



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Perception des soins de santé primaires par la communauté rurale : cas de la commune de Pissa en République centrafricaine

Mémoire présenté par

Isaac Wadbrind MADRESS

pour l'obtention du Master en Développement

Département Santé

Spécialité santé internationale

le 11 Avril 2013

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE Président

Directeur du département santé

Pr Anne-Marie MOULIN Examineur

Directeur de recherche au CNRS

Dr Ashraf AZER Examineur

Consultant senior au programme de santé
publique du bureau pays de l'UNHCR

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit de:

- Professeur **Anne-Marie Moulin**, Médecin spécialisée en médecine tropicale et parasitologie, Professeur agrégée de philosophie, Directeur de recherche au CNRS, qui malgré ses lourdes occupations, n'a ménagé aucun effort pour nous encadrer tout le long de ce travail ;
- Monsieur **Albert Lourde**, Recteur de l'université Senghor d'Alexandrie pour sa bonne volonté à répondre aux besoins nécessaires au fonctionnement de l'université et aux conditions de vie des étudiants ;
- Docteur **Christian MESENGE**, directeur du département santé pour ses conseils, son dévouement et sa gentillesse. Soyez rassurer de ma reconnaissance ;
- Docteur **Achraf AZER**, diplômé de l'université Senghor d'Alexandrie, Consultant senior au programme de santé publique du bureau pays de l'UNHCR d'Egypte en faveur des réfugiés ;
- Tout le corps enseignant pour la qualité de l'enseignement permettant de réaliser ce travail scientifique ;
- Ma très chère épouse **MADRESS A. Fatou Tissama**. Qui m'a accompagné le long de ce travail avec des encouragements et soutien incontestable ;
- Tous mes collègues de la promotion 2011-2013, plus particulièrement à ceux du département de la santé qui dans un esprit d'échange constructif continu qui a marqué cette période d'étude. Il s'agit d'une solidarité inter étudiant qui a influé positivement la recherche ;
- Tous ceux qui ne trouvent pas leur nom dans cette liste non exhaustive alors qu'ils nous ont soutenus de près ou de loin. Qu'ils reçoivent ma gratitude.

Dédicace

Ce travail est dédié à **nos enfants (Chrisis, Briand, Jennifer et Baria Bénie)**. Que cela soit un stimulus pour eux. Qu'ils sachent que le succès de la vie et la satisfaction morale de l'homme se trouvent dans le travail bien fait.

Résumé

Cette étude interroge la perception de la communauté rurale vis-à-vis des soins de santé primaires.

Méthodes : Etude transversale réalisée en août 2011 dans une zone rurale (Pissa) en RCA. Les méthodes de recherche sont celles de l'observation participative et de l'entretien semi-directif auprès de 113 individus d'une zone rurale de Pissa en République centrafricaine.

Résultats : La population de cette étude, quasi-totalement chrétienne (92%) est constituée des Jeunes cultivateurs avec un faible niveau scolaire, vivant en couple sans mariage civile.

Elle avait une mauvaise perception du concept santé chez 70% d'entre elle qui considéraient la santé uniquement comme une absence de maladie. Cependant, tous ont exprimé leur besoin d'atteindre c'est état d'être.

Les organes de gestion des SSP étaient plus perceptibles au sein des structures de santé 62% qu'au niveau de la communauté (10% et 4%). Par contre cette perception est mauvaise pour 4/8 composantes de composantes des SSP. Il s'agissait de la perception de la promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, de l'IEC, de la SMI y compris la planification familiale, de la fourniture en médicaments essentiels génériques. Le personnel de santé (77%) et à moindre mesure les ONG/Association étaient considérés comme les seuls responsables d'information de la population. Selon nos enquêtés, ces informations étaient bien reçues lorsqu'on utilise comme moyen de transmission la radio (58%) ou les séances de sensibilisation (56%). Par contre ceux-ci estimaient que l'information ne doit être disponible qu'au niveau des formations sanitaires (66%).

La perception était moyenne pour les 4 autres composantes de SSP. L'eau de forage a été identifiée par la quasi-totalité (95%) des enquêtés comme source d'eau potable d'où provient l'eau de consommation de 89% des enquêtés. Cependant, seulement 43 (38%) de nos enquêtés possèdent de latrine et du puits d'eau dans leur parcelle d'habitation. Le fait de vendre des médicaments essentiels génériques au niveau des formations sanitaires a été apprécié positivement par 75% des enquêtés, cependant ils dénonçaient le manque fréquent de médicaments lié à la mauvaise gestion. Les aspects de prévention en SSP étaient perçus par la communauté comme l'hygiène dont les règles doivent être appliquées par eux-mêmes. Cependant, elle évoque le manque d'argent qui les empêche de bien respecter les règles.

Conclusion : La perception de la communauté propre à chaque individu était pratiquement mauvaise. L'étude souligne une faible perception de l'ensemble des composantes des SSP par une population rurale qui semblait être moins atteinte par les activités de communication pour un changement de comportement. La satisfaction de la population est loin d'être suffisante pour des raisons de faible accessibilité au système témoin d'un déficit en gestion dans sa globalité (l'injustice, le manque de communication et la mauvaise gouvernance). La revue de la stratégie d'IEC au niveau communautaire améliorerait cette perception.

Mots clés : Perception, communauté rurale, soins de santé primaires, Commune de Pissa, République Centrafricaines.

Abstract

This study questions the perception of the rural community vis-à-vis primary health care.

Methods: Cross-sectional study conducted in August 2011 in a rural area (Pissa) in CAR. Research methods are those of participant observation and semi-structured interview with 113 individuals in a rural area of Pissa in Central African Republic.

Results:

The population of this study, almost totally Christian (92%) is made up of young farmers with a low educational level, living together without marriage civil. She had a poor perception of health concept in 70% of them felt that the only health as absence of disease. However, all expressed their need to achieve this state of being is. The management structures of primary health care (PHC) were more noticeable in health facilities 62% at the community level (10% and 4%). For against this perception is bad for 4 of 8 components of PHC. It was the perception of the promotion of food supply and proper nutrition, IEC (information, education and communication), Maternal Care Health including family planning, provision of essential generic drugs. Health staff (77%) and to a lesser extent the NGO / Association were considered as the only responsibility of informing the public. According to our respondents, this information was well received when used as a means of transmitting the radio (58%) or educational sessions (56%). Moreover, they felt that the information should be available at the facility level (66%).

Perception was average for the four other components of PHC. The well water was identified by almost all (95%) of respondents as a source of drinking water from which drinking water of 89% of respondents. However, only 43 (38%) of our respondents have a latrine and water well in their residential plot. The selling of essential generic medicines by management structure level of health is assessed positively (95%) community denouncing the frequent lack of medicines related to the mismanagement of the management structure. Aspects of prevention PHC were perceived by the community as hygiene rules which must be applied by themselves. However, it refers to the lack of money that prevents them follow the rules.

Conclusion: The community perception of each individual was almost bad. The study highlights a low perception of all components of PHC by a rural population that seemed to be less affected by communication activities for behavior change. The satisfaction of the population is far from being sufficient for reasons of low accessibility to the system witnessed a deficit management in its entirety (injustice, lack of communication and poor governance). Review of the IEC strategy at Community level would improve this perception.

Key-words

Perception, rural community, primary health care, Municipality of Pissa (RCA).

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- BCR : Bureau Central du Recensement
- COGES : Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires
- IAWG : Groupe de travail Inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise
- IB : Initiative de Bamako
- IEC : Information Education Communication
- MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONS : Office national de la statistique
- OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé
- PNDS : Politique Nationale de Développement Sanitaire
- RCA : République centrafricaine
- RDC : République Démocratique du Congo
- RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- SFSP : Société Française de Santé Publique
- SMI : Santé Maternelle et Infantile
- SSP : Soins de Santé Primaires
- UNHCR : Haut Commissariat pour les Réfugiés
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Table des matières	1
Introduction.....	4
1 Problématique.....	5
2 Cadre théorique.....	8
2.1 Définition des concepts clés.....	8
2.1.1 Perception.....	8
2.1.2 Communauté rurale.....	8
2.1.3 Soins de santé primaires (SSP).....	8
2.2 Revue de littérature.....	9
2.2.1 Principes fondamentaux des SSP.....	10
2.2.2 Objectifs des SSP.....	10
2.2.3 Composantes des SSP.....	10
2.2.4 Stratégies des SSP.....	11
2.3 Initiative de Bamako (IB).....	12
2.3.1 Définition.....	12
2.3.2 Objectifs.....	12
2.3.3 Principes.....	12
2.4 Mise en œuvre des SSP.....	12
2.4.1 Mise en œuvre des SSP selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	12
2.4.2 Mise en œuvre des SSP en RCA.....	13
2.5 Récension des écrits sur le sujet.....	13
2.5.1 Perception et système de santé.....	14
2.5.2 Perception d'accessibilité aux services par les plus démunis.....	14

2.5.3 Perception, système de soins et organisation du terroir	15
2.5.4 Gestion et perception des acteurs de santé	15
2.5.5 Soins de santé centrés sur la personne	15
3 Cadre méthodologique	17
3.1 Description et délimitation du cadre de recherche.....	17
3.1.1 Situation sanitaire de la RCA	17
3.1.2 Aperçu historique et démographique de la commune de Pissa.....	18
3.1.3 Organisation administrative.....	19
3.1.4 Infrastructures socio-sanitaires	19
3.1.5 Organisation socio-culturelle et économique.....	20
3.2 Méthodes et outils de collecte des données.....	21
3.2.1 Type et durée de l'étude.....	21
3.2.2 Echantillonnage.....	21
3.2.3 Outils et technique de collecte des données	22
3.2.4 Déroulement pratique de l'enquête	22
3.2.5 Difficultés rencontrées.....	23
3.1.6 Traitement des données.....	23
4 Résultats	24
4.1 Caractéristiques socioculturelles et démographiques des enquêtés	24
4.1.1 Age et Sexe.....	24
4.1.2 Situation matrimoniale.....	24
4.1.3 Religion	25
4.1.4 Profession	25
4.1.5 Niveau d'instruction	26
4.2 Perception des soins de santé primaires par la communauté	26
4.2.1 Organes du concept santé	26
4.2.2 Organes de gestion des SSP	26
4.2.3 Activité d'Information Education et Communication (IEC)	27
4.2.4 Promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles	28

4.2.5	Approvisionnement en eau potable et mesures d'assainissement de base	29
4.2.6	Soins de santé maternelle et infantile (SMI) y compris la Planification familiale (PF).....	30
4.2.7	Vaccination contre les principales maladies infectieuses	31
4.2.8	Prévention et la lutte contre les endémies locales.....	31
4.2.9	Traitement des maladies et lésions courantes	32
4.2.10	Fourniture des médicaments essentiels génériques.....	32
5	Discussions	33
5.1	Données socio-culturelles et démographiques des enquêtés	33
5.1.1	Age et Sexe.....	33
5.1.2	Situation matrimoniale.....	33
5.1.3	Religion	34
5.1.4	Profession	34
5.1.5	Niveau d'instruction	34
5.2	Perception des soins de santé primaires par la communauté	35
5.2.1	Organes du concept santé	35
5.2.1	Organes de gestion des SSP	35
5.2.2	Activité d'IEC	36
5.2.3	Promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles	37
5.2.4	Approvisionnement en eau potable et mesures d'assainissement de base	38
5.2.5	Soins de santé maternelle et infantile (SMI) y compris la Planification familiale.....	39
5.2.6	Vaccination contre les principales maladies infectieuses	40
5.2.7	Prévention et la lutte contre les endémies locales.....	40
5.2.8	Traitement des maladies et lésions courantes	41
5.2.9	Fourniture des médicaments essentiels génériques	41
	Conclusion	43
6	Références bibliographiques	44
7	Liste des tableaux	48
8	Liste des figures	48
9	Annexes	49

Introduction

Parmi les éléments caractéristiques du contexte particulièrement favorable à l'émergence des soins de santé primaires (SSP), figure le changement de la perception du développement en général(1)(2) et celle des soins de santé primaires en République Centrafricaine (RCA)(3). Cette perception que la population a de la santé et de la maladie constitue un enjeu majeur pour le système de santé(4). Dans une étude menée dans cinq pays africains, cinq ans après le lancement de l'Initiative de Bamako (IB), il a été constaté qu'il subsistait encore différentes perceptions du concept SSP selon le statut des utilisateurs (pauvres...)(1). Ainsi, la perception de la qualité de service était retenue par cette même étude comme un indicateur capable de renseigner sur la mise en œuvre des SSP.

Les SSP sont considérés comme une opportunité pour la collectivité rurale de parfaire ses connaissances sur les moyens d'amélioration son état de santé et de les mettre en pratique dans un contexte participatif. C'est pourquoi, la participation de la communauté à tous les stades était ciblée comme l'un des impératifs primordiaux des SSP. Cette participation dépendra de l'accessibilité des communautés aux informations requises sur leur propre état de santé et sur la façon dont elles peuvent contribuer à l'améliorer(5). En expliquant clairement l'approche stratégique des SSP, ses avantages pour l'amélioration de la santé, les risques encourus lorsque cette approche n'est pas utilisée, le rôle de la communauté dans l'application de cette approche, on pourra positiver la perception de la communauté. De cette manière, on pourra susciter l'enthousiasme de la population et l'amener à orienter sa participation aux activités des SSP. L'IB prévoit entre autres éléments du paquet minimum d'activités, le dialogue et la participation à tous les niveaux de contact avec les individus afin de mobiliser l'ensemble de la communauté.

La RCA à l'instar des autres pays, a souscrit à toutes les déclarations et initiatives internationales allant dans le sens des soins de santé primaires et a instauré cette réforme dans tout le pays en 1989(6). En Afrique de l'ouest comme en RCA, les résultats de la mise en œuvre des SSP, 25 ans après son lancement, laissent encore beaucoup de doute quant à son succès (7) (1). Dans le même ordre d'idée, la fréquentation des formations sanitaires reste très faible (13%) en RCA en 2011¹. Les pathologies évitables par la simple application des règles élémentaires d'hygiène sont encore très fréquentes.

La première partie de ce travail présente une vue d'ensemble des différentes théories sur les soins de santé primaires impliquant la mobilisation de la communauté et la définition des concepts clés. La deuxième partie met en exergue la méthodologie et la présentation du cadre qui a servi de base pour cette étude. La troisième partie concerne la présentation des résultats obtenus. Vient ensuite une quatrième partie qui aborde les discussions des résultats obtenus. Enfin, la conclusion met en exergue les implications de la perception de la population sur les soins de santé primaires en termes de facteurs favorisant ou défavorisant l'accès aux soins de santé.

¹ Statistiques du ministère de la santé publique et de la Population de la RCA

1. PROBLEMATIQUE

Les SSP et l'IB, politiques de santé pour tous, présentent encore après plusieurs années de leur implantation dans le monde et en Afrique, une diversité de perceptions du concept(1)(2). Ces approches politiques, présentées et démontrées au départ, comme une stratégie adéquate, adaptée pour offrir l'accès universel aux soins de santé, étaient considérées comme capables de favoriser la croissance de tous les pays en améliorant l'état de santé de leur population. Déjà au départ de la mise en place de l'IB, plusieurs voies se sont levées sur la faisabilité d'un tel projet dont les objectifs fixés soulèvent quelques doutes(1).

Occupant le 179^e rang de l'indice du développement humain en 2011, la RCA peine à remonter le niveau de son développement qui reste presque stationnaire depuis 30 ans(8). L'écart se creuse d'avantage entre elle et les autres pays de la sous-région qui essaient quant à eux, d'améliorer leur niveau. Une analyse sérieuse au niveau de différents secteurs de développement dont la santé, s'avère nécessaire en vue d'identifier les causes sanitaires de cet écart grandissant.

