



COVERAGE MONITORING NETWORK

Engagement Communautaire

Pistes de travail pour Burkina
Faso

Décembre 2015

Lenka Blanárová | CMN | ACF-UK
Carine Magen | CMN | ACF-UK





Résumé

Le Burkina Faso est l'un des pays qui a connu le plus grand nombre d'enquêtes d'évaluation de la couverture. Commencant en 2010 avec le District Sanitaire de Kaya (Région du Centre-Nord) jusqu'à l'enquête conduite au District Sanitaire de Gourcy en Septembre 2015, plus de 26 enquêtes SQUEAC/SLEAC ont été conduites sur le territoire burkinabè. Comparé à d'autres pays, les programmes de la PCIMA au Burkina Faso montrent des niveaux de couverture relativement élevés. Cependant la plupart des programmes se trouvent encore dans la franche « modérée » avec des taux de couverture situés entre 20 et 50%. La marge pour d'amélioration de la performance des programmes est donc encore large.

Les deux plus grandes barrières à l'accès au programme PCIMA, identifiées lors de ces évaluations de la couverture sont : la méconnaissance de la malnutrition et la méconnaissance du programme PCIMA. Cela démontre des faiblesses au niveau de l'engagement communautaire. Les stratégies traditionnelles ont montré leur limite : l'engagement communautaire s'appuie uniquement sur les relais communautaire et n'implique pas les autres acteurs de la société, tels que les chefs religieux et locaux, les maires, les organisations à base communautaire, les tradipraticiens, les grand-mères, etc. Les relais qui travaillent sur la base du volontariat ne peuvent assurer seuls le paquet d'activités qui leur est demandé et qui va souvent au-delà du secteur de la nutrition.

Il est donc important de repenser la stratégie de l'engagement communautaire en vue de réduire l'impact des nombreuses barrières qui empêchent les enfants malnutris d'accéder au service de santé et d'y être maintenus jusqu'à la guérison. Associer réellement la communauté dès la conception à la réalisation des projets augmentera non seulement l'impact des programmes de nutrition (meilleure adhésion des familles, participation effective de la population aux étapes clés de la lutte contre la malnutrition) mais contribuera également à leur pérennité par une réappropriation de la communauté des questions de santé.

Un ensemble d'activités simples et peu coûteuses (car ne faisant plus peser le poids de la nutrition uniquement sur les ONG ou sur le système public de santé) peut être mis en place pour soutenir cette mobilisation communautaire et faire tendre la PCIMA vers un projet de santé communautaire. Ce document est destiné à faciliter les orientations stratégiques et opérationnelles pour l'amélioration de la couverture des programmes nutritionnels à travers l'engagement communautaire. Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous et développées dans la suite du document.



Tableau synthétique

Barrières identifiées	Actions à envisager
Faiblesses de la mobilisation communautaire	<p>Participation active des communautés à l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation des projets en santé.</p> <p>Réaliser des investigations qualitatives ponctuelles pour identifier les éléments sociaux et culturels qui impactent les programmes de santé (structures et dynamiques sociales, perceptions et pratiques en santé, etc.)</p>
Méconnaissance de la malnutrition et du programme	<p>Elaboration des messages d'information avec les représentants de la communauté ainsi que les stratégies de diffusion (canaux de communication divers et adaptés).</p>
Distance Mauvais accès aux moyens de transport	<p>Mobiliser les ressources disponibles dans la communauté: solliciter les chefs de village et les maires pour organiser le transport et l'accompagnement des enfants.</p> <p>Adapter la prise en charge pour les zones éloignées et enclavées (saisonnalité de l'accès, double-ration, équipes mobiles, transfert des enfants mobiles).</p>
Occupation des mères Refus des maris	<p>Explorer les possibilités de garde des enfants à l'intérieur de la communauté les jours du programme.</p> <p>Renforcer la sensibilisation des hommes.</p> <p>Soutenir l'accompagnement des mères et des enfants par des hommes.</p>
Faiblesses du dépistage	<p>Elargir le dépistage: distribution massive des MUAC aux mères des enfants guéris, guérisseurs traditionnels, sages-femmes, grands-mères, etc.</p> <p>Le dépistage élargi augmentera les chances de couvrir les populations et les zones non couvertes: hameaux de culture ou hameaux tutélaires, cases périphériques, populations marginalisées.</p>
Itinéraires thérapeutiques Recours à la médecine traditionnelle	<p>Identifier les différents recours thérapeutiques, ce qui détermine les choix et qui décide du meilleur soin pour l'enfant malade.</p> <p>Travailler à la coopération avec les guérisseurs traditionnels.</p> <p>Recycler des agents de santé sur la qualité de l'accueil et l'impact sur les programmes PCIMA.</p> <p>Recenser les offres de soins privées et évaluer les possibilités de coopération.</p> <p>Réorganiser la distribution des intrants pour les MAM.</p> <p>Renforcer les messages de prévention liés à la consommation des médicaments de rue ou de vendeurs ambulants</p>



