

ANDRÉ ROUGEMONT

## LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Parler de la prise en charge des problèmes de santé implique une définition, si possible opérationnelle de la santé. Depuis la plus officielle, celle de l'OMS, qui définit la santé comme un état de bien-être, physique, mental et social, jusqu'à des extrêmes à consonance idéologique comme « La santé c'est la liberté ! » en passant par « La santé c'est vivre en équilibre (dynamique et créatif) avec son environnement », plus d'une centaine de tentatives ont jusqu'ici été faites.

En résumé, il s'agit surtout de combinaisons variables d'éléments, somme toute peu nombreux comme : absence de maladie et d'infirmité ; bien-être physique, psychique, social ; équilibre ; harmonie ; épanouissement ; créativité ; bonheur...

Certaines définitions suggèrent un certain degré de causalité entre absence de maladie et bien-être, entre bien-être et épanouissement, entre épanouissement et bonheur.

Le domaine traditionnel du secteur de la santé semble cependant s'arrêter au bien-être physique, éventuellement psychique, alors que les autres éléments de la définition relèvent plus du projet de société que du maintien et de l'amélioration de la santé, objectif traditionnel de tout système de santé dans les sociétés occidentales.

Au plan analytique, l'état de santé des individus et des groupes humains est déterminé par une conjonction d'éléments situés dans :

- les comportements,
- l'environnement,
- la biologie humaine,
- les performances des services de santé.

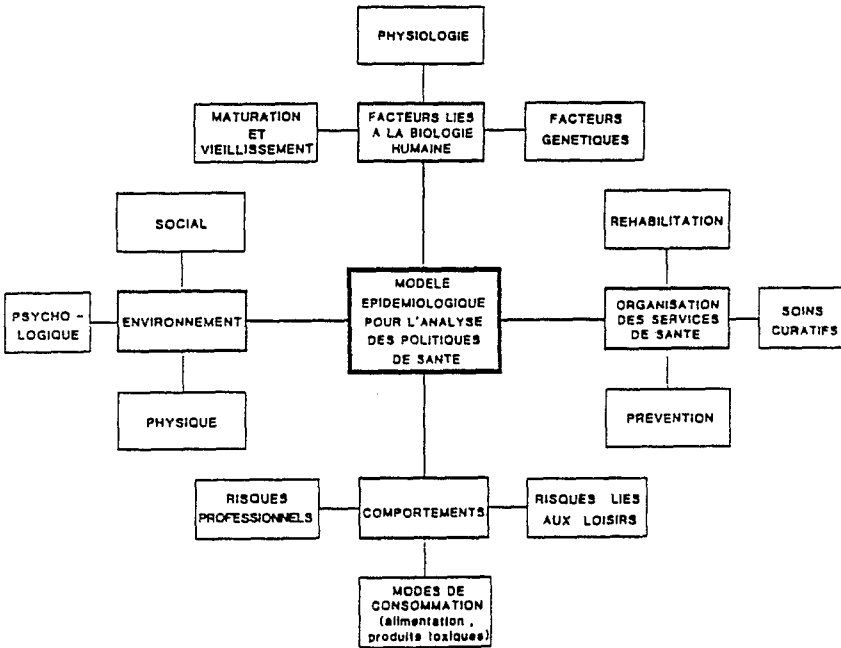
La figure 1 présente la constellation des déterminants de l'état de santé selon les quatre composantes ci- dessus.

Dans les pays tropicaux, d'Afrique en particulier, le rôle de chacune de ces composantes est particulièrement évident avec :

- un environnement socio-économique caractérisé à la fois par de multiples carences et une situation de transition socio-culturelle génératrice d'instabilité ; un environnement physique dans lequel les nuisances (insectes piqueurs, vecteurs de maladies transmissibles ; mollusques aquatiques, vecteurs de schistosomiase, etc.) n'ont pas encore été contrôlées par un aménagement adéquat ;
- des comportements, en matière d'hygiène, d'alimentation, par exemple, souvent à l'origine des plus grands problèmes de santé ;
- une situation biomédicale dans laquelle, aux atteintes de l'environnement et aux conséquences de comportements inadéquats, s'ajoutent tous les problèmes inhérents à la nature biologique de l'homme (maladies chroniques, dégénératives, héréditaires...);
- des services de santé souvent dans le plus grand dénuement structurel et fonctionnel, incapables, surtout à la périphérie, de faire face aux situations les plus banales.

