

UN EXEMPLE DE PROJET DE RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE : LE PROJET KASONGO

K.A. PANGU

*Projet Soins de Santé Primaires,
Région Centrale Sokodé, Togo*

1. Introduction

Le district sanitaire de Kasongo est situé au sud de la Région du Kivu en République du Zaïre. En 1985, la population était estimée à 200.000 habitants dont 30.000 dans la cité de Kasongo et le reste réparti dans des plus petites agglomérations disséminées dans le territoire (1).

Les problèmes de santé sont identiques à ceux qu'on rencontre en Afrique dans les conditions semblables avec une grande prépondérance d'infections respiratoires, de fièvres et de maladies diarrhéiques.

Plus spécifique, la trypanosomiase est une endémie importante, elle représentait 4,9% des hospitalisations en 1985 (2).

L'infrastructure sanitaire du district se compose : d'un hôpital général de référence de 180 lits, et de 17 dispensaires.

La présence de l'Institut de Médecine Tropicale dans la zone remonte à 1958 ou il avait développé d'importantes activités de recherches orientées surtout sur la recherche biomédicale.

En 1971, le district sort d'une longue période de rébellion armée qui affecte de manière importante l'équilibre socio-politique de la région (3):

- le mouvement de migration vers la cité de Kasongo s'accroît;
- quelques centres ruraux importants jadis, sont abandonnés;
- des nouvelles agglomérations se développent et deviennent plus importantes dans la zone.

Au point de vue sanitaire, on assiste à une désorganisation complète des services de santé :

- les dispensaires, non supervisés et non approvisionnés en médicaments, sont progressivement abandonnés par le personnel et désertés par la population;
- l'hôpital général a gardé un personnel expérimenté et des stocks importants de médicaments et de matériel. Il assure à lui seul, pratiquement tous les soins à la population qui peut y accéder.

Les soins préventifs (réduits à la consultation prénatale et à la pesée des nourrissons) ne sont fréquentés que par la population de la cité de Kasongo.

Quand le projet démarre, une décision paraît évidente et s'impose : *réorganiser les services de santé.*

