

## Etat des lieux de la participation communautaire à la promotion de la santé en contexte de conflit et de fragilité : Opérationnalité de la dynamique communautaire dans la Zone de Santé de Logo, Ituri, République Démocratique du Congo.

Overview of community participation in health promotion in conflict and fragility contexts: Operationality of community dynamics in the Logo Health Zone, Democratic Republic of Congo

Chrisante Ibrahim UCIRCAN BULE<sup>1,\*</sup>, Dieu-Merci AMUDA BABA<sup>1</sup>, Jacques LOFANDJOLA MASUMBUKU<sup>2</sup>, Gérard ELOKO EYA MATANGELO<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Section Gestion des Organisation de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, Ituri, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

<sup>3</sup> Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

### RESUME:

La République Démocratique du Congo déploie depuis cinq ans une nouvelle dynamique communautaire de promotion de la santé à travers le Plan Stratégique National de Santé Communautaire. Toutefois, ses structures locales : Comités de Développement Sanitaire, Cellules d'Animation Communautaire et Relais Communautaires (RECO), rencontrent d'importantes limites opérationnelles, particulièrement dans les contextes de conflit et de fragilité comme la Zone de Santé de Logo. Cette étude transversale a évalué la participation communautaire à la promotion de la santé dans cette zone, en analysant la couverture des organes, le mode de sélection de leurs membres, la participation féminine, la représentativité des groupes spécifiques et leurs activités. Elle ciblait les instances de participation communautaire actives : les comités de santé et de développement, les unités de sensibilisation communautaire, les agents de santé communautaires en activité depuis au moins un an, ainsi que les infirmières en chef. Un échantillonnage aléatoire a été utilisé pour constituer l'échantillon de 395 participants. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaire, entretien structuré et analyse documentaire via l'application Kobo-Collect. SPSS et Excel, utilisant des statistiques descriptives basées sur l'analyse de fréquence, ont été utilisés pour analyser les données. Cette étude met en évidence une organisation structurelle relativement conforme aux exigences nationales, caractérisée par une forte couverture des RECO (87,4 %), une sélection démocratique des membres (44,4%) et une représentation féminine dépassant les seuils nationaux (41,3%). Cependant, cette solidité structurelle contraste avec une opérationnalisation limitée : la couverture par les Cellules d'Animation Communautaire demeure faible (29,9 %), et celles qui existent fonctionnent de manière irrégulière (27,3%). Parallèlement, les Comités de Développement Sanitaire se concentrent principalement sur la gestion des centres de santé (41,7%), tandis que les relais communautaires restent majoritairement orientés vers les activités préventives liées aux maladies prioritaires comme le paludisme (84,3%), laissant peu de place aux interventions portant sur les déterminants sociaux de la santé. L'étude a montré certaines anomalies fonctionnelles qui compromettent l'atteinte des objectifs nationaux en matière de santé communautaire. Des stratégies innovantes et ciblées de renforcement des compétences, d'encadrement et de repositionnement des acteurs s'avèrent indispensables pour dynamiser durablement la promotion de la santé au niveau local.

Mots-clés : Participation communautaire, promotion de la santé, conflit et fragilité, zone de santé de Logo, République Démocratique du Congo.

### ABSTRACT :

For the past five years, the Democratic Republic of Congo has been implementing a new community-based approach to health promotion through the National Strategic Plan for Community Health. However, its local structures Health Development Committees, Community Coordination Units, and Community Health Workers face significant operational limitations, particularly in conflict and fragile contexts such as the Logo Health Zone. This study assessed community participation in health promotion in this area by analyzing organ coverage, member selection methods, female participation, the representation of specific groups, and their activities. An empirical survey was conducted with 395 participants using a questionnaire, structured interviews, and document reviews. The findings reveal a structural organization that is relatively consistent with national requirements, characterized by strong CHW coverage (87.4%), democratic selection of members (44.4%), and female representation exceeding national thresholds (41.3%). However, this structural strength contrasts with limited operationalization: coverage by Community Animation Cells remains low (29.9%), and the existing ones function irregularly (27.3%). In parallel, Health Development Committees focus mainly on the management of health centers (41.7%), while community health workers remain largely oriented toward preventive activities targeting priority diseases such as malaria (84.3%), leaving little room for interventions addressing the social determinants of health. The study identified several functional shortcomings that compromise the achievement of national community health objectives. Innovative and targeted strategies aimed at strengthening capacities, supervision, and repositioning of stakeholders are therefore essential to sustainably enhance health promotion at the local level.

Keywords : Community participation, health promotion, conflict and fragility, Logo health zone, Democratic Republic of Congo.

DOI: <https://doi.org/10.71004/rss.026.v5.i1.79>

Journal Website: [www.rss-istm.net](http://www.rss-istm.net)

Reçu le 28/01/2026 ; Révisé le 25/02/2026 ; Accepté le 05/03/2026

\*Adresse des Auteur(s)

**Chrisante Ibrahim UCIRCAN BULE**, Section Gestion des Organisation de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, Ituri, République Démocratique du Congo ;

E-mail : [ucircanibule1973@gmail.com](mailto:ucircanibule1973@gmail.com)

Tél : +243 825436007 ;

**Dieu-Merci AMUDA BABA**, Section Gestion des Organisation de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, Ituri, République Démocratique du Congo ;

**Jacques LOFANDJOLA MASUMBUKU**, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

**Gerard ELOKO EYA MATANGELO**, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

### I. INTRODUCTION

La participation communautaire est largement reconnue comme un levier essentiel pour la réussite des engagements internationaux et nationaux en santé, bien que son interprétation demeure variable. Hove et al. [1] et Fournier et al. [2]. Malgré cette reconnaissance, les progrès restent mitigés, comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [3]. En effet, divers facteurs, politiques, sociaux, sécuritaires et environnementaux, associés à de faibles engagements multi-acteurs et à une appropriation limitée, ont conduit l'Organisation à exhorter les Etats à renforcer la conscientisation des citoyens autour des objectifs du développement durable (ODD), en articulant leurs interventions avec les déterminants locaux de la santé [4].

