



Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso

RAPPORT FINAL

Réalisée par
Dr Awa Seck, consultante internationale
Dr Dieudonné Valéa, consultant national

Février 2011

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	8
REMERCIEMENTS.....	9
RESUME SOMMAIRE DE L'ÉTUDE.....	10
1. INTRODUCTION	15
1.1. Contexte et justification de l'étude.....	16
<i>1.1.1. Contexte général du Burkina Faso.....</i>	<i>16</i>
<i>1.1.2. Contexte sanitaire.....</i>	<i>17</i>
<i>1.1.3. Politique nationale de santé</i>	<i>19</i>
<i>1.1.4. Système national de santé.....</i>	<i>19</i>
<i>1.1.5. Contexte de la santé communautaire</i>	<i>20</i>
<i>1.1.6. Justification de l'étude</i>	<i>21</i>
1.2. Objectifs de l'étude et résultats attendus.....	22
<i>1.2.1. Objectif général.....</i>	<i>22</i>
<i>1.2.2. Objectifs spécifiques.....</i>	<i>22</i>
<i>1.2.3. Résultats attendus.....</i>	<i>23</i>
<i>1.2.4. Déroulement de la mission</i>	<i>23</i>
2. REVUE DOCUMENTAIRE SUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....	24
2.1. Définition de la santé communautaire	25
2.2. Politiques et stratégies nationales de santé communautaire	26
<i>2.2.1. Au Bénin</i>	<i>27</i>
<i>2.2.2. Au Burkina Faso.....</i>	<i>27</i>
<i>2.2.3. Au Libéria.....</i>	<i>28</i>
<i>2.2.4. À Madagascar</i>	<i>28</i>
<i>2.2.5. Au Mali.....</i>	<i>28</i>
<i>2.2.6. Au Kenya</i>	<i>29</i>
<i>2.2.7. Au Rwanda</i>	<i>29</i>
<i>2.2.8. Au Sénégal.....</i>	<i>30</i>
<i>2.2.9. Au Togo</i>	<i>30</i>
<i>2.2.10. En bref.....</i>	<i>30</i>
2.3. Quelques évidences scientifiques en santé communautaire	32

3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	36
3.1. Type d'étude	37
3.2. Milieux d'étude	37
3.3. Populations d'étude	38
3.4. Techniques et instruments de collecte des données	39
3.4.1. <i>Entretien individuel et groupe de discussion dirigée (focus group).....</i>	<i>39</i>
3.4.2. <i>Analyse du document de stratégie d'interventions intégrées en santé communautaire.....</i>	<i>40</i>
3.5. Déroulement de la collecte des données	41
3.6. Démarche d'analyse des résultats	41
3.7. Considérations éthiques et confidentialité.....	41
3.8. Contraintes et limites de l'étude	42
3.8.1. <i>Contraintes</i>	<i>42</i>
3.8.2. <i>Limites de l'étude</i>	<i>42</i>
4. PRESENTATION DES RESULTATS	43
4.1. Résultats issus de l'enquête de terrain	44
4.1.1. <i>Services à base communautaire mis en œuvre au Burkina Faso</i>	<i>44</i>
4.1.1.1. <i>Services préventifs</i>	<i>44</i>
4.1.1.2. <i>Services promotionnels</i>	<i>48</i>
4.1.1.3. <i>Services curatifs</i>	<i>50</i>
4.1.1.4. <i>Services d'administration et de gestion.....</i>	<i>51</i>
4.1.1.5. <i>En résumé</i>	<i>52</i>
4.1.2. <i>Qualité des services de santé à base communautaire</i>	<i>53</i>
4.1.3. <i>Bénéficiaires des services de santé à base communautaire</i>	<i>54</i>
4.1.4. <i>Couverture des SBC au niveau de quelques districts sanitaires.....</i>	<i>55</i>
4.1.4.1. <i>Couverture géographique par les services de santé à base communautaire ...</i>	<i>55</i>
4.1.4.2. <i>Accès financier aux services par les populations</i>	<i>57</i>
4.1.4.3. <i>Disponibilité des produits de la distribution à base communautaire.....</i>	<i>57</i>
4.1.5. <i>Processus de développement des services de santé à base communautaire</i>	<i>57</i>
4.1.5.1. <i>Acteurs des services de santé à base communautaire</i>	<i>58</i>
4.1.5.2. <i>Implication des communautés dans la mise en œuvre des SBC.....</i>	<i>61</i>
4.1.5.3. <i>Planification et mise en œuvre des services de santé à base communautaire</i>	<i>64</i>
4.1.5.4. <i>Suivi et évaluation des services de santé à base communautaire.....</i>	<i>64</i>
4.1.5.5. <i>Coordination des services de santé à base communautaire.....</i>	<i>65</i>
4.1.5.6. <i>Système d'information sanitaire pour les services de santé à base communautaire.....</i>	<i>65</i>
4.1.6. <i>Forces, faiblesses, contraintes, menaces et opportunités du processus de développement des SBC.....</i>	<i>66</i>
4.1.6.1. <i>Forces</i>	<i>67</i>
4.1.6.2. <i>Faiblesses</i>	<i>67</i>
4.1.6.3. <i>Contraintes et menaces.....</i>	<i>68</i>
4.1.6.4. <i>Opportunités</i>	<i>69</i>

4.1.7. <i>Nature et domaines d'action des différentes structures d'appui technique des services à base communautaire</i>	69
4.1.8. <i>Financement des services de santé à base communautaire</i>	72
4.1.8.1. Sources de financement des SBC.....	72
4.1.8.2. Modalités de financement des services de santé à base communautaire	73
4.1.9. <i>Bonnes pratiques en santé communautaire</i>	75
4.2. Résultats issus de l'analyse du document d'orientation de la santé communautaire au Burkina Faso	76
5. SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS	79
5.1. Synthèse générale	80
5.2. Recommandations visant l'amélioration de la mise en œuvre des SBC	81
ANNEXES	85
Annexe 1 : termes de référence de l'étude	86
Annexe 2 : calendrier des activités	90
Annexe 3 : tableau 10 : synthèse de textes nationaux qui orientent les SBC : description de la stratégie	91
Annexe 3 : tableau 11 : synthèse de textes nationaux qui orientent les SBC : acteurs communautaires	93
Annexe 4 : liste des personnes rencontrées	95
Annexe 5 : guide d'entretien individuel et de discussion de groupe	98
Annexe 6 : grille d'analyse du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire	101
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACT:	Artemisinin-based combination therapy
AES :	Action pour l'enfance et la santé au Burkina Faso
AIS:	Agents itinérants de santé
AME :	Allaitement maternel exclusif
AMMIE :	Association appui moral, matériel et intellectuel à l'enfant
ASBC :	Agent de santé à base communautaire
ASC :	Agent de santé communautaire
ASV :	Agents de santé villageois
AV :	Accoucheuse villageoise
BMG:	Bill & Melinda Gates
CAMEG :	Centrale d'achat en médicaments essentiels et génériques
CCC :	Communication pour le changement de comportement
CDQ :	Comités de développement de quartier
CHR :	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CMA :	Centre médical avec antenne chirurgicale
COGES :	Comités de gestion
COSAN :	Comité de santé
CPN :	Consultation prénatale
CRS :	<i>Cathwel Relief Services</i>
CSCom :	Centre de santé communautaire
CSLP :	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSPS :	Centres de santé et de promotion sociale
CVD :	Comité villageois de développement
CVGT :	Comités villageois de gestion des terroirs
DBC :	Distribution à base communautaire
DEP :	Direction des études et de la planification
DGISS :	Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires
DGS :	Direction générale de la santé
DHPES :	Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé
DLM :	Direction de la lutte contre la maladie
DN :	Direction de la nutrition
DPV :	Direction de la prévention par la vaccination
DSF :	Direction de la santé de la famille
DSS :	Déterminants sociaux et de santé
ECD :	Équipes-cadres de district
ENP:	Etude nationale prospective
FCI :	Family care international
FDC :	Fondation pour le développement communautaire
FOSA:	Formations sanitaires
GAVI:	Global alliance for vaccines and immunization

GIP Esther : Groupement d'intérêt public « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau »

IB : Initiative de Bamako

ICP : Infirmier-chef de poste

IEC : Information, éducation, communication

IGR : Interventions à gain rapide

INSP : Institut national de la statistique et de la démographie

Jeremi Dijon : Jumelage et rencontre pour l'entraide médicale internationale

JICA : Japan International Coopération Agency

JNV : Journée nationale de vaccination

MCD : Médecin-chef de district

MEBA : Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation

MILDA : Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action

MMR : Mortalité à moindre risque

OBCE : Organisations à base communautaire d'exécution

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisations non gouvernementales

PADRPGNA : Projet d'appui au développement rural dans la province de la Gnagna

PADS : Programme d'appui au développement sanitaire

PAM : Programme alimentaire mondial

PAMAC : Programme d'appui au monde associatif et communautaire

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PECADO : Prise en charge à domicile

PEV : Programme élargi de vaccination

PF : Planification familiale

PFA : Paralysie flasque aiguë

PNDS : Plan national de développement sanitaire

PNEFL : Programme national d'élimination de la filariose lymphatique

PNEVG : Programme national d'éradication du ver de Guinée

PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme

PNT : Programme national de lutte contre la tuberculose

PNUD : Programme des Nations unies pour le développement

Prosad/GIZ: Programme santé sexuelle-droits humains/coopération allemande

PSF : Pharmaciens sans frontière

PSN : Politique sanitaire nationale

PSP : Poste de santé primaire

PTF : Partenaires techniques et financiers

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RAME : Réseau d'accès aux médicaments essentiels

RC : Relais communautaire

Rencap : Renforcement des capacités

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

RVO :	Réhydratation par voie orale
SRAJ :	Santé reproductive des adolescents et jeunes
SBC :	Services à base communautaire
SCADD:	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SEC :	Soins essentiels dans la communauté
SNAT:	Schéma national d'aménagement du territoire
SNIS :	Système national d'information sanitaire
SONU :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SP/CNLS :	Secrétariat permanent du comité national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST
SPS :	Poste de santé primaire
SRO:	Sels de réhydratation orale
SSP :	Soins de santé primaire
TDM :	Traitement de masse
TDRs :	Termes de référence
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la population
VIH :	Virus de l'immunodéficience humain
VPO :	Vaccin poliomyélitique oral

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Personnes rencontrées et techniques de collecte de données
Tableau 2 :	Services préventifs offerts par les ASBC
Tableau 3 :	Services promotionnels offerts par les ASBC
Tableau 4 :	Services curatifs offerts par les ASBC
Tableau 5:	Services d'administration et de gestion des activités des ASBC
Tableau 6:	Couverture des districts sanitaires par le programme de lutte contre le paludisme
Tableau 7:	Nature et domaines d'action des différentes structures d'appui technique
Tableau 8:	Sources de financement des SBC dans cinq districts
Tableau 9:	Forces et faiblesses du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire
Tableau 10 :	Synthèse de documents sur les SBD : Dénomination de la stratégie nationale mise en œuvre
Tableau 11 :	Synthèse des politiques de SBD : Acteurs communautaires

REMERCIEMENTS

Les consultants tiennent à remercier tout particulièrement le Ministère de la santé du Burkina Faso et l'UNICEF Burkina Faso pour leur confiance. Ils apprécient tous les appuis nécessaires dont ils ont disposé pour conduire, dans les meilleures conditions, l'étude qui fait l'objet de ce présent rapport.

Les consultants témoignent leur profonde gratitude à l'ensemble des personnes qui ont bien voulu répondre à leur sollicitation et faciliter leur travail sur le terrain. Plus particulièrement :

- les responsables des différents directions et programmes du ministère de la santé et leur équipe;
- les partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé (PTF) : l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale;
- les organisations non gouvernementales (ONG): Action pour l'enfance et la santé au Burkina Faso (AES), Family care international (FCI), le programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC), Plan Burkina, Programme santé sexuelle-droits humains/GIZ, Réseau d'accès aux médicaments essentiels (RAME), Terre des hommes;
- les directeurs et équipes des directions des régions sanitaires du Centre-est, du Nord et du Centre-nord;
- les équipes-cadres des districts de Barsalogo, Koupéla, Ouahigouya, Ouargaye et de Titao;
- les équipes des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de Bissighin, Méné, Somyaga, Yargatenga et de You;
- l'adjoint au maire de la commune de Titao;
- les organisations à base communautaire d'exécution (OBCE) des districts de Ouargaye (Nerwaya) et de Ouahigouya (Vénégré-Nooma : s'éclairer pour mieux se prendre en charge);
- les comités de gestion (COGES) des CSPS de Méné et de Yargatenga;
- les ASBC de Méné, de Somyaga, de Yargatenga et de You.

RESUME SOMMAIRE DE L'ÉTUDE

L'évaluation de la mise en œuvre du Programme national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 indique qu'en dépit des avancées enregistrées dans l'amélioration de la santé des populations, la situation sanitaire du Burkina Faso reste toujours caractérisée par une forte morbidité et mortalité notamment marquées chez le groupe spécifique mère-enfant.

Les orientations données dans la politique sanitaire nationale et les stratégies développées dans le PNDS mettent l'accent sur la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles, grâce à des interventions à gain rapide, dans l'optique de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015. Et le développement des services de santé à base communautaire est retenu comme l'une des stratégies pour accroître la couverture sanitaire en particulier au bénéfice des mères et des enfants. En effet, les expériences des services de santé à base communautaire (SBC) ont prouvé leur utilité et leur contribution importante dans l'amélioration de l'offre de soins particulièrement dans les zones dépourvues de structures sanitaires. De plus, ils constituent l'expression de la participation des communautés à la gestion de leur propre santé. L'élaboration en 2008 d'une stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé, représente un cadre d'orientation pour le développement des SBC et la formulation d'un sous-secteur sanitaire communautaire dans le système de santé.

La réalisation de la présente étude, sur la santé communautaire au Burkina Faso, s'inscrit dans le cadre de l'organisation de la deuxième revue sectorielle de la santé. L'état des lieux des SBC permet d'apprécier la performance du système de santé dans sa composante communautaire, d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des stratégies de développement des SBC, dans le cadre du PNDS 2011-2020. Il représente également une base à l'élaboration prochaine d'une politique de santé communautaire qui, de par la création récente d'une direction de la santé communautaire, constitue une opportunité pour la promotion des interventions communautaires.

L'étude a pour objectif général de faire une analyse de la santé communautaire au Burkina Faso et spécifiquement de : 1) décrire la nature et le processus de développement des SBC; 2) déterminer les forces et les faiblesses des documents d'orientation des SBC; 3) documenter les bonnes pratiques en santé communautaire, et 4) formuler des recommandations pour améliorer l'offre des SBC.

L'approche méthodologique utilisée comprend, d'une part une revue de la littérature, à partir de documents nationaux de santé communautaire de plusieurs pays africains et une revue de quelques évidences scientifiques sur les SBC; d'autre part une enquête qualitative auprès de 106 répondants situés au niveau central, intermédiaire, périphérique du système de santé et dans la communauté. La démarche d'analyse des résultats porte, d'abord sur le contenu du document intitulé « stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé », à partir d'une grille d'analyse; ensuite sur le matériel d'entretiens individuels et de groupes de discussion dirigée, sur une base thématique.

Principales conclusions de l'étude

Dans la revue documentaire, la santé communautaire est définie comme « la santé par les populations et pour les populations », partant des principes qui la sous-tendent.

L'analyse des documents nationaux d'orientation de la santé communautaire dans plusieurs pays indique que, plus de 30 ans après l'adoption et la mise en œuvre des soins de santé primaires, la vision de la santé communautaire n'a pas sensiblement évolué. Plusieurs évidences scientifiques sur les SBC justifient l'efficacité des SBC qui, s'ils sont mieux organisés, peuvent faciliter l'atteinte des OMD liés à la santé, en 2015.

Les résultats issus de l'enquête

La nature des SBC : l'enquête de terrain a permis de répertorier différents SBC classés dans trois domaines : curatif, préventif et promotionnel, sous-tendus par un volet administratif et gestionnaire. L'analyse indique que les SBC de nature curative sont moins nombreux que ceux de la prévention et de la promotion. Cette prédominance des soins préventifs et promotionnels est en adéquation avec le rôle de promoteur de la santé de l'agent de santé à base communautaire (ASBC). De façon globale, les SBC mis en œuvre sont en adéquation avec ceux définis dans le document de stratégie et les IGR définis dans le cadre de l'accélération de l'atteinte des OMD au Burkina Faso. Ils sont également en conformité avec ceux définis dans les textes réglementant la santé communautaire dans d'autres pays. On observe cependant que le paquet d'activités est très important pour le niveau des ASBC généralement peu ou non instruits ou alphabétisés. En dépit de cette importance du paquet, il a été noté le manque de quelques activités importantes dont trois figurent parmi les 17 pratiques familiales clés de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). Il s'agit de la supplémentation en fer, en acide folique et en iode, de la promotion de l'hygiène alimentaire par le lavage des mains et de la promotion de l'allaitement maternel.

La qualité des SBC offerts : on note que les réponses des acteurs sont mitigées sur l'existence de normes de qualité des SBC. Les pratiques pour mesurer la qualité des SBC divergent également et plusieurs indicateurs d'absence de qualité sont relevés.

Les cibles bénéficiaires : bien que toute la population soit bénéficiaire des SBC, le groupe spécifique mère-enfant constitue la cible privilégiée des interventions.

La couverture géographique des SBC : est caractérisée par la disparité entre les districts sanitaires d'une part et au sein des districts d'autre part. Les populations proches des formations sanitaires sont exclues par certains programmes. Au niveau de l'accessibilité financière, les SBC sont pour la plupart fournis gratuitement. Quelques-uns sont subventionnés et nécessitent une contribution des populations, dans le cadre de la distribution à base communautaire (DBC) des contraceptifs et des soins curatifs du paludisme, des IRA et de la diarrhée. Cette contribution est jugée importante au regard du niveau de pauvreté des populations.

Le processus de développement des SBC : l'enquête de terrain a permis d'apprécier ce processus à travers plusieurs aspects. D'abord, les acteurs communautaires détiennent plusieurs dénominations. Ils sont d'un niveau d'instruction et d'alphabétisation très bas, généralement d'âge avancé et ont une mauvaise compréhension de leur rôle d'ASBC. Répartis en raison de deux par village et selon le genre (un homme et une femme), ils ont un statut de bénévole et/ou de volontaire, bénéficiant de motivation inégale et non pérenne. Les ASBC sont formés de façon inéquitable, sur la base de modules élaborés par les programmes du Ministère de la santé. Leur supervision reste globalement inégale ou absente et se fait en fonction des programmes verticaux de santé mis en œuvre au sein du Ministère de la santé.

Ensuite, la participation communautaire se présente sous différentes formes avec l'émergence de plus en plus visible de la société civile, avec la contribution des COGES et celle des membres de la communauté. Elle souffre cependant d'insuffisances importantes dont, entre

autres, l'absence de directives claires qui orientent la gestion saine des SBC et le choix biaisé comme ASBC de personnes influentes de la communauté ou de membres de leur famille.

Quant à la contractualisation, elle est reconnue comme une bonne stratégie de développement qui est en adéquation avec l'esprit de la santé communautaire. Impliquant la société civile, elle permet aux associations choisies (les OBCE) de relayer les agents de santé dans les activités qu'ils n'ont pas le temps de réaliser. Cependant, des questions de fond se posent et constituent des obstacles à l'efficacité et à la pérennité de la contractualisation. Elles sont en partie d'ordre financier. Par exemple, les allocations sont toujours inférieures au besoin de financement des plans d'action des OBCE et ne permettent pas la réalisation des activités planifiées de ces organisations.

En ce qui concerne la couverture géographique, la contractualisation renforce les inégalités dès lors que des districts sont largement couverts par des OBCE alors que d'autres le sont moins ou ne le sont pas. Parmi les districts sanitaires visités, celui de Ouargaye dans la région du Centre-Est constitue un bel exemple de mauvaise répartition d'OBCE. La rigidité des critères de sélection des associations et l'insuffisance des ressources ont certainement été les facteurs limitant le nombre d'OBCE recrutées, pour couvrir l'ensemble des districts.

En dépit de la bonne appréciation faite de l'approche contractuelle, une réelle dualité est perçue, entre les organisations de la société civile qui mettent en œuvre la contractualisation et les services de santé. Ces derniers estiment que les premières reçoivent trop de financement du programme d'appui au développement sanitaire (PADS), à leur détriment. Ainsi, pour la supervision technique des SBC, de nombreuses incompréhensions sont relevées, tout au long des entrevues. Des raisons n'ont pas été avancées de part et d'autre sur le manque de supervision, mais l'absence de motivation financière en serait certainement le nœud gordien.

Le système national d'information sanitaire (SNIS), pour sa part, est considéré par les répondants comme très fonctionnel au Burkina Faso, mais seulement jusqu'au niveau du CSPS. Le processus d'intégration et d'harmonisation de la composante communautaire, entamé à la faveur du démarrage de l'approche contractuelle, reste à parfaire à la base. Face à cette organisation incomplète, deux systèmes existent, avec différents supports qui circulent en parallèle : un premier formel organisé et un second informel et désordonné. Chaque structure d'intervention a développé des instruments de collecte de données et des canevas de rapports propres à son organisation. Il apparaît assez nettement que c'est le début de la disponibilité des informations sur les SBC, mais pas encore l'étape de leur harmonisation.

Sur le plan de la planification, du suivi et de l'évaluation des SBC, les plans d'action des CSPS sont officiellement élaborés avec l'implication des membres des COGES, mais les ASBC des différents villages ne sont pas partis prenants dans ce processus. De même, les plans de travail des OBCE sont élaborés, avec l'appui des ONG/Rencap, sans que l'implication des équipes-cadre de districts ne soit effective. À côté de ces OBCE, plusieurs associations continuent d'intervenir également sans se référer aux équipes de santé et sans la moindre adéquation de leurs interventions avec les besoins des populations.

Le suivi des activités de santé communautaire est également timide et reflète les problèmes relevés au niveau de la planification des SBC, avec la non-implication des agents de santé, l'autonomie d'exécution des multiples partenaires intervenant dans l'offre de SBC, la diversité des stratégies mises en œuvre et les systèmes différents de motivation des ASBC.

La nature des structures d'appui et leurs domaines d'interventions : les entretiens ont permis d'identifier plusieurs structures internationales ou nationales autres que les structures de santé et les associations à caractère local qui appuient la mise en œuvre des SBC. Celles-ci sont de plusieurs natures : 1) les organismes de coopération multilatérale, 2) les organismes de coopération bilatérale, 3) les ONG nationales ou internationales, et 4) les programmes et projets de développement. En dépit du nombre relativement important de ces structures d'appui, la couverture en SBC n'est pas souvent adéquate, parce que les services ne sont pas répartis selon les besoins ressentis par les populations.

L'analyse du contenu du document de stratégie nationale des interventions intégrées à base communautaire

Cette analyse a permis de dégager les forces et les faiblesses en lien avec les éléments suivants : 1) le contexte et la justification, 2) les principes et les valeurs de la santé communautaire, 3) la vision, les buts et les objectifs, 4) les stratégies et les activités, 5) le plan de mise en œuvre, 6) les mécanismes de coordination, et 7) le plan de suivi et d'évaluation. Si de nombreuses forces ont été identifiées dans le document, des insuffisances ont été également relevées. Ce sont entre autres, le contenu trop général qui ne fait pas mention de la politique sanitaire nationale, même s'il se réfère à l'objectif spécifique 3 de l'axe 1 du PNSD 2001-2010. L'analyse de la situation ne repose pas sur des données probantes liées à la couverture et à l'utilisation des SBC, et ne fait pas mention à la réduction des inégalités de santé et aux déterminants sociaux et de santé (DSS) sur lesquels les SBC doivent agir. La collaboration intersectorielle et le partenariat ont été abordés de manière succincte. Du point de vue du processus, le document ne définit pas clairement les conditions de participation encore moins les acteurs qui participent à l'effort de santé. Il ne donne pas suffisamment de précision sur les conditions d'exercice, selon les niveaux d'intervention (zones urbaines versus zones rurales). Les objectifs sont définis, mais ils ne comportent pas de critères qui permettent d'en mesurer le niveau d'atteinte en termes d'accroissement de la couverture et d'utilisation des SBC. Il n'y a pas une adéquation entre le profil, le statut de volontaire de l'ASBC et l'importance du paquet d'activités à mettre en œuvre. Les cibles des interventions et les conditions de mise en œuvre ne sont pas clairement définies et ne comportent pas de directives spécifiques pour orienter la formation des agents de santé communautaire (ASC) et définir clairement les modalités de motivation des ASBC et leur équipement.

Le document qui a été diffusé n'a presque jamais servi, pire son existence est même ignorée par la plupart des acteurs.

Recommandations

Des recommandations ont été formulées dans le sens du développement de la santé communautaire. Il s'agit entre autres : 1) d'élaborer une politique nationale de santé communautaire et de réviser le document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire, 2) de réduire le nombre de SBC dévolus aux ASBC, 3) d'améliorer la couverture des SBC tant géographique, financière qu'en termes de disponibilité de produits de la DBC, 4) d'améliorer la qualité des SBC par la mise en œuvre de services adéquats et par la supervision régulière des ASBC, 5) d'instaurer un système de motivation pérenne des ASBC sur les plans intrinsèque et extrinsèque, 6) d'améliorer les mécanismes de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation des SBC, et 7) d'accélérer l'évaluation de la contractualisation en vue d'en corriger les faiblesses et de rendre plus performant le développement des SBC.

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification de l'étude

1.1.1. Contexte général du Burkina Faso

Le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et couvre une superficie de 274 200 km². Des routes asphaltées le relient à l'ensemble des pays voisins (Mali, Niger, Bénin, Togo, Ghana, Côte d'Ivoire) et un chemin de fer de 1 145 km le relie à la Côte d'Ivoire. Le climat y est de type tropical avec deux saisons : une saison sèche et une pluvieuse.

Sa population était de 14 017 262 habitants en 2006 avec une densité d'environ 51,8 habitants au Km², et croît à un rythme de 3,1% l'an¹. En 2010, elle était estimée à 15 730 977 habitants². Le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰; celui de la mortalité générale est de 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance de 56,7 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 6,2. Le Burkina Faso est aussi un pays de fortes migrations interne et surtout externe.

Le Burkina Faso entretient une croissance économique de l'ordre de 5% en moyenne par an, depuis près d'une décennie. Selon le dernier rapport du programme des Nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain (2010), le Burkina Faso se classe 162^e sur 169 pays avec un indice de développement humain estimé à 0,309. Les femmes constituent la cible la plus vulnérable face à la pauvreté, du fait de leur accès limité aux facteurs de production et aux ressources.

L'économie reste par ailleurs marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires). La situation de l'emploi est marquée par la prédominance du secteur agricole et du secteur informel.

Malgré des avancées significatives ces dernières années, l'accès à l'éducation de base demeure limité au Burkina Faso. Selon la direction des études et de la planification (DEP) du Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation (MEBA), le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base était de 72,5 % pour l'année 2007-2008; il est de 67,9 % chez les filles et de 76,8 % chez les garçons (DEP/MEBA, 2008). La situation n'est guère meilleure dans les cycles secondaire et supérieur.

Le pays présente une très grande diversité culturelle avec plus d'une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français. Les religions sont dominées par l'islam (60,50%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%).

¹ Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (2008). Le Burkina en chiffre

² Recensement général de la population et de l'habitat. (2006)

Sur le plan administratif, le pays est divisé en circonscriptions administratives. On dénombre ainsi 13 régions, 45 provinces, 302 départements et 349 communes et plus de 8 000 villages et secteurs.

Au plan politique, le Burkina Faso a renoué avec le constitutionnalisme en 1991. En vue d'un développement harmonieux et intégré, le pays s'est doté de référentiels stratégiques tels que l'étude nationale prospective (ENP) "Burkina 2025", le schéma national d'aménagement du territoire (SNAT) ainsi que la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD).

1.1.2. Contexte sanitaire

Le contexte sanitaire renseigne sur le profil épidémiologique, les maladies transmissibles et non transmissibles, et la santé des groupes spécifiques.

1.1.2.1. Profil épidémiologique

Au Burkina Faso, le profil épidémiologique est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité et de mortalité due principalement aux maladies infectieuses et parasitaires y compris l'infection à Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il est également le fait des maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, etc.), de la malnutrition protéino-énergétique et des carences nutritionnelles spécifiques (fer, iode, vitamine A). En dépit d'une amélioration certaine, les taux bruts de morbidité et de mortalité demeurent élevés au sein de la population avec respectivement 8,4% et 11,8%³. Ils sont liés en particulier au niveau élevé de la morbidité et de la mortalité chez le couple mère-enfant. Malgré tout, l'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960 à 57 ans en 2008.

