

Participation et engagement communautaire dans la résilience des systèmes de santé : Cas des zones de santé post conflit de Bunyakiri et de Kalehe en province du Sud-Kivu

Community participation and engagement in the resilience of health systems: Case of the post-conflict health zones of Bunyakiri and Kalehe in South Kivu province

Bitongwa Masumbuko Jacques^{1,2}, Elias Bashimbe Raphaël^{1,2}, Amos K Kamundu², Sylvain M. Munyanga³, Théophile Barhwamire Kabesha⁴, Zacharie Kibendelwa Tsongo⁵, Stanis Okitosho Wembonyama^{2,6}, Patricia ML Mishika^{2,6}

Pour citer cet article : Bitongwa MJ, Elias BR, Kamundu AK, Unyanga MS, Barhwamire KT, Tsongo ZK, Wembonyama OS, Mishika PML. Participation et engagement communautaire dans la résilience des systèmes de santé : Cas des zones de santé post conflit de Bunyakiri et de Kalehe en province du Sud-Kivu. Kivu Medical Journal 2024 ; 2(2), 1-12.

Article reçu : 29-09-2024

Accepté : 24-11-2024

Publié : 27-11-2024

Publisher's Note : KMJ stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright : © 2024 Bitongwa MJ et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Correspondance :

Bitongwa Masumbuko. Jacques

Institut Supérieur d'Agroforesterie et de Gestion de l'Environnement de Kahuzi-Biega/Sud-Kivu, Bukavu, République Démocratique du Congo.

Mail: bitongwajacque@gmail.com

- 1 Institut Supérieur d'Agroforesterie et de Gestion de l'Environnement de Kahuzi-Biega, Sud-Kivu, Bukavu, République Démocratique du Congo.
- 2 Ecole de Santé Publique, Université de Goma, République Démocratique du Congo
- 3 Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.
- 4 Université Officielle de Bukavu, Sud-Kivu, Bukavu, République Démocratique du Congo.
- 5 Département de Médecine Interne, Université de Kisangani, Kisangani, République Démocratique du Congo.
- 6 Département de Pédiatrie, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction : La participation communautaire est une dimension importante des stratégies de développement dont elle constitue à la fois un élément du processus et une finalité. Elle est devenue une composante fondamentale des interventions de santé et est associée aux soins de santé primaires.

L'objectif global de cette étude étant de comprendre les pratiques et les expériences communautaires dans le renforcement de la résilience des systèmes de santé en zone post conflits de Bunyakiri et de Kalehe.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive. Des enquêtes transversales ont été menées dans les Zones de Santé de Bunyakiri et de Kalehe auprès de 768 personnes représentées par des chefs des ménages dont l'âge varie entre 18 à 65 ans et plus.

Résultats : Les répondants à l'enquête 57% étaient de sexe féminin et 43% de sexe masculin. Les professionnels de santé analysent à 71,9% les chocs qui affectent les communautés dans les Aires de Santé ; 70,6 % analysent les causes profondes des chocs qui affectent plus les structures de santé et 63,4% analysent les menaces de la santé. 59,8% des facteurs qui empêchent la communauté à sortir dans la vulnérabilité et 79,9% les ressources communautaires contribuent à la fonctionnalité des structures de santé.

Conclusion : L'analyse des chocs qui affectent les structures de santé, l'analyse des causes profondes des chocs, les facteurs qui empêchent de sortir dans la vulnérabilité, le changement du personnel de santé ainsi que l'analyse des relations entre la communauté et les autorités sanitaires influencent la résilience de système de santé.

Mots clés : Participation, communauté, résilience, Bunyakiri, Kalehe

Abstract

Introduction: Community participation is an important dimension of development strategies which constitutes both an element of the process and a goal. It has become a fundamental component of health interventions and is associated with primary health care. The main objective of this study was to understanding community practices and experiences in strengthening the resilience of health systems in the post-conflict areas of Bunyakiri and Kalehe.

Material and methods: This is a descriptive study. Cross-sectional surveys were carried out in the Health Zones of Bunyakiri and Kalehe among 768 people represented by heads of households whose ages range from 18 to 65 years and over.

Results: 57% of survey respondents were female and 43% were male. 71.9% of health professionals analyze the shocks that affect communities in Health Areas; 70.6% analyze the root causes of shocks which most affect health structures and 63.4% analyze health threats. 59.8% of the factors that prevent the community from emerging in vulnerability and 79.9% community resources contribute to the functionality of health structures.

Conclusion: The analysis of shocks that affect health structures, the analysis of the root causes of shocks, the factors that prevent exit into vulnerability, the change of health personnel as well as the analysis of relationships between the community and health authorities influence health system resilience.

Keywords: Participation, community, resilience, Bunyakiri, Kalehe.