Cependant, ces rappels successifs ne produisent pas encore les effets attendus. Ainsi, en Asie, Jacobs et Camargo [5] observent une passivité communautaire liée au contexte politique, tandis qu'en Iran l'approche participative peine encore à s'intégrer [6]. A l'opposée, plusieurs expériences positives émergent ailleurs notamment en Europe, un

Publié Par: Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa (ISTM/KIN)



©2026 Bule et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0)

## Etat des lieux de la participation communautaire à la ...

programme de promotion de la santé sexo-affective à Cologne a généré des résultats encourageants [7], et au Japon, une démarche artistique d'engagement communautaire a amélioré le bien-être et la productivité des travailleurs [8]. En Inde également, une dynamique participative progressive a permis de rendre proactive les habitants en bannissant les habitudes préventives peu ancrées [9].

Toutefois, les contextes fragiles et de conflit présentent des défis majeurs. Les dispositifs communautaires y sont profondément perturbés, notamment en raison de la fermeture des structures sanitaires et de l'absence d'accompagnement technique comme l'ont rappelé Condo et al. [10], Zulu et Perry [11], Schleiff et al. [12] et Lutwama et al. [13]. Ces dysfonctionnements, amplifiés par le manque de ressources et l'insécurité, compromettent les résultats attendus, faute d'adhésion communautaire, de disponibilité des acteurs locaux et d'un environnement favorable.

En Afrique, la persistance d'indicateurs sanitaires défavorables est en partie liée à la faible participation des communautés [14]. Le Forum africain sur la santé de 2019 a ainsi réaffirmé l'importance d'un engagement citoyen actif pour améliorer durablement les conditions de vie [15]. Toutefois, dans certains pays comme l'Afrique du Sud ou le Kenya, les organes communautaires demeurent centrés sur les activités cliniques, au détriment d'une vision holistique de la promotion de la santé [16-18].

En République Démocratique du Congo, malgré la mise en place du Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC), les structures locales comme les CODESA, CAC et RECO, font face à d'importantes lacunes opérationnelles marquées par l'inadéquation entre normes et pratiques, interventions non coordonnées, déficit de ressources et faible appropriation locale, telles que soutenue par ce plan [19].

La situation est particulièrement critique dans la province de l'Ituri, où l'instabilité sécuritaire fragilise profondément le système de santé. Ainsi, la présente étude vise à analyser l'opérationnalité des organes de participation communautaire, dans la Zone de Santé Rurale de Logo. Elle ambitionne d'évaluer empiriquement comment la dynamique communautaire s'organise et maintient sa résilience en intégrant les principes de la promotion de la santé dans un environnement marqué par le conflit.

## II. MATERIEL ET METHODES

### II.1. Description du site de recherche

Cette étude a été réalisée dans la Zone de Santé (ZS) de Logo, relevant de la Division Provinciale de la Santé (DPS) de l'Ituri, au Nord-Est de la République Démocratique du

Congo. La ZS de Logo est l'une des 36 zones de santé composant la DPS de l'Ituri. Elle partage une vaste limite avec la ZS de Rethy, située dans le territoire de Djugu, théâtre de violences armées qui, depuis 2017, provoquent des déplacements internes massifs et la destruction des infrastructures socioéconomiques de base, fragilisant ainsi le cadre de vie des communautés locales.

### II.2. Période et population étudiées

L'étude a été menée sur une période de trois mois, soit du 18 juin au 14 septembre 2025, dans un environnement particulièrement instable en raison de la violence qui sévit dans la région. Elle a couvert 12 zones de desserte sanitaire touchées de la zone sanitaire de Logo et s'est concentrée sur : les Comités de Développement Sanitaire (CODESA) :12, les Cellules d'Animation Communautaire (CAC) :38, les Agents de Santé Communautaires (ASC) :394 et les Infirmiers Titulaires (IT) :12.

### II.3. Echantillon et stratégie d'échantillonnage

Un échantillonnage non probabiliste raisonné à visée quasi exhaustive a été utilisé pour constituer un échantillon de 395 participants répartis comme suit : 338 relais communautaires (RECO), 33 présidents des Cellules d'Animation Communautaire (CAC), 12 présidents des Comités de Développement Sanitaire (CODESA) des 12 zones de desserte sanitaire et 12 infirmières titulaires des 12 centres de santé.

Cet échantillon comprenait l'ensemble des participants identifiés et disponibles au sein des structures concernées impliquées dans la participation communautaire. Le recours à un échantillonnage raisonné quasi exhaustif s'explique par la taille relativement réduite de la population cible dans les établissements étudiés ainsi que par la volonté d'inclure tous les acteurs disponibles impliqués dans la participation communautaire au sein des zones de desserte sanitaire concernées.

Les critères d'inclusion comprenaient les acteurs communautaires actifs et disponibles ayant travaillé pendant au moins un an dans les zones de desserte sanitaire concernées.

### II.4. Collecte, validité et fiabilité des données

La collecte des données a combiné un questionnaire, des interviews structurées et l'analyse documentaire, à l'aide de KoboCollect. Ils comprenaient des informations sur la couverture des organes de participation communautaire et le mode de sélection de ses membres, l'inclusion féminine, la représentativité des groupes spécifiques, ainsi que les principales activités déclarées par les acteurs concernés.

Avant la collecte des données, l'outil a fait l'objet d'un test préalable auprès de 45 agents de santé communautaires issus d'un centre de santé voisin non retenu dans cette étude. Ce test a permis d'identifier certaines ambiguïtés et de reformuler certaines questions afin d'en améliorer la clarté.

