

QUESTIONS AUTOUR DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE EN AFRIQUE

D. KEROUEDAN, P. DAUBY

Med Trop 2004; **64** : 609-612

RÉSUMÉ • La participation communautaire à la gestion des services de santé, en tant qu'objectif de la réforme des systèmes de santé, s'est largement étendue tout au long des années 90, notamment en milieu urbain avec les financements de la communauté internationale. Cette dynamique communautaire prend des formes très variées d'un pays à l'autre, tant du point de vue du statut (public, privé ou mixte) de la formation sanitaire, que du point de vue de la composition des comités de gestion (associant ou non les personnels de santé), que des missions de service public qui leur sont confiées dans le cadre de la mise en place des districts de santé (soins préventifs et/ou curatifs, gestion des recettes des actes et/ou des médicaments, etc.). Les résultats de ces stratégies sont très disparates, et si certains projets en milieu urbain ont été évalués, les expériences n'ont pas été capitalisées en vue de contribuer à la réflexion politique sur les questions de citoyenneté et de santé publique. Les auteurs se proposent de réfléchir à ces questions, tant du point de vue des pouvoirs publics que de celui du citoyen et de redonner un sens à ces politiques de participation des usagers à la gestion des services de santé en Afrique. Un sens qui ne se fonde pas uniquement, dans un contexte de grande précarité notamment en milieu rural, sur la nécessité de mobiliser davantage les contributions des ménages aux dépenses de santé, mais qui aille véritablement dans le sens d'une amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de santé.

MOTS-CLÉS • Citoyenneté - Démocratie - Dépenses de santé - Accessibilité - Qualité des soins.

ISSUES ON USER PARTICIPATION IN HEALTH CARE MANAGEMENT IN AFRICA

ABSTRACT • The 1990s witnessed great progress in increasing community participation in the management of health care services as an objective for reform of healthcare systems especially in urban areas benefiting from funding from the international community. Community participation has taken various forms from one country to another in terms of sources of healthcare training (public, private, or both), organization of management committees (inclusion or not of healthcare personnel), and scope of public service assigned to district health care units (preventive and/or curative care, management of proceeds from provision of health care procedures and/or medication, etc.). These strategies have had variable results and, although some urban programs have been evaluated, no attempt has been made to use this experience as a basis for analyzing the political implications of issues involving citizenship and public health. This report presents some ideas on these issues from the point of view of both governments and citizens and restates the purpose of user participation in healthcare services in Africa. That intent involves the need not only to increase household contributions to the cost of healthcare especially within the uncertain economic environment of urban areas but also to improve access to as well as quality of healthcare services.

KEY WORDS • Citizenship - Democracy - Healthcare funding - Access - Quality of health care.

A lors que l'Initiative de Bamako est lancée par l'UNICEF puis l'OMS en Afrique de l'ouest dans les années 80 comme un des objectifs de la réforme des systèmes de santé (1, 2) des acteurs non professionnels du secteur de la santé (usagers, comités et associations) s'organisent pour participer à la gestion des services de soins, pendant que la population est invitée à contribuer au financement du coût des soins curatifs et notamment des médicaments dans le cadre d'une politique d'amélioration de l'accessibilité géographique et économique au médicament.

La participation communautaire à la gestion des services de santé, en tant qu'objectif de la réforme des systèmes de santé, s'est largement étendue tout au long des années 90, notamment en milieu urbain (3-11). Cette dynamique communautaire prend dès lors des formes très variées d'un pays à l'autre, tant du point de vue du statut (public, privé ou mixte) de la formation sanitaire, que du point de vue de la composition des comités de gestion (associant ou non les personnels de santé), que des missions de service public qui leur sont confiées dans le cadre de la mise en place des districts de santé (soins préventifs et/ou curatifs, gestion des recettes des actes et/ou des médicaments, etc.) (12).

Dans le cadre des politiques de décentralisation promues dans les pays africains au cours des années 90, les collectivités locales se voient même confier par décret la gestion des services sociaux de base, dont les écoles et les centres de santé (13). La participation des usagers peut s'inscrire aussi dans le cadre de la décentralisation des services publics, que celle-ci précède celle-là dans le temps, ou lui soit contem-

• Travail de D.K., Docteur en médecine et en épidémiologie de Santé Publique, Consultante internationale en santé publique, Bruxelles et de P.D., Chargé de mission à la Division santé du département développement humain de l'Agence Française de Développement, Paris, France.

