

LES PERCEPTIONS LOCALES DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE À LA SANTÉ AU BURKINA FASO

Issa Sombié, Djesika Amendah et Kamba André Soubeiga

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2015/4 Vol. 27 | pages 557 à 564

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-557.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso

Local perceptions of community participation in health in Burkina Faso

Issa Sombié¹, Djesika Amendah², Kamba André Soubeiga³

➔ Résumé

Objectif : Le Burkina Faso met en œuvre depuis plusieurs années la stratégie de la participation communautaire dans son système de santé. L'objectif principal de cette stratégie est d'impliquer les populations dans le processus de prise de décision en vue d'améliorer l'utilisation des services de santé et une adhésion massive des communautés aux activités de promotion de la santé. Les données empiriques indiquent une faible implication des communautés dans les activités de promotion de la participation. Le présent article vise à cerner les perceptions des populations locales en lien avec la participation communautaire à la santé.

Méthodes : L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Tenkodogo, situé dans la région administrative du centre-est, à environ 190 km de la capitale. Cette étude, exclusivement qualitative, a utilisé deux méthodes de collecte : les entretiens individuels et les focus groups. Les données ont été collectées dans deux aires sanitaires.

Résultats : Les résultats montrent que les communautés ont des perceptions négatives sur la stratégie de la participation communautaire à la santé. Elle est perçue par la majorité comme un mécanisme d'exploitation des populations par les agents de santé et les membres des comités de gestion des centres de santé.

Conclusions : Ces perceptions réprobatrices de la stratégie de participation influencent négativement les comportements des communautés. En effet, les populations s'impliquent très faiblement dans les activités communautaires. Des actions urgentes sont indispensables pour redynamiser le mécanisme de participation en vigueur.

Mots-clés : Participation communautaire ; Perception ; Burkina Faso.

➔ Summary

Objective: Burkina Faso has been implementing a strategy of community participation in the health system for several years. The main objective of this strategy is to involve people in the decision-making process in order to improve the use of health services and to encourage massive support of communities for health promotion activities. Empirical data indicate a low involvement of communities in activities designed to promote participation. This article aims to identify the perceptions of local people in relation to community participation in health.

Methods: The study was conducted in the Tenkodogo health district, located in the administrative region of East-Center, about 190 km from the capital. This exclusively qualitative study used two data collection methods: individual interviews and focus groups. Data were collected in two health areas.

Results: The results show that communities have negative perceptions on the community participation in health strategy, which is perceived by the majority as a mechanism of exploitation of the population by health workers and members of health center management committees.

Conclusions: These negatives perceptions of the participation strategy have a negative impact on the behaviour of communities, reflected by the very low participation rate in community activities. Urgent action is needed to revitalize the existing participation mechanisms.

Keywords: Community participation; Perception; Burkina Faso..

¹ Institut Supérieur des Sciences de la Population/Université de Ouagadougou – 03 BP 7118 Ouagadougou 03 – Burkina Faso.

² African Population and Health Research Center – Nairobi – Kenya.

³ Département de Sociologie – Université de Ouagadougou – Ouagadougou – Burkina Faso.

Introduction

Le Burkina Faso, à l'image de nombreux pays africains, a adopté au début des années 1990, le système de santé de district, à la faveur de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako (IB). Les principaux objectifs de l'IB étaient i) renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local, ii) promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale, iii) renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels, iv) assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins [1]. La mise en œuvre de la composante participation communautaire de l'IB au Burkina Faso s'est traduite par la création des comités de gestion (CoGes) au niveau de tous les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) [2]. Les CoGes, composés des membres élus de la communauté ont pour mission de cogérer les CSPS avec les agents de santé. Ces structures communautaires ont également pour rôles d'organiser et de mobiliser les efforts des populations locales pour soutenir le financement des CSPS aux côtés de l'État et des autres intervenants dans le secteur de la santé. La participation communautaire telle que mise en œuvre dans le système de santé du Burkina Faso, s'oriente vers la forme instrumentale, c'est-à-dire celle qui met plus l'accent sur les diverses formes de contribution que les communautés doivent pourvoir pour le fonctionnement des services de santé. Comme l'écrivait Oakley [3] : « *There are of course, a whole variety of ways where by these contributions are forthcoming and managed* ». Les contributions des communautés sont de plusieurs ordres : le paiement des frais de consultation, l'achat des médicaments, la participation aux travaux (construction de bâtiments, plantation d'arbres, nettoyage du CSPS etc.), la mise en place des bureaux CoGes, les diverses cotisations initiées au profit des services de santé.

