
Savoir plus pour faire mieux : quelles recherches sur l'intégration?

Wim Van Lerberghe¹ & Guy Kegels¹

Le point de départ de cet ouvrage est la difficulté de réaliser des actions de recherche cohérentes et pertinentes dans le domaine de l'intégration.

Nombreux sont ceux pour qui 'l'intégration' est une des priorités de la recherche sur les systèmes de santé. Les groupes qui s'intéressent à la santé internationale se répartissent classiquement en 'horizontalistes' et en 'verticalistes'. Les premiers sont supposés être 'en faveur de l'intégration', les autres 'contre', mais tous semblent considérer que c'est une piste de recherche à exploiter. Cette belle unanimité disparaît dès le moment où on se trouve confronté aux difficultés de traduire cette priorité en protocoles et pratiques de recherche. Dans une large mesure cela est dû aux équivoques sémantiques qui caractérisent cette thématique.

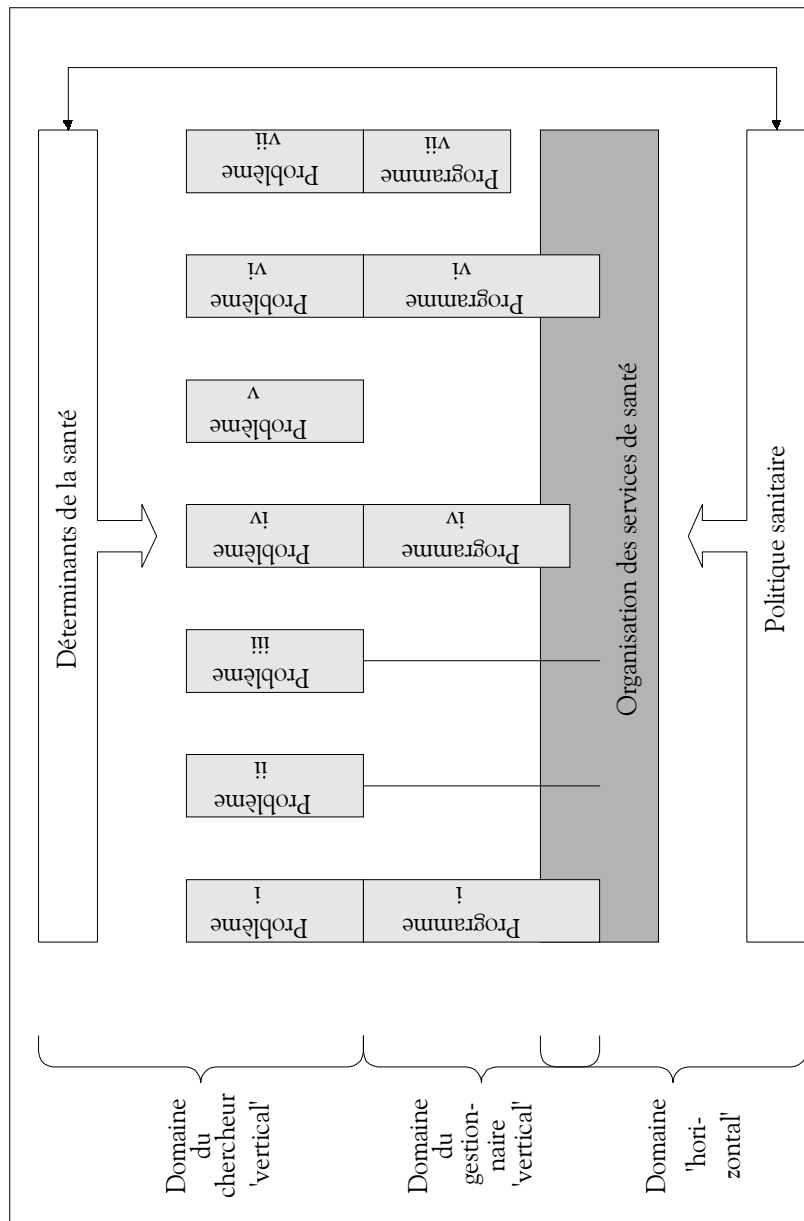
Qu'entend-on par intégration ? L'utilisation récurrente d'un terme parmi les plus galvaudés, dans différents contextes et dans plusieurs sens, ne facilite pas le débat. S'agit-il de favoriser - ou de résister à - l'intégration des programmes dans le paquet minimum de soins ? L'intégration des soins de santé primaires dans la santé reproductive (ou vice versa) ? L'intégration de l'hôpital dans le district ? L'intégration de l'équipe de santé ? L'intégration du système de santé ? L'intégration des différentes disciplines dans les approches de recherche ? L'intégration du développement rural ? L'intégration de la recherche dans le développement ? On pourrait continuer ainsi la liste des thématiques dans lesquelles le mot 'intégration' apparaît avec des sens chaque fois bien différents.

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Si une 'demande' pour de la recherche en matière d'intégration est exprimée par les acteurs de santé internationale, encore faudrait-il pouvoir la formuler clairement. Cet ouvrage veut contribuer à structurer cette problématique, pour aboutir au moins à un jeu de concepts et un langage communs. Cette clarification devrait servir de base à un dialogue entre divers protagonistes dans le monde des soins de santé : entre chercheurs de différentes disciplines, entre gestionnaires et chercheurs, et entre différents types de gestionnaires.

Que faut-il 'savoir' dans le domaine de la santé, et plus précisément des soins de santé : de quelles connaissances et de quel savoir-faire a-t-on besoin pour progresser d'une façon efficace ? Comme les termes 'verticaliste' et 'horizontaliste' sont entrés dans les mœurs, tant pour définir des types de chercheurs que pour définir des stratégies de santé publique, il est commode de prendre cette distinction comme point de départ - même s'il s'agit là d'une simplification évidente. Ce qui nous intéresse peut être compartimenté en, d'une part, les domaines 'verticaux' des systèmes nosologiques (et les 'déterminants de la santé') et leurs programmes correspondants, et d'autre part, le domaine 'horizontal' des services de santé et des 'politiques sanitaires' qui les déterminent (Figure 1). Ce schéma à l'avantage de permettre aux différents chercheurs et gestionnaires de se situer par rapport à un cadre descriptif qui permet d'entrevoir la complémentarité possible entre les différents domaines. On verra que les recherches menées dans ces deux compartiments utilisent des cadres de référence fort différents, que la finalité de ces recherches, leurs clientèles, et les critères de pertinence mêmes sont le plus souvent distincts. Il faut expliciter ces distinctions, les mettre en avant au besoin, pour pouvoir gérer les débats qui restent sinon caractérisés par une confusion certaine.

Figure 1. Compartimentation des domaines de recherche en systèmes de santé.



Le domaine du 'vertical' est celui du problème de santé isolé (ou d'un groupe restreint de problèmes de santé apparentés entre eux). De façon générale, la définition d'un problème de santé trouve son origine, pour des professionnels des sciences médicales, dans le système nosologique des *maladies*. Ce domaine intéresse deux types de personnes. Tout d'abord il y a les chercheurs spécialisés dans une maladie particulière qui cherchent à mieux comprendre la 'mécanique' et la 'dynamique' de la maladie, les relations de cause à effet entre agent étiologique et phénomènes morbides, et les co-déterminants de la dynamique morbide; autrement dit, *l'histoire naturelle* de la maladie ou du problème de santé. Le deuxième groupe qui utilise ce même cadre de référence est celui des responsables de programmes. Le cadre 'vertical' correspond effectivement, du point de vue de l'action sanitaire, à un cadre rationnel qui permet d'identifier les mécanismes ou les interventions à travers lesquels on peut modifier l'histoire naturelle de la maladie en question. L'ensemble des activités ainsi identifiées constitue un 'programme', qui peut être plus ou moins bien formulé. Pour le chercheur verticaliste, tout comme pour le gestionnaire de programme, la maladie ou le problème de santé constitue le cadre de référence. La pertinence d'une recherche qu'ils voudraient envisager se définit donc en termes d'efficacité et d'efficience pour réduire les conséquences néfastes du problème.

Le domaine de 'l'horizontal' est celui des structures, des services de santé, destinés à assister les populations à gérer l'ensemble de leurs problèmes de santé. Plus récemment ce domaine s'est étendu de l'organisation des services *stricto sensu* aux politiques de santé. Il s'agit donc d'un domaine qui intéresse en premier lieu les gestionnaires de systèmes, mais également cette espèce, d'apparition récente dans le monde académique, que sont les chercheurs en systèmes de santé. Ce qu'il faut savoir dans ce domaine, ce sont les caractéristiques souhaitables de ces structures, comment elles doivent être organisées en soi et quelles doivent être les relations entre elles pour que l'ensemble des services soit performant (efficace), efficient et acceptable pour la population. Comme on recherche l'optimisation de l'orga-

nisation à l'intérieur d'un cadre politique visant la promotion humaine, ce qu'il faut aussi savoir, est comment influencer ces structures pour qu'elles évoluent dans la direction voulue.

Tout cela découle plutôt d'une réflexion déductive cohérente nourrie par l'expérience et l'expertise, que de l'expérimentation scientifique. Toutefois, le domaine de l'horizontal ne comporte pas *que* de la réflexion déductive. Le savoir-faire nécessaire pour *atteindre* cet état de choses désirable ne peut s'acquérir qu'à travers une gestion 'scientifique' du processus, autrement dit en traitant toute décision comme une hypothèse à tester dans un cadre 'expérimental'.

Ce qui continue à faire la différence avec les devis habituels des sciences médicales, c'est que les systèmes sur et dans lesquels on travaille sont des systèmes hautement dynamiques et surtout complexes, dans lesquels il est impossible de connaître toutes les variables, sans même parler de les 'contrôler'. Le défi ici est d'apprendre de façon efficace et systématique, en passant de l'intuitif à la formulation formelle, de l'expérience personnelle accumulée, souvent assez floue, à un niveau d'expertise reconnaissable et de plus en plus conscient, pour arriver enfin à une description qu'on peut transmettre sans trop d'ambiguïté. Toutefois, cette entreprise d'apprentissage trouve ses limites dans la complexité et surtout la diversité des situations réelles qui constituent cet univers de travail. Le savoir-faire nécessaire pour la mise en place d'un état de choses désirable ne se laisse pas réduire à des prescriptions universellement valables - d'autant plus qu'on se retrouve souvent à l'interface entre le technique et les systèmes de valeur de la société. Une des conséquences est que le contexte d'apprentissage restera souvent situationnel. L'importance du contexte politique, des systèmes de valeurs, et le poids des choix et comportements des individus et organisations qui sont des acteurs du système qu'on étudie ou qu'on veut améliorer, font que l'outil le plus approprié et le plus productif n'est pas l'expérimentation classique mais la *recherche-action*.

Evidemment, le domaine du vertical et celui de l'horizontal se rencontrent, là où les structures sont confrontées à des problèmes de santé, où elles participent à la mise en oeuvre des activités des programmes. C'est à cette intersection que se rencontrent donc aussi (ou devraient se rencontrer) les chercheurs et gestionnaires verticalistes et les chercheurs et gestionnaires horizontalistes. C'est l'organisation de cet espace qui déterminera en grande partie l'efficacité, l'efficience et l'acceptabilité de l'action sanitaire rationnelle. Une des problématiques majeures - en termes de communication et d'enjeux - est *l'intégration des activités des programmes* dans des structures polyvalentes de soins. La réflexion théorique sur ce thème (les conditions d'intégration) et le développement du savoir-faire (comment gérer cette intégration) seront développés dans ce volume.

Tableau 1. La recherche dans les domaines 'vertical' et 'horizontal' : intersection ou rencontre ?

	<i>Vertical</i>	<i>Horizontal</i>	<i>Intersection</i>
Objet	Problème de santé & Moyens de contrôle	Système de soins de santé & Politique sanitaire	Activités de santé spécifiques menées au sein des services de santé globaux
Exemples	- Epidémiologie de la trypanosomiase - Facteurs de risque cardio-vasculaire - Efficacité opérationnelle des moustiquaires imprégnées	- Organisation des services de santé de district - Rôles de l'Etat et des ONG dans l'offre de soins	Intégration de la prise en charge des tuberculeux dans les services polyvalents
Cadre de référence	Histoire naturelle de la maladie (et non pas la 'discipline' du chercheur)	- Modèles d'organisation des services - Systèmes de valeurs de la société	Association des deux cadres de référence
Finalité de la recherche	Spécifier les possibilités de contrôle	- Savoir optimiser l'organisation des services de santé - Connaître et savoir gérer les contraintes au développement sanitaire	Savoir optimiser la mise en oeuvre des moyens de prise en charge des problèmes de santé
Quels critères de pertinence ?	Contribution à la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie considérée et/ou développement de technologies de contrôle	- Efficacité locale - Généralisation de technologies d'organisation-gestion - Répercussions sur l'organisation des services et sur la santé	Efficacité Efficience Equilibre des priorités Acceptabilité sociale
Qui utilise les résultats de la recherche ?	Les gestionnaires des programmes, les décideurs politiques et financiers	Les gestionnaires des services, Les décideurs politiques et financiers	Tous

Les deux domaines - 'vertical' et 'horizontal' - se caractérisent donc par un contenu et un cadre de référence propres. La recherche y aura une finalité et des critères de pertinence différents : dans le premier mieux connaître l'histoire naturelle de la maladie pour trouver des techniques de contrôle plus efficaces, dans le second optimiser l'organisation sanitaire par rapport aux ressources et valeurs d'une société. De plus, la pertinence de l'agenda de recherche et la qualité des résultats obtenus seront évaluées différemment et par des acteurs entièrement ou partiellement différents. C'est ce que nous essayons de présenter, de façon synthétique, dans le tableau 1.

Dans toute cette diversité, et dans cette complexité, nous pensons que la pertinence de la recherche et de la gestion est déterminée par l'objectif final de l'action sanitaire; si nous sommes tous d'accord qu'il s'agit d'améliorer la santé dans un but de promouvoir l'épanouissement des individus et des communautés, il n'en demeure pas moins qu'une mission pareille n'est pas maniable intellectuellement. Elle doit être décomposée en des aspects plus circonscrits qui, s'ils ne sont pas mesurables, devraient du moins être vérifiables. Nous pensons y arriver en définissant des qualités désirables de l'action sanitaire de façon plus précise: *efficacité, efficience, acceptabilité, faisabilité, pérennité, appropriation participative par les individus et les communautés*. Un tel mélange de qualités doit faire appel à des 'regards croisés', des compétences variées dont la synthèse doit être faite. Pour effectuer cette synthèse l'outil principal ne peut être que le dialogue.

Ce dialogue n'est toutefois possible qu'à condition que les partenaires qui y participent reconnaissent les spécificités de l'autre et les respectent. Les 'verticalistes' et les 'horizontalistes' ont beaucoup à apprendre les uns des autres et à échanger, qu'ils soient chercheurs ou gestionnaires - ou ce mélange des deux qui fait le bon gestionnaire, celui qui gère de façon systématique, voire scientifique. Et puisque nous y sommes, abusons peut-être pour la dernière fois (ou presque) du bon dictionnaire et déposons prudemment sur la table le terme recherche intégrée, en nous mettant d'accord qu'il ne s'agit pas là d'une simple pluri- ou multi-disciplinarité (souvent enrichissante, mais insuffisante en soi). Il s'agit d'avoir un objectif commun,

que la diversité des disciplines peut servir de façon plus pertinente et cohérente. Le jargon actuel des chercheurs de santé publique offre une terminologie qui est peut-être bien la plus appropriée: la recherche comme une 'action concertée', si on entend par là qu'elle est dirigée par le souci de faire mieux plus que par le souci de savoir plus. Si l'activité scientifique s'acharne à 'repousser les frontières de l'inconnu', cet idéal peut bénéficier du gouvernail du bon sens: clairement certaines frontières constituent davantage un obstacle que d'autres... L'identification des ces 'frontières clés' - tel est notre postulat - doit être à la base de cette 'action concertée' de recherche, de cette 'recherche intégrée'. Savoir plus pour faire mieux, voilà en fin de compte une définition simple de la recherche pertinente.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 10

Première partie
Quel dialogue entre chercheurs
verticalistes et horizontalistes ?