Signalons au passage que la réforme du système sanitaire ne peut améliorer le niveau de santé de la population de manière durable que lorsque la décision d'apporter un changement est comprise et prise par la communauté et réalisée par elle-même. En d'autres termes, l'engagement de la population située au bas de l'échelle sociale comme celle de la commune de Pissa est indispensable dans le processus de mise en œuvre des SSP. Il est donc nécessaire que cette participation se fasse tant au niveau des structures de santé qu'au niveau de leur environnement social. C'est pourquoi les SSP prévoient un éventail de stratégies pour la participation active et volontaire des communautés non seulement au processus de création et de gestion de leurs structures de santé mais aussi à l'amélioration de leur environnement de vie. C'est l'exemple de la création des postes de santé sur l'initiative de la communauté locale dans plusieurs villages. Un autre exemple est l'organisation de la collectivité dans le domaine d'assainissement où les individus s'unissent pour creuser des puits ou pour construire des latrines dans leur village.

Ce n'est pas le cas en milieu rural centrafricain où les centres médicaux se trouvent souvent incompetents face aux ravages incessants de l'épidémie de VIH/SIDA et au nombre croissant de maladies dues au manque d'hygiène générale(9). Ces formations sanitaires traversent d'énormes difficultés caractérisées entre autres par la rupture fréquente de stock de médicaments essentiels et l'insuffisance des équipements. Le personnel soignant, souvent non qualifié, manque de compétence dans certains domaines. D'une façon générale, le niveau de santé de la population dans les zones rurales est médiocre. La population est de ce fait, exposée fréquemment à diverses maladies comme le paludisme, les maladies gastro-intestinales et les infections respiratoires. Ces types de maladies sont souvent dus à de mauvaises conditions d'hygiène et peuvent être évitées par une bonne éducation et une simple organisation communautaire dynamique créant ainsi des conditions d'hygiène acceptables.

Les enfants sont souvent victimes de malnutrition à cause de l'insuffisance alimentaire ou du régime alimentaire non ou peu équilibré.

Les indicateurs de santé présentés par les statistiques sanitaires 2012 de l'OMS témoignaient la précarité des soins de santé primaires en milieu rural de la RCA(10).

L'espérance de vie à la naissance était passée de 51 en 1990 à 48 ans en 2009. Le taux de mortalité chez les adultes est passé de 347‰ (1990) à 470‰ (2009) pour les femmes et de 366‰ (1990) à 461‰ (2009) pour les hommes. En 2010, 159 enfants de moins de 5 ans sont décédés sur cent mille naissances vivantes. En voulant donner la vie, 890 femmes étaient décédées pour 100 000 naissances en 2010. En 2011, les maladies transmissibles ont été la première cause de cette mortalité élevée des adultes. Chez les enfants de moins de 5ans, sont incriminés par ordre décroissant, le paludisme, la pneumopathie, les diarrhées, la prématurité et l'infection à VIH(10). De nombreuses femmes enceintes (53%)² accouchent à domicile.

L'accès à un meilleur état de santé devra prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé que sont : les services de santé de qualité accessibles équitablement à tous; un environnement social et politique favorable à la santé ; une responsabilisation plus accrue des individus, des familles et des communautés vis-à-vis de leur santé.

Depuis plusieurs décennies, les régimes politiques qui se succèdent en République Centrafricaine ont toujours place l'amélioration de la santé comme une priorité de développement. La santé est devenue l'un des secteurs prioritaires au plan national et une composante essentielle de la lutte contre la pauvreté.

Parmi les causes du mauvais état de santé de la population centrafricaine, on note la très faible participation des communautés, y compris les femmes et les jeunes dans la mise en œuvre des SSP au niveau primaire.

Le changement de comportement ou l'engagement de cette population dépendent de la représentation qu'elle a du phénomène en question (des soins de santé primaires).

C'est pourquoi à travers cette étude, il est opportun d'apprécier la représentation de la collectivité rurale de Pissa des soins de santé primaires dans leur localité. Autrement dit, il s'agit de recueillir les connaissances et les expériences de la communauté sur les soins de santé primaires et les informations qu'ils ont reçues concernant l'auto prise en charge de leur santé.

Questions de recherche

Quelle est la perception des SSP par la population rurale de la commune de Pissa ?

Cette question est alimentée par des questions secondaires suivantes :

- Comment la population de Pissa perçoit-elle le concept santé ?

² Enquête à indicateurs multiples de la santé 2000

- Comment la population perçoit-elle les huit composantes des SSP ?

Hypothèses de recherche

Cette étude doit vérifier l'hypothèse selon laquelle la perception de la population sur les soins de santé primaires n'est pas favorable à l'amélioration de leur qualité de vie.

A cet effet, l'étude vérifiera les hypothèses secondaires suivantes :

- la notion de santé est mal perçue par la population ;
- la communauté rurale n'a pas une bonne perception des 8 composantes des SSP ;

Objectifs

Il s'agit d'explorer la perception des SSP par les communautés rurales de Pissa en RCA.

Plus spécifiquement, il s'agissait de:

- identifier la perception du concept santé par la population de Pissa ;
- décrire la perception des huit composantes des SSP par la population ;

2. CADRE THEORIQUE

2.1. Définition des concepts clés

2.1.1. La perception

La perception, terme assez subjectif, est définie par André Lalande comme « *l'acte par lequel un individu, organisant immédiatement ses sensations, les interprétant et les complétant par des images et des souvenirs, s'oppose un objet qu'il juge spontanément distinct de lui, réel et actuellement connu de lui* »(11)

Elle est définie par un contenu composé de : information, images, normes et modèles, opinions, croyances, attitudes, valeurs. Elle peut se faire en rapport avec l'expérience ou le vécu social. C'est pourquoi, pour Gordon Willard Allport, psychologue américain déclare que la perception sociale est aussi l'attitude, une posture mentale et neuronale, organisée à travers l'expérience, exerçant une influence directive ou dynamique sur les réponses d'un individu envers un objet(11).

La perception peut faire allusion à la connaissance, à l'idée ou à la sensation intérieure survenant d'une impression matérielle issue de nos sens.

En rapport avec cette étude, la perception renvoie à une représentation que se font les communautés villageoises de cette nouvelle approche de fonctionnement du système de santé fondée sur l'auto-prise en charge de la santé de la population. Cette perception de la population dépend donc de la connaissance et des informations qu'elle a des SSP. Chaque membre de la société reçoit et interprète divers messages et sensations en fonction de son mode de pensée, de sa culture, de son expérience mais aussi de l'état d'esprit dans lequel il se trouve à un moment donné.

2.1.2. La communauté rurale

La communauté rurale est définie comme un groupe de personnes qui vivent de l'agriculture, ayant des intérêts voisins et communs et, par suite, entretenant les uns avec les autres des relations économiques et sociales beaucoup plus étroites qu'avec n'importe quel autre groupe(12).

La communauté rurale dans les pays en développement y compris la RCA est généralement constituée d'une portion importante de la population. C'est malheureusement cette population qui est la plus affectée par les inégalités(13)(1)(14)

2.1.3. Les soins de santé primaires

Le consensus de la conférence d'Alma-Ata en 1978 définit les soins de santé primaires comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes pratiques mais aussi scientifiquement valables, accessibles et acceptables, qui permettent aux populations de s'auto-responsabiliser »(15)(5).

La définition des soins de santé primaires a évolué au fil des temps selon plusieurs approches et priorités (16) comme indiqué dans le tableau I.

2.2. Revue de littérature

Tableau I : Approches des soins de santé primaires

Approche	Définition ou concept des soins de santé primaires	Priorité
SSP sélectifs	Portent sur un nombre limité de services à fort impact pour relever certains des défis de santé les plus prédominants dans les pays en développement. Les principaux services ont été connus sous le nom de GOBI selon son acronyme en anglais (contrôle de la croissance, techniques de réhydratation orale, allaitement et immunisation) et ont parfois compris des suppléments alimentaires, l'alphabétisation des femmes et la planification familiale	Ensemble spécifique d'activités de services de santé destinées aux plus démunis
Soins primaires	Se rapportent au point d'entrée du système de santé et à l'endroit destiné aux soins de santé continus pour la majorité de la population la plupart du temps. Il s'agit de la conception la plus courante des soins de santé primaires en Europe et dans d'autres pays industrialisés. Dans sa définition la plus étroite, l'approche est liée directement à la disponibilité de médecins exerçant en médecine générale ou spécialisés en médecine familiale.	Niveau de soins dans un système de services de santé
«SSP intégraux» d'Alma Ata	La déclaration d'Alma Ata définit les SSP comme « les soins de santé essentiels fondés sur des méthodes pratiques, solides sur le plan scientifique et acceptables sur le plan social et une technologie rendue universellement accessible aux personnes et aux familles dans la communauté à travers leur participation à part entière et à un coût que la communauté et le pays peuvent se permettre de maintenir... Ils font partie intégrante du système de santé du pays [...] et du développement social et économique de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des personnes, de la famille et de la communauté [...] amenant les soins de santé aussi près que possible de là où les personnes vivent et travaillent et ils constituent le premier élément d'un processus continu de soins de santé. »	Une stratégie organisant les systèmes de soins de santé et la société de façon à promouvoir la santé
Approche de la santé et des droits de l'homme	Souligne la conception de la santé comme un droit de l'homme et la nécessité d'en affronter ses déterminants sociaux et politiques plus larges. Elle diffère par l'accent mis sur les implications sociales et politiques de la déclaration d'Alma Ata plutôt que sur les principes eux-mêmes. Elle soutient que la focalisation sociale et politique des SSP est restée à la traîne des aspects spécifiques aux maladies et que les politiques de développement devraient être plus « inclusives, dynamiques, transparentes et appuyées par la législation et des engagements financiers », si elles veulent obtenir des améliorations équitables de santé.	Une philosophie qui se répand dans la santé et les secteurs sociaux

Source : OMS (17)

Pour répondre à l'inégalité constatée entre les différentes classes de la société, Macinko a défini les SSP comme « les soins de premier niveau, situés à la porte d'entrée du système de soins qui offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population. Ce système coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins »(17) .

2.2.1. Principes fondamentaux des soins de santé primaires

Il est utile de considérer que les soins de santé primaires couvrent à la fois des principes clés et une série variable d'activités de base(16). Ces principes sont les suivants:

- l'accès universel en fonction des besoins;
- l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale;
- la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé;
- l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

Les SSP peuvent être adaptés et interprétés pour s'ajuster à un large éventail de contextes politiques, sociaux et culturels de chaque pays(5).

2.2.2. Objectifs des SSP

L'objectif des SSP était d'améliorer l'état de santé des individus, de la famille et des communautés en insistant sur les soins préventifs dans des services de santé rapprochés des lieux où les individus vivent et travaillent, avec leur pleine participation.

C'est ainsi qu'en 1978, la Conférence d'Alma Ata(5) vise «*la santé pour tous en l'an 2000* ». On espérait en fait qu'une action au niveau primaire était la solution pour faire accéder toute la population du monde sans distinction à un bon état de santé.

2.2.3. Composantes des SSP

Les SSP comprennent huit composantes essentielles et complémentaires les unes des autres. Chaque secteur est indispensable pour l'atteinte de l'objectif final « accès universel à la santé ». Cependant, Desplats Dominique(15) a affirmé que l'évolution du progrès varie d'un secteur à un autre. Certains secteurs présentent des progrès considérables : l'approvisionnement en médicaments essentiels s'est généralisé grâce aux génériques. La couverture vaccinale atteint environ 70% en moyenne. Cependant, d'autres secteurs évoluent difficilement : c'est le cas de la mortalité maternelle et infantile, l'utilisation des services de santé, l'approvisionnement en denrées alimentaires et la nutrition et enfin l'éducation pour la santé.



Source : Bulletin d'information de santé sud(15)

Figure 1 : La complémentarité des 8 composantes des SSP

Ces composantes vont servir ultérieurement à l'étude comme éléments sur lesquels elle va mesurer la perception et les pratiques de la communauté.

2.2.4. Stratégie des SSP

La stratégie retenue pour atteindre l'objectif de soins de santé primaires était : « *soins de santé rendus accessibles à un coût que la communauté et le pays puissent assumer* ». En d'autres termes, ces soins doivent être non seulement accessibles à toute la population par rapport au coût mais sont aussi fondés sur des techniques faciles, appropriées et sortir du système vertical (grands hôpitaux dans la capitale et presque rien dans la campagne).

La stratégie est donc basée sur cinq éléments indiqués dans la figure 2 ci-dessous :

1. l'équité ;
2. **la participation communautaire** ;
3. une approche multisectorielle ;
4. une technologie appropriée ;
5. **des activités de promotion de la santé.**

Figure 2: Éléments de la stratégie des SSP(1)

Nous soulignons le point n°5 de la figure 2 car il est souvent oublié alors qu'il permet à la population d'être informée de la façon dont elle peut assurer sa santé

2.3. Initiative de Bamako

2.3.1. Définition

L'initiative de Bamako, nouvelle stratégie venant relancer les SSP, considérés comme en échec pour les pays en développement, a elle aussi connu une définition évolutive selon ces différentes perceptions à travers le monde(1).

Afin de la rendre plus concrète, au-delà de la simple intention qu'est les SSP lors de la conférence d'Alma Ata, nous pouvons retenir la définition suivante : « l'IB est devenue un ensemble de principes d'orientation et de mesures spécifiques»(1).

2.3.2. Objectifs spécifiques de l'IB :

Les objectifs de l'IB étaient de :

- renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ;
- Encourager la mobilisation sociale pour promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ;
- renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ;
- assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins (autofinancement).

2.3.3. Principes

L'Initiative de Bamako est basée sur cinq principes à savoir : l'Efficacité, l'Effcience, l'Equité, l'Economie et l'Epidémiologie.

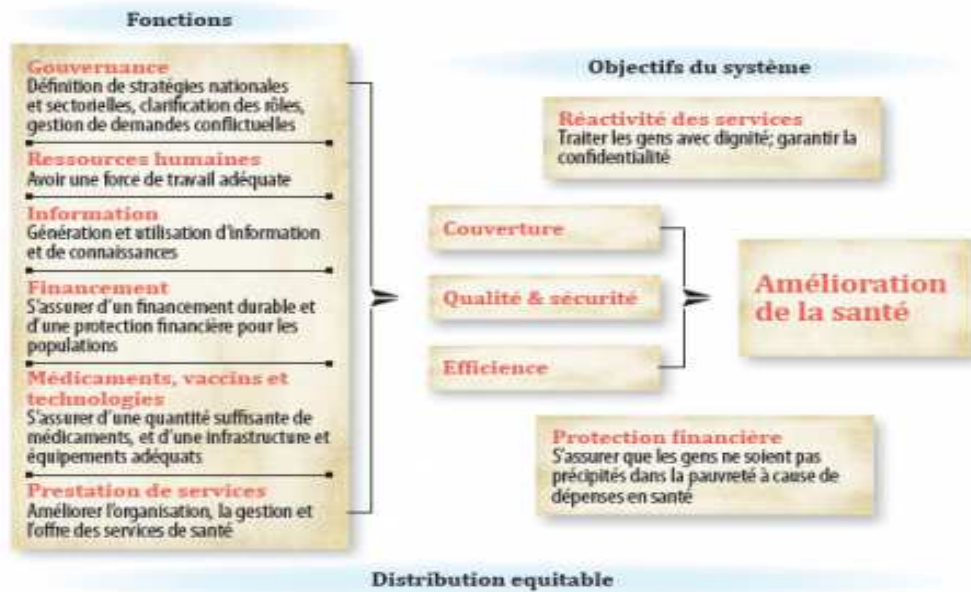
Ces principes ont pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaire à prix abordable tout en maintenant les coûts et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics, en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs. En outre, ils ont pour but de promouvoir la santé en incitant les ménages à un changement de comportements.