Depuis plus de vingt ans de l'exercice de la participation communautaire, les résultats escomptés tardent à se réaliser. En effet, les données empiriques indiquent une faible participation des populations aux activités communautaires. Selon certains agents de santé, il est de plus en plus difficile de renouveler les bureaux des CoGes, à cause de la faible participation des communautés aux assemblées générales. Il en est de même des activités de sensibilisation dont les tenues sont toujours incertaines du fait de la faible

mobilisation des communautés. Aussi, les CoGes qui devraient être le fer de lance de cette nouvelle dynamique, éprouvent-ils des difficultés à jouer pleinement leurs rôles. Les conflits de leadership, le faible niveau de scolarisation des membres, le faible soutien des autres acteurs du système de santé, la résistance aux changements de certains agents de santé, leur faible ancrage social, ont fini par transformer cet organe en une simple caisse de résonance [4, 5]. Les agents de santé communautaire ne sont également pas actifs dans plusieurs villages.

Le fait que plusieurs expériences de participation communautaire aux actions de santé, n'aient pas atteint les résultats attendus dans certains pays, est connu [6]. Plusieurs facteurs expliquent l'implication des communautés dans le processus décisionnel des services de santé. Parmi eux, des facteurs organisationnels et conceptuels ont été identifiés pour expliquer cette situation. Le modèle organisationnel des services de santé et les règles administratives en application ne favorisent pas un réel partage de pouvoir entre les populations et le personnel de santé. De plus, la prédominance du modèle biomédical comme cadre de référence des processus de planification ne favorise pas une prise en compte des attentes des populations [7, 8]. Par ailleurs, le contexte politique national, favorable ou non à l'action de la société civile, reste un facteur qui influence le comportement des populations [9]. Le contexte socio-économique tel que les relations entre les différentes couches sociales, les formes de hiérarchies sociales en vigueur et les relations de pouvoir qui en résultent, le statut de la femme, la nature de la collaboration entre les populations locales et l'administration publique, l'ethnie et le niveau économique, conditionnent l'implication des communautés dans le processus décisionnel des services de santé [10-12]. Enfin, le gap entre les attentes des populations et les réponses proposées par les décideurs, les comportements peu respectueux des agents de santé, le manque d'informations constituent dans certains cas des obstacles à la participation communautaire [13, 14].

Au Burkina Faso, très peu d'études se focalisent sur les déterminants de la participation communautaire à la santé. D'où cette étude qui vise à répondre à la question suivante : quelles sont les perceptions des communautés sur la participation communautaire à la santé au Burkina Faso ? L'étude tentera d'appréhender les opinions des populations locales sur le processus de leur implication dans la gestion des services de santé. Cette information sera utile pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de santé.

Contexte et méthodes d'étude

Les données utilisées dans cet article, ont été collectées dans le district sanitaire de Tenkodogo, dans la région sanitaire du Centre-Est. Le recensement général de la population et de l'habitat de 2006 estimait la population du district à 219 735 habitants avec une taille moyenne de six personnes par ménage. Les principales ethnies qui peuplent cette région sont les bissa, les mossi, les peulhs et les yana. Les religions pratiquées sont l'islam, le christianisme et l'animisme. Selon les statistiques scolaires 2013, le taux de scolarisation au primaire était de 82 % en 2012. Le paludisme, les affections respiratoires, les affections de la peau et les maladies diarrhéiques sont les maladies les plus courantes. Le district sanitaire qui est composé de vingt-trois centres de santé et de promotion sociale (CSPS), couvre une commune urbaine, deux communes rurales et plus de cent quatre-vingt villages.