1.1.2.2. Maladies transmissibles

Il y a prédominance des maladies transmissibles telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées. Les maladies à potentiel épidémique surviennent de manière récurrente chaque année avec le début de l'harmattan pour les épidémies de méningite cérébro-spinale et de rougeole, et en hivernage avec les premières pluies pour le choléra. La fièvre jaune représente un risque tout au long de l'année. De nombreux programmes de lutte contre ces maladies sont mis en œuvre avec l'appui des partenaires techniques et financiers et contribuent à réduire l'impact de ces maladies sur la santé des populations.

1.1.2.3. Maladies non transmissibles

En dépit de la prédominance des maladies transmissibles qui représentent les principales causes de morbidité et de mortalité, on assiste à l'émergence des maladies non transmissibles d'évolution chronique et en pleine expansion. Ces maladies, du fait de leur poids nosologique croissant et leur gravité, constituent une préoccupation pour le Ministère de la santé qui a entrepris de mettre en œuvre des stratégies de lutte afin de réduire leur impact sur l'état de santé des populations. Ces maladies regroupent un certain

3 INSD (EAQUIBB 2007)

nombre de pathologies⁴. Les données collectées sur ces maladies par le système national d'information sanitaire ne permettent pas pour l'instant d'apprécier leur ampleur. Certaines d'entre elles font l'objet de programmes ou d'initiatives de lutte à l'échelle nationale ou locale.

1.1.2.4. Santé des groupes spécifiques

La situation sanitaire des groupes spécifiques que sont les enfants, les femmes, les adolescents et jeunes, les personnes âgées, reste dominée par une morbidité et une mortalité élevées. En effet chez la femme, la mortalité maternelle selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) en 2006 était de 307,3 décès pour 100 000 naissances vivantes⁵. Selon la même source, la situation sanitaire des enfants est illustrée par un taux élevé de mortalité infanto juvénile à 141,9‰ en 2006.

La situation de la santé des adolescents et des jeunes est influencée entre autres par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, une prévalence élevée d'IST/VIH/Sida. Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services existants par les jeunes. La consommation d'alcool, de drogue et de tabac n'épargne pas la frange jeune de la population.

La situation de la santé des personnes âgées est influencée par les affections liées au vieillissement, les maladies non transmissibles, la malnutrition et les endémo-épidémies.

Cette situation sanitaire déplorable, marquée par une plus grande vulnérabilité des femmes et des enfants, a conduit les autorités à placer la santé de la mère et de l'enfant parmi les priorités nationales. Le Burkina Faso a souscrit aux différents engagements internationaux et s'est engagé à travers le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) et le PNDS à mener les actions et mesures nécessaires en vue de réduire la morbidité et la mortalité, chez les femmes et les enfants.

Pour ce faire, un ensemble de programmes et de stratégies nationaux⁶ sont développés et mis en œuvre pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile.

⁴ qui sont entre autres : 1) les affections cardio-vasculaires dont l'hypertension artérielle, 2) les maladies métaboliques telles le diabète, 3) les pathologies affectant la santé bucco-dentaire telle le noma, 4) les maladies de l'œil et de ses annexes comme le trachome et susceptibles d'engendrer la cécité, 5) les troubles de la santé mentale, 6) les affections de l'oreille susceptibles d'évoluer vers la survenue d'une surdité, 7) les cancers, 8) les maladies génétiques telles la drépanocytose

⁵ INSD-RGPH 2006

⁶ Ce sont : 1) la stratégie Maternité à Moindre Risque; 2) le plan d'accélération de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006- 2015 ; 3) le plan de sécurisation des produits contraceptifs 2006-2015; 4) le plan de couverture de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) 2005-2010; 5) le programme de prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME) 2006-2010; 6) le plan d'appui à l'accélération de la mise en œuvre des interventions à gain rapide pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile; 7) le programme national de lutte contre les fistules obstétricales; 8) le plan stratégique de communication en santé de la reproduction (SR) ; 9) le plan décennal du programme élargi de vaccination (PEV) ; 10) le plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme; 11) la politique nationale de nutrition et le plan stratégique de nutrition 2010-2015; 12) la politique nationale de contractualisation des services de santé.

1.1.3. Politique nationale de santé

Suite aux premiers états généraux de la santé (1999), une Politique sanitaire nationale (PSN) a été adoptée en 2000 et un PNDS 2001-2010 en 2001. Cette politique a été révisée suite aux nouvelles orientations données par les deuxièmes états généraux tenues en février 2010. Elle est en cours d'adoption par le gouvernement. Quant au PNDS 2001-2010, il est arrivé à terme et un PNDS 2011-2020 est en cours de finalisation. Le but de la politique nationale de santé est de contribuer au bien-être des populations. Huit orientations stratégiques sont retenues au niveau de la politique nationale de santé et l'une relative à l'amélioration de la qualité des prestations accorde une place de choix à la santé communautaire. Il est à noter que la politique sanitaire adoptée en 2000, mettait déjà un accent particulier sur le développement des services à base communautaire comme l'une des stratégies devant permettre l'accroissement de la couverture sanitaire nationale à partir du renforcement de la participation communautaire à l'offre de soins de base de qualité.

1.1.4. Système national de santé

Cette partie fait la synthèse de l'organisation du système de santé et ses principales réformes.

1.1.4.1. L'organisation du système de santé

Organisation administrative

L'organisation du système public de santé s'articule autour de trois niveaux : 1) le niveau central, organisé autour du cabinet du ministre de la Santé et du Secrétariat général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances, 2) le niveau intermédiaire comporte 13 régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts, et 3) le niveau périphérique constitué de 63 districts sanitaires dont les équipes-cadres gèrent les services de santé de base.

Organisation de l'offre de soins

Les structures d'offre de soins sont organisées en trois niveaux complémentaires allant de la périphérie vers le niveau central. Du point de vue conceptuel, les structures de chaque niveau ont un plateau technique propre et l'ensemble du système fonctionne de sorte à éviter autant que faire se peut les chevauchements et les creux. Ainsi, on distingue de la base au sommet le CSPS, le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA), le centre hospitalier régional (CHR) et enfin le centre hospitalier universitaire (CHU). Le Service de santé des Forces armées nationales, l'Office de santé des travailleurs et la Caisse nationale de sécurité sociale contribuent à l'offre de soins à travers leurs propres structures. À côté du secteur public, existe un secteur privé en plein essor. Ce secteur privé comprend près de 300 structures composées majoritairement des cliniques et cabinets privés à but lucratif (81%) et d'établissements confessionnels. Le sous-secteur de la médecine et la pharmacopée traditionnelles partie intégrante du système de santé, a connu une rapide évolution ces dix dernières années.

1.1.4.2. Les principales réformes du système de santé

Si la période d'avant 1990 a été marquée par l'élaboration et la mise en œuvre de la programmation sanitaire nationale axée sur la stratégie des soins de santé primaire (SSP), celle d'après 1990, a connu de nouvelles réformes du système de santé dont les principales sont :

- la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB), à partir de 1992;
- la mise en place des districts sanitaires en 1994 qui a constitué une étape importante dans le processus de décentralisation du système de santé ;
- la réforme hospitalière, engagée en 1997, qui visait à rendre ce secteur plus performant tout en situant les responsabilités, les droits et les obligations de chaque acteur vis-à-vis de l'institution et des malades;
- l'approche contractuelle avec l'adoption par le gouvernement d'un document de politique nationale de contractualisation dans le système de santé au Burkina Faso, le 26 novembre 2008;
- le transfert de compétences de la gestion des structures sanitaires de base aux collectivités territoriales effective depuis mars 2009, dans le cadre de la communalisation intégrale;
- l'approche sectorielle identifiée comme l'une des stratégies clés de mise en œuvre du PNDS.

1.1.5. Contexte de la santé communautaire

Dans le cadre des SSP adoptés en 1979 par le Burkina Faso comme une stratégie de développement de la santé, la participation communautaire a connu des évolutions variables selon le contexte sociopolitique du pays. Sa prise en compte comme moyen de responsabiliser les communautés bénéficiaires à la prise en charge de leurs problèmes de santé a constitué l'une des pierres angulaires du processus de développement sanitaire.

De nombreuses expériences d'offre de services à base communautaire ont été développées çà et là et sur l'ensemble du territoire national, pour améliorer l'accès des soins de santé. La santé communautaire a ainsi fait la preuve de son utilité. Parmi ces expériences, on peut citer :

- la formation, l'équipement et le suivi des accoucheuses de villages réalisés dès 1979 dans les zones d'accès difficile, afin de réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile avec l'appui de l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA dans les districts de Kombissiri, de Dori, de Sebba et de Diapaga;
- l'opération « un village, un poste de santé primaire (PSP) réalisée en 1985 pour desservir la population de chaque village d'un poste de santé et tenu par deux ASC dont un agent de santé villageois (ASV) et une accoucheuse villageoise (AV), tous deux formés pour réaliser respectivement:
 - des activités préventives et promotionnelles (éducation pour la santé, assainissement et hygiène, chloroquinisation standardisée) et des activités curatives (pansement, petits soins oculaires et ORL, traitement des diarrhées

par la réhydratation par voie orale (RVO), traitement du paludisme simple et de quelques autres maladies);

- des accouchements eutociques à domicile, les petits soins au nouveau-né et à la mère, l'éducation sanitaire des mères, l'appui à toute autre action sanitaire.
- la mise en œuvre de la stratégie de renforcement des SSP à travers l'IB, outre la décentralisation des services de santé autour du district sanitaire, s'est focalisée sur la participation communautaire et les recouvrements des coûts. Les membres des COGES des formations sanitaires et les agents SBC désignés par leur communauté deviennent ainsi des auxiliaires importants du système de santé.

Dans le cadre du PNDS 2001-2010, les interventions à base communautaire dans le domaine de la santé se sont développées au cours des dix dernières années avec l'intégration de volets communautaires dans de nombreux programmes de santé (PNLP, PNT, PNEFL, PNEVG, PEV, VIH/SIDA, Nutrition, PCIME, MMR, planification familiale, etc.). L'adoption en 2008 d'une stratégie nationale d'interventions intégrées à base communautaire constitue une évolution significative, en particulier par l'élargissement du paquet d'activités avec la prise en charge communautaire des diarrhées, du paludisme simple et de la prévention de la malnutrition à travers une implication des acteurs communautaires.

1.1.6. Justification de l'étude

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré les efforts consentis par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement, reste caractérisée par des niveaux élevés de morbidité et de mortalité particulièrement maternelle, néonatale et infantile. Dans l'optique de l'atteinte des OMD liés à la santé à l'horizon 2015, des stratégies sont développées; à cet effet, une liste d'interventions de santé communément appelées Interventions à gain rapide (IGR) et visant essentiellement la réduction de la mortalité maternelle et infantile a été retenue. Cependant, de nombreux défis sont à relever dans l'offre, la qualité et l'utilisation des services de santé.

Pour résoudre cette situation, le gouvernement à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2011 s'est fixé, entre autres objectifs, de développer les services de santé à base communautaire.

L'expérience de la mise en œuvre des SBC a prouvé leur contribution importante dans l'amélioration de l'offre de soins notamment dans les zones dépourvues de structures sanitaires. De plus, les SBC constituent l'expression de la participation des communautés à la gestion de leur propre santé. Cependant, leur développement reste encore insuffisant et peu systématisé, dans l'ensemble des districts sanitaires, en dépit de la mise en œuvre récente de l'approche contractuelle en 2010.

L'élaboration en 2008 d'une stratégie nationale d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé représente un cadre d'orientation pour le développement des services de santé à base communautaire. De plus, la création récente

de la direction de la santé communautaire présage d'une meilleure organisation du volet santé communautaire en tant que composante du système national de santé.

C'est pourquoi la réalisation de la présente étude sur l'analyse de la santé communautaire au Burkina Faso, qui s'inscrit dans le cadre de la deuxième revue du secteur de la santé, est très importante. Elle devra permettre d'apprécier la performance de la composante communautaire du système de santé, d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des stratégies de développement d'interventions communautaires de santé, dans le cadre du PNDS 2011-2020.

1.2. Objectifs de l'étude et résultats attendus

Selon les termes de référence (TDRs) (annexe 1), les objectifs et les résultats attendus suivants orientent l'étude sur l'analyse de la santé communautaire au Burkina Faso :

1.2.1. Objectif général

L'objectif général de l'étude est de « *faire une analyse de la santé communautaire au Burkina Faso* ».

1.2.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement il s'agit de :

1. déterminer la nature des services à base communautaire, dans le domaine de la santé et les populations cibles bénéficiaires correspondantes;
2. déterminer les forces et les faiblesses des documents d'orientation de la santé communautaire au Burkina Faso;
3. analyser le processus de développement des services à base communautaire y compris la nutrition et le VIH en identifiant les forces, les faiblesses, les contraintes/menaces et les opportunités;
4. déterminer la couverture des services à base communautaire dans certains districts sanitaires;
5. documenter les bonnes pratiques en matière de santé communautaire;
6. déterminer la nature et les domaines d'interventions des structures d'appui technique des services de santé à base communautaire;
7. identifier les sources de financement des services de santé à base communautaire;

8. formuler des recommandations pertinentes en vue d'améliorer les stratégies et la mise en œuvre des interventions communautaires de santé qui pourraient servir pour les orientations d'un document de politique de santé communautaire.

1.2.3. Résultats attendus

À l'issue de la mission, les résultats suivants sont attendus :

- une analyse des différentes stratégies et des interventions à base communautaires dans le domaine de la santé est faite;
- les forces et faiblesses du document intitulé « stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé »¹ sont identifiées et des propositions pour son amélioration sont formulées;
- les bonnes pratiques sont documentées;
- des recommandations pertinentes sont faites en vue d'améliorer la performance de la composante communautaire du système de santé.

1.2.4. Déroulement de la mission

La mission s'est déroulée du 23 janvier au 6 mars 2011, selon le calendrier (annexe 2) et selon les étapes suivantes :

- la phase organisationnelle qui a permis de 1) clarifier les TDRs avec les commanditaires de l'étude (le chef de section Sante-Nutrition de l'UNICEF et le Ministère de la santé du Burkina Faso à travers la direction des études et de la planification, 2) rédiger le protocole d'étude y compris le plan de rédaction du rapport et la confection des outils de collecte des données, et 3) faire approuver le protocole, les plans de travail et de rédaction de l'étude, par les commissions "approche sectorielle" et "indicateurs de suivi du PNDS";
- la revue documentaire sur les documents qui organisent la santé communautaire au Burkina Faso et dans d'autres pays africains, ainsi que sur des évidences des services à base communautaire;
- la collecte des données à Ouagadougou et dans cinq districts sanitaires, au niveau de trois régions sanitaires;
- l'analyse et l'interprétation des données suivies de la rédaction du rapport;
- la présentation des résultats de l'étude à la revue du secteur de la santé.

2. REVUE DOCUMENTAIRE SUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Pour une meilleure compréhension de la santé communautaire, la revue documentaire s'est articulée autour de trois points. D'abord, le concept de santé communautaire est défini. Ensuite, des politiques et stratégies nationales de santé communautaire de quelques pays africains sont analysées. Enfin, des évidences scientifiques qui rendent compte de l'efficacité des services à base communautaire sont identifiées.

Pour faire le point sur ces aspects de la santé communautaire, trois types d'ouvrages et de travaux ont été utilisés : 1) des ouvrages de portée générale qui abordent le concept de santé communautaire, 2) des documents de politiques et de stratégies nationales de santé communautaire, et 3) des articles de revues scientifiques qui rendent compte d'évidences sur les SBC, dans des pays africains et au Burkina Faso.

2.1. Définition de la santé communautaire

Le concept de « santé communautaire » serait apparu dès 1951 à la suite de l'implication de l'OMS dans les programmes de santé des pays les moins avancés. Son émergence date des années 1960, avec comme objectif de repenser l'offre traditionnelle des soins basés sur le modèle médical. En Afrique, le concept s'est imposé depuis la Conférence d'Alma Ata sur les SSP en 1978².

Considérée comme une approche « locale et participative », la santé communautaire aurait été préférée à la santé publique plus ancienne qui serait « collective et administrative »³.

Intégrant deux concepts qui présentent chacun un enjeu définitionnel important (la santé d'une part et la communauté d'autre part), la santé communautaire continue de susciter des débats liés à sa définition. En dépit du manque de consensus sur celle-ci, les auteurs s'accordent sur des caractéristiques de la communauté qui conditionnent la réussite des programmes de santé à assise communautaire : 1) un territoire géographique qui donne aux problèmes de santé et à leurs solutions une signification locale, 2) des personnes ou des groupes ayant des conditions de vie semblables et qui interagissent, et 3) des individus qui partagent des valeurs et/ou des intérêts communs⁴.

Les principes énoncés dans la Déclaration d'Alma Ata sur les SSP sous-tendent également et nécessairement les interventions à base communautaire. En plus de la participation des populations, il s'agit de l'ancrage communautaire, de l'équité, de la collaboration intersectorielle et multidisciplinaire. L'empowerment s'y ajoute récemment pour renforcer le pouvoir d'agir de ces mêmes groupes cibles et la prise en compte des DSS qui influencent leur santé⁵. D'ailleurs, une commission mondiale pilotée sur ces DSS, en 2008, par l'OMS avait pour but de mettre en place un programme mondial pour combler les écarts entre les individus, instaurer l'équité en santé en une génération et allonger l'espérance de vie partout dans le monde⁶. Ces principes font de la santé communautaire une approche importante de résolution de problèmes, à partir d'une vision plus positive de la santé qui n'est plus un objectif de vie (santé pour tous en l'an

2000), mais plutôt une ressource qui accompagne la vie. La santé communautaire recouvre à la fois des services de santé et des services connexes différents des soins traditionnels souvent “non institutionnalisés”. Ainsi, tout en englobant les interventions de professionnels autres que ceux de la santé, elle reste partie intégrante du système de santé, tout en se situant à un niveau local et décentralisé⁷. Elle devient alors un ensemble d’interventions visant de meilleures conditions et modes de vie, permettant aux individus, aux familles, aux groupes et aux communautés d’avoir une plus grande maîtrise de leur santé. En somme, elle est la santé des populations, pour les populations et par les populations⁸.

Cette vision de la santé communautaire s’inscrit parfaitement dans le processus de communalisation intégrale en cours au Burkina Faso, depuis 2006. La décentralisation a abouti en 2009 au transfert de compétences aux communes de l’ensemble des formations sanitaires du premier échelon à l’exception des centres médicaux (y compris le patrimoine). Les compétences transférées confèrent ainsi aux collectivités territoriales la responsabilité de la gestion des services de santé de base. Les régions et les communes deviennent alors des acteurs majeurs dans l’amélioration de la santé des populations et constitue une opportunité pour le développement du système de santé. En facilitant la participation active des populations aux programmes de santé, elles les impliquent dans la détermination des priorités sanitaires et dans la répartition des ressources. Les Comités villageois de développement (CVD) mis en place à partir de 2007 constituent désormais les organes consultatifs à l’échelle des villages en lieu et place des Comités villageois de gestion des terroirs (CVGT). Ils sont chargés sous l’autorité des conseils municipaux de contribuer à l’élaboration et à la mise en œuvre des plans communaux de développement, de participer aux différentes commissions mises en place par le conseil municipal pour la gestion et la promotion du développement local dans le village.

Cette vision est également en adéquation avec celle des interventions à base communautaire telles que définies par le Ministère de la santé du Burkina Faso, à savoir des services disponibles et accessibles organisés pour résoudre les problèmes de la communauté, avec la participation de celle-ci⁷. Découlant des huit composantes des SSP, les activités de santé communautaire couvrent trois domaines d’activités : 1) le curatif, 2) la prévention et 3) la promotion. Ces domaines sont soutenus transversalement par un volet administratif et de gestion⁹.

2.2. Politiques et stratégies nationales de santé communautaire

Les textes disponibles qui évoquent la santé communautaire, dans différents pays africains (Bénin, Burkina Faso, Madagascar, Mali, Rwanda, Sénégal, Togo), sont présentés brièvement dans cette rubrique. Les tableaux 10 et 11 font la synthèse des

⁷ Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2008). Document d’interventions intégrées à base communautaire en matière de santé

différents contenus des documents notamment des aspects suivants. Dans le tableau 10 (annexe 3), sont résumés l'appellation du texte, la définition des services à base communautaire, les types de structures de développement communautaire et les composantes prioritaires/paquet d'activités. Dans le tableau 11 (annexe 3), ce sont l'appellation et les critères de choix des acteurs communautaires, les cibles des acteurs communautaires, les responsabilités des acteurs, les formes et sources de motivation.

2.2.1. Au Bénin

Le Bénin a adopté en 2008 une politique nationale de promotion de la santé¹⁰ qui fixe les initiatives à base communautaire. Le document d'orientation ainsi conçu s'inspire des principes de la Charte d'Ottawa et met un accent particulier sur la prise en compte des inégalités sociales, des DSS et de l'empowerment. Le texte s'appuie également sur la multisectorialité et le partenariat et met l'accent sur la participation des populations à la gestion de leurs problèmes de santé. Dans chaque village, un comité villageois de développement (CVD), qui représente la population, développe, met en œuvre et coordonne l'ensemble des initiatives communautaires qui visent l'amélioration des DSS. Il choisit les relais communautaires (RC). Ces intervenants autrement appelés promoteurs de la santé sont des hommes et des femmes, choisis selon les trois critères de volontariat, de disponibilité et de résidence au terroir. Les activités des relais sont centrées sur les OMD et font l'objet de plan d'action. Elles sont de nature curative, préventive et promotionnelle. Le processus de mise en œuvre des initiatives repose sur une bonne délimitation de la zone d'intervention qui est de 25 à 30 ménages, pour au moins 2 RC et un relais complémentaire pour les secteurs isolés ou enclavés. Les conditions de leur suivi/évaluation, les mécanismes de leur motivation et les modes de financement des SBC sont également bien définis dans le document de stratégie nationale. Avec la définition des modalités de motivation basées sur des critères de performance et une supervision trimestrielle par une équipe polyvalente et multisectorielle, le Bénin offre des possibilités importantes de développement des initiatives de santé communautaire. Celles-ci sont conçues comme des activités promotrices de la santé non exclusivement réservées au secteur de la santé. Toutefois, le document de directives aurait pu être plus complet si les activités des autres secteurs étaient aussi détaillées que celles du secteur de la santé. Le Bénin insiste beaucoup sur les méfaits de la surcharge de travail et sur un système efficace de motivation morale et matérielle des RC.

2.2.2. Au Burkina Faso

Le Burkina Faso définit dans un document intitulé « Stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé »¹¹ un ensemble de prestations intégrées, conçues, organisées et gérées avec, pour et par les communautés dans le but de satisfaire leurs besoins de santé. Ces prestations sont données par l'agent de santé à base communautaire. Les activités prioritaires tournent autour de l'accompagnement de la femme dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement; le suivi de l'enfant; la planification familiale; la lutte contre les mutilations génitales féminines; le suivi de la santé des personnes âgées; la lutte contre les IST et le VIH/sida; l'hygiène publique; la

prévention par les vaccinations; la nutrition; la lutte contre la maladie; la gestion. Le commentaire du document suivra dans l'analyse des résultats de l'étude.

2.2.3. Au Libéria

Au Libéria, le Ministère de la santé et du bien-être social a mis en place, en 2008, une politique et stratégie nationales de santé communautaire intitulée « *National policy and strategy on community health services. Republic of Liberia* »¹². Cette approche cible particulièrement les femmes et les enfants et met en avant deux types de volontaire de santé communautaire (VSC) dénommés accoucheuse traditionnelle et volontaire de santé communautaire général (VSCG). Ces ASC sont chacun en ce qui le concerne respectivement responsable de 2000 et de 1000 habitants. Un comité de développement villageois choisit les VSC et assure par la suite leur soutien en collaboration avec les agents d'appui à la santé communautaire. Des aides infirmiers sont les points focaux en dehors des services de santé. Les agents reçoivent un certain nombre de motivation financière, morale et matérielle et sous forme de supervision. À l'instar des autres pays, un bon niveau d'instruction est requis pour exercer la fonction de VSCG. Bien que le texte ne donne pas la définition des SBC, le paquet d'activités mises en œuvre par les VSC est très important. La prise en charge de la septicémie néonatale fait partie des SBC offerts dans la communauté.

2.2.4. À Madagascar

Le document de politique nationale de santé communautaire¹³ définit les interventions à base communautaire comme des services offerts par les agents communautaires dans l'optique d'améliorer l'état de santé de la population. Représentées par un comité de santé (COSAN) organisé par arrêté interministériel, les structures de développement communautaire s'engagent à mener un paquet d'activités orientées vers l'information, l'éducation et la communication (IEC) et la communication pour le changement de comportement (CCC), la détection et le dépistage des cas simples de pathologie, ainsi que la prise en charge des IRA, du paludisme et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. Les principaux acteurs communautaires sont appelés des agents communautaires dont les cibles ne sont pas bien définies dans le document, ainsi que les responsabilités.

2.2.5. Au Mali

Le Mali a élaboré, en 2010, un document sur les soins essentiels dans la communauté (SEC), pour guider la mise en œuvre des services offerts dans la communauté¹⁴, dans un contexte où les actions pour la santé communautaire sont menées par de nombreux acteurs et ciblent essentiellement la promotion et la prévention. Ce pays considère que, pour atteindre les OMD relatifs à la santé, il faut renforcer les interventions classiques du centre de santé communautaire (CSCoM), en les rapprochant davantage de la communauté. Les SEC se définissent comme « *l'ensemble des services et des actions préventifs, curatifs et promotionnels ayant une efficacité scientifiquement prouvée, socialement acceptables, accessibles géographiquement et financièrement, mis en œuvre avec la communauté pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle au niveau des*

ménages et des familles ». À travers cette définition, qui est une copie intégrale de celle des SSP, un accent particulier est mis sur l'implication de la communauté pour lutter contre la mortalité maternelle. Ainsi, pour les actions préventives, curatives et promotionnelles, l'ASC voit ses rôles et responsabilités clairement décrits. Toute une coordination échelonnée depuis l'aire de santé et le village jusqu'au niveau national est prévue. Pour la mise en œuvre, des sites sont sélectionnés pour polariser le maximum de personnes. Chaque RC est responsable de 50 ménages et un ASC recruté par le gouvernement supervise 1 à 3 villages (1500 habitants). Des critères sont fixés pour le choix judicieux des RC. Le document donne assez de détails sur la formation du personnel et la gestion des ressources humaines. Toutefois, il n'insiste pas sur les DSS sur lesquels doivent agir les SEC.

2.2.6. Au Kenya

Au Kenya, « *taking the Kenya essential package for health to the community* »¹⁵ est conçu pour développer la stratégie de santé communautaire. Celle-ci est un mécanisme par lequel les ménages et les communautés jouent un rôle actif dans la santé et les questions de santé relatives au développement. La communauté est considérée comme un palier du système de santé. C'est à ce niveau que les besoins prioritaires de santé sont identifiés. Les services préventifs et promotionnels sont les plus couramment offerts dans la communauté, par deux types d'intervenants : 1) les ASC (*CORPs*) volontaires et bénévoles sont recrutés par le personnel de santé sur proposition de la communauté en assemblée générale villageoise. Chaque *CORP* est responsable de 20 ménages ou de 100 personnes; 2) les agents d'appui à la santé communautaire (*CHEW*) sont des agents de l'État rattachés aux formations sanitaires pour superviser les *CORPs* (1 *CHEW* pour 25 *CORPs*). Le Comité de dispensaire et celui de santé communautaire villageois assurent le soutien des ASC. Le paquet de SBC est inséré dans les plans d'action des districts et des postes de santé. Le document explique le processus de formation, de suivi-évaluation, mais ne donne pas des précisions sur la nature de la motivation des ASC (*CORPs*).

2.2.7. Au Rwanda

Dans ce document, le contenu de la politique nationale de santé communautaire¹⁶ considère la communauté comme un déterminant essentiel de santé, et une composante indispensable pour la mise en œuvre efficace de la santé publique. Le texte d'orientation repose sur les structures de développement communautaire qui sont représentées par un comité de santé des formations sanitaires (FOSA). Les composantes prioritaires se rapportent à la santé de la reproduction et la santé des femmes, les changements sociaux pour accroître la protection de l'enfant, le VIH/Sida et la tuberculose, la PCIME et le paludisme, la distribution de vitamine A et autres produits de santé et la référence des patients et la prévention de la malnutrition au niveau communautaire. L'ASC dont les cibles ne sont pas définies dans le document doit avoir un âge compris entre 20 et 50 ans. Il est responsable de 25 à 50 ménages et travaille en binôme, dans une case de santé. La motivation se fait sous forme d'activités génératrices de revenus : l'élevage de chèvres par chaque binôme et la culture de légumes et de fruits par les associations d'ASC. Des

comités de cellules sont très impliqués dans la supervision des SBC, aux côtés du personnel de santé.