• Correspondance: D. KEROUEDAN, 174 avenue Van Horenbeeck, 1160 Bruxelles, Belgique.

• Fax : +33 (0) 1 42 60 08 55 •

• Courriel : d.kerouedan@skynet.be •

• Article sollicité.

poraine, en fonction de l'histoire politique et de la mise en place des municipalités et des collectivités territoriales dans chacun de ces pays. Ainsi, les centres de santé communautaires (CSCOM) au Mali, les formations sanitaires urbaines communautaires (FSUCOM) à Abidjan et les Comités de gestion (COGES) à Niamey, ou d'autres comités de santé en Guinée, au Bénin, etc. constituent-ils, non pas un modèle standardisé répliqué ici et là comme on pourrait le croire à première vue, mais une myriade d'expériences participatives des populations à la gestion des services de santé.

Les expériences financées par le Ministère français des affaires étrangères (MAE), la Coopération technique belge (CTB) et la coopération allemande (GTZ) en Afrique francophone par exemple, ont été analysées, évaluées et commentées (14-28). Si les auteurs s'entendent pour remarquer que la couverture sanitaire géographique, la permanence des soins, la continuité de l'approvisionnement en médicaments essentiels, et l'accès financier aux soins de santé de base, se sont généralement améliorés dans les districts appuyés, il apparaît que les taux d'utilisation des services curatifs de soins augmentent de manière significative au début de l'intervention, puis se stabilisent rapidement à un niveau qui reste bas dans la plupart des régions.

Les auteurs sont, de manière générale, plus nuancés sur l'amélioration de la qualité des soins prodigués, ainsi que sur la satisfaction des priorités de santé relatives aux urgences et aux pathologies référées. Ils observent par ailleurs dans ces structures alternatives de soins, que les pratiques parallèles des personnels médicaux se poursuivent (29), même si celles-ci sont plus limitées et mieux contrôlées semble-t-il que dans les services publics administrés par les services déconcentrés du ministère de la santé des pays observés. Dans tous les cas, la participation porte davantage, voire exclusivement, sur la gestion des services de soins (médicaments et recettes) plutôt que sur la gestion des priorités de santé elles-mêmes (définition des besoins et organisation des réponses). Il s'en suit que la mise en œuvre et le suivi de la réforme vont axer leur regard sur les aspects gestionnaires plutôt que sur la qualité et la pertinence de l'offre de soins préventifs et curatifs (30).

Si certains projets ont été évalués, l'extension à d'autres pays et à d'autres régions de ces projets expérimentaux associant les populations, dans le cadre des réformes des systèmes de santé africains financées à grande échelle au cours des années 90 par la Banque Mondiale et la Commission Européenne, n'a pas été capitalisée.

Or un certain nombre de questions se posent auxquelles il est utile de réfléchir.

DÉMOCRATIE SANITAIRE : CITOYENNETÉ ET DÉMOCRATIE

Du côté des pouvoirs publics, il serait intéressant de revenir sur les fondements et les motivations à l'origine de ces politiques sanitaires participatives. Sur quelle rationalité se fonde la nécessaire implication des populations à la gestion des services de santé : s'agit-il de compenser les déficiences des gouvernements nationaux subissant les retentissements des politiques d'ajustement structurel dans un

contexte de crise et de réduire les dépenses publiques ? S'agit-il de satisfaire l'exigence des populations, la nécessité électorale, la nécessité de la percée démocratique, une meilleure répartition des ressources, l'importation d'un système occidental (lui-même à l'épreuve) ?

Comment la participation et la décentralisation contribuent-elles à la démocratie sanitaire ? La décentralisation offre-t-elle une opportunité de renforcer la démocratie sanitaire et comment ?

Comment ces politiques sanitaires s'inscrivent-elles dans le contexte des évolutions politiques générales du pays ? Y a-t-il une volonté de faire participer les usagers à la définition des priorités de santé et des besoins ? Quelle place le pouvoir donne-t-il au citoyen en général lorsqu'il demande à l'usager de s'associer à la gestion des services de santé ? Ou à l'inverse, la démocratie sanitaire peut-elle précéder et impulser une participation citoyenne ?

