



Santé et résilience

Etre en bonne santé et pouvoir faire face aux imprévus liés à l'état de santé : des impératifs pour la résilience

Plateaux centraux humides-PCH (Kayanza et Ngozi) et Dépressions du Nord-DN (Kirundo) – Burundi

Contexte

L'absence de maladies, la bonne entente au sein du ménage et de la communauté, l'accès à de bonnes conditions de production agricole et le pouvoir d'achat (possession de liquidité monétaire et prix des denrées/intrants) sont quatre principaux piliers mentionnés par les communautés pour être résilient. Les ménages, surtout les plus pauvres, font pourtant face à **une grande instabilité de leur état de santé qui a une forte incidence sur leur capacité productive et sur le budget des ménages**. Dans des entretiens réalisés lors de l'enquête intermédiaire, 50% des ménages de la province de Kirundo et 40% de la province de Kayanza ont déclaré que, dans les 15 derniers jours, au moins un membre de leur ménage était tombé malade.



Les maladies les plus fréquentes

CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Dans les 2 zones, les maladies les plus fréquemment citées par les communautés sont le **paludisme**, les **maladies diarrhéiques** et la **malnutrition**. L'**inflammation de la lueite (ikirimi)** est aussi perçue comme un frein à la bonne santé des enfants (croissance et maladies) et conduit à son ablation (par des praticiens traditionnels) à un âge précoce.

CHEZ LES ADULTES

Les maladies des **adultes** les plus souvent mentionnées dans les *focus groups* sont le **paludisme**, les **vers intestinaux** et les **troubles visuels**. Dans les **dépressions du Nord**, s'ajoute ce que la population qualifie de « *inzoka* » dont la symptomatologie fait référence à un **état de fatigue et faiblesse chronique associé à des douleurs articulaires diffuses** qui épuisent les adultes et les rendent moins capables de mener les activités agricoles.

POUR TOUTES LES CATÉGORIES D'ÂGE

Les populations mentionnent aussi des problèmes d'**empoisonnement**. Ces problèmes sont liés d'une part à des croyances culturelles qui tendent à disparaître grâce à la sensibilisation des agents de santé et des leaders locaux et religieux. D'autres part, les populations signalent des pratiques d'empoisonnement réel (produits nocifs insérés dans la nourriture ou les boissons) et dans ce cas elles ont recours aux féticheurs pour une prise en charge.

1. Les données présentes dans l'ensemble de ce document sont les données collectées dans le cadre de la phase intermédiaire (ou à mi-parcours) (2021) de suivi des ménages bénéficiaires les plus pauvres des programmes de l'UE dans le cadre du travail sur la mesure de résilience.

Les causes et conséquences de l'instabilité de l'état de santé

Mis à part l'empoisonnement, les communautés qualifient les autres maladies de « naturelles » et les relient essentiellement aux **mauvaises conditions de vie** ainsi qu'à une **alimentation insuffisante et déséquilibrée**.

L'état de santé instable des membres de la famille et spécifiquement des personnes adultes **se répercute sur les capacités productives du ménage**. Ceci concerne d'autant plus **les plus pauvres** qui sont souvent affairés à des **tâches physiquement pénibles**. Ces tâches répétitives, le port de charges lourdes ou autres activités nécessitent une bonne condition physique mais aussi peuvent entraîner une dégradation de l'état de santé.

La **perte de revenus**, due à l'incapacité de travailler et aux dépenses occasionnées pour se soigner, **accentue la pauvreté**. Dans certains cas, la maladie est également perçue comme une **source de conflits** et de mauvaise entente intra-familiale, surtout lorsque le ménage doit vendre des biens familiaux pour faire face à la situation (frais médicaux, incapacité à assumer les dépenses courantes du ménage en raison du manque d'activité).

Enfin, **chez les enfants**, la maladie peut être associée à l'**échec ou l'abandon scolaire**, ou encore au **décès**.

