

SYNTHESE DES TRAVAUX DE GROUPE

par

H. VAN BALEN

*Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, E. N. O. V.,
Kronenburgstraat 25, B-2000 Antwerpen, Belgique*

Comme on l'a annoncé dans le discours académique d'ouverture, deux grandes lignes directrices nous ont guidés lors de l'organisation de ce colloque :

- l'optimalisation du rendement des services de santé;
- la participation de la population afin que le service de santé s'intègre dans le développement global.

Ces deux aspects de l'organisation des services de santé ressortent très bien des recommandations que vous avez faites après vos travaux de groupe. Les discussions de ce matin ont permis de clarifier davantage certains concepts et approches.

Les rapports des deux groupes qui ont discuté le thème de la *couverture effective* montrent que l'effet de la couverture les préoccupait autant que l'étendue géographique de cette couverture. Les deux groupes ont établi le lien qui existe entre la couverture effective et la participation de la population, en incluant les systèmes de valeur de la communauté ainsi que la perception que la communauté a de ses problèmes, dans les critères des soins. A juste titre, ils ont souligné la nécessité de connaître la répartition géographique de la population, pour arriver à une répartition équitable des services.

La discussion de ce matin a permis de préciser certaines recommandations. Notre intérêt envers la couverture des populations rurales ne doit pas nous dissimuler que la couverture de la fraction de la population qui habite les zones suburbaines et plus particulièrement les « bidonvilles » est souvent très déficiente. Les efforts faits pour étendre la couverture de la population par un service de santé, qui puisse prendre la responsabilité sociale de l'ensemble des problèmes de santé d'une population, ne doivent pas faire perdre de vue que, pour certains pays à ressources très limitées et à population clairsemée, la couverture effective par un service de santé ne peut souvent être réalisée que pour la moitié, le tiers, voire le quart de la population rurale. L'emploi de matrones ou de secouristes de village semble constituer la seule possibilité d'offrir au moins quelques services élémentaires à la partie de la population non couverte par les services de santé. L'expérience obtenue dans la région du Sahel a montré qu'une unité de soins de santé du type dispensaire, peut contrôler effectivement les matrones et les secouristes dans un nombre de villages pouvant atteindre 10 et exceptionnellement 15 villages.

Le groupe qui a discuté la *rationalisation des soins curatifs* a résumé de façon très claire la méthodologie à employer pour réaliser technique-

ment cette rationalisation. En énonçant les principes à observer, les membres de ce groupe manifestent leur souci de valoriser le personnel de terrain, autant pour renforcer la motivation de ce personnel que pour renforcer la confiance de la population dans le personnel de santé du premier échelon.

La réflexion de ce groupe sur les aspects culturels des soins de santé primaires a mis en évidence la nécessité de tenir compte d'un facteur particulièrement important dans l'établissement des critères de référence des malades depuis le niveau de soins primaires vers le deuxième échelon, surtout lorsqu'il s'agit de populations éloignées des services du deuxième échelon : il s'agit de l'acceptabilité de la référence par les habitants.

L'ensemble de ce rapport souligne combien il faut, dans la recherche du fonctionnement optimum du système, aboutir à un moyen terme entre :

- le risque d'échec dans le traitement d'un malade et l'acceptabilité d'une référence à un centre éloigné;
- le niveau de standardisation des instructions et le désir de laisser le personnel juger lui-même;
- le degré de responsabilité qu'on souhaite voir assumer par le personnel, et celui que devrait assumer la population;
- les obligations du personnel de deuxième échelon envers la qualité technique de leur propre travail et celles qu'ils ont de valoriser le premier échelon.

Dans la séance plénière de ce matin on a souligné que le contenu des soins normalisés dépend également du niveau socio-économique de la population. Selon certains participants, la normalisation des soins dans le but de mieux résoudre les problèmes de santé locaux, doit nécessairement être faite au niveau local. Cela n'empêche que l'expérience de certains pays montre que certaines instructions (telles que la liste des médicaments de base mis à la disposition des services de santé) ont avantage à être normalisées au niveau national.