La participation est ainsi introduite comme une des composantes du processus de démocratisation : le citoyen est invité à devenir un acteur et un décideur dans un cadre décentralisé, dont les dimensions suivantes, relatives au pays, sont importantes à prendre en compte :

- la présence (ou l'absence) des valeurs démocratiques telles qu'elles se manifestent à travers les pratiques sociales concernant la participation et la décentralisation, entre autres dans le domaine de la santé. Cela présuppose des analyses fines du rapport des sociétés au pouvoir (à tous les niveaux) et à l'action sociale (c'est-à-dire la participation) ;

- le contenu de la démocratie, c'est-à-dire les valeurs sociales sur lesquelles elle a été étayée historiquement, les pratiques sociales et les institutions politiques qui lui sont associées ;

- le type de démocratie que les instances internationales essaient de propulser dans les pays du Sud et le constat sur lequel sont fondées leurs réformes, notamment en matière de participation et de décentralisation. Comment l'expression des besoins en santé peut-elle transparaître dans des systèmes démocratiques, faut-il des espaces spécifiques pour que ces besoins s'expriment et soient pris en compte ?

SANTÉ PUBLIQUE : UNE RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT OU DU CITOYEN ?

Du côté de la population il est intéressant de se demander si les politiques de santé correspondent aux attentes des populations, si les circuits traditionnels de recours aux soins font appel à une participation spontanée des populations et de quelle façon, s'il existe des formes « spontanées » de participation, aux soins modernes cette fois.

Au-delà des réformes institutionnelles et organisationnelles, il est important d'analyser la manière dont les sociétés mettent en place leurs systèmes de santé, la demande et les représentations sociales sur lesquelles elles sont étayées : rapport au corps, à la maladie, à la guérison, à la mort, confiance et reconnaissance de la compétence du soignant, et de mettre en perspective la rationalité de ce système avec celle des réformateurs extérieurs.

A partir des réformes qui se déroulent sur le terrain, la participation suscitée des populations soulève les questions suivantes : les usagers souhaitent-ils s'impliquer ? Quelles ont été les motivations, le niveau d'implication réelles des populations ?

Quelle place la population donne-t-elle à l'Etat en matière de santé publique ? L'épidémie de sida et les associations de personnes séropositives, très actives et présentes sur la scène de la participation, ont-elles alimenté ces processus de participation plus générale des populations à la gestion de services de soins ?

Finalement, la responsabilité en santé publique relève-t-elle du citoyen ou de l'Etat et quels sont les droits et devoirs respectifs de chacun ?

FOURNISSEURS ET USAGERS DE SOINS : MÊME COMBAT ?

Le partage des responsabilités induit des enjeux de pouvoir, notamment entre les soignants et les soignés. Les professions de santé n'ont pas été consultées sur la pertinence d'introduire la participation des usagers comme stratégie de développement sanitaire. S'agissait-il de pallier l'inefficacité du personnel, la corruption des soignants, l'abus de pouvoir des soignants et lequel ?

Quelles ont été les réactions des soignants à la mise en œuvre de ces stratégies : ont-ils concédé une place aux acteurs non professionnels ou ont-ils résisté au contraire ? Le patient en tant qu'individu n'est-il pas exclu par le prestataire de la relation sociale autour de sa prise en charge, alors que c'est bien cette construction sociale qui conditionne la qualité et l'efficacité de la prise en charge ?

PARTICIPATION ET INFORMATION

Face à ces constats, la participation apparaît-elle comme nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des problèmes de santé des populations et sur quelles informations les autorités sanitaires elles-mêmes pourraient-elles fonder des réponses adaptées ?

En effet, l'information véhiculée à travers le système de santé (système d'information sanitaire, alerte épidémiologique précoce, indicateurs de suivi des programmes et des politiques de santé) est une information qui s'inscrit dans un cadre idéologique qui englobe une conception de la santé et des services de santé. Elle ne devient compréhensible et utilisable qu'à partir du moment où elle entre dans un système explicatif (ou causal) qui lui donne du sens.

