



HAL
open science

Invariants historiques des défis de la santé communautaire face aux urgences en Afrique

Valery Ridde, Fatoumata Hane

► **To cite this version:**

Valery Ridde, Fatoumata Hane. Invariants historiques des défis de la santé communautaire face aux urgences en Afrique. Sciences Sociales et Santé, 2022. ird-03791452

HAL Id: ird-03791452

<https://ird.hal.science/ird-03791452>

Submitted on 29 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Invariants historiques des défis de la santé communautaire face aux urgences en Afrique

Valéry Ridde et Fatoumata Hane

L'article de Diallo et Sainsaulieu vient à point nommé alors que la crise de COVID-19 semble maintenant oubliée en Afrique de l'Ouest francophone et qu'il reste à faire le bilan des démarches de santé communautaire entreprises pour l'endiguer. Les analyses réflexives développées en Afrique montrent que l'engagement communautaire et le recours aux agents de santé communautaire ont été limités (Talisuna et al., 2022). Pourtant, leur potentiel était important face aux urgences (Ballard et al., 2022). Au Sénégal, par exemple, l'analyse menée par les acteurs impliqués dans la lutte contre la pandémie a confirmé les défis de l'engagement communautaire (CNGE, 2020). En effet, les travaux de recherches sur les mobilisations communautaires ont montré combien on avait, dans la lutte contre la pandémie de COVID-19, oublié l'histoire des acteurs communautaires et en particulier leur efficacité dans la lutte contre le VIH/Sida (Carillon, Hane, Bâ, Sow, & Desclaux, 2021; Ridde & Faye, 2022). Ailleurs en Afrique, les pays n'étaient pas suffisamment prêts pour mobiliser leurs agents de santé communautaire en contexte d'urgence, par exemple pour le suivi des cas contacts de COVID-19 (Talisuna et al., 2022).

Mais l'analyse que proposent Diallo et Sainsaulieu confirme que l'invariant historique des défis auxquels est confrontée la santé communautaire en Afrique de l'Ouest et au Sénégal en particulier (Faye, 2012; Seck, 2014). Pour autant, les références québécoises ou françaises mobilisées par les deux auteurs sont peut-être un peu éloignées du terrain de leur étude. En effet, si le Québec est souvent montré en exemple pour son approche de santé communautaire (Desgroseilliers, Vonarx, Guichard, & Roy, 2016), c'est certainement plus en raison de la capacité de ses chercheurs à publier que des politiques de santé qui y sont effectivement mis en œuvre (Jourdan, O'Neill, Dupéré, & Stirling, 2012). On ne reviendra pas non plus sur les défis méthodologiques de cet article et qui rappelle un autre invariant, celui que nous avons relevé dans un commentaire précédent pour *Sciences Sociales & Santé*, le besoin d'améliorer la description (et la rigueur?) des démarches qualitatives pour éviter les critiques sur leur scientificité (Ridde, 2013).

Représentativité, intégration et pérennité

Le texte de Diallo et Sainsaulieu met en exergue la permanence des défis auxquelles la santé communautaire fait face. Ils proposent une analyse organisationnelle des enjeux soulevés par des catégories « professionnelles » des personnes engagées dans des activités de santé communautaires au Sénégal, à l'instar d'analyses plus anciennes (Faye, 2012). On ne pourra pas revenir en détail sur l'ensemble de ces défis dans ce commentaire mais retenons les principaux.

Alors que les organisations internationales mettent de plus en plus en avant la nécessité d'une réforme des systèmes de santé centrée sur les patients, cet article pose une nouvelle fois la question de la représentativité de ces personnes. En effet, bien avant la conférence d'Alma-Ata et le lancement de la démarche des soins de santé primaires, la manière dont ces personnes représentent les communautés locales s'est toujours posée. Il suffit de penser à la gouvernance des fameux comités de gestion ou comités de santé en Afrique de l'Ouest. Dans le texte, on voit bien les défis posés par leur mode de recrutement, la manière dont ils représentent des habitants des quartiers (Hane & Ridde, 2021) et de leur ancrage communautaire, comme on le constate au

Niger dans le domaine de la nutrition (Niang, Moha, Ridde, & Gautier, 2022). Ce défi est exacerbé dans un contexte où les acteurs de la santé mondiale n'arrivent pas encore à disposer d'une approche globale et holistique de la santé alors même que l'OMS affirmait que la santé « *ne consiste pas seulement en l'absence de maladie* ». Chacun cherche à défendre son identité, à montrer que son ONG a été capable de lutter contre le diabète ou que son programme de lutte contre le VIH/Sida a été efficace. Ainsi, alors qu'un agent de santé communautaire n'a pas été payé durant de nombreux mois, il a reçu pas moins de cinq téléphones intelligents pour le suivi d'indicateurs de maladies spécifiques (Ballard et al., 2022).