La fiabilité des données a été renforcée grâce à la formation préalable des assistants de recherche et à l'utilisation d'outils standardisés.

### II.5. Analyse des données

Les données ont été analysées dans SPSS version 2.7 et Excel sur la base d'une analyse de fréquence. L'analyse descriptive a été privilégiée pour décrire la répartition des réponses et identifier les principales tendances concernant l'opérationnalité des acteurs de participation communautaire et les principales activités qu'ils réalisent dans la zone de santé étudiée. Les analyses ont été menées principalement au niveau individuel pour les ASC et au niveau organisationnel pour les instances de participation communautaire (CODESA et CAC), ainsi que pour les IT. Le recours à l'analyse inférentielle n'était pas possible, car la stratégie d'échantillonnage était non probabiliste.

### II.6. Considérations éthiques

Le protocole de cette étude a été approuvé par le Comité d'éthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa (ISTM-KIN), en vertu de la lettre d'autorisation n° 139/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2025 datée du 7 mai 2025. Tous les participants ont donné individuellement leur consentement écrit, libre et éclairé. Nous avons respecté les principes éthiques d'anonymat tout au long de l'étude et lors de la publication des résultats.

### II.7. Limites d'étude

Cette étude présente des limites inhérentes à son approche purement descriptive et à 12 Centres de Santé (CS) affectés par l'échantillon raisonné quasi exhaustif. Ainsi, elle ne permet pas d'établir de lien de causalité ni de généraliser les résultats à l'ensemble de la Zone de Santé. Elle conserve néanmoins sa pertinence pour comprendre la problématique de l'opérationnalisation de la nouvelle stratégie en assurant la lisibilité de contextes similaires. Les biais de désirabilité/déclaration potentiels ont été minimisés grâce à une rigueur méthodologique appliquée lors des enquêtes.

## III. RESULTATS

### III.1. Opérationnalisation de la participation communautaire dans la zone de santé de Logo

Cette partie porte sur la couverture des organes de participation communautaire présentée au Tableau 1, les modes de sélection de leurs membres, la participation féminine ainsi que la représentativité des groupes spécifiques en leur sein.

Tableau 1. Couverture des organes de participation dans la Zone de santé de Logo

Mise en place des RECO		
Modalités	Effectif	%
RECO réels/actifs	394	87,4
RECO manquants	57	12,6
TOTAL ATTENDU	451	100,0
Mise en place des CAC		
CAC installées	38	29,9
CAC non installées	89	70,1
TOTAL ATTENDU	127	100,0
Mise en place des CODESA		
CODESA installés/fonctionnels	12	100,0
CODESA non installés	0	0,0
TOTAL ATTENDU	12	100,0
Persistance opérationnelle des organes 6 mois après leur installation		
CAC actives	9	23,7
CAC inactives	29	76,3
TOTAL CAC mises en place	38	100,0

Le tableau 1 ci-dessus montre que la couverture en RECO est de 394 sur 451 attendus dans les aires de santé enquêtées, soit un taux de 87,4 %, tandis que seulement 38 CAC sont installées sur les 127 attendues, soit une couverture de 29,9 % dans ces aires de santé, parmi lesquelles seules 9, soit 23,7 %, sont restées actives six mois après leur installation. La mise en place des CODESA est de 100,0 %.

Le mode de sélection des membres des organes de participation communautaire dans la Zone de santé de Logo est présenté au Tableau 2.

Tableau 2. Mode de sélection des membres des organes de participation communautaire dans la Zone de santé de Logo

Répartition des RECO selon leurs modes de sélection (n = 338)		
Modalité	Effectif	%
Election	150	44,4
Désignation (Désigné)	66	19,5
Volontaire	122	36,1
TOTAL	338	100,0
Répartition des membres des CAC selon leurs modes de sélection (n = 33)		
Election	29	87,9
Désignation (Désigné)	4	12,1
Volontaire	0	0,0
TOTAL	33	100,0
Répartition des membres des CODESA selon leurs modes de sélection (n = 12)		
Election	8	66,7
Désignation (Désigné)	4	33,3
Volontaire	0	0,0
TOTAL	12	100,0

## Etat des lieux de la participation communautaire à la ...

Il se dégage du Tableau 2 que 150 RECO sur 338 ont été élus, soit un taux de 44,4 %, tandis que, chez les CAC, 29 sur 33 affirment le même mode de sélection, soit 87,9 %, et 8 sur 12 pour les CODESA, soit 66,7 %.

La participation féminine dans les organes de participation communautaire dans la ZS de Logo est présentée au Tableau 3.

Tableau III. Participation féminine dans les organes de participation communautaire dans la Zone de Santé de Logo.

Répartition des RECO selon leurs sexes (n = 338)		
Modalités	Effectif	%
Masculin	218	64,5
Féminin	120	35,5
TOTAL	338	100,0
Répartition des membres des CAC selon leurs sexes (n = 361)		
Masculin	212	58,7
Féminin	149	41,3
TOTAL	361	100,0
Répartition des membres des CODESA selon leurs sexes (n = 392)		
Masculin	225	57,4
Féminin	167	42,6
TOTAL	392	100,0

Il ressort du Tableau 3 que, sur les 338 RECO consultés, 120 sont des femmes, représentant 35,5 %, alors que parmi les CAC, elles sont 149 sur 361 membres, soit 41,3 %, et au sein des CODESA, 167 sur 392 membres, soit une représentation de 42,6 %.

Les données sur la représentativité des groupes spécifiques dans les organes de participation communautaire de la ZS sous étude sont présentées au Tableau 4.

Tableau 4. Représentativité des groupes spécifiques dans les organes de participation communautaire dans la ZS de Logo.

