Nnadi et al., 2017). Dans une autre étude menée en Haïti, Coulibaly et al. ont également souligné que l'acceptation sociale des agents communautaires dépendait largement de leur appartenance locale et de la participation communautaire à leur sélection (Coulibaly et al., 2023). En complément, la motivation des agents, qu'elle soit morale ou liée à un minimum de rémunération, s'est avérée cruciale pour leur persévérance dans un environnement hostile.

Ainsi, il apparaît indispensable de capitaliser sur les facteurs facilitants pour renforcer la résilience des systèmes de santé en contexte de crise. Cela implique notamment de soutenir les agents communautaires par une formation continue, un approvisionnement régulier en matériel, et une reconnaissance institutionnelle accrue. En consolidant ces acquis, les autorités sanitaires peuvent maintenir une offre de soins de base, même en l'absence d'infrastructures classiques et ainsi limiter les conséquences sanitaires des crises sécuritaires.

4.2. *Des barrières à la continuité de l'offre de soins*

Malgré les atouts précédemment cités, plusieurs obstacles freinent la mise en œuvre durable des soins communautaires dans les zones à défi sécuritaire. Ces contraintes sont principalement d'ordre sécuritaire, logistique, juridique et sociocommunautaire. Il s'agit notamment de l'insécurité, du manque de ressources matérielles, de l'absence de cadre normatif formel, de la dispersion géographique de la population et de certaines formes de réticence sociale.

Plus en détail, l'insécurité demeure un frein majeur à la continuité des services. Elle entrave la mobilité des ASBC et les AV, les expose à des risques d'agression et installe un climat de peur préjudiciable à leur engagement. Cette peur est exacerbée par l'absence de mécanismes de protection efficaces. De surcroît, les difficultés logistiques, notamment le manque de motos et les ruptures de kits, compromettent la qualité et la régularité des services offerts. Pourtant, l'expérience du projet *Breaking Barriers* au Cameroun illustre bien l'impact positif d'un appui matériel, combiné à une approche participative, pour assurer la continuité des soins dans des contextes similaires (AP, 2025).

À cela s'ajoutent des facteurs sociocommunautaires : dans certains cas, des tensions liées à des conflits d'intérêts ou à la perception du faible niveau d'instruction des agents communautaires

ont été observées. Ces éléments soulignent la nécessité d'un dialogue constant avec les communautés pour renforcer la légitimité et la confiance. Du reste, ces conflits sont rarement observés sur le terrain. Dans les rares cas, ils sont rapidement résolus par les leaders communautaires. Néanmoins, une étude orienter vers le niveau de satisfaction des usagers de ces services permettrait d'avoir des données factuelles sur la question.

Enfin, l'absence d'un cadre juridique clair régissant la délégation des tâches dans ces contextes fragiles renforce la précarité statutaire des agents communautaires, limitant ainsi leur reconnaissance formelle et leur protection.

Ces constats sont largement confirmés par la littérature. Le rapport de l'OMS sur les soins en zones fragiles identifie l'insécurité, les agressions contre les personnels de santé et le manque d'infrastructures comme des barrières majeures à la prestation des services (Organisation mondiale de la Santé, 2021). De plus, le Conseil international des infirmières (CII) a rappelé que les violations des droits du personnel médical en zones de conflit compromettent gravement la continuité des soins (Conseil international des infirmières, 2025). Une étude de Kamanzi et al. réalisée au Rwanda a mis en lumière les effets du stress et de la peur sur les performances des agents communautaires, insistant sur le rôle du soutien psychosocial (Kamanzi C et al., 2024). Enfin, l'absence de cadre normatif adapté, pointée dans cette étude, est un défi reconnu dans plusieurs contextes fragiles où la délégation des tâches reste informelle ou insuffisamment réglementée (Fatou Mbow et al., 2015; Schmelzer et al., 2020).

Dès lors, pour améliorer l'offre de soins dans ces contextes, il est urgent de renforcer la sécurité des agents communautaires, de leur fournir des moyens logistiques adaptés, et de créer un cadre juridique protecteur et structurant. De telles mesures contribueraient non seulement à assurer une couverture plus équitable des populations isolées, mais aussi à prévenir le désengagement des agents communautaires, souvent fragilisés par le manque de reconnaissance formelle et les conditions de travail difficiles.