Introduction

Au niveau mondial, près de la moitié de la population n'a pas accès aux services de santé nécessaires. L'accent est mis surtout sur le rôle des communautés et de leur engagement, spécialement celui des Agents de Santé Communautaires (ASC) comme moyen de parachever le système de soins de santé primaires (SSP). Reconnaisant le potentiel de la santé communautaire pour combler les lacunes en matière de couverture sanitaire, d'amélioration de la protection financière, et de soutien à l'accès à des soins de qualité, la Déclaration d'Astana de 2018 participe à renforcer le rôle de la santé communautaire dans les SSP comme vecteur d'accélération des progrès pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Avant cette Déclaration, le passage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à ceux en développement durable (ODD) a également contribué à repositionner les communautés à la fois en tant que ressources pour le renforcement des systèmes de santé, mais aussi comme sources de résilience pour les personnes et les familles. La conférence d'Alma-Ata en 1978 a reconnu la participation communautaire comme la base de la prestation des soins de santé primaires. C'est ainsi que la communauté participe, s'engage et prend ses

responsabilités en mobilisant ses propres ressources pour réduire les inégalités de l'accès aux soins. En 2008, la conférence d'Ouagadougou [1] a réaffirmé l'importance de l'implication, la participation et l'autonomie communautaire pour réaliser des progrès en matière de santé. En outre, des avancées constatées en Afrique [2] parmi lesquelles l'amélioration des indicateurs sur la santé de la mère [3] et de l'enfant, témoignent de la rentabilité des interventions de santé communautaire.

Pour la charte d'Ottawa de novembre 1986[4]. Elle présente toutes les stratégies de la santé regroupées à l'intérieur d'un cercle structuré autour de deux axes visant la santé pour tous en premier lieu de renforcer l'action communautaire en santé et en deuxième lieu d'établir des politiques publiques saines. Dans cette charte, la transparence affichée conduit à une logique à deux types d'actions prioritaires pour promouvoir la santé à savoir : (i) développer un vrai partenariat avec la population et (ii) faire la santé globale un enjeu de politique locale et nationale

En 2016, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a lancé une collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la

Fondation Bill & Melinda Gates pour faire progresser les engagements des pays, de sorte que les communautés deviennent des ressources dans les systèmes des SSP afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). La collaboration pour l'intégration de la santé communautaire a généré un mouvement mondial, comptant plus de vingt pays, pour élever les priorités nationales et les progrès réalisés destinés à institutionnaliser la santé communautaire dans les systèmes de soins de santé primaires.

La participation communautaire est une dimension importante des stratégies de développement dont elle constitue à la fois un élément du processus et une finalité. Elle est devenue une composante fondamentale des interventions de santé et elle est systématiquement associée aux soins de santé primaires(SSP). Selon Midgley J et al 1986 [5] ,la participation communautaire aurait 3 possibles sources :(i) l'idéologie occidentale basée sur les principes démocratiques tels que la prise des décisions par les citoyens ordinaires et l'autodétermination ,(ii) la décolonisation des pays en développement dans les années 1950 et 1960 soit à l'origine du mouvement de développement communautaire, stratégie favorisée premièrement par les missionnaires, puis adapté par les Nations Unies pour promouvoir le développement social et économique des régions rurales des nouvelles nations et enfin (iii) l'origine de la participation communautaire serait liée au travail social occidental qui favorise les actions politiques pour exiger des changements , des améliorations et au radicalisme communautaire basé sur l'idéologie marxiste qui veut élever le niveau de conscience politique des opprimés. Dans le secteur de la santé, le processus de participation communautaire se réfère au fait que les familles et individus prennent en charge leur propre santé, leur bien-être et développent leur capacité à concourir eux-mêmes à ceux-ci comme à ceux de la communauté. Elle aspire nombreux avantages dans la communauté dont l'amélioration de l'état de santé de population, permet une meilleure accessibilité aux services de soins de santé, fait en sorte que le système de santé et les services offerts répondent aux besoins réels des bénéficiaires et améliore la qualité des services. Pour organiser son système de santé selon le principe des soins de santé primaires, en RDC chaque Zone de Santé dispose chacune d'un hôpital de référence où œuvrent un ou plusieurs médecins ; chaque ZS est découpée en plusieurs Aires de Santé(AS) au sein de laquelle un Centre de Santé(CS) est géré par un(e) infirmier(ère) et des auxiliaires de santé assurent les soins préventifs (vaccination) et les soins curatifs de

premier niveau à la population. Dans la participation communautaire au niveau des AS, un Comité de Développement de l'Aire de Santé(CODESA) composé de représentant de la population cogère le Centre de Santé avec son personnel en particulier avec l'infirmier(ère) titulaire. Des relais communautaires(RECO) sont également mobilisés, volontaire et bénévole, choisi par la communauté, chaque relai communautaire s'occupe d'environ 25 à 40 ménages. Il (elle) transmet les messages de promotion de la santé, assure les actions de prévention et joue un rôle de veille sur la santé de la communauté.

Les RECO se réunissent régulièrement au sein de cellules d'animation communautaire(CAC) où l'échange d'informations permet la détection précoce des épidémies et des phénomènes anormaux dans la communauté qu'ils transmettent aux Formations Sanitaires(FOSA) afin de prendre une action urgente. Bien que la participation communautaire est effective dans les AS, elle est confrontée à certaines limites liées au manque d'accès à l'information, au manque de formations sur la détection des cas des différentes pathologies, à la pauvreté, aux us et coutumes d'où la faible accessibilité socioculturelle, au manque des motivations des communautés et à ceci s'ajoute les conflits récurrents dans différentes communautés qui ne permettent pas aux RECO d'accéder à toutes communautés d'une même aire géographique. Malgré les difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission au compte de la population, les RECO sont totalement engagé pour l'atteinte de l'équité en santé ce qui permet la résilience des individus ainsi que les FOSA au moment des prises de décision ce qui corrobore « un engagement communautaire efficace au moment de prendre des décisions au sujet de priorité aura un effet positif sur l'état de santé des individus et des populations [6].Au niveau de communauté, un constat d'un changement de paradigme est observable car la participation des communautés n'est plus perçue comme une erreur en santé publique, mais plus comme faisant partie intégrante du système de santé [7]. Dans les ZS de Bunyakiri et de Kalehe post conflit, le système de santé(FOSA) accorde une priorité au bagage de connaissances des communautés, on exprime la volonté de tout le monde y compris les autorités locales pour mettre en œuvre la vision d'un engagement communautaire pour l'atteinte des objectifs communautaires d'accès équitables aux soins de santé ce qui confirme certains auteurs « lorsque les cadres de direction et le personnel interagissent directement avec les membres des communautés, ils montrent la mesure

dans laquelle ils valorisent l'engagement communautaire[8].