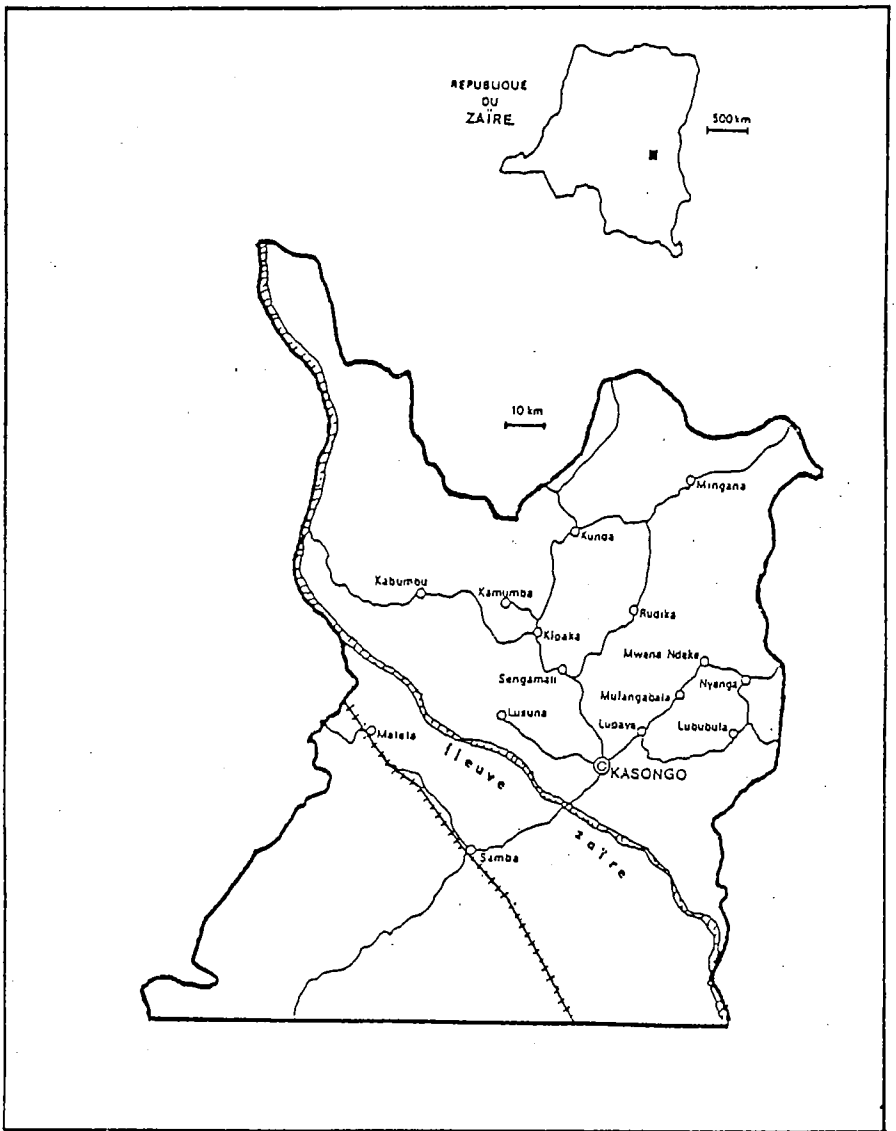


Figure 1.
Situation géographique de la zone de Kasongo

2. Equipe de recherche

Les chercheurs du projet Kasongo comprennent deux équipes: une équipe sur le terrain et une à l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique (URESP) de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

L'équipe sur le terrain prépare, initie et exécute les décisions prises. Il ne s'agit pas de chercheurs chevronnés, ni d'une sélection de médecins

formés en santé publique, mais de jeunes médecins souvent inexpérimentés, plus intéressés par les soins curatifs procurant des résultats immédiats, qu'à une réflexion suivie sur l'organisation et la gestion des services.

Le temps nécessaire à leur formation a été souvent plus long que celui qu'ils ont consacré à la recherche.

L'équipe de l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique (URESP) vient en visites de supervision bisannuelles, au cours desquelles sont discutés les grandes orientations du projet.

3. Approches méthodologiques des problèmes

La recherche porte sur le système de santé et a commencé par la formulation de l'hypothèse initiale suivante :

Il est possible d'organiser un service de santé, qui dans les limites des ressources existantes, offre des soins de qualité à l'ensemble de la population du district (4).

3.1. L'accessibilité des soins

a) Le modèle du centre de santé

Une des premières priorités était d'assurer l'accessibilité des soins à la majorité de la population, en partant des ressources existantes, en personnel et en matériel. La structure de base développée est : *le centre de santé* qui est dirigé par *un infirmier*, (personnel qualifié du niveau le plus bas dans la hiérarchie du personnel de santé, mais accepté et connu de la population.)

L'infirmier est secondé par une aide soignante et un commis qui s'occupe de l'administration du centre.

L'équipe du centre de santé est *polyvalente*.

En effet, il n'y a pas dans la région de problème de santé urgent, nécessitant une action spéciale, en dehors de la trypanosomiase dont la lutte est confiée à un programme vertical national. Les activités du centre de santé sont *intégrées*. Il assure les soins curatifs et préventifs à une *population définie*.

Le personnel infirmier dont on dispose permet d'établir un centre de santé pour une communauté de *10.000 habitants* et de réaliser ainsi la couverture totale de la population du district sans attendre l'envoi hypothétique d'un personnel supplémentaire.

