



Représentation de la maladie et moyens de sauvegarde ou de restauration

Pourquoi il est important de tenir compte des représentations communautaires de la maladie dans la redevabilité pour la CSU

Auteurs: Simon Kaboré – Directeur Exécutif Régional RAME, Hamidou Ouedraogo, Directeur Exécutif National RAME

Introduction

La couverture sanitaire universelle CSU est l'une des ambitions que les pays du monde se sont fixés à l'horizon 2030 lorsqu'ils ont adopté les objectifs de développement durable (ODD) en 2015. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, par CSU, on entend une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières. Elle englobe la gamme complète des services de santé essentiels de qualité, qu'il s'agisse des soins promotionnels, préventifs, curatifs, ré-adaptatifs et palliatifs.

Le système de redevabilité mondiale envers les ODD, a retenu deux indicateurs pour le suivi des progrès vers la CSU :

- la proportion de la population ayant accès à des services de santé essentiels de qualité (ODD 3.8.1);
- la proportion de la population dépensant une grande part des revenus familiaux pour la santé (ODD 3.8.2).

Pour atteindre ces deux indicateurs, l'OMS recommande que les efforts soient consentis pour rendre disponibles et accessibles des services intégrés de qualité, centrés sur la personne. Placer la personne au centre de l'organisation et la fourniture des services de santé est donc un élément important de la couverture santé universelle. Cela fait partie d'un des piliers des soins de santé primaires qui concerne « la mobilisation et l'autonomisation des individus, des familles et des communautés en vue d'une participation sociale accrue et d'un renforcement de l'auto-prise en charge et de l'autosuffisance en matière de santé ».

Il est important par conséquent de vérifier que le système de redevabilité, à travers ses deux indicateurs, prennent effectivement en compte les déterminants de la santé au sein des communautés. En effet, les perceptions des populations sur les causes de mauvaise santé et les voies de recours pour retrouver la bonne santé influencent dans la réalité les deux indicateurs susmentionnés. Les notions de « services de santé essentiels de qualité » ont-elles les mêmes implications et connotations aussi bien pour les experts en santé que les communautés africaines ? A partir de là, toutes les dépenses réalisées par les communautés, dans des services non considérés comme « services de santé essentiels de qualité » sont-elles prises en compte dans l'évaluation des dépenses de santé ?

Synthèse

Le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels RAME a réalisé une étude¹ au Burkina Faso en 2021 pour apprécier les représentations de la santé et les moyens pour la sauvegarder. Selon des opinions recueillies lors de l'étude, il ressort une diversité de considérations qui influencent l'état de santé d'une personne. Pour certains, l'état de santé serait lié aux croyances, au sacré (offenses aux lieux sacrés, transgression d'interdits lignagers/claniques), aux principes divins, aux phénomènes mystiques ou métaphysiques. Cette opinion résume l'essentiel « **on a les sors jetés par des gens. Ce genre de maladies si tu pars à l'hôpital ils ne pourront pas avoir des médicaments pour toi** ». Par conséquent, « ... être en bonne santé c'est aussi le fait de vivre en paix avec son environnement social, c'est-à-dire ne pas avoir de problème avec autrui, respecter les coutumes de sa communauté et aussi les règles religieuses ». La santé dépendrait donc de « l'environnement physique et social, c'est-à-dire de l'hygiène et de nos relations avec la nature », du « respect des coutumes, des lieux sacrés et autres, c'est-à-dire une bonne communication entre le visible et l'invisible ».

Ces convictions induisent les attitudes de certains membres de la communauté envers les recours aux moyens pour recouvrer la bonne santé. C'est dans ce sens que le recours à des « services de santé essentiels de qualité », tel que perçu par l'OMS, n'est pas toujours le premier choix. « **Certains, à partir de leurs croyances, consultent des devins ou partent voir les guérisseurs traditionnels les plus proches pour la prise en charge. C'est lorsque tout ceci ne marche pas qu'ils s'orientent vers les centres de santé** ». Parfois, c'est plutôt le recours à des pratiques religieuses, notamment des prières à l'église pour la guérison du malade, l'automédication par les produits pharmaceutiques ou des décoctions composées à domicile qui sont privilégiées.

Il est à noter qu'il n'y a pas de chronologie réelle entre les différents types de recours. Ils peuvent se faire simultanément ou dans des ordres différents, selon les niveaux de convictions, les moyens d'accès aux recours (géographiques et/ou financiers), ou les résultats des premiers recours.

En plus des considérations liées à la maladie qui orientent les voies de recours, des défaillances du système de santé formel poussent les communautés vers les autres recours. Parmi les griefs relevés par l'étude figurent « **la mauvaise qualité et les effets secondaires de certains produits pharmaceutiques, le manque de confiance au système de santé et à certains agents de santé, ainsi qu'aux produits pharmaceutiques** ». Les propos recueillis lors d'une émission radiophonique organisée avec l'appui du RAME sont évocateurs « **Dans les émissions interactives, les gens en parlent toujours. Combien de fois les gens se sont plaints par rapport à l'hôpital Sourou Sanon de Bobo Dioulasso, par rapport à certains centres de santé au Burkina Faso. Vous vous rappelez tout récemment au CMA 22 de Bobo, on ne peut pas transporter de l'eau potable sur un vélo pour amener à l'hôpital. Tout récemment à l'hôpital Sourou Sanon il y avait le manque d'eau. Mais dans ce contexte comment on peut assurer une couverture santé pour la population ? Non ce n'est pas possible** ».