Le rapport sur *la participation et l'autogestion* montre bien que la participation est, fondamentalement, un dialogue entre deux partenaires à compétence différente mais à intérêts communs.

La participation est un modèle de relation entre une équipe de professionnels qui possède une compétence spécifique d'une part et la population de l'autre, cette dernière étant représentée soit au sein d'un comité de développement, soit au travers d'un comité de santé. Mais même dans ce deuxième cas, le comité s'intéresse de toute manière au développement global et à la solidarité au sein de la communauté. Ce modèle est d'ailleurs, je crois, valable pour tous les secteurs du développement, comme on l'a mentionné ce matin.

Dans son chapitre sur l'évaluation de la participation, le groupe montre qu'il n'a pas perdu de vue l'efficacité et l'aspect « management » de cette évaluation. Les moyens indiqués pour mesurer le fonctionnement et les effets du dialogue entre équipes de santé et population sont certes faisables.

En me référant au point 4.2. de ce rapport, il me semble qu'une mesure des effets de la participation pourrait y être ajoutée : l'observation de la mesure dans laquelle la population a pris en charge les problèmes condi-

tionnants des problèmes de santé (la production et la consommation de vivres, l'approvisionnement en eau, etc.).

Dans les interventions qui ont été faites à la séance plénière et qui concernaient l'autogestion, je retiens surtout la mise en garde qui y a été faite contre les dangers d'imposer le financement des soins de santé à une population locale souvent très pauvre. La participation financière de la population ne peut remplacer l'obligation du gouvernement de renforcer les services de santé de base : elle peut au contraire devenir un complément à l'effort du gouvernement si la collectivité locale s'intéresse suffisamment à ses problèmes de santé (à côté des autres problèmes à résoudre) pour décider d'y contribuer financièrement. Dans le cas contraire, elle risquerait de renforcer encore les inégalités existantes.

La participation financière et la collectivité locale ne doivent jamais devenir une manière de détourner les ressources nationales (résultat des impôts ou productions à la base) vers des services centraux de plus en plus complexes et de moins en moins accessibles. On a souligné que, au stade actuel, beaucoup de ressources qui sont utilisées pour le fonctionnement des services perfectionnés dont l'effet sur la santé est marginal ou même douteux, pourraient être mieux utilisés pour le renforcement des services de santé de base. La mise à la disposition de la population de soins élémentaires mais efficaces est susceptible de susciter la mobilisation de ressources humaines et matérielles complémentaires de la population. D'autre part, le refus catégorique de toute participation financière de la part de la population a souvent conduit à l'adoption d'approches paternalistes, comparables à l'approche charitable soulignée dans le discours académique d'ouverture de ce Colloque.

Un autre orateur a souligné que la participation de la population aux décisions ne peut pas se limiter à des actions ponctuelles. Son objectif final est de réduire la dépendance des gens, de donner confiance à la population en ses propres possibilités de résoudre ou, au moins de réduire, ses problèmes de santé.

C'est à juste titre qu'on a attiré l'attention sur la nécessité de préparer non seulement le personnel auxiliaire, mais également les professionnels de la santé, au dialogue avec la population dont ils sont responsables.

Puisque le dialogue entre le service de santé et la population aboutit dans certains cas à l'installation d'Agents de Santé Communautaire, qu'aussi bien les groupes qui ont discuté de la couverture que ceux qui ont discuté de la rationalisation et de la supervision se sont penchés sur cet agent communautaire, que le sujet a été largement débattu lors de la séance plénière ce matin, enfin que cet agent semble devenir un pion important pour obtenir « la santé pour tous en l'an 2000 », il est peut-être utile de situer les différents types d'agents de santé communautaire.

