

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.

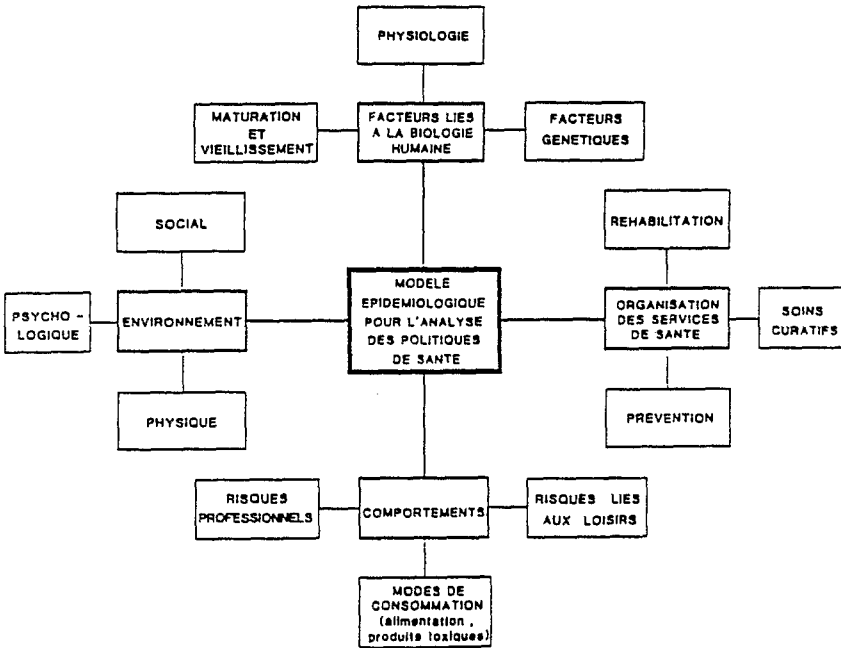
La figure 1 présente la constellation des déterminants de l'état de santé selon les quatre composantes ci- dessus.

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 parasitaires, 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, dans les activités des services, une place prépondérante à la promotion de la santé, à la prévention et à la coopération intersectorielle et internationale. Il s'agit de la stratégie des **soins de santé primaires**, déjà ancienne et conceptuellement bien établie, associée à une **approche par programmes**, laissant à certains secteurs-clés l'autonomie nécessaire aux initiatives individuelles et communautaires seules capables de transcender l'inertie bureaucratique et les difficultés structurelles inhérentes au monde en développement.

Soins de santé primaires

Depuis la conférence d'Alma Ata, en 1978, la définition comme le contenu des soins de santé primaires ont grandement évolué. L'approche analytique en huit composantes principales données à l'article VII de la déclaration d'Alma Ata reste cependant la base de toute tentative de restructuration des services de santé. Rappelons ici les huit composantes **minimales** des SSP :

1. éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ;
2. promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
3. approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base ;
4. protection maternelle et infantile y compris planification familiale ;
5. vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
6. prévention et contrôle des endémies locales ;

