

INTRODUCTION GENERALE

A. Rougemont et J. Brunet-Jailly

Pour les médecins, comme pour tout un chacun, la santé ne se définit qu'en termes très généraux et multiples, et sa réalité intrinsèque échappe à toute mesure. Chacun, pourtant, en éprouve au cours de sa vie et la bénéfique présence et le terrible manque.

Cependant, pour toute action, du diagnostic et de la thérapeutique jusqu'à la définition de stratégies sanitaires en passant par la gestion quotidienne des services de santé, cette réalité complexe - qu'on ne peut directement saisir - doit cependant être cernée. Cela est possible indirectement par l'analyse des *déterminants de l'état de santé*. De manière courante, on désigne ainsi tout élément qui participe au maintien, à la restauration ou à l'amélioration de la santé des individus et des groupes humains. L'influence de certains déterminants est mesurable par le recours à des indicateurs objectivables, tels que taux de mortalité, de morbidité, revenus monétaires, quantité de protéines ingérées, etc. D'autres facteurs qui *déterminent* un état de santé individuel ou collectif relèvent d'analyses pour lesquelles le maniement d'indicateurs quantifiables sert peu, par exemple : croyances et coutumes religieuses, représentations biocosmologiques, pratiques magiques, etc.

La question posée dans cette introduction n'est autre que celle-ci : comment approcher la santé ?

1. L'approche biomédicale

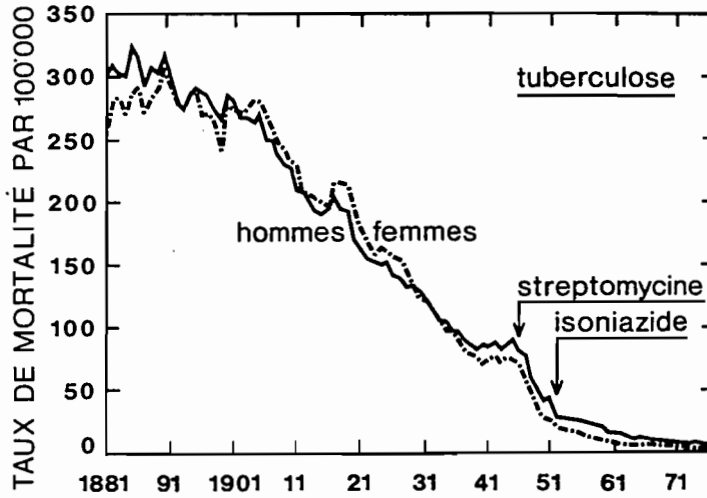
La science biomédicale, sur laquelle se fonde la médecine des pays industrialisés, a pour objet d'élucider les dérèglements aboutissant aux maladies qui affectent l'espèce humaine. Implicitement ou explicitement, la référence demeure le modèle biologique des mammifères en général et de l'homme en particulier. La connaissance toujours plus approfondie des mécanismes qui en régissent le fonctionnement devrait, à terme, apporter la solution à tous les problèmes qui pourraient survenir.

Dans le domaine des maladies transmissibles, il est clair qu'une meilleure connaissance des relations entre l'hôte et les micro-organismes pathogènes a permis de développer des modèles biologiques qui ont abouti notamment à la production d'antibiotiques et de vaccins toujours plus efficaces, à la purification et à la synthèse d'hormones capables de suppléer à des déficiences parfois graves de la machine humaine.

Cette conception pourrait servir de modèle unique si l'on pouvait prétendre, par exemple, que la tuberculose a été vaincue par la streptomycine et par le BCG, ou que la fièvre typhoïde a disparu avec l'avènement du chloramphénicol. Les *figures 0.1 et 0.2* montrent qu'il n'en est rien et que d'autres facteurs, qui échappent au modèle biologique, sont principalement responsables de la régression de ces deux maladies dans les pays industrialisés et de leur pérennité dans les pays en développement.

FIGURE 0.1

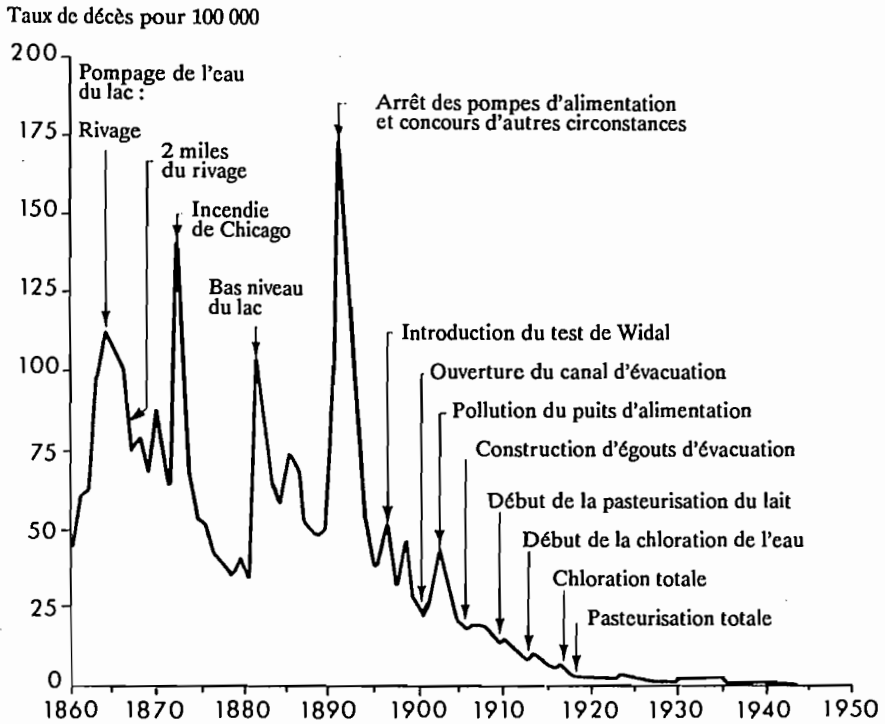
Tuberculose (toutes formes). Taux de mortalité pour 100 000 habitants : hommes et femmes, 1881-1977.



Source : Gubéran, E. *Schweiz. Med. Wschr.*, 1980, 110, 574-583.

FIGURE 0.2

**Evolution de la mortalité par fièvre
thyphoïde à Chicago, 1860-1942.**



Source : Dublin L.L, Lota A.J. et Spiegelman M. Length of Life, New-York, The Roland Press, 1949, cité par Rey, M. in : Vaccinations, Paris, Masson, 1980.

Comme on peut le constater, la mortalité par tuberculose pulmonaire avait diminué de 80 % en moins d'un siècle, bien avant l'avènement du premier antituberculeux efficace. Pour la fièvre typhoïde, on s'aperçoit que la régression, avec ses poussées épidémiques, semble plus clairement en relation avec l'adduction d'eau et la stérilisation du lait qu'avec un quelconque événement de l'histoire de la médecine.

De telles analyses ont été faites pour de nombreuses autres affections. Elles aboutissent, à quelques exceptions près (comme la poliomyélite et la diphtérie qui ont pratiquement disparu avec la vaccination généralisée), à la constatation d'un effet relativement modeste de la biomédecine sur l'amélioration de l'état de santé des populations de l'hémisphère Nord, tel qu'il peut être apprécié par les chiffres de la mortalité et de la morbidité.

L'une des faiblesses de ce genre d'analyse reste cependant son caractère historique, toujours quelque peu spéculatif. Pour cette raison, il n'est peut-être pas inutile d'examiner divers exemples plus actuels.

A l'échelle planétaire, le paludisme et les schistosomias (bilharzioses) sont probablement les deux affections les plus fréquentes et parmi les plus meurtrières qui soient.

Du fait de leur grande extension et de leurs implications pour les entreprises coloniales et post-coloniales, et par comparaison à d'autres affections parasitaires confinées aux zones reculées des pays tropicaux, leurs aspects biomédicaux sont relativement bien connus, avec, pour corollaire, des médicaments efficaces et d'un maniement relativement aisé, mis au point d'une manière continue depuis la Deuxième Guerre mondiale. Or, la fréquence de ces deux affections dans les zones où elles sont endémiques n'a pas sensiblement diminué depuis cette époque, à l'exception de quelques épisodes limités dans le temps et circonscrits à des zones particulières. Le paradoxe est donc flagrant : des affections contre lesquelles on est médicalement bien armé font preuve d'une désespérante pérennité dans la plupart des zones tropicales.

Bien entendu, les raisons susceptibles d'expliquer une telle situation ne manquent pas : les deux affections concernent avant tout les pays les plus démunis; les mécanismes immunologiques qui régissent les maladies parasitaires sont plus complexes que ceux qui impliquent des micro-organismes moins évolués; les cycles de leur transmission qui, dans les deux cas, font intervenir des vecteurs très spécifiques vivant dans des conditions écologiques bien déterminées, sont tributaires de multiples facteurs : résistance du parasite aux médicaments et du vecteur aux insecticides pour le paludisme, toxicité pour l'environnement des produits détruisant les mollusques dans le cas de la schistosomias ... Mais ces caractères montrent aussi à quel point leur répartition, leur maintien, voire leur recrudescence, sont étroitement tributaires de facteurs extramédicaux.

Un deuxième exemple, qui concerne les pays industrialisés comme les pays en voie de développement, est celui des maladies sexuellement transmissibles. Leur fréquence est fluctuante, sans relations apparentes avec les moyens médicaux, toujours plus puissants, disponibles pour y faire face (SIDA excepté). C'est donc plus à des questions de comportement (tributaires de valeurs culturelles) qu'à des facteurs d'environnement qu'il faut faire référence, bien que le problème biologique de la résistance aux agents chimiothérapeutiques ne puisse être négligé.

C'est aussi le recours exclusif à des moyens biomédicaux, et plus généralement biotechnologiques, dans la lutte contre la maladie, qui se trouve ainsi mis en cause. Les exemples ont à dessein été pris dans le domaine des maladies transmissibles, celles qui, ayant bénéficié des progrès les plus spectaculaires en matière de traitement et de prévention, ont cependant vu, à quelques exceptions près, leur régression se confiner aux pays les plus développés.

Le cas des maladies dégénératives ou tumorales, pour lesquelles les progrès en matière de traitement et de prévention restent l'exception plutôt que la règle, est tout aussi préoccupant. En effet, dans ce cas, seuls des facteurs extramédicaux peuvent rendre compte des variations *spontanées* dans leur répartition temporo-spatiale.