2.4. Mise en œuvre des soins de santé primaires

2.4.1. Mise en œuvre des soins de santé primaires selon l'OMS

La mise en œuvre des soins de santé primaires dépend de l'organisation du système de santé. Ce dernier doit fonctionner de telle sorte que le service fourni soit durable et équitable.

Selon le cadre conceptuel de l'OMS, le système de santé est un ensemble reposant sur six piliers, comme indiqué sur la figure suivante :



Source: OMS

Figure 3 : Schéma fonctionnel d'un système de santé

Il faut donc agir sur ses six piliers pour améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé des populations. C'est de cette manière que l'on pourrait changer de paradigme et cela à travers une vision globale et de façon équilibrée au risque de compromettre le succès(18).

2.4.2. Mise en œuvre des soins de santé primaires en RCA

La République Centrafricaine s'est dotée d'un cadre institutionnel nécessaire pour mettre en œuvre la stratégie dite "*Initiative de Bamako*" ou "*décentralisation des services de santé*". Les structures sanitaires périphériques peuvent désormais acheter les médicaments au dépôt le plus proche d'elles. Des dépôts de médicaments ont été ouverts dans chaque préfecture. Ces dépôts préfectoraux jouis d'une autonomie de gestion et les recettes sont gérées par un Conseil de gestion issu de la communauté locale.

Le recouvrement de coûts est le fondement de cette approche avec en contrepartie, la garantie de l'amélioration de la qualité des services proposés. Cette qualité de service est nécessaire pour augmenter le taux de fréquentation des structures sanitaires.

2.5. Recension des écrits sur le sujet

Aucune étude n'a été retrouvée sur la perception des soins de santé primaires en RCA. Cependant, certaines études similaires ont été réalisées en Afrique de l'Ouest. David Houéto et al., dans leur étude sur les perceptions de la participation des parents par les professionnels de santé à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin, ont fait remarquer que la participation des parents intégrant leurs perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant n'est pas encore une réalité au Bénin(19).

2.5.1. Perception et système de santé

A travers l'idée de « capacité » de fonctionner, ces auteurs ont fait ressortir que la possibilité d'un individu à fonctionner et poser des actions complexes lui confère le bien-être qui se définit par la qualité de son existence. Notons qu'il existe des fonctionnements élémentaires de l'individu tels que se nourrir, être en bonne santé, échapper aux maladies évitables et à la mortalité prématurée, etc. Ces éléments ne sont rien d'autres que les éléments des SSP. La possibilité d'accès de l'individu définit sa capacité de fonctionner. Ainsi donc, quatre paramètres clés suivants sont mis en relation pour apprécier l'état de santé qui est l'objet des soins de santé primaires(4) :

- l'accès dit objectif aux services de santé (disponibilité des services de santé : accès physique et financier) ;
- l'accès dit subjectif (perception et comportements de la personne et du groupe à l'égard de la santé notamment les SSP dans cette étude) ;
- l'accès dit social (facteurs culturels, opportunités sociales positives et négatives). Les discriminations à l'encontre de certaines personnes ou groupe de personnes telle que l'inéquité souvent dénoncée dans les SSP. Celui-ci met en relation la santé des personnes aux comportements et aux perceptions des autres personnes ;
- des externalités (interaction entre les personnes et les groupes).

Selon Ballet et al, l'état de santé dépend de facteurs subjectifs liés à l'éducation et à la perception des risques et des besoins de soins liés aux maladies.

Cette étude s'intéresse à l'appréciation de la perception des soins de santé primaires et donc met en relation les trois derniers paramètres.

Certaines externalités liées non pas aux comportements directs d'autres personnes malades mais à l'état d'hygiène et des conditions sanitaires générales de la zone de vie.

2.5.2. Perception de l'accessibilité aux services de santé

Douze ans après l'IB les constats d'une étude(20) menée en Afrique de l'Ouest montrent que face à la paupérisation, la population démunie n'a pas la capacité de payer les frais d'utilisation de service de santé, malgré leur bonne volonté manifeste de contribuer au financement de leur santé. Cependant, l'accès aux soins a été perçu par ces derniers de façon différente au Mali qu'en Ouganda.

En fait, l'utilisation des services de santé est un peu leur dernier recours. L'endettement et les privations font ainsi partie des solutions envisagées, lorsque les utilisateurs n'ont plus le choix devant la maladie.

Ainsi les gens sont prêts à payer, mais n'ont pas nécessairement la capacité de le faire. Ici, nous pouvons faire une légère différence entre le Mali et l'Ouganda quant à la perception du caractère abordable des services.

Le niveau d'instruction de la mère joue d'ailleurs un rôle dans de nombreux domaines de la santé, par exemple l'utilisation de contraception(21), et se reflète y compris sur le taux de mortalité infanto-

juvénile(22). Ces résultats indiquent bien que l'état de santé est dépendant de facteurs subjectifs liés à l'éducation et à la perception des risques et des besoins de soins liés aux maladies(4).

L'émergence des SSP s'est produite dans un contexte particulièrement favorable dont les caractéristiques peuvent se résumer par : a) l'accumulation des doutes à propos de l'approche du modèle purement médical(7), b) le changement de la perception du développement en général, c) les mouvements d'indépendance de nombreux pays(1)

2.5.3. Système de soins et l'organisation du terroir

Dans cet article, Meunier a précisé le fondement d'un système de soins de santé qui doit prendre ses racines sur les exigences de l'Organisation Mondiale de la Santé. Afin de s'aligner sur ces principes de l'OMS, le gouvernement Burkinabé s'est fixé comme objectif principal de mener une politique d'extension des soins de santé primaires dans tout le pays selon la déclaration d'Alma Ata en 1978.

Cependant, l'influence du pouvoir public sur des structures sanitaires fait que celles-ci ne sont pas attractives.

Ce style ressemble sur le plan pratique à la gestion verticale du système de santé. Il ressort ici la discordance entre la théorie et la pratique en matière de mise en œuvre des politiques de santé. Ce qui justifierait leur faible participation(23).

2.5.4. Gestion et perception des acteurs de santé

IKNANE A. AG et al ont fourni aussi bien à la communauté qu'au personnel de santé, des éléments relatifs à la gestion de l'ensemble des formations sanitaires dans le cadre des soins de santé primaires. Ce document a précisé que l'harmonisation des concepts et outils de gestion dans le domaine des soins de santé primaires est une étape capitale pour la mise en commun des efforts de la communauté et ceux du personnel de santé. Ainsi, les différents acteurs des SSP auront la même perception de cette nouvelle approche.

Cet ensemble d'outils mis à disposition des acteurs de santé leur permet de bien s'informer, former ou informer les membres des organes de gestion et le personnel soignant travaillant dans les formations sanitaires. Ces outils, lorsqu'ils sont bien utilisés, permettent d'atteindre plus aisément l'objectif principal visé par les SSP qui est l'accessibilité équitable de toute la communauté aux soins et aux informations nécessaires. Cependant, notre travail s'est intéressé aux opinions des acteurs sur l'utilisation de ces outils(24).

2.5.5. Soins de santé primaires centrés sur la personne

Le comité régional pour le pacifique occidental a approuvé un projet de stratégie des SSP qui place la personne au centre de toutes actions de santé. Cette stratégie doit être basée sur un certain nombre d'éléments qui sont :

- le besoin d'accélérer l'initiative des soins centrés sur la personne pour renforcer les soins de santé primaires et la promotion de la santé ;

- l'importance des déterminants de la santé d'ordre psychologique, culturel et social et de leur incidence sur les résultats en matière de soins de santé et sur la santé et le bien-être en général ;
- la nécessité d'envisager des soins de santé qui tendent à harmoniser le corps et l'esprit, ainsi que les personnes et leur environnement ;
- notant que si les systèmes de santé se situent dans différents contextes socio-économiques, culturels et politiques, les soins de santé centrés sur la personne et la responsabilisation du patient sont pertinents, quel que soit le système de santé et son stade de développement ;
- réformer et réorienter réellement et durablement les soins de santé et les centrer sur la personne exige une participation multisectorielle et l'engagement de tous ;
- l'importance des soins centrés sur la personne pour toute la gamme des programmes : prévention, soins de santé primaires, promotion de la santé, ainsi que d'autres approches axées sur l'individu ;
- les soins centrés sur la personne ont des effets positifs sur la sécurité du patient, l'observance des protocoles thérapeutiques, les résultats thérapeutiques et sanitaires, la satisfaction à l'égard des soins et la qualité de vie ainsi que, pour le soignant, un sentiment de satisfaction, la confiance et la fidélité du patient et une bonne réputation ; et enfin, la pérennité et le bon rapport coût/efficacité du système de santé grâce à un meilleur usage des soins par des patients responsabilisés ;
- la nécessité de consolider et de renforcer les efforts visant à promouvoir l'initiative pour des soins centrés sur la personne et de réformer de façon adéquate le système de santé(25).

3. METHODOLOGIE

3.1. Description et délimitation du cadre de recherche

3.1.1. Situation sanitaire de la RCA.

Depuis ces dernières années, la RCA est plongée dans un marasme économique profond, conséquence d'une instabilité politique et des conflits internes à répétition qui ont freiné ainsi le développement du pays, en dépit du potentiel naturel très important dont il regorge(26)

Théoriquement, la RCA devrait amorcer une croissance économique durable grâce à ses richesses naturelles et pédologiques immenses. Située dans une zone tropicale, elle jouit des conditions climatiques qui offrent de réelles potentialités pour le développement des secteurs de l'agriculture et de l'élevage. Malheureusement, du fait de son enclavement interne et extérieur et des crises récurrentes, ces atouts ne semblent pas lui offrir la possibilité d'enclencher le levier qui susciterait le développement attendu(26).

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer le sous-développement de la RCA et sa difficulté à progresser vers l'atteinte des OMD en 2003. Parmi elles, figure la mauvaise gouvernance caractérisée par la corruption et la mauvaise gestion de la chose publique qui sont à l'origine de graves problèmes socio-économiques que le pays connaît, qui à leur tour sont source de l'instabilité politique chronique du pays.

Les indicateurs des secteurs de la santé et de l'éducation sont actuellement parmi les plus faibles de la sous-région et l'investissement de l'Etat dans ces deux secteurs est très limité. Quelques indicateurs illustrent cette situation :

- L'impact de la pandémie du VIH/sida en RCA, les troubles militaro-politiques à répétition et la profonde dégradation des conditions de vie de la population constituent des facteurs de détérioration de la mortalité globale (20,06‰)(6).
- Les crises militaires et sociopolitiques à répétition ont porté un énorme préjudice aux infrastructures sanitaires et semble décourager les populations à participer aux initiatives locales en matière de santé.

L'accessibilité géographique aux services de santé dans un rayon de 5 km est passée de 45% en 1995³ à 65,2% en 2010⁴. Cette amélioration cache des disparités selon le milieu de résidence (98% pour le milieu urbain et 47% pour le milieu rural). Cette même enquête fait noter qu'au moins 25% de la population dans l'arrière pays parcourent plus de 10 Km à pieds ou en utilisant les moyens de fortune pour atteindre une formation sanitaire.

³ EDS 1994/1995

⁴ Enquête à indicateurs multiples (MICS 4) 2010

3.1.2. Aperçu historique, géographique et démographique sur la commune de Pissa

Aperçu historique et démographique sur la commune de Pissa

La commune de PISSA compte 30 713 habitants(27) dont 14 883 individus masculins, 15 832 féminins. La population âgée de 15 ans et plus est estimée à 16328 individus (population cible).

La mairie de PISSA a été créée par le décret N°59/174 du 17 Novembre 1959. Comme dans toute l'étendue de la RCA, la langue sango est parlée par la quasi-totalité de la population. Ce qui est d'ailleurs un atout pour les échanges d'expériences. Il y aussi une diversité d'ethnies locales qui utilisent les langues comme Ngbaka, Mbaté, Ali, Mbémou, yakoma, Gbaya, Issongo, Banda et la langue des akas (peuples autochtones installées à la périphérie).

Aspects géographiques

La commune de Pissa est l'une des communes de la sous préfecture de MBAIKI, chef lieu de la préfecture de LOBAYE. Elle se localise au sud-ouest de la capitale centrafricaine (Bangui), distante d'environ 70 Km d'elle. Elle est limitée à l'est par la commune de BIMBO, à l'ouest par la commune de MBAIKI, au Nord par la commune de LESSE et au Sud par la commune de Mbata. Elle s'étend de 70 Km allant de Kapou centre à Gbatombé. Son chef lieu se trouve à PISSA centre, intersection de la route N° 6 et de la route qui mène à la commune de M'bata. D'une superficie de 526 Km², elle compte environ trente et neuf villages dont trois arrondissements(27)(28).

Climat, sol, hydrologie, relief et végétations

La commune de Pissa est située dans la grande forêt équatoriale avec un climat caractérisé par neuf mois de saison pluvieuse allant de mars à novembre et trois mois de saison sèche qui s'étend de décembre à février(29). La saison des pluies est une période de stagnation d'eau dans les lagunes et canaux. L'eau stagnante constitue un milieu très favorable au développement des anophèles, agents responsables de paludisme ainsi que d'autres agents pathogènes. C'est aussi pendant cette période que l'eau de ruissellement transporte les bactéries et parasites pour les disséminer dans la cour. C'est donc une saison favorable à la pullulation des agents pathogènes et à la propagation des maladies à transmission féco-orale et maladies aquatiques (paludisme, filariose, bilharziose).

Pendant la saison sèche, le vent entraîne les germes de maladies et les transmet à l'homme par inspiration. La grippe, la méningite et les autres maladies de la sphère oto-rhino-laryngée sont transmises de cette manière. Etant dans la plupart de cas des maladies d'origine virale, elles peuvent être évitées par le respect du calendrier vaccinal.

Le sol est favorable à la riziculture et la culture de manioc, du maïs, de la patate douce, de la banane, du café et du taro. Cet atout naturel lié à la fertilité du sol peut accroître l'économie par la vente des produits de culture(29). Ce qui devrait permettre à l'individu de faire face au financement des SSP.

D'autre part, les produits alimentaires récoltés sur un sol très riches en nutriment sont des éléments nécessaires pour une bonne condition nutritionnelle.

La commune de PISSA se trouve dans la basse vallée de l'Oubangui et présente un relief accidenté.

Zone forestière, elle attire les industries d'exploitation de bois qui fournissent une main d'œuvre. Cette végétation offre à la population toute une variété de plantes médicinales utilisées par les guérisseurs traditionnels ou même les charlatans. Les écorces comme les feuilles ou autres parties de cette végétation sont utilisées pour soigner certaines maladies. Pissa est traversée par de nombreux cours d'eau dont les principaux sont : Mbéko, Lesse, Kapou et Léboko(29).

C'est dans les cours d'eau que les vecteurs intermédiaires se multiplient et transmettent par contact, les maladies aquatiques (filariose, bilharziose) à l'homme. Or c'est dans ces mêmes rivières et fleuves que la communauté non seulement pratique la pêche, mais aussi y va pour se baigner ou laver le linge et ustensiles de cuisine.

3.1.3. Organisation administrative

S'agissant de l'organisation administrative, la commune de Pissa compte 36 villages(27) dont 8 se trouvent à Pissa centre. Ces 8 villages sont organisés en un seul arrondissement dirigé par un chef de groupe. Depuis l'indépendance à nos jours, 9 personnalités citées ci-dessous se sont succédées à la tête de la commune de Pissa.

Tableau III : Succession des maires de Pissa selon l'ordre chronologique depuis l'indépendance.