Quelle stratégie globale adopter dans de telles conditions, pour faire face aux besoins les plus urgents, pour répondre aux problèmes les plus criants, comme la mortalité infanto-juvénile

**FIGURE 1**  
**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.

et maternelle, la morbidité évitable par maladies transmissibles et parasitaire, les affections carencielles de toutes sortes ?

Notre expérience africaine des années 1970 et 80 nous a convaincus que la combinaison de deux approches complémentaires pouvait, à long terme, permettre de conférer aux systèmes de santé l'efficacité minimale nécessaire laissant

7. traitement des maladies et lésions courantes ;
8. fourniture de médicaments essentiels.

D'autres composantes peuvent être dégagées, en particulier dans la perspective d'une approche par programme (maladies diarrhéiques, infections aiguës des voies respiratoires, tuberculose, lèpre...). De plus, certains éléments sont communs à toutes les composantes, par exemple :

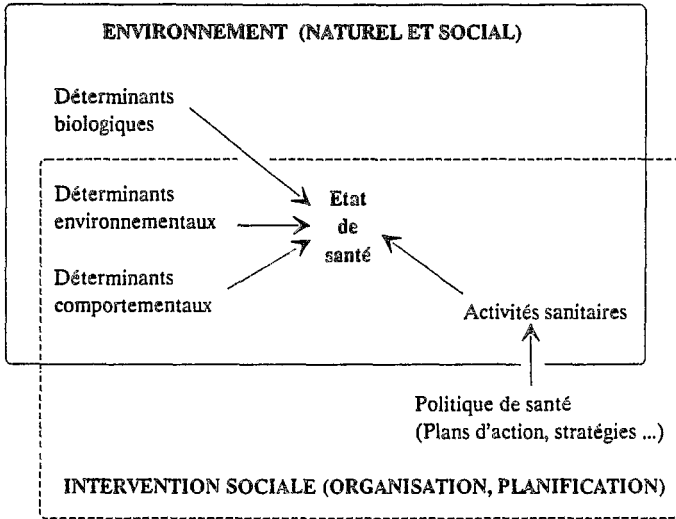
- identification des éléments de la participation des population à la décision et à la gestion des activités sanitaires
- constitution d'un réseau d'agents de santé communautaires
- mise en place d'un système d'évacuation des patients (en particulier les parturientes) dont le problème dépasse les compétences du niveau primaire
- renforcement des niveaux secondaire et tertiaire afin de permettre le fonctionnement du système d'évacuation, le traitement des cas graves, la planification et la supervision des programmes nationaux et provinciaux. La figure 2 schématise ces concepts.

## **Le processus de planification**

La figure 3 représente les principales étapes du **processus de planification dans le domaine de la santé**. Après une étape initiale non représentée, consistant, au niveau national, voire régional, à formuler une **politique de santé**, la première étape du processus consiste à **identifier les problèmes et les besoins**. Elle est la plus généralement négligée, dans les pays industrialisés comme dans les pays du Tiers Monde. L'origine de cette attitude est complexe, mais provient souvent d'une confusion entre problèmes et besoins d'une part, contraintes et embûches d'autre part. On planifie non pour résoudre des problèmes, mais pour éviter des contraintes et surmonter les embûches d'un système qui, de ce fait, n'est jamais remis en cause dans ses structures et dans ses fonctions.