Dans la lutte contre la maladie à l'échelle mondiale, un médicament, fût-il nouveau et efficace, un vaccin, un examen de dépistage restera, dans presque tous les cas, une arme parmi d'autres et ne sera jamais la solution unique et totalement efficace. Pour les rares maladies contre lesquelles un moyen unique pourrait être déployé (vaccination contre les maladies à réservoir exclusivement humain comme la rougeole et la variole), il faut remarquer que ce moyen est toujours préventif et nécessite une action de très longue durée pour parvenir à un résultat à l'échelle planétaire (plus de 150 ans pour l'éradication de la variole). Ce dernier caractère est, bien entendu, en grande partie lié à une couverture insuffisante par les services de santé.

Mieux, l'évolution historique des maladies nous enseigne que, même utilisés avec efficacité, les moyens biomédicaux n'ont qu'un effet d'appoint, par rapport à l'effet global du développement socio-économique, situation parfaitement illustrée par la *figure 0.1 et 0.2*.

2. L'approche épidémiologique

L'approche épidémiologique consiste à tenter d'élucider l'ensemble des facteurs, internes ou externes, innés ou acquis, qui influencent l'état de santé et les maladies des individus et des groupes humains. La question fondamentale qui se pose est donc : "Qu'est-ce que la santé ?" et non : "Qu'est-ce que la maladie ?".

Il existe autant de définitions de la santé que d'individus ou d'écoles pour les énoncer. Pour ne pas ajouter un motif ornemental à un tableau déjà surchargé, abandonnons l'idée d'une définition et considérons que la *santé* est la résultante de multiples influences, dont il s'agit d'évaluer l'impact dans l'expression de la mortalité et de la morbidité.

Ce postulat présuppose qu'un bon état de santé soit associé à un minimum de mortalité et de morbidité évitables, seules expressions quantitatives du *bien-être physique, mental et social* retrouvé dans la définition de l'OMS. Ce parti est, à notre avis, le seul que puisse prendre un responsable sanitaire, dont le rôle traditionnel est d'éviter que les gens ne souffrent indûment et ne meurent prématurément.

En l'absence de certitude causale, les épidémiologistes parleront *d'exposition*, de *facteur favorisant* ou *facteurs de risque*, notions qui seront précisées par la suite.

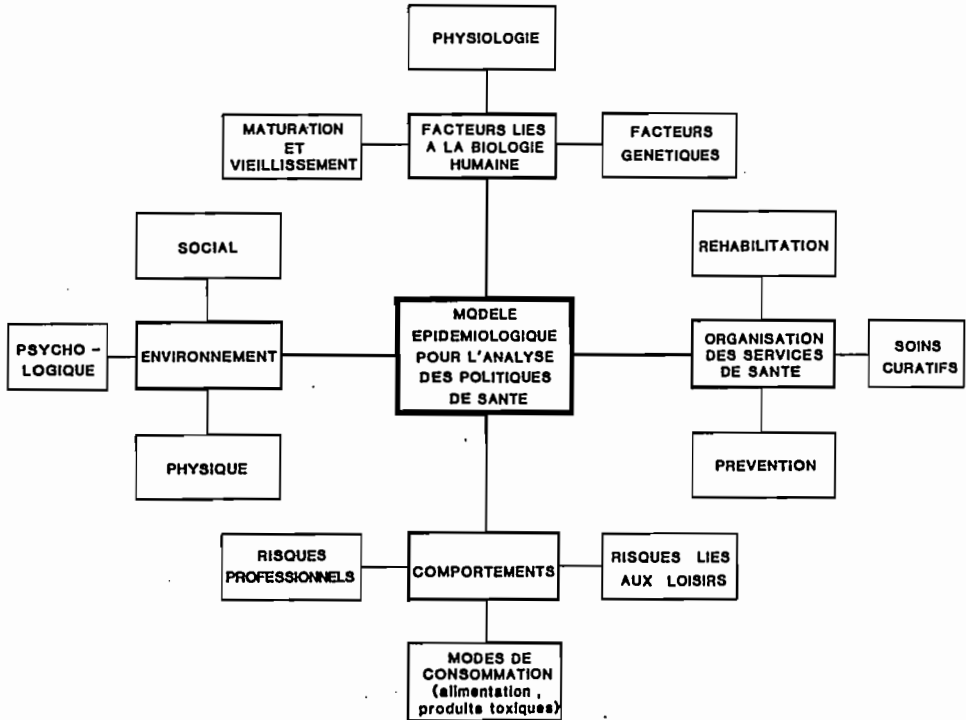
Ces facteurs peuvent, en première approximation, être rassemblés sous quatre rubriques (*fig. 0.3*).

1. facteurs biologiques (innés ou acquis ...),
2. facteurs liés à l'environnement (physique, social, culturel, psycho-affectif ...),
3. facteurs liés aux comportements (alimentation, vie familiale, travail, loisirs ...),
4. facteurs liés aux services de santé.

Comme on peut le constater également, les éléments de ces différents groupes interfèrent à des degrés divers. Ainsi, l'état nutritionnel est-il la résultante de facteurs qui relèvent à la fois des comportements alimentaires et de l'environnement socio-économique (revenu familial, état des cultures vivrières ...); de même, l'usage du tabac, comportement individuel, est favorisé par l'environnement socio-culturel, économique, etc.

FIGURE 0.3

Modèle épidémiologique pour l'analyse des politiques de santé.



Source : Dever A.G.E. et Champagne F. Epidemiology in health services management, Rockville, Maryland, Aspen Publishers, Inc., 1984.

En reprenant l'exemple du paludisme, on perçoit l'utilité du modèle épidémiologique ainsi esquissé. A l'approche biomédicale qui oppose à la maladie, médicaments, actes médico-techniques, vaccins, le modèle épidémiologique ajoute l'approche comportementale (protection individuelle contre les moustiques...) et environnementale (assainissement du milieu, insecticides rémanents dans les habitations, destruction des gîtes larvaires ...). On verra plus loin que l'approche *par les services de santé* est l'une des plus accessibles à l'investigation du professionnel de la santé.

La constellation des facteurs déterminant l'état de santé reste cependant statique et ne fait pas clairement référence à l'aspect évolutif des maladies. La *figure 0.3* doit donc être complétée par la *figure 0.4*, qui esquisse l'histoire naturelle de la maladie.

Au départ, se trouve l'homme sain, dont les seuls attributs en rapport avec la maladie sont précisément les **facteurs de risque**. Ceux-ci n'ont pas à proprement parler de caractère pathologique, puisqu'ils ne se manifestent ni par des lésions ni par des dysfonctions. Le fait pour une femme d'être enceinte en zone d'endémie constitue un facteur de risque pour l'hémolyse, et donc l'anémie du paludisme (du fait probablement d'une modification de l'état immunitaire), et pour une mort prématurée (du fait de l'insuffisance des services de santé); ne pas recourir à une chimioprophylaxie antipaludique en constitue un autre.

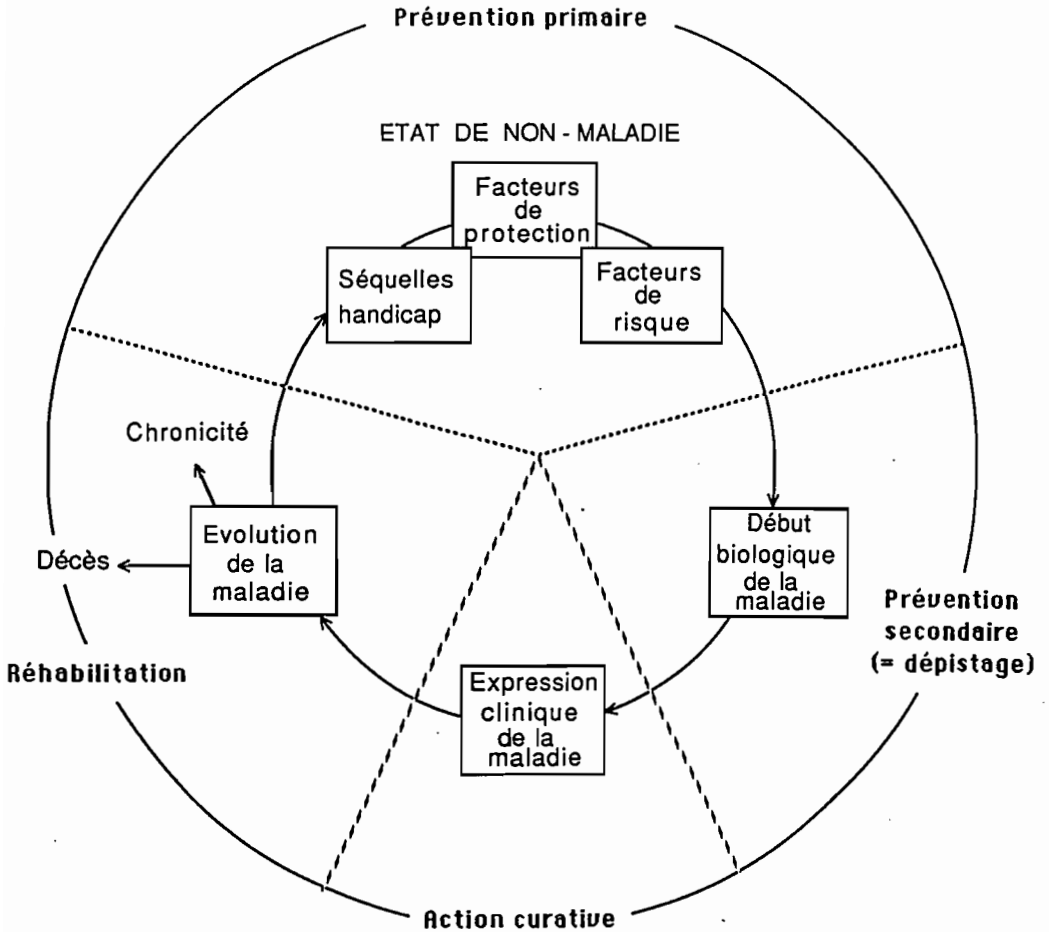
Vient ensuite la maladie à l'état **préclinique** (début biologique). Les premières lésions ou dysfonctions sont présentes, mais n'apparaissent spontanément ni au patient ni au médecin. Il faut les dépister. Ainsi en est-il des sporozoïtes qui envahissent le foie, des premiers trophozoïtes qui apparaissent dans les hématies ou encore, dans un autre domaine, des premières cellules cancéreuses décelables à l'examen d'un frottis du col de l'utérus. Le traitement, à ce stade, peut stopper le processus pathologique avant même qu'il ne se manifeste cliniquement.