Studies in HSO&P, 8, 1999, 12

La tradition - et le pouvoir des statuts - jouent-ils en faveur du blocage ou de la créativité ?

Pierre Mercenier¹

Introduction

La recherche médicale et de santé publique a été traditionnellement une activité de spécialistes. Elle dépend donc essentiellement du domaine des verticalistes. A partir des questions qui se posaient dans leurs domaines spécifiques, les chercheurs ont essayé de comprendre les phénomènes qu'ils étudiaient. Pour obtenir des connaissances de plus en plus précises et approfondies et de plus en plus universelles, ils ont été obligés de développer des méthodes et des outils de plus en plus affinés.

Les conséquences de cette approche sont évidentes. Plus le chercheur se spécialise, plus il a tendance à créer des conditions artificielles, plus il veut être précis, plus il doit maintenir les éléments du système sous contrôle. Et plus on maintient ces éléments sous contrôle, plus on va vers l'artificiel.

L'avantage tout aussi évident est la production de résultats qui sont indépendants des variables du système, qui sont par conséquent reproductibles et peuvent donc être considérés comme universels. Mais l'oubli de la réalité est le préalable logique à ce type de recherche qui n'est donc par essence pas critique par rapport à cette réalité.

¹Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

La question de l'utilité de la recherche finit donc toujours par réapparaître. L'application des résultats dans un système social et humain complexe présente évidemment une série de problèmes tant conceptuels que méthodologiques. La confrontation de connaissances qui ont une origine et des caractéristiques irréelles avec une réalité changeante et imprévisible doit nécessairement être conflictuelle.

Aspects méthodologiques

Le principal apport des chercheurs qui sont placés devant les réalités pratiques du quotidien est l'introduction de la notion de relativité. Les connaissances générées par la recherche traditionnelle - et qui ont aux yeux des chercheurs traditionnels une valeur absolue - n'ont qu'une importance et une utilité relatives pour celui qui doit les réinsérer dans son contexte complexe. Cette différence de points de vues est difficile à percevoir et à accepter pour le chercheur traditionnel : "La recherche a démontré de façon absolue et reproductible que ... Et vous, à partir du terrain - on pourrait dire, à partir de la banalité du quotidien - vous remettez cette découverte en question.

En pratique, naturellement le quotidien n'est pas banal. Le "terrain", le contexte pratique possèdent leurs propres caractéristiques qui introduisent un certain nombre de facteurs limitatifs qui remettent en cause les résultats de la recherche traditionnelle.

La réinsertion des résultats demande donc des méthodes de recherche différentes de celles de la recherche traditionnelle. La méthode expérimentale n'est p.ex. pas adaptée parce que par définition il n'y a pas moyen de bloquer un ou plusieurs facteurs du milieu dans la réalité. Il y a malgré tout eu des tentatives de comparer l'efficacité de stratégies alternatives d'intégration de programmes verticaux dans des districts sanitaires différents. Il est pourtant clair dès le départ que les contextes différents de ces

districts empêcheront systématiquement de tirer des conclusions valides, reproductibles, “universelles” de “l’expérience». Pire, certains ont tenté de modifier les caractéristiques du milieu, se coupant ainsi eux-mêmes de la validité qui fait la force de leurs méthodes dans l’étude d’autres problèmes.

Les méthodes qui sont disponibles pour l’étude de la réinsertion de résultats de recherche dans la réalité ne prétendent quant à elles pas à la reproductibilité ou à l’universalité de leurs résultats. Elles permettent plutôt l’insertion la plus efficace et la plus efficiente des résultats de la recherche dans le contexte étudié et l’identification d’un certain nombre de limites et de remises en question de ces résultats, qui elles sont transférables ou au minimum devraient retenir l’attention des acteurs de terrain.

La recherche opérationnelle et la recherche action sont les deux termes sous lesquels sont globalisés l’ensemble des méthodes concernées.

L’exemple de la Tuberculose

L’histoire de la recherche sur la TBC depuis 1950 illustre bien les propos que nous venons de tenir.

La découverte de l’INH en 1952 a été un des premiers résultats fondamentaux de la recherche traditionnelle sur les moyens de lutte contre la TBC. Les vingt années qui ont suivi ont été caractérisées par une bonne politique de recherche. Ce n’est pas seulement l’efficacité des médicaments et l’extension de la gamme des moyens thérapeutiques qui a retenu l’attention des chercheurs, mais aussi les modalités de mise en oeuvre des traitements (ambulatoires p.ex.) et des modalités de dépistage (efficacité du dépistage passif p.ex.).

La recherche traditionnelle procédait selon les étapes logiques de construction des programmes de lutte pour identifier les réponses aux principales questions d’efficacité et d’efficience. Vers le milieu des années 1960

toutes les connaissances étaient réunies pour la définition d'un programme de lutte anti-TBC et il était clair que l'intégration des activités de lutte dans des services de médecine générale, non spécialisée, devait en être le pilier central. La recherche traditionnelle avait donc été bien conduite et menait à des conclusions pratiques.

Trente ans plus tard, en 1996, nous devons constater qu'aucun des programmes nationaux de lutte anti-TBC ne fonctionne correctement. Tous sont des échecs relatifs. En trente ans il n'a donc pas été possible d'utiliser correctement des connaissances pourtant bien établies.

Or les outils pour y arriver ont été développés entre-temps. En 1967 Maurice Piot a développé un modèle de prise en charge des tuberculeux dans une population.

Ce modèle permet d'analyser les éléments de mise en application d'un programme intégré de lutte anti-TBC, d'évaluer son efficacité et de planifier la réorientation de programmes existants. Le sort de ce modèle est exemplatif des problèmes liés à la mise en application de recherches opérationnelles en santé publique. Ce modèle n'a jamais été publié, n'a jamais été utilisé et est oublié à l'OMS où il a été conçu. Les chercheurs verticalistes de cette organisation ne s'y sont jamais référés.

Plus de 15 ans après les dernières découvertes significatives en matière de lutte anti-TBC, un premier constat d'échec de l'intégration des programmes verticaux a mené à l'élaboration d'un protocole de recherche sur les conditions de l'intégration. Ce protocole, élaboré à l'IMT d'Antwerpen en 1981, s'est inspiré de l'expérience de mise en place de services horizontaux et d'activités de recherche action menées dans ce contexte. Le document produit est un protocole de recherche action sur le processus d'intégration et n'utilise donc pas les techniques de recherche opérationnelle. Lui non plus n'a jamais été publié. Deux tentatives de le mettre en oeuvre en Argentine et en Inde ont abouti à des échecs. Les instituts natio-

naux de lutte anti-TBC n'ont pas pu mener ces tentatives à bien et ont abandonné les projets de recherche correspondants à mi-chemin.

Notre analyse est que les modèles et protocoles proposés ne correspondent pas aux schémas de pensée et de référence des chercheurs verticalistes et qu'il est donc extrêmement difficile pour ces derniers de les mettre en application. Malheureusement, la grande majorité des thèmes de recherche proposés aujourd'hui par les chercheurs verticalistes ne sont plus d'actualité. Nous possédons des méthodes de diagnostic précoce très satisfaisantes et les médicaments dont nous disposons sont efficaces. Poursuivre la recherche sur ces thèmes ne permet d'avoir qu'un rendement marginal très minime. Ce qui nous manque par contre sont les éléments pour mettre ces connaissances en oeuvre de la façon la plus efficiente possible, c.à.d. en les intégrant dans les services de médecine générale. L'ensemble des connaissances disponibles est le plus souvent mal utilisé. Dans les pays riches, la mauvaise efficacité des pratiques médicales est une des principales causes du déficit de la sécurité sociale. Dans les pays pauvres, c'est l'efficacité même des décisions prises qu'il faut remettre en cause.

Les solutions

Les chercheurs verticalistes sont restés enfermés dans leurs certitudes méthodologiques et n'ont donc pas utilisé les connaissances qui leur auraient permis de passer la barre des mises en application. Un dialogue entre horizontalistes et verticalistes est plus que jamais à l'ordre du jour. Mais il ne faut pas croire que sans comprendre au préalable toutes les différences méthodologiques - et philosophiques - sous-jacentes ce dialogue ait quelque chance de succès.

La recherche traditionnelle expérimentale utilise des méthodes bien codifiées pour mesurer des éléments quantifiables des systèmes étudiés. Ses résultats ne peuvent par conséquent plus être remis en question.

Les méthodes de recherche utilisées par les chercheurs horizontalistes ne bénéficient pas des mêmes avantages. Elles sont empruntées à d'autres domaines - le domaine militaire pour la recherche opérationnelle et la sociologie pour la recherche action - et ne sont donc pas codifiées en santé publique. Elles mènent à des résultats contextuels, relatifs et identifient donc les domaines d'incertitudes persistants. Les résultats de recherches de ce type peuvent donc toujours être remis en cause et n'ont qu'une validité limitée et dans le temps et dans l'espace.

Le fait de travailler sur des systèmes réels et le fait que leurs connaissances sont liées aux contextes qu'ils étudient, confrontent les chercheurs horizontalistes de façon permanente à la relativité de ce qu'ils font. Leurs résultats ne peuvent pas être exprimés sous la forme de preuves absolues. Les recherches menées par les chercheurs horizontalistes aboutissent p.ex. à la comparaison des rendements marginaux de deux approches. Ils sont donc intrinsèquement relatifs. Les mêmes solutions dans différents contextes auraient des rendements marginaux différents. Et donc la pertinence d'une connaissance supplémentaire est a priori fonction de la situation.

Le bilan

La reconnaissance permanente des incertitudes, la non codification des méthodologies utilisées, le caractère relatif et non universel des conclusions auxquelles les chercheurs horizontalistes peuvent prétendre ainsi que la nécessité de se référer à d'autres disciplines, mettent ces chercheurs dans une position vulnérable.

Les "certitudes" et "l'universalité" des résultats obtenus par les chercheurs verticalistes grâce à des méthodologies codifiées leur permettent de camper sur des positions apparemment plus solides. Les revendications des chercheurs horizontalistes créent donc à leur niveau des sentiments de malaise. Et il n'y a qu'un pas à faire pour transformer une catégorie profes-

sionnelle très sûre d'elle-même en une caste sociale qui défend ses intérêts acquis.

Malgré ces certitudes, malgré les blocages bureaucratiques introduits trop souvent par les chercheurs verticalistes à l'encontre des recherches horizontalistes, il faut s'interroger sur la qualité, la pertinence et la transformation en décisions réelles, applicables sur le terrain, des tonnes de papier consommées pour la publication des résultats des recherches verticalistes. Le dialogue s'instaure entre les deux types de chercheurs que nous avons décrits, à différents endroits à propos de problèmes de santé très différents. Il reste à espérer que le sort de ces collaborations sera plus favorable que celui des projets de recherche sur la tuberculose.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 20

L'approche verticale : une méthodologie d'identification des priorités stratégiques du contrôle des maladies tropicales

Jean-Pierre Unger¹, Bart Criel¹ et Pierre Mercenier¹

Introduction

La recherche fondamentale en médecine et biologie vise à décrire des modèles biologiques et à en quantifier les relations et les transformations. Ces modèles s'inscrivent dans des systèmes nosologiques structurés, des "disciplines" (l'entomologie, la microbiologie,..), dont les inconnues font l'objet de recherches surtout définies à partir d'une logique interne. Leur pertinence n'est pas toujours évidente pour la prise de décision dans les services de santé.

La conception des programmes de contrôle des maladies dans les pays en développement est marquée par un accès à une littérature incomplète, par une sous-utilisation du potentiel des universités nationales, et enfin - ou surtout - par l'influence des bailleurs de fonds.

Les responsables nationaux des politiques sanitaires ont besoin d'une méthode qui les aide à définir une ligne de conduite cohérente et qui leur permette de forger des arguments pour promouvoir cette conduite sur le terrain et au niveau politique. Nous décrivons ici une méthodologie alter-

¹Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

native, destinée à formuler les questions pertinentes dont les réponses conditionnent le contrôle d'une pathologie. Cette méthodologie, conçue par Mercenier en 1972, et appelée par lui "l'approche verticale", a été, à l'origine, conçue comme un support pédagogique destiné à générer des algorithmes de décisions stratégiques dans le domaine du contrôle des maladies tropicales. Elle est axée sur l'analyse des systèmes-maladies. Elle possède une parenté avec le modèle épidémiologique classique mais s'en distingue par plusieurs traits que nous examinerons ici. Nous décrivons d'abord les caractéristiques, les limites et les problèmes liés aux modèles épidémiologiques classiques. En réponse à ces problèmes, nous proposons ensuite "l'approche verticale" d'un problème de santé dont nous discuterons enfin les applications.

Les modèles épidémiologiques classiques

DANS QUELLES CONDITIONS SONT-ILS UTILES ?

Dès 1978, Cvjetanovic *et al.* (1978) insistent sur la nécessité d'orienter les modèles épidémiologiques vers la prise de décision. Les modèles épidémiologiques permettent d'autre part d'anticiper l'effet des mesures de contrôle. Mais pour atteindre ces objectifs, un modèle doit posséder diverses qualités :

- il doit mimer la réalité ;
- il doit être simple. Cvjetanovic soulignait la nécessité de simplifier plutôt que de rendre exhaustif. Cette simplicité conditionne la possibilité d'enseigner et de voir les modèles utilisés par d'autres personnes que leur inventeur ;
- il doit mettre en évidence les possibilités d'interventions de contrôle, et stimuler l'invention de nouvelles techniques ;

Studies in HSO&P, 8, 1999, 22

- il doit reposer sur des états identifiables, et s'apparenter du moins partiellement, à l'histoire naturelle de la maladie ;
- un modèle doit être falsifiable, c'est-à-dire qu'il doit être formulé de manière à permettre l'invalidation de certaines relations qu'il décrit ;
- il ne peut pas être exclusivement quantifié, sous peine de n'être pas utilisable sur le terrain et en particulier dans les pays en développement. Dans une optique de prise de décision, il n'est d'ailleurs pas nécessaire qu'il le soit : des ordres de grandeur sont très souvent suffisants ;
- sa validité interne et externe doivent être correctes.

Un modèle épidémiologique peut être défini comme "*l'expression logique et quantitative de relations existant entre l'ensemble des variables, épidémiologiques ou non, qui sont concernées par l'histoire naturelle de la maladie*" (Cvjetic et al. 1978). De Raadt (1989) développe par exemple un modèle pour la définition des intervalles entre les visites de surveillance des équipes mobiles.

STRUCTURE DES MODELES EPIDEMIOLOGIQUES CLASSIQUES

Classiquement, un modèle épidémiologique est composé de deux types d'éléments :

- des états, représentant des catégories homogènes de l'histoire naturelle de la maladie ; ils sont mesurés par des prévalences ;
- des transformations, mesurées par des incidences ou taux de transition. Il s'agit de la probabilité pour une personne appartenant à une classe, d'être transférée dans une autre classe par unité de temps. Stricto sensu, une incidence se réfère à un taux où le dénominateur représente la population générale ou une partie d'entre elle, alors que le taux de transi-

tion se réfère au cas particulier où ce dénominateur est la population de l'un des états du modèle. Il exprime donc la probabilité qu'une personne appartenant à un état de la maladie soit transférée à un autre état au cours d'une unité de temps. Le taux de transmission est lui-même un cas particulier du taux de transition. Il mesure la probabilité de passage de l'état "non-infecté" à l'état "infecté". Le taux de base de reproduction (basic rate of reproduction) couvre plusieurs étapes, et mesure la productivité infectieuse d'un cas, c'est-à-dire la force infectante de la maladie. Il dépend de nombreux paramètres (par exemple de la température ambiante pour la malaria).

Des simulations (analyses de sensibilité) peuvent être pratiquées en modifiant les paramètres numériques d'un modèle épidémiologique :

- pour valider un modèle en comparant ses prédictions avec les données réelles ;
- pour tester diverses prédictions du modèle en fonction d'hypothèses relatives à des variables qui n'ont pas été mesurées ou qui ne peuvent l'être ;
- et pour estimer l'effet d'une intervention sur l'équilibre du système.