2.2.8. Au Sénégal

Dans un document intitulé «*Weer (santé)* »¹⁷, il est dit que les initiatives de participation effective de la communauté à l'offre de soins ont démarré au Sénégal en 1967 à Pikine (Banlieue de Dakar), bien avant la conférence d'Alma Ata, avec des équipes mobiles de santé constituées exclusivement de mères de famille qui offraient déjà des soins de base à la population. Plusieurs autres initiatives ont suivi et incluent l'ouverture d'une unité fixe de soins par du personnel non professionnel en milieu suburbain et rural. Les structures de développement communautaire sont organisées en comités de santé qui bénéficient d'un statut juridique depuis 1992. Plusieurs villages sénégalais ont construit des cases de santé dans lesquelles on retrouve habituellement une matrone assurant les activités liées à la grossesse et à l'accouchement, ainsi que le suivi de la croissance des enfants. Plus tard, un ASC est venu aider la matrone pour assurer des activités de promotion et pour offrir des soins de base à la population, y compris les premiers secours et la prise en charge de la diarrhée par réhydratation orale. Une attention particulière a été accordée à la prise en charge des maladies responsables de la mortalité infantile, au début des années 2000, quand les défis liés aux OMD ont été lancés à l'échelle internationale. Ainsi au Sénégal, le débat sur les possibilités d'introduire l'utilisation des antibiotiques pour traiter les cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) des enfants au niveau des cases de santé a été sérieusement lancé.

2.2.9. Au Togo

Le « Plan stratégique des interventions à base communautaire »¹⁸ adopté en septembre 2009 définit les interventions communautaires comme des actions communautaires visant systématiquement à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Les comités villageois de développement, les comités de développement de quartier (CDQ) et les comités de santé représentent les structures de développement communautaire. L'ASC permet de renforcer l'efficacité des interventions dans les villages ou dans les villes. Ces interventions scientifiquement prouvées portent sur la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles. Dans ce document, les axes stratégiques sont bien définis et les activités prioritaires par axe bien détaillées. Les rôles et les responsabilités des acteurs à tous les niveaux sont clairement définis. On pourrait s'attendre, après la mise en œuvre de ce document, à des résultats tendant vers l'atteinte des OMD 4, 5 et 6.

2.2.10. En bref

Dans ces neuf pays (sept francophones et deux anglophones), les appellations des textes nationaux organisant la santé communautaire sont très différentes. Il s'agit d'une politique à Madagascar et au Rwanda, de directives au Bénin, de guide au Mali et de stratégie au Burkina Faso. Les définitions des services offerts sont sensiblement identiques, même si le Bénin s'inspire de la définition de la promotion de la santé et le

Mali de celle des soins de santé primaires. En ce qui concerne les acteurs communautaires, ils sont majoritairement des relais et des ASC, sauf à Madagascar où ils s'appellent agents communautaires, au Burkina Faso où au moins une dizaine d'appellations existe (par exemple, les ASBC, les animateurs, les accoucheuses villageoises, les relais PEV, etc.), et dans les pays anglophones où les appellations sont très différentes (VSC au Libéria et *CORPs* au Kenya). L'ASC (*community health worker*) peut se définir comme un membre dans la communauté où il exerce. Choisi par celle, il a l'obligation de lui rendre compte de ses activités. Sa formation est généralement plus courte que celle des agents de santé, mais ces derniers doivent le soutenir et l'encadrer même s'il possible qu'il ne fasse pas partie du système de santé.¹⁹ Leurs critères de sélection sont très diversifiés, mais la condition pour un ASC de savoir lire et écrire est transversale à tous les pays. Ce critère oriente vers un agent communautaire de type nouveau, possiblement du fait de la prise en charge de la maladie que les ASC doivent de plus en plus assumer. La majorité des textes fait également mention d'un autre intervenant en milieu communautaire. Celui est généralement un agent de l'État qui est l'interface entre les formations sanitaires et la communauté dans laquelle il réside. Les responsabilités ont été définies en fonction du nombre de ménages (entre 25 à 50 par agent), de villages (1 à 2/ASC) ou d'habitants. La motivation est semblable pour tous les ASC et se présente sous forme matérielle (sacs, parapluies AGR, embouche, maraichage, etc.), morale (installation de retour de formation, supervision, etc.) ou financière (allocation mensuelle, remboursement de frais de transport, *perdiem* lors de journées de vaccination ou de supplémentation, etc.).

Allant de la stratégie de promotion de la santé (nouvelle santé publique) à des soins essentiels très limités, les approches communautaires définies sont également identiques. Cependant, les interventions sont variables d'un pays à un autre, mais l'esprit des textes est centré sur l'accessibilité et la disponibilité des services de santé. Tous les pays s'accordent sur le niveau communautaire qui constitue le prolongement du système de santé. Le principe de participation des populations ressort clairement dans toutes les définitions, pour l'offre de soins essentiels souvent dénommés « paquet d'activités minimum ». La prise en charge de l'enfance et de la femme demeure au centre des activités prioritaires, probablement pour une meilleure maîtrise de la mortalité maternelle et infantile, dans la perspective d'atteindre les OMD qui constituent le socle sur lequel reposent ces textes.

Toutefois, les différents contenus de ces documents nous semblent plus théoriques que faciles à mettre en application. En réalité, ils n'indiquent pas un changement dans la manière de percevoir la santé communautaire. En effet, ils semblent être le prolongement des politiques mises en place dans ces pays, depuis leur adoption de la stratégie des SSP, avec les mêmes modèles de participation communautaire, les mêmes approches de recrutement et de rétention des ASC, les mêmes zones de responsabilités (en termes de villages ou de ménages) et bien sûr les mêmes activités qui sont dévolues à ces agents. Or, plusieurs évaluations ont démontré que toutes ces démarches n'ont pas donné les résultats escomptés.

2.3. Quelques évidences scientifiques en santé communautaire

Les services à base communautaire sont au cœur des débats sur les évidences scientifiques (*evidence-based community health*). Une évidence scientifique est « *un fait, une vérité ou un témoignage qui appuie une conclusion, une déclaration ou une croyance ou quelque chose qui sert de preuve* »²⁰. De façon globale, les écrits démontrent une réduction substantielle des taux de mortalité maternelle et infantile.

Le « *Count-Down to 2015* », autrement appelé le rapport de la décennie 2000-2010, estime qu'un paquet minimum de services contribue à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 par la réduction de la mortalité maternelle et infantile²¹. Ainsi, 26 interventions clés sur la santé maternelle, néonatale et infantile ont été répertoriées, dans 68 pays qui totalisent les 90% des décès de mères et d'enfants, dans le monde. Ces interventions visent l'amélioration de l'accès à des soins efficaces et sécuritaires, selon un continuum allant des soins maternels pré, per et postnatals à ceux du nourrisson et de l'enfant. Plusieurs pays de l'Afrique dont le Burkina Faso bénéficient de ces services mis en œuvre de façon simultanée ou isolée, en milieu communautaire, avec la pleine participation des populations notamment celle des femmes. Quelques exemples de ces preuves, centrées sur la réduction de la mortalité infantile en Afrique subsaharienne, sont passés en revue pour démontrer les bienfaits des services à base communautaire.

2.3.1. Les bienfaits des SBC dans la réduction de la mortalité infantile

Dans les pays africains, les enfants présentent du fait de leur statut socio-économique, un risque avéré de paludisme, de diarrhée, d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de malnutrition. Certaines interventions telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA), le traitement des IRA, la supplémentation en micronutriments et la vaccination peuvent prévenir de façon importante leur mortalité²².

Prévention du paludisme. Dans la prévention du paludisme, une revue systématique²³ prouve que l'incidence du paludisme est réduite de 39 à 50% et la mortalité infanto-juvénile de 17%, lorsque 70% de la population utilisent des MILDA. Avec moins de 2% d'enfants qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les pays où le paludisme sévit à l'état endémique, un enfant africain décède toutes les 45 secondes, soit 20% de la mortalité infantile²⁴. Quelques évaluations montrent l'existence de résultats probants sur l'intervention. En effet, en Zambie, la distribution de 3,6 millions de MILDA a fait baisser, entre 2006 et 2008, de 47% les décès dus au paludisme et de 53% la prévalence du parasite²⁵. L'anémie sévère a également chuté, de 21,8% à 10,2%, chez les enfants malades. Dans deux districts sanitaires de la Tanzanie (Ulanga et Kilombero), un modèle de marketing social a augmenté de 10% à 50%, en 3 ans, l'utilisation des moustiquaires imprégnées chez les enfants²⁶. Les MILDA ont été distribuées par des commerçants des villages avec l'appui des populations et la sensibilisation des leaders d'opinion sur les bienfaits de leur usage. Selon Ridde (2010), l'implication des populations, la gratuité des moustiquaires et les campagnes de promotion sont les garants du succès d'une telle intervention, notamment au Burkina Faso.

Prise en charge des IRA. Ainsi, au Bénin, au Sénégal et au Népal, la prise en charge des IRA, par les agents communautaires²⁷ bénévoles, formés et sachant lire et écrire, a montré, après une année d'expérimentation, que 76,4% des agents communautaires ont encore un bon niveau de compétence et 97% des mères sont satisfaites des soins administrés à leurs enfants. La compétence et la performance de l'ASC peuvent être aisément évaluées: un agent communautaire, bien formé, équipé et supervisé, peut prendre en charge correctement les infections respiratoires aiguës de l'enfant au niveau communautaire.

Alimentation et micronutriments. L'évaluation de quelques programmes spécifiques a montré que l'utilisation de certains micronutriments contribue à l'amélioration de la survie de l'enfant. "The 2008 Innocenti Process" insiste sur les bienfaits du zinc qui, administré à domicile par la mère, donne des résultats positifs dans le traitement de la diarrhée, chez les enfants âgés de plus de six mois. La dose de 10 à 20 mg de sulfate de zinc par jour, pendant 10 à 14 jours réduit la durée des symptômes de diarrhée dès le 3^e jour de la maladie et prévient sa sévérité²⁸. Ces bienfaits sont majorés si ce micronutriment est utilisé comme un adjuvant à la solution de réhydratation orale (SRO) et associé à de l'information sanitaire²⁹, dans les zones de forte endémicité diarrhéique. Quant à la vitamine A, sa distribution bisannuelle réduit la mortalité des enfants notamment celle des enfants d'âge préscolaire. Sa couverture très variable se situe entre 0% au Tchad et au Gabon à 100% au Burkina Faso et en Somalie.

Vaccination. En Afrique, la couverture vaccinale est passée de 62% en 1990 à 50% en 1999³⁰. Face à ce recul, de nouvelles stratégies d'amélioration de cette couverture sont disponibles y compris le renforcement de la mobilisation sociale et la recherche des perdus de vue. Au Kenya, des points de prestations ont ainsi été aménagés le plus près possible des domiciles, pour rattraper les enfants perdus de vue lors des séances régulières de vaccination. Cette stratégie est organisée, de façon temporaire, mais hautement diffusée dans les radios locales. Au Ghana et en Zambie, l'association avec d'autres services comme la distribution de moustiquaires imprégnées et de vitamines a augmenté de 77% à 90%, le taux de couverture vaccinale, chez les nourrissons de 9-23 mois³¹. Au Burkina Faso, une couverture vaccinale de 100% est obtenue annuellement avec l'organisation de journées nationales de vaccination (JNV). La performance de la vaccination a cependant été remise en cause en 2009, avec une flambée épidémique dans 59 des 63 districts sanitaires. D'ailleurs, la qualité de la vaccination n'est pas seulement influencée par la distribution massive de vaccins. Dans la même année, une étude conduite dans six districts sanitaires au Burkina Faso a démontré que le leadership et l'engagement des autorités des districts sont les facteurs les plus déterminants de la performance de la vaccination³².

2.3.2. Les bienfaits des SBC dans la réduction de la mortalité maternelle

Le rapport *Count-Down* qui estime que la plupart des décès maternels surviennent lors du travail, de l'accouchement ou dans les heures qui suivent la délivrance, indique que si les soins à l'accouchement sont bien dispensés, des risques de mortalité et de morbidité maternelles sont réduits de 95% et des risques de mortalité néonatale réduits de 40%. Le rapport indique que les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile,

pourraient être plus efficaces si elles sont offertes par un personnel qualifié, et sont intégrées aux soins plus globaux de santé primaires. La réussite d'une expérimentation sur l'intégration de services de santé maternelle et infantile confirme cela. Cette étude conduite dans deux districts de santé au Sénégal a démontré une hausse significative du nombre moyen de services offerts à la mère et à l'enfant par visite et par jour, au niveau local du système de santé. Cette réussite se traduit par l'efficacité de l'intervention, par l'amélioration des interactions entre prestataires et clientes et surtout par l'implication des ASC dans l'offre de soins³³.

Quelques évidences sont passées en revue dans ce chapitre : la planification familiale, la supplémentation en micronutriments et la lutte contre l'infection à VIH.

Planification familiale (PF) : Des disparités existent sur la couverture contraceptive entre les pays. Tandis que la couverture contraceptive mondiale est de 61%, elle est seulement de 28,13% au Burkina Faso³⁴. L'impact de la PF sur la santé de la mère et même sur la survie de l'enfant est pourtant incontestable. En effet, au moins ¼ des décès maternels peuvent être évités si des grossesses étaient planifiées et désirées. La PF peut également faire régresser de 35% le taux annuel de mortalité infantile, soit 2 875 000 décès évités chez les enfants âgés de 0 à 5 ans, selon le rapport *Count-Down*. Elle peut réduire de 70% le nombre de grossesses non désirées et prévenir 80% des maladies sexuellement transmises³⁵. À Madagascar, des enquêtes de démographie et santé prouvent que le taux de prévalence contraceptive est passé de 5.1% en 1992 à 29% en 2009, et ces gains reposent en partie sur la DBC, une collaboration multisectorielle et l'IEC impliquant des femmes-leaders. En Afrique subsaharienne, la couverture en PF pourrait encore être meilleure si l'information sanitaire et les services étaient davantage accessibles et disponibles dans la communauté, sous forme de DBC³⁶.

Supplémentation en fer et en acide folique : Le rapport intitulé "*The 2008 Innocenti Process*" insiste surtout sur la contribution inestimable de la supplémentation en micronutriments à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile. Selon le « *Count-Down to 2015* », l'évaluation de quelques programmes spécifiquement centrés sur l'utilisation de certains micronutriments a démontré une baisse importante de la malnutrition chez la mère et de la mortalité due au faible poids de naissance, chez le nouveau-né. Par exemple, avec l'absorption de 60 mg de fer et de 400 µg d'acide folique, pendant 6 mois chez la femme enceinte et trois mois dans le post-partum, au moins 20% des décès maternels causés par l'anémie ferriprive sont évités³⁷. Une meilleure supplémentation en micronutriments requiert des stratégies nouvelles comme la DBC impliquant des ASC, le secteur privé et la société civile.

Lutte contre l'infection à VIH : Malgré l'importance des moyens investis pour lutter contre cette maladie, des zones à prévalence élevée persistent au Burkina Faso, et certains groupes cibles dont les femmes sont menacées. Ainsi, pour favoriser l'autonomie des femmes qui n'ont pas de garantie financière pour accéder au crédit et à l'épargne, de nouvelles approches communautaires sont de plus en plus mises en œuvre. Parmi celles-ci, il y a l'empowerment économique sous forme de microfinance. En Afrique, cette intervention communautaire a augmenté le pouvoir de prise de décision en santé de la reproduction de plus de sept (7) millions de personnes vulnérables et/ou marginalisées.

Des études ont montré l'efficacité de la microfinance sur la santé des femmes et des enfants³⁸. Du fait de son impact sur l'accessibilité financière et géographique des soins de santé, cette stratégie constitue un facteur de changement social qui peut contribuer à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6³⁹.

Conclusion: La richesse de ces expériences, de faits prouvés, constitue un creuset pour tout pays désireux d'améliorer la survie de l'enfant et celle de la mère. Les preuves existent; cependant, il demeure un large fossé entre les connaissances et les applications effectives. Devant les défis énormes de prise en charge des affections de la femme et de l'enfant en particulier des expériences et modèles qui ont fait leur preuve dans certains pays, doivent être repris, car l'échéance de 2015 est proche et des interventions rapides, efficaces et étendues sont indispensables..

L'ensemble de ces SBC sont offerts au Burkina Faso, par les ASBC, selon les mêmes approches que celles recensées à travers ces études. Ces évidences prouvent que, si des moyens sont mis en place pour réorganiser les SBC, des avancées considérables sont possibles pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant, d'ici 2015.

3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Cette partie aborde l'approche de recherche qui a été retenue. Ensuite, l'identification du milieu d'étude et les modalités de sélection des répondants sont présentées. De plus, la démarche qui traite des instruments de collecte des données et du déroulement de la collecte des données est exposée. Enfin, l'analyse des données, les considérations éthiques et les limites de l'étude sont présentées.

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une analyse de situation de la santé communautaire dont les objectifs orientent vers une étude qualitative. Un des objectifs (le deuxième) nécessite une analyse du contenu des documents existants sur la santé communautaire, pour appréhender les orientations données à la santé communautaire au Burkina Faso. Les autres objectifs font appel à des entretiens semi-structurés et à des groupes de discussion dirigée (*focus groups*).

3.2. Milieux d'étude

Les trois niveaux du système national de santé constituent les milieux d'étude. Toutes les directions du Ministère de la santé et certains organismes ou organisations ayant en charge des programmes de santé qui comportent des volets communautaires sont concernées. Les niveaux régional (DRS) et périphérique (district sanitaire) du système de santé et quelques communautés font également partie des milieux d'étude.

En raison du temps limité imparti à la collecte des données, un choix raisonné de cinq districts s'est imposé, en collaboration avec les commissions "approche sectorielle" et "indicateurs de suivi du PNDS", sur la base du niveau de performance des indicateurs à gain rapide⁴⁰, de la présence de plusieurs ONG et associations, d'expérience d'alphabétisation des ASBC, et de l'existence de stratégies de santé communautaire que les PTF présents dans la commission jugent « innovantes » dans les domaines de la PCIME communautaire et de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Il s'agit des districts suivants :

- le district de Ouargaye : c'est une zone moyennement prioritaire en termes d'indicateurs IGR et qui bénéficie d'une expérimentation sur la PTME du VIH communautaire et sur l'accès des indigents aux services de santé;
- le district de Ouahigouya : est situé dans une zone prioritaire à faible niveau d'indicateurs IGR;
- le district de Koupéla : l'aire de santé est un secteur d'intervention privilégié par des associations et des ONG ;

- le district de Barsalogho : la particularité de ce district est que les ASBC sont alphabétisés et utilisent des outils traduits en langue locale dans le cadre de la PCIME communautaire;
- le district de Titao : cette zone bénéficie d'une expérience en cours sur la PCIME communautaire notamment sur la prise en charge des IRA par les ASBC.

Les cinq CSPS ciblés sont ceux de Méné et de Yargatenga dans le district de Ouargaye, de Somyaga et Bissighin dans celui de Ouahigouya et de You dans le district de Titao.

Pour les communautés, ce sont celles qui appartiennent aux différentes aires de santé des CSPS choisis.

3.3. Populations d'étude

Les consultants avaient prévu de rencontrer les répondants dans les structures suivantes réparties entre les trois niveaux du système national de santé et entre les communautés respectives:

- Au niveau central, un ou des responsable(s) de chacun des services suivants :
 - direction générale de la santé (DGS);
 - direction des études et de la planification (DEP);
 - direction de la nutrition (DN);
 - direction de la santé et de la famille (DSF) ;
 - direction de la prévention par la vaccination (DPV) ;
 - direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé (DHPES) ;
 - direction de la lutte contre la maladie (DLM) ;
 - secrétariat permanent du comité national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (SP/CNLS);
 - PADS ;
 - direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS).
- Cinq partenaires bilatéraux et multilatéraux : Banque mondiale, OMS, Pays-Bas, UNFPA, UNICEF.
- Dix ONG (internationales et locales) : Africare, AES, FCI, FDC, IPC, PAMAC, Plan Burkina, RAME, Terre des hommes et URCB.
- Au niveau régional et périphérique : deux équipes de direction régionale de la santé (Centre-est et Nord), cinq ECD et quatre équipes de CSPS.

- Dans la communauté : deux représentants de collectivités territoriales, des membres de deux COGES, des membres de deux OBCE et des ASBC (entre deux et huit ASBC par CSPS).

En définitive, 106 personnes (annexe 4) ont été rencontrées et réparties, dans le tableau 1, selon les techniques de collecte des données utilisées.

3.4. Techniques et instruments de collecte des données

Trois méthodes de collecte des données ont été privilégiées : 1) l'entretien individuel, 2) le groupe de discussion dirigée (*focus group*) et 3) l'analyse du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire.

3.4.1. Entretien individuel et groupe de discussion dirigée (focus group)

L'entretien individuel et le *focus group* sont les techniques qui ont permis d'identifier, à partir du point de vue des personnes interrogées, les interventions de santé communautaire, le processus de mise en œuvre, les structures qui les appuient et/ou qui les financent. Les forces, les faiblesses, les opportunités et les perspectives des interventions communautaires sont également concernées par ces approches; et bien sûr certaines recommandations, pour améliorer l'organisation de ces initiatives, dans un contexte d'accélération de l'atteinte des OMD liés à la santé.

L'entretien individuel est semi-structuré. Comme l'indique le tableau 1, 13 entretiens individuels et 25 *focus groups* (93 personnes) ont été tenus.

Un instrument unique de collecte des données a été administré (annexe 5) aussi bien pour les entretiens individuels que pour les groupes de discussion dirigée. Les questions posées ont été adaptées à chaque cible de répondants, selon son niveau d'implication dans le développement des SBC. L'outil comporte les thèmes suivants :

1. connaissance des documents qui orientent la santé communautaire au Burkina Faso;
2. stratégies de mise en œuvre des SBC;
3. nature des services à base communautaire offerts par les ASBC;
4. populations cibles bénéficiaires de ces services;
5. couverture des SBC dans certains districts sanitaires;
6. nature et domaines d'interventions des structures d'appui technique des SBC;
7. sources de financement des SBC;
8. bonnes pratiques en matière de santé communautaire;
9. suggestions pour améliorer les stratégies et la mise en œuvre des interventions communautaires de santé et pour développer les SBC au Burkina Faso.

3.4.2. Analyse du document de stratégie d'interventions intégrées en santé communautaire

L'analyse a porté sur le document de stratégie d'interventions intégrées en santé communautaire. D'autres documents de politique et de stratégie du Ministère de la santé ont été également consultés, pour appuyer l'analyse de ce document. Il s'agit entre autres :

- du document de politique nationale de santé;
- du PNDS 2011-2020 (document en cours d'adoption);
- du plan stratégique de communication en appui aux interventions intégrées à base communautaire en matière de santé 2009-2015;
- du document de politique de contractualisation;
- du document de l'approche de contractualisation des activités de développement sanitaire avec les ONG et associations;
- des guides de mise en œuvre des IGR 2009 et 2010;
- du document sur la PCIME communautaire;
- des documents de mise en œuvre de la PECADO;
- des plans stratégiques des programmes de santé ayant un volet communautaire (paludisme, nutrition, vaccination, santé de la mère et l'enfant, tuberculose, ver de Guinée, filariose lymphatique, schistosomiase, IST/VIH/Sida).

Une grille d'analyse (annexe 6) a facilité l'identification des forces et des faiblesses du document de stratégie d'interventions intégrées en santé communautaire.

Ces forces et faiblesses ont été déterminées en tenant compte de la revue documentaire et des principes qui sous-tendent la santé communautaire, selon les éléments suivants :

- la pertinence du texte;
- son historique, son contexte et sa justification;
- la prise en compte des principes de santé communautaire;
- les aspects de mise en œuvre;
- les mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation.

Tableau 1 : personnes rencontrées et technique de collecte de données

Niveau	Personnes rencontrées	Technique
Ministère de la santé	Répondants DEP, DSF, PADS	Focus group
	Répondants DGS, DGISS, DN, DLM	Entretien individuel
PTF et ONG	Répondants Banque mondiale, FCI, PAMAC, PROSAD/GIZ, RAME, Terre des hommes, UNFPA	Entretien individuel
	Répondants AES, OMS, UNICEF, Plan Burkina	Focus group
Régional	Équipes des DRS centre-est (Tenkodogo) et Nord (Ouahigouya)	Focus group
Périphérique	ECD de Barsalogo, Koupéla, Ouahigouya, Ouargaye et de Titao	Focus group

	Équipe CSPS de Bissighin, Méné, Somyaga, Yargatenga et de You	
Communautaire	1 représentant d'une collectivité territoriale (Adjoint au maire de la commune de Titao)	Entretien individuel
	Membres COGES de Méné et de Yargatenga ASBC de Méné, Somyaga, Yargatenga et de You OBCE de Yargatenga et de Ouahigouya	Focus group

3.5. Déroulement de la collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 31 janvier au 4 février, à Ouagadougou et du 6 au 14 février 2011, aux niveaux régional et périphérique du système de santé, selon les circuits suivants :

- Ouagadougou- Tenkodogo-Ouargaye-Yargatenga-Koupéla-Ouagadougou;
- Ouagadougou-Ouahigouya-Titao-Ouagadougou;
- Ouagadougou-Kaya-Barsalogo- Ouagadougou.

Une lettre d'introduction du Secrétaire général du Ministère de la santé a été adressée aux directeurs régionaux de santé. Par la suite, des rendez-vous ont été pris et un suivi effectué par les consultants, avec ces derniers et avec les médecins-chefs de districts (MCD), pour mieux coordonner l'activité. Cette étape s'est déroulée comme prévu. Avant chaque entrevue ou chaque groupe de discussion dirigée, les participants ont été informés sur les objectifs de l'étude et sur le déroulement de la collecte des données. Les consultants ont pris des notes tout au long des entretiens et ont collecté des documents lorsqu'ils étaient disponibles, auprès des personnes interrogées.

3.6. Démarche d'analyse des résultats

L'analyse qualitative des données s'est déroulée en deux temps. D'abord, elle a porté sur le matériel d'entretiens et de groupes de discussion dirigée. Les consultants ont comparé leurs notes de terrain et ont classifié, d'un commun accord, les informations pertinentes qui font l'objet du rapport de l'étude. Dans une étape ultérieure, l'analyse des données a été effectuée, selon une approche d'analyse thématique et a permis de discuter des ressemblances et/ou des différences dans les idées majeures des répondants. Cette première partie est suivie par l'analyse du document de stratégie d'interventions intégrées en santé communautaire conduite à partir d'une grille d'exploitation conçue à cet effet.

3.7. Considérations éthiques et confidentialité

Le protocole d'étude a fait l'objet d'approbation des commissions "approche sectorielle" et "indicateurs de suivi du PNDS". Pour des raisons de validité des données, ces comités ont maximisé l'arrimage entre la démarche de recherche, la réalité du terrain et les besoins du Ministère de la santé. Les répondants ont été informés des objectifs de l'étude et de l'anonymat des informations reçues. Ils ont donné leur consentement à la prise des notes ou à l'enregistrement des entretiens tout au long des rencontres.

3.8. Contraintes et limites de l'étude

Cette partie aborde les contraintes rencontrées, ainsi que les limites de l'étude.

3.8.1. Contraintes

L'équipe de consultants s'est plusieurs fois heurtée à la réticence ou encore à des contradictions dans les informations livrées par les répondants, notamment avec des équipes des CSPS visités, des ASBC et des OBCE rencontrés. La hiérarchie sociale ou administrative n'a pas permis à certains répondants de s'exprimer librement, devant leurs aînés ou supérieurs hiérarchiques lors des entretiens de groupe. Il aurait été préférable de recourir à des entretiens individuels plutôt qu'à des *focus group*. Malheureusement, le temps (5 jours de terrain) n'était pas suffisant pour conduire de telles entrevues.

3.8.2. Limites de l'étude

La principale limite de l'étude est liée à la représentativité du nombre de structures enrôlées. L'équipe de consultants souligne l'effectif très réduit de structures de santé visités et/ou de personnes-ressources rencontrées. En effet, seulement cinq (5) districts sanitaires sur 63, deux (2) régions sanitaires sur 13, deux (2) OBCE sur 150, et cinq (5) CSPS sur plus de 1517 ont été retenus comme milieux d'étude. Bien qu'il s'agisse d'étude qualitative, le choix d'un plus grand nombre de sites aurait certainement permis de cerner beaucoup plus les contours des SBC. Par ailleurs, la durée de la collecte des données, qui a été seulement de cinq (5) jours en milieu périphérique et communautaire, n'a pas permis de rencontrer assez de personnes-ressources comme les leaders d'opinion et les populations qui bénéficient directement des services offerts par les ASBC, notamment les femmes et les jeunes. Ces personnes du milieu communautaire auraient peut-être eu des avis différents des opinions dont l'analyse a fait l'objet de ce rapport. Le fait d'avoir rencontré seulement une autorité communale (adjoint au maire de Titao) constitue également une limite. Dans le contexte actuel du transfert de compétences (dont la santé) aux collectivités territoriales, les opinions des élus locaux auraient peut-être permis de situer, d'une part leur niveau de compréhension et de réceptivité à la prise en charge de la santé par les populations elles-mêmes, d'autre part leur degré d'engagement dans la mise en œuvre des SBC.

4. PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats issus de l'enquête de terrain ainsi que les forces et faiblesses du document de stratégie des interventions en santé communautaire sont présentés, dans ce chapitre.

4.1. Résultats issus de l'enquête de terrain

Les résultats issus de l'enquête ont été présentés en fonction des SBC théoriquement offerts, des cibles bénéficiaires, de la couverture, de la qualité et du processus de développement des SBC. Ils rendent compte également des forces, des faiblesses, des contraintes et menaces et des opportunités de ce processus, ainsi que du financement et de la nature et domaines d'action des différentes structures d'appui technique des SBC.

4.1.1. Services à base communautaire mis en œuvre au Burkina Faso

Les interventions à base communautaire mises en œuvre au Burkina Faso sont nombreuses et très diversifiées, du moins dans les milieux visités. En théorie, les services offerts par les ASBC sont :

- curatifs et font intervenir les agents de santé et des connaissances sur la prise en charge des maladies;
- préventifs et promotionnels qui agissent sur les facteurs de risque découlant des DSS et pour lesquels l'implication des populations et des professionnels du développement communautaire sont nécessaires;
- administratifs et de gestion qui soutiennent la mise en œuvre des différents paquets de services⁴¹.

Dans cette partie, l'ensemble de ces services seront d'abord décrits un à un. Par la suite, une analyse portera sur l'ensemble du paquet d'activités.

4.1.1.1. Services préventifs

Les services préventifs protègent contre la maladie, avant l'apparition des symptômes. Comme le résume le tableau 2, ce paquet de services englobe les vaccinations, la distribution à base communautaire de produits contraceptifs, le dépistage et le suivi communautaire, le suivi nutritionnel de l'enfant sain, la recherche des perdus de vue, la référence, les traitements de masse et la surveillance épidémiologique.

Tableau 2 : services préventifs offerts par les ASBC

Domaines des services	Identification des services offerts
Vaccination en stratégie avancée	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale • Informations sur la cible vaccinale • Administration de vaccin poliomyélitique orale (VPO)
Distribution à base communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Produits contraceptifs non prescriptifs (préservatifs, colliers) • Réapprovisionnement en pilules
Dépistage et suivi communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • PTME • Reconnaissance des signes de danger à travers les SONU • Suivi des cas de malnutrition modérée et sévère contre-référés
Suivi nutritionnel de l'enfant sain	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement des enfants cibles des programmes • Pesée du nourrisson et de l'enfant • Démonstrations culinaires à partir d'aliments locaux
Recherche des perdus de vue	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination • Consultation du nourrisson sain • Consultation prénatale (CPN) et planification familiale (PF) • Tuberculose
Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi de la grossesse, de l'accouchement assisté et du post-partum • PF
Traitements de masse	<ul style="list-style-type: none"> • Supplémentation en Vitamine A pour les enfants et les femmes • Déparasitants à l'albendazole et au mébendazole, l'ivermectine et l'azitromycine
Surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Détection et notification de cas suspects : maladies graves ou à déclaration obligatoire

La prévention par la vaccination en stratégie avancée. Les ASBC et les animateurs s'occupent de l'organisation de la vaccination en stratégie avancée en faisant de la mobilisation sociale, en informant les populations sur les cibles vaccinales et surtout en administrant le VPO. Une des difficultés rencontrées par les acteurs communautaires est liée à la mobilisation des femmes, lors des séances de vaccination. Dans deux CSPS visités, les ASBC ont fait mention de la réticence des mères. Celles-ci sont à plusieurs reprises interpellées dans les concessions par les ASBC, pour venir avec les enfants aux sites de vaccination. Cette situation pourrait s'expliquer par une certaine perception de la prévention par les vaccinations et pourrait engendrer une baisse de la couverture vaccinale des cibles du programme élargi de vaccination (PEV). Le rôle des chefs de ménages et des leaders communautaires, dans la mobilisation sociale, est essentiel pour garantir le succès de la vaccination. Mais, comme le démontre l'étude de Haddad et ses collègues (2009), le leadership et l'engagement des MCD et des ICP jouent aussi un grand rôle dans la performance de la vaccination, au Burkina Faso.

La DBC de produits contraceptifs. Selon la DSF, la DBC des produits contraceptifs a été généralisée en 2008, par le Ministère de la santé. Elle concerne les produits non

prescriptifs (préservatifs, méthode du collier, spermicides) et prescriptibles (pilule). Elle se fait selon deux approches. La première est de nature contractuelle et permet de passer un contrat entre le PADS et une OBCE située dans la zone de responsabilité d'un district sanitaire. Selon le Ministère de la santé, 150 OBCE sont mises à contribution pour mener cette activité. Celle-ci entreprend, en même temps que la DBC, des activités d'IEC/CCC sur ces produits. La deuxième approche, quant à elle, est non contractuelle. Elle implique les services de santé qui confient les activités de DBC aux ASBC, sous la supervision des équipes de santé de base. Des disparités importantes ont été observées dans la disponibilité de certaines méthodes. Dans certaines aires de santé, tous les produits de la DBC sont disponibles. Dans d'autres, les agents communautaires se limitent seulement aux conseils et à la référence des clientes vers les structures de santé : par exemple, dans le district de Titao, les ASBC ne distribuent pas la pilule et dans le district de Ouahigouya les animateurs n'offrent pas le collier. Spécifiquement dans certaines aires sanitaires des régions de l'Est et du Sud-ouest couvertes par Prosad/GIZ, l'ASBC propose la pilule sur la base d'une liste de vérification et sans la prescription préalable d'un agent de santé.

Une réflexion sur la disponibilité de produits contraceptifs injectables, dans la communauté, est en train d'être menée à la DSF. Il s'agit d'une remarquable avancée dans le rapprochement des produits contraceptifs de longue durée d'action aux bénéficiaires. La faisabilité d'une telle initiative est également possible dès lors qu'une telle pratique est déjà en cours dans certains pays comme le Mali et Madagascar. Mais le faible niveau d'alphabétisation ou d'instruction des ASBC pourrait en constituer un facteur limitant au Burkina Faso. Une belle initiative est en cours de développement, dans les zones de Barsalogo et du Sahel, avec FCI. Elle consistera à assurer le réapprovisionnement à domicile de la pilule, en toute confidentialité. Cette approche de DBC aura donc la particularité de réduire potentiellement la stigmatisation dans la mesure où elle sera intégrée à d'autres services. Pour l'instant, les bénéficiaires potentielles ont été déjà identifiées à l'aide d'un registre géré par les animateurs de l'ONG; ce qui permettra par la suite de les localiser et de les réapprovisionner à domicile en contraceptifs.

Le dépistage et le suivi communautaires : le dépistage et le suivi communautaires font partie du paquet d'activités préventives mises en œuvre par les ASBC et par les animateurs, notamment auprès du groupe spécifique mère-enfant, en lien avec la PTME, la reconnaissance des signes d'urgence ou de danger par les SONU et le suivi des cas de malnutrition modéré et sévère contre-référés par les formations sanitaires. Il convient de noter que des avancées sont en train d'être observées dans la reconversion des mentalités en faveur de ces services qui donnent déjà des résultats satisfaisants, notamment avec la référence accompagnée.

Le suivi nutritionnel : le suivi nutritionnel réalisé par les ASBC comprend le recensement des enfants cibles des programmes et la pesée du nourrisson et de l'enfant. Il englobe également la démonstration culinaire à partir d'aliments locaux, la préparation de bouillie avec des produits locaux, la sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif (AME), les conditions de sevrage, la nutrition de la femme enceinte, du nourrisson et du jeune enfant basée sur l'utilisation des denrées locales ayant des qualités nutritives. Le dépistage de la

malnutrition se fait essentiellement par la mesure du périmètre brachial. Certaines ONG donnent de l'information sur l'introduction d'aliments dès l'âge de six mois avec l'appui du Programme alimentaire mondial (PAM) et de l'UNICEF. Les répondants ont regretté l'absence des pères à la réalisation de ces activités qui concernent toute la famille.

La recherche des perdus de vue : la recherche des perdus de vue est réalisée dans le cadre de la vaccination, de la consultation du nourrisson sain, de la CPN, de la PF et de la tuberculose. Elle constitue un domaine d'intervention des ASBC. Même si ces derniers affirment en retrouver certains, dans l'ensemble le nombre de perdus de vue retrouvés semble être insignifiant, du fait de la non-implication des familles.

La référence : dans le cadre de la mise en œuvre du programme d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la référence des clients vers les CSPC s'est accentuée, notamment avec la réorientation du rôle des accoucheuses villageoises. Puisque l'auto-référence ne se fait pas de façon spontanée dans les villages, les ASBC et les animateurs se sont appropriés cette activité qui concerne le suivi de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et de la PF. À ce niveau, il est difficile de se prononcer sur l'exactitude des faits puisque des ICP confirment la persistance des accouchements à domicile.

Particulièrement dans les districts de Barsalogo, de Koupéla, de Ouargaye et de Titao, une approche de référence facilitée a été mise en place. C'est un système de partage de coûts qui a été récemment instauré et financé avec les ressources des familles. Avec une cotisation financière individuelle de 25 à 50 francs par an, les populations contribuent à la prise en charge des urgences obstétricales, néonatales et non obstétricales.

Cette approche qui vise l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins a été au centre des débats de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Mais, elle a été souvent perçue comme un facteur de réduction de l'accès aux soins de santé et vigoureusement critiquée. Pour les répondants des districts concernés, ce système alternatif de financement des services de santé est un moyen de pérenniser la référence particulièrement chez les femmes et les enfants. Quoique récemment implanté dans ces aires de santé, ce système d'accès à des soins spécialisés semble donner des résultats encourageants. Aucune information n'est cependant disponible sur la satisfaction des populations et sur la performance du système. Il s'agit d'approche nouvellement mise en place qui n'est pas pour le moment évaluée.

Les traitements de masse : les traitements de masse ne sont pas des services à base communautaire continus. Ces services sont délivrés lors de campagnes ponctuelles réalisées par des programmes de lutte contre la schistosomiase, la filariose, le trachome, les helminthiases et lors des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite et de supplémentation en vitamine A. Les ASBC y contribuent de façon remarquable, par la mobilisation sociale, la sensibilisation, l'organisation et la mise en œuvre des activités comme la supplémentation en Vitamine A pour les enfants et pour les femmes, par le déparasitage à l'albendazole et au mébendazole et par le traitement à l'ivermectine et à

l'azitromycine. Les ASBC permettent ainsi à ces programmes d'atteindre des performances importantes dans le cadre de ces programmes.

La surveillance épidémiologique : la surveillance épidémiologique à base communautaire comporte essentiellement la notification de cas de maladies à déclaration obligatoire. Pour cette intervention, les maladies ciblées sont les paralysies flasques aiguës (PFA), le ver de Guinée, la rougeole, l'ictère fébrile, le tétanos maternel et néonatal, la méningite cérébro-spinale, la toux chronique (tuberculose), etc. Les ASBC et les animateurs disent constituer l'interface entre la communauté et les services de santé, dans le cadre de la notification de cas. Mais aucune information sur les procédures suivies pour notifier les cas détectés n'a été fournie.

4.1.1.2. Services promotionnels

Les activités promotionnelles agissent sur les modes de vie et sur les conditions de vie, et donnent de l'autonomie aux clients. Dans cette étude, elles regroupent la sensibilisation par l'éducation pour la santé (souvent libellée IEC ou plus récemment CCC), la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la promotion de l'hygiène et de la salubrité, les visites à domicile et l'organisation des populations. Plusieurs activités promotionnelles sont abordées dans le tableau 3.

Tableau 3 : services promotionnels offerts par les ASBC

Domaines des services	Identification des services offerts
Sensibilisation par l'IEC et la CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Programme élargi de vaccination • CPN, accouchement assisté, conseils nutritionnels sur les aliments locaux nutritifs, excision, fistules, PTME • Dépistage (campagnes de dépistage, <i>counselling</i>, dépistage volontaire du VIH) • Prévention de grossesses non désirées en milieu scolaire • IST/VIH/Sida • Maladies courantes et endémies locales (paludisme, filariose lymphatique, tuberculose, paralysies flasques aiguës (PFA), ver de guinée, méningite, rougeole, fièvre jaune)
Prise en charge communautaire des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Soins corporels • Soutien psychosocial (groupe de paroles, soutien psychologique individualisé, services d'encadrement et d'accompagnement à domicile, à l'école et à l'hôpital, • Accompagnement dans l'alimentation (conseils nutritionnels et appui alimentaire • VIH/sida: soutien à l'observance de traitement • Choix du mode d'alimentation de l'enfant (PTME) • Repas communautaire

Visite à domicile pour la promotion de l'utilisation de MILDA	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moustiquaires imprégnées • Dénombrement et distribution universelle de MILDA du fonds mondial pour le paludisme (activité ponctuelle) • Vérification de l'utilisation correcte des moustiquaires imprégnées
Promotion de l'hygiène et de la salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de journées de salubrité • Protection, entretien et utilisation des points d'eau et des latrines
Organisation des populations	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale

L'IEC et la CCC : sont des processus systématiques et planifiés ayant pour but de sensibiliser l'individu ou le groupe, de promouvoir le changement de comportement considéré comme néfaste à la santé, grâce à la transmission d'informations nécessaires à la compréhension réciproque et à la motivation. La sensibilisation est l'activité la plus importante des animateurs et des ASBC, en termes de nombre d'interventions. Elle a pour but également de susciter la demande en vue d'augmenter les taux d'utilisation des services de santé. Tous les répondants soutiennent que l'IEC et la CCC touchent toutes les couches de la population et sont gratuites sur l'ensemble du territoire burkinabé. Des doutes sont émis sur une telle affirmation puisque, dans le cadre spécifique du VIH/sida qui mobilise des ressources importantes, la couverture globale de la population burkinabé, par les activités d'IEC/CCC, n'est que d'environ 75,4% (Alassane & Zougrana, 2010).

Les canaux de proximité les plus utilisés pour transmettre les messages d'IEC/CCC sont les radios communautaires, les troupes théâtrales, les chansons, les projections de films, les forums suivis de débats et les causeries. L'appui des leaders communautaires facilite la mobilisation des populations et la diffusion des messages. Le recours à ces personnes-ressources constitue en soi une bonne approche de développement communautaire. Les femmes sont souvent les plus impliquées du fait de la sensibilité des questions évoquées sur la santé de la reproduction. Les hommes restent encore très peu concernés par les SBC, notamment par la sensibilisation face à la réticence des femmes de suivre le calendrier vaccinal de leurs enfants ou pour leur adhésion à la planification familiale ou à l'accouchement assisté.

La prise en charge communautaire des PVVIH : les services promotionnels visent en grande partie l'amélioration de la santé des groupes à risque et des personnes vulnérables. Ils regroupent différents domaines d'intervention parmi lesquelles la prise en charge communautaire des PVVIH occupe une place prépondérante. En effet, la lutte contre le VIH/sida constitue un des axes prioritaires de la politique sanitaire du Burkina Faso. Contrairement aux services préventifs offerts par les ASBC, les services promotionnels sont en majorité assurés par les ONG et associations particulièrement celles œuvrant dans le domaine du sida. En dépit du besoin ressenti et parfois exprimé dans la communauté, les ASBC ne sont pas en mesure de s'impliquer dans la prise en charge des services promotionnels destinés aux PVVIH. La particularité de cette maladie requiert une confidentialité qui ne peut être garantie dans un contexte communautaire. De plus, toute

activité de prévention du VIH/sida doit tenir compte de plusieurs facteurs comme la pauvreté féminine et l'iniquité de genre. Ainsi, pour favoriser l'autonomie des PVVIH, de nouvelles approches communautaires et des activités ciblées sont de plus en plus mises en œuvre, comme en témoigne le tableau 3.

La visite à domicile pour la promotion de MILDA : le principal moyen de lutte contre le paludisme consiste à se protéger des piqûres de moustiques. Une des stratégies de prévention est d'encourager les populations à dormir sous MILDA. Les ONG et les associations sont les acteurs chargés de vulgariser la distribution de MILDA, en conformité avec les orientations nationales en matière de lutte contre le paludisme, en milieu communautaire. La DBC de MILDA est combinée à des activités de sensibilisation sur leur utilisation systématique. On note cependant une irrégularité dans la distribution des MILDA liée à des ruptures, au niveau de ces ONG et associations, ce qui pourrait entraver l'efficacité de cette stratégie.

La promotion de l'hygiène et de la salubrité et organisation des populations : la création d'un environnement favorable relève de la responsabilité de tous les individus. Mais dans son rôle d'agent promoteur de la santé, il revient à l'ASBC d'organiser sa communauté pour rendre salubre leur cadre de vie par des investissements humains. Une des stratégies pour y arriver serait une mobilisation sociale suffisamment opérationnelle pour gérer, sur les plans individuel et collectif, les déterminants susceptibles d'assurer la propreté, l'hygiène et l'assainissement du cadre de vie. En collaboration avec la communauté, l'agent de santé à base communautaire assure la gestion des points d'eau disponibles dans son milieu.

4.1.1.3. Services curatifs

Les services curatifs offerts en milieu communautaire s'appliquent à quelques maladies supposées très meurtrières, mais dont la prise en charge peut se faire dans la communauté si les médicaments sont disponibles. Ainsi, dans le tableau 4, les ASBC traitent le paludisme non compliqué et la filariose auprès de toute la population, les infections respiratoires aiguës (IRA), la malnutrition modérée et la diarrhée chez les enfants.

Tableau 4 : services curatifs offerts par les ASBC

Domaines des services	Identification des services offerts
Services curatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Paludisme : PECADO et Bill et Melinda Gates (BMG) (ACT) • IRA : diagnostic, traitement au cotrimoxazole, suivi • Malnutrition : suivi dans la communauté • Diarrhée : distribution de SRO et de sulfate de zinc • Filariose : Washing à domicile chez les patients atteints de lympho-oedèmes

Le développement récent de programmes de santé permet aux ASBC de s'engager dans le traitement curatif de certaines maladies. Avec l'implantation d'un programme financée par le Fonds mondial, la prise en charge à domicile du paludisme (PECADO) est devenue possible, avec une approche thérapeutique à base d'artémisinine (*Artemisinin-based combination therapy*) (ACT). Au paravent, l'État burkinabé avait démarré une étude pilote dans 29 districts sanitaires, mais le passage à l'échelle nationale a été décidé avant que l'expérience ne soit évaluée. Dans le cadre du *round 8* du fonds mondial, deux bénéficiaires ont été désignés pour la lutte contre le paludisme. : Plan Burkina pour la société civile et le PADS pour le secteur public.

Des difficultés ont vite apparu dans la mise en œuvre du programme PECADO géré par Plan Burkina, d'abord liées à l'extension même de la stratégie, avec un retard observé dans le démarrage de l'activité et un rythme d'implantation très différent selon les DRS. Ensuite dans certaines régions, des ruptures d'ACT ont été relevées auprès des ASBC, ce qui d'une certaine manière remet en cause l'efficacité du programme qui a priori était destiné à la communauté.

De même, dans le cadre de la PCIME communautaire, les ASBC font principalement la prise en charge, chez les enfants de 0 à 5 ans, du paludisme, de la malnutrition modérée et du suivi en ambulatoire des cas sévères référés au CSPS et contre-référés dans la communauté. Ils encouragent également l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) et du sulfate de zinc, pour traiter la diarrhée. La prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA) est en phase d'expérimentation dans deux districts sanitaires à savoir ceux de Gourcy et de Barsalogo. Bien que ce traitement ait donné du succès dans certains pays (Basics), il requiert la mise en place d'un système de surveillance de la qualité et surtout une supervision soutenue et régulière des ASBC. Or, une insuffisance de la supervision a été relevée dans l'ensemble des districts visités. La PCIME communautaire englobe 17 pratiques familiales dont 16 sont définies par l'OMS et l'UNICEF et la 17^e relative à l'enregistrement des naissances, a été ajoutée par le Ministère de la santé du Burkina Faso. Selon certains répondants, la vulgarisation de ces pratiques au sein de la communauté par les ASBC devrait permettre de réduire considérablement la morbidité et la mortalité infantiles. Il est cependant important d'analyser la faisabilité de ces pratiques dans la communauté, dès lors que, pour l'instant, des problèmes d'organisation et de coordination existent réellement dans l'offre des SBC.

Très impliqués dans l'amélioration des maladies courantes, les ASBC assistent les malades dans l'observance de leur traitement particulièrement les PVVIH/sida et les patients atteints de tuberculose et de filariose. L'expérience du *washing* dans l'amélioration des conditions de vie de malades atteintes de lymphoedème est une belle illustration de l'implication des ASBC dans les soins à domicile. Le tableau 4 suivant fait la synthèse des services curatifs offerts en milieu communautaire.

4.1.1.4. Services d'administration et de gestion

Les répondants soutiennent que, pour mener à bien leurs missions, les ASBC planifient les interventions qu'ils offrent à la communauté. Ils assurent l'approvisionnement et la

gestion des intrants et des ressources financières qui leur sont confiés et participent à la performance du système national d'information sanitaire par la collecte des données, l'élaboration et la transmission de rapports. Les ASBC peuvent également organiser et participer à des réunions qui concernent le développement des services à base communautaire (tableau 5).

Tableau 5: services d'administration et de gestion des activités des ASBC

Domaines des services	Identification des services offerts
Administration et gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Programmation et mise en œuvre des activités de SBC • Approvisionnement et gestion des intrants et des ressources financières • Collecte des données, élaboration et transmission des rapports • Organisation et participation aux réunions dans les CSPS

4.1.1.5. En résumé

Les tableaux 2, 3, 4 et 5 indiquent que les ASBC mènent de nombreuses activités dans leur communauté. Les soins préventifs et promotionnels prédominent dans le paquet de services mis en œuvre. Le renoncement de l'expérience « un village, un PSP » a réduit considérablement le volume des services curatifs par les ASBC dans la communauté. Cette opération conduite sous la Révolution démocratique et populaire couvrait 95,15% des villages du Burkina Faso. Elle s'était appuyée sur l'organisation et sur la participation des communautés villageoises, pour résoudre leurs problèmes de santé. Mais elle n'a pas survécu du fait d'un manque de motivation des ASBC et surtout d'une mauvaise compréhension de la mission du PSP qui, pour les populations, devaient offrir des services curatifs au même titre que les dispensaires⁴². Dans la mesure où le rendement des accoucheuses villageoises n'avait pas contribué de façon significative à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la décision a été prise de fermer les PSP et de réorienter le rôle de ces ASC vers l'accompagnement des parturientes.

Les SBC sont presque identiques à ceux listés dans le document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé au Burkina Faso. Ils sont également en conformité avec les activités dévolues aux acteurs communautaires dans certains pays comme le Bénin, Madagascar, le Mali, le Togo et le Rwanda. Ils répondent aux interventions à gain rapide initiées pour le milieu communautaire burkinabé.

Au-delà de la cohérence des SBC avec ceux déterminés dans les différents documents nationaux, le nombre de services contenus dans le paquet d'activités est très élevé, compte tenu du bas niveau d'instruction et d'alphabétisation des ASBC. Est-il possible pour ces agents bénévoles, peu formés et peu motivés d'assurer des services aussi nombreux? Par exemple, il faut s'interroger sur la pertinence de mener des activités liées au VIH/Sida. De tels services requièrent une confidentialité et la maîtrise de règles

déontologiques. Or, à notre connaissance, aucune étude n'est disponible, dans le contexte burkinabé, pour démontrer que les ASBC peuvent respecter de tels principes éthiques.

Certaines activités prévues dans le paquet de services définis dans les documents officiels qui organisent la santé communautaire, ne sont pas pour l'instant offertes par les ASBC, du moins dans les districts visités. Il s'agit de :

1. la supplémentation en fer, en acide folique et en iode;
2. la promotion de l'hygiène alimentaire par le lavage des mains;
3. la promotion de l'allaitement maternel;
4. la notification des naissances et des décès maternels et infantiles;
5. la participation à l'audit de décès maternels;
6. la distribution de sulfadoxine-pyriméthamine auprès des femmes enceintes;
7. le traitement des ordures;
8. l'IEC sur la santé des personnes âgées.

La non-mise en œuvre de ces services, dont les trois premiers font partie des 17 pratiques familiales clés de la PCIME communautaire, pourrait ralentir l'atteinte des OMD 4 et 5.

Particulièrement avec les activités de gestion, nous pensons qu'elles constituent ce que les ASBC doivent faire et non pas ce qu'ils font dans la réalité. Certes, nous ne disposons pas d'étude sur l'efficacité de ces tâches administratives et de gestion. Mais, nous pensons que le niveau d'instruction et l'insuffisance de la motivation des agents communautaires constituent des obstacles majeurs à leur réalisation.

4.1.2. Qualité des services de santé à base communautaire

Il est difficile d'aborder la question de la qualité des services à base communautaire, sans faire référence à des études préalables et/ou à des standards clairement établis. Or, les consultants n'ont pas été en mesure de trouver une étude déjà effectuée sur les SBC. Sur le terrain, les avis des acteurs sont partagés quant à l'existence ou non de normes et protocoles précis qui orientent la pratique des ASBC. Certains répondants soulignent que, dans le cadre de la contractualisation, le Ministère de la santé a défini un certain nombre de missions dont l'assurance qualité, particulièrement pour les ONG qui interviennent dans le renforcement des capacités (Rencap). Mais un document relatif à des normes et protocoles de qualité n'est pas encore disponible. D'autres confirment l'existence de tels standards, mais précisent que leur utilisation n'est pas systématisée ou diffère d'un programme à un autre. Par exemple, pour apprécier la qualité de la DBC des méthodes contraceptives, quelques acteurs d'ONG rencontrés s'appuient sur l'augmentation ou la réduction du nombre annuel de nouveaux et d'anciens clients et sur les impressions des usagers recueillies lors de sondages annuels. Mais, la fiabilité de telles études reste à prouver puisque des informations supplémentaires ne nous ont pas été communiquées sur les résultats de telles enquêtes. L'IEC fait partie des rares domaines d'activités des ASBC où un plan stratégique de communication a été conçu en appui aux interventions intégrées à base communautaire. Là également, les répondants ne pouvaient pas nous en parler puisqu'ils ignoraient l'existence même de ce document.

Ainsi, un ralentissement dans le changement de comportements lié à une insuffisance de la qualité des services pourrait être observé. Avec des messages souvent erronés transmis aux populations et l'insuffisance de supports audiovisuels, lors des causeries, la sensibilisation reste insuffisante et influe sur l'utilisation des services de santé particulièrement par les femmes. Dans le district de Ouargaye, les CPN tardives ou absentes et les accouchements à domicile persistent. Des cas d'excision sont récemment signalés. Les MILDA dont la distribution à l'échelle est achevée il y a quelques semaines ne sont pas encore installées dans les concessions. Des erreurs de posologie des ACT sont également très fréquentes.

En dehors de l'existence ou de l'absence de standards, ces manquements ne seraient-ils pas dus à l'absence de recyclage et de supervision systématique des ASBC, par les agents de santé? Par ailleurs, est-il pertinent de vouloir juger de la qualité des SBC, en présence d'acteurs souvent analphabètes, majoritairement très âgés, et qui de surcroît persistent à vouloir coûte que coûte continuer d'exercer leur rôle dans la communauté, sans en avoir les capacités?

La diversité des activités effectuées par ces acteurs amène à s'interroger sur la qualité de leur exécution. Par rapport au bas niveau d'instruction ou d'alphabétisation des ASBC, la maîtrise des connaissances nécessaires à la mise en œuvre de tels services n'est pas évidente. Ces insuffisances ont amené l'ECD du district de Barsalogo à traduire en langue nationale mooré les supports de gestion des IRA, pour les ASBC qui sont majoritairement alphabétisés. En dépit de cette précaution, des réserves pourraient être émises sur l'utilisation des médicaments comme les ACT et le cotrimoxazole. En effet, malgré le suivi des ASBC immédiatement après leur formation, des répondants ont évoqué la possibilité d'un manque de respect des doses prescrites, parce que l'achat d'un traitement complet peut ne pas être faisable du fait de l'extrême pauvreté des populations; une telle situation pourrait provoquer des résistances aux médicaments.

Toutes choses égales par ailleurs, au-delà des compétences des ASBC, c'est aussi le fardeau que constitue la quantité très importante de leurs activités. Évidemment, l'offre de SBC ne constitue pas l'activité principale des ASBC. Mais, la disponibilité et la présence qu'elle peut exiger des ASBC sont parfois un risque de négligence ou d'abandon.