Introduction

Ce document s'adresse aux participants de l'Atelier National sur la Couverture, organisé le 7 et 8 Décembre 2015 à Ouagadougou, Burkina Faso, notamment les représentants du Ministère de la Santé, bailleurs de fonds ainsi que des organisations locales et internationales œuvrant dans le domaine de la nutrition. Son objectif principal est de résumer les points principaux des échanges entre les partenaires et de leur offrir une nouvelle perspective sur les défis et leurs solutions potentielles lors de la mise en œuvre des programmes PCIMA à travers le pays.

La mise en œuvre d'une **véritable** mobilisation communautaire pour améliorer la couverture des programmes PCIMA implique de revisiter les stratégies existantes des bailleurs de fonds comme celles des opérateurs sur le terrain. Les résultats des différentes enquêtes de couverture réalisées dans le pays soulignent l'urgence de la nécessité de ce changement car, en effet, les communautés se sentent relativement étrangères et peu concernées par les objectifs annoncés de leur « propre » mobilisation. La mise en place des relais communautaires - dont l'efficacité est variable et aléatoire - n'a pas suffi à ce que les dites communautés se sentent partie prenante de la lutte contre la malnutrition. Les taux de couverture des programmes PCIMA en sont un témoignage problématique: le nombre d'enfants effectivement pris en charge n'est pas à la hauteur des attentes et des efforts financiers et humains réalisés. Cela constitue, pour le coup, un essoufflement dans la réalisation des projets: les équipes soignantes et de terrain partagent une certaine démotivation, l'utilité des fonds alloués n'est pas optimale et les populations affichent un certain scepticisme voire un franc désintérêt pour des projets dont elles sont normalement les bénéficiaires directs.

L'approche PCIMA, malgré ses intentions communautaires, reste le plus souvent standardisée. L'expérience des enquêtes réalisées par CMN a conduit à une analyse contextualisée des populations ciblées et à l'identification des obstacles à l'accès aux soins dans un environnement socio-culturel déterminé. Tous les types d'action que nous allons présenter dans ce document doivent faire l'objet d'échanges avec les communautés. Un examen qualitatif permettra, au cas par cas, d'évaluer la faisabilité des actions envisagées, leur adaptation aux modes de vie et aux faits culturels auxquelles elles sont liées. Il doit permettre de se baser sur une réalité vécue mais aussi de viser certaines formes de transformation sociale, objectif intrinsèque des actions de santé communautaire: la réappropriation des problématiques de santé par les populations concernées, l'autonomie des actions communautaires pour y répondre, empowerment des femmes, renforcement des capacités individuelles et collectives etc.