PROBLEMES DE STRUCTURE DES MODELES EPIDEMIOLOGIQUES CLASSIQUES

De nombreux modèles épidémiologiques ne rencontrent pas les critères de qualité mentionnés ci-dessus. Ainsi, les catégories des modèles épidémiologiques prônées par Cvjetanovic *et al.* étaient, entre autres, la susceptibilité, l'incubation, l'infectivité, et la résistance artificielle. Cette dernière catégorie introduit la confusion d'un état avec le résultat d'une activité, en l'occurrence l'immunisation, qui empêche d'évaluer l'effet des mesures de contrôle sur les transformations. De plus, l'inclusion d'une intervention

dans le modèle suppose que sa pertinence et son degré de priorité sont établis une fois pour toute.

Cvjetanovic *et al.* (1978) ont aussi plaidé pour la quantification de tous les modèles. Mais les besoins en information deviennent alors énormes. Et il n'est pas sûr que la quantification de toutes les étapes d'un modèle soit utile à la prise de décision. Considérons la prévalence de la tuberculose. Qu'elle atteigne 2/1000 ou 7/1000, son contrôle impose aux dispensaires la détection passive, la disponibilité de la bacilloscopie, l'identification précoce des abandons et des visites à domicile pour assurer la continuité du traitement. Par contre, il peut être utile de connaître l'intensité et la constance de la transmission de la malaria :

- si le taux de base de reproduction de l'infection (basic rate of reproduction) est supérieur à 3 ou 4/jour, les mesures de lutte anti-vectorielle sont relativement moins utiles que dans une situation de paludisme instable, où pratiquement toute infection se traduit par une maladie (pas d'immunité protectrice) ;
- si la transmission est aberrante (malaria épidémique), des mesures particulières de contrôle se justifient.

Un modèle peut donc recourir à une catégorisation des états et permettre malgré tout la prise de décision, la transformation numérique n'étant indispensable que pour certaines étapes, pour lesquelles des "expected utilities" sont cruciales (Horvitz *et al.* 1988).

Le pouvoir prédictif des modèles épidémiologiques est très variable selon les maladies : si un modèle satisfaisant semble trouvé pour l'onchocercose (Plaisier *et al.* 1990) par exemple, le modèle pour la trypanosomiase ne paraît pas aussi performant (De Raadt 1989). D'autres modèles manquent de validité externe. Le modèle causal appliqué à la trypanosomiase (The Antwerp Trypanosomiasis Causal Modeling Group 1989) appartient à cette catégorie. L'outil est certes utile comme support à la communication inter-

sectorielle, mais la configuration unique des paramètres causaux et leur pondération arbitraire n'en permet pas l'extrapolation. En outre, la complexité du modèle est telle qu'elle exclut pratiquement sa transmission à des tiers.

PROBLEMES DE DEFINITION DES ACTIVITES

Tentons une classification des activités de contrôle d'une maladie transmissible. La prévention primaire implique l'interruption du contact entre agent et hôte humain par destruction du vecteur, par protection du non-infecté contre l'infection (immunisation et chimioprophylaxie), par élimination du contact entre non infecté et homme ou vecteur infecté, ou par interruption du contact entre homme infecté et vecteur non infecté. La prévention secondaire implique l'identification et le traitement des infectés qui ne souffrent pas encore, et la prévention tertiaire signifie l'arrêt de l'évolution vers l'incapacité et la mort, ainsi que la réhabilitation. Le traitement se situe donc conceptuellement entre la prévention secondaire et tertiaire.

Quelles activités peuvent être mises en oeuvre ? Le screening (Cole & Morrison 1980), la détection précoce active, la détection passive, le traitement (de présomption, de certitude, de masse), la promotion sanitaire, la surveillance épidémiologique (par centres fixes, équipes mobiles, avec périodicité variable ou constante), par exemple, peuvent être organisées séparément ou en combinaisons.

De nombreuses méthodes ont été recommandées pour sélectionner les interventions prioritaires. L'une d'elles est fréquemment rencontrée dans la littérature scientifique - sinon utilisée en pratique : l'analyse coût-efficacité (Shepard & Thompson 1979). Walsh (1988) par exemple, y a fait appel pour établir les priorités de recherche médicale dans les pays en développement. Or l'analyse coût-efficacité ne peut être utilisée pour déterminer les choix stratégiques sans violer les indications de la méthode : l'analyse coût-

efficacité ne peut éviter les coefficients arbitraires puisqu'on est toujours amené à favoriser un groupe d'âge, à comparer les valeurs futures aux présentes, à estimer les bénéfices intangibles et à définir les coûts à considérer (ceux pour l'organisation ou pour la communauté ?) (Green & Barker 1988).

Qui plus est, dériver un rapport coût-efficacité d'un modèle épidémiologique est extrêmement périlleux à cause du nombre d'hypothèses qui ont présidé à la détermination de l'efficacité supposée de l'activité. L'analyse coût-efficacité ne peut non plus être utilisée pour la définition de priorités stratégiques car elle doit se baser sur la mesure d'un output simple (Green *et al.* 1988), ce qui exclut la comparaison d'un programme et d'un service : les coûts ne sont pas comparables, l'utilisation des ressources est modifiée à l'occasion de l'intégration et les contraintes non monétaires ne peuvent être prises en compte.

On a aussi évoqué des méthodes mathématiques pour allouer des ressources à l'intérieur d'un programme (Grundy & Reinke 1973), comme la planification linéaire pour déterminer le mixe optimal entre contraceptifs oraux et dispositifs intra-utérins ou certains modèles pour l'allocation des ressources dans les programmes de contrôle de la tuberculose (Revelle *et al.* 1967). Ces approches sont peu utilisées en pratique à cause de la difficulté de valoriser à l'aide de paramètres numériques les contraintes opérationnelles et les ressources non financières.

Les données épidémiologiques considérées isolément pour choisir des interventions (Elveback & Varma 1965), ne fournissent pas non plus un cadre satisfaisant au design des stratégies de contrôle des maladies car ces paramètres doivent être croisés avec les ressources disponibles pour aboutir à une décision. Or l'évaluation des ressources implique un jugement de valeur (faut-il investir davantage pour la lèpre ou la tuberculose ?). Le produit d'un paramètre précis (épidémiologique) par un paramètre imprécis (par exemple la vulnérabilité opérationnelle d'une technique) est évidemment imprécis. De plus, les sous-produits d'une activité sont difficilement quanti-

fiables : par exemple des mesures d'assainissement peuvent avoir un impact sur plusieurs maladies. Dès lors, comment pondérer l'utilité d'une amélioration de la qualité de l'eau entre la réduction de la prévalence de l'amibiase et celle de la giardiase ?

Les recommandations cliniques ou programmatiques contenues dans les ouvrages classiques de médecine (Cook Gordon 1995 ; Gentilini & Duflo 1993) et de santé publique tropicales (Benenson 1975 ; Robinson 1985) ne font, curieusement, jamais référence à des critères explicites pour justifier les interventions préconisées. Encore moins font-ils une description explicite des limites contextuelles de l'indication de chacune de ces interventions.

SIMPLIFICATION ABUSIVE DE LA REPRESENTATION DES ORGANISATIONS SANITAIRES

Les activités de contrôle des maladies doivent être insérées dans des organisations sanitaires (hôpitaux, dispensaires, équipes mobiles, etc.). Trop souvent, les spécialistes du contrôle d'une maladie tendent à ignorer l'existence d'une dialectique complexe entre le choix d'une activité et le renforcement (ou l'affaiblissement) de la structure sanitaire qui lui servira d'hôte, et à sous-estimer l'importance des règles de gestion et de développement de ces structures. Les services de santé sont comme un jeu d'échec : il faut connaître le maniement des pièces avant de concevoir une stratégie complexe - avant de programmer le contrôle d'une maladie dans un système sanitaire donné.

Les infrastructures les plus importantes - en termes de pouvoir de résolution de problèmes - sont les dispensaires et centres de santé au premier échelon, ainsi que les hôpitaux de district (ou hôpitaux généraux) au second. Ce sont ces infrastructures qui ont la probabilité la plus élevée de délivrer correctement une activité donnée à une large population. Les principales règles qui régissent, selon nous, le développement des infra-

structures (Unger & Criel 1995) sont la complémentarité des échelons (un hôpital ne devrait pas délivrer de soins identiques à ceux des dispensaires), l'échelonnage (les utilisateurs des hôpitaux devraient avoir été référés par le premier échelon, sauf urgence), la priorité à la décentralisation (afin de garantir un traitement près du domicile des patients) limitée par le risque de baisse de qualité technique et la hausse des coûts, l'organisation en système intégré (absence de chevauchements et de carences fonctionnels, accès libre au service nécessaire, suivi du patient par l'information médicale), et la politique des soins de santé primaires (renforcement du premier échelon, réorientation de la politique hospitalière, introduction de la participation communautaire au premier échelon). Les médicaments devraient être essentiels et génériques. Le financement devrait provenir non seulement de la population mais aussi du Gouvernement (co-financement), de façon à permettre une gestion dynamique qui prenne en considération l'accès équitable aux activités offertes dans le respect des valeurs locales et des priorités politiques.

L'ensemble constitué par un hôpital et sa constellation de dispensaires, le personnel, une pharmacie d'approvisionnement du secteur public et parapublic, et une direction collégiale qui assure à toutes ces unités un fonctionnement en système intégré, s'appelle un district sanitaire. C'est l'unité de base que nous préconisons, avec d'autres, pour la planification sanitaire (WHO 1987). Aux districts, il faut ajouter d'autres outils susceptibles d'abriter des activités de contrôle : les organisations verticales (spécialisées dans le contrôle d'une ou deux maladies), les équipes mobiles - qui en sont l'outil d'exécution le plus fréquent, les services de surveillance épidémiologique, les hôpitaux régionaux et nationaux (dotés de services spécialisés). Enfin, des services non sanitaires peuvent contribuer à la promotion sanitaire : projets intégrés de développement, travaux publics, encadrement agricole, services d'hygiène, armée, voirie, services d'épandage d'insecticides, et enseignement n'en sont que les principaux exemples.

Il est exceptionnel de rencontrer une publication traitant de la définition des activités de contrôle d'une maladie qui tienne compte des principes

d'organisation du système intégré, du district et de la stratégie des soins de santé primaires pour leur objet d'étude. La plupart des auteurs ont purement et simplement négligé la phase d'opérationnalisation, considérant par là que le choix des activités prioritaires pour le contrôle d'une maladie n'était pas dépendant des ressources ou de l'état des services de santé (Benenson 1975, Robinson 1985). D'autres, tout en se préoccupant de l'opérationnalisation, ont pratiquement réduit à néant le potentiel des services de santé : on songe par exemple à la série d'articles relatifs au contrôle des maladies mis en oeuvre dans la perspective des soins de santé primaires sélectifs où les agents de santé communautaires - paysans formés en quelques semaines - étaient presque les seuls à être envisagés pour exécuter les interventions (Warren 1982). D'autres auteurs ont simplifié la structure et les règles de fonctionnement des services, aboutissant à des propositions qui n'exploitent pas le potentiel offert par les systèmes de santé considérés dans toute leur complexité :

- la distribution d'ivermectine doit-elle être effectuée par des équipes mobiles ou par les CS ?
- la surveillance épidémiologique doit-elle être le fait de services étroitement spécialisés ou non ?
- doit-on définir le degré de priorité d'un contrôle des infections respiratoires aiguës par antibiotiques si on ne considère que des agents de santé communautaires formés en trois semaines ?

On peut imaginer qu'une méthode d'analyse qui ferait explicitement appel à l'opérationnalisation des mesures de contrôle permettrait d'améliorer ces carences.

Une méthodologie alternative : l'approche verticale

Pour répondre aux problèmes mentionnés ci-dessus, nous proposons une méthode analytique destinée à codifier les étapes menant à la définition d'une stratégie de contrôle d'une maladie dans un contexte particulier et à l'identification des priorités de recherche : l'approche verticale. Cette terminologie peut amener à une confusion, parce que le terme "vertical" ne se réfère ni à un programme vertical ni à une structure verticale, mais bien à un exercice intellectuel par lequel on analyse un problème de santé considéré isolément. De même, une approche horizontale serait une approche dont le point de départ serait constitué par les services de santé.

Cette méthode, qui doit être appliquée à une pathologie homogène (la leishmaniose cutanéomuqueuse ou la viscérale ; la trypanosomiase à *T.gambiense* ou à *T.rhodesiense*), comporte 6 étapes : une évaluation de l'importance des problèmes causés par la maladie, la description du système-maladie, l'établissement de la liste des interventions possibles, le choix de certaines d'entre elles, la description des stratégies de mise en oeuvre et enfin la description de l'évaluation.

LA DEFINITION DES PROBLEMES

Une distinction doit être faite entre une maladie, comprise comme une entité physiopathologique, et un problème de santé. Une maladie ne peut pas être réduite à des symptômes tels qu'ils sont décrits dans un livre de médecine interne : nombreux sont ceux qui, en soi, ne posent pas de problèmes significatifs (l'hépatosplénomégalie modérée par exemple). Par "problème", nous entendons la souffrance individuelle et collective causée par la maladie, ainsi que son coût économique, social et psychologique. L'identification correcte des problèmes est cruciale, puisqu'il s'agit de la raison d'être des programmes. Par exemple, la prévalence de l'infection avec *S.haematobium*

ou même celle des hématuries ne constituent pas une bonne mesure du problème causé par le parasite. De même, la prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) fournit une indication du nombre de gens à risque de développer un problème de santé - en l'occurrence, la cirrhose et/ou le cancer du foie - mais non la fréquence du problème proprement dit dans une communauté.

Déterminer l'importance des problèmes de santé implique des comparaisons, des jugements sur la perception du problème par la population, des estimations de sa vulnérabilité, et enfin la pondération de la gravité du problème par sa fréquence. Celle-ci est particulièrement difficile à définir pour des maladies à foyer comme l'onchocercose ou la trypanosomiase (quelle population faut-il mettre au dénominateur ?) et pour les maladies épidémiques (quel laps de temps faut-il considérer ?).

LA DESCRIPTION DU SYSTEME-MALADIE

Cette description ressemble à un modèle épidémiologique, synthétisé par un diagramme qui mime l'histoire naturelle de la maladie - mais auquel on a ajouté les états et transformations de l'agent et du (des) vecteur(s) éventuel(s), dans le cas des maladies transmissibles. Dans ce dernier cas, les sous-groupes de la population sont définis selon les caractéristiques suivantes : infecté ou non, contagieux ou non, malade ou non, résistant ou non. Le diagramme spécifie aussi les transformations entre ces divers états. Afin de simplifier la schématisation, on écarte généralement dans un premier temps, les facteurs de risque qui influencent les probabilités de transformation (une immunisation in utero, p.ex.), ainsi que les sous-groupes à haut risque. Tel n'est pas le cas des maladies chroniques non transmissibles, dont l'apparition est souvent conditionnée par l'exposition à un (des) facteur(s) de risque. C'est ce qui justifie que l'exposition soit plus systématiquement intégrée à la représentation modélisée de ce type de maladie.

La causalité d'une infection ou d'une maladie transmissible soulève deux questions conceptuelles :

- faut-il incriminer des déterminants internes ou externes dans le déclenchement d'une épidémie, dans un changement de virulence vis-à-vis d'une population hôte ou dans une modification des mécanismes sociaux ?
- la dynamique d'une maladie est activée par des facteurs physiques (rayons, alimentation, pollution, cigarette), psychiques (stress) ou biologiques (infection concomitante). Pourquoi ne pas introduire les risques dans la représentation schématique d'une maladie ?

Les réponses à ces deux questions sont étroitement liées. L'importance des facteurs externes est souvent plus importante pour les maladies chroniques dégénératives que pour les maladies transmissibles. Pour celles-ci, le facteur externe se réduit souvent à l'agent, même si l'outcome d'une maladie peut être influencé par des facteurs externes. C'est le cas de la rougeole, dont l'effet paraît influencé par le statut nutritionnel, ou du développement de l'hépatite chronique et de la cirrhose cryptogénique chez les porteurs de HBsAg, qui est influencé par la consommation d'alcool. C'est pourquoi il semble raisonnable de n'introduire les catégories de risque (les cofacteurs) - qui inéluctablement rendent plus complexe un modèle - que lorsque leur fraction étiologique est importante.