4.1.3. Bénéficiaires des services de santé à base communautaire

Un des objectifs de cette étude est de déterminer les bénéficiaires des services à base communautaire. Ces cibles sont variables et fonction de la nature des services offerts. Globalement, toute la population bénéficie directement ou indirectement des services à base communautaire. L'analyse des résultats montre que les enfants, les jeunes, les femmes, les hommes et les personnes âgées sont des bénéficiaires potentiels de ces services. Déjà, avec les émissions diffusées par les radios locales, même si 63% seulement des ménages disposent d'un poste radio, la sensibilisation est de plus en plus accessible. La DBC de produits comme les préservatifs et la plupart des services promotionnels liés à la lutte contre les endémo-épidémies, profite également à la

population. Mais ces intrants ont un prix que la population ne peut pas toujours supporter. Sans nul doute, la cible principale des ASBC demeure le groupe spécifique mère-enfant qui est le plus affecté par la morbidité et la mortalité. En d'autres termes, la mère et l'enfant forment les cibles privilégiées des programmes mis en œuvre dans la communauté.

4.1.4. Couverture des SBC au niveau de quelques districts sanitaires

Les interventions à base communautaire conduites par le Ministère de la santé et par les structures d'appui technique, se font à l'échelle nationale et de façon continue. Une exception est cependant faite des campagnes de masse qui sont systématiques, mais discontinues. La couverture des services à base communautaire a été appréciée à partir de la couverture géographique, l'accessibilité financière des populations et la disponibilité des produits de la DBC.

4.1.4.1. Couverture géographique par les services de santé à base communautaire

En termes de couverture géographique, les répondants rencontrés au niveau des districts confirment que l'ensemble des villages situés dans leur aire de santé bénéficie de SBC. Cependant, comme le démontrent les exemples suivants, quelques disparités importantes existent, en fonction des programmes mis en œuvre, selon les expériences pilotes et selon les partenaires.

Dans le cadre du programme de PECADO, on observe une répartition inégale de la couverture géographique, entre les districts. Comme l'indique le tableau 6, tous les villages du district de Ouahigouya sont couverts par le programme. Par contre, les districts de Ouargaye et de Koupéla ont respectivement des taux de couverture de 88% et 82%, et ceux de Barsalogo et de Titao ne sont couverts qu'à hauteur respectivement de 45% et de 62% des villages. En réalité, les communautés situées à moins de 5 km d'un CSPS devaient être exclues de ce programme, dans ces districts. Cependant, cette exclusion n'explique pas à elle seule les inégalités de couverture géographique. En effet, le nombre de villages retenus dans le programme de PECADO, sur la base des données administratives, est en deçà du nombre réel de villages couverts par les aires sanitaires. Le tableau suivant regroupe les taux de couverture des districts visités par le programme de lutte contre le paludisme.

Tableau 6: couverture des districts sanitaires par le programme de lutte contre le paludisme

Districts	Nombre total de villages	Nombre de villages couverts	Taux de couverture
Barsalogo	134	61	45
Koupéla	201	165	82
Ouahigouya	310	310	100
Ouargaye	222	195	88

Titao	158	98	62
-------	-----	----	----

Avec l'approche contractuelle, il a été clairement décidé que l'ensemble des villages ne pouvait pas être couvert par les SBC. Les responsables des districts devaient identifier des zones dont les IGR sont faibles et demander aux ONG et aux associations d'y mettre l'accent. La contractualisation ne pouvait pas également résoudre la question de la couverture géographique, puisque la répartition des OBCE reste très inégale entre les districts. Ainsi, dans la région sanitaire du Centre-Est, les villes sièges des districts de Ouargaye et de Zabré ne disposent pas d'OBCE. De plus, l'OBCE du district de Ouargaye est à Yargatenga située à plus de 40 km, ce qui rend difficile la coordination des activités au niveau du district. Dans la zone de Barsalogo, ce sont quatre OBCE qui couvrent l'ensemble des aires sanitaires des 12 CSPS du district sanitaire.

Quoique négligeables, les expériences pilotes influencent également la couverture géographique. C'est le cas des districts de Barsalogo et de Gourcy où le traitement communautaire des IRA avec le cotrimoxazole est en expérimentation. Il faut préciser que la prise en charge des IRA constitue l'une des rares expériences conduites en milieu communautaire burkinabé, du moins dans les districts visités ; ce qui n'est pas le cas pour plusieurs pays comme le Togo qui met en œuvre simultanément, des projets de petite échelle, au sein de la communauté.

Selon les partenaires, quelques services faisant l'objet de disparités entre les aires de santé existent. Par exemple dans les régions de l'Est et du Sud-ouest, la DBC de méthodes contraceptives financée par le PROSAD/GIZ couvre en moyenne 1/3 des villages, dans chaque zone de responsabilité des CSPS. Cette situation s'observe également dans le district de Barsalogo où le dépistage actif de la malnutrition, par la pesée et par le suivi de la croissance appuyé par le *Cathwel Relief Services* (CRS), ne couvre que trois aires de CSPS sur 12 (soit 47 villages sur les 134 que compte le district). De même, dans les districts de Koupéla et de Ouahigouya, on note que les nombreuses associations et ONG ciblent les mêmes sites d'interventions et les mêmes activités, particulièrement en zone urbaine et périurbaine, au détriment du milieu rural. Les préoccupations sanitaires des communautés rurales ne semblent donc pas constituer une priorité dans le choix des interventions. L'exemple du paludisme illustre fort bien ce choix. Avant l'existence du financement de la lutte contre cette maladie, aucune organisation n'avait porté son intérêt sur elle, ce qui n'est plus le cas maintenant. Des répondants signalent que plusieurs de ces ONG et associations ont même changé d'appellation, d'objectifs voire même de cibles, et ceci, dans le seul but de bénéficier de subventions.

Comme le démontrent les résultats, la couverture géographique pose le problème de l'ancrage territorial des SBC, avec l'exclusion des villages proches des CSPS. Dans les faits, ce débat sur l'ancrage urbain versus rural n'a jamais été clarifié par le Burkina Faso, même s'il apparaît dans le document de stratégie que l'accessibilité et la disponibilité sont des éléments incontournables des SBC. À l'instar du Togo qui offre des SBC aux communautés situées à plus de 2,5 km d'une formation sanitaire, le Burkina doit clarifier les zones d'intervention des SBC.

4.1.4.2. Accès financier aux services par les populations

De façon générale, les SBC sont gratuits ou subventionnés. Une politique de gratuité est en vigueur pour les activités de sensibilisation, les traitements de masse et pour la supplémentation en micronutriments. Pour le cas particulier de la PF, les services d'IEC et les conseils sont totalement sans coût pour les bénéficiaires, ce qui n'est pas le cas pour le préservatif, le collier et la pilule. Ces méthodes contraceptives sont vendues par les ASBC au même prix que les formations sanitaires. Leur coût varie entre 10 FCFA pour le préservatif masculin et 100 FCFA pour le préservatif féminin et la plaquette de pilules. En ce qui concerne la PECADO, le coût du traitement est de 100 FCFA pour les enfants, 200 francs pour les adolescents et 300 FCFA pour les adultes. La prise en charge de la diarrhée quant à elle oscille entre 450 et 715 FCFA par traitement. Pour des bénéficiaires dont les conditions économiques sont souvent précaires, l'accès à des traitements efficaces n'est pas évident. Cette situation contribue souvent à l'achat de doses incomplètes ou à l'utilisation de « médicaments de la rue » ou de contrefaçon. L'absence de gratuité des SBC, pour toutes les couches sociales et non pas seulement pour les femmes et les enfants, pose de réels problèmes d'équité en santé qu'il urge de résoudre.

4.1.4.3. Disponibilité des produits de la distribution à base communautaire

Pour les produits de la DBC, les répondants n'ont pas signalé de rupture de contraceptifs. Des préservatifs sont même disponibles auprès des vendeurs de marchandises en détail, ce qui facilite l'accessibilité et la confidentialité de l'utilisation de ces produits. Les anti-diarrhéiques sont également disponibles, dans les structures sanitaires des districts. Cependant, la relative cherté des traitements entraîne un ralentissement de la vente et conduit les populations vers des réseaux parallèles d'acquisition de médicaments.

Le problème crucial de l'accès aux médicaments demeure la disponibilité des ACT. Le bénéficiaire principal du Fonds mondial de lutte contre le paludisme pour la société civile (Plan Burkina) est très inquiet de la situation. Déjà, un retard existe par rapport aux indicateurs de la PECADO, ce qui à terme pourrait porter préjudice à la poursuite du programme. Deux difficultés existent à ce niveau : la première est relative à la rupture d'ACT au niveau des ASBC. Le stock commandé pour approvisionner les ASC a été en grande partie utilisé par les structures de santé. La deuxième se situe au niveau des CSPS. Le circuit d'approvisionnement des ASC du médicament étant le même que celui des CSPS, ces derniers ne bénéficient pas de marge bénéficiaire sur les ACT vendus aux ASBC. Ces médicaments étant une source non négligeable de recettes pour les COGES, il est probable qu'une rétention soit expressément faite au niveau des CSPS.

4.1.5. Processus de développement des services de santé à base communautaire

Le développement des SBC implique la mise en œuvre d'un processus qui comporte plusieurs éléments :

- la dénomination, le profil, le statut, la formation et la répartition au sein de la communauté des acteurs;
- le niveau d'implication des communautés dans la mise en œuvre des SBC;
- la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des SBC;
- le système d'information sanitaire pour les SBC;
- la coordination des interventions;
- les forces, les faiblesses, les contraintes, les menaces et les opportunités du processus de développement des SBC, etc.

4.1.5.1. Acteurs des services de santé à base communautaire

Dénomination des acteurs : les SBC sont offerts par plusieurs types d'agents qui constituent l'interface entre la communauté et les services de santé. Leur dénomination varie selon les programmes, leurs fonctions ou les initiatives de santé communautaire. Ces intervenants portent les dénominations suivantes :

- agents de santé à base communautaire (ASBC) qui comprennent les agents de santé villageois (ASV) et les accoucheuses villageoises (AV);
- agents distributeurs à base communautaire;
- agents sentinelles du PEV;
- animateurs communautaires;
- conseillères psychosociales pour la PTME/VIH;
- membres de cellules d'urgence;
- membres des comités de gestion des formations sanitaires (COGES) ;
- relais communautaires, etc.

Une dénomination commune de tous ces acteurs a été proposée dans le document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire dans le domaine de la santé élaboré en 2008. Ainsi, ils sont appelés ASBC. Il s'agit d'une tentative d'harmonisation qui ne dispense pas des dénominations faites, selon parfois les fonctions de ces agents comme décrites plus haut.

Quoique déjà très important, ce début d'uniformisation reste très largement insuffisant, au regard de la confusion que de telles appellations peuvent provoquer dans la compréhension des rôles et dans la répartition des tâches entre les différents acteurs.

Profil des agents de santé à base communautaire : les rencontres effectuées dans les districts visités ont permis de constater que le genre est bien considéré dans le choix des ASBC. Dans chaque village, un homme et une femme sont généralement choisis pour assurer l'offre de soins; ce qui pourrait contribuer à une adhésion aux prestations des membres de la communauté quelque soit leur sexe.

Toutefois, les ASBC sont pour la plupart non alphabétisés ou ont un niveau d'instruction très bas. Cette situation influence négativement leur performance en termes de qualité des prestations fournies, de gestion des outils de travail, et de disponibilité de ces agents. Des innovations ont été particulièrement faites dans le district de Barsalogo, pour contourner cette difficulté par la traduction et illustration en langue locale des outils et des protocoles de prise en charge du paludisme, de la diarrhée et des IRA. De nombreux ASBC sont

d'un âge assez avancé parfois de plus de soixante ans. Un répondant membre d'une ECD souligne à propos de l'âge, de la mobilité et de l'engagement : « *moins de 25, ils sont mobiles et après 45 ans c'est la lassitude* ».

À propos du profil des ASBC, le document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire indique que, pour bien mener les services, le profil suivant peut être retenu :

- être lettré(e) ou alphabétisé(e) est un atout;
- être stable et disponible dans la communauté;
- parler la langue utilisée par la communauté.

Il s'agit donc de critères minimums pour orienter et non imposer la sélection des ASBC. Le contexte socioculturel du Burkina Faso a certainement guidé le choix de ces critères. En effet, en dépit de l'amélioration des taux de scolarisation, il est encore très difficile de trouver dans la plupart des villages, une personne sachant parfaitement lire et écrire. Ceux qui savent lire et écrire gèrent des activités génératrices de revenus ou préfèrent émigrer vers les centres urbains des pays limitrophes du Burkina Faso, le plus souvent nous a-t-on dit. Par ailleurs, plusieurs parmi ces ASBC offrent des services à la communauté depuis au moins une vingtaine d'années. Certains répondants d'âge avancé (généralement, des personnes influentes dans la communauté) envisagent de se faire remplacer par un membre de leur proche famille, même si celui-ci n'est pas formé. L'absence à une formation n'empêche pas également un ASBC de continuer ses activités tout en étant incompétent dans le domaine.

Ces pratiques non conformes aux principes d'équité et de meilleure participation communautaire qu'incarnent les SBC influencent négativement la qualité de ces services. Aussi, elles relancent le débat sur les critères de choix des ASBC, la durée de leur mandat et les conditions de leur rétention dans le métier.

Formation des agents de santé à base communautaire. Les ASBC reçoivent des formations diverses, à la carte, sur les interventions et les stratégies communautaires. Ces formations ont été pour la plupart assurées par les équipes de santé, sur la base de modules de formation élaborés par les programmes de santé du Ministère de la santé. La durée des formations est très variable selon les thématiques et selon le type d'ASBC. Elle va d'un (1) à cinq (5) jours pour les ASBC et d'un (1) à vingt et un (21) jours pour les animateurs des OBCE qui peuvent être formés par leur ONG de renforcement des capacités (Rencap). Un suivi rapproché des animateurs est généralement effectué, immédiatement après leur formation, pour s'assurer de l'assimilation des notions apprises et de la qualité des prestations offertes. Des recyclages sous forme de *briefing* sur les tâches à exécuter sont régulièrement faits à leur intention contrairement aux ASBC qui en reçoivent seulement pour les campagnes de masse comme les JNV et les TDM. Quoiqu'existante, la formation reste en deçà des normes requises. De plus, les inégalités perçues dans la formation entre les animateurs des OBCE et les ASBC ne militent pas en faveur de l'harmonisation des connaissances et de la qualité des services. D'ailleurs, tous les ASBC rencontrés sollicitent des recyclages périodiques, en dehors des campagnes de masse.

Supervision des agents de santé à base communautaire. La supervision des ASBC n'est pas systématique. Elle est réalisée par les agents de santé essentiellement dans le cadre de certaines interventions bien ciblées telles les campagnes de masse, la PCIME communautaire financée par la fondation BMG, les activités de nutrition financées par la banque mondiale et par certaines ONG comme le *Cathwel Relief Service*. Pour les interventions de la PECADO et de la contractualisation, la supervision des animateurs est assurée par des superviseurs qui ne relèvent pas des équipes de santé, et sans l'implication de celles-ci.

Les difficultés rencontrées sont liées à l'absence de ressources pour la supervision régulière. Certains villages en période hivernale sont inaccessibles. Ce sont les COGES qui assurent les frais de carburant des ICP, pour la supervision des ASC dans les villages accessibles. Or, ces comités de gestion n'ont pas, semble-t-il, les ressources nécessaires pour pérenniser une telle activité. Le manque de standardisation des outils de supervision des ASBC ne permet pas non plus d'avoir une situation d'ensemble des efforts consentis pour offrir des services dans la communauté. L'insuffisance de compétences des agents de santé des CSPPS en techniques de supervision a été également relevée. À ce niveau également, les ICP qui sont très chargés ne délèguent pas leurs activités de supervision, probablement du fait des implications financières de la supervision. Cette situation entrave l'appropriation des activités par le personnel de santé et la pérennité des services à base communautaire. Il convient par ailleurs de signaler que, dans chaque CSPPS, il existe une équipe de santé qui comporte un agent itinérant de santé et d'hygiène communautaire (AIS) dont le rôle est de travailler au sein de la communauté et de superviser les ASBC⁴³. Or, pour l'instant ce personnel offre des services différents de ceux dont il est officiellement mandaté.

Le mécanisme de supervision apparaît aussi techniquement peu efficace au niveau des OBCE. En effet, les animateurs recrutés par ces organisations ne sont pas des professionnels de la santé. Ils manquent cruellement de connaissances, pour conduire valablement des activités de supervision.

Répartition des agents de santé à base communautaire. Les ASBC sont répartis en raison de deux (2) par village. Cependant, des auxiliaires sont parfois recrutés lorsque le village est d'une taille importante en population ou en superficie. Dans la perspective de développement des services et pour mieux encadrer les populations, la répartition des ASBC selon le nombre de ménages à couvrir semble plus adéquate. Elle est fortement utilisée dans certains pays comme le Bénin, le Mali et le Rwanda (entre 25 et 50 ménages/ASC).

Statut des agents de santé à base communautaire. Les ASBC sont choisis pour la plupart au sein de leur communauté et par celle-ci, en collaboration avec les services de santé. Ils ont en général un statut de volontaire ou de bénévolat et ne bénéficient pas de rémunération formelle. Ce statut est conforme au principe de la participation communautaire, mais comporte quelques inconvénients. En effet, pour être disponible et pour assumer pleinement son rôle, l'ASBC devrait être soutenu par sa communauté.

Mais, celle-ci est de moins en moins disposée à s'acquitter de cette responsabilité. De nombreux abandons ont été alors constatés.

Mesures d'incitation et motivation des agents de santé à base communautaire. La motivation des ASBC a depuis longtemps constitué l'un des goulots d'étranglement du développement des SBC. Plus de 20 ans après l'expérience « un village un PSP », ce problème n'a pas été résolu. Le principe de la motivation est certes compris et accepté par tous les acteurs de la santé communautaire. Toutefois, la communauté bute sur les modalités de son application et sur les voies et moyens de sa pérennisation.

Ainsi, dans le programme de la PECADO financée par le Fonds mondial, un seul des deux ASBC du village est choisi. Il reçoit en plus du kit, un vélo, une motivation mensuelle de cinq mille (5000) francs et dispose d'une ristourne de 25% sur la vente des ACT. Tandis que les animateurs des OBCE de la contractualisation reçoivent 2500 FCFA par activité menée, les ASBC qui font la PCIME communautaire financée par la Fondation BMG, disposent uniquement de la ristourne sur la vente des ACT. Lors des campagnes de masse (JNV, TDM), les ASBC reçoivent un *perdiem* de 2000 FCFA par jour, durant quatre jours, soit 8000 FCFA. Les membres des COGES reçoivent des jetons de présence de 500 FCFA, pendant les réunions mensuelles et les ASBC reçoivent 500 FCFA par activité menée lorsque celle-ci est financée par le COGES. Particulièrement dans le district de Barsalogho, le *Cathwel Relief Service* octroie une motivation de 200 FCFA par mois et par enfant dépisté malnutri. À Ouargaye les ASBC reçoivent semestriellement deux pneus pour leur vélo en plus de la gratuité de la consultation curative, pour leur proche parenté.

Des efforts sont donc faits en ce moment, pour différentes interventions. Mais, l'insuffisance des actions entreprises et l'absence d'harmonisation et de coordination conduisent à des pratiques inéquitables susceptibles d'entraîner une contre-performance chez certains ASBC. Quelques-uns d'entre eux soulignent, sûrement par modestie, que c'est d'abord leur contribution à l'amélioration de la santé de leur communauté qui compte. Mais, dès lors que plusieurs d'entre eux offraient des SBC depuis très longtemps, il était facile de deviner, lors des entrevues, que la frustration qui découle de l'inégalité des avantages est grande. Comme le souligne un des ASBC rencontrés, « *si on donne la même chose à ceux qui travaillent et à ceux qui ne travaillent pas, tout le monde finit par être paresseux* » (Un ASBC, CSPP de You). La motivation basée sur les résultats est la modalité la mieux indiquée selon les ASBC pour stimuler la performance :

Il est important aussi de souligner qu'au-delà de la motivation financière, il y a le manque de reconnaissance des SBC aussi bien par le système de santé que par la communauté. Les ASBC ont mentionné qu'ils envoient des rapports aux CSPP. Mais, ils déplorent l'absence de rétroaction (*feedback*) sur leur travail. Ils disent également ne jamais être cités lorsqu'il est question de rendement lié à l'amélioration de la santé des populations.

4.1.5.2. Implication des communautés dans la mise en œuvre des SBC

La santé communautaire ne peut pas se faire sans l'implication active et effective des populations. Ainsi, la participation communautaire reste le principe et la stratégie privilégiés, pour accroître la réussite des interventions à assise communautaire. Depuis l'adoption et la mise en œuvre des SSP, la contribution des populations se fait sous différentes formes acceptables et accessibles, selon le contexte communautaire. Elle se formalise de plus en plus avec l'émergence de la société civile, dans le domaine de la santé. Le fait de confier la gestion des formations sanitaires de base aux COGES facilite l'équilibre des pouvoirs entre les prestataires de soins de santé et les usagers et impulse une gestion autre des systèmes de santé. Déjà, ces structures sont considérées comme des acteurs qui sont au centre de la mise en œuvre des SBC. Elles constituent l'interface entre les services de santé et les bénéficiaires qu'ils représentent. En collaboration avec le personnel technique des CSPPS, les COGES assurent une partie de la motivation des ASBC, notamment en contribuant au financement de leurs déplacements lors d'activités ponctuelles de santé et pendant les activités mensuelles de vaccination. Quelques fois, ils prennent en charge les frais de carburant des équipes de santé de base, pour la supervision des SBC.

La participation des leaders communautaires et des crieurs publics, dans la mobilisation sociale des campagnes de masse, est une forme de contribution non négligeable à l'effort de santé. Ces personnes influentes ont également la capacité de faciliter l'adhésion des bénéficiaires qui sont réticents à l'adoption de certains comportements de bonne santé comme l'observance de traitements, le respect du calendrier vaccinal des enfants, la CPN, etc. L'implication des tradipraticiens doit être reconnue comme une contribution non négligeable notamment dans le dépistage de certaines maladies comme les PFA et la tuberculose.

La construction de cases de santé, avec bien sûr l'aide d'associations ou d'ONG, dans certains districts comme ceux de Barsalogo, de Séguénéga et de Tougan, illustre bien la participation communautaire. Il en est de même de la contribution des ASBC qui, de façon volontaire et continue, mènent des activités curatives, préventives et promotionnelles au bénéfice de leurs communautés respectives. Les équipes de santé sont très souvent assistées par des bénévoles dans l'organisation d'activités d'hygiène de l'environnement, dans les villages et au niveau des CSPPS. Un autre élément de cette contribution communautaire est matérialisé par l'apport des associations issues de la société civile qui contribuent à la mise en œuvre des politiques de santé. Certaines de ces organisations font de la mobilisation de ressources, du renforcement de capacités et de la production d'outils. Les OBCE emploient des ASBC et des animateurs eux-mêmes membres de cette même communauté.

Un système de partage de coûts a été récemment instauré, dans quatre des cinq districts visités (Barsalogo, Koupéla, Ouargaye et Titao). Avec une cotisation financière individuelle symbolique de 25 à 50 francs par an, les populations contribuent à la prise en charge des urgences obstétricales, néonatales et non obstétricales. Un comité de pilotage composé de représentants des COGES ou des cellules d'urgences obstétricales et de quelques agents de santé assure la gestion du projet communautaire. Cette approche à l'accessibilité des soins a déjà été au centre des débats de la mise en œuvre de l'Initiative

de Bamako. Mais, elle a été souvent perçue comme un moyen de réduire l'accès aux soins de santé et vigoureusement critiquée. Quoique récemment implanté dans ces aires de santé, ce système d'accès à des soins spécialisés semble créer de l'intérêt au sein de la population. Selon les ECD concernés, un tel système constitue un moyen de pérenniser la référence particulièrement chez les femmes et les enfants. Il est alors opportun que des évaluations soient menées sur son fonctionnement, son utilisation et ses retombées sur la mortalité maternelle et infantile.

D'autres formes de contribution communautaire existent à travers le recouvrement de coûts des produits de la DBC et de la prise en charge communautaire du paludisme, de la diarrhée et des IRA. Par ailleurs, dans la perspective de mieux cibler les indigents, quelques aires de santé disposent également de comités de sélection des indigents (exemple de Ouargaye) afin de permettre à ces membres défavorisés de la communauté d'accéder gratuitement aux soins de santé. C'est un bel élan de solidarité qui est conforme aux principes d'équité et de justice sociale de la santé communautaire. En collaboration avec les COGES, ces comités facilitent l'accès aux soins aux moins nantis⁴⁴. Il est cependant opportun de réfléchir, au niveau des districts, sur les voies et moyens de pérenniser la gratuité des soins aux indigents.

La participation communautaire souffre d'insuffisances importantes qui méritent d'être soulignées et corrigées. Plusieurs répondants mentionnent l'absence de directives claires qui orientent la gestion saine des SBC. Concernant le choix des ASBC, des biais ont été relevés en lien avec leur représentativité. Des personnes influentes de la communauté ou des membres de leur famille sont souvent désignés pour agir comme acteurs dans l'offre de SBC. Bien qu'ils soient rarement prêts à participer aux activités de santé qu'ils considèrent comme un fardeau, ils acceptent de s'y engager. La participation étant volontaire, leur maintien dans ce processus participatif est loin d'être garanti.

L'enquête de terrain a enfin révélé une absence d'organisation des ASBC à l'échelle des villages, des CSPS ou des districts dont ils relèvent. Seuls les COGES et les OBCE sont des structures organisées sur la base de textes réglementaires, avec la mise en place d'animateurs dans chaque zone pour faciliter le travail des ASBC.

Perception des répondants sur la contractualisation : la contractualisation a été instaurée, par le Ministère de la santé, mise en œuvre par le PADS, pour permettre à la société civile de s'organiser et de dérouler un paquet d'activités qui contribuent à l'atteinte des OMD. À l'unanimité, les répondants ont souligné que la contractualisation est une bonne stratégie de développement et de renforcement des services dans la communauté. Elle rapproche le Ministère de la santé de la société civile qui dispose ainsi d'une opportunité pour contribuer à l'effort de santé qui la concerne. La contractualisation répond adéquatement à l'esprit de la santé communautaire, puisqu'elle favorise le partenariat et la collaboration entre les différents acteurs des SBC. Elle constitue un outil de développement local privilégié, notamment si le secteur de la santé accepte l'appui de la société civile.

Dans les faits, des questions de fond se posent et constituent des obstacles à l'efficacité et à la pérennité de la contractualisation. Elles sont d'abord d'ordre financier. En réalité, le montant du financement octroyé par le PADS est souvent inférieure au coût de leurs plans d'action et ne permet pas de financer toutes leurs activités planifiées.

En ce qui concerne la couverture géographique, la contractualisation renforce les inégalités dès lors que des districts sont largement couverts par des OBCE alors que d'autres le sont moins ou ne le sont pas. Comme cela a été largement mentionné dans la couverture géographique, la région sanitaire du Centre-est constitue un bel exemple de mauvaise répartition des OBCE. La rigidité des critères de sélection des associations peut être la cause de cette mauvaise couverture géographique. Plusieurs associations qui travaillaient déjà avec les districts sanitaires ayant été éliminées, la frustration a été ressentie auprès du personnel de santé rencontré.

Une réelle dualité est également perçue entre les organisations de la société civile qui mettent en œuvre la contractualisation et les services de santé qui estiment que les OBCE reçoivent trop de financement du PADS, à leur détriment. Ainsi, pour la supervision technique des SBC, de nombreuses incompréhensions sont relevées tout au long des entrevues. Il y a l'encadrement technique des SBC offerts par les OBCE qui ne se fait pas de façon systématique par le personnel de santé. Même si les raisons avancées sur le manque de supervision ne sont pas clairement présentées par les agents de santé et par les OBCE, l'absence de motivation financière serait le nœud gordien qui empêche la réalisation de la supervision des SBC.

4.1.5.3. Planification et mise en œuvre des services de santé à base communautaire

Les plans d'action des CSPS sont officiellement élaborés avec l'implication des membres des COGES, mais les ASBC des différents villages ne sont pas partis prenants dans ce processus. De même, les plans de travail des OBCE sont élaborés, avec l'appui des ONG/Rencap, sans que l'implication des équipes-cadre de districts ne soit effective partout. Cependant, certains OBCE utilisent les données du district pour planifier et intervenir dans les aires sanitaires à faibles indicateurs, à partir des besoins de la communauté. D'ailleurs, les différents acteurs de santé rencontrés reconnaissent que les plans d'action de ces OBCE doivent être annexés à celui du district. Ils estiment également que, pour un meilleur contrôle et suivi des activités mises en œuvre dans l'aire de santé, les contrats de mise en œuvre de ces organisations devraient être établis en relation avec les ECD. Malheureusement, à côté de ces OBCE, plusieurs associations continuent de se créer librement. La départementalisation des services à base communautaire et le désordre dans la planification des activités se poursuivent alors, sans répondre à des besoins planifiés, dans les zones de responsabilités des districts.