Puis, la **maladie** elle-même se déclare ouvertement (l'accès palustre, le cancer du col utérin au stade invasif...); le patient consulte le praticien pour des troubles subjectivement ressentis ou objectivement constatés, prétextes habituels du recours aux services de santé.

Enfin, la maladie se termine par la **guérison**, avec ou sans séquelles, par une évolution vers des séquelles ou la **chronicité**, ou encore par le **décès** du patient. Notons ici qu'un patient, dont un épisode de rougeole s'est terminé sans séquelles, se retrouve dans le groupe des individus en bonne santé, mais avec le **facteur de protection** que constitue l'immunité spécifique acquise au cours de l'épisode. Ainsi, les individus *non malades* constituent un ensemble hétérogène et sont caractérisés autant par des facteurs de risque que de protection, de même que par d'éventuelles séquelles d'affections guéries (perte d'un membre, lésions oculaires stabilisées à la suite d'un trachome ...). On perçoit ainsi l'une des facettes de la difficulté à définir précisément *l'état de santé* ...

L'évolution typique de toute maladie qui vient d'être esquissée est d'un intérêt pratique considérable. Elle met en évidence l'une des raisons pour lesquelles les interventions curatives de la biomédecine sont si peu déterminantes dans le maintien et l'amélioration de l'état de santé des populations : elles sont confinées à un stade bien particulier (expression clinique de la maladie) d'une évolution parfois très longue. De plus, elle permet de dégager *naturellement* la typologie des actions préventives : prévention primaire, s'adressant aux sujets sains (vaccination, chimioprotection, action sur les habitudes néfastes, sur un environnement propice au maintien et à la propagation des affections transmissibles ...); prévention secondaire, domaine du dépistage (cancer du col utérin, du sein, dépistage des porteurs sains de certains germes, d'anomalies héréditaires pouvant se transmettre à la descendance ...); prévention tertiaire enfin, visant à prévenir les complications des affections chroniques, à minimiser les handicaps, à éviter les rechutes (de malnutrition, par exemple).

FIGURE 0.4
Histoire naturelle de la maladie
et stratégies d'intervention.



Plus généralement, il apparaît :

- que l'approche biomédicale est indispensable et même irremplaçable pour ce qui concerne l'identification des déterminants biologiques des états morbides et la mise au point des moyens de prévenir ou de contrôler la maladie en agissant sur ces déterminants;
- que l'approche épidémiologique permet de prendre en considération divers types de facteurs qui favorisent l'expression clinique des déterminants biologiques, y concourent, ou encore l'aggravent : facteurs liés à l'environnement d'une part, et aux comportements, d'autre part;
- que la mise en oeuvre pratique des connaissances acquises grâce aux approches biomédicale et épidémiologique a pris la forme d'activités multiples, extrêmement diversifiées, dont l'organisation et la gestion conditionnent en partie l'efficacité et influencent par conséquent, elles aussi, l'état de santé.

Cette troisième approche doit donc être également prise en considération.

3. L'approche par les services de santé

Cette approche peut être considérée comme une *branche nouvelle de l'épidémiologie*, dont elle utilise effectivement certaines données et certaines méthodes. Cependant, elle a une perspective différente : au lieu de se centrer sur les déterminants de l'état de santé liés aux comportements et à l'environnement, elle tente d'en identifier les déterminants relatifs à l'organisation et à la gestion des services de santé. Par là, elle peut aussi être considérée comme une *branche de l'analyse économique*.

C'est assurément une omission que de n'avoir pas introduit jusqu'à présent l'effet des services de santé eux-mêmes sur l'état de santé. Ce dernier dépend évidemment des activités déployées par les professionnels : de leur ampleur (taux de couverture des programmes de vaccination ou de dépistage, part de la morbidité diagnostiquée dans la morbidité réelle, part de la morbidité traitée dans la morbidité diagnostiquée) et de leur qualité (proportion des enfants immunisés parmi les enfants vaccinés, proportion des malades recevant le meilleur traitement disponible parmi les malades traités ...). Mais l'ampleur et la qualité des activités sanitaires sont conditionnées à la fois par l'importance des moyens de tous ordres (équipements, personnels qualifiés, médicaments et autres produits) qui y sont consacrés et par l'efficacité avec laquelle ces moyens sont utilisés.

Or, ces activités extrêmement diverses sont réalisées au sein de systèmes de santé qui ont désormais une grande complexité, qui représentent dans tous les pays une charge massive pour les finances publiques, et dont l'organisation et la gestion posent des problèmes très difficiles. L'analyse de ces systèmes, à l'initiative des professionnels de santé le plus souvent, révèle fréquemment des lacunes et des incohérences : telle activité est négligée, telle autre est prise en charge par de multiples intervenants qui se disputent les moyens disponibles, telle catégorie de personnel fait cruellement défaut et telle autre ne trouve pas à s'employer dans sa qualification ... De ces situations résulte fréquemment la conviction, tant dans l'opinion publique que chez les professionnels, que le système de santé est mal organisé, mal géré et que, pour ces raisons, il ne prend pas en charge les besoins de la population aussi bien qu'il pourrait le faire. Et ce genre d'appréciation est un obstacle majeur à l'augmentation des moyens consacrés aux activités sanitaires.

Ces problèmes sont désormais posés d'une façon particulièrement franche dans les pays pauvres. Le diagnostic de certains responsables politiques lucides et de nombreux experts est terrible, très différent de celui des documents officiels; ce diagnostic est le suivant (1) :

- les services de santé, malgré leur coût pour les finances publiques et parfois pour les familles, ne sont en pratique accessibles qu'à une infime minorité de la population, en raison notamment du faible nombre des formations sanitaires et de l'étroitesse de leurs zones d'attraction, du fait en particulier des difficultés de transport;
- ces services sont généralement de qualité plus que douteuse par manque d'équipement, manque de qualification du personnel, manque de conscience professionnelle, manque de médicaments; de fait, les personnels ne sont ni conseillés, ni aidés, ni véritablement supervisés; la distribution des produits pharmaceutiques est obérée par des délais et des coûts excessifs, l'incapacité des gestionnaires, l'absence de politiques d'approvisionnement capables de contrôler les initiatives purement mercantiles;
- les soins curatifs sont systématiquement privilégiés, alors que la prévention et les traitements précoces sont négligés; le niveau de sophistication des très rares hôpitaux dignes de ce nom est sans commune mesure avec les capacités techniques des autres éléments de la pyramide sanitaire, de sorte qu'en pratique les populations rurales n'ont aucune chance d'accéder à des soins qualifiés, alors que quelques spécialistes se donnent l'illusion de servir la santé publique en soignant quelques patients de bonne compagnie;
- les soins fournis, du fait de leur nature (strictement technique, strictement individualiste), de la faible qualité de la relation interpersonnelle qu'ils instaurent, de leur absence de toute signification culturelle dans le contexte social où ils sont dispensés, ne peuvent pas correspondre aux attentes de la population qui, pendant longtemps encore, n'y aura recours qu'en dernière extrémité et ne s'engagera que sous la contrainte à contribuer à leur développement.

Devant un pareil constat, la seule attitude courageuse consiste à faire le bilan, cas par cas (pays par pays, région par région, circonscription par circonscription, formation par formation), des ressources disponibles, de leur emploi, des résultats obtenus en termes de santé; puis, sur cette base, à sélectionner les activités les plus efficaces, à répartir entre elles les ressources disponibles et à supprimer graduellement toute procédure (diagnostique, thérapeutique, gestionnaire) inefficace et coûteuse. La recherche sur les services de santé traite de ces problèmes, en utilisant des méthodes dont certaines seront présentées plus loin dans cet ouvrage.

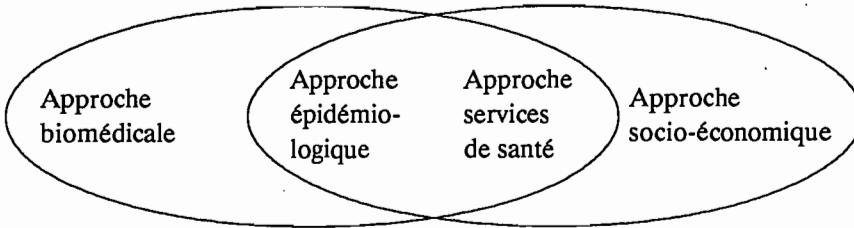
L'approche par les services de santé complète l'approche biomédicale et l'approche épidémiologique. A des titres divers, ces trois approches - on l'a souligné au passage - appellent ou supposent le concours d'analyses socio-économiques, lesquelles relèvent à leur tour d'une approche spécifique à évoquer.

(1) World Bank, Health Sector Policy Paper, Washington, D.C., 1980 (version française : Santé, politique sectorielle, 1980).

4. L'approche socio-économique

Rappelons d'emblée que pareille approche se ramifie théoriquement en investigations distinctes, qui peuvent trouver en elles-mêmes leur raison d'être : recherches sociologiques (ou ethnologiques), recherches économiques, recherches socio-psychologiques, géographiques, démographiques, linguistiques ... Dans l'optique du présent ouvrage importe surtout, pour la pratique, le concours de plusieurs disciplines dont l'ensemble constitue les *sciences sociales de la santé*.

Le schéma suivant situe l'interface qui nous intéresse ici :



En clair, un agent de santé ne peut, dans l'exercice de ses fonctions, se satisfaire de pures données biomédicales : il croise nécessairement un ensemble de connaissances impliquant le recours à une approche socio-économique. Celle-ci peut être empirique ou bien scientifiquement poursuivie. Or, un paradoxe fréquent consiste à prétendre programmer ou exécuter *scientifiquement* des actions de santé, alors que, en se dispensant de toute analyse socio-économique sérieuse, on se borne, en fait, à la mise en oeuvre de simples intuitions fondées sur ce qu'on appelle *l'expérience* des comportements ou des coutumes.

Il est pourtant avéré qu'aucun groupe humain ne peut être simplement caractérisé par une collection de *besoins* (plus ou moins vitaux) et de *comportements* (plus ou moins stéréotypés), pas plus que par un ensemble de *facteurs économiques* mesurables en termes de monnaie. Cela est particulièrement vrai dans le domaine de la santé, parce que la maladie est chargée de résonances complexes et très profondes dans les esprits, dans les représentations, et parce que ces résonances influencent très fortement les conduites individuelles et collectives. Prendre au sérieux, dans une société donnée, la nature et le sens des conduites socio-culturelles (familiales, langagières, techniques, esthétiques, économiques, éthiques, politiques, religieuses ...) requiert un entraînement professionnel du même ordre que celui d'une sage-femme, d'un infirmier ou d'un médecin. Pour cette raison même, il est exclu que ces professionnels de la santé se transforment en psychologues, sociologues, géographes, linguistes, démographes ou économistes, mais il est nécessaire qu'ils comprennent, pour l'efficacité de leur action, l'importance indispensable d'investigations qui ressortissent aux *sciences sociales*.

