

INFORMATION SANITAIRE ET STATISTIQUES DE MORBIDITE EN MILIEU URBAIN AFRICAIN

JEANNE Emile, FERNEA Laura Ann

INTRODUCTION

L'information sanitaire a pour but de renseigner le public et ses représentants politiques, les administrateurs et les dispensateurs de services, sur la nature et l'ampleur des problèmes de santé de la population et sur l'impact qu'exercent sur ces problèmes des facteurs et des services très divers. Elle est à la base de tout processus de planification sanitaire en identifiant les faits de santé et en surveillant leur évolution en fonction des interventions. De même que le système de santé ne se réduit pas aux seuls services de santé, l'analyse de l'activité de ces derniers n'est qu'un volet de l'information sanitaire. Cela est particulièrement vrai en milieu urbain où l'offre de soins est multiple et relève de secteurs divers : public - privé, officiel - non-officiel, moderne - traditionnel, etc (HARPHAM, 1985). L'exposé qui suit a pour objet de situer l'intérêt et les limites d'un système de statistiques d'activité des formations sanitaires. L'accent est mis sur l'aspect épidémiologique des activités curatives du premier niveau de contact entre populations et services de santé.

DESCRIPTION

Le système d'information pour le recueil et la synthèse des activités curatives du poste de santé est composé de 2 éléments

- le registre de consultations
- le rapport mensuel d'activités.

Sur le registre sont mentionnés la date, le numéro d'ordre du patient, le nom et le prénom, l'âge (4 classes), le sexe, le motif de consultation, l'attitude prescrite. Une colonne est réservée pour les observations (voir tableau I).

Le rapport mensuel d'activités comprend deux parties :

1. Motifs de consultation : 56 rubriques se répartissent en 4 classes d'âge.
2. Synthèse des activités comprenant, réunies sur la première page du rapport, 3 parties :
 - 1 - Activités de Soins
 - 2 - Activités Préventives et Programmes de Santé Publique
 - 3 - Mouvements financiers (Tableau II).

Tableau I : Registre de consultations : présentation des rubriques

Date	
Nom-Prénom	
Age	0 1-4 5-14 15+
Adresse	
Motif de Consultation	
Observations	
Décision	

PRESENTATION

Le rapport mensuel d'activités du poste de santé et plus particulièrement la partie réservée aux soins curatifs fournit des indications sur la pathologie vue en consultations. C'est aussi un élément de formation continue des personnels de santé et un outil de dialogue entre techniciens et populations. L'intérêt est multiple : épidémiologique et opérationnel, pédagogique et relationnel.

**Tableau II : Présentation de la feuille de synthèse des activités
du Rapport Mensuel du Poste de Santé.**

Région de Dakar

Département de Pikine

Année Mois :

Poste de Santé de :

Chef de Poste :

Rapport Mensuel d'Activités

1) Activités de Soins

- Nombre de consultants :

- Nombre de consultations :

Age	Effectifs	%	Nombre consultations	Nombre consultants	Nombre de cas référés
0-11m 1-4 a 5-14a 15 et+					
Total					

- Motifs les plus fréquents de consultations :

	Nbre	%		Nbre	%
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

2) Activités Préventives et Programmes de Santé Publique

- Lutte contre les endémies : Tuberculose, Lèpre Nombre de malades en traitement : Nombre de nouveaux cas dépistés :
- Programme Elargi de Vaccination : . Nombre de séances . Nombre enfants vaccinés
- Consultations prénatales : . Nombre de séances . Nombre de consultantes . Nombre de consultations
- R.V.O. : . Nombre d'enfants pris en charge . Nombre de contacts
- Autres activités :