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**

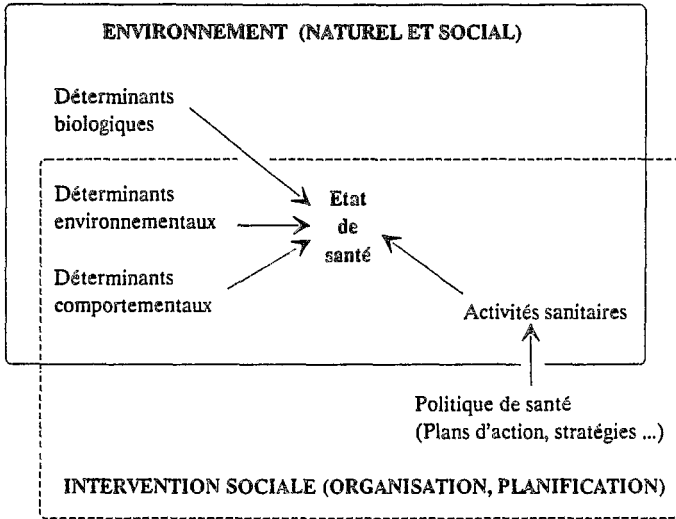
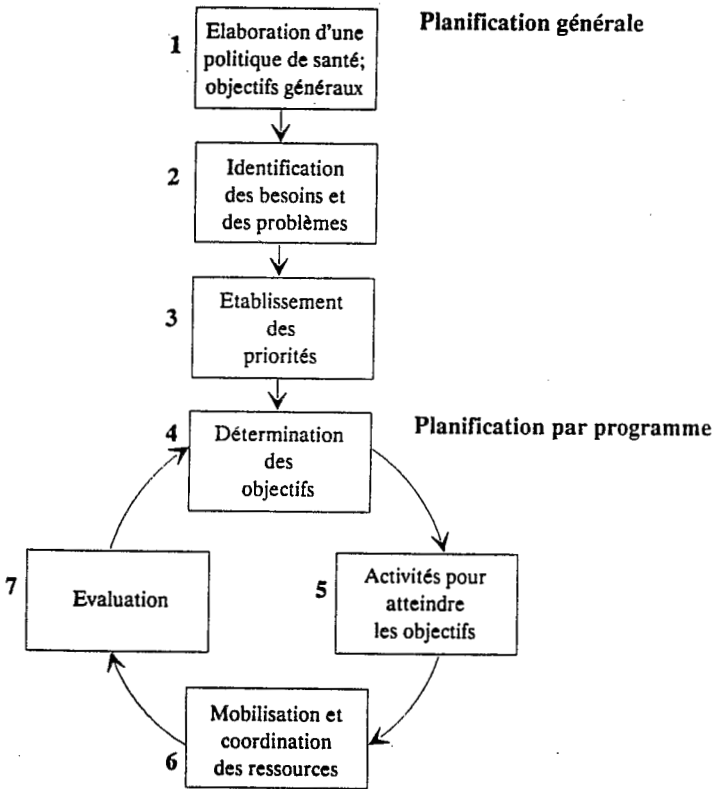


FIGURE 3

**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. Rougeole	3. Stérilité
4. Schistosomiasis	4. Cécité
5. Tuberculose	5. Manque d'eau
6. Manque de moyens (infrastructure, personnel, logistique, médicaments...)	6. Défaut d'accessibilité
etc.	etc.

La définition des **priorités**, qui constitue l'étape suivante du processus de planification d'ensemble, fait appel à un certain nombre de critères, dont certains figurent au tableau 2. Ces différents critères devront être combinés en fonction des ressources disponibles, des pressions politiques, du contexte socio-culturel, etc...

En termes opérationnels, on peut résumer le principe de l'établissement des priorités d'intervention au moyen de deux critères :

Identifier un problème de santé

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

- *la compulsion 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 ;
- des *groupes de maladies* bien individualisées, mais dont l'étiologie n'est pas forcément connue : maladies diarrhéiques, maladies respiratoires aiguës, ensemble des maladies du Programme Elargi de Vaccination, maladies rhumatismales, tumorales, cardio-vasculaires... ;
- des *problèmes liés aux comportements* individuels et collectifs (hygiène, toxiques, pratiques traditionnelles, nutrition...) ;
- *problèmes liés à l'environnement* et à son aménagement : adduction d'eau, excréments, productivité agricole, sécheresse... ;
- *besoins liés aux services de santé* : accessibilité, performance, équipement, approvisionnement, coûts... ;
- *problèmes généraux* ayant un impact direct ou indirect sur la santé : réseau routier, transport, règles commerciales, impôt, accessibilité à l'éducation de base... ;
- *problèmes liés aux structures socio-culturelles* : pratiques traditionnelles de la médecine, coutumes favorables ou néfastes à la santé.

- 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>	
	– techno-scientifique
	– socio-culturelle (acceptabilité)
	– économique
	– logistique
	etc.

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 :

- des **objectifs** propres, portant généralement sur un domaine particulier (maladies diarrhéiques, SMI, vaccinations...);
- des **activités** spécifiques censées se dérouler selon un calendrier et en des lieux bien précis (notion de **programmation**);
- des **ressources** gérées d'une façon partiellement ou entièrement autonome ;
- un processus permanent d'**évaluation** portant sur les aspects gestionnaires et plus largement économiques, mais aussi épidémiologiques, visant à établir dans quelle mesure les objectifs **de santé**, préalablement définis, ont été atteints.