Composition des membres des CAC (n = 33)		
Modalités	Effectif	%*
Personnes Vivant avec Handicap (PVH)	11	33,3
Autorité Politico-Administrative (APA)	30	90,9
Acteurs de la Société Civile	20	60,6
Présence d'autres secteurs (Agriculture, Elevage, Développement)	13	39,4
Composition des membres des CODESA (n = 12)		
Personnes Vivant avec Handicap (PVH)	6	50,0
Personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVVIH)	1	8,3
Autorité Politico-Administrative (APA)	4	33,3
Acteurs de la Société Civile	5	41,7
Présence d'autres secteurs techniques (Agriculture, Elevage, Développement)	4	33,3

\*: Les pourcentages sont calculés sur l'effectif total (n) pour des questions à choix multiple à plusieurs réponses, avec la somme des pourcentages pouvant être supérieure 100 %.

Le Tableau 4 révèle que 30 CAC sur 33 (90,9 %) affirment la présence des APA en leur sein ; 20 d'entre elles (60,6 %) enregistrent la participation des acteurs de la société civile ;

13 (39,4 %) associent les secteurs techniques ; et seulement 11 (33,3 %) intègrent les PVH. En revanche, au sein des CODESA, les acteurs de la société civile sont présents dans 5 sur 12 (41,7 %), les PVH dans 6 (50,0 %), les APA et les secteurs techniques sont respectivement dans 4 (33,3 %). Seule une structure intègre une PVVIH, soit 8,3 %.

### III.2. Activités réalisées par les organes de la participation communautaire dans la zone de santé de Logo

Les principales activités menées par les organes de participation communautaire (les RECO, les CAC et les CODESA) sont présentées au Tableau 5.

Tableau 5. Activités réalisées par les RECO dans la Zone de santé de Logo

Activités de promotion de la santé (n = 338)		
Modalités	Fréquence	%
Assainissement / Hygiène des mains	294	87,0
Aménagements des sources d'eau	204	60,3
Allaitement Maternel Exclusif (AME)	127	36,9
Promotion des Moustiquaires (MIILD) : Sensibilisation	118	34,9
Autres (Travaux communautaires de développement)	63	18,6
Activités de prévention des maladies (n = 338)		
Distribution de MIILD	285	84,3
Lutte contre la Tuberculose	192	56,8
Sensibilisation COVID-19 et autres épidémies	125	37,0
Lutte contre le VIH/SIDA	68	20,1
Vaccination (PEV)	30	8,9

Les données détaillées dans le Tableau 5 indiquent que sur le plan promotionnel, les RECO sont fortement impliqués dans la sensibilisation sur l'hygiène/assainissement (92,8 %) et l'aménagement des sources d'eau (60,3,5 %). Dans la prévention en revanche, leur implication est plus marquée dans la lutte contre le paludisme (84,3 %).

Quant aux données sur la fréquence des réunions tenues par les différents organes de participation communautaire, elles sont données au Tableau 6.

Tableau 6. Fréquence des réunions tenues par les organes de participation communautaire (CAC et CODESA) dans la Zone de santé de Logo.

Modalités	CAC	%	CODESA	%
Nombre de réunions prévues	792	100,0	288	100,0
Nombre effectivement réalisées	247	-	126	-
Taux d'exécution des réunions (%)	-	31,2	-	43,8

Les résultats ci-dessus indiquent que sur un total de 792 réunions attendues pour l'ensemble des CAC, seules 247 ont

été effectivement réalisées, soit un taux de 31,2 %. Les CODESA en réalisent 126 sur 288 prévues, soit 43,8 %.

Les différentes thématiques abordées dans les réunions des CAC et CODESA dans la ZS de Logo sont données au Tableau 7.

Tableau 7. Thématiques abordées dans les réunions des CAC et CODESA dans la Zone de santé de Logo.

Modalités	Fréquence (CAC)	%	Fréquence (CODESA)	%
Développement	21	26,9	61	48,0
Prévention des maladies	6	7,7	3	2,4
Promotion de la santé	8	10,3	5	3,9
Finances	2	2,6	29	22,8
Fonctionnement du CS	0	0,0	8	6,3
Ressources humaines	0	0,0	5	3,9
Autres (y compris la sécurité)	41	52,6	16	12,6
Total	78	100,0	127	100,0

Les résultats de ce tableau indiquent que les réunions des CAC sont dominées par les préoccupations se rapportant notamment aux déplacements des populations, évoqués 41 fois sur 78 (52 %), suivis immédiatement des questions de développement (routes, infrastructures du CS, travaux des champs) (26,9 %). Tandis que chez les CODESA, le développement, cité 61 fois sur 127, soit 48 %, et les finances (22,8 %) prédominent dans leurs discussions.

Le tableau 8 présente les activités réalisées par les CAC et CODESA dans la ZS de Logo.

Tableau 8. Activités réalisées par les CAC et CODESA dans la zone de santé de Logo.

Variables	CAC (n = 33)		CODESA (n = 12)	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Développement	19	57,6 %	5	41,7 %
Promotion	16	48,5 %	2	16,7 %
Prévention	12	36,4 %	1	8,3 %
Gestion quotidienne et mobilisation des ressources financières	0	0,0 %	3	25,0 %
Autres (recensement des déplacés, mobilisation de la population)	1	3,0 %	1	8,3 %

Ce tableau révèle une concentration des CAC sur les interventions de développement (57,6 %), avec une attention moyennement marquée portée aux questions de promotion de la santé (48,5 %). Pour les CODESA, les activités de développement (41,7 %) et de gestion quotidienne, y compris

la mobilisation des ressources financières (25,0 %), constituent les principales activités, totalisant 66,7 %.