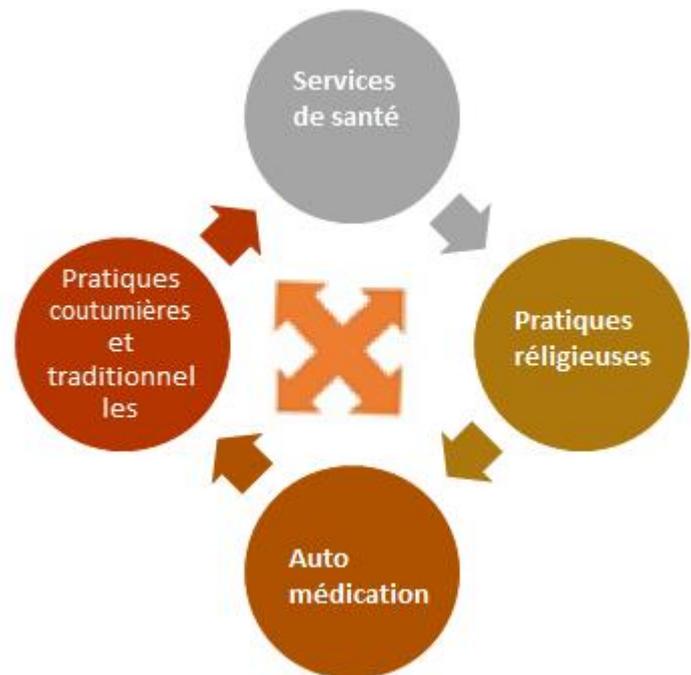


Figure 1: Circuit des voies de recours en cas de maladie

¹ Etude réalisée par une équipe de recherche du Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Sciences Sociales (LARISS), trouvez le rapport complet [ici](#).

Cependant, les recours aux services hors du système de santé classique ne sont pas gratuits, et occasionnent des dépenses importantes, très souvent liées aux voyages (déplacement et séjour) pour rejoindre le guérisseur traditionnel ou l'exorciste religieux ainsi que les frais de prestation et d'exécution de la prescription (par exemple des sacrifices à réaliser). Ces dépenses peuvent parfois être supérieures à celles nécessaires pour des « services de santé essentiels de qualité ». Néanmoins, même en absence de mécanisme formel de solidarité (subventions gouvernementales, mutuelles, assurances), les communautés parviennent à supporter ces dépenses par des mécanismes alternatifs endogènes. Ces mécanismes se fondent sur des sentiments de compassion et de devoir moral et se manifestent sous plusieurs formes (argent, nourriture, présence physique, etc.) envers la personne malade ou sa famille. La personne malade bénéficie souvent d'une compassion, du soutien des parents et connaissances aussi bien au plan financier que psychosocial. Il existe en quelque sorte une forme de mutualisation des risques mise en place par les groupes sociaux obligeant ainsi tout membre à contribuer pour le maintien, la sauvegarde de la santé.

Recommandations

L'OMS est alors bien inspiré d'admettre que les services de santé, qu'il s'agisse de médecine traditionnelle ou complémentaire, doivent être organisés autour de l'ensemble des besoins et des attentes des personnes et des communautés pour leur donner les moyens de jouer un rôle plus actif pour leur santé et leur système de santé. L'organisation en charge de la santé rappelle la nécessité de la mobilisation et l'autonomisation des individus, des familles et des communautés en vue d'une participation sociale accrue et d'un renforcement de l'auto-prise en charge et de l'autosuffisance en matière de santé. Une telle approche permettrait de créer plus d'engouement des communautés en faveur des services de santé et cultivera une redevabilité communautaire qui donnera plus d'efficacité au système de santé. Elle permettra en outre la prise en compte de toutes les évidences en lien avec la santé des communautés et donnera au système de redevabilité, l'opportunité d'émettre des appréciations plus inclusives. Les estimations des dépenses en matière de santé seront par exemple plus complètes par rapport aux engagements financiers réels des communautés. C'est pourquoi l'étude recommande alors que l'approche de la CSU dans les pays africains veille à ne pas rejeter les autres voies de recours, au risque d'une accentuation des exclusions aux soins et la baisse de l'adhésion des populations au système de santé.

La démarche vers la CSU devrait être considérée comme un processus de négociation entre les soins modernes et ceux communautaires (traditionnels et religieux) pour aboutir à une appropriation du système par les communautés. « **Parfois on oppose les stratégies endogènes aux systèmes dits modernes sans au préalable une meilleure compréhension des concepts. Pourtant quand on observe, ce sont des mécanismes complémentaires** » (Discussions informelles, jeunes, Ouagadougou).

Réduire l'approche de la CSU à la construction d'infrastructures, la production de ressources humaines et la mise en place de mécanismes d'assurance maladie permettra probablement d'atteindre les indicateurs tels que formulés par les ODD, mais n'aura pas forcément l'impact attendu sur le bien-être des populations.



Ce résumé est rendu possible par le soutien du peuple américain à travers l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu de ce résumé relève de la seule responsabilité de Results for Development, Duke, Feed the Children, Amref, Synergos, RAME, RESADE, CERRHUD et UHF et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.