Le point suivant va donc consister à définir un ou des **objectifs** pour le programme. Il faut insister ici sur la nécessité de définir les objectifs de la façon la plus spécifique possible, et surtout en termes mesurables, faute de quoi, toute évaluation devient impossible. Un exemple dans le domaine de la nutrition serait de :

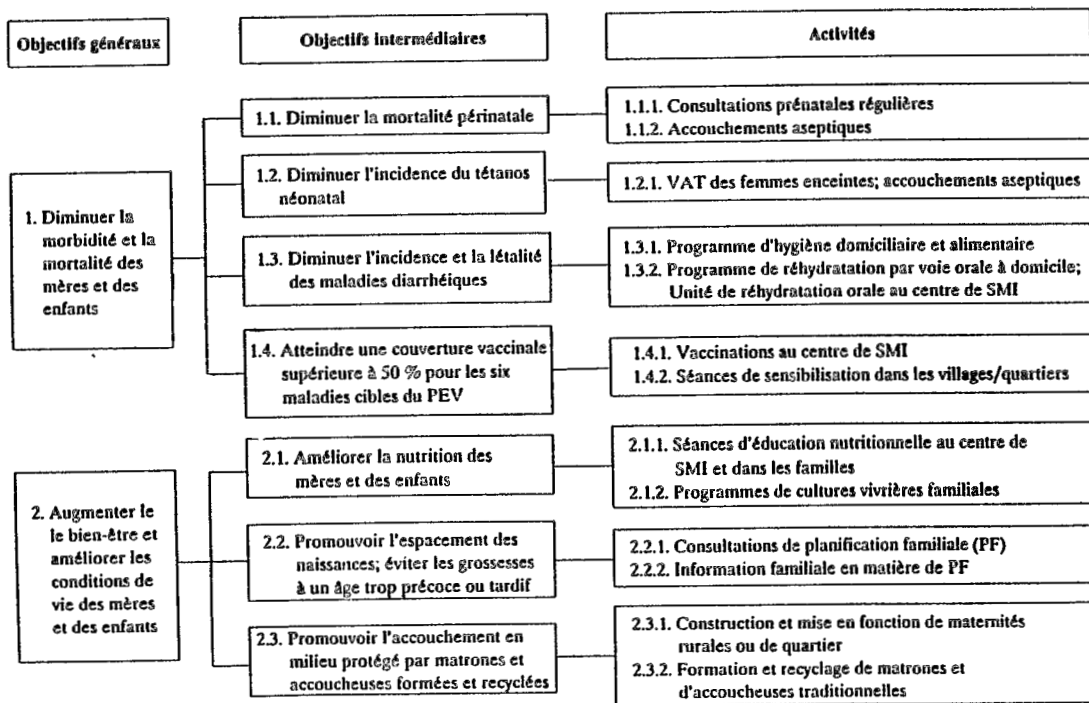
- *réduire de 60 % en 3 ans l'incidence des cas cliniques de malnutrition protéino-calorique dans une zone donnée.*

Il s'agit d'un objectif dit spécifique, car il contient, dans son énoncé, les critères nécessaires à une évaluation quantitative (60 % en trois ans). Beaucoup de programmes, plus vastes, et surtout durant leur phase initiale, n'iront pas jusqu'à ce degré de spécificité. La figure 4 montre que, dans le domaine de la SMI, des objectifs généraux, puis intermédiaires, correctement formulés, peuvent aboutir à la description relativement précise des activités, mais ne peuvent permettre une évaluation quantitative, par manque de critères préalablement définis.

Une *stratégie de programme* devra ensuite être élaborée, tenant compte des objectifs (point 4) et des activités (point 5) de

FIGURE 4

Objectifs généraux, objectifs intermédiaires et activités; exemples dans le domaine de la SMI au niveau intermédiaire



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 souvent, deux ou plusieurs possibilités se présentent entre lesquelles il faut choisir une option. Ainsi, s'agissant d'une épidémie de choléra, on pourra axer la lutte sur les mesures d'hygiène et d'assainissement ou sur les mesures d'immunisation de masse et de chimioprophylaxie. La stratégie de programme consistera à choisir entre l'une ou l'autre de ces possibilités ou à opter pour une combinaison des deux, puis à organiser les activités qui en découlent.