Enfin, le tableau 9 présente la planification et l'exécution des activités d'encadrement des organes de participation communautaire par les infirmiers titulaires dans la ZS de Logo.

Tableau 9. Planification et exécution des activités d'encadrement des organes de participation communautaire par les Infirmiers Titulaires (IT) dans la ZS de Logo.

Modalités	Supervision des organes par les IT	Formation des organes par les IT	Moyenne
<b>Planification (n = 12 CS)</b>			
CS ayant prévu	8	7	7,5
CS n'ayant pas prévu	4	5	4,5
Taux de planification (%)	66,7	58,3	62,5
<b>Réalisation</b>			
Nombre total prévu	192	24	216
Nombre total réalisé	46	5	51
Taux de réalisation (%)	24,0	20,8	22,4

Les résultats du Tableau 9 illustrent que bien qu'en moyenne, 62,5 % des CS aient prévu dans leur plan les supervisions et formations, indiquant même la non-prévision par certains responsables, seules 22,4 % en moyenne des prévisions de supervisions et de formations ont été exécutées.

#### IV. DISCUSSION

Globalement, notre étude, menée dans le contexte de conflit et de fragilité de la Zone de Santé de Logo, met en évidence une discordance caractérisée entre une conformité normative et une contreperformance en matière de participation communautaire. A cet effet, malgré l'application des normes relatives à la mise en œuvre des dispositifs de participation communautaire, marqués par un effectif significatif de membres élus, doublé d'une représentativité féminine dépassant le seuil national minimal de 30 %, signe d'évolutions structurelles reconnues par Schaaf et al. [12], l'opérationnalisation reste manifestement défailante.

En effet, le taux de mise en place des Cellules d'Animation Communautaire (CAC) stagne à 29,9 % et leur fonctionnalité reste plafonnée, avec des réunions irrégulières (31,2 %) et une interruption précoce de leur activité dans les six premiers mois (76,3 %). Cette faible couverture et vitalité reflètent la rigidité du PSNSC à se déployer efficacement et à se pérenniser, comme l'indique Kenanewabo et al. [20], quant aux fragilités structurelles des organes communautaires, particulièrement dans les contextes de conflit.

## Etat des lieux de la participation communautaire à la ...

### IV.1. Opérationnalisation de la participation communautaire dans la Zone de Santé de Logo

L'analyse de la couverture des organes de participation communautaire (Tableau 1) montre une couverture relativement solide, avec 394 sur 451 RECO attendus dans les aires de santé enquêtées, soit un taux de 87,4 % et 100,0 % de CODESA mis en place et fonctionnels. Paradoxalement, seulement 38 CAC sur les 127 attendues ont été installées, soit une couverture de 29,9 %, parmi lesquelles seules 9, soit 23,7 %, sont restées actives six mois après leur installation. La faible implantation des CAC témoigne d'une disparité entre les objectifs ambitieux du PSNSC et leur opérationnalisation, situation également observée dans d'autres contextes où la participation communautaire peine à dépasser l'étape des intentions politiques, faute de ressources suffisantes ou d'un accompagnement adéquat [21].

S'agissant des ASC, Schleiff et al. [22] relèvent en Ethiopie une couverture considérablement variable, traduite par un ratio entre le personnel communautaire et le nombre de ménages à couvrir allant de 30 à près de 500 selon les contextes. Par ailleurs, Smith et al. [23] font observer qu'au Malawi, un déficit caractérisé en agents communautaires de santé a conduit le gouvernement à recruter massivement de nouveaux agents afin d'améliorer la couverture des interventions, qui se limitaient à une visite par ménage tous les deux mois.

Quant au mode de sélection des membres de ces organes, nos résultats révèlent que la majorité a été élue, respectivement chez les RECO (44,4 %), les CAC (87,9 %) et les CODESA (66,7 %) (Tableau 2). Corroborant ces tendances, Schaaf et al. [12] soulignent que la solennité du processus de sélection du personnel communautaire est indispensable à la consolidation de la coopération communautaire. En effet, rappellent-ils, lorsque l'acteur communautaire de santé est lié à la communauté par des procédures formelles, il acquiert la légitimité nécessaire à l'efficacité des interventions.

Par contre, Pallas et al. [24] mettent en garde contre des choix effectués discrètement, écartant le public, qui sont susceptibles d'altérer la confiance, générant méfiance, démobilitation et faible acceptabilité, nuisant ainsi à l'efficacité des programmes. Ces considérations font écho à l'étude de George et al. [25], qui indiquent que les procédures obscures dans le recrutement des agents communautaires compromettent l'unité communautaire et démotivent les acteurs, entraînant une rupture de la coopération.

Parallèlement, ces résultats révèlent une adhésion volontaire importante chez les RECO traduisant un multi-mécanisme d'usage local, au-delà du cadre normatif, confirmant les avertissements de LeBan et al. [26], qui soulignent

l'existence des pratiques locales diversifiées qui influencent l'application stricte des procédures prescrites.

Concernant la participation féminine dans les organes de participation communautaire, notre étude rapporte globalement une représentativité satisfaisante supérieure au seuil national minimal de 30 % (PSNSC) (Tableau 3) : parmi les RECO (35,5 %), dans les CAC (41,3 %) et au sein des CODESA (42,6 %). Cette performance témoigne d'un ancrage de la dynamique communautaire locale, confirmant une avancée en matière d'inclusion du genre rapportée par Idriss-Wheeler et al. [27], qui insistent sur les retombées favorables d'une représentation féminine accrue sur la mobilisation communautaire et la santé maternelle et infantile, illustrant la solidité du système local et d'une gouvernance capable de renforcer l'inclusivité dans la dynamique communautaire. Ils révèlent qu'au Kenya, la fixation du seuil de représentativité féminine à plus de 30 % a rapidement stimulé la participation des femmes dans les comités de santé, avec un renforcement plausible de la parité homme-femme.