4.1.5.4. Suivi et évaluation des services de santé à base communautaire

Le suivi des activités mises en œuvre par les ASBC et les animateurs est assuré d'une part par les ICP et d'autre part par les ONG/Rencap impliquées dans la contractualisation. Le suivi est réalisé quotidiennement, lors des campagnes de masse. Il se fait

mensuellement, trimestriellement et semestriellement pour les activités de routine, lors des rencontres bilan au niveau des CSPS, des districts et des régions. Des rencontres informelles et spontanées de suivi existent entre les OBCE et les COGES. Mais, les services de santé n'ont aucun contrôle sur les activités menées par certaines ONG et associations. Ces organisations mènent des activités sans impliquer les structures techniques de santé qui à leur tour n'ont pas de maîtrise sur les programmes de supervision de ces ONG et associations.

Quelques insuffisances subsistent aussi dans le suivi des activités mises en œuvre par les OBCE. Ce suivi relève de la responsabilité des ONG/Rencap. Les ECD ne sont pas suffisamment associées et ne peuvent pas porter un jugement sur la réalisation et sur la qualité des activités. En ce moment, le suivi des ONG/Rencap et des OBCE impliquées dans la contractualisation est effectué semestriellement par les services de santé du niveau central. Pour le moment, les équipes des DRS et les ECD ne sont pas encore associées à cette activité, or elles devraient à terme l'inclure dans leurs prérogatives.

4.1.5.5. Coordination des services de santé à base communautaire

La coordination des interventions est influencée par plusieurs facteurs tels que la multiplicité des partenaires, la diversité des stratégies mises en œuvre, les systèmes différents de motivation des ASBC et le nombre d'acteurs intervenant dans la promotion et dans le développement de la santé communautaire. Ces facteurs impliquent forcément des styles différents de coordination, variables d'une région à une autre et d'un district à un autre. Ainsi, la coordination de ces interventions laisse encore à désirer. Le document de stratégie des interventions intégrées à base communautaire définit un mécanisme qui tient compte des trois niveaux du système de santé, central, intermédiaire et périphérique et prône l'intégration aux cadres existants. Seulement, la visibilité des actions à base communautaire, dans les thématiques discutées dans ces cadres, reste encore très faible. Pour l'instant, aucune structure de coordination pour les services offerts dans la communauté n'a été identifiée au niveau national encore moins au niveau régional et périphérique. Particulièrement au niveau des CSPS, il a été noté que les ASBC ne disposent pas de cadre de rencontre, en dehors des périodes de formation et de préparation des campagnes de masse. Cette lacune est peut-être à l'origine du vide qui s'est installé dans la coordination des interventions.

4.1.5.6. Système d'information sanitaire pour les services de santé à base communautaire

Le SNIS est considéré par les répondants comme très fonctionnel, au Burkina Faso. La collecte, le traitement et la transmission des données se font en conformité avec le circuit du système national de santé, mais seulement jusqu'au niveau des CSPS, la communauté ne faisant pas partie de la pyramide sanitaire. Pour rendre effectif la disponibilité des données sur les SBC, il revient à l'ASBC de transmettre mensuellement au CSPS les informations collectées sur ses activités. Cependant, une déperdition importante des informations existe parce que les données des registres des CSPS ne reflètent pas souvent la réalité sur les informations collectées par les ASBC, et vice-versa. Par exemple, les décès de mères et de nouveau-nés arrivent fréquemment dans la communauté, en période

postnatale, mais ne sont pas toujours signalés par les ASBC ou enregistrés dans les statistiques des formations sanitaires. À l’opposé, la fiabilité des données transmises par les ASC à l’ICP peut être précaire. Il arrive que des références de cas de maladies graves soient rapportées par les ASBC sans pour autant que ces malades soient reçus dans les CSPC. Heureusement, il arrive que des ICP ou des animateurs aident les ASBC à collecter les données.

Dans le cas de la DBC des produits contraceptifs, il n’existe pas encore de supports propres à la collecte et au rapportage des données. Pour faciliter la disponibilité des informations sur le service, le Ministère de la santé recommande aux ASC de rendre compte de la DBC à l’ICP, lors de leur réapprovisionnement en intrants au niveau du CSPS. Mentionnons qu’en dépit de cette mesure, les données sur la DBC demeurent quasi inexistantes.

Du côté des OBCE, les résultats montrent que la collecte et le rapportage des données sont mieux organisés. Chaque sortie de supervision fait l’objet de rapport envoyé à l’ONG et aux formations sanitaires (CSPS ou district sanitaire). Les rapports sont envoyés vers ces services avec des supports conçus par le PADS et vers l’ONG/Rencap à partir de supports fournis par celle-ci. Selon les OBCE rencontrées, ces outils du PADS ne sont pas tout à fait adaptés au contexte de travail des OBCE et méritent d’être améliorés. Par exemple, les données annuelles sur la sensibilisation et sur la malnutrition ne peuvent pas être relevées dans les registres disponibles. Certaines OBCE sont obligées de payer des registres et de les tracer en fonction des réalités. Aussi, les outils élaborés par la DGISS sont très complexes et détaillés (environ 7 à 8 pages). Leur adaptation à l’utilisation des ASBC ne peut être envisagée. Encore là, c’est la faiblesse du niveau d’instruction de ces agents qui est en cause.

Mais le réel problème du système d’informations lié aux SBC se situe au niveau des associations. Rien que dans le district sanitaire de Ouargaye, on en dénombre 18, et dans celui de Ouahigouya elles sont au nombre de 44 qui mènent des activités diverses de santé, quelques fois en dehors de tout contrôle du personnel de santé et cela en dépit des conventions signées avec le Ministère de la santé.

Face à l’organisation incomplète du système d’information sur les SBC, deux systèmes d’informations sanitaires existent, avec différents supports qui circulent en parallèle : un premier formel organisé et un second informel. Chaque structure d’intervention a développé des instruments de collecte de données et des canevas de rapports propres à son organisation. Il apparaît assez nettement que c’est le début de la disponibilité des informations sur les SBC, mais pas encore l’étape de leur harmonisation. Ces faits concourent au maintien de l’éclatement du SNIS, du moins en ce qui a trait aux SBC.

4.1.6. Forces, faiblesses, contraintes, menaces et opportunités du processus de développement des SBC

Plusieurs forces, faiblesses, contraintes et opportunités jalonnent le processus de développement des SBC. En dépit des ressources investies dans la mise en œuvre des

SBC, il existe plus de faiblesses et de contraintes que de forces et d'opportunités. Les principales causes de cette situation sont l'absence de mécanismes de coordination nationale des SBC, l'éclatement des SBC, entre les différentes directions du Ministère de la santé et l'existence de nombreux partenaires qui travaillent sur le terrain, de façon autonome et sans le couvert des districts sanitaires. Cependant, les SBC restent un des moyens les plus importants de réduire les taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. Il convient alors d'y remédier.

4.1.6.1. Forces

Le processus de développement des SBC a plusieurs forces qui sont les suivantes :

- une bonne couverture géographique existe en termes de disponibilité des services des SBC à l'échelle nationale;
- les populations participent aux SBC sous différentes formes;
- les COGES sont disponibles pour soutenir les SBC;
- la société civile est de plus en plus présente, dans le domaine de la santé. Avec la contractualisation la disponibilité des SBC a augmenté;
- l'égalité de genre dans le choix des ASBC favorise l'implication des femmes et réduit les inégalités entre homme et femme;
- les contenus de formation des ASBC sont harmonisés et sont dispensés par les mêmes formateurs du Ministère de la santé;

4.1.6.2. Faiblesses

Les faiblesses du processus de développement des SBC sont assez nombreuses et se regroupent autour des aspects suivants :

- les ASBC sont au cœur des SBC, mais leur sélection, leur profil, leurs conditions de travail ne conviennent pas au développement de la santé communautaire;
- la mise en œuvre des SBC se fait de façon désordonnée et non soutenue dans la durée. Trop d'intervenants ne communiquent pas entre eux et des interventions sont très différentes d'une zone à une autre;
- Il n'y a pas de coordination stratégique des SBC au niveau central;
- Il y a peu de coordination dans la mise en œuvre des SBC offerts par les ONG et les associations. Cette coordination est souvent difficile entre les OBCE et les services de santé et inexistante entre les services de santé et les ONG et associations;
- en dépit de la promotion de l'intégration des activités, le parachutage de programmes verticaux de santé se poursuit en milieu communautaire;

- les activités de supervision technique des ASBC sont insuffisantes, voire parfois inexistantes;
- les outils de collecte et de rapportage des données sont multiples. Malgré ceux conçus par le Ministère de la santé, des outils parallèles existent selon chaque intervenant; de plus, les données recueillies en milieu communautaire ne sont pas prises en compte dans la planification des activités de santé;
- l'accessibilité financière des populations aux produits de la DBC est très faible (pauvreté des ménages);
- les acteurs de la santé communautaire ignorent l'existence du document de stratégie nationale qui oriente les SBC;
- la non-implication des collectivités territoriales dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des SBC.

4.1.6.3. Contraintes et menaces

Les contraintes et les opportunités du processus de développement des SBC sont :

- les agents de santé ne collaborent pas suffisamment avec les professionnels de secteurs autres que la santé (collectivités locales, société civile, agents des autres ministères, etc.) ;
- les SBC ne sont pas encore intégrés dans le système de santé;
- le nombre d'OBCE est insuffisant et mal réparti entre les districts et même à l'intérieur de certains districts;
- la pérennité des SBC n'est pas garantie sans les bailleurs de fonds (sous-financement des SBC par l'État);
- Les SBC constituent une charge importante de travail pour les ASBC;
- les ressources spécifiques affectées à la supervision des SBC sont insuffisantes, voire inexistantes;
- les modalités de motivation des ASBC sont très inégales et peu pérennes;
- il y a des ruptures fréquentes de certains intrants (ACT, MILDA...);
- les stratégies d'intervention communautaires ne sont pas souvent évaluées.

4.1.6.4. Opportunités

Le processus de développement des SBC englobe les opportunités suivantes:

- le Ministère de la santé reconnaît l'importance des SBC à travers la politique nationale de santé et le PNDS;
- On note la présence d'une volonté politique avec la création récente d'une direction chargée de la santé communautaire;
- le développement des SBC s'inscrit dans les priorités actuelles des PTF;
- il y a l'existence d'un document nationale d'orientation des SBC;
- la stratégie de contractualisation renforce l'accessibilité des SBC;
- le Ministère de la santé a conçu des outils de collecte des données avec un volet sur les SBC;
- L'existence d'agents itinérants de santé, dans les CSPS, qui peuvent assurer la supervision des SBC.

4.1.7. Nature et domaines d'action des différentes structures d'appui technique des services à base communautaire

Il s'agit de structures internationales ou nationales, en dehors des structures de santé et des associations à caractère local qui appuient la mise en œuvre des SBC soit à travers leur propre organisation soit à travers les services de santé. Il existe les structures d'appui techniques suivantes:

- les organismes de coopération multilatérale;
- les organismes de coopération bilatérale;
- les ONG nationales ou internationales;
- les programmes et projets de développement.

Le tableau 7 énumère ces structures et les domaines d'appui qu'elles apportent au développement des SBC aux niveaux stratégique et opérationnel. Cette liste a été établie à partir des plans d'action des districts sanitaires et des données collectées lors des entretiens. Elle n'est certes pas exhaustive, mais donne une idée de l'importance et de la diversité de ces organisations dont les ONG et les associations constituent le groupe le plus important. Il faut signaler que plus de 150 associations et ONG ont signé une convention de collaboration avec le Ministère de la santé, en vue de participer à l'œuvre de développement communautaire de la santé. Mais plusieurs autres ne disposeraient pas encore de convention.

En dépit du nombre relativement important des structures d'appui, la couverture en SBC n'est pas souvent adéquate parce que les services ne sont pas répartis, selon les besoins ressentis par les populations.

Les appuis couvrent plusieurs aspects, entre autres :

- le renforcement des capacités tant du personnel de santé que des acteurs communautaires;
- l'équipement, le suivi et la supervision des ASBC;
- le développement d'outils divers et l'appui à l'élaboration des documents de stratégies ;
- la recherche et la coordination des interventions à base communautaire dans différents domaines.

La nutrition constitue le domaine privilégié d'appui aux structures de santé. La pauvreté des cibles peut justifier cette situation des SBC. Comme nous l'avons signalé plus haut, on remarque un engouement des ONG et associations nationales vers le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose, certainement du fait des possibilités de financement qui existe dans ces domaines.

Il aurait été pertinent d'analyser l'appui technique en fonction des besoins des populations vulnérables ainsi que de leur répartition entre les zones urbaines et rurales. Mais le temps n'a pas permis cette comparaison. Le manque de couverture des zones difficiles par ces structures doit être analysé et résolu, pour une meilleure couverture en SBC.

Tableau 7 : structures d'appui technique et leurs domaines d'appui aux SBC

Nature des structures	Structures d'appui technique	Domaines d'appui aux SBC
Organismes de coopération multilatérale	OMS	Surveillance épidémiologique, vaccination
	UNICEF	Nutrition, vaccination, PCIME/C, PTME/VIH, MMR, Santé des Jeunes
	UNFPA	PF, fistules, MMR, santé reproductive des adolescents et jeunes (SRAJ), PTME/VIH, VIH/Sida
	PAM	Appui alimentaire, nutrition
Organismes de coopération bilatérale	USAID	Lutte contre le paludisme, MTN
	JICA	SR, nutrition, paludisme
	Corps de la Paix américain	Mobilisation sociale, participation communautaire
ONG internationales	Plan Burkina	VIH/SIDA, paludisme, vaccination, SR
	Médecins sans frontières	Nutrition, paludisme
	PSF ⁸	Nutrition
	Enfants du monde suisse	Santé maternelle et néonatale par l'approche IFC
	Jeremy Dijon ⁹	Sensibilisation, paludisme (TDR, ACT, MILDA)
	CREDO	Lutte contre paludisme
	Voisins mondiaux	Nutrition, DBC, paludisme
	Croix rouge International	Nutrition
	AFRICARE	Nutrition, paludisme
	Population Council	Lutte contre VIH/Sida, SR
	Association African solidarity	IST/VIH/Sida, PF
	CRS ¹⁰	Nutrition
	Enfance et développement (E et D)	Construction de cas, ambulance, éclairage, sensibilisation
	FDC ¹¹	Lutte contre le VIH/Sida, PF
	Family Care International	Santé de la mère et de l'enfant, IGR
	GIP Esther ¹²	Lutte contre VIH/Sida
	HI/HKI	Nutrition, filariose, onchocercose
	Terre des hommes	Nutrition, déparasitage
	MLAL ¹³ (PROGETTEMONDO)	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme nutrition, Surveillance épidémiologique
	JH PIEGO	SR, PTME, VIH/Sida
	Save the children Canada	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition
	ACF	Nutrition
Médecus Mundi	Renforcement des compétences, nutrition	
GRET	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition	

⁸ Pharmaciens sans frontière des deux Isère et Savoie

⁹ Jumelage et rencontre pour l'entraide médicale internationale

¹⁰ *Cathwel relief services*

¹¹ Fondation pour le développement communautaire

¹² Groupement d'intérêt public « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau »

¹³ Mouvement laïc de l'Amérique latine

Tableau 7: structures d'appui technique et leurs domaines d'appui aux SBC (suite)

Nature des structures	Structures d'appui technique	Domaines d'appui aux SBC
ONG nationales	PAMAC	VIH/Sida, tuberculose, paludisme
	ABBEF	PF, IST/VIH/Sida, santé des jeunes et adolescents
	AES	Lutte contre le VIH/Sida, nutrition, hygiène et assainissement, DBC de contraceptifs
	AMMIE ¹⁴	VIH : dépistage de masse, PEC médicale, soutien nutritionnel et psychologique
	SEMUS ¹⁵	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition
	IPC (initiative privée communautaire)	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition
	CIC DOC	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition
	SOS Sahel International	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition
	URCB ¹⁶	Sensibilisation sur la tuberculose, PECADO
	APSIDA	Appui aux travailleurs de sexe
	ADRK ¹⁷	SR, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition
RAJS	SR, VIH/Sida	
Projets et programmes de développement	PADRPGA ¹⁸	Paludisme, IST/VIH/Sida
	PROSAD/GIZ	Santé sexuelle, lutte contre le VIH/Sida
	Projet BKF 6129	Nutrition (Assistance aux groupes vulnérables)
	PADSEA II ¹⁹	Hygiène et assainissement
	PDRDP/B-K	VIH/Sida, Santé de la mère et de l'enfant Hygiène/assainissement
	PFDL/CE	Sensibilisation sur le VIH/SIDA Hygiène/assainissement

4.1.8. Financement des services de santé à base communautaire

Dans cette partie, les sources de financement et les modalités des SBC sont analysées.

4.1.8.1. Sources de financement des SBC

Les SBC sont financés par plusieurs sources dont les principales sont :

- l'état burkinabé;
- les organismes de coopération multilatérale, bilatérale (UNICEF, UNFPA, Banque mondiale, PAM, OMS, Prosad/GIZ, etc.);
- les organismes de financement (Fonds mondial, la Fondation BMG, etc.);
- les projets et programmes (PADS, Projet BKF 6129, etc.) ;
- les ONG et associations internationales et nationales (Plan Burkina, USAID, etc.)
- les COGES à travers le recouvrement des coûts;

¹⁴ Association appui moral, matériel et intellectuel de l'enfant

¹⁵ Solidarité, entraide mutuelle au Sahel

¹⁶ Union des religieux et coutumiers du Burkina

¹⁷ Association pour le développement de la région de Kaya

¹⁸ Projet d'appui au développement rural dans la province de la Gnagna et de l'ADERGK

¹⁹ Programme d'Appui au Développement du Secteur Eau et Assainissement, phase II

- les populations elles-mêmes pour la construction d'infrastructures (case de santé, latrines, etc.) et par la cotisation des membres pour les OBCE ;
- En ce qui concerne les collectivités territoriales, il a été difficile pour l'équipe de consultants de se prononcer sur le financement des SBC par les collectivités territoriales. En effet, un seul adjoint au maire a été rencontré dans le cadre de cette étude. Mais la décentralisation et le transfert de la compétence santé aux collectivités constituent une opportunité pour le financement de la santé par ces structures décentralisées. D'ailleurs, lors de notre passage au district de Titao, les autorités communales venaient juste de doter le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) d'un lot d'équipement assez substantiel incluant une ambulance pour le transport des malades.

En dépit du nombre important de partenaires financiers intervenant dans la mise en œuvre des SBC, il est encore difficile d'évaluer le volume des financements mobilisés en faveur de ces services.

4.1.8.2. Modalités de financement des services de santé à base communautaire

Les modalités de financement des SBC sont de plusieurs natures et varient en fonction des sources. On distingue :

- le financement direct des plans d'action ou des plans de travail des structures d'appui ou de mise en œuvre des SBC;
- le financement par le panier commun du PADS;
- le financement des projets et programmes spécifiques (BMG, Fonds mondial, Banque Mondiale, ONG/associations...);
- les allocations budgétaires pour ce qui est du financement de l'État.

Le tableau 8 donne une idée des principales sources et des modalités de financement des SBC dans les cinq districts visités.

Selon les répondants, la modalité de financement des activités par le panier commun paraît la plus efficace et la plus équitable. Le mécanisme de financement du panier commun utilise des procédures et des critères consensuels d'allocation des ressources aux différentes structures bénéficiaires et facilite le suivi de la mise en œuvre. C'est aussi une source « sûre », régulière et durable de par son mode de fonctionnement. Cette modalité de financement serait à privilégier pour assurer un financement adéquat des interventions à base communautaire au Burkina Faso.

Les sources de financement les plus constantes, dans les districts visités, proviennent de l'État burkinabé, de l'UNICEF, de l'UNFPA, de l'OMS, du Fonds mondial et bien sûr des populations.

Les ONG et associations mobilisent également des ressources importantes pour la mise en œuvre des SBC, mais ces moyens échappent le plus souvent à toutes procédures de suivi. La bonne coordination et le suivi des interventions au niveau des districts, des régions et au niveau central devront contribuer à avoir une maîtrise des flux financiers investis dans le développement et la mise en œuvre des SBC.

Tableau 8: sources et modalités de financement des SBC dans les cinq districts visités

Sources de financement	Districts					Modalités de financement
	Barsalogo	Koupéla	Ouahigouya	Ouargaye	Titao	
Bailleurs du panier commun du PADS	x	x	x	x	x	Financement direct des plans d'action des OBCE et ONG/Rencap
OMS	x	x	x	x	x	financement direct des plans d'action des districts
UNICEF	x	x	x	x	x	financement direct des plans d'action des districts et des programmes de travail des ONG
UNFPA	x	x	x	x	2011	Panier commun du PADS
Banque mondiale	x				x	Panier commun du PADS
PAM	x				x	financement direct, dotation de vivres aux formations sanitaires
Fonds mondial	x	x	x	x	x	Panier commun du PADS Financement des OBCE par les bénéficiaires principal et secondaires de la société civile
GAVI		x			x	Financement direct des plans d'action des districts
Fondation BMG	x		x		x	Panier commun du PADS, ciblage des districts des régions du Nord et du Centre-nord
COGES	x	x	x	x	x	Financement direct des activités
OBCE			x	x		Cotisations des membres
Plan Burkina	x	x				Financement direct des plans d'action des districts
HI/HKI		x		x		Financement direct des plans d'action des districts
Etat	x	x	x	x	x	Financement direct des plans d'action

4.1.9. Bonnes pratiques en santé communautaire

Il n'existe pas de définition d'une bonne pratique de santé qui fasse l'objet d'un consensus. D'ailleurs, lors des entretiens, un certain malaise a été ressenti auprès des répondants, en lien avec leur perception et avec l'identification de bonnes pratiques, dans leur aire de santé. En fonction des réponses recueillies, nous avons défini le concept, de façon opérationnelle et pour les besoins de la présente étude, comme suit : *un service acceptable et accessible à la communauté, n'ayant pas fait l'objet d'une étude scientifique, mais dont l'efficacité a été reconnu par la communauté et par les acteurs de la santé*. Quelques-unes ont été retenues à l'issue de l'analyse des données et peuvent faire l'objet d'une documentation plus poussée et surtout d'un partage entre les districts de santé.

- Le district de Koupéla a mis au point un système qui permet à des patients modèles de témoigner de l'efficacité du *washing* dans l'amélioration des conditions de vie des malades atteints de lymphoedème (filariose), pendant les séances de sensibilisation organisées par les ASBC ;
- L'implication de deux PVVIH formées ainsi que de deux représentants des communautés religieuses (un chrétien et un musulman) dans les séances de counselling pour le dépistage du VIH est également effectuée dans ce district.
- L'ONG « Terre des hommes » a mis en place, une consultation d'enfants sains. L'activité se déroule tous les 3 mois, dans un endroit situé au milieu du village et dénommé « case de la mère et du nourrisson » construite par les populations, avec l'appui financier de l'ONG. À l'aide d'un registre comportant sept items sur la nutrition et l'implication de trois ASC par village, les enfants âgés de moins de 24 mois sont recensés. Les cas de malnutrition sévère sont référés au CSPS et contre-référés dans la communauté pour être revus à la prochaine consultation. Cette consultation s'accompagne d'une supplémentation en vitamine A, d'un déparasitage et de conseils nutritionnels offerts selon l'âge de l'enfant. Dans le district de Tougan, cette activité a permis de consulter 3478 enfants, lors d'une seule consultation impliquant 30 villages.
-
- Dans le district de Barsalogo, les ASBC alphabétisés en majorité des femmes utilisent des fiches individuelles de prise en charge du paludisme, de la diarrhée et des IRA traduites en langue locale mooré. Il s'agit de protocoles disponibles dans les aires des CSPS. Les ASBC qui ne sont pas alphabétisés travaillent en binôme avec des pairs qui le sont déjà.
- Dans les villages qui abritent les CSPS de Bousgou et de Comin-Yanga du district de Ouargaye, les communautés ont construit des cases pour héberger les femmes enceintes qui sont au dernier tiers de la grossesse et qui habitent loin des CSPS.
- Dans le district de Ouargaye, une belle initiative permet à un comité de sélection issu de la communauté de cibler les indigents, à partir d'un processus prédéfini. Ces membres

défavorisés de la communauté peuvent ainsi accéder gratuitement aux soins de santé qui sont payés par les COGES.

- Dans le district de Ouahigouya, un système de suivi de l'utilisation des moustiquaires a donné de bons résultats à Tanguay. Des animatrices dotées de motos ont été recrutées pour vérifier pendant la nuit si les MILDA distribuées aux femmes et aux enfants sont attachées et en permanence en place. Des enquêtes périodiques seraient effectuées, pour évaluer l'impact de cette pratique sur le taux de morbidité due au paludisme.
- Dans le même district, la Croix rouge mène des activités exemplaires dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition. Dans chacun des villages de sa zone d'intervention, l'ONG a construit une case de santé où, tous les deux mois, le dépistage des cas de malnutrition est réalisé suivi d'une démonstration culinaire et d'une distribution alimentaire. Les cas de malnutrition sévères dépistés sont par la suite référés aux formations sanitaires.
- L'OBCE *Vénégré-Nooma* de Ouahigouya a mis en place un groupe de paroles pour les femmes vivant avec le VIH. Selon l'équipe de l'organisation, les participantes arrivent à mieux accepter et à vivre plus positivement leur séropositivité.

4.2. Résultats issus de l'analyse du document d'orientation de la santé communautaire au Burkina Faso

Un des objectifs assignés à l'étude consiste à déterminer les forces et les faiblesses du document intitulé « stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé » et à apporter des propositions pour son amélioration. Effectivement, le document dont il est question comporte plusieurs forces, mais également des insuffisances importantes qui en affaiblissent la qualité. Le tableau 9 en présente les plus saillantes qui s'accompagnent de propositions.

Il est également légitime de s'interroger sur la réalité de la mise en œuvre des documents de stratégies nationales. Après avoir interrogé une centaine de personnes, moins de cinq seulement connaissaient l'existence de ce document élaboré en 2008 et diffusé à tous les niveaux du système national de santé. Cela pose la problématique de la dissémination des politiques et des stratégies adoptées au niveau national, mais aussi, et surtout l'absence d'un département de coordination nationale des SBC qui assure le suivi de l'utilisation des documents de travail.