Ainsi, actuellement le paradigme dominant est le paradigme épidémiologique dont s'inspire le modèle africain : une information pour « administrer » les épidémies et les services de santé et pour suivre et évaluer les programmes de santé, mais il ne s'agit pas d'une information qui vise la connaissance des problèmes de santé des populations. Ces informations existent pourtant à travers les recherches en sciences sociales mais elles ne sont ni capitalisées ni utilisées

dans les prises de décision et ne constituent pas la base des réflexions sur la nature des actions et leurs modalités de mise en œuvre qui favoriseraient la participation des populations.

Quels sont donc les types d'informations sanitaires qui favoriseraient la participation à la décision et à la mise en œuvre des politiques et stratégies de santé, dont la lutte contre la pauvreté par exemple, qui se décline encore de manière trop statistique pour traiter un problème de nature essentiellement sociale ? Quelles sont les expériences de production d'informations responsabilisantes ? Comment s'inspirer des résultats des recherches en sciences sociales pour alimenter les politiques et les actions de santé ?

CONCLUSION

Des facteurs de succès ou d'échec, liés au pays, à son histoire, à la nature du régime politique, au degré de développement de l'Etat de Droit, aux liens que l'Etat établit avec les citoyens, ont été commentés ici et là : le niveau de démocratie, le niveau d'instruction, la capacité de la société civile à se mobiliser, la « culture associative », le respect des droits humains, etc., sont autant de facteurs influant le niveau de participation et la qualité du partenariat entre les secteurs public et privé.

Nous ne pouvons pas attendre des réformes qu'elles se déroulent avec les mêmes effets dans tous les pays. Quelles sont les conditions pour une effectivité et pour une efficacité de la participation avec un réel pouvoir de décision, d'orientation et de mise en œuvre (gouvernance, représentativité, logiques de pouvoirs, cadre juridique, etc.) au service d'une amélioration de la santé des populations ? Tant de questions restent en suspens, dont les chercheurs en sciences sociales et les praticiens de la santé publique pourraient s'emparer, en vue d'aiguiser la pertinence des politiques et stratégies internationales de santé.

RÉFÉRENCES

- 1 - KNIPPENBERG R, ALIHONOU E, SOUCAT A *et Coll* - Implementation of the Bamako Initiative, strategies in Benin and Guinea (1997). *Int J Health Planning Management* 1997 ; **12 Suppl 1**.
- 2 - SOUCAT A, LEVY BRUHL D, DE BÉTHUNE X *et Coll* - Affordability, cost-effectiveness, and efficiency of primary health care, the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea (1997). *Int J Health Planning Management* 1997 ; **12 Suppl 1**.
- 3 - RIFKIN SB - Lesson from community participation in health programmes. *Health policy and planning*. Oxford University Press 1986 ; **1** : 240-249.
- 4 - RIFKIN SB - Primary health care : on measuring participation. *Social Sci Med* 1988 ; **26** : 931-940.
- 5 - RIFKIN SB - Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile. OMS ed, Genève, 1990, Ch 2 à 4, pp 11-44.
- 6 - FISCHER F - Citizen participation and the democratization of policy expertise : from theoretical inquiry to practical cases. *Policy Sciences* 1993 ; **26**.
- 7 - GALLAND B, LOUIS-DIT-GUERIN O, DE LA ROQUE M - Les services de santé et la population. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 1994.

