

SANTE ET COMMUNAUTE

**CONTRIBUTION DES SERVICES DE SANTE
DE BASE AU DEVELOPPEMENT D'UNE
INTERFACE ADEQUATE AVEC LA COMMUNAUTE**

H. VAN BALEN

1. ALMA-ATA, UNE ETAPE IMPORTANTE

Durant les décades qui ont précédé ALMA-MATA, les fournisseurs de soins de santé, les organisateurs de services de santé, tout comme les organisations gouvernementales et non gouvernementales étaient confrontés à des problèmes pour lesquels ils ont trouvé des solutions mais aussi connu des échecs dans leurs efforts de rendre des soins de santé adéquats disponibles à chacun.

Durant les années cinquante, des hôpitaux ont été construits et équipés, des médecins (d'une façon préférentielle des spécialistes) ont été formés de façon à rendre disponible à de plus en plus de gens la nouvelle technologie médicale qui semblait pleine de succès. Le progrès technique a soulevé, il faut le dire, un énorme espoir: des problèmes qui intéressaient le monde entier -tels que la malaria- étaient en train d'être éradiqués pourvu que les ressources nécessaires étaient rendues disponibles.

La déclaration des droits de l'Homme, la restauration des démocraties, le souci d'une justice sociale ont contribué à amener des systèmes de sécurité sociale dans beaucoup de pays: des taxes à l'échelon nationale ou des schémas d'assurance (obligatoires) allaient garantir un accès (gratuit) aux services de santé. Vers la fin des années cinquante et durant les années soixante, la conscience de l'importance des aspects opérationnels des soins de santé a été croissante: la décentralisation des services de santé avec une technologie simple réalisée par un personnel de santé moins qualifié a été introduite. Cette décentralisation était très souvent organisée comme une extension des services centraux, une solution de pis-aller pour des gens vivants trop loin des villes importantes et pour lesquels un service "vraiment bon" n'était pas accessible.

Parce que les soins de santé étaient considérés comme des droits de l'Homme, même dans les pays pauvres, les gouvernements ont développé des systèmes de santé gratuits répondant à des besoins de santé déterminés par les professionnels de santé. Une fois de plus, les gens n'ont pas réagi comme les travailleurs de la santé pensaient qu'ils devaient réagir. L'éducation sanitaire devint un mode. C'était d'une part une forme de "marketing social", et d'autre part une communication à sens unique: essayer de convaincre les gens à faire ce que les travailleurs de la santé considéraient être bon pour eux.

Au même moment, d'autres structures ont répondu à la demande des soins: des vendeurs de médicaments, des dépositaires de stock de médicaments, toutes sortes de guérisseurs habiles.

Dans les années soixante-dix, dans beaucoup de pays riches, il devint évident qu'un système de sécurité sociale qui amenait une hyperconsommation médicale aliénait la population. La sécurité sociale a tellement bien réussi qu'elle a menacé l'autonomie de l'individu, de la famille et de la population en matière de santé.

Quelques groupes, enthousiastes pour sauvegarder leur capacité de choisir d'une façon autonome en matière de santé, ont réclamé des médecins généralistes, des services de santé capables d'établir des relations humaines, de communiquer avec les personnes et leurs familles.

Dans les pays pauvres, il devint évident que des soins de santé gratuits ne pouvaient plus être délivrés d'une façon acceptable quand les ressources étaient insuffisantes. Beaucoup d'initiatives locales, souvent réalisées par les organisations non gouvernementales, ont montré qu'un paiement raisonnable à la charge du patient, simplement, en rendant disponibles des médicaments essentiels et des équipements, améliorait l'acceptabilité des services de santé. D'autre part il était montré qu'un dialogue réel, une interaction vraie entre les fournisseurs des services de soins de santé et la population augmentait l'autonomie et l'initiative (6). La déclaration d'ALMA-ATA par les Etats membres de l'OMS en 1978 a été le point culminant d'une longue période de travaux de terrain et de recherches concernant l'optimisation des soins de santé, appuyé sur une vision à long terme. La définition des soins de santé Primaires (article 6 de la déclaration d'ALMA-ATA) insiste sur l'équilibre dynamique entre d'une part l'autonomie de la population et sa responsabilité et d'autre part, l'efficacité et l'efficience des services de santé. Cela signifie la prise de décision participative dans les matières de santé. Une telle participation continue exige une "interface", des "lieux" d'interaction dynamiques, entre les fournisseurs des services de soins de santé et la population.

En fait, l'ardeur que mettent les gens à influencer leur santé est conditionnée par un système de valeurs complexes, alors que la logique du service de santé est basée sur une analyse de la souffrance causée par les problèmes de santé et la possibilité de réduire ou de supprimer cette souffrance par les soins de santé ou par leur promotion. Améliorer la santé n'est pas toujours une priorité, ils n'acceptent que les efforts nécessaires pour l'amélioration de la santé menaçant la réalisation de valeurs qu'ils considèrent plus importantes. La fonction de l'"interface" est d'amener l'interaction entre la logique de la communauté et la logique des travailleurs de la santé d'une telle façon que tous les éléments soient pris en compte pour la recherche des solutions: la demande des individus, le coût social des problèmes sous-jacents et l'efficacité de la solution des gens aussi bien que l'efficacité des solutions du service et les efforts qu'ils exigent.

2. ERREURS LORS DE LA MISE EN PRATIQUE DES INTERFACES APRES ALMA-ATA

- * Généralisation trop rapide d'expérimentations locales réussies.

Il n'y a pas de doute que dans beaucoup d'endroits une interaction dynamique entre les deux logiques a été réalisée et l'est encore, mais la plupart du temps, dans des expériences à petite échelle.

Lorsque ces expérimentations ont été appliquées sur une large échelle, trop souvent la complexité des systèmes ou l'allure des changements des comportements ont été négligées. En réalité quelques gouvernements ou des agences financières impliquées dans les soins de santé primaires ont cherché des solutions rapides et des "succès instantanés". Des projets locaux ont été trop rapidement étendus aux systèmes nationaux. Ceci est souvent plutôt dû à des raisons politiques qu'à des raisons pragmatiques. Et comme conséquence, il n'y a plus de place laissée pour l'ajustement du système ni pour son adaptations aux situations locales. De tels programmes définis à un niveau national (ou même international) ont souvent été poussés à l'échelon local en incluant une interface truquée. Dans beaucoup de pays, les soins de santé primaires sont même devenus un programme vertical avec leur propre structure à côté des services de santé "modernes" apparemment non perturbés et à côté du système de santé traditionnel (8).

Au Niger (1), une interaction réussie entre le service de santé et la communauté locale a été observée dans les années soixante. Les villageois y avaient décidé eux-mêmes d'augmenter leur propre capacité de s'attaquer à certains problèmes sélectionnés parmi une série de problèmes couvrant tous les secteurs de développement. Dans les villages où un problème de santé était sélectionné, le service de santé était consulté pour explorer comment la capacité du village, pour s'attaquer à ces problèmes, pouvait être améliorée. Comme résultat de l'interaction, un type de soins de santé basé sur la communauté était développé: une pharmacie de village, un ou deux travailleurs de santé du village, un ou deux trésoriers et un comité de santé. Après quelques années, l'expérience a montré que la continuité de ces initiatives exigeait une interaction réellement intense entre les services de santé de première ligne et les villages et que ceci ne pouvait être réalisé pratiquement que dans un nombre limité de villages.

A la fin des années soixante-dix, un bailleur de fonds a offert des millions de dollars pour étendre les succès locaux au système national. Malheureusement, les responsables des programmes ont agi comme une personne qui est émerveillée devant un très beau papillon, et de façon à en obtenir beaucoup, sans délai, ouvre les chrysalides pour accélérer le développement de ces papillons. Une direction nationale de soins de santé primaires a été créée, des cadres nommés à tous les échelons, un calendrier fixé pour équiper en 5 à 10 ans tous les villages d'unités de santé communautaires. Parce que le plan se réalise au moins vite que prévue et pour atteindre la cible en termes de nombre de villages devant être "équipés", de petits stimulants financiers ont été offerts aux animateurs de santé de village. Il ne s'agissait plus dès lors d'une participation à la décision d'augmenter la capacité de la communauté à s'attaquer à un problème qu'ils ont sélectionné eux-mêmes parmi d'autres. Les travailleurs de santé du village n'étaient plus les facilitateurs d'une initiative du village ni un poste avancé du village pour la communication avec les services de santé. Ils étaient devenus, au contraire, des exécutants d'un programme de haut en bas, des postes avancés des services de santé.

Bien qu'ils n'étaient pas réellement familiers avec la logique des services de santé, on a attendu d'eux qu'ils expriment cette logique dans leur interaction avec les villageois. La capacité de soutien du service de santé périphérique n'a pas été considérée, elle devint très rapidement insuffisante pour que puisse se maintenir une interaction dynamique avec toutes ces personnes. Beaucoup de fausses attentes, beaucoup d'abandons ou de déviations menant tout simplement à vendre des médicaments à la demande en ont été les résultats.

* Négligence du savoir-faire de la population.

Une observation personnelle (8) dans un autre pays de l'ouest africain illustre combien, en imposant aux villageois un modèle standard de participation conçu au niveau central, ce modèle peut être en contradiction avec le développement du savoir-faire des gens en matière de santé.

Quelques semaines avant notre visite, dans un village d'environ 500 habitants, on a demandé aux villageois de sélectionner deux personnes à former comme travailleurs de santé du village. Les principaux objectifs de ce programme de formation étaient: pouvoir traiter la fièvre avec la chloroquine, désinfecter les blessures, utiliser les sels de rehydratation orale, appliquer la pommade ophtalmique et administrer de simples analgésiques. La conversation que nous avons eue avec un groupe d'environ une vingtaine d'habitants du village a été très informelle. Elle a révélé qu'ils connaissent toutes les doses de chloroquine pour les enfants de différents âges. De plus, le médicament était habituellement vendu dans tous les villages par un colporteur à un prix comparable à ce que les futurs travailleurs de santé du village pouvaient demander. Questionnés sur la façon de s'occuper des blessures, les villageois en réfèrent à un des leurs, un homme adulte. Il connaissait les plantes à appliquer sur les blessures. Il reconnaissait aussi que cette sorte de pansement n'était pas vraiment efficace en cas de blessure profonde. Pour ces cas, il avait développé une nouvelle technique depuis un moment. Il écrasait les feuilles, les mélangeait avec de la poudre de capsules rouges (tétracycline) vendue par les colporteurs et l'appliquait sur la blessure. Il avait noté de bien meilleurs résultats depuis qu'il utilisait cette méthode. Le sujet suivant était la diarrhée. Pour cela les villageois s'en réfèrent à une personne de leur village. Son traitement était une décoction de feuilles de goyave. A son avis, le liquide devait être limité autant que possible parce qu'il maintenait la diarrhée. Il a pu se rappeler d'un cas mortel survenu à la suite d'une diarrhée sévère quelques années plus tôt. Une conversation entre le staff médical et cette personne à propos de ce à quoi ressemble un enfant déshydraté a amené ce dernier à reconnaître que cela ressemble à une outre vide. L'idée d'ajouter plus d'eau à la décoction administrée à un tel enfant de façon à prévenir sa complète déshydratation a retenu toute l'attention.

Même si l'"expert en diarrhée" n'a pas été complètement convaincu, au moins une discussion ouverte a démarré, et la prochaine fois qu'il sera confronté à un cas semblable, il pourrait bien se souvenir de notre discussion.

Vers la fin de la réunion, nous nous sommes rendu compte que deux des plus jeunes avaient écouté tout le temps sans participer à la conversation. Quand nous avons demandé qui ils étaient, il nous a été répondu qu'ils étaient les deux personnes qui devaient être formées comme agents de santé du village.

Au moins deux leçons peuvent être tirées de cette observation: D'abord une communication régulièrement renouvelée entre les travailleurs de santé de premier échelon compétents et les villageois (par exemple après une session de SMI), en greffant une nouvelle connaissance et compréhension sur les capacités existantes, peut améliorer l'autogestion de cette communauté et leur compréhension de la complémentarité du service de santé.

Deuxièmement, la formation des travailleurs de santé du village avec un programme standardisé centralement négligé la "culture sanitaire" existante. Elle consacre des ressources des services de santé au développement de nouvelles structures qui ne tiennent pas compte d'"experts de soins de santé" reconnus au village. Ceci n'est vraisemblablement pas une approche appropriée pour obtenir une osmose entre la logique du service de santé et celle de la population. Dans les deux exemples, la réduction des SSP à la formations d'agents de Santé du village a complètement détérioré les "lieux de communication" entre le service de santé et la population.

Des initiatives similaires ont été enregistrées partout dans le monde. L'empressement à réaliser l'"équité", à rendre les soins de santé et l'éducation sanitaire universellement accessibles, a fait oublier l'efficacité des soins, la possibilité de continuer ce qui a été commencé, les valeurs de la population et leur demande et la nécessité de développer un service de santé qui est capable de répondre à leurs attentes. En matière de communication et de décision participative, cela a été souvent contreproductif.

* Limitation des fonctions des comités de santé à la trésorerie.

Les comités de santé sont une autre structure à travers laquelle certains types d'interaction entre la communauté et les services de santé peuvent avoir lieu. Dans certains endroits ils jouent un rôle significatif pour l'ajustement du service de santé aux besoins ressentis par la population et pour la participation des gens aux activités du service de santé en incluant un financement complémentaire. Dans cette structure, malheureusement, l'interaction a été trop exclusivement centrée sur l'auto-financement des services de santé. Si le recouvrement des coûts est le seul objectif de ce comité, les services de santé hésitent à réduire les barrières financières pour les plus pauvres.

L'initiative et l'entraide sont découragées dans la population, de même que le personnel de santé est dissuadé d'accorder beaucoup de temps à la communication avec les patients. Parfois, le comité contrôlant les ressources financières est composé de gens pour qui le fonctionnement adéquat du service de santé, l'interaction entre le rationnel de la population et celui du service de santé ne sont pas leur première préoccupation. Dans ce cas, les gens qui utilisent et payent pour les services aussi bien que le staff du service de santé, pourraient bien être trahis: seulement une petite fraction de l'argent collecté par les patients payants est utilisée pour l'auto-financement du service. Une fois encore un canal potentiel de participation est sacrifié.

* Désintérêt pour les soins curatifs.

Au début des années quatre-vingt, un groupe de professionnels a avancé l'idée de soins de santé primaires sélectifs. Ceci était basé sur l'illusion que les problèmes de santé sont seulement dus à quelques causes vulnérables et que les soins de santé peuvent être acceptables sans tenir compte de la demande des gens pour les soins de santé curatifs (3). Dans cette approche une interface entre la population et le service de santé peut seulement être conçue comme un instrument de "marketing social" pour vendre les services sélectionnés par les professionnels de santé. Il n'y a pas de plan pour l'utilisation des canaux de communication de façon à modifier lentement le fonctionnements des infrastructures de santé. Il n'y a pas de stratégie flexible partant de la culture de la santé existante localement et de la demande pour les soins.

* Simple réponse à la demande.

D'autre part quelques initiatives étaient trop exclusivement basées sur cette culture sanitaire locale et la demande: les coopératives, les paroisses, les vendeurs de médicaments, les praticiens privés, les soins de santé organisés qui n'étaient pas dérangés par l'irrationalité de la demande des gens pour les soins. Ils n'ont pas vu l'intérêt d'un dialogue continu avec le service de santé. Les professionnels de santé sont perçus comme une ressource externe que l'on peut appeler pour des raisons purement techniques (7). En répondant simplement à la demande concrète sans un échange continu avec les services de santé à propos du rationnel de la demande, cela maintient, entre autre, l'hyperconsommation, l'utilisation des médicaments inefficients, la possibilité pour des patients anxieux de s'approvisionner en drogues multiples, la discontinuité des soins etc.

* L'hôpital, interface inappropriée pour les citadins.

Le souci de l'équité a eu une autre conséquence logique: plus d'efforts devaient être orientés vers le développement des soins de santé de la zone rurale.

Beaucoup de pays peuvent être fiers du réseau de centres de santé ruraux et des postes de santé qui ont rendu beaucoup plus accessibles à la population rurale les soins de santé et la communication en matière de santé. Malheureusement, les hôpitaux urbains avec leurs consultations externes ambulatoires, surpeuplées, ainsi que leurs consultations de SMI ont été implicitement considérés comme convenables en tant que canaux de communication en matière de santé pour la population urbaine. Comme conséquence, le développement des services de première ligne, en interagissant avec une population limitée et reconnue, a été négligé. On n'a pas profité de l'occasion de créer dans les zones urbaines une interface où la toute puissance de la technologie médicale et des médicaments nouvellement développés aurait pu être démystifiée.

Comme conclusion: Lorsqu'on planifie le service de santé, la capacité de communication avec la population cible devrait certainement être prévue. Mais on devrait garder à l'esprit que le domaine de l'interaction entre la logique du service de santé et celle de la population est faite d'une série de "lieux de communication" variés et flexibles à différents niveaux. L'interface ne peut être réduite à des travailleurs de santé de village, ni à des comités de santé ni non plus à des contacts superficiels à la consultation ambulatoire de l'hôpital ou chez le praticien privé. Elle ne peut pas être restreinte à la zone rurale. De plus, les décisions participatives doivent être compatibles avec le système intégré: Le service de santé doit être capable de réaliser ces engagements dans les décisions; cela veut dire fournir les services convenus aussi bien que la supervision et le support logistique nécessaire.

3. LE CENTRE DE SANTE COMME INTERFACE PRIVILEGIEE. PROBLEMES STRUCTURAUX (*)

En dépit des applications biaisées réalisées dans le passé, la stratégie des SSP (**) reste d'une pertinence universelle. De même, dans le futur, la réalisation d'une globalité et d'une accessibilité dépendra d'une approche participative, même si les modes d'application varient selon le contexte social, culturel et économique et changera au cours du temps.

Dans l'optique de réaliser un mélange optimal de planification de haut en bas et de bas en haut, l'OMS a formulé à HARARE en 1987 des recommandations pour le "renforcement des systèmes de santé de district basés sur les SSP". L'organisation rationnelle d'un système de soins de santé intégrés au niveau d'un district signifie complémentarité -pas compétition- entre les deux logiques du système, celle des professionnels de santé et celle de la population.

S'il s'agit de délivrer des soins globaux, les services de santé de première ligne sont les endroits privilégiés où cette interaction entre les deux logiques peut prendre place. Cette première ligne doit être complétée et non pas entrer en compétition avec les services de deuxième ligne. L'établissement des réseaux urbains et ruraux de services de santé de premier échelon -appropriés, accessibles et acceptables- constituent le côté service de santé de l'interface et doivent être aussi près que possible de la communauté qui était reconnue comme bénéficiaire et participante. Dans ce cas "approprié" signifie que dans un tel centre la qualité de la communication est aussi importante que la validité du message et que l'empathie de son personnel est aussi importante que sa compétence technique.

* Le paquet minimum de service nécessaire à une interface "saine".

Dès lors les services de santé de première ligne devraient tout d'abord contribuer à développer une relation saine entre le service et la population, relation basée sur une confiance mutuelle. C'est pourquoi il est important que le service réponde vraiment, en priorité, aux besoins ressentis par la communauté.

La demande des gens est le plus explicitement formulée à la consultation curative. Toutefois, pour qu'elle contribue à une interaction saine, cette demande doit être abordée en tenant compte effectivement des besoins définis par les professionnels de santé. Cela inclut l'utilisation efficiente des médicaments (de façon à contrebalancer la publicité), le soulagement de l'anxiété, l'accès à un niveau de référence lorsque c'est nécessaire et les décisions participatives (prendre la dimension humaine totale du patient en considération).

L'organisation des soins et le suivi actif des patients chroniques est une deuxième priorité. Ces services impliquent beaucoup plus qu'une simple activité curative. La composante "maintien de la régularité" est un excellent lien vers l'aspect plus éducationnel des soins préventifs. En vérité, la régularité des patients qui ne se sentent plus malades est une excellente opportunité pour les travailleurs de la santé de tester leur capacité à communiquer avec les gens, parce que cela concerne un petit nombre d'individus bien connus. On peut dire, dès lors, qu'il est un indicateur de sa capacité de communiquer avec la communauté pour des objectifs plus ambitieux de type préventif et promitif. Le maintien de la régularité sollicite une capacité d'auto-évaluation par le traitement des données qui sont relativement simples à collecter. Cela implique une stratégie systématique de récupération des cas, ce qui permet de faire des visites à domicile avec des objectifs. La structure d'une telle stratégie implique l'identification d'un petit groupe de gens, des déterminants environnementaux et culturels de comportement humain et la définition des moyens pour les influencer positivement.

(*) Les chapitres 3 et 4 sont basés principalement sur les références 4 et 5

(**) SSP = Soins de Santé Primaires

Les soins et le suivi actif des groupes à haut risque appartiennent aussi au paquet minimum d'un service de premier échelon. Dans n'importe quelle communauté, des groupes à haut risque sont identifiés. Ils peuvent inclure un groupe de gens exposés à des risques professionnels, des travailleurs industriels aussi bien que des agriculteurs exposés à des pesticides, par exemple. Cela pourrait être des groupes d'âge, comme les vieilles personnes ou les enfants à l'école. Cela pourrait être aussi des femmes enceintes ou des femmes à risque de grossesse non désirée. Des soins curatifs, des soins continus aux patients chroniques (incluant leur suivi) et les soins préventifs (plus le suivi des personnes à haut risque) sont les trois services de base répondant aux besoins ressentis qui surgissent au niveau de la communauté.

Le niveau technique du centre de santé devrait être tel qu'il permette de créer une confiance en répondant d'une façon satisfaisante à une part significative des principaux besoins ressentis par les gens. Ce niveau technique devrait être développé du moment et à l'endroit où cela contribue à développer la confiance de la population dans le service. Par ailleurs, il devrait aussi être tel qu'il puisse satisfaire les attentes professionnelles des travailleurs de la santé. En d'autres mots, le niveau technique du centre de santé devrait à tout moment encourager l'aspect relation humaine des soins, l'aspect caractéristique des soins au niveau des services de premier échelon. Les autres fonctions comme l'hygiène du milieu, l'éducation sanitaire de la communauté, le logement, les campagnes systématiques devraient être développées graduellement dans un processus à long terme, mais il devrait résulter de l'interaction entre le service de santé et la communauté. Elles ne devraient pas être planifiées avant que les besoins réels aient été identifiés. Ce diagnostic communautaire est un processus graduel qui s'étend à long terme. Les activités de promotion de santé ne devraient pas être mises en place avant que la communauté ait reconnu ces besoins et leur priorité relative.

Un service de premier échelon répondant à ce critère fonctionne selon le concept de centre de santé.

* Conditions structurelles pour l'établissement d'un centre de santé.

Si le côté professionnel du système de santé du district désire offrir ces soins globaux, continus et intégrés au niveau du service de premier échelon et désire promouvoir un dialogue permanent entre la population et le staff et par conséquent impliquer la population dans les activités, un certain nombre de conditions structurelles doivent être établies.

La structure du service de santé de premier échelon (S.S.P.E.), le centre de santé, devrait être telle qu'elle puisse créer un maximum d'opportunités d'accessibilité à tous les niveaux (mental, culturel aussi bien que physique).

La taille optimale et le nombre de "centres de santé" dans un district sera plutôt un compromis entre l'accessibilité et la technicité. Un accès facile est une condition pour des relations humaines de bonne qualité. Un certain niveau de technicité est une condition pour la délivrance de soins pertinents (complémentaire à ce que les gens peuvent faire eux même).

* Population à couvrir.

Clairement la taille de la population couverte déterminera tous les autres problèmes structurels quantitatifs. Le risque est de s'axer trop sur l'accessibilité géographique: d'une façon évidente ceci est la variable la plus facile à mesurer. Deux situations extrêmes pourraient illustrer le risque de ne considérer que l'aspect géographique de l'accessibilité.

Population éparpillée: le centre de santé risque d'être trop petit et dès lors, la technicité à peine pertinente. Apparemment, l'accessibilité physique au centre de santé sera bonne mais elle entraînera un besoin plus fréquent de référence vers une unité de référence qui sera plus distante et dès lors moins accessible comparée à un centre de santé qui couvre une population plus grande, qui est légèrement plus distante, mais qui est mieux équipée. Même en éliminant la faible acceptabilité d'un centre de santé hypersimplifié, l'accessibilité physique d'une grande partie des soins essentiels pourrait être en réalité diminuée. De plus la supervision d'un trop grand nombre de centres de santé par le staff de district deviendrait inadéquate, voire impossible.

Population dense: Risque d'avoir un grand centre de santé, conduit par un personnel pléthorique qui perdrait toute capacité pour des soins globaux et continus. De tels centres ne sont pas appropriés parce qu'ils n'ont pas d'avantage sur l'accès direct à l'hôpital. Non seulement la composante humaine du centre de santé serait menacée et sa qualité de soins diminuée, mais en plus les gens se rendraient continuellement et directement à l'hôpital et l'engorgeraient avec des problèmes simples. Si on augmentait le coût en équipement, on atteindrait un niveau de technicité qui n'est pas sollicité, et à long terme même la qualité technique de l'hôpital serait mise en danger.

Dans les deux situations, le critère "taille de la population à couvrir" est un critère plus pertinent que la distance. Si dans des zones habitées d'une façon éparpillée ce critère n'assure pas une accessibilité géographique parfaite pour l'ensemble de la communauté, les travailleurs de santé pourraient imaginer une extension des activités du centre (sous-centres, services mobiles, travailleurs de santé du village). Ceci souligne l'avantage de l'approche globale au niveau du district pour apporter la souplesse dans l'interprétation des standards nationaux qui sont plutôt des moyennes indicatives nécessaires pour la distribution des ressources.

* Taille des constructions.

La taille des bâtiments, la taille de la population et celle de l'équipe ainsi que le niveau de technicité sont liés. Il y a dès lors quelques considérations générales:

- "Le design" devrait être aussi simple que possible, il devrait répondre aux besoins de l'organisation du service.
- Il devrait plus particulièrement tenir compte des besoins de réunion des gens (comité de santé par exemple).
- Il serait bon par ailleurs que les réunions soient tenues dans un espace ouvert et non pas derrière des portes fermées.

A ce propos, on peut tenir compte de la disponibilité des autres bâtiments de la communauté (un autre avantage de la planification globale par district) comme une opportunité de travailler avec les autres secteurs.

* Equipe du centre de santé.

La meilleure condition pour une interaction active avec la communauté est créée lorsque le centre de santé est géré par une petite équipe intégrée, ce qui signifie une équipe de travailleurs de santé agissant comme un ensemble polyvalent. Une équipe intégrée est idéalement composée de travailleurs de santé polyvalents partageant, selon leurs qualifications, une responsabilité commune pour tous les problèmes de santé dans la communauté. Si le niveau de travail nécessite des travailleurs de santé spécialisés, et si ces travailleurs travaillent comme on s'y attend dans une équipe intégrée, le développement d'un système de communication intra-équipe, éventuellement avec des références internes, sera nécessaire. Il créera cependant des problèmes humains supplémentaires, sera plus difficile à gérer et dès lors augmentera les risques d'échec. Il n'y a pas de barrières psychologiques plus fortes pour des gens qui ont recours à un service de santé que d'être confrontés à différents travailleurs qui ne connaissent qu'une partie des différents problèmes pour lesquels on veut consulter. Etre polyvalent est encore une des forces du médecin généraliste travaillant seul, et cette expérience ne devrait pas être négligée.

De plus, comme les travailleurs de santé sont des professionnels, c'est un fait qu'ils se différencient déjà de la population par leur compétence professionnelle et ceci constitue en soi un obstacle que les SSP essaient de surmonter. Il est donc important d'éviter les obstacles (culturels ou sociaux) qui risqueraient d'empêcher le développement futur d'une relation empathique nécessaire. Ces obstacles peuvent être réduits en partageant le même environnement social et culturel avec la population et donc en connaissant les gens dans leur environnement. Finalement la formation en techniques de communication est aussi nécessaire que la formation en techniques médicales pour rendre le personnel plus capable de réaliser son travail.

* Financement

Le financement est un autre problème structurel qui doit être résolu si l'on veut développer une interface correcte entre le service de santé et la population. L'autofinancement du centre de santé par une population cible est une excellente opportunité de créer une décision participative, si en plus du budget alloué, cet autofinancement peut rendre possible l'obtention de ressources complémentaires nécessaires pour un meilleur niveau de fonctionnement.

4. LES NIVEAUX D'INTERACTION ENTRE LE SERVICE DE SANTE ET LA POPULATION

Une fois les conditions structurelles réalisées, où devrait-on établir les canaux de communication ?

Le dialogue entre les travailleurs de santé et la population devrait clairement ne pas être une activité "spécialisée".

* Parler avec les individus.

Au niveau individuel, la première et peut-être le plus souvent la moins utilisée des opportunités est la consultation curative. Ecouter les réactions des patients au moment du diagnostic et de la prescription, expliquer et peut-être adapter ce diagnostic et cette prescription de façon à les rendre acceptables est une excellente occasion parce qu'elle s'adresse à un patient en situation de besoin ressenti. Cependant cette opportunité est limitée parce qu'elle pourrait souvent ne pas aller au-delà du problème perçu par le patient et de plus, elle pourrait être biaisée par l'anxiété du patient. Mais ces petits problèmes diminuent à la deuxième et à la troisième visite du patient et à ce moment-là, cela devient très fructueux aussi bien pour des questions spécifiques que pour des questions générales avec les patients chroniques par exemple. Un autre dialogue individuel doit prendre place avec les utilisateurs des services préventifs ce qui élargit l'éventail des possibilités du dialogue à beaucoup plus de conditions de santé que dans la situation de la consultation curative.

* Discuter avec des petits groupes.

Le niveau suivant du dialogue est le dialogue en petit groupe. L'interaction devient alors une activité plus organisée. Des sessions d'animation par exemple avec les utilisateurs des services préventifs, des femmes enceintes suivies en consultation prénatale, ou des mères qui viennent à la consultation des nourrissons doivent être tenues au centre de santé ou lors des activités semi-mobiles. Les petits groupes peuvent être des familles quand des visites à domicile sont faites pour des objectifs spécifiques ou non. Les visites à domicile rassemblant une famille sont très bénéfiques pour les patients chroniques parce qu'à ce niveau de communauté restreinte, cela permet de prévenir l'isolement des patients de leur environnement social immédiat.

Les visites à domicile pour des motifs non spécifiques pourraient être facilement élargies de façon à inclure plus d'une famille et fournir aux travailleurs de santé des occasions de dialogue avec des mini-communautés au niveau des voisins ou du village. De la même façon une consultation de SMI pourrait être suivie par une discussion avec les villageois intéressés ou influents.

* Structurer les représentants de la population.

Le dialogue avec des individus ou des petits groupes ne doit pas empêcher le staff d'avoir un dialogue avec la communauté en tant qu'entité plus ou moins organisée. Cette forme systématique d'interaction est une nécessité absolue lorsqu'il devient nécessaire de développer une prise de décision participative ou la gestion communautaire du système de santé local. Ce type de participation nécessite des réunions régulières avec un "comité de santé" qui peut être aussi bien un corps autonome qu'une émanation d'un "comité de développement" plus général que le comité de santé lui-même. Ce qui est important c'est que le comité soit aussi représentatif que possible. En réalité, le degré d'auto-gestion qui peut être atteint est dépendant du degré de représentativité du comité de santé et de la qualité du leadership communautaire qui a été promu. Le degré de représentativité implique cependant un certain nombre de considérations locales socio-politiques.

* Négociation au niveau du district.

Au niveau du district, les lieux de communication ont aussi un rôle dans l'interaction entre la population et le service de santé du district. La représentativité de la délégation qui négocie est à ce niveau plus importante qu'au niveau local parce que les occasions d'une communication directe sont plus rares.

De la même façon que la communauté est impliquée au niveau du centre de santé (niveau du district où la ligne de référence est située. La participation communautaire au niveau local pourrait être considérée seulement comme un point de départ et dans l'avenir une base forte sur laquelle une projection au niveau du district pourrait prendre support. Le dialogue au niveau local devrait préparer ce développement et être basé sur une vision claire de ce que la communauté locale n'est qu'une part d'une plus large communauté.

Le staff du service de santé au niveau du district devrait être impliqué directement et indirectement dans le développement et l'utilisation des lieux de communication au district.

Bien que le dialogue avec la communauté soit une responsabilité spécifique de centre de santé, les problèmes communautaires sont parfois trop complexes pour être pris en charge efficacement par les travailleurs du centre santé qui ont souvent une faible qualification. Dans de tels cas, il pourrait être nécessaire qu'un staff professionnel de plus haut niveau -de niveau de district- résolve ces problèmes au niveau communautaire ou avec le comité de santé.

L'intervention du staff du niveau de district est aussi intéressante pour des problèmes concernant les aires couvertes par plusieurs centres de santé. Cependant, lorsqu'une demande d'aide est faite au staff, leur contribution externe ne devrait pas interférer avec la relation entre la communauté et les travailleurs de la santé locaux. Le staff du centre de santé ne devrait pas être court-circuité, et au contraire, devrait être continuellement impliqué dans la totalité du processus parce que cette responsabilité leur appartient.

CONCLUSION

Si elles sont développées simultanément à l'interface entre le service de santé et la population, la participation et la rationalisation mettent l'équité et l'auto-gestion en balance avec l'efficacité et l'efficience, et une telle interface contribue à un processus d'amélioration de la santé de la population qui peut être maintenu.

References

1. Belloncle G. et Fournier G. "Santé et développement en milieu Africain". Editions ouvrières, Paris, 1975.
2. Berman, P.A., Gwatkin, D.R. and Burger, S.E. "Community-based health workers: head start or false start towards health for all" Soc. Sci. and Med. 25: 443-459, 1987.
3. X. de Béthune. "Primary health care and its alternative: Selective activities on health status" Working Paper 13, Institute Tropical Medecine, Antwerp, 1986.
4. The Kasango Project Team. "The Kasango Project". Ann. Soc. Belge Med. trop. 60, supplément, 1980.
5. P. Mercenier. The role of the health center in the district health systym based on primary health care". Working document WHO, 1986.
6. K.W. Newell. "Health by the people". WHO, Genève, 1975.
7. Rifkin, S.B. and Walt, G. "Why health improves: defining the issues concerning comprehensive health care and selective primary health care". Soc. Sci. and Med. 23, 559-566, 1986.
8. Senghor D. "Les soins de santé primaires. Révolution ou alibi ?" Famille et Développement 28, 34-58, 1984.
9. Van Balen H. "Primaire gezondheidszorg: geen bijkomend programma maar een fundamentele aanpassing van het gezondheidssysteem". Mededelingen der Zittingen, Koninklijke Academie voor Overzeese Wetenschappen, 33 (2), 277-291, 1987.
10. Walsh, J.A. and Warren K.S. "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries" Soc. Sci. and Med., 14 C: 145-163, 1980.