Dans cette perspective, les communautés auront à partager les responsabilités de la réussite des actions dès lors qu'elles en seront en partie les auteurs et les acteurs. La fin du modèle vertical de la santé publique passera donc par une modification des positionnements des uns et des autres: de la relation d'aide on se dirigera vers une relation de coopération. Cela devrait permettre de garantir une meilleure adhésion des familles au programme PCIMA, une réponse adaptée et pérenne aux barrières d'accès aux soins d'une part. D'autre part, la restauration du lien de confiance entre acteurs de santé et population s'appuiera sur une plus grande transparence des ressources et des contraintes des structures de santé et des ONG. Pour atteindre cette configuration, il est impératif que les bailleurs de fonds s'engagent simultanément dans cette direction en soutenant, à moindre coût, les initiatives de l'engagement communautaire.



Pistes de travail

La nature des actions de santé communautaire implique une participation active des communautés à l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation des projets en santé. La sollicitation des communautés sur le terrain se réduit généralement à une délégation des activités : « Nous n'avons pas les moyens de diffuser un message de prévention, on va charger les agents de santé communautaires de le diffuser ». Les risques d'inefficacités sont alors importants: le message n'est peut-être pas adapté? Les agents de santé communautaire l'ont mal compris? Leur audience est limitée? Ou encore leur disponibilité ou leur capacité à le diffuser? L'approche communautaire consisterait à élaborer les messages avec des personnes issues de la communauté, identifier avec elle les termes à choisir, les canaux de communication les plus efficaces au regard de la population cible et à évaluer avec elle l'impact du message délivré.

Etape 1: Investigation qualitative

Les acteurs de santé disposent généralement des données quantitatives grâce à un grand nombre d'enquêtes réalisées (ex. SMART) et au traitement statistique des données nutritionnelles systématiquement recueillies par les Etats comme par les ONG. L'approche qualitative donnera un sens complémentaire à ces données: étendant le « combien » avec les « pourquoi » et « comment ». Sachant que tel pourcentage des enfants n'accède pas au programme, il est incontournable de comprendre pourquoi, qui influence l'itinéraire thérapeutique de l'enfant malade, comment la malnutrition s'inscrit dans le corpus médical traditionnel, etc.

Le recueil de ce type des données ne se limite pas aux enquêtes qualitatives mais il peut également être inscrit dans le travail de routine des acteurs de terrain lors de leurs visites dans les centres de santé ou dans les villages.

L'analyse de l'environnement socio-culturel utile à la PCIMA comprend les points suivants:

- i. Structures sociales, organisations communautaires, rapports d'autorité et hiérarchie sociale;
- ii. Rapports de genre, organisation familiale, relations intergénérationnelles;
- iii. Religion, croyances, approche culturelle de la médecine et de la santé (étiologie, représentation de l'efficacité thérapeutique, interprétation des signes, pouvoir de décision sur le recours aux soins);
- iv. Perception de la malnutrition et itinéraire thérapeutique des enfants (automédication, vendeurs ambulants de médicaments, médecine traditionnelle, rites magico-religieux, accès aux services de santé publics et privés);
- v. Perception de la médecine biomédicale, perception des programmes PCIMA et de PlumpyNut®, relation soignant-soigné, coût réels et supposés des soins.

Etape 2: Implication de la communauté

Cette étape doit dépasser l'approche théorique que l'on constate trop souvent sur le terrain. Comme évoqué ci-dessus, l'absence de participation effective de la communauté fragilise le lien de confiance avec les acteurs de santé et aboutit à des situations limites: combien de témoignages de part et d'autres qui décrivent une situation d'incompréhension. La communauté peut penser que la malnutrition n'est que le problème des autorités sanitaires ou des ONG «qui interviennent comme elles veulent et abandonnent». De l'autre côté, les professionnels qui se découragent face à des familles «qui ne comprennent pas les enjeux et négligent la santé des enfants» ou encore face à des leaders communautaires «qui ne feront rien si on ne leur donne pas des pain-diem».