3) Mouvements financiers

Recettes	Dépenses	En banque

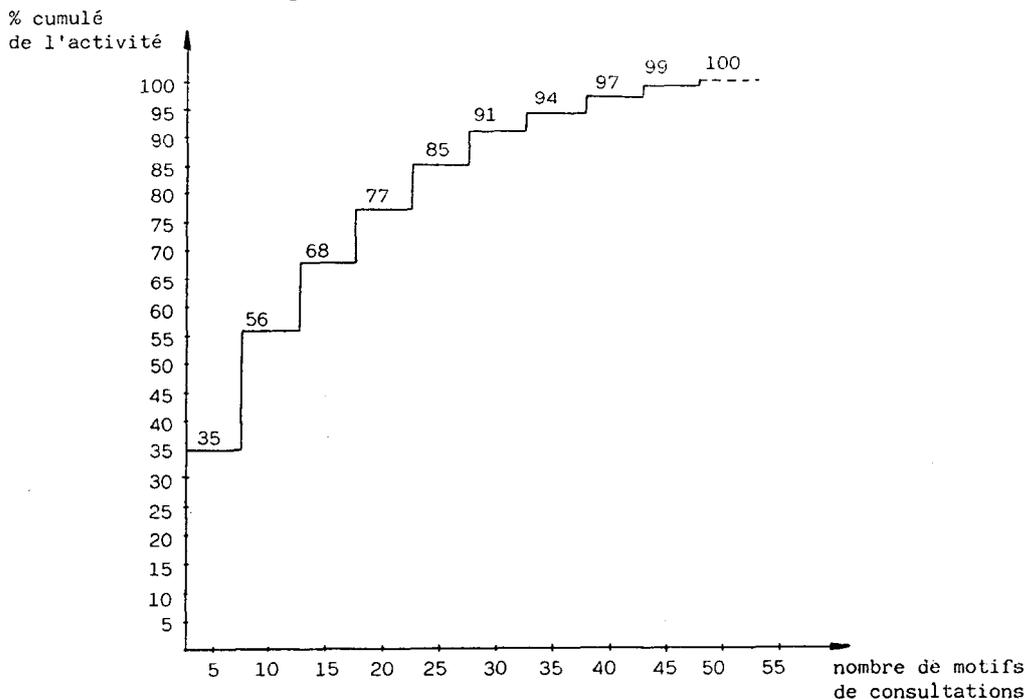
1. Intérêt épidémiologique et opérationnel

A ce titre les statistiques de morbidité du poste de santé permettent d'établir le profil de la pathologie qui fait l'objet d'une demande de soins. Pour l'année 1985, pour 97.826 motifs de consultations enregistrés dans 9 postes de santé on note la répartition suivante :

Problèmes dermatologiques	25 %
Problèmes abdominaux (y compris diarrhée et parasitoses intestinales)	20 %
Fièvres isolées	10 %
Problèmes respiratoires	10 %

25 motifs de consultations représentent 85 % de l'activité curative des postes (Tableau III).

**Tableau III : Répartition de l'activité (% cumulé)
par nombre de motifs de consultations**



La comparaison avec des profils «types» ou souhaitables de l'activité est faite. C'est ainsi que le nombre moyen de visites par épisode, attendu en fonction des stratégies de soins, est de l'ordre de 3. La moyenne observée pour 10 postes est de 2,1 avec des extrêmes allant de 1,2 à 4. De même le taux de référence à l'échelon de recours (chiffre attendu 5 %, observé 1 %), le taux d'ordonnances prescrites parce que les médicaments ne sont pas disponibles dans le poste (chiffre attendu de 5 à 10 %, observé variant de 5 à 80 %), sont des exemples d'utilisation opérationnelle du rapport.

2. Intérêt pédagogique et relationnel

La mise en place d'un système d'enregistrement de l'activité sanitaire a permis une rationalisation de l'approche des motifs de consultations. La liste des plaintes a été élaborée à partir d'un document OMS (1978) sur la «notification d'informations sanitaires par un personnel non médical».

Plusieurs séances d'information et de discussion avec les chefs de poste ont conduit à l'élaboration d'un répertoire d'une cinquantaine de rubriques dont le contenu nosologique a été précisé. Chacun de ces éléments sert d'entrée pour une fiche technique qui propose, sous forme d'arbre de décision, les attitudes à adopter. Lors du suivi technique des postes de santé, registres et rapports sont utilisés pour l'identification des problèmes et la vérification de la logique de la démarche diagnostique et thérapeutique de

l'infirmier. L'information contenue dans ces documents doit être discutée avec les infirmiers et faire l'objet de séances de travail entre infirmiers et représentants des populations. L'objectif de ce dialogue est d'attirer l'attention sur l'importance de certains problèmes de santé, de les relativiser les uns par rapport aux autres et de rationaliser les demandes d'intervention des populations.