4.3. Des Solutions proposées pour renforcer la continuité des soins

Les principales suggestions émises par les participants portent sur la dotation en moyens roulants, l'élaboration d'un plan de communication fiable, la supervision régulière des AV et ASBC, la construction d'infrastructures adaptées, le renforcement des compétences par des formations régulières, et l'intégration de la délégation des tâches dans les activités de routine. L'extension de la délégation à d'autres zones similaires a également été proposée.

Ces solutions visent à lever les obstacles organisationnels et intrapersonnels identifiés. La dotation en moyens de transport est cruciale pour pallier les difficultés d'accès liées à la dispersion des populations et à l'insécurité. Un plan de communication efficace permettrait de mieux coordonner les interventions et d'assurer un lien permanent entre agents communautaires et structures sanitaires. La supervision régulière est un levier de motivation et de qualité des soins, tout comme la formation continue qui actualise les compétences face à l'évolution des besoins. L'intégration de la délégation dans la planification annuelle renforce la pérennité et la reconnaissance institutionnelle de cette stratégie. L'extension à d'autres zones fragiles permettrait de généraliser les bénéfices observés.

Ces recommandations rejoignent les préconisations de l'OMS pour les zones fragiles, qui insistent sur l'importance des ressources logistiques, de la formation continue et du soutien institutionnel pour les agents communautaires (Communauté du Pacifique & Organisation Mondiale de la Santé, 2023; Organisation mondiale de la Santé, 2021). L'expérience du projet *Breaking Barriers* au Cameroun illustre l'efficacité d'une approche participative communautaire combinée à un appui matériel et financier pour lutter contre le paludisme en contexte conflictuel (AP, 2025). Par ailleurs, la littérature sur le renforcement des systèmes de

santé en situations de crise souligne la nécessité d'une supervision adaptée et d'une intégration des activités communautaires dans les politiques de santé publique (Kamanzi C et al., 2024; Sarah Schmelzer et al., 2020). La collaboration interprofessionnelle, notamment dans la délégation des tâches, est également reconnue comme un facteur clé de succès et d'efficacité (Sarah Schmelzer et al., 2020).

La mise en œuvre de ces solutions peut améliorer significativement la résilience des systèmes de santé dans les zones à fort défi sécuritaire. En facilitant l'accès aux soins, en renforçant la qualité et la motivation des agents, et en assurant une meilleure coordination, ces mesures contribuent à réduire la morbidité et la mortalité évitables. Elles favorisent aussi l'appropriation locale des interventions, gage de durabilité. Enfin, l'intégration institutionnelle de la délégation des tâches est un levier pour renforcer la couverture sanitaire universelle dans les contextes fragiles, conformément aux objectifs de santé publique mondiale (Communauté du Pacifique & Organisation Mondiale de la Santé, 2023; Conseil international des infirmières, 2025; Organisation mondiale de la Santé, 2021).

Cette discussion souligne l'importance d'une approche intégrée, combinant organisation, mobilisation communautaire, soutien psychosocial et cadre politique adapté, pour assurer la continuité des soins de base dans les zones à fort défi sécuritaire. Elle s'inscrit dans une dynamique mondiale de renforcement des systèmes de santé en contexte fragile, avec des enseignements applicables à d'autres régions affectées par les conflits ou crises humanitaires.

4.4. Suggestions

Afin de renforcer la délégation des tâches aux acteurs communautaires, nous formulons les suggestions suivantes :

4.4.1. Renforcer la motivation des AV/ASBC

- Institutionnaliser une prime mensuelle minimale pour les AV/ASBC afin de compenser l'insuffisance de motivation financière et encourager leur engagement durable.
- Valoriser les motivations intrinsèques par des reconnaissances symboliques (certificats, cérémonies de valorisation communautaire, etc.).

4.4.2. Améliorer les moyens logistiques et techniques

- Doter les AV/ASBC de moyens roulants adaptés (vélos, motos, carburant) pour faciliter les déplacements dans les zones dispersées ou difficiles d'accès.
- Assurer une dotation régulière en kits de soins et en matériels de base pour garantir la qualité des prestations.

4.4.3. Renforcer les capacités et l'encadrement

- Mettre en place un plan de supervision continue et de recyclage périodique, au moins deux fois par an, pour maintenir la qualité des services et répondre aux évolutions contextuelles.
- Élaborer un plan de communication fonctionnel permettant une coordination fluide entre les AV/ASBC et les structures de santé.