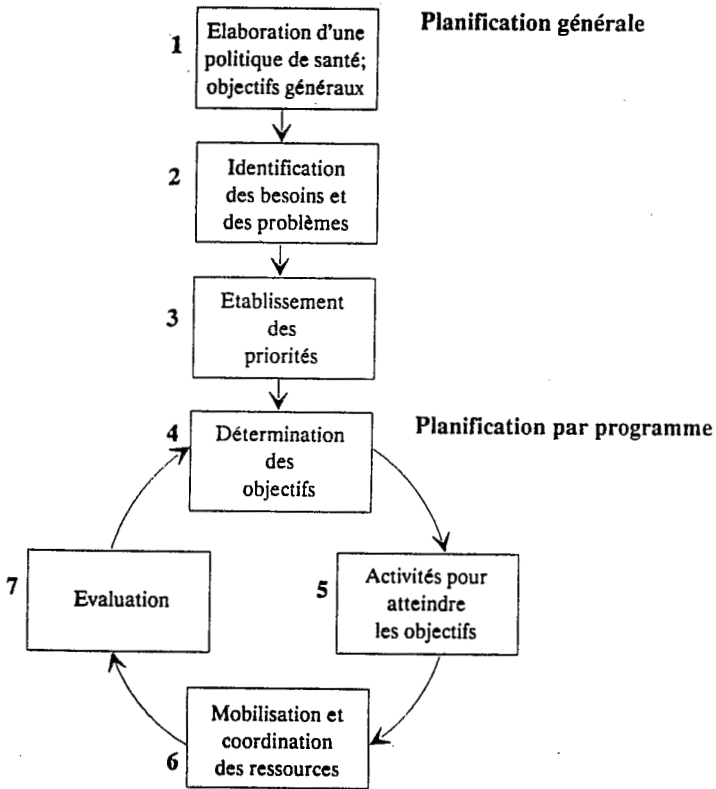
**FIGURE 2**

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



**FIGURE 3**

**Le processus de planification  
dans le domaine de la santé**



L'encadré (page suivante) présente les principaux éléments de la démarche visant à l'identification des problèmes et des besoins en matière de santé. Dans tous les cas, une seule source d'informations n'est jamais suffisante et les investigations doivent concerner aussi bien les professionnels de la santé que les intéressés eux-mêmes.

Le tableau 1 donne un exemple non exhaustif et non hiérarchisé de problèmes identifiés par les professionnels et par les populations dans quelques enquêtes ouest-africaines récentes. Comme on peut le constater, les problèmes identifiés par les populations correspondent mieux à la réalité multifactorielle de la santé que ceux des professionnels, très influencés par la tradition médicale et les nomenclatures étiologiques.

**Tableau 1.**

**Problèmes de santé identifiés dans un pays sahélien.**

---

<i>Par les professionnels</i>	<i>Par les populations</i>
1. Paludisme	1. Faim
2. Malnutrition	2. Hernie inguinale
3. Bessonne	3. Stérilité



### **Identifier un problème de santé**

Dans le domaine de la santé, l'identification d'un problème peut se faire par :

- *la compulsions de données existantes*
- *le recueil d'avis d'experts ou d'informateurs privilégiés*
- *l'interrogation d'un échantillon représentatif de la population*
- *l'organisation d'études à but spécifié*

Plus simplement, l'identification des besoins et des problèmes peut procéder soit de la consultation d'experts et/ou d'institutions spécialisées dans le domaine de la santé, soit de la consultation formelle ou informelle de la population.

Dans le cas de professionnels de la santé, les problèmes identifiés seront forcément des avis d'experts. La confrontation avec l'opinion de la population sera donc nécessaire sous une forme ou sous une autre.

Les problèmes en question pourront être reliés à :

- des *maladies spécifiques* (à étiologie déterminée) et leur répartition au sein de la population, dans le temps et/ou dans l'espace ;

- 1) importance du préjudice résultant de la présence d'une affection
- 2) sensibilité de cette affection à un programme de santé.

Si le préjudice est, selon les critères du tableau 2, considéré comme important (ex. : cancer primitif du foie en Afrique occidentale), mais que la sensibilité à un programme de santé est faible (pas de moyens, ni préventifs, ni curatifs), on se trouve en face d'une *priorité pour la recherche*.