L'objectif global de cette étude est de Comprendre les pratiques et les expériences communautaires dans le renforcement de la résilience des systèmes de santé en zone post conflits de Bunyakiri et de Kalehe. D'une manière spécifique est d'(e):

Analyser les pratiques, les expériences communautaires de résilience face aux chocs pour réduire les risques de crise dans les structures de santé ;

Déterminer l'implication des ressources communautaires dans la résilience des systèmes de santé en Zone post conflit

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, la population d'étude est constituée des habitants des ZS de Bunyakiri et de Kalehe, la cible est constituée spécifiquement des chefs de ménages dont l'âge varie de 18 à 65 ans ou plus. Cette étude couvre une période allant du 02 février 2024 au 31 juillet 2024 soit 6 mois.

La présente étude s'est déroulée à l'Est de la République Démocratique du Congo, province du Sud-Kivu, Territoire de Kalehe dans les Zones de Santé de Bunyakiri et de Kalehe. Ces deux Zones de Santé sont issues du découpage de l'ancienne Zone de santé de Katana à travers l'arrêté du gouverneur de la province du Sud-Kivu n°01/07/072/CAB/GP-SK/2003 du 12/12/2003 à l'époque de la rébellion du Rassemblement Congolais pour la Démocratie (RCD) [9].

Critères d'inclusion et d'exclusion dans l'étude

Ont été inclus dans cette étude, tout habitant des AS cible de l'enquête dans les ZS de Bunyakiri et de Kalehe, les chefs de ménage, homme ou femme âgé de 18 à 65 ans présents le jour de la collecte des données. Ont été exclus tous les absents dans les AS cible de l'enquête le jour de la collecte des informations et toute personne habitant hors d'aires de santé ciblées lors de la recherche.

Echantillonnage, collecte et traitement des données
Pour calculer la taille de l'échantillon la formule de Schwartz était utilisée:

$$n = \frac{Z^2 \cdot X \cdot P(1-P)}{m^2}$$

Avec :

n = taille d'échantillon requise

z = niveau de confiance à 95% (1,96)

p = proportion de la population exposée (50%)

m = marge d'erreur à 5% (0,05)

$$n = \frac{Z^2 \cdot X \cdot P(1-P)}{m^2} = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{(0,05)^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,0025} = \frac{0,9604}{0,0025} = 384,16$$

≈ 384 ménages à enquêter par Zone de Santé.

Cet échantillon était multiplié par 2 soit (384x2) le nombre des ZS qui donne un total de 768 ménages enquêtés dans toute l'étude. Les informations étaient collectées à l'aide d'un questionnaire d'enquête conçu dans Kobocollect.

Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et traitées sur Microsoft Excel 2013 puis les analyses grâce au logiciel SPSS version 23, les résultats générés ont été présentés en tableaux et images. Le seuil de signification statistique retenu était fixé à 5 % avec p-Value ≤ 0,05 et l'intervalle de Confiance de 95% était pris en compte. Différentes analyses étaient faites entre autre : analyse uni varié, et l'analyse bi-variée.

Considérations éthiques

Le protocole de cette recherche était soumis au comité d'éthique de l'Université de Goma pour analyse et approbation. Au niveau des ZS, une autorisation nous a été livrée par les BCZS des ZS de Bunyakiri et de Kalehe pour nous permettre d'entrer en contact avec les IT, les CODESA et les professionnels de la santé dans les AS. Du côté des autorités politico-administratives et locales à leur tour ont admis aux enquêteurs d'entrer en contact avec les chefs des ménages des AS.

Résultats

Profils sociodémographiques des personnes enquêtées

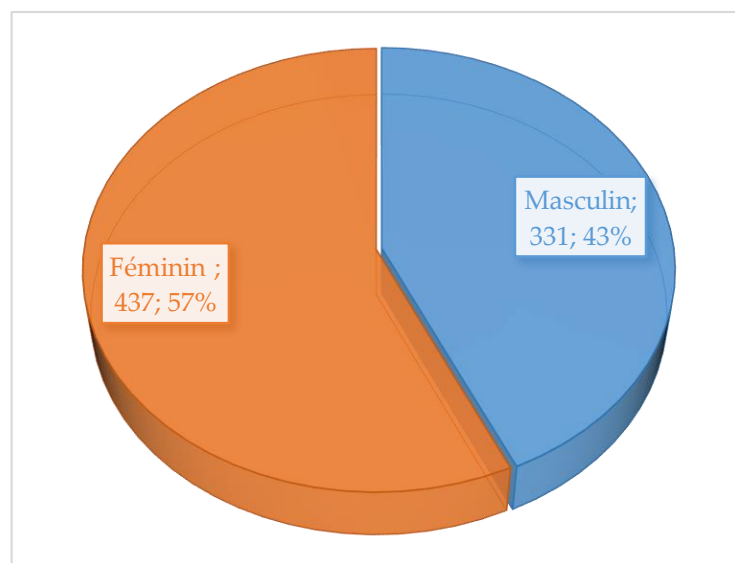


Figure 1 : Personnes enquêtées par Sexe

De cette figure, ressort que la majorité des personnes interrogées dans cette étude était de sexe féminin avec une forte dominance que les hommes.