Dans l'exemple nutritionnel qui nous occupe, on peut déduire du tableau 3 que la stratégie choisie se définit en trois points :

1. *Dépistage passif, traitement et réhabilitation des cas cliniques se présentant à une consultation de PMI.*
2. *Dépistage actif, traitement et réhabilitation des cas cliniques et sub-cliniques dans le cadre de tournées de dépistage.*
3. *Prévention par l'éducation des mères et la coordination avec les secteurs impliqués du développement socio-économique.*

Tableau 3
Principales activités nécessaires à la mise en oeuvre d'un programme de réhabilitation nutritionnelle

-
1. *Dépistage passif* des cas au niveau des consultations ou des hospitalisations ; sensibilisation et formation du personnel dans ce sens.
 2. *Dépistage actif* des cas cliniques et sub-cliniques au cours des campagnes d'immunisation ou autres activités itinérantes : tournées spécialement dirigées vers le dépistage de la malnutrition.
 3. Mise sur pied de *centres de réhabilitation nutritionnelle* pour le traitement des cas dépistés et pour l'éducation des

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

- réalisation et équipement des centres ;
- formation des personnels nécessaires à leur fonctionnement.

4. Coordination avec les autres secteurs du développement, en particulier le secteur agricole, afin de déterminer l'influence éventuelle des disponibilités alimentaires sur l'état de nutrition des enfants.
-

La mise en oeuvre d'une telle stratégie implique celle d'un certain nombre d'**activités**, brièvement décrites au tableau 3. Dans tous les cas, il s'agit de bien distinguer entre *objectifs* et *activités*. Les premiers désignent les buts à atteindre, sans faire référence à la manière d'y parvenir. Les secondes désignent concrètement ce qu'il faudra faire pour atteindre les objectifs.

Le tableau 4 énumère les **ressources** à mobiliser pour la réalisation du programme. Dans le même temps, la coordination des ressources propres au programme et éventuellement communes à d'autres programmes ou secteurs, nécessitera des compétences précises en matière de gestion et d'administration justifiant parfois des programmes de recyclage ou de formation.

Tableau 4

Ressources nécessaires à la mise en oeuvre d'un programme de réhabilitation nutritionnelle

1. Ressources financières

- 1.1. Budgets nationaux ou régionaux
- 1.2. Budgets locaux
- 1.3. Aides diverses
- 1.4. Participation des populations

2. Ressources en infrastructures et en équipements (bâtiments, moyens logistiques...)

- 2.1. Ressources existantes

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 intervenus du fait de l'intervention ou pour toute autre raison. Les décisions pourront ensuite être prises quant au maintien, au développement ou, au contraire, à la réorientation ou à l'abandon du programme.

Il est évident que ce processus, exposé d'une manière quelque peu linéaire et déterministe, est en fait plus complexe, chacune des étapes étant implicitement influencée par les autres. Ainsi, la fixation des objectifs d'un programme est partiellement déterminée par les ressources disponibles ou escomptées. De même, il n'est pas certain que l'évaluation, si elle n'intervient en tant qu'activité qu'au moment où toutes les étapes du processus sont amorcées, puisse remplir son rôle. En effet, elle nécessite l'accès à des données dont le recueil doit

être planifié dès le départ, faute de quoi l'on risque de se trouver sans base d'évaluation, donc sans évaluation possible.

Le processus de planification tel qu'il vient d'être décrit devra être considéré face à l'ensemble des problèmes de santé et aux exigences des services. Les deux premières étapes du schéma de la figure 3 concernent la planification globale de la santé à un niveau administratif et populationnel donné (nation, province, district...). Certains problèmes prioritaires pourront être gérés dans le cadre global du système de santé (médecine curative, hygiène et assainissement, par exemple) alors que d'autres pourront bénéficier d'une approche par programme (santé maternelle et infantile, vaccinations, maladies diarrhéiques, pour ne prendre que les plus classiques), dans laquelle les étapes 3 à 6 du processus seront essentielles. Dans tous les cas, le jugement des responsables et la consultation des populations permettront de définir les stratégies les plus efficaces dans un contexte socio-culturel, économique et politique donné.

Conclusion

Les grands principes énumérés ci-dessus visent à attirer l'attention sur les points suivants, à notre avis essentiels dans la prise en charge globale des problèmes de santé :

- nécessité formelle de concevoir des services tenant compte des principales catégories de déterminants de l'état de santé ;
- formulation de politiques nationales et régionales et stricte définition des priorités pour l'action dans le domaine de la santé ;
- différenciation entre priorité pour l'action et priorité pour la recherche ;
- prise en compte des principales composantes des soins de santé primaires dans la structuration des services ;

- 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.