DISCUSSION

Le système sanitaire urbain est considéré comme ouvert, dense et hétérogène (JEAN-NEE, sous presse).

ouvert : échanges nombreux avec l'extérieur : entrée et sorties

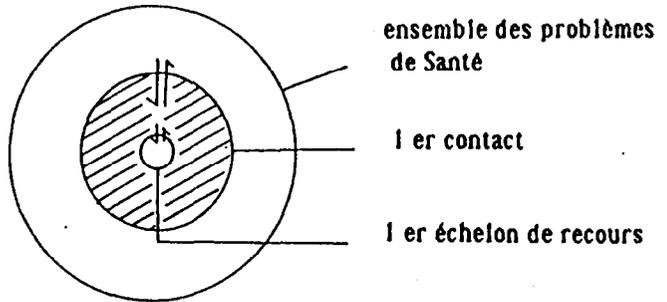
dense : interactions multiples à l'intérieur même du système

hétérogène : inégale répartition des phénomènes de santé à l'intérieur de la ville. A côté de zones privilégiées se trouvent des zones à haut risque sanitaire, véritables «abcès intra-urbains».

Cela entraîne une série de situations et de comportements qui auront des répercussions sur la signification épidémiologique et opérationnelle des données statistiques fournies par les formations sanitaires. La demande de soins est l'aboutissement d'un processus complexe où interviennent la souffrance de l'individu, sa motivation ou volonté de se faire soigner, la confiance qu'il a dans le service de santé et l'acceptabilité et l'accessibilité de celui-ci. L'accessibilité physique étant réduite, les aspects psychologiques, culturels et économiques vont intervenir de façon prépondérante dans la sélection de la structure. A Pikine, entre le tiers et la moitié des individus qui consultent un poste de santé ne le font pas dans celui qui est le plus proche de leur domicile (Projet Pikine, 1982). Si le nombre de consultants venant de l'extérieur de la ville peut être estimé à 5 %, il est impossible d'évaluer, à partir des registres, le nombre d'habitants qui vont se faire soigner directement dans des structures spécialisées. Contrairement à ce qui se passe dans un système autoritaire (Figure 1) ou en milieu rural, où la distribution dans l'espace des structures oriente la séquence des recours thérapeutiques (Figure 2), en ville, la quête de soins prend une allure complexe. Des systèmes de santé variés sont fréquentés, parfois simultanément (Hassouna, 1983). A l'intérieur du système moderne, où la circulation est libre, la hiérarchie : poste, centre de santé, structure spécialisée, hôpital, n'est pas respectée. A Pikine, des taux de références très bas (1 à 3 %) s'expliquent, en partie du moins, par le fait qu'un nombre appréciable de malades n'hésite pas à court-circuiter les échelons : les cas graves, ou reconnus comme tels, s'adressent directement à l'hôpital.

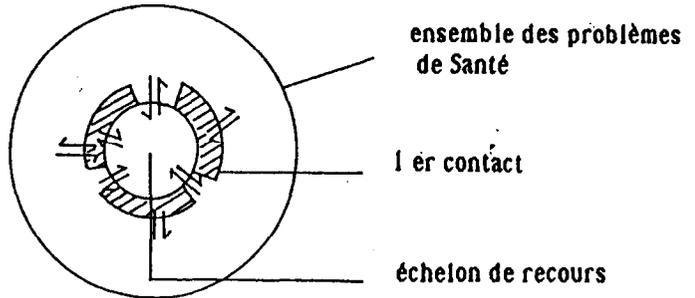
Cette circulation facile a comme autre conséquence que l'information concernant des «accidents» épidémiologiques vient non pas de la base mais des services hospitaliers. Cela a été récemment observé à Pikine pour des cas de choléra et de rage. De même, les cas de méningite et de tétanos, par exemple, vont se faire soigner directement à l'hôpital. Par ailleurs, les populations déguerpies ont gardé des contacts avec les structures sanitaires de leur quartier d'origine à Dakar, qu'elles continuent à fréquenter. L'approche «soins de santé primaires» favorise l'auto-responsabilité et donc, la prise en charge