Ces résultats contrastent cependant avec ceux de Lutwama et al. [13] qui constatent la discrimination socioculturelle ayant restreint l'accès des femmes, ainsi que des barrières contextuelles liées aux traditions et à la sécurité, notamment au Soudan du Sud et en Ouganda, qui entravent la participation accrue des femmes Idriss-Wheeler et al., [27]. Ces auteurs soulignent par ailleurs qu'en Ouganda plus particulièrement, la majorité masculine aux activités sanitaires entrave la mobilisation féminine en faveur de la santé, incriminant la persistance de stéréotypes culturels.

En ce qui concerne la représentativité des groupes spécifiques, l'étude montre un ancrage progressif dans les organes de participation communautaire (Tableau 4), avec 90,9 % de CAC affirmant l'intégration des Autorités Politico-Administratives (APA), 60,6 % celle des acteurs de la société civile, 39,4 % celle des secteurs techniques et seulement 33,3 % celle des PVH. En revanche, 50 % de CODESA affirment la présence des PVH ; 41,7 % celle des acteurs de la société civile ; 33,3 % celle des APA et des secteurs techniques ; et 8,3 % celle des PVVIH.

Cette avancée traduit les acquis de la stratégie de la République Démocratique du Congo, ainsi que de l'Ouganda, dont les cadres normatifs instituent la pleine implication des APA et des populations locales dans le processus de sélection des RECO et des membres des CAC et CODESA, bien que certains groupes spécifiques demeurent encore peu actifs, notamment les PVVIH [28]. Ces auteurs précisent que l'implication des autorités traditionnelles favorise une forte participation, conduisant à de meilleures performances.

Cependant, LeBan et al. [12] et Saprii et al. [29] alertent sur le risque d'émergence de favoritisme sentimental qui peut naître de la part des chefs locaux, au détriment de la valorisation des critères objectifs, suggérant la mise en place des mesures d'encadrement.

L'étude révèle une opérationnalité structurelle paradoxale d'avec l'opérationnalisation fonctionnelle. L'engouement observé à travers la forte couverture des RECO et la mise en place maximale des CODESA indiquent un engagement communautaire en faveur de la santé et de l'appropriation du cadre normatif par les instances locales de gestion du système de santé local. De plus, le choix par élection de la majorité des membres et la représentativité des femmes dépassant le seuil minimal normatif traduisent une avancée majeure dans la consolidation de la légitimité des acteurs et de l'inclusion de la dynamique communautaire.

Néanmoins, la faible installation des CAC doublée de l'irrégularité, suivie de l'interruption précoce de leurs activités mettent en lumière le paradoxe d'une ambition stratégique et le déploiement effectif sur le terrain des dispositifs qui en découlent. Par ailleurs, l'implication timide de certains groupes spécifiques, en l'occurrence les PVH et les PVVIH, dénote que la fonctionnalité opérationnelle des organes demeure la préoccupation centrale dans la gouvernance de la participation communautaire en santé, appelant un engagement vigilant et constant d'encadrement et de suivi au niveau des institutions locales.

#### IV.2. Activités réalisées par les organes de la participation communautaire dans la Zone de santé de Logo

L'analyse des activités des organes de participation communautaire révèle un engagement variable et ponctué d'irrégularités dans certains cas, ce qui réduit leur efficacité opérationnelle, malgré la limpidité du cadre normatif.

Les résultats montrent que les activités promotionnelles des RECO (Tableau 5) sont concentrées sur la sensibilisation à l'hygiène/assainissement (87,0 %) et l'aménagement des sources d'eau (60,3 %), tandis que celles de prévention sont dominées par la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MIILD) (84,3 %).

Ces constats sont corroborés par Werner et al. [30] et Miller et al. [31] qui soulignent le rôle central des agents de santé communautaire dans la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, insistant cependant sur l'impératif de diversification des champs opératoires pour inclure la planification familiale, la vaccination, le dépistage et le suivi nutritionnel.

Considérées dans le cadre du PSNSC, ces actions ne reflètent qu'une partie restreinte du paquet communautaire prévu. Des volets essentiels tels que la planification familiale, le suivi des PVVIH, les consultations prénatales, la lutte contre les violences sexuelles, l'alphabétisation, la gestion des déchets ou la promotion du genre restent insuffisamment couverts. Cette polarisation partielle traduit une appropriation limitée du cadre normatif par les acteurs locaux et une dépendance excessive vis-à-vis du BCZ. Face aux défis actuels, l'OMS structure désormais les fonctions des agents de santé communautaire en six catégories principales, allant des soins cliniques à l'appui psychosocial [32], démontrant l'importance d'une approche intégrée que les RECO peinent à appliquer pleinement.

S'agissant des CAC, l'étude met en évidence un démarrage dystocique du nouveau cadre normatif, révélant l'irrégularité des réunions, qui ne représentent que 31,2 % des prévisions (Tableau 6), et 76,3 % d'entre elles ont interrompu leurs activités six mois après leur installation (Tableau 1). Elles ont principalement traité des problèmes liés au contexte sécuritaire, tels que les déplacements de population et le recensement (52 % ; Tableau 7), au cours de leurs rencontres, alors que leurs activités étaient focalisées sur le développement (57,6 %), avec une attention moyennement marquée sur la promotion (48,5 %) (Tableau 8).

Cette contreperformance des CAC s'oppose aux ambitions du PSNSC [19], qui prévoit une dynamique participative pérenne et multi-acteurs pour réduire le fossé entre les objectifs nationaux de santé communautaire et les interventions locales. A ce sujet, Kenanewabo et al. [20] constatent que la résilience des centres de santé dans les contextes fragiles, rendue effective grâce à l'implication active des communautés n'exclut pas la fragilité des mécanismes locaux de participation lorsqu'ils s'appuient sur les financements externes éphémères. Le contexte local serait par ailleurs aggravé par le clivage des rôles entre CODESA, IT et animateurs communautaires (AC), ainsi que la tutelle administrative ambiguë des chefs de village, paralysant la chaîne de leur encadrement et l'engagement communautaire.