Tableau 9 : forces et faiblesses du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire

Forces	Faiblesses	Propositions d'amélioration du contenu du document
Existence d'un texte qui organise les SBC	N'a pas la force d'une politique nationale. Le contenu est trop général	L'existence du document est une étape non négligeable de la reconnaissance de l'intérêt d'investir dans les SBC. L'élaboration de ce document constitue la première phase du processus de définition, d'organisation et d'harmonisation des SBC. L'élaboration d'une politique nationale de santé communautaire et celle de directives de mise œuvre d'une telle politique doivent être envisagées
Répond à un besoin d'orientation des SBC	Le document prend en considération l'objectif spécifique 3 de l'axe 1 du PNSD 2001-2010. Mais ne fait pas mention de la politique sanitaire nationale qui est le document de référence de toutes les stratégies de santé	Dans la mesure où la politique nationale de santé définit le développement des SBC comme une des stratégies d'atteinte de l'objectif 1 relatif à l'accroissement de la couverture sanitaire nationale, il est nécessaire de la mentionner dans le texte
A fait l'état des lieux de la santé communautaire au Burkina Faso	L'analyse de la situation ne repose pas sur des données probantes relatives à la couverture et à l'utilisation des SBC sur le territoire national	L'élaboration du document doit s'appuyer sur des évidences scientifiques
Décrit le contexte de la mise en œuvre des SBC qui permet l'application du document	N'a pas fait référence à la réduction des inégalités et de l'équité en santé	Dans la déclaration d'Alma Ata sur les SSP, les SBC visent la réduction des injustices qui sont à la base d'un résultat de santé inégale. Or, la plupart des communautés qui bénéficient des SBC subissent régulièrement de telles injustices liées à l'inaccessibilité des services de santé. Puisque le document de stratégie vise ces communautés, la réduction des inégalités et de l'iniquité en santé doit forcément ressortir comme un des principes qui sous-tendent l'élaboration de ce document. Comme le souligne l'OMS (2008) ⁴⁵ , il est important que le manque d'équité soit inscrit en tête de toute politique, toute directive qui tente d'améliorer la santé des populations
identifie les problèmes prioritaires de santé	N'a pas pris en considération les DSS (causes des causes) sur lesquels les SBC doivent agir	Les DSS sont les conditions et les ressources préalables qu'exige la santé sous son angle positif et global. Le document d'orientation des SBC ne peut les occulter notamment ceux qui sont les causes des causes des maladies au Burkina Faso, par exemple les comportements des individus et des groupes spécifiques (habitudes d'hygiène, habitudes alimentaires, comportements sexuels, etc.), l'environnement physique (intérieur et extérieur) et socio-économique dans lequel vivent les communautés
Est en adéquation avec les stratégies des différents programmes de santé mis en œuvre	A abordé de façon très succincte la collaboration intersectorielle, la multidisciplinarité et le partenariat entre la santé, les autres ministères, les ONG et la société civile	Puisque la santé communautaire englobe d'autres secteurs d'activités qui jouent un rôle déterminant dans la prévention de la maladie et dans la promotion de la santé, il est important de cibler ces secteurs et de définir les axes de collaboration et de partenariat, à tous les niveaux du système national et dans la communauté
fait référence à la notion de participation des populations	Ne définit pas clairement les conditions de participation encore moins les acteurs qui participent à l'effort de santé	La santé communautaire existe pour susciter la participation des populations aux programmes de santé. C'est pourquoi le document de stratégie doit s'attarder à la participation comme principe de base des SBC, sur les cadres, les formes et les stratégies de renforcement de cette participation

Tableau 9 : forces et faiblesses du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire (suite)

Forces	Faiblesses	Commentaires
Aborde l'ancrage communautaire (cadre d'exécution) des services offerts	Ne donne pas assez de précision sur les conditions d'exercice selon les niveaux d'intervention (zones urbaines, zones rurales)	Le document décrit les SBC comme étant des services développés pour couvrir des zones d'accès difficile ou dépourvues de services de santé. Or, il doit prendre en compte les zones urbaines où existent des groupes vulnérables. Il doit être plus précis sur chaque zone, les types de stratégies et de services à offrir, les conditions de supervision, les formes d'implication de la société civile, les formes de motivation de l'ASC, etc.
La vision, les buts et les objectifs sont clairement définis	Les objectifs sont définis, mais n'ont pas de critères qui permettent d'en mesurer le niveau d'atteinte en termes d'accroissement de la couverture et d'utilisation des SBC	Une meilleure rédaction des objectifs qui prennent en considération les critères de performance doit être envisagée
Présente les SBC offerts et établit la complémentarité entre les services curatifs, préventifs et promotionnels	Le contenu fait référence à plusieurs appellations des ASC	L'existence de plusieurs profils d'intervenants crée de la confusion et prête à équivoque dans la mise en œuvre des SBC. Le document d'orientation nationale doit fixer au plus deux dénominations de l'ASBC
Détermine les stratégies de mise en œuvre des SBC	Inadéquation entre le profil, le statut de volontaire de l'ASBC et l'importance du paquet d'activités à mettre en œuvre	La santé communautaire englobe l'offre de services curatifs, préventifs et promotionnels qui sont bien présents, mais la liste est longue pour des acteurs bénévoles et peu ou pas instruits. Un choix d'activités s'impose et celles-ci doivent figurer clairement dans le texte
Indique les responsabilités, les rôles et les tâches de chaque acteur	Conditions de mise en œuvre pas clairement définies	Le fait de préciser les conditions de mise en œuvre des SBC peut faciliter l'harmonisation des stratégies
Fait référence à l'existence de curricula de formation des ASBC	Manque de directives spécifiques pour orienter la formation des ASC	Le texte doit donner des indications quant au contenu, à la durée et aux conditions de formation des ASBC
Évoque les cadres existants pour assurer le suivi et évaluation et la coordination des interventions avec l'implication des acteurs	les modalités de motivation et l'équipement des ASBC ne sont pas clairement définis dans le document	La motivation est importante pour pérenniser les SBC. Le document doit en évoquer les mécanismes
	N'a pas clairement identifié les cibles des SBC pour tous les services	Même s'il est possible de deviner les cibles des SBC à travers les activités des ASBC, il est important de mentionner clairement les bénéficiaires dans le document d'orientation

5. SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

Dans les prochaines lignes, une synthèse générale des résultats de l'étude sera effectuée. Ensuite, des recommandations seront faites pour l'amélioration du développement des SBC, au Burkina Faso.

5.1. Synthèse générale

L'étude qui a été effectuée a comme objectif général de faire une analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Le processus de mise en œuvre des SBC paraît simple au niveau central du système de santé. Pourtant, sur le terrain il existe beaucoup trop de contradictions. Plusieurs exemples déjà évoqués illustrent bien ces difficultés. Mais, l'engagement de l'État burkinabé à faire des SBC une approche de développement humain est une opportunité pour accéder à des services qui améliorent l'état de santé des populations et qui contribuent à l'atteinte des OMD

Parallèlement à l'enquête de terrain, une revue documentaire sur des aspects de santé communautaire a été demandée. Celle-ci s'est articulée autour de trois éléments : d'abord, la définition du concept de santé communautaire qui a fait ressortir, entre autres principes clés de cette approche, l'équité, les DSS, la participation communautaire et l'interdisciplinarité. Ensuite, des textes officiels sur la santé communautaire dans des pays africains ont été analysés. Leurs différents contenus presque identiques ne présentent rien de nouveau dans la vision de la santé communautaire. Les mécanismes de motivation des ASC n'ont pas évolué, depuis la mise en œuvre des SSP. Cependant, tous ces pays s'orientent vers un nouveau profil d'ASC qui doit savoir lire et écrire. Cette précaution est légitime au regard du travail de plus en plus sophistiqué de cet agent communautaire qui, de plus en plus, prend en charge le traitement des IRA, du paludisme et de la diarrhée. L'option de recruter un agent de l'État pour assurer la supervision des SBC est ressortie dans plusieurs textes comme au Mali, au Malawi et au Kenya.

La dernière partie de la revue documentaire a concerné des évidences scientifiques qui prouvent que, si des activités sont offertes en milieu communautaire, des effets bénéfiques peuvent être obtenus en lien avec l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

En ce qui a trait à l'enquête de terrain, la nature des SBC a d'abord été abordée. Le paquet de services, centré sur deux domaines d'activités préventives et promotionnelles constituent l'essentiel des tâches offertes par les ASBC, le volet curatif étant très peu développé. Certes, les SBC sont conformes à ceux listés dans le document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé au Burkina Faso. Mais, il faut reconnaître qu'il s'agit d'une longue liste d'activités très prenantes dont la mise en œuvre par des ASBC peu instruits n'est pas évidente.

La population en général forme la cible bénéficiaire des ASC, mais le couple spécifique mère-enfant consomme la presque totalité du paquet de services.

La question de la qualité des SBC, quant à elle, a retenu beaucoup d'attention. Les répondants partagent des points de vue différents relativement à cet aspect des services. Mais, certaines données confirment que les failles importantes existent et entravent la performance des SBC.

La couverture des SBC, dans certains districts sanitaires, pose également un certain nombre de difficultés au niveau géographique, financier et en termes de disponibilité des services. La PECADO constitue le service qui pose le plus de difficultés du fait des ruptures fréquentes et prolongées d'ACT.

En ce qui a trait au processus de mise en œuvre des SBC, des problèmes persistent encore sur le choix de l'ASBC, sa formation, mais surtout sa motivation. Celle-ci n'a pas encore été clairement définie et cette situation engendre des conséquences qui influent sur la pérennité des services.

Les agents de santé également tardent à s'impliquer pleinement dans le développement des SBC. La supervision pêche par défaut et le milieu communautaire continue de rester un milieu à part isolé du système de santé. Même s'il réclame la tutelle des SBC, le personnel de santé ne s'investit pas suffisamment dans la coordination des activités qu'il partage désormais avec la société civile, à travers la politique de contractualisation.

Plusieurs intervenants (ONG et associations) se bousculent dans le champ de la santé communautaire, pour appuyer le secteur de la santé. Mais chacun a sa propre vision des SBC, ses outils, sa planification, ses méthodes, et ceci, en dehors de toute planification et de toute coordination.

Ainsi, en dépit de rares forces et opportunités relevées, plusieurs faiblesses, contraintes et menaces affectent les SBC. La santé communautaire draine des financements importants particulièrement dans les domaines de la nutrition, du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose sur lesquels interviennent plusieurs PTF et ONG. Mais tout cela implique une réflexion sur la question de la pérennisation des services.

Heureusement, l'espoir existe. En effet, avec le développement de meilleures pratiques soient-elles à petite échelle, les initiatives de la communauté et des services de santé montrent déjà des signes de pouvoir qui peuvent faciliter l'appropriation des SBC.

Pour terminer, l'analyse du document d'orientation de la santé communautaire au Burkina Faso a démontré sa pertinence par rapport au contexte actuel de la politique de santé. Plusieurs faiblesses ont été relevées qui en affaiblissent la qualité.

5.2. Recommandations visant l'amélioration de la mise en œuvre des SBC

Tenant compte de l'analyse des résultats et de la lecture de documents, huit recommandations sont adressées à tous les acteurs qui de près ou de loin sont au cœur de la mise en œuvre des SBC.

5.2.1. Recommandation 1 relative à l'élaboration de documents officiels d'orientation des SBC

- élaborer une politique nationale de santé communautaire consensuelle et opérationnelle, pour orienter les SBC;
- procéder à la révision du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire, à la lumière des recommandations faites dans le chapitre précédent et de la documentation existante sur certains pays africains; mettre un accent particulier sur la redéfinition du profil et du statut des ASBC, par exemple les conditions et

critères de choix : implication de la communauté, âge compris entre 20 et 45 ans, savoir lire et écrire, etc.;

- rédiger des plans de mise en œuvre clairs et précis qui prennent en compte l'ensemble des stratégies existantes sur les SBC;
- associer les PTF, les élus locaux, les représentants de la communauté et les membres de la société civile à l'élaboration de ces documents;
- impliquer de façon étroite les collectivités locales dans la prise de décisions concernant les grandes orientations de la santé communautaire;
- assurer la dissémination et la vulgarisation des documents élaborés sur la santé communautaire, par des ateliers décentralisés.
- veiller à l'application des textes produits sur la santé communautaire aux niveaux périphérique et communautaire.

5.2.2. Recommandation 2 relative aux SBC mis en œuvre au Burkina Faso

- revoir à la baisse la liste des activités dévolues aux ASBC (par exemple, l'offre de services aux PVVIH présente des considérations éthiques importantes. Il est nécessaire d'analyser sa pertinence pour les ASBC). Le paquet d'activités retenues dans le cadre des IGR devra constituer, dans une phase transitoire, la référence pour la mise en œuvre des services;
- favoriser l'offre de SBC, sous forme de paquets d'activités intégrés pour éviter la « verticalisation » des programmes et la spécialisation des ASBC;
- faire un découpage des villages en sites d'intervention ou selon la taille des ménages, pour faciliter l'offre de SBC.

5.2.3. Recommandation 3 relative à la couverture des SBC

- étendre la couverture des SBC à l'ensemble des districts sanitaires, villages et secteurs y compris ceux qui sont situés à moins de cinq kilomètres d'un CSPPS ou les quartiers non lotis situés en zone urbaine;
- répartir de façon efficiente les zones d'interventions des associations et ONG, en fonction des besoins des populations, pour une meilleure adéquation de l'offre et de la demande en SBC. La responsabilité des ECD lors de la signature des conventions entre le Ministère de la santé et les ONG et associations doit être renforcée.

5.2.4. Recommandation 4 relative à la qualité des SBC

- résoudre dans les meilleurs délais, le problème de la rupture des ACT dans la communauté;
- doter suffisamment les ASBC de matériel IEC/CCC (boîtes à images, fiches de causeries, etc.);

- traduire en langue locale, à l'image du district sanitaire de Barsalogo, les manuels de formation et les procédures des traitements dispensés par les ASBC;
- renforcer les capacités des équipes de santé (districts et CSPS) et des ONG, des OBCE et des associations sur le diagnostic et sur les approches communautaires, la supervision, la démarche de résolution de problèmes, etc. ;
- harmoniser les formations des ASBC et augmenter leur durée (au moins trois semaines);
- recadrer le rôle des AIS, pour un meilleur suivi des programmes de santé communautaire, l'encadrement et la supervision des ASBC, dans chaque aire de santé du CSPS;
- doter les CSPS de moyens affectés exclusivement à la supervision des interventions à base communautaire.

5.2.5. Recommandation 5 relative à la motivation des ASBC

- valoriser la fonction d'ASBC par un système de motivation qui englobe les éléments suivants : moyen de déplacement, cérémonie d'installation lors du retour de formation, distinction du meilleur ASBC de l'année dans chaque localité, rencontres périodiques d'échanges avec l'équipe du CSPS et le comité villageois de développement;
- organiser l'offre de SBC en fixant un nombre de jours de travail aux ASBC (par exemple 2 jours d'activités par semaine), et en leur facilitant l'accès à des activités génératrices de revenus (embouche, maraichage, petit commerce);
- conduire une étude pilote sur les possibilités d'une motivation financière basée sur les résultats produits;
- discuter avec les collectivités territoriales du transfert de la tutelle sociale des ASBC.

5.2.6. Recommandation 6 relative à la coordination, au suivi et à évaluation des SBC

- attribuer le leadership à la nouvelle direction de la santé communautaire;
- mettre en place un cadre de coordination et de concertation des partenaires techniques et financiers afin de créer une synergie et une complémentarité entre les interventions communautaires développées;
- organiser des rencontres périodiques à l'image de la réunion annuelle des partenaires de la santé de la reproduction organisée par la Direction de la santé de la famille;
- intégrer dans les cadres habituels de concertation et de coordination l'ensemble des acteurs au niveau local pour un meilleur suivi des interventions à base communautaire;
- mettre en place un processus de planification unique et intégrée des activités du district et celles des ONG, des OBCE et des associations. Cela peut permettre aux ECD de mieux coordonner toutes les interventions à base communautaire, éviter le

chevauchement des missions et l'éclatement des activités et de se sentir comptables des résultats réalisés par ces organisations. Ce processus peut également améliorer le dialogue entre les services de santé et les ONG, les OBCE et les associations;

- créer un cadre de développement communautaire multisectoriel qui intègre plusieurs secteurs de développement, les comités villageois, les groupements d'intérêt économique, etc.;
- harmoniser les outils de collecte et de rapportage de données, pour l'ensemble des structures d'appui technique et l'intégrer au SNIS;
- développer et mettre en œuvre des protocoles de recherche sur les préoccupations de la santé communautaire au Burkina Faso.

5.2.7. Recommandation 7 relative à la stratégie de contractualisation

- accélérer l'évaluation de la stratégie de contractualisation en vue d'en corriger les faiblesses;
- mieux impliquer les DRS et les ECD dans le suivi et la supervision des OBCE pour une meilleure appropriation de la contractualisation et une meilleure collaboration entre les services de santé et les associations et OBCE;
- rendre moins rigides les critères de sélection des OBCE en vue de faire adhérer plus d'associations à l'offre de SBC;
- inscrire la contractualisation dans l'approche de financement basé sur les résultats afin d'accélérer l'atteinte les objectifs de santé;
- impliquer les collectivités territoriales dans le suivi des activités de contractualisation.

ANNEXES

Annexe 1 : termes de référence de l'étude

Recrutement d'un consultant international en vue de l'analyse de la santé communautaire au Burkina Faso dans le cadre de la deuxième revue du secteur de la santé

3-4 mars 2011

TERMES DE REFERENCE

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Afin de contribuer à l'atteinte des OMD au Burkina Faso, le Ministère de la santé a développé un plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et a adopté une liste d'interventions essentielles de santé communément appelées Interventions à Gain rapide (IGR).

Cependant malgré les efforts consentis par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement, les niveaux de mortalité maternelle, néonatale et infantile restent encore élevés. En particulier, la situation sanitaire du Burkina est caractérisée par l'insuffisance de l'offre de soins due en partie à la faible couverture des services de santé. Pour pallier cette insuffisance, le gouvernement à travers le PNDS s'est fixé entre autres objectifs de développer les services de santé à base communautaire.

L'expérience de la mise en œuvre des services de santé à base communautaire (SBC) a prouvé leur contribution importante dans l'amélioration de l'offre de soins notamment dans les zones dépourvues de structures sanitaires. De plus, ils constituent une stratégie pour la participation des communautés et l'appropriation des familles à la gestion de leur propre santé.

L'élaboration en 2008 d'une stratégie nationale d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé, représente un cadre d'orientation pour le développement des services de santé à base communautaire et l'organisation d'un sous-secteur sanitaire communautaire en tant que composante du système national de santé.

La réalisation de la présente étude sur l'analyse de la santé communautaire au Burkina Faso s'inscrit dans le cadre de l'organisation de la deuxième revue du secteur de la santé planifiée les 24 et 25 février 2011. L'analyse de la santé communautaire permettra d'apprécier la performance de la composante communautaire du système de santé, d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des stratégies de développement d'interventions communautaires de santé dans le cadre du PNDS 2011-2020.

Les présents termes de référence formulent les modalités de mise en œuvre d'une consultation en vue de réaliser une analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Ils définissent les objectifs et les résultats attendus de cette consultation.

2. OBJECTIF DE LA MISSION

2.1 Objectif général

L'objectif général est de « *faire une analyse de la santé communautaire au Burkina Faso* ».

2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques assignés à la consultation sont les suivants :

- déterminer la nature des services à base communautaire dans le domaine de la santé et les populations cibles bénéficiaires correspondantes;
- déterminer les forces et les faiblesses des documents d'orientation de la santé communautaire au Burkina Faso;
- analyser le processus de développement des services à base communautaire y compris la nutrition et le VIH en identifiant les forces, faiblesses, les contraintes, les menaces et opportunités;
- déterminer la couverture des services à base communautaire dans certains districts sanitaires;
- documenter les bonnes pratiques en matière de santé communautaire;
- déterminer la nature et les domaines d'interventions des structures d'appui technique des services de santé à base communautaire;
- identifier les sources de financement des services de santé à base communautaire;
- formuler des recommandations pertinentes en vue d'améliorer les stratégies et la mise en œuvre des interventions communautaires de santé qui pourraient servir pour les orientations d'un document de politique de santé communautaire.

3. TACHES DES CONSULTANTS

L'analyse portera sur les aspects en rapport avec la santé communautaire. Il s'agit :

- des orientations en matière de santé communautaire au Burkina Faso
- des interventions à base communautaire mises en œuvre;
- du processus de développement de ces interventions;
- de la nature et des domaines d'action des différents acteurs impliqués;
- des mesures d'incitation et de motivation des acteurs au niveau opérationnel.

Pour cette analyse, les consultants seront amenés à :

- préparer le protocole d'étude (méthodologie, outils de collecte de données, plan de rédaction du rapport, calendrier de travail...);
- faire une revue documentaire sur la situation de la santé communautaire au Burkina Faso en utilisant quand pertinent les expériences de la sous région (Ghana, Sénégal, Mali, Niger..);
- s'entretenir avec les différentes parties prenantes;
- recueillir les appréciations des populations bénéficiaires ;
- présenter les résultats préliminaires lors de la deuxième revue du secteur de la santé.

4. RESULTATS ATTENDUS

A l'issue de la mission, les résultats suivants sont attendus :

- une analyse approfondie des différentes stratégies et des interventions à base communautaires dans le domaine de la santé est faite;
- les forces et faiblesses du document intitulé « stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé » sont identifiées et des propositions pour son amélioration sont proposées;
- les bonnes pratiques sont documentées;
- des recommandations pertinentes sont faites en vue d'améliorer la performance de la composante communautaire du système de santé.

L'étude se déroulera en quatre (04) étapes que sont :

- préparation et présentation du protocole d'étude (une semaine);

- collecte des données et présentation du rapport d'étape (trois semaines);
- préparation et présentation du rapport provisoire lors de la revue sectorielle (4 jours);
- élaboration du rapport final (3 jours).

Les résultats des trois premières étapes seront présentés par les consultants aux commissions "approche sectorielle" et "indicateurs de suivi du Plan national de développement sanitaire (PNDS)". Les amendements et les observations faits par les instances chargées du suivi de l'étude devront être pris en compte par les consultants.

Le rapport final de l'analyse sera transmis par les consultants en versions papier (10 exemplaires) et numérique (5 CDRom) au Directeur des études et de la planification dix (10) jours après la date de la restitution du rapport provisoire.

5. PERIODE

La durée totale de la consultation sera de trente-cinq (35) jours. Cette durée inclut toutes les étapes de l'étude à savoir la préparation (une semaine), le déroulement de la mission, la participation à la revue sectorielle ainsi que la rédaction du rapport final de mission à déposer auprès du Directeur des études et de la planification du ministère de la santé et du Chef de Section Sante-Nutrition de l'UNICEF.

Le ou la consultant(e) devrait donc arriver le dimanche 23 janvier 2011 à Ouagadougou avec un départ prévu le dimanche 27 février.

6. PROFIL DES CONSULTANTS

L'analyse de la santé communautaire sera réalisée par un consultant international. Il sera appuyé par un consultant national recruté par le Ministère de la santé. La responsabilité de l'étude incombera au consultant international qui est le chef d'équipe.

Le consultant international doit être un expert en santé publique avec une compétence avérée en santé communautaire.

Qualifications requises :

- diplôme ou doctorat en santé ou sciences humaines axé sur la santé publique et communautaire;
- expérience effective de plus de cinq (5) ans en matière d'organisation des systèmes de santé en particulier au niveau communautaire dans les pays en développement et dans les enquêtes et recherches opérationnelles;
- bonne connaissance des techniques de mobilisation sociale, des analyses d'enquêtes sociales sur l'utilisation des services de santé ;
- bonne capacité de communication orale et écrite avec expérience de la rédaction des rapports.
- parfaite maîtrise du français;

Compétences :

- intérêt démontré pour les questions relatives à la santé communautaire;
- expérience dans un système de santé autre que celui du Burkina Faso ;
- capacité d'analyser, de conceptualiser, d'innover et de recommander des activités de type santé communautaire;
- capacité d'adaptation et d'organisation ;

- être autonome et communiquer clairement par écrit et oral;
- maîtrise de l'outil informatique Word, Excel et PowerPoint

7. SUIVI

Le suivi de l'étude sera assuré par les commissions "approche sectorielle " et "indicateurs de suivi du PNDS" et par le Chef de Section Santé-Nutrition de l'UNICEF. Il consistera à :

- amender le protocole (approche méthodologique/plan d'analyse, planning des activités, etc.) présenté par le consultant;
- apprécier le bilan de la collecte des données (visites de terrain, enquêtes, interview/entretiens avec les différents groupes identifiés...);
- amender et valider le rapport provisoire.

L'évaluation finale sera faite par le Chef de Section Santé-Nutrition.

Annexe 2 : calendrier des activités

Activités	Périodes	Responsables
Prise de contact et clarification des TDRs	24-01-11	Consultants
Recherche documentaire et rédaction du protocole et des outils de collecte de données	25-01-11 au 26-01-11	Consultants
Validation du protocole et des outils	27-01-11 au 28-01-11	Comité de suivi
Soumission des lettres d'introduction à la signature du SG	27-01-11 au 28-01-11	DEP
Collecte des données à Ouagadougou	31-01-11 au 04-02-11	Consultants
Collecte des données en région	06-02-11 au 14-02-11	Consultants
Synthèse et analyse et rédaction	15-02-11 au 21-02-11	Consultants
Dépôt du rapport provisoire	22-02-11 au 23-02-11	Consultants
Validation du rapport provisoire par les commissions "approche sectorielle" et "indicateurs de suivi du PNDS"	24-02-11	Comité de suivi
Prise en compte des amendements des commissions "approche sectorielle" et "indicateurs de suivi du PNDS"	25-02-11 au 01-03-11	Consultants
Préparation de la présentation à la revue de la santé	02-03-11	Consultants
Présentation du rapport à la revue de la santé	03-03-11 au 04-03-11	Consultants
Finalisation du rapport et dépôt du rapport	05-03-11 au 09-03-11	Consultants

Annexe 3 : tableau 10 : synthèse de textes nationaux qui orientent les SBC : description de la stratégie

Pays	Document disponible	Définition des services/soins/interventions à base communautaire	Composantes prioritaires/Paquet d'activités
Bénin	Directives nationales pour la promotion de la santé au niveau communautaire	Services de santé pouvant porter entre autres sur la promotion des pratiques familiales essentielles, la prévention et la prise en charge communautaire des affections prioritaires du milieu, la mise en place des dispositifs en faveur de la santé	Promotion des pratiques familiales essentielles; prévention des affections; prise en charge des maladies de l'enfant et de la malnutrition, soins au nouveau-né, référence; participation aux campagnes de santé; surveillance de l'état de santé de la population; autres activités de développement
Burkina Faso	Stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé	Ensemble de prestations intégrées, conçues, organisées et gérées avec, pour et par les communautés dans le but de satisfaire leurs besoins de santé	Accompagnement de la femme dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement; suivi de l'enfant; PF; lutte contre les MGF; suivi de la santé des personnes âgées; lutte contre les IST et le VIH/sida; hygiène publique; prévention par la vaccination; nutrition; lutte contre la maladie; gestion des intrants
Libéria	<i>National policy and strategy on community health services</i>	Non disponible	Mobilisation sociale; PEV; TB/DOTS; campagnes de distribution de vitamine A; JNV; journée de la santé infantile et du VIH/SIDA; CPN, <i>promotion</i> de comportements sains; DBC de pilules, préservatifs, fer, acide folique, ACT, MILDA, CPON et prévention de l'hémorragie du post-partum par le misoprostol, supplémentation en fer ⁷ et administration de vitamine A aux enfants; prise en charge de la diarrhée, de la pneumonie, du tétanos néonatal; référence; collecte des informations de base pour le SNIS; enregistrement d'actes civils, de décès maternels et infantiles
Madagascar	Politique nationale de santé communautaire	Services offerts par les agents communautaires dans l'optique d'améliorer l'état de santé de la population	IEC/CCC; sensibiliser, détecter et dépister des cas simples de pathologie; DBC (MILDA, albendazole, vitamine A); soins spécifiques (ex : injection de dépo provera, prise en charge des IRA, du paludisme et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, réanimation néonatale, etc)
Mali	Guide national pour la mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté	Ensemble des services et des actions préventifs, curatifs et promotionnels ayant une efficacité scientifiquement prouvée, socialement acceptables et mis en œuvre avec la communauté pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle au niveau des ménages et des familles	Communication pour le changement social et de comportement; promotion des pratiques familiales essentielles; promotion et suivi de la croissance et conseils nutritionnels, dépistage, référence et suivi de la malnutrition, appui à la stratégie avancée; DBC de produits non médicaux et contraceptifs, administration de produits, distribution d'intrants pendant les campagnes de masse; reconnaissance de signes de danger et référence du nouveau-né, de l'enfant de la femme enceinte et après l'accouchement

Annexe 3 : tableau 10 : synthèse de textes nationaux qui orientent les SBC : description de la stratégie (suite)

Pays	Document disponible	Définition des services/soins/interventions à base communautaire	Composantes prioritaires/Paquet d'activités
Kenya	Taking the Kenya Essential Package for Health to the Community. A Strategy for the Delivery of level one services	Mécanisme par lequel les ménages et les communautés jouent un rôle actif dans la santé et les questions de santé relatives au développement La communauté est considérée comme un palier du système de santé	Améliorer la santé des individus et des communautés par la prévention, la promotion de la santé et des styles de vie : Promotion de l'utilisation des MI chez les femmes enceintes et les enfants; aspersion domiciliaire; promotion de l'hygiène et d'accès à l'eau potable; promotion de l'allaitement maternel; promotion d'une sexualité responsable; prévention de l'usage de drogue, d'alcool et de tabac; distribution de préservatifs, DOTS, pesées des enfants, vaccinations; distribution de vitamine A et de zinc; PCIME (traitement de la diarrhée, antibiotiques et antipaludiques); conseils nutritionnels; identification, référence et suivi de la maladie mentale
Rwanda	Politique nationale de santé communautaire	Approche holistique et intégrée qui permet la pleine participation des communautés dans la planification, l'exécution et l'évaluation des SBC.	Sensibilisation sur les mutuelles de santé, PF, hygiène, prévention du SIDA, CPN, accouchements dans les FOSA, vaccinations des enfants et paludisme; approvisionnement au niveau du centre de santé et distribution de moustiquaires, antipaludéens, vermifuges, antipyrétiques, méthodes contraceptives, vitamine A et produits de lutte contre la déshydratation des enfants en cas de diarrhée; assister et/ou initier le suivi de la croissance des enfants de moins de 5ans et donner des conseils nutritionnels dans la communauté ; Mise en œuvre des pratiques familiales clés de la PCIME
Sénégal	Absence de politique, mais des initiatives communautaires matérialisées par des cases de santé ²⁰	Non définis, mais la mise en œuvre des interventions communautaires repose sur les SSP	L'ASC, en collaboration avec la matrone et les relais, facilite la participation des populations à l'effort de santé (accès à l'eau potable, assainissement du milieu et mutualisation), dirige les activités préventives (VAD, pesées, appui aux activités de vaccination); offre un paquet de services curatifs à la communauté, incluant les accouchements simples, les petits soins, les services de planification familiale, la référence et le suivi, la prise en charge des IRA, paludisme simple et diarrhée chez les enfants
Togo	Politique nationale des interventions à base communautaire	Actions communautaires visant systématiquement à promouvoir la santé et à prévenir les maladies constituent les moyens les plus efficaces et les plus durables de garantir l'amélioration des résultats dans le domaine de santé et de les rendre plus équitables	<u>Interventions mises en œuvre, dans tous les districts</u> : CCC; soins aux mères et aux nouveau-nés; PF ; déclaration des naissances planification familiale; croissance physique et développement psychomoteur de l'enfant ; vaccination, supplémentation en vitamine A; lavage des mains/lutte contre le péril fécal; DOTS; PCIME; <u>Interventions mises en œuvre à petite échelle dans les districts</u> : pulvérisation intra-domiciliaire; rééducation à base communautaire des enfants vivant avec les handicaps, réhabilitation à base communautaire des personnes handicapées ; prise en charge intégrée au niveau communautaire des maladies tropicales négligées ; campagnes intégrées d'administration de médicaments, de vaccins et de distribution de produits/matériaux; prise en charge de la malnutrition à base communautaire; gestion des urgences (morsures venimeuses, accidents domestiques et autres) en situation de catastrophes; lutte contre les maladies non transmissibles.