L'âge des enquêtés varie entre 26 - 35 ans et de 36 à 45 ans, $p= 0,003$ et d'un profil du niveau d'éducation secondaire et dont la plupart sont des agriculteurs et petits commerçants, $p=0,000$. En matière de résilience des systèmes de santé, l'analyse des résultats montre que le sexe $p=0,016$, l'âge et la profession des répondants jouent une influence significative dans la participation et l'engagement des communautés dans la résilience des systèmes de santé. (Tableau I)

Analyse des expériences communautaires de la résilience des systèmes de santé pour réduire les risques post conflit

A travers différentes expériences communautaires, des bonnes pratiques, des expériences des communautés sont prise en compte dans la survie des structures de santé par les autorités ayant la gestion des FOSA dans les AS afin de réduire les risques de crise dans les structures de santé. Au niveau des structures, les responsabilités sont partagées en se basant sur les objectifs poursuivis (construction, prestation de services, renforcement des capacités communautaires). L'approche communautaire de l'analyse de la résilience de système de santé assure une meilleure appropriation des structures de santé par la communauté permettant son renforcement et sa viabilité. Les Organes des Participations Communautaires(OPCOM) entre autre les Organisations à Base Communautaire(OBC) ou Organisation Communautaire de Base(OCB) ou encore Organisation à Assise Communautaire(OAC), Groupe d'Initiative Communautaire(GIC), les Cellules d'Animation Communautaire(CAC), le Relais Communautaire et le Comité de Développement de l'Aire de Santé(CODESA) font partie des organisations communautaires dans la gamme des Organisations de la Société Civile(OSC) qui accomplissent des nombreux microprojets communautaires, agissent avec les moyens de bord, ils contrôlent les actions réalisées par différentes structures tant privées qu'étatiques. La qualité de leurs réalisations et de contrôle est extrêmement variable et dépend des ressources et capacités d'organisation dans chaque AS.

Près de la moitié des personnes interrogées dans les ZS de Bunyakiri et de Kalehe ont affirmé que les professionnels de la santé (infirmiers, le comité de santé, le relais communautaire, le CODESA,...) analysent les chocs qui affectent les communautés dans les AS , $p= 0,000$; Ces chocs sont entre autres les pillages de structures de santé par des groupes armés intercommunautaires, la mauvaise gouvernance du pouvoir public, le manque de subvention de structure de

santé , la faible capacité des FOSA et l'insuffisance des matériels et équipements. (Tableau II)

Analyse de l'implication des ressources communautaires dans la résilience des systèmes de santé

Ressources Humaines locales en santé (RHLS)

Au niveau des ZS les RHLS sont toutes les personnes qui occupent différentes fonctions dans les structures de santé qui sont dotées d'une formation en santé et qui travaillent pour améliorer la santé de la population. Dans ce groupe figure les personnes qui perçoivent un salaire ou une prime et ceux qui œuvrent comme volontaire ou bénévole dans le FOSA.

Cependant, les RHLS sont confrontées à des nombreux défis dans l'exercice de leur fonction, dont voici quelques-uns : (i) Mauvaises conditions de travail dans les FOSA, (ii) Formation insuffisante en santé publique, (iii) Instabilité des professionnels de la santé au niveau local.

Les personnes interrogées en majorité affirment que les savoir faire des ressources humaines locales sont valorisés par les structures Sanitaires ($p=0,011$). Les capacités locales sont plus engagées et acceptés par les communautés ce qui influence la résilience de système de santé. Au niveau des ménages les formations sont organisées par les CAC, CODESA, en regroupant les individus en Groupe d'Initiative Communautaire(GIC) pour la mise en valeur de revenus et actif en prévision des soins de santé ($p= 0,003$).

Au niveau des FOSA, il existe des mécanismes de gestion des plaintes (boîte à suggestion, numéro de téléphone,) adapté aux points de vus des communautés qui permettent de considérer leurs avis et les mesures correctives s'en suivent au niveau de structure de santé ($p= 0,000$) et qui renforcent la survie des structures de santé dans les AS. (Tableau III)

Bonnes pratiques communautaires dans la résilience des structures de santé

Les agents de santé de santé intègrent les acteurs clés et les partenaires communautaires dans la réponse qu'ils apportent à la communauté.

Les prestataires des soins acquièrent certaines leçons dans la communauté ceci lors d'exécutions des activités de vaccination et de campagne des masses. En suite Capitalisent les bonnes pratiques communautaires liées aux US et coutumes lors de la prestation des soins dans des structures sanitaires communautaire.

