



Systemes de santé en Afrique

*Perceptions et perspectives
communautaires*

Rapport d'une étude multipays

Juin 2012



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Afrique**

Systemes de sante en Afrique

Perceptions et perspectives communautaires

Rapport d'une etude multipays

Jun 2012

La présente publication contient le rapport d'une équipe internationale d'étude sur les perceptions et les perspectives des populations sur les systèmes de santé dans dix pays africains et ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé ou des gouvernements concernés.

Systemes de sante en Afrique

Perceptions et perspectives communautaires

Rapport d'une etude multipays

Juin 2012



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Afrique**

Une publication de l'Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l'Afrique
Brazzaville
République du Congo

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2012

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Boîte Postale 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100 ou +242 065 081 114; télécopie : +47 241 39501; courriel : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Systèmes de santé en Afrique : Perceptions et perspectives communautaires

1. Plans de systèmes de santé – organisation et administration 2. Prestations des soins de santé – organisation et administration – tendances 3. Facteurs socioéconomiques
4. Planification de la santé communautaire – tendances 5. Agents de santé communautaires – utilisation 6. Afrique

I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique

ISBN : 978 929 031 1836

(NLM Classification : WA 540 HA1)

Typeset by AMA DataSet Limited, Preston, Lancashire, UK
Printed and bound by Charlesworth Press, Wakefield, UK

Contenu

Liste d'abréviations	vii
Équipe de rédaction du rapport	viii
Avant-propos	ix
Remerciements	x
Résumé analytique	xi
Chapitre 1 Introduction	1
Chapitre 2 Questions et objectifs de la recherche	3
2.1 Questions générales	3
2.2 Objectifs de la recherche	3
Chapitre 3 Méthodologie	4
3.1 Méthodes utilisées	4
3.2 Sites et populations étudiés	4
3.3 Échantillonnage	4
3.4 Instruments de recherche	5
3.5 Analyse des données	6
3.6 Considérations éthiques	6
3.7 Déroulement de l'étude	7
3.8 Limites de l'étude	7
Chapitre 4 Résultats	8
4.1 Informations sociodémographiques	8
4.2 Perceptions communautaires de la santé et de la prestation des soins de santé	11
4.3 Expériences d'interaction avec les services de santé	29
4.4 Perceptions de la communauté en matière de financement de la santé	36
4.5 Objectifs du système de santé et capital social	43
Chapitre 5 Discussion	49
Chapitre 6 Conclusions	58
Chapitre 7 Recommandations	60
Chapitre 8 Références	61

Annexes	65
Annexe 1 : Définitions	65
Annexe 2 : Répartition de l'âge moyen par site	67
Annexe 3 : Répartition par sexes des répondants qui ont fréquenté l'école	67
Annexe 4 : Pourcentage des répondants ayant signalé le diabète comme problème de santé courant, par site	68
Annexe 5 : Affections courantes chez les personnes âgées, par localité	68
Annexe 6 : Degré de participation des communautés à la prise de décisions, par localité	68
Annexe 7 : Ménages ayant eu recours à des soins de santé, par localité	69
Annexe 8 : Ménages ayant eu recours à des soins de santé, par performance de district	69
Annexe 9 : Raisons les plus fréquentes du recours aux soins de santé, par sous-région	70
Annexe 10 : Remboursement des médicaments, par sous-région	70
Annexe 11 : Liberté d'expression, par localité	71
Annexe 12 : Liberté d'expression concernant les questions sanitaires, par sous-région	71
Annexe 13 : Lieux des sites de l'étude	71
Annexe 14 : Équipes de recherche	72

Liste d'abréviations

AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose
ARV	Antirétroviral
BCC	Communication pour un changement de comportement/communication incitant à changer de comportement
BCG	Bacille Calmette Guérin
CDTI	Traitement par l'ivermectine sous directives communautaires
DTC3	Vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux(trois doses)
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RDC	République démocratique du Congo
SPSS	Progiciel de statistiques pour les sciences sociales
SSP	Soins de santé primaires
TDR	Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome de l'immunodéficience acquise

Équipe de rédaction du rapport

Classés par ordre alphabétique

Dr Uche Amazigo	Professeur Peter Ndumbe
Dr Mary Amuyunzu-Nyamongo	Dr Richard Ndyomugenyi
Dr Tieman Diarra	Dr Ngozi Njepuome
Professeur SJH Hendricks	Professeur Martin Oka Obono
Dr Tarcisse Elongo Lokombe	Professeur Joseph Okeibunor
Professeur Paul-Samson Lusamba-Dikassa	Dr Luis G Sambo
Professeur Pascal Lutumba	Mme Yolande F Longang Tchounkeu
Dr Leonard Mukenge	M. Honorat GM Zouré.

Avant-propos

Dans mon allocution à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé le 16 mai 2011, j'ai fait observer que tous nos débats et discussions dans le domaine de la santé n'ont de sens que s'ils améliorent la santé des gens et soulagent leurs souffrances. J'ai donc exhorté les délégués à « ne pas oublier que c'est des personnes dont il s'agit ».

J'ai le plaisir de féliciter le groupe de recherche qui s'est penché sur les perceptions et perspectives communautaires concernant les systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS afin de trouver des bases factuelles pour des services plus appropriés, mieux aptes à faire face à différentes situations et plus équitables, qui répondent aux attentes des populations et satisfont adéquatement leurs besoins.

Les inégalités en matière de santé d'un pays à l'autre et dans un même pays ont de tout temps été source de préoccupation pour les prestataires et les administrateurs de la santé. Elles ont donné lieu à la Déclaration d'Alma-Ata et à ses autres réaffirmations comme la Déclaration de Ouagadougou.

Lorsque l'on compare les principaux indicateurs de santé dans le monde, par exemple ceux relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement, l'on est frappé par la répartition inégale en matière de santé d'un pays à l'autre, dans un même pays, et entre des sous-groupes de population, par exemple, riches et pauvres, hommes et femmes. En outre, il existe des différences entre les zones rurales et urbaines en ce qui concerne la couverture de services de santé clés comme l'aide professionnelle lors de l'accouchement, la vaccination, et le diagnostic et traitement des maladies courantes. Ces inégalités peuvent être évitées en adoptant et en mettant en œuvre des politiques de santé et de développement pertinentes qui cherchent à réduire au minimum les variations des indicateurs sanitaires associés à la situation socio-économique.

En d'autres termes, pour atteindre un niveau acceptable de santé il faut, en dehors du secteur de la santé, que tous les secteurs connexes, ainsi que la communauté participent à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au suivi des mécanismes de prestation des soins. Ces mécanismes étant destinés à la communauté, la non-participation de celle-ci peut donner lieu à des interventions inadaptées.

Les résultats de cette étude sont riches d'enseignements et sont très révélateurs. Les communautés ont une perception claire de la santé et de la prestation de services. Elles incluent le bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel, social et économique dans leur définition de la santé et insistent sur le fait que nos services de santé doivent tenir compte de tous les besoins sanitaires de la communauté et non pas se focaliser sur certains d'entre eux. Ces constatations valent la peine qu'on s'y attarde.

Les répondants de cette étude ont aussi indiqué les domaines dans lesquels leur participation peut améliorer la gouvernance générale des systèmes de prestation des soins. Tout porte à croire que si les questions de gouvernance et de responsabilité sont abordées convenablement, elles contribueront au succès des différentes interventions sanitaires.

J'espère que les résultats de la présente étude seront discutés avec toutes les parties prenantes nationales dans le but d'élaborer des politiques et des stratégies qui répondent de manière appropriée aux besoins de nos populations. Ceci nous mènera à la couverture universelle et à la réalisation du niveau de santé le plus élevé auquel nos pays et nos populations peuvent prétendre.



Dr Margaret Chan
Directeur général de l'OMS

Remerciements

Les chercheurs remercient les ministères de la Santé et les autres administrations nationales pour l'appui qui leur a été accordé - assistance technique, aval éthique et autorisation - pour mener l'étude dans les dix pays : Afrique du Sud, Algérie, Cameroun, Kenya, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sénégal. Ils sont redevables aux directeurs et administrateurs des institutions sanitaires aux différents niveaux, aux agents de santé de première ligne, aux membres et aux notables des communautés de leur temps et de leurs inestimables contributions, grâce à qui l'étude a pu être menée à bien.

L'équipe remercie également les universités et les établissements de recherche des pays participants pour leur soutien, et le personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et du Programme africain de lutte contre l'onchocercose pour leur assistance.

L'équipe est particulièrement reconnaissante aux ministres de la Santé des pays participants pour leurs réactions et informations en retour lors de la présentation de l'étude par les responsables le 20 mai 2012, à Genève (Suisse), et pour avoir accepté d'en publier les résultats.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose ont financé cette étude.

Résumé analytique

« Dans tous les hôpitaux, même dans les dispensaires, il n’y a pas d’amour. Quand tu arrives à l’hôpital, ils te donnent un formulaire à remplir. Il tient la plume. Tu lui dis : Papa, écris, mon enfant se meurt; il répondra, il faut payer. Il croise même les jambes; tu es inquiète, agitée et il insiste qu’il faut donner l’argent. Avant que l’argent n’arrive, l’enfant meurt. Il n’y a pas d’amour. Pour pouvoir utiliser l’hôpital, il faut payer le tout ou tu meurs si tu n’as pas l’argent qu’il faut. » (Groupe thématique – Femmes).

CONTEXTE

1. Toutes les décennies, depuis les années 40, les décideurs, les professionnels et les prestataires de la santé lancent de nouvelles initiatives mondiales et nationales qui cherchent à faire face aux problèmes de santé et à satisfaire les besoins des populations, notamment celles qui vivent en Afrique subsaharienne. Cependant, peu de réformes ont été couronnées de succès.
2. Les débats récents ont mis l’accent sur la manière de mieux renforcer les systèmes de santé, d’instaurer une couverture sanitaire universelle et de progresser en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Cependant, la majorité de ces débats sont orientés fondamentalement par les perspectives des professionnels et des prestataires de la santé qui n’accordent que peu d’attention aux perceptions et points de vue des utilisateurs finals. Bien qu’il soit toujours essentiel dans grand nombre de pays d’Afrique subsaharienne de continuer à préconiser davantage d’investissements dans la santé, il existe un important potentiel inexploité, à savoir le capital humain et le savoir local des utilisateurs finals.
3. Pour améliorer la capacité de prestation des services nationaux de santé en Afrique, il ne suffit pas de faire des déclarations et d’augmenter le financement. L’apport des communautés est essentiel. À cet égard, nous avons associé à cette étude des habitants de zones urbaines, péri-urbaines et rurales pour comprendre leurs perceptions et perspectives en matière de santé et de prestation des soins.
4. L’étude a cherché des réponses à six questions de recherche : i) comment les communautés africaines perçoivent-elles la santé et les soins de santé; ii) comment les soins de santé sont-ils dispensés dans certains districts sanitaires urbains, péri-urbains et ruraux; iii) dans quelle mesure les systèmes de prestation des services de santé en place sont-ils à l’écoute des besoins de la communauté; iv) quels sont le potentiel et la capacité des communautés à contribuer à la prestation des services de santé et à y prendre part; v) comment donner aux individus et aux groupes des zones urbaines, péri-urbaines et rurales les moyens de contribuer au développement de la santé communautaire et comment augmenter leur capacité; vi) quelles sont les points de vue des communautés concernant la prestation des soins de santé.
5. Cette enquête multipays, pluridisciplinaire et transversale a donc été conçue pour étudier

les questions définies ci-dessus en vue de bien comprendre l'interface entre les communautés et les services de santé et de savoir comment donner aux communautés les moyens de mieux contribuer aux réformes sanitaires aux côtés d'autres parties prenantes essentielles—pouvoirs publics, partenaires, secteur privé, entre autres.

6. L'étude a été menée dans 13 sites de dix pays africains sélectionnés au moyen d'un échantillonnage à plusieurs degrés. Pour commencer, les pays ont été groupés en trois sous-régions (centrale, de l'est et australe, et de l'ouest) selon la structure organisationnelle du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Au sein de chaque sous-région, trois ou quatre pays ont été retenus sur des bases démographiques, linguistiques et géographiques et sur la capacité en matière de recherche du pays. Les dix pays (Afrique du Sud, Algérie, Cameroun, Kenya, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sénégal) illustrent une grande variété de modèles de systèmes de santé représentés dans la Région africaine. En outre, ils constituent 26 % des 46 États Membres et représentent plus de 52 % de la population de la Région.
7. Dans chaque site de l'étude, deux régions sanitaires ont été choisies au hasard en deux étapes en se fondant sur les données des enquêtes démographiques et de santé les plus récentes, les données sur la mortalité maternelle, infantile et néonatale et les données de couverture vaccinale. Sur la base des indicateurs de santé, les régions ont été séparées en deux groupes – bons résultats et résultats médiocres.
8. L'étude associe les méthodes de la recherche biomédicale et des sciences sociales : enquêtes transversales, enquête qualitative et études de cas. Des ateliers se sont tenus pour normaliser la méthodologie et l'application du protocole de l'étude afin d'obtenir des données comparables.
9. L'étude a été menée dans des zones urbaines, péri-urbaines et rurales. Les répondants remplissant les conditions requises ont été choisis au hasard parmi 24 communautés dans six districts sanitaires de chaque site (au total 240 communautés). Le nombre de participants par site va de 799 en République centrafricaine

à 980 au Kenya. Les données quantitatives ont été recueillies au moyen d'une enquête par entretiens auprès des ménages. Au total 10 932 chefs de famille ou leur représentant ont été interrogés. La collecte des données qualitatives s'est fondée sur des interviews en profondeur et des discussions de groupe thématique avec diverses parties prenantes, y compris des membres de la communauté, et des personnels de santé de première ligne, de district et national. Au total 24 discussions de groupe thématique ont eu lieu par site (à savoir 312 en tout) et 816 interviews en profondeur; 78 études de cas ont été réalisées.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

10. La moyenne d'âge des 10 932 répondants est de 43,9 ans, avec une dispersion comprise entre 38,7 et 54,6 ans. Les hommes représentent 53,2 % de l'échantillon. La répartition des ménages échantillonnés dans les zones urbaines, péri-urbaines et rurales est de 33,8 %, 33,1 % et 33,1 %, respectivement. La plupart des répondants ont vécu dans la zone étudiée pendant plus de 25 ans.
11. Les résultats de l'étude fournissent des informations importantes concernant les perspectives des gens d'être en bonne santé et sur les composantes du système de santé qui doivent être mobilisées pour mieux répondre à leurs attentes. La définition que donnent les communautés de la santé comprend « le bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel, social et économique ». Cette définition de la santé, qui va au-delà de celle de l'OMS¹ est illustrée par la citation qui suit :
« Ce que je pense, je ne crois pas me tromper, mais l'idée que j'ai de la santé est qu'elle doit être spirituelle aussi bien que physique. On peut être physiquement en bonne santé mais pas bien spirituellement. La chose la plus importante est d'être en bonne santé spirituellement et physiquement. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone urbaine).

1 La définition de l'OMS est la suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (www.who.int/about/definition/fr/print.html)

12. Pour près de 23 % des répondants, *l'aptitude au travail* (21,5 %) est ce qui constitue la bonne santé. Parmi les autres caractéristiques mentionnées, citons le *mouvement* (19 %) et la *participation à des activités vigoureuses* (10,3 %). Selon la plupart des répondants, un bon système de santé doit être centré sur la personne (à l'échelon individuel et des ménages), et inclure des politiques, l'échange de connaissances, des infrastructures, l'accès à des services de soins de santé essentiels et une forte participation communautaire. Du point de vue des répondants, les composantes essentielles d'un système de santé sont : politiques sanitaires, connaissances, médicaments, établissements de santé, personnel de santé, prestation des services de santé dans un contexte d'encadrement, de gouvernance, de gestion, et de participation communautaire.
13. Les répondants sont conscients de la charge élevée des maladies transmissibles et non transmissibles dans leur communauté. Le paludisme est le problème de santé le plus fréquemment signalé dans 11 des 13 sites, les exceptions étant l'Algérie et l'Afrique du Sud. Le paludisme et la fièvre (mentionnés respectivement par 69 % et 53 % des répondants) sont les problèmes de santé les plus courants chez les enfants. Pour les personnes âgées, les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés sont l'arthrite (42 %), suivie par l'hypertension (41,3 %), le paludisme et les troubles oculaires (35,9 % chacun). Il convient de noter que le VIH/sida ne figure pas parmi les maladies les plus fréquemment citées, même dans les pays à forte prévalence.
14. À quelques différences près, les gens des sites étudiés sont très conscients des maladies non transmissibles, notamment l'hypertension, le diabète et les problèmes de santé mentale. Dans la sous-région de l'est et australe, 63,2 % et 41,1 % des répondants ont mentionné le paludisme et la fièvre comme étant des maux courants. L'hypertension et le diabète ont été plus fréquemment cités dans la sous-région de l'est et australe (26,8 % et 23,9 %, respectivement) et la sous-région de l'ouest (33,3 % et 23,3 %, respectivement) que dans la sous-région centrale (22,5 % et 12,2 %). L'Algérie, l'ouest de la RDC, le sud-est du Nigeria, le Sénégal et l'Afrique du Sud ont rapporté les taux élevés de diabète comme problème de santé courant.
15. Dans tous les sites étudiés, 85 à 90 % des répondants ont déclaré que les établissements de santé du secteur public sont la source principale de soins de santé. Suivent les établissements de santé privés dans les zones urbaines (55,9 %) et les tradipraticiens (17,9 %).
16. Dans les zones urbaines, les répondants ont mentionné le secteur non public, à savoir les centres de santé à base confessionnelle (14,7 %) et les vendeurs de médicaments (13,8 %), comme autres sources de soins. Dans la sous-région de l'ouest, le recours aux centres de santé à base confessionnelle a été mentionné par 5 % des répondants, alors que 22,3 % de la sous-région de l'est et australe et 17,5 % de la sous-région centrale en ont fait état. Parmi les répondants, 18,1 % de la sous-région centrale et 15 % de la sous-région de l'ouest ont mentionné les vendeurs de médicaments comme source importante de soins. Ces résultats ont des incidences sur le rôle de tutelle, de réglementation, de surveillance et de mobilisation du gouvernement dans la direction et la gestion du système de santé.
17. Bien que les établissements de santé du secteur public soient cités par 90 % des répondants comme source principale des soins de santé, ils sont perçus et décrits par les gens, en particulier ceux de la sous-région de l'ouest, comme « des centres de vaccination des enfants, et de soins prénatals et d'obstétrique pour les femmes ». Dans les trois sous-régions, le traitement des affections est le service le plus couramment offert dans les centres de santé publique, selon 80,2 % des répondants de la sous-région de l'ouest, 79,9 % de la sous-région centrale, et 54 % de la sous-région de l'est et australe. Viennent ensuite les prestations pour les enfants et les femmes.
18. S'agissant de l'aptitude des services de santé à répondre aux attentes, plus des deux tiers des 10 932 répondants estiment que les prestations des établissements du secteur laissent à désirer, la seule exception étant l'Afrique du Sud. Les principales raisons citées sont : le manque de médicaments et de matériel (39,1 %); le comportement peu amène des prestataires de soins (27,7 %); les retards et les longues périodes d'attente (13,1 %). La

citation qui suit rend bien compte de cette perception :

« Dans le temps, quand j'allais dans un centre de santé, on me faisait bon accueil. Avant de me demander de l'argent, ils soignaient l'enfant et ce n'est qu'ensuite qu'ils me donnaient la note. Maintenant, voilà ce qu'on voit, tu amènes un enfant malade, l'enfant est dans le coma mais on te demande d'amener des médicaments, du sang et du matériel de transfusion. Quand tu as passé par toutes ces étapes, l'état de l'enfant a empiré. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone rurale).

19. En général, les principaux facteurs qui influent sur l'évaluation des services de santé dans l'étude sont : l'attitude des personnels de santé envers les utilisateurs; l'insuffisance des médicaments et d'autres fournitures; et la convivialité de l'environnement. On constate des différences selon les localités et les sous-régions. Les problèmes et les sujets de mécontentement sont plus nombreux dans la sous-région centrale (69 %) suivie par la sous-région de l'ouest (67 %). Les citations qui suivent rendent bien compte des sentiments des gens :

« Les agents de santé ne sont pas aimables. Ils ne traitent pas les patients poliment. » (Groupe thématique, femmes adultes, zone urbaine).

« Seules les personnes qui ont des parents qui travaillent au centre de santé sont bien soignées et bien accueillies. Personne ne soigne ou ne s'occupe des autres, même si on est en train de mourir toute seule. » (Groupe thématique, femmes jeunes, zone urbaine).

20. Un adulte a décrit l'environnement dans les centres de santé du secteur public comme étant peu propice aux nouveau-nés. Voici ce qu'il en dit :

« L'accouchement se déroule bien, mais avant le lever du jour une dizaine de moustiques ont déjà piqué le nouveau-né alors qu'il est encore à l'hôpital. Comment voulez-vous que cet enfant aille bien ? Dans des conditions pareilles souhaiteriez-vous quand même aller à l'hôpital ou préféreriez-vous trouver un autre endroit ? » (Groupe thématique, hommes, zone urbaine).

21. En revanche, les répondants qui estiment que les services sont bons attribuent ceci principalement à la capacité du personnel de santé à répondre aux attentes des utilisateurs (42,7 %), à la convivialité de l'environnement (18,9 %) et à la disponibilité des médicaments (14 %).

22. Dans toutes les localités (urbaines, péri-urbaines ou rurales), les réponses présentent une description d'un système de santé où les principales attentes des bénéficiaires sont les médicaments, les installations et les ressources humaines. Là où les prestataires de soins sont de bonne volonté, les gens font une évaluation positive du service : « Dans notre centre, nous voyons des agents de santé parcourir de longues distances à pied pour se procurer les médicaments dont nous avons besoin. » (Groupe thématique, femme).

23. Il y a des affections pour lesquelles les gens, du fait de leur culture et de leurs croyances, préfèrent des soins alternatifs. Environ 25 % des répondants ont dit ne pas se rendre au centre de santé le plus proche pour les états fiévreux, les crises de paludisme et l'arthrite. Les autres affections incluent la dépression et les problèmes respiratoires.

24. Les tradipraticiens et les guérisseurs spirituels sont les principaux prestataires de soins des affections pour lesquelles les gens ne se rendent pas dans les centres de santé. Parmi les répondants qui consultent les tradipraticiens, 67,1 % appartiennent à des communautés péri-urbaines. Les autres prestataires mentionnés sont les guérisseurs spirituels (21,1 %) et les vendeurs de médicaments (16,2 %).

25. S'agissant de l'accès aux services de santé, plus de 90 % des répondants savent où se rendre. Toutefois, 34,1 % d'entre eux ont cité l'aspect financier comme principal obstacle à l'accès. D'autres contraintes sont le transport (11 %), les médicaments inappropriés (6,7 %) et l'idée que l'état de santé n'est pas suffisamment grave (5,4 %). L'étude montre que le comportement peu accueillant des agents de santé a dissuadé 2,8 % des répondants de se rendre dans les centres de santé publics, en dépit du fait que 27,7 % des répondants invoquent cette raison pour leur mauvaise appréciation des services.

26. Trois des dix pays participants ont un régime public d'assurance-maladie (Afrique du

- Sud, Algérie et Cameroun). La majorité des répondants des trois sous-régions n'ont pas d'assurance-maladie et leurs frais de traitement sont peu remboursés. Environ 12 % des répondants de la sous-région centrale sont au bénéfice d'une assurance-maladie, 9,1 % de la sous-région de l'est et australe et 2,5 % de la sous-région de l'ouest. En République centrafricaine, les répondants ont rapporté que le gouvernement, avec des ressources fournies par les partenaires au développement, offre des subventions, alors qu'au Sénégal le modèle est basé sur le financement communautaire. En Algérie, exceptionnellement, les compagnies d'assurance remboursent les médicaments à 99,3 % pour les habitants des zones rurales, à 96,4 % pour ceux des zones urbaines et à 98,9 % pour ceux des zones péri-urbaines. Les répondants dans certains sites, notamment en Afrique du Sud, ont reconnu avoir gratuitement accès aux services de santé publics. Il n'empêche que la proportion globale des répondants ayant accès à des services de santé gratuits ne dépasse pas 14 %.
27. Les communautés contribuent à la prestation des services de santé de plusieurs manières : en aidant à la gestion et à l'entretien des centres de santé (20,9 %), en nommant des volontaires (10,7 %) et en les formant (10,5 %). Dans certains sites, les communautés ont construit le centre de santé (6,3 %) ou fourni la main-d'œuvre nécessaire à la construction (5,6 %). Dans toutes les localités, les contributions individuelles à la prestation des services de santé communautaires se font surtout sous forme de soins aux patients, comme l'indiquent plus de 30 % des répondants.
28. Les résultats montrent que, dans toutes les sous-régions, les individus contribuent à la prestation des soins de santé. La proportion la plus élevée de personnes contribuant à la prestation des soins (37,7 %) se trouve en zones rurales, viennent ensuite les zones péri-urbaines (36,4 %) et les zones urbaines (34 %). Toutefois, pas moins de 26,2 % des répondants ne savaient pas si ou comment leur communauté contribuait aux soins de santé et 64 % n'y avaient jamais contribué.
29. Il convient de noter qu'une plus grande proportion des répondants se sont dits disposés à contribuer à l'avenir à la prestation des soins de santé : 70,9 % dans la sous-région de l'ouest, 66,2 % dans la sous-région de l'est et australe, et 62,3 % dans la sous-région centrale.
30. Certains des répondants (40,5 %) sont confiants que le gouvernement agit toujours dans l'intérêt des communautés, mais 13,8 % ne sont pas du tout de cet avis. La déclaration qui suit illustre ce point de vue et certaines des raisons pour lesquelles les gens ne font pas confiance aux pouvoirs publics :
- « Nous avons acquis des terrains il y a quelque temps pour y construire des logements pour les personnels de santé afin qu'ils puissent mieux travailler. En fait, nous avons commencé à façonner les blocs et à apporter le sable sur le site. Le président de l'administration locale d'alors nous a dit de ne pas construire ces logements parce que le gouvernement s'en chargerait. À ce jour, les logements n'ont pas été construits et les blocs et le sable ont été perdus. » (Entretien en profondeur, chef communautaire, zone péri-urbaine).
31. Le degré de participation communautaire à la prise de décisions concernant la manière de dispenser les services de santé a été évalué comme faible dans les sous-régions de l'est et australe (48,8 %), de l'ouest (44 %) et centrale (41,8 %). Ces proportions indiquent l'inclusion insuffisante des membres des communautés dans la prise de décisions relatives à la réforme sanitaire.
32. Concernant les moyens d'améliorer la prestation des services de santé essentiels, les participants estiment qu'il est avant tout important de renforcer l'approvisionnement en médicaments. Viennent ensuite le renforcement de la capacité des personnels de santé et la construction de centres de santé. Les personnes ayant participé au groupe de discussion ont exprimé des points de vue similaires comme illustré ci-dessous :
- « Savez-vous pourquoi nous demandons que les effectifs soient augmentés ? Si vous arrivez ici à 23 heures et que vous êtes malade, quelle que soit la gravité de votre maladie il vous faut attendre jusqu'au lendemain. Personne ne sera là pour vous faire une perfusion parce qu'ils diront qu'il n'y a pas de personnel en service la nuit. C'est ce qu'ils vous diront. » (Groupe thématique, homme, zone péri-urbaine).

CONCLUSIONS

33. La présente étude montre que l'opinion que les gens ont de la santé et de la prestation des services de santé apporte un éclairage précieux qui pourrait aider à améliorer la réactivité et l'efficacité des systèmes de santé dans la Région africaine. Les résultats indiquent que les communautés comprennent la dynamique et les interactions qui influent souvent sur la prestation des soins de santé et les issues au niveau communautaire. L'étude permet de mieux saisir les déterminants de la santé y compris les dimensions physique, mentale, émotionnelle, spirituelle, sociale et économique du bien-être. Les gens sont concernés par le paludisme, la fièvre, les maladies non transmissibles pour lesquelles davantage d'investissements doivent être consentis au niveau des districts et des communautés. Les répondants sont également concernés par le manque de médicaments dans les établissements sanitaires du secteur public et par le comportement peu réceptif des personnels de santé, notamment dans les situations d'urgence.
34. En dépit des efforts déployés par les gouvernements et les partenaires pour renforcer la prestation des services de santé dans la plupart des pays de la Région, les utilisateurs constatent que les soins et les installations laissent toujours à désirer. Les résultats montrent que les services de santé locaux et communautaires manquent de ressources et nécessitent davantage d'investissements pour accroître leur capacité à fournir des soins de qualité et augmenter l'accès à ces soins des membres pauvres et vulnérables de la société, y compris les personnes âgées. Les services dans les établissements de santé des districts ne doivent pas être limités ou être perçus par les gens comme étant limités aux enfants (vaccination) et aux femmes en âge de procréer (soins prénatals et accouchement), mais doivent comporter d'autres interventions qui répondent aux besoins de la communauté en général.
35. Les lacunes de la protection sociale et les problèmes mis en évidence par la présente étude nécessitent la création de mécanismes plus efficaces pour éviter que les ménages ne se retrouvent dans une situation financière catastrophique en raison du paiement direct des dépenses de santé. L'étude montre également qu'il est important que la communauté participe à la gouvernance des services de santé.
36. L'observation qui prédomine est qu'il faut pallier le manque de fonds, de personnel, de médicaments, d'installations et d'efforts pour améliorer la performance des services nationaux de santé. Par ailleurs, il est essentiel de gérer rationnellement les ressources disponibles.
37. La perception de la non-inclusion des membres de la communauté dans le processus décisionnel est fort préoccupante. Bien que les résultats montrent qu'une proportion élevée des répondants sont confiants dans le bon vouloir des autorités, l'un des grands enjeux est la capacité des gouvernements à satisfaire la forte demande de services de soins de santé essentiels pour la garantie desquels ils ont signé de nombreux engagements et déclarations.
38. Le rôle significatif que les individus et les communautés peuvent jouer en fournissant des informations sur la situation sanitaire locale et leur rôle potentiel dans la prestation des services de santé sont mis en évidence par les résultats de cette étude. Associer les utilisateurs des services améliorera non seulement l'accès mais aussi déclenchera des mécanismes novateurs d'utilisation des ressources et de mise à contribution du potentiel humain. Ainsi, on améliorera la performance du système de santé et on saura utiliser efficacement les ressources. En outre, cela contribuera à une bonne prestation des services de santé au plus grand nombre de gens possible.
39. Alors que l'architecture sanitaire mondiale connaît des changements structurels, qui impliquent de mettre l'accent sur des « dépenses avisées », il est nécessaire de disposer de nouveaux plans et cadres de prestation des services de santé pour générer des modèles créatifs plus adaptés à de meilleurs résultats sanitaires sans forcément attendre de gros investissements financiers. Nous espérons que les résultats de la présente étude sensibiliseront les décideurs aux systèmes de santé novateurs qui tiennent compte de l'énorme potentiel inexploité que

représentent les communautés en Afrique dans le processus de développement sanitaire national et régional.

RECOMMANDATIONS

40. À la lumière des résultats, les pouvoirs publics, les communautés et les partenaires doivent prendre en considération les recommandations suivantes :

- a) Établir des mécanismes pour rendre les prestataires plus conscients de la nature multidimensionnelle et complexe de la santé que les communautés perçoivent comme étant un état de *bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel, social et économique*. Les partenaires dans le domaine de la santé doivent tenir compte des connaissances des populations dans leurs analyses, élaboration des politiques et pratiques dans un contexte plus vaste de réformes sanitaires fondées sur des données scientifiques et une action normative;
- b) Renforcer la qualité des soins de santé moyennant des réformes qui améliorent l'infrastructure, à savoir établissements de santé, personnel qualifié, médicaments essentiels et financement, et conduiront à la couverture sanitaire universelle et à une plus grande satisfaction des utilisateurs; ces mesures devraient être étayées par des lignes directrices et la supervision;
- c) Établir des systèmes de surveillance communautaires pour détecter et signaler les problèmes de santé les plus courants, y compris les maladies transmissibles et non transmissibles, faciliter la prise de conscience des facteurs de risque associés à ces affections et institutionnaliser la prise en charge communautaire des cas;
- d) Étendre la gamme des interventions sanitaires pour traiter, outre les enfants et les femmes en âge de procréer, les besoins des adolescents et des personnes âgées ainsi que d'autres groupes vulnérables;
- e) Établir des mécanismes appropriés de financement de la santé notamment

l'assurance-maladie universelle, la fiscalité, le financement communautaire et d'autres options en vue de la couverture sanitaire universelle;

- f) Concevoir des réformes sanitaires à mettre en œuvre au moyen d'approches novatrices qui renforcent la représentation, l'adhésion et la participation effectives des communautés à l'élaboration des politiques, à la planification, à l'organisation et aux activités des services de santé;
- g) Soutenir la recherche et la documentation sociale, épidémiologique et sur les services de santé et la publication des meilleures pratiques en matière de santé publique pour promouvoir et étayer le renforcement des interventions essentielles dans la Région africaine et accélérer les progrès en vue d'atteindre les objectifs de santé nationaux et convenus sur le plan international.

Voici une histoire villageoise typique. Les familles vivent avec moins d'un dollar par jour. Pour accéder aux services de santé élémentaires, les membres de la communauté—femmes, hommes et enfants—parcourent 20 kilomètres à pied ou plus pour atteindre l'établissement de santé le plus proche, et n'y trouver parfois ni agents de santé ni médicaments. Quand il y a des médicaments au magasin du village, ceux-ci sont souvent périmés ou contrefaits. Dans ce village, il n'y a pas de médecin. Les enfants souffrent fréquemment de crises de paludisme, de fièvre, de diarrhées et de vomissements; les adultes, eux, souffrent d'hypertension. Or, les informations sanitaires sont rares. Les chefs de famille et les notables du village ont des idées claires quant à la solution aux problèmes de santé, mais les prestataires qui se rendent dans le village supposent à tort que les apports locaux ne sont d'aucune utilité. Ils préfèrent penser à la place des notables et des membres de la communauté. Ils conçoivent des initiatives sanitaires pour le village sans demander l'avis ou le consentement de la population locale. Ils déclarent que la communauté est le cœur même du système de santé, mais ne la font participer ni à la prise de décision ni à la planification.

I Introduction

Reconnaissant le fait que les services de santé partout dans le monde ne répondaient pas aux besoins des populations qu'ils étaient censés servir, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par le biais de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 (OMS et UNICEF, 1978; Lawn et al, 2008), a lancé l'approche des soins de santé primaires (SSP), qui est axée sur le rôle principal de l'engagement commun et de la participation communautaire à la prestation des services de santé. Le fait que les populations des communautés urbaines, péri-urbaines et rurales ont le potentiel de contribuer utilement à la conception et à l'organisation de services de santé efficaces a de nouveau été souligné dans la Déclaration d'Addis Abeba (OMS, 2006), le Rapport sur la santé dans le monde (OMS, 2008e) et la Déclaration de Ouagadougou (OMS, 2008a). Dans ces déclarations, l'OMS a repris le modèle des SSP et rappelé l'importance des approches centrées sur la personne et des principes de la couverture universelle.

Les obligations financières des pays membres pour faire face à une crise de santé publique sur le continent (OMS, 2003) ont été fixées par les chefs d'État africains dans les déclarations d'Abuja de 2000 et de 2006, la dernière lançant un appel à la couverture universelle des interventions sanitaires notamment pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida. Toutefois, les actions proposées ciblent principalement les pays et les gouvernements sans fixer les rôles des communautés ou des organisations communautaires.

Au cours des dernières années, la communauté sanitaire mondiale s'est généralement centrée

à nouveau sur le renforcement des systèmes de santé (Groupe d'experts de la santé auprès du G8, 2008; Reich et al, 2008), reconnaissant que les faiblesses systémiques font obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). En dépit des efforts nationaux et internationaux, les interventions dans le domaine de la santé ne répondent pas comme il convient aux besoins sanitaires des populations, notamment de celles qui vivent dans les communautés pauvres et marginalisées.

Valoriser les personnels de santé, augmenter le financement pour renforcer les systèmes de santé et élargir la base de connaissances sur la manière de mieux faire fonctionner le système serait fort utile aux quelque 800 millions de personnes vivant dans la Région africaine de l'OMS (OMS, 2008f). Toutefois, un plus grand financement, davantage de moyens pour la prestation des soins (y compris la construction et l'implantation d'établissements de santé) et de meilleurs moyens techniques et médicaments ne se soldent pas nécessairement par de meilleurs résultats sanitaires (Travis et al, 2004; OMS, 2000).

Au cours des deux dernières décennies, les gouvernements africains et la communauté sanitaire mondiale ont élaboré des politiques, mis au point des programmes et alloué des fonds pour la prestation des services de santé, le renforcement des systèmes de santé et le suivi des indicateurs OMD en se fondant sur leur perception des caractéristiques d'un bon système de santé. Ce qui manque à tous ces efforts, ce sont la voix et la contribution des utilisateurs finals du système.

Cette omission est peut-être due au fait que les décideurs de haut niveau ne sont pas toujours à l'écoute des opinions des populations appartenant aux quintiles socioéconomiques inférieurs; en outre, certains décideurs ne disposent pas des mécanismes nécessaires pour faire participer les communautés à l'élaboration, à la planification, à la mise en œuvre, et au suivi et évaluation des politiques. Pour améliorer de manière significative la santé des populations, il est nécessaire que les utilisateurs finals (en particulier les pauvres et les groupes marginalisés) conçoivent et mettent au point les services de santé qui leur sont destinés.

JUSTIFICATION

Des bilans récents de l'OMS (2011) indiquent que la plupart des pays de la Région ont peu de chances d'atteindre les OMD 4, 5 et 6. La lenteur des progrès du développement sanitaire, ainsi que de la réalisation des cibles mondiales et nationales, a été associée à la faiblesse des systèmes de santé et de leurs six éléments clés : i) prestation de services; ii) personnels de santé; iii) information; iv) produits médicaux, vaccins et technologies; v) financement; vi) encadrement et gouvernance (OMS, 2007; OMS, 2006; Sambo et Kirigia, 2011).

La focalisation actuelle du Bureau régional sur le renforcement des systèmes de santé, basée sur l'approche SSP en vue de la couverture sanitaire universelle, offre une excellente occasion de mettre en œuvre des interventions adaptées aux besoins des populations. Ces interventions auraient

tout intérêt à utiliser les ressources humaines et financières disponibles localement pour améliorer de manière effective, efficace et durable les issues sanitaires dans les États Membres (OMS, 2008a, b, c). Toutefois, les principaux obstacles à l'amélioration des issues sanitaires sont, entre autres, une gouvernance inefficace, des agents de santé peu motivés, et une allocation restreinte et inégale des ressources.

Plusieurs approches de renforcement des systèmes de santé mises en œuvre dans la Région telles que « Atteindre chaque district » et le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires montrent que si les gouvernements et les communautés s'impliquent, les programmes de santé peuvent être menés à bien et donner lieu à de meilleures issues sanitaires. Toutefois, pour mettre en œuvre ces interventions, il faut forger de vrais partenariats avec les communautés et d'autres parties prenantes et obtenir ainsi une réponse globale.

Dans la Région africaine, le renforcement des systèmes de santé se fait principalement sur la base des informations et des points de vue des prestataires, avec très peu d'apport des clients. Ce phénomène continue à subsister en dépit du fait que l'on reconnaît de plus en plus le rôle des communautés dans la prestation des soins, notamment dans les pays en développement où l'infrastructure sanitaire laisse à désirer.

La présente étude a pour but de fournir des bases factuelles sur la meilleure façon d'élaborer un cadre de renforcement de systèmes de santé qui répondent aux besoins des communautés en tenant compte du point de vue et des opinions des gens sur la santé et la prestation des soins.

2 Questions et objectifs de la recherche

2.1 QUESTIONS GÉNÉRALES

La recherche est orientée par six questions principales :

- a) Comment les communautés africaines perçoivent-elles la santé et les soins de santé ?
- b) Comment les soins de santé sont-ils dispensés dans certains districts sanitaires urbains, péri-urbains et ruraux ?
- c) Dans quelle mesure les systèmes de prestation des services de santé en place sont-ils à l'écoute des besoins de la communauté ?
- d) Quels sont le potentiel et la capacité des communautés à contribuer à la prestation des services de santé et à y prendre part ?
- e) Comment donner aux individus et aux groupes en zone urbaine, péri-urbaine et rurale les moyens de contribuer au développement de la santé communautaire et comment augmenter leur capacité ?
- f) Quelles sont les points de vue des communautés concernant la prestation des soins de santé ?

2.2 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le principal objectif de la recherche est de décrire concrètement les soins de santé essentiels en Afrique et d'évaluer les opinions et points de

vue des communautés¹ sur la prestation des services de soins de santé essentiels en vue d'élaborer des mécanismes plus appropriés moyennant la participation communautaire.

Les objectifs particuliers sont les suivants :

- a) Décrire comment les communautés perçoivent la santé et la prestation des services de santé dans certains pays africains;
- b) Décrire et analyser la prestation des services de soins de santé essentiels au niveau des districts de santé (urbains, péri-urbains et ruraux), en présentant des cas de participation communautaire à la prestation des soins;
- c) Évaluer les attentes de la communauté en ce qui concerne les rapports des services de santé avec les patients et la communauté;
- d) Évaluer le bon vouloir de la communauté (aptitude, empressement et capacité) et les difficultés à participer à la prestation des services de santé;
- e) Recommander des mesures pour une participation communautaire effective et des mécanismes améliorés de prestation des services de soins de santé essentiels en tenant compte du point de vue des communautés.

1 Par communauté, on entend un groupe de personnes sous une même autorité qui occupent un territoire défini où se déroulent une grande partie des activités quotidiennes, et qui ont accès à des ressources locales partagées. La communauté peut, selon les pays, vivre dans un village, un quartier, un hameau, une zone péri-urbaine, urbaine ou rurale, des établissements temporaires, ou être mobile.

3 Méthodologie

3.1 MÉTHODES UTILISÉES

La présente étude est une étude multipays, pluridisciplinaire et transversale conçue pour décrire et analyser les opinions et attentes de la communauté concernant la santé et les soins de santé dans le cadre des systèmes de santé de district dans la Région africaine de l’OMS. Le but principal de l’étude est de déterminer les facteurs clés de l’engagement et de la responsabilisation de la communauté dans la gouvernance, la gestion et la mise en œuvre des SSP. L’étude associe des méthodes analytiques quantitatives et qualitatives, ainsi que des études de cas provenant de recherches en santé publique et en sciences sociales.

Les données quantitatives ont été recueillies au moyen d’un questionnaire administré par un enquêteur au chef de famille. En l’absence de ce dernier, un(e) représentant(e) est interviewé(e) selon la position qu’il/elle occupe dans le ménage. L’enquête qualitative est basée sur des interviews en profondeur et des discussions de groupe thématiques avec diverses parties prenantes, y compris les membres de la communauté, les guides d’opinion et le personnel de santé. Les études de cas visaient à recueillir des informations détaillées des établissements de santé de district/zone de gouvernement local au moyen de l’étude des dossiers, de listes de contrôle et d’interviews en profondeur avec les administrateurs des établissements.

3.2 SITES ET POPULATIONS ÉTUDIÉS

L’étude a été menée dans 13 sites de dix pays africains sélectionnés au moyen d’un échantillonnage

à plusieurs degrés. Pour commencer, les pays ont été groupés en trois sous-régions (centrale, de l’est et australe, et de l’ouest) selon la structure organisationnelle du Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. Au sein de chaque sous-région, trois ou quatre pays ont été retenus. Les dix pays, qui représentent 26 % des États Membres (46) et 52 % de la population totale de la Région, sont le Cameroun, la République centrafricaine et la République démocratique du Congo (RDC) dans la sous-région d’Afrique centrale; l’Afrique du Sud, le Kenya, et l’Ouganda dans la sous-région d’Afrique de l’Est et australe; et l’Algérie, le Niger, le Nigeria et le Sénégal dans la sous-région d’Afrique de l’Ouest. Du fait de l’étendue de la RDC et du Nigeria, plus d’un site ont été choisis (trois au Nigeria et deux en RDC). La population étudiée comprend les chefs de famille ou leurs représentants, les dirigeants communautaires, les organisations communautaires, les volontaires communautaires et le personnel de santé aux niveaux périphérique, de district et national.

3.3 ÉCHANTILLONNAGE

Choix des régions et districts de santé

Étant donné que les SSP ne sont pas au même stade de développement sur le plan régional et de district, deux régions sanitaires² ont été choisies

2 Une « région » sanitaire peut être définie différemment dans divers pays et s’appeler « province », « état » ou « district de santé ».

au hasard en deux étapes. Premièrement, les régions ont été divisées en deux groupes – bons résultats et résultats médiocres – sur la base des données des enquêtes démographiques et de santé les plus récentes, les données sur la mortalité maternelle, infantile et néonatale et les données de couverture vaccinale. Des indicateurs intermédiaires tels que l'accouchement en présence d'un personnel qualifié et/ou la couverture vaccinale par le DCT3 ont également été utilisés. Deuxièmement, une région sanitaire a été choisie au hasard dans chaque groupe.

Les districts de santé dans chacune des deux régions sanitaires sélectionnées ont été classés et regroupés en urbain, péri-urbain et rural. Un district de santé urbain, un péri-urbain et un rural ont été choisis au hasard dans chaque région sanitaire échantillonnée.

Sélection des communautés dans les districts

Dans chacun des districts choisis, quatre communautés ont été sélectionnées au moyen d'un processus aléatoire simple pour former des échantillonnages en grappe au sein desquels les répondants remplissant les conditions requises ont été choisis. Cela a donné un total de 24 communautés dans six districts de santé appartenant à deux régions sanitaires dans chaque site de pays.

Choix du ménage

En utilisant un taux présumé de perception des services de santé de 50 % dans les communautés et un intervalle de confiance de 95 % avec une marge d'erreur estimée de 3,5 %, une taille d'échantillon de 770 ± 27 a été calculée au moyen de la formule suivante :

$$Z^2 \times (p) \times (1-p) / c^2;$$

dans laquelle :

Z valeur pour 95 % niveau de confiance = 1,96

p (% perception des chefs de famille du système SSP) = 0,5

c = intervalle de confiance = 0,5

La taille de l'échantillon a été arrondie à 840 ménages par site de pays, compte tenu d'un taux de contingence de 5 %. Chaque équipe de site a interviewé environ 35 ménages dans chacune des 24 communautés.

Pour sélectionner les ménages, un lieu central a été désigné dans chacune des communautés choisies au hasard pour servir de point de départ pour la collecte des données. Deux assistants à la recherche ont été chargés de couvrir chacun des groupes. Du point de départ, les assistants sont partis chacun de son côté et ont poursuivi leur chemin en tournant à droite à chaque carrefour jusqu'à ce qu'ils atteignent le nombre voulu de répondants. Dans les cas où le nombre requis n'a pas été atteint, les enquêteurs se sont rendus dans une communauté voisine pour compléter l'échantillon.

3.4 INSTRUMENTS DE RECHERCHE

Dix assistants à la recherche, connaissant la langue locale et provenant d'universités et d'institutions de recherche dans les régions sanitaires sélectionnées ont reçu une formation dans chaque site de pays concernant les objectifs et les techniques de collecte des données. Un manuel de formation a été élaboré pour guider les équipes et assurer ainsi la collecte de données normalisées de qualité. Quatre types différents d'instruments³ de recherche ont été utilisés, chacun ciblant différentes sources d'information pour répondre aux questions de la recherche. Les instruments sont décrits brièvement ci-dessous.

Le *questionnaire sur les ménages* a été administré par un enquêteur à près de 35 chefs de famille ou à leur représentant et a fourni des informations sur les expériences, perceptions et attentes concernant les services de santé du point de vue des répondants. Des données sur les caractéristiques démographiques, les modes de vie et les facteurs de risque environnementaux ont également été recueillies. Cet instrument a aussi servi à connaître la volonté et la capacité des répondants à participer à la prestation de services de soins de santé essentiels dans les communautés.

Trois types de *guides pour les interviews en profondeur* ont servi à recueillir des informations auprès de 816 informateurs clés, à savoir des données qualitatives sur la prestation de services de soins de santé essentiels dans les communautés étudiées, sur le bon vouloir et la capacité des communautés et des volontaires à continuer à remplir leur rôle de prestataires, et sur les

3 Pour les instruments de l'étude, se rendre sur le site <http://www.who.int/apoc>.

perceptions et attentes concernant les services de santé. Les trois groupes principaux interviewés comprennent les dirigeants communautaires et les représentants des organisations communautaires, les volontaires communautaires, et le personnel de santé de première ligne.

Le troisième instrument de recherche est le *guide de discussion de groupe thématique*. Au total 24 groupes thématiques comprenant 8 à 10 participants se sont tenus dans chaque site en groupes séparés de femmes adultes, d'hommes adultes, d'adolescentes et d'adolescents. Cela a donné un total de 312 groupes thématiques dans les 13 sites. Comme les interviews en profondeur, les groupes thématiques ont sollicité des informations sur les expériences, perceptions et attentes des gens concernant les services de santé, ainsi que la volonté et la capacité des communautés à continuer à participer à la prestation de services de soins de santé essentiels.

Des *lignes directrices pour les études de cas relatives aux services de soins essentiels des districts* ont été fournies pour générer des études de cas contextuelles détaillées sur la prestation des services de soins de santé essentiels dans les zones desservies. Cet instrument était destiné à l'enquêteur principal de chaque site chargé d'interviewer les décideurs de la santé, les guides d'opinion et les agents de santé du district. Des documents ont également été examinés pour établir le montant du financement et la disponibilité d'autres ressources (par exemple, produits essentiels de santé, matériel, personnel et techniques) au centre de santé.

Étude pilote et standardisation des instruments

Chaque équipe a fait l'essai préliminaire des instruments dans des districts de santé autres que ceux choisis pour l'étude. Les districts des études pilotes ont été choisis à dessein. Les données de l'étude pilote ont été analysées et utilisées pour rendre les instruments de collecte des données plus précis avant d'entreprendre l'étude principale.

3.5 ANALYSE DES DONNÉES

Données quantitatives

Les données recueillies ont été revérifiées par les chefs d'équipe avant leur saisie électronique par des opérateurs à la saisie des données à l'aide du logiciel EPI-Info. Tous les fichiers de données

ont été vérifiés et nettoyés en permanence par des superviseurs à la saisie de données et revérifiés par un agent principal de la statistique avant d'être utilisés pour analyse par le progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser les répondants. Pour la présentation des données, on a utilisé des tableaux de répartition des fréquences et des graphiques.

Données qualitatives

Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande, et des notes circonstanciées ont été faites simultanément pour les indices non verbaux. Les enregistrements ont été transcrits selon les règles standard (MacLean, Meyer et Estable 2004) et traduits en français et en anglais par les équipes de pays. Les consultations avec les parties prenantes ont fait l'objet de minutes détaillées qui ont ensuite été transcrites minutieusement. Toutes les données textuelles ont été saisies dans le logiciel AtlasTi et codées selon une liste de codes établie par l'équipe responsable du projet. Les citations par code et mémos ont été analysées conformément aux thèmes émergents à l'aide des capacités de visualisation du logiciel AtlasTi pour l'analyse qualitative (www.atlasti.com).

Études de cas

Les études de cas ont permis une évaluation approfondie des réalités de la prestation des soins essentiels dans les sites étudiés. Les résultats des entretiens avec les administrateurs de la santé sont présentés dans ce rapport sous forme d'encadrés.

3.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les mesures ci-après ont été prises pour veiller au respect des règles éthiques.

- a) Le projet de recherche a été soumis pour approbation au Comité OMS d'évaluation éthique de la recherche.
- b) Chacune des 13 équipes de recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique médicale national et du gouvernement comme de besoin, sauf en République démocratique du Congo où une seule série de documents a été émise pour les deux sites.
- c) Tous les membres des équipes ont reçu des instructions précises pour assurer le respect,

la protection et la promotion des droits des participants à l'étude.

Le consentement éclairé de tous les participants a été recueilli et l'on a garanti leur anonymat concernant les données des entretiens enregistrées et reproduites. Le formulaire de consentement contenait des informations sur l'objet de l'étude, la composition de l'équipe de recherche, la durée prévue de l'étude, ainsi que la longueur des interviews et discussions. Le droit de refuser sans préjudice aucun de participer à l'étude ou de ne pas répondre à certaines questions a également été indiqué ainsi que les mesures prises pour assurer la confidentialité et contacter les personnes au cas où un complément d'information serait nécessaire. La feuille d'information et de consentement a été rédigée en fonction de chaque type de répondants afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté concernant les conditions de l'étude.

3.7 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Les instruments de collecte des données ont fait l'objet d'essais préalables en mai-juin 2010 et la collecte des données s'est faite entre juillet 2010 et mars 2011 dans tous les sites. Du fait de la nature multipays de l'étude qui impliquait la participation de scientifiques de diverses disciplines, neuf ateliers se sont tenus pour assurer la mise en œuvre normalisée du protocole, la collecte de données fiables et comparables, et l'interprétation des résultats.

- Élaboration du projet de protocole pour l'étude, Brazzaville (République du Congo), octobre 2009.
- Mise au point finale du protocole avec des scientifiques des pays participants, Brazzaville, avril 2010.
- Atelier pour la normalisation des instruments de l'étude après l'essai préliminaire, Ouagadougou (Burkina Faso), août 2010.
- Formation des gestionnaires de données et des spécialistes des sciences sociales à l'utilisation des logiciels Atlas-Ti, Epi-Info et SPSS, Ouagadougou, novembre 2010.
- Formation des gestionnaires de données et des spécialistes des sciences sociales à l'utilisation

des logiciels Atlas-Ti, Epi-Info et SPSS, Ibadan (Nigeria), janvier 2011.

- Analyse préliminaire des données, Brazzaville, juin 2011.
- Atelier d'analyse finale et de rédaction du rapport, Ouagadougou, octobre 2011.
- Réunion d'évaluation par les pairs, Brazzaville, mai 2012.
- Dernière réunion d'évaluation par les pairs, Brazzaville, juin 2012.
- Séance d'information à l'intention des ministres de la Santé des pays participants, Genève (Suisse), mai 2012.

3.8 LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude présente trois contraintes principales dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, l'étude s'est centrée sur les perceptions et les opinions, mais n'a pas mesuré la prévalence de la maladie. Les résultats concernant les problèmes de santé doivent donc être interprétés en connaissance de cause.

Les deux régions choisies par site peuvent ne pas être représentatives du pays dans son ensemble même si elles ont été choisies au hasard. Pour pallier cette limite, les données ont été corroborées par des entretiens avec des prestataires de soins à tous les niveaux (du niveau communautaire au niveau national), et l'on a procédé à un examen élargi de la littérature pour valider les résultats.

Il se peut qu'un certain parti pris des équipes de recherche et des répondants ait influencé les réponses. Pour remédier à cette éventualité, diverses mesures ont été prises pour garantir une collecte normalisée des données (dont l'élaboration d'un manuel de formation) et des séances de formation détaillées ont eu lieu avec les équipes dans chaque site. Les enquêteurs ont aussi participé à plusieurs ateliers de formation pour faire en sorte que tout parti pris individuel soit gommé.

La triangulation des données a été effectuée pour réduire au minimum les faiblesses des trois méthodes utilisées pour l'étude.

4 Résultats

4.1 INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

L'enquête a été menée auprès de 10 932 chefs de famille ou leur représentant dans 13 sites de dix pays : Afrique du Sud, Algérie, Cameroun, Kenya, Niger, Nigeria (nord-ouest, sud-est, sud-ouest), Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo (RDC est, RDC ouest), Sénégal. Le nombre de participants par site va de 799 en République centrafricaine à 980 au Kenya. Les hommes représentent 53,2 % de l'échantillon. La répartition des ménages échantillonnés dans les zones urbaines, péri-urbaines et rurales est de 33,8 %, 33,1 % et 33,1 %, respectivement. La plupart des répondants ont vécu dans la zone étudiée pendant plus

de 25 ans, à l'exception du sud-ouest du Nigeria où la majorité des gens ont vécu dans la communauté étudiée entre 5 et 10 ans. L'échantillon général des chefs de famille ou de leur représentant comprend un peu plus d'hommes (53,2 %) que de femmes bien que cette tendance soit inversée dans six sites où la majorité des répondants est féminine. Ce dernier groupe de sites inclut l'Afrique du Sud (67,3 %), l'Ouganda (63,9 %), l'est de la RDC (55,1 %), le Kenya (54,5 %), le Sénégal (53,3 %), et le sud-ouest du Nigeria (51,5 %). La répartition des répondants selon le sexe dans les trois zones géographiques (urbaine, péri-urbaine et rurale) est similaire dans tous les sites, sauf dans le sud-ouest du Nigeria, où l'échantillon urbain comprend un nombre plus élevé de répondants masculins. La figure 1

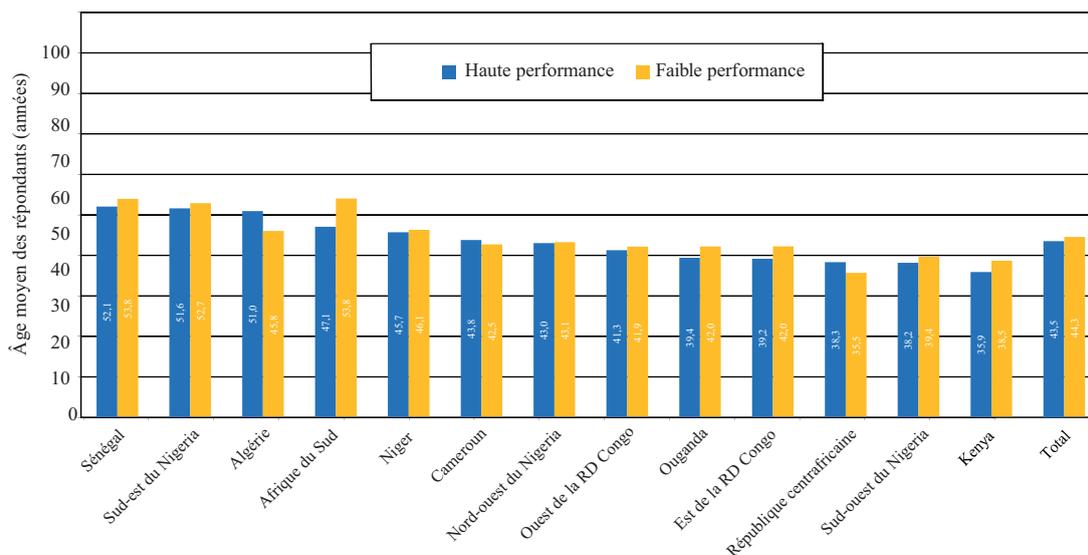


Figure 1 : Répartition selon l'âge moyen des répondants par régions à forte et faible performance (bons résultats et résultats médiocres)

montre l'âge moyen des répondants dans les 13 sites. La répartition des ménages échantillonnés dans les zones urbaines, péri-urbaines et rurales est de 33,8 %, 33,1 % et 33,1 %, respectivement.

L'âge moyen des répondants par site est de 43,9 ans, dans une fourchette de 38,7 à 54,6 ans (Annexe 2). Les hommes de l'échantillon sont en moyenne plus âgés (45,7 ans) que les femmes (41,7 ans). L'âge moyen des répondants est de 43,4, 44,1, 44,2 ans pour les zones urbaine, péri-urbaine et rurale, respectivement.

Situation de famille

La proportion des répondants actuellement mariés est de 72 %. Les autres appartiennent aux catégories suivantes : jamais mariés (15 %), veufs (8,6 %), divorcés (2,3 %) et séparés (1,4 %). Parmi les répondants mariés, 26,9 % sont âgés de 35 à 44 ans, alors que 31,7 % de ceux qui n'ont jamais été mariés ont de 25 à 34 ans. Des répondants masculins, 81 % sont mariés alors que cette proportion n'est que de 63,3 % pour les femmes.

La proportion des répondants mariés dans la tranche d'âge 25–34 ans par site est la suivante : nord-ouest du Nigeria (94,6 %), Ouganda

(81,2 %), Cameroun (67,2 %), et République centrafricaine (45,4 %). La majorité des répondants mariés âgés de 35 à 44 ans se trouvent en Algérie (89,2 %), dans l'est de la RDC (84,3 %), dans l'ouest de la RDC (80,9 %), au Kenya (83,2 %), au Niger (94,2 %) et au sud-ouest du Nigeria (69,9 %).

Religion

La figure 2 montre la répartition des répondants par appartenance religieuse. Dans neuf des 13 sites (Afrique du Sud, Cameroun, Kenya, nord-ouest du Nigeria, sud-ouest du Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, RDC est et RDC ouest), les répondants sont principalement chrétiens, alors que l'islam est la religion principale en Algérie (100 %), au Niger (99,4 %) et au Sénégal (98,2 %).

Fréquentation scolaire

La proportion des répondants qui ont fréquenté l'école dans tous les sites est de 79,6 %, allant de 57 % au Niger à 92 % au Cameroun. Un pourcentage élevé de répondants au Niger (49,4 %),

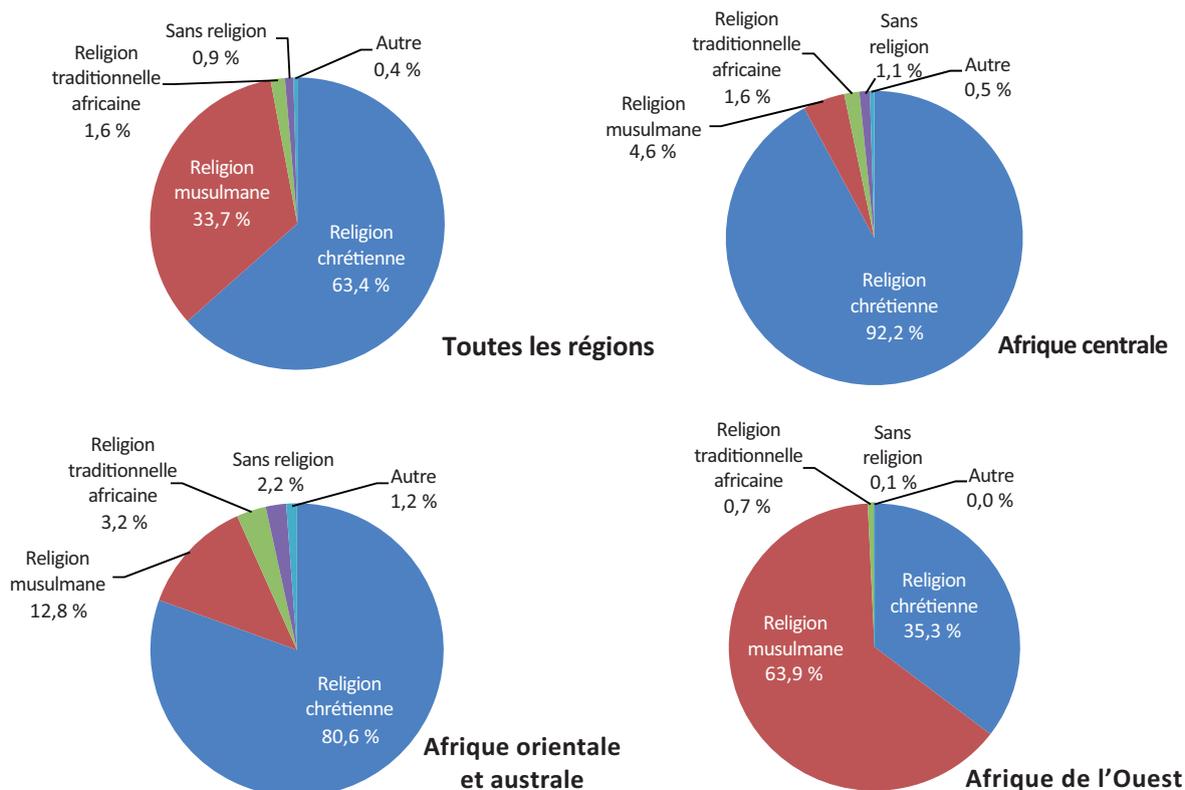


Figure 2 : Répartition de l'appartenance religieuse des répondants, globalement et par sous-région

au nord-ouest du Nigeria (32,7 %) et au Sénégal (52,3 %) ont une éducation religieuse ou non formelle. La fréquentation scolaire est plus élevée chez les hommes (83,8 %) que chez les femmes (74,8 %).

La figure 4 montre que dans huit sites (Algérie, Cameroun, Niger, sud-est du Nigeria,

nord-ouest du Nigeria, République centrafricaine, RDC ouest et Sénégal), plus de la moitié des répondants qui ont fréquenté l'école sont des hommes, alors que dans cinq des sites (Afrique du Sud, Kenya, sud-ouest du Nigeria, Ouganda et RDC est), plus de la moitié sont des femmes (Figure 4 et annexe 3).

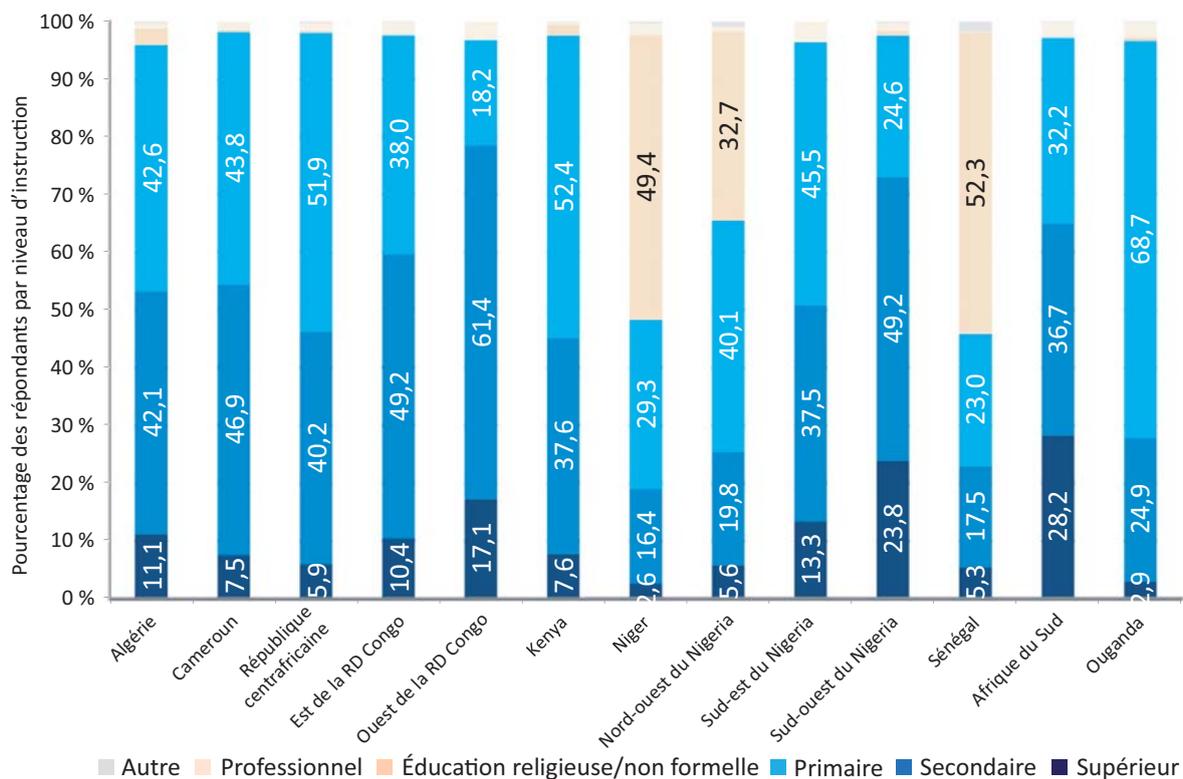


Figure 3 : Répartition du niveau le plus élevé d'instruction des répondants par site

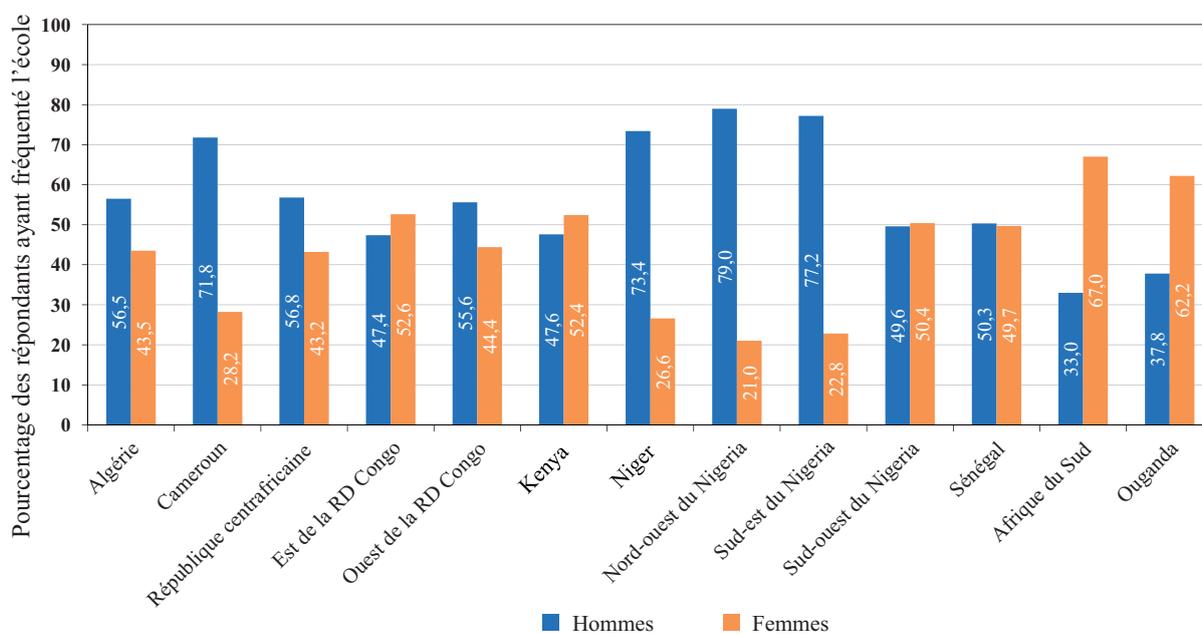


Figure 4 : Répartition des répondants ayant fréquenté l'école par site

Activités génératrices de revenus

Plus de 60 % des répondants se livrent à des activités génératrices de revenus⁴, à l'exception de l'Afrique du Sud où seulement 41,3 % ont un revenu. Plus de 60 % de ceux qui ont fréquenté l'école ont des activités génératrices de revenus, le pourcentage le plus élevé étant au sud-ouest du Nigeria (89,1 %) et le plus faible en Afrique du Sud (43,5 %). Pour ceux qui n'ont jamais fréquenté l'école mais qui ont des activités génératrices de revenus, le niveau le plus élevé a de nouveau été rapporté au sud-ouest du Nigeria (88,4 %) et le plus bas en Afrique du Sud (32,9 %).

S'agissant de la répartition par sexe, 84,1 % des hommes et 68,4 % des femmes ont des activités génératrices de revenus. Les hommes au nord-ouest du Nigeria sont les plus nombreux à les pratiquer (95,4 %) alors que l'Afrique du Sud a fait état de la plus faible proportion (49,5 %). Pour ce qui est des femmes, la proportion la plus élevée a été rapportée par le nord-ouest du Nigeria (88,6 %) et la plus basse par l'Afrique du Sud (37,3 %). Dans les régions à forte performance, 79,4 % des répondants ont dit participer à des activités génératrices de revenus, alors que dans les régions à faible performance, ce chiffre est de 74 % ($p < 0,001$). L'analyse par site montre que le nord-ouest du Nigeria a la proportion la plus élevée de répondants engagés dans des activités rémunérées aussi bien dans les régions à haute performance (95 %) que dans les régions à basse performance (91,9 %).

4 Les activités génératrices de revenus comprennent l'agriculture, la chasse, la pêche, l'élevage, le petit commerce, l'emploi rémunéré/salarié, l'artisanat et les affaires.

La répartition des activités génératrices de revenus dans les pays sortant d'un conflit (sites en République centrafricaine, et en RDC est et ouest) pour les régions à haute performance est de 83,2 %, 76 % et 72,9 %, respectivement, et pour les régions à faible performance de 87,6 %, 65,5 % et 74 %, respectivement.

4.2 PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA SANTÉ ET DE LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

Le concept communautaire de la santé que l'on peut déduire des données qualitatives comprend le bien-être spirituel. Les répondants décrivent la santé comme étant la capacité de travailler et de se déplacer aussi bien que les aspects émotionnel, psychologique, économique, mental et spirituel. On trouvera à la section « Discussion » une représentation et une reconstruction de ces perceptions.

Signes et définition de la santé selon les points de vue des répondants

Il a été demandé aux répondants de dire quels sont pour eux les signes d'une bonne santé. Les signes physiques ont été le plus souvent cités comme indicateurs de la santé : aptitude au travail; mouvement; participation à des activités demandant de l'effort; et absence de douleurs et de maux. Bien que l'anxiété et la dépression soient aussi mentionnées, elles occupent un rang moindre, comme le montre le tableau 1.

L'« aptitude au travail » se place en bonne position en RDC (zone urbaine, 72 %; péri-urbaine, 90 %; et rurale, 85,2 %) et au nord-ouest du Nigeria (zone urbaine, 96,1 %; péri-urbaine, 87,9 %; et rurale, 94,6 %). En

Tableau 1 : Signes d'une bonne santé par localité

Signes	Zone urbaine		Zone péri-urbaine		Zone rurale	
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants
Être apte au travail	2786	23,1	2791	21,8	2838	21,5
Pouvoir se mouvoir	2336	19,3	2440	19,1	2445	18,5
Pouvoir s'acquitter d'activités demandant de l'effort	1208	10,0	1351	10,6	1369	10,4
N'avoir ni douleurs ni maux	1161	9,6	1231	9,6	1177	8,9
Pouvoir dormir et se réveiller	854	7,1	1015	7,9	1022	7,8
Être à même de s'occuper de soi	793	6,6	883	6,9	910	6,9
Ne pas être triste ou déprimé	613	5,1	640	5,0	636	4,8
Ne pas être en proie à l'anxiété et à l'inquiétude	595	4,9	540	4,2	450	3,4

Algérie l'aptitude au travail est mentionnée par 73,2 % en zone péri-urbaine, 58,8 % en zone rurale et 55,4 % en zone urbaine.

Dans les groupes thématiques, les membres de la communauté ont exprimé ce qu'ils considèrent être les signes d'une bonne santé, comme en témoignent les citations qui suivent.

« Quand je dis que quelqu'un est en bonne santé, cela signifie que cette personne ne souffre d'aucune maladie. Il ou elle se déplace bien et avec force. Quelqu'un qui est en bonne santé ne peut rester couché. Il bouge, il accomplit ses fonctions ordinaires et s'acquitte de ses devoirs. Il ne se plaint pas de maux de tête. » (Groupe thématique, hommes, zone urbaine).

Le niveau de revenu est également un critère de santé :

« Sans argent pour pourvoir à nos besoins, nous ne pouvons pas être en bonne santé... par exemple, les gens qui n'ont pas d'argent sont très faibles et en mauvaise santé ...mais ceux qui sont riches sont en bonne santé parce qu'ils ont les moyens de s'assurer le nécessaire ...La pauvreté est la cause sous-jacente de la maladie. Elle est la cause du taux élevé de natalité qui entraîne sous-alimentation et mauvaise santé. Donc, si l'on dit que quelqu'un est en bonne santé cela veut dire qu'il est économiquement à même de satisfaire ses besoins fondamentaux. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone rurale).

Dans d'autres discussions, les opinions émises sont plus sophistiquées.

« La santé c'est la vie. C'est la protection du corps contre toutes les maladies. Avoir un corps sain, c'est avoir une bonne vue, et une excellente perception auditive; manger de bons aliments parce que cela te permet de bien t'acquitter de tes responsabilités et de pouvoir de prendre part aux questions sociales. C'est ça la santé. » (Groupe thématique, femmes jeunes, zone rurale).

La dimension spirituelle de la santé est mentionnée à plusieurs reprises par les participants. Un échantillon de citations de divers pays en donne une idée.

« Ce que je pense, je ne crois pas me tromper, mais l'idée que j'ai de la santé est qu'elle doit être spirituelle aussi bien que physique. On peut être physiquement en bonne santé mais pas bien spirituellement. La chose la plus importante est d'être en bonne santé spirituellement et physiquement. » (Groupe thématique, hommes adultes).

« Quand je vais à l'église, j'adore mon Dieu en paix, mon cœur est apaisé, pour ma part je suis en bonne santé. Rien ne perturbe mon cœur, je n'ai aucune anxiété et je sais alors que je suis en bonne santé. » (Groupe thématique, hommes adultes).

« Nous avons des catégories – santé mentale, santé physique et santé spirituelle. Je pense qu'une telle personne est en bonne santé. » (Groupe thématique, homme jeune, zone urbaine).

« Vous pouvez être en bonne santé biologiquement ou en bonne santé spirituellement. » (Groupe thématique, homme jeune, zone urbaine).

« Cela signifie que la personne physiquement, mentalement, spirituellement et autrement, est en forme. » (Groupe thématique, femmes jeunes, zone péri-urbaine).

Problèmes de santé courants tels que perçus par les communautés

Le paludisme est le problème de santé le plus fréquemment signalé dans tous les sites, sauf en Algérie et en Afrique du Sud (Figure 5). Pour près de trois-quarts des répondants (73,3 % dans les zones urbaines, 76,3 % dans les zones péri-urbaines et 74,9 % dans les zones rurales) le paludisme est le problème de santé prédominant dans leur famille. Les principaux problèmes de santé signalés par les ménages de tous les sites figurent au tableau 2. Il convient de noter que moins de 15 % des répondants ont inclus le VIH/sida parmi les problèmes de santé courants qu'ils ont évoqués.

Le pourcentage des ménages ayant mentionné le paludisme en tant que problème de santé important parmi les localités est montré dans la figure 5. Le paludisme occupe un rang élevé dans 11 des 13 sites, l'ouest de la RDC, le

Tableau 2 : Les 10 principaux problèmes de santé perçus comme les plus courants, par localité

Problèmes de santé	Zone urbaine		Zone péri-urbaine		Zone rurale	
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants
Paludisme	2683	73,3	2748	76,3	2700	74,9
Fièvre	1711	46,8	1712	47,5	1793	49,7
Diarrhée	741	20,3	965	26,8	1037	28,8
Hypertension	1055	28,8	1060	29,4	1000	27,7
Problèmes respiratoires	818	22,4	949	26,3	989	27,4
Arthrite	702	19,2	868	24,1	842	23,3
Diabète	761	20,8	710	19,7	727	20,2
Troubles oculaires	576	15,7	753	20,9	826	22,9
Douleur	597	16,3	745	20,7	763	21,2
Vomissements chez les enfants	495	13,5	653	18,1	685	19,0

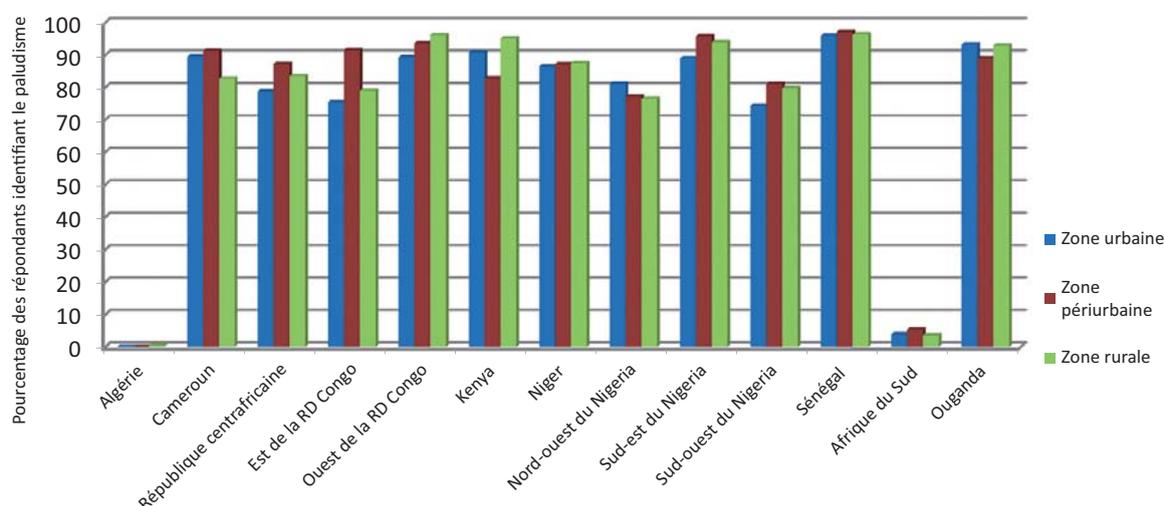


Figure 5 : Pourcentage ayant signalé le paludisme comme étant un problème de santé courant, par site

Encadré 1 : Problèmes de santé courants dans les sites de l'étude—avis des agents de santé (études de cas)

1.1 « Le paludisme est endémique au Nigeria et ...il n'y a pas de raison que ce ne soit pas le cas ici, mais je sais aussi que le taux élevé de paludisme dans la zone de gouvernement local est imputable en grande partie à l'environnement. Là où nous sommes, nous sommes entourés par la brousse et nous n'utilisons pas encore les moustiquaires imprégnées d'insecticide comme cela est préconisé par le Nigeria et le reste du monde. Si nous avions des moustiquaires traitées, le taux serait probablement moindre. » (Chef d'un service de santé de district).

1.2 « Le district prend en charge les maladies suivantes : paludisme, onchocercose, diarrhée, dysenterie, choléra, tuberculose, ulcère de Buruli,VIH/sida (PTME), s'occupe de l'approvisionnement en produits de base comme les vaccins et les moustiquaires imprégnées d'insecticide, et se charge de la lutte contre les vers intestinaux dans les unités médicales et dans les écoles. Le district est également en charge de la supervision des activités et des rapports de situation des zones sanitaires qui sont soumis au niveau régional. » (Médecin de district).

1.3 « Près de 50 % des indigènes ont recours à la médecine traditionnelle. [...] Les indigènes de cette communauté sont pour la plupart des agriculteurs et n'ont donc pas d'argent pour aller dans les hôpitaux privés qui sont dans le coin, ils s'adressent donc aux tradipraticiens même pour les accouchements. C'est une très mauvaise expérience. C'est ce qu'ils font parce que le centre de santé est beaucoup trop loin d'ici et que pour aller dans les hôpitaux du gouvernement vous devez avoir de l'argent, il faut beaucoup d'argent pour se faire soigner là-bas ... » (Dirigeant communautaire).

sud-est du Nigeria, le Sénégal et l'Ouganda faisant état des niveaux les plus élevés. Les informations obtenues à travers les groupes thématiques, des interviews en profondeur des participants, et des études de cas avec les agents de santé, corroborent les résultats quantitatifs.

Maladies non transmissibles : hypertension

L'hypertension est signalée dans les 13 sites avec des différences remarquables d'un site à l'autre et dans un même site. Les répondants des zones péri-urbaines d'Algérie et de l'ouest de la RDC mentionnent l'hypertension comme étant une affection courante, alors que les zones rurales du Niger, du sud-est du Nigeria, du Sénégal, d'Afrique du Sud et du Kenya font état de niveaux plus élevés que les zones urbaines et péri-urbaines, comme le montre la figure 6.

Maladies non transmissibles telles que perçues par les répondants : diabète

Les résultats concernant le diabète suivent de près le schéma de l'hypertension, l'Algérie, l'ouest de la RDC, le sud-est du Nigeria, le Sénégal et l'Afrique du Sud présentant des niveaux élevés de perception, comme le montre la figure 7.

La mention des divers problèmes de santé par les sous-régions révèle des différences. La figure 8 montre les différences régionales pour les quatre affections courantes les plus mentionnées, à savoir fièvre, paludisme, diabète et hypertension.

Affections courantes chez les enfants telles que perçues par les répondants

Le paludisme et la fièvre sont les problèmes de santé des enfants le plus souvent évoqués dans les trois sous-régions (Figure 13). Près d'un tiers (32,5 %) des répondants ont mentionné l'anémie comme problème de santé courant chez les enfants en Afrique centrale alors que seulement 6,7 % et 5,8 % ont parlé de cette affection dans la sous-région orientale et australe et dans la sous-région occidentale, respectivement. Les maladies de l'enfance rapportées sont semblables à celles de l'ensemble de la population (voir figure 9). Toutefois, il y a des différences significatives par sous-région, comme le montre la figure 10.

Affections courantes chez les femmes (15-49 ans), par localité et sous-région

Pour les femmes en âge de procréer (15-49 ans), les affections les plus courantes mentionnées sont le paludisme, suivi entre autres par la fièvre. Il est important de noter que les répondants des zones urbaines, péri-urbaines et rurales sont de plus en plus sensibilisés au problème de l'hypertension et du diabète, comme le montre la figure 11.

Il y a aussi des différences parmi les sous-régions ($p < 0.001$). S'agissant du paludisme, 64 %, 52,7 % et 50,7 % des répondants dans les sous-régions centrale, de l'ouest, et de l'est et australe, respectivement, ont mentionné le paludisme comme étant le problème le plus courant. Comme pour l'ensemble de la population, les maladies non transmissibles (diabète

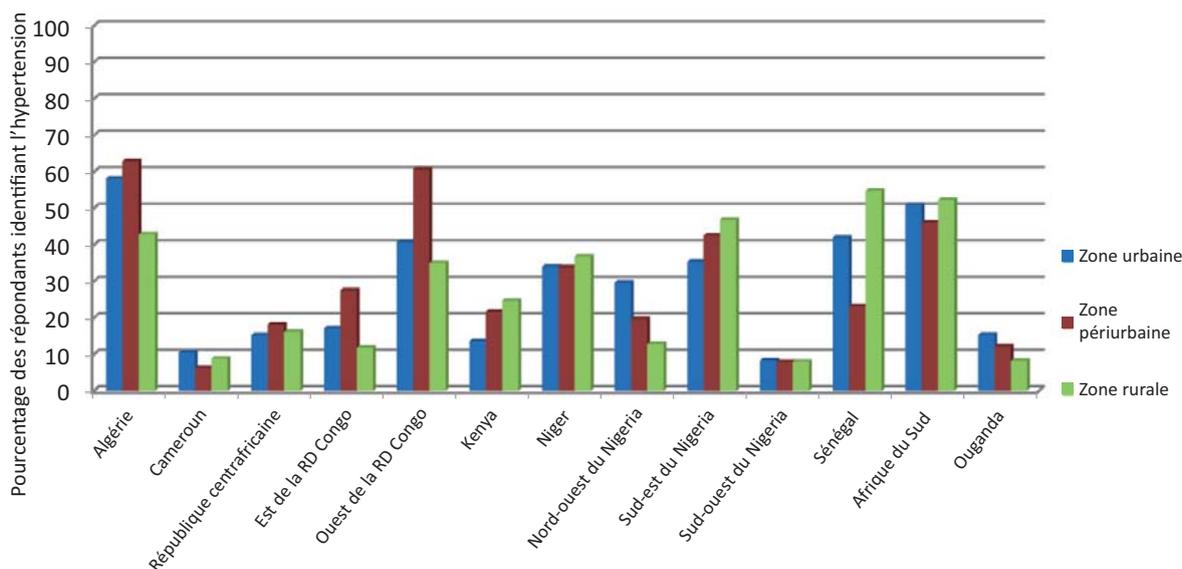


Figure 6 : Proportion de répondants signalant l'hypertension comme affection courante, par site

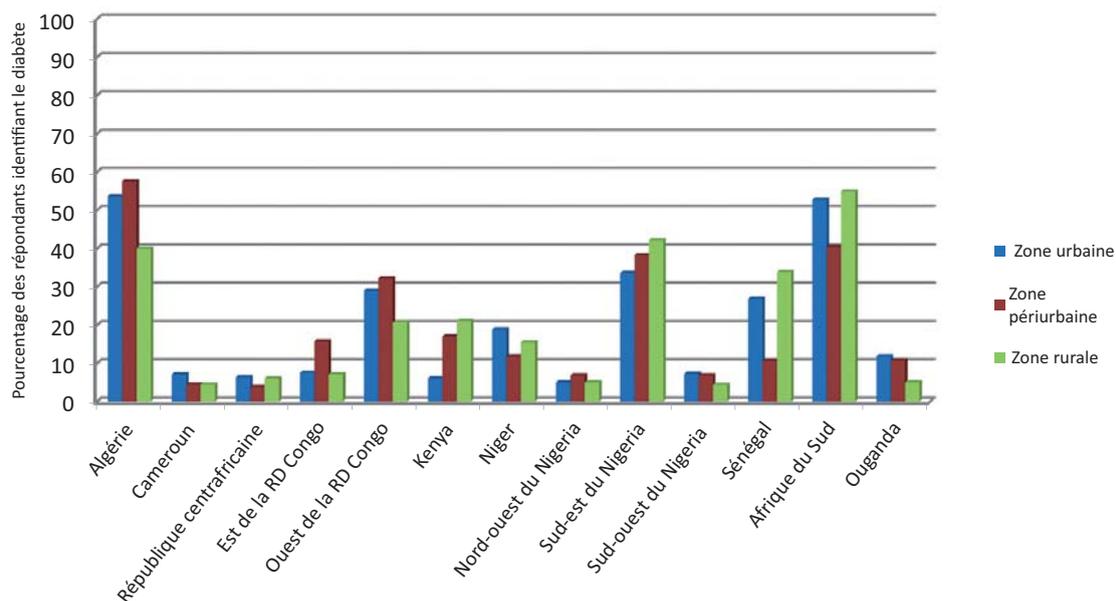


Figure 7 : Proportion de répondants signalant le diabète comme affection courante, par site

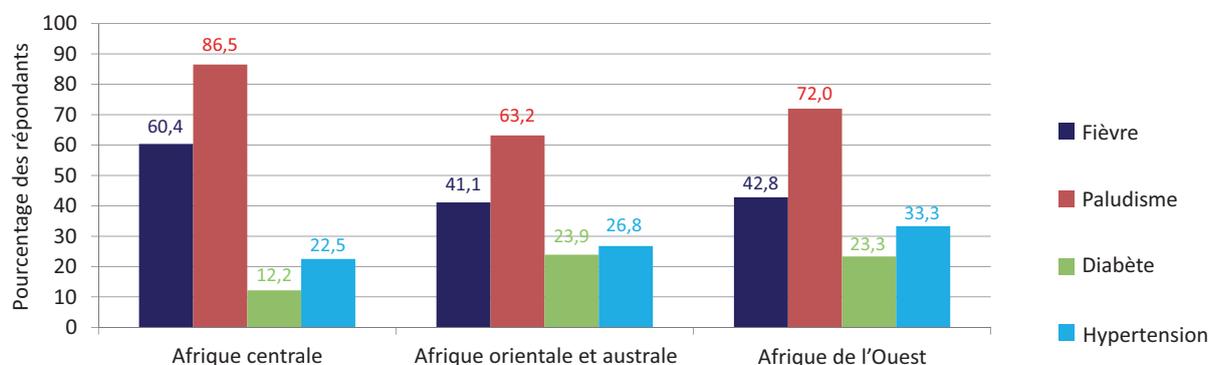


Figure 8 : Problèmes de santé courants dans les sous-régions comme rapportés par les répondants

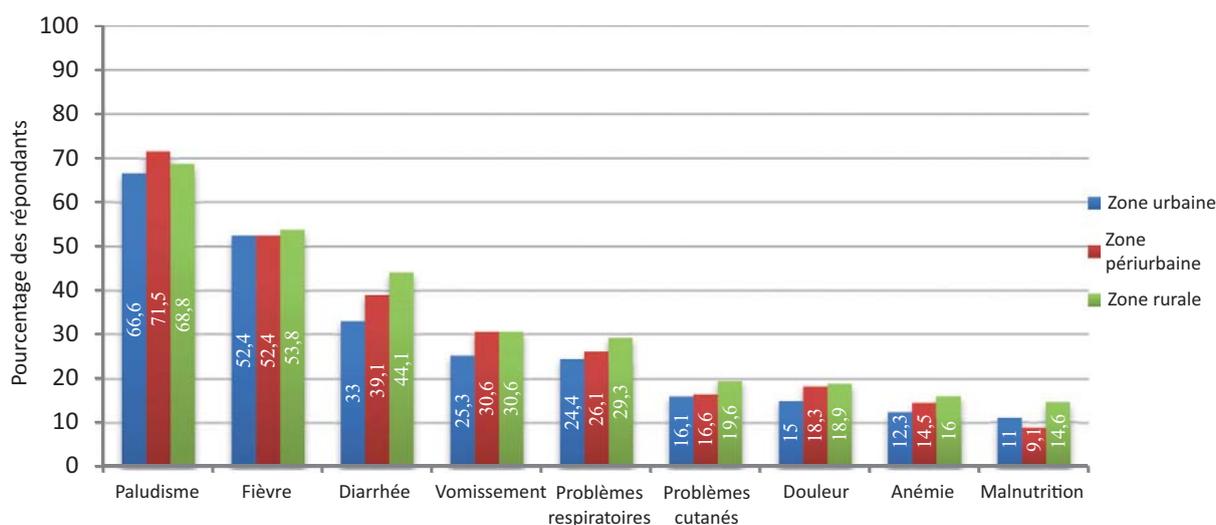


Figure 9 : Problèmes de santé courants chez les enfants, par localité

et hypertension) ont été mentionnées davantage dans les sous-régions de l'ouest et de l'est

et australe, que dans la sous-région centrale, comme le montre la figure 12.

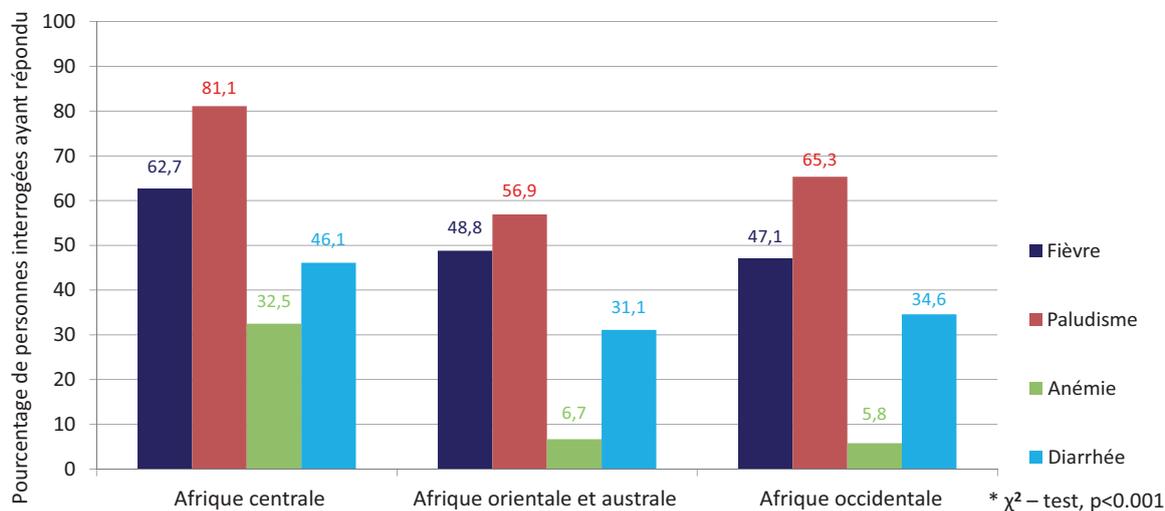


Figure 10 : Problèmes de santé courants chez les enfants dans les sous-régions

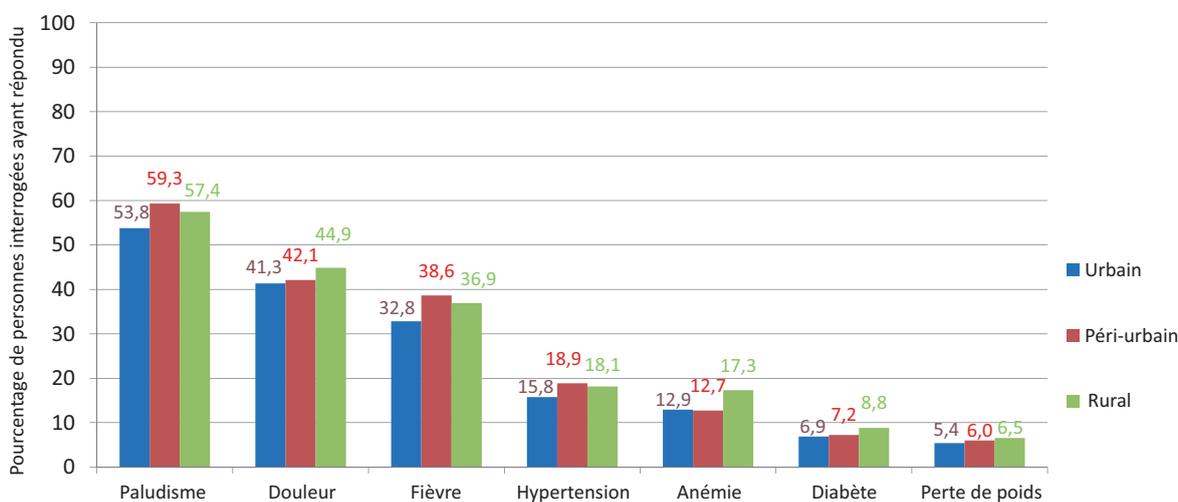


Figure 11 : Problèmes de santé courants chez les femmes (15-49 ans), par localité

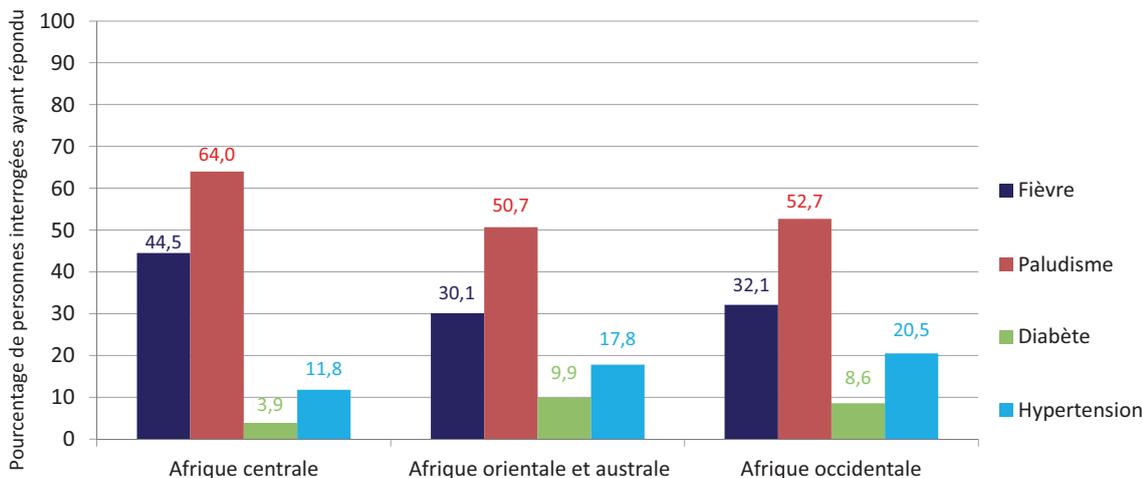


Figure 12 : Problèmes de santé courants chez les femmes (15-49 ans), par sous-région

Affections courantes chez les personnes âgées, par localité et sous-région

Pour les personnes âgées, l'arthrite est le problème de santé le plus souvent mentionné, suivie de l'hypertension et du paludisme. Les problèmes de vue et le diabète sont aussi généralement rapportés, comme le montre l'annexe 5.

Les problèmes de santé chez les personnes âgées montrent une évolution vers les maladies non transmissibles quelle que soit la sous-région. Cette tendance est particulièrement marquée dans les sous-régions de l'est et australe et de l'ouest (Figure 13).

Dans la sous-région de l'est et australe, le diabète et l'hypertension sont mentionnés plus fréquemment que le paludisme et la fièvre chez les personnes âgées. Dans la sous-région centrale, le paludisme demeure le problème de santé principal des personnes âgées, 46,2 % des répondants en faisant état. Comme le montre la figure 13, dans la sous-région de l'est et australe, ainsi que dans la sous-région de l'ouest, l'hypertension est l'affection la plus souvent mentionnée (38,7 % et 41,1 % respectivement). Dans la sous-région centrale, l'affection principale est le paludisme (46,3 %), suivi par l'hypertension (41,4 %). S'agissant du paludisme et du diabète, il y a des différences importantes d'une sous-région à l'autre ($p < 0,001$) alors qu'il n'y en a pas pour l'hypertension ($p = 0,064$).

Cependant, l'anémie et la diarrhée prennent le pas sur les maladies non transmissibles signalées chez les femmes (15-49 ans). Après la fièvre, la diarrhée est mentionnée par 46,1 %, 31,1 % et 34,6 % des répondants des sous-régions centrale, de l'est et australe, et de l'ouest, respectivement.

Certaines des affections recensées au moyen des enquêtes auprès de ménages ont été confirmées lors des entrevues en profondeur et des groupes thématiques. Toutefois, certaines affections signalées dans les groupes thématiques n'ont pas été couramment évoquées dans les entretiens avec les membres des communautés et le personnel de santé, par exemple :

« L'éléphantiasis – les membres de la communauté ne savent pas ce qui cause cette maladie. La plupart d'entre eux l'associent à la consommation de certains types d'aliments ou à certaines occupations particulières. » (Interview en profondeur, prestataire de santé, zone rurale).

« Vous voyez, le problème de santé le plus important de nos communautés c'est que nous faisons des enfants sans planification aucune. [...] La différence d'âge est trop petite, ce qui fait que les enfants ne sont pas nourris comme il faut. Ils sont donc sous-alimentés. Il n'y a pratiquement aucune autre maladie que la faim et l'inanition qui

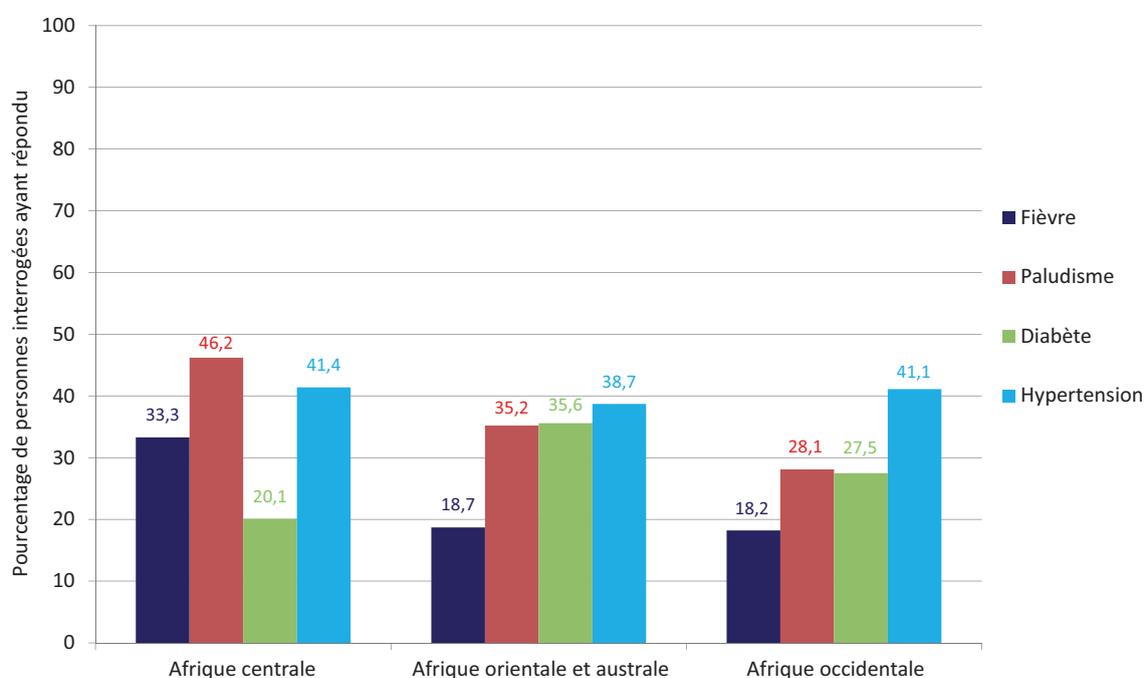


Figure 13 : Problèmes de santé courants chez les personnes âgées dans les sous-régions

les tue. La sous-alimentation est l'affection la plus mortelle dans nos communautés. ... Ils ont des vers et les mères ne les emmènent pas au centre de santé pour les faire déparasiter. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone rurale).

Perceptions concernant la cause des maladies

Les discussions avec les communautés ont permis de cerner les causes perçues des affections courantes comme l'illustrent les citations suivantes.

« Nous vivons près de zones marécageuses où les moustiques se reproduisent, et ce n'est que maintenant que les gens réalisent que ce qu'ils croyaient dû à la sorcellerie n'est en fait que le paludisme transmis par les moustiques anophèles. Ils ont maintenant quelques connaissances des signes et des symptômes du paludisme. » (Interview en profondeur, agent communautaire, zone péri-urbaine).

« Ces maladies sont causées par le manque d'hygiène, le vent et la poussière. Donc, à mon avis, pour éviter ces maladies, il faut suivre les règles d'hygiène et les promouvoir. Les gens doivent être propres, balayer et laver régulièrement, et veiller à la propreté de leurs enfants. » (Interview en profondeur, femme adulte responsable d'une organisation communautaire, zone urbaine).

« La cause de ces maladies est le manque de propreté. Il y a trop d'ordures un peu partout et trop de promiscuité sexuelle. » (Groupe thématique, homme adulte, zone péri-urbaine).

Mesures que les gens prennent pour rester en bonne santé

La plupart des répondants ont indiqué se nourrir convenablement, suivi par des pratiques hygiéniques et le prompt recours à des soins comme mesures que les gens prennent pour rester en bonne santé. Éviter les comportements à risque et faire de l'exercice physique ont aussi été mentionnés mais à un degré beaucoup moindre. Les résultats sont récapitulés au tableau 3.

Il existe plusieurs différences d'un site à l'autre. En Algérie, faire régulièrement de l'exercice est mentionné fréquemment dans les zones péri-urbaines (35 %). Au Cameroun, la mesure la plus citée est l'hygiène—zones urbaines (65 %) et péri-urbaines (54 %). En Ouganda, manger sainement figure en première place dans les zones rurales (24,7 %). Il est intéressant de noter qu'en Ouganda, éviter les risques n'occupe qu'un rang peu élevé dans les zones urbaines (6,4 %), péri-urbaines (8,2 %) et rurales (4,9 %).

Les données qualitatives illustrent les points de vue des participants sur les mesures importantes pour veiller à la santé :

« Quand quelqu'un dit qu'il est en bonne santé, c'est qu'il se nourrit convenablement. Et il peut travailler parce que sa santé le lui permet. Il doit avoir une bonne vie. Il doit avoir de l'argent pour pouvoir s'occuper de ses enfants. » (Groupe thématique, homme adulte, zone urbaine).

Perceptions relatives à l'état de santé personnel et de la famille

On a demandé aux participants : que pensez-vous généralement de votre santé aujourd'hui

Tableau 3 : Les mesures que prennent les gens pour rester en bonne santé

Mesure	Zone urbaine		Zone péri-urbaine		Zone rurale	
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants
Se nourrir sainement	2375	65,0	2292	64,1	2300	64,2
Veiller à avoir une hygiène appropriée	2154	58,9	2150	60,1	2095	58,5
Se soumettre à des examens médicaux périodiques	1220	33,4	1144	32,0	1145	32,0
Consulter sans tarder un agent de santé	899	24,6	991	27,7	1097	30,6
Éviter les comportements à risque	857	23,4	1057	29,6	992	27,7
Faire de l'exercice physique	491	13,4	507	14,2	481	13,4
Je ne sais pas	82	2,2	97	2,7	102	2,8

et que pensez-vous de l'état de santé actuel de votre famille? La figure 14 illustre les réponses à ces deux questions.

Un pourcentage plus élevé de membres des ménages dans les zones urbaines et péri-urbaines s'est dit se trouver en bonne santé par rapport aux zones rurales. Les évaluations montrent que les répondants estiment que la santé des membres de la famille est meilleure que la leur (Figure 14). En outre, des différences sont apparues entre les sous-régions, la sous-région de l'est et australe, suivie de la sous-région de l'ouest ont donné les meilleures appréciations.

Responsabilité en matière de maintien en bonne santé de la population

Les communautés estiment que c'est au chef de famille que la responsabilité des soins de santé

incombe, viennent ensuite les pouvoirs publics, et enfin les dirigeants de la communauté. Les points de vue des répondants dans les différents sites présentent quelques différences selon la localité (Figure 15).

Information relative à l'accès aux services de santé

Presque tous les répondants (93,5 %) savent où se trouvent les soins de santé avec des différences (χ^2 - test, $p < 0,001$) entre les provinces à performance élevée et faible, les premières affichant 94,9 % et les autres 92,2 %. Les établissements de santé du secteur public sont les sources principales de services de santé. Viennent ensuite les établissements de soins privés dans les zones urbaines (55,9 %), péri-urbaines (46,7 %) et rurales (44,2 %). D'autres sources importantes

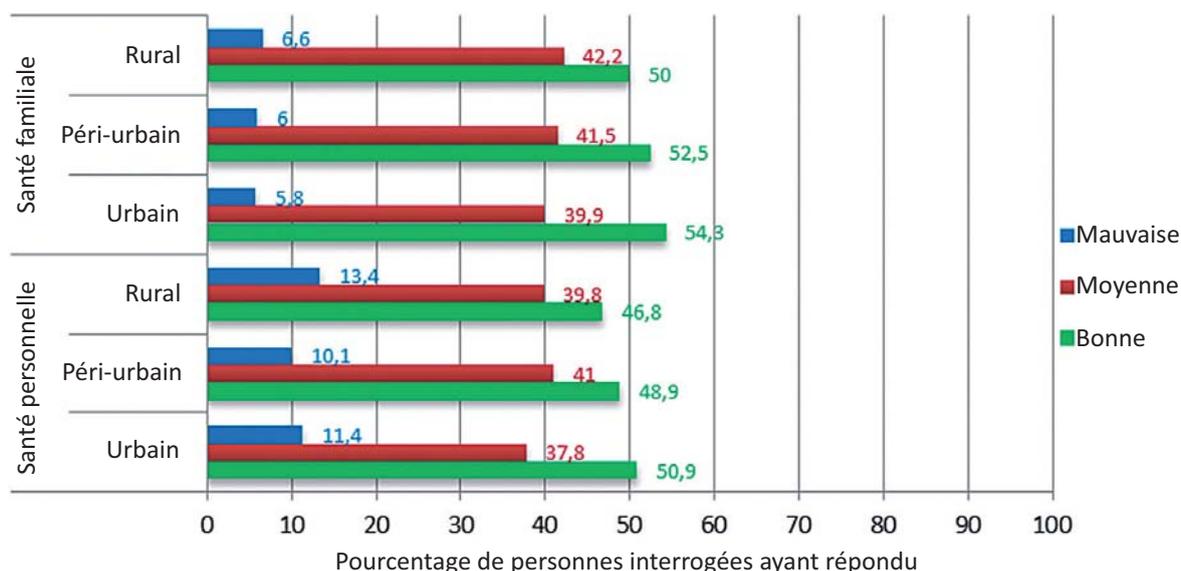


Figure 14 : Évaluation de l'état de santé personnel et de celui des membres de la famille au moment de l'étude

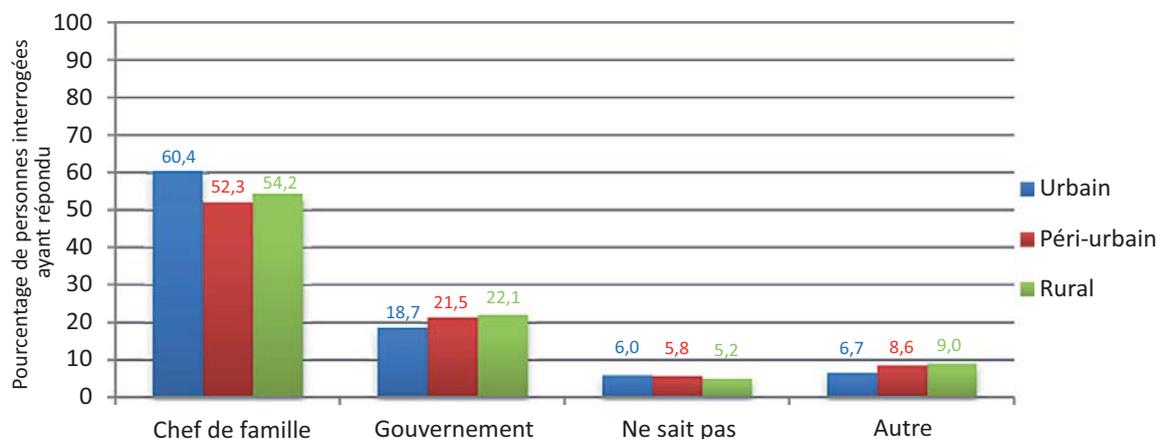


Figure 15 : Responsabilité en matière de maintien en bonne santé, par localité

de soins sont les tradipraticiens (17,9 %), les établissements confessionnels (14,7 %) et les vendeurs informels de médicaments (13,8 %) dans les zones urbaines comme illustré dans le tableau 4.

Dans toutes les sous-régions, les établissements de santé du secteur public et les établissements de soins privés sont mentionnés comme étant les sources principales de services de santé (Tableau 5). Dans la sous-région de l'ouest, le recours aux centres confessionnels est relativement marginal (5 %) par rapport à la sous-région de l'est et australe (22,3 %) et à la sous-région centrale (17,5 %). Dans les sous-régions centrale et de l'ouest, 18,1 % et 15 % des répondants ont mentionné les vendeurs informels de médicaments.

Les résultats qualitatifs viennent étayer les données consignées dans les tableaux 4 et 5. Par exemple, une jeune femme du nord-est du Nigeria a déclaré : « Quand une personne est malade, nous l'emmenons au centre de santé du gouvernement pour être soignée », et un participant adulte dans le même site a déclaré de son côté « À part l'hôpital, nous allons aussi chez

les guérisseurs traditionnels pour nous faire soigner. » D'autres participants ont dit :

« Quant à moi, si je suis malade et que la maladie est trop forte, je ne vais pas tout de suite à l'hôpital, j'achète d'abord des médicaments dans la rue et si après deux ou trois jours je ne me sens pas bien, je vais alors à l'hôpital. » (Groupe thématique, femme jeune, zone urbaine).

« Les gens ont encore des coutumes anciennes; ils gardent les malades à la maison et utilisent des remèdes traditionnels. Si cela réussit, le malade va mieux, sinon ils amènent le patient affaibli au centre de santé. Dans les villes cela se fait moins souvent qu'à la campagne. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone urbaine).

Services dispensés par les établissements de santé de première ligne

On a demandé aux répondants d'énumérer les types de services que le centre de santé le plus

Tableau 4 : Sources de soins de santé par localité

Source	Zone urbaine		Zone péri-urbaine		Zone rurale		Nombre total de mentions
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	
Établissements de santé du secteur public	2933	85,2	3009	90,1	2893	85,3	8835
Dispensaires/hôpitaux privés	1926	55,9	1560	46,7	1500	44,2	4986
Centres de soins confessionnels	505	14,7	426	12,8	433	12,8	1364
Tradipraticiens	616	17,9	653	19,6	726	21,4	1995
Guérisseurs spirituels	305	8,9	383	11,5	326	9,6	1014
Vendeurs de médicaments	476	13,8	496	14,9	489	14,4	1462
Autre	96	2,7	120	3,6	155	4,6	368
Je ne sais pas	15	0,4	17	0,5	13	0,4	45

Tableau 5 : Sources de soins de santé dans les sous-régions

Source	Sous-région centrale		Sous-région de l'est et australe		Sous-région de l'ouest		Nombre total de mentions
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	
Établissements de santé du secteur public	2381	77,1	2293	94,0	4162	89,6	8836
Dispensaires/hôpitaux privés	1603	51,9	1367	56,0	2017	43,4	4987
Centres de soins confessionnels	690	22,3	426	17,5	248	5,3	1364
Tradipraticiens	711	23,3	352	14,4	932	20,1	1995
Guérisseurs spirituels	410	13,3	215	8,8	389	8,4	1014
Vendeurs de médicaments	558	18,1	210	8,6	695	15,0	1463
Autre	241	7,8	23	0,9	104	2,2	368
Je ne sais pas	27	0,9	9	0,4	9	0,2	45

Encadré 2 : Mise en œuvre des services de soins de santé essentiels—les opinions des agents de santé

- 2.1. « D'après moi, le pays n'est pas en mal de systèmes, mais plutôt que le problème est de faire fonctionner les systèmes. Les programmes existent mais ils ne sont pas étayés par les politiques. Nous avons beaucoup de mal à maintenir la satisfaction des usagers dans notre travail. Nos services fluctuent parce qu'ils dépendent du soutien qu'on veut bien nous apporter. Je vous donne un exemple trivial : nous venons de terminer une campagne de vaccination par le BCG et nous aurions dû atteindre une couverture de plus de 88 %; or, aujourd'hui nous en sommes à 48 % uniquement parce que nous manquons de seringues. Le vaccin est là mais il n'y a pas de seringues. Toute une série d'événements comme celui-ci se produisent pendant l'année. Pour ce qui est de la tuberculose, l'examen annuel n'a pas eu lieu à cause du manque de financement et de supervision, et pourtant la lutte contre la tuberculose était le meilleur programme du pays. Si cela continue, le programme va capoter et les cas de tuberculose vont augmenter avec le VIH/sida. Il y a beaucoup d'initiatives pour le VIH, mais quasiment rien pour la tuberculose. Les structures sont là, mais nous manquons de moyens. » (Médecin).
- 2.2. « Je peux dire avec beaucoup d'assurance aujourd'hui que nous n'avons jamais eu de médicaments en quantités suffisantes, et, dans certains cas de rupture de stock, il nous a fallu acheter nous-mêmes les médicaments ou envoyer les patients les acheter chez les pharmaciens de la ville, mais, heureusement, nous n'avons jamais été à court de produits essentiels comme les antirétroviraux et les vaccins. » (Médecin).
- 2.3. « Nous avons des services de santé de district là où nous nous trouvons; nous avons aussi l'hôpital de district qui est notre centre d'orientation-recours, et puis il y a le centre de santé. Le centre de santé de premier plan couvre une zone sanitaire, et à l'intérieur de certaines zones sanitaires il y a des unités satellites de services qui offrent aussi des soins de santé. Par conséquent, les cas qui ne peuvent être pris en charge au niveau de l'unité ou du centre de santé sont orientés vers l'hôpital de district où se trouvent des médecins, les cas très complexes sont envoyés à l'hôpital régional. » (Médecin de district).
- 2.4. « Nous n'avons pas de lits dans cet établissement; nous envoyons les patients au *Moi Teaching and Referral Hospital*. Le seul service hospitalier que nous ayons est la maternité. Pour les cas de VIH et de sida nous avons un local pour les services de conseil et les tests et un lieu de distribution des ARV. Nous distribuons également des antituberculeux mais nous n'avons pas de service d'hospitalisation pour les patients. La demande de services dans cet établissement dépasse nos capacités; par exemple, notre approvisionnement ne nous permet pas de satisfaire la demande de médicaments. » (Médecin).
- 2.5. « Le système *gunduma* a pour objet d'assurer la prestation rationnelle et efficace des services de santé, et, d'autre part, le ministère de la Santé est responsable de la surveillance générale du système tout entier, comme les questions relatives aux politiques, à la réglementation, aux permis et aussi à la collaboration avec les programmes financés par les donateurs. Prenant ses ordres directement du ministère fédéral de la Santé, le ministère d'état de la Santé s'occupe des questions de VIH/sida, paludisme, tuberculose, SSP, et de toutes les questions qui sont financées directement par le ministère fédéral de la Santé, les donateurs ou par des protocoles d'accord entre le gouvernement ou toute autre organisation extérieure à l'État, qui émanent toutes du département Appui au Programme du ministère de la Santé. » (Directeur adjoint, Appui au programme et réglementation).
- 2.6. « Il nous arrive d'être à court d'argent, et c'est un enjeu de taille. Les clients ou la communauté sont appelés à contribuer. » (Agent de santé).
- 2.7. « C'est grâce à ce que paient les utilisateurs que l'établissement a des rentrées. » (Agent de santé).

proche leur dispense. Le traitement des affections est le service le plus courant qu'offre l'établissement de santé le plus proche des répondants : 79,9 % pour la sous-région centrale, 54 %

pour celle de l'est et australe et 80,2 % pour celle de l'ouest, comme indiqué au tableau 6.

D'autres services dont il est fait état sont les ordonnances médicales (56,7 %), la vaccination

(46,8 %) et les soins obstétricaux (45,8 %). Les soins obstétricaux ont obtenu un rang plus élevé que les soins prénatals. Les communautés péri-urbaines et rurales ont mentionné les soins obstétricaux à 52,5 % et 43,9 %, respectivement. De même, un nombre plus grand de répondants péri-urbains (57 %) et ruraux (51,1 %) que de répondants urbains (42,5 %) ont mentionné les services de vaccination. L'éducation pour la santé et le dépistage du VIH/sida ont peu été évoqués (9,1 % et 1,8 %, respectivement).

Types de problèmes de santé traités par les prestataires de soins alternatifs

D'après une proportion importante de répondants, les états fébriles (16,9–25,1 % des répondants), le paludisme (11–12,5 %), l'arthrite (8,4–12,4 %) et la douleur (7,3–10,2 %) sont des problèmes de santé pour lesquels on ne se rend pas dans un établissement de soins, comme l'indique le tableau 7.

Le tableau 8 montre que la dépression et les problèmes respiratoires dans la sous-région

Tableau 6 : Services offerts dans les établissements de santé de première ligne dans les sous-régions

Service	Sous-région centrale		Sous-région de l'est et australe		Sous-région de l'ouest		Nombre total de mentions
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	
Traitement des affections	2460	79,9	1328	54,0	3825	80,2	7613
Ordonnance médicale	1915	62,2	1404	57,1	2531	53,1	5850
Vaccination	1205	39,1	1070	43,5	2549	53,4	4824
Accouchements	1738	56,5	838	34,1	2147	45,0	4723
Soins prénatals	1001	32,5	771	31,4	2131	44,7	3903
Diagnostic/examen médical	1345	43,7	776	31,6	1245	26,1	3366
Délivrance de médicaments	777	25,2	1107	45,1	1358	28,5	3242
Envoi vers des services spécialisés	677	22,0	864	35,2	1268	26,6	2809
Traitement et prévention du paludisme	781	25,4	740	30,1	1282	26,9	2803
Conseils aux patients	810	26,3	776	31,6	864	18,1	2450
Soins postnatals	689	22,4	496	20,2	1262	26,5	2447
Soin des nouveau-nés et des enfants	786	25,5	423	17,2	1035	21,7	2244
Dépistage VIH/sida	513	16,7	948	38,6	88	1,8	1549
Diagnostic et traitement de la tuberculose	439	14,3	663	27,0	149	3,1	1251
Éducation sanitaire	236	7,7	490	19,9	214	4,5	940
Soins nutritionnels	255	8,3	289	11,8	298	6,2	842
Autre	164	5,3	74	3,0	112	2,3	350
Je ne sais pas	94	3,1	30	1,2	48	1,0	172
Rien	9	0,3	8	0,3	6	0,1	23

Tableau 7 : Principaux problèmes de santé qui, selon les répondants, ne sont pas traités dans les établissements de soins, par localité

Source	Zone urbaine		Zone péri-urbaine		Zone rurale		Nombre total de mentions
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	
Fièvre	453	25,1	297	17,5	295	16,9	1045
Paludisme	225	12,5	187	11,0	217	12,4	629
Arthrite	151	8,4	154	9,1	217	12,4	522
Douleur	131	7,3	139	8,2	178	10,2	448
Dépression	142	7,9	115	6,8	164	9,4	421
Problèmes respiratoires	128	7,1	109	6,4	111	6,4	348
Troubles oculaires	90	5,0	104	6,1	118	6,8	312
Diarrhée	120	6,6	72	4,3	90	5,2	282
Faiblesse	66	3,7	66	3,9	81	4,6	213
Vomissements chez les enfants	56	3,1	68	4,0	73	4,2	197

Tableau 8 : Principaux problèmes de santé qui, selon les répondants, ne sont pas traités dans les établissements de soins dans les sous-régions

Source	Sous-région centrale		Sous-région de l'est et australe		Sous-région de l'ouest		Nombre total de mentions
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	
Fièvre	469	23,0	157	20,2	419	17,2	1045
Paludisme	352	17,3	78	10,0	199	8,2	629
Arthrite	128	6,3	50	6,4	344	14,2	522
Douleur	190	9,3	70	9,0	188	7,7	448
Dépression	53	2,6	96	12,4	272	11,2	421
Affections respiratoires	58	2,8	102	13,1	188	7,7	348
Troubles oculaires	79	3,9	50	6,4	183	7,5	312
Diarrhée	201	9,9	15	1,9	66	2,7	282
Faiblesse	77	3,8	49	6,3	87	3,6	213
Vomissement chez les enfants	148	7,3	14	1,8	35	1,4	197

centrale et la dépression dans celle de l'est et australe ont été mentionnés par plus de 10 % des répondants comme n'étant pas traités par l'établissement de soins le plus proche.

Les réponses révèlent que la fièvre, le paludisme, l'arthrite, la douleur et la dépression sont les problèmes pour lesquels les gens ne consultent pas d'ordinaire les établissements de santé. Ce comportement est très répandu pour la fièvre en zone urbaine et pour l'arthrite dans les communautés rurales avec des pourcentages de 25 % et 12,4 %, respectivement. Ces pourcentages sont plus élevés dans les régions peu performantes : 20,4 % pour la fièvre et 11 % pour l'arthrite, par rapport aux régions à haute performance qui sont de 19,5 % et 8,9 %, respectivement. Le paludisme (12,6 %) a un pourcentage plus élevé dans les régions à haute performance comparé aux régions à faible performance (11,4 %). Au cours d'une discussion dans un groupe thématique, un participant a déclaré :

« Il y a des maladies pour lesquelles les gens n'ont pas besoin d'aller au centre de santé comme les maux de tête, les douleurs abdominales (légères) ou les états fiévreux. Elles peuvent être traitées par des remèdes traditionnels. Certaines fièvres peuvent être guéries par Dieu à l'aide de produits traditionnels connus, mais pour d'autres maladies, il faut amener les patients dans des établissements de soins. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone rurale).

Certains troubles y compris les troubles mentaux sont perçus par les répondants communautaires, ainsi que par les professionnels de la santé

comme étant mieux pris en charge en dehors des systèmes conventionnels de santé.

« Quand quelqu'un souffre d'une maladie, les gens pensent d'abord que cette personne est victime d'un sort. Ils vont donc consulter un guérisseur traditionnel, et même nous, lorsque nous recevons un cas que nous n'arrivons pas à soigner et pour lequel nous avons perdu tout espoir, nous conseillons aux parents d'aller voir un tradipraticien qui trouvera peut-être la solution. » (Interview en profondeur, prestataire de soins).

Connaissance des sources alternatives de soins de santé

Les tradipraticiens sont la source principale de conseils pour les affections qui ne se présentent pas dans les centres de santé, les communautés péri-urbaines étant celles qui mentionnent le plus souvent cette option (67,1 %). D'autres options mentionnées sont les guérisseurs spirituels (21,1 %) et les vendeurs informels de médicaments (16,2 %), comme on peut le voir dans la figure 16.

Les régions à faible performance mentionnent plus souvent le recours aux tradipraticiens (69,1 %) et aux guérisseurs spirituels (22,1 %) que les répondants des régions à performance élevée.

Les déclarations des participants aux études qualitatives confirment les rapports sur l'utilisation des soins alternatifs comme illustré ci-dessous.

« Il y a des gens qui, pour certaines affections, se soignent avec des herbes. Quand

les remèdes traditionnels ne font pas d'effet, ils amènent le patient à l'hôpital. Si l'hôpital local ne parvient pas à le guérir, alors on l'envoie dans un établissement spécialisé. » (Interview en profondeur, dirigeant communautaire, zone urbaine).

« Beaucoup de gens vont à présent voir le médecin et les infirmières au centre de santé. Bien qu'il y ait des établissements privés aux alentours, de nombreuses personnes continuent à aller au centre de santé. Peut-être parce que les soins sont très abordables sur le plan économique par rapport aux services des hôpitaux privés. Il y a des personnes qui se rendent dans les hôpitaux des missions, surtout pour les accouchements. Les femmes enceintes fréquentent beaucoup les centres des missions. Elles y vont pour prier et y résident parfois, surtout quand elles sont près

d'accoucher (Interview en profondeur, dirigeant communautaire, zone urbaine).

Perceptions concernant la prestation des services de santé

On a demandé aux répondants leurs vues concernant le type de services fournis par les établissements de santé publique. Près de la moitié des répondants ont cité la vaccination des enfants et les établissements de santé comme le montre le tableau 9.

Un participant à une discussion a déclaré :

« Le seul programme de santé qui arrive jusqu'à chez nous est le programme de vaccination. Le programme de VIH/sida n'est pas mis en œuvre. Mis à part le programme de vaccination, les autres programmes ne traitent pas les besoins de la communauté. Parce que nous sommes abandonnés, ce

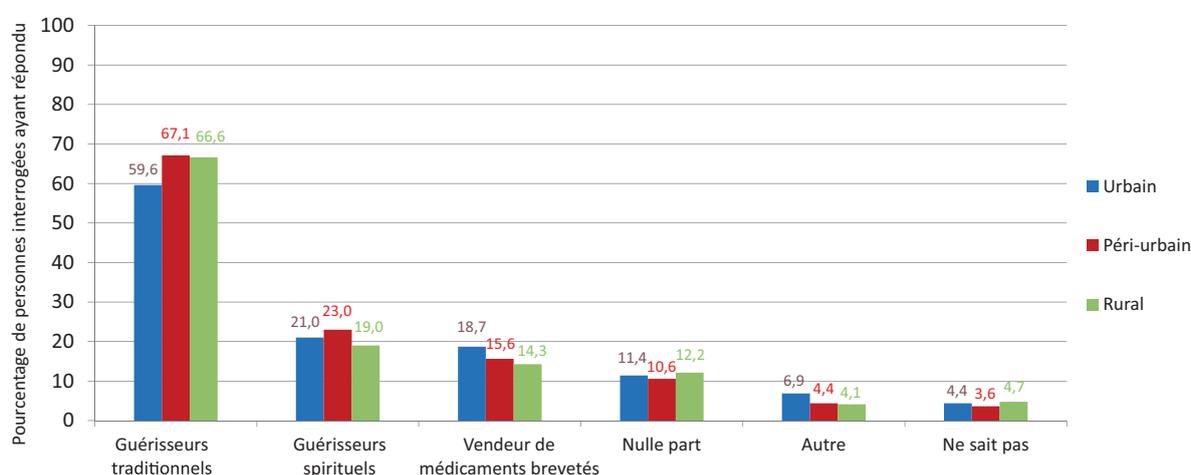


Figure 16 : Solutions aux problèmes de santé ailleurs que dans les centres de santé

Table 9 : Services fournis par le gouvernement, par localité

Prestations de santé	Zone urbaine		Zone péri-urbaine		Zone rurale	
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants
Vaccination des enfants	1618	44,3	1685	47,0	1691	47,9
Établissements de santé	1635	44,8	1630	45,0	1641	46,5
Médicaments	1064	29,1	1162	32,4	1015	28,8
Personnel de santé	961	26,3	1146	32,0	992	28,1
Soins prénatals	734	20,1	808	22,5	752	21,3
Sensibilisation en matière de santé	502	13,7	511	14,3	484	13,7
Services de santé gratuits	499	13,7	435	12,1	476	13,5
Formation des volontaires communautaires de la santé	341	9,3	281	7,8	401	11,4
Soins aux personnes âgées	257	7,0	182	5,1	240	6,8
Recouvrement des coûts	81	2,2	81	2,3	284	8,0

sont les tradipraticiens, l'église pentecôtiste Elim et l'infirmière qui aident les gens à résoudre leurs problèmes de santé. » (Groupe thématique, homme adulte, zone péri-urbaine).

Évaluation des services de santé fournis dans les communautés

S'agissant d'évaluer les services de santé qui leur sont fournis dans leur communauté, la plupart des répondants ont déclaré qu'ils sont tout à fait insuffisants. On trouvera la note d'évaluation à la figure 17, ainsi que la raison pour laquelle elle a été donnée. Le manque de médicaments et l'attitude des prestataires figurent au haut de la liste dans toutes les zones. Le manque de médicaments a un pourcentage un peu plus élevé parmi les répondants des zones rurales.

Les répondants ayant indiqué que les services sont bons attribuent ceci principalement à la « réactivité aux besoins des clients » et à l'« ambiance chaleureuse » comme le montre la figure 18.

Dans le cadre des études qualitatives, un participant a déclaré :

« Dans le temps, quand j'allais dans un centre de santé, on me faisait bon accueil. Avant de me demander de l'argent ils soignaient l'enfant et ce n'est qu'ensuite qu'ils me donnaient la note. Maintenant, voilà ce qu'on voit, tu amènes un enfant malade, l'enfant est dans le coma, mais on te demande d'amener des médicaments, du sang et du matériel de transfusion. Quand tu as passé par toutes ces étapes, l'état de l'enfant a empiré. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone rurale).

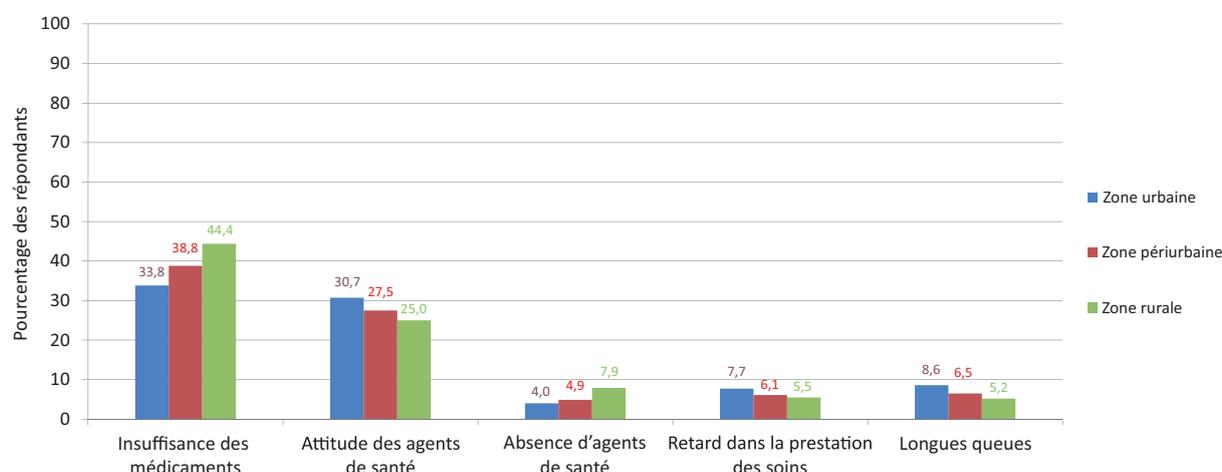


Figure 17 : Évaluation des services gouvernementaux et raison de l'appréciation donnée, par localité

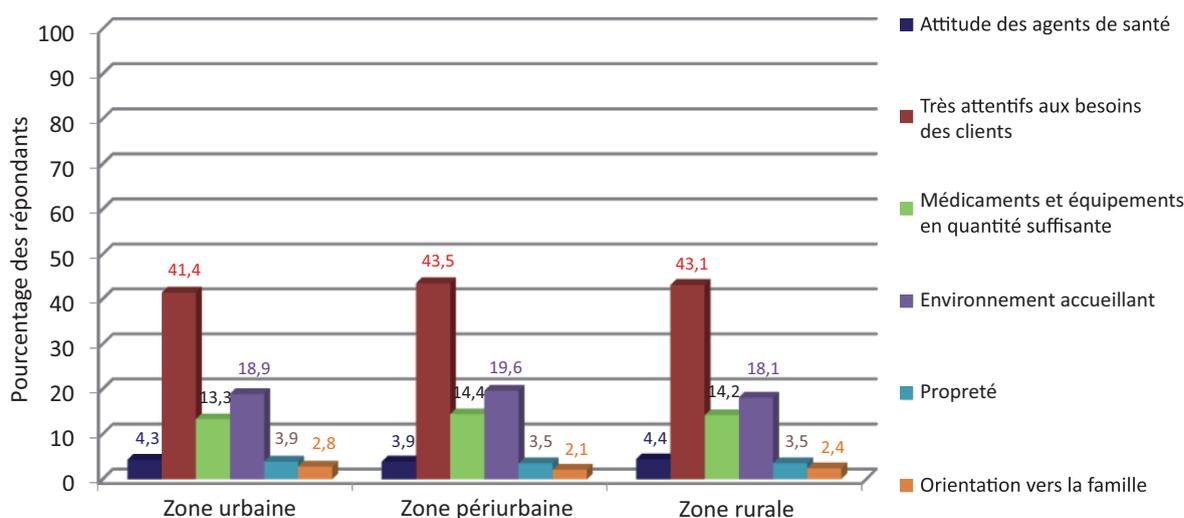


Figure 18 : Raisons pour lesquelles on estime que le service public est bon, par localité

Degré de satisfaction des usagers des services de santé fournis par le gouvernement

Plus de deux tiers des répondants dans tous les sites ont déclaré ne pas être satisfaits des services de santé publique. Le niveau global d'insatisfaction est de 64,3 % ; en zone urbaine il est de 66,7 %, en zone péri-urbaine de 62,7 %, et en zone rurale de 64,6 %, comme le montre la figure 19.

Dans l'ouest de la RDC, le niveau global d'insatisfaction concernant le service public est élevé. Par localité, il est le plus élevé dans la zone péri-urbaine (84,6 %). Dans les zones rurales et urbaines, il est de 79,6 % et 68,6 %, respectivement. De même, dans l'est de la RDC, 81,1 % des répondants des zones péri-urbaines sont insatisfaits, par rapport à 66,8 % et 61,4 % de ceux des zones urbaines et rurales, respectivement.

Au Niger, 65,6 % des répondants ne sont pas satisfaits des services. C'est dans la zone urbaine qu'il y a le plus haut niveau d'insatisfaction (76,2 %), suivie par les zones rurales (63,6 %) et péri-urbaines (57 %). Réciproquement, le niveau le plus élevé d'insatisfaction en République centrafricaine est exprimé en zone urbaine (77,3 %). Les communautés péri-urbaines et rurales rapportent des niveaux de 67,2 % et 62,8 %, respectivement.

La figure 20 révèle les niveaux élevés d'insatisfaction concernant la manière dont les soins de santé sont dispensés par le gouvernement dans les communautés. Ce sentiment d'insatisfaction est plus prononcé dans la sous-région centrale (69 %), suivie par la sous-région de l'ouest (67 %). Cependant, un petit pourcentage de répondants dans les sous-régions centrale et de l'ouest étaient indécis quant à la manière dont les soins sont dispensés dans les communautés.

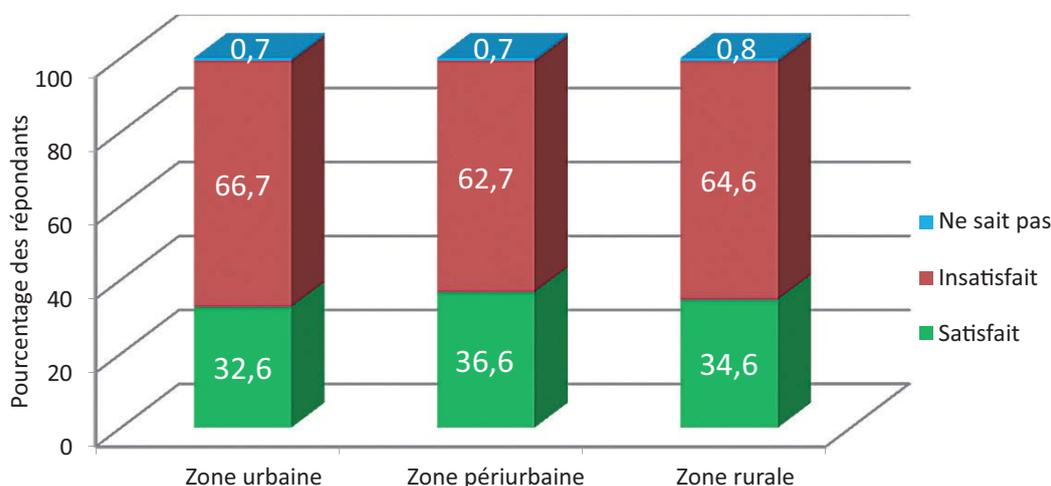


Figure 19 : Évaluation des services de santé du secteur public par localité

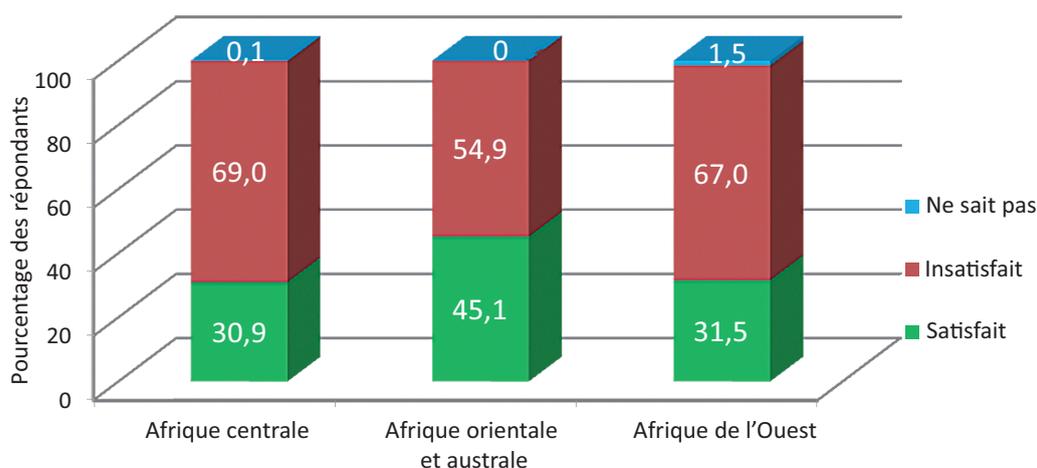


Figure 20 : Niveaux de satisfaction concernant la façon dont les soins de santé publics sont dispensés par localité

Les participants se sont en général dits insatisfaits des services de santé. L'attitude des prestataires est mentionnée dans tous les sites comme étant l'élément dissuasif à la fréquentation des centres de soins du secteur public. Voici certains des termes utilisés par les participants pour parler des prestataires : « les infirmières sont paresseuses, il n'y a pas assez de médecins, les commis sont grossiers. »

On trouvera ci-dessous un choix de citations extraites des discussions avec les membres des communautés.

« Un autre problème au dispensaire est celui de l'attitude des agents de santé; ils peuvent se montrer très impatients et intolérants avec nous parce que nous sommes de simples villageois. Ils se plaignent en disant que nous tardons à amener nos malades à l'hôpital. » (Groupe thématique, homme adulte, zone rurale).

« Les infirmières étaient malpolies. Pouvez-vous imaginer qu'elles m'ont dit de suivre les autres dans la queue et que mes problèmes seraient résolus ? Cela m'a fâché, et quand j'ai attendu, les médecins sont sortis déjeuner. » (Groupe thématique, jeune femme, zone urbaine).

« Les agents de santé ne sont pas aimables. Ils sont grossiers avec les patients. [...] Par exemple, j'ai vu un homme arriver au centre de santé avec un enfant dans un état critique. Cet homme s'est dirigé directement vers la salle de soins sans faire la queue. L'agent de santé lui a dit : «Retourne à l'arrière, retourne à l'arrière, tous les gens que tu vois ici sont des patients, va t'asseoir là-bas. Ne sais-tu pas qu'ils sont tous malades et qu'ils veulent être soignés ?» » (Groupe thématique, femme adulte, zone urbaine).

« Les gens qui se trouvent à l'entrée (les gardes) de l'hôpital, la façon dont ils vous regardent vous décourage au point que vous êtes tenté de rentrer chez vous sans vous faire soigner. » (Groupe thématique, jeune femme, zone urbaine).

Plusieurs personnes se sont plaint de la cherté, de la corruption et du népotisme dans les établissements de santé publique. En voilà quelques exemples.

« Ce sont les médecins et les pouvoirs publics qui sont responsables de cet état des choses. La plupart des médecins ont des hôpitaux privés; ils prennent les médicaments et le matériel des services publics pour leur propre hôpital. Quand vous vous rendez à l'hôpital public, ils vous envoient vers leurs hôpitaux privés. » (Groupe thématique, homme adulte, zone rurale).

« Seules les personnes qui ont des parents travaillant au centre de santé sont bien soignées et bien accueillies. Personne ne soigne ou ne s'occupe des autres, même si on est en train de mourir toute seule. » (Groupe thématique, femmes jeunes, zone urbaine).

L'une des raisons pour lesquelles les gens ont recours aux établissements de santé du secteur public, c'est qu'ils sont pour la plupart dotés d'un personnel qualifié. Là où les prestataires se montrent attentifs et de bonne volonté, les services sont particulièrement appréciés. Les efforts personnels consentis par certains des prestataires sont également reconnus. Une participante à un groupe thématique dans une zone urbaine a déclaré : « Dans notre centre, nous voyons des agents de santé parcourir de longues distances à pied pour se procurer les médicaments dont nous avons besoin. »

D'après les discussions avec les dispensateurs de services de santé, les membres de la communauté ont une part dans les problèmes relatifs à l'accès aux services publics. Certains dispensateurs ont dit être irrités par les trop grandes attentes des communautés. Selon eux :

« Les communautés s'attendent à trouver des médicaments à tout moment et si des médicaments viennent à manquer, alors ils s'imaginent que les agents de santé les ont volés. Chaque fois qu'il y a pénurie de médicaments, l'information circule dans la communauté comme une traînée de poudre et les gens viennent moins nous voir, sauf s'il y a urgence. Il nous arrive d'avoir moins de 10 patients. » (Interview en profondeur, dispensateur de soins, zone urbaine).

« Ils connaissent fort bien le centre et en profitent. Le seul problème que nous ayons est qu'ils ne se présentent pas au bon moment. La plupart d'entre eux arrivent au centre de soins de santé primaires vers 11

heures quand le personnel est parti faire ses tournées (services de proximité). » (Interview en profondeur, dispensateur de soins, zone urbaine).

« S'agissant des soins prénatals, la plupart des femmes viennent au centre au cours du deuxième ou troisième trimestre. Il est rare qu'elles se présentent pendant les trois premiers mois. Elles viennent plutôt au sixième ou au septième mois (de grossesse). » (Interview en profondeur, dispensateur de soins, zone urbaine).

Certains participants ont fait des commentaires positifs concernant les efforts du gouvernement en matière de soins de santé, en voici des exemples :

« Je pense que le gouvernement a essayé d'aider les gens à lutter contre la maladie. Nous voulons demander au centre de santé de pourvoir davantage de traitements gratuits et de faire des dons de médicaments et de matériel. Tous les membres de la communauté font usage des services disponibles. » (Interview en profondeur, dispensateur de soins, zone urbaine).

Parfois, la culture est un élément de dissuasion important contre le recours aux établissements de santé :

« Les difficultés proviennent de ce que certaines traditions qui s'opposent aux activités de promotion de la santé perdurent. Les gens sont illettrés et attachés aux traditions. La pharmacopée et les pratiques traditionnelles continuent à polariser les patients qui ne viennent vers nous que

quand il est déjà trop tard. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone urbaine).

Points de vue sur le rôle des communautés dans les décisions concernant la prestation des services

Près de la moitié des répondants ont dit que les communautés ne participaient pas suffisamment dans les décisions en matière de santé : zone urbaine (46,6 %), péri-urbaine (43,3 %), et rurale (43,5 %). Cependant, 20 % des répondants n'ont pas donné d'appréciation à ce sujet (Annexe 6).

Au nord-ouest du Nigeria, les répondants des communautés péri-urbaines donnent une note plus élevée à la participation communautaire (50,4 %) que ceux des zones urbaines (37,1 %) et rurales (32,9 %). Au Sénégal, 62,9 % des habitants des villes estiment que la participation des communautés à la prise de décisions est faible, alors que seulement 32,7 % et 41,2 % de ceux des zones rurales et péri-urbaines ont la même opinion. En Ouganda, près de trois quarts des répondants estiment que la participation des communautés à la prise de décisions est faible : 76,8 % dans les zones urbaines, 68,6 % dans les zones péri-urbaines et 77,9 % dans les zones rurales.

Les données qualitatives montrent que les niveaux élevés de pauvreté, la culture, le manque de moyens de ceux qui seraient prêts à participer, et d'autres responsabilités limitent la capacité des personnes locales à contribuer à la prise de décisions.

La figure 21 montre que, quelle que soit la sous-région, le pourcentage de répondants ayant estimé que la participation des communautés aux décisions concernant la manière de dispenser les services de santé est « faible » est le plus élevé.

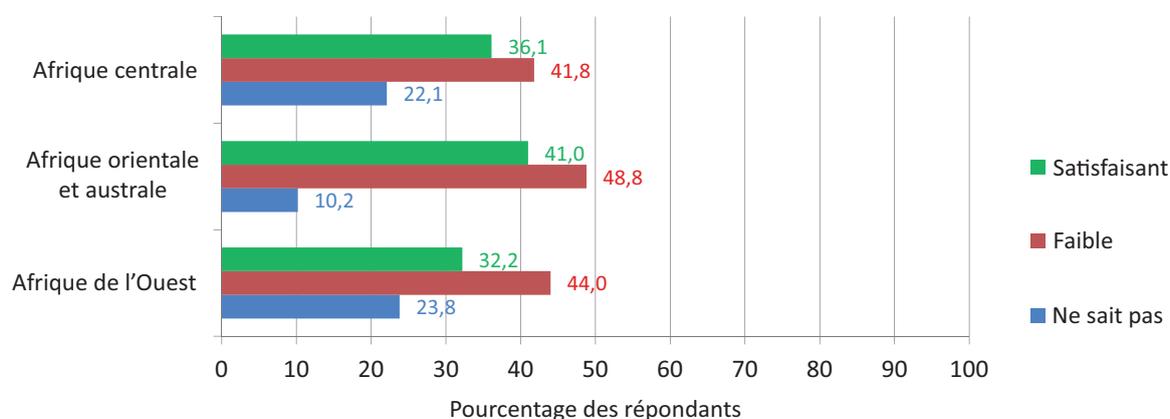


Figure 21 : Évaluation de la participation des communautés à la prise de décisions dans les sous-régions centrale, de l'est et australe et de l'ouest

Cette évaluation négative est plus prononcée dans la sous-région de l'est et australe (48,8 %) que dans celle de l'ouest (44 %).

Sources d'informations en matière de santé

Les sources d'information sanitaire varient d'un pays à l'autre, mais la plus fréquemment citée est la radio, suivie par les annonces communautaires, comme le montre le tableau 10.

Pour l'Algérie, la source principale d'information sanitaire est la télévision (54 %) avec la répartition suivante : zone urbaine 46,1 %, péri-urbaine 64,6 % et rurale 51,4 %. Les annonces communautaires occupent une très petite place en Algérie (0,8 %) au contraire des autres sites. Au Cameroun, les annonces communautaires sont citées le plus souvent dans les zones urbaines, péri-urbaines et rurales (40,1 %, 43 % et 38 %, respectivement).

Les déclarations ci-dessous illustrent la disponibilité de multiples moyens d'information dans les différents sites :

« La population est informée au moyen des annonces publiques que nous faisons. Nous utilisons également des médias comme la radio pour annoncer les vaccinations. Il y a aussi les mosquées, avec la coopération des imams. » (Entretien en profondeur, dirigeant communautaire, zone rurale).

« La communauté est informée par le chef de district qui est lui-même informé par les autorités locales. Il relaie les informations aux chefs des circonscriptions, aux dirigeants et au comité de développement qui informent les chefs de la communauté

par l'intermédiaire de garçons de courses. Elle est aussi informée par la radio. » (Entretien en profondeur, dirigeant communautaire, zone urbaine).

L'information sanitaire est communiquée par les chefs religieux (imams, pasteurs et prêtres et chefs religieux traditionnels), de porte-à-porte, et par le truchement des chefs communautaires, des crieurs, d'affiches, du téléphone, de la télévision et de la radio communautaire.

4.3 EXPÉRIENCES D'INTERACTION AVEC LES SERVICES DE SANTÉ

Cette section présente les réponses aux questions sur les expériences qu'ont les gens du recours aux services de santé. La première partie présente les besoins des ménages en soins de santé et la deuxième les expériences en matière d'ordonnances et de disponibilité des médicaments.

Besoins des ménages relatifs aux soins de santé

La plupart des personnes interrogées (50,9 %) avaient eu recours à des soins de santé dans les 30 jours précédents et 36,1 % dans les un à 12 mois précédents. Cela signifie que 87 % des personnes avaient consulté les services de santé au cours d'une année, ce qui témoigne de la demande élevée de services de santé opérationnels. Comme le montre l'annexe 7, la proportion la plus grande de répondants à avoir consulté dans les 30 derniers jours se trouve dans les communautés rurales (51,1 %), la plus petite dans les communautés urbaines (50,8 %).

Parmi les régions à faible performance, 52,3 % des ménages ont eu recours à des soins dans les

Tableau 10 : Principales sources d'information sanitaire, par localité

Source d'information	Zone urbaine		Zone péri-urbaine		Zone rurale		Total	
	Nombre de mentions	% de répondants						
Radio	1717	46,5	1574	43,6	1482	41,0	4773	47,3
Télévision	467	12,6	409	11,3	359	9,9	1235	11,3
Brochures	43	1,2	27	0,7	27	0,7	97	0,9
Affiches	29	0,8	24	0,7	20	0,6	73	0,7
Annonces communautaires	730	19,8	919	25,5	995	27,5	2644	24,2
Amis et parents	259	7,0	233	6,5	247	6,8	739	6,8
Autre	329	8,9	350	9,7	370	10,2	1049	9,6
Je ne sais pas	122	3,3	75	2,1	116	3,2	313	2,9
Total	3696	100	3611	100	3616	100	10923	100

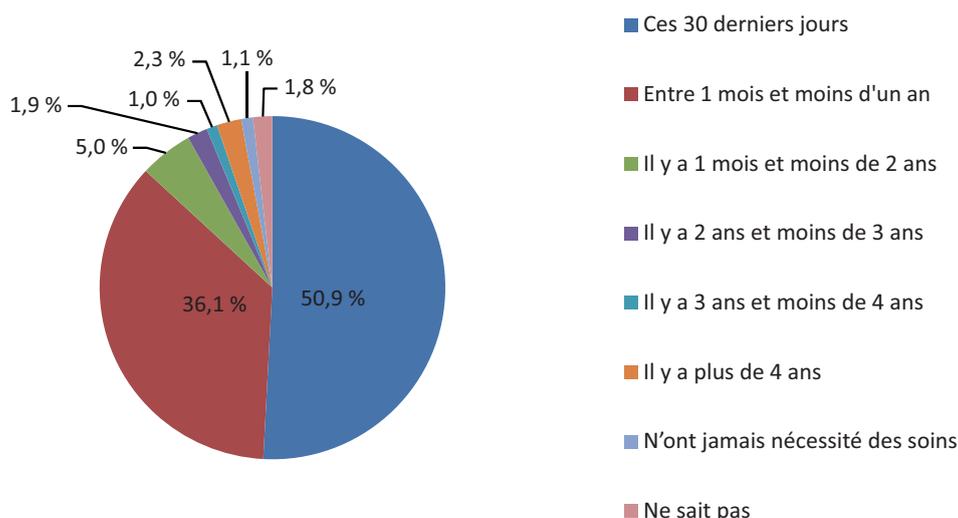


Figure 22 : Ménages en quête de soins dans une période de temps donnée

30 jours précédant l'interview comparé à 49,5 % dans les régions à haute performance (Annexe 8).

Les répondants urbains dans les 13 sites ont un plus grand choix en matière d'établissements de santé. Près de la moitié (50,8 %) des ménages urbains et 46,7 % des ménages ruraux ont le choix entre au moins deux établissements de santé ($p < 0,001$). Cependant, dans six sites (Algérie, Cameroun, République centrafricaine, l'est de la RDC, l'ouest de la RDC et le nord-ouest du Nigeria), plus de 56 % des ménages n'ont aucune option concernant où se rendre pour se faire soigner; ils n'ont qu'un seul centre de santé ou n'en ont même pas.

L'insuffisance manifeste d'établissements de santé est mise en évidence dans les déclarations faites par certains répondants de divers sites. Dans le site du nord-ouest du Nigeria, une femme adulte a observé :

« Nous devons vous dire que nous ne sommes nullement satisfaits parce que nous n'avons aucun centre de santé ici et que nous devons aller dans des établissements privés pour nous faire soigner, par conséquent aucune des interventions gouvernementales n'arrive jusqu'à chez nous. Par exemple, s'il y a quelqu'un de très malade ou une femme en train d'accoucher, nous devons transporter cette personne sur une litière jusqu'au bord de la rivière où une pirogue la fait traverser, ou bien une bicyclette l'amène au dispensaire privé à Jagindi Tasha, ce qui est plus facile pour nous. » (Groupe thématique, femmes adultes).

Cette opinion est étayée par une autre déclaration :

« Du fait de la distance entre cette communauté et le centre de santé, il arrive que des gens meurent avant de pouvoir consulter un médecin. » (Groupe thématique, hommes adultes).

Un Camerounais décrit l'environnement dans les centres de santé comme étant peu propice aux nouveau-nés. Voici ce qu'il en dit :

« L'accouchement se déroule bien, mais avant le lever du jour une dizaine de moustiques ont déjà piqué le nouveau-né alors qu'il est encore à l'hôpital. Comment voulez-vous que cet enfant aille bien ? Dans des conditions pareilles souhaiteriez-vous quand même aller à l'hôpital ou préféreriez-vous trouver un autre endroit ? » (Groupe thématique, hommes adultes).

Un jeune d'une zone rurale a raconté ce qui suit :

La municipalité de Tombel ... devrait avoir 102 médecins et je me demande si nous en avons même 5.... J'ai une amie à Munyong dans la partie occidentale de Bakossi. C'est à 20 km de Nyadong et il n'y a pas de route carrossable. De l'eau bouillante s'est renversé sur sa fille qui a été brûlée. Cela est arrivé vers 18 heures et il leur a donc fallu couvrir dans l'obscurité sur un sol rocailleux, à travers la brousse, les 20 km, ce qui leur a pris 4 à 5 heures. Quand ils sont arrivés et qu'il a fallu retirer la robe de l'enfant, la peau s'est détachée avec. Mais il

n’y a pas de médecin à Nyadong, ce n’est qu’un poste de santé. » (Jeune villageois).

En général, le paludisme et la fièvre sont les principales raisons invoquées pour les consultations (Annexe 8), quelle que soit la localité ou la région (17,6 % et 17,2 %, respectivement) sauf en Afrique du Sud et en Algérie où l’hypertension et le diabète sucré occupent respectivement le premier et le deuxième rang. Le paludisme figure plus haut dans la sous-région de l’ouest (20,3 %) que dans les autres sous-régions (Annexe 8).

Parmi les dix raisons les plus importantes de consulter les services de santé, le paludisme et la fièvre représentent plus de 40 % (Figure 23). Il y a d’autres problèmes médicaux comme les lésions corporelles, la douleur ou les infections respiratoires. En résumé, une majorité de répondants (92 %) ont reçu des soins de santé la dernière fois qu’ils en ont eu besoin. Le pourcentage ayant reçu des soins était moindre dans les zones à faible performance et dans les zones rurales (91,1 % et 90,6 %).

Les principales raisons pour lesquelles les membres des communautés des districts étudiés ne se sont pas fait soigner comprennent le coût des soins (34,1 %), les problèmes de transport (11 %), le manque de médicaments appropriés (6,7 %), et le sentiment que l’affection n’est pas assez grave (5,4 %).

Les résultats qualitatifs imputent une plus grande responsabilité pour cet état des choses au système de santé et pointent du doigt l’attitude du personnel de santé :

« Dans tous les hôpitaux, même dans les dispensaires, il n’y a pas d’amour. Quand tu arrives à l’hôpital, ils te donnent un formulaire à remplir. Il tient la plume. Tu lui dis : «Papa, écris, mon enfant se meurt»; il répondra, «tu dois payer». Il croise même les jambes; tu es inquiète, agitée et il insiste qu’il faut donner l’argent. Avant que l’argent n’arrive, l’enfant meurt. Il n’y a pas d’amour. Pour pouvoir utiliser l’hôpital, il faut payer tout ou tu meurs si tu n’as pas l’argent qu’il faut. » (Groupe thématique, femmes, zone rurale).

Selon les participantes :

« Les médicaments ne sont jamais disponibles. Très souvent le personnel de santé envoie les patients acheter les médicaments hors de l’hôpital. À cette fin, certains médecins qui ont leur propre hôpital ou pharmacie profitent pour y envoyer les patients pour l’achat des médicaments ou en transfert. Ils peuvent ainsi se faire de l’argent. » (Groupe thématique, femmes, zone rurale).

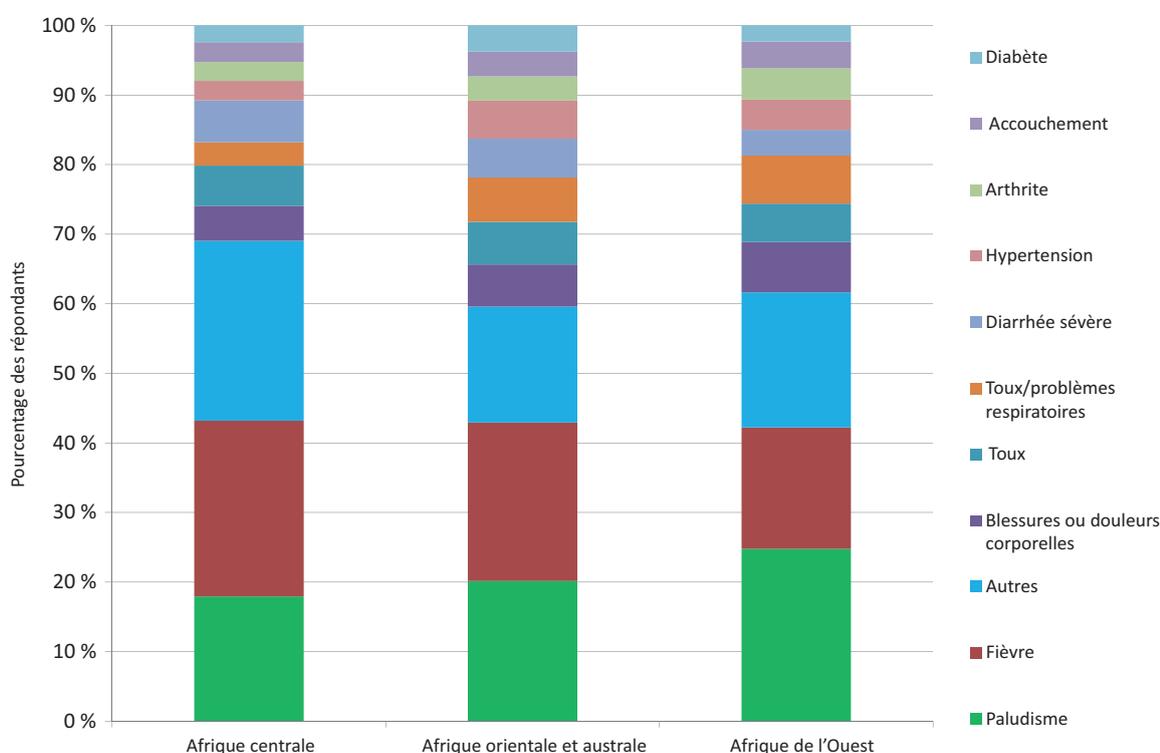


Figure 23 : Les dix raisons les plus courantes de consulter les services de santé, par sous-région

Une femme du Niger a dit avoir été traitée de manière indigne :

« L'indifférence vis-à-vis des patients. [...] La dernière fois que je suis allée au dispensaire, le personnel de santé nous a regardé comme si nous étions des moins que rien... ils ne s'occupent que de ceux qui ont de l'argent ou qui appartiennent à leur famille. » (Groupe thématique, femmes, zone péri-urbaine).

Une femme a attiré l'attention sur le pouvoir d'une attitude positive :

« Oui, quand j'étais enceinte, je suis venue ici à l'hôpital. J'allais auparavant à la consultation dans un autre centre mais quand j'ai appris qu'il y en avait un ici, j'ai décidé d'y venir. C'est un grand hôpital et il est propre, les sages-femmes sont très gentilles et pleines d'attention. » (Entretien en profondeur, femmes, zone péri-urbaine).

Prescription et disponibilité des médicaments

La majorité des répondants (90,2 %) ont dit que des médicaments leur ont été prescrits lors de leur dernière visite à un établissement de soins. L'analyse par régions ne montre aucune différence dans la quantité de prescriptions par dispensateur de soins, étant donné que 90,1 % dans les zones à performance élevée et 90,4 % dans celles à faible performance ont reçu des ordonnances.

Dans les zones à performance élevée, l'analyse par site montre que la plupart d'entre eux à l'exception de quatre, à savoir : Afrique du Sud (86,2 %), sud-ouest du Nigeria (84,2 %), est de la RDC (80,2 %) et Niger (71,7 %), ont dépassé 90 %. Les zones à faible performance dans tous les sites montrent que plus de 90 % de ceux qui nécessitaient des soins ont reçu des prescriptions à l'exception de sept sites : ouest de la RDC (89,5 %), République centrafricaine (89,2 %), Cameroun (88 %), est de la RDC (85 %), Sénégal (85 %), sud-ouest du Nigeria (82,7 %) et Afrique du Sud (77,6 %).

S'agissant des médicaments prescrits par les établissements de santé, 60,2 % des répondants les ont tous obtenus, 19,9 % ont en eu quelques-uns, 17,8 % aucun, et 2,2 % des répondants ne se souvenaient pas s'ils les avaient reçus. Les

réponses des régions sont similaires avec 60,2 % et 60,1 % dans les zones à haute et à faible performance respectivement, signalant avoir reçu la totalité des médicaments. Il y a toutefois des différences dans cinq sites. En Algérie, les valeurs sont faibles dans les deux régions. Tous les médicaments sont reçus 40 % des fois dans les zones à performance élevée et 8,2 % des fois dans celles à faible performance. Dans les quatre autres sites (RDC est, RDC ouest, Afrique du Sud et Ouganda), les répondants dans les zones à faible performance reçoivent tous leurs médicaments plus souvent que ceux des zones à performance élevée.

Raisons pour lesquelles on n'obtient pas les médicaments prescrits

Un maximum de 73,5 % des répondants signalent qu'ils n'ont pas pu trouver les médicaments prescrits. Les proportions vont de 75,6 % dans les zones à performance élevée à 71,7 % dans celles à faible performance. Une participante à un groupe thématique dans une zone rurale a déclaré :

« Quand nous allons à l'hôpital pour nous faire soigner on ne nous donne pas de médicaments, les soignants nous demandent d'aller acheter les médicaments dans leur pharmacie, donc nous avons besoin de médicaments. » (Groupe thématique, membre féminin de la communauté, zone rurale).

En Ouganda, un participant à un groupe thématique note « La plupart du temps, il n'y a pas de médicaments dans ce centre. Quand vous y allez, ils vous disent «va dans un dispensaire»— tout ce qu'ils font c'est vous prescrire des médicaments pour que vous alliez les acheter. » Pour un autre participant de la sous-région de l'ouest : « Ça fait mal au cœur de voir une personne malade revenir du centre de santé sans les médicaments dont elle a besoin. » Un jeune homme observe :

« Il n'y a pas de médicaments dans le centre pour guérir diverses affections ou pour les patients qui réclament un traitement, bien que les infirmières font de leur mieux, elles n'ont pas les médicaments appropriés pour compléter leur travail. Il est donc nécessaire de leur fournir différents types de médicaments en quantité suffisante pour qu'elles

puissent soigner différents troubles, ce qui encouragera les gens à fréquenter le centre de santé. »(Groupe thématique, femme adulte, zone rurale).

Selon un répondant en République centrafricaine, les frais médicaux peuvent changer pendant que le patient est encore en consultation au centre de santé :

« J'ai fait une expérience malencontreuse. Le centre de santé n'a pas voulu m'accueillir avec mon enfant. J'ai donc quitté de nuit pour aller dans un autre centre à Ngoulapalo. Mon enfant avait une forte fièvre. À Ngoulapalo, j'ai appelé en vain le personnel infirmier. Quand un agent de santé est sorti, il a dit que les frais de consultation étaient passés de 100 FCFA à 250 FCFA. Il nous a fallu aller à Bangassou pour des soins. Qu'est-ce que c'est que ce comportement ? Les agents de santé à Bangassou reçoivent très mal les patients et se comportent avec eux comme s'ils leur en voulaient. Le prix des médicaments augmente rapidement en présence du patient. » (Groupe thématique, femme adulte, zone péri-urbaine).

Paiement des médicaments

Comme le montre la figure 24, les répondants paient pour les médicaments que le ménage reçoit des centres de santé. Les paiements par les répondants sont le plus élevés dans la sous-région de l'ouest (85,3 %), suivie par la sous-région

centrale (77,9 %) et la sous-région de l'est et australe (61 %). La fréquence des paiements varie d'une sous-région à l'autre, comme le montre la figure 24.

D'après les données qualitatives, il semble que les sites aient convenu de faire payer les patients pour le traitement. Un étudiant du Cameroun fait part de son expérience :

« Il m'est arrivé quelque chose à l'hôpital. J'avais mal à la dent ... j'avais 1500 francs CFA. Quand je suis arrivé à l'hôpital, le préposé m'a demandé de payer le formulaire, j'ai dépensé 100 francs CFA pour la consultation. Il m'a dit que je devais payer 600 CFA. J'ai donné les 600 francs. Sur les 1500 que j'avais au départ, j'avais déjà dépensé 700 FCFA. Quand j'ai vu la soignante, je lui ai montré les 800 FCFA qui me restaient et elle m'a dit que la facture s'élevait à 3000 FCFA. Je lui ai dit que j'étais étudiant... que je n'avais pas assez d'argent et lui ai demandé de me donner au moins un médicament pour 800 FCFA. Elle a dit non. Je suis rentré tout triste chez moi. J'étais perdant, j'avais perdu 700 FCFA en tout et je n'avais pas été soigné. » (Groupe thématique, jeune homme, zone rurale).

Le taux de remboursement des montants versés pour les médicaments est très faible, il s'effectue dans seulement 3,7 % des cas dans la sous-région centrale (Annexe 9). Dans 96,3 % des cas dans la sous-région centrale, il n'y a aucun remboursement, ce pourcentage est de 90,2 % dans la

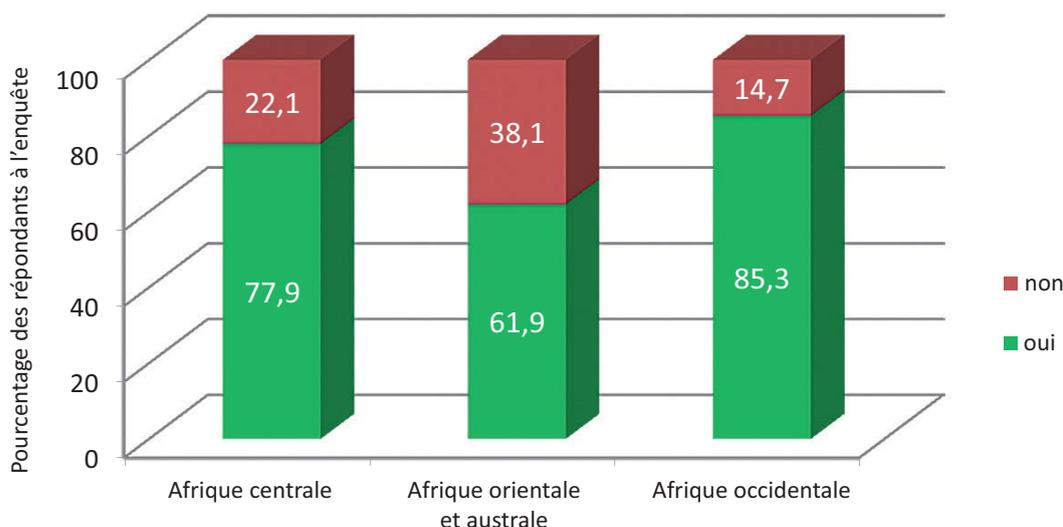


Figure 24 : Paiement des médicaments par sous-région

sous-région de l'est et australe et de 86,1 % dans celle de l'ouest.

Selon un membre de la communauté dans la région à faible performance d'Enugu, au sud-est du Nigeria, en revanche :

« Nous n'avons ici aucun financement de la santé. La seule chose que nous avons ce sont ces médicaments gratuits comme le Mectizan® qu'on nous donne pour distribuer aux gens, à part ça, il nous faut nous débrouiller par nous-mêmes. » (Groupe thématique, membre de la communauté).

Le pic du taux de remboursement (13,9 %) dans la sous-région de l'ouest est le résultat des données algériennes (Annexe 9). En Algérie, les compagnies d'assurance remboursent les médicaments des habitants des zones rurales (99,3 %), taux le plus élevé comparé aux zones urbaine et péri-urbaine où il est de 96,4 % et de 98,9 %, respectivement. Parmi les communautés urbaines, le Cameroun se classe en premier en fournissant un financement sanitaire de près de 100 %. Toutefois, le régime d'assurance-maladie au Cameroun est perçu comme ne fonctionnant pas bien.

« Un remboursement est prévu dans presque tous les domaines de la santé. Ils avaient signé un accord avec les zones sanitaires de Tombel. Ils ont des cartes qu'ils donnent aux patients avec une photo. Le patient s'inscrit. Il doit y avoir au moins quatre personnes par famille. La cotisation est de 14 000 ou 15 000 FCFA, oui de

15 000 FCFA par an. L'assistance peut aller jusqu'à 100 000 francs. Et le patient bénéficie de 75 % des coûts. La Mutuelle prend à sa charge 75 % et le patient 25 % des frais. Les gens sont conscients des avantages et s'inscrivent progressivement.» (Entretien en profondeur, médecin).

La figure 25 montre que l'immense majorité des répondants dans les sous-régions n'ont pas d'assurance-maladie. Seulement 11,8 % sont au bénéfice d'une assurance-maladie dans la sous-région centrale, 9,1 % dans la sous-région de l'est et australe, et 2,5 % dans la sous-région de l'ouest.

À la question de savoir s'il y a d'autres moyens d'obtenir des subventions pour la santé, 16 % des enquêtés ont répondu par l'affirmative. Le score le plus élevé a été obtenu dans les zones urbaines et dans les régions à forte performance (21,7 %).

L'assurance n'est pas disponible pour une grande majorité des habitants des trois sous-régions et notamment pour ceux des régions à faible performance (environ 65 % des répondants). En général, 20,6 % des personnes interviewées ne savent pas s'il y a d'autres formes de subventions. Dans l'est de la RDC, certaines ONG subventionnent les dépenses des femmes enceintes et des enfants. Les résultats présentés par sous-région dans la figure 26 montrent que sauf pour la sous-région centrale, le gouvernement est la source principale des subventions. Dans la sous-région centrale, les subventions sont le résultat de l'effort communautaire (50 % des répondants).

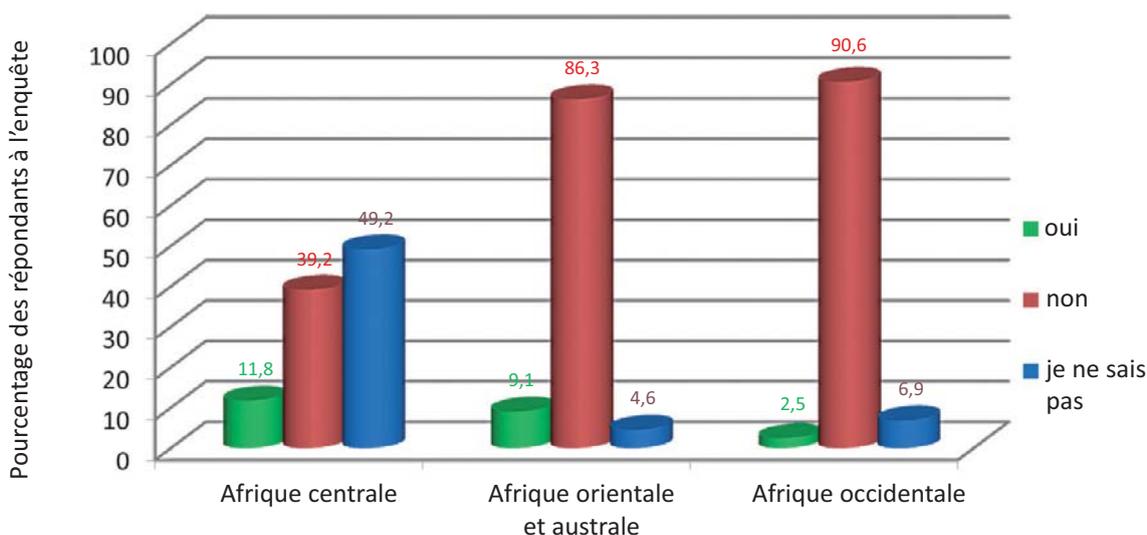


Figure 25 : Pourcentage au bénéfice d'une assurance-maladie, par sous-région

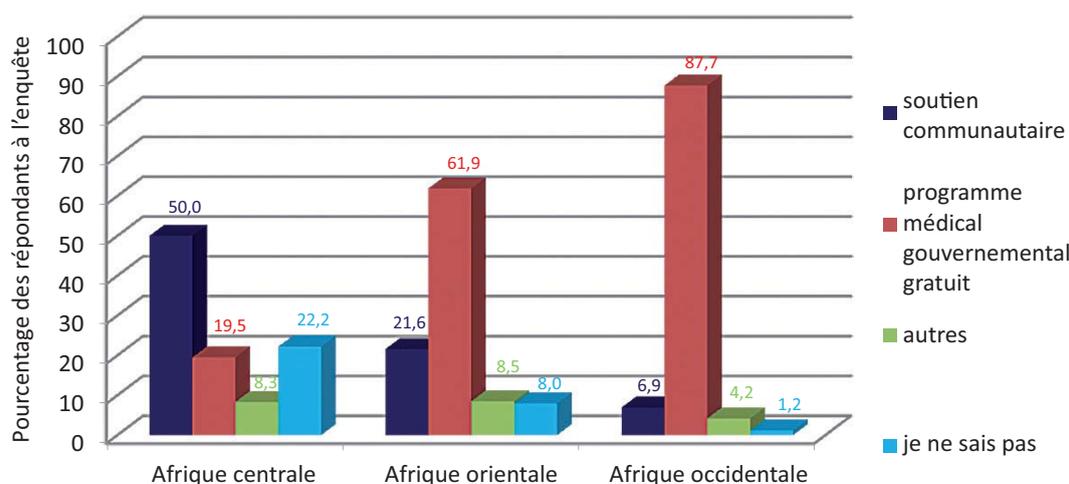


Figure 26 : Autres moyens d’obtenir des subventions pour les dépenses de santé, par sous-région

Les services de santé publics gratuits sont bien connus en Afrique du Sud. Selon un réalisateur communautaire dans un milieu rural, « Le gouvernement a décidé d’aider gratuitement la population. » Au Sénégal, l’effort communautaire est mentionné par un agent de santé comme étant important :

« Au centre de santé, il y a ce que nous appelons des groupes. Ce sont des gens qui le plus souvent ne peuvent pas payer la note, la prescription ou autre. Je me dis alors qu’il s’agit d’un cas social. Il est prévu que si l’on est considéré cas social, le service est gratuit. » (Entretien en profondeur, agent de santé, zone urbaine).

Encadré 3 : Attentes des communautés—opinions des agents de santé

- 3.1. « Le gouvernement devrait accroître son soutien au centre. Davantage de ressources sont nécessaires; on a besoin de davantage d’argent parce que l’allocation trimestrielle est au-dessous du montant requis pour assurer le bon fonctionnement d’un centre de niveau 4. » (chef de service).
- 3.2. « Le gouvernement devrait augmenter l’allocation que le centre reçoit et qui ne couvre que la moitié de notre budget, ce qui fait que nous vivons de déficits. » (administrateur de programmes de santé).
- 3.3. « Il y a un problème avec notre système d’orientation-recours du dispensaire à l’hôpital de district, il est on ne peut plus chaotique. » (médecin).
- 3.4. « En vertu du nouvel ordre constitutionnel, le gouvernement devrait fournir un accès égal à des soins de santé de qualité et valoriser les ressources humaines pour contribuer ainsi au renforcement des capacités. » (médecin).
- 3.5. « Parmi les contraintes que nous avons dans ce centre de santé, il y a le fait qu’il est peu fréquenté surtout par les gens éclairés. Ils ne sont pas prêts à venir parce que nous manquons d’installations essentielles comme les toilettes pour les patients. Le local est très sale, il n’y a aucune sécurité et on peut nous voler les quelques choses qui nous restent, on peut même voler les enfants parce que nos portes ne ferment pas et que la grille principale est défectueuse. » (agent de santé).
- 3.6. « Parfois, quand nous voulons les soigner, les gens demandent à voir un médecin, d’autres fois ils demandent une échographie ou une radiographie, or nous n’avons pas d’appareils ici. Nous les envoyons donc au centre de santé d’Afao. Ils nous disent alors, «Est-ce que c’est seulement le centre d’Afao qui est censé avoir ces appareils ?» Ce n’est pas bien. » (agent de santé).

4.4 PERCEPTIONS DE LA COMMUNAUTÉ EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Perceptions de la communauté concernant les contributions du gouvernement

Cette section présente les résultats de l'étude eu égard aux attentes des communautés et aux apports du gouvernement et des communautés à la prestation des services de soins de santé essentiels. La contribution gouvernementale à la prestation des services de santé est la même dans toutes les localités. Elle se concentre sur la mise

à disposition d'agents de santé, d'installations et de médicaments (Figure 27). Le pic de la vaccination rend compte de la focalisation du programme et de la prestation de services gratuits de vaccination en tant que composante des soins de santé maternelle et infantile.

Les répondants à qui l'on a demandé de noter les services de santé dispensés par le gouvernement ont, pour la plupart (64,3 %), indiqué qu'ils les trouvaient insuffisants, comme le montre la figure 28. Les réponses vont de 63,3 % en zone péri-urbaine à 65,6 % pour l'échantillon rural.

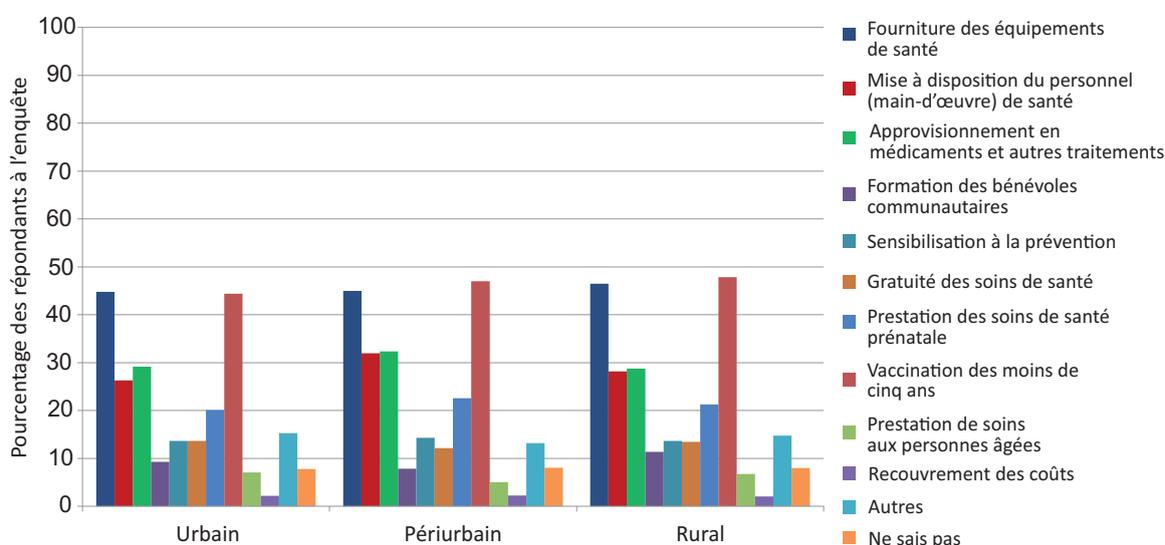


Figure 27 : Services dispensés par le secteur de la santé publique, par localité

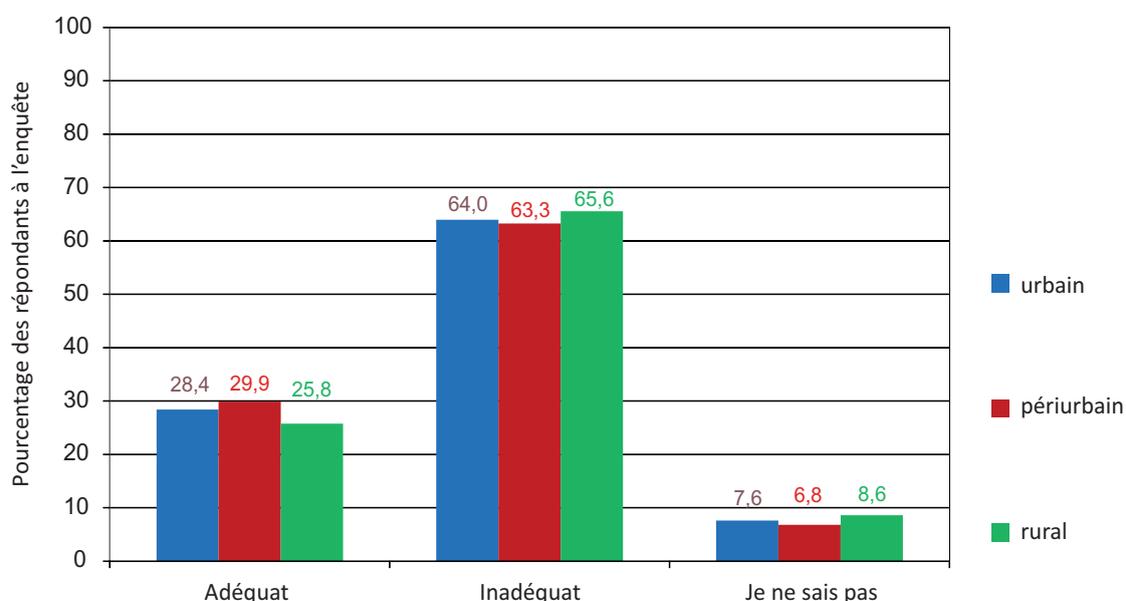


Figure 28 : Opinions relatives aux contributions gouvernementales à la prestation des soins de santé essentiels, par localité

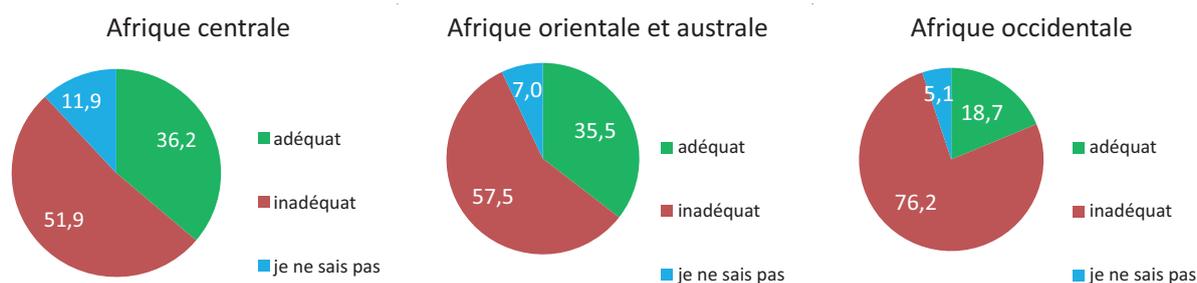


Figure 29 : Opinions relatives aux contributions gouvernementales à la prestation des soins de santé essentiels, par sous-région

Ce schéma ne varie pas pour les régions à forte et à faible performance dans tous les sites. Les résultats correspondent bien aux schémas ruraux précédents, qui indiquent une méfiance vis-à-vis de l'implication des pouvoirs publics dans la prestation des soins de santé.

Les résultats montrent que 65,5 % des répondants dans les régions à haute performance et 63,2 % dans les régions à faible performance estiment que les efforts du gouvernement sont insuffisants. La figure 29 montre que cette perception est identique dans toutes les sous-régions.

Il y a toutefois des différences ($p < 0,001$) en termes de jugements négatifs dans les sous-régions. Par exemple, alors que 76,2 % des

répondants de la sous-région de l'ouest estiment que les contributions du gouvernement sont insuffisantes, un peu plus de la moitié (57,5 % et 51,9 %) des répondants des sous-régions de l'est et australe et centrale, respectivement, sont du même avis.

Dans les discussions, des villageois en République centrafricaine ont fait montre d'une méfiance profondément ancrée vis-à-vis du gouvernement et ont dit à quel point ils étaient déçus par la prestation gouvernementale des soins de santé essentiels. « La République centrafricaine se soucie-t-elle des populations rurales ? » demandent-ils. « Pourquoi les infrastructures sont-elles laissées à l'abandon ? Pourquoi n'y a-t-il pas de

Encadré 4 : Empressement des communautés à participer à la prestation des services de santé et contraintes—opinion des agents de santé

- 4.1 « D'après ce que l'on peut voir, les gens sont désireux de participer. Par exemple, quand nous avons demandé des volontaires pour une action de soins à domicile, les gens se battaient littéralement pour y participer. D'ordinaire les gens viennent participer. » (médecin).
- 4.2 « Parfois, les gens vont voir le président du gouvernement local pour se plaindre, mais il est rare qu'on tienne compte de leurs doléances Ceci n'est pas surprenant étant donné que les communautés rurales de ce gouvernement local ne se sont pas mobilisées pour former des comités de santé au moyen desquels elles formuleraient leurs demandes et leurs aspirations et les transmettraient aux institutions gouvernementales. » (médecin).
- 4.3 « L'inégalité entre les sexes en ce qui concerne les décisions en matière de santé continue à prévaloir. » (médecin).
- 4.4 « Le personnel de santé et la population sont majoritairement exclus de toute forme de participation à la conception des activités sociales et sanitaires dans les installations de santé publique de première ligne. Ils ne sont pas partenaires dans le processus de prise de décisions qui se situe au niveau central, au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Les acteurs estiment qu'ils «font ce qui a été décidé sans eux», en leurs propres termes. » (agent de santé).
- 4.5 « Les gens ici ne sont pas heureux car ils estiment que le gouvernement a pris leurs terres et n'a rien fait pour eux. Même ceux qui ont été enrôlés pour du travail volontaire n'ont pas été compensés. » (médecin).
- 4.6 « La communauté est pleine de bonne volonté, par exemple, elle s'est mobilisée pour lutter contre la toxicomanie, cela a été impressionnant et très utile. » (médecin).

médicaments essentiels pour les cas d'urgence ? Pourquoi nous envoie-t-on uniquement des secouristes alors que l'on forme des professionnels de la santé à Bangui ? »

La figure 30 illustre le point de vue des communautés concernant les moyens d'améliorer les contributions gouvernementales à la prestation des soins de santé essentiels dans les régions à forte et à faible performance. La majorité des répondants estiment que c'est primordialement dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments que les services de santé pourraient être améliorés. Ceci est suivi par la dotation en personnel qualifié pour la gestion des établissements et la construction d'hôpitaux aussi bien dans les régions à forte qu'à faible performance.

Dans toutes les localités (à savoir urbaines, péri-urbaines ou rurales), les réponses inscrites dans la figure 31 présentent un portrait démo-ralisant d'un système de santé qui n'offre pas à ses bénéficiaires les médicaments, installations et ressources humaines qui devraient être au cœur de ses prestations. La figure 31 montre les attentes qu'ont les répondants des contributions gouvernementales à la santé.

Dans l'étude qualitative, les participants ont déclaré que la demande de médicaments, de personnel de santé et d'installations est grande et urgente. Au Sénégal, un jeune d'une localité péri-urbaine cite les raisons de cette urgence :

« Savez-vous pourquoi nous demandons que les effectifs soient augmentés ? Si vous

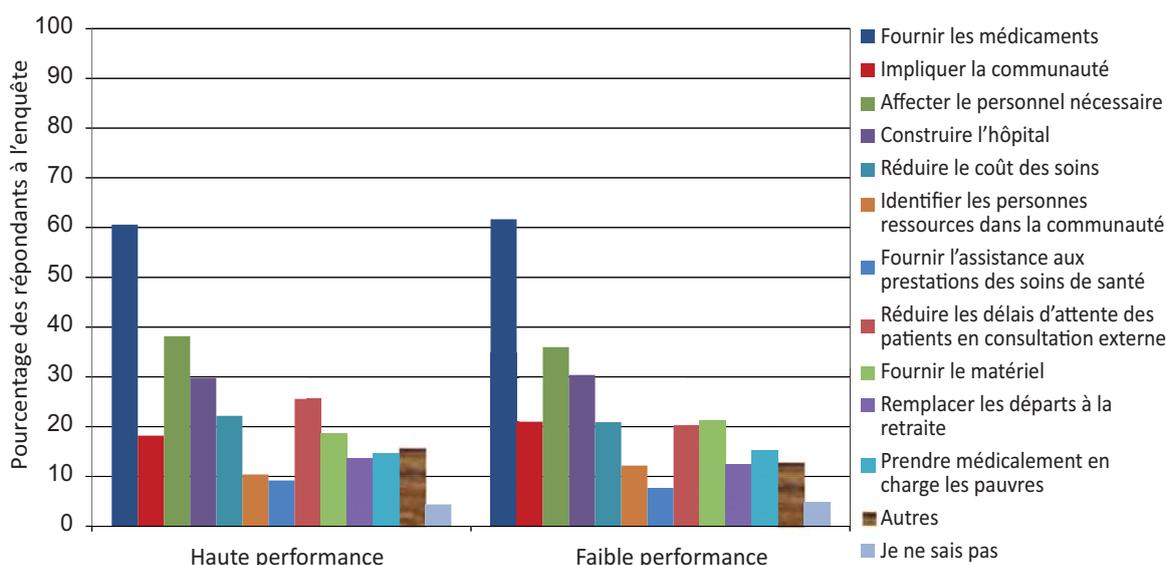


Figure 30 : Comment améliorer la prestation des services de santé

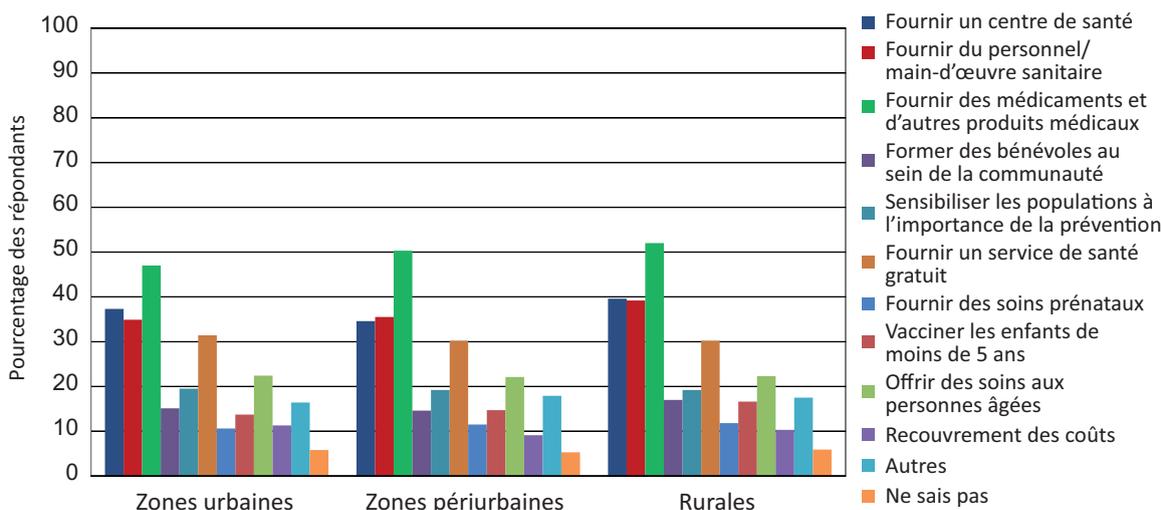


Figure 31 : Attentes des communauté en matière de contributions gouvernementales à la santé, par localité

arrivez ici à 23 heures et que vous êtes malade, quelle que soit la gravité de votre maladie il vous faut attendre jusqu'au lendemain. Personne ne sera là pour vous faire une perfusion parce qu'ils diront qu'il n'y a pas de personnel en service la nuit. C'est ce qu'ils vous diront. » (Groupe thématique).

Selon ce jeune homme, le problème est complexe, car il combine des effectifs insuffisants à des installations laissant à désirer, ce qui ne fait qu'aggraver l'état de santé des patients.

« Quant aux lits, il arrive que le patient ait mal partout à cause du lit de fortune dans lequel on l'a placé, et que sa maladie empire. Il faut aussi penser à ça. » (Groupe thématique).

En dépit de cette prise de conscience, les participants semblent reconnaître que la crise du secteur de la santé est parfois le produit de facteurs extérieurs comme l'instabilité systémique. Cette situation est rapportée en République centrafricaine où un groupe d'hommes adultes estime que « les difficultés principales se situent au niveau culturel » et explique que la situation postérieure au conflit dans laquelle se trouve le pays rend difficile la gestion de la santé, surtout dans les zones reculées où les atrocités et la déstabilisation locale étaient répandues. Un répondant clé observe :

« Ceci est une zone reculée qui a longtemps souffert des atrocités commises par des rebelles et des bandits. Les personnes valides ont quitté le village pour d'autres communautés. Le poste de santé a subi des actes de violence et le contrecoup de l'abandon du village. Aucune activité médicale ne peut s'accomplir selon les principes établis. »

(Groupe thématique, hommes adultes, zone urbaine).

Contribution des communautés

La contribution des communautés à la santé se situe principalement dans le domaine de l'entretien des installations (20,9 %) et dans l'aide au personnel soignant (18,1 %). La figure 32 montre que les individus contribuent uniformément à la prestation des soins de santé dans toutes les sous-régions.

Les communautés contribuent aussi à la prestation des services en recrutant des volontaires (10,7 %), en les formant (10,5 %), et en aidant à gérer les centres (10,4 %). Dans certains cas, c'est la communauté qui construit ou met à disposition les locaux (6,3 %), fournit la main-d'œuvre (5,6 %), les produits (5,8 %), et la rémunération des dispensateurs de soins (5 %). Quelque 26,2 % des répondants ne savent pas si, ni de quelle manière, leur communauté contribue aux soins de santé.

En moyenne, 64 % des individus n'ont jamais contribué à la prestation des soins de santé communautaires dans les trois types de localité, les plus nombreux étant dans les zones urbaines (66 %). Le schéma peut indiquer des niveaux plus élevés de délabrement des infrastructures dans les communautés rurales.

Dans toutes les localités, les contributions les plus fréquentes se font sous forme d'aide au personnel soignant dans l'exercice de ses fonctions, et représentent plus de 30 % des réponses (Figure 33).

Deux fois plus d'individus sont prêts à contribuer à la prestation des services de santé : 68,1 %, 66,6 %, 66,7 % dans les sites urbain, péri-urbain et rural, respectivement. Plus de 65 % des répondants dans toutes les localités se sont

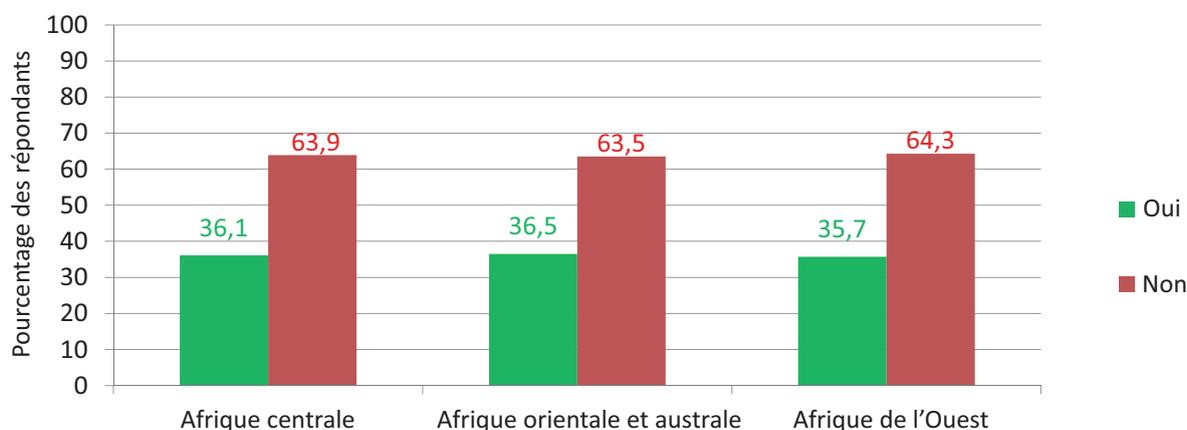


Figure 32 : Contribution des individus à la santé de leur communauté dans les sous-régions

dit disposés à contribuer à l'avenir à la prestation des services de santé. Ces données présentent des variations selon l'âge ou la profession et sont identiques pour tous les sites. La figure 34 expose les sortes de contribution que les individus sont prêts à faire. Dans tous les sites, ils sont aussi disposés à aider à l'entretien des centres et à fournir des produits.

À la question de savoir s'ils sont disposés à contribuer à l'avenir aux soins de santé, les répondants des sites de la sous-région de l'ouest ont obtenu la note la plus élevée comme le montre la figure 35.

Les raisons de la réticence à contribuer à la prestation des soins diffèrent d'une sous-région à l'autre (Figure 36). Dans les sous-régions centrale

et de l'ouest, le manque d'argent est la raison principale invoquée, 59,8 % et 41,1 %, respectivement. Le chômage vient en second dans les deux sous-régions et est lié à des contraintes financières dans la sous-région de l'est et australe.

À la question de savoir pourquoi ils ne souhaitent pas contribuer à la prestation des soins dans leurs communautés, la raison prédominante invoquée dans toutes les localités est le manque d'argent, suivi par la notion que ceci incombe au gouvernement, et enfin le chômage (Figure 37).

D'après les données recueillies au cours des entretiens en profondeur et des groupes thématiques dans toutes les localités, les considérations financières sont l'obstacle principal aux contributions individuelles à la prestation des services

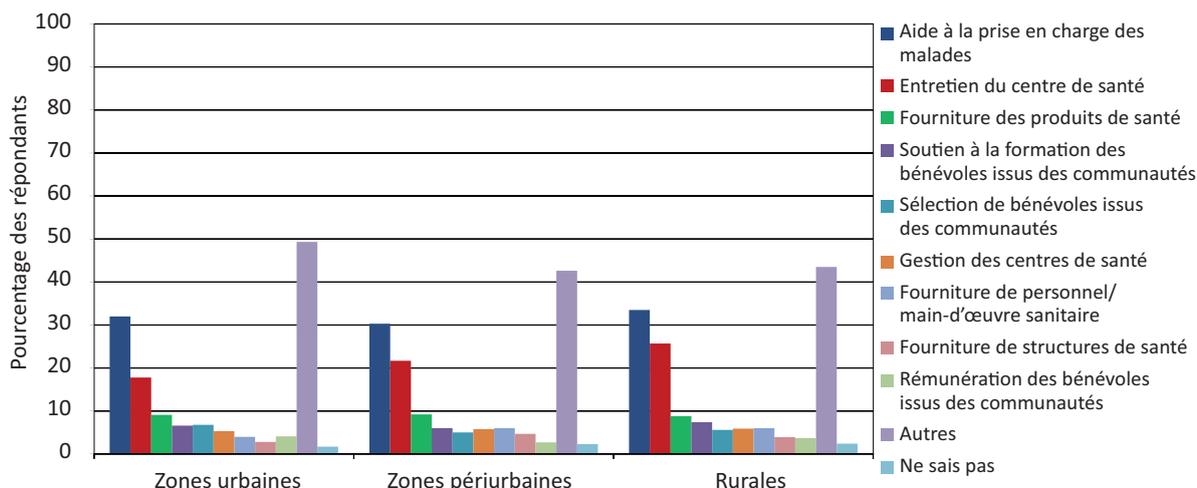


Figure 33 : Contributions individuelles à la santé communautaire, par localité

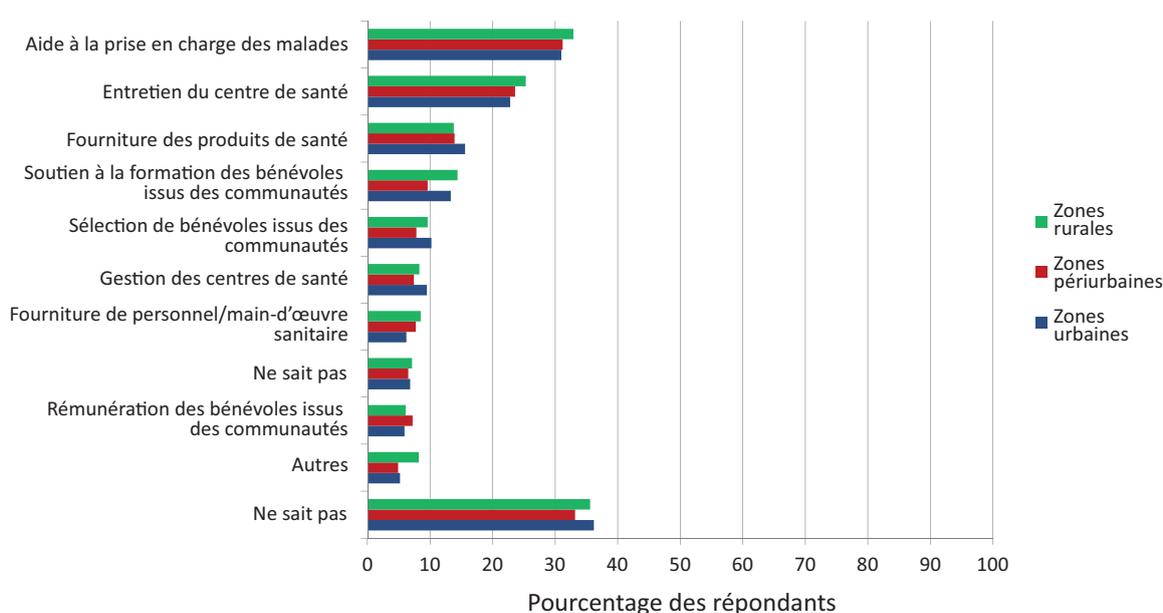


Figure 34 : Sortes de contributions individuelles à la santé communautaire, par localité

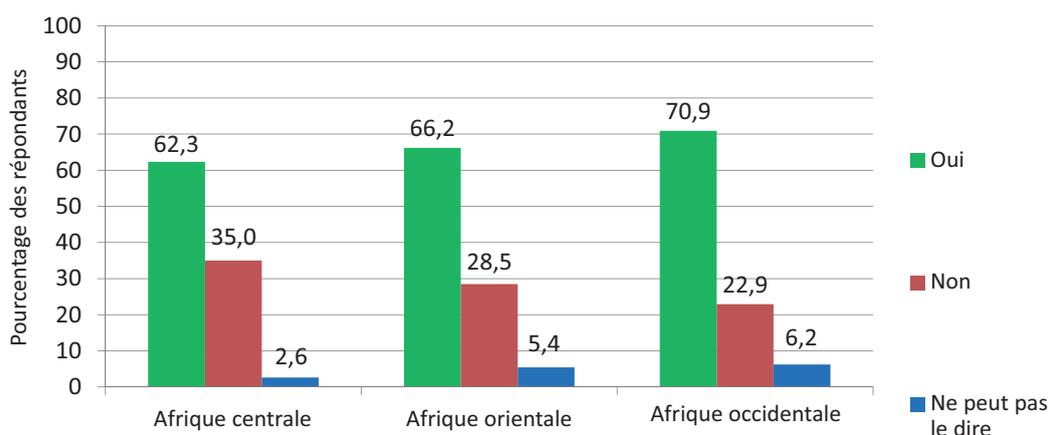


Figure 35 : Consentement à contribuer à l’avenir dans la sous-région

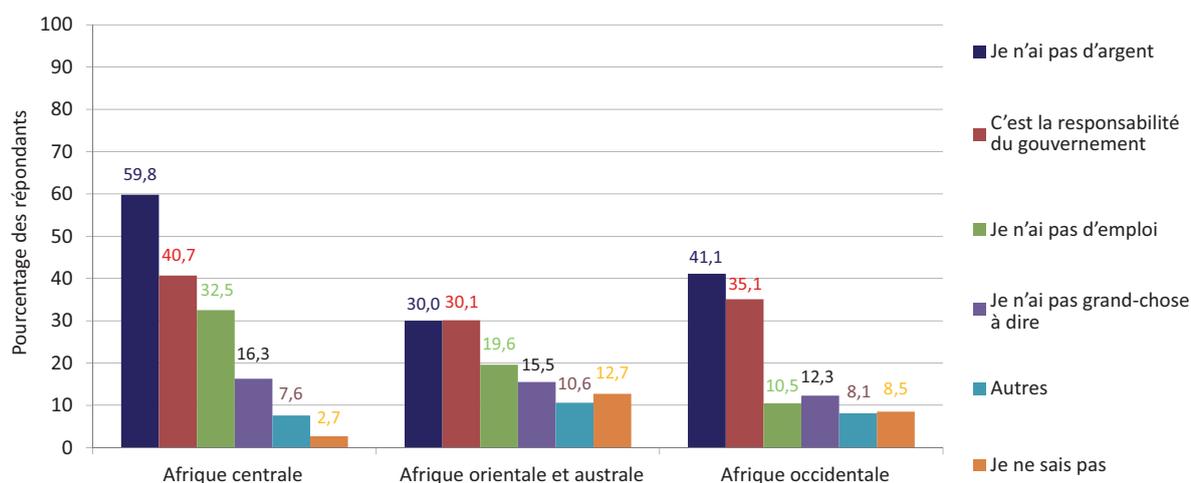


Figure 36 : Raisons de la réticence à contribuer à la prestation des soins dans la sous-région

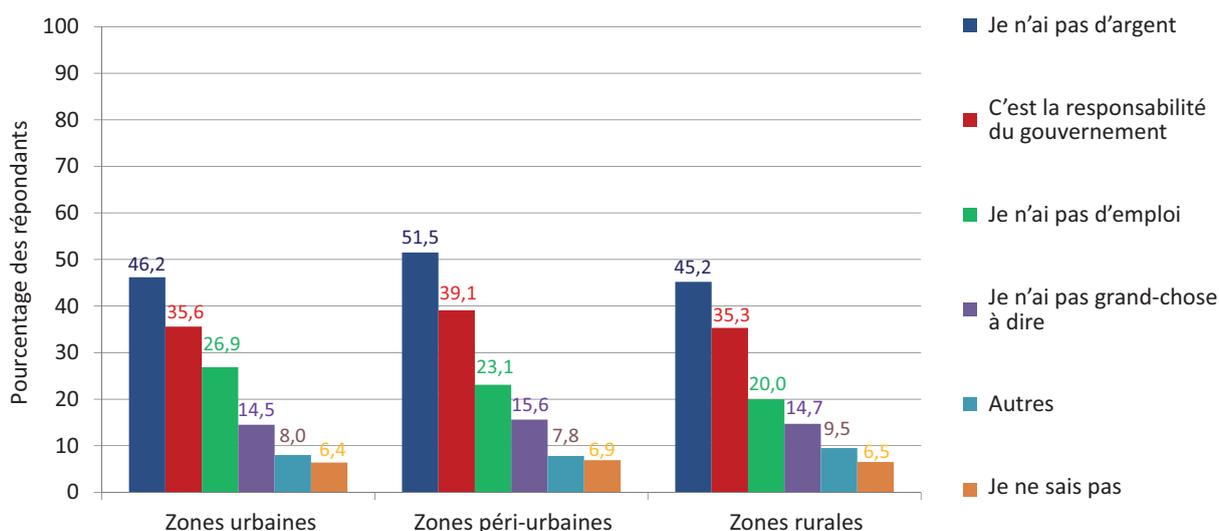


Figure 37 : Raisons de la réticence à contribuer par sous-région

de soins de santé essentiels. Les discussions avec les participants révèlent une variété de raisons pour la non-participation, qui comprennent des raisons économiques. Des femmes des zones urbaines expliquent :

« Ce qui nous empêche de le faire (participer), c'est qu'il n'est pas possible d'aider quand on n'a pas de moyens. Ce que nous pouvons faire c'est sensibiliser les gens. » (Groupe thématique, femmes adultes, zone urbaine).

D'après une dirigeante communautaire, l'exclusion est due à la focalisation du programme. On perçoit le gouvernement comme ne faisant pas assez pour la santé de la population parce que son attention est centrée sur la vaccination.

Attentes de la communauté

La figure 38 illustre le point de vue des communautés concernant ce que l'on peut faire pour améliorer la manière dont les services de santé

Encadré 5 : Utilisation des services de santé—opinion des agents de santé

- 5.1 « Ils connaissent fort bien le centre et en profitent. Le seul problème que nous ayons est qu'ils ne se présentent pas au bon moment. La plupart d'entre eux arrivent au centre de soins de santé primaires vers 11 heures quand le personnel est parti faire ses tournées (services de proximité). » (agent de santé).
- 5.2 « La plupart du temps, quand les centres de santé sont dans des lieux inaccessibles, il est très difficile pour les communautés de s'y rendre. Quand la distance est trop grande, ils ne peuvent y accéder. Les gens préfèrent aller dans les centres les plus proches d'eux, quel que soit le niveau, plutôt que d'aller dans un centre éloigné. » (chef de district sanitaire).
- 5.3 « Ce gouvernement local n'a pas de personnel qualifié, ce qui dissuade les gens d'aller dans ces centres pour se faire soigner. Ils font de tout pour pourrir la vie des gens qui y travaillent. Ils écrivent même aux autorités en disant de ne pas payer les gens qui travaillent ici. Par exemple, il y a une dame qui travaille ici depuis hier. Elle travaille nuit et jour et au bout du compte elle ne sera pas payée. Le manque de personnel est un autre problème pour lequel je me bats car ils ont refusé d'employer davantage de gens. » (chef de district sanitaire).

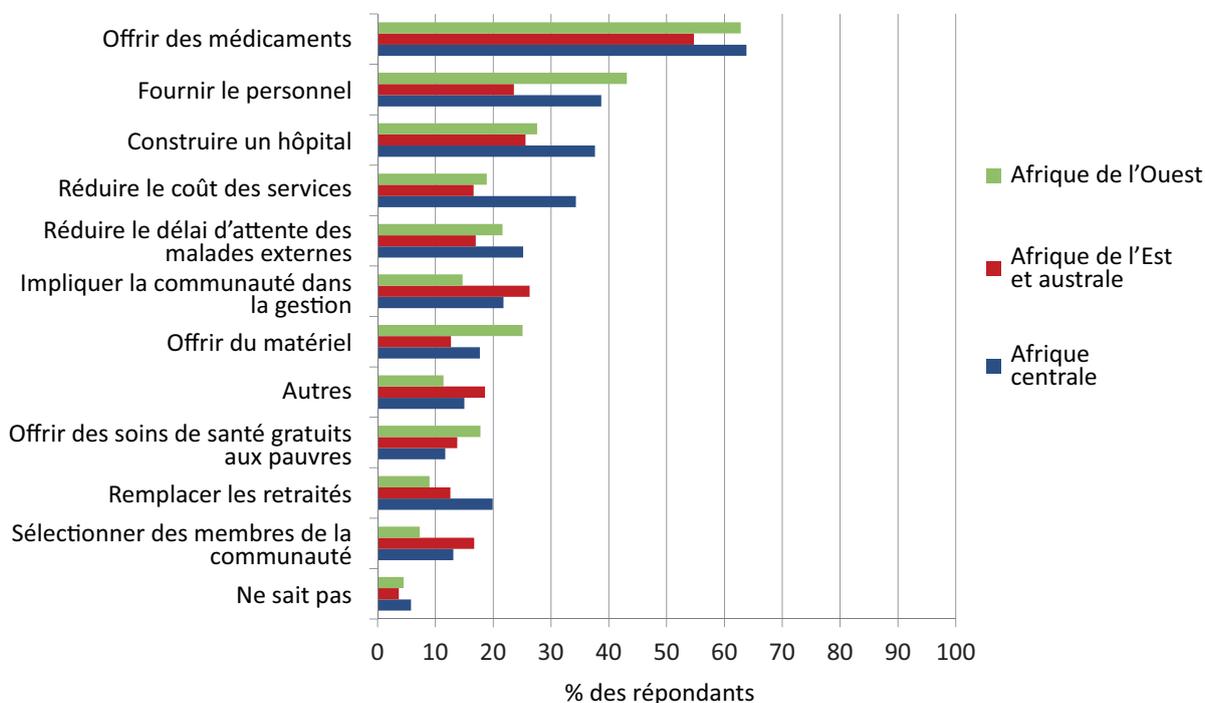


Figure 38 : Moyens d'améliorer le système de santé communautaire dans les sous-régions

Encadré 6 : Problèmes émergents—opinion des agents de santé

- 6.1 « La distance qui nous sépare des zones de résidence est aussi l'un de nos grands problèmes. Ceux qui demeurent loin ne peuvent pas accéder à nos services. Les moyens de transport jusqu'à notre centre appartiennent au passé, en d'autres termes, il n'y a que deux véhicules qui effectuent le trajet entre ce centre commercial et le centre de santé à 6 heures et 6h30 et le retour à 17 heures. Qu'arrive-t-il si vous tombez malade à midi ? » (Médecin).
- 6.2 « Le manque d'alimentation électrique dans la zone nuit aux activités du centre et des communautés. Néanmoins, les zones sanitaires qui ne sont pas raccordées ont une génératrice pour le stockage des vaccins. Il a été noté qu'en dépit du manque d'alimentation électrique dans certaines zones sanitaires, toutes ces structures ont un réfrigérateur pour le stockage des vaccins. » (Médecin de district).
- 6.3 « Quand vous les faites participer à la prestation des services, ils veulent toujours être rémunérés. C'est comme lorsqu'on fait des campagnes, comme celles pour la vaccination, quiconque participe veut quelque chose. Si vous ne leur donnez rien, ils ne sont pas contents et quand vous les appelez pour des réunions, quelle que soit la réunion à laquelle ils assistent, ils demandent quelque chose, aucun prestataire de soins ne peut se permettre de financer à chaque fois ces réunions. Même au niveau de l'état, si vous convoquez une réunion du comité de développement de la circonscription, un petit nombre seulement viendra et puis il demanderont quelque chose comme les frais de transport et d'autres choses ... » (Chef du district sanitaire).
- 6.4 « Comme il est mentionné dans l'ensemble minimum d'activités dans le domaine du financement, le chef du district sanitaire met en place une assurance mutuelle dans la zone desservie par l'hôpital. Il a estimé qu'il était utile de créer une assurance-santé mutuelle qui aiderait les pauvres à s'acquitter des soins de santé. » (Médecin de district).
- 6.5 « Ils devraient nous rendre les choses plus faciles avec un financement pour que nous puissions satisfaire les demandes de la communauté. Le financement des SSP devrait être augmenté, et ils prennent parfois beaucoup de temps pour débloquer les fonds; il faut donc tenir compte aussi de la gestion du temps. » (Responsable de la santé).
- 6.6 « Nous n'avons pas la capacité de prendre en charge les urgences, et chaque fois que nous recevons un patient nous prions que ce ne soit pas une urgence car nous ne saurions pas quoi faire. » (Médecin).

sont dispensés. Dans les régions à haute et faible performance, l'approvisionnement en médicaments occupe la première place. Les répondants ont aussi indiqué qu'il est important de réduire la durée d'attente dans les centres de santé.

Opinions concernant l'amélioration des services de santé

La figure 39 montre que les membres de la communauté souhaitent que les responsables et les agents de santé se focalisent sur l'amélioration de la prestation des services de santé.

Dans tous les sites, plus de 65 % des répondants sont d'avis que les services dispensés ont grand besoin d'être améliorés. Environ 10 % seulement estiment que les services sont bons. Les résultats renforcent les données antérieures qui témoignent de niveaux élevés de mécontentement et du sentiment que les services laissent à désirer.

4.5 OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET CAPITAL SOCIAL

Les résultats dans cette section sont organisés et présentés comme suit : i) droit des gens à réclamer du gouvernement des services de santé; ii) confiance des gens dans le fait que le gouvernement satisfera leurs besoins en matière de santé; iii) droit des gens à faire en sorte que le gouvernement résolve les problèmes qui les préoccupent; iv) liberté de s'exprimer sur les questions de santé sans crainte de représailles de la part du gouvernement.

Droit des gens à réclamer du gouvernement des services de santé

Les membres de la communauté sont perçus comme ayant à différents degrés de l'influence pour ce qui est d'amener le gouvernement à

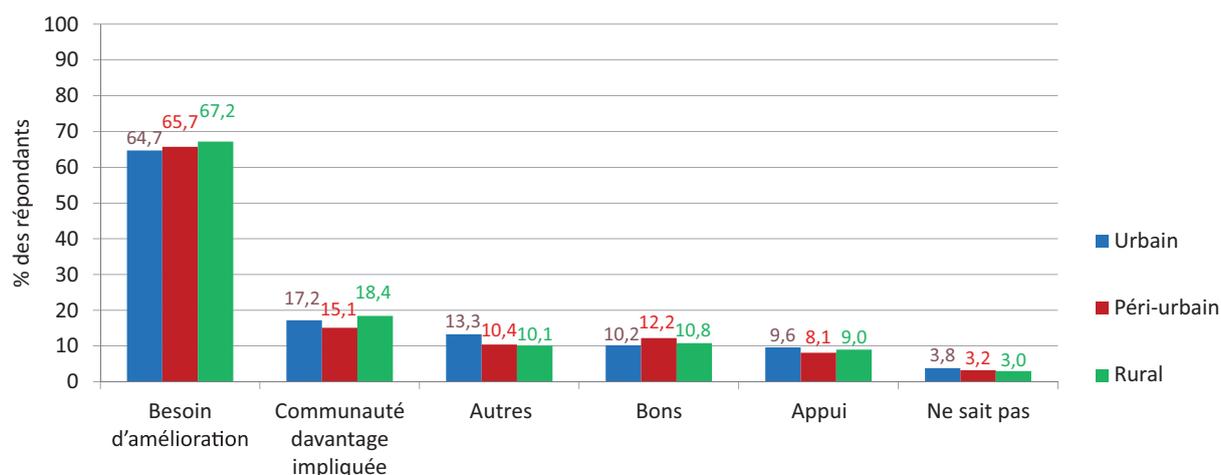


Figure 39 : Perceptions des répondants concernant l'état du système de santé, par localité

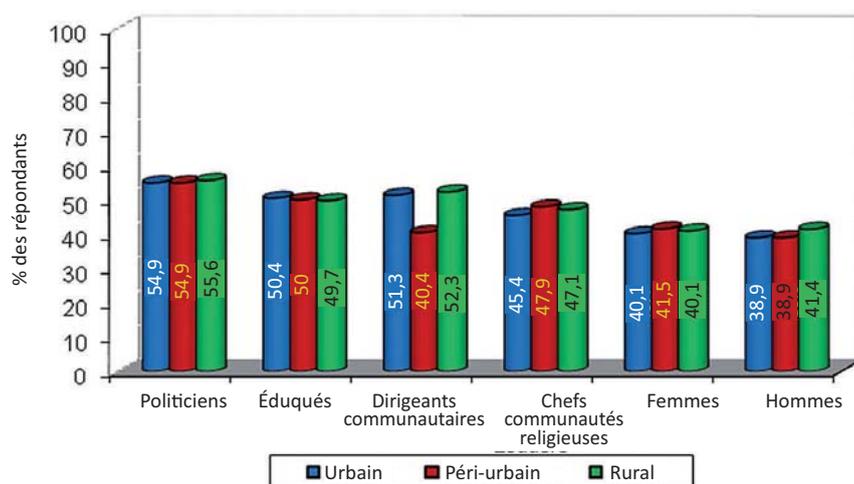


Figure 40 : Opinions concernant le droit des gens à réclamer du gouvernement des services de santé

traiter des questions qui les intéressent. Dans l'ensemble, les politiciens (55,1 %), les dirigeants communautaires (51,4 %) et les chefs religieux (46,8 %) sont perçus comme ayant plus de droits, et, par conséquent, comme étant plus à même de demander des comptes au gouvernement comparés aux autres groupes dans leurs communautés respectives (Figure 40).

On a fait des analyses plus approfondies dans chaque site sur le droit qu'ont les gens à réclamer du gouvernement des services de santé. Dans toutes les régions (urbaine, péri-urbaine et rurale) étudiées au Sénégal, au Cameroun, au Niger et au nord-ouest du Nigeria, les dirigeants communautaires sont perçus comme ayant beaucoup d'influence. Au Kenya, ils sont perçus comme ayant plus d'influence dans les zones urbaines que dans les autres zones. Comme le montre le tableau 11, c'est en Algérie et en Ouganda que les dirigeants communautaires

sont le moins perçus comme ayant beaucoup d'influence.

Pour ce qui est des politiciens, ils sont perçus comme ayant beaucoup d'influence dans les zones urbaine, péri-urbaine et rurale au Sénégal, au Kenya, au Niger et au Cameroun, mais pas en Algérie ni en Ouganda. Dans les zones rurales en particulier, les politiciens sont perçus comme ayant beaucoup plus d'influence au Sénégal et au Niger que dans les autres sites comme le montre la figure 41.

Les chefs religieux sont perçus comme ayant beaucoup d'influence dans toutes les localités du Sénégal, du Niger, de l'est de la RDC, et de la République centrafricaine où plus de 50 % des répondants de chaque zone citent leur influence. Ils sont également perçus comme ayant beaucoup d'influence (≥ 50 %) au Cameroun, à l'est de la RDC, au Kenya, au nord-ouest du Nigeria et au Sénégal dans les zones péri-urbaines. Les agents

Tableau II : Opinions concernant le droit qu’ont les dirigeants communautaires à réclamer des services de santé du gouvernement

Site	Urbain		Péri-urbain		Rural	
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants
Algérie	56	20,0	59	21,1	68	24,3
Cameroun	187	70,0	172	63,2	170	62,7
République centrafricaine	136	50,9	143	54,0	156	58,9
RDC est	137	48,9	175	26,8	62	22,1
RDC ouest	111	39,6	121	43,2	126	45,0
Kenya	227	65,4	164	49,8	162	53,7
Niger	173	63,6	172	63,5	176	64,9
Nigeria nord-ouest	189	67,5	189	67,5	125	44,6
Nigeria sud-est	119	42,5	152	54,3	147	52,5
Nigeria sud-ouest	108	39,1	111	39,8	125	41,7
Sénégal	240	88,2	208	76,5	248	91,2
Afrique du Sud	180	58,1	103	46,4	158	57,5
Ouganda	32	11,4	41	14,7	49	17,5

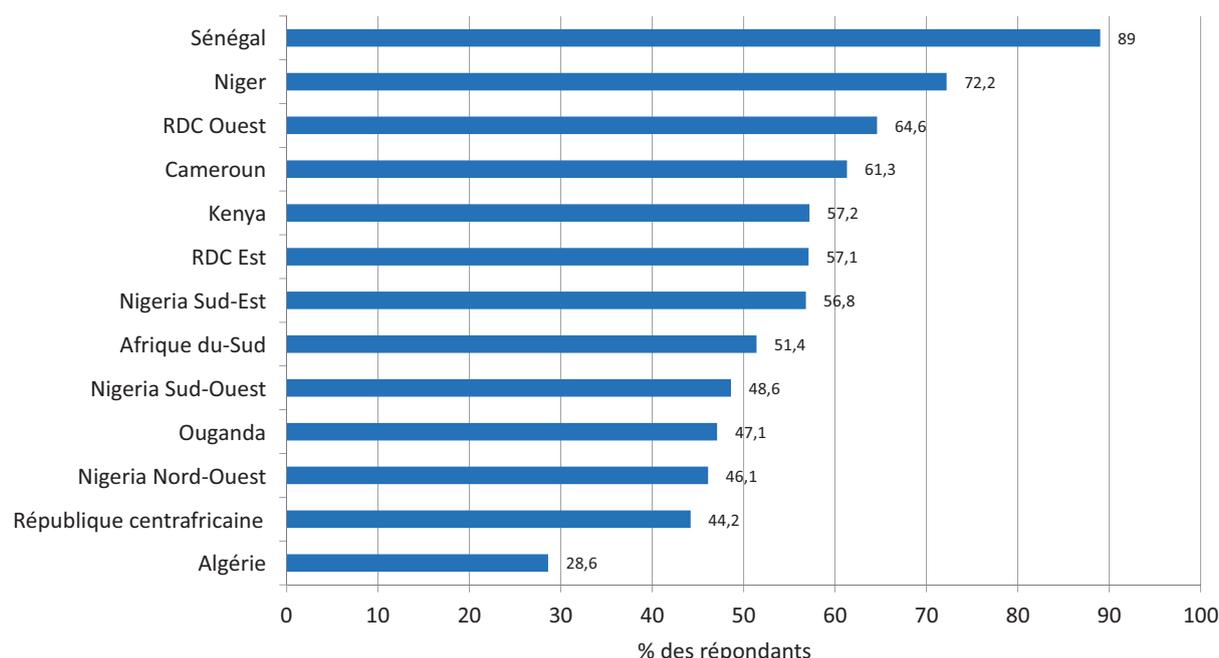


Figure 4I : Opinions concernant le droit qu’ont les politiciens à réclamer des services de santé du gouvernement dans les zones rurales

de la fonction publique qui ont l’expérience du travail avec le gouvernement et les communautés ont réitéré l’importance d’éduquer et de sensibiliser les gens quant à leur droit d’exiger une prestation efficace des soins de santé :

« Sensibiliser les gens à ce qu’ils sont en droit de recevoir est très important...nos gens n’ont pas encore atteint un niveau leur permettant de réclamer librement des services auprès des détenteurs d’obligation et notamment du gouvernement...Quand ils n’ont pas d’eau, ils ne vont pas à la

compagnie de distribution d’eau réclamer de l’eau saine, propre à la consommationMême lorsqu’il s’agit d’autres secteurs que la santé, il leur est difficile d’aller voir par exemple l’agent de commercialisation et lui dire : «Nous voulons monter une affaire, pouvez-vous nous montrer comment la gérer ?» Je pense donc que la population n’a pas appris à tirer le maximum des compétences spécialisées en place. » (Entretien en profondeur, dispensateur de soins, zone rurale).

Confiance que les gens ont dans la réponse du gouvernement à leurs besoins en matière de santé

Dans l'ensemble, 40,5 % des répondants indiquent être toujours confiants dans la réponse du gouvernement à leurs besoins. Parmi ceux-ci, 37,5 % sont urbains, 41,7 % péri-urbains et 42,4 % ruraux. Près de deux cinquièmes (41,1 %) des répondants indiquent avoir parfois confiance que le gouvernement dispense convenablement les soins de santé. Toutefois, 13,8 % déclarent ne jamais compter sur le gouvernement pour agir dans l'intérêt de la population. L'analyse des sites montre que la proportion de répondants qui font toujours confiance au gouvernement est plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines et péri-urbaines, sauf en Algérie et à l'ouest de la RDC, où elle est plus élevée dans les zones urbaines. L'Afrique du Sud, le nord-ouest du Nigeria et le Sénégal ont des taux plus élevés dans les zones péri-urbaines que dans les zones rurales (Tableau 12).

Le fait que les gens ne comptent pas sur le gouvernement pour agir dans l'intérêt de la population est dû en partie au manque habituel de médicaments et de personnel dans le secteur de la santé publique. Dans l'ensemble, 74 % des répondants signalent ne pas avoir reçu tous les médicaments qui leur ont été prescrits la dernière fois qu'ils sont tombé malades. Parmi ceux-ci, 72 %, 73,9 % et 74,9 % résident en zone urbaine, péri-urbaine et rurale, respectivement. Un dirigeant communautaire a déclaré ceci :

« Ne faisons-nous pas partie de ce pays ?
Ils devraient nous donner un médecin, ils

devraient nous donner des médicaments. Demain à nouveau ils enverront d'autres personnes nous demander quels sont nos besoins et nous interviewer. Nous avons réussi à construire ce centre de santé. Nous ne sommes pas sûrs qu'il fonctionne toujours, mais les gens du gouvernement viendront demain nous demander de voter pour eux. » (Entretien en profondeur, dirigeant communautaire, zone rurale).

Le coût élevé de la prise en charge et l'attitude négative des agents de santé à l'égard des patients dans les centres de santé du secteur public sont d'autres causes pour lesquelles les gens ne se fient pas au gouvernement. Ce sentiment est fréquemment exprimé dans les groupes thématiques dans tous les sites de l'étude :

« Je dirai que ce n'est pas le système de santé qui est le problème, mais plutôt le manque de moyens pour le faire fonctionner. Les programmes existent mais ils n'ont pas les moyens de mettre en œuvre leur politique. » (Entretien en profondeur, dispensateur de soins).

Certains répondants sont d'avis que la répartition par le gouvernement des services de soins de santé est inéquitable et que les villes sont avantagées.

« J'aimerais demander aux autorités d'honorer leur engagement en matière de contribution financière aux établissements de soins pour offrir des soins de santé gratuits aux enfants. Si cela ne se fait pas, les établissements fermeront parce qu'ils

Tableau 12 : Confiance dans le fait que le gouvernement répond toujours au droit humain à la santé, par localité

Site	Urbain		Péri-urbain		Rural	
	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants	Nombre de mentions	% de répondants
Algérie	139	56,2	139	49,6	146	52,1
Cameroun	150	56,2	162	59,6	168	62,0
République centrafricaine	180	67,2	193	72,8	206	78,3
RDC est	106	37,9	110	39,3	163	58,2
RDC ouest	93	35,4	49	17,5	89	31,8
Kenya	113	32,6	151	45,9	144	47,4
Niger	65	23,9	96	35,3	78	28,8
Nigeria nord-ouest	142	50,7	162	57,9	99	35,4
Nigeria sud-est	68	24,3	40	14,3	76	27,1
Nigeria sud-ouest	52	18,8	67	24,0	65	23,6
Sénégal	67	24,6	93	34,2	52	19,1
Afrique du Sud	76	24,7	104	45,6	100	36,9
Ouganda	125	44,6	127	45,5	143	51,1

perdent beaucoup d'argent en payant les médicaments et en soignant gratuitement les enfants. Comme le gouvernement ne paie pas pour les enfants, les ressources des centres de santé ne font que diminuer, et donc ils finiront par fermer. » (Entretien en profondeur, dirigeant communautaire, zone rurale).

« La question que je souhaite poser au gouvernement est, qu'étant donné que nous sommes tous citoyens de ce pays que nous vivions à la ville ou au village, pourquoi donc ne nous fournit-il pas les commodités qui rendront notre vie plus facile comme il le fait pour les gens des villes ? » (Groupe thématique, hommes adultes, zone rurale).

Conscience que les gens ont de leur droit à faire en sorte que le gouvernement réponde à leurs besoins en matière de santé

Dans l'ensemble, 80,6 % des répondants sont conscients d'avoir le droit d'exiger du gouvernement qu'il traite des questions de santé qui les intéressent. Parmi ceux-ci, 77,5 %, 82,6 % et 81,9 % sont des résidents urbains, péri-urbains et ruraux, respectivement. L'analyse par site révèle un schéma similaire dans tous les sites sauf en Ouganda (67 %) et en Afrique du Sud (53,7 %) où peu de répondants urbains en sont conscients. En fait, certains membres de la communauté utilisent cette prérogative pour solliciter du gouvernement des interventions sanitaires pour leurs communautés.

En dépit de la conscience qu'ont les gens de ce droit, le manque de réaction du gouvernement en décourage plus d'un.

« Grâce à un effort communautaire, une structure sanitaire a été érigée jusqu'à hauteur du toit, mais le gouvernement n'a pas pu aider financièrement la communauté pour la toiture, et la structure s'est effondrée. » (Groupe thématique, homme adulte, zone rurale).

Dans un autre cas, un projet communautaire visant à construire des logements pour le personnel de santé a été stoppé par un administrateur qui estimait que ce n'était pas convenable que la communauté le fasse :

« Nous avons acquis un terrain il y a quelque temps pour y construire des logements pour les personnels de santé afin qu'ils puissent mieux travailler. En fait, nous avons commencé à façonner les blocs et à apporter le sable sur le site. Le président de l'administration locale d'alors nous a dit de ne pas construire ces logements parce que le gouvernement s'en chargerait. À ce jour, les logements n'ont pas été construits et les blocs et le sable ont été perdus. » (Entretien en profondeur, chef communautaire, zone péri-urbaine).

Liberté d'expression sur les questions de santé sans crainte de représailles de la part du gouvernement

Les répondants des zones péri-urbaines et rurales sont plus enclins à déclarer qu'ils sont entièrement libres de s'exprimer sans craindre des représailles du gouvernement que ceux des zones urbaines, à l'exception de l'est de la RDC, de l'ouest de la RDC, du nord-ouest du Nigeria et de l'Ouganda où la tendance est inversée (Figure 41). Dans l'ensemble, 55,7 % des répondants déclarent être entièrement libres de s'exprimer (51,4 % des zones urbaines, 59 % des zones péri-urbaines et 56,9 % des zones rurales) (Annexe 10). Les trois sous-régions font état de plus de 85 % de répondants ayant une certaine (complète ou moyenne) liberté de s'exprimer. Il convient de noter que dans la sous-région de l'ouest, 11 % seulement des répondants estiment qu'il n'y a pas de liberté (Annexe 11).

Dans l'ensemble, les hommes (53,3 %) sont plus enclins à déclarer être entièrement libres de s'exprimer sans crainte de représailles du gouvernement que les femmes (46,7 %), et cette tendance est la même dans les zones urbaines, péri-urbaines et rurales comme le montre la figure 42.

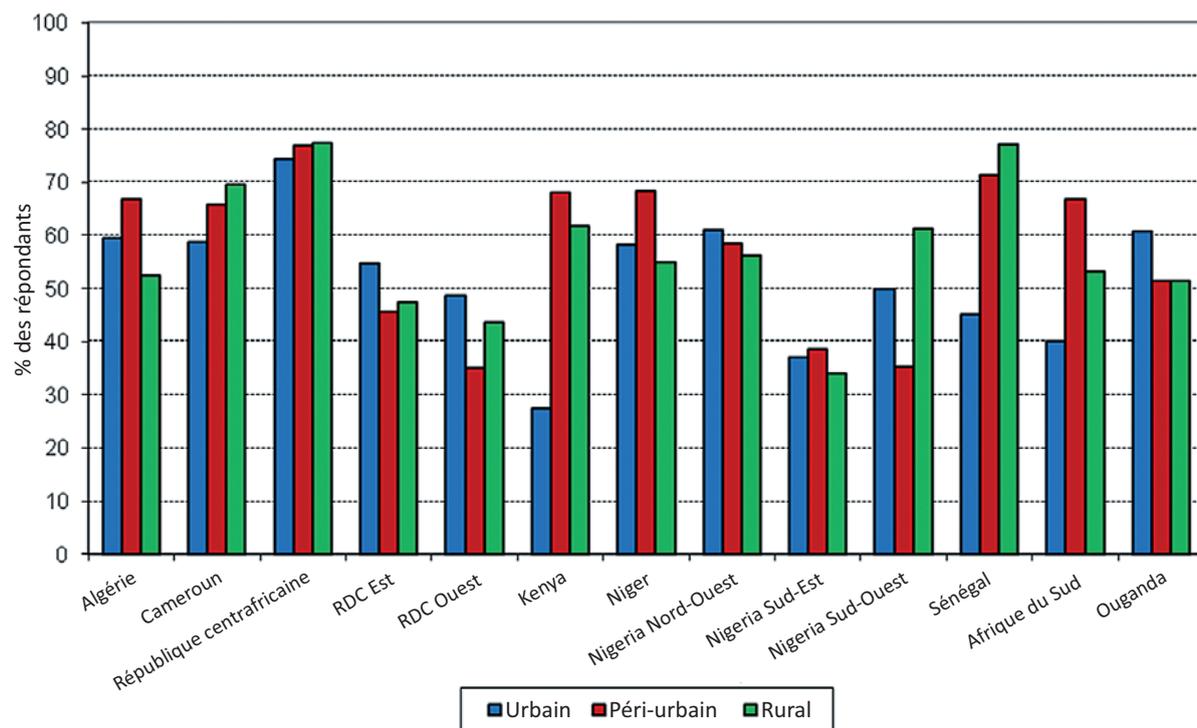


Figure 42 : Liberté qu'ont les gens à s'exprimer sur les questions de santé sans crainte de représailles de la part du gouvernement

5 Discussion

Les résultats présentés dans ce rapport se fondent sur un grand échantillon de répondants de divers pays, qui représente plus de 52 % de la population et une proportion importante (26 %) des pays de la Région. C'est sur la grande taille de l'échantillon, à savoir 10 932, que repose la discussion visant à tirer les incidences des résultats relatifs aux perceptions et points de vue de la communauté sur la prestation des services de santé.

Les autorités nationales, les partenaires du développement, les organisations de la société civile et les communautés sont confrontés au défi de dispenser des soins de santé aux populations en Afrique. Les services préventifs et curatifs ainsi que les activités de promotion de la santé ont été intensifiés conformément aux objectifs et cibles de santé nationaux depuis que les OMD ont été formulés. Cette focalisation accrue sur le renforcement des systèmes de santé au cours des cinq dernières années a donné l'occasion aux acteurs de la santé dans la Région africaine de l'OMS d'évaluer la capacité des systèmes nationaux à fournir des soins de santé essentiels à la population.

Les États Membres ont été encouragés vivement dans divers forums⁶ à renforcer les systèmes de santé et à financer la recherche qui favorise des programmes et politiques fondés sur des bases probantes. Le modèle le plus utilisé recense les six composantes de base d'un système de santé efficace et rentable. Il place les gens au centre du système qui est doté d'une direction et d'une gouvernance réactives, d'effectifs qualifiés, de fonds, de produits médicaux, et qui dispense soins et informations (OMS 2010; Swanson, 2010).

La présente étude aborde plusieurs recommandations en matière de recherche faites dans le cadre de divers accords et déclarations régionaux et vise à mieux faire comprendre comment intégrer les communautés urbaines, péri-urbaines et rurales dans un système de santé renforcé. Elle rassemble les perceptions et points de vue des gens sur la santé, la prestation des services de santé et les systèmes de santé. Elle décrit les réalités des soins de santé essentiels afin d'élaborer des mécanismes plus appropriés de participation communautaire et pour une prestation des soins de santé mieux adaptée aux besoins.

Perceptions communautaires et sensibilisation aux questions de santé

Perceptions concernant ce qu'est la santé : Les répondants mettent massivement l'accent sur l'aptitude au travail, la capacité de se mouvoir et d'être « fort » quand ils parlent de santé, et insistent grandement sur les aspects émotionnel, psychologique, économique, mental et spirituel de la santé. L'importance que la communauté

6 Les réunions et accords principaux sont: la Déclaration d'Alger 2008 (Conférence ministérielle sur la recherche en santé dans la Région africaine); la Déclaration d'Abuja sur la recherche en santé (mars 2006), la Déclaration d'Accra sur la recherche en santé pour la lutte contre la maladie (juin 2006); la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé (avril 2008); la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région africaine de l'OMS (avril 2011).

accorde à la force physique tire son origine des systèmes de production agricole non mécanisés à forte intensité de main-d'œuvre. En outre, l'exode rural sollicite considérablement la production vivrière, faisant de la capacité physique une mesure primordiale de la santé individuelle. Renforcée par les taux de chômage élevés parmi les jeunes, l'idée que la santé a une dimension économique – si on est en bonne santé c'est qu'on est à même, sur le plan économique, de subvenir à ses besoins essentiels – est censé du point de vue des communautés démunies. L'interface entre santé et capacité financière est bien rendue par un participant Ougandais qui a déclaré : « Si tu n'as pas d'argent, tu ne peux pas être en bonne santé. » Le concept communautaire de la santé qui inclut le bien-être spirituel est une contribution importante à cette étude sur la définition de la santé. Cette dimension spirituelle est significative du point de vue de la formation en santé et de la pratique sanitaire de la communauté, parce qu'elle est une indication formelle du comportement de recours aux soins. Pour les répondants, la santé est à la fois personnelle et relationnelle, elle est reflétée par l'état de santé et de bien-être des proches, qui est désigné par le mot « paix » dans les données qualitatives.

Une analyse des notions communautaires de ce qui constitue la santé et de la définition de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946; OMS, 2006) montre une convergence d'idées même si une composante supplémentaire a été reconnue sans être entièrement intégrée dans le discours sur la santé. La figure 43 illustre le fait que la conception communautaire de la santé incorpore des éléments de bien-être économique, émotionnel et spirituel.

Au centre de leur conception du monde est l'idée que se font les gens du spirituel et des liens réciproques entre les êtres. Cette représentation est une conception plus solide de la « complétude » qui étend l'idée de la santé à l'ensemble des relations interpersonnelles et aux incidences de celles-ci sur le bien-être mental, émotionnel, économique et physique. Ceci explique pourquoi les répondants ont tendance à placer le bien-être de la famille ou du groupe au-dessus de la santé personnelle ou individuelle. Il convient de tenir compte de cette perspective dans la formation des agents de santé dont le programme

d'études devrait inclure l'ethnographie et le respect des différences culturelles. Ainsi, la prestation des soins sera plus proche du peuple, et les membres de la communauté et les agents de santé pourront parler des problèmes de santé en utilisant un langage et une idéologie mutuellement compréhensibles.

Le point de vue des communautés sur les systèmes de santé est lié à l'idée globale qu'elles ont de la santé. Selon les répondants, un bon système de santé doit être centré sur la personne (à l'échelon individuel et des familles) et inclure une forte participation communautaire; un encadrement, une gouvernance et une gestion solides; et un environnement propice tel que décrit à la figure 44⁷.

Il est important de reconnaître que lorsqu'ils se rendent dans un centre de santé, les gens se soucient surtout des services disponibles et de la manière dont ils sont traités par les prestataires. Bien que le financement soit une composante importante d'un système de santé, les gens centrent leur attention sur le résultat final—qu'il se traduise par la disponibilité de matériel et de fournitures ou par des effectifs suffisants qui se comportent avec amabilité.

Problèmes de santé courants : Dans tous les sites de l'étude, le niveau de connaissance des maladies transmissibles et non transmissibles est élevé. Le paludisme est cité comme étant la maladie la plus courante, ce qui correspond aux dernières estimations de l'OMS (2010b). D'après ces estimations, on a enregistré 250 millions de cas de paludisme qui ont causé 781 000 décès (OMS, 2010b). Ce sont les populations des zones hautement endémiques de l'Afrique subsaharienne où les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont à haut risque qui portent la majeure partie du fardeau de la maladie (Akweongo, 2011; Okeibunor et al, 2011; Heggenhougen, Hackethal et Vivek 2003). Les deux pays ayant fait état de faibles niveaux de paludisme sont l'Afrique du Sud et l'Algérie. L'Algérie est l'un des dix pays où le paludisme est en phase d'élimination (OMS, 2010b). Bien qu'il y ait en Afrique du Sud quelques régions où le paludisme

7 Cette figure est une construction de l'équipe de recherche pour illustrer les éléments clés d'un système de santé tel que formulé par les répondants dans les données quantitatives et qualitatives.

CONCEPT COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ INDIVIDUELLE

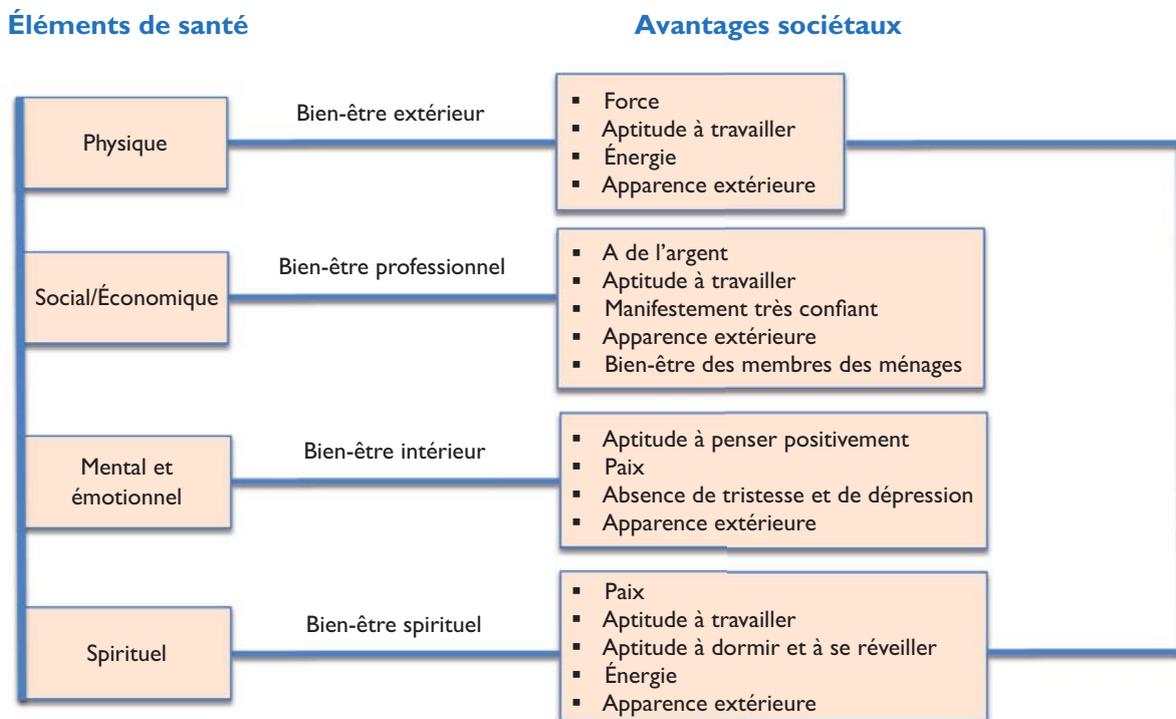


Figure 43 : Conceptualisation de la santé des individus sur la base des perceptions des répondants concernant la santé

PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DES COMPOSANTES DES SYSTEMES DE SANTÉ

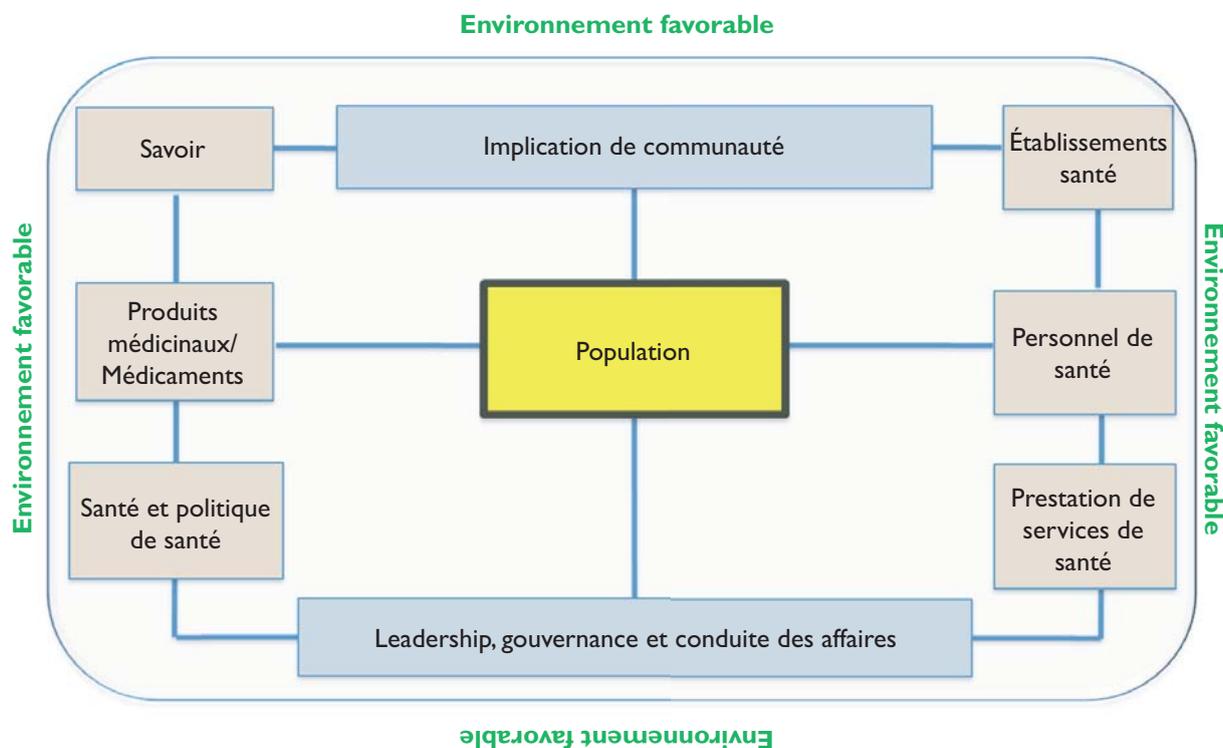


Figure 44 : Idée que se fait la communauté d'un bon système de santé

est endémique, l'étude a été menée dans les régions de Gauteng et Eastern où la prévalence du paludisme est faible. Le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est fréquemment surdiagnostiqué dans plusieurs pays d'endémie palustre (Koram, Molyneux, 2007). Par conséquent, il faut interpréter avec prudence le fait que le paludisme est cité comme étant le problème de santé le plus courant.

Maladies non transmissibles : Les résultats montrent que les gens sont bien informés concernant l'hypertension, le diabète et d'autres maladies non transmissibles, y compris la santé mentale. Bien que tous les sites signalent la présence de ces maladies, il convient de noter que l'Algérie, la RDC, le Nigeria (certaines parties), le Sénégal et l'Afrique du Sud en sont le plus conscients. La prévalence mondiale de l'hypertension chez les adultes (plus de 25 ans) était estimée à 40 % en 2008 (Mensah, Bakris 2011) mais les taux de prévalence dans la plupart des pays africains ne sont pas connus (Bosu, 2010). Il est impératif de comprendre la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles afin de structurer les services de santé de manière à y faire face convenablement (OMS, 2011). Les maladies non transmissibles en particulier peuvent être chroniques et nécessiter une prise en charge à long terme au sein de la communauté. À cet égard, la déclaration politique adoptée par la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2011) reconnaît le rôle essentiel du renforcement des systèmes de santé avec la participation active de la société civile, du secteur privé et des communautés (les usagers des services) pour lutter contre ces maladies d'une manière appropriée et éviter les consultations inutiles.

Actions pour se maintenir en bonne santé : Dans cette étude, l'hygiène est indiquée comme mesure clé pour se maintenir en bonne santé et occupe une place importante du fait qu'une grande partie des problèmes de santé de la Région sont évitables grâce à des mesures d'amélioration de l'hygiène personnelle et communautaire. L'accès à de l'eau de boisson propre et salubre est encore limité dans la plupart des pays de la Région (Nations Unies, 2010). Des mesures telles que ne pas attendre avant de consulter, se

soumettre périodiquement à un examen médical, faire régulièrement de l'exercice, et éviter les comportements à risque sont importantes pour prévenir et maîtriser la maladie. Dans le cas de maladies aiguës comme le paludisme et la pneumonie chez les enfants ainsi que les affections asymptomatiques (y compris les maladies non transmissibles) le recours immédiat aux soins de santé est essentiel. Contre toute attente, éviter les comportements à risque n'occupe pas une large place en dépit du fait que de nombreux efforts ont été déployés au cours des trois dernières décennies pour inculquer aux communautés urbaines, péri-urbaines et rurales la nécessité de changer de comportement, surtout pour riposter à la pandémie de VIH/sida.

Perceptions concernant les sources de soins de santé : Les centres de santé publique sont la source la plus fréquemment citée de soins de santé. Toutefois, ils sont perçus comme ciblant surtout les enfants et les femmes en âge de procréer au détriment des personnes âgées, des hommes et des jeunes (Rosato et al, 2008). Par conséquent, pour une majorité de répondants, le rôle principal du gouvernement dans la prestation des soins est centré sur la vaccination et la fourniture de services destinés aux femmes et aux enfants. Cette perception doit être modifiée car la participation des hommes est importante pour la prise en charge de la maladie, surtout en Afrique où ce sont les hommes qui prennent presque toutes les décisions concernant le ménage (UNICEF, 2006). En effet, c'est à cette observation que l'on doit le fait que les institutions s'occupant de santé génésique encouragent la participation des hommes à leurs programmes.

Centres de santé : Le manque de médicaments, le comportement peu amène des prestataires et les longues périodes d'attente des soins sont les principales raisons citées pour le mauvais classement des centres. La satisfaction est l'un des principes directeurs clés du renforcement des systèmes de santé (Swanson et al, 2010), mais c'est un élément qui continue à poser problème dans la Région. Pour les répondants qui se sont dit satisfaits des services, les facteurs contribuant à cette opinion positive sont principalement l'aptitude du personnel de santé à répondre aux attentes des utilisateurs et la convivialité de l'environnement.

Responsabilité du maintien de la santé du ménage : C'est au chef de famille qu'incombe la responsabilité en matière de soins de santé. Ceci est dû sans doute au fait que les dépenses de santé sont à la charge des ménages, qui, pour la plupart, ne sont au bénéfice d'aucune assurance-maladie ou d'autres formes de subvention. Les chefs de famille étant perçus comme responsables de la santé signifie qu'ils doivent être « forts ». Qu'il est nécessaire d'être en bonne santé est abondamment illustré dans la littérature sur le VIH/sida où le décès du chef de famille prive le ménage de ses droits et enfonce ses membres dans la pauvreté (Desmonda, Michaela et Gowb, 2000).

Participation communautaire à la prise de décisions en matière de santé : La participation des membres de la communauté à la prise de décisions en matière de santé, élément primordial du renforcement des systèmes de santé, est dans l'ensemble faible dans tous les sites. Cette observation est liée principalement aux questions opérationnelles comme le manque de soutien matériel à cette participation et la capacité limitée des membres de la communauté à participer. Le sentiment d'être exclus délibérément de la prise de décisions par le système de santé a aussi été évoqué. Les chefs de gouvernement à la Conférence 2011 de Rio sur les déterminants sociaux de la santé ont souligné l'importance des approches participatives eu égard aux politiques et à la mise en œuvre. Cette question est reprise ci-dessous dans la section intitulée « Capital social ».

Sources principales d'information sanitaire : La radio et les annonces communautaires sont les sources principales d'information d'après les participants à l'étude. Bien que les brochures et les panneaux d'affichage soient largement utilisés pour la commercialisation à but social, les résultats montrent que ces moyens de communication ne sont peut-être pas efficaces pour la propagation des messages de santé. Ceci est sans doute dû au fait que les communautés participent peu à l'élaboration des matériels d'éducation sanitaire malgré qu'il a été prouvé que l'intégration des croyances populaires dans les matériels de communication est primordiale pour le succès des interventions (Escott et Walley, 2005). D'après Swanson et al (2010), il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la production et à

l'application de connaissances à l'échelle des ménages et des communautés moyennant la recherche à but formateur et des stratégies de communication pour un changement de comportement qui peuvent déboucher à long terme sur des systèmes de santé plus robustes. Ce développement des capacités est indispensable à une adhésion véritable des communautés, des districts et nationale aux programmes de santé.

Expériences d'interaction avec les services de santé

Les perceptions et points de vue des gens sont influencés et façonnés par les interactions des individus et de la communauté avec le système de santé et les prestataires de soins. Ces interactions déterminent également la manière dont les membres de la communauté utilisent les services, où ils se font soigner et la mesure dans laquelle ils participent à la prestation des services de santé. Les expériences diffèrent par zone (contexte rural, urbain, péri-urbain, ainsi que par zone sortant d'un conflit) et par type d'établissement de santé (primaire, secondaire, tertiaire, privé, traditionnel, etc.).

Accès aux soins de santé : Les principaux obstacles à l'accès aux soins mentionnés dans l'étude sont le coût des soins, les longues distances à parcourir, l'insuffisance et la cherté des moyens de transport, la qualité médiocre des soins et l'attitude rébarbative des dispensateurs de soins. Le Programme africain de lutte contre l'onchocercose signale qu'en RDC 20 % des communautés d'endémie se trouvent de 11 à 20 kilomètres du centre de santé le plus proche (OMS, 2008g). Le manque d'agents de santé qualifiés, la discrimination envers ceux qui ne peuvent pas payer et l'insuffisance du système d'orientation-recours sont des enjeux critiques eu égard à l'accès aux services de santé. Cette question révèle l'accès inéquitable aux soins de santé, préoccupation centrale s'agissant des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008f).

Pour plusieurs affections, les gens ne se présentent pas au centre de santé aussitôt qu'elles surviennent alors qu'une des mesures clés de la prévention et prise en charge efficaces de la maladie est le recours immédiat aux soins. La fièvre, le paludisme, l'arthrite et la santé mentale sont estimées dans de nombreux sites comme

des affections devant être traitées en dehors du système de santé. Pour ces affections, les gens s'adressent aux tradipraticiens, aux guérisseurs spirituels et aux vendeurs de médicaments et ne se rendent dans les centres de santé qu'en cas d'échec du traitement préconisé (Ibidapo, 2005). Le retard mis à recourir à des soins, phénomène amplement examiné dans la littérature, a des répercussions sur les résultats sanitaires (Amuyunzu-Nyamongo et Nyamongo, 2006; Okeibunor 2007a,b). Ceci explique en partie les taux élevés de mortalité infantile imputable au paludisme et à d'autres affections aiguës. Tarder à se faire soigner est l'un des principaux défis de la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région (ONU, 2011).

La qualité médiocre des services et le manque d'information expliquent la perception négative qu'ont les usagers des services publics de santé. La qualité médiocre englobe la mauvaise condition des infrastructures, le comportement peu amène du personnel avec les patients et le manque de médicaments. Ces facteurs sont des déterminants clés de mauvaises issues sanitaires et de perceptions négatives. Les résultats de l'étude illustrent clairement les aspects pratiques du modèle de croyances relatives à la santé (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974). L'utilisation des centres de santé du secteur public dépend de la valeur que les clients attachent aux services de soins de santé et de leur estimation de l'objectif à atteindre. L'importance accordée aux diverses options disponibles est souvent le résultat d'expériences prolongées et de la socialisation. Il va sans dire que les clients qui ont eu des expériences négatives sous forme de syndrome « rupture de stock » et de comportement inacceptable de la part des soignants ne feront pas grand cas des établissements de santé publique (Frost et Reich, 2008).

Du fait de ces expériences négatives, les communautés en viennent à s'auto-soigner, à recourir à des alternatives inefficaces, ou à remettre à plus tard le recours aux soins, d'où de fréquentes mauvaises issues sanitaires. Grand nombre de personnes ont recours aux tradipraticiens. Bien que la médecine traditionnelle soit un élément clé de la recherche de soins dans la Région, elle retarde le recours en temps utile aux soins conventionnels (Hatchett et al, 2004). La recherche de sources alternatives de soins de santé indique que si les gens avaient de l'argent

ils le dépenseraient ailleurs. On a également noté que certaines structures du secteur privé, comme les vendeurs de médicaments, sont plus enclines à faire crédit, et fournissent donc aux patients les soins au moment où ils en ont le plus besoin. Ces observations doivent toutefois être interprétées en tenant compte du fait que l'utilisation est déterminée par de multiples raisons, y compris la religion et le système de croyances.

Sources de soins de santé : Le recours aux soins se fait surtout auprès des centres de santé publique. Ceci en dépit du fait que la plupart des répondants estiment que les services laissent à désirer. Le facteur principal associé à cette contradiction est le fait que les gens savent qu'on y trouve un personnel qualifié (Rutebemberwa et al, 2009; Rubel et Garro, 1992; Pathania, Almeida et Kochi, 1997, Auer et al, 2000; Konde-Lule et al, 2008, Ajayi et al, 2008; Abuya, 2010), ce qui montre que si on améliore les installations et les services le nombre d'utilisateurs augmentera. Les établissements privés, y compris ceux aux mains d'institutions confessionnelles ou d'organisations de la société civile, complètent les services publics mais doivent aussi être renforcés pour dispenser des soins de qualité.

Prescription de médicaments : Les résultats montrent que l'on donne aux personnes qui se rendent dans les centres de santé publique des ordonnances mais qu'il ne leur est pas toujours possible d'obtenir les médicaments prescrits. Dans certains cas, les gens se rendent au dispensaire en sachant qu'ils n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments. Ceci illustre la nécessité d'améliorer cet aspect de la prestation des services. Les incidences médicales et sociales d'un traitement tronqué (ne prendre qu'une partie des médicaments prescrits) et d'un non-traitement parce qu'on n'a trouvé aucun des médicaments comprennent l'aggravation de la maladie, la pharmacorésistance, l'inobservation du traitement ainsi que la perte de confiance dans le système public, entre autres. Les fournitures médicales sont une composante essentielle d'un système de santé performant (OMS, 2008f).

Les résultats de l'étude révèlent que l'approvisionnement pharmaceutique est globalement insuffisant. On a constaté avec surprise des différences régionales marquées en Afrique du Sud, au Kenya, en Ouganda et dans l'ouest de

la RDC qui indiquent un meilleur approvisionnement dans les régions à faible performance. En Afrique du Sud, les entrepôts pharmaceutiques sont situés dans une région à faible performance (Cap-Oriental) alors qu'au Kenya les différences régionales observées peuvent être dues à la présence de programmes relatifs au VIH/sida, à la santé génésique et à la lutte antipaludique financés par des partenaires. Ceci peut également suggérer que les régions à faible performance utilisent moins de médicaments, la pression exercée pour consommer étant moindre. La volonté et la capacité de payer ont aussi une incidence (TDR, 1996). Il s'agit là d'un facteur sur lequel il faudrait se pencher davantage.

Paiement des services de santé : Les résultats montrent un remboursement limité de l'argent dépensé pour les médicaments dans tous les sites. Toutefois, les communautés trouvent des moyens de financer les dépenses de santé. Dans certains pays, notamment le Sénégal, le Niger et le Nigeria, les communautés ont créé des associations pour prendre en charge les dépenses relatives aux maladies graves, aux décès et aux funérailles (Amuyunzu-Nyamongo et Ezeh, 2006). Les dépenses de santé, sous forme de coûts administratifs et de traitement, ainsi que les autres paiements directs par l'utilisateur constituent un lourd fardeau financier pour les clients pauvres et leur famille. Nombreux sont ceux qui ne parviennent pas à accéder à un centre de santé publique quand ils en ont le plus besoin, tandis que d'autres n'obtiennent pas l'aiguillage nécessaire vers des soins plus spécialisés. Les données qualitatives révèlent que les gens ne savent pas toujours ce qu'ils sont censés payer, quelles sont les demandes de paiement légitimes ou comment obtenir une dispense. Pour la majorité des participants les frais officiels et non officiels sont prohibitifs. Des exemptions et des dispenses qui ne ressortent pas de l'assurance-maladie sont encore à des stades rudimentaires de développement dans la Région. Dans les pays où les soins sont facturés à l'utilisateur, peu de données indiquent une amélioration de la qualité des soins malgré les fonds additionnels générés par cette pratique.

Dans la plupart des pays, seules les personnes qui ont un emploi dans le secteur organisé ont droit à l'assurance-maladie. L'assurance-maladie communautaire est caractérisée par l'inégalité géographique et la légèreté de l'enveloppe des

prestations (Roberts et al, 2004). Au Nigeria, Onwujekwe et al. (2010) notent que moins de 40 % des gens sont prêts à cotiser à un plan d'assurance-maladie communautaire (CBHI) pour eux-mêmes ou pour d'autres membres de la famille. Le pourcentage de gens prêt à cotiser est beaucoup plus faible dans les communautés rurales. Le coût et la capacité à payer sont des aspects déterminants de la politique sanitaire qui nécessitent la mise en place d'un système solide qui concourt au financement des soins de santé par le biais de mécanismes multiples comme les remboursements, les subventions, les dispenses ou la sécurité sociale pour assurer un accès équitable aux soins de santé. Le financement est l'une des six composantes de base d'un bon système de santé (OMS, 2010a). Il est donc crucial et urgent de disposer de politiques pour répondre aux besoins de ceux qui n'ont pas les moyens de payer.

Financement de la santé : Les résultats montrent que le financement de la santé présente des problèmes dans presque tous les sites. Les ressources des centres de santé de première ligne sont modiques ce qui nuit à la prestation des services. L'allocation restreinte de ressources aux établissements de première ligne pour les coûts de fonctionnement est révélatrice des allocations budgétaires nationales. Bien que les États Membres aient convenu d'allouer au moins 15 % de leur budget national à la santé (Déclaration d'Abuja), seuls cinq pays de la Région ont réussi à ce faire (dont l'Afrique du Sud). En outre, le financement consenti par les donateurs, qui étoffe les ressources nationales, ne va pas toujours dans le sens du renforcement des systèmes de santé, est rarement coordonné et fonctionne de manière verticale. Les pays qui ont mis en application la Déclaration de Paris (2005) sur le financement harmonisé sont mieux à même d'affecter les fonds au financement du renforcement des systèmes de santé plutôt qu'à tel ou tel projet. Toutefois, ces pays sont fort peu nombreux dans la Région.

Attentes des communautés et contributions à la prestation des services de soins de santé essentiels

Ce que les communautés attendent du gouvernement : Les résultats montrent que les contributions gouvernementales à la prestation des

services de sante sont les memes dans toutes les localites, qu'elles soient urbaines, peri-urbaines ou rurales. Les services sont toutefois centres sur la mise a disposition de personnel, d'infrastructures et de medicaments. La prestation de services de soins de sante essentiels a ete jugee insuffisante par les deux tiers de la population enquete.

Les communautes s'attendent a une plus grande transparence et veulent que les pouvoirs publics allouent davantage de fonds a la sante. On a observe recemment qu'il y avait un fossé entre la mise au point de nouveaux instruments d'intervention sanitaire et leur prestation aux communautes des pays en developpement, notamment dans la Région africaine (Madon et al, 2007). De nombreux produits susceptibles de lutter efficacement contre la maladie ont peu d'effet sur la charge morbide du fait qu'ils sont mal utilises, et par consequent, l'accès ne serait-ce qu'à des produits très simples et peu onéreux, se trouve compromis (TDR, 2003). Il faut donc adopter de toute urgence des strategies plus efficaces susceptibles d'améliorer l'accès aux interventions en place. Une de ces strategies, le traitement par l'ivermectine sous directive communautaire (CDTI), a été utilisée avec grand succès pour la lutte contre l'onchocercose en Afrique au cours de la dernière décennie (Amazigo and Boatın, 2006).

Participation de la communauté à la prestation des services de sante : Le succès de la lutte contre la maladie au moyen des SSP repose en grande partie sur l'engagement et la participation de la communauté (Amazigo et al, 2007). On se rend de plus en plus compte du rôle crucial de la participation communautaire à la prestation des services (Njepuome et al, 2009). Ceci pourrait indiquer un transfert de pouvoir et de prise de décision qui permettrait aux communautes de jouer des rôles plus significatifs avec l'appui du système de sante et d'autres parties intéressées. On a fait valoir que l'engagement et la participation de la communauté constituent un point d'ancrage pour un nouveau schéma de lutte contre la maladie. Pour que les systèmes de sante donnent satisfaction, la majorité des personnes concernées doivent avoir le sentiment d'avoir les choses en main plutôt que d'être les destinataires passifs des décisions prises par d'autres. Ainsi, on tient également compte du fait qu'il existe une relation inhérente entre donner aux individus

confiance en eux et leur donner les moyens de faire face aux problèmes de leur communauté (TDR, 2008).

Ressources humaines : Du fait de la très grande pénurie d'effectifs, il est nécessaire d'augmenter le nombre et la qualité des personnels de sante. Le manque de ressources humaines est préoccupant dans la plupart des pays de la Région et l'énorme exode des cerveaux due aux conflits internes et aux meilleures perspectives de carrière à l'étranger n'a fait qu'aggraver la situation. On pourrait remédier à cette pénurie en invitant les communautes à participer à l'élaboration de mécanismes pouvant impliquer la permutation des tâches. Une plus grande participation des membres de la communauté à la prestation des services de soins essentiels au public les sensibilisera au centre de sante et aux types de services dispensés et, par ailleurs, fera mieux connaître les attentes des clients. Ainsi, la coopération de la communauté à la prestation des soins sera acquise. Par exemple, les agents de sante communautaires pourraient combler le manque de capacités dans les domaines de l'éducation pour la sante, de la prestation des services et des soins à domicile.

La manière dont les objectifs du système de sante sont vécus dans la Région africaine

Pouvoir exiger des soins de sante : Les politiciens, les dirigeants communautaires et les chefs religieux sont perçus comme ayant davantage le droit d'exiger des services de sante que les femmes qui en sont les plus fréquentes utilisatrices. Ce droit limité des femmes à exiger que le gouvernement leur assure des services de sante peut être dû au fait qu'elles ne connaissent pas leurs droits. Le manque de compréhension de la charte des droits continue à être un problème important dans la Région en dépit du fait qu'il est reconnu qu'un bon système de sante se doit de dispenser des services de qualité à toute la population quand de besoin, en tout temps et en tout lieu. Les systèmes de sante de certains pays africains sont mal conçus et manquent de ressources, et les services de sante privilégient grandement les zones urbaines où l'on trouve le plus fort pourcentage de personnel qualifié (OMS, 2008).

Comprendre le droit à la santé : Les gens sont au cœur du système de santé, mais avant qu'ils ne puissent y contribuer de manière significative, ils doivent prendre conscience de leurs droits, y compris d'exiger du gouvernement qu'il assume ses responsabilités envers eux. Les résultats montrent que 80 % des répondants sont conscients de leur droit à des soins de santé publique, et, qu'en fait, certaines communautés exercent ce droit. Toutefois, l'indifférence des pouvoirs publics aux besoins exprimés réduit à néant les efforts de ceux qui demandent réparation. L'enjeu principal est d'actualiser le rôle des clients, à savoir demander des comptes aux dispensateurs de soins. Certaines personnes n'ont pas confiance dans le gouvernement à cause de toutes les failles du système de santé : les inégalités dans la prestation des services, l'attitude négative du personnel envers les patients, le coût élevé des traitements et l'insuffisance des infrastructures. Etant donné que la communication de bouche à oreille est la plus répandue, la mauvaise expérience d'une personne peut être amplifiée et influencer d'autres qui n'ont rien vécu de similaire. Il est important, toutefois, de noter les contradictions que contiennent les résultats. La plupart des répondants ont dit recourir le plus souvent aux établissements de santé publique quand bien même ils trouvent leurs services peu satisfaisants. En outre, même si l'attitude des dispensateurs de soins fait souvent l'objet de critiques, on a le sentiment que si les installations ne manquaient de rien, les communautés préféreraient y recourir plutôt qu'aux établissements privés, plus chers et quelquefois suspects. Pour renforcer les systèmes de santé, les planificateurs et les chercheurs devront résoudre ces contradictions.

Compter sur le gouvernement pour la prestation de services de santé : Le pourcentage de gens qui font confiance au gouvernement parce qu'ils estiment qu'il agit toujours à bon escient est plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines et péri-urbaines dans la plupart des sites. Ceci est peut être imputable au fait que les habitants de ces zones semblent avoir un plus grand accès à des établissements de santé privés et qu'ils s'attendent relativement moins à ce que le gouvernement leur fournisse des soins. Ils ont aussi un niveau d'instruction relativement plus élevé et pourraient donc être mieux informés de leurs droits à des services de santé.

La capacité des gens à s'entraider en temps de crise est l'un des atouts majeurs des communautés africaines. Cependant, il apparaît que le mécanisme traditionnel d'assistance mutuelle est mis de plus en plus à rude épreuve à cause du contrecoup des changements socioéconomiques que subit la Région. Les problèmes de pauvreté et de migration allant croissant, les gouvernements sont plus fréquemment sollicités pour assister les personnes pauvres et vulnérables qui n'ont pas d'ordinaire accès aux services publics. L'aspiration à formuler des politiques de protection sociale dans la Région se fonde sur ce principe (Taylor, 2008).

Il est nécessaire d'examiner globalement les déterminants de la santé. Le fait que les répondants des zones urbaines, péri-urbaines et rurales aient des opinions et des expériences similaires du système de santé est indicatif de la réduction des différences dans les divers sites. L'accès à l'éducation, à l'eau, à l'assainissement et à d'autres services sociaux est essentiel pour que les populations puissent jouir d'une vie saine.

6 Conclusions

La présente étude démontre que les perceptions qu'ont les gens de la santé et de la prestation des services de santé recèlent des informations utiles qui pourraient aider à améliorer et à augmenter la portée, la réactivité et l'efficacité des systèmes de santé dans la Région africaine. Les résultats montrent que les communautés ont une conception intelligente de la santé, qu'elles décrivent astucieusement l'état des services de santé et comprennent les facteurs qui font souvent obstacle à l'amélioration de la santé dans les villes et les communautés rurales. Les participants ont jeté une lumière nouvelle sur les déterminants de la santé; leur définition de la santé inclut la dimension spirituelle. Ils sont sensibilisés au problème du paludisme et des maladies non transmissibles, notamment l'hypertension et le diabète, pour lesquels des dépenses supplémentaires sont requises. S'agissant de la prestation des services, les participants sont particulièrement préoccupés par l'insuffisance des médicaments dans les centres de santé, la mauvaise attitude du personnel, et le manque de réactivité des agents de santé dans les situations d'urgence mentionnées par les répondants dans plusieurs pays.

En dépit des efforts déployés par les gouvernements et les donateurs pour renforcer la prestation des services de santé dans la plupart des pays, les utilisateurs trouvent que les services, y compris les installations, laissent encore énormément à désirer. Les résultats de l'étude semblent indiquer que pour améliorer la prestation des services dans la Région africaine, les pays doivent augmenter considérablement l'accès des pauvres et de la majorité des habitants

des zones péri-urbaines et urbaines aux services, en incluant délibérément les services qui prennent en charge les hommes et les personnes âgées. Les services des centres de santé des zones périphériques et de district ne doivent pas se limiter (ou être perçus comme se limitant) aux enfants (vaccination) et aux femmes en âge de procréer (soins prénatals et accouchement).

Le manque de protection sociale et les problèmes mis en évidence par cette étude sont le résultat du besoin général de renforcement du système de santé. La mise en place de politiques de financement plus efficaces évitera aux ménages d'être confrontés à d'énormes dépenses directes qui, d'autre part, dissuadent les gens de recourir aux services disponibles, qu'ils soient publics ou privés. Les répondants se sont plaints du coût élevé des services de santé et ont souligné l'importance de faire participer davantage la communauté à la gouvernance des systèmes de santé.

Ainsi, l'observation dominante est que l'on a besoin de plus—de plus de fonds, de plus de personnel et de plus d'installations ainsi que davantage d'efforts pour améliorer l'attitude des agents de santé. Par ailleurs, les fonds nationaux existants et les ressources humaines en place doivent aussi être utilisés plus efficacement.

Les participants ont le sentiment que les systèmes de santé excluent délibérément les membres des communautés du processus décisionnel. Le fait que les répondants des zones urbaines, péri-urbaines et rurales ont des perceptions et expériences similaires du système de santé est révélateur de la réduction des différences dans

les divers sites. Les gouvernements nationaux se sont maintes fois engagés à atteindre les cibles en matière de santé. Bien que les résultats montrent qu'une proportion importante des répondants sont confiants que leur gouvernement agit dans leur intérêt, une leçon essentielle que l'on peut tirer de l'étude est que, si les gouvernements veulent voir ce capital de confiance augmenter, ils doivent satisfaire à leurs engagements en matière de besoins fondamentaux.

Un autre point important est l'apport et le rôle significatif des individus et des communautés dans la communication d'informations sur la situation sanitaire locale et leur rôle potentiel de partenaires véritables de la prestation des services de santé. S'assurer le concours des utilisateurs des services améliorera l'accès; cela étant, des mécanismes novateurs pour exploiter les ressources

et utiliser le potentiel des populations, comme il est décrit dans ce rapport, contribueront à améliorer la performance du système de santé et apporteront des solutions pour une prestation compétente et efficace des services de santé au plus grand nombre possible de gens.

Alors que l'architecture sanitaire mondiale connaît des changements structurels, qui impliquent de mettre l'accent sur des « dépenses avisées », de nouveaux plans et cadres de prestation des services de santé devraient aider à prendre des décisions concernant les changements nécessaires en vue de meilleurs résultats sanitaires sans avoir besoin de nouveaux investissements financiers importants. Il faut espérer que les décideurs reconnaîtront aussi combien il est urgent de transformer les systèmes de santé de certains Africains.

7 Recommandations

La présente étude a démontré que la perception qu'ont les communautés des systèmes de santé contient des informations précieuses qui pourraient, si on leur donne suite, aider à augmenter la portée, la réactivité et la rentabilité des systèmes de santé.

Les résultats de l'étude suggèrent que les pays, avec l'appui de l'OMS et des partenaires, prennent les mesures suivantes :

- a) Établir des moyens de rendre les prestataires plus conscients de la nature complexe et multidimensionnelle de la santé comme la perçoivent les communautés, c'est-à-dire un état de *bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel, social et économique*; les partenaires de la santé doivent prendre en considération les connaissances de la population dans leurs analyses, et élaboration des politiques et pratiques dans un contexte plus vaste de réformes pilotées par des données scientifiques et un travail normatif;
- b) Renforcer la qualité des soins de santé moyennant des réformes visant à améliorer l'infrastructure, notamment les établissements de santé, à savoir un personnel qualifié, des médicaments essentiels et un financement grâce auxquels on réalisera la couverture sanitaire universelle et l'on parviendra à mieux satisfaire les utilisateurs; il serait bon d'étayer ces mesures par des lignes directrices et une supervision positive;
- c) Mettre en place des systèmes de surveillance communautaires pour détecter et signaler les problèmes de santé les plus courants, y compris les maladies transmissibles et non transmissibles; favoriser la prise de conscience des facteurs de risque associés à ces maladies et institutionnaliser la prise en charge des cas au niveau de la communauté;
- d) Élargir la gamme des interventions sanitaires pour tenir compte, outre les enfants et les femmes en âge de procréer, des besoins des adolescents et des personnes âgées ainsi que d'autres groupes vulnérables;
- e) Mettre en place des mécanismes appropriés de financement de la santé, à savoir systèmes de sécurité sociale, fiscalisation, systèmes de financement communautaires et d'autres options en vue de la couverture sanitaire universelle;
- f) Concevoir des réformes sanitaires qui seraient appliquées au moyen d'approches novatrices susceptibles de renforcer la représentation, l'adhésion et la participation des communautés à l'élaboration, à la planification, à l'organisation et à l'application des politiques relatives aux services de santé;
- g) Financer des recherches dans les domaines de la sociologie, de l'épidémiologie et des services de santé ainsi que l'enregistrement et le partage des meilleures pratiques de santé publique afin de promouvoir et d'appuyer l'amplification des interventions essentielles de santé publique dans la Région africaine et accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs sanitaires convenus sur le plan national et international.

8 Références

- Abuya TO et al. (2007) Use of over-the-counter malaria medicines in children and adults in three districts in Kenya: Implications for private medicine retailer interventions. *Malaria Journal* 6:57.
- Ajayi IO et al. (2008) Feasibility and acceptability of artemisinin-based combination therapy for the home management of malaria in four African sites. *Malaria Journal* 7:6.
- Akweongo P et al. (2011) Feasibility and acceptability of ACT for the community case management of malaria in urban settings in five African countries. (<http://www.malariajournal.com/content/10/1/240> consulté le 22/10/2011.)
- Amazigo U et al. (2007) Performance of predictors: Evaluating sustainability in community-directed treatment projects of the African Programme for Onchocerciasis Control. *Social Science and Medicine* 2070–2082.
- Amazigo U, Boatman B. (2006) The future of onchocerciasis control in Africa. *The Lancet* 368:1946–47.
- Amuyunzu-Nyamongo M, Ezech AC. (2005) A qualitative assessment of support mechanisms in informal settlements of Nairobi, Kenya. *Journal of Poverty* 9(3): 89–107.
- Amuyunzu-Nyamongo M, Nyamongo IK. (2006) Health seeking behaviour of mothers of under-five-year children in the slum communities of Nairobi, Kenya. *Anthropology and Medicine* 13(1):25–40.
- Auer C et al. (2000) Health seeking and perceived causes of tuberculosis among patients in Manila, Philippines. *Tropical Medicine and International Health* 5(9): 648–56.
- Bosu WK. (2010) Epidemic of hypertension in Ghana: A systematic review. *BMC Public Health* 10:418.
- Desmonda C, Michaela, K and Gowb J. (2000) The hidden battle: HIV/AIDS in the household and community. *South African Journal of International Affairs* 7(2):38–58.
- Escott S, Walley J. (2005) Listening to those on the frontline: lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15967558)
- Frost LJ, Reich MR. (2008) Access: How do good health technologies get to poor people in poor countries. Cambridge, Massachusetts, Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard University Press.
- Groupe d'experts du G8 sur la santé. (2008) Le cadre de Toyako pour l'action en matière de santé mondiale—Rapport du Groupe d'experts du G8 sur la santé. (http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/07028_fr.pdf consulté le 23/10/2011.)
- Hatchett LA et al. (2004) Health-seeking patterns for AIDS in Malawi. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 16(7):827–33.
- Heggenhougen HK, Hackethal V and Vivek P. (2003) The behavioural and social aspects of malaria and its control. An introduction and annotated bibliography. Genève: OMS/TDR.
- Ibidapo CA. (2005) Perception of causes of malaria and treatment seeking behaviour of nursing mothers in a rural community. *Australian Journal of Rural Health* 13(4): 214–18.
- Konde-Lule L et al., (2006) The potential of the private sector to improve health outcomes in Uganda. Makerere University Institute of Public Health.
- Koram KA, Molyneux ME. (2007). When is “malaria” malaria? The different burdens of malaria infection, malaria disease, and malaria-like illnesses. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 77(6):1–5.
- Lawn et al. (2008) Alma-Ata: Rebirth and revision 1—Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet* 13; 372(9642):917–27.

- Madon T et al. (2007) Public health: Implementation science, *Science* 318:1728-9.
- Mensah GA, Bakris G. (2011) The United Nations high level meeting addresses non communicable diseases, but where is hypertension? Editorial of *The Official Journal of the American Society of Hypertension, The Journal of Clinical Hypertension* (Online). Accessed from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7176.2011.00535.x/pdf> consulté le 27/10/2011.)
- Nations Unies. (2010) Objectifs du Millénaire pour le développement – Rapport 2010. New York (<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/report2010.shtml> consulté le 21/10/11.)
- Nations Unies. (2011) Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. (document A/66/L.1)
- Njepuome NA et al. (2009) Nigeria's war on terror: Fighting dracunculiasis, onchocerciasis, lymphatic filariasis, and schistosomiasis at the grassroots. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 80(5):745- 58.
- Okeibunor JC et al. (2011) Preventing malaria in pregnancy through community-directed interventions: evidence from Akwa Ibom State, Nigeria. *Malaria Journal* 10:227.
- Okeibunor JC et al. (2007a) Barriers to care seeking in directly-observed therapy short-course (DOTS) clinics and tuberculosis control in southern Nigeria: A qualitative analysis. *International Quarterly of Community Health Education* 27(1): 23-37.
- Okeibunor JC et al. (2007b) Where do tuberculosis patients go for treatment before reporting to DOTS clinics in southern Nigeria and why? *Tanzania Health Research Bulletin* 9(2):94-101.
- OMS. (2008f) Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Genève: Organisation mondiale de la santé Commission des déterminants sociaux de la santé. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html consulté le 25/10/2011.)
- OMS. (2011) Consultation ministérielle sur les maladies non transmissibles. Brazzaville: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS. (2003) Déclaration d'Abuja. Sommet africain sur le projet Faire reculer le paludisme. Genève: Partenariat OMS/Faire reculer le paludisme. (http://www.rbm.who.int/docs/abuja_declaration.pdf)
- OMS. (2006) Déclaration d'Addis Abéba sur la santé communautaire dans la Région africaine. Conférence internationale conjointe ONUSIDA, UNICEF, Banque mondiale et OMS sur la santé communautaire dans la Région africaine pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et un avenir plus salubre aux populations africaines. Addis Abéba, 20 - 26 novembre 2006. Brazzaville: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS. (2008b) Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine. Brazzaville: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS. (2008d) Déclaration de Kampala et Programme pour une action mondiale. Genève: Organisation mondiale de la santé et Alliance mondiale pour les personnels de santé.
- OMS. (2008c) Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique. Brazzaville: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS. (2008a) Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire. Brazzaville: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS. (2007) Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes (en anglais)—OMS Cadre d'action pour le renforcement des systèmes de santé. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2010a) Monitoring the building blocks of health systems: the handbook of indicators and their measurement strategies. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2010b) Rapport sur le paludisme dans le monde. Genève: Programme mondial de lutte antipaludique de l'Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2008e) Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2000) Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2008g) Supplément au plan d'action et budget 2008-2012. Organisation mondiale de la santé et Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC).
- OMS/UNICEF. (1978) Soins de santé primaires: Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Onwujekwe O et al. (2010) Willingness to pay for community based health insurance in Nigeria: Do economic status and place of residence matter? *Health Policy and Planning* 25:155-61.
- Pathania V, Almeida J and Kochi A. (1997) TB Research, TB patients and private for profit health care providers in India. Global TB Programme of the World Health Organization. WHO/TB/97.223, OMS, Genève.

- Reich M et al. (2008) Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 Summit. *The Lancet* Vol 371 March 8 (www.thelancet.com consulté le 27/10/ 2011.)
- Roberts M et al. (2004) Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University Press.
- Rosato M et al. (2008) Alma-Ata: Rebirth and revision 5—Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *The Lancet* 13;372(9642):962-71.
- Rosenstock IM. (1974) Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monogram, Vol. 2.
- Rubel AJ, Garro LC. (1992) Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. *Public Health Reports* 107:626–36.
- Rutebemberwa E et al. (2009) Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda. *Malaria Journal* 8:45.
- Sambo LG, Kirigia JM. (2011). Africa's health: could the private sector accelerate the progress towards the MDGs? BioMed Central.
- Swanson RC et al. (2010) Toward a consensus on guiding principles for health systems strengthening. *PLoS Med* 7(12): e1000385. doi:10.1371/journal.pmed.1000385.
- Taylor V. (2008) Africa Union social protection in Africa: An overview of the challenges. (www.eprionline.com/.../Taylor2008AUSocialProtectionOverview.pdf consulté le 21/10/11.)
- TDR. (2008) Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study: final report. Genève: Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.
- TDR. (2003) Implementation Research in TDR: Conceptual and operational framework. Genève: Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.
- TDR. (1996) Community-directed treatment with ivermectin: report of a multi-country study. Genève: Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.
- Travis P et al. (2004) Overcoming health-systems constraints to achieve the UN (2010) Millennium Development Goals. Report 364 (9437): 900-6.
- UNICEF. (2006) La situation des enfants dans le monde 2007: Femmes et enfants—Le double dividende de l'égalité des sexes . New York: UNICEF.

Annexes

ANNEXE I : DÉFINITIONS

Attentes de la communauté : Les opinions qu'ont les gens concernant le rôle et les résultats des systèmes de santé réactifs.

Attitudes : Un sentiment exprimé que les gens et les groupes ont vis-à-vis de la santé, des services de santé et du système de santé. Les attitudes des individus ou des communautés sont des sentiments qui peuvent être influencés par des conceptions, des expériences, des savoirs et connaissances. Les attitudes des prestataires sont les sentiments que nourrissent les agents de santé et d'autres dispensateurs de soins à l'égard des patients, des membres de la communauté, des services de santé et du système de santé. Ces sentiments peuvent influencer l'opinion des individus et de la communauté concernant les services de santé.

Chef de famille : La personne responsable du bien-être de tous les membres du ménage et qui prend des décisions à cet effet. En l'absence du chef de famille, le ménage a été représenté par un adulte consentant désigné représentant du chef de famille.

Communauté : Par communauté on entend un groupe de personnes sous une même autorité qui occupent un territoire défini où se déroulent une grande partie des activités quotidiennes, et qui ont accès à des ressources locales partagées. La communauté peut, selon les pays, vivre dans un village, un quartier, un hameau, une zone péri-urbaine, urbaine ou rurale, des établissements temporaires, ou être mobile.

Connaissance des questions liées à la santé : Conscience de la valeur de la santé et de l'existence des possibilités et des ressources relatives à la santé, y compris le droit à la santé, la responsabilité individuelle et collective en matière de santé, les modes de vie sains, la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Connaissances dans le domaine de la santé : Informations exactes sur les conditions qui sont propices ou peu favorables à ce qu'un individu ou une communauté parvienne à un état de complet bien-être physique, mental et social.

Dépenses avisées : Une philosophie visant à s'assurer une sécurité financière sans toutefois se priver.

Dépenses de santé catastrophiques : Des paiements directs de plus de 40 % du revenu du ménage pour les soins de santé après avoir pourvu aux besoins fondamentaux (Rapport sur la santé dans le monde 2010). Il arrive dans certains cas que les familles se privent de leurs besoins essentiels pour couvrir les dépenses de santé.

District sanitaire : Une zone géographique et opérationnelle définie pour la mise en œuvre locale des services de santé. Les districts sanitaires portent des noms différents dans différents pays, tels que préfecture sanitaire (République centrafricaine), *local government area* (Nigeria), zone de santé (RDC), district de santé (Cameroun et Sénégal) ou service de santé de cercle (Mali).

Empressement à participer : La capacité et le bon vouloir des individus et des groupes à participer activement et véritablement à la gouvernance, à la gestion, au financement, et à la supervision de la prestation des soins de santé essentiels dans leur communauté.

Établissement de santé conventionnel : Il s'agit des établissements de santé qui utilisent des pratiques médicales modernes (occidentales) pour le diagnostic et le traitement des affections.

Établissement de santé de première ligne : Les établissements les plus proches de la population. Dans certains pays ils sont appelés poste de santé, dispensaire, centre de santé, etc.

Expériences en matière de soins de santé : Contacts avec les services de santé et impressions qu'ils ont laissés.

Localité : Les zones urbaines, péri-urbaines et rurales où l'étude a été menée.

Participation de la communauté : Le processus par lequel on donne aux gens les moyens de participer activement et véritablement à la définition des questions qui les concernent, à la prise de décisions concernant les facteurs qui ont une incidence sur leur vie, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques, au développement et à la prestation des services, et de prendre des mesures pour effectuer des changements.

Perception de la communauté : Le point de vue des individus et des communautés sur les services de santé. Il peut être coloré par des expériences antérieures.

Perspectives de la communauté : La somme collective des connaissances, attitudes, évaluations, informations, perceptions et expériences de la communauté eu égard à la santé et à la prestation des services de soins de santé essentiels.

Prestation des services de soins de santé essentiels : Le système permettant de mettre à disposition des soins curatifs, préventifs et promotionnels de base aux niveaux périphériques sous forme acceptable pour la communauté.

Région à faible performance : Régions parmi les sites de l'étude dont les résultats sanitaires sont médiocres.

Région à performance élevée : Régions parmi les sites de l'étude qui ont de bons résultats sanitaires.

Région de santé publique : Une zone géographique définie au niveau intermédiaire pour la planification et l'administration régionales des soins et des services de santé. Elle englobe différents districts sanitaires et peut s'appeler différemment dans différents pays, par exemple *state* (Nigeria) et région médicale (Sénégal).

Santé : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Services de santé essentiels : Services de santé curatifs, préventifs et promotionnels de base à tous les niveaux du système de santé.

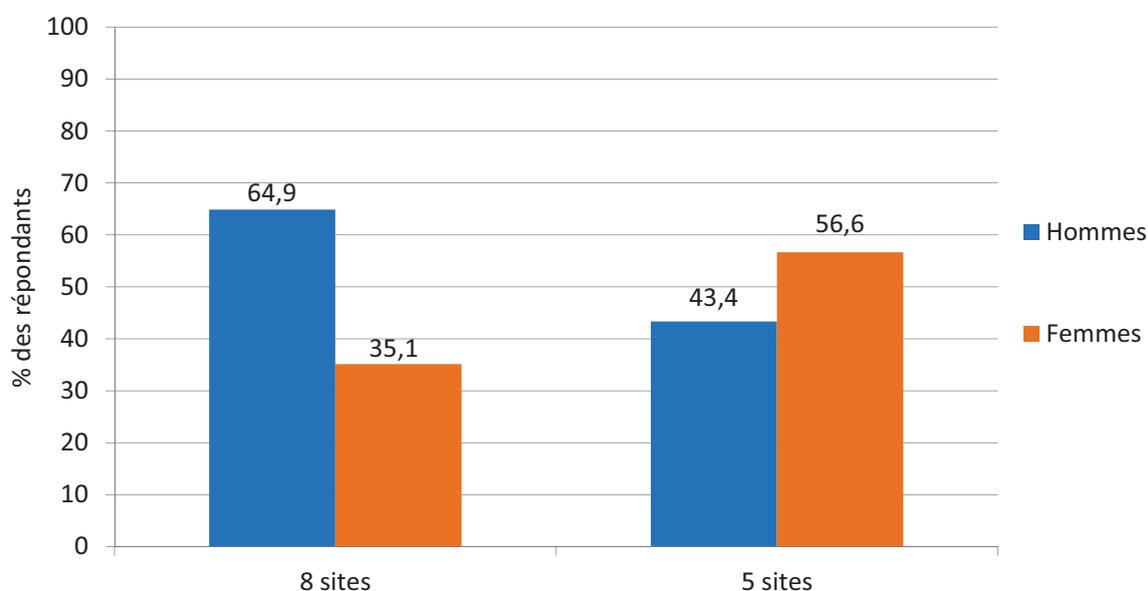
Soins de santé primaires : « Soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. » (OMS, 1978, Déclaration d'Alma-Ata).

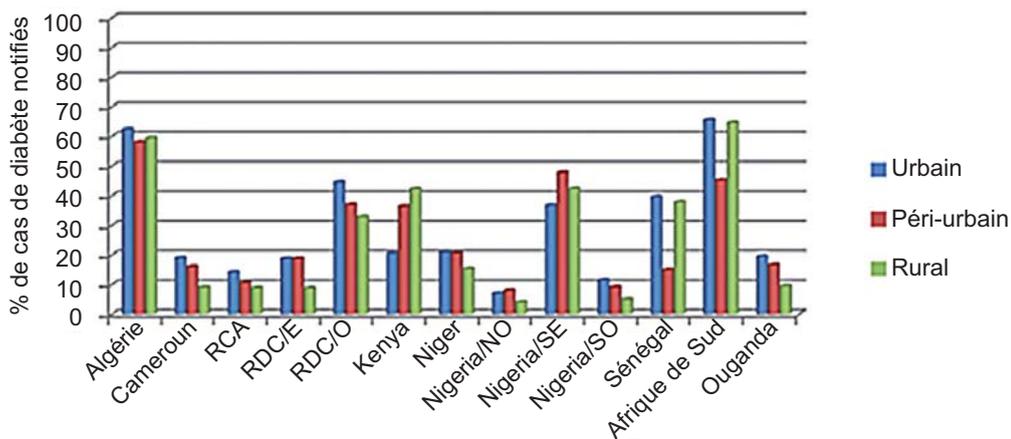
Système de santé : Toutes les organisations, institutions et ressources dont l'objet primordial est d'améliorer la santé. Un système de santé a besoin de personnel, de fonds, d'information, de fournitures, de moyens de transport et de communication, de directives et d'une orientation. Il doit dispenser des services de soins qui répondent aux attentes des utilisateurs et qui sont financièrement justes.

Zone sanitaire : Unité d'un district sanitaire qui dispense des soins de santé primaires à des communautés définies grâce à une structure de première ligne.

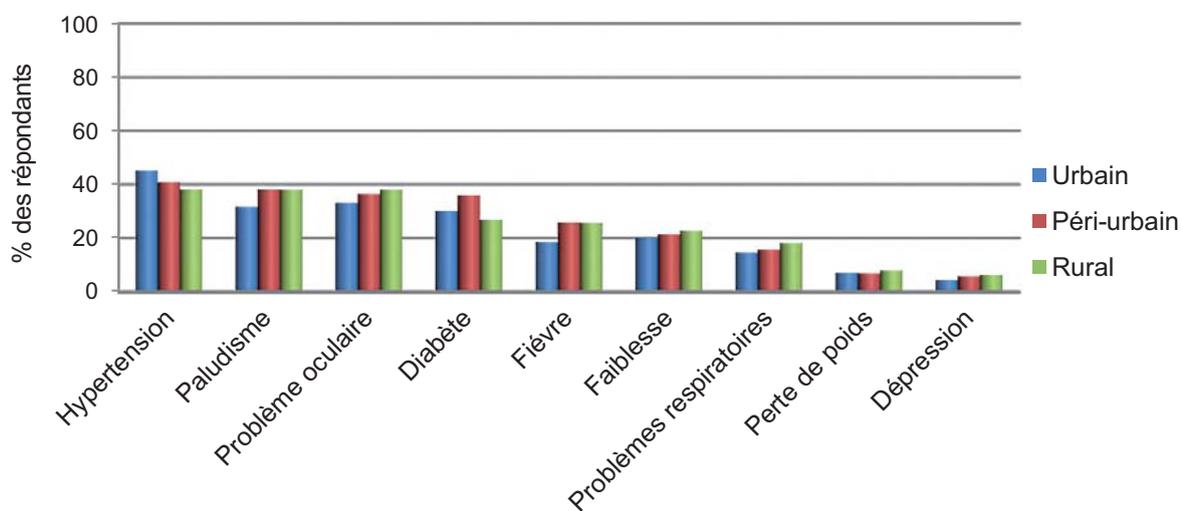
Annexe 2 : Répartition de l'âge moyen par site

Site		Urbain	Péri-urbain	Rural	Total
Algérie	N	280	280	280	840
	Moyenne	49,5	50,9	44,7	48,4
Cameroun	N	267	272	271	810
	Moyenne	44,3	41,1	44,1	43,1
République centrafricaine	N	268	265	266	799
	Moyenne	36,4	36,6	37,8	36,9
RDC est	N	280	280	280	840
	Moyenne	41,0	41,1	39,7	40,6
RDC ouest	N	280	280	280	840
	Moyenne	40,4	41,5	42,8	41,6
Kenya	N	347	329	304	980
	Moyenne	35,5	38,8	37,5	37,2
Niger	N	272	272	272	816
	Moyenne	49,3	44,2	44,2	45,9
Nigeria nord-ouest	N	280	280	280	840
	Moyenne	41,2	44,7	43,3	43,0
Nigeria sud-est	N	280	280	280	840
	Moyenne	49,1	53,3	54,1	52,1
Nigeria sud-ouest	N	276	279	276	831
	Moyenne	38,7	39,7	38,0	38,8
Sénégal	N	272	272	272	816
	Moyenne	53,2	50,6	54,9	52,9
Afrique du Sud	N	315	245	280	840
	Moyenne	48,2	52,8	50,9	50,4
Ouganda	N	280	279	281	840
	Moyenne	38,4	40,1	43,5	40,7
Total	N	3697	3613	3622	10932
	Moyenne	43,4	44,1	44,2	43,9

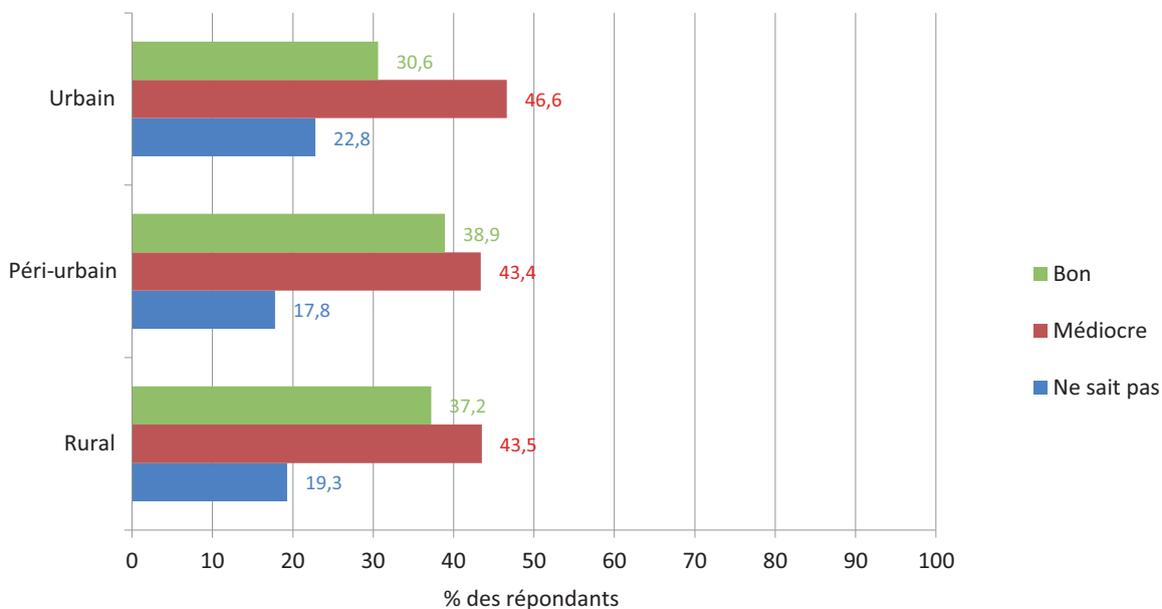
**Annexe 3 : Répartition par sexes des répondants qui ont fréquenté l'école**



Annexe 4 : Pourcentage des répondants ayant signalé le diabète comme problème de santé courant, par site



Annexe 5 : Affections courantes chez les personnes âgées, par localité



Annexe 6 : Degré de participation des communautés à la prise de décisions, par localité

Annexe 7 : Ménages ayant eu recours à des soins de santé, par localité

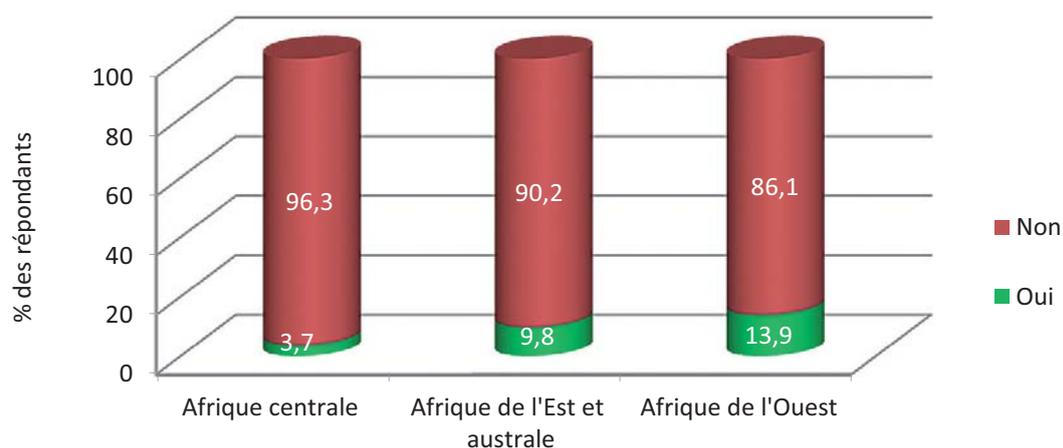
	Localité						Total	
	Urbain		Péri-urbain		Rural			
	Nombre de répondants	% de répondants						
Au cours des 30 derniers jours	1877	50,8	1837	50,9	1849	51,1	5563	50,9
Il y a un mois et moins d'une année	1308	35,4	1341	37,2	1289	35,6	3938	36,1
Il y a un an et moins de 2 ans	205	5,5	162	4,5	179	4,9	546	5,0
Il y a 2 ans et moins de 3 ans	77	2,1	61	1,7	67	1,9	205	1,9
Il y a 3 ans et moins de 4 ans	38	1,0	38	1,1	31	0,9	107	1,0
Il y a plus de 4 ans	92	2,5	75	2,1	79	2,2	246	2,3
Jamais eu besoin de soins de santé	36	1,0	39	1,1	44	1,2	119	1,1
Je ne sais pas	63	1,7	56	1,6	80	2,2	199	1,8
Total	3696	100,0	3609	100,0	3618	100,0	10923	100,0

Annexe 8 : Ménages ayant eu recours à des soins de santé, par performance de district

	Performance du district				Total	
	Bons résultats		Résultats médiocres			
	Nombre de répondants	% de répondants	Nombre de répondants	% de répondants	Nombre de répondants	% de répondants
Au cours des 30 derniers jours	2703	49,5	2860	52,3	5563	50,9
Il y a un mois et moins d'une année	2071	37,9	1867	34,2	3938	36,1
Il y a un an et moins de 2 ans	277	5,1	269	4,9	546	5,0
Il y a 2 ans et moins de 3 ans	99	1,8	106	1,9	205	1,9
Il y a 3 ans et moins de 4 ans	51	0,9	56	1,0	107	1,0
Il y a plus de 4 ans	106	1,9	140	2,6	246	2,3
Jamais eu besoin de soins de santé	56	1,0	63	1,2	119	1,1
Je ne sais pas	95	1,7	104	1,9	199	1,8
Total	5458	100,0	5465	100,0	10923	100,0

Annexe 9 : Raisons les plus fréquentes du recours aux soins de santé, par sous-région

	Sous-région						Total	
	Sous-région centrale		Sous-région de l'est		Sous-région de l'ouest			
	Nombre	% dans la sous-région	Nombre	% dans la sous-région	Nombre	% dans la sous-région	Nombre	% dans la sous-région
Paludisme	487	14,8	421	15,9	1004	20,3	1912	17,6
Fièvre	686	20,9	476	18,0	708	14,3	1870	17,2
Autre	702	21,4	348	13,2	786	15,9	1836	16,9
Blessure ou douleur	137	4,2	127	4,8	294	5,9	558	5,1
Toux	157	4,8	128	4,8	224	4,5	509	4,7
Toux /troubles respiratoires	91	2,8	133	5,0	280	5,7	504	4,6
Diarrhée sévère	163	5,0	117	4,4	150	3,0	430	4,0
Hypertension	77	2,3	114	4,3	176	3,6	367	3,4
Arthrite	73	2,2	73	2,8	182	3,7	328	3,0
Accouchement	78	2,4	75	2,8	156	3,2	309	2,8
Diabète	65	2,0	78	3,0	94	1,9	237	2,2
Affection cutanée/démangeaison	56	1,7	49	1,9	117	2,4	222	2,0
Vomissements	70	2,1	53	2,0	96	1,9	219	2,0
Je ne sais pas	86	2,6	34	1,3	86	1,7	206	1,9
Consultation prénatale	57	1,7	44	1,7	97	2,0	198	1,8
Trouble oculaire	48	1,5	29	1,1	120	2,4	197	1,8
Vaccination	32	1,0	48	1,8	113	2,3	193	1,8
Asthme	38	1,2	67	2,5	64	1,3	169	1,6
Soins dentaires	45	1,4	57	2,2	62	1,3	164	1,5
Petite chirurgie	46	1,4	27	1,0	53	1,1	126	1,2
Cardiopathie	31	,9	23	,9	57	1,2	111	1,0
Tuberculose	35	1,1	61	2,3	8	,2	104	1,0
Planification familiale	13	,4	28	1,1	17	,3	58	,5
VIH/sida	15	,5	34	1,3	4	,1	53	,5
Total	3288	100,0	2644	100,0	4948	100,0	10880	100,0



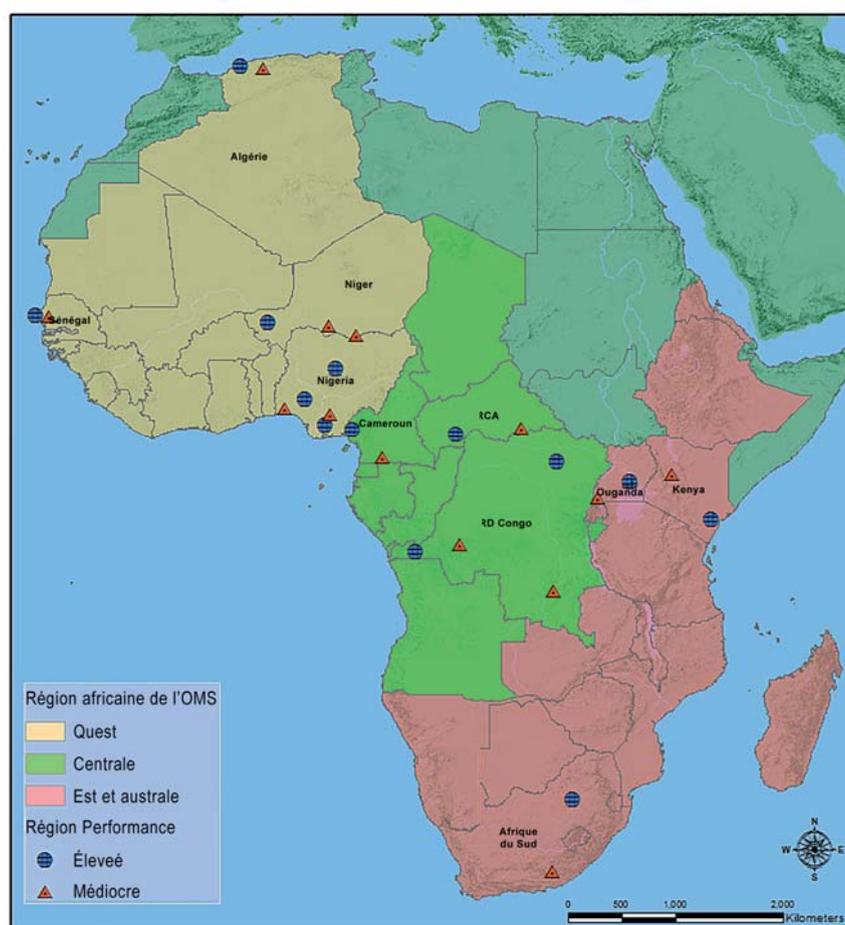
Annexe 10 : Remboursement des médicaments, par sous-région

Annexe 11 : Liberté d'expression, par localité

	Localité						Total	
	Urbaine		Péri-urbaine		Rurale			
	Nombre de répondants	% de répondants						
Complètement libre	1892	51,4	2120	59,0	2053	56,9	6065	55,7
Modérément libre	1258	34,1	1078	30,0	1070	29,6	3406	31,3
Pas libre du tout	534	14,5	396	11,0	488	13,5	1418	13,0
Total	3684	100,0	3594	100,0	3611	100,0	10889	100,0

Annexe 12 : Liberté d'expression concernant les questions sanitaires, par sous-région

	Sous-région						Total	
	Sous-région centrale		Sous-région de l'est		Sous-région de l'ouest			
	Nombre de répondants	% de répondants	Nombre de répondants	% de répondants	Nombre de répondants	% de répondants	Nombre de répondants	% de répondants
Complètement libre	1903	57,9	1381	52,7	2781	55,8	6065	55,7
Modérément libre	906	27,6	847	32,3	1653	33,2	3406	31,3
Pas libre du tout	479	14,6	391	14,9	548	11,0	1418	13,0
Total	3288	100,0	2619	100,0	4982	100,0	10889	100,0

Pays et régions de l'étude**Systèmes de santé en Afrique : perceptions des communautés****Annexe 13 : Lieux des sites de l'étude**

ANNEXE 14 : ÉQUIPES DE RECHERCHE

Dr Luis Gomes Sambo, MD, PhD
Directeur régional
Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
Initiateur et chercheur principal

Dr Uche Amazigo, PhD
Ancien Directeur
Programme africain de lutte contre
l’onchocercose
Initiateur et chercheur principal

Afrique du Sud

Professeur Stephen Hendricks
Spécialiste/Épidémiologiste en santé publique
Université de Pretoria
Chercheur principal

Professeur Eric Buch
Médecin
Université de Pretoria
Spécialiste de politique en matière de santé
publique

M. Eric Maimela
Épidémiologiste
Limpopo Department of Health
Gestionnaire de données

Dr Amusaa Inambao
Médecin, Épidémiologiste
Chercheur en santé publique
Consultant

Mme Chipu Mwetwa
Spécialiste en sciences sociales
Chercheur en santé publique
Consultant

Dr Inonge Kamungoma-Dada
Médecin
Chercheur en santé publique
Consultant

Algérie

Professeur Mohamed Metboul
Spécialiste en sciences sociales
Université d’Oran
Chercheur principal

Professeur Nori Nidoum
Épidémiologiste
Université d’Oran
Superviseur de l’étude qualitative

Dr Ouassila Salemi
Spécialiste en sciences sociales
Université d’Oran
Superviseur de l’étude qualitative

Dr Kamel Daheur
Spécialiste en sciences sociales
Université d’Oran
Superviseur de l’étude qualitative

Professeur Mohamed Sayah
Gestionnaire de données
Université d’Oran
Responsable de la transcription des données
qualitatives

Dr Lakhdar Zemmour
Épidémiologiste
Université d’Oran
Superviseur de l’étude qualitative

Dr Abderhamane Derkaoui
Épidémiologiste
Université d’Oran
Superviseur de l’étude qualitative

Cameroun

Dr Anne Cécile Zoung-Kanyi Bissek, MD
Dermato-vénéréologue
Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé
Université de Yaoundé I
Chercheur principal

Mme Yolande Flore Longang Tchounkeu
Spécialiste en sciences sociales
Research Foundation in Tropical Disease and
Environment
Chercheur associé et sociologue

M. Emanuel Betsi
Spécialiste en sciences sociales
Ministère de la Santé
Sociologue de l’étude

Dr Nicolas Tendongfor
Épidémiologiste
Université de Buea
Épidémiologiste de l’étude

Dr Emmanuel Yenshu
 Anthropologue
 Université de Buéa
 Research Foundation in Tropical Disease and
 Environment

Dr Ernest Njih Tabah
 Épidémiologiste
 Université de Yaoundé I
 Épidémiologiste de l'étude

M. Theobald Nji
 Anthropologue
 Research Foundation in Tropical Disease and
 Environment

Kenya

Dr Mary Amuyunzu-Nyamongo, PhD
 Spécialiste de l'anthropologie sociale
 Directeur exécutif
 African Institute for Health and Development,
 Nairobi
 Chercheur principal

Dr Stephen Muleshe, MBChB, MPH
 Directeur, Medical Officer
 Central and Southern Africa Health, Arusha,
 Tanzanie
 Collaborateur du chercheur principal

Dr Yeri Kombe, MBChB, PMH
 Epidémiologiste, Technologie de l'information
 Directeur
 Centre for Public Health Research, Kenya
 Medical Research Institute
 Collaborateur du chercheur principal

M. Bertin Nzambi, BA
 Spécialiste des relations internationales
 Ministère de la Santé
 Adjoint à la recherche de l'étude

M. Serge Kapanga
 Juriste
 Ministère de la Santé
 Adjoint à la recherche de l'étude

M. Lusengi Wade, BA
 Anthropologue
 Ministère de la Santé
 Spécialiste en sciences sociales

Dr John Odoni, MBChB (Surg)
 Spécialiste en santé publique
 Chef, Department of Public Health
 Ministère de la Santé publique et de
 l'Assainissement
 Collaborateur du chercheur principal

M. Jared Owuor, Bsc (Soins infirmiers)
 Programme Officer
 African Institute for Health and Management
 Gestionnaire de données

Mme Monica Wabuke, BA (Sociology,
 Political Science)
 Programme Officer
 African Institute for Health and Development
 Gestionnaire des données de l'étude

Niger

Dr Abdoulaye, PhD
 Spécialiste en sciences sociales
 Université Abdou Moumouni, Niamey
 Chercheur principal

Dr Amadou, PhD
 Spécialiste en sciences sociales
 Université Abdou Moumouni, Niamey
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Dr Hadiza, PhD
 Spécialiste en sciences sociales
 Université Abdou Moumouni, Niamey
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Dr Maimouna Guero, MD, MPH
 Spécialiste en santé publique #
 Université Abdou Moumouni, Niamey
 Expert en systèmes de santé de l'étude

Nigeria (Sud-Est)

Professeur Joseph Okeibunor
 Spécialiste en sciences sociales
 University of Nigeria, Nsukka
 Chercheur principal

Dr Ngozi Njebuome
 Medical Doctor
 Reggia Resources Int. LTD, Abuja
 Collaborateur du chercheur principal et
 spécialiste en santé publique de l'étude

Professeur Obioma Nwaorgu
Parasitologue
Nnamdi Azikiwe University
Collaborateur du chercheur principal et
spécialiste en santé publique

Dr Nkechi Onyeneho
Spécialiste en sciences sociales
University of Nigeria, Nsukka
Collaborateur du chercheur principal et
spécialiste en sciences sociales de l'étude

Dr Zilahatou Tohon, MD MPH
Épidémiologiste
Centre de Recherches Médicales et Sanitaires
(CERMES)
Épidémiologiste de l'étude

M. Moussa Haladou, MSc
Biostatisticien
Ministère de la Santé
Gestionnaire des données de l'étude

Dr Ngozi l'Aronu
Spécialiste en sciences sociales
University of Nigeria, Nsukka
Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Mme Ijeoma Okoye
Spécialiste en sciences sociales et démographe
University of Nigeria, Nsukka
Spécialiste en sciences sociales de l'étude

M. Chidi Ugwu
Anthropologue
University of Nigeria, Nsukka
Anthropologue de l'étude

M. Nnabuike Osadebe
Spécialiste en sciences sociales
University of Nigeria, Nsukka
Spécialiste en sciences sociales de l'étude

M. Clinton Ezirike
Ingénieur
University of Nigeria, Nsukka
Gestionnaire des données de l'étude et
spécialiste en santé publique

Dr Bona Nwakeoma
Parasitologue
Nnamdi Azikiwe University
Collaborateur du chercheur principal et
spécialiste en santé publique de l'étude

Nigeria (Sud-Ouest)

Dr Oka Obono
Sociologue/Anthropologue
Université d'Ibadan
Chercheur principal

Dr Eme Owoaje
Public Health Physician
Université d'Ibadan
Collaborateur du chercheur principal

Dr Ezebunwa Nwokocha
Sociologue/Démographe
Université d'Ibadan
Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Dr Kobblowe Arikpo
Sociologue/Spécialiste en communication
Université d'Ibadan
Spécialiste en sciences sociales de l'étude

M. Joachim Nwachukwu
Sociologue/MBA
Université d'Ibadan
Adjoint à la recherche

Mme Abosede Odunlami MSc (Sociologie)
Université d'Ibadan
Adjoint à la recherche de l'étude

M. Cyril Ugwuoke
Spécialiste en sciences sociales
Enugu State University of Science
Spécialiste en sciences sociales de l'étude

M. Sylavanus Otioku MSc (Sociologie)
Université d'Ibadan
Adjoint à la recherche de l'étude

M. David Akeju MSc (Sociologie)
Université d'Ibadan
Adjoint à la recherche de l'étude et
gestionnaire de données

Mme Charity Umeokoro MSc (Sociologie)
Université d'Ibadan
Adjoint à la recherche de l'étude

Mme Opeyemi Balogun MSc (Géographie)
Obafemi Awolowo University, Ife

Mme Bolatito Murele MSc (Sociologie)
 Université d'Ibadan
 Adjoint à la recherche de l'étude et gestionnaire
 de données

Nigeria (Nord-Ouest)

Dr Elizabeth Elhassan
 Parasitologue
 Sightsavers
 Chercheur principal

M. Tosin Adekeye
 Spécialiste en sciences sociales
 Ahmadu Bello University
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Dr Felicia Anumah
 Médecin
 University of Abuja, Nigeria
 Spécialiste en santé publique de l'étude

M. Sunday Isiyaku
 Entomologiste
 Sightsavers
 Spécialiste en santé publique de l'étude

Mme Folake Ibrahim
 Statisticien
 Sightsavers
 Gestionnaire des données de l'étude

Dr Felicia Enwezor
 Parasitologue
 Nigerian Institution for Trypanosomiasis
 Research
 Spécialiste en santé publique de l'étude

Dr Hafsat Kontagora
 Spécialiste en sciences sociales
 Kaduna Polytechnic
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Mme Tinuola Olumehen
 Spécialiste en sciences sociales
 Kaduna Polytechnic, Nigeria

Mme Eunice Ohidah
 Spécialiste en sciences sociales
 Kaduna Polytechnic
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Mme Maimuna Abdulrahman
 Spécialiste en sciences sociales
 Kaduna State Media Cooperation

Ouganda

Dr Richard Ndyomugenyi
 Médecin
 Vector Control Division, Ministère de la Santé
 Chercheur principal

M. Asaph Turinde Kabali
 Spécialiste en sciences sociales
 Institute of Social Research, Makerere
 University
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Dr Issa Wone
 Clinicien
 ISED
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

Mme Belinda Lourens
 Spécialiste en sciences sociales
 Directeur de projet
 Consultante

Dr Fred Ntoni Nuwaha
 Médecin
 School of Public Health, Makerere University
 Spécialiste en santé publique de l'étude

M. Firminus Mugumya
 Spécialiste en sciences sociales
 School of Social Sciences, Makerere University
 Spécialiste en sciences sociales de l'étude

M. Alfred Etywom
 Statisticien
 Joint Clinical Research Centre, Kampala
 Gestionnaire des données de l'étude

République centrafricaine

Dr François Banyombo
 Spécialiste en sciences sociales
 Université de Bangui
 Chercheur principal

M. Jean Faustin Piamale
 Démographe
 Ministère du Plan
 Gestionnaire des données de l'étude

Dr Rosine Fioboy
Clinicienne
Ministère de la Santé
Spécialiste en santé publique de l'étude

Dr Josué Ndolombaye
Anthropologue
Université de Bangui
Anthropologue de l'étude

Dr Noure Moukadas
Spécialiste en sciences sociales
Université de Bangui
Spécialiste en sciences sociales de l'étude

République démocratique du Congo (Est)

Professeur Pascal Lutumba, MD, MSc, PhD
Épidémiologiste
Université de Kinshasa
Chercheur principal

Dr Adélard Nkuanzala, PhD
Spécialiste en sciences sociales
Université de Lubumbashi
Sociologue de l'étude

Dr Alain Mpanya, MD, MPH
Épidémiologiste
Ministère de la Santé
Épidémiologiste de l'étude

Mme Mimy Vuna, BA
Spécialiste en sciences sociales
Ministère de la Santé
Épidémiologiste de l'étude

M. Fabrice Datchoua Pountcheu
Anthropologue
Sociologue de l'étude

Dr Jean De Dieu Longo
Épidémiologiste
Ministère de la Santé
Épidémiologiste de l'étude

M. Sylvain Baloji, BSc (Santé communautaire)
Ministère de la Santé
Épidémiologiste de l'étude

Dr Tarcisse Elongo, MD, MPH
Spécialiste en santé publique
Ministère de la Santé
Expert en systèmes de santé de l'étude

M. Hercule Kalonji, BSc (Mathématicien et informaticien)
Spécialiste en technologie
Ministère de la Santé
Gestionnaire des données de l'étude

République démocratique du Congo (Ouest)

Professeur Bruno Lapika, PhD
Sociologue et anthropologue
Université de Kinshasa
Chercheur principal

Professeur Barthelemy Kalambayi, PhD
Démographe
Université de Kinshasa
Cochercheur

Professeur Gudjjiga Gikapa, PhD
Sociologue et anthropologue
Université de Kinshasa
Cochercheur de l'étude

Dr Tarcisse Elongo, MD, MPH
Spécialiste en santé publique
Ministère de la Santé
Expert en systèmes de santé de l'étude

M. Joseph Musiki, BSc
Sociologue et anthropologue
Université de Kinshasa
Adjoint à la recherche de l'étude

Sénégal

M. Salif Ndiaye
Démographe
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)
Chercheur principal

Mme Hélène Benga
Spécialiste en sciences sociales
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)
Cochercheur

Mme Margaret Luther
Consultante Spécialiste en sciences sociales

M. Femi Folorunsho
Économiste consultant
Spécialiste en santé publique de l'étude

M. Ibrahim Seye
Technologie de l'information
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)
Gestionnaire des données de l'étude

M. Amadou Hassane Sylla
Démographe
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)
Assistant technique de l'étude

M. Abdel Kader Diarra
Logisticien
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)
Adjoint à la recherche de l'étude

M. Alpha Missidé Diallo
Statisticien
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)
Adjoint à la recherche

Dr Mame Cor Ndour
Clinicien
Abt Associate
Personne-ressource de l'étude

Secrétariat de l'OMS

Professeur Paul-Samson Lusamba-Dikassa
M. Honorat G.M. Zouré (Gestionnaire et analyste de l'ensemble des données)
Dr Johannes Sommerfeld
Dr Leonard T. Mukenge
Mme Patricia Mensah



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Afrique**