Ce malentendu réciproque sera dissipé par l'association des communautés au cycle de projet et l'intensification du dialogue entre opérateurs et populations cible. Les investigations qualitatives décrites dans l'étape 1 fourniront des opportunités pour identifier les représentants de la communauté les plus motivés pour participer et constituer un groupe de travail de référence pour les travailleurs humanitaires et les professionnels de santé. Ce groupe, qui n'a pas vocation à être figé, devrait être représentatif de tous les segments de la société: mères d'enfants malnutris ou guéris, hommes, leaders coutumiers ou religieux, guérisseurs, représentantes des groupements de femmes, etc.

Notons toutefois que l'expérience humanitaire a démontré que les groupements «artificiels» créés pour les besoins d'un projet ne sont pas souvent cohérents et durables. Il est préférable de s'appuyer sur des groupes existants et de privilégier les visites de terrain avant de constituer un groupe de travail dédié. Au Sahel, beaucoup de structures communautaires existent déjà: tontines, associations des femmes, confréries des guérisseurs, coopératives agricoles, associations des chefs de villages, etc. Chacune a sa capacité de désigner un interlocuteur privilégié pour les projets en santé. La participation de mères et pères d'enfants admis ou déchargés des programmes est une condition indubitable d'une stratégie de santé communautaire.



Etape 3: Mise en œuvre des activités communautaires

L'analyse des barrières d'accès aux soins identifiées pendant les enquêtes de couverture a montré que les obstacles, même spécifiques selon le contexte, peuvent se regrouper dans des grandes tendances. La liste n'est pas exhaustive mais certaines barrières apparaissent comme récurrentes et prédominantes. La stratégie de l'engagement devrait apporter des réponses alternatives et innovantes mais surtout basées sur les ressorts des habitants eux-mêmes.

Aspects «genre»

De manière transversale, les activités de l'engagement communautaire devraient porter une attention spécifique au rapport de genre. Dans la région sahélienne, le pouvoir décisionnaire, financier et matériel est plus concentré dans les mains des hommes. Pourtant les séances de sensibilisation ciblent systématiquement les femmes qui apparaissent comme les seules responsables de l'état de santé des enfants. Celles-ci ont besoin du soutien des pères pour dépasser les barrières d'accès aux soins développées ci-dessous. Les orientations devraient plus se focaliser sur la sensibilisation et l'implication des hommes.

Actions à envisager

Barrière 1 & 2: Méconnaissance de la malnutrition et du programme PCIMA

Elaborer des messages de sensibilisation ainsi que les stratégies de leur diffusion avec les représentants de la communauté

↳ Messages clés: un terme le plus approprié en langue locale pour désigner la malnutrition (attention aux mots péjoratifs) / gratuité / durée du traitement / conséquences de la malnutrition aiguë sévère

↳ Choix et mobilisation des canaux de communication les plus pertinents au regard de la nature du message ou de la population ciblée. Par exemple: micro-mosquée pour sensibiliser les hommes, diffusion par les tontines pour informer les femmes, crieurs publics pour l'ensemble de la communauté, agents de santé communautaires pour informer les chefs de villages, messagers-moto pour les campements nomades, affichage par tableaux dans les centres de santé sur la gratuité et les tarifs des services délivrés, etc.

↳ Intensifier les informations délivrées aux mères des enfants admis dans le programme. Le bouche à oreille est un canal de communication très efficace, les mères satisfaites sont les meilleures ambassadrices du programme.

Barrière 3: Distance

Mobiliser les ressources disponibles dans la communauté

↳ Solliciter les chefs de village pour organiser le transport et l'accompagnement des enfants aux centres de santé, par exemple mettant à disposition le jour de prise en charge des moyens de locomotion disponibles dans le village (charrette, motocycles, pirogues, etc.). Le chef de village peut aussi désigner 1 ou 2 hommes pour accompagner les femmes et les enfants au centre de santé pour limiter l'insécurité sur le trajet, soutenir l'effort des mères ou être témoin des problèmes de prise en charge comme les ruptures d'intrants.