Les données ont été collectées dans deux aires sanitaires. Chaque aire sanitaire a été stratifiée en deux niveaux. Le premier niveau a regroupé tous les villages distants du centre de santé de moins de 5 km et le second groupe a concerné les localités situées à plus de 5 km. Dans chaque strate, deux villages ont été tirés au sort et c'est dans ces villages que des focus groups, et des interviews ont été réalisées avec les communautés. Afin de diversifier les sources de données, les critères d'âge, de niveau d'instruction, de genre ont été utilisés pour le choix des participants. Au total, ce sont quarante personnes qui ont été impliquées dans l'étude à travers l'entretien. Huit focus groups ont été organisés (soit deux dans chacun des quatre villages, un avec les femmes et l'autre avec les hommes) et ont permis de toucher environ une soixantaine de personnes.

Les thèmes abordés lors des entretiens et des focus groups ont porté sur la connaissance des CoGes, la participation aux activités du centre de santé, les facteurs explicatifs de la faible implication des populations aux activités du CoGes et du centre de santé, les opinions sur les contributions demandées aux populations en vue de soutenir le CSPS, le contrôle des communautés sur les services de santé, les capacités des représentants des communautés à participer à la prise de décision.

Les données collectées, essentiellement des discours, ont été analysées en utilisant la méthode de l'analyse de contenu. En effet, tous les entretiens ont d'abord été transcrits et saisis à l'ordinateur. Une première lecture a permis de repérer les thèmes pertinents et un « code book » a été élaboré afin de faciliter l'encodage de l'ensemble du corpus

empirique. À la suite du premier encodage, les auteurs ont procédé à une seconde lecture des entretiens, ce qui a permis d'identifier de nouveaux thèmes. En somme deux méthodes d'encodage ont été utilisées : l'encodage inductif et déductif. Le logiciel NVIVO 8 a été utilisé pour l'organisation et le traitement des données.

Résultats

Les interprétations de la demande de contributions aux populations

Une caution à la corruption

Les participants ont relevé que de nombreux centres de santé connaissent des irrégularités dans la gestion des ressources financières. Les plus courantes d'entre elles sont les détournements, les surfacturations, la vente illicite des médicaments et la tarification de certains actes gratuits. Certains estiment que le fait que l'État ait permis aux CSPS de gérer à leur niveau des sommes d'argent importantes issues des frais de consultation et la vente des médicaments, a constitué une opportunité pour certains infirmiers et les membres des CoGes d'abuser de la confiance de la population. D'après un membre de l'équipe cadre du district :

« Lorsque les populations se plaignent des services de santé, je pense qu'il faut éviter de croire que ce sont des accusations gratuites. Il y a des choses qui se passent dans nos centres de santé qu'on ne saurait imaginer. L'année dernière par exemple, beaucoup de cas de détournement ont été relevés dans pas moins de cinq centres de santé. Si ce ne sont pas les infirmiers qui utilisent des moyens illicites pour soutirer l'argent dans les caisses des CoGes, ce sont les responsables de ces structures qui s'octroient des crédits, bref on y rencontre toutes sortes de pratiques peu recommandables » (Enq26).

Ces irrégularités de gestion décelées dans les centres de santé pourraient expliquer la réticence des villageois à contribuer aux travaux communautaires. Tout appel à contribution est considéré comme une stratégie pour les CoGes de se faire l'argent. Les populations sont convaincues que des ressources générées par les centres de santé sont suffisantes et disponibles pour permettre d'exécuter les travaux pour la réalisation desquels, leurs contributions sont sollicitées. C'est pourquoi, beaucoup soutiennent, qu'accepter de répondre aux sollicitations des CoGes

équivalait à encourager les détournements comme le souligne un participant à un focus groups :

« Tout l'argent qui se trouve dans les caisses du CSPS doivent servir à prendre en charge toutes les dépenses. Alors pourquoi, on nous demande de cotiser pour construire un logement ou bien d'aller nettoyer ou planter des arbres. Il suffit de prendre des gens pour le faire et on les paie. Je pense que c'est une manière pour eux de détourner. Si les gens viennent travailler, ils se partagent l'argent prévu pour cela. Qui est là quand les contrôleurs vont venir pour dire le contraire, c'est entre eux » (Enq43).