**Tableau 2**  
**Critères de priorité pour une affection**  
**ou un problème donné**

---

1.	<i>Importance du problème</i>	
1.1.	Fréquence de l'affection (incluant les notions de prévalence et d'incidence)	
1.2.	Gravité (incluant les notions de létalité, de potentiel invalidant, etc.)	
1.3.	Coût social, etc.	
2.	<i>Impact psycho-social et culturel</i>	
2.1.	Impact traditionnel (mauvaise réputation)	(maladie sexuellement transmise, peste, choléra...)
2.2.	Caractère impressionnant de l'affection	(malformations, certaines affections neurologiques...)
2.3.	Caractère ou potentiel épidémique	(survenue brutale d'un grand nombre de cas au même endroit)
3.	<i>Efficacité des actions</i>	
4.	<i>Faisabilité des actions</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- techno-scientifique</li><li>- socio-culturelle (acceptabilité)</li><li>- économique</li><li>- logistique</li><li>etc.</li></ul>

---

Chaque priorité pourra alors être abordée dans le cadre global du système de santé ou faire l'objet d'un **programme** qui, à son tour, devra être planifié (points 4 à 7 de la Fig. 3).

Un programme est une entité gestionnaire définie par :

**et activités; exemples  
intermédiaire**

**Activités**

consultations prénatales régulières  
accouchements aseptiques

soins des femmes enceintes; accouchements aseptiques

programme d'hygiène domiciliaire et alimentaire  
programme de réhydratation par voie orale à domicile;  
accès de réhydratation orale au centre de SMI

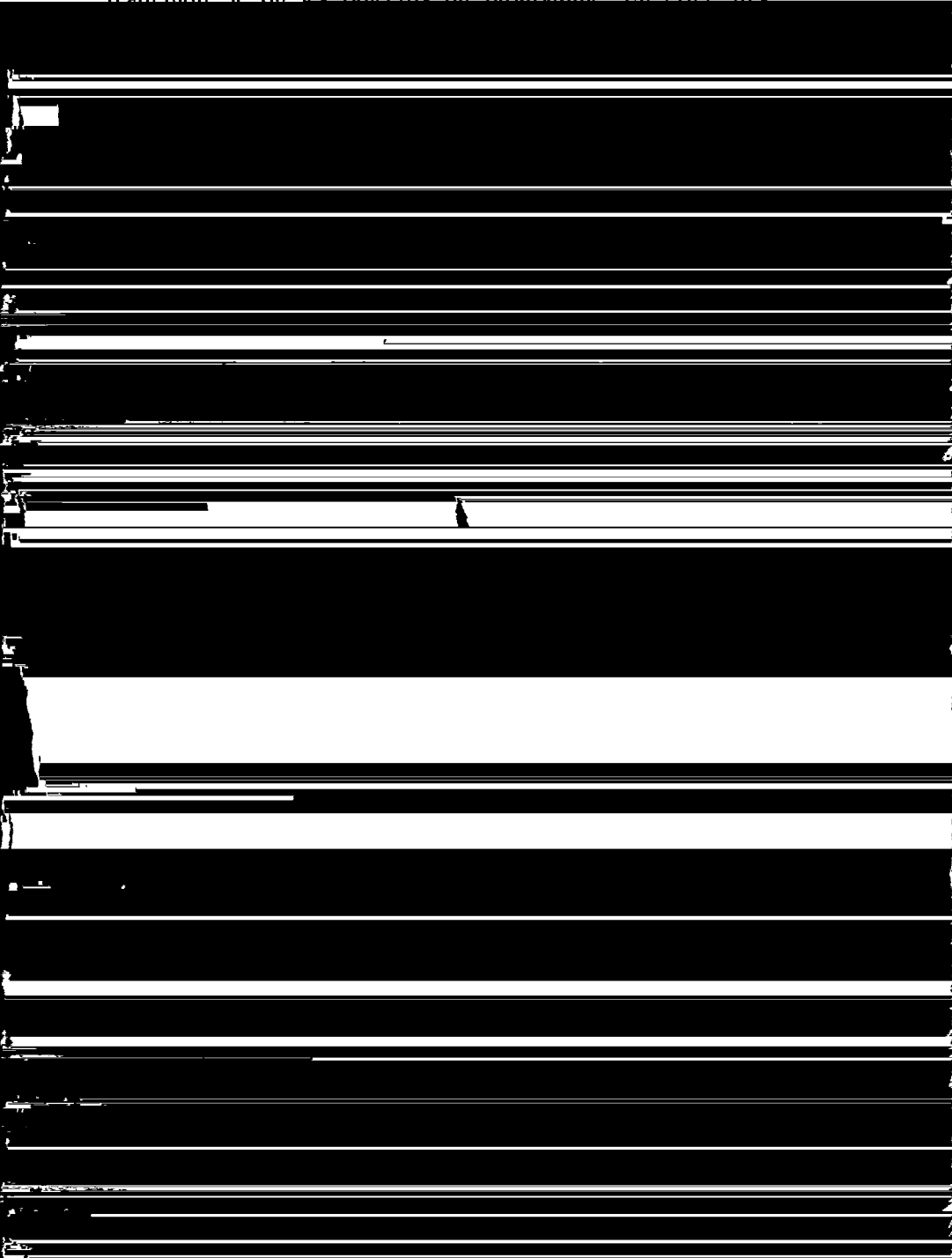
vacinations au centre de SMI  
campagnes de sensibilisation dans les villages/quartiers