Un méta-modèle - un diagramme au sein duquel on pourrait presque toujours identifier les catégories-clé d'une maladie que l'on analyse - devrait inclure toutes les configurations possibles de l'ensemble des systèmes-maladie. Il serait inévitablement complexe. Dans une optique de simplification, nous avons conçu deux méta-modèles : l'un pour les maladies transmissibles (Figure 1), et l'autre pour les pathologies chroniques dégénératives (Figure 2).

On peut standardiser le décours de la plupart des pathologies transmissibles en décrivant le statut d'un patient en fonction de 3 paramètres : infection (ou non), contagiosité (ou non), maladie(s) (ou non), auxquels on doit parfois ajouter un autre paramètre, la résistance naturellement acquise, définitive ou temporaire. Ces stades doivent parfois être désagrégés en états plus spécifiques. Par exemple, la poliomyélite peut s'exprimer par une maladie majeure ou mineure, la maladie de Chagas, par une phase chronique ou aiguë, et la trypanosomiase africaine à *T.gambiense*, par une maladie lymphatique et une autre neurologique. Dans la Figure 1, nous avons synthétisé ces syndromes - des ensembles distincts de problèmes - par les termes "maladies 1 et 2". Comme le but de cette représentation est de faciliter la prise de décision, et non de produire une image complète et théorique d'un équilibre épidémiologique, ce n'est que lorsque les états sont objectivables par des examens ou un tableau clinique, et alors seulement, qu'ils méritent d'y apparaître distinctement. S'il est difficile de distinguer une infection forte d'une faible, les deux catégories doivent alors être fusionnées.

Les sous-populations, appartenant à un état pathologique ou à une infection, ne sont pas homogènes, et ne partagent ni des risques uniformes de développer une maladie 2, ni des taux de transition identiques. La description de ces sous-groupes à risque peut être utile (par exemple, le fait de travailler ou de vivre dans une zone forestière, dans le cas de la leishmaniose cutanéomuqueuse). Malheureusement, les risques de leishmaniose cutanée ne sont pas toujours connus. Par exemple, pourquoi certains patients souffrant de cette même maladie vont-ils développer la phase muqueuse et d'autres, jamais ? Des hypothèses spécifiques peuvent être formulées à ce sujet, et des priorités de recherche être identifiées.

L'utilité d'une désagrégation plus poussée d'un modèle est liée à la possibilité ainsi offerte de dégager des possibilités supplémentaires d'intervention. Ainsi, le traitement des malades atteints de leishmaniose cutanéomuqueuse peut être scindé en "traitement des lésions cutanées" et "traitement des lésions muqueuses". L'efficacité, le coût, la technique, la

faisabilité opérationnelle, et donc la pertinence de ces traitements sont différents, et justifient des degrés distincts de priorité.

Pour les pathologies chroniques (Figure 2), les stades sont généralement les suivants : population saine exposée à un risque, population en phase pré-clinique, malades atypiques, manifestations cliniques aiguës ou chroniques, manifestations irréversibles (séquelles), et décès. Tout comme pour les maladies transmissibles, on peut mesurer la fréquence de ces stades et transformations dans les deux sens, par des incidences et des prévalences.

Figure 1. Méta-modèle des maladies transmissibles.

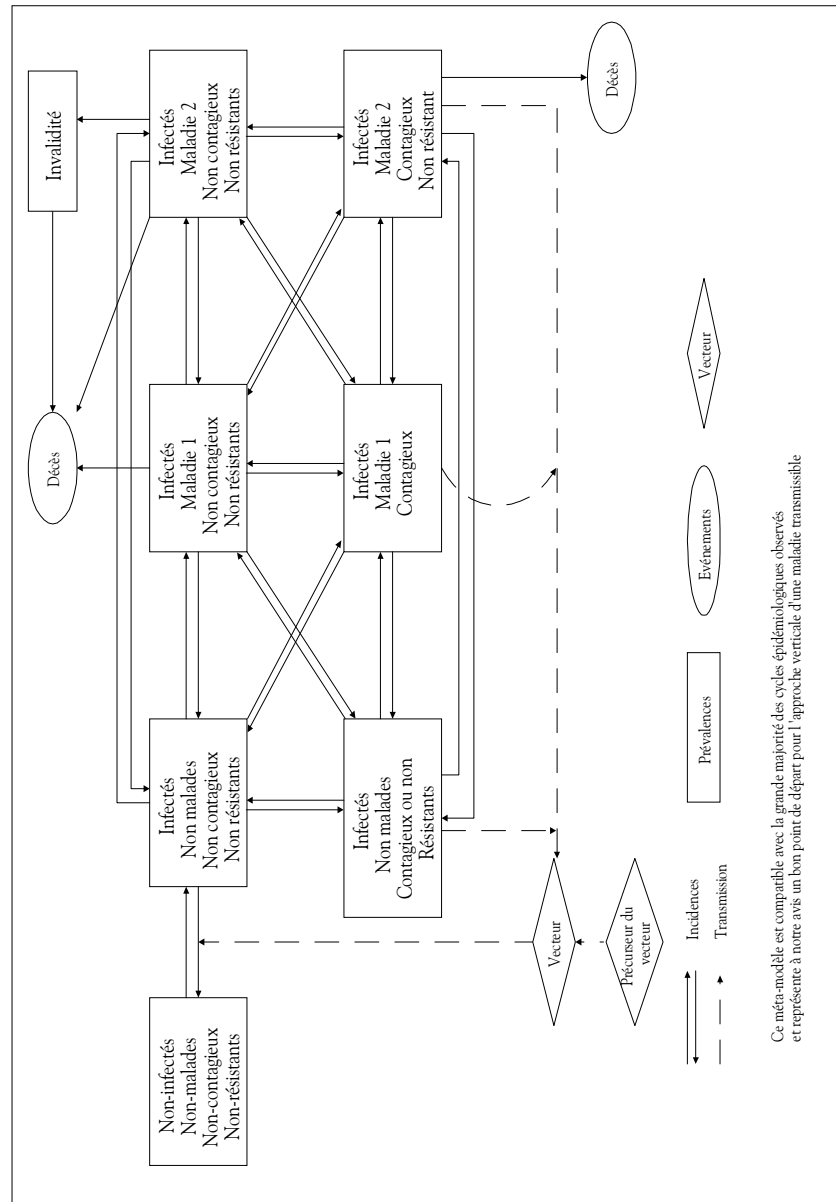
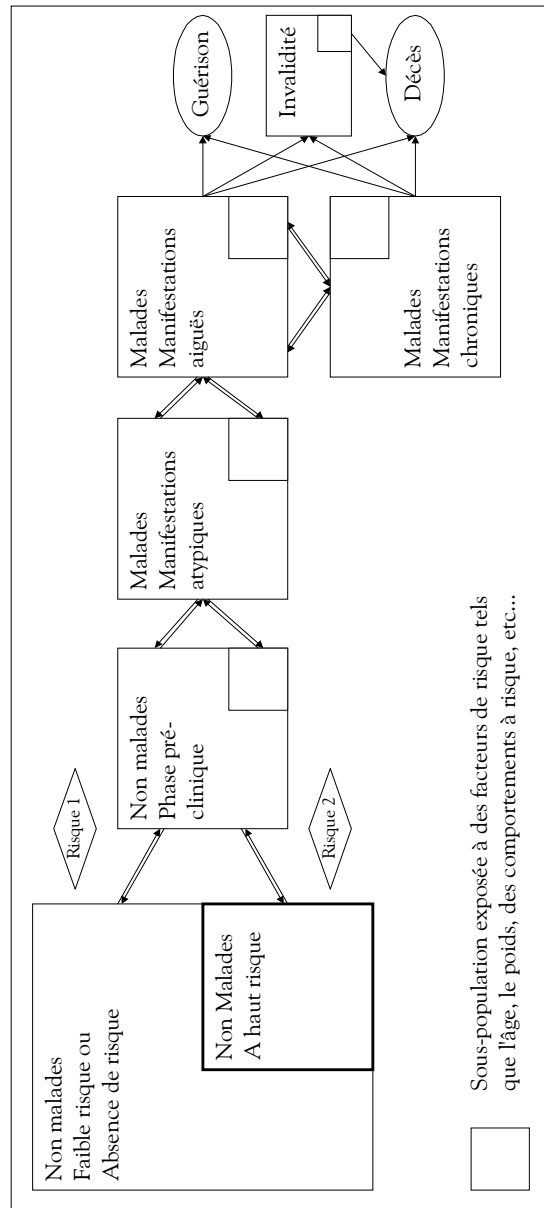


Figure 2. Modèle des maladies non transmissibles.



INVENTAIRE DES INTERVENTIONS POSSIBLES

Un problème donné peut être contrôlé en ciblant une intervention sur un sous-groupe spécifique de la population générale, pour réduire une prévalence, ou en visant à réduire le risque de passer d'un stade à un autre, c'est-à-dire, en essayant de réduire une incidence. Certaines interventions peuvent être jugées utopiques en première lecture. Mais c'est sans préjugés que cet inventaire doit être établi. A cette condition seulement, on peut éviter d'être prisonnier de ce qui se fait dans le cadre des programmes de contrôle existants, et considérer librement, de manière critique, des techniques nouvelles ou des interventions inédites qui devraient être explorées, utilisées ou développées.

Cet inventaire se conclut par une opération cruciale. Les interventions doivent être utilisées pour revoir le design du modèle lui-même. Par exemple, on a montré récemment que le traitement immédiat de l'adulte infecté par le HIV permettait de modifier le déroulement de la maladie (Kinloch-de Loës *et al.* 1995). Ceci signifie que la phase asymptomatique du modèle initial peut être scindée en deux, pour autant que des techniques cliniques permettent de les distinguer. Afin de maintenir le modèle aussi simple que possible nous insistons sur le fait que l'inscription de cette phase asymptomatique dans le modèle n'a de sens que

- si elle peut être objectivée par un outil diagnostique ;
- si l'appartenance d'un sujet à cette catégorie peut conduire à une prise en charge qui modifie le pronostic de la maladie. Mais en aucun cas, ces nouvelles catégories ne peuvent être le produit d'un traitement ou d'une prise en charge.

LE CHOIX DES INTERVENTIONS A METTRE EN OEUVRE

Dans cette étape, on sélectionne les interventions au sein de la liste dont nous venons de discuter l'élaboration. Les critères suivants doivent être pris en compte pour les identifier :

- l'intervention est-elle pertinente ? Ce critère se réfère à la logique primaire d'un programme de contrôle, qui devrait être de réduire la souffrance. La pertinence est donc un critère qui met en question la capacité de l'intervention à alléger cette souffrance et non à réduire isolément ou à interrompre la transmission (dans le cas d'une maladie transmissible), même si, clairement, les deux objectifs se recourent parfois ;
- la mise en oeuvre de l'intervention est-elle possible ? cette question se réfère à sa faisabilité technique et opérationnelle, et à l'acceptabilité de l'intervention ;
- les interventions sont-elles efficaces et efficientes ? Si oui, à quel prix ?

Les réponses à ces questions ne sont pas nécessairement dichotomiques, et peuvent au contraire être catégorisées de manière semi-quantitative, pourvu que les catégories soient utiles à la prise de décision.

Cette partie de l'exercice doit aboutir à une matrice portant en abscisse toutes les interventions techniquement faisables, et en ordonnée, les configurations de 2, 3, ou 4 paramètres susceptibles de modifier le design d'une stratégie (par exemple, l'épidémiologie est-elle stable ou non, les ressources sont-elles importantes ou faibles, les services de santé sont-ils accessibles ?) (Figure 3). Pour chaque configuration paramétrique, un choix, dichotomique (faire ou ne pas faire) ou non, (modalités distinctes d'une même intervention) est opéré pour chaque technique. La difficulté réside dans l'identification du nombre minimal de cases assurant un bon équilibre entre un

modèle utile à la prise de décision et dont la validité est étendue, et la simplicité de la matrice. Soulignons que dans un contexte donné considéré isolément, cette étape de l'exercice n'a pas de sens.

Toutes choses étant égales, le choix des activités obéit à certaines règles :

- le traitement destiné à empêcher un décès est, en général, le plus important, du moins à l'intérieur du cadre analytique d'une maladie. A noter toutefois que King a mis en question le degré de priorité de la réduction de la mortalité infantile (King & Elliott 1993), et que ce critère fondamental pour beaucoup d'auteurs ne fait pas l'unanimité ;

Figure 3. Exemple de matrice des activités et des déterminants de leur sélection.

	Epidémiologie			
	Stable		Instable	
	Ressources		Ressources	
	++	+	++	+
Traitement systématique				
Traitement présomptif				
Prophylaxie des groupes à risque				
Prophylaxie de toute la population				
Détection précoce active				
Détection passive				
Surveillance épidémiologique				
Promotion				
Prévention primaire				
Activités anti-vectorielles				
Interventions d'urgence				
...				

- en second lieu par ordre d'importance vient l'objectif de réduire la

souffrance, l'anxiété (et les séquelles) par les activités curatives (et par la réhabilitation). Cet ordre de priorité répond à la demande principale des populations, qui va à l'allègement des souffrances ;

- il peut sembler paradoxal de ne classer qu'ensuite la prévention. C'est que la crédibilité des services de santé est en cause. Si ces derniers ne sont pas utilisés pour leur capacité thérapeutique, c'est l'intégration des activités préventives elle-même qui est directement compromise (Gish 1990) ;
- les activités de promotion sanitaire ne viennent qu'en dernier lieu car leur efficacité est faible et leurs coûts d'opportunité sont importants. De ce point de vue, la chloration de l'eau de boisson en cas d'épidémie et la promotion de l'allaitement maternel dans les zones où il est mal (sevrage brutal ou précoce, par exemple) ou insuffisamment pratiqué (en cas de substitution par du lait en poudre), constituent des exceptions car ces deux activités de promotion sanitaire ont un excellent rendement ;
- l'éradication d'une maladie n'est pratiquement jamais possible, et l'interruption du cycle n'est que rarement un objectif pertinent. La variole a constitué une exception rendue possible par une épidémiologie particulière, une transmission très lente permettant une stratégie fondée sur la surveillance active et une forte létalité ayant contribué à une mobilisation politique sans précédents ... et sans lendemains. L'éradication du pian entre dans le cadre des mêmes stratégies exceptionnelles. La dracunculose ne sera vraisemblablement éradiquée que beaucoup plus lentement que prévu, et moyennant des ressources importantes (Tayeh & Cairncross 1993) ;
- il est, en règle générale, préférable d'obtenir une utilisation passive des instruments de contrôle mis en place dans le cadre d'activités régulières des services de santé (comme la consultation curative ou prénatale ou la consultation des moins de 5 ans par exemple) que de prendre

l'initiative de contrôler une maladie donnée dans la population générale, par exemple en détectant la trypanosomiase humaine africaine parmi les résidents de certains villages. A l'appui de cette affirmation, il y a des considérations d'efficacité et de rendement (les détectés ont souvent été quérir de l'aide dans des services de santé qui n'ont su les diagnostiquer), d'efficacité (le passage des équipes mobiles doit être très fréquent pour que le diagnostic précoce soit possible), de coûts (les équipes mobiles coûtent cher et constituent un appréciable coût d'opportunité pour le renforcement des centres de santé), d'acceptabilité (leur personnel n'est pas connu des villageois et les méthodes s'apparentent à une intervention militaire) ;

- la définition des priorités d'intervention ne doit pas reposer sur une analyse épidémiométrique locale. Lorsque le paquet minimum d'activités, qui comprend la consultation curative, est en place, ce sont les ressources disponibles et la fréquence de certains états du modèle qui indiquent à quel niveau d'intensité le programme doit être amené. Il peut être alors indiqué de concéder un effort particulier pour franchir un seuil d'efficacité - ou au contraire réduire la vapeur pour dépenser exactement ce qu'il faut pour atteindre le résultat recherché. En d'autres termes, un doigté est nécessaire à la gestion optimale des rendements décroissants.