Les contributions financières et les efforts physiques demandés aux populations pour soutenir les activités du centre de santé sont négativement interprétés par les communautés. Elles les considèrent comme des tentatives voilées de détournement, de profits individuels pour les membres du bureau CoGes et les agents de santé.

Un désengagement de l'État

En évoquant la question de la participation communautaire, les participants à l'étude n'ont pas manqué d'établir un lien entre cette stratégie et les rôles de l'État. En effet, dans les imaginaires collectifs, l'État est vu comme une institution dont la mission consiste à prendre en charge les problèmes majeurs des populations. La vision du gouvernement la plus répandue se rapporte à l'État-providence, c'est-à-dire l'institution dont le rôle est de garantir le mieux être social aux populations par la réalisation, le soutien au fonctionnement des services sociaux. La santé, l'éducation, le logement, le transport, sont les domaines où l'État est le plus sollicité. Et les communautés ont du mal à comprendre qu'on leur demande de se mobiliser pour consentir des efforts à suppléer à l'État dans la gestion des centres de santé comme cette femme de 43 ans :

« Tout le temps, on nous dit d'aller voter, et chaque fois, on va voter mais le gouvernement ne pense pas même à nous. Vous avez vu, on n'a rien ici. Les gens bouffent l'argent au lieu de nous aider » (Enq29).

Un homme de renchérir : *« Quel est le rôle du gouvernement si, ce sont les populations qui doivent cotiser pour arranger les écoles et les centres de santé ? Avant c'est le gouvernement qui faisait ça. Mais pourquoi, ceux qui sont là ne veulent pas faire ça. Les grands ne pensent plus aux pauvres » (Enq7).*

C'est dans ce contexte que la participation communautaire est perçue comme un désengagement de l'État, une forme d'abandon des populations par les pouvoirs publics et surtout les hommes politiques.

Développer un autre village

Une aire de santé regroupe plusieurs villages autour d'un centre de santé. Généralement la désignation du village où l'infrastructure de santé est implanté provoque beaucoup de remous et de frustrations. Ce qui fait que la plupart des CSPS sont créés dans la polémique qui affecte les comportements des populations par la suite. Au-delà d'être des espaces de dispensation de soins, les centres de santé constituent une marque de progrès, un signe de développement et surtout un objet de différenciation entre les villages. Les bâtiments administratifs, les forages, les écoles, les routes symbolisent dans l'imaginaire collectif le développement. Et les rivalités intervillages se construisent généralement autour de l'acquisition de ces infrastructures. Ainsi, toutes les formes de contribution au bénéfice d'un centre de santé qui n'est pas installé dans les limites territoriales du village, sont vues comme un effort d'amélioration des conditions des autres au détriment des siens comme le relève cet homme de 64 ans :

« Avant notre village était rattaché au CSPS du Ouelguado pendant plusieurs années. Et chaque fois, on demandait aux populations de cotiser ou d'aller travailler pour le centre de santé. Les gens de notre village étaient toujours les plus nombreux. Nos efforts ont permis de construire deux bâtiments et un forage. Lorsqu'on a voulu construire un autre centre de santé dans notre zone, c'est un autre village qui a été choisi. Les habitants de mon village n'ont pas apprécié cette situation. C'est pourquoi les gens refusent de participer et disent qu'ils ne sont plus bêtes pour travailler à développer les autres » (Enq12).

Les obstacles à la participation communautaire

Les luttes politiques

Les participants à l'étude ont évoqué la crise de la chefferie traditionnelle et l'action des parties politiques comme des obstacles à la participation communautaire. En effet, la chefferie traditionnelle qui a toujours joué un rôle de mobilisation, rencontre de nombreuses difficultés. Dans plusieurs villages, surtout ceux habités par les mossi et les bissa, il existe depuis quelques années deux chefs, chaque groupe ethnique refusant de faire allégeance à un chef issu de l'autre ethnie. Cette situation alimente des conflits qui fragilisent la collaboration entre les habitants, indispensable à une action communautaire. De nombreuses structures communautaires comme les CoGes traversent des crises qui résultent des difficultés de fonctionnement de la

chefferie traditionnelle comme le raconte un président de CoGes :

« Notre bureau ne fonctionne pas du tout. Cela fait des mois qu'on n'a pas pu se rencontrer à cause des problèmes entre le président et le trésorier. C'est l'infirmier qui se débrouille pour faire fonctionner le CSPS. Je ne sais pas comment ça va se terminer mais il faut reconnaître que c'est très difficile. Alors comment on peut mobiliser les gens dans ces conditions » (CoGes 10).