« Les répercussions sont nombreuses, ça freine le rythme de travail... et l'argent qu'on avait prévu pour le développement familial est emporté par la maladie. »



Le recours au service de santé

LES FREINS À L'ACCÈS

Le **manque d'argent** est la première cause de non recours au soin dans les centres de santé (67 % dans les DN- et 81% dans les PCH).

L'**automédication** et la **médecine traditionnelle** est également parfois préférée (32 % dans les DN et 27 % dans les PCH).

Pour la majorité des ménages, le **temps d'accès** (à pied) au centre de santé le plus proche est de 30 minutes à une heure. Pour environ un tiers des ménages (39% dans les DN) ce temps d'accès dépasse une heure. Dans plusieurs localités, les ménages dénoncent l'impraticabilité des routes et les frais de transport afférents.

LA SATISFACTION

La grande majorité des ménages apprécie dans l'ensemble la qualité des services dans les centres de santé. Toutefois, 13% de ménages dans les DN et 9 % dans les PCH jugent cette qualité mauvaise. Le **temps d'attente** puis le **mauvais accueil** sont les **principales raisons d'insatisfaction**.

La situation est très inégale selon les localités. Dans les localités les moins bien cotées, les arguments avancés sont : un accueil non chaleureux, du favoritisme (ordre de passage), du retard au travail des professionnels de santé et une très longue attente. Ce sentiment est encore plus fort lorsque les ménages doivent consulter la nuit (indisponibilité des infirmiers).

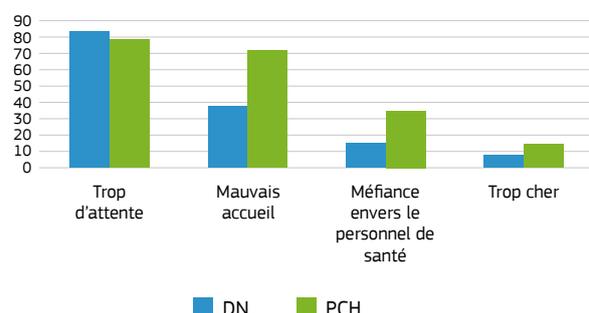
La majorité des ménages font état d'une **bonne disponibilité en médicaments**. Toutefois 30 % des ménages dans les PCH et 11 % dans les DN déplorent des **ruptures sporadiques**

d'**approvisionnement en médicaments**, et 2 à 3% mentionnent des ruptures fréquentes.

Hormis pour les cas d'empoisonnement et de l'inflammation de la luette, les personnes interrogées déclarent **avoir moins recours à des féticheurs que dans le passé**. Le manque de résultats de leurs prestations et leur rôle négatif sur la cohésion sociale (accusations du voisinage sur l'origine du mal par exemple) décourage le recours à ces pratiques. Enfin, en cas de non réponse au traitement donné par un professionnel de santé, les ménages relatent avoir recours à la prière.

« Tu peux te renseigner sur celui qui est en train de travailler ce jour-là au centre de santé, si tu trouves que c'est quelqu'un de bien, tu vas te faire soigner sinon tu vas plus loin (...) ». Chef de ménage, homme

Les raisons de non satisfaction (% des ménages)



Les stratégies pour faire face à un choc sanitaire

Face au choc que constitue l'apparition d'une maladie au sein d'une famille pauvre, les stratégies adoptées sont les suivantes :

- **vente** des biens familiaux (pire scénario)
- **recours à des prêts** dans les associations d'épargne et de crédit ou auprès des mutuelles communautaires
- **anticipation** par adhésion à la **carte d'assistance médicale** (consultation payante mais avec un ticket modérateur) qui semble le meilleur moyen pour atténuer le poids financier de la maladie sur le ménage
- rôle important des **agents de santé communautaire** (ASC). En cas de manque d'argent pour les soins de santé, parfois les ASC constituent une garantie de paiement a posteriori pour que le malade puisse être pris en charge.



La santé sexuelle et reproductive (SSR)

Sur le long-terme, face aux défis liés à la disponibilité des ressources dans un contexte de forte croissance démographique, **la maîtrise de la natalité** est une thématique importante pour la résilience des ménages et des communautés.