Approche communautaire dans la résilience des systèmes de santé

L'approche communautaire dans la résilience des systèmes de santé est prise comme une approche de santé publique au niveau des AS impliquant la participation locale des habitants de chaque village pour identifier les problèmes auxquels ils sont confrontés et trouver des solutions à court et à moyen terme avec l'aide des animateurs locaux, humanitaires et professionnels de la santé. Au niveau communautaire, il existe un lien entre le système sanitaire « formel » et la communauté qui s'explique grâce à un agent de santé communautaire » (Relais Communautaire) dont les rôles et responsabilités varient selon les engagements dans une structure sanitaire à un autre. Ces agents de santé (RECO) ont un rôle primordial pour coordonner la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités préventives, promotionnelles au niveau communautaire dont l'efficacité a été démontrée en termes de résultats obtenus au niveau des AS dans la résilience de système de santé. L'implication des communautés dans les activités préventives et éducatives est faite en fonction de partage des responsabilités dans la gestion au niveau des Centres de Santé(CS) via les Aires de Santé(AS) ou nous avons de comité de santé(CODESA) et des agents de santé communautaire communément appelé Relais Communautaires(RECO) tous en intégrant l'implication des acteurs clés et d'autres parties prenantes dans la réponse des interventions au niveau de structure sanitaire dans la communauté.

Discussion

Profils sociodémographiques des répondants

De cette étude, ressort que la majorité des personnes interrogées était de sexe féminin représentant 56,9%, [OR = 0,704, IC à 95 % (0,528-0,937) ; p=0.016]. La tranche d'âge entre 26 - 35 ans et de 36 à 45 ans était dominante respectivement 33,1% et 27,7%, [OR = 16,253 ; IC à 95 % (0,001-0,003) ; p=0.003] et d'un niveau d'instruction, du primaire 20,1 %, de secondaire 27,2% et de diplôme d'Etat 21,6% [OR = 4,586 ; IC à 95 % (0,586-0, 605), p=0.598]. La plupart des enquêtés étaient des agriculteurs à 42,6% et petits commerçants 20,7%, [OR = 40,353, IC à 95 % (0,000-0,000), p=0.000] avec comme taille déménagement dominante de 5 à 8 personnes 37,1% [OR = 4,573 ; IC à 95 % (0,348-0,329), p=0.334] suivi des ménages de 2 à 4 personnes 35,5%. Nos résultats s'éloignent de ceux des études menées par d'autres chercheurs avaient enquêtés 92,4% de sexe féminin au Québec [10]. Dans une recherche qui parle de la

résilience des systèmes de soins de santé et 31,25% des chefs des ménages de sexe féminin dans une étude au Burkina Faso sur l'analyse transversale des facteurs qui influencent la résilience communautaire [11]. Du point de vue niveau d'instruction des répondants, nos résultats sont presque similaires de ceux trouvés au Burkina Faso avec 21,74% du niveau primaire et 21,74% le niveau secondaire. En ce qui concerne l'âge des personnes enquêtées dans les ménages, nos résultats ne sont pas éloignés de ceux trouvés au Québec selon lesquels la tranche d'âge 25 à 34 ans 24,8% et 35 à 44 ans 30,7%.

Des expériences communautaires de la résilience des systèmes de santé pour réduire les risques post conflit Les professionnels de santé analysent à 71,9% les chocs qui affectent les communautés dans les AS [OR = 0,549 ; IC à 95%(0,756-0,399) ; p=0,000]. L'étude a montré que 70,6 % des agents de santé analysent les causes profondes des chocs qui affectent plus les structures de santé [OR= 0,721 ;IC à 95% (0,528-0,985),p=0,040] dont la prolifération des Centre de Santé, des Centres Hospitaliers (CH) et les Postes de Santé(PS) non reconnus dans la pyramide sanitaire provinciale .L'étude a montré que les professionnels de la santé, les CODESA ainsi que les Relais Communautaires analysent à 63,4% les menaces de la santé selon la vision communautaire, [OR = 0,790 ; IC à 95%(0,588-1,060) p=0,116] ainsi que l'analyse à 59,8% des facteurs qui empêchent la communauté à sortir dans la vulnérabilité, [OR = 0,536 ;IC à 95% (0,400-0,719), p=0,000] en mettant un accent particulier à la pauvreté des prestataires de soins ainsi qu'à celle de la communauté, le non accès aux soins et le déséquilibre dans la prise en charge des malades. Les personnes touchées dans les enquêtes avaient démontré à 69% que les professionnels de santé identifient dans chaque AS les leaders locaux et leurs influences sur la communauté [OR = 0,930 ; IC à 95% (0,685-1,262), p=0,640]. Au niveau de chaque AS, les opinions des participants à l'étude ont démontré à 49,5% que les communautés tiennent compte des changements des agents dans les structures de santé [OR = 1,51 ; IC à 95%(0,143-2,019), p=0,004]. Cette attitude prouve une nette indépendance dans le fonctionnement des FOSA. En plus, les professionnels de santé selon l'étude, ils analysent à 70,1% la relation entre la communauté et l'autorité assurant le servi de santé dans chaque AS afin d'améliorer leur relation [OR = 0,671 ; IC à 95% (0,492-0,916), p=0,012].