En plus du pouvoir traditionnel, le tissu politique local connaît la présence de partis politiques à travers leurs représentants dans tous les villages du pays. Leur action a pris de l'ampleur depuis 2006 avec la mise en place de la communalisation intégrale qui a permis le passage de plus de trois cents départements en commune rurale. Cette innovation dans la gestion administrative et politique a contribué à augmenter l'engouement des populations pour les questions politiques. Les dernières élections municipales tenues en 2012 ont provoqué de nombreuses incompréhensions entre les populations dans plusieurs villages avec des répercussions sur les activités communautaires de santé. Un ASC explique comment cette situation influence les activités de promotion de la santé :

« Depuis les élections passées, notre travail est devenu très compliqué car le village est divisé entre les partisans du CDP¹ et ceux de l'UPC². Lorsque nous organisons les séances de sensibilisation, on remarque une faible affluence car les deux camps dont les membres ne se parlent plus, ne veulent pas être réunis au même endroit. Les deux espaces qu'on utilisait pour les animations sont situés près de la cour du chef et les autres ne viennent plus là-bas et m'ont demandé de trouver un autre endroit si on veut qu'ils participent aux réunions. C'est devenu compliqué parce que ce n'est pas moi, qui avais choisi ces endroits, c'est le chef du village qui l'avait fait. Lorsque j'en ai parlé au chef, il a refusé. Donc, c'est dans cette situation que nous travaillons » (ASC 5).

Un ASC d'un autre village abondait également dans le même sens en décrivant l'incident qu'il a vécu en compagnie d'autres vaccinateurs villageois. C'était au cours d'une campagne de lutte contre la poliomyélite, qui exige des vaccinateurs qu'ils fassent du porte à porte. Le vaccinateur villageois qui participe aux vaccinations depuis des années est devenu un des membres influent de l'UPC dans le village. Il a joué un rôle important dans la victoire de ce parti. Pendant la campagne de vaccination, lorsqu'il s'est présenté dans certaines concessions pour vacciner les enfants, il a été refoulé et dans une autre cour, des jeunes ont failli en

venir aux mains estimant qu'il était venu les provoquer. Les responsables des concessions en question sont des proches du chef et militant du CDP. Les discours des participants à l'étude contiennent de nombreux exemples qui illustrent les effets négatifs de la compétition politique sur les rapports entre les populations du village. Ces rapports, empreints de dénonciation, de rejet, d'évitement, de concurrence, de rivalités créent une ambiance sociale hostile à la solidarité, à l'entente et donc à la mobilisation. On note que la dynamique politique locale a une influence négative sur la participation communautaire.

Le temps et l'argent

Toute action de participation a un coût car elle demande des efforts en temps ou/et en argent aux membres de la communauté. En effet, prendre part à une réunion suppose pour les individus de renoncer à certaines activités ou de dépenser de l'argent pour le transport. De l'avis des personnes interrogées, ces efforts constituent des barrières à la mobilisation des populations car :

« Il est très difficile pour beaucoup de personnes de notre village d'être présentes aux réunions et aux autres activités qu'on organise au niveau du centre de santé, parce que nous sommes obligés de travailler à tout moment pour pouvoir nourrir la famille. Si les gens ne sont pas au champ, ils vont dans les marchés pour faire le petit commerce. Je ne suis pas sûr, que les gens acceptent de laisser leur travail pour les causes du CSPS. Les conditions sont très difficiles ici [...]. Donc, le vrai problème c'est la pauvreté » (Enq16).