Le centre de santé ainsi défini diffère du modèle qui avait été mis au point et testé quelques années auparavant dans les grandes villes du pays, rassemblant dans une superstructure, tous les services curatifs auxquels venaient se greffer les services préventifs. Ce modèle de centre de santé partait d'un concept, sans doute généreux mais erroné, d'accessibilité égale d'une médecine de type hospitalier, considérée comme la seule forme de soins de qualité.

Conçu trop grand et trop coûteux, ce modèle de centre de santé n'a pas pu être généralisé au Zaïre (5).

b) *Le mode d'implantation des centres de santé*

Le modèle de centre de santé ayant été défini, l'implantation s'est faite en deux phases.

D'abord on a élaboré un *plan indicatif* de couverture progressive de toute la population du district par les centres de santé.

Le plan indicatif est un découpage de tout le district sanitaire en aires de santé homogènes de plus ou moins 10.000 habitants dans lesquelles seront implantés les centres de santé. Ce plan est un instrument de travail et de discussion avec la population. Il contient des informations sur les données démographiques, les voies de communication, et les niveaux d'activités socio-économiques dans l'aire. Il est revu et adapté chaque année. Il permet de tenir compte de l'évolution de ces divers paramètres dans les décisions d'implantation et parfois de servir de catalyseur pour certaines actions. Il a permis en outre de contenir les initiatives non coordonnées de la base qui se rend compte ainsi qu'à l'aide du plan, aucune partie du territoire n'est oubliée. Il permet de rendre la planification discutable par la base et même influençable par elle.

L'implantation proprement dite comprend plusieurs phases: la construction des centres de santé, le *recensement de la population desservie* et l'organisation des activités curatives et préventives du centre de santé. Durant toutes ces phases, un échange permanent des informations est maintenu entre l'équipe cadre du projet et la population afin de détecter à temps les blocages éventuels.

3.2. *La participation de la population*

La construction du centre de santé se fait avec la participation de la population. Le coût d'un centre de santé construit en matériaux locaux varie de 8 à 10.000 US\$ (6). Si cette participation a été systématiquement recherchée, elle n'a pas été considérée comme un objectif en soi et a varié selon les moments, les lieux et les circonstances.

Au début un des objectifs important était de mettre au point le modèle de centre de santé et son fonctionnement. La participation de la population tout en restant un élément important a été considérée comme objectif secondaire. A partir du moment où le modèle a été défini, la participation à la construction est devenue plus spontanée et son intensité s'est accrue.

La participation de la population, et la construction du centre de santé en matériaux locaux ne constituent pas seulement une économie de moyens, mais une revalorisation des ressources locales.

Cette action de revalorisation des ressources locales est entré en conflit avec d'autres valeurs, symboles du progrès: telles que la tôle ondulée, le bloc de ciment et aussi, le médicament sous forme de spécialité.

Initiée par un projet de coopération, sans que les autres domaines n'en fassent autant, notamment au point de vue conscientisation de la population, la valorisation des ressources locales a été interprétée par certains comme une marque d'égoïsme ou même un certain cynisme de la part d'un projet qui avait les moyens, mais n'entendait pas les utiliser pour développer des services sophistiqués.