↳ Adapter la prise en charge pour les zones éloignées et enclavées:

- Adapter la prise en charge selon le calendrier saisonnier: distribution de double ration pour les zones enclavées ou inaccessibles en saison des pluies.
- Mettre en place les équipes mobiles pour les zones très éloignées ou les populations nomades.
- Garantir le transfert efficace des enfants pour les enfants nomades ou les enfants des travailleurs saisonniers mobiles (région rizicole, par exemple).

Barrière 4: Occupation des mères

La disponibilité des mères est variable: il n'est pas toujours aisé de consacrer une journée entière par semaine pour accompagner un enfant malade. Il faut délaissier les travaux champêtres ou autres activités productives, les autres



enfants de la famille ou encore les tâches ménagères et les soins au mari (rotation dans les familles polygames). Ce temps dédié à l'enfant représente donc un coût pour l'ensemble de la famille. Les rapports de genre dans ces régions impliquent d'obtenir l'autorisation du mari pour suivre le traitement pendant plusieurs semaines.

↳ Explorer les possibilités de garde des enfants à l'intérieur de la communauté les jours du programme (solicitation des grands-mères par exemple).

↳ Renforcer la sensibilisation des hommes aux bénéfices du traitement par le biais des chefs de village, des leaders religieux ou des chefs de famille.

↳ Soutenir l'accompagnement des mères et des enfants par des hommes du village sous l'influence des leaders.

Barrière 5: Faiblesses du dépistage

Le dépistage par les agents de santé communautaires est un axe prioritaire pour un grand nombre de stratégies de mobilisation communautaire mises en place. Les limites de la sollicitation des relais communautaires se font sentir: ils ne sont pas toujours motivés ni disponibles pour des tâches bénévoles, ils sont parfois peu légitimes aux yeux des professionnels des centres de santé ou de la population elle-même, ils ne sont pas systématiquement bien formés, outillés et supervisés.

Il devient urgent de réviser le rôle et les attributions des ASC. Beaucoup ont acquis un statut et des connaissances dont ce n'est pas une question de les déposséder. Ils demeurent l'interface entre la communauté et le centre de santé. Pour autant le dépistage est un moment clé et stratégique de recours précoce aux soins qui ne peut être entièrement laissé aux hasards des motivations et des disponibilités des ASC. Ceux-ci ont, par ailleurs, beaucoup de sollicitations par divers programmes et structures et choisiront ce qui leur apparaît le plus lucratif parmi les diverses propositions: le volontariat est difficilement tenable à long terme.

↳ **Élargir le dépistage.** Beaucoup de personnes dans un village sont en capacité d'utiliser un MUAC et de lire les résultats colorés. Cela peut devenir un geste banalisé et accessible à tous et en premier lieu aux mères des enfants de moins de 5 ans. Il est souhaitable que cet outil facile et peu coûteux soit distribué massivement aux mères des enfants guéris de la malnutrition (ce qui favorisera le suivi de l'enfant et limitera les risques de rechutes) qui pourront dépister les autres enfants du village, guérisseurs traditionnels, sages-femmes, grands-mères chargées de garder les enfants pendant la journée. Ce dépistage de proximité pourra être confirmé par l'ASC qui se chargera de l'orientation de l'enfant.

Une stratégie de dépistage élargi augmentera également les chances de couvrir les populations et les zones non couvertes: hameaux de culture ou hameaux tutélaires, cases périphériques, populations marginalisées.

Barrière 6: Itinéraires thérapeutiques / Recours à la médecine traditionnelle

Chaque ethnie ou sous-groupe a élaboré une culture de la santé et des pratiques thérapeutiques. Pour la famille d'un enfant malade, le recours aux soins se détermine parmi un éventail d'offres thérapeutiques qui, de plus, ne s'excluent pas toujours les uns des autres et peuvent être tentés simultanément.