Certaines activités se déroulent généralement dans le village qui abrite le CSPS, souvent éloigné des autres villages de l'aire de santé. Ce faisant, les habitants des autres villages doivent parcourir des distances variables en fonction de la zone, nécessitant l'utilisation d'un moyen de déplacement.

Les expériences antérieures

Parlant des obstacles à la mobilisation sociale en faveur des actions de santé, des participants à l'étude ont évoqué dans leurs récits, leurs expériences communautaires antérieures pour justifier leurs attitudes envers certaines initiatives. Dans l'extrait ci-dessous, un enquêté explique :

« Il est très difficile de réaliser quelque chose dans notre village en comptant sur la contribution des gens. Même, si on leur demande de cotiser 5 FCFA, ils vous répondront qu'ils n'ont pas d'argent. Mais le véritable problème est que les gens ne se font plus confiance. Dans ce village, les gens

¹ CDP : Congrès pour la Démocratie : Ancien parti au pouvoir.

² UPC : Union pour le Changement : Parti de l'opposition politique.

sont déçus car à chaque fois qu'on a cotisé pour réaliser une activité, les promoteurs détournent l'argent à leur profit. Toutes les actions qu'on a tentées au profit du village se sont soldées par un échec. Donc, les gens n'ont plus confiance. Que ce soit au niveau du CSPS, de l'école et des forages, les gens refusent de cotiser et rien ne marche » (Enq21).

Les échecs répétés des actions antérieures de développement ont contribué à fragiliser la confiance d'une part entre les populations, d'autre part entre les communautés et les promoteurs de développement.

Discussion

Les limites de l'étude

Notre étude n'a concerné qu'un seul district sanitaire sur les soixante-sept que compte le pays. Aussi, à l'intérieur du district, les données ont été collectées dans quatre aires de santé sur vingt-cinq disponibles. De plus, les personnes qui ont été interrogées n'ont pas été choisies selon une méthode aléatoire. Toutes ces conditions rendent difficile l'extrapolation des déclarations émises. Il est souhaitable que les propos de nos enquêtés soient traités avec beaucoup de prudence en attendant que des études complémentaires puissent être initiées en vue de corroborer ou infirmer les résultats présentés. D'une manière générale, on constate que les personnes interrogées ont affiché des perceptions négatives de la participation communautaire. Elle est moins perçue comme une stratégie qui permette une réelle prise en compte des préoccupations des communautés dans l'organisation et la gestion des services de santé qu'un moyen pour les agents de santé et les représentants de la communauté d'améliorer leurs conditions de vie au détriment de l'intérêt des populations. Aussi, la plupart des personnes incluses dans l'étude estime que les communautés ne disposent pas de compétences pour exercer un pouvoir de contrôle sur les services de santé. En dépit de l'existence des CoGes ils restent convaincus que le pouvoir de décision est toujours détenu par le personnel de santé. Ils trouvent que les membres du CoGes ne font que de la figuration sans pouvoir constituer un contrepoids, une force de propositions et de remise en cause des choix des agents de santé. Comme le laissait entendre un participant à l'étude : « dans nos services de santé, ce sont les agents de santé qui décident de tout, les communautés n'ont aucun pouvoir ».