OPERATIONALISATION DES INTERVENTIONS DE CONTROLE

Les quatre étapes précédentes ont permis de sélectionner des activités de contrôle qui doivent être mises en oeuvre - ou non - selon la nature de l'environnement, un environnement qui peut être réduit à la configuration de certains états paramétriques (la maladie est-elle holo- ou méso-endémique ? les centres de santé sont-ils fort ou peu utilisés ? les ressources financières permettent-elles d'envisager un traitement de masse ou non ? etc.). La 5ème étape en discute l'opérationnalisation. Quelle catégorie de personnel est chargée de leur exécution ? Comment mener à bien le programme et ses activités ? A cette étape, on tente d'apporter une réponse

aux questions relatives à la nature des services de santé qui, dans un contexte particulier, doivent les délivrer : ces services doivent-ils être permanents ou temporaires, décentralisés ou centralisés, polyvalents ou non ?

Rappelons quelques règles qui contraignent l'intégration des activités de contrôle d'une maladie dans un système de santé (Criel & De Brouwere 1998). Tout d'abord, il faut toujours essayer de déléguer une activité à la catégorie la moins qualifiée qui peut l'exécuter sans compromettre l'efficacité de l'intervention. L'objectif est double : efficacité et promotion du travail tout à la fois, cette dernière permettant d'améliorer l'estime de soi, le bien-être, la motivation et les performances du personnel. Ensuite, pour des raisons d'accessibilité, l'activité devrait être intégrée dans la structure la plus décentralisée que justifient le niveau de ressources et l'inévitable perte de qualité technique qu'elle entraîne. En troisième lieu, toutes les activités ne sont pas de bonnes candidates à l'intégration. Insistons sur le fait qu'on n'intègre pas des programmes, mais bien ses activités (ou certaines d'entre elles), et que l'intégration n'est pas un but en soi. Celle-ci ne devrait être considérée que si l'on peut raisonnablement attendre une amélioration de l'activité et un renforcement des services polyvalents, au cas où ces derniers, et non plus une organisation verticale, seraient chargés de mettre en oeuvre les interventions choisies. Il vaut mieux conserver une organisation verticale lorsque le problème visé n'est pas ressenti par la population (il n'y a pas de "demande" pour la surveillance épidémiologique, par exemple), lorsque les techniques ne correspondent pas aux compétences disponibles dans les services polyvalents (comme la lutte antivectorielle), et enfin quand la rapidité d'intervention se justifie (en cas d'épidémie).

On ne devrait pas non plus intégrer une activité de contrôle :

- lorsque la charge de travail spécifique du personnel polyvalent devient négligeable au point d'empêcher la reconnaissance clinique du problème ;

- lorsqu'une pathologie est devenue rare : une basse prévalence constitue une contre-indication de l'intégration parce que le coût marginal de la détection des cas augmente et que la rareté du problème l'empêche d'être ressenti par la communauté. Dans une telle situation, l'équipe-cadre du district a intérêt à laisser ces activités sous la responsabilité d'une équipe mobile qu'elle contrôle, et qui agit en quelque sorte comme un tampon destiné à absorber les priorités décidées par les gestionnaires des programmes verticaux et les bailleurs de fonds (Unger & Criel 1995). Malheureusement, l'intégration est plus souvent motivée par la contraction des ressources des programmes verticaux que par l'attente d'un gain en efficacité.

Pour ne pas affaiblir un service polyvalent dans lequel on intègre une activité de contrôle et pour qu'elle ne disparaisse pas à cette occasion, l'intégration requiert du temps et une stratégie appropriée (Unger 1992). Il ne faudrait donc intégrer un programme dans un centre de santé que lorsqu'il est utilisé. Les stratégies d'intégration doivent par exemple prévoir :

- l'organisation d'une activité d'accueil relativement polyvalente – par exemple les consultations de nourrissons sains ou les prénatales – qui permet aux professionnels d'entrer en contact avec une population cible pour absorber une intervention (par exemple les vaccinations ou le déparasitage) ;
- une formation du personnel qui soit synchronisée avec la réorganisation de l'institution concernée ;
- des supervisions ;
- d'éventuelles instructions écrites pour les agents concernés ;
- une révision des horaires et du financement du CS.

EVALUATION DES INTERVENTIONS

La dernière étape décrit comment les interventions choisies peuvent être évaluées. En pratique, l'évaluation se concentre sur la conception des stratégies de contrôle et sur les aspects opérationnels de leur mise en oeuvre. Plus rarement, elle s'occupe de ses aspects techniques - par exemple du contrôle de qualité - et de ses aspects épidémiologiques - par exemple l'évaluation d'impact (Unger & Dujardin 1992).

Discussion

Moins qu'en recherche fondamentale, la pertinence sociale des thèmes de recherche appliquée procède d'un débat éthique, particulièrement important lorsque les ressources sont très limitées. Certains critères devraient alors éclairer leur degré de priorité. Dans le domaine du contrôle des maladies, la relation qui devrait unir les hypothèses destinées à générer des techniques et le contenu des programmes de contrôle, devrait être explicite. Et la possibilité technique et opérationnelle de mettre en oeuvre les outils que l'on entend développer, devrait être examinée dans les conditions de terrain où ils devraient être utilisés.

D'autre part, les organisateurs des services de santé ont besoin d'une méthodologie qui leur permette de concevoir des programmes cohérents. L'intérêt de la méthodologie qui a été décrite pour la planification sanitaire, tient à deux caractéristiques :

- l'approche verticale oblige à expliciter l'argumentaire critique relatif à ce qu'il faut faire - ou non - et aux manières d'opérationnaliser les interventions qui se justifient ;
- cette méthode permet de formuler des questions pertinentes destinées à mettre en évidence les insuffisances d'un corps de connaissances relatif au contrôle des maladies.

L'approche verticale permet aussi d'alimenter le dialogue entre généralistes et spécialistes, ainsi qu'entre praticiens et chercheurs. Au niveau des districts, elle permet théoriquement d'adapter aux conditions locales les programmes nationaux, mais ceci suppose un accès à la littérature internationale qui existe rarement dans les conditions de terrain.

De Muynck et Rodgers (1989) ont affirmé que des diagrammes relativement simples décrivant la transmission, permettent au premier coup d'oeil de définir les activités de contrôle d'une maladie. Nous pensons au contraire avoir montré que l'analyse modélisée des systèmes-maladie est complexe, mais que cette complexité se justifie par la richesse des éléments que la méthode apporte.

A l'Institut de Médecine Tropicale d'Antwerpen, l'approche verticale a été utilisée dans l'enseignement pour identifier les lacunes de la littérature et juger de la pertinence des publications, pour définir les activités de contrôle dans un contexte donné et pour mener à son terme la réflexion relative à l'opérationnalisation des interventions dans un système sanitaire donné. Par contre, l'approche verticale n'est pas adaptée à la prise de décision clinique face à un syndrome car ces derniers ne constituent pas, par définition, une entité pathologique homogène. Pour cela, d'autres méthodes sont plus indiquées, comme les stratégies diagnostic-traitement et les schémas thérapeutiques.

Conclusion

En conclusion, on peut résumer comme suit les caractéristiques de la méthode :

- elle vise à améliorer le contrôle des problèmes de santé, et non à la seule réduction de la fréquence des maladies ;

- elle est similaire aux modèles épidémiométriques, mais s'en distingue par une préoccupation opérationnelle qui l'amène à être itérative, l'analyse des outils de contrôle modifiant la conception du modèle lui-même. Elle s'en distingue aussi par la prise en compte des états du vecteur, dans le cas des maladies transmissibles ;
- l'opérationnalisation fait partie structurellement de la méthode ;
- le modèle épidémiologique sur lequel elle se fonde n'a pas besoin d'être entièrement quantifié.

Cette méthode a l'avantage de :

- contribuer à générer des hypothèses de recherche ;
- faciliter l'identification des priorités de recherche technique et opérationnelle pour le contrôle d'une pathologie ;
- aider les planificateurs à concevoir des programmes de contrôle et à cerner les besoins en information épidémiologique ou financière ;
- faciliter la discussion des atouts et handicaps des techniques de contrôle dans le cadre d'une analyse systémique de la maladie ;
- d'être utile en pédagogie, en particulier pour les revues critiques de la littérature ;
- d'être applicable aux maladies transmissibles et aux maladies chroniques dégénératives des pays en développement et des pays développés. Dans le premier cas, le modèle schématise l'histoire naturelle de la maladie, les états des hôtes et du vecteur. Dans le cas des maladies chroniques, le modèle substitue les états de risque et les principaux stades cliniques de la maladie à la schématisation de l'histoire naturelle de l'hôte et du vecteur.

Références

Benenson AS (1975) *Control of communicable diseases in Man*. 12th ed. The APHA, Washington.

Cole P & Morrison AS (1980) Basic issues in population screening for cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. **64**, 1263-72.

Criel B & De Brouwere V (1998) Conditions, limites et potentiel de l'intégration. In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds., *Studies in Health Services Organisation & Policy* **8**, 95-124 ITGPress, Antwerp.

Cook Gordon C (1995) *Manson's Tropical Diseases*. 20th ed. WB Saunders, London.

Cvjetanovic B, Grab B & Uemura K (1978) Dynamics of acute bacterial diseases. *Bulletin of the WHO* **56**, supplement 1.

De Muynck A & Rogers D (1989) Towards a quantitative epidemiology of human sleeping sickness. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* **69**, supplement 1, 11-12.

De Raadt P (1989) Epidemiological models for African Trypanosomiasis : a waste of time ? *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* **69**, supplement 1, 7-10.

Elveback L & Varma A (1965) Simulation of mathematical models for public health problems. *Public Health Reports* **80**, 1067-1076.

Gentilini M & Duflo B (1993) *Médecine tropicale*. Flammarion Médecine - Sciences, Paris.

Gish O (1990) Some links between successful implementation of primary health care interventions and the overall utilization of health services. *Social Science & Medicine* **4**, 401-405.

Green A & Barker C (1988) Priority setting and economic appraisal : whose priorities - the community or the economist ? *Social Science & Medicine* **26**, 919-929

Grundy F & Reinke WA (1973) Recherche en organisation sanitaire et techniques de management. *Cahiers de Santé Publique* **51**.

Horvitz EJ, Breese JS & Henrion M (1988) Special issue on Uncertainty and Artificial Intelligence. *International Journal of Approximate Reasoning*. **2**, 247-302.

Kinloch-de Loës S, Hirshel BJ & Hoen B (1995) A controlled trial of zidovudine in primary human immunodeficiency. *New England Journal of Medicine* **333**, 408-413.

King M & Elliott C (1993) Legitimate double think. *The Lancet*. **341**, 669-672.

Plaisier AP, Van Oortmarsen GJ, Habbema JDF, Remme J & Alley ES (1990) Onchocim, a simulation model for the transmission and control of onchocerciasis. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* **59**, 387-398.

WHO (1987) Report of the Interregional Meeting on Strengthening Health Systems based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987. WHO, Geneva.

Revelle CS *et al.* (1967) Mathematical models for the economic allocation of tuberculosis control activities in developing nations. *American Review of Respiratory Diseases* **96**, 893-909.

Robinson D (1985) *Epidemiology and the community control of disease in warm climate countries*. Churchill Livingstone, New York.

Ruebush *et al.* (1986) Selective primary health care : strategies for control of disease in the developing world. XXIV. Malaria. *Reviews of Infectious Diseases* **8**, 454-466.

Shepard DS & Thompson MS (1979) First principles of cost-effectiveness analysis of health. *Public Health Reports* **94**, 535-543.

Tayeh A & Cairncross S (1993) Dracunculiasis eradication by 1995. Will endemic countries meet the target ? *Health Policy and Planning* **8**, 191-207.

The Antwerp Trypanosomiasis Causal Modeling Group (1989) Constructing a causal model of African Human Trypanosomiasis. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* **69**, supplement 1, 49-72.

Unger JP & Criel B (1995) Principles of health infrastructure planning in less developed countries. *International Journal of Health Planning & Management* **10**, 113-28.

Unger JP & Dujardin B. (1992) Epidemiology's contribution to health service management and planning in development countries : a missing link. *Bulletin of the WHO* **70**, 487-97.

Unger JP (1992) *Guide pratique de la coopération médicale*. L'Harmattan, Paris, pp. 108-112.

Walsh JA (1988) *Establishing health priorities in the developing world..* UNDP & Adams publishing group, Boston.

Warren K (1982) Selective primary health care : strategies for control of disease in the developing world.I. Schistosomiasis *Reviews of Infectious Diseases*. **4**, 715-26.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 50

Le contrôle de la leishmaniose tégumentaire d'Amérique latine : témoignage d'une expérience de dialogue entre recherche biomédicale et recherche en services de santé

Dominique Le Ray¹

Introduction

L'état actuel de la surveillance et du contrôle de la leishmaniose tégumentaire latino-américaine est un état de confusion. La leishmaniose tégumentaire, tout le monde en parle : populations, services de santé, Ministères, Facultés de Médecine, médecins du secteur privé. Les outils de base existent, pour le diagnostic clinique et sa confirmation par le laboratoire, pour la thérapeutique, et pour la lutte anti-vectorielle. Mais personne ne sait comment organiser la prise en charge des malades et de l'endémie : absence de données de base et de leur traduction en termes de prévalence et d'incidence ; dysfonctionnement des services de détection ; absence d'approvisionnement en médicaments spécifiques ; thérapie lourde et coûteuse ; schémas thérapeutiques non standardisés, etc. Il est paradoxal de constater qu'en parallèle, les recherches fondamentales et appliquées se multiplient brillamment au niveau international, sans retombées au niveau opérationnel.

¹ Laboratoire de Protozoologie, Département de Parasitologie, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Pourquoi cette absence d'interaction entre le laboratoire et le terrain ? Comment y remédier ? Nous avons été confrontés à ces questions au cours des dix dernières années avec nos partenaires boliviens. Une recherche conjointe s'est développée pour répondre à ces questions. A l'aide d'une méthodologie développée par l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique (URESP) d'Anvers, nous avons pu analyser nos essais et erreurs antérieurs de façon cohérente. C'est cette expérience de dialogue entre "verticalistes" (en l'occurrence, les leishmaniaques) et "horizontalistes" (les spécialistes en services de santé) qui est relatée ici.

Un projet de recherche verticale, succès ou échec ?

Au vu de l'absence de toute donnée concernant tant le parasite que le vecteur et le réservoir des leishmanioses dans le Département de Santa Cruz, Bolivie, un projet de recherche fut initié en 1983 à Yapacani, dans une zone de colonisation "libre" de la forêt primaire, par des équipes boliviennes (CENETROP) et européennes (IMT, ORSTOM). Ce projet multidisciplinaire avait pour objectifs : (i) de répondre aux besoins immédiats de la population à risque, en l'aidant à mettre sur pied un système de santé communautaire comprenant le traitement spécifique de la leishmaniose ; (ii) d'identifier les acteurs responsables de la transmission de la maladie : parasite, vecteur, réservoir ; (iii) de développer une approche moléculaire du génome et de la génétique du parasite, pour mieux comprendre la biologie de sa transmission et, si possible, pour en dériver des outils de recherche et de diagnostic plus précis. Ce projet de recherche, dit "LEISHBOL", fut sélectionné pour financement par le premier Programme STD (DG XII) de la Commission Européenne. Dans la mesure où tous ses objectifs de départ furent atteints en 4 ans (1983-86 ; Le Ray & Bermudez 1989), ce projet (Figure 1) fut un succès.

Ce projet fut aussi un échec, rétrospectivement. En effet, si ce projet se solda par un progrès effectif de nos connaissances, il n'en résulta aucun bé-

néfice durable pour la population à risque, faute de reprise du projet vertical par les services de santé. Que se passa-t-il ?