En parallèle, les CODESA, quant à eux, affichent une performance relativement modérée en matière de réunions tenues, représentant 43,8 % des prévisions (Tableau 5), traitant essentiellement du développement (48 %) et des finances (22,8 %) (Tableau 7), avec des activités portant largement sur le développement (41,7 %) et de la gestion quotidienne avec la mobilisation des ressources financières (25,0 %) (Tableau 8), les deux totalisant 66,7 %.

Ces résultats rejoignent les observations de Falisse et al. [33] à Bukavu et au Burundi, ainsi que celles de Sitienei et al. [18] au Kenya, où la prévention et la promotion de la santé étaient

## Etat des lieux de la participation communautaire à la ...

marginalisées au profit des activités de gestion des CS, notamment leur développement. La concentration des comités sur les activités cliniques éloigne les perspectives des déterminants sociaux de la santé dans leurs plans et compromet l'approche globale des SSP, appelant à un encadrement renforcé des organes communautaires pour plus d'efficacité comme le soulignent Meier et al. [34] et Haricharan et al. [16].

Les Infirmiers Titulaires, quant à eux, présentent un faible engagement dans l'encadrement des organes communautaires, avec seulement 24,0 % de supervisions et 20,8 % de formations réalisées par rapport aux prévisions, soit une moyenne globale de réalisation de 22,4 % (Tableau 9). Ce taux apparaît plus inférieur au regard de la moyenne des Centres de santé ayant planifié ces activités, limitée à 62,5 % seulement. Cette situation confirme les constats de Condo et al. [10], Lutwama et al. [13] et Zulu & Perry [35], qui attribuent ce déficit à la précarité des ressources financières, aux difficultés de mobilité et à l'insécurité. Des solutions innovantes ont été rapportées dans d'autres contextes de crise, notamment l'usage des forums numériques et des pairs formés pour atténuer ces failles. Schleiff et al. [22] préviennent que les organes communautaires non supervisés et non formés adéquatement demeurent fragiles dans leur engagement, ce qui compromet la qualité de leurs interventions, invitant au renforcement des mécanismes d'accompagnement de ces structures.

### V. CONCLUSION

Cette étude a fait l'état des lieux de la participation communautaire à la promotion de la santé dans le contexte de conflit et de fragilité de la Zone de Santé Rurale de Logo. Elle met en évidence une dissonance structurelle se manifestant par une participation communautaire caractérisée par une clarté opérationnelle, mais une couverture et une effectivité limitées.

D'une part, la ZSR de Logo est parvenue à asseoir le cadre normatif en se conformant aux exigences nationales, notamment par une intégration des membres à travers l'élection, une composition numérique globalement satisfaisante et une représentativité féminine supérieure aux seuils nationaux. Ces éléments confirment les avancées structurelles portées par la RDC, tout en illustrant l'importance d'un mode de sélection démocratique pour stimuler l'engagement collectif.

D'autre part, ces acquis structurels contrastent fortement avec une contreperformance opérationnelle marquée. La faible couverture des Cellules d'Animation Communautaire (CAC), combinée au fonctionnement limité de celles existantes, témoigne d'une stagnation de la mise en œuvre du

Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC), dont l'implantation durable et la mise à l'échelle demeurent problématiques. Cette situation fragilise dangereusement les perspectives locales de promotion de la santé.

Par ailleurs, alors que les CODESA se concentrent principalement sur la gestion du centre de santé, les RECO, bien qu'actifs, se limitent majoritairement aux prestations préventives liées aux maladies prioritaires, situation accentuée par le déficit accru d'accompagnement par les Infirmiers Titulaires. Cette focalisation opérationnelle laisse peu de place aux interventions sur les déterminants sociaux de la santé, pourtant essentielles dans une approche intégrée de la promotion de la santé.

A la lumière de ces constats, des stratégies innovantes et urgentes s'imposent, orientées vers le renforcement des compétences et de l'encadrement des acteurs ainsi que leur repositionnement dans une perspective véritablement centrée sur la promotion de la santé.

### REFERENCES

1. Hove J, D'Ambruso L, Kahn K, Witter S, van der Merwe M, Mabetha D, et al. Lessons from community participation in primary health care and water resource governance in South Africa: a narrative review. *Glob Health Action*. 2022;15(1):2004730.
2. Fournier P, Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. 1995. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1995\\_num\\_13\\_2\\_1326](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_2_1326)
3. OMS. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. OMS; 1946. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constituti-on-fr.pdf?ua=1>
4. OPS. Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030. 2022. Disponible sur: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56015/OPSFPLIM220006\\_fre.pdf?sequence=1&isAllo wed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56015/OPSFPLIM220006_fre.pdf?sequence=1&isAllo wed=y)
5. Jacobs E, Baez Camargo C. Local health governance in Tajikistan: accountability and power relations at the district level. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):30.