²⁰ Source : Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal : plan national de développement sanitaire 2009-2018

Annexe 3 : tableau 11 : synthèse de textes nationaux qui orientent les SBC : acteurs communautaires

Pays	Appellation et critères de choix des acteurs communautaires	Cibles des acteurs communautaires	Responsabilités	Structures de développement communautaire	Formes et sources de motivation
Bénin	<u>Appellation</u> : RC <u>Critères de choix</u> : homme ou femme; choisi en AG du village; issu du milieu; disponibilité; bénévolat; volontariat	Mères; grand-mères; femmes enceintes; enfants de - 5 ans; adolescents et jeunes; chefs traditionnels; autorités locales	25 à 30 ménages 2 RC par village	Comité villageois de développement	Morale ; matérielle; financière
Burkina Faso	<u>Appellation</u> : ASBC <u>Critères de choix</u> : alphabétisé ou instruit; stable et disponible dans la communauté; parle la langue locale	Cibles non définies	Non définies	Conseils villageois de développement	Non définies
Libéria	<u>Appellation commune</u> : 2 types de volontaires de santé communautaire : accoucheuse traditionnelle et volontaire de santé communautaire général (VSCG); <u>Critères de choix du VSCG</u> : homme ou femme selon la religion ; instruit; basé dans la communauté et choisi par celle-ci; bonne conduite morale; âgé de 25 à 55 ans; respecté; bénévole; volontaire; parle la langue locale	Les populations qui habitent à une certaine distance des formations sanitaires Les femmes et les enfants et	1 VSCG pour 1000 habitants Accoucheuses traditionnelles : 1 pour 2000 habitants	Comité de développement villageois	Supervision Reconnaissance du travail, formations ; carte d'identification et badge avec logo du gouvernement, attestation de formation ; sacs avec le logo du programme ; support des pairs et de la communauté; prise en charge lors des formations, remboursement de frais de transport, lors de campagnes de masse
Madagascar	<u>Appellation</u> : Agent communautaire <u>Critères de choix</u> : issu du milieu; homme ou femme; âge = 18 ans; scolarité ≥ à la classe de T5 (niveau primaire); capacité de calculer; habilité dans la communication	Non définies dans le document de politique nationale	Non définies	Comité de santé des formations sanitaires (FOSA)	<u>Non définies</u>
Mali	<u>Appellation</u> : Relais et ASC <u>Critères de choix du RC</u> : homme ou femme; issu du milieu; instruit; volontaire; bénévole; crédible; disponible; expérience en mobilisation sociale; non engagé dans d'autres programmes; source de revenus assurée <u>Critères de choix</u> : par avis de recrutement de l'ECD et test de sélection	<u>RC</u> : Mères; pères; Jeunes; Associations groupements de femmes <u>ASC</u> : Mêmes cibles que les agents du système de santé	1 RC pour 50 ménages 1 ASC pour 1 à 3 villages (environs 1500 habitants)	Comité de santé organisé par arrêté interministériel	<u>Pour le RC</u> : morale, matérielle financière <u>Pour l'ACS</u> : SMIG mensuel et contrat de travail basé sur ses performances

Annexe 3 : tableau 11 : synthèse de textes nationaux qui orientent les SBC : acteurs communautaires (suite)

Pays	Appellation et critères de choix des acteurs communautaires	Cibles des acteurs communautaires	Responsabilités	Structures de développement communautaire	Formes et sources de motivation
Kenya	<p><u>Appellation</u> : 2 types d'ASC Personne ressource issue de la communauté (CORP) recruté de façon volontaire par le personnel de santé sur proposition de la communauté en assemblée générale villageoise</p> <p>Agent d'appui à la santé communautaire (CHEW) (agent de l'État)</p>	Toute la population	1 CORP pour 20 ménages ou 100 personnes 1 CHEW pour la supervision de 25 CORPs	Comité de poste de santé comité de santé communautaire villageois	Les CORPs non précisés CHEWs sont des salariés de l'État qui sont rattachés aux services de santé pour superviser les CORPs
Rwanda	<p><u>Appellation</u> : ASC <u>Critères de choix</u> : issu du milieu; âge 20 à 50 ans; choisi par la communauté; bonne conduite de vie et de mœurs; instruit²¹; bonnes relations avec la population; bénévolat et esprit de volontariat</p>	Non disponibles dans le document de politique nationale	25 à 50 ménages 2 ACS prévus par village (binôme homme et femme)	Comités de santé Comité de cellule pour superviser les ASC	Élevage de chèvres par binôme Culture de légumes et de fruits par les associations d'ASC
Sénégal	<p><u>Appellation</u> : Matrone, ASC et RC <u>Critères de choix</u> : résidence dans le village; crédibilité vis-à-vis de la communauté; connaissance de la langue locale; disponibilité; sens de responsabilité; savoir lire et écrire; esprit d'initiative; capacité de communication, de conviction et de mobilisation</p>	Enfants 0-59 mois ; femmes en âge de reproduction; femmes enceintes; bénéficiaires indirects	Non définies	Comités villageois de développement Comités de Santé	Financière et morale AGR
Togo	<p><u>Appellation</u> : ASC, RC <u>Critères de choix</u> : absents</p>	Toute communauté située à plus de 2,5 km d'une formation sanitaire et surtout les femmes et les enfants	Non définies		Non définies

²¹ Avoir terminé au moins l'école primaire et savoir lire et écrire

Annexe 4 : liste des personnes rencontrées

N°	Prénoms et nom	Structures
1.	Romaric T. SOME	Direction des études et de la planification
2.	Souleymane SANOU	Direction générale de la santé
3.	Boureima OUEDRAOGO	DGISS
4.	Abdoulaye P. NITIEMA	Secrétaire permanent du PNDS
5.	Sylvestre TAPSOBA	Direction de la nutrition
6.	Patrice A. COUMARY	Direction de la lutte contre la maladie
7.	Zacharie BALIMA	PADS
8.	Salimata SANOU	PADS
9.	Nobila SAWADOGO	DFS
10.	Narcisse NARE	DFS
11.	Élise OUEDRAOGO	DFS
12.	Maurice HOURS	UNICEF
13.	Yedame BAGAGNE	UNICEF
14.	Moumouni SANOGO	UNICEF
15.	Seydou BELEMVIRE	UNFPA
16.	Sourabié SOMBIE	AES au Burkina Faso
17.	Irène YAMEOGO	AES au Burkina Faso
18.	Philippe SANOU	AES au Burkina Faso
19.	Ousmane Diadie HAIDARA	Banque Mondiale
20.	Jean Gabriel OUANGO	OMS
21.	Sosthène ZOMBRE	OMS
22.	Léopold OUEDRAOGO	OMS
23.	Ibrahima BASSANE	Family Care International
24.	Guy Évariste ZOUNGRANA	Programme santé sexuelle droits humains (PROSAD/GIZ)
25.	Noël ADANNOU	Terre des Hommes
26.	Simon KABORE	Réseau d'accès aux médicaments essentiels (RAME)
27.	Jean GANAME	DRS/Centre-Est
28.	Valéry RIDDE	Chercheur UdeM, chercheur associé IRSS/CNRST
29.	Issiaka KONATE	DRS/Centre-Est
30.	Roland TOE	District sanitaire de Ouargaye
31.	Guétawendé SAWADOGO	District sanitaire de Ouargaye
32.	Gabriel HIEN	District sanitaire de Ouargaye
33.	Paul OUEDRAOGO	District sanitaire de Ouargaye
34.	Alpha Tidiane YAMEOGO	District sanitaire de Ouargaye
35.	Hamadi ZOUNGRANA	CSPS de Méné/DS Ouargaye
36.	Tasséré BOUDA	CSPS de Méné/DS Ouargaye
37.	Benoît NEBIE	CSPS de Méné/DS Ouargaye
38.	Isabelle Marie France SOW	CSPS de Méné/DS Ouargaye
39.	Daouda TARAM	COGES/CSPS de Méné
40.	Mouro SEGDA	COGES/CSPS de Méné

Annexe 4 : liste des personnes rencontrées (suite)

N°	Prénoms et nom	Structures
41	Rasmané SANA	COGES/CSPS de Méné
42	Harouna PAYMA	COGES/CSPS de Méné
43	Alassane MIKAILA	COGES/CSPS de Méné
44	Boukaré TARAM	ASC /CSPS de Méné
45	Emilienne TARAM	ASC /CSPS de Méné
46	Issaka BAGAGNAN	COGES/CSPS/Yargatenga
47	Amina SANA	COGES/CSPS/Yargatenga
48	Yvette PIRKASSO	COGES/CSPS/Yargatenga
49	Sylvestre S. SEGDA	COGES/CSPS/Yargatenga
50	Issaka YANGANE	COGES/CSPS/Yargatenga
51	Alassane R GANDEMA	CSPS/Yargatenga
52	Célestin R KABORE	CSPS/Yargatenga
53	Diessongo Adama	OBCE/Nerwaya/Yargatenga
54	Zombré Laurent	OBCE/Nerwaya/Yargatenga
55	Tambouré Alimata	OBCE/Nerwaya/Yargatenga
56	Armand ZAGRE	District sanitaire de Koupéla
57	Armand GUIGUEMDE	District sanitaire de Koupéla
58	Paul Marie SOUBEIGA	District sanitaire de Koupéla
59	Madi KABORE	District sanitaire de Koupéla
60	Isidore MOYENGA	DRS du Nord
61	Amadou ZIO	DRS du Nord
62	Adama ILBOUDO	DRS du Nord
63	Christian YONLI	District sanitaire de Ouahigouya
64	Rokia NABALMA/DIOMANDE	District sanitaire de Ouahigouya
65	Adama PORGO	District sanitaire de Ouahigouya
66	Ladji TRAORE	District sanitaire de Ouahigouya
67	François de Salles PAFADNAM	District sanitaire de Ouahigouya
68	Djina OUATTARA	District sanitaire de Ouahigouya
69	Simon KOALA	District sanitaire de Ouahigouya
70	Ibrahima SAWADOGO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
71	Souleymane OUEDRAOGO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
72	Sibiri OUEDRAOGO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
73	Saïdou OUEDRAOGO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
74	Sidi Mohamed SAWADOGO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
75	Idrissa DIALLO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
76	Sayouba SAWADOGO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
77	Karim OUEDRAOGO	ASC/CSPS de Somyaga/DS de Ouahigouya
78	Marie Madeleine OUEDRAOGO	ICP/CSPS/Somyaga/DS de Ouahigouya
79	Awa NIKIEMA	CSPS de Bissighin/DS de Ouahigouya
80	Adjiratou OUEDRAOGO	CSPS de Bissighin/DS de Ouahigouya
81	Adjéra OUEDRAOGO	CSPS de Bissighin/DS de Ouahigouya
82	Djénèba SAWADOGO	OBCE Vénégré-Nooma de Ouahigouya
83	Rouketou OUEDRAOGO	OBCE Vénégré-Nooma de Ouahigouya
84	Issouf SAWADOGO	OBCE Vénégré-Nooma de Ouahigouya
85	Odile OUEDRAOGO	OBCE Vénégré-Nooma de Ouahigouya
86	Micheline SAWADOGO	OBCE Vénégré-Nooma de Ouahigouya

Annexe 4 : liste des personnes rencontrées (suite)

N°	Prénom et nom	Structures
87.	Binta BELEM	OBCE Vénégré-Nooma de Ouahigouya
88.	Amélie KIRAKOYA	OBCE Vénégré-Nooma de Ouahigouya
89.	Abdoulaye PORGO	District sanitaire de Titao
90.	Sidibé René NIKIEMA	District sanitaire de Titao
91.	Noéllie POUYA/OUBDA	District sanitaire de Titao
92.	Abdoulaye SAWADOGO	District sanitaire de Titao
93.	Emmanuel YOUNGA	Adjoint au maire de Titao
94.	Issaka COMPAORE	CSPS de YOU/district sanitaire de Titao
95.	Koudougou ZOUNGRANA	CSPS de YOU/district sanitaire de Titao
96.	Ali OUEDRAOGO	ASC/CSPS de YOU/district sanitaire de Titao
97.	Ousmane PORGO	ASC/CSPS de YOU/district sanitaire de Titao
98.	Mathieu S. BOUGOUMA	DRS Centre-Nord
99.	Nafi NACRO	District sanitaire de Barsalogo
100.	Richard SAWADOGO	District sanitaire de Barsalogo
101.	Abdoulaye KIRAKOYA	District sanitaire de Barsalogo
102.	Edith PODA/TONDE	District sanitaire de Barsalogo
103.	Alimata SAWADOGO	OBCE/ADIWS
104.	Ismaël KABA	Plan Burkina
105.	Ambroise NIKIEMA	Plan Burkina
106.	Marcel LOUGUE	PAMAC

Annexe 5 : guide d'entretien individuel et de discussion de groupe

Date de l'entretien : -- -----

Structure visitée : -----

Nom (s) : -----

Je vous salue et vous remercie d'avoir bien voulu sacrifier de votre temps pour participer à cette activité. Dans le souci d'améliorer la santé des populations, le ministère de la Santé a entrepris une réforme pour améliorer les services de santé communautaire.

Avant d'entreprendre un tel changement, le ministère de la Santé a besoin d'avoir des informations sur la situation actuelle de la santé communautaire, dans le pays.

Nous voudrions recueillir vos impressions sur ce sujet, à travers une discussion franche, ouverte et objective avec vous qui durera environ une heure. La conversation sera enregistrée et des notes seront prises tout au long de l'entretien.

Surtout, sentez-vous à l'aise pour exprimer de façon libre vos idées qui seront traitées de façon confidentielle et uniquement pour les besoins de la présente étude.

Votre participation est volontaire, donc vous avez le droit de refuser d'accepter l'entretien ou de vous retirer, sans préjudice, à tout moment. Vous pourrez également refuser de répondre à certaines questions de précision ou de confirmation de vos idées, sans aucune conséquence pour vous.

Pour garantir la confidentialité des informations, les notes de terrain et les fichiers-sons seront dans un fichier électronique verrouillé par un mot de passe, durant la période de leur utilisation. Les consultants seront les seules personnes qui auront accès à ce matériel d'entretien qui sera détruit, dès l'acceptation du rapport de recherche par les commissions "approche sectorielle" et "indicateurs de suivi du PNDS".

Si vous avez des questions ou des inquiétudes au sujet de la présente étude, vous pouvez nous contacter à tout moment par téléphone cellulaire, au 72215270 (Dr Seck) et au 70269124 (Dr Valéa), entre le 31 janvier et le 05 mars 2011.

Si vous acceptez de participer à la présente étude, votre accord verbal nous permettra de démarrer l'entretien, la prise de notes et l'enregistrement de l'entretien.

Thèmes à aborder

10. documents qui orientent la santé communautaire au Burkina Faso;
11. stratégies de mise en œuvre des SBC ;
12. nature des services à base communautaire offerts ;
13. populations cibles bénéficiaires de ces services ;
14. couverture des SBC dans certains districts sanitaires ;
15. nature et domaines d'interventions des structures d'appui technique des SBC;
16. sources de financement des SBC;
17. bonnes pratiques en matière de santé communautaire;
18. Suggestions pour améliorer les stratégies, la mise en œuvre et le développement des interventions communautaires de santé.

Documents qui orientent la santé communautaire au Burkina Faso

- Êtes-vous informé de l'existence d'une politique de santé communautaire au Burkina Faso?
- Existe-t-il un document d'orientation de la santé communautaire au Burkina Faso?
- Si oui, avez-vous une idée du contenu de ce document ?
- Quelles sont les forces et faiblesses de ce document ?
- Quelles devront être les étapes pour la mise en œuvre de l'amélioration des SBC?
- Selon vous, quels seront les défis politiques et administratifs à relever pour la mise en œuvre d'une politique de santé communautaire au Burkina Faso?
Pensez-vous que l'élaboration d'une politique de santé communautaire réduira de façon significative la morbidité et la mortalité chez les populations?

Interventions à base communautaire mises en œuvre au Burkina Faso

- Quels sont les différents services préventifs, curatifs et promotionnels offerts en milieu communautaire?
- Avez-vous une idée des populations qui sont bénéficiaires de ces services?
- Quelles sont vos impressions sur la qualité de ces services?
- Comment sont organisés les services offerts?
- Comment sont collectées et traitées les données statistiques?

Couverture des services à base communautaire dans certains districts sanitaires

- Pouvez-vous me parler de la couverture géographique des SBC en termes de nombre de villages?
- Comment les populations ont-elles accès financièrement aux services?
- Quelle est votre impression sur l'accessibilité des produits de la DBC ?

Processus de développement des interventions à base communautaire

- Quels sont les acteurs qui offrent les services?
- Comment sont-ils formés?
- Comment sont-ils organisés?
- Sont-ils supervisés? Si oui, comment le sont-ils?
- Ont-ils un statut? Si oui, pouvez-vous nous en parler?
- Existe-t-il des mesures d'incitation et de motivation pour fidéliser ces acteurs?
- Si oui, lesquels?
- Quelle est votre perception sur la motivation des acteurs?
- Quel est le système de coordination, de suivi et d'évaluation des SBC?
- Comment les populations contribuent-elles à l'effort de santé?
- Que pensez-vous de la stratégie de contractualisation dans l'accessibilité des SBC?
- Quelles sont, selon vous, les forces, les faiblesses et les contraintes liées à la mise en œuvre des SBC?

Nature et domaines d'action des différentes structures d'appui technique des SBC

- Quels sont les domaines d'intervention des structures d'appui technique?
- Quelle est la nature des actions par domaine?
- Ces interventions sont-elles cohérentes avec la politique nationale de santé?
- Comment se font l'appropriation et la pérennisation des différentes interventions, par la communauté?

Financement des services à base communautaire

- Quelles sont les sources de financement des services de SBC?
- Quelles sont les modalités de financement des SBC?

Bonnes pratiques en matière de services à base communautaire

- Avez-vous connaissances de bonnes pratiques de SBC, dans votre aire de santé? Si oui, lesquelles ?

Suggestions et recommandations

- Si vous aviez à suggérer des améliorations pour améliorer les SBC, que proposeriez-vous?

Merci

Annexe 6 : grille d'analyse du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire

Domaines	Critères	Appréciation		Analyse et commentaires
		oui	non	
Pertinence du texte	Le document existe			
	Le document est pertinent et répond à des besoins d'orientation des acteurs			
	Le document est cohérent avec les politiques sanitaires mises en œuvre			
Historique, contexte et justification	Le document retrace l'évolution de la santé communautaire au Burkina Faso			
	Le document donne des références sur les textes qui orientent la politique nationale de santé			
	Le contexte de la mise en œuvre des SBC permet son application			
	Les problèmes prioritaires de santé sont identifiés			
	Le document est en adéquation avec les stratégies des différents programmes de santé mis en œuvre			
Prise en compte des principes de santé communautaire	Le document évoque la résolution des inégalités sociales			
	le document identifie les DSS sur lesquels les SBC doivent agir			
	L'ancrage communautaire est présent			
	Les stratégies d'organisation et d'implication des acteurs et des populations sont définies			
	Les conditions de collaboration intersectorielle, multidisciplinaire et de partenariat sont clairement définies			
Mise en œuvre	La santé communautaire et/ou les SBC sont définis			
	Les objectifs du document sont fixés			
	Le document fixe les cibles des SBC			
	Le document décrit la nature des SBC			
	Le document décrit les stratégies de mise en œuvre des SBC			
	Le document aborde le cadre d'exécution des SBC			
	Les différents acteurs sont identifiés			
Coordination/suivi et évaluation	les méthodes, moyens et indicateurs de suivi et évaluation sont clairs			
	Les mécanismes de coordination existent			

Appréciations générales

.....

.....

.....

.....

.....

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2008). Document d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé.
- ² OMS. (1978). Soins de santé primaires : Déclaration d'Alma Ata.
- ³ Tessier (1996, dans Fassin, D., 2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1) : 58-78.
- ⁴ Médard, J.-F. (1969). *Communauté locale et organisation communautaire aux États-Unis*. Paris: Armand Colin.
- ⁵ World Health Organization (WHO). (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion International*, 1 (4): I-V.
- ⁶ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Résumé analytique du rapport final*. Récupéré le 21-02-2011 de http://www.who.int/social_determinants/fr/.
- ⁷ Conill, E. & O'Neill, M. (1984). La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale. *Canadian journal of public health - Revue canadienne de santé publique*. 75 (mars-avril): 166-175.
- ⁸ Pan American Health Organization. (2002). *Public Health in the Americas*. World Health Organization.
- ⁹ Seck, A., Morin, D., & O'Neill, M. (2003). L'étude des besoins de formation continue en promotion de la santé pour les infirmières et infirmiers-chefs de postes de santé au Sénégal. *International Journal of health promotion and education*, X(2), 81 - 86.
- ¹⁰ République du Bénin. (2010). *Directives nationales pour la promotion de la santé au niveau communautaire*.
- ¹² Health & Social Welfare. (2008). National policy and strategy on community health services. Republic of Liberia
- ¹³ Ministère de la Santé et du planning familial de Madagascar. (2009). *Politique nationale de santé communautaire*.
- ¹⁴ Ministère de la Santé du Mali. (2010). *Soins essentiels dans la communauté : guide national pour la mise en œuvre*.
- ¹⁵ Ministry of health. (2006). *Taking the Kenya Essential Package for Health to the Community: a Strategy for the Delivery of level one services*. Republic of Kenya
- ¹⁶ Ministère de la Santé du Rwanda. (2006). *Politique nationale de santé communautaire*.

-
- ¹⁷ Christian children's fund. (2006). *Weer: Programme de santé communautaire au Sénégal*.
- ¹⁸ Ministère de la Santé du Togo. (2010). *Plan stratégique national des interventions à base communautaire 2010 – 2013*.
- ¹⁹ Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). Community health workers: *What do we know about them?* The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. World health organization (WHO).
- ²⁰ Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A., & Frommer, M. (2004). A glossary for evidence based public health. *Journal of epidemiology and community health*; 58:538-545.
- ²¹ WHO & UNICEF. (2010). *Count-down to 2015: Decade report (2000–2010): Taking stock of maternal, newborn and child survival*. Geneva: World health organization. Récupéré le 05-02-2011 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573_eng.pdf.
- ²² Victora, C.G., Wagstaff, A., Schellenberg, J.A., Gwatkin, D., Claeson, M., & Habicht, J.P. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *The Lancet*, 362(19), 233-241.
- ²³ Lengeler C. (2004). Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- ²⁴ Bryce, J., Gilroy, K., Jones, G., Hazel, E., Black, R.E. & Victora, C.G. (2010). The Accelerated child survival and development programme in West Africa: a retrospective evaluation. *The Lancet*, 375, 572-82.
- ²⁵ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009). *Paludisme : la Zambie réduit de 66% le nombre de décès*. Récupéré le 16-02-2011 de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/malaria_deaths_zambia_20090423/fr/
- ²⁶ Yazbeck, A.S. (2009). *Tacking Inequality in the Health Sector: A Synthesis of Evidence and Tools*. Washington : the word bank.
- ²⁷ USAID & BASICS (sans date). *Les infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de cinq ans : Prise en charge des IRA par les agents communautaires formes et suivis : revue documentaire*. Récupéré le 15-02-2011 de http://www.basics.org/documents/Les-IRA-chez-les-enfants-de-moins-de-5-ans_revue-documentaire.pdf.
- ²⁸ Klemm, R.D., Harvey, P.W.J., Wainwright, E., Faillace, S. & Wasantwisut, E. (2009). *Scaling up micronutrient programs: what works and what needs more work: 2008 Innocenti Process*. Récupéré le 18-02-2011 de http://www.micronutrientforum.org/innocenti/Innocenti_Report.pdf.
- ²⁹ Lazzarini, M. & Ronfani, L. (2008). Oral zinc for treating diarrhoea in children (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.

-
- ³⁰ Bryce, J., Arifeen, S.E., Pariyo, G., Lanata, C.F., Gwatkin, D., Habicht, J.P., & the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. (2003). Reducing child mortality: can public health deliver? *The Lancet*, 362(12), 159-164.
- ³¹ Yazbeck, A.S. (2009). *Tacking Inequality in the Health Sector: A Synthesis of Evidence and Tools*. Washington : the world bank.
- ³² Haddad, S., & al. (2009). Déterminants systémiques des disparités de couverture vaccinale entre districts sanitaires au Burkina Faso : une étude de cas multiple. *International health and human rights 2009*, 9(Suppl 1) :S15.
- ³³ Sanogo, D., Vernon, R., Foreit, J.R., Seck, A., Ndoeye, A., Ndoeye, L., & al. (2005). *Using Systematic Screening to Increase Integration of Reproductive Health Services Delivery in Senegal. Frontiers in Reproductive Health Program*. Récupéré le 21-01-2011 de http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Senegal_Screen.pdf.
- ³⁴ Alassane, A. & Zoungrana, L. (2010). *Évaluation finale du projet « promotion de la survie de l'enfant dans le plateau Mossi »*. Plan Burkina Faso.
- ³⁵ World Health Organization. (WHO). (2010). *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Récupéré le 05-02-2011 de http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf.
- ³⁶ World health organization (WHO). (2010). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: WHO publications*. Récupéré le 15-02-2011 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf.
- ³⁷ Klemm, R.D., Harvey, P.W.J., Wainwright, E., Faillace, S. & Wasantwisut, E. (2009). Scaling up micronutrient programs: what works and what needs more work: 2008 *Innocenti Process*. Récupéré le 16-02-2011 de http://www.micronutrientforum.org/innocenti/Innocenti_Report.pdf.
- ³⁸ Pronyk, P.M., Hargreaves, J.R., & Morduch, J. (2007). Microfinance Programs and Better Health Prospects for Sub-Saharan Africa. *JAMA*, 298(16), 1925-1927.
- ³⁹ Julia Kim, J., Pronyk, P., Barnett, T., & Watts, C. (2008). Exploring the role of economic empowerment in HIV prevention. *AIDS*, 22(suppl 4), S57-S71.
- ⁴⁰ Ministère de la Santé. (2010a). *Guide national de mise en œuvre des interventions à gain rapide pour l'Année 2012*. Direction des études et de la planification.
- ⁴¹ Seck, A., Morin, D., & O'Neill, M. (2003). « L'étude des besoins de formation continue en promotion de la santé pour les infirmières et infirmiers-chefs de postes de santé au Sénégal », *International Journal of health promotion and education*, X(2), 81 - 86.
- ⁴² Ministère de la Santé et de l'action sociale. (1988). *Opération un village un PSP : Rapport de la cellule de suivi des postes de santé primaires 1986-1987*.
- ⁴³ Le Président du Faso. (2006). Décret N° 2006- 463/PRES/PM/MFPRE/MS/MFB portant organisation des emplois spécifiques du Ministère de la santé.

-
- ⁴⁴ Ridde, V. (2010). *Les communautés améliorent la prise en charge des indigents. Note d'information recherche-action*. Récupéré de http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/indigents/2010_11_12_indigents.pdf.
- ⁴⁵ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission des déterminants sociaux de la santé*. Résumé analytique du rapport final. Accessible au http://www.who.int/social_determinants/fr/.