Ce choix est déterminé par plusieurs facteurs: influence et position du membre de la famille décisionnaire, coût financier, croyances, proximité physique, perception de l'efficacité thérapeutique ou de la légitimité du thérapeute, représentation de la médecine moderne. Sur cette base on administrera à l'enfant des tisanes familiales (automédication), des traitements traditionnels plus ou moins invasifs et néfastes, des cachets achetés à des vendeurs ambulants ou des médicaments de rue ou encore des pratiques magico-religieuses. Face à cette « concurrence », les témoignages confirment que bien souvent que le centre de santé est le dernier recours choisi quand les autres tentatives ont échoué. En plus d'un recours tardif aux soins quand l'état de santé de l'enfant est déjà bien dégradé, cet éventail thérapeutique peut aussi être la cause d'abandons de la PCIMA si celle-ci est jugée peu efficace, trop longue ou trop contraignante.

↳ **Identifier les différents recours thérapeutiques**, ce qui détermine les choix et qui décide du meilleur soin pour l'enfant malade.

↳ **Travailler à la coopération avec les guérisseurs traditionnels**: certains guérisseurs sont structurés en associations. Il est envisageable de coopérer avec eux tout en prenant conscience des contraintes qui pèsent sur ces collaborations: une méfiance intrinsèque entre les 2 médecines vécues comme concurrentes l'une de l'autre. Il s'agit donc de trouver une



négociation gagnant-gagnant avec les guérisseurs: par exemple du dépistage et de l'orientation des enfants contre le soutien à la création de jardins de plantes médicinales (à proximité du centre de santé?) ou encore un appui technique à la valorisation et à l'expertise scientifique des traitements traditionnels (publication d'un glossaire, soutien à la recherche sur les traitements traditionnels etc.).

↳ **Renforcer les messages de prévention** liés à la consommation des médicaments de rue ou de vendeurs ambulants et des risques qu'elle comporte.

↳ **Recenser les offres de soins privées** (cliniques) **et évaluer les possibilités de coopération**: formation sur la malnutrition contre le dépistage et l'orientation des enfants, ou encore l'intégration de certaines structures privées à la PCIMA.

↳ **Réorganiser la distribution des intrants pour le traitement de la malnutrition aigüe modérée**. Des ruptures de stock de PlumpySup® sont régulièrement constatées dans les pays investigués. Il est indéniable qu'une mère qui a surmonté beaucoup de difficultés pour arriver au centre de santé et qui repart sans traitement pour son enfant malade sera découragée et fera une très mauvaise publicité au programme dans son ensemble (elle ne distinguera pas forcément MAM et MAS dans son appréciation de la prise en charge).

↳ Le rejet ou le mauvais accueil dans le centre de santé constituent également des motifs d'abandons ou de refus du traitement au centre de santé. **Le recyclage des agents de santé sur la qualité de l'accueil et son impact sur la couverture du programme** serait nécessaire. L'intervention d'acteurs impliqués dans la PCIMA dans la formation de base des agents de santé contribuerait à améliorer la nature de la relation soignant-soigné.



Conclusion

Le type de stratégie d'engagement communautaire proposée ici induit une évolution des positionnements mais également de nouvelles formes de coopération et de partenariat: universités, associations, groupements de femmes, établissements religieux, etc. pour mobiliser les différents segments de la société et de répartir, de ce fait, les tâches et les responsabilités.

Les barrières ainsi que les pistes de travail pour réduire leur impact, tels que présentés ici, ne sont pas exhaustives. Leur identification doit procéder d'une analyse qualitative du terrain et les solutions de la coopération active de la communauté. Le financement des investigations comme des postes dédiés à l'engagement communautaire est un élément déterminant pour soutenir cette dynamique. Toutefois, les actions à envisager sont peu onéreuses et peuvent contribuer efficacement à la lutte contre la malnutrition, à la couverture des programmes et in fine à leur efficience et à l'amélioration des rapports entre acteurs de santé et la communauté. Les actions de santé communautaire répondent à la fois aux aspirations des populations impliquées et proactives, aux contraintes et mandats des Etats et des organisations humanitaire et, finalement aux objectifs des bailleurs de fonds.