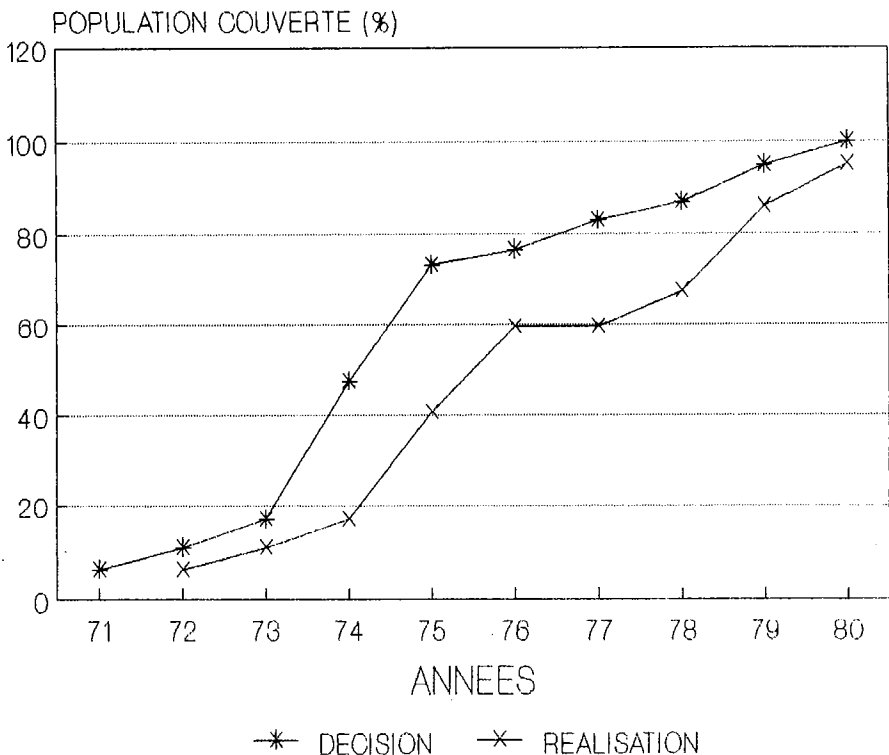


Figure 2.
Progression de la couverture: décisions annuelles et réalisations 1972-1980

Dans les aires où ces symboles de progrès étaient fort vécus, (gare de train, mission catholique) la participation à la construction a été un échec.

4. Résultats

4.1. Efficacité des soins

a) Couverture préventive

Malgré ces difficultés, 16 centres de santé sont construits et utilisés par la population.

La première évidence que les centres de santé apportent une amélioration de l'accessibilité, est l'augmentation de la couverture des soins et notamment des soins préventifs. On voit sur la figure 3 que cette couverture est passée de 20 à 70 % pour la consultation prénatale et de 28 à 75 % pour les enfants à la consultation des nourrissons; ceci sans que l'on ait fait appel à des équipes mobiles.

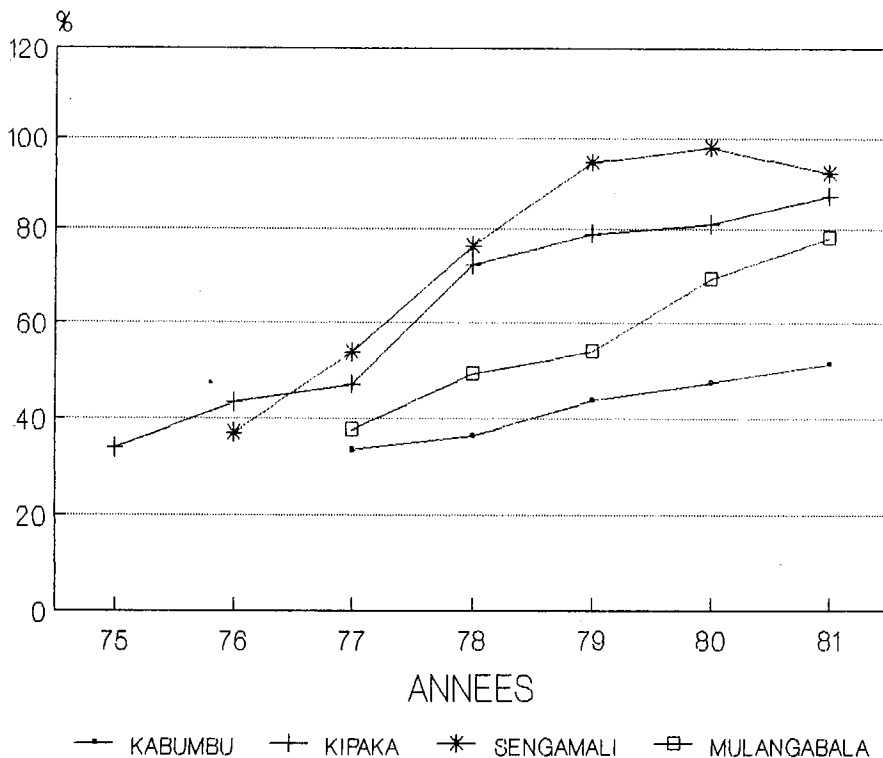


Figure 3.
Evolution de la couverture par le B.C.G. (1975-1981).