Un an avant la fin du projet et de son financement, nous (LEISHBOL) sommes allés trouver le médecin-chef du district de santé voisin. Nous lui avons dit : *“Voici ce qui a été fait, les services de santé communautaire ont été organisés, vous n’avez plus qu’à étendre votre district en y intégrant les 300 km² de notre projet”*. Il nous a répondu aussi sec : *“Pas possible. Nous n’avons ni les ressources humaines, ni les moyens budgétaires pour le faire. Et d’ailleurs, ce n’est pas ainsi que se pose le problème en termes de santé publique”*. Nous sommes repartis sans comprendre, d’autant plus que ce médecin de district avait été formé à Anvers par nos collègues de l’URESP. Et la population de Yapacani, avec laquelle nous avons travaillé pendant 4 ans, s’est retrouvée seule avec ses ulcères et autres problèmes de santé, en se demandant *“Où sont passés notre médecin de terrain, les experts de la ville, et le grand professeur d’Europe ?”*.

L’horizontal, peut-être quand même ?

Le responsable européen du projet vertical, perplexe, s’en fut alors frapper à la porte des horizontalistes de l’URESP : *“Cet échec d’un projet vertical ne peut plus se reproduire mais ... où est l’erreur ?”*.

Les horizontalistes firent au verticaliste un accueil fort civil. Le premier dialogue fut toutefois un parfait dialogue de sourds. Les horizontalistes : *“Intégrer votre projet dans les services de santé, hérésie!”*. Le verticaliste : *“... ??... Mais vous, vous me demandez à combien se chiffre le risque R de transmission ? Débile! Vous n’avez jamais vu un phlébotome ?”*.

Grâce à un minimum de bonne volonté, les deux parties arrivèrent à une conclusion commune : *“On ne se comprend pas. Donc, on s’assied et on cause.”*

Les horizontalistes, aux verticalistes : *“Oui, nous avons une méthodologie à vous proposer. Elle offre un fil conducteur à un groupe multidisciplinaire. Elle permet à ce groupe d’acquérir un vocabulaire commun, pour commencer.”*

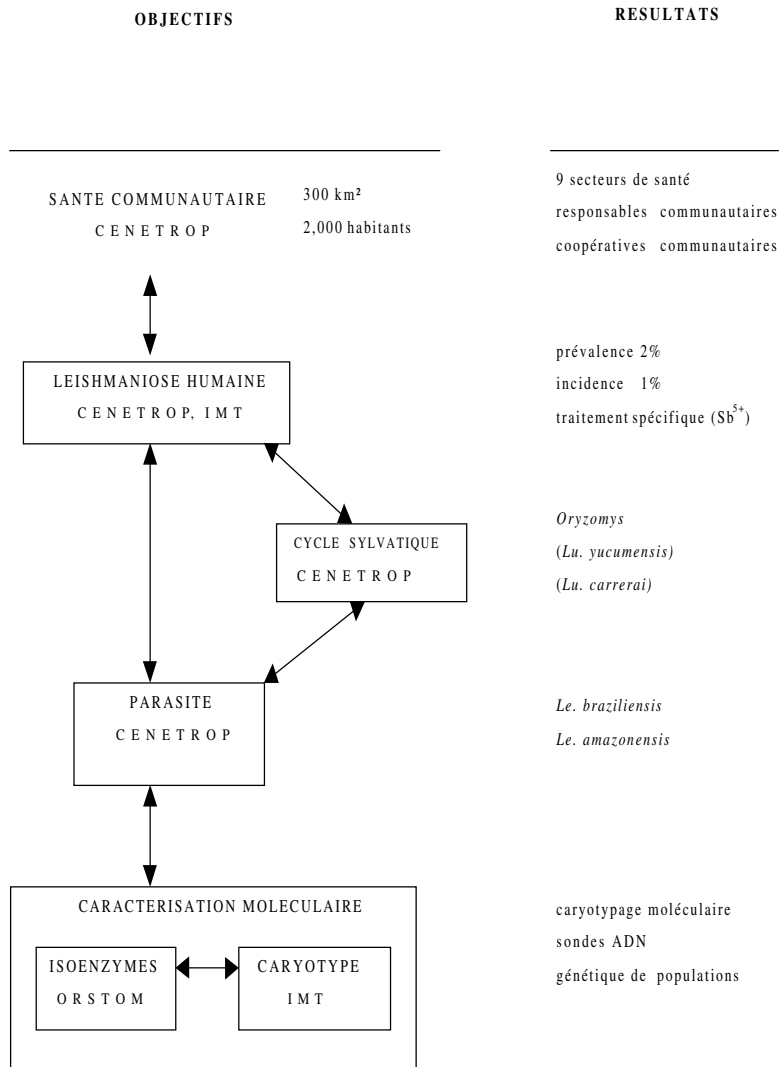
Cette méthode, dite “d’approche verticale”, procède par l’analyse en 7 étapes du problème spécifique de santé causé par la maladie ciblée :

- (i) description du problème de santé en question ;
- (ii) développement d’un modèle épidémiologique simple ;
- (iii) inventaire exhaustif des interventions théoriquement possibles ;
- (iv) identification des interventions prioritaires, c’est-à-dire pertinentes, efficaces et réalisables dans le contexte particulier où l’intervention doit avoir lieu ;
- (v) identification des niveaux des services de santé aptes, ou non, à prendre en charge opérationnellement ces interventions ;
- (vi) élaboration d’une stratégie opérationnelle pour chaque intervention : qui va faire quoi ? comment ? où ? à qui ? etc... ;
- (vii) proposition d’un cadre d’évaluation de ces différentes interventions.

Notre démarche conjointe entre verticalistes et horizontalistes nous conduisit à conclure par une huitième étape :

(viii) l’identification des recherches pertinentes à mener pour améliorer la documentation et l’opérationnalisation du programme de contrôle de la maladie-cible.

Figure 1. Le projet LEISHBOL (1983-86) à Yapacani, Santa Cruz, Bolivie.



La composition du groupe d'analyse verticale s'avéra déterminante dès le départ. Notre choix fut de réunir non seulement des représentants des différentes disciplines concernées, mais surtout d'impliquer en majorité des représentants "naïfs", c'est-à-dire non conditionnés par une expérience préalable du problème spécifique de santé en discussion, ni par une expérience personnelle du pays où se situe ce problème de santé. En pratique, le groupe¹ fut constitué de 5 personnes dont 4 ne connaissaient pas la leishmaniose, et dont 3 n'avaient pas l'expérience de la Bolivie (Figure 2). A ces 5 personnes s'ajoutèrent ponctuellement 2 cliniciens, à la demande du groupe, lorsque se posèrent des questions spécifiques de leur ressort.

Figure 2. Composition et expertises du groupe d'analyse verticale.

Compétences	Leishmaniose	Bolivie
Entomologiste	-	-
Protozoologiste	+	+
Nutritionniste	-	+
Santé publique (coordinateur)	-	-
Santé publique	-	-
Clinicien	+	-
Clinicien	+	-

Notre parcours des étapes de l'analyse verticale fut beaucoup moins lourd que nous ne le craignons au départ. Ce parcours nous prit un an, à raison d'une réunion par mois, de 2 heures chacune. Le rôle du coordinateur fut déterminant pour l'économie de temps : après chaque réunion, un compte-rendu écrit était rédigé et distribué par le coordinateur. Nous avions alors un mois pour réviser individuellement ce document selon notre expertise personnelle, révision menée essentiellement par recherche biblio-

¹ M. Coosemans, entomologiste ; D. Le Ray, protozoologiste ; V. Tellier, nutritionniste ; J. Vandervennet et B. Criel, santé publique, le dernier nommé assurant la coordination du groupe ; J. Van den Ende et F. Van Gompel, cliniciens.

graphique sur les questions litigieuses. En fin de parcours, les compte-rendus successifs de nos réunions résultèrent en un document de synthèse d'une vingtaine de pages.

Analyse verticale de la leishmaniose tégumentaire

DECRIRE LE PROBLEME DE SANTE

Cette première étape fut cruciale pour l'acquisition d'un vocabulaire commun par verticalistes et horizontalistes réunis dans le groupe d'analyse. Le nombre de malentendus découverts et explicités au cours des premières réunions fut considérable.

La leishmaniose tégumentaire latino-américaine se présente sous deux formes cliniques aisément reconnaissables. La lésion la plus fréquente est un ulcère cutané qui, en l'absence de surinfection bactérienne, est d'aspect typique, est indolore et tend à guérir spontanément. A cet ulcère peut succéder une métastase faciale mutilante qui implique progressivement les muqueuses du nez, de la cavité buccale et, dans les cas les plus avancés, du larynx et du sommet de l'arbre bronchique.

La leishmaniose est causée par un protozoaire, *Leishmania*, transmis par un petit diptère hématophage, le phlébotome. En Amérique Latine, le cycle de transmission des leishmanioses tégumentaires est encore le plus souvent un cycle primaire, sylvatique, dont le réservoir est constitué par de grands mammifères arboricoles de la canopée et par des rongeurs vivant au niveau du sol forestier. En parallèle à la progression de la colonisation et de la déforestation par l'homme, on assiste à une adaptation rapide des cycles de transmission des leishmanioses et à leur domestication. A cet égard, la leishmaniose tégumentaire peut être considérée comme une maladie d'avenir en Amérique Latine.

La leishmaniose tégumentaire latino-américaine, un problème de santé... ?

Techniquement parlant, une lésion ulcérate indolore et à guérison spontanée ne paraît pas poser problème à première vue. En réalité, il y a toujours une demande de prise en charge de la part du patient : l'ulcère est large (un à plusieurs centimètres de diamètre) et il guérit lentement (de 6 mois à 2 ans ?) ; il est souvent surinfecté (activités agricoles), il devient alors douloureux, atypique et chronique ; les lésions multiples dues à plusieurs piqûres infectantes simultanées ne sont pas rares et peuvent concerner toutes les parties du corps. L'ulcère leishmanien s'inscrit en fait dans la problématique plus générale de la dermatologie tropicale.

Dans les régions colonisées, l'incidence annuelle est en général relativement faible, de 1 à 3%. Mais la prévalence cumulative estimée sur base de la fréquence des cicatrices peut dépasser 50% de la population résidente, un fait non négligeable si l'on considère le risque de métastase muqueuse. Des données fiables concernant ce risque muqueux sont rares : les chiffres actuellement disponibles indiquent un risque de métastase estimé entre 1 et 10% des ulcères cutanés à *L.braziliensis*. En fait, suite à l'apport récent des techniques d'identification moléculaire, le risque de métastase muqueuse n'est pas limité à la seule espèce *braziliensis* : c'est l'ensemble du sous-genre *Viannia* qui se montre capable de métastase muqueuse, soit les 5 "espèces" reconnues pour le moment : *L.braziliensis*, *L.guyanensis*, *L.panamensis*, *L.lainsoni* et *L.peruviana*, cette dernière envahissant les muqueuses oronasales par contiguïté et non par métastase à distance. Seule *L.braziliensis* est métastatique sur l'ensemble du sous-continent latino-américain, les autres "espèces" ne l'étant que dans certaines régions géographiques (Dedet 1993, revue).

Les micro-épidémies sont fréquentes et peuvent toucher 50 à 100% des membres de groupes humains pénétrant en forêt primaire pour activités professionnelles diverses : défrichage agricole, chasse, abattage de bois précieux, prospection pétrolière, activités militaires, etc.

L'altération de la forêt primaire par les activités humaines résulte en une extension du risque leishmanien en Amérique Latine. Les cycles de transmission paraissent s'adapter rapidement non seulement à la forêt secondaire, mais aussi à l'habitat péri-domestique et même aux zones d'habitation suburbaines (Lainson *et al.* 1994).

Le traitement spécifique des leishmanioses repose sur les antimoniés pentavalents. Au stade cutané, le schéma thérapeutique de référence est de 20 mg Sb5+/kg/jour pendant 20 jours, ce qui se traduit par l'injection intramusculaire ou intraveineuse quotidienne de 10 ml d'antimoniate de méglumine pour un poids adulte moyen. Au stade muqueux, le schéma thérapeutique nécessite un minimum de 30 jours pour les mêmes antimoniés, mais le pourcentage moyen d'échec est important : 50%, le pronostic étant d'autant plus défavorable que le nombre de tissus entrepris (nez, lèvres, palais, etc.) est plus élevé. La seule alternative actuellement bien établie est l'antifongique amphotéricine B, à administrer en perfusion pendant 45 jours un jour sur deux, sous surveillance médicale constante vu sa haute toxicité, ce qui nécessite en pratique une hospitalisation de 90 jours au minimum (OMS 1990).

... un problème de santé publique ?

En zone d'endémie, ce ne sont pas seulement les patients individuels qui demandent une prise en charge médicale mais aussi les populations à risque, dans la mesure où elles ont pris conscience de l'origine de leurs problèmes ulcéreux, et dans la mesure où elles sont organisées en communautés. Ainsi par exemple, dans les syndicats agricoles du Département de Cuzco, Pérou, des associations officielles de leishmaniés se sont constituées spontanément suite au grand nombre de patients et à l'irrégularité des traitements. Le but de ces associations est normatif (manuels de diagnostic et de contrôle) et logistique (approvisionnement en antimoniés).

L'approvisionnement en antimoniés par les voies officielles est en effet irrégulier ou inexistant, pour de nombreuses raisons. Outre les problèmes de

fabrication (lots de polymères en proportions variables, et donc à teneur variable en antimoine) et de prévision (données de prévalence et d'incidence défectueuses), le coût du médicament lui-même représente un obstacle majeur. Pour l'antimoniote de méglumine, le prix par ampoule varie de 2 (prix d'usine) à 11 (marché local bolivien) dollars. Dans ce dernier cas, le coût d'un traitement cutané complet serait de 875 USD (Bermudez, comm. pers.), sans prendre en compte les coûts de l'hospitalisation éventuelle ni les coûts indirects (p.ex. pertes d'activité professionnelle).

Cette situation explique en partie l'absence de prise en charge des patients par les services de santé. Les patients sont en fait amenés à se débrouiller avec les moyens du bord. Ceux-ci peuvent aller jusqu'à des essais de cautérisation de l'ulcère leishmanien avec le gel acide des piles électriques.

HISTOIRE NATURELLE DE LA SOUFFRANCE

Pour décrire le problème de santé posé par la leishmaniose tégumentaire à partir des notions de base identifiées ci-dessus, l'histoire naturelle du développement de la maladie fut parcourue par le groupe en y positionnant les souffrances résultant pour le patient (Figure 3). Le bénéfice de cette analyse, non originale en soi, fut l'acquisition d'un vocabulaire commun à tous les membres du groupe : un résultat d'importance majeure pour la suite de l'analyse et, à plus long terme, pour l'harmonie des relations de travail entre verticalistes et horizontalistes!

FACTEURS DETERMINANT L'INFECTION ET LA MALADIE : APPORT DES HORIZONTALISTES, NECESSITE D'UNE RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE

Ayant identifié en consensus la question de base : "le problème de santé ?", il était devenu possible de positionner sur son schéma (Figure 3) les facteurs déterminant ce problème. Il en résulta un modèle épidémiologique simple

(Figure 4) mais porteur de nombreuses questions (= ? sur les figures). Dans ce modèle, les différentes sous-populations se définissent en fonction des variables suivantes : infecté, ou non ; immun, ou non ; malade, ou non ; contagieux, ou non. Les flèches allant d'une sous-population à l'autre représentent des risques.

La question-clé fut en fait la nécessité de quantifier ces facteurs déterminants, afin de pouvoir évaluer objectivement le risque représenté par chacun de ces facteurs. Cette recherche de quantification imposa une prospection bibliographique extensive. Intentionnellement, seule une recherche bibliographique générale avait été menée *a priori*, au début de l'analyse. Une recherche approfondie n'était justifiée qu'au cours de l'analyse, pour répondre à des questions précises surtout d'ordre quantitatif, comme par exemple le pourcentage de patients "cutanés" à risque de développer une métastase muqueuse.

Il s'avéra en fait qu'il y avait d'énormes lacunes au niveau des connaissances quantitatives sur la leishmaniose tégumentaire, par manque de données fiables et publiées. En général, les conclusions rencontrées dans la littérature reposaient sur des impressions fragmentaires et insuffisamment documentées ne permettant pas de justifier les modalités proposées pour la prise en charge des patients leishmaniés. Face à ces carences, la conclusion apparut évidente aux yeux du groupe : nécessité impérieuse de procéder à la recherche de données de base correctes lors d'un projet ultérieur, sans préjuger de la pertinence de certaines données par rapport à d'autres.