6. Rahbari Bonab M, Rajabi F, Vedadhir A, Majdzadeh R. Sustainable political commitment is necessary for institutionalizing community participation in health policy-making: Insights from Iran. *Health Res Policy Sys.* 2024;22(1):23.
7. Gómez i Prat J, Guiu IC, Torrecillas M, Solari A, Esadek HO. Art and Co-creation for the Community Promotion of Affective Sexual Health in Catalonia. In: Corbin JH, Sanmartino M, Hennessy EA, Urke HB, éditeurs. *Arts and Health Promotion: Tools and Bridges for Practice, Research, and Social Transformation* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585552/>
8. Sandhu H, Hirose N, Yui K, Jimba M. Community Theater for Health Promotion in Japan. In: Corbin JH, Sanmartino M, Hennessy EA, Urke HB, éditeurs. *Arts and Health Promotion: Tools and Bridges for Practice, Research, and Social Transformation* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585575/>
9. Mishra A, Singh AK, Parida SP, Pradhan SK, Nair J. Understanding Community Participation in Rural Health Care: A Participatory Learning and Action Approach. *Front Public Health.* 2022;10:860792.
10. Condo J, Mugeni C, Naughton B, Hall K, Tuazon MA, Omwega A, et al. Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. *Hum Resour Health.* 2014;12:71.
11. Zulu JM, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era. *Health Res Policy Syst.* 2021;19(Suppl 3):130.
12. Schaaf M, Warthin C, Freedman L, Topp SM. The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent: a critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability. *BMJ Glob Health.* 2020;5(6):e002296.
13. Lutwama GW, Kok M, Jacobs E. An exploratory study of the barriers and facilitators to the implementation of community health worker programmes in conflict-affected South Sudan. *Confl Health.* 2021;15:82.
14. WHO, éditeur. *International Health Regulations* [Internet]. 2nd. ed., repr. Geneva: WHO; 2005. 74 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/697c2e1d-14bc-4ce4-9203-2c9def03e53a/content>
15. Olu O, Drameh-Avognon P, Asamoah-Odei E, Kasolo F, Valdez T, Kabaniha G, et al. Correction to: Community participation and private sector engagement are fundamental to achieving universal health coverage and health security in Africa: reflections from the second Africa health forum. *BMC Proc.* 2019;13:11.
16. Haricharan HJ, Stuttaford M, London L. Effective and meaningful participation or limited participation? A study of South African health committee legislation. *Prim Health Care Res Dev.* 2021;22:e28.
17. Masoud SS, Escareño JT, Flores B, Lesser J, Choi BY, White CL. Project ECHO Brain Health: Assessing the Impact of a Pilot Program to Promote Self-Efficacy Among Community Health Workers. *Family & Community Health.* Disponible sur: <https://journals.lww.com/10.1097/FCH.0000000000000404>
18. Sitienei J, Manderson L, Nangami M. Community participation in the collaborative governance of primary health care facilities, Uasin Gishu County, Kenya. *PLoS One.* 2021;16(3):e0248914.
19. Ministère de la santé publique, Hygiène et Prévention. *Plan stratégique national de santé communautaire (PSNSC).* RDC; 2019.
20. Kenanewabo N, Molima C, Karemere H. Gestion adaptative des centres de santé dans un environnement changeant en République démocratique du Congo. *Santé Publique.* 2020;32(4):359-70.
21. Torres I, López-Cevallos D. In the name of COVID-19: legitimizing the exclusion of community participation in Ecuador's health policy: Special call: Health Promotion Perspectives on the COVID-19 Pandemic. *Health Promotion International.* 2021;139.
22. Schleiff MJ, Aitken I, Alam MA, Damtew ZA, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 6. Recruitment, training, and

## Etat des lieux de la participation communautaire à la ...

- continuing education. *Health Res Policy Syst.* 2021;19(Suppl 3):113.
23. Smith S, Deveridge A, Berman J, Negin J, Mwambene N, Chingaipe E, et al. Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. *Hum Resour Health.* 2014;12:24.
24. Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We Know About Scaling Up and Sustainability? *Am J Public Health.* 2013;103(7):e74-82.
25. George AS, LeFevre AE, Schleiff M, Mancuso A, Sacks E, Sarriot E. Hubris, humility and humanity: Expanding evidence approaches for improving and sustaining community health programmes. *BMJ Global Health.* 2018;3(3):e000811.
26. LeBan K, Kok M, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Research Policy and Systems.* 2021;19(3):116.
27. Idriss-Wheeler D, Ormel I, Assefa M, Rab F, Angelakis C, Yaya S, et al. Engaging Community Health Workers (CHWs) in Africa: Lessons from the Canadian Red Cross supported programs. *PLOS Global Public Health.* 2024;4(1):e0002799.
28. Katararwa MN, Habomugisha P, Richards FO, Hopkins D. Community-directed interventions strategy enhances efficient and effective integration of health care delivery and development activities in rural disadvantaged communities of Uganda. *Tropical Medicine & International Health.* 2005;10(4):312-21.
29. Saprii L, Richards E, Kokho P, Theobald S. Community health workers in rural India: analysing the opportunities and challenges Accredited Social Health Activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. *Hum Resour Health.* 2015;13:95.
30. Werner K, Kak M, Herbst CH, Lin TK. The role of community health worker-based care in post-conflict settings: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2022;38(2):261-74.
31. Miller NP, Ardestani FB, Dini HS, Shafique F, Zunong N. Community health workers in humanitarian settings: Scoping review. *J Glob Health.* 2020;10(2):020602.
32. OMS. Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires [Internet]. Suisse; 2018. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8de2d95b-ea41-4059-a486-23ca7da28647/content>
33. Falisse JB, Nkengurutse H, Ntakarutimana L. Strengthening the community governance of healthcare services in 'fragile' settings: Evidence from Burundi and South Kivu, DR Congo. *PLOS Global Public Health.* 2023;3(8):e0001697.
34. Meier BM, Pardue C, London L. Implementing community participation through legislative reform: a study of the policy framework for community participation in the Western Cape province of South Africa. *BMC Int Health Hum Rights.* 2012;12:15.
35. Zulu JM, Kinsman J, Michelo C, Hurtig AK. Developing the national community health assistant strategy in Zambia: a policy analysis. *Health Research Policy and Systems.* 2013;11(1):24.