PLANNING FAMILIAL

Au sein du ménage, les femmes pensent que la décision de recourir au planning familial est avant tout de leur ressort car ce sont elles qui subissent les conséquences. Dans les faits, le preneur de décision semble varier : soit l'homme seul, soit la femme, après avoir informé le mari ou en cachette.

Les hommes estiment qu'ils doivent être concertés et **prendre la décision conjointement au sein du couple**. Cette vision est encouragée par les centres de santé.

L'influence des institutions religieuses sur l'utilisation des méthodes contraceptives est bien présente et encourage à ne pas y adhérer.

UNE FORTE DEMANDE D'INFORMATION CHEZ LES JEUNES

Les *focus groups* menés entre jeunes mettent en avant que ces derniers apparaissent sexuellement très actifs. Ils parlent librement du sujet pendant les discussions et sont en demande d'informations pour améliorer leurs connaissances. D'une manière générale, ils sont très ignorants sur le sujet de la sexualité qui ne peut pas être discuté avec les parents. Leurs sources d'information sont essentiellement l'école, les amis et les émissions radiophoniques.

« Etre souvent enceinte affaiblit ma santé. Alors, il me revient de prendre la décision d'utiliser les méthodes contraceptives. » Femme

Au moment de la collecte des données, les centres de santé « amis des jeunes », offrant des services de santé conviviaux adaptés aux adolescents et adolescentes, étaient peu développés dans la zone d'étude. La plupart des ASC n'avaient pas encore été formés en SSR et s'intéressaient surtout aux questions liées à la santé des mères et de leurs jeunes enfants. Toutefois, ils mettaient des préservatifs en leur possession à la disposition des jeunes en cas de demande de ces derniers. En effet, dans certaines localités, les jeunes cherchaient à y avoir recours de manière discrète. Les filles sont dans l'ensemble plus réticentes à avoir recours aux services SSR. De peur d'être marginalisées, celles qui ont le courage d'avoir recours aux services de SSR préfèrent se rendre dans des centres de santé éloignés de leur lieu d'habitation. Les services de santé manquent dans l'ensemble de confidentialité.



En résumé

Les facteurs de résilience dans le domaine de la santé

1. **Un service et un accueil de qualité dans les structures de santé de proximité** pour favoriser une bonne fréquentation pour les soins préventifs et curatifs.
2. **Une facilité de l'accès aux services financiers et de protection sociale pour faire face aux conséquences économiques de la maladie** afin de pouvoir assumer les frais liés à l'accès au soin (transport, prestation de soin, médicaments et faire face à la perte de revenus occasionnée par l'incapacité à travailler).
3. **Un renforcement du système de santé** pour améliorer la disponibilité des médicaments essentiels au niveau des centres de santé.
4. **Un lien opérationnel plus fort entre les programmes de santé et de développement économique.** Il s'agit notamment de mettre en place des mécanismes pour avoir des actifs en bonne santé pour assurer la réussite des programmes d'appui économique (ex : mutuelles de santé agricoles ; collaboration entre les services de santé et les services de conseils agricoles pour promouvoir des approches agricoles sensibles à la nutrition, pour éviter les risques sanitaires liés à certaines activités telles que l'élevage ou l'irrigation).
5. **La maîtrise de la SSR pour la promotion d'une sexualité responsable et sans risque de santé.** Il s'agit pour cela d'assurer la disponibilité des services dans l'intimité et la confidentialité et d'adopter une approche sensible aux préjugés socio-culturels qui agissent comme des barrières importantes à l'accès aux services SSR. Ceci passe aussi par la sensibilisation des jeunes (garçons et filles), le développement de centre de santé amis des jeunes et une plus grande implication des ASC dans ce rôle auprès des jeunes.



Contacts

Délégation de l'Union Européenne au Burundi

Place de l'Indépendance
Building Old East, Bujumbura
(+257) 22 20 22 00
delegation-Burundi@eeas.europa.eu

Agrinatura

42 rue Scheffer
F-75116 Paris
FRANCE
secretariat@agrinataura-eu.eu