Mais quelles sont les conditions à remplir pour pouvoir récolter des données correctes ? L'ensemble des verticalistes et des horizontalistes fut unanime : (i) éduquer la population à risque, en l'informant des déterminants-clé de "ses" leishmanioses, (ii) former les services de santé pour qu'ils soient à même de répondre aux questions soulevées, tout en restant dans le cadre de leur mission, (iii) définir en conséquence le rôle éventuel d'équipes mobiles verticales, lorsque la recherche des réponses aux questions soulevées n'est pas compatible avec la mission des services de santé de base.

Figure 3. Histoire naturelle et souffrance.

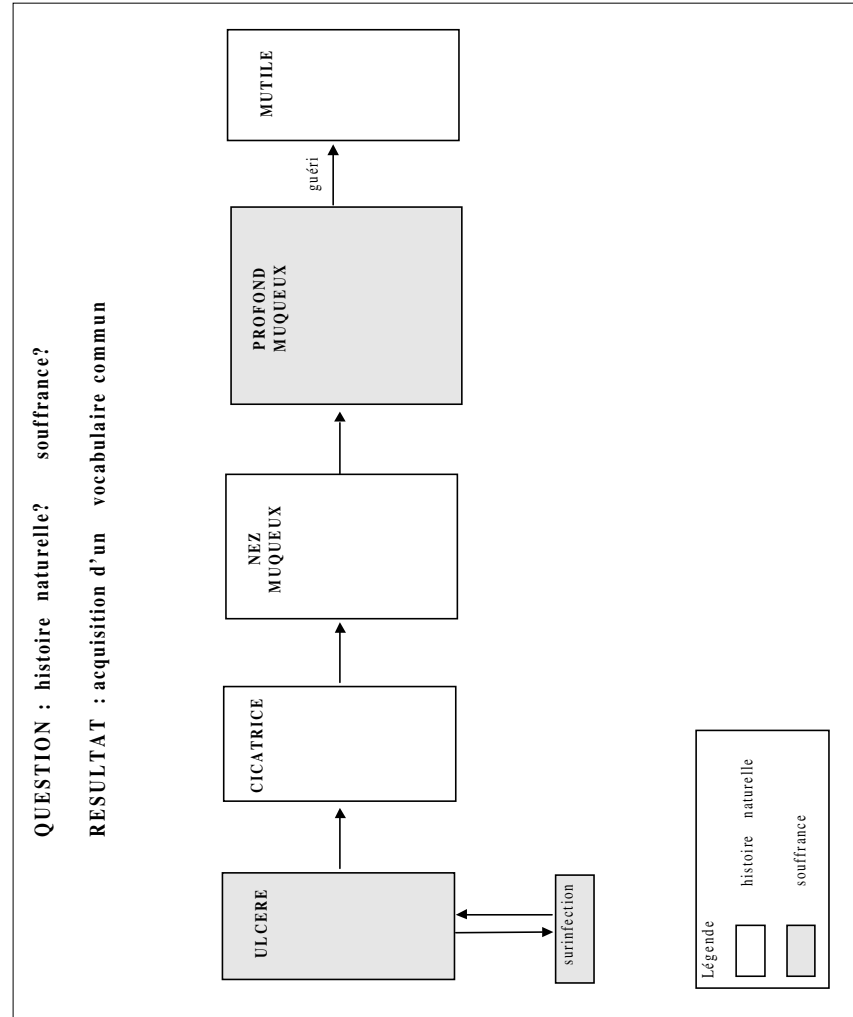
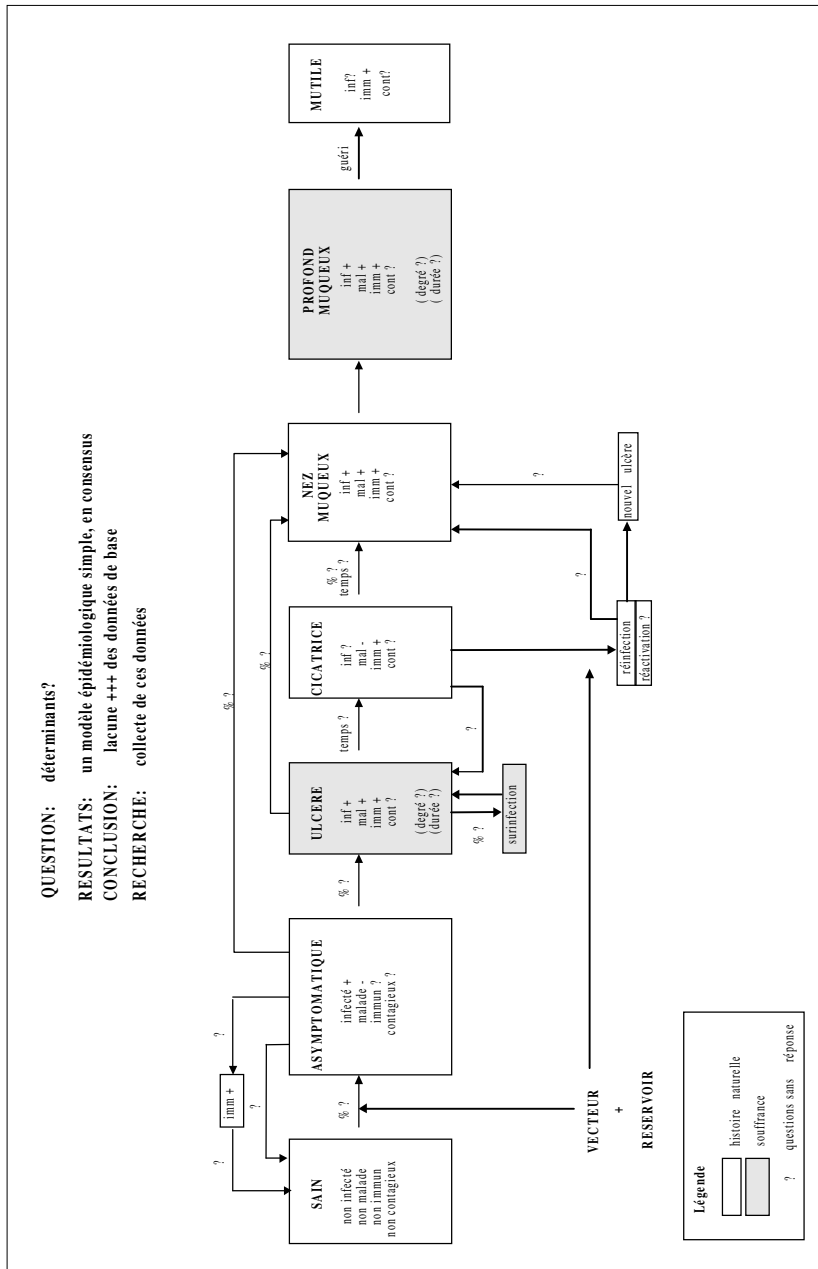


Figure 4. Les déterminants du modèle.



IDENTIFIER LES INTERVENTIONS POSSIBLES : APPORT DES VERTICALISTES, NECESSITE D'UNE RECHERCHE CLINIQUE

Cette phase de l'analyse verticale se déroula en deux étapes (i) d'abord par identification des interventions théoriquement possibles, par exemple : prévenir l'infection en procédant à la vaccination des résidents "sains", c'est-à-dire non encore infectés, (ii) ensuite par identification des interventions effectivement possibles dans l'état actuel des connaissances et des moyens existants, par exemple : vaccination, non ; contrôle vectoriel, oui (Figure 5).

Cette phase de l'analyse verticale fut la plus longue : elle souleva le plus de discussions techniques, et elle nécessita une recherche bibliographique approfondie, avec appel aux cliniciens pour éclaircir la problématique thérapeutique. A nouveau surgit la difficulté de trouver dans la littérature des données "dures", en particulier des essais cliniques quantifiés et validés statistiquement.

Les résultats en furent surprenants pour l'ensemble du groupe :

(i) il n'existe apparemment aucune preuve bibliographique permettant d'affirmer que les antimoniés pentavalents administrés au stade cutané préviendraient la métastase muqueuse, ou même qu'ils en réduiraient le risque. En d'autres termes, le bénéfice marginal des antimoniés au stade cutané pour la prévention de la métastase muqueuse n'est pas établi. Quant à la réduction de la souffrance cutanée en soi, s'il est acquis que les antimoniés permettent une guérison plus rapide de l'ulcère, le bénéfice marginal qu'ils procurent par comparaison à la cicatrisation spontanée reste lui aussi à évaluer.

Il y avait donc lieu de mettre en question le dogme "*ulcère leishmanien = antimoniés*". Cette mise en question est d'autant plus d'actualité que, dans la majorité des situations, ni les patients ni les services de santé n'ont accès

aux antimoniés. Le problème de l'approvisionnement en antimoniés pour le traitement du stade cutané serait alors essentiellement un faux problème.

Reste l'aspect éthique : "*le malade a droit au traitement*". Après de chaudes discussions, le groupe clarifia ses divers vocabulaires et exprima un consensus : le patient doit bien évidemment être traité, mais il ne faut pas confondre traitement et traitement spécifique aux antimoniés. Il existe des alternatives à ce dernier, en premier lieu les traitement topiques antiseptique et antibiotique.

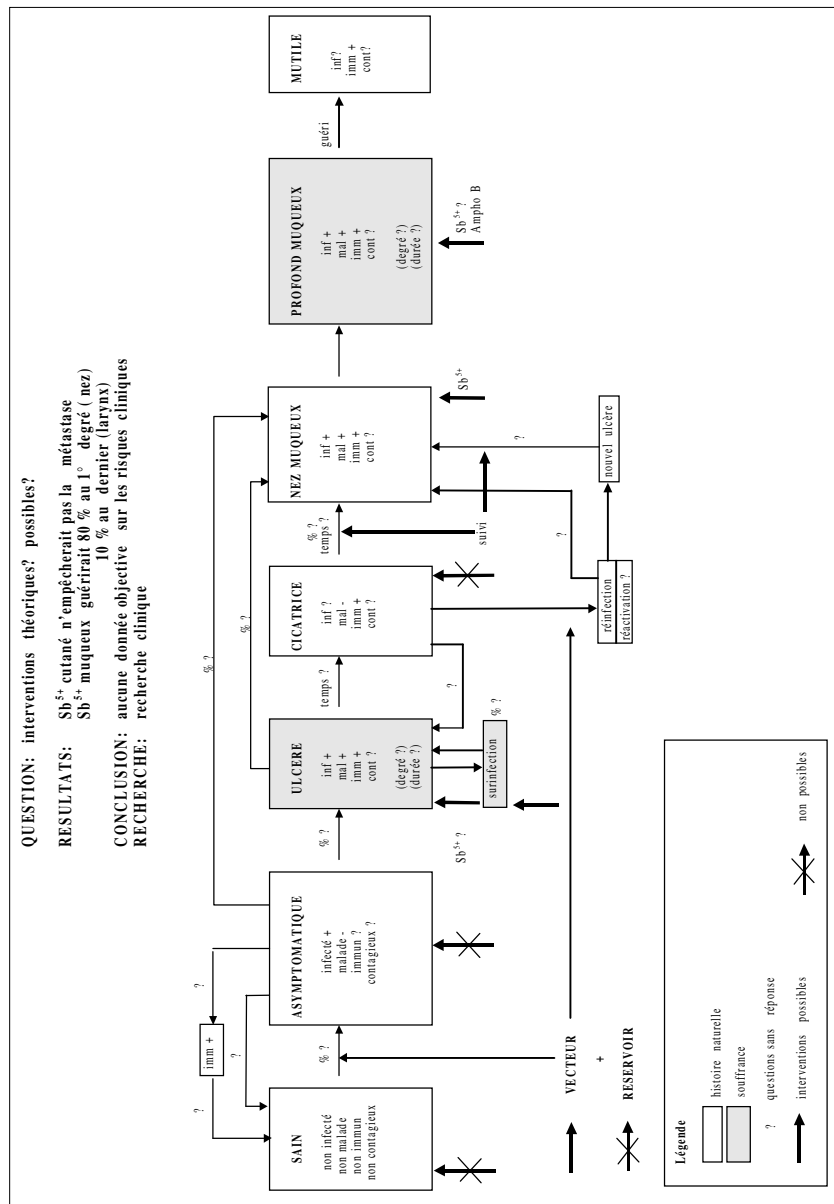
(ii) il est affirmé couramment qu'au stade muqueux les antimoniés échouent à guérir le malade dans 50% des cas. Cette affirmation appelle des nuances importantes. Une seule étude clinique à notre connaissance s'est attachée à catégoriser les patients muqueux en fonction du degré de leur atteinte muqueuse (nombre de tissus atteints) et à corrélérer ces catégories cliniques avec l'issue du traitement par antimoniés. Il apparaît alors (Llanos-Cuentas 1991) que les antimoniés sont efficaces à 80-90% aux premiers stades muqueux (atteinte des muqueuses nasales et orales) alors que leur efficacité se réduit à 10% aux stades muqueux avancés (larynx, pharynx, bronches).

La confirmation de cette étude entraînerait deux conséquences pour la prise en charge des patients muqueux. D'abord, le traitement alternatif par l'amphotéricine B, hautement toxique et nécessitant l'hospitalisation du patient, ne serait pas impératif pour l'ensemble des cas muqueux, mais seulement pour les cas avancés. Une seconde conséquence est plus importante car elle est préventive des complications muqueuses : un bénéfice peut être attendu du diagnostic précoce de la métastase, par exemple par surveillance des muqueuses nasales chez les patients ayant fait un ulcère cutané, que celui-ci ait été traité ou non par les antimoniés. Les critères de périodicité et de durée de cette surveillance nasale restent à déterminer.

La conclusion de cette phase de l'analyse est qu'il paraît urgent d'entreprendre des études cliniques quantitatives pour tester la validité des opinions courantes et des hypothèses concernant les traitements et les risques dans la leishmaniose tégumentaire.

L'ensemble de notre discussion sur ces points a été alimenté de façon cruciale par le Pr. A. Llanos-Cuentas, ses travaux cliniques publiés (encore trop peu nombreux au vu de l'importance du sujet) et ses communications orales sur ses résultats en cours de rédaction.

Figure 5. Les interventions possibles.



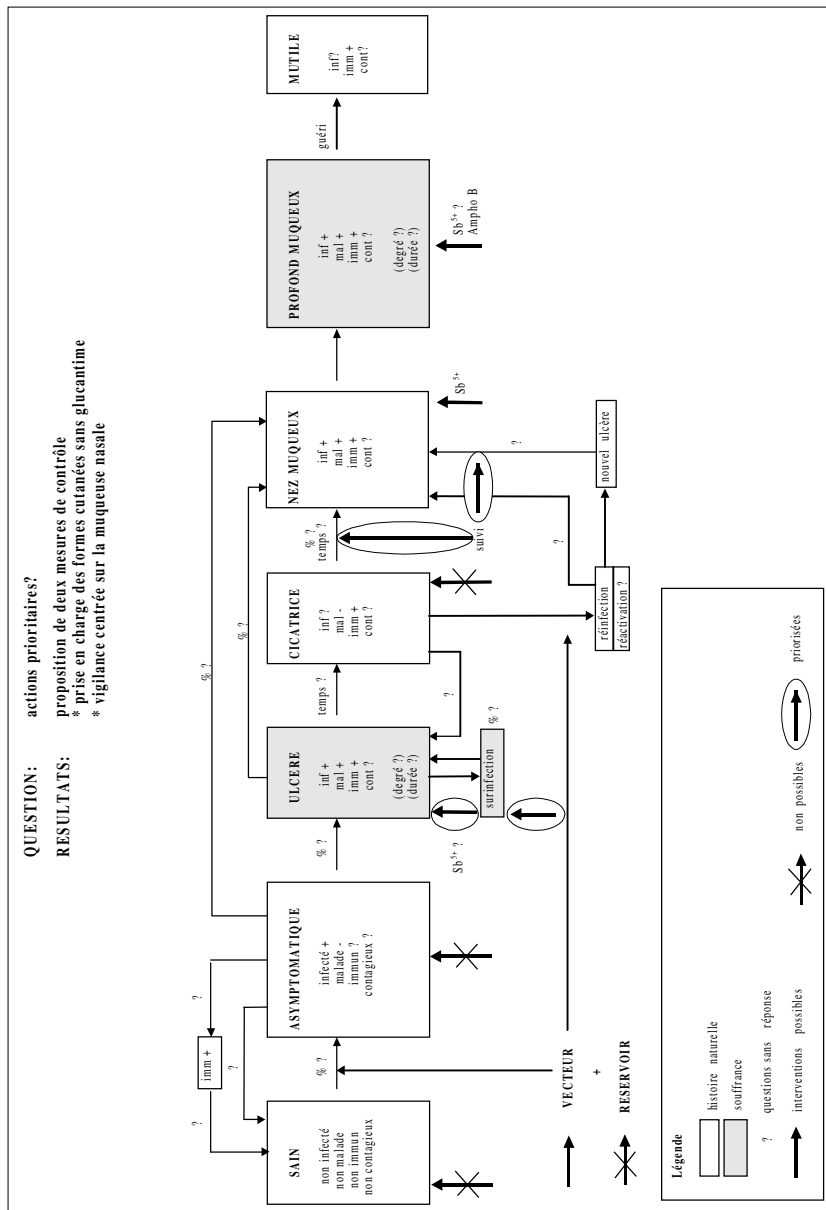
IDENTIFIER LES INTERVENTIONS PRIORITAIRES : RETOUR AUX HORIZONTALISTES

Jusqu'ici, l'analyse verticale s'est développée en dehors de toute considération pratique de temps et de lieu. La phase ultérieure a pour but d'identifier les interventions à mener en priorité en fonction de la situation réelle du/des district(s) de santé où doit se situer le projet d'intervention. Cette phase constitue donc l'opérationnalisation des deux étapes précédentes. Ainsi, par sélection et hiérarchisation des interventions pertinentes, une stratégie d'intervention et de recherche se voit identifiée en consensus par horizontalistes et verticalistes.