Chronologie des maires de la commune depuis l'indépendance		
M. Gabriel YAMAYAN : 1959-1964	Mme Catherine GBAGALAMA: 1978-1979	M. Vincent MOKOGALAMA: 1988
M. Jacques BAKELA : 1964-1972	M. Emile BOMALIPI: 1980-1986	M. Justin YAMOKOY: 1988-1993
M. Clément NGANDI: 1972-1978	M. André PAMOYEN: 1986-1987	M. Roger OKOA-PENGUIA : 1993 jusqu'à nos jours

L'accession à la fonction du maire se fait par nomination (décret présidentiel) et non par élection. Quand bien même la personne nommée est choisie parmi la population, elle ne représente pas forcément le choix de cette population. Avec un pouvoir de type administratif, le maire représente ainsi, un chef qui dicte à la population, l'ordre venant de l'extérieur avec risque de voir la population se renfermer sur elle-même et ne participer à une activité que par coercition.

3.1.4. Infrastructures socio sanitaires

La commune de PISSA dispose de 5 formations sanitaires dont 3 centres de santé (1 à Bossongo et 1 à Pissa centre) et 3 postes de santé situés à Bobangui, Sakoulou et Kapou 1. Le ratio est donc d'une FOSA pour 3700 personnes en moyenne. En dehors des centres de santé et du poste de santé de Bobangui dirigés par des personnels qualifiés, diplômés des écoles de formation et envoyés par l'Etat, le reste des postes de santé est géré par les infirmiers secouristes qui sont formés au niveau de l'hôpital préfectoral de Mbaïki. La charge de cette dernière catégorie du personnel revient à la

municipalité et donc, le COGES. En 2011, les données statistiques de la préfecture sanitaire, pour la commune de Pissa, font état de 3 infirmiers diplômés d'Etat, 5 assistants de santé, 13 infirmiers secouristes et 10 matrones accoucheuses (annexe 3). Notons qu'il n'y a aucune sage femme diplômée d'Etat dans la commune. Ainsi, l'insuffisance de qualité requise du personnel de santé constitue l'un des facteurs de faible qualité du service offert à la population dont le manque ou l'insuffisance de communication en matière de soins de santé primaires. La fréquentation du service est de 22% en 2011⁵.

Cette commune possède 11 écoles primaires à cycle complet, 1 lycée, 19 points d'eau de forage et 1 point d'adduction d'eau⁶. Le taux d'alphabétisation est de 27%.

La commune de Pissa compte 33 points d'eaux potables (forages). C'est presque la totalité des villages qui dispose d'un accès à l'eau potable. Même si tous ne sont pas fonctionnels et que des progrès méritent d'être réalisés, la couverture en eau potable est relativement mieux que sur les autres zones du pays. Cependant, le coût de l'eau à la pompe reste très élevé (20F pour 20 litres). Le nombre de personnes obligées de se ravitailler en eau au niveau des sources non aménagées (puits, cours d'eau à l'extérieur du village) reste important (environ 5000) (29).

Il existe certaines sociétés d'exploitation forestière qui emploient une bonne partie de la population active.

3.1.5. Organisation socioculturelle et économique

Le type d'organisation sociale observée dans cette localité permet de se rendre compte de la dynamique socioculturelle de ce village. Sa position au carrefour lui permet de se constituer d'une diversité de groupes ethniques cités précédemment. En dehors des ethnies nationales, nous pouvons citer les étrangers tels que les tchadiens (commerçants), les congolais...

Cette diversité ethnique lui confère aussi une diversité de savoirs traditionnels et renforce la capacité culturelle de la commune. Ce brassage culturel source, de la cohésion sociale de la zone. Certes les ethnies et les pratiques socioculturelles sont différentes mais il existe des aspects socioculturels communs à plusieurs ethnies. C'est l'exemple de l'utilisation des plantes médicinales par toute la population, la pratique de soins par les marabouts ou guérisseurs traditionnels.

D'une manière générale, le regroupement dans les villages et quartiers se fait par affinités. Toutefois, l'on constate de fortes disparités dans l'organisation sociale des villages et la gestion de leur territoire. Le poids de l'influence du pouvoir administratif ou traditionnel à ce niveau est souvent très hétérogène et dépend généralement de la composition ethnique des villages. Dans ces conditions, on rencontre des villages où le pouvoir traditionnel a presque totalement disparu, et d'autres où il demeure influent, notamment dans la gestion des conflits, l'attribution des terres et la gestion des zones de chasse et de cueillette.

⁵ Compilation des données fournies par les différentes structures de santé de la commune

⁶ Rapport 2010 de la commune de Pissa

La population de la commune de PISSA vit dans sa quasi-totalité du revenu des produits de l'agriculture, la cueillette, la chasse et de l'élevage. Cette commune dépend de Bangui pour son ravitaillement en produits de première nécessité.

3.2. Méthodes et outils de collectes

3.2.1. Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale menée dans la commune de Pissa. Elle s'était déroulée au mois d'août 2011.

3.2.2. Echantillonnage

L'étude a utilisé l'échantillonnage en grappes. Chaque grappe était stratifiée. La technique d'échantillonnage aléatoire ou par hasard était appliquée à l'identification des enquêtés.

Critères d'inclusion

Sont incluses dans l'étude toute personne de sexe masculin ou féminin, ayant au moins 15 ans, résidente de la commune de Pissa.

Critères d'exclusion

Toute personne vivant temporairement dans la localité. Sont considérés comme vivant temporairement ici, des commerçant(e)s en séjour pour leurs achats ou ventes de produits, des vacanciers ;

Toute personne sélectionnée et ne désirant pas participer à l'enquête.

Taille de l'échantillon :

Sur la base de la situation géographique, l'appartenance ethnique et la popularité de chaque village, l'étude a retenu sept villages pour faire fonction des grappes. La population de chaque grappe représente une proportion dans la population totale des villages retenus. Par manque de financement, nous avons décidé de fixer la taille de l'échantillon à 120 individus. La proportion de chaque grappe est appliquée à cent cinquante pour avoir le nombre d'enquêtés par village comme indique le tableau I.

Tableau II : Détermination de l'échantillon

Village	15 ans et plus	Proportion de chaque strate	Effectif
SABE	577	10,2%	12
BANDA	673	11,9%	14
SANGALA	531	9,4%	11
BOSSONGO 2	955	16,9%	20
GBONDOKORO	651	11,5%	14
CENTRAPALM	1172	20,8%	25
KAPOU CENTRE	1083	19,2%	23
Total	5642		120

3.2.3. Outils et technique de collecte des données

L'observation

Afin d'avoir des informations fiables, la technique d'observation directe a été utilisée. Le déplacement sur terrain a permis de prendre contact directement avec la population de notre étude et leur environnement de vie.

Le questionnaire

Les données ont été collectées sur une fiche de questionnaire contenant 55 questions à administrer aux enquêtés. Ce questionnaire est composé de deux grands groupes thématiques.

Le premier concerne sur l'identification des enquêtés. Il contient les variables âge, sexe, situation matrimoniale, religion, profession, village. Le second explore la perception de la communauté sur chacune des huit composantes des soins de santé primaires. Il comporte aussi bien des questions fermées que des questions semi-ouvertes.

Le questionnaire est administré directement à chaque individu choisi au hasard.

3.2.4. Déroulement pratique de l'enquête

Pré-enquête

L'étape exploratoire de l'enquête, la pré-enquête a été effectuée au mois de mars 2011. Elle a permis de se rendre compte de certaines difficultés pratiques à corriger avant la mise en place d'un dispositif plus étendu de recherche. C'est au cours de cette étape que des explications sur la différence entre les données du bureau central de recensement général de la population (BCR) et celles de la commune concernant le nombre de villages ont été fournies. Les autorités communales reconnaissent 39 villages au lieu de 36 pour le BCR.

Il n'existait pas de repère administratif entre les villages. La déclaration des chefs de quartier nous a permis d'identifier la séparation entre deux villages voisins.

C'est au décours de cette phase que le contenu du questionnaire et des guides d'entretien ont été définitivement modifiés.

Enquête proprement dite

Le remplissage de ces fiches a été assuré par 4 étudiants en sociologie assistés chacun d'un relais communautaire identifié. Pour nous faciliter la tâche d'administration de questionnaire et de guide d'entretien, nous avons regroupé les villages retenus en trois aires : aire 1 (Sabé, Banda, Sangala) ; aire 2 (Bossongo 2 et Gbondokoro) et aire 3 (Centrapalm et Kapou).

Trois groupes constitués ont effectué un déplacement sur le terrain. Chaque groupe correspondait à une aire d'étude définie.

Afin de réussir le choix au hasard des enquêtés, l'enquêteur n'interroge qu'un seul individu dans chaque ménage. L'enquête a commencé par le domicile du chef de quartier. Après avoir fini de remplir le questionnaire, l'enquêteur se place le dos tourné à la porte de la maison qui l'a accueilli puis choisi la prochaine maison à visiter. Ce sera la maison située à sa droite. Ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre retenu pour son aire d'administration de question.

3.2.5. Difficultés rencontrées

La réalisation de ce travail a connu un certain nombre de difficultés telles que :

- L'accès à certaines personnes cibles était difficile car la collecte des données étant réalisée pendant la période de fortes pluies, certains cultivateurs surtout les hommes, étant au champ, n'ont pas été visités ;
- Certains enquêtés ne connaissent pas exactement leur âge. Il fallait passer par des repères évènementiels pour estimer
- Certains individus refusent de se faire interroger pour des raisons diverses. D'aucun pensent qu'ils seront très mal accueillis par les agents de santé de leur localité s'ils se mettent à livrer leurs opinions par rapport aux comportements rétrogrades de ceux-ci. D'autres ne perçoivent pas l'importance d'un tel travail considéré comme perte de temps ;
- Identification des villages : Il existe une discordance entre la délimitation du village par le BCR (technique) et celui de la commune (politique). Le service de cadastre ne dispose pas de données car la population occupe les espaces d'habitation sans passer par ce service. Certains villages existant réellement ont été créés par les services administratifs de la commune pour des intérêts politiques mais ne figurent pas dans la base des données du BCR. Il s'agit donc des villages qui ne répondent pas au critère de définition d'un village. Pour des raisons de l'étude, ces villages sont inclus dans le village le plus proche et le moins peuplé.
- Le manque de financement est un handicap pour cette recherche qui aurait pu se faire avec un échantillon de plus grande taille.

3.2.6. Traitement des données

Le dépouillement du questionnaire a permis d'analyser et ordonner les réponses aux questions. Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur à l'aide des logiciels Access et Excel afin de faire la comparaison entre les variables obtenues.

La deuxième partie de ce travail est constituée de deux chapitres : Les aspects historiques, géographiques et démographiques de la commune et l'organisation administrative, socioculturelle et économique de Pissa.

4. RESULTATS

Au total cent vingt fiches ont été administrées. Seules cent treize ont été retenues pour leur qualité satisfaisante soit 94,2%.

4.1. Caractéristiques socioculturelles et démographiques des enquêtés

Cette identification a mis l'accent sur les variables âge, sexe, situation matrimoniale, religion, niveau d'instruction et profession.

4.1.1. Age et Sexe

Tableau IV : Répartition des enquêtés par tranche d'âge et par sexe.

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Tranches d'âges			
15-20 ans	11 (9,7%)	5 (4,4%)	16 (14,2%)
21-30 ans	23 (20,4%)	17 (15,0%)	41 (36,3%)
31-40 ans	21 (18,6%)	14 (12,4%)	34 (30,1%)
41-50 ans	10 (8,8%)	5 (4,4%)	15 (13,3%)
Plus de 50 ans	4 (3,5%)	3 (2,7%)	7 (6,2%)
Total	69 (61,1%)	44 (38,9%)	113 (100%)

Les trois quart des enquêtés avaient moins de 40 ans.

Quatorze pourcent des enquêtés étaient des adolescents de moins de vingt ans.

4.1.2. Statut matrimonial

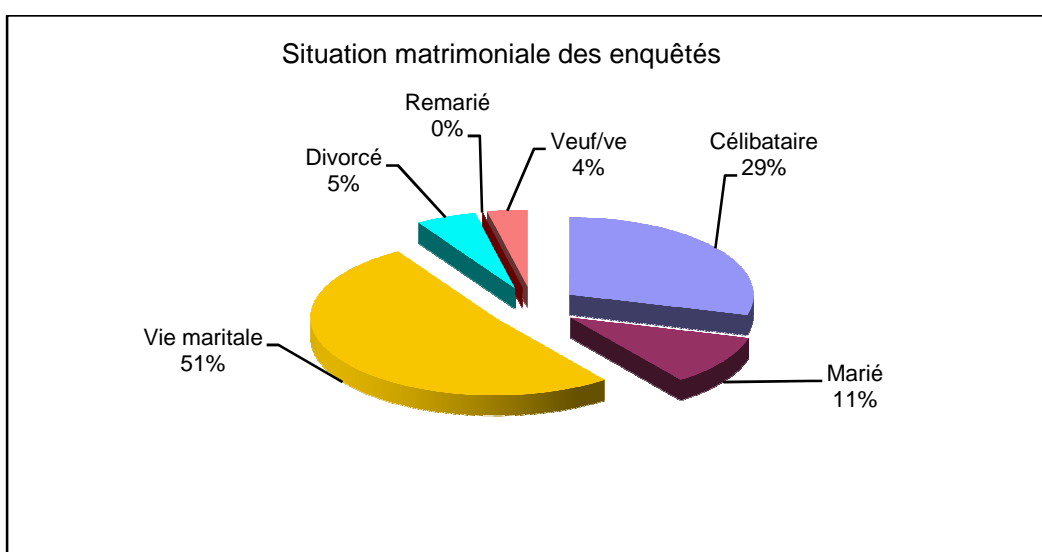


Figure 4: Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale.

Pour cette population jeune, plus de la moitié (51%) vivait maritalement et 29% étaient célibataires.

4.1.3. Religion

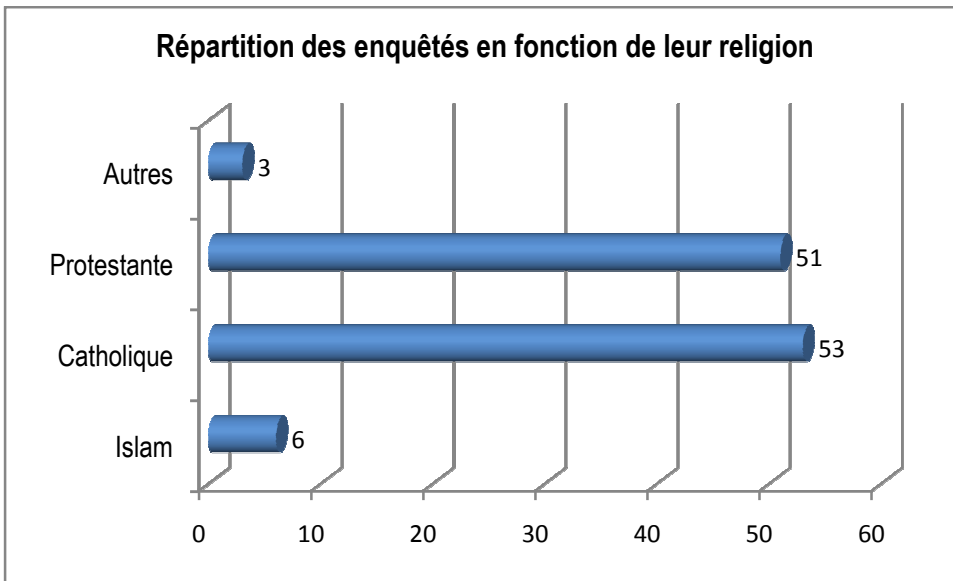


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon leur religion.

La quasi-totalité des enquêtés étaient des chrétiens (catholique : 47% et protestants : 45%).