La fragmentation des mécanismes de financements des systèmes de santé que tout le monde déplore se constate ainsi aussi dans les approches communautaires. L'article de Diallo et Sainsaulieu montre bien les dilemmes entre les agents spécialisés et ceux qui ont une approche plus globale de la santé de leurs communautés, puisque chaque bailleur de fonds, ONG ou service public est encore et toujours centré sur une maladie ou un secteur. A l'échelle mondiale, on glorifie les approches fragmentées et biomédicales dont les approches communautaires sont souvent écartées. Il suffit de penser à la permanence d'un Fonds mondial sur trois maladies, aux bailleurs de fonds qui testent des technologies miracles (e.g. oxymètre de pouls, auto-test) ou aux agences de financement de la recherche centrées uniquement sur certaines maladies... au détriment des autres. De plus, on débat depuis de nombreuses années de la manière d'intégrer ces agents de santé communautaire dans les systèmes de santé, et notamment sur leurs fonctions et la manière de les rémunérer. Sur le terrain, les agents de santé communautaire se considèrent comme hyperspécialisés mais aussi et surtout, dépendants des programmes et des bailleurs de fonds depuis toujours. Au Mali, les dépenses des programmes d'agents de santé communautaire sont financées à 88% par l'aide publique internationale (Pascal Saint-Firmin et al., 2021). Rares sont encore les États ou les collectivités territoriales qui s'engagent pour assurer la pérennité de ces fonctions, défi bien mis en exergue dans l'article. Au Bénin, la politique nationale de santé communautaire 2020-2024 prévoit que les relais communautaires soient payés 50.000 F CFA par mois par les mairies. Mais ces dispositions ne sont pas encore en place. Ainsi, certains estiment que 80% des agents de santé communautaire en Afrique ne sont pas payés (Ballard et al., 2022).

Il est incroyable, alors que la question de la pérennité des interventions financées par l'aide internationale et s'appuyant sur les agents de santé communautaire se soit posée depuis les années 1960 au Sénégal (Faye, 2012), qu'elle continue d'être abordée en 2022 au Mali (Niang, 2022) ou au Niger (Niang et al., 2022). L'enjeu est de taille dans des contextes où les ressources humaines en santé manquent aux niveaux les plus décentralisés et où la question du paiement de leurs primes refait surface à chaque instant. Le financement basé sur la performance tenté avec certains agents de santé communautaire n'a pas été une grande réussite en Afrique (Falisse, 2016). Au Mali, un renouveau de l'approche de santé communautaire semble se dessiner sous l'impulsion d'ONG et de cabinets de consultants américains (Gautier, Touré, & Ridde, 2021), qui ont certainement participé à la décision du gouvernement d'avril 2022 de légaliser le travail des agents communautaires. Cela permettra sûrement d'officialiser leur rémunération, même si l'on sait que l'État accorde encore très peu de ressources financières au secteur de la santé. En effet, moins de 6% du budget de l'État malien est dévolu au secteur de la santé, le Sénégal étant à 4,3% ! En 2015 au Mali, les prestataires de soins préventifs ne représentent que 9% des dépenses totales de santé contre 35% pour les hôpitaux et 11% pour l'administration du système.

Des défis exacerbés à l'heure de la pandémie à Covid -19

Malgré la revendication des syndicats de santé au Sénégal d'une meilleure reconnaissance institutionnelle qui se traduirait par un recrutement, et malgré leur rôle déterminant dans la gestion des épidémies comme le VIH, le paludisme et les activités de routine des centres de santé, quand survint la pandémie à COVID-19, les acteurs communautaires ont été marginalisés dans les stratégies de riposte de l'État. Dans les premiers temps, la mobilisation des associations de lutte contre le VIH et les acteurs communautaires (ONG de lutte pour la promotion de la santé comme Enda, ANCS, association des diplômés de santé communautaire, associations des *Bajenu Gox*, leaders communautaires, etc.) a été faible (Carillon et al., 2021). Leur voix a été inaudible et leur implication a reflété les tâtonnements et errements de réponses dictées par la science médicale et la biomédicalisation du pouvoir (Ridde & Faye, 2022). L'expertise profane ne pouvait concurrencer les savoirs scientifiques face à l'incertitude, l'inconnu et l'imprévisibilité du nouveau coronavirus. La santé communautaire fut réduite, comme souvent, à la communication des risques et engagement communautaire (CREC), notamment promu par l'OMS et qui s'inscrit dans cette vision traditionnelle biomédicale¹.

En outre, notons que le champ de la santé communautaire, comme le montrent Diallo et Sainsaulieu, est composé d'une diversité de profils au Sénégal. Certains ont dépassé leur rôle initial d'intermédiaires et s'occupent d'une variété de soins : consultation dans les postes de santé en milieu rural, sensibilisation et rôle social des *bajenu gox* concernant par exemple la vaccination contre le COVID-19. Les agents de santé communautaire interviennent donc dans des offres de soins plurielles et denses. Leurs pratiques intègrent des normes sociales, au point d'ailleurs que le qualificatif de communautaire relève plus du fait qu'ils sont choisis par les populations sur la base de critères subjectifs et de choix politiques au niveau local que d'un engagement affirmé pour les besoins spécifiques et les priorités de santé des communautés auxquelles elles appartiennent. Ils construisent des territoires d'action dans et hors du champ de la santé.

Pourtant, au début de la pandémie, ils ont été mis à l'écart. Ces agents ont été les derniers à recevoir les équipements de protection individuelle. Certes, les organisations qui interviennent dans l'urgence, comme la Croix Rouge, ont mobilisé leurs volontaires dans les sites de prise en charge extrahospitalière lorsque les centres de traitement des épidémies (CTE) ont été débordés. Mais la plupart des agents de santé communautaire, notamment ceux définis comme des polyvalents par Diallo et Sainsaulieu n'ont pas été impliqués. D'autres acteurs communautaires, comme les associations de lutte contre le VIH reconnue pour leur expertise dans les mobilisations communautaires ont dû se limiter à des interventions à distance, la sensibilisation et le suivi se faisant par WhatsApp et téléphone. Certaines se sont mises en télétravail. Elles ont distribué des kits de protection et des kits alimentaires aux membres les plus âgées et les plus vulnérables.

Les différentes formes d'engagement révèlent donc l'hétérogénéité du champ de la santé communautaire et la polyvalence des acteurs au Sénégal. De ce point de vue, ils ne peuvent être considérés uniquement comme un « segment professionnel » pour reprendre Diallo et

¹ La CREC est définie par l'OMS comme un échange d'informations, de conseils et d'opinions en temps réel entre les experts ou les dirigeants et la communauté faisant face à une menace (danger) à sa survie, sa santé ou son bien-être économique ou social

Sainsaulieu. Lorsqu'est survenue la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Sénégal, avec la contestation de l'efficacité des mesures de santé publique (Bonnet et al., 2021), on fit appel aux acteurs communautaires pour le suivi des cas à domicile et la sensibilisation au respect des gestes barrières avec la levée des principales restrictions. On est ainsi passé à l'ère du « vivre avec le virus ». L'épidémie à coronavirus a ainsi révélé les inégalités structurelles (manque de reconnaissance, insuffisance et inégale répartition des ressources matérielles, etc.) entre soignants mais plus encore, elle a mis à nu la précarité sociale, sanitaire, des agents de santé communautaire qui sont les acteurs de la démocratie sanitaire (Hane, 2020).

De la diversité des approches, des rôles et des personnes

En valorisant la participation communautaire, la planification de la décentralisation du système sanitaire a renforcé l'idée de la présence des agents de santé communautaire. Compte tenu de la charge de travail des professionnels de santé, il a été décidé de leur confier les soins curatifs primaires et de recruter des relais communautaires et autres médiateurs pour les activités de promotion de la santé. En se focalisant sur ces « professionnels », nous sommes éloignés des principes de la participation communautaire telle que pensée lors de la conférence d'Alma Ata. De plus, en raison de la forte dépendance du système de santé aux financements extérieurs et aux exigences des partenaires techniques et financiers, nous assistons à une bureaucratisation des activités communautaires (rapports de visites à domicile, de causeries, collecte des données de routine et élaboration du rapport de monitoring des postes et centres de santé par les agents de santé). Ainsi, les organisations de la société civile et les associations de malades se sont retrouvées prises au piège de la professionnalisation imposée par les pratiques managériales (et de reddition de comptes) des bailleurs, en l'absence de financement suffisant de l'État. Ainsi, les interventions communautaires ne sont plus pensées en fonction des priorités de santé des populations au niveau local mais en fonction des objectifs d'une pluralité d'organisations nationales et internationales. On est passé d'une planification pour répondre à des besoins à une planification pour disposer (ou capter) des ressources. Cela limite la portée des actions et, surtout, transforme la santé communautaire en une « arène locale » où la place des citoyens et la participation reste à définir.

Perspectives interdisciplinaire et intersectorielle

Ainsi, si l'article se concentre sur les agents de santé communautaire, il ne faudrait pas faire une erreur de lecture en réduisant les approches de santé communautaire au recours à ces seules personnes. En effet, les interventions de santé communautaire se distinguent de celles de la santé publique par une approche plus participative et moins technocratique où « *l'intervenant en santé communautaire [...] se donne pour fin l'émancipation des personnes auprès desquelles il intervient* » (Jourdan et al., 2012) et au sein d'une communauté à laquelle il ou elle appartient. Mais il ne faut pas tomber dans une vision idéaliste où les enjeux de pouvoir seraient oubliés au profit de l'indispensable mobilisation des ressources et réalisation des activités tel que c'est souvent le cas dans les contextes d'aide au développement. En effet, « *les communautés de la santé communautaire n'existent pas vraiment, elles sont des territoires idéalisés et romantisés, des enclos pour parquer les dépendants et des geysers de ressources* » (Saillant, 2004).

Pour comprendre ces enjeux, il nous faut nécessairement dépasser la vision biomédicale et épidémiologique qui domine la santé publique francophone (Ridde, Ouedraogo, & Yaya, 2021). Même au Québec, les formations de santé publique ont tendance à s'écarter des approches

communautaires. Au Sénégal, par exemple, les études de santé publique sont encore l'apanage des médecins. En Afrique comme en France, il est impossible d'être universitaire de santé publique sans être médecin. La cellule de santé communautaire du ministère de la santé du Sénégal dispose d'une place marginale et, par exemple, elle a été relativement oubliée dans la réponse à la pandémie de COVID-19 (Ridde & Faye, 2022). Il devient donc urgent d'ouvrir ces formations (et les places de pouvoir) à l'interdisciplinarité et aux approches de santé communautaire. Au Sénégal, les formations universitaires se développent. Après la présence historique des cursus en santé publique dans plusieurs universités, on a vu arriver un master en santé communautaire en 2007, un master en santé mondiale offert à distance par une université privée en 2021 et même une licence professionnelle en éducation et promotion de la santé en 2022. Les défis de l'intégration de ces nouveaux professionnels seront nombreux dans un système de santé médicalisé et dominé par des programmes de santé publique où les approches communautaires ont du mal à se développer. Les étudiants du master en santé communautaire sont souvent perçus sur le terrain comme des agents de santé communautaire et des concurrents des acteurs communautaires de santé, créant frustrations et défis d'intégration.

La très ancienne approche « Une seule santé » qui semble aujourd'hui (re)venir en haut de l'agenda en réponse à la pandémie de COVID-19 sera-t-elle une opportunité pour une véritable révolution interdisciplinaire et intersectorielle d'une santé communautaire en Afrique ? Les experts en santé humaine, animale et environnementale seront-ils en mesure de se parler et de se comprendre pour des actions sur les déterminants politiques et sociaux de la santé ? Les formations universitaires et professionnelles pourront-elles devenir interdisciplinaires et intersectorielles ? Les bailleurs de fonds seront-ils en mesure de comprendre la complexité que cette approche implique et le besoin de se départir de leurs visions verticales et de leurs conditionnalités ? Enfin, les dangers sont grands de voir cette approche mobiliser des agents de santé communautaire qui en seraient des spécialistes sans une vision holistique des besoins des populations.

Références

- Ballard, M., Johnson, A., Mwanza, I., Ngwira, H., Schechter, J., Odera, M., et al. (2022). Community Health Workers in Pandemics : Evidence and Investment Implications. *Global Health : Science and Practice*, 10(2), e2100648. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00648>
- Bonnet, E., Bodson, O., Le Marcis, F., Faye, A., Sambieni, N. E., Fournet, F. et al (2021). The COVID-19 pandemic in francophone West Africa : From the first cases to responses in seven countries. *BMC Public Health*, 21(1), 1490. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11529-7>
- Carillon, S., Hane, F., Bâ, I., Sow, K., & Desclaux, A. (2021). La réponse communautaire à la pandémie de Covid-19 au Sénégal : Un rendez-vous manqué ? *Mouvements*, 105(1), 92- 103. <https://doi.org/10.3917/mouv.105.0092>
- CNGE. (2020). *Rapport de la Revue Intra-Action (RIA) Nationale Multisectorielle de la lutte contre la pandémie liée au nouveau coronavirus (COVID-19) au Sénégal*,. Dakar: PFN-RSI.
- Desgroseilliers, V., Vonarx, N., Guichard, A., & Roy, B. (2016). *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis*. Québec, Presses de l'université Laval
- Falisse, J. B. (2016). *Community-based results-based financing in health in practice. Discussion piece based on programmes and policies supported by the World Bank in Benin, Cameroon, the Republic of Congo, the Democratic Republic of the Congo, The Gambia, and Rwanda*. Centre of African Studies, University of Edinburgh. Rapport de recherche

Faye, S. L. (2012). Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : Enjeux, modalités, défis: *Autrepart*, N° 60(1), 129- 146. <https://doi.org/10.3917/autr.060.0129>

Gautier, L., Touré, L., & Ridde, V. (2021). L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : Rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire. Dans V. Ridde, *Une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* (pp. 147- 176). Québec, Canada: Éditions science et bien commun. Repéré à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>

Hane, F. (2020). Les invisibles du système de santé au Sénégal. *The Conversation*. Repéré à <https://theconversation.com/les-invisibles-du-systeme-de-sante-au-senegal-137456>

Hane, F., & Ridde, V. (2021). La place des citoyen.n.es dans la santé publique en Afrique : Entre volontariat et professionnalisme: *Santé Publique*, Vol. 33(4), 471- 472. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0471>

Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? : *Santé Publique*, Vol. 24(2), 165- 178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>

Niang, M. (2022). *Modélisation systémique des déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovations en santé : Une étude qualitative de cas multiples au Burkina Faso et au Mali*. Thèse de doctorat en santé communautaire. Laval, Québec, Québec.

Niang, M., Moha, M., Ridde, V., & Gautier, L. (2022). La pérennité d'un projet de prévention et de prise en charge de la malnutrition au Niger. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00631-x>

Pascal Saint-Firmin, P., Diakite, B., Ward, K., Benard, M., Stratton, S., Ortiz, C., ... Traore, S. (2021). Community Health Worker Program Sustainability in Africa : Evidence From Costing, Financing, and Geospatial Analyses in Mali. *Global Health : Science and Practice*, 9(Supplement 1), S79- S97. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00404>

Ridde, V. (2013). Personnes vivant avec le VIH, méthodes qualitatives et couverture universelle en santé : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 31(3), 29. <https://doi.org/10.3917/sss.313.0029>

Ridde, V., & Faye, A. (2022). Policy response to COVID-19 in Senegal : Power, politics, and the choice of policy instruments. *Policy Design and Practice*, 1- 20. <https://doi.org/10.1080/25741292.2022.2068400>

Ridde, V., Ouedraogo, S., & Yaya, S. (2021). Closing the diversity and inclusion gaps in francophone public health : A wake-up call. *BMJ Global Health*, 6(2), e005231. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005231>

Saillant, F. (2004). Constructivisme, identités flexibles et communautés vulnérables. Dans F. Saillant, M. Clément, & C. Gaucher (Éds), *Identités, vulnérabilités, communautés* (pp. 19- 42). Québec: Editions Nota bene.

Seck, A. (2014). La promotion de la santé : Une vision nouvelle en Afrique. *Santé Publique*, S1(HS), 5. <https://doi.org/10.3917/spub.140.0005>

Talisuna, A., Iwu, C., Okeibunor, J., Stephen, M., Musa, E. O., Herring, B. L., ... Gueye, A. S. (2022). Assessment of COVID-19 pandemic responses in African countries : Thematic synthesis of WHO intra-action review reports. *BMJ Open*, 12(5), e056896. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056896>