b) *Utilisation des services curatifs et décentralisation*

Au point de vue curatif, l'utilisation des services remonte progressivement. Comme le montre la figure 4, les taux annuels d'utilisation pour quatre années oscillent entre 0.8 consultant/habitant/an pour les populations denses et 0.2 consultant/habitant/an pour les populations dispersées.

On peut discuter du niveau auquel on considère que l'utilisation devient insuffisante et une décentralisation plus poussée nécessaire.

La décision de décentralisation dépendra essentiellement du degré de participation de la population. Car celle-ci est entièrement à sa charge. La décentralisation peut se faire sous la forme de cases de santé de village avec les agents de santé de village pris en charge par le village et responsables des soins curatifs élémentaires, du soutien aux activités de PMI et de la promotion de l'hygiène, où sous forme de stratégie avancée à partir du centre de santé. Il s'agit d'augmenter la couverture des activités préventives (vaccinations, consultations prénatales, consultations préscolaires) dans les villages.

Ces formes de décentralisation complètent l'action de la structure sanitaire de base qui est le centre de santé.

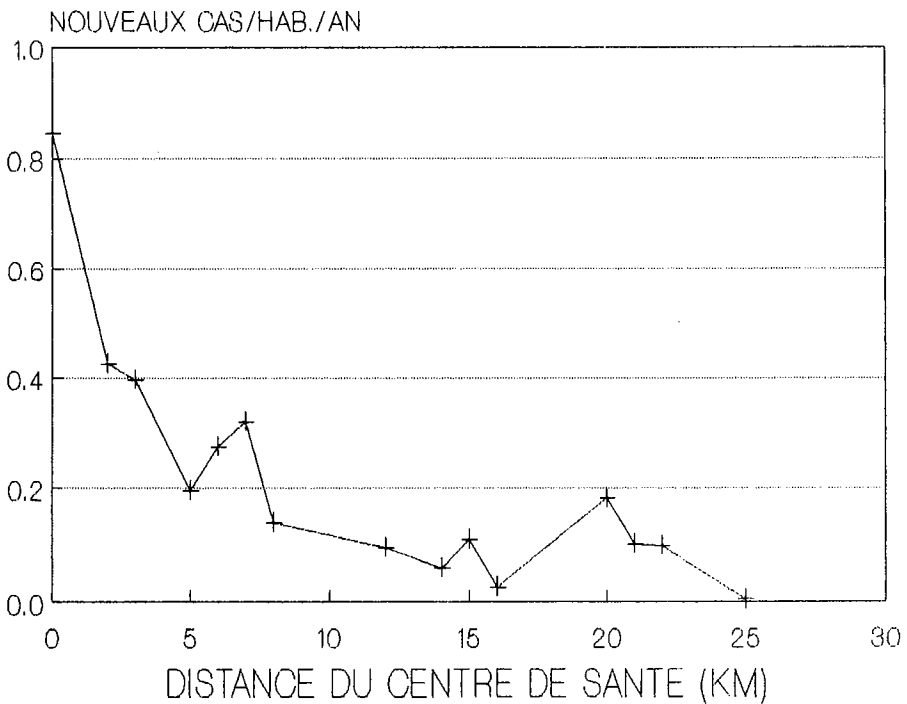


Figure 4.
Utilisation des centres de santé ruraux selon la distance.

c) La rationalisation

L'efficacité du système de santé suppose *une rationalisation des activités*, et notamment des activités de diagnostic/traitement.