De l'implication des ressources communautaires dans la résilience des systèmes de santé

Les résultats montrent que la majorité des enquêtés 79,9% affirment que les ressources communautaires (ressources humaines locales, ressources financières et matérielles) contribuent à la fonctionnalité des structures de santé compte tenu de leurs implications et la participation active dans les activités du secteur de la santé [OR = 0,850 ; IC à 95% (0,597-1,211) p= 0,367]. Il a été prouvé à travers les informations collectées en sondage dans la communauté que les ressources financières issues des recettes générées au niveau des structures de santé sont utilisées à travers la clé de répartition ; les ressources matérielles et les médicaments sont bien gérées par le professionnel de santé [OR = 0,618 ; IC à 95%(0,459-0,833)p= 0,002] ; Cette bonne gestion influence la fonctionnalité et la bonne marche des activités au niveau des structures de santé et contribue à la résilience des structures de santé. Il a été constaté par 46,9% des enquêtés que le coût des soins de santé au niveau des structures de santé sont assurés par les ménages dans les AS touchées en plus adapté à la vulnérabilité de la communauté en mettant l'accent sur l'état de pauvreté que court la population [OR = 0,287 ; IC à 95% (1,712-3,056), p= 0,000]. Nos résultats sont éloignés de 75% des ménages qui assuraient les dépenses de soins médicaux trouvés dans une étude par Jean-François Médard au Cameroun [12]. Le gros des consommables ainsi que le frais de fonctionnement sont acquis à travers les ressources financières locales issues de la clé de répartition des recettes générées par les structures de santé par la taxation des coûts de soins adaptés à la vulnérabilité de la communauté. Ces informations corroborent avec les opinions des informations collectées par Jean François Médard qui dans son étude, du point de vue financier, les apports des malades à travers la facturation constituaient 94,70% des recettes de la structure qui était répartie selon une clé de répartition de 53,19% les frais de personnel et 27,58% pour l'achat des médicaments [12]. La présence des médicaments au sein des structures de santé est conditionnée par le paiement des frais de consultation par les malades, une situation qui ne pas différente de celle annoncée par Didier Fassin et Eric Fassin dans leur étude « participation communautaire et comités de santé au Sénégal » [13]. Dans cette étude, les auteurs ont montré que les frais de consultation dans le dispensaire de Pikine au Sénégal sont conditionnés par la paie des médicaments par les malades.

Des Ressources Humaines Locales en Santé (RHLS)

71,4% des enquêtés affirment que les savoir faire des ressources humaines locales sont valorisés par les

structures Sanitaires [OR = 3,214 ; IC à 95% (1,252-8,255), p= 0,011]. Ces Ressources humaines locales sont moins expérimentées, la majorité sont en début des carrières résidant dans leurs familles, ces résultats sont conformes aux opinions trouvés dans une étude au Niger [14]. « les personnes affectées dans les zones les plus complexes qui nécessitent des RH expérimentées sont, en fait, celles qui, en début de carrière ou pour des raisons familiales/sociales, disposent de peu d'appuis haut placés, les plus jeunes non mariées et les plus précaires contractuels, autrement dit les moins expérimentés »

Le résultat de l'enquête montre qu'au niveau des ménages les formations sont organisées à 66,4 % par les CAC, CODESA, en rassemblant les individus en Groupe d'Initiative Communautaire (GIC) composé des Associations Villageoises d'Epargne et de Crédit (AVEC) pour la mise en valeur de revenus et actif en prévision des soins de santé dans les ménages [OR = 4,098, IC à 95%(1,520-11,047), p= 0,003]. Les personnes touchées dans cette recherche relèvent à 63,3% qu'il existe des mécanismes de gestion des plaintes (boîte à suggestion, numéro de téléphone, points focaux et adresse mail) adapté aux points de vue des communautés qui permettent de considérer leurs avis et les mesures correctives s'en suivent au niveau de structure de santé [OR = 9,045 ; IC à 95% (2,595-31,525), p= 0,000] et qui renforcent la survie des structures de santé dans les AS.

Bonnes pratiques communautaires dans la résilience

En matière de bonnes pratiques communautaires dans la résilience des systèmes de santé, il a été prouvé à 66,3% que les professionnels de santé intègrent les acteurs clés et les partenaires communautaires dans la réponse qu'ils apportent à la population [OR = 5,327 ; IC à 95% (1,878-15,110), p= 0,000]. Cette intégration a lieu dans les activités d'intérêt communautaire au niveau des AS ; les prestataires des soins acquièrent certaines leçons dans la communauté ceci lors d'exécutions des activités de vaccination et de campagne des masses. En suite Capitalisent et mettent en pratiques à 66,1% les bonnes leçons apprises dans la communauté liées aux US et coutumes lors de la prestation des soins dans des structures sanitaires communautaires, [OR = 5,295, IC à 95% (1,867-15,019), p= 0,000]

De l'approche communautaire dans la résilience des systèmes de santé

De cette recherche ressort que la majorité des personnes enquêtées, 73% avaient déclaré une bonne appréciation de la participation locale à travers l'implication des communautés dans les stratégies de résilience de structure de santé [OR = 2,788 ; IC à 95%(7,123-1,091), p=

0,026] et 72% la participation communautaire à travers les contributions locales matérielles, financières et temporelles pour la construction et ou réhabilitation des infrastructures sanitaires de Centre de santé et Poste de Santé dans les aires de santé, [OR = 4,263 ; IC à 95%(11,148-1,630),p= 0,001].

Conclusion

Au terme de cette étude, l'analyse de nos résultats montre que le sexe, l'âge et la profession des répondants jouent une influence significative dans la participation et l'engagement des communautés dans la résilience des systèmes de santé.