activités d'éducation nutritionnelle au centre de  
SMI et dans les familles  
programmes de cultures vivrières familiales

consultations de planification familiale (PF)  
éducation familiale en matière de PF

construction et mise en fonction de maternités  
communales ou de quartier  
formation et recyclage de matrones et  
accoucheuses traditionnelles

la fig. 3. Ici encore, il s'agira d'énoncer dans les grandes lignes et selon un certain nombre d'options, la manière envisagée d'atteindre le ou les objectifs du programme. En effet, très



mères à la prévention des récidives. Ce point implique deux sous-programmes au moins :

2.2. Ressources à mobiliser (investissement humain ou financier)

### 3. Ressources en personnel

3.1. Personnel en place, à recycler

3.2. Personnel à former :

- agents de santé
  - moniteurs(trices) en cuisine et en éducation nutritionnelle
  - animateurs(trices) pour la liaison avec les autres secteurs du développement.
- 

L'évaluation (point 7, fig. 3) interviendra ensuite pour vérifier si les objectifs ont été atteints. Il faudra, de plus, établir si les moyens mis en oeuvre et les activités déployées l'ont été à bon escient. Ces seuls indicateurs satisfont en général les administrateurs, *mais ne peuvent, en aucun cas, prétendre fournir des indications sur l'efficacité et/ou l'utilité d'un programme de santé* ; seuls des *indicateurs épidémiologiques* établis par des méthodes rigoureuses peuvent prétendre répondre à cette préoccupation : diminution de l'importance du problème en terme d'incidence, de létalité, de potentiel invalidant...

A un autre niveau, l'évaluation devra dire si, après l'intervention (programme), le problème considéré au départ comme prioritaire l'est toujours, ou si les changements sont

être planifié dès le départ, faute de quoi l'on risque de se trouver



- mise en place d'un processus de planification comportant un système d'évaluation et utilisant largement l'approche par programmes ;
- mise en place d'un système de formation - recyclage - supervision des personnels en particulier ... et utilisation de consignes permanentes, scientifiquement fondées pour tous les aspects de la prise en charge, prévention promotion de la santé ;
- identification et mise en valeur des éléments de la participation communautaire dans la planification - gestion - évaluation du système de santé.

Faute d'une prise en compte absolument formelle de ces éléments, le système de santé glissera rapidement et inexorablement vers le modèle classique, exclusivement curatif, centralisateur et non-participatif dans lequel seuls quelques problèmes affectant une clientèle urbaine et capable de payer des honoraires seront réellement pris en charge.

### **Références bibliographiques**

- Rougemont A. et Brunet-Jailly J., 1989. *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Doin Editeurs, Paris, 752 pages.
- Morrow R.-H. et Vaughan J.-P., 1991. *Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la santé au niveau du district*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 182 pages.