Afin de redonner aux infirmiers des centres de santé un comportement efficace, devant les plaintes des malades, comportement que beaucoup perdent très vite, des ordigrammes ont été élaborés (7).

La rationalisation des soins curatifs s'est accompagné d'une amélioration nette de l'efficacité. C'est ainsi, par exemple, que le comportement traditionnel des infirmiers devant les pertes de sang chez la femme était d'injecter la Vitamine K où la dicynone. En conséquence les grossesses extra-utérines étaient rarement diagnostiquées où arrivaient trop tard à l'hôpital. On a vu leur nombre quadrupler à la suite de la rationalisation du comportement devant les pertes rouges chez la femme.

La prise en charge des maladies chroniques est un indicateur qui intègre la qualité de l'interface service de santé-population et la qualité des soins notamment la continuité.

Une étude du suivi des malades tuberculeux a montré que sur cent malades qui commencent le traitement à l'hôpital 20% seulement sont encore en traitement au bout d'un an contre 65% parmi ceux qui débutent leur traitement aux centres de santé (8).

Le degré plus élevé de continuité réalisé par les centres de santé est sans doute lié à la décentralisation des soins qui a rapproché le patient de son lieu de traitement. Mais ce facteur est insuffisant à lui seul s'il ne s'accompagne d'une plus grande confiance de la population dans le service.

Pendant une certaine rigidité dans l'application des ordinogrammes, le manque de données simples d'évaluation compréhensibles par la population et discutables par elle ont entraîné des frustrations et un certain mécontentement dans certaines couches de la population. Ces aspects restent donc à approfondir.

4.2. La reproductibilité des méthodes

a) *Le coût des services*

En se fixant comme cadre des activités, les ressources dont dispose l'Etat, le projet Kasongo se mettait à l'abri du danger de réaliser un morceau de bravoure dans le district.

D'autre part, l'unité d'intervention du projet n'est pas un dispensaire ou un hôpital isolé, mais l'unité de planification sanitaire du pays appelée zone de santé ou district sanitaire.

La volonté de ne pas devenir un projet trop ambitieux se concrétise dans les ressources engagées.

Si on y inclut les salaires des trois médecins coopérants et le coût de la supervision par l'équipe de l'URESP-IMT Anvers, on obtient un coût total de fonctionnement de 2,90 US\$/habitant/an.

Ce coût est compatible avec le budget de fonctionnement des services de santé au Zaïre évalué à 3 US\$/habitant/an (l'aide des principales coopérations incluse, sans les salaires des experts).

b) *Le financement des services*

Le financement de l'ensemble du système est assuré à concurrence de 22% par la population, 8,2% par l'Etat, 24% par les coopérations internationales et 45% par la coopération bilatérale.

Ce budget est à l'image de celui du Ministère de la Santé Publique dans lequel l'Etat intervient pour 1 US\$ dans le financement des soins dont le coût est évalué à 3 US\$.

Au niveau des centres de santé l'autofinancement (la participation de la population et le financement de l'Etat) avoisine les 50%.

5. Conclusions

Les ressources financières, matérielles, et en personnel engagées dans un projet constituent une condition importante de la reprise des méthodes au niveau du pays et de leur généralisation éventuelle.