Figure 1 - Système autoritaire



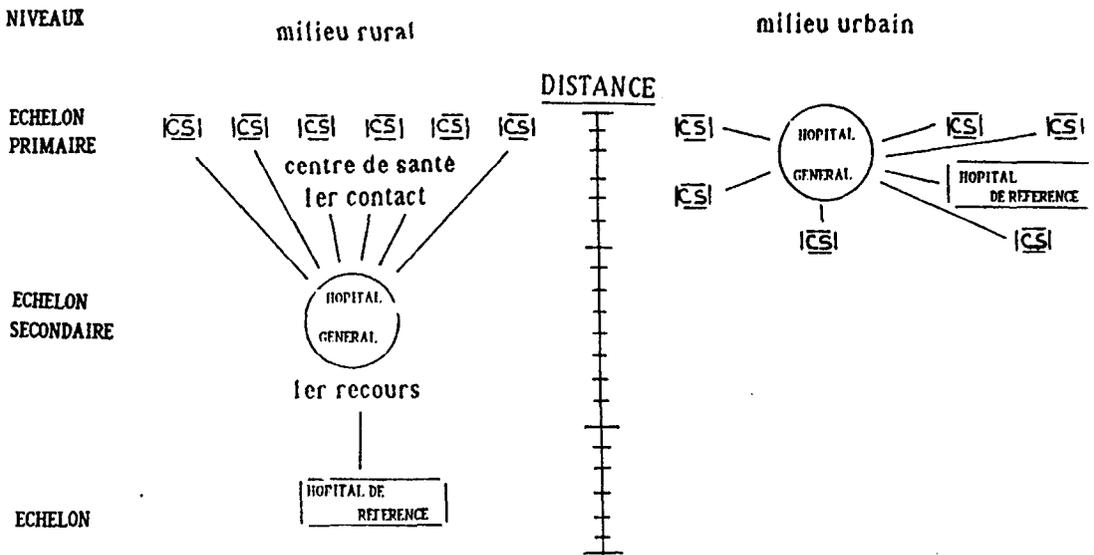
Passage obligé par le niveau de 1er contact pour atteindre le 1er échelon de recours

SYSTEME LIBRE



L'accès à l'échelon de recours peut -être direct

Figure 2 - Géographie et hiérarchie de la structure sanitaire



et le traitement de certains problèmes de santé par l'individu, la famille et la communauté. Ces cas vont naturellement échapper à la notification sanitaire. Il serait ici intéressant de relever le volume d'activités fourni par la structure de soins et qui ne nécessite pas de recours médical. Les statistiques sanitaires sont incapables de faire apparaître la répartition inégale de la morbidité à l'intérieur de la ville.

Les données recueillies dans les postes de santé sont d'origines variées et présentent sur le plan de la distribution des cas, la situation de manière globale, livrant une moyenne qui masque les extrêmes et simule une population artificielle, sans rapport avec une zone géographique donnée. Plus qu'une expression de la spatialisation des faits, les différences constatées entre les motifs de consultations enregistrés dans les postes sont le reflet de biais dans la dénomination des cas et dénotent une attraction de l'infirmier pour tel ou tel problème. Une mise au point de la démarche diagnostique corrige le plus souvent les excès ou déficits - relatifs - de cas.

Les changements d'affectation du personnel soignant sont également suivis de modifications du profil pathologique et du volume d'activités. Un poste qui voyait de l'ordre d'une quinzaine de malades par jour a vu, suite à un mouvement de personnel, sa fréquentation passer à 200 consultations sur la journée. Les structures de même niveau sont utilisées de façon inégale : certaines unités de soins sont débordées, principalement par des activités curatives alors que d'autres sont délaissées. Lors de la planification de la répartition de l'offre sanitaire, il convient de traiter avec discernement les données relatives à l'utilisation de l'infrastructure existante pour éviter l'hypertrophie des services déjà les plus importants sans permettre de vérifier s'ils correspondent effectivement aux besoins prioritaires de la population. Il appartient au mode d'organisation sanitaire de veiller à l'équilibre dans l'utilisation des services. Un relatif succès de foule risque d'interférer négativement avec une réelle prise en charge des problèmes de santé de la communauté dont est responsable l'infrastructure de base. A l'analyse, il apparaît donc que les statistiques d'activité des formations sanitaires urbaines ne peuvent donner qu'une image déformée et simplifiée de la morbidité de la ville.