Participation comme compétence

Les réponses des participants à l'étude révèlent une conscience de la faible capacité des communautés à pouvoir assumer le rôle de contre-pouvoir que le gouvernement tente de leur concéder à travers l'adoption de la stratégie de participation communautaire à la santé. Certains vont même jusqu'à considérer que c'est un leurre que de vouloir donner un pouvoir à quelqu'un dont on sait pertinemment qu'il ne dispose pas de moyens pour exercer ce pouvoir. En effet, les missions que les communautés doivent assurer dans les services de santé exigent qu'elles disposent d'un certain type de compétences. Premièrement, il s'agit de la maîtrise de la langue de travail dans l'administration publique qui reste le français. En dépit des efforts importants consentis par le gouvernement dans la mise en œuvre de programme d'alphabétisation en langues locales et la disponibilité d'un contingent important de personnes ayant achevé leur formation, les langues nationales ne sont pas encore utilisées dans l'administration publique. Cette situation défavorise une partie importante de la population, surtout celle vivant en milieu rural qui voit ses capacités d'interaction avec l'administration réduite. La majorité des personnes qui représentent les communautés au sein des instances des services de santé tant au Burkina Faso, présente un niveau de scolarisation très faible. Ce déficit scolaire constitue le premier obstacle à l'exercice du pouvoir. Deuxièmement, la gouvernance de la santé est avant tout une question technique et de savoir-faire dans un certain nombre de domaines. L'analyse et la priorisation des problèmes de santé par exemple, exercices dans lesquels l'implication des communautés est tant souhaitée, obligent les acteurs à avoir des connaissances en planification, sur les causes des maladies, sur les solutions éventuelles à initier en faveur d'une amélioration de la santé des populations. La gestion des ressources financières et matérielles des centres de santé se fait à travers l'utilisation d'outils financiers et comptables dont la manipulation nécessite une formation. Il faut, pour être efficace, que les représentants de la communauté disposent de certaines compétences. Et c'est ce qui fait grandement défaut dans le contexte burkinabé, où le niveau de scolarisation et de formation des populations en zone rurale est très faible. Sans ces compétences, les communautés ne sont pas capables de jouer pleinement leurs rôles car n'ayant pas les moyens de faire face à leurs devoirs et réclamer leurs droits. Pour qu'on dispose de communautés capables de prendre activement part à la gouvernance de la santé dans les milieux ruraux, de nombreux efforts doivent être fournis dans le long terme, en matière de scolarisation et de

formation en promotion de la santé. La communauté capable de participer à la gouvernance de la santé, n'existe pas encore comme l'ont relevé certains auteurs [13, 15, 16], et il faudra travailler à la créer.

Participation dans un contexte de corruption

Les participants à l'étude n'ont pas manqué de dénoncer les divers dysfonctionnements en cours dans les services de santé. Les sujets les plus récurrents sont ceux relatifs à la corruption et aux détournements. En effet, la gestion des ressources générées par la tarification des actes et la vente des médicaments MEG se fait avec beaucoup d'abus dans plusieurs centres de santé du district. De plus, les agents de santé abusent des patients à travers la vente illicite de médicaments à des prix plus élevés que ce qui est prévu, la rétention de médicaments, le détournement de patients vers les structures privées. Ces maux qui gangrènent le système de santé sont bien connus des populations locales et ont été documentés par des recherches antérieures [17-20]. Les effets de la corruption sur le système de santé sont considérables et très néfastes. La corruption contribue à une augmentation des dépenses de santé des ménages. Les communautés sont obligées pour faire face aux dépenses financières, souvent injustifiées, de mobiliser plus de ressources qu'il ne faut pour soigner leurs membres. Cette situation influence les comportements de recours aux services de santé et la recherche de solutions alternatives.

La participation communautaire est d'abord une situation de coopération et de collaboration entre des acteurs mais aussi entre des individus et des institutions. L'essence de la participation réside dans les relations entre les individus. Or, il est bien connu de tous qu'aucune relation de coopération n'a de chance d'aboutir à un succès sans un minimum de confiance entre les parties prenantes. Comment les agents de santé et les représentants de la communauté peuvent-ils travailler ensemble dans un climat de suspicion et de méfiance ? Comment les communautés peuvent-elles se mobiliser pour soutenir les efforts des CoGes si les personnes qui aiment ces structures n'inspirent pas la confiance ? C'est cela qu'il est indispensable dans le cadre de la promotion de la participation communautaire que des actions en amont soient entreprises pour juguler un certain nombre de pratiques et comportements chez les acteurs du système [21, 22]. Un grand défi auquel font face les services de santé dans de nombreux pays à faibles revenus concerne la confiance qui ne cesse d'influencer l'utilisation des services, la collaboration entre les acteurs. Les comportements néfastes de quelques agents suffisent à amener toute une communauté à jeter un

discrédit sur un centre de santé. Les réticences des communautés à cotiser en faveur du service de santé, à soutenir les actions des CoGes, à utiliser les services de santé ne sauraient se dissiper sans l'instauration d'un climat de confiance entre les agents de santé et les communautés d'une part et les représentants des populations et les populations d'autre part. Pour y parvenir, des actions urgentes devraient être initiées pour endiguer certaines pratiques et les comportements qui favorisent la corruption.