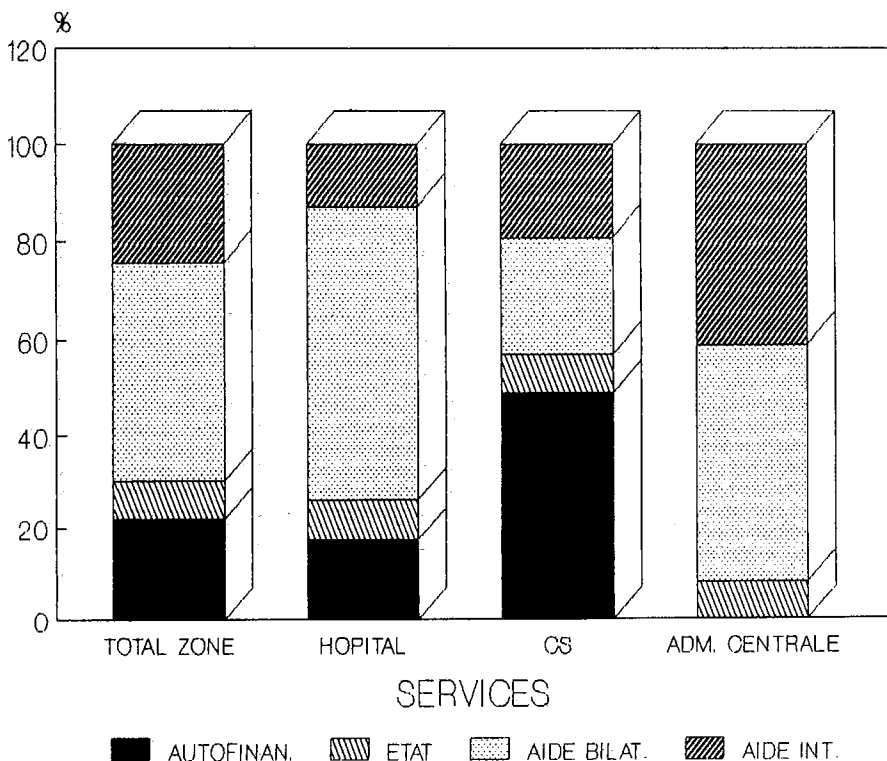


Figure 5.
Financement des services de santé de la zone de Kasongo en 1986.

Le projet Kasongo en fonctionnant dans le cadre des ressources disponibles et ne créant pas de coût récurrent supplémentaire pour l'Etat s'est placé dans des conditions favorables pour la généralisation de ses méthodes et approches des problèmes.

C'est ainsi que plusieurs méthodes ont été adoptées au niveau national. Citons: le modèle de centre de santé, la planification de l'implantation des centres de santé dans la zone, et la rationalisation du curatif.

Cela a pu se faire grâce à l'action combinée des médecins sur le terrain et de l'enseignement à Anvers. Les médecins sur le terrain sont restés en contact avec les autorités médicales du pays et ont participé activement à la formulation de la politique nationale des soins de santé primaires en assistant à divers colloques et séminaires. La formation organisée dans le projet, pour les médecins et infirmiers des autres zones a permis de diffuser les méthodes.

La nomination de certains médecins du projet à des postes de responsabilité dans l'administration centrale du Ministère de la Santé a enfin permis d'influer sur les décisions et les orientations de la politique nationale.

L'équipe URESP-IMT chargée de l'enseignement a fait surtout un travail de cristallisation des concepts, en débarrassant les actions de leurs particularismes locaux pour en dégager les principes généraux, applicables dans d'autres contextes.

Cependant, ce modèle d'organisation ne constitue pas une recette. Comme tout modèle, celui-ci évolue dans un environnement dynamique et changeant et doit donc faire l'objet d'adaptations et de révisions constantes. Il peut aider à mieux connaître quantitativement et qualitativement certains problèmes existants.

La recherche sur le système de santé reste donc une interrogation permanente sur les problèmes de santé et leur gestion. Il faut chaque fois formuler des nouvelles hypothèses et tester des solutions ou des modèles d'organisation et de gestion.

Pensons par exemple au rôle des services de santé de base dans le problème actuel du SIDA.

On pourrait schématiser la recherche sur le système de santé sous forme d'un circuit d'informations qui influence le modèle.