Tout comme l'approche biomédicale et, à l'autre extrême, d'une démarche cohérente en faveur de la santé, l'approche socio-économique pénètre donc obligatoirement l'approche épidémiologique et l'approche par les services de santé.

5. Une présentation synthétique des activités sanitaires

En combinant les quatre approches qui viennent d'être présentées à grands traits, il est possible de construire un tableau d'ensemble des activités sanitaires. Cet ensemble est bien plus vaste que celui des activités proprement médicales, et ce, pour deux raisons essentielles :

- les déterminants de l'état de santé ne sont pas seulement biomédicaux; il faut en considérer aussi les composantes liées à l'environnement au sens large et aux comportements (de la population et des malades, d'une part, mais aussi des professionnels de la santé, d'autre part);
- les professionnels de santé, qui ont certes le monopole de l'exécution des actes techniques et une responsabilité essentielle dans l'organisation de l'activité sanitaire, ne sont pourtant pas les seuls acteurs du système : on a pu distinguer quatre niveaux dans la pyramide sanitaire et remarquer que les professionnels de santé ne sont pas présents au niveau primaire, et ne sont pas les seuls professionnels à intervenir aux trois autres niveaux.

Il apparaît donc utile de considérer les activités de tous les acteurs du système de santé, en distinguant celles qui concernent les déterminants biologiques, celles qui ont trait aux déterminants liés à l'environnement et celles qui portent sur les déterminants tenant aux comportements. Il apparaît par ailleurs possible de ranger les activités en divers types, qui sont suggérés par l'approche biomédicale, et qui peuvent être étendus sans difficulté. Dans l'approche biomédicale, les types d'activités sont le diagnostic, les soins curatifs et la prévention; comme on l'a vu, la prévention elle-même peut se scinder en activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire. En généralisant, on pourra définir les types suivants d'activités :

- **l'identification** des déterminants de l'état de santé : il s'agira d'abord du diagnostic à proprement parler et de ses méthodes spécifiques au niveau individuel et qui concernent avant tout les déterminants biologiques; cependant, on y ajoutera des activités de même nature au niveau communautaire, employant aussi d'autres méthodes (celles de l'épidémiologie, ou de la sociologie, ou de l'écologie, ou de l'économie, par exemple) et qui concernent plutôt les déterminants liés à l'environnement ou aux comportements;
- la **prévention**, où les distinctions établies par l'approche biomédicale peuvent être reprises sans changement pour décrire les activités concernant les autres déterminants; on prendra surtout en considération les trois niveaux classiques de la prévention, primaire pour les déterminants liés à l'environnement et aux comportements, avec pour corollaires les activités de promotion de la santé, secondaire et tertiaire pour les domaines biomédicaux et liés à l'organisation des services de soins (*fig. 0.4*).
- **l'action** sur les déterminants de l'état de santé : il s'agira naturellement des activités curatives pour ce qui concerne le contrôle des déterminants biologiques et, par analogie, de toutes les interventions qui permettent de modifier dans un sens positif les déterminants liés à l'environnement ou aux comportements; l'approche par les services de santé conduit ici à distinguer les activités de contrôle selon qu'elles ont un contenu strictement technique ou qu'elles concernent l'aspect organisationnel et de gestion des systèmes sanitaire, écologique et social considérés.

On parvient ainsi à une présentation synthétique des activités sanitaires - au sens d'activités influençant l'état de santé - débordant largement les limites des activités du système de santé et les limites des activités des professionnels de santé. Ce cadre d'analyse est représenté par le *tableau 0.I*.

A partir de ce schéma général, il est possible de bâtir des tableaux détaillés donnant :

- soit, pour chacun des trois types de déterminants (biologiques, liés à l'environnement, liés aux comportements), les activités précises de chaque type qui peuvent être mises en oeuvre par les divers acteurs; les *tableaux 0.II à 0.IV* sont construits sur ce modèle; ils ne visent pas à l'exhaustivité, mais ils permettent de situer beaucoup des activités concourant au maintien, à l'amélioration ou à la restauration de l'état de santé;
- soit, pour chacun des quatre niveaux de la pyramide sanitaire, les activités précises qui peuvent être mises en oeuvre pour identifier, prévenir ou agir sur les trois types de déterminants de l'état de santé; ces tableaux par acteur sont facilement obtenus à partir des tableaux présentés à l'alinéa précédent, puisqu'il suffit de rassembler les colonnes de ces derniers selon le principe illustré par le *tableau 0.I b*.

Il convient encore d'insister sur un point : les tableaux ainsi construits n'ont aucun caractère normatif; les activités auxquelles il est fait allusion ne sont pas définies en détail, et les conditions de leur réalisation ne sont pas précisées. Il s'agit simplement d'un instrument d'analyse, permettant à chaque responsable des services de santé, au niveau qui est le sien, de considérer toutes les dimensions de son activité et de commencer l'examen des conditions dans lesquelles il fait face à ses responsabilités.

Enfin, une dimension supplémentaire sera apportée aux différentes approches esquissées jusqu'ici, lorsque sera abordé le processus de planification de la santé (chapitre 3).

Enfin, il faut considérer que toute activité dans les domaines de la santé dépend d'un certain nombre d'options politiques générales ou liées au secteur de la santé. Une politique de santé est un ensemble de lignes directrices définissant, dans le contexte de la politique générale du pays, les stratégies et actions prioritaires à entreprendre, aux niveaux national, régional, local.

Une politique de santé peut être totalement *interne*, basée sur des options strictement nationales, tenant compte des multiples influences schématisées sur la *figure 0.5* ou, au contraire, considérablement influencée par des options *externes*, élaborées par concertation entre différents pays, par exemple, l'ensemble des Etats membres de l'OMS. La politique dite des soins de santé primaires est un exemple d'une politique élaborée sur la base d'un tel consensus.

Comme on peut se l'imaginer, une politique nationale de santé, pour peu qu'existe la volonté effective de l'appliquer (ce qui est loin d'être toujours le cas ...) peut influencer profondément la mise en oeuvre des différentes activités telles qu'elles viennent d'être décrites d'une façon relativement technique. L'annexe de cette introduction présente un exemple de politique nationale de santé, officiellement publiée par le gouvernement du Mali.

Un exercice utile pourrait consister en l'analyse des différentes composantes d'une telle politique et en l'évaluation de leur influence sur les activités de santé aux différents niveaux.

Tableau 0.I : Cadre d'analyse de l'ensemble des activités sanitaires (a); exemple d'application pour un professionnel de la santé (b).

a)

				Acteurs Ty- pes d' activités	Familles et villages	Profession- nels de santé	Spécialistes et régions	Direction nationale et experts					
Ty- pes d' activités	Acteurs	Famille et villages	Ty- pes d' activités	Famille et villages	Acteurs	Profession- nels de santé	Spécialistes et régions	Direction nationale et experts					
									Identification				
									Prévention				
									Action				
					Activités portant sur les déterminants liés au comportement								
					Activités portant sur les déterminants liés à l'environnement								
					Activités portant sur les déterminants biologiques								

b)

Types d'activités	Types de déterminants	biologiques	liés à l'environnement	liés aux comportements
	<p>Identification</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspect épidémiologique - Aspect sociologique - Aspect économique - Aspect biologique <p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primaire - Secondaire - Tertiaire <p>Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspect organisationnel - Aspects techniques et scientifiques 			

Tableau 0.II : Activités portant sur les déterminants biologiques.

Type d'activités	Acteurs			
	Famille ou village	Professionnels de santé (district)	Spécialistes (région)	Direction nationale, experts ...
Identification				
- Aspect épidémiologique				- Epidémiologie sociale
- Aspect sociologique				
- Aspect économique				
- Aspect biologique	- Diagnostic symptomatique d'affections courantes; reconnaissance de quelques signes pathologiques	- Diagnostic clinique laboratoire imagerie		- Recherche biomédicale
Prévention				
- Primaire	- Chimio prophylaxie - Utilisation de notions sur la valeur nutritive des aliments et l'équilibre des rations alimentaires	Vaccination - à la demande - ou systématique (programmes visant une large couverture)		Recherche sur les : - vaccins et calendriers de vaccination - modalités pratiques des programmes de vaccination - moyens prophylactiques
- Secondaire	- Acquisition de la capacité à reconnaître certains symptômes		- Dépistage	- Programmes nationaux de dépistage - Recherche sur les techniques de dépistage
- Tertiaire	- Observance des traitements, des régimes alimentaires prescrits	- Contrôle de la qualité des soins prodigués : observance des indications concernant les gestes, les protocoles, les posologies, les contre-indications		- Evaluation et surveillance de la qualité des soins - Recherche sur les risques iatrogènes
Action				
- Aspect organisationnel	- Gestion d'une pharmacie familiale ou villageoise	- Gestion (ou contrôle) de l'approvisionnement pharmaceutique, en petit matériel et produits consommables - Gestion du personnel (allocation, supervision, formation, motivation ...) à chaque niveau de la pyramide sanitaire - Planification des équipements, de la formation et du financement à chaque niveau de la pyramide (cf. les étapes dans la colonne ci-contre à droite)		Planification et politique de santé, c'est-à-dire : - Identification des problèmes - Evaluation de l'efficacité épidémiologique des activités présentes - Définition d'objectifs en termes de résultats mesurables à atteindre - Analyse comparative des programmes susceptibles de conduire aux résultats visés - Choix des programmes - Mise en œuvre des programmes : budgétisation (fonctionnement, investissement), réorganisation administrative, autres mesures législatives ou réglementaires ou décisions communautaires (financement par les usagers, assurance maladie, mutualité, etc.)
- Aspect technique	- Prise en charge des soins des affections ou lésions bénignes - Observance des traitements prescrits	- Thérapeutique - Réadaptation	médicamenteuse chirurgicale Recherche clinique	

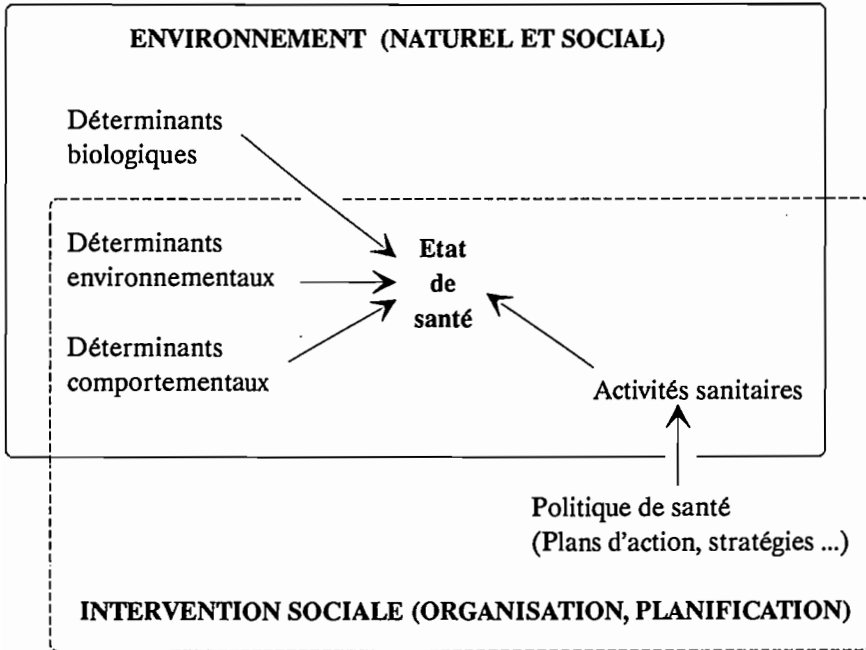
Tableau 0.III : Activités portant sur les déterminants liés aux comportements.