Il me semble qu'après les discussions de ce matin nous pouvons distinguer schématiquement trois modèles d'agents de santé communautaire :

Le premier modèle serait celui de l'animateur « global » ou du membre d'une équipe d'animation « globale » qui, dans le contexte du développement et à la demande de la population, s'occuperait de soins de santé. Les échanges d'expérience faites au cours de ce colloque ont montré

que l'adoption d'un tel modèle crée souvent un service de santé parallèle, qui répond à la demande d'un certain type de soins médicaux qui ne seraient pas disponibles autrement. En l'absence de dialogue avec les professionnels de la santé, ces soins parallèles risquent d'être très peu rationnels, voire de devenir du pur gaspillage des faibles ressources de la population. Ce matin on a signalé un phénomène analogue : le développement d'un service de santé parallèle non rationnel, qui se manifeste dans certains bidonvilles. Un même vide y est créé et en fonction de l'argent qui est disponible éventuellement d'après « une étude du marché », ce seront des médecins privés qui vont répondre à la demande de soins curatifs et/ou on observe le foisonnement de pharmacies organisées plutôt comme des entreprises commerciales ou la mise en vente de médicaments mirifiques dans les marchés.

Dans le deuxième modèle il s'agirait d'un agent spécialement formé (parfois en quelques semaines) en vue de l'extension de la couverture du service de santé aux villages éloignés. Même si cet agent s'acquitte de cette tâche à temps partiel, il y a lieu de prévoir une rémunération modique selon l'une ou l'autre formule. Si l'initiative de faire appel à la personne vient de la population elle-même, il est normal qu'elle s'organise pour fournir cette rémunération. Parfois le service de santé « offre » la solution à la population sans s'être suffisamment assuré que cela répond à un désir de sa part. Dans ce cas, le développement du modèle risque d'aller à l'encontre d'une prise de responsabilité croissante par la population. A la limite, la participation de la population se réduira à l'acceptation ou le refus de la personne proposée. La population ne sera pas prête à rémunérer cet agent et se tournera vers les services de santé. Cette rémunération entraîne moins de frais que l'affectation d'un travailleur de santé « de métier » mais risque tout de même très rapidement de dépasser les possibilités budgétaires du service de santé.

Dans le troisième modèle, le service de santé demanderait à la population de participer à l'amélioration de son propre service de santé, en utilisant les ressources humaines locales (des matrones traditionnelles par exemple). En général ces personnes ont l'avantage d'exercer déjà une fonction dans le domaine de la santé et de ne pas demander une rémunération supplémentaire à la population. A la limite un animateur global, qui serait depuis longtemps en fonction, ou d'autres personnes qui s'intéresseraient aux problèmes de santé pourraient jouer le rôle d'agent de santé communautaire. Ce matin, lors des discussions, on a cité des instituteurs comme exemple. Ce qui est important, c'est de choisir quelqu'un qui soit bien intégré dans la population.

Le rapport sur *la continuité des soins* souligne qu'il est nécessaire de disposer d'un système hiérarchisé d'information se rapportant aux malades et d'autre part une méthode de classement des dossiers qui assure la continuité des soins après la prise en charge des personnes malades ou des personnes à risque.

La notion du « contrat » entre les services de santé d'une part et la population de l'autre n'est peut-être pas suffisamment mise en évidence dans le rapport qui a été présenté. La mise en pratique d'un tel concept de contrat par exemple par la mise en place d'un système de paiement par épisode de maladie ou par épisode de risque, pourrait constituer une des

formes par lesquelles le processus technique de la « prise en charge » acquerrait une dimension de participation.

Le rapport sur *la supervision* reflète de nouveau un souci d'optimisation des services, ainsi que celui de renforcer la confiance de la population dans le personnel à tous les niveaux. Il montre en outre qu'un grand effort sera nécessaire pour préparer le médecin à un type de supervision différent de la supervision traditionnelle de type bureaucratique.