Il s'avère de souligner que différentes analyses faites par les professionnels de santé dans la communauté entre autre : les chocs qui affectent les structures de santé, les causes profondes des chocs, les facteurs qui empêchent de sortir dans la vulnérabilité, le changement du personnel de santé ainsi que l'analyse des relations entre la communauté et les autorités sanitaires influencent aussi la résilience de système de santé au niveau communautaire. A ceci s'ajoute les savoirs faire des ressources humaines locales, la Capitalisation des bonnes pratiques de la communauté par les professionnels de santé, l'intégration des leçons apprises dans la communauté au niveau de structure de santé par les agents de santé et l'implication des communautés dans les stratégies de résilience de structure de santé constituent des facteurs qui influencent positivement la résilience des systèmes de santé partant des analyses au niveau communautaire.

Contributions des auteurs :

BMJ: Conception et rédaction finale de l'étude, SMM,: TBK,, ZKT et SWO : Appui conseil, supervision et encadrement de chercheurs de l'étude, ERB : Appui à l'analyse et interprétation des résultats, AKK, PMLM : Lecture et appui conseil à l'étude

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé, 2008. Déclaration d'Ouagadougou sur les Soins de santé primaires et le système de santé en Afrique : Améliorer la santé au cours du nouveau millénaire. Bureau Régional Afrique. AFR/RC 58/11. Août 2008
2. Nations Unies. 2015. Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport 2015
3. Singh P., Sacdhs J. 2013. One million community health workers in Sub-Saharan Africa by 2015. Publication en ligne. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62002-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62002-9). Lancet 2013 ; 382 ;363-65
4. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: Conférence internationale pour la promotion de la santé, 17 au 21 Novembre 1986.
5. Community participation, social development, and the state; Editeur: Methuen,London 1986
6. Haldane, V., F.L.H. Chuah, A. Srivastava, S.R. Singh, G.C.H. Koh, C.K. Seng et al. (10 mai 2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: a systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLoS One. Vol. 14, no 5, article e0216112 [25 p.]. Doi : 10.1371/journal.pone.0216112
7. South, J. et G. Phillips. (Juillet 2014). Evaluating community engagement as part of the public health system. Journal
8. Schoch-Spana, M., T.K. Sell et R. Morhard. (Juin 2013). Local health department capacity for community engagement and its implications for disaster resilience. Biosecur Bioterror. Vol. 11, no 2, p. 118–129. Doi : 10.1089/bsp.2013.0027
9. Arrêté N° 01/07/072/CAB/GP-SK/2003 DU12/12/2003 portant découpage de zones de sante dans la province du Sud-Kivu
10. Charles Fleury, Nancy Côté, Simon Coulombe, Émilie Dionne, Yannick Dufresne, Isabelle Feillou et Sylvain Luc : RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DES SOINS DE SANTÉ : Analyse longitudinale et multidimensionnelle de la confiance dans le système de santé et des services sociaux du Québec.https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Rapport%20Final_R%C3%A9silience%20des%20syst%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9.pdf consulté 26 septembre 2024
11. Noel Kibsa Palingwende KABORE :Analyse transversale des Facteurs influençant la résilience communautaire face aux crises humanitaires dans le village de Zabga au Burkina Faso, Aout 2024 RUFSo Revue "Universitésans Frontières pour une SociétéOuverte"ISSN : 2313-285x (en-ligne) Volume 36 : numéro 8 DOI : 10.55272/rufso.rjsse ; 12 aout 2024
12. Jean-François Médard, « Décentralisation du système de santé publique et ressources

humaines au Cameroun », Bulletin de l'APAD [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 27 mars 2006, consulté le 01 octobre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/apad/35> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad>

13. Didier Fassin et Eric Fassin : La santé Publique sans l'Etat ? Participation Communautaire et Comités de Santé au Sénégal ; Source: Revue Tiers Monde, Octobre-Décembre 1989, Vol. 30, No. 120 (Octobre-Décembre 1989),

Published by: Publications de la Sorbonne
Stable

URL:

<https://www.jstor.org/stable/23591370>,
consulté le 18 septembre 2024

14. Jean-François Caremel et al : Problèmes de déploiement des ressources humaines de santé au Niger Contraintes, solutions à l'œuvre et nouvelles pistes d'actions ; Laboratoire d'étude et de recherche sur les dynamiques sociales et le Développement local (LASDEL), mars 2016
-

Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées

Variables	ZS de Bunyakiri n= 384 (%)	ZS de Kalehe n= 384 (%)	Total n=768(%)	OR (IC à 95 %)	p
Age					0.003
18 - 25 ans	86(22,4)	102(26,6)	188(24,5)	16,253 (0,001-0,003)	
26 - 35 ans	130(33,9)	124(32,3)	254(33,1)		
36 - 45 ans	98(25,5)	115(29,9)	213(27,7)		
56 - 65 ans	48(12,5)	39(10,2)	87(11,3)		
66 ans ou plus	22(5,7)	1(1,0)	26(3,4)		
Education					0.598
Aucune	65(16,9)	74(19,3)	139(18,1)	4,586 (0,586-0, 605)	
Primaire	68(17,7)	86(22,4)	154(20,1)		
Secondaire	110(28,6)	99(25,8)	209(27,2)		
Diplôme d'Etat	87(22,7)	79(20,6)	166(21,6)		
Graduat (A1)	29(7,6)	26(6,8)	55(7,2)		
Licencié	13 (3,4)	9(2,3)	22(2,9)		
Formation professionnelle	12(3,1)	11(2,9)	23 (3,0)		
Profession					0.000
Agent de l'Etat	78(20,3)	35(9,1)	113(14,7)	40,353 (0,000-0,000)	
Agriculteur	162(42,2)	165(43,0)	327(42,6)		
Eleveur	19(4,9)	26(6,8)	45(5,9)		
Métier libéral	58(15,1)	48(12,5)	106(13,8)		
Pêcheur	0	18(4,7)	18(2,3)		
Petit commerçant	67(17,4)	92(24,0)	159(20,7)		
Taille du ménage					0.334
Une personne	38(9,9)	33(8,6)	71(9,2)	4,573 (0,329-0,348)	
2 à 4	137(35,7)	136(35,4)	273(35,5)		
5 à 8	132(34,4)	153(39,8)	285(37,1)		
9 à 12	65(16,9)	56(14,6)	121(15,8)		
13 ou plus	12(3,1)	6(1,6)	18(2,3)		