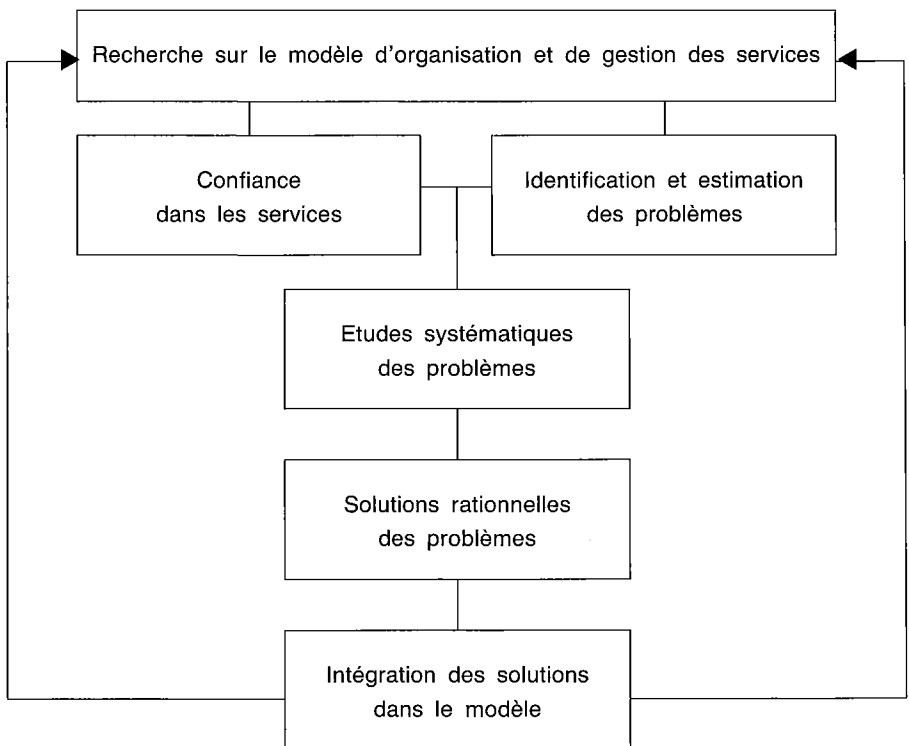


Figure 6.
Schéma de recherche continue sur les systèmes de santé

L'articulation entre une équipe universitaire et une équipe sur le terrain paraît indispensable pour atteindre les résultats décrits ci-haut.

Dans le cas du projet Kasongo, l'apport de l'équipe de l'URESP-IMT a surtout consisté en effort de cohérence des actions entreprises sur le terrain avec les objectifs à long termes. Le projet aurait perdu beaucoup de sa

pertinence et de son efficacité s'il n'y avait pas eu la remise en question permanente des actions par des personnes compétentes et extérieures. Cette remise en question est rarement possible autrement, pour les chercheurs engagés sur le terrain.

REFERENCES

1. Kasongo Project Team, The Kasongo project; lessons of an Experiment in the Organisation of a System of Primary Health Care. Antwerp, Institute of Tropical Medecine, 1982, 54 pp.
2. Kasongo Project Team, op. cit.
3. Verhaegen B., Rébellions au Congo 2, IRES; les Etudes du C.R.I.S.P., Bruxelles, 1969.
4. Document du projet Kasongo (non publié).
5. Pangu K.A., «La santé pour tous» d'ici l'an 2000: c'est possible. Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la Zone de Kasongo. Thèse ULB Bruxelles, 1988.
6. Kasongo Project Team, Primary Health Care for less than a dollar a year, World Health Forum, 1984, 5, 211-215.
7. Daveloose P., Etude méthodologique de la consultation de pédiatrie, Thèse CIPS Anvers 1975-1976.
8. Kasongo Project Team, and the Unit for Research and Training in Public Health (URESP), IMT, Antwerp, The impact of Primary and Secondary Health Care Levels on tuberculosis Control Activities in Zaire. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis, 1982, 57, 150-155.