De même, dans un système où, de plus, les éléments de dispensation des soins sont largement auto-financés les statistiques sanitaires sont d'un intérêt marginal sur le plan de la répartition des ressources. Un approvisionnement facile, sur place, allié à une bonne gestion des stocks limite le rôle prévisionnel des rapports de morbidité pour les commandes de médicaments et autres fournitures. Par contre, l'étude des rapports devient tout à fait intéressante pour le suivi et le contrôle des activités curatives comme, par exemple, l'élaboration et l'évaluation de fiches techniques pour le traitement des maladies les plus courantes. Pour ce faire, on analysera la dynamique de l'évolution d'indicateurs sélectionnés en fonction de l'objectif fixé. En l'absence de population de référence connue, donc de dénominateur, les taux proportionnels seront utilisés et comparés à des normes tenant compte de la situation de départ et des conditions locales. Outil de base dans le processus de formation continue des personnels de santé qu'est la supervision, les registres, listes de morbidité et rapports d'activité sont des éléments irremplaçables dans le dialogue entre techniciens et populations. La discussion régulière des résultats des prestations sanitaires développe les capacités de gestion des

membres des comités de santé, organe représentatif de la communauté auprès du poste de santé.

La simplification de la liste des cas déclarés implique un effort de rationalisation de la prise en charge thérapeutique passant par la rédaction de fiches techniques d'instructions. Le contenu nosologique de chacune des entrées sera établi à partir d'études spéciales menées dans les postes de santé. Des enquêtes de morbidité et de couverture apporteront les informations concernant le profil sanitaire de la communauté et l'utilisation - et la non-utilisation de l'offre. En milieu urbain, cette procédure fournit rapidement à un coût raisonnable des renseignements importants et originaux pour le développement des interventions aux différents niveaux de la structure. Des enquêtes de ce type viennent d'être effectuées à Pikine et ont fourni des indications sur la couverture vaccinale, l'impact de la campagne de chloroquinisation, la consommation de médicaments, la morbidité des enfants et leur état nutritionnel, etc... A une liste simplifiée, complétée par l'apport d'informations recueillies auprès de la communauté, viendra s'ajouter l'enregistrement de données en rapport avec l'exécution des programmes : par exemple, nombre d'injections pratiquées dans telle circonstance, taux de malnutris effectivement suivis, taux de tousseurs chroniques dont l'examen de crachats révèle des Bacilles de Koch, etc...

CONCLUSION

La création d'un système pour le recueil des statistiques d'activités des formations sanitaires est un processus continu et dynamique. Les différents niveaux de la structure sanitaire et les représentants des populations, fournisseurs et utilisateurs, doivent y être impliqués. Outil de formation continue pour les personnels de santé, c'est un instrument de dialogue entre les techniciens et les populations dont l'utilisation judicieuse améliore les capacités de compréhension, des uns et des autres. Les rapports d'activités des formations sanitaires sont un élément du système d'information sanitaire. Ils sont une vocation épidémiologique et opérationnelle, pédagogique et relationnelle. Leur configuration et leur utilisation devront répondre à ce rôle.

BIBLIOGRAPHIE

HARPHAM T., VAUGHAN P., RIFKIN S. - Health and the Urban Poor in Developing Countries. EPC Publication, NR 5, 1985 (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

HASSOUNA W.A. - Joint UNICEF/WHO Meeting on Primary Health Care in Urban Areas. Genève, 25-29 July 1983.

JEANNEE E., SALEM G. - Soins de Santé Primaires et Urbanisation dans les Villes d'Afrique in Santé en Afrique Tropicale (sous presse).

OMS - «Notification d'informations sanitaires par un personnel non médical», Genève, 1978.

OMS - «Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000», Genève 1981.

Projet Pikine - Rationalisation de la consultation curative - Municipal 2. Dallemagne G. Rapport de stage, 1982.

Projet Pikine - Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain. Rapport 1985.