Analyse des expériences communautaires de la résilience des systèmes de santé pour réduire les risques post conflit

Tableau II : Analyse des expériences communautaires de la résilience des systèmes de santé pour réduire les risques post conflit

Variables	ZS de Bunyakiri n =384(%)	ZS de Kalehe n =384(%)	Total n=768(%)	OR (IC à 95 %)	p
Analyse de la résilience					
Analyse des chocs qui affectent les communautés dans les Aires de Santé par les agents de santé (Professionnel de santé)					0,000
Oui	299(77,9)	253(65,9)	552(71,9)	0,549 (0,399-0,756)	
Non	85(22,1)	131(34,1)	216(28,1)		
Analyse des causes profondes de chocs /crise affectant les structures de santé dans les communautés par les agents de santé (Professionnel de santé)					0,040
Oui	284(74,0)	258(67,2)	542(70,6)	0,721 (0,528-0,985)	
Non	100(26,0)	126(32,8)	226(29,4)		
Analyse des menaces de la santé par les agents de santé selon la vision de la communauté					0,116
Oui	254(66,1)	233(60,7)	487(63,4)	0,790 (0,588-1,060)	
Non	130(33,9)	151(39,3)	281(36,6)		
Analyse des facteurs qui empêchent la communauté de sortir dans la vulnérabilité par les agents de santé					0,000
Oui	258(67,2)	201(52,3)	459(59,8)	0,536 (0,400-0,719)	
Non	126(32,8)	183(47,7)	309(40,2)		
Identification des leaders locaux et leur influence sur la communauté par les agents de santé					0,640
Oui	268(69,8)	262(68,2)	530(69,0)	0,930 (0,685-1,262)	
Non	116(30,2)	122(31,8)	238(31,0)		
Pris en compte par les communautés des changements des agents/personnel dans les structures de santé					0,004
Oui	170(44,3)	210(54,7)	380(49,5)	1,519 (01,143-2,019)	
Non	214(55,7)	174(45,3)	388(50,5)		
Analyse de relation entre la communauté et l'autorité assurant les services de santé par les agents de santé					0,012
Oui	285(74,2)	253(65,9)	538(70,1)	0,671 (0,492-0,916)	
Non	99(25,8)	131(34,1)	230(29,9)		

Analyse de l'implication des ressources communautaires dans la résilience des systèmes de santé

Tableau III : Analyse bi varié de la résilience des RHLS en ZS de Bunyakiri et de Kalehe

Variables	Structure de santé fonctionnelle et prestation des soins de santé chaque jour du 31 janvier au 31 décembre de l'année sans fermeture				p
	Oui	Non	n=768(%)	OR IC 95%	
Capacités locales					
Savoirs faire des ressources humaines locales valorisés par les structures de santé					0,011
Oui	540(72,0)	8(44,4)	548(71,4)	3,214 (1,252-8,255)	
Non	210(28,0)	10(55,6)	220(28,6)		
Organisation de formation communautaire de mise en valeur des revenus et actifs en prévision de soins de santé par professionnel de santé					0,003
Oui	504(67,2)	6(33,3)	510(66,4)	4,098 (1,520-11,047)	
Non	246(32,8)	12(66,7)	258(33,6)		
Mécanisme de gestion de plaintes/feedback adapté aux avis des communautés considérés avec des mesures correctives au niveau de structure de santé					0,000
Oui	483(64,4)	3(16,7)	486(63,3)	9,045 (2,595-31,525)	
Non	267(35,6)	15(83,3)	282(36,7)		

Bonnes pratiques communautaires dans la résilience des structures de santé

Tableau IV : Bonnes pratiques communautaires dans la résilience des structures de santé

Variables	Structure de santé fonctionnelle et prestation des soins de santé chaque jour du 31 janvier au 31 décembre de l'année sans fermeture				P-value
	Oui	Non	n=768(%)	OR IC 95%	
Bonnes pratiques					
Capitalisation des bonnes pratiques de la communauté par les professionnels de santé					0,000
Oui	504(67,2)	5(27,8)	509(66,3)	5,327 (1,878-15,110)	
Non	246(32,8)	13(72,2)	259(33,7)		
Intégration les leçons apprises dans la communauté au niveau de structure de santé par les agents de santé					0,000
Oui	503(67,1)	5(27,8)	508(66,1)	5,295 (1,867-15,019)	
Non	247(32,9)	13(72,2)	260(33,9)		
Implication des communautés dans les stratégies de résilience de structure de santé					0,026
Oui	552(73,6)	9(50,0)	561(73,0)	2,788 (1,091-7,123)	
Non	198(26,4)	9(50,0)	207(27,0)		