Type d'activités	Acteurs			
	Famille ou village	Professionnels de santé (district)	Spécialistes (région)	Direction nationale, experts ...
Identification				
- Aspect épidémiologique	- Acquisition de notions d'éducation sanitaire	- Acquisition d'informations sur les habitudes alimentaires, sur les interdits - Analyse de la fréquentation des services	- Etudes spécialisées des effets sur la santé de certains comportements familiaux, ou en milieu professionnel, ou dans le cadre de la vie villageoise ou urbaine	
- Aspect sociologique				
- Aspect économique	- Acquisition de notions d'économie familiale	- Acquisition d'informations sur les obstacles économiques à l'accès aux services, à l'achat des produits pharmaceutiques ou de certains aliments	- Etude des comportements d'accès aux soins et des moyens de les modifier	
- Aspect biologique	- Courbe de poids - Surveillance de l'alimentation du nourrisson			
Prévention				
- Primaire	- Observance de comportements favorables à la préservation de la santé : hygiène personnelle, domestique, professionnelle, habitudes alimentaires	- Education sanitaire portant sur les comportements nuisibles à la santé		- Recherche de conséquences à en tirer en ce qui concerne le vocabulaire de l'éducation sanitaire et le contenu de tous les messages émis par les professionnels de la santé
- Secondaire	- Précocité du recours aux soins - Observance des conseils donnés aux malades à l'issue des traitements - Allègement des tâches des femmes enceintes	- Activités visant à développer la fréquentation des services de santé - Conseils spécifiques donnés aux malades à l'issue du traitement - Activités permettant d'améliorer les conditions dans lesquelles le malade est transféré au niveau supérieur de la pyramide sanitaire	- Toutes activités de sensibilisation et de mobilisation de la population - Toutes activités visant à améliorer l'image des services de santé	- Mise en évidence des obstacles à l'accès aux soins tenant aux représentations de la médecine, de la maladie ...
- Tertiaire		Activités de récupération nutritionnelle (éducation des mères)	Activités de réhabilitation des handicapés	
Action				
- Aspect organisationnel		- Mise en place, à chaque niveau de la pyramide sanitaire, d'organigrammes permettant d'identifier sans ambiguïté, le responsable de chaque programme, de chaque activité, de chaque tâche - Activités de supervision conçues de telle sorte qu'elles permettent d'apprécier les performances des agents des services de santé - Utilisation de cette évaluation dans les décisions concernant les carrières des personnels - Recours aux instances compétentes pour prendre les mesures incitant, voire contraignant, les personnes et les entreprises soit à respecter certaines règles susceptibles de préserver ou d'améliorer la santé individuelle ou collective, soit à entreprendre certaines actions spécifiques dans ce but		
- Aspect technique	- Observance des traitements	Evaluation de la qualité des actes professionnels; utilisation des résultats de cette évaluation dans les programmes de formation et de recyclage	Révision des programmes de formation des professions de santé pour obtenir une meilleure préparation aux comportements souhaités	Etude des déterminants des comportements professionnels, et notamment de ceux qui sont liés à la formation et aux conditions de travail
Toutes actions permettant d'assurer, chaque fois que cela a été prescrit ou est indiqué, le transfert effectif des malades au niveau supérieur de la pyramide sanitaire				

Tableau 0.IV : Activités portant sur les déterminants liés à l'environnement.

Type d'activités	Famille ou village	Professionnels de santé (district)	Acteurs		
			Spécialistes (région)	Direction nationale, experts ...	
Identification					
- Aspect épidémiologique	Acquisition d'informations sur les vecteurs et la transmission; sur l'hygiène, les latrines ...	Identification des facteurs pathogènes du milieu local naturel, gîtes, points d'eau ...		Surveillance épidémiologique dans les milieux naturels dangereux ou transformés	
- Aspect sociologique		Connaissance des usages constituant des obstacles à la lutte contre les facteurs pathogènes de l'environnement (latrines, hygiène personnelle ...)		Surveillance de l'impact des grands projets sur la pathologie spécifique qu'ils peuvent voir, sur les conditions de travail, les migrations et la concentration de la population, son niveau de vie ...	
- Aspect économique	Acquisition d'informations sur les risques professionnels	Identification des obstacles économiques à la lutte contre les facteurs pathogènes de l'environnement			
- Aspect biologique			Surveillance de l'impact des grands projets sur l'écologie des vecteurs et hôtes intermédiaires ...	Etudes spécialisées sur l'écologie et la biologie des vecteurs	
Prévention					
- Primaire	<ul style="list-style-type: none"> Activités d'amélioration de l'habitat ... Diversification des cultures 	Activités concernant : <ul style="list-style-type: none"> l'approvisionnement en eau (boisson, toilette ...) et l'usage des points d'eau la salubrité des abords des habitations (ordures ...) la lutte locale contre les vecteurs ou hôtes intermédiaires 		En liaison avec les autres administrations : <ul style="list-style-type: none"> programmes d'approvisionnement en eau programmes agricoles programmes d'assainissement programmes de lutte contre les vecteurs programmes d'amélioration de l'habitat programmes éducatifs 	Elaboration des programmes spécifiques permettant d'éliminer les effets néfastes des grands projets agricoles ou industriels
- Secondaire		<ul style="list-style-type: none"> Respect des règles élémentaires d'hygiène dans ces formations 			
- Tertiaire		<ul style="list-style-type: none"> Propreté des formations sanitaires 			
Action					
- Aspect organisationnel		Participation active aux instances communales ou administratives chargées de : <ul style="list-style-type: none"> l'hygiène l'assainissement la surveillance vétérinaire la vulgarisation agricole la main-d'oeuvre les grands projets d'aménagement et de développement 		<ul style="list-style-type: none"> Toutes activités permettant de renforcer les initiatives des autres ministères en ce qui concerne la préservation de l'environnement, l'autosuffisance alimentaire, l'amélioration du niveau de vie de la population Toutes activités permettant d'obtenir que les projets d'aménagement et de développement comportent les programmes sanitaires et autres nécessaires pour lutter contre les risques spécifiques créés 	
- Aspect technique	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'habitat Approvisionnement en eau potable 	Activités de conseil (éventuellement de contrôle) des agents d'hygiène et d'assainissement	Activités de conseil (éventuellement de contrôle) des services d'hygiène et d'assainissement, des services vétérinaires, des services de vulgarisation agricole, des grandes entreprises publiques et privées, agricoles, minières ou industrielles, des services de la main-d'oeuvre	Programmes spécifiques <ul style="list-style-type: none"> d'amélioration de l'habitat d'approvisionnement en eau d'assainissement de lutte contre les vecteurs ou hôtes intermédiaires en liaison avec les autres administrations 	Mise au point <ul style="list-style-type: none"> de techniques de construction adaptées de moyens de lutte contre les vecteurs ou hôtes intermédiaires

FIGURE 0.5

Déterminants de l'état de santé, politique de santé et activités sanitaires.

Plus généralement encore, cet ouvrage a pour objectif de fournir au médecin affecté à une formation sanitaire de base (et éventuellement à la direction de la santé d'une région ou province) d'un pays (les exemples seront pris le plus souvent dans les pays de la zone sud-saharienne) les éléments de réflexion et les techniques qui lui permettront de procéder à l'analyse de sa situation, de ses responsabilités, puis à la définition des stratégies à mettre en oeuvre à son niveau (*tabl. 0.V*).

6. Eléments de terminologie

Un certain nombre de termes vont être utilisés tout au long de l'ouvrage et ont parfois même déjà été employés. Il convient ici d'en préciser la signification des principaux d'entre eux, afin d'éviter toute ambiguïté par la suite.

Politique de santé : ensemble des options prises et des objectifs définis au niveau politique (national ou régional), pour assurer le maintien et l'amélioration de l'état de santé des individus et des groupes (par analogie avec : politique des transports, de l'énergie, du logement, agricole ...). Une politique de santé doit comprendre des options sur tous les déterminants (environnement, comportements, systèmes de santé ...) et des objectifs englobant tous les secteurs d'activités qui concernent, directement ou indirectement, la santé. Dans le cas contraire, on parlera de politiques sectorielles dans le domaine de la santé : politiques de soins, de prévention, des établissements hospitaliers, de la psychiatrie, etc.

Système de santé : ensemble des éléments et de leurs interactions qui, dans le système politico-administratif et culturel (médecine traditionnelle), concourent au maintien, à l'amélioration et à la restauration de la santé des individus et des groupes.

Deux autres termes voisins, mais dont la signification exacte est quelque peu différente, peuvent être cités sous cette rubrique : *système de soins* et *services de santé*. Pour le premier, il s'agit, dans le système de santé, de l'ensemble des éléments destinés à assurer les soins de santé, en particulier curatifs, à la population. Pour le second, il s'agit à la fois de la partie *services* du système en question et de son secteur le plus officiel, faisant par là abstraction des secteurs traditionnel et non structuré. C'est aux structures et au fonctionnement des *services de santé* qu'il sera le plus systématiquement fait allusion dans cet ouvrage.

Les soins de santé (de l'anglais *health care*) sont les activités le plus précisément en rapport avec la restauration de la santé chez les individus, et qu'elles appartiennent ou non au secteur officiel. C'est dans cette acception que le concept de *soins de santé primaires* (SSP) est à considérer dans sa signification fonctionnelle. On a vu plus haut qu'il pouvait s'agir aussi d'une véritable option *stratégique et politique*.

Dans le but de relier ces termes aux éléments fondamentaux de la structure habituelle des services de santé, les termes de *soins de santé secondaires* (SSS) et *tertiaires* (SST) ont été introduits (voir plus loin la *pyramide sanitaire*). Ils concernent les activités propres aux différents niveaux d'intervention des services depuis le plus périphérique (primaire) jusqu'au niveau régional ou national (tertiaire). Le chapitre 4 développe plus précisément ces notions.

Programme de santé : ce concept est à considérer en liaison avec celui de *système de santé*, dont il constitue une subdivision par groupes d'activité, et comme substrat du *processus de planification* (chapitre 3), dont il constitue l'objet.

Tableau 0.V : Résumé de la démarche initiale du responsable de la santé communautaire au niveau d'une circonscription.

A son arrivée dans une nouvelle circonscription (district), le responsable de la santé devra :

-
1. Rassembler les *connaissances socio-culturelles essentielles* sur les populations du district;
 2. Rechercher les *renseignements climatologiques, géographiques et démographiques indispensables* : relief, hydrographie, voies de communication, localités (nombre d'habitants, situation, accessibilité, etc.);
 3. Prendre connaissance des *politiques de santé* aux niveaux national, régional, du district;
 4. Obtenir ou établir l'*organigramme des services de santé*, ainsi que l'inventaire des infrastructures, structures et personnels de santé en place aux niveaux régional et du district;
 5. Identifier de façon d'abord informelle (consultation des professionnels de la santé, des élus, des enseignants, de la population ...), puis formelle (investigations épidémiologiques) les principaux *problèmes, besoins et déterminants de l'état de santé*, ainsi que les principaux *facteurs de risque* pour les populations concernées;
 6. Identifier les éléments actuels et potentiels de *participation des populations* vis-à-vis des problèmes et besoins prioritaires ainsi identifiés;
 7. Identifier les éléments d'une possible *coordination entre le secteur de la santé et les autres secteurs du développement socio-économique*;
 8. Tenter d'obtenir un *consensus* des autorités traditionnelles politiques et administratives, ainsi que de la population, sur les *actions prioritaires* à entreprendre dans le domaine de la santé;
 9. Proposer des *objectifs* et un *plan* correspondant aux *ressources* disponibles;
 10. Mettre en oeuvre le *plan d'action et les programmes* proposés.
-

Il consignera les éléments des points 2, 3 et 4 dans un document aisément accessible; il établira, au besoin d'une façon sommaire, les cartes (population, voies de communication, équipements et personnel sanitaire ...) et organigrammes nécessaires qui seront placardés en évidence au centre de santé.

Très concrètement, il s'agit d'un ensemble d'activités et de moyens spécifiquement dévolus à un ou des objectifs bien définis dans un secteur particulier du système de santé. Ainsi, on parlera du *programme élargi de vaccination*, d'un *programme de santé maternelle et infantile*, d'un *programme de lutte contre le paludisme* ...

Un programme présente l'avantage d'être une entité bien définie, plus facile à planifier et à gérer que l'ensemble complexe du système de santé. Il présente l'inconvénient d'isoler potentiellement le secteur considéré des autres secteurs du système de santé et, plus généralement, du développement socio-économique. On parle souvent à ce sujet de *programme vertical*, administré au niveau national et exécuté au niveau local, par opposition à ce que serait un *programme horizontal* regroupant et coordonnant toutes les activités propres à un niveau donné de la pyramide.

La plupart des chapitres de l'ouvrage font, implicitement ou explicitement, référence à la planification, la gestion et l'évaluation de tels programmes.

Action de santé : toutes les subdivisions du système ou des services de santé ne disposent pas forcément des ressources nécessaires pour assurer le déroulement de véritables programmes planifiés. Tous, en revanche, devraient être à même de mener à bien de petits programmes très spécifiques appelés, dans cet ouvrage, *actions de santé*, qui peuvent se définir comme un ensemble d'activités, planifiées ou non, ayant pour but de répondre à un besoin précis. La vaccination d'urgence antirougeoleuse dans le but de limiter l'extension d'une épidémie, la leçon d'éducation sanitaire proposée systématiquement, ou occasionnellement, à l'issue d'une consultation de SMI (santé maternelle et infantile; on dit aussi PMI, protection maternelle et infantile) sont des exemples d'actions de santé, qui peuvent être isolées ou faire partie d'un programme. Dans certains cas, ce terme peut même être confondu avec celui d'*activité*, terme largement utilisé précédemment dans son sens purement étymologique et général, appliqué au système de santé.

Pyramide sanitaire : les systèmes de santé, centralisés ou non, sont généralement décrits selon une structure (2) pyramidale, dont la base représente le niveau le plus périphérique et le sommet, le niveau central (national, éventuellement provincial ou régional).

La difficulté conceptuelle liée à ce modèle réside dans le fait que la *pyramide* des services de santé concerne des aspects à la fois structuraux et fonctionnels.

Ainsi, à de nombreux villages, qui constituent la base de la pyramide, se superposent de multiples niveaux intermédiaires représentant diverses subdivisions administratives : arrondissements, districts, provinces, et une seule capitale nationale qui en constitue le sommet. A cette structure géographique et administrative correspond un réseau de services et de formations sanitaires qui, de la case de santé située au niveau du village, aboutit aux hôpitaux provinciaux et nationaux, en passant par le centre de santé périphérique, puis de district.

Le *tableau 0.VI* met en relation la nomenclature adoptée dans cet ouvrage avec différentes dénominations en vigueur dans certains pays d'Afrique francophone.

(2) Le terme *structure* désigne l'agencement des éléments d'un ensemble. C'est par abus de langage que le jargon administratif nomme *structure sanitaire* les infrastructures du système de santé que, pour notre part, nous appellerons *formations sanitaires*, terme lui aussi ambigu, qui pourrait être confondu avec celui de *formation des personnels de santé* ...

Tableau 0.VI : Éléments constitutifs de la pyramide des services de santé; terminologie adoptée dans le présent ouvrage quelques équivalents dans les pays ouest-africains.

	subdivision administrative		formations sanitaires	personnels
	présent ouvrage	équivalents		
Niveau primaire	1. Village, quartier urbain (au sens restreint)		- case de santé - poste de santé ...	- agents de santé communautaire (ASC) - accoucheuses traditionnelles (AT) - recyclées
	2. Secteur de base (1)	- communauté rurale - secteur de développement ...	- centre de santé périphérique - dispensaire de secteur ...	- aides-soignants, aides sages-femmes (matrones rurales), parfois infirmiers certifiés ou techniciens
Niveau secondaire	3. Arrondissement, quartier urbain (au sens large)	- canton - subdivision ...	- centre de santé d'arrondissement, de subdivision, centre de santé développé ...	
	4. District, commune urbaine	- cercle - circonscription - sous-préfecture ...	- centre de santé, hôpital de district, de cercle, de circonscription	- médecin généraliste, infirmiers diplômés d'Etat, sages-femmes ...
Niveau tertiaire	5. Province (2)	- préfecture - région - gouvernorat	- hôpital provincial ou régional	- médecins spécialistes; responsables techniques, administratifs, politiques aux niveaux national et régional
	6. Pays	- Etat - Nation	- hôpitaux nationaux	

(1) Regroupement fonctionnel correspondant généralement à certaines opérations ou programmes de développement.

(2) Dès ce niveau, ne sont indiquées, à titre d'exemple, que les formations à vocation curative. Dans la réalité s'y ajoutent les services spécialisés, préventifs, administratifs ...

En général, les termes de *dispensaire*, *maternité*, *hôpital*, correspondent, aux niveaux les plus périphériques, à des bâtiments, parfois isolés mais souvent regroupés en une formation sanitaire appelée *centre de santé* (de district, de circonscription, de cercle ...).

Au niveau provincial, on trouve, en général, des *directions* avec leurs divisions ou services techniques et administratifs, regroupés au niveau national autour d'un *ministère*.

Ainsi, on parlera d'une Direction provinciale de la santé, à laquelle seront rattachées des formations sanitaires curatives (hôpitaux généraux et/ou spécialisés), préventives (médecine socio-préventive, lutte contre les maladies transmissibles, programmes particuliers ...) et des services administratifs (services de la médecine rurale, du personnel, garage central, etc.).

Sur le plan fonctionnel, il faut d'abord distinguer les différents *niveaux d'intervention* :

- *niveau primaire*;
- *niveau secondaire*;
- *niveau tertiaire*.

Le niveau primaire

Géographiquement, il concerne les *villages* et les *secteurs de base*, où n'intervient en principe pas directement le système national de santé, sinon sous la forme de programmes mobiles (vaccination, lutte contre les vecteurs), éventuellement en la personne d'un aide-soignant ou hygiéniste-secouriste, infirmier certifié ou infirmier de santé, aide-sage-femme, matrone accoucheuse traditionnelle recyclée, gérant de pharmacie, responsables des dispensaires, maternités et dépôts pharmaceutiques situés à ce niveau; ces agents sont rémunérés soit localement, soit par le district ou la région, exceptionnellement par le système national.

C'est le lieu par excellence où devrait s'exprimer la *participation des populations*, censées prendre en charge, par investissement humain ou contribution financière, la construction des infrastructures (cases de santé, maternités rurales ...) et la rémunération des secouristes, matrones, animateurs ... de même que les frais de leur formation qui, dans la règle, devrait avoir lieu aux niveaux directement supérieurs (arrondissements, cercles ...).

Ces divers éléments correspondent à ce qu'il est convenu d'appeler la structure des *soins de santé primaires*.

Jusqu'ici, certaines phrases ont été mises au conditionnel, pour indiquer qu'actuellement les systèmes de soins de santé primaires fonctionnant jusqu'à l'extrême périphérie sont plutôt l'exception que la règle et que, bien souvent, les velléités de participation populaire ne se traduisent que par des déclarations d'intention.

Le niveau secondaire

Au plan géographique, il correspond à l'*arrondissement* et au *district* (= circonscription). Il constitue la limite périphérique de la couverture par les services de santé nationaux, avec des formations dont sont responsables des infirmiers, des sages-femmes, éventuellement certains personnels techniques et administratifs.

L'élément le plus important à ce niveau est le *centre de santé de district*. On y trouve en général un ou plusieurs médecins, responsables de la planification, de la gestion et de l'évaluation de l'ensemble des activités de santé : médecine curative, interventions préventives, administration, formation des personnels ...

C'est donc le lieu à la fois de l'aboutissement des consignes administratives venues des niveaux supérieurs et de leur redistribution aux niveaux plus périphériques.

Le niveau secondaire est donc un niveau d'*intégration* des activités. Les services spécialisés n'interviennent, dans la règle, qu'au niveau régional.

Le centre de santé de district est le lieu où se déroulent la plupart de ces activités. Il serait souhaitable qu'une telle formation soit dirigée par deux médecins au moins, l'un s'occupant des aspects curatifs et administratifs, basés au centre, l'autre s'occupant des activités de supervision, de prévention, de formation à la périphérie. Ces fonctions peuvent évidemment être réparties dans le temps entre les deux responsables.

Le niveau tertiaire

Il recouvre à la fois les niveaux *provincial (régional)* et *national* et correspond, sous la juridiction de responsables divers, à la planification, à la gestion et à l'évaluation de toutes les activités de santé, générales ou spécialisées.

Les niveaux primaire, secondaire et tertiaire correspondent, nous l'avons vu, à une structure bien définie; ils sont, de plus, reliés entre eux par des liens fonctionnels.

Par exemple, le niveau primaire est caractérisé par une absence de médecins, voire même de personnel paramédical qualifié, le niveau secondaire par l'apparition de médecins généralistes, alors que le niveau tertiaire est généralement le seul à disposer de spécialités médicales n'intervenant qu'en cas de nécessité. La population devrait en principe systématiquement accéder au système de santé, par une formation sanitaire établie au niveau primaire, qui réfèrera les cas dépassant ses compétences au niveau secondaire, lequel à son tour, réfèrera au niveau tertiaire les cas compliqués et rares.

Une structure pyramidale fonctionnelle de ce type devrait évidemment avoir une incidence précise sur les coûts unitaires des interventions quelles qu'elles soient. Ainsi, la prestation d'un secouriste dans une case de santé devrait correspondre aux possibilités financières souvent quasi nulles de la population du village; l'évacuation vers le niveau secondaire implique des coûts dont une partie au moins devrait pouvoir être imputée sous une forme ou sous une autre à la collectivité. Une hospitalisation au centre de santé de district engendrera des coûts supérieurs, correspondant aux moyens techniques et aux compétences mises en oeuvre, et ainsi de suite jusqu'au niveau national.

Il faut malheureusement se rendre à l'évidence : cette structure fonctionne rarement selon ces règles sur lesquelles elle est fondée; toute formation sanitaire, en particulier curative, située au niveau intermédiaire ou supérieur de la pyramide reçoit bien souvent directement toutes les demandes, soit du fait de l'inexistence ou du mauvais fonctionnement des formations périphériques, soit en vertu du sentiment éprouvé par les patients qu'ils ont une chance d'être mieux traités dans un hôpital régional que dans un centre de santé d'arrondissement ...

L'un des objectifs du présent ouvrage est donc d'expliquer un certain nombre de ces anomalies et de proposer des mesures palliatives.

Annexe 0.1

UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE : L'EXEMPLE DU MALI

1. Action sanitaire

La médecine a pour mission d'assurer à tous un état de bien-être physique, mental et social. Cette médecine doit procurer à l'homme ce que l'on appelle communément la santé, source d'énergie et capital inépuisable dont le lien étroit avec la production est un aspect révélateur du processus au cours duquel la science médicale et ses applications se transforment en forces productrices. Il est vrai que l'état de santé d'une population conditionne les possibilités de développement socio-économique. Il n'y a pas de développement sans production. Un bon état de santé de la communauté est la condition de base pour la solidité et l'expansion de l'économie. Les dépenses pour la santé sont donc en fait des investissements dans la production.

Les principes directeurs qui se dégagent de cette option sont :

- la nécessité pour la nation de prendre totalement en main l'action médico-sociale;
- la mission de porter l'action curative, préventive et éducatrice au sein des masses rurales avec rapidité pour prévenir les endémies et les épidémies;
- l'adaptation de la formation du personnel médico-social aux conditions du milieu et aux nécessités de l'heure.

Au moment de définir une politique d'action sanitaire du Parti (1), il est moins question de critiquer les défauts d'un système que d'en esquisser le véritable aspect, encore moins de proposer des solutions idéales mais irréalistes que de se laisser guider par le vrai et le sens du possible. Il s'agit, compte tenu des insuffisances d'un système, d'énoncer les objectifs clairs d'une politique de santé et d'en définir une nouvelle approche en vue d'une meilleure satisfaction des besoins sanitaires de nos populations.

2. Quelques aspects de l'action sanitaire

Il y a lieu de tracer quelques traits dominants, de l'indépendance à nos jours, de l'action sanitaire dirigée essentiellement sur le développement de la médecine de masse.

Au niveau central existent le Ministère, les Directions nationales et la Cellule administrative et financière. Il semble que la coordination des activités des différents services, en vue d'atteindre les objectifs préalablement fixés, n'ait pas été toujours efficace.

(1) Union démocratique du Peuple malien (UDPM), Programme de développement socio-sanitaire mis en oeuvre par le Gouvernement. Document reproduit avec l'aimable autorisation du Professeur M. Dembele, ancien Premier ministre, Ministre de la santé.

Nos hôpitaux nationaux sont dans l'ensemble sous-équipés et vétustes, à part certains îlots de rénovation. Les moyens d'investigation sont insuffisants. Les spécialités essentielles ne sont pas encore toutes organisées. Le personnel médical est insuffisant et incomplet, ce qui ne lui permet pas d'avoir toute la rentabilité attendue. Ces hôpitaux souffrent par ailleurs d'une grande pénurie de personnel paramédical, malgré l'existence de nombreuses écoles de formation.

Le personnel contractuel (garçons de salle et manoeuvres principalement), sans lesquels nos hôpitaux ne pourraient présenter un aspect attrayant, font cruellement défaut alors qu'il se recrute au sein d'une main-d'oeuvre constamment disponible. L'insuffisance d'approvisionnement en médicaments et matériel technique a atteint un niveau critique, la pénurie existe même au niveau des produits de grande consommation.

La Division de médecine socio-préventive, dont fait partie entre autres la SMI (Santé maternelle et infantile), connue jusqu'ici sous le nom de PMI et le Service d'hygiène, présente des difficultés d'un autre ordre. Il faut dire que les problèmes du District de Bamako accaparent toute l'énergie de la direction du Service d'hygiène publique et d'assainissement sans résultats tangibles à cause de l'indiscipline de la population et de l'insuffisance de moyens. De plus, l'assainissement du milieu, qui doit être au niveau de la prévention le pendant de l'hôpital au niveau curatif, ne semble pas avoir été bien compris de tous, à commencer par le personnel médical et paramédical. Il est cependant facile de comprendre que l'assainissement du milieu est l'action fondamentale de notre système de prévention, car ce sont, avec l'éducation pour la santé et la nutrition, les seuls services dont l'activité ne risque pas de devenir curative sous la pression des besoins exprimés par la population. On sait, par exemple, que le volet curatif dans le cas de la section SMI (PMI) a primé sur la prévention proprement dite, c'est une des raisons pour lesquelles elle n'a jamais pu déborder le cadre de la capitale. La même remarque peut être faite pour la Section de médecine scolaire.

La Section de la statistique médicale fournit des résultats avec souvent plusieurs années de retard. Quant à la Section de médecine militaire, il serait temps de lui donner un contenu réel, afin de rendre plus efficiente son articulation avec le système national de santé. Il faut noter par ailleurs qu'il y a en réalité très peu de coordination entre les différentes divisions et même entre les sections d'une même division.

Au niveau régional, l'autorité médicale se confine le plus souvent dans des tâches administratives élémentaires. L'organisation de la formation, du recyclage et du perfectionnement du personnel médico-social est presque totalement abandonnée.

Les structures sanitaires du chef-lieu de région souffrent du même mal que les formations de la capitale. L'intégration des *Grandes Endémies* n'est pas faite en réalité; les services à vocation itinérante sont en fait sédentarisés avec, pour conséquence, le non-entretien des grandes campagnes d'immunisation, la mauvaise poursuite de la prospection des endémies majeures, etc. Les hôpitaux régionaux à la structure squelettique ne peuvent assumer leurs tâches décentement.

Le centre de santé du chef-lieu de cercle doit, en principe, à la fois diagnostiquer et traiter les maladies courantes, médicales et chirurgicales, assumer la prévention, développer l'hygiène du milieu. En fait, le rôle du médecin est le plus souvent superficiellement curatif et les infirmiers eux-mêmes, insuffisamment encadrés, ont habituellement de longues heures inutiles. Le personnel chargé de la prophylaxie est, là aussi, dans la plupart des cas devenu sédentaire par la force des choses.

Au niveau de l'arrondissement, l'infirmier-chef de poste, s'il y en a dans les meilleurs cas, est le représentant de l'action et de l'autorité sanitaires. Il n'a pour l'aider qu'un manoeuvre et une matrone. L'éducation sanitaire et l'assainissement n'ont paradoxalement aucune place dans leurs préoccupations.

Ce tableau synoptique de l'action sanitaire dans le pays n'est peut-être pas flatteur. Il a pour but de saisir la réalité, même si elle n'est pas réjouissante.

Il est bien évident que pour comprendre et faire prendre conscience, les faits n'ont pas d'équivalents.

3. Objectifs de la politique sanitaire

- satisfaire les besoins fondamentaux des populations par des mesures sanitaires appropriées équitablement réparties;
- renforcer les acquis de l'ensemble du service sanitaire national afin d'assurer la prestation de services de plus en plus spécialisés à mesure qu'on se rapproche du centre;
- former du personnel en fonction de nos besoins, lui donner les moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission et lui assurer un recyclage régulier;
- réorienter et développer le secteur pharmaceutique dans le but de satisfaire nos besoins essentiels;
- réaliser une coordination à tous les niveaux entre le secteur sanitaire et les autres secteurs de développement au sein d'une planification rigoureuse.

4. Nouvelle approche du développement sanitaire des masses rurales

Malgré tous les efforts déployés jusqu'à ce jour, force est de reconnaître que les besoins sanitaires fondamentaux d'une grande partie de la population rurale et des autres groupes défavorisés ne sont pas satisfaits. Cette population se trouve être aussi, non seulement la plus exposée, mais également la plus prédisposée à la maladie. L'existence d'un environnement hostile, la misère, l'ignorance des causes des maladies et des mesures de protection à prendre, l'impossibilité de s'adresser à un service sanitaire sont autant de facteurs qui se conjuguent souvent pour rendre cette situation encore plus précaire.