Les critères de sélection des interventions possibles sont essentiellement leur efficacité, leur faisabilité et leur acceptabilité. En fonction de ces critères, 5 interventions ont été retenues par le groupe (Figure 6) interventions dont les trois premières sont à développer en toute priorité, à savoir :

- (i) la prise en charge des ulcères, de préférence sans recours aux antimoniés, avec une attention spéciale pour le traitement de la surinfection des ulcères ;
- (ii) le dépistage précoce de la métastase muqueuse par vigilance centrée sur la muqueuse nasale, vigilance tant de la part des patients à ulcère actif ou cicatrisé que de la part des services de santé ;
- (iii) le traitement spécifique des métastases muqueuses ;
- (iv) le cas échéant, la réhabilitation chirurgicale des mutilés, anciens métastasés guéris ;
- (v) le cas échéant, une intervention anti-vectorielle, lorsque la transmission péri-domestique ou intra-domiciliaire s'est établie et a été prouvée.

Figure 6. Les interventions prioritaires.



Une phase d'essai à petite échelle de la stratégie retenue est nécessaire avant de pouvoir en généraliser l'application. Cet essai permettra de tester en conditions opérationnelles, par exemple à l'échelle d'un district, les protocoles et instructions destinés au personnel des services de santé de base, afin de les valider ou de les corriger. Cet essai permettra aussi d'identifier avec plus de précision les besoins logistiques (matériel diagnostique, médicaments, ...) et les nécessités de formation continue du programme d'intervention.

Cette troisième étape a été la plus facile, au grand étonnement des chercheurs dits "fondamentaux". Les chercheurs "horizontaux" ont pris l'initiative de l'identification des priorités, dans le cadre des services de santé primaires et communautaires. Les chercheurs "verticaux" ont suivi activement sans difficultés ni fortes discussions : horizontalistes et verticalistes disposaient d'un vocabulaire et d'une vision communs qui avaient été acquis pendant les deux premières étapes de l'analyse verticale. La perplexité du chercheur "vertical", suite à l'échec du projet LEISHBOL relaté précédemment, trouvait ici sa réponse.

QUELLES RECHERCHES POUR QUELS BESOINS ? RETOUR AUX VERTICALISTES, AVEC LES HORIZONTALISTES.

Les questions encore sans réponse (voir les points d'interrogation sur la Figure 6) dans la leishmaniose tégumentaire sont étonnamment multiples, pour un sujet apparemment aussi rebattu depuis plus d'un demi siècle. L'ensemble des questions se positionne en fait sous l'ombrelle d'une question centrale : "quel est le risque de ... ?", et de son corollaire : "que nous faut-il savoir pour pouvoir contrôler, ou pour mieux contrôler ?". L'identification des facteurs de risque est une voie de recherche qui concerne autant le verticaliste que l'horizontaliste. L'avantage majeur de l'analyse verticale est le fait que l'identification des questions de recherche et leur priorisation découlent de la démarche commune d'analyse, et non plus d'une identification faite *a priori* de manière univoque par les seuls verticalistes. Quelques exemples

illustreront cette affirmation, en partant des interventions prioritaires de contrôle identifiées dans l'étape précédente (Figure 6) au niveau des lésions cutanées et au niveau des lésions muqueuses.

La nécessité de recherches cliniques comparant la prise en charge des ulcères cutanés avec et sans antimoniés a été clairement identifiée (Figure 5) comme une priorité absolue, en termes de souffrance cutanée comme en termes de risque de métastase muqueuse.

En parallèle à ces facteurs "environnementaux" que sont les modalités de la prise en charge thérapeutique, d'autres facteurs de risque possibles ressortent tant à l'hôte qu'au parasite. Leur identification permettrait d'apporter une réponse aux questions priorisées par l'analyse verticale, en particulier : quels sont les facteurs de risque de métastase muqueuse, pourquoi ces risques sont-ils limités à 1 à 10% des cas cutanés, quels sont éventuellement les marqueurs prédictifs du risque muqueux ?

En ce qui concerne l'hôte, l'importance de sa constitution génétique sur la qualité de sa réponse immune à l'infection est soupçonnée depuis longtemps (Walton & Valverde 1977), elle s'est vue confirmée récemment par la démonstration de gènes de résistance aux leishmanies (Blackwell *et al.* 1994), les mécanismes cellulaires du contrôle immunitaire de l'infection sont en cours d'identification (Ho *et al.* 1994), ils pourraient fournir des marqueurs prédictifs de résistance et de sensibilité, et améliorer la prise en charge thérapeutique (Squires *et al.* 1993).

En ce qui concerne le parasite, son diagnostic gagnerait en sensibilité et en spécificité par recours aux marqueurs moléculaires récemment développés mais non encore évalués opérationnellement. Les marqueurs actuellement disponibles permettent d'identifier dans les tissus infectés la présence de *Leishmania*, et de distinguer les *braziliensis* des *mexicana* non métastatiques (Lopez *et al.* 1993). En outre, la recherche de caractères génétiques propres aux sous-populations *braziliensis* des métastases muqueuses permet-

tra de situer le rôle du parasite dans le risque muqueux. Dans l'affirmative, non seulement une porte s'ouvrirait vers l'accès aux bases moléculaires de la virulence parasitaire, mais ces bases, une fois identifiées, pourront donner lieu au développement de nouveaux outils moléculaires de valeur tant diagnostique que pronostique et épidémiologique. Après l'évaluation de ces nouveaux outils se posera la question de leur pertinence opérationnelle : ici encore l'analyse verticale permettra d'identifier une réponse adéquate commune aux concepteurs et aux utilisateurs, tout en évitant le piège trop fréquent de la performance technologique à tout prix.

Ces quelques exemples ne sont pas purement spéculatifs. Dans le cas des ulcères cutanés à *Leishmania peruviana*, sur la base d'une étude clinique quantitative, un gradient dans le diamètre de l'ulcère s'observe du Nord au Sud du Pérou, et ce gradient est concomitant à un gradient génétique parasitaire correspondant à une variation continue de la taille de certains chromosomes (Llanos-Cuentas & Dujardin, *in* Dujardin 1995). L'analyse de l'un des chromosomes concernés y a démontré la présence, en nombre variable de copies, de gènes codant pour une protéine impliquée dans le parasitisme des cellules-hôtes (Dujardin *et al.* 1994). La connaissance de l'organisation génomique de ces gènes et de leur séquences nucléotidiques (Victoir *et al.* 1995) a fourni des amorces d'amplification PCR permettant un diagnostic *in situ* au niveau des ponctions-biopsies. Une étude similaire est en cours sur les populations cutanées et muqueuses de *L.braziliensis*, et s'avère elle aussi prometteuse (Dujardin *et al.*, *in* Arevalo & Le Ray 1996).

Dans ces trois situations : recherche clinique, recherche moléculaire, recherche appliquée, les résultats acquis ne pourront être interprétés qu'à l'aide de données épidémiologiques correctes. La récolte de ces dernières dépend en partie du bon fonctionnement des services de santé de base. La boucle interactive entre chercheurs horizontalistes et chercheurs verticalistes se voit ainsi bouclée.

Les verticalistes en général, et en particulier les chercheurs dits “fondamentaux” dans le contexte des soins de santé, émergèrent heureux de cette étape de la discussion, avec le sentiment de disposer enfin d’un cadre de référence où positionner leur recherche plus correctement en fonction des besoins des patients et des services de santé, sans “prostituer” pour autant leur qualité de chercheur.

Il fut donc décidé de commun accord d’ajouter une huitième étape à l’analyse verticale initialement développée par l’URESP : “Quelles recherches, pour quels besoins ?”

Conséquences et retombées en Bolivie

EFFETS DIRECTS

Cet exercice d’analyse verticale a pu avoir immédiatement une suite concrète, grâce à un projet bilatéral boliviano-belge financé par la Coopération belge (AGCD) pour quatre années (1993-1997).

La demande de la Bolivie à la Belgique concernait le renforcement institutionnel, conjoint et complémentaire, de la Faculté de Médecine et du Secrétariat Régional de la Santé dans le Département de Cochabamba. Les objectifs généraux qui furent assignés au projet sont la Médecine tropicale et la Santé, avec quatre objectifs spécifiques : services de santé, malnutrition, maladie de Chagas et leishmanioses. Le projet est géré en partenariat par les professionnels boliviens du Ministère de la Santé et de l’Université, avec l’appui et l’expertise de leurs homologues belges dans les quatre disciplines concernées : trois laboratoires de l’Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold et un laboratoire de la Faculté de Médecine de l’Université Libre de Bruxelles.

Les interventions à mener par le projet furent identifiées dès le départ par analyse verticale des trois interventions spécifiques : nutrition, Chagas

et leishmanioses. Pour chaque intervention, un groupe bolivien d'analyse verticale et de gestion se constitua, avec des membres de la Faculté de Médecine et du Secrétariat de la Santé de Cochabamba.

Après deux ans, à mi-course du projet, un bilan intérimaire très positif peut être fait. Une série d'acquis importants se met déjà en place à Cochabamba :

- les groupes d'analyse verticale, constitués conjointement par des membres de la faculté de médecine et par les services de santé, ont procédé à l'analyse de leurs problématiques respectives : nutrition, Chagas, leishmanioses.
- le groupe "Leishmanioses" a mené son analyse verticale avec des résultats similaires à ceux de l'exercice effectué par le groupe belge, il a entrepris la formation des services de santé dans les 2 districts de Cochabamba concernés par la leishmaniose, et il a demandé un appui méthodologique au groupe belge pour le suivi de leurs conclusions.

EFFETS INDIRECTS

A Cochabamba, l'introduction de l'analyse verticale comme méthodologie de référence a entraîné indirectement une série de remises en question structurelles de la part des interlocuteurs concernés :

- Le Secrétariat Régional de la Santé a entrepris sa réorganisation, en déverticalisant les services de santé à partir du sommet ; il a identifié un besoin de formation méthodologique en santé primaire, de niveau "maîtrise en sciences", pour certains de ses cadres.
- L'Université et la Faculté de Médecine de Cochabamba ont décidé de mettre sur pied un cours de post-graduat en médecine tropicale, dont le programme comprendra une formation à la gestion des services de santé

primaire ainsi que des enseignements sur des problèmes de santé spécifiques, en référence réciproque. Ceci avec l'intention, à plus long terme, de procéder à la réactualisation des études de médecine elles-mêmes.

- Le Secrétariat National de la Santé de Bolivie participe aux réunions d'évaluation de l'avancement du projet ; il considère le projet rassemblant Secrétariat Régional et Université comme une priorité et une référence nationales qui répondent aux nouvelles décisions gouvernementales de décentralisation : départementalisation et participation populaire (municipalisation) ; il veut confier aux centres universitaires de recherche (tels que les centres de recherche biomédicale et de médecine tropicale créés par la Faculté de Médecine de Cochabamba, avec leurs réseaux de laboratoires de recherche et de diagnostic) un rôle normatif, formateur et de contrôle de qualité au plan national.

Conclusion

LA METHODOLOGIE

Suite à l'expérience dont nous avons voulu témoigner par ce document, il nous paraît que la méthodologie de l'analyse verticale d'un problème de santé s'est montrée efficace, exportable et reproductible.

L'analyse verticale a constitué pour nous un outil de dialogue, d'action, et de recherche : dialogue entre disciplines académiques et dialogue entre académiques et gestionnaires de la santé, pour des interventions de contrôle plus pertinentes et pour des objectifs de recherche mieux appropriés, à propos d'un problème de santé spécifique.

Cette méthodologie devrait permettre d'organiser un contrôle de la leishmaniose plus efficace et moins coûteux : l'analyse verticale permet de structurer ce que l'on savait déjà, de le faire, et de le faire avec ce qu'on a.

Enfin en termes de médecine tropicale européenne, l'analyse verticale peut nous aider à relever le défi de l'avenir : (ré)concilier le vertical et l'horizontal, en recherche comme en intervention, par l'identification de leurs complémentarités respectives.

LA COOPERATION

En termes de coopération Nord-Sud et Sud-Sud, l'analyse verticale permet, pour les leishmanioses en Bolivie, de gérer simultanément action et recherche, l'action étant le projet mené à la demande du Ministère national de la Santé et de la Coopération Belge (AGCD), et la recherche étant formulée et financée par des projets de type STD/INCO DC (Commission Européenne, Programmes de la DG XII).

Références

Arevalo J & Le Ray D (1996) : Clonal variability of the parasite as a predictive tool for different clinical manifestations in tegumentary leishmaniasis of Peru and Bolivia, Final report of EC contract TS3-CT92-0129.

Blackwell JM, Barton CH, White JK, Roach T, Shaw MA, Whitehead SH, Mock BA, Searle S, Williams H & Baker AM (1994) Genetic regulation of leishmanial and mycobacterial infections : the Lsh/Ity/Bcg gene story continues. *Immunology Letters* **43**, 99-107.

Dedet JP (1993) *Leishmania* et leishmanioses du continent américain. *Annales de l'Institut Pasteur/actualités* **4**, 3-25.

Dujardin JC, De Doncker S, Victoir K, Le Ray D, Arevalo J & Hamers R (1994) Size polymorphism of chromosomes bearing gp63 genes in *Leishmania* of the *braziliensis* complex : evidence for rearrangement of the gp63 genes in *L. braziliensis* and *L. peruviana*. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* **88**, 445-448.

Dujardin JC (1995) Significations de la variabilité caryotypique dans les populations naturelles de leishmanies néotropicales. Thesis Dr Wet, Vrije Universiteit Brussel, Brussels.

Ho JL, Badaro R, Hatzigeorgiou D, Reed SG & Johnson WD (1994) Cytokines in the treatment of leishmaniasis : from studies of immunopathology to patient therapy. *Biotherapy* **7**, 223-235.

Lainson R, Shaw JJ, Silveira FT, de Souza AA, Braga RR & Ishikawa EA (1994) The dermal leishmaniasis of Brazil, with special reference to the eco-epidemiology of the disease in Amazonia. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* **89**, 435-443.

Llanos Cuentas A (1991) Tratamiento de leishmaniasis mucosa : analisis de los factores asociados con la respuesta terapeutica a los antimoniales pentavalentes. Thesis Dr Med, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru.

Le Ray D & Bermudez H (1989) Leishmanