



REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ, LES MOYENS POUR LA SAUVEGARDER OU LA RESTAURER ET LA RESPONSABILITÉ DES ACTEURS AU BURKINA FASO

ANALYSE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE



RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES	3
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES ANNEXES	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
RESUME EXECUTIF	6
INTRODUCTION	8
I. OBJECTIFS DE L'ETUDE	9
1.1. OBJECTIF GENERAL	9
1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES DE L'ETUDE	9
II. QUESTIONS DE RECHERCHE	9
III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	9
3.1. PRESENTATION DE LA DEMARCHE METHODOLOGIE	9
3.2. REVUE DOCUMENTAIRE	10
3.3. SITES, PARTICIPANTS A L'ETUDE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	10
3.4. FORMATION DES ENQUETEURS ET ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES	11
IV. QUELQUES DEFINITIONS CONCEPTUELLES	12
V. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ANALYSE	13
5.1. CARACTERISTIQUES DES REpondANTS	13
5.2. DE LA CONNAISSANCE DE LA CSU	15
5.3. REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA SANTE ET DE LA MALADIE	16
5.4. REPRESENTATIONS SOCIALES DES POPULATIONS DE LA RESPONSABILITE DES ACTEURS IMPLIQUES DANS L'OFFRE DE SOINS	20
5.5. TRAJECTOIRES THERAPEUTIQUES OU PARCOURS DE SOINS	23



RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

5.6.	CONTRAINTES SOCIALES AU DEVELOPPEMENT DE LA CSU	24
5.6.1.	PERCEPTIONS SOCIALES DE LA SANTE ET DE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA CSU	25
5.6.2.	OPINIONS SUR LES STRUCTURES DE SANTE/PERSONNELS ET PROMOTION DE LA CSU	25
5.6.3.	STRATEGIES COMMUNAUTAIRES/ENDOGENES DE SOINS ET PROMOTION DE LA CSU	26
5.7.	LEVIERS POUR UNE MOBILISATION ET PROMOTION DE LA CSU	27
VI.	RECOMMANDATIONS	30
CONCLUSION		31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		32
ANNEXE		33
 LISTE DES TABLEAUX		
Tableau 1 : récapitulatif des profils interrogés et résidences		14
 LISTE DES ANNEXES		
Annexe 1 : Guide d'entretien		33

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020**SIGLES ET ABBREVIATIONS**

ACS	:	Plateforme Africaine Collaborative pour des Solutions de financement de la Santé
AMBF	:	Association des Municipalités du Burkina Faso
AMU	:	Assurance Maladie Universelle
ANEB	:	Association Nationale des Étudiants du Burkina
CM	:	Centre Médical
COGES	:	COmité de GEStion
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion sociale
DES-ICI	:	Démocratie Sanitaire et Implication Citoyenne
MUNASEB	:	MUtuelle Nationale de Sante des Étudiants du Burkina
OCASS	:	Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OSC	:	Organisations de la Société Civile
RAME	:	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels
SYNTSHA	:	SYndicat National des Travailleurs de la Santé Humaine et Animale
UHC	:	Universal Health Coverage
UNAFEHB	:	Union NAtionale des FEmmes Handicapées du Burkina

RESUME EXECUTIF

Atteindre la couverture santé universelle (CSU), constitue de nos jours un mouvement mondial dénommé Universal Health Coverage (UHC 2030). Le Burkina Faso fait partie des pays d'Afrique de l'Ouest où les indicateurs de santé publique restent bas et où l'espérance de vie (56,7 ans en 2006) à la naissance demeure faible. L'engagement politique du pays à atteindre la CSU est matérialisée dans le programme présidentiel traduit dans l'axe 2 du PNDES (plan national de développement économique et social).

Comment expliquer alors la lenteur constatée dans la mise en œuvre de la CSU au Burkina Faso ? Les représentations sociales de la santé/maladie peuvent-elles constituer des contraintes à la promotion de la CSU ? Quelles sont les pratiques sociales pour maintenir la sante ? Quelles sont les stratégies sociales pour la prise en charge des risques santé ? Comment ces stratégies sont-elles négociées au quotidien pour la prise en charge ? Quels sont les points clefs ou les leviers à relever au regard des représentations sociales et le partage des risques en santé pour susciter un mouvement social en faveur de la CSU ?

Cette étude se propose d'apporter des éléments de réponses à ces questionnements autour de quatre points majeurs, (1) les connaissances de la population sur la CSU ; (2) les représentations sociales de la santé et de la maladie ; (3) la gestion de la maladie et le partage des risques ; (4) les leviers à la mobilisation pour la promotion de la CSU.

L'objectif général était d'explorer les dynamiques actuelles des comportements des acteurs individuels et collectifs en matière de partage de risque en santé exploitable pour la création d'un mouvement social pour accélérer la transition vers la CSU.

L'approche méthodologique utilisée est essentiellement qualitative ; mais elle a également associé l'exploitation de la documentation disponible et utile aux définitions conceptuelles, à l'élaboration des outils de collecte des données. Les données ont été produites grâce à des entretiens individuels semi-structurés, des focus groups à l'aide d'un guide d'entretiens élaboré à cet effet. De plus des émissions radiophoniques ont été exploitées. Des discussions informelles ont également été exploitées.

L'étude a été réalisée au niveau des acteurs et décideurs de niveau central et régional. Au niveau national, l'étude a permis de discuter avec une diversité d'acteurs et décideurs du système de santé sur les représentations communautaires de la promotion de la CSU au Burkina Faso. Au niveau régional, les investigations ont concerné les milieux rural (Pabré, Koubri, Tanghin Dassouri) et urbain (Ouagadougou) dans la région du centre qui n'est pas représentative des 13 régions.

En marge des entretiens individuels et de groupes, des émissions radiophoniques interactives (toutes catégories sociales confondues) ont été réalisées par des animateurs qualifiées en trois langues dont deux nationales (jula, mooré) et le français. Les émissions ont été enregistrées et les enregistrements sont disponibles au RAME.

Le guide d'entretien individuel, les focus group et les émissions radiophoniques interactives (grand public) ont permis de recueillir des opinions diverses et plurielles des différents acteurs (y compris des acteurs vulnérables dans l'accès aux soins) en lien avec les objectifs de l'étude.

RAPPORT D'ANALYSE

RAME 2019 - 2020

Les résultats de l'étude montrent une méconnaissance de la CSU par les acteurs communautaires au regard des représentations et des définitions déjà mentionnées. La CSU est développée sans une relation avec les savoirs endogènes des pratiques sociales. C'est le premier goulot d'étranglement de la promotion et du développement de la CSU qui est une amélioration du vécu des citoyens.

La promotion de la CSU n'est pas un facteur défavorisant des pratiques sociales communautaires en matière de santé. Au regard de la définition de la CSU et des perceptions des acteurs communautaires, on observe plus de la complémentarité que d'opposition dans les conceptions.

Cependant, on observe une opposition des pratiques sociales/communautaires et les éléments qui composent la CSU. L'analyse des représentations montre que les acteurs communautaires rejoignent le but de la CSU favoriser l'accès à tous les individus aux services de santé de qualité dont ils ont besoin (utilisation équitable des services) sans encourir à des difficultés financières (protection financière).

La connaissance des acteurs est surtout liée aux stratégies de financement des soins des malades (mutuelles de santé, assurance maladie universelle) qui soulagent les familles en montrant les limites des mécanismes communautaires de solidarité et d'entraide en termes de financement.

La Santé/maladie est appréciée diversement par les populations. Selon les représentations, la santé ou la maladie est le résultat de nos comportements et pratiques tant au niveau individuel que collectif. La santé ou la maladie est également perçue comme le résultat des rapports que l'homme entretient avec la nature, son environnement écologique. Selon cette conception, la santé ou la maladie ne peut être perçue en dehors de certaines normes sociales et de l'environnement physique.

La communication sociale s'avère insuffisante entre les différents acteurs dans la définition et la conception de la CSU ; cela ne permet pas une appropriation du système, d'où des incompréhensions et des obstacles à la promotion de la CSU.

D'autre part, les limites relatives aux mécanismes endogènes sont observées dans la prise en charge de la maladie au niveau communautaire. Cela pourrait être un facteur favorisant le développement de la CSU, mais ces mécanismes accordent moins de place à la mise en œuvre de celle-ci.

En dehors des représentations sociales liées à la santé et à la maladie qui peuvent constituer des facteurs défavorables au développement de la CSU, les résultats montrent qu'il y a des facteurs favorisant la promotion de la CSU, à savoir la santé en tant qu'un bien commun, les stratégies communautaires de solidarité et d'entraide dans le soutien aux malades et les limites y afférentes.

Plusieurs recommandations fortes sont à entreprendre pour une mobilisation conséquente des populations pour la promotion de la CSU. Le RAME (leader) et ses partenaires d'appui technique pourront se charger de la mise en œuvre de ces recommandations.

A l'issue de cette étude une phase de définition et d'identification de messages clés et de canaux de communication sur la CSU sera mise en œuvre à travers l'organisation d'un forum d'idées.

INTRODUCTION

La protection sociale formelle en Afrique s'est implantée grâce au soutien indéfectible des institutions internationales comme la Banque mondiale (Kagambega, 2020). C'est de là que découle la Couverture sanitaire universelle (CSU) présentée par cette dernière, au début des années 1980, comme économiquement néfaste et socialement injuste (Colombet, 2014).

Atteindre la couverture santé universelle (CSU), constitue de nos jours un mouvement mondial dénommé Universal Health Coverage (UHC 2030). C'est un projet piloté par l'OMS et ses partenaires (Banque Mondiale et le Gouvernement du Japon). L'objectif poursuivi à cet effet est « d'amener tous les acteurs concernés (dirigeants des pays, bailleurs de fonds, chercheurs, professionnels de santé et société civile) à entreprendre les mesures correctrices adaptées à chaque pays pour construire des systèmes de santé forts pour la CSU » (Ministère de santé, 2019 : 3).

Le Burkina Faso fait partie des pays d'Afrique de l'Ouest où les indicateurs de santé publique restent bas et où l'espérance de vie à la naissance demeure faible. On note un niveau de la mortalité maternelle élevée avec 330 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité des enfants de moins de 5 ans reste encore forte. Elle est de l'ordre de 81,6% (Kagambega, 2020). Aussi le taux de morbidité est-elle de 10% dans la population générale. Les principales maladies d'importance en santé publique demeurent le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, le VIH/Sida, les IST, la tuberculose, les maladies non transmissibles ainsi que les maladies tropicales négligées. Avec ces indicateurs, le pays n'a sans doute pas pu réaliser les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé. La cause majeure de ce facteur résulte du nombre insuffisant en personnel de santé (un médecin pour 15 518 habitants alors que la norme OMS est d'un médecin pour 10 000 habitants) (Kagambega, 2020).

Pourtant, depuis 1960, le droit à la santé pour chaque burkinabè a été consacré dans toutes les Constitutions. Ce droit, aujourd'hui subjectif, est encore rappelé (art. 26) dans la Constitution de 2012 en ces termes : « le droit à la santé est reconnu. L'État œuvre à le promouvoir ». (Kagambega, 2020). De plus, l'engagement politique du pays à atteindre la CSU est matérialisée dans le programme présidentiel traduit dans l'axe 2 du PNDES (plan national de développement économique et social) avec les trois premiers effets attendus à savoir : (i) l'accès aux soins de santé de qualité est garanti à tous, (ii) l'accélération de la transition démographique, et (iii) l'alimentation et la nutrition en faveur des groupes spécifiques comme les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes.

Comment expliquer alors la lenteur constatée dans la mise en œuvre de la CSU au Burkina Faso ? Les représentations sociales de la santé/maladie peuvent-elles constituer des contraintes à la promotion de la CSU ? Quelles sont les pratiques sociales pour maintenir la sante ? Quelles sont les stratégies sociales pour la prise en charge des risques santé ? Comment ces stratégies sont-elles négociées au quotidien pour la prise en charge ? Quels sont les points clefs ou les leviers à relever au regard des représentations sociales et le partage des risques en santé pour susciter un mouvement social en faveur de la CSU ?

Cette étude se propose d'apporter des éléments de réponses à ces questionnements autour de quatre points majeurs, (1) les connaissances de la population sur la CSU ; (2) les représentations sociales de la santé et de la maladie ; (3) la gestion de la maladie et le partage des risques ; (4) les leviers à la mobilisation pour la promotion de la CSU.

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1. Objectif général

L'objectif général est d'explorer les dynamiques actuelles des comportements des acteurs individuels et collectifs en matière de partage de risque en santé exploitable pour la création d'un mouvement social pour accélérer la transition vers la CSU. Pour mieux cerner ces dynamismes, nous avons scindé cet objectif général en quatre objectifs spécifiques.

1.2. Objectifs spécifiques de l'étude

- Analyser les représentations qu'ont les populations de la santé et de la maladie, des moyens pour y accéder et la sauvegarder ou la restaurer ;
- analyser les représentations sociales de la responsabilité des acteurs impliqués dans l'offre de soins ;
- obtenir des informations sur la façon dont les individus et les groupes sociaux interagissent et agissent sur les stratégies (communautaires endogènes) de partage de risque en santé ;
- identifier les leviers, liés aux représentations de la santé et aux interactions dans le partage de risque en santé, exploitables pour susciter un mouvement social en faveur de la CSU ;
- proposer des orientations de stratégies comprenant des canaux et les messages clés capables d'assurer une mobilisation des populations sur les questions de la santé de la CSU.

II. QUESTIONS DE RECHERCHE

Quatre rubriques sont traitées au regard des objectifs spécifiques.

- Quelles sont les représentations sociales de la santé et de la maladie ? Quelles sont les pratiques sociales pour les maintenir ?
- Quelles sont les perceptions des populations de la responsabilité des acteurs impliqués dans l'offre de soins ?
- Comment les familles se mobilisent-elles pour la prise en charge des malades ? Ou quelles sont les stratégies développées au quotidien pour la prise en charge des malades ?
- Quels sont les points clefs ou les leviers à relever au regard des représentations sociales et le partage des risques en santé pour susciter un mouvement social en faveur de la CSU ?

III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Il s'agit de fournir dans cette partie les éléments constitutifs de l'approche méthodologique adoptée pour rendre compte des objectifs de l'étude.

3.1. Présentation de la démarche méthodologie

L'approche méthodologique utilisée est essentiellement qualitative ; mais elle a également associé l'exploitation de la do



cumentation disponible et utile aux définitions conceptuelles, à l'élaboration des outils de collecte des données. Les données ont été produites grâce à des entretiens individuels semi-structurés, des focus groups à l'aide d'un guide d'entretien élaboré à cet effet. De plus des émissions radiophoniques ont été exploitées. Des discussions informelles ont également été exploitées.

Cette approche a permis d'investiguer en profondeur sur les représentations sociales de la sante, de la maladie, de la gestion de la maladie et autres relatifs aux objectifs de l'étude. Cela va permettre de comprendre la situation en termes de promotion et de développement de la CSU.

3.2. Revue documentaire

La revue documentaire a porté sur l'exploitation de documents disponibles sur les représentations sociales et la politique nationale en matière de la CSU, de l'AMU et de leur mise œuvre au Burkina Faso. Des documents tels que des articles, des rapports d'études ont également fait l'objet d'une exploitation.

L'exploitation de toute cette documentation a contribué à obtenir un aperçu de l'état des lieux de la CSU, de l'AMU et de capitaliser les informations existantes sur l'engagement des acteurs au Burkina Faso. Ce travail préliminaire a été utile, car il a permis de redimensionner et de recentrer les préoccupations en tenant compte des principaux acquis consignés dans la littérature en lien avec la CSU.

3.3. Sites, participants à l'étude et outils de collecte des données

L'étude a été réalisée au niveau des acteurs et décideurs de niveau national et régional. Au niveau national, l'étude a permis de discuter avec une diversité d'acteurs et décideurs du système de santé sur les représentations communautaires de la promotion de la CSU au Burkina Faso. Au niveau régional, les investigations ont concerné les milieux rural (Pabré, Koubri, Tanghin Dassouri) et urbain (Ouagadougou) dans la région du centre qui n'est pas représentative des 13 régions.

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

Pour la collecte des données, étant donné qu'il s'agit d'une enquête qualitative, le ciblage des personnes interrogées a été fait de façon raisonnée. Les participants touchés par l'étude proviennent des organisations de la société civile (Associations/ONG, syndicat), de structures de santé et des comités de gestion des centres de santé (COGES) ; des acteurs clés engagés comme des artistes ont été interrogés pour apporter leur contribution à l'étude.

En marge des entretiens individuels et de groupes, des émissions radiophoniques interactives (toutes catégories sociales confondues) ont été réalisées par des animateurs qualifiés en trois langues dont deux nationales (jula, mooré) et le français. Les émissions ont été enregistrées et les enregistrements sont disponibles au RAME.

Le guide d'entretien individuel, les focus group et les émissions radiophoniques interactives (grand public) ont permis de recueillir des opinions diverses et plurielles des différents acteurs en lien avec les objectifs de l'étude.

Les données collectées à l'aide de ces techniques auprès des cibles nous ont permis d'apprécier leurs connaissances, perceptions et leur niveau d'engagement et d'implication dans le processus de mise en œuvre de la CSU de même que leurs suggestions pour la promotion de celle-ci.

3.4. Formation des enquêteurs et organisation de la collecte des données

L'opérationnalisation de la collecte sur le terrain a nécessité le recrutement et la formation de huit assistants (2 assistantes et 6 assistants) de niveau master en sociologie et aguerris aux techniques de collecte de données qualitatives. La formation qui s'est déroulée pendant deux jours dans la salle de réunion de RAME a permis d'harmoniser les compréhensions des questions et la manière d'administrer le guide en fonction de la langue utilisée. Un pré-test a permis de lever les grandes difficultés de terrain en termes d'approche des enquêtés-es mais aussi de praticabilité de l'outil. La formation a été l'occasion d'adopter des stratégies de communication (appels téléphoniques, lettres d'accréditation du RAME) pour organiser les focus groups et les entretiens individuelles.

Par ailleurs, un point essentiel de la formation a été l'insistance des consultants sur la nécessité absolue de respecter les mesures barrières du Covid-19 telles qu'éditées par le ministère de la Santé et qui ont été appliquées tout au long de la formation. Pour clore la session, les assistants ont été répartis à raison de deux pour l'animation des entretiens individuelles et en groupes. Il est à noter que les consultants ont supervisé et facilité l'opération surtout la rencontre avec certains acteurs à interroger. Les entretiens ont été enregistrés sur une bande magnétique.

3.5. Traitement et analyse des données

Les entretiens individuels et en groupe ont été retranscrits. Par un dépouillement manuel, les différents discours ont été classés par thème, sous-thèmes et par cible. Le contenu des émissions radiophoniques réalisées en jula, mooré et français a été transcrit et exploité suivant les thèmes abordés. A l'issue de cela, les tendances des opinions des enquêtés ont été dégagées pour une analyse de contenu.

L'analyse et la rédaction du rapport ont procédé par triangulation des informations recueillies qui ont été exploitées suivant le plan d'analyse en lien avec les objectifs de l'étude. Les données ont été saisies sur le logiciel de traitement Word.

3.6. Difficultés, limites et questions éthiques de l'étude

- Les difficultés majeures rencontrées ont été imputables aux trois situations suivantes :
- L'information administrative tardive par courrier (lettre d'accréditation) adapté aux acteurs n'a pas facilité l'accès à ces derniers d'où des retards dans le processus de collecte de données ;
- L'organisation des focus groups a pris beaucoup plus de temps surtout lorsqu'il a fallu téléphoner plusieurs fois aux membres pour avoir des rendez-vous ;
- L'enregistrement des entrevues a été refusée par certaines personnes interrogées.
- Les émissions radiophoniques ont constitué une source de recueil intéressante (au-delà de la zone de couverture de l'étude) de données qualitatives surtout pendant des périodes de crises sécuritaires et de santé. Cependant, elles sont limitées au regard des différents profils non précisés (usagers communautaires) intervenant dans l'animation.

La limite majeure se traduit par le fait que les opinions des acteurs interrogés ne peuvent être généralisées. Cependant, au regard de la diversité des acteurs interrogés et des techniques utilisées, les données obtenues constituent une photographie des opinions sur la CSU au niveau national.

Quant aux questions éthiques, l'anonymat des personnes interrogées a été respecté et des frais de déplacements et de collation ont été remboursés aux participants.

IV. QUELQUES DEFINITIONS CONCEPTUELLES

Ce point relève quelques définitions conceptuelles sur la CSU et les représentations sociales en rapport avec la problématique de l'étude.

4.1. Couverture Santé Universelle (CSU)

La CSU est née du postulat que la couverture du risque financier et la disponibilité de services de santé efficaces améliorent la santé et la productivité de la population et contribuent donc considérablement au développement économique et social. Elle semble avoir l'avantage de répondre au problème de la disponibilité, de l'accessibilité financière et de la qualité des services de santé nécessaires. La CSU correspond à des objectifs sanitaires et sociaux spécifiques : elle a pour but de favoriser l'accès à tous les individus aux services de santé de qualité dont ils ont besoin (utilisation équitable des services) sans encourir des difficultés financières (protection financière). La CSU favorise donc l'exercice du droit à la santé en tant que droit de l'homme, en dissociant l'accès aux services de la capacité à payer.

Ce droit est consacré par la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et, de plus en plus, par de nombreuses Constitutions ou Lois nationales qui reflètent ainsi des valeurs sociales universelles telles que la sécurité humaine, la cohésion sociale et la solidarité. Pour parvenir à la CSU, plusieurs facteurs indispensables sont à réunir.

- Un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés, centrés sur les personnes (y compris des services spécialisés dans le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant) ;

- L'accès aux médicaments et aux technologies essentiels pour diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux ;
- Des effectifs suffisants de personnels de santé bien formés et motivés pour dispenser les services et répondre aux besoins des patients en se fondant sur les meilleures données factuelles disponibles.

4.2. Représentations sociales

L'étude des représentations sociales et/ou collectives a été introduite dans les sciences sociales par Durkheim (1898). Ce dernier dégage, dans la notion, des spécificités au regard des représentations individuelles et collectives.

Abric (1976) traitant des représentations sociales, propose la théorie du noyau central : selon ce modèle, une représentation sociale s'organise autour d'un noyau central, composant fondamental qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. Ce noyau est consensuel et collectivement partagé. La cohérence et la stabilité en sont les caractéristiques qui lui permettent de résister aux changements.

D'autres éléments, dits « périphériques », s'organisent autour de ce noyau central. Il s'agit du système central et du système périphérique. Le premier constitue le fruit des déterminismes historiques, symboliques et sociaux et qui structure les pensées relatives à l'objet, en prise avec les contingences quotidiennes. Quant au second, il permet l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés. Par cette approche, Abric distingue quatre fonctions principales des représentations sociales à savoir : une fonction de savoir, une fonction identitaire, une fonction d'orientation et une fonction justificatrice. Au regard des différentes définitions, on s'accorde avec Jodelet, que la représentation sociale est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989 : 49).

C'est l'analyse des représentations sociales en lien avec la promotion de la CSU qui constitue le point central de l'étude.

V. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ANALYSE

Cette partie présente les résultats c'est-à-dire les différentes opinions recueillies auprès des personnes interrogées. Elle est constituée de plusieurs points en lien avec les objectifs de l'étude.

5.1. Caractéristiques des répondants

L'étude a été réalisée avec des décideurs de niveau national et d'acteurs au niveau régional.

Au total 13 focus group (4 en milieu rural et 9 en zone urbaine) et six entretiens individuels ont été réalisés. Il s'agit de personnels de santé, de représentants/responsables d'organisations de la société civile (Associations/ONG/Syndicats), des comités de gestion (COGES) des centres de santé au niveau périphérique, des leaders d'opinions engagés (artiste), des personnes vulnérables, et des jeunes filles/garçons dont l'âge est compris entre 18 et 25 ans. Au total 117 participants (entretiens individuels et focus groups) dont 55 femmes (47%) et 62 hommes (53%) ont pris part à la réalisation de l'étude.

Le tableau ci-dessous présente une vue détaillée des profils des personnes interrogées, du nombre et des différentes résidences.

Tableau 1 : récapitulatif des profils interrogés et résidences

NIVEAU NATIONAL		
Profils	Nombre	Lieux/Résidences
Membres Association Nationale des Étudiants du Burkina (ANEB)	7	Ouagadougou
Représentant du SYNTSHA	1	Ouagadougou
Représentant Association des Municipalités du Burkina Faso (AMBF)	1	Ouagadougou
Artiste engagé	1	Ouagadougou
Responsable Contact hors limite (Association Hôpital Yalgado)	1	Ouagadougou
Membres /étudiant-e-s MUNASEB	6	Ouagadougou
Association de femmes handicapées du Burkina	12	Ouagadougou
Association des femmes tisseuses (secteur informel)	10	Ouagadougou
Membres garagistes	6	Ouagadougou
Association des tailleurs/couturiers	10	Ouagadougou
Association de malades du diabète	14	Ouagadougou
Personnels de santé	2	Ouagadougou
Total national	71	
NIVEAU REGIONAL		
Association de jeunes	6	Tanghin Dassouri/rural
Jeunes filles/garçons (18 ans-25 ans), secteur 29	9	Ouagadougou
Groupements de femmes et hommes en zone non lotie, Nioko 1	7	Ouagadougou
Groupement Hommes/femmes	7	Pabré
Association Wendpanga	12	Koubri
COGES	5	Pabré/rural
Total participants-régional	46	
Total général participants	117	

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



Copyright Pexels 2021

Trois émissions radiophoniques interactives ont été réalisées en jula, mooré et français par une radio émettant sur l'ensemble du territoire national. A cet effet 13 intervenants en mooré, 24 en jula et 12 en français ont été enregistrés.

5.2. De la connaissance de la CSU

La plupart des participants interrogés n'ont pas une connaissance de la couverture santé universelle (CSU). Parmi ceux qui ont une connaissance de la CSU, il y en a qui ont une assez bonne connaissance et pour d'autres elle est partielle. Les connaissances font références aux mutuelles de santé ou à l'assurance maladie universelle.

Pour certaines personnes interrogées, elles ont une connaissance de la CSU à travers différents canaux de communication tels radio, télévision, amis au quartier, bénéficiaires d'assurance maladie, ONG et d'autres associations. Ainsi la CSU se définit comme,

« Un ensemble de solutions financières ou matérielles qui seront mis en œuvre pour essayer de résoudre le problème de santé dans la société et que les produits soient disponibles, abordables pour tout citoyen lambda » (BH).

Pour d'autres, c'est une politique gouvernementale pour susciter un esprit de solidarité entre les biens portants et les malades. Interrogé sur le sujet, TA (participante au focus membres d'une mutuelle) fait ressortir que la CSU est,

« Pour moi c'est une politique que le gouvernement veut mettre en place pour amener les burkinabè à avoir un esprit d'entraide entre ceux qui sont malades et ceux qui ne sont pas malades pour survenir aux besoins de ceux qui sont malades. »

Dans le même ordre d'idées, des étudiants définissent la CSU comme une politique qui permet à tous (pauvres ou riches) d'avoir accès à des soins de santé à un prix réduit dont 80% pris en charge par l'Etat et les 20% par le patient. Cela à l'image de la mutuelle de santé dont ils sont bénéficiaires.

D'autres affirment que la couverture santé universelle c'est faire en sorte que l'ensemble de la population ait accès aux services de santé préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Ces propos concernent plus la mutuelle de santé qui est un maillon de la CSU. C'est donc une politique qui tend à faciliter l'accès aux soins de toute la population dans ses différentes composantes.

Enfin des acteurs interrogés connaissent le projet gouvernemental en matière d'assurance maladie universelle ; la situation géographique du bâtiment qui est censée abriter cette institution, les textes sur la mise en place de la CSU, la mise en place de la caisse et du conseil d'administration.

Ceux qui ont une connaissance partielle, sont ceux qui connaissent les systèmes d'assurances maladies sans le lier directement à la CSU. C'est le cas de certains membres de structures syndicales,

« Moi personnellement je n'ai pas entendu parler de couverture santé universelle, mais si c'est une assurance maladie oui et ça je peux citer UAB, MUNASEB, SONAR. Mais couverture santé universelle organisée par l'État non. »

Il y a également ceux qui évoquent l'existence de mutuelles de santé, d'associations et d'ONG qui s'occupent de la gratuité des soins des usagers. Ainsi, pour le groupement d'hommes et femmes de Pabré, il y a une ONG ASMADE/APIIL qui s'occupe de la santé des personnes vulnérables dans au moins trois communes dont Pabré, Koubri et Ouagadougou y compris. Enfin, il y en a qui ont entendu parler sans avoir une bonne connaissance du contenu comme l'a affirmé un jeune enquêté en milieu rural,

« en tout on a entendu parler dans les médias mais le contenu on ne sait pas ce qui est dedans. ».

Certains enquêtés affirment avoir entendu parler de l'assurance maladie et de la couverture santé à travers différents canaux de communication (radio, télévision, amis ONG, et d'autres associations telles que l'ABEPAM).

On retient que la CSU n'est pas connue de la plupart des acteurs interrogés et ces connaissances varient en fonction de l'expérience vécue et des informations reçues à travers les médias. Mais d'une manière générale, les participants à l'étude connaissent plus les mutuelles de santé et l'AMU que la CSU.

5.3. Représentations sociales de la santé et de la maladie

• Représentations sociales de la maladie

Il ressort des discours recueillis que les représentations de la santé et de la maladie sont liées aux croyances, au sacré (lieux sacrés, transgression d'interdits lignagers/claniques), aux principes divins, aux phénomènes mystiques ou métaphysiques.

• Opinions des usagers adultes interrogés

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

La maladie peut être soit la conséquence d'une malédiction soit d'un sort jeté à une personne par les hommes méchants, comme l'a exprimé un enquêté,

« Souvent les gens disent que la maladie est une fatalité, ou bien un sort qu'on jette à quelqu'un. Par exemple couper une forêt qui sert de lieu de rites, c'est par exemple le cas de certains malades mentaux chez les Dagara, se soulager dans un lieu sain. » (Focus group hommes/femmes, zone non lotie Nioko 1)

Une personne peut lancer un sort sur un autre individu (nooré) et provoquer une maladie sur lui, comme l'affirme un répondant (BH),

« Les gens n'ont pas les mêmes compréhensions de la maladie. D'autres vont penser que ma maladie c'est un tel qui m'a envoûté et d'autres vont penser aussi que ma maladie est due au fait qu'il y a des inconvénients et que c'est à cause de ces inconvénients que je suis malade. »

Un participant aux émissions radiophoniques (Bobo-Dioulasso) aborde dans le même sens, « on a les sors jetés par des gens. Ce genre de maladies si tu pars à l'hôpital ils ne pourront pas avoir des médicaments pour toi ». Un autre intervient en disant,

« Je veux parler des maladies qu'on ne peut pas soigner à l'hôpital ; on a les hémorroïdes, car il y a une femme qui disait qu'elle avait les hémorroïdes ; elle a traité ça à l'hôpital fatiguer mais c'est les produits traditionnels qui ont traité son mal. Sinon dans notre zone, il y a ces tradipraticiens, si ce n'est pas là-bas sinon à l'hôpital on ne peut pas. »

Dans le même ordre d'idées, la maladie relève des états physiques et psychologiques ou moraux des individus. Elle est une souffrance et une privation des capacités d'agir, de mobilité et de travailler,

« on est malade lorsqu'on se sent incapable de travailler » (focus group hommes/femmes, zone non lotie Nioko 1).

• Opinions des jeunes filles/garçons interrogé-e-s

Il ressort aussi des propos que la maladie dépend des comportements, des pratiques en matière d'hygiène. Pour ces enquêtés, la maladie se définit comme étant le manque d'hygiène, la mauvaise alimentation, donc la conséquence de comportements non adéquats, comme l'attestent les membres du focus group jeunes filles/garçons,

« Chez nous dans nos communautés locales il y a les questions de propreté, c'est des manières mécaniques voilà, mais qui ont un sens et quand même on remarque une petite différence avec le milieu urbain. »

Il y a aussi des maladies comme kinkiribānga, zindāmb-bānga qui sont perçues comme étant des maladies relevant des dieux ou des génies.

• Représentations sociales de la santé

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

Quant à la santé, la quasi-totalité des répondants (adultes/jeunes) la perçoit comme un bien-être collectif/commun. De ce fait, elle est un bien commun, car elle dépend de l'environnement physique et social, c'est-à-dire de l'hygiène et de nos relations avec la nature,

« On est tous responsables de la santé des uns et des autres avec ce que nous faisons tout autour de nous. Si par exemple devant nos cours dans les rues on jette nos ordures et les eaux sales, cela peut avoir une conséquence sur la santé de la communauté tout entière » (Participant, focus group, personnes vivant avec un handicap).

« Parce que quand on parle de santé, c'est nous même d'abord en réalité. Aujourd'hui quand on fait un tour dans les différentes concessions, mais c'est grave. Il n'y a pas d'hygiène autour de nous, que ce soit dans nos concessions, aux devantures des portes ou en ville il n'y a pas d'hygiène. » (Participant, émissions radiophoniques sur la CSU).

Ces propos sont également corroborés par un responsable d'Association en santé,

« Si tout autour de vous, vous avez des poubelles partout, des eaux usées cela constitue des nids de production de certains agents pathogènes tels que les moustiques et autres qui causent beaucoup de maladie. »

Abordant dans le même sens, des usagers interrogés déclarent que la santé est un état de ressenti physique et corporel ; elle est le fait de ne pas être en difficulté dans son environnement social, comme l'ont évoqué des répondant-es,

« On est en bonne santé lorsqu'on est capable physiquement et moralement de faire ce qu'on veut comme activité » ; « la santé est un bien-être physique et moral, un ressenti et aussi un confort de la vie » ; « ... être en bonne santé c'est aussi le fait de vivre en paix avec son environnement social, c'est-à-dire ne pas avoir de problème avec autrui, respecter les coutumes de sa communauté et aussi les règles religieuses. »

En résumé, la santé et la maladie sont perçues différemment en fonction des comportements, des individus ou des catégories sociales dont la plupart sont des vulnérables. La santé ou la maladie dépendent des dieux ou des environnements sacrés ou encore de mauvais sorts, ce qui relève parfois de l'individuel ou du groupe familial/lignager. La santé demeure alors un bien collectif à préserver.

Ces perceptions sociales sont à prendre en compte dans la définition d'un système de prise en charge de la santé et de la maladie des populations, surtout pour des catégories sociales vulnérables qui considèrent que les deux phénomènes doivent être gérés de manière collective. Cependant, quels sont les moyens pour y accéder, les sauvegarder ou les restaurer ? Reconnaissant que la santé demeure un bien commun par les acteurs interrogés, plusieurs mécanismes ont été proposés pour son maintien et sa sauvegarde de façon individuelle et collective.

De façon individuelle, il ressort des opinions que le contrôle de son alimentation, la pratique du sport, le port de vêtements moins serrés et le contrôle régulier de son état de santé dans une structure de santé sont entre autres des mécanismes préconisés pour préserver sa santé.

« Pour maintenir ma santé par exemple, je ne consomme pas du cube magie et en lieu et place de celui-ci je consomme

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

beaucoup du soumbala qui est très bon pour la santé et je consomme moins du sucre pour éviter d'avoir le diabète » (Participant, focus group, personnes vivant avec un handicap).

Une autre personne interrogée dit ceci,

« moi souvent je laisse ma moto et prend mon vélo chaque matin ; je fais une course de quelques kilomètres pour ma forme physique avant de vaquer à mes occupations quotidiennes ».

Abordant dans le même sens, des acteurs voient certaines pratiques culturelles comme une manière de préserver sa santé. C'est le cas notamment des propos d'un membre d'une association de santé qui voit en la danse des masques et la lutte traditionnelle une manière de faire du sport et de préserver sa santé. Pour les participants au focus group des hommes et femmes de Pabré, la santé est aussi le respect des coutumes, des lieux sacrés et autres, c'est-à-dire une bonne communication entre le visible et l'invisible.

Au niveau collectif, les enquêtés affirment que pour se maintenir en bonne santé, il y a des règles à respecter en matière d'hygiène alimentaire et environnementale. Tous sont unanimes que les règles de l'assainissement au niveau individuel, familial/lignager, collectif et environnemental sont nécessaires pour se prémunir de la maladie.

En effet, ils soulignent qu'un environnement sain est source de bonne santé (propreté collective, gestion des ordures des lieux publics, etc.). Ainsi l'eau de consommation mise à la disposition de la population peut être source de maladie pour tous si elle n'est pas potable. Un répondant (Ouagadougou) déclare,

« Ceux qui ont les moyens ne boivent pas l'eau de robinet, ceux qui sont à Ouagadougou quand ils partent au village et boivent l'eau de puits ils tombent malades, c'est à dire que l'eau est différente. »

D'autres pratiques telles que la distanciation avec les personnes atteintes de maladies contagieuses, dormir sous une moustiquaire, porter un masque, mettre en pratique les conseils des agents de santé ont été également évoquées par les répondants.

De ce point de vue, la source de la maladie est donc liée à un manque d'hygiène, tant du cadre de vie, corporel et alimentaire, comme l'ont souligné les participants au focus group, association des couturiers,

« On ne fait pas attention à la nourriture, on mange au hasard donc c'est ce qui fait qu'on tombe beaucoup malade. »

D'après les enquêtés, le manque de sport est aussi une source de maladie. Avec le focus group des jeunes filles et garçons du quartier, on retient que,

« Dans nos communautés locales, il y a les questions de propreté, c'est des manières mécaniques voilà, mais qui ont un sens et quand même on remarque une petite différence avec le milieu urbain. La santé est un élément très important qui entre dans les manières de penser » (focus group jeunes filles et garçons 18-25 ans du quartier).

Selon les participants à l'étude, les aspects préventifs ou promotionnels tant au plan médical que social endogène/communautaire pour maintenir sa santé demeurent nécessaires pour contribuer au développement de la CSU et gérer au mieux la santé et la maladie.

« En Afrique pour l'équilibre du cosmos [visible et invisible] il faut respecter certains principes de la coutume, de la tradition et de la culture de façon générale. Vous pouvez avoir une bonne alimentation et des bonnes pratiques sportives mais si vous ne respectez pas certaines traditions vous pouvez être frappés par la maladie. Donc mystiquement aussi il y a des règles à respecter. » (focus group, jeunes filles et garçons 18-25 ans, du quartier).

On observe que les connaissances de la CSU sont embryonnaires au regard des opinions des personnes interrogées. Cependant, les éléments cités tels que l'assainissement, l'eau de consommation, un environnement physique et social sain, les pratiques d'hygiène, alimentaires, de sport, etc. font partie intégrante de la CSU. Tous ces propos montrent que la santé et la maladie ne sauraient être l'affaire des seuls acteurs communautaires, qui estiment que les personnels de santé ont aussi une part de responsabilité en tant qu'acteurs impliqués dans l'offre de soins.

5.4. Représentations sociales des populations de la responsabilité des acteurs impliqués dans l'offre de soins

En ce qui concerne la responsabilité des agents de santé, les opinions des participants sont partagées et trois groupes se distinguent.

a. Le personnel de santé est responsable

Pourquoi le personnel est-il responsable de la santé des individus ? D'après les participants à l'étude, lorsqu'on est malade c'est vers le personnel de santé qu'on s'oriente et notre façon de retrouver la santé dépend de comment les agents vont s'occuper du malade et de la maladie.

« Par exemple si tu es malade et tu vas à l'hôpital et arriver si celui qui doit te soigner te reçoit mal ou te néglige cela ne fait qu'augmenter ta maladie et ta peine ; tu peux même arriver sur rendez-vous et trouver que ton soigneur n'est pas là, alors que ta maladie s'aggrave et on te dit de revenir la semaine prochaine et si avant cette semaine tu meurs ; qui est responsable ? On va dire que c'est Dieu alors que le soigneur y est pour quelque chose. » (Focus group, tisseuses, Ouagadougou).

Ainsi la majorité des répondants affirme que les agents de santé sont les premiers responsables de la santé des individus car pour eux ils sont les spécialistes en matière de santé et doivent consentir des efforts dans ce sens. Ils doivent donner les bonnes informations pour amener les populations à adopter des changements de comportements favorables à la santé.

b. Le personnel de santé n'est pas le seul responsable de la santé des individus

Pour ces personnes interviewées, le personnel de santé a une part de responsabilité dans la santé des individus, toute la responsabilité ne leur revient pas. L'individu est également responsable de sa santé.

« Moi je pense qu'il faut que chacun prenne sa santé à bras le corps avant d'aller voir l'agent de santé. L'agent de santé est juste là pour nous donner des indications à titre préventif et curatif, mais il faudra prévenir la maladie chez toi-même d'abord avant d'arriver chez l'agent de santé. » (Promoteur, mutuelle de santé, Ouagadougou).

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



« Pour moi la santé de l'individu dépend de comment se comporte l'individu. Par exemple en cas de maladie si tu pars à l'hôpital et on prescrit des produits et tu ne les prends pas convenablement et que ta maladie s'aggrave ça ce n'est pas la faute à un infirmier. » (Responsable Association, Ouagadougou).

« Les différents restaurant qu'on a dans la ville là, essayer de voir comment ils font la nourriture, comment ils vendent la nourriture ? Vous allez comprendre, le citoyen lambda est obligé de manger parce qu'il a faim. Il n'y a pas de contrôle, la League des consommateurs ne fait plus son travail encore ; mais partez dans les boulangeries, les gens font ce qu'ils veulent, il n'y pas de contrôle. Tout ça, c'est nous, notre responsabilité avec la misère » (Participant, émissions radiophoniques sur la CSU).

Abordant dans le même sens, un membre de l'association des jeunes de Tanghin-Dassouri affirme,

« Il n'y a pas de meilleur docteur que soi-même et à un autre d'ajouter que chaque individu à sa politique de santé et que l'agent de santé n'est un accompagnateur. Je pense que la santé est d'abord individuelle avant d'être collective. » (Focus group, MUNASEB). »

L'individu lui-même est d'abord responsable et on peut dire que les personnels de santé maintenant sont responsables à 30% (focus group jeunes filles et garçons du quartier).

c. Le personnel de santé n'a aucune responsabilité dans la santé des individus.

Les répondants de ce groupe dégagent les agents de santé de toute responsabilité dans la santé des individus.

Je ne pense pas que les personnels de santé soient les responsables de la santé des individus. Les agents de santé sont des gens à qui la société a délégué des responsabilités et des ressources afin de nous aider à améliorer notre santé mais ils ne sont pas responsables de notre santé. Ils sont simplement des gens qui nous accompagnent dans notre quête de santé.

(Responsable d'Association de santé).

Cet avis est aussi partagé par des participants d'un focus group d'association de santé (Pabré), qui considèrent que les agents santé ne sont que de simples accompagnateurs. A ce titre un participant affirme que,

« la santé de chaque individu est dans sa propre main et la santé d'ailleurs est une affaire de Dieu ».

Les acteurs interrogés ont diversement apprécié les agents de santé. Si la quasi-totalité des répondants a loué les efforts fournis par le personnel de santé dans l'exercice de ses fonctions, il demeure que des griefs ou des reproches leurs sont adressés.

C'est ainsi que ce répondant trouve que souvent les personnels de santé accueillent mal et sont trop négligents vis-à-vis des personnes vivantes avec un handicap. Ils ont souvent des comportements qui stigmatisent ou discriminent les usagers, surtout les personnes vulnérables.

« Je trouve certains agents de santé trop négligents vis-à-vis de nous. Je ne sais s'ils ont peur de nous du fait de notre trait physique. Quand je suis allé pour mon accouchement, l'agent de santé m'a dit de monter sur la table d'accouchement tout en sachant que mes pieds ne permettent pas je lui ai dit que je ne peux pas et il m'a répondu, débrouilles toi ; il y'a des gens comme toi qui arrive à monter sur cette table. Ce jour, j'ai mal vécu cette situation et j'ai fondu en larme. » (Participante, focus group, personnes vivant avec un handicap).

« Moi je suis albinos souvent quand je pars pour des soins je sens que l'agent n'a pas envie de s'occuper de moi et je sens qu'il n'a même pas envie de toucher ma peau et ça je trouve que c'est une discrimination. » (Participant focus group, personnes vivant avec un handicap).

En plus du mauvais accueil et de la négligence, d'autres griefs ont été évoqués notamment, les rackets, l'absentéisme et la mauvaise gestion notamment la mauvaise gouvernance des structures de santé.

« Dans certains centres de santé par exemple l'accueil n'est pas ça. On entend les gens se plaindre que dans tel service de santé l'accueil n'est pas ça » (Focus group, MUNASEB).

Moi j'ai l'impression que souvent les agents de santé ne sont pas patients avec leurs patients, donc il y a des moments où on remarque que tout le monde n'est pas au même niveau d'information, et il y a aussi des cas où les patients quand ils arrivent à l'hôpital avec leurs accompagnants, les agents de santé ne prennent pas le soin ou la patience d'expliquer aux malades comment ça va se passer et c'est vraiment des difficultés que les gens vivent. (K A, entretien individuel, Ouagadougou). Au regard de ces représentations qui font intervenir des normes sociales ou des valeurs morales/éthiques (en termes de subjectivité) et des pratiques (conditions objectives) les répondants ont mentionné des rôles attendus des agents de santé.

« Par exemple le cas du Covid, c'est de rassurer aux gens que vraiment il y a la maladie et de leur amener à adopter des comportements qui ne vont pas les exposer. Donc c'est la sensibilisation, c'est l'accompagnement, on voit qu'il y a de ces agents aussi qui ne sont pas prêts vraiment pour accompagner les malades donc dans ce sens-là aussi ils doivent comprendre qu'ils sont là pour accompagner les malades et aussi les populations. » (Participant, Focus group MUNASEB, Ouagadougou)

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



En résumé, voici quelques attentes formulées par les répondants pour une meilleure gouvernance dans l'approche centrée sur la personne.

- Améliorer leurs manières d'accueillir et de se comporter avec les gens en général et en particulier les personnes vivantes avec un handicap ;
- être des agents sensibilisateurs et de conseillers des patients ;
- respecter les patients pour une prise en charge effective sans discrimination ;
- être disponible pour toute éventuelle demande ;
- être à l'écoute des patients pour une meilleure collaboration ;
- encourager, être gentils avec les patients ;
- être toujours à leur poste à l'heure ;
- avoir l'amour de leur travail ;
- faire des examens avant de prescrire les ordonnances.

Ces représentations sociales des personnels de santé montrent bien les limites de la promotion de la CSU au Burkina Faso. Bien que la santé soit un bien commun, les personnes interrogées estiment que les personnels de santé ont des comportements qui ne sont pas favorables à la promotion et au développement de la CSU qui fait de la santé un bien commun « One Health ». Ce caractère, ce bien commun engendre non seulement une gestion individuelle mais aussi collective.

5.5. Trajectoires thérapeutiques ou parcours de soins

« On reste à la maison on fait des décoctions, on se lave avec et on boit » (participant, émission radio).

Tout comme les représentations sociales relatives à la santé et à la maladie, les trajectoires ou parcours thérapeutiques sont diversement suivis par les répondants. Ces parcours dépendent des contextes historique, géographique, socioculturel (maladie) et expérientiel.

La plupart des répondants déclarent que les pratiques de soins les plus récurrents sont l'automédication (pratiques de soins sans l'avis d'un spécialiste en soins de santé), l'usage des plantes (feuilles d'acacia [*Acacia senegalensis*], manguier [*Mangifera indica*], papayer [*Carica papaya*],) comme le souligne plusieurs acteurs interrogés (entretiens individuels/focus group, rural/urbain),

« Ce que nous voyons aujourd'hui est d'abord l'automédication. Les gens se rendent en pharmacie sans ordonnance pour acheter des produits ; en cas de paludisme, on fait bouillir des feuilles de papayer, d'eucalyptus et d'acacia pour boire inhaler et se laver avec ; pour se soigner quand on est malade on commence par les feuilles de plantes qu'on peut facilement avoir dans nos concessions, aux champs pour voir l'évolution de la maladie avant d'aller à l'hôpital ; avec 200 FCFA je peux avoir paracétamol ou de la Bétadine donc c'est plus simple. »

D'autres parcours thérapeutiques ont été évoqués par certains acteurs interrogés. Il s'agit du recours à des guérisseurs traditionnels (Tradipraticiens) et devins.

Certains à partir de leurs croyances, consultent des devins ou partent voir les guérisseurs traditionnels les plus proches pour la prise en charge. C'est lorsque tout ceci ne marche pas qu'ils s'orientent vers les centres de santé. Ce n'est pas toutes les maladies qu'on peut traiter à l'hôpital, on avait un frère ici on l'a soigné en vain dans plusieurs hôpitaux et on a eu l'écho d'un tradipraticien chez Sékou Dembélé et on est allé le soigner chez lui.

Les pratiques religieuses (se rendent à l'église) pour recevoir des bénédictions par des prières pour implorer Dieu pour la guérison du malade ont également été citées.

Autant de pratiques thérapeutiques, autant de représentations sociales liées à la maladie (causes, gravité, catégories sociales...), même si ces recours, comme disent les acteurs interrogés, s'expliquent par la proximité/accessibilité, la nature de la relation que les individus entretiennent avec la nature. Dès lors quelles sont les stratégies communautaires développées par les familles pour contribuer à la prise des soins du malade, qu'ils soient traditionnels ou médicaux ?

La solidarité/entraide est une des stratégies évoquées par les acteurs interrogés. Que ces stratégies de soutien au malade soient familiales/communautaires, amicales, professionnelles (caisses de solidarité/mutuelles, prêts d'argent...), il n'en demeure pas moins que celles-ci soient toujours présentes, même si ces pratiques communautaires sont en train d'être remplacées par les assurances, les associations et ONG, affirme un répondant.

En ce concerne la prise en charge du malade, les entretiens révèlent une gestion communautaire du malade. Lorsqu'un individu est malade, quelle que soit la communauté au Burkina Faso, il se manifeste toutes formes de solidarité (argent, nourriture, présence physique, etc.) de sentiment et de compassion envers la personne malade ou sa famille. Il faut aussi noter, selon les acteurs, que la personne/famille touchée doit être reconnaissante (une espèce de don et contre don !) envers les autres lorsque cela leur arriverait dans le but de maintenir ces formes de solidarité/entraide et de compassion.

« Je pense que dans notre contexte ici en Afrique, lorsqu'on a un membre de la famille qui est malade, il y a un effet de solidarité qui se manifeste. Toute la famille se met autour de lui pour l'assister et l'accompagner aussi, tant moralement que financièrement. » (Participant Focus jeunes filles et garçons 18-25 ans du quartier).

En résumé, il faut noter que les acteurs sociaux ont des pratiques de solidarité/entraide en ce qui concerne la gestion des parcours de soins en cas de maladie, et ce à tous les niveaux (individuel et collectif). Ces pratiques sociales sont autant endogènes (propres aux communautaires) que contemporaines (mutuelles de santé, assurances commerciales, associations pour une mobilisation sociale et financière, etc.). La majeure partie des répondants affirme qu'en cas de maladie, toutes les voies thérapeutiques sont exploitables (centres de santé, tradipraticiens, marabouts ou féticheurs, églises...), car pour eux, certaines maladies relèvent de la métaphysique et par conséquent intraitables par la médecine moderne. De ces représentations et pratiques sociales qui émanent des acteurs, la promotion de la CSU semble confrontée à des contraintes sociales.

5.6. Contraintes sociales au développement de la CSU

Dans cette partie, il s'agit de relever les logiques sociales des acteurs qui peuvent constituer des limites quant au développement de la CSU. Elles peuvent être classées en trois grands axes : les représentations sociales de la santé et de la maladie ; interactions liées aux relations soignants/soigné-es et les stratégies communautaires/endogènes de prise en charge des soins de santé.

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020**5.6.1. Perceptions sociales de la santé et de la maladie et promotion de la CSU**

Ces limites sont intrinsèquement liées aux croyances, aux environnements socioculturels de la façon dont les individus pensent la santé/la maladie, à la manière d'agir et au choix des itinéraires thérapeutiques,

« il y a certaines règles de la nature qu'il faut respecter » (focus group jeunes filles et garçons du quartier, Ouagadougou)

Selon ces conceptions, il y a des maladies causées par le monde invisible, ou encore suite à la transgression d'une norme sociale ou d'un interdit. Elles peuvent aussi être l'œuvre des malfaiteurs, des méchants ou des sorciers,

« pour un simple palu, les gens vont voir ça comme un sort, comme une malédiction. », (Représentant Association, Ouagadougou).

Ainsi, les structures de santé ne seront pas concernées par recours thérapeutiques (sauf en cas de gravité de la maladie), alors qu'un des éléments de la CSU est l'assurance santé. Les familles auront un ensemble de sacrifices et rites à observer pour recouvrer la santé, « dans ce cas on ne peut pas faire recours à des agents de santé de la médecine moderne » (focus group jeunes filles et garçons du quartier, Ouagadougou).

Ces représentations et pratiques sociales peuvent conduire les individus à ne pas s'impliquer dans les actions qui pourraient favoriser la promotion de la CSU. En tout état de cause, comme le souligne un répondant (Ouagadougou),

« les représentations sociales de la santé et de la maladie ne vont pas disparaître avec la promotion de la CSU ».

5.6.2. Opinions sur les structures de santé/personnels et promotion de la CSU

Les observations faites sur les structures de santé d'une part et les personnels de santé et usagers (pratiques professionnelles/accueil), d'autre part conduisent à des comportements défavorables à la mise en œuvre réussie de la CSU,

« dans certains centres de santé par exemple l'accueil n'est pas ça », (focus group MUNASEB, Ouagadougou).

Cela contribue à réduire la fréquentation des formations sanitaires.

La qualité de certains produits de santé délivrés pose des problèmes évoqués par des acteurs interrogés. Il s'agit des effets secondaires de certains produits pharmaceutiques,

« Par exemple les campagnes de vaccination, quand ils lancent et puis les femmes amènent les enfants comme ça et quand ils les vaccinent là, c'est comme une maladie qu'ils ont propagée. Tous les enfants qui étaient en bonne santé là, c'est encore eux qui vont se retrouver à l'hôpital. Donc on ne sait pas c'est le produit-là qui fait son travail ou bien c'est quoi. Donc ça amène les femmes même à avoir peur des campagnes de vaccination jusqu'à il y a des femmes quand on leur donne les produits elles prennent et vont déposer », (focus group, MUNASEB, Ouagadougou).

« Selon moi, c'est les agents de santé qui n'arrivent pas à bien soigner les gens actuellement. Les médicaments traditionnels

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

sont plus performants que les médicaments modernes de nos jours. Si tu es malade, si tu te soignes avec les médicaments traditionnels tu guéris vite que les médicaments modernes. »

Il ressort des représentations sociales, qu'il y a un manque de confiance au système de santé, à certains agents de santé et aussi aux produits pharmaceutiques. Pour la plupart des personnes interrogées, les premiers acteurs que sont les agents de santé sont souvent soupçonnés de vouloir « politiser » les actions publiques en matière de prise en charge sanitaire des populations en faisant croire que les stratégies fonctionnent bien.

« Je voulais signaler une chose dans un CSPA ; quand tu pars on te dit d'acheter les produits en pharmacie (au dépôt du CSPA) ; tu pars pour prendre les produits, on prend la marque (le ticket de la gratuité) et arriver on te dit que les produits ne sont pas disponibles et ils notent chez eux qu'ils t'ont donné les produits et pourtant on ne t'a pas donné les produits... » (participant, émissions radio, Bobo).

L'analyse des interactions entre usagers et personnels de santé et les pratiques professionnelles montre des facteurs de démotivation des individus et sans doute des personnels de santé à l'adhésion à la promotion de la CSU et à ses dérivées ou composantes comme les mutuelles de santé ou l'assurance maladie universelle dans l'accès aux soins. Tous ces éléments sont des facteurs sociaux de démobilitation des populations autour des politiques en matière de santé. Les interpellations des usagers sont fréquentes et quotidiennes au regard des conditions de fonctionnement des structures de santé.

Amis dans les émissions interactives, les gens en parlent toujours, combien de fois les gens se sont plaints par rapport à l'hôpital Sourou Sanon de Bobo Dioulasso, par rapport à certains centres de santé au Burkina Faso. Vous vous rappelez tout récemment au CMA 22 de Bobo, on ne peut pas transporter de l'eau potable sur un vélo pour amener à l'hôpital, tout récemment à l'hôpital Sourou Sanon il y avait le manque d'eau. Mais dans ce contexte comment on peut assurer une couverture santé pour la population ? Non ce n'est pas possible. (Participant, émissions radiophoniques sur la CSU)

« Je ne sais pas si vous êtes allée voir les urgences de l'hôpital Yalgado. Moi j'ai amené un patient là-bas qui a eu une fracture au pied, il n'y a pas deux mois de cela, arrivée aux urgences mais j'ai été obligé d'aller prendre les chaises roulantes parce qu'il y avait un problème de brancardier, le brancardier était seul. Donc je suis obligé d'utiliser les chaises roulantes là pour pousser. Donc ça veut dire que déjà ce qu'il y a là, il faut améliorer. Les urgences de Ouagadougou, ce n'est même pas les soins d'abord hein... C'est un mouvoir [hôpital Yalgado] à ciel ouvert. Mais bon quand tu vas parler comme ça on va dire bon, qu'est-ce qu'on va faire ? quand on parle non que, mais allez y voir les urgences de Ouagadougou. » (Participants émissions radiophoniques).

5.6.3. Stratégies communautaires/endogènes de soins et promotion de la CSU

Les résultats montrent l'importance de la mobilisation communautaire pour accompagner les malades d'un point de vue financier et psychosocial. Les familles ont développé et continuent de développer des mécanismes endogènes de solidarité/entraide (familiale, amicale, etc.) de prise en charge des malades. Les stratégies de prise en charge intègrent toutes les possibilités thérapeutiques (déjà décrites). De même, la santé étant considérée comme un bien commun, il faut mobiliser les ressources nécessaires pour la maintenir. La personne malade bénéficie souvent d'une compassion, du soutien des parents et connaissances aussi bien au plan financier que psychosocial. C'est en quelque sorte une forme de mutualisation

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

des risques mise en place par les groupes sociaux obligeant ainsi tout membre à contribuer pour le maintien, la sauvegarde de ce bien commun qui est la santé. C'est là un atout majeur dans la promotion de la CSU, tout en sachant que souscrire auprès d'un système de solidarité qui est extérieur au groupe familial ou social et dont la transparence dans sa mise en œuvre est douteuse et paraît difficile.

« La solidarité endogène de soutien au malade, surtout financier a ses limites. Les mutuelles ou l'assurance maladie universelle (je ne sais si c'est ça la CSU) dont on parle sont importantes, mais c'est toujours la même chose, la transparence dans la gestion et les inégalités dans l'accès aux soins, génériques pour les uns et spécialités pour les autres...rires. » (Discussions informelles avec des jeunes, Ouagadougou).

« Si on parle de fraternité, il y a tous ces paramètres dedans, son problème c'est mon problème et le mien est le tien, donc si c'est comme cela on se donne la main dans la vie tout peut se gérer. Tu vois chez nos grands-parents leur souffrance était moindre parce que leur solidarité et leur amour leur avaient apporté cela. Il y'en a qui ont eu des produits à cause de leur amitié et d'autres ont donné des produits à leurs amis tout fait il m'a donné sa fille dont pleine de choses comme cela se sont passées au temps de nos grands-parents c'est pour cela il existait toujours certaine amitié. Que Dieu nous garde. » (Participant, émissions radio).

Cependant cette solidarité marque des limites qui peuvent être des facteurs favorisant la mutualisation des risques par ricochet un levier de développement de la CSU,

« Ah ! À Bobo ce n'est pas beaucoup. A Bobo il faut dire la vérité l'entraide n'est pas beaucoup, même aujourd'hui je viens de l'hôpital avec mon enfant d'un an. Je suis allé je n'ai pas eu de médicaments, c'est un seul et ce qu'ils m'ont donné à couter dix mille, or que je n'avais pas les dix mille, j'ai cherché partout pour emprunter en vain, j'étais obligé d'acheter un produit de cinq mille. Actuellement l'entraide est difficile, dans d'autres zones ça va, mais la plupart du temps ce n'est pas facile. Personne, ils regardent si tu as un bon travail là ils peuvent t'aider mais s'ils savent que tu n'as pas un bon travail et que tu es dans les difficultés ils ne te donnent pas. Jusqu'à présent que Dieu nous aide qu'il croise sur ton chemin un qui peut t'aider. » (Participants émissions radio).

5.7. Leviers pour une mobilisation et promotion de la CSU

La mise en œuvre d'une politique ou d'un projet est fonction de la mobilisation des différents acteurs autour des objectifs de l'action publique et communautaire. « Une loi qui n'a pas l'adhésion de la communauté...n'est pas une bonne loi » (Ancien Ministre et ex député, Mali). Les résultats de cette étude permettent de dégager des leviers susceptibles d'influencer le comportement des individus et des groupes pour une meilleure mobilisation et compréhension de la CSU.

La quasi-totalité des enquêtés cite plusieurs leviers qui peuvent être des facteurs favorisant la promotion de la CSU.

Au plan de la communication, La communication est mentionnée régulièrement comme une solution à la mobilisation à partir de messages clefs.

Il s'agit de bien définir avec la communauté la notion de CSU et de montrer les différences et les ressemblances avec les

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

pratiques endogènes. C'est par ce biais, comme l'attestent la plupart des personnes interrogées, que l'on pourrait sensibiliser la population sur les buts et les intérêts que suscite l'adhésion à la CSU.

La CSU ne s'oppose pas aux stratégies communautaires/endogènes, mais contribue à améliorer les systèmes endogènes dans leurs limites d'opérationnalisation. Quelle que soit l'intérêt collectif de la CSU, celle-ci n'empêchera pas certains membres de la communauté de continuer à suivre leurs valeurs culturelles telles que les représentations sociales de la maladie et les parcours thérapeutiques ci-dessous mentionnés.

Vous savez que la médecine moderne a ses limites, donc ailleurs les gens se sont développés sur la base de leurs cultures notamment la Chine et le Japon. Donc chez nous, nous avons négligé notre culture ; le fait de marginaliser nos tradipraticiens, c'est tout ça qui constitue un problème. Et il y a des gens aujourd'hui qui, il est inconcevable que des gens qu'on a lavé avec des feuilles et des écorces qui aujourd'hui disent que ce sont des histoires. Ils sont des histoires et puis vous vous existez comme ça ? et tout le monde...quand ça chauffe chacun rentre au village, ils ne cherchent pas à savoir si c'est homologué ou pas ils le consomment.

La CSU intègre plusieurs parties prenantes qui ne se limitent pas aux seuls acteurs communautaires. Il y a le gouvernement, les mairies, les écoles, les associations/ONG, les tradipraticiens et les rôles de chaque partie prenante doivent être clairement définis avec les complémentarités intersectorielles dans les actions.

« Parfois on oppose les stratégies endogènes à des systèmes dits modernes sans au préalable une meilleure compréhension des concepts. Pourtant quand on observe, ce sont des mécanismes complémentaires. » (Discussions informelles, jeunes, Ouagadougou).

Les canaux de sensibilisation/formation semblent être un élément de conscientisation dans la mesure où elle permet l'accès à l'information correcte aux individus.

Les canaux relevés par la majorité des enquêtés sont entre autres les médias (spots publicitaires radio, télévisions, débats d'actualités en émissions radiophoniques interactives autour de la CSU).

Les leaders communautaires et associatifs, les cellules de veille dans les quartiers et communes, doivent être formés sur le concept de la CSU et ses missions impliquant les parties prenantes. Il s'agit dès lors pour les acteurs communautaires et les parties prenantes de s'approprier les environnements de la CSU pour son développement.

Selon un Représentant syndical, on peut également impliquer les acteurs de l'éducation (enseignements primaire, secondaire et supérieur) qui constitue un gros secteur de la société pour promouvoir et développer la CSU.

Au plan politique, la transparence et la crédibilité dans la mise en œuvre s'avèrent importantes.

« Il faut dire la vérité à la population. Il faut que la structure soit crédible pour ne pas que les gens constatent des dérives ou bien que ce soit juste une fausse histoire seulement. » (Focus group Association Wendpanga, milieu rural, Koubri)

Comme l'ont déclaré les acteurs interrogés (entretiens individuels, en groupes, émissions radiophoniques), il faut veiller à la

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



dépolitisation du système sanitaire et à l'équipement des formations sanitaires en matériels pour faire face à la demande. En outre, il faut rendre disponibles les médicaments dans les dépôts pharmaceutiques pour éviter les ruptures. Il faut enfin élargir la gratuité aux personnes handicapées et aux personnes âgées ; rendre gratuites les urgences et mettre en place un système de collaboration franche entre l'État, les collectivités locales, si possibles les structures de santé privées et les tradipraticiens.

Au plan psychosocial, et selon les résultats de l'étude, il faut partir de « bons exemples, de bons élèves » pour motiver le reste de la population. C'est le changement de comportement par « contagion sociale ou contagion des idées », c'est-à-dire les influences sociales.

« Selon moi le simple fait de posséder déjà une carte de couverture santé universelle peut-être une source de motivation pour les gens. Parce que tu ne vas pas aller te soigner à l'hôpital et tu dis à quelqu'un que tu es allé te soigner avec ta carte comme ça seulement et gratuitement et la personne ne sera pas motivée. Je pense que si quelqu'un te voit aujourd'hui aller te soigner gratuitement alors qu'il savait que toi tu n'avais même pas de moyens pour pouvoir te soigner, il peut se poser toutes les questions et même te demander comment on fait pour pouvoir s'abonner à la couverture santé. Donc c'est déjà une source de motivation à partir de la carte uniquement. Et si tu dis que tu t'es soigné à partir de ta carte seulement, je crois qu'il sera content. Il va chercher aussi à savoir et à s'abonner. » (OA, entretien individuel, Ouagadougou).

Au plan économique, on retient que la mise en place de la CSU (volet assurance maladie universelle) nécessite un système de cotisation flexible. Cette cotisation doit tenir compte des catégories socio-professionnelles et des capacités économiques des différentes couches sociales.

« Je pense qu'on doit d'abord définir les coûts et la procédure. Il faut tenir compte des réalités du pouvoir d'achat de la population et aussi la qualité des soins offertes ». IM ajoute : « je crois qu'il faut sensibiliser la population d'abord sur les coûts. Il

faut que ça soit un montant raisonnable. Le mode de paiement, il faut les identifier également pour les fonctionnaires et les autres couches sociales. » (KM, Participant, Focus group association jeunes, zone rurale, Tanghin Dassouri)

Selon des enquêtés, il faut prendre appui sur des pionniers, des gens capables de supporter les dépenses de certaines populations. Ils pensent naturellement aux travailleurs, aux syndicats et à des organisations de la société civile.

« Faire en sorte qu'au niveau des travailleurs la CSU soit une obligation et pourquoi pas rendre gratuit les urgences en vue de favoriser l'adhésion d'un plus grand nombre » (Représentant, Syndicat, Ouagadougou).

VI. RECOMMANDATIONS

Partant de ces constats, plusieurs actions fortes sont à entreprendre pour une mobilisation conséquente des populations pour la promotion de la CSU :

- **Des actions de mobilisation communautaire de proximité**
- Sensibilisation et formation des acteurs communautaires sur le concept de la CSU et les rôles des parties prenantes (ONG/Associations, COGES, comités de veille, comités villageois de développement-CVD-, Tradipraticiens ; Enseignants) ; la CSU ne se limite pas aux mutuelles ou à l'assurance maladie universelle.
- **Des actions de communication à l'endroit du grand public**
- Élaboration d'un plan de communication sociale prenant en compte les différentes aires linguistiques impliquant les radios communautaires ;
- Animation d'émissions radiophoniques interactives pour recueillir les opinions des participants pour une meilleure compréhension de la CSU. A cette occasion, il faut promouvoir des témoignages d'usagers communautaires et de personnels de santé dans leurs différentes interactions dans les structures de soins de santé ;
- **Des actions de plaidoyer à l'endroit des décideurs nationaux pour la CSU**
- Valorisation des stratégies communautaires de solidarité et d'entraide et leurs limites et utilisation dans la promotion de la CSU (tables rondes avec des leaders communautaires, ONG/Associations, municipalités) ;
- Proposition par les organisations de la société civile d'un « Champion ou Ambassadeur » auprès du gouvernement pour mener un plaidoyer en faveur de la promotion de la CSU ;
- Le RAME (leader) et ses partenaires d'appui technique terrain pourront se charger de la mise en œuvre de ces recommandations.

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



CONCLUSION

Les résultats de l'étude montrent une méconnaissance de la CSU par les acteurs communautaires au regard des représentations et des définitions déjà mentionnées. La CSU est développée sans une relation avec les savoirs endogènes des pratiques sociales. C'est le premier goulot d'étranglement de la promotion et du développement de la CSU qui est une amélioration du vécu des citoyens.

La promotion de la CSU n'est pas un facteur défavorisant des pratiques sociales communautaires en matière de santé. Au regard de la définition de la CSU et des perceptions des acteurs communautaires, on observe plus de la complémentarité que d'opposition dans les conceptions.

Cependant, on observe une opposition des pratiques sociales/communautaires et les éléments qui composent la CSU. L'analyse des représentations montre que les acteurs communautaires rejoignent le but de la CSU (favoriser l'accès à tous les individus aux services de santé de qualité dont ils ont besoin (utilisation équitable des services) sans encourir à des difficultés financières (protection financière).

La connaissance des acteurs est surtout liée aux stratégies de financement des soins des malades (mutuelles de santé, assurance maladie universelle) qui soulagent les familles en montrant les limites des mécanismes communautaires de solidarité et d'entraide en termes de financement.

La Santé/maladie est appréciée diversement par les populations. Selon les représentations la santé ou la maladie est le résultat de nos comportements et pratiques tant au niveau individuel que collectif. La santé ou la maladie est également perçue comme le résultat des rapports que l'homme entretient avec la nature, son environnement écologique. Selon cette conception, la santé ou la maladie ne peut être perçue en dehors de certaines normes sociales et de l'environnement physique. C'est le « One Health Communautaire ».

Ces systèmes de représentations conditionnent les attitudes des individus à gérer leur santé ou à adopter tel ou tel parcours thérapeutique en cas de maladie. Dans le même temps, ils constituent une influence non moins importante dans la façon dont les groupes sociaux perçoivent la CSU.

A la promotion et au développement de la CSU, on observe des interactions difficiles entre les usagers et les personnels de la santé et des pratiques professionnelles parallèles dans le fonctionnement des services de santé. Cela peut constituer des obstacles au développement de la CSU. A ces interactions s'ajoute la mauvaise gouvernance dans la gestion des apports des contribuables.

La communication sociale s'avère insuffisante entre les différents acteurs dans la définition et la conception de la CSU ; cela ne permet pas une appropriation du système, d'où des incompréhensions et des obstacles à la promotion de la CSU.

D'autre part, les limites relatives aux mécanismes endogènes sont observées dans la prise en charge de la maladie au niveau communautaire. Cela pourrait être un facteur favorisant au développement de la CSU, mais ces mécanismes accordent moins de place à la mise en œuvre de celle-ci.

En dehors des représentations sociales liées à la santé et à la maladie qui peuvent constituer des facteurs défavorables au développement de la CSU, les résultats démontrent qu'il y a des facteurs favorisant la promotion de la CSU, à savoir la santé en tant qu'un bien commun, les stratégies communautaires de solidarité et d'entraide dans le soutien aux malades et les limites y afférentes.

A l'issue de cette étude une phase de définition et d'identification de messages clés et de canaux de communication sur la CSU sera mise en œuvre à travers l'organisation d'un forum d'idées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Collombet C., 2014. « La protection sociale dans le monde », Regards, vol. 45, n° 1, pp. 21-30.
- Jodelet, Denise., 1989, Les représentations sociales, Paris, PUF, 457p.
- Kagambega, Marcel T., 2020. « Les obstacles à l'effectivité de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso », Sociologies [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 20 mai 2020, consulté le 23 février 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/13422> I : 10.3917/regar.045.0021, 29p.
- Le Breton, D., 2004. L'interactionnisme symbolique, Paris, PUF, 256 p
- Ministère de la santé, 2019. Vers la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso
Note synthèse sur les principales priorités, 20 p.

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

ANNEXE

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Mise en train...

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter de nous recevoir pour ce petit entretien. Je suis (donner votre nom), et je fais un travail de collecte d'informations pour une étude commanditée par l'ONG RAME qui s'occupe de la promotion de la santé dans notre pays. Cette étude, réalisée par le LARISS vise à atteindre les objectifs suivants :

1. Analyser les représentations par les populations de la santé, des moyens pour y accéder et la sauvegarder ou la restaurer ;
2. Analyser les représentations des populations de la responsabilité des acteurs impliqués dans l'offre de soins ;
3. obtenir des informations sur la façon dont les individus et les groupes sociaux interagissent et agissent sur les stratégies de partage de risque en santé ;
4. identifier les leviers, liés aux représentations de la santé et aux interactions dans le partage de risque en santé, exploitables pour susciter un mouvement social en faveur de la CSU ;
5. proposer des orientations de stratégies comprenant des canaux et les messages clés capables d'assurer une mobilisation des populations sur les questions de la santé de la CSU.

Nos échanges, si vous le voulez bien, vont porter ces différents objectifs ci-dessus cités. Nous vous remercions d'avance de votre participation.

L'assistant de recherche doit pouvoir faire des 'relances' suite aux réponses des enquêtés pour disposer des informations relatives aux objectifs.

IDENTIFICATION

- Institution/structure :
- Localité :
- Nom (s) et prénom(s) (en cas de 2 ou 3 participants) :
- Fonction (s) dans l'institution/structure :
- Ancienneté dans la structure
- Contact/téléphone :
- Lieu et date de l'entretien :
- Nom et prénoms de l'assistant de recherche :

THÈMES/QUESTIONS

Mobilisation sociale et CSU au Burkina Faso

Connaissances de la CSU (langues locales ; Mutuelles ? AMU et CSU)

1. Quelles sont vos connaissances de la CSU (couverture santé universelle) au Burkina Faso
2. Comment les individus se représentent-ils la santé, la maladie ? Que faire pour maintenir/sauvegarder sa santé ou la santé ? La santé est-elle un bien commun ? (Sonder les points suivants si l'enquête ne les aborde pas dans ses réponses) : eau, assainissement, environnement
3. Pensez-vous que les personnels de santé soient les responsables de la santé des individus ? Que doivent-ils faire ? Que pensez-vous d'eux ?

Gestion de la maladie et partage des risques

1. Comment les individus ou les familles font en cas de maladie d'un membre ? (Explorer les stratégies de prise en charge sociale, mobilisation financière, systèmes de mutualisation, communautaires, etc.)
2. Comment font les individus ou les familles pour maintenir ces mécanismes de soutien aux malades ou aux familles ? Comment pensez cette manière de gérer la maladie ? Innovation de la prise en charge ?
3. Par rapport à la CSU, ces représentations ou ces comportements peuvent-ils/elles constituer des contraintes à son développement ?

Leviers pour une mobilisation pour la CSU

1. Que faut-il faire pour que les populations se mobilisent pour susciter une plus grande adhésion en faveur de la CSU ?
2. Quels sont selon vous les facteurs qu'il faut développer pour véritablement mobiliser les populations à la mise en œuvre de la CSU ? (Explorer les acteurs clés, l'offre de soins, les canaux d'information et de communication)
3. Classer par ordre de préférence ce qu'il faut comme actions pour mobiliser les populations
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
4. Classer par ordre d'importance les obstacles à cette mobilisation des populations
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5