Il faut reconnaître que les services de santé organisés et structurés selon le modèle classique ont peu de chance de satisfaire les besoins fondamentaux de l'ensemble de la population, surtout ceux des masses rurales, parce qu'ils requièrent des moyens trop importants.

Il faut que nous assumions notre responsabilité historique en affrontant les mentalités, afin de sortir du carcan des structures sanitaires classiques pour la mise en oeuvre d'une politique de soins de santé primaires.

La réalisation du progrès social par la justice est une volonté politique du Parti. C'est au nom de cette volonté politique qu'il s'engage à tout mettre en oeuvre pour assurer à tous des soins de santé fondamentaux. Il s'agit en fait de soins essentiels, reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables, socialement acceptables par les individus grâce à leur participation responsable et à leur prise de conscience. Les collectivités doivent être associées à la définition des priorités, ainsi qu'à la conception et à l'exécution des programmes de santé au niveau local. C'est dans ce cadre que doit agir l'unité de santé la plus périphérique, c'est-à-dire l'équipe de santé du

village, structurée autour de l'hygiéniste-secouriste, de l'accoucheuse traditionnelle et de l'animateur(trice) du village. Les organisations de masse doivent aider à la mise sur pied de cette équipe.

On doit être convaincu de ce que les activités purement villageoises, pour être continues et efficaces, doivent être soutenues par un autofinancement, par le concours des collectivités locales et des opérations de développement.

La solution des problèmes de santé du village, de ce point de vue, n'est pas utopique. On sait de par le monde que le recours à des moyens populaires peut pallier dans une très large mesure l'insuffisance des moyens humains et techniques.

Cette approche mène sans doute à une impasse si le plan d'amélioration de l'état sanitaire rural ne s'intègre pas dans un programme plus vaste de développement qui intéresse notamment la production, les infrastructures et le développement communautaire.

5. Autres niveaux de prestation des soins

A d'autres niveaux, la consolidation et la réorganisation des acquis en vue d'une plus grande efficience est l'objectif le plus important.

- 1) Le centre de santé du cercle, situé au chef-lieu du cercle, doit avoir l'infrastructure nécessaire, l'équipement adéquat et un personnel compétent en nombre suffisant.
- 2) Au niveau régional, toutes les structures socio-sanitaires placées sous l'autorité d'un Directeur régional, apprécient, supervisent et coordonnent le travail des échelons inférieurs. Elles doivent, d'une part, faire face à des tâches importantes de programmation et d'évaluation dans toute la région, recueillir et analyser des données statistiques et épidémiologiques, d'autre part, entreprendre des actions d'intervention sur l'environnement et des mesures préventives plus différenciées.
- 3) Dans la capitale doit se trouver le niveau le plus différencié des soins de santé.

Le Ministère doit être organisé pour faire face à ces tâches de conception.

La Direction nationale de la santé doit s'atteler à ces tâches essentielles ayant trait à l'administration, à l'évaluation, à la programmation et à la planification, ce qui implique la centralisation et l'analyse des données épidémiologiques et des statistiques démographiques et sanitaires.

Les structures et les moyens humains doivent être organisés et mis à contribution pour assurer sur place la formation du personnel sanitaire et en assurer le recyclage.

D'un point de vue sociologique, de même qu'il existe un double niveau de vie urbain et rural, de même les exigences individuelles de soins de santé ne sont pas identiques en ville et à la campagne. Il faut reconnaître par ailleurs que, dans nos grandes cités, la colonie étrangère de plus en plus nombreuse, personnels des ambassades ou d'organismes internationaux, assistants techniques, ressortissants de pays à niveau de vie élevé, posent aussi des exigences légitimes d'une médecine personnalisée qu'il convient de satisfaire. Certes, cette médecine trouve, dans une large mesure, sa concrétisation à l'hôpital, mais la médecine privée peut également y concourir par une réglementation sauvegardant les intérêts de la majorité de la population.

Les efforts de deux secteurs d'activité se complètent assurément pour satisfaire toutes les exigences.

6. Formation du personnel

Pour réussir toute politique sanitaire, il faut des agents autant pour la concevoir que pour l'exécuter. Pour la première décennie des Nations Unies pour le Développement (1960-1970), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait déterminé un certain nombre d'objectifs minimaux pour le développement du personnel de la santé :

- 1 médecin pour 10 000 habitants;
- 1 sage-femme pour 5 000 habitants;
- 1 infirmier pour 5 000 habitants.

Dès 1978, le Mali pouvait avancer les chiffres suivants :

- 1 médecin pour 27 000 habitants;
- 1 sage-femme pour 20 000 habitants;
- 1 infirmier d'Etat pour 11 000 habitants.

Ce sont là des statistiques qui donnent peut-être une idée de ce qui existe, mais qui en fait cachent l'essentiel, car le milieu rural est plus sous-desservi que ne le laissent croire les chiffres. On peut comprendre néanmoins qu'il y a encore beaucoup à faire dans le domaine de la formation du personnel.

Pour pallier cette insuffisance, il y a lieu de déterminer des objectifs précis et de procéder à une programmation de développement du personnel socio-sanitaire et de son insertion dans un plan national de développement économique et social.

On peut d'ores et déjà arrêter un certain nombre de principes qui sont autant d'options :

- l'équipe socio-sanitaire étant multidisciplinaire par essence, l'intégration des activités du dispensaire à l'hôpital doit s'enseigner dans le cadre d'un centre universitaire des sciences de la santé conçu en fonction des objectifs;
- l'optique de formation se doit donc d'être franchement nationale sur place, tant il est vrai que les réalités du pays ne peuvent être correctement appréhendées de l'extérieur;
- choisir des formateurs de qualité par une sélection rigoureuse et en assurer la formation pédagogique;
- coordonner et uniformiser la formation du personnel auxiliaire;
- le développement du personnel socio-sanitaire peut bénéficier de la décentralisation des écoles de formation;
- l'évolution rapide dans tous les domaines de la connaissance exige la formation continue par des stages et des séminaires;
- une gestion rigoureuse du personnel est une condition importante de sa rentabilité.

Cette bonne gestion passe par :

- un recrutement rigoureux en fonction des tâches;
- une répartition judicieuse pour assurer une bonne couverture sanitaire;
- une motivation par des primes ou toutes autres formes d'avantages pour soutenir la vocation;
- une évaluation régulière des activités sans laquelle la planification même restera inachevée.

7. Politique pharmaceutique adaptée à nos réalités

Il est clair que l'efficacité de toute politique sanitaire est nécessairement conditionnée par un ravitaillement correct en médicaments. Le système d'approvisionnement représenté, d'une part, par la Pharmacie d'Approvisionnement, d'autre part, par la Pharmacie Populaire, exige un développement continu en fonction de la demande croissante.

Il faut cependant reconnaître que de nos jours nos hôpitaux et nos formations sanitaires manquent de médicaments et de matériel technique. On constate même à leur niveau une pénurie grave de produits de très grande consommation, tels que le plâtre, l'alcool, le coton, les compresses, les bandes, la nivaquine, l'aspirine.

Les difficultés de la Pharmacie d'Approvisionnement, chargée de ravitailler les hôpitaux et les formations sanitaires diverses, tiennent à l'irrégularité dans le temps des opérations de trésorerie, entraînant un retard considérable dans le paiement des factures des fournisseurs qui réagissent en suspendant toute livraison.

Une des conditions pour que la Pharmacie d'Approvisionnement puisse jouer son rôle, eu égard à nos moyens limités, est qu'elle n'importe que des médicaments figurant sur une liste limitative, afin d'éviter tout gaspillage.

Quant à la Pharmacie Populaire, organisme public et commercial, elle ravitaille le secteur privé par les officines et les dépôts. Elle a réalisé des résultats appréciables, tant en ce qui concerne la régularité du ravitaillement qu'en ce qui concerne les prix.

L'Institut National de la Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle a pour vocation de protéger, promouvoir et revaloriser le médicament traditionnel.

Son infrastructure et son équipement doivent être améliorés en vue de l'organisation et de l'exploitation scientifique des plantes et autres produits de la thérapie traditionnelle.

Pour Dominique Traore, un pionnier en la matière : "Nous avons tout sur place. Ce qui nous fait défaut, ce sont des laboratoires de recherche bien outillés et des spécialistes sérieux animés d'un solide esprit de découverte."

L'amélioration de l'approvisionnement pharmaceutique exige la fabrication de certains médicaments et de produits de pansement au Mali.

La quasi-totalité de nos médicaments est importée sous forme de spécialités achetées aux grands laboratoires pharmaceutiques internationaux, dans des conditions qui ne permettent pas toujours à une partie importante de notre population d'accéder de façon acceptable à une couverture thérapeutique satisfaisante.

Les conditions d'une économie concurrentielle, les réglementations sur les marges commerciales autorisées, favorisent la prolifération de spécialités coûteuses n'apportant pas toujours, par rapport aux produits existants, un progrès thérapeutique réel.

Une solution consiste, dans un premier temps, à réaliser une unité de façonnage et de conditionnement de première nécessité et de grande consommation correspondant à nos principales importations. Les prix de revient des produits chimiques de base disponibles sur le marché international (matière première) étant très inférieurs aux prix des spécialités, la plus-value de transformation apparaît dans le pays lui-même, contribuant à son développement, et permet de disposer au meilleur coût des produits de base, tout en facilitant, grâce à la régularité, une meilleure distribution au sein du pays des médicaments ainsi produits.

8. Planification des activités dans le domaine sanitaire et coordination des actions sanitaires avec toutes les activités de développement économique

- Toutes les actions doivent être insérées dans un plan cohérent, afin d'éviter les improvisations et les actions anarchiques;
- La liaison entre les actions médico-sociales et les grandes opérations de développement doit être définitivement consacrée. En effet, les grands projets mobilisent des populations souvent importantes et provoquent des bouleversements sociaux et sanitaires qui sont rarement pris en compte. La nécessité s'impose d'intégrer effectivement les actions médico-sociales à toutes les grandes activités économiques sur le plan aussi bien sectoriel que régional.

Au-delà de la satisfaction de besoins de tous ordres, les structures sanitaires sont le reflet de la société.

Elles doivent s'intégrer dans la vie nationale en harmonie avec les autres secteurs.

Un pays ne se juge pas par ses seuls hôpitaux ou centres de soins, mais à l'ensemble de son infrastructure socio-économique, tant il est vrai que le développement est un et indivisible.

Rougemont A., Brunet-Jailly Joseph (1989)

Introduction générale

In : Rougemont A. (ed.), Brunet-Jailly Joseph (ed.). Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux

Paris : Doin, 1-31

ISBN 2-7040-0609-1