4.4.4. Intégrer la stratégie dans les politiques de santé

- Institutionnaliser la délégation des tâches dans les plans d'action et la planification annuelle des districts sanitaires, en la considérant comme une activité de routine.
- Étendre la stratégie de délégation des tâches à d'autres zones rurales confrontées aux mêmes défis, en tenant compte des spécificités locales.

4.4.5. Adapter la réponse au contexte sécuritaire

- Développer des approches communautaires sensibles au contexte sécuritaire, telles que des points de service mobiles ou l'implication accrue des leaders communautaires, afin de renforcer l'acceptabilité et la sécurité des interventions.
- Plaider pour un renforcement du cadre normatif afin de formaliser l'intervention des AV/ASBC en contexte d'urgence ou d'insécurité.

4.4.6. Renforcer la participation communautaire

- Impliquer activement les communautés dans la conception et le suivi des interventions, afin de renforcer leur confiance envers les AV/ASBC et réduire les réticences.
- Construire des postes de santé communautaire dans les zones éloignées pour rapprocher les soins des populations et créer des espaces dédiés aux interventions de santé de base.

5. Forces et limites de notre étude

La délégation des tâches aux AV et aux ASBC est mise en œuvre dans d'autres régions à défi sécuritaire du Burkina Faso et de la sous-région. Au Burkina Faso, notre étude est une première, portant spécifiquement sur les facteurs pouvant influencer cette délégation des tâches. Elle permet de recueillir le vécu des acteurs communautaires et des bénéficiaires de la stratégie. La prise en compte de toutes les parties prenantes a permis de diversifier les opinions et de trianguler les différents éléments de réponses.

La principale limite de notre étude est liée à sa nature qualitative, au contexte sécuritaire qui a influé sur le choix des personnes à interviewer selon leur accessibilité. Pour minimiser le biais de désirabilité sociale, les enquêteurs locaux ont été utilisés et les interviews ont été faites en langue locale.

6. Conclusion

En somme, cette étude met en évidence que la continuité de l'offre de soins par les AV et les ASBC dans un contexte sécuritaire fragile est rendue possible grâce à un ensemble de facteurs interdépendants. Cependant, plusieurs obstacles persistent, notamment sur les plans logistique, financier et sécuritaire. Les propositions des participants convergent vers la nécessité de renforcer les conditions de travail, les mécanismes de soutien et la reconnaissance institutionnelle des bénévoles communautaires. Pour assurer la pérennité et l'extension de cette stratégie, il est essentiel d'intégrer la délégation des tâches dans les politiques de santé publique, de l'accompagner par des ressources adéquates, et de l'adapter aux réalités locales. La prise en compte de ces différents facteurs pourrait faciliter l'implémentation, voire la pérennité de ces types de stratégies dans d'autres contextes similaires.

Remerciements

Nos remerciements à la population des districts sanitaires de Ouargaye et de Bittou et à tout le personnel du projet Momentum Integrated Health Resilience (MIHR)

Conflit d'Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- AP, A. 2. (2025, avril 18). Lutter contre le paludisme au Cameroun. L'Initiative. <https://linitiative.expertisefrance.fr/lutter-contre-le-paludisme-au-cameroun-grace-a-la-collaboration-communautaire/>
- Burkina Faso Plan de Réponse Humanitaire 2024 (mars 2024) | OCHA. (2024, mars 13). <https://www.unocha.org/publications/report/burkina-faso/burkina-faso-plan-de-reponse-humanitaire-2024-mars-2024>
- Communauté du Pacifique & Organisation Mondiale de la Santé. (2023). Quinzième réunion des ministres de la santé du Pacifique : Renforcer la résilience des systèmes de santé (p. 9). <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wpro---documents/dps/phmm->