4.1.4. Profession

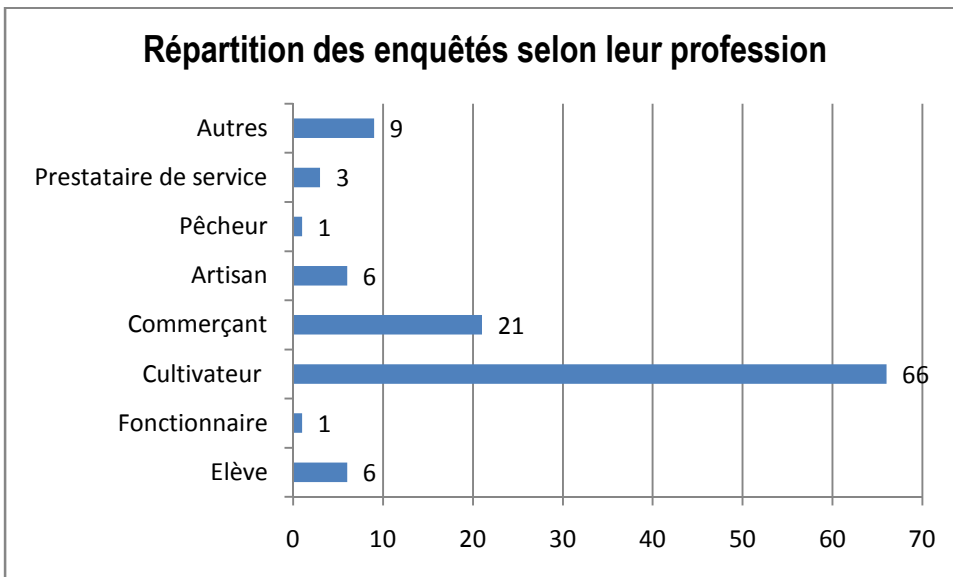


Figure 6 : Répartition des enquêtés selon leur profession.

Plus de la moitié 66 (58%) de nos enquêtés étaient des cultivateurs.

4.1.5. Niveau d'instruction

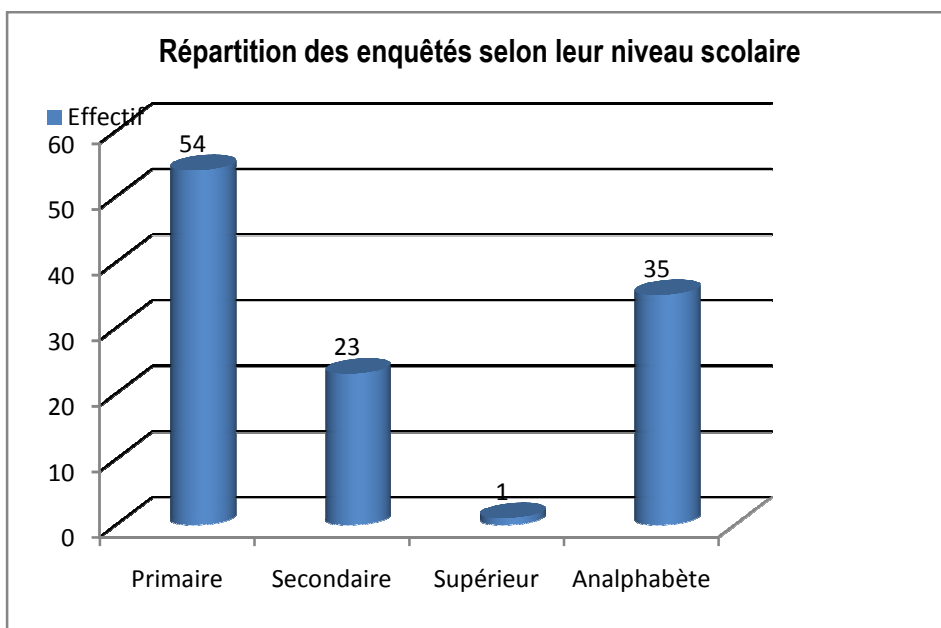


Figure 7 : Le niveau d'instruction des enquêtés.

Près de la moitié (47%) des enquêtés n'avaient pas dépassé le niveau scolaire primaire. Un tiers d'entre eux étaient des analphabètes.

4.2. Perception des soins de santé primaires par la communauté

4.2.1. Perception du concept santé

Près de trois quart (70%) de nos enquêtés considèrent la santé comme une absence de maladie. Tous ont exprimé leur besoin d'atteindre cet état d'être souhaité.

4.2.2. Perception des organes de gestion des SSP.

Tableau V : La répartition des enquêtés en fonction des connaissances qu'ils ont des organes des SSP.

Organes de gestion des SSP	Oui	Non	Ne Sais Pas
COGES	70 (62%)	19 (17%)	24 (21%)
Comité Communal	12 (10%)	56 (50%)	45 (40%)
Comité Villageois	5 (4%)	65 (58%)	43 (38%)

Les organes de gestion des SSP étaient plus au sein des structures de santé 62% qu'au niveau de la communauté (10% et 4%).

49 (70%) de ceux qui connaissaient l'existence de ces organes estiment qu'ils ne fonctionnent pas bien. Un nombre assez important variant de 21% à 40% ne s'était pas rendu compte de la présence de ces organes.

4.2.3. Perception de la communication (I.E.C.) par les enquêtés

Tableau VI : La répartition des enquêtés en fonction de leur opinion par rapport aux moyens d'information, aux personnels chargé d'informer et au lieu d'information sanitaire.

Moyen d'information	Effectif	Pourcentage
Sensibilisation	63	56%
Affiches	4	4%
Radio	66	58%
COGES	4	4%
Comité Communal	0	0%
Comité Villageois	0	0%
ONG/Association	12	11%
Autres	12	11%
Personne habilitée à Informer		
Chaque individu	12	11%
Chef de quartier	12	11%
Agent de santé	87	77%
COGES	3	3%
Comité Communal	1	1%
Comité Villageois	3	3%
ONG/Association	19	17%
Lieu d'information		
Hôpital	75	66%
Maison	28	25%
Marché	13	12%
Champ	3	3%
Mairie	19	17%
Eglise	21	19%
Ecole	9	8%

Le personnel de santé (77%) et à moindre mesure les ONG/Association sont considérés comme responsables d'information de la population par la radio (58%) ou les séances de sensibilisation (56%) qui selon nos enquêtés (66%) doit se faire uniquement au niveau des formations sanitaires.

Les organes de gestion des soins de santé à tous les niveaux ne sont pas perçus par la population comme organe où elle peut avoir des informations sanitaires.

4.2.4. Opinions des enquêtés par rapport à la promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles

Tableau VII : Précautions à prendre pour éviter la contamination alimentaire.

Précaution avant de manger	Effectif	Pourcentage
Se laver les mains	50	44%
Se laver les mains avec du savon	61	54%
Se laver la main droite	0	0%
Manger sans précaution	2	2%
Autres	0	0%
Méthodes de décontamination des aliments crus		
Laver avec du savon	0	0%
Laver avec de l'eau propre	108	96%
Les mettre dans l'eau de javel	2	2%
Les mettre dans le permanganate	0	0%
Autres	3	3%

Nombreux étaient les enquêtés (44%) qui ont choisi de se laver les mains avec du savon sans préciser l'usage du savon.

Le fait de laver les aliments avec de l'eau propre avait été cité par 96% de nos enquêtés. La communauté ne savait pas le produit antiseptique qu'il faut utiliser pour la désinfection des aliments crus.

⇒ **Variation alimentaire**

Sur les 113 enquêtés 100 affirment qu'ils n'ont pas une diversification alimentaire de repas.

4.2.5. Opinions de la communauté par rapport à l’approvisionnement en eau potable et aux mesures d’assainissement de base

⇒ Caractéristiques d’eau potable

Tableau VIII : Caractéristiques d’au potable selon la communauté.

Caractéristiques d’eau	Effectif	Pourcentage
Eau claire	64	57%
Eau sans microbe	36	32%
Eau trouble	0	0%
Autres	13	11%
Origine d’eau potable		
Marigots	1	1%
Puits	9	8%
Fontaines (eau de pompe)	107	95%
Pluies	0	0%
Autres	1	1%
Source de d’eau de consommation		
Marigot	0	0%
Puits	11	10%
Fontaine (eau de pompe)	101	89%
Pluie	0	0%
Autres	1	1%

Certains (57%) de nos enquêtés perçoivent l’eau potable comme l’eau claire. D’autres (32%) la considèrent comme l’eau sans microbe.

L’eau de forage a été identifiée par la quasi-totalité (95%) des enquêtés comme source d’eau potable d’où provient l’eau de consommation de 89% des enquêtés.

⇒ **Position des latrines/puits d'eau et lieu d'évacuation des eaux usées****Tableau IX** : Disposition des latrines des enquêtés par rapport à leur maison, à leur puits d'eau et lieu d'évacuation des eaux usées.

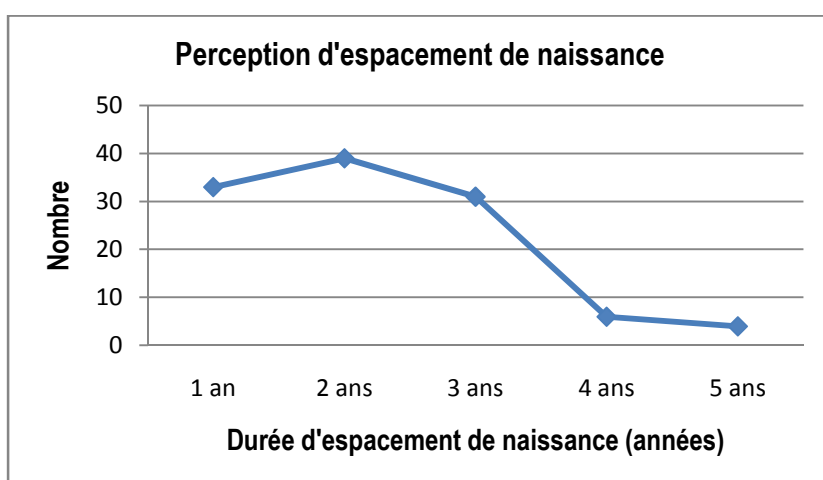
Position des latrines/puits	Effectif	Pourcentage
Par rapport à leur maison	43	
Dans la brousse	8	18,6%
Devant la maison	14	32,5%
Derrière la maison	21	48,8%
Par rapport au puits	15	
En aval d'un puits	7	47%
En amont d'un puits	8	53%
Lieu d'évacuation des eaux usées		
Dans la brousse	60	53%
Dans un canal	0	0%
Dans le marigot	0	0%
Dans la cour	38	34%
Dans la poubelle	15	13%

Seulement 43 de nos enquêtés soit 38% possédaient de latrine dans leur parcelle d'habitation.

Quinze enquêtés soit 13,27% des disposaient d'un puits d'eau.

La majorité ne savait pas bien placer leur latrine: 32,5% devant la maison et 47% en aval de puits d'eau.

L'évacuation des eaux usées se faisait sans aucune précaution. 53% dans la brousse et dans 34% de cas dans la cour.

4.2.6. Opinions des enquêtés par rapport à la SMI y compris la planification familiale (PF)**Figure 8** : Les opinions de la population par rapport à l'espacement de naissance par les enquêtés.

Plus de la moitié (72 soit 64%) de nos enquêtés considéraient l'espacement de naissance comme bon lorsque la prochaine naissance survient entre 1 et 2 ans. Plus la durée entre deux naissances augmente moins la population perçoit comme un espacement à 1 an chez 33 soit 29% et à 4 ans chez 6 (5%).

4.2.7. Opinions de la communauté de Pissa par rapport à la vaccination contre les principales maladies infectieuses

Tableau X : Opinions de la communauté sur la vaccination

Connaissance de la population	Oui	Non	Ne sais pas
Existence de la campagne de vaccination	104 (92%)	5 (6%)	3 (3%)
Acceptation de faire vacciner les enfants	101 (89%)	7 (7%)	4 (6%)
Est-il possible de faire le vaccin en dehors de la période de campagne?	73 (64%)	33 (29%)	7 (7%)
Vaccine-t-on uniquement les enfants?	61 (54%)	48 (43%)	4 (4%)

La quasi-totalité des enquêtés (92%) reconnaissent qu'il y a eu des campagnes de vaccination dans la localité.

L'acceptation de se faire vacciner a été retrouvée chez 89% et 64% savaient qu'on peut vacciner en dehors des campagnes de vaccination.

4.2.8. Opinions de la communauté par rapport à la prévention et à la lutte contre les endémies locales

Tableau XI : Opinions de la communauté par rapport à la prévention et à la lutte contre les endémies locales.

Mesures à prendre	Effectif	Pourcentage
Hygiène	70	62%
Vaccination	39	35%
Traitement précoce des maladies	20	18%

La plupart de nos enquêtés (62%) ont cité l'hygiène comme moyen de prévention et de lutte contre les endémies locales.

4.2.9. Opinions des enquêtés par rapport au traitement des maladies et lésions courantes

Tableau XII: Opinions des enquêtés par rapport au lieu de traitement des maladies.

Moyen de soins des maladies	Effectif	Pourcentage
Hôpital	107	95%
Plantes de forêt	54	48%
Guérisseurs traditionnels	7	6%
Marabout	9	8%
Prière	1	1%

Bien que les plantes forestières aient été utilisées dans 48% de cas, beaucoup de nos enquêtés (95%) pensent que le traitement des maladies se fait à l'hôpital.

4.2.10. Perception des enquêtés par rapport à la fourniture des médicaments essentiels génériques

⇒ **Vente de médicaments essentiels génériques**

Tableau XIII : Opinions des enquêtés sur le lieu de vente des médicaments essentiels génériques.

Lieu de vente des médicaments	Effectif	Pourcentage
Maison	9	8%
Marché	28	25%
Magasin	6	5%
Hôpital	105	93%

La quasi-totalité de la population (93%) a reconnu que les médicaments se trouvent à l'hôpital et 26% au marché. Cependant, le problème de mauvaise gestion (indisponibilité) des médicaments au niveau des formations sanitaires a été évoqué par les enquêtés dans 74 (66%) de cas.

⇒ **Appréciation de la vente des médicaments essentiels génériques et la gestion des ressources par le COGES**

Le fait de vendre des médicaments essentiels génériques par le COGES au niveau des formations sanitaires était apprécié positivement par 75% des enquêtés ; cependant ils dénonçaient le manque fréquent de médicaments lié à la mauvaise gestion de cet organe de gestion.

5. DISCUSSIONS

5.1. Caractéristique sociodémographique des enquêtés

5.1.1. Age et sexe

Le tableau V permet de constater une prédominance de la population adolescent-jeune de la série. Les plus âgés sont peu nombreux dans notre échantillon.

Cette grande prédominance des jeunes retrouvée dans cette série corrobore la pyramide des âges de la population centrafricaine à base large(27).

Paradoxalement aux chiffres du recensement général de la population centrafricaine en 2003, montrant une légère prédominance numérique des femmes, cet échantillon révèle une faible participation des femmes (38,9%) par rapport aux hommes (61,1%). En effet, certaines femmes sélectionnées au hasard n'ont pas participé parce que certaines trouvaient l'enquête comme une perte de temps, tandis que d'autres se disaient être trop occupées par les activités ménagères qu'elles ne pouvaient l'abandonner sous le regard de leur mari. Par contre cette prédominance était observée dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans, qui représentait les femmes sexuellement actives. Ce dernier résultat pourrait s'expliquer par le dévouement de ces jeunes femmes, bien informées lors des différentes séances d'IEC, à l'occasion des rendez-vous de consultations prénatales ou de vaccination de leurs enfants

5.1.2. Statut matrimonial

Pour cette population jeune, plus de la moitié (51%) vivaient maritalement⁷. A Gaza, un taux proche de cette série a été retrouvé à 42% des femmes qui se mariaient avant 18 ans(30). En 2000, Véronique HERTRICH a constaté une augmentation modeste mais relativement continue au Niger, au Tchad et en RCA qui se distinguaient encore par l'âge au mariage plus précoce(31).