Conclusion

Les membres de la communauté ont laissé apparaître des perceptions négatives de la participation communautaire. La mise en œuvre de cette stratégie est moins perçue comme une opportunité de renforcement des pouvoirs des communautés au sein des services de santé qu'une occasion offerte à une catégorie d'acteurs d'atteindre leurs objectifs personnels. Le doute émis quant aux objectifs de cette innovation trouve en partie son explication dans le contexte actuel de fonctionnement des services de santé, empreints de corruption et autres formes de détournement. Cette situation a contribué à la détérioration de la confiance entre les communautés et le système de santé, ce qui rend la collaboration difficile voire conflictuelle. Les résultats de cette étude montrent à quel point, il est indispensable que la promotion de la participation communautaire soit précédée par des actions fortes visant à rétablir ou renforcer la confiance entre les services de santé et les communautés.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciement :

Cet article a été publié dans le cadre du projet de recherche 11-014KU « Future Fragile, Rural Lives in times of Conflict. », soutenu financièrement par DANIDA.

Références

1. OMS. *Rapport du comité régional pour l'Afrique. Trente septième session. Bamako, 6-12 septembre 1987.* OMS (Afrique), Brazzaville 1987.
2. Ridde V. *Equité et mise à l'épreuve des politiques de santé au Burkina Faso.* 2007, Paris: Editions L'Harmattan.

3. Oakley P. *The concept of participation in development*. Landscape and urban planning, 1991;20(1): p.115-22.
4. George A et al. *Anchoring contextual analysis in health policy and systems research: A narrative review of contextual factors influencing health committees in low and middle income countries*. Social Science & Medicine, 2015;133:159-67.
5. McCoy DC, Hall JA, Ridge M. *A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low-and middle-income countries*. Health policy and planning, 2012;27(6):449-66.
6. Gryboski K et al. *Working with the community for improved health*. Health bulletin, 2015;(3):p.27.
7. Rifkin SB. *Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience*. International Health, 2009;1(1):31-6.
8. McLoughlin C. *Factors affecting State-Non-Governmental organization relations in service provision: key themes from the literature*. Public Administration & Development, 2011;31(4):240-51.
9. Mayhew SH. *Hegemony, Politics and Ideology: the Role of Legislation in NGO-Government Relations in Asia*. The Journal of Development Studies, 2005;41(5):727-58.
10. Guijt I, Shah M.K. *The myth of community: Gender issues in participatory development*. 1998: Intermediate technology publications London.
11. Jewkes R, Murcott A. *Community representatives: Representing the "community"?* Social Science & Medicine, 1998;46(7):843-58.
12. Contandriouopoulos D. *La participation publique : définitions, défis et usages*. Santé, Société et Solidarité, 2009;8(2):27-32.
13. Mahmud S. *Citizen participation in the health sector in rural Bangladesh: perceptions and reality*. IDS Bulletin, 2004;35(2):11-8.
14. Richard L et al. *La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé: approche écologique et participation*. Can J Public Health, 1999;90(2):99-103.
15. Madan TN. *Community involvement in health policy; Socio-structural and dynamic aspects of health beliefs*. Social Science & Medicine, 1987;25(6):615-20.
16. Chimere-Dan GC. *Public views on community involvement in local health services in South Africa*. Public Health, 1997;111(6):399-404.
17. Hussmann K. *Traiter le problème de la corruption dans le secteur de la santé : Comment assurer un accès équitable pour tous aux soins de santé*. U4 Issue, 2012;2012(10).
18. Vian T. *Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions*. Health Policy and Planning, 2008;23(2):83-94.
19. Jaffré Y. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. 2003, Paris: KARTHALA Editions.
20. Dyer O. *New report on corruption in health*. Bulletin of the World Health Organization, 2006;84(2):84-7.
21. Thorne SE, Robinson CA. *Reciprocal trust in health care relationships*. Journal of advanced nursing, 1988;13(6):782-9.
22. Whetten K et al. *Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use*. American Journal of Public Health, 2006;96(4):p.716.