- phoh-documents/15th-phmm/renforcer-la-r-silience-des-syst-mes-de-sant.pdf?sfvrsn=11ab6e7e_1
- Conseil international des infirmières. (2025). Les soins de santé dans les conflits : Le point de vue des infirmières (p. 10). CII. https://icn.ch/sites/default/files/2025-02/PS_04_Health%20care%20in%20conflict%20the%20nursing%20perspective_2025_FR%20_Final.pdf
- Coulibaly, G. L., Farand, L., & Champagne, F. (2023). Facteurs contextuels influençant la délégation de tâches aux Agents de Santé Communautaire Polyvalents en Haïti. *Santé Publique*, 35(2), 183-192. <https://doi.org/10.3917/spub.232.0183>
- Directions Générales des Etudes et des Statistiques Sectorielles, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Burkina Faso. (2023, mai). *Annuaire Statistiques 2022*.
- Equipe cadre du district sanitaire de Bittou_Région du Centre-Est_Burkina Faso. (2024). Plan d'action du district sanitaire de Bittou.
- Equipe cadre du district sanitaire de Ouargaye_Région du Centre-Est_Burkina Faso. (2024). Plan d'action du district sanitaire de Ouargaye.
- Fatou Mbow, Population Council, El Hadji Alioune Badara Ningue, Nafissatou Diop, Population Council, Babacar Mane, & Rodrigue Ngouana. (2015). La délégation des tâches au niveau communautaire dans le domaine de la planification familiale dans les pays du Partenariat de Ouagadougou : Expériences et leçons apprises pour une mise en œuvre effective—Rapport de synthèse (p. 58). Population Council.
- Kamanzi C, Matsiko E, Rugema L, Umubyeyi A, & Kanya L. (2024). Le rôle des agents de santé communautaires dans les soins à domicile de la COVID-19 : Leçons apprises du Rwanda (p. 19). Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2019, avril). *Stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Burkina Faso. (2018, décembre). *Stratégie nationale de santé communautaire au Burkina Faso 2019-2023*.
- Morou Nikiema, Mahamoudou Nyantudre, & Ange Anouck Désiré Kabore. (2024). Délégation de tâche de vaccination aux acteurs communautaires : Stratégie innovante pour atteindre la cible vaccinale lors d'une campagne de vaccination contre la rougeole-rubéole dans une zone à fort défi sécuritaire, Ouargaye, Burkina Faso, 2024. 50(89). <https://doi.org/10.11604/pamj.2025.50.89.45931>
- Ngouana, R. (2015). La délégation des tâches au niveau communautaire dans le domaine de la planification familiale dans les pays du Partenariat de Ouagadougou : Expériences et leçons apprises pour une mise en œuvre effective—Rapport de synthèse. https://www.academia.edu/87418194/La_d%C3%A9l%C3%A9gation_des_t%C3%A2ches_au_niveau_communautaire_dans_le_domaine_de_la_planification_familiale_dans_les_pays_du_Part%C3%A9nariat_de_Ouagadougou_Exp%C3%A9riences_et_le%C3%A7ons_apprises_pour_une_mise_en_%C5%93uvre_effective_Rapport_de_synth%C3%A8se
- Nnadi, C., Etsano, A., Uba, B., Ohuabunwo, C., Melton, M., Wa Nganda, G., Esapa, L., Bolu, O., Mahoney, F., Vertefeulle, J., Wiesen, E., & Durry, E. (2017). Approaches to Vaccination Among Populations in Areas of Conflict. *The Journal of Infectious Diseases*, 216(suppl_1), S368-S372. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix175>
- Noel Kibsa Palingwende KABORE. (2024). Analyse transversale des facteurs influençant la résilience communautaire face aux crises humanitaires dans le village de Zabga au Burkina Faso. *Journal of Social Sciences and Engineering*, 36(8). <https://www.doi.org/10.55272/rufso.rjsse>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). La qualité des soins de santé dans les zones fragiles, touchées par des conflits ou vulnérables : Passer à l'action (p. 84). OMS.

- Sarah Schmelzer, Eva Hollenstein, Johanna Stahl, Markus Wirz, Marion Huber, Irina Nast, & Florian Liberatore. (2020). Collaboration interprofessionnelle : Délégation des tâches (p. 4).
- Schmelzer, S., Hollenstein, E., Stahl, J., Wirz, M., Huber, M., Nast, I., & Liberatore, F. (2020). Task Shifting in der inter-professionellen Zusammenarbeit. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-20950>
- Tsofa, B., Munywoki, J., Guleid, F., Nzinga, J., & Kanya, L. (2024). Partage et délégation des tâches: OMS – Bureau régional de l’Afrique (WHO AFRO). (Édition originale 2024)

© 2026 NIKIEMA, 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.