- 8 - GALLAND B - Les services de santé et la population : relations économiques, financières et institutionnelles : manuel de réflexion. CIDR et GTZ, Autréches et Eschborn, 1994.
- 9 - HADDAD S, FOURNIER P, POTVIN L - Participation communautaire, mobilisation sociale et Soins de Santé Primaires en République de Guinée. Projet 1 : Mesure de la qualité des services de santé-Perspectives de la communauté. Rapport final. GRIS, Université de Montréal, 1995.
- 10 - FOURNIER P, POTVIN L - Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. *Sciences sociales et Santé* 1995; **13** : 39-64, Montréal.
- 11 - FOURNIER P, HADDAD S - Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. *Sociologie des Populations* ed, Montréal, 1995, pp 289-325.
- 12 - DUJARDIN B - Les politiques de district de santé. *Santé publique* 1994, **4** : 339-355.
- 13 - PERROT J - L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement. *Macroeconomics, Health and Development Series*, N°24. Organisation Mondiale de la Santé ed, Genève, 1997.
- 14 - FASSIN D - L'espace politique de la santé. *Collection Sociologie d'aujourd'hui*. PUF ed, Paris, 1996, 324 p.
- 15 - BRUNET-JAILLY J - Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed, Paris, 1997, 435 p.
- 16 - BERCHE T - Anthropologie et santé publique en pays Dogon. Karthala ed, 1998, 232 p.
- 17 - BALIQUE H, OUATTARA O, AG IKNANE A - Les centres de santé communautaires du Mali : les enseignements de dix ans d'expérience. 1998. 10 p. (non publié).
- 18 - BRUNET-JAILLY J - Santé en Capitales : Dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines. CEDA ed., Abidjan, 1999.
- 19 - Ministère des Affaires Etrangères, Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGCID). Evaluation des formations sanitaires urbaines à base communautaire FSU-Com (1993-1999). *Projet Santé Abidjan. Collection évaluations n°47, novembre 1999*. 135 p.
- 20 - CIDR - Centre international de développement de recherche. Les facteurs de mobilisation durable de la population rurale dans la gestion des CSCOM et des CSAR au Mali. Décembre 1999. 100 p.
- 21 - BOUJU J - Clientélisme, corruption et gouvernance locale à Mopti (Mali). *Autrepart* 2000; **14** : 143-163.
- 22 - DOZON JP - Quatre modèles de prévention. Les cultures politiques de la santé publique. In « Critique de la Santé Publique. Une approche anthropologique ». Balland ed, Paris, 2001, pp 23-46.
- 23 - FASSIN D, DOZON JP - Entre culture et politique. L'espace problématique d'une anthropologie de la santé. In « Critique de la Santé Publique. Une approche anthropologique ». Balland ed, Paris, 2001, pp 343-352.
- 24 - Ministère nigérien de la Santé Publique et Banque Mondiale. Appui à la généralisation de l'approche assurance de qualité au secteur sanitaire. *Rapport final*. CREDES ed, Paris, 2002, 58 p.
- 25 - COOPÉRATION TECHNIQUE BELGE - Evaluation à mi-parcours du Projet d'appui au district sanitaire urbain de la Commune de Niamey III à Niamey. DRAFT. Mission d'Evaluation 20-27 février 2003.
- 26 - Ministère des Affaires Etrangères, Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGCID). Direction de la Coopération Technique. Evaluation finale du projet « Appui à la mise en place de la politique de district sanitaire au Niger. Commune de Niamey II ». *Rapport final*. CREDES ed, Paris, 2003.
- 27 - AUDIBERT M, MATHONNAT J, DE ROODENBEKE E - Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Karthala ed, Paris, 2003, 498 p.
- 28 - DUJARDIN B - Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue. Karthala ed, Paris, 2003, 329 p.
- 29 - JAFFRÉ Y, OLIVIER DE SARDAN JP - . Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed., Paris, 2003, 462 p.
- 30 - KEROUEDAN D, BRUNET-JAILLY J - La France a-t-elle une stratégie de coopération en matière de santé avec l'Afrique et Madagascar ? in « L'Afrique Politique. Réformes des Etats africains ». CEAN-Karthala ed., Paris, 2001. pp 165-180.

Diplôme universitaire médical et paramédical

sous-régional d'Afrique francophone

« Formation à la prise en charge globale des patients infectés par le VIH en Afrique sub-saharienne »

Ouagadougou : 30 mai - 24 juin 2005
(année universitaire 2004-2005)

Objectif général

Améliorer la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH en Afrique francophone, par la création d'une formation diplômante multidisciplinaire de haut niveau, destinée aux professionnels en charge des personnes atteintes, appelés à devenir des formateurs dans leurs pays d'origine.

Dépôt des candidatures : avant le 31 mars 2005

Le formulaire de candidature est téléchargeable sur le site du DU : www.sfls.aei.fr

Le dépôt des candidatures sera effectué par courrier électronique à l'adresse suivante : diuvih@univ-ouaga.bf

Les pièces justificatives nécessaires seront transmises par courrier ou fax à : Mr le Professeur Y.J. DRABO, URF sciences de la Santé, 01 BP 909, Ouagadougou 01, Burkina Faso, Télécopie : (226) 50 31 18 48.