La discussion de ce matin a produit un certain nombre de « mises en garde » concernant la possibilité de réaliser la supervision comme le préconise le rapport. L'essentiel de ces réflexions :

- l'étude des rapports de routine ne doit pas être sacrifiée. Dans de nombreuses situations on ne peut effectuer une supervision active que deux ou trois fois par an. Un rapport d'activités succinct, clair et adéquat, doit suffire à s'assurer dans l'intervalle de supervision sur place, que les activités continuent à se dérouler normalement. La constatation d'une anomalie lors de cette supervision « passive » peut amener à une supervision « active » supplémentaire.
- le fait de substituer la supervision bureaucratique qui se limite à l'analyse des rapports par une supervision également bureaucratique sur le terrain, qui met le personnel mal à l'aise, n'est pas nécessairement un progrès. La visite de supervision doit d'une part être un dialogue réel avec la personne supervisée, dialogue dans lequel cette dernière doit sentir la volonté sincère de son superviseur de l'aider à résoudre ses problèmes et à relever son niveau de compétence et de compréhension. D'autre part, la visite du superviseur doit permettre à celui-ci de se rendre compte de la manière dont le personnel de terrain est accepté par la communauté, de savoir comment le service est perçu par ses utilisateurs. Certains participants se sont demandés si tout cela ne restera pas un pur souhait là où il n'existe pas au moins un comité de santé ou un groupe de personnes représentatives de la population et facilement accessibles.

La possibilité d'enseigner à des médecins comment superviser valablement les services du premier échelon, tenus par des infirmiers ou assistants médicaux, a été mise en doute. Cet enseignement est surtout difficile à cause de la formation universitaire des médecins, formation qui n'a souvent rien à voir avec la solution efficiente des problèmes locaux. Même si certains parmi nos médecins peuvent être formés comme superviseur, leur nombre sera en général insuffisant pour assurer la supervision de tout le réseau. L'exemple de la Zambie, expliqué par l'un des participants, pourrait inspirer une solution alternative : les assistants médicaux, après une expérience d'au moins 10 ans, qui les a suffisamment familiarisés avec les réalités du terrain, reçoivent une formation en médecine communautaire et en épidémiologie, qui dure un an et demi et qui les prépare directement à la supervision. Après cette formation ils exercent la fonction de supervision à plein temps. Cette formule semble garantir l'équilibre entre la capacité « d'empathie » (*) du superviseur et sa compétence technique. D'aucuns parmi vous, qui ont

(*) Empathie : capacité de se mettre dans la peau d'une autre personne.

participé à la discussion, se déclaraient favorables à cette formule, à la condition que le médecin chef du district ne soit pas court-circuité et que le système ne se ferme pas entièrement aux analyses et apports scientifiques et aux observations par du personnel d'autres disciplines (travailleur social, diététiciens p. e.).

- quant à la supervision du personnel de terrain par la communauté, il a été dit ce matin que cela se fera quasi automatiquement dans le cas d'agents de santé communautaire qui sont de l'une ou l'autre manière récompensés de leur travail par les villageois : la communauté restera disposée à soutenir son effort dans la mesure où elle se rend compte des bénéfices qu'elle reçoit de l'agent de santé.

Finalemment l'analyse de la nature et la qualité des informations additionnelles nécessaires pour la bonne gestion des services montre que, pour éviter la bureaucratie et pour rester orienté vers la solution du problème, il faut continuellement rechercher un équilibre entre le degré de spécificité des données et les objectifs de l'activité qu'elles sous-tendent; entre la fiabilité des données et leur utilité pratique; entre les efforts de collecte de données et ceux que l'on consacre à la supervision; entre la collecte des données et leur traitement. Et même la participation de la population n'a pas été perdue de vue : on a souligné les répercussions qu'aura la façon dont les données sont recueillies, sur l'acceptabilité des mesures, qui résultent de l'exploitation de ces mêmes données.