Rappelons que le mariage précoce est un facteur de vulnérabilité des jeunes en matière de santé de reproduction(32). Malgré tout, elle était très pratiquée par nos enquêtés, pour plusieurs raisons. Quelques uns estiment avoir été sous l'influence de leurs parents désirant avoir de petits-fils ou encore de la société qui donne plus d'importance aux mariés pour prendre la parole sous l'arbre à palabre et se faire écouter. D'autres pensaient que la seule manière d'éviter le regard suspect sur les célibataires était de passer très vite du statut de célibataire à celui de « marié ». Il est reconnu que la grossesse chez les adolescentes présente beaucoup de risques sanitaires pour elle et pour le fœtus. Aussi, les jeunes filles mariées n'exercent souvent pas de pouvoir décisionnel au sein du foyer, le pouvoir étant injustement réparti entre elles et leurs maris » (33). Les agences des Nations Unies ont recommandé que « Les prestataires de santé reproductive doivent savoir conseiller de manière appropriée les adolescentes..... Les informations fournies lors d'un premier contact avec des jeunes filles mariées sont essentielles dans la mesure où ces dernières n'ont peut-être pas souvent la possibilité d'accéder à des

⁷ Il s'agit de couple qui vivent ensemble sous le même toit mais n'ayant pas été uni par l'état civil.

services de santé reproductive ». Il ressort probablement un déficit en information sur la sexualité aux adolescents.

Concernant le célibat, l'étude avait retrouvé 29% des célibataires. En 2000, elle était à 30% en Afrique australe et à 10% au Maroc(31).

Ce qui montre une diversité culturelle d'une région à une autre. .

5.1.3. Religion

La figure 5 montre que les religions catholiques et protestantes étaient les plus pratiquées par la population d'étude avec respectivement 47% et 45% dans cette commune. L'Islam représentait un taux très faible (5%). Auzias et al ont retrouvé au niveau national, des résultats plus ou moins différents avec 28,9% pour le catholicisme, 51,4% pour le protestantisme et 10,1% pour l'islam(34). Les écarts constatés entre nos résultats et ceux d'Auzias et al s'expliqueraient par la disparité religieuse d'une région à une autre.

La prédominance chrétienne dans cette série reflète bien les caractéristiques de la population centrafricaine, vivant dans un pays laïc mais à forte prédominance chrétienne. Il convient de souligner que ces deux religions chrétiennes contribuent énormément aux activités des soins de santé primaires dans certaines localités de la République Centrafricaine. Les formations sanitaires confessionnelles représentaient près de 15% des structures de santé de la RCA⁸.

La religion serait un moyen à envisager pour mobiliser la population à la participation aux soins de santé primaires. Grâce sa capacité d'influer sur le comportement de la population, elle jouerait un rôle très importance dans la transmission de messages pertinents pour amener la collectivité rurale à un changement de comportement.

5.1.4. Profession

La profession la plus représentée dans cette série était le cultivateur (58%).

Nous avons retenu comme cultivateurs instruits tout individu ayant dépassé le niveau fondamental I c'est-à-dire la classe de CM2⁹. Le groupe de commerçant ici désigne, en plus des boutiquiers, les vendeuses de produits vivriers au marché.

La prédominance des cultivateurs dans notre série reflète la réalité du milieu rural centrafricain qui est une zone composée en majorité de cultivateurs. L'agriculture centrafricaine étant encore non mécanisée, ce groupe représente la catégorie sociale démunie, ne pouvant pas faire face au recouvrement de coûts de santé.

⁸ Présentation de l'association des œuvres médicales des églises pour la santé en Centrafrique (ASSOMESCA) lors de la réunion du secteur santé à Bangui.

⁹ CM2 est la dernière classe du niveau d'enseignement primaire.

5.1.5. Niveau d’instruction

Près de la moitié (47%) des enquêtés avaient le niveau scolaire primaire. Ces résultats varient d’un pays à un autre. Le taux d’analphabétisme retrouvé dans notre série est semblable à celui du RGPH 2003 qui a retrouvé 47,2%. Le Tchad a un résultat (34,5% en 2010) proche mais inférieur à cette série. Tandis qu’un taux supérieur au notre est retrouvé au Cameroun (79,7% en 2010), au Côte d’Ivoire (59,6% en 2011) et au Ghana (94% en 2011)(35).

Un tiers d’entre eux étaient des analphabètes. Ce taux était presque identique en Côte d’Ivoire (38,5 (2009) et au Tchad 37,2% (2010). Par contre il est largement supérieur à ceux de Cameroun (6,1%, 2010) et du Ghana (15,8%, 2011) (35).

Ces taux témoignent du faible niveau d’instruction de la population enquêtée. Ce résultat fait remarquer que l’analphabétisme restait encore un problème réel dans cette zone. Il faut noter le fait que la commune de Pissa se trouve à proximité de Bangui, qui devrait être un atout pour l’accès à la scolarisation de sa population.

5.2. Perception des SSP

5.2.1. Perception du concept santé

Bien que le concept santé ait été perçu comme l’absence de maladie par la communauté. Cette dernière avait une perception négative de ce concept qu’elle considère comme un but recherché disant-elle « nous ne sommes pas en bonne santé. Nous n’avons pas d’argent pour se soigner ». Au Burkina Faso, en 2004, une perception négative de l’efficacité des soins de type traditionnel a été identifiée comme l’une des facteurs associée à la décision d’affiliation au régime d’assurance-maladie communautaire(36). En France une perception négative de la santé était deux fois plus souvent en milieu carcéral qu’en population générale masculine(37).

La plus mauvaise perception de santé pourrait être liée aux difficultés d’accès aux soins et aux conditions précaires de vie, conséquences de la misère.

5.2.2. Perception des organes de soins de santé de primaires

La plupart des enquêtés (62%) connaissaient l’existant du COGES dans leur formation sanitaire. Tandis que 21% ne savaient pas. Ce s’apparente mais reste inférieur à celui obtenu par SAMAKE Nouhoum à Bamako qui a remarqué que 80,75% de la population de connaissent pas les membres du COGES(38). Bien que les enquêtés connaissaient l’existence du COGES, sa définition et son rôle reste encore peu connus, car ils pensent que le COGES joue seulement le rôle d’acheteur et de contrôleur des médicaments. La perception du rôle du COGES par la population retrouvée ici a été confirmé par les responsables des formations sanitaires de PISSA. Ces derniers ont affirmé que les membres de COGES préfèrent acheter les médicaments et collecter les recettes de la vente sans pour autant envoyer un feed-back à la communauté sur les activités des formations sanitaires.

La réalité constatée lors de notre passage dans la zone est que le COGES existe bel et bien dans toutes les formations sanitaires. Ce constat soulève bien un problème de vulgarisation de l'information sur le système des soins de santé primaires.

Pour ce qui est des organes au niveau de la communauté, plus d'un tiers des enquêtés ne savent pas s'il existe un comité communal et/ou un comité villageois. Par contre, plus de la moitié (50% et 58%) ont bien perçu que ces deux organes sont inexistantes dans leur localité.

Certains jeunes ne viennent pas à quelques rares réunions de santé, car ils ont préféré aller au champ ou à la chasse, au lieu de perdre leur temps dans des activités dont ils ne voient pas le résultat immédiatement.

L'absence ou l'insuffisance de participation des jeunes se justifierait par le fort taux d'analphabétisme, à l'insuffisance de communication pour vulgariser l'information sur les soins de santé primaires.

Les maires et les chefs de village ont le pouvoir, en tant que président de comité communal et président du comité villageois, d'animer les activités de santé dans leur localité. Ce pouvoir n'est pas visible aussi bien par la communauté que par ces autorités elles-mêmes.

5.2.3. Perception de la communication (I.E.C.) par les enquêtés

Connaissance des enquêtes sur les différents moyens d'accès à l'information

La radio et la sensibilisation étaient les deux moyens les plus cités par les enquêtés: 58% pour le premier et 56% pour le second. Ces taux sont inférieurs à ceux obtenus au Québec par Jordan D. et al qui ont révélé 67% de demande d'information des parents d'enfants par radio et 70% par la sensibilisation(39). Ces deux moyens étaient perçus par la population comme capables de répondre à leur besoin en information.

Connaissance, de la personne ayant la responsabilité d'informer

Selon la plupart des enquêtés (77%), la responsabilité d'informer la communauté sur les questions de santé incombe au personnel de santé qui les rend disponibles au niveau de l'hôpital (66%). En occident, seulement 9% des enseignants estiment que leur rôle n'est pas de faire de l'éducation pour la santé avec leurs élèves(40).

Plusieurs études font état de difficultés à assurer la constance, la participation active et la représentativité des populations parentales concernées au sein des programmes d'informations et de formation aux rôles parentaux(39).

Ce résultat reflète l'insuffisance d'implication de la communauté dans les activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC). En réalité, ces informations peuvent être données par chaque individu, toutes les personnes, appartenant ou non au personnel de santé, ayant la responsabilité de gérer un groupe d'individus tel que la famille, le village, la commune, une classe d'école...

Cependant, n'oublions pas aussi que les facteurs sociaux et culturels limitent leur accès aux informations et à une communication sociale ouverte sur la sexualité avec les parents et le monde des adultes(41)

Connaissance du lieu d'information par les enquêtés

Plus de la moitié (66%) de nos enquêtés percevaient l'hôpital comme le lieu où on peut trouver les informations en matière de santé.

Comme nous venons de signaler ci-dessus, partout où se trouvent des individus, il est nécessaire de disposer d'un mécanisme d'information sur la santé. Ce qui permet la vulgarisation des informations, condition nécessaire pour une bonne perception des SSP, laquelle conduit à son tour à un bon comportement en vue de la prévention des maladies.

Au demeurant, il faut noter que les carences de l'information sanitaire et la pénurie de personnel placent certains systèmes de soins de santé dans une situation périlleuse et menacent la viabilité à long terme de quelques autres. Des systèmes de santé fondés sur les principes des soins de santé primaires doivent disposer d'éléments d'information sanitaire suffisamment robustes pour que les besoins sanitaires des populations, et notamment ceux des groupes déshérités et marginalisés, soient convenablement pris en compte, pour que les programmes atteignent ceux qui en ont le plus besoin, pour mesurer les effets des interventions et pour évaluer et améliorer les performances.

Comme on l'a noté plus haut, il est indispensable de disposer d'outils et de structures permettant de recueillir, d'organiser et d'échanger l'information, afin d'améliorer le travail de chaque membre du personnel soignant et de relever la qualité des soins dans l'ensemble du système.

Au moment de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les décideurs et planificateurs du secteur de la santé ne disposaient que d'une information limitée. Les principales sources d'information sanitaire en population étaient les registres d'état civil, les recensements, les enquêtes nationales et divers travaux de recherche. Cette information figurait dans les rapports des divers établissements, mais elle était rarement collectée et utilisée au niveau national et il n'existait pas de mécanisme de rétro information dirigé vers le niveau local(42).

5.2.4. Opinions des enquêtés par rapport à la promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles

Précautions à prendre avant de manger

Nombreux étaient les enquêtés (44%) qui ont choisi de se laver les mains avec du savon sans préciser l'usage du savon. En France, 34% d'individus affirmaient que les produits alimentaires de conserve ne présentent pas des risques pour la santé(43).

Il ressort ici une mauvaise perception du risque alimentaire qui constitue un obstacle à la l'application des règles d'hygiène.

La population dans notre série évoquait la pauvreté qui les empêchait de disposer du savon. Les revenus provenant de la vente des produits vivriers ne suffisent pas pour couvrir les besoins prioritaires.

Précautions à prendre par rapport aux aliments crus

Les aliments crus sont lavés avec de l'eau propre dans 96%. L'utilisation de l'eau de javel n'était pas pratiquée par nos enquêtés.

La communauté ne savait pas quel produit antiseptique utiliser pour la désinfection des aliments crus.

Variation alimentaire

Les 100 (88,5%) affirmaient que leur repas n'était pas équilibré.

Au Niger, 57% des mères d'une zone pilote ont eu des modifications de comportements favorables à la diversification du régime alimentaire en citant l'importance des aliments riches en vitamine A pour la santé des enfants de 1 à 2 ans(44). Nombre des enquêtés représentent l'alimentation comme un besoin fondamental d'une personne mais ceux-ci n'arrivent pas selon eux à assurer l'autosuffisance alimentaire ni quantité ni en qualité.

5.2.5. Opinions de la communauté par rapport à l'approvisionnement en eau potable et aux mesures d'assainissement de base

Caractéristiques de l'eau potable

Les enquêtés avaient cité l'eau claire comme eau potable dans 57% de cas et l'eau sans microbe dans 32%.

La compréhension de la communauté par rapport à la potabilité de l'eau était limitée à la clarté et à l'absence de microbe. Ajouté à cela, le mauvais goût était assimilé d'emblée à une impureté (11%) : C'est le cas de certaines fontaines traitées avec de l'iode, qui sont abandonnées par la communauté.

Cette attitude présenterait une conséquence double, à savoir la réduction d'accès à l'eau potable et l'augmentation de la fréquence des maladies liées à la carence en sel.

Sources de l'eau potable

Dans 95% de cas, ils ont affirmé que l'eau potable provenait de la pompe de forage. La communauté rurale était bien sensibilisée à la provenance de l'eau de consommation. C'est une bonne pratique de ne consommer que l'eau de fontaine ; mais l'approvisionnement et la conservation de l'eau comporteraient de risques de contamination non négligeables. Les ustensiles de cuisine et les gobelets étaient souvent lavés avec de l'eau de puits. Et c'est dans ces ustensiles qu'on versait l'eau potable.

Sources de l'eau de consommation

L'eau de consommation de nos enquêtés provenait dans 89% de la fontaine de forage.

Dans la plupart des cas, la communauté consommait de l'eau potable. Ceci pour la simple raison que les points d'eau de forage étaient disponibles mais l'accès était limité à certaines populations situées dans les villages périphériques (10%).

Cependant, les conditions de conservation de l'eau ou l'entretien de l'eau potable demeurent encore un problème de santé.

Position des latrines et du puits d'eau

Seulement 43 de nos enquêtés soit 38% possédaient de latrine dans leur parcelle d'habitation. Seulement 15 d'entre eux soit (soit 13,27%) des enquêtés disposaient d'un puits d'eau. La majorité d'entre eux ne savaient pas bien placer leur latrine: 32,5% devant la maison et 47% en aval de puits d'eau. La majorité des familles partagent leur latrine ou leur puits d'eau avec les voisins.

L'évacuation des eaux usées se faisait sans aucune précaution. 53% dans la brousse et dans 34% de cas dans la cour.

La nécessité d'avoir une latrine et un puits pour une seule famille ne semble pas encore bien perçue. Le partage du lieu d'évacuation des matières fécales et de la source d'approvisionnement en eau constitue un facteur de risque de maladies.

Evacuation des eaux usées

L'évacuation des eaux usées se faisait dans la brousse chez 53% de cas et dans la cour chez 34%.

Les enquêtés qui versaient les eaux usées dans la brousse pensaient que ces eaux sont porteuses de maladies et qu'il fallait les évacuer à distance de la cour. Il le faisait aussi pour éviter la nuisance que pourrait créer la putréfaction des débris. Ceux qui versaient l'eau savonneuse dans la cour considéraient ces eaux comme anti infectieux capable de tuer d'éventuels microbes aux alentours de leur maison. Toutes ces pratiques retrouvées chez la communauté rurale, démontre leur désir d'améliorer leur situation sanitaire par des gestes simples et courants.

Mais il faudrait aussi que l'évacuation des eaux usées ne se fasse pas dans les égouts ou dans les épaves ménagées et autres.

La nécessité d'avoir un puits d'eau et de latrines est bien perçue pas la population mais cette dernière ignore l'emplacement qu'il faut pour ces deux moyens l'un par rapport à l'autre. Notons que l'emplacement de latrine en amont d'un puits peut entraîner la contamination de ce dernier. Il est nécessaire pour la population de faire appel à une expertise

5.2.6. Opinions des enquêtés par rapport à la SMI y compris la planification familiale (PF)

Plus de la moitié (72 soit 64%) de nos enquêtés considéraient l'espacement de naissance comme bon lorsque la prochaine naissance survient entre 1 et 2 ans. Plus la durée entre deux naissances augment moins la population perçoit comme un espacement à 1 an chez 33 soit 29% et à 4 ans chez 6 (5%). L'espacement des naissances était vu dans ce dernier cas comme une stérilité. Selon certains de nos enquêtés, l'espacement de naissance est une bonne pratique car elle permet de maintenir la femme et

l'enfant en bonne santé. Pour d'autres, deux raisons expliquaient leur adhésion à la pratique de la planification familiale : la sensibilisation qui leur permettait de comprendre l'importance de cette pratique, et surtout la pauvreté qui les rend incapables de prendre en charge beaucoup d'enfants. Cependant la population ne maîtrisait pas encore la pratique de l'espacement des naissances, puisque la majorité pensait que l'espacement des naissances entre deux enfants est de 1 ou 2 ans. Cette durée correspond à l'espacement naturel des naissances qui ne nécessitait aucune intervention de l'homme.

Comme moyen de protection, ils citaient le préservatif qui joue un double rôle : celui d'éviter les grossesses indésirables et celui de se protéger contre les IST/VIH/SIDA. Les contraceptifs oraux ne sont pas accessibles à la population, car il n'existe dans cette localité aucun point de prestation avec du personnel qualifié pour promouvoir l'utilisation de ces produits.

Il s'agit ici d'une mauvaise perception d'espacement de naissance.

La planification familiale a alors été considérée comme le moyen de faire front à tous ces problèmes sanitaires, dans la mesure où un meilleur espacement des naissances améliore la santé maternelle et infantile (45). Si beaucoup de femmes dans les pays en développement souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants(46), celles-ci ne savent pas exactement combien doit durer l'espace entre deux enfants.

5.2.7. Opinions de la communauté de Pissa par rapport à la vaccination contre les principales maladies infectieuses

Presque tous les enquêtés (92%) savaient qu'il y a eu des campagnes de vaccination dans la localité.

L'acceptation de se faire vacciner a été retrouvée chez 89% et 64% savaient qu'on peut vacciner en dehors des campagnes de vaccination. L'acceptation de la vaccination, appelée en langue locale « tonga », par la communauté rurale était perçue comme un bon moyen de protection des enfants contre les maladies infectieuses. La population reconnaît que certaines maladies évitables par le vaccin telles que « kété yangba » qui désigne la variole, « kota yangba » pour la varicelle, « polio » désignant la poliomyélite, sont très dangereuses. Par contre, 54% des enquêtés pensaient que le vaccin ne concerne que les enfants. Ceux-ci ignoraient qu'ils devaient se protéger eux-mêmes par des vaccins. Un des enquêtés affirmait même qu'il n'a jamais vu vacciner un adulte en dehors des femmes enceintes. Cependant, hors mis les maladies citées ci-haut, beaucoup de ces enquêtés ne connaissaient pas les autres maladies contre lesquelles leurs enfants étaient vaccinés.

Quelques enquêtés (6 soit 5%) affirmaient qu'ils n'avaient pas fait vacciner leur enfant parce qu'ils n'avaient pas d'argent pour payer les frais y relatif. En Mauritanie, l'existence des préjugés favorisait la réticence chez 4% (4) parents à faire vacciner leurs enfants. Cette situation remet en surface la question d'atteinte d'objectif principal de l'initiative de Bamako qui est basé sur l'égalité d'accès aux soins.

5.2.8. Opinions de la communauté par rapport à la prévention et à la lutte contre les endémies locales

La plupart de nos enquêtés (62%) citaient l'hygiène comme moyen de prévention et de lutte contre les endémies locales. Par ailleurs, l'interrogation de ces mêmes enquêtés par rapport à la fréquence de certaines maladies courantes a montré les chiffres suivants : parasitoses intestinales (36%), fièvres (30%), diarrhées (20%). La perception de nos enquêtés n'était pas trop loin des indicateurs retrouvés dans les registres des formations sanitaires (Paludisme : 40%, diarrhées : 30%, parasitoses intestinales : 15 %, ...).

Ces résultats démontrent que la population reconnaissait l'hygiène comme moyen de prévention, mais son application demeurait un problème de santé publique. La discordance retrouvée entre la connaissance des moyens de prévention et la pratique de la population se justifiait selon ces derniers par le degré avancé de pauvreté. En effet, certains individus du monde rural cachaient leur négligence derrière les préjugés comme « les microbes ne tuent pas le noir ». De même, la pauvreté oblige la communauté rurale à orienter les dépenses des maigres ressources vers les priorités de subsistance au détriment des règles d'hygiène.

5.2.9. Opinions des enquêtés par rapport au traitement des maladies et lésions courantes

Bien que les plantes forestières étaient utilisées chez 48% de nos enquêtés, beaucoup (95%) affirmaient que le traitement des maladies doit se faire à l'hôpital.

Les soins hospitaliers étaient considérés par la communauté comme la méthode la plus sûre de traitement des maladies. Cependant, elle est obligée de recourir aux racines ou feuilles des plantes de forêt pour se traiter à domicile, à cause des difficultés financières. Quand bien même les frais de médicaments sont réduits, avec la mise en place des pharmacies communautaires, la pauvreté ne permet pas à la population rurale d'avoir accès à ces médicaments. Il faut ajouter à cela les frais de consultation, le mauvais accueil et le racket du personnel soignant. Tout ce qui précède limite l'accès aux soins des maladies et lésions courantes.

5.2.10. Perception des enquêtés par rapport à la fourniture des médicaments essentiels génériques

Vente de médicaments essentiels génériques

La quasi-totalité de la population (93%) a reconnu que les médicaments se trouvent à l'hôpital et 26% au marché. SAMAKE au Mali a trouvé un résultat nettement inférieur (60,25%) pour l'hôpital(38). Cependant, le problème de mauvaise gestion (indisponibilité) des médicaments au niveau des formations sanitaires était évoqué par les enquêtés dans 66% de cas. Pour les enquêtés, il y a rupture fréquente en médicaments, parce que la recette obtenue de la vente de ces médicaments n'est pas bien gérée. Les médicaments des FOSA sont de bonne qualité mais en cas de rupture de médicament dans la pharmacie de COGES, nous n'avons pas d'autres solutions que de recourir aux médicaments de la rue ou à des racines et feuilles des plantes de brousse, affirmait un des enquêtés (47). Cette déclaration montre que la population a une bonne appréciation des médicaments mais se trouve confrontée au problème des ruptures fréquentes de stock des médicaments d'usage courant.

Appréciation de la vente des médicaments essentiels génériques et la gestion des ressources par le COGES

La population rurale jugeait utile (95%) la vente de médicaments essentiels génériques par le COGES au niveau des formations sanitaires, mais dénonçait le manque fréquent de médicaments, selon eux, lié à la mauvaise gestion de cet organe de gestion. Dans les 42 pays en développement 60 % des enfants atteints de pneumopathie n'avaient pas reçu l'antibiotique dont ils auraient eu besoin et 70% des enfants atteints de paludisme n'avaient pas eu accès au traitement(48).

Quelques uns (5%) la déprécient parce qu'ils pensent que les médicaments vendus moins cher sont peu efficaces pour les guérir. Au Mali, ce taux était de 4,25%. Par contre, en France(49), diverses représentations des génériques par la population influent sur le processus d'appropriation et de fidélisation au médicament et elles s'inscrivent dans un ensemble de représentations collectives du médicament qui traduisent et construisent la réalité des consommateurs. Néanmoins, ces derniers achètent quand même les médicaments génériques parce qu'ils n'ont pas assez d'argent pour les acheter au niveau des pharmacies privées. Affaiblis psychologiquement par cette pensée négative sur les médicaments génériques, ils ne se sentent toujours pas guéris. Dans ce cas, ces individus ont recours soit aux plantes médicinales soit aux médicaments incontrôlés vendus par les vendeurs ambulants dans la rue. Il ressort ici une insuffisance dans la communication. Ces individus sont sous informés sur l'efficacité des médicaments génériques. Sinon, ils ne sont pas convaincus de l'information qu'ils ont reçue sur la question.

Conclusion

Cette étude a pour but l'exploration de la perception des SSP par la communauté rurale de Pissa en RCA.

La perception des SSP par la population était mauvaise pour le concept santé. La plus mauvaise perception de santé semble être liée aux difficultés d'accès aux soins et aux conditions précaires de vie, conséquences de la misère.

Par contre cette perception est mauvaise pour 4 des 8 composantes de composantes des SSP. Il s'agissait de la perception des organes de soins de santé, la promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'IEC, la SMI y compris la planification familiale, la fourniture en médicaments essentiels génériques. Elle était moyenne pour les quatre autres composantes de SSP. Les aspects de prévention en SSP étaient perçus par la communauté comme l'hygiène dont les règles doivent être appliquées par eux-mêmes.

Il est clair qu'une meilleure connaissance des SSP et une bonne gouvernance alimentent la bonne perception laquelle est le facteur d'engagement et de participation effective de la communauté à l'amélioration de leur état de santé.

La mise en œuvre de la stratégie de communication pour un changement de comportement ne semble pas toucher suffisamment la population cible.

Dans la perspective d'améliorer la gouvernance et avoir une bonne perception de la population, synonyme de regain de confiance avec les organes de gestions, il est envisageable de :

- revoir les stratégies opérationnelles des SSP aussi bien pour communication que pour le système de gouvernance à tous les niveaux.
- analyser la faisabilité d'une couverture médicale universelle avec implication des structures d'assurances privée.

6. REFERENCES

1. Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après: un agenda caché. *Health nutrition and population*. oct 2004;54.
2. Ridde V. Entre efficacité et équité: qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest-africaine [Internet]. [cité 7 févr 2013]. Disponible sur: www.cerdi.org/uploads/sfCmContent/html/194/ridde.pdf
3. BAMBA CHEICK DANIEL. Conférence internationale sur les SSP et système de santé en Afrique [Internet]. 2008 [cité 18 janv 2013]. Disponible sur: www.who.int/entity/nutrition/publications/policies/icn_follow-up_workshop_report_burkinafaso.pdf
4. Ballet J, Brahim Jiddou FO. L'accès au système de santé en Mauritanie : problèmes de capacités et défis institutionnels. *Monde en développement*. mars 2005;33(131):86-97.
5. OMS/UNICEF. Les soins de santé primaires [Internet]. Alma-Ata (URSS): OMS; 1978 sept p. 88. Report No.: Série « santé pour tous » n°1. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>
6. MSPP. Plan National de Développement Sanitaire (2006- 2015) RCA [Internet]. 2006 [cité 7 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.hdptcar.net/fr/docs/plan-national-de-d%C3%A9veloppement-sanitaire-2006-2015-rca-minist%C3%A8re-de-la-sant%C3%A9-publique>
7. MOULIN A-M. Bilan de l'initiative de Bamako. La fin d'un modèle de santé publique? A propos du livre de valery Ridde. L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au delà des idéologies et des idées reçues. *Médecine/sciences*. 2013;29(2).
8. PNUD. Tendances régionale et nationale de l'indice de développement humain de 1980 à 2011 [Internet]. 2012 [cité 27 févr 2013]. Disponible sur: <http://hdr.undp.org/fr/statistiques/>
9. MSPP. Synthèse des données statistiques 2003. Bangui; 2005.
10. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2012 [Internet]. Bibliothèque OMS: OMS; 2012 p. 180. Disponible sur: www.who.int
11. ALLPORT GW. La perception [Internet]. 1935 [cité 5 févr 2013]. Disponible sur: <http://fr.wikipedia.org/wiki/Perception>
12. Demangeon A. Village et communautés rurales. *Annales de Géographie*. déc 2012;42(238):337-349.
13. Haddad S, Nougara A, Ridde V. Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et solidarité*. 2004;(2):199-210.
14. OMS. Renforcement des systèmes de santé dans la région Afrique: Réalités et opportunités [Internet]. 2007 [cité 18 janv 2013]. Disponible sur: www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1607&Itemid=2111
15. Desplats D. Qualité des soins_soins de qualité. *Santé Sud*. 2010;(85):2-3.

16. OMS. Les systèmes de santé: des soins intégrés fondés sur des principes. Rapport sur la santé dans le monde 2003 [Internet]. OMS; 2004 [cité 18 janv 2013]. p. 111-140. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/fr/index.html>
17. OPS/OMS. Renouvellement des soins de santé primaires aux Amériques [Internet]. Washington: OMS; 2008 p. 33. Report No.: ISBN 92 75 12698 4. Disponible sur: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renouvellement-soins-sante-primaires-Ameriques.pdf>
18. Baba-moussa Saidou A, Barry Kandjoura Dramé P. Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la région africaine de l'OMS: répondre au défi [Internet]. 2007 [cité 1 févr 2013]. Disponible sur: <http://ahm.afro.who.int/issue14/HTML/article1.html>
19. HOUETO D, Girard J-E. Perceptions de la participation des parents par les professionnels de santé à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin. SFSP/Santé publique. janv 2008;20(1):19-28.
20. Ridde V, Dirard JE. Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux Services de santé des indigents africains. SFSP. 2004;15(1):37-51.
21. ONS. Enquête démographique et de santé. Mauritanie ONS et ORC Macro Calverton, Maryland USA. 2001;
22. BARRERE B, MBOUP G. Mortalité des enfants et mortalité maternelle. ONS. 2001;151-161.
23. Meunier A. système de soins et l'organisation du terroir au Burkina Faso. Mappemonde. 2000;60(4):12-17.
24. IKNANE AA, MBESSAN P, NAMBOUA L, LAMBERT P-Y. Gestion des soins de santé primaire à l'intention du personnel de santé et des membres des Comités de Gestion (COGES) des SSP. Bangui: Imprimerie GSPT avenue de France; 2005.
25. WHO/WPRO. Initiative pour les soins centrés sur la personne [Internet]. Jeju (Corée): OMS; 2007 sept p. 262. Report No.: RC58. Disponible sur: http://www2.wpro.who.int/rcm/fr/archives/rc58/rc_resolutions/WPR_RC58_R4.htm
26. OMS. Stratégies de coopération de l'OMS avec la RCA 2008-2013 [Internet]. [cité 19 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.afro.who.int/fr/republique-centrafricaine/bureau-de-pays-de-loms-republique-centrafricaine.html>
27. BCR. La RCA en chiffres: résultats du recensement général de la population et de l'habitat, décembre 2003 [Internet]. 30 juin 2006. Bangui; 2005 [cité 7 févr 2013]. Disponible sur: http://books.google.com.eg/books/about/La_RCA_en_chiffres.html?id=LC6zAAAAIAAJ&redir_esc=y
28. Hodges A, O'Brien C, Makosso B. Amélioration des dépenses publiques des secteurs sociaux pour les enfants et les femmes en République du Congo. 2011;
29. Mairie de Pissa. Présentation de la commune de Pissa. Imprimerie centrafricaine; 2006.
30. Nahda S. Les paradoxes du mariage précoce à Gaza. Etudes rurales. janv 2005;(173-174):153-181.

31. HERTRICH V. Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union, 1950-99, in:Thérèse LOCOH, Genre et société en Afrique. Les cahiers de l'Ined. 2007;(160):281-307.
32. ISO 690. La jeunesse en Afrique sub-saharienne : données et graphiques sur la sexualité et la santé de la reproduction. 2001.
33. IAWG. Manuel de terrain interorganisations sur la santé de reproduction en situations de crise humanitaire [Internet]. 2010 [cité 11 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/policy/fr/>
34. Auzias D, Abourdette J-P. La République Centrafricaine. Country guide. France; 2011.
35. UNESCO. Rapport EPT 2012 pour l'Afrique sub-saharienne. Paris; 2012 nov p. 48.
36. De Allegri M, Kouyaté B, Becher H, Gbangou A, Pokhrel S, Sanon M, et al. Motifs de la souscription d'une assurance-maladie communautaire par les habitants de l'Afrique subsaharienne : étude cas-témoin en population rurale menée au Burkina Faso. Bulletin de l'OMS. nov 2006;84:841-920.
37. Prost A. Précarité et indicateurs de santé dans la population carcérale : étude prospective au sein de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces [Thèse d'exercice de médecine]. [Grenoble (France)]; 2012.
38. SAMAKE N. Evaluation de la qualité des soins dans le centre de sante communautaire de Boukassoumbougou ii [Thèse d'exercice de médecine]. [Mali]: Université de Bamako; 2009.
39. Terrisse B, Larose F, Lefebvre ML, Bédard J. Étude des besoins d'information et de formation à l'exercice des rôles éducatifs des parents québécois ayant de jeunes enfants (naissance-12 ans) et adéquation avec les services offerts par les organismes de soutien à la famille. Québec: Université du Québec à Montréal; 2005.
40. JORDAN D, PIEC I, AUBLET-CUVELIER B, BERGER D, LEJEUNE ML, LAQUET-RIFFAUD A, et al. Education à la santé à l'école_ pratiques et représentations des enseignants du primaire. Société Française de Santé Publique. 2002;14(4):403-423.
41. Nodjiadjim Laoubaou A, Wyss K, Schwärzler P, Obrist B, Bergman MM. Communication socioculturelle comme outil de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le VIH chez les adolescents au Tchad. La revue électronique en sciences de l'environnement VertigO. déc 2006;(hors série 3):9.
42. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – façonner l'avenir [Internet]. France: OMS; 2003 p. 213. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2003/fr/>
43. Loisel J-P. Manger est perçu comme présentant davantage de risques. Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie. avr 2001;(148).
44. Bendeck AG, Mohamed A, Aguayo V, Baker S, Mbaye Diène S. Les pratiques prometteuses et les leçons apprises dans la lutte contre la carence en vitamine A dans les pays de l'Afrique subsaharienne. USAID. avr 2000;67.
45. Solo J. Planification familiale au Rwanda : Comment un sujet tabou est devenu la priorité numéro un.

46. OMS. Planification familiale [Internet]. 2012 [cité 22 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/index.html>
47. Mahamat Imam. Entretien avec le chef de quartier arabe de Pissa. 2011.
48. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant [Internet]. 2005 [cité 4 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2005/fr/>
49. Sarradon-Eck A, Blanc M-A, Faure M. Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. mars 2007;55(3):179-85.

7. LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Approches des soins de santé primaires

Tableau II: Détermination de l'échantillon

Tableau III : Succession des maires de Pissa selon l'ordre chronologique depuis l'indépendance

Tableau IV : Répartition des enquêtés par tranche d'âge et par sexe.

Tableau V : Répartition des enquêtés en fonction des connaissances qu'ils ont des organes des SSP.

Tableau VI : Répartition des enquêtés en fonction de leur opinion par rapport aux moyens d'information, aux personnels chargé d'informer et au lieu d'information sanitaire.

Tableau VII : Précautions à prendre pour éviter la contamination alimentaire.

Tableau VIII : Caractéristiques de l'eau potable selon la communauté.

Tableau IX : Disposition des latrines des enquêtés par rapport positionnement de latrine/puits et lieu d'évacuation des eaux usées.

Tableau X : Opinions de la communauté sur la vaccination

Tableau XI : Opinions de la communauté par rapport à la prévention et à la lutte contre les endémies locales.

Tableau XII: Opinions des enquêtés par rapport au lieu de traitement des maladies.

Tableau XIII : Opinions des enquêtés sur le lieu de vente des médicaments essentiels génériques.

8. LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La complémentarité des 8 composantes des SSP

Figure 2: Éléments de la stratégie des SSP

Figure 3 : Schéma fonctionnel d'un système de santé

Figure 4: Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale.

Figure 5 : Répartition des enquêtés selon leur religion.

Figure 6 : Répartition des enquêtés selon leur profession.

Figure 7 : Le niveau d'instruction des enquêtés.

Figure 8 : Les opinions de la population par rapport à l'espacement de naissance par les enquêtés.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Thème : Perception des soins de santé primaire par la communauté rurale : cas de la commune de PISSA

Ce questionnaire vise à recueillir les opinions des personnes vivants à PISSA sur le thème ci-dessus. Votre contribution est indispensable pour la réussite de cette recherche. Elle consiste à répondre sous l'anonymat, en toute liberté à ces différentes questions qui suivent. Nous vous remercions d'avance pour votre franche collaboration.

I. CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELS ET DEMOGRAPHIQUES

Age : 15 à 20 ans /.../ 31 à 40 ans/.../ 21 à 30 ans/.../ 41 à 50 ans/.../ Plus de 50 ans/.../

Sexe : Masculin/.../ féminin/.../

Situation matrimoniale : Célibataire/.../ Marié(e) /.../ Divorcé(e) /.../ Vie maritale/.../ Remarié (e) /.../ Veuf (ve) /.../

Religion : Islam/.../ Catholique/.../ Protestante/.../ Autres/.../

Niveau d'étude : Primaire/.../ Secondaire/.../ Supérieur/.../ Autres/.../

Catégorie socio-professionnelle : Elève/.../ fonctionnaire/.../ cultivateur /.../ commerçant/.../ Artisan/.../ pêcheur/.../ prestataire de services/.../Autres, à préciser :.....

Village/quartier :
.....

II. PERCEPTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

A. Que représente la santé ?.....

.....
.....

B. COGES, Comité communal, Comité villageois

a) Avez-vous un comité de gestion dans votre centre de santé ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../

- b) Si oui, quel est le rôle du COGES ?.....
.....
- c) Avez-vous un comité communal ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../
- d) Si oui, quel est son rôle ?.....
.....
- e) Avez-vous un comité villageois dans votre village ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../
- f) Si oui, quel est son rôle ?
.....
- g) Que pensez-vous du fonctionnement de ces organes ?

C. L'information, l'éducation et la communication (IEC);

- a) Que représente pour vous la santé d'un individu ?.....
.....
.....
- b) Si oui, Par quel moyen vous entendu parler des problèmes de santé ?
Sensibilisation/.../ Affiches/.../ Radio/.../ Autres/.../ COGES/.../ Comité communal/.../ ONG /Associations/.../ Comité villageois/.../
- c) Qui doit donner des informations sur les problèmes de santé ? Chaque individu/.../ chef de quartier/.../ Agent de santé/.../ COGES/.../ Comité communal/.../ Comité villageois/.../ associations/.../
- d) A quel endroit peut-on avoir ces informations ? Hôpital/.../ Maison/.../ Marché/.../ Champ/.../ Eglise/.../ Autres/.../ à préciser :.....
- e) Comment appréciez-vous ces informations ? Bonnes/.../ Mauvaises/.../ Ne sais pas/.../

Justifiez votre réponse :.....
.....
.....

- f) Ces informations vous ont-elles aidé à comprendre les problèmes de santé ?
Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../
- g) Combien de fois il y a eu réunion du comité villageois de santé ?.....
- h) Qui a organisé ces réunions ?
- i) Qu'est-ce qu'on a dit au cours de cette réunion de santé ?

D. La promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;

- a) Que doit-on faire avant de manger un aliment (repas, beignet, aliment cru.....) ?

Se laver les mains/.../ Se laver les mains avec du savon/.../ Se laver la main droite/.../ Manger sans précaution/.../ Autres/.../

Pourquoi votre choix ?.....
.....

- b) Qu'est ce qu'il faut faire pour rendre les aliments crus propres (salade, concombre, tomate, tubercule de manioc) ? les lavés avec du savon/.../ les laver avec de l'eau propre sans savon/.../ les mettre dans l'eau de javel/.../ les mettre dans le permanganate/.../

Autres à préciser :.....

- j) Au champ, où est ce que vous posez les assiettes remplies de repas pour manger ? Sur une tablette/.../ Au sol/.../ Sur une natte/.../ Sur les feuilles/.../
- k) Avez-vous un programme de repas à manger par semaine ? Oui/.../ Non/.../
- l) Combien de fois en mangez-vous par jour ? Une fois/.../ deux fois/.../ trois fois/.../
- m) Quels sont les types d'aliments que vous variez dans la semaine ?
Boule de manioc/.../ riz/.../ igname/.../ banane/.../ Autres/.../

E. L'approvisionnement en eau potable et des mesures d'assainissement de base.

- a) Qu'appelle-t-on eau potable ? Eau claire/.../ Eau sans microbe/.../ Eau trouble/.../ Autres, à préciser :.....

- b) Où peut-on trouver de l'eau potable ? Au marigot/.../ Au puits/.../ fontaine/.../ Pluie/.../ Autres/.../
- c) Quelle est votre appréciation de l'eau de fontaine ? Bonne/.../ Mauvaise/.../ Dégoûtante/.../
- d) Peut-on contracter des maladies en buvant de l'eau? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../
- e) D'où avez-vous puisé l'eau que vous buvez actuellement ?
Eau de marigot/.../ Eau de puits/.../ Eau de fontaine/.../ Eau de Pluie/.../
- f) Avez-vous de latrine ? Oui/.../ Non/.../
Pourquoi ?.....
.
- g) Où se trouve la latrine : Dans la brousse/.../ devant la maison/.../ derrière la maison/.../
Chez le voisin/.../ en amont d'un puits/.../ en aval d'un puits/.../ Vers le haut/.../ Vers le bas/.../
- h) Avez-vous un puits ? Oui/.../ Non/.../
- i) Si oui, quelle est sa position par rapport à votre latrine ? en aval/.../ en amont/.../
- j) Comment maintenir le puits potable?.....
.....
.....
- k) Avez-vous une poubelle ? Oui/.../ Non/.../
- l) Si oui à quelle distance de la maison se trouve votre poubelle? 5 m/.../ 10m/.../ 20 m/.../ 50m/.../ dans la brousse/.../ dans un canal/.../ dans le marigot/.../
- m) Comment évacuez-vous les eaux usées ? dans un trou/.../ dans la latrine/.../ dans un canal/.../ dans la concession/.../ par terre/.../

F. La SMI y compris la planification familiale (PF) ;

- a) Qu'est ce que l'espacement de naissance ? Ne sais pas/.../ Ne pas avoir d'enfant/.../

Espace entre les naissances d'au moins : 1 an/.../ 2 ans/.../ 3 ans/.../ 5ans/.../
6ans/.../

b) Quelle est votre appréciation de l'espacement de naissance ?.....
.....
.....
.....

c) Comment espacez-vous les naissances ?.....
.....

G. La vaccination contre les principales maladies infectieuses

a) Y a-t-il eu campagne de vaccination dans le village ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../

b) Acceptez-vous de faire vacciner vos enfants ou vous-même ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../

c) En dehors des campagnes de vaccination peut-on se faire vacciner ou faire vacciner nos enfants ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../

Si oui,
où.....

Si non, pourquoi ?.....
.....
.....

d) Quelles sont les maladies pour lesquelles on vaccine ?.....
.....
.....

e) Le vaccin doit être fait uniquement aux enfants ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../

H. La prévention et la lutte contre les endémies locales

Quelles sont les mesures prises pour éviter les maladies contagieuses ?.....

.....
.....

I. Le traitement des maladies et lésions courantes

a) Comment traitez-vous les maladies ? A l'hôpital/.../ avec les plantes de la forêt/.../
par les guérisseurs traditionnels/.../ Marabout/.../ Prière/.../

b) Pourquoi votre
choix ?.....

.....
.....
.....

J. La fourniture des médicaments essentiels.

a) Où peut-on trouver des médicaments pour se soigner ?

A la maison/.../ Au marché/.../ Au magasin/.../ A l'hôpital/.../

b) Avez-vous toujours les médicaments disponibles ? Oui/.../ Non/.../ Ne sais pas/.../

c) Comment pouvez-vous rendre disponible ces médicaments ?.....

.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 2 : Découpage en aire de responsabilité des Zones sanitaires de la commune de Pissa

N° Ordre	Aire de responsabilité	de Population	Nom de la formation sanitaire(FOSA)	la Distance avec l'hôpital de référence	FOSA Satellites
	Aire de Pissa	19 349	CS de Pissa	40 Km	
				10 Km	CS de Sakoulou
				15 Km	CS Bobangui
	Aire de Bossongo	11 364	CS de Bossongo	65 Km	
				15 Km	CS de Kapou
		30.713			

Source : Région sanitaire n°1

Annexe 3 : Situation du personnel de santé de la Commune de Pissa en 2011

N°	FOSA	Méd	TSS	TSL	TSAR	IDE	SF	TSE	AS	AH	AA	IS	MA	Total
1	CS PISSA	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4	2	9
2	CS BOSSONGO	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2	6
3	CS SAKOULOU	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	5
4	CS BOBANGUI	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	6
5	CS KAPOU	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	5
6	COMMUNE PISSA	0	0	0	0	3	0	0	4	1	0	13	10	31

Source : Région sanitaire n°1

Annexe 4 : Quelques indicateurs sanitaires 2011 de la commune de Pissa

N°	FOSA	Taux utilisation	4 CPN et +	Accouchement assisté	% TPI
1	CS PISSA	73,08 %	40,2 %	66,4%	41,9 %
2	CS BOSSONGO	58,94 %	8,02	19,1%	17,4 %

3	CS SAKOULOU	51,08 %	10,5 %	48%	0,0
4	CS BOBANGUI	58,31 %	72,6 %	94,3%	49,7 %
5	CS KAPOU	62 ,66 %	48,7 %	49,7%	44,1%

Source : Région sanitaire n°1



Annexe 5: Hotel de ville de Pissa



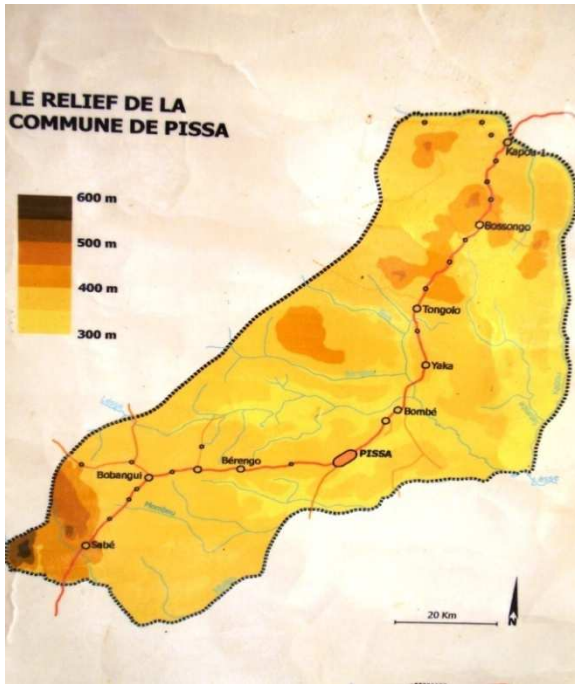
Annexe 6 : Centre de santé Monique Bozizé de Pissa



Annexe 7: Présentation générale de la commune de PISSA



Annexe 8: Situation géographique de la commune de PISSA par rapport à la République Centrafricaine



Annexe 9: Relief de la commune de PISSA



Annexe 10: Activités économique de la commune de PISSA



Annexe 11 : Les infrastructures socio-sanitaires de la commune de PISSA



Annexe 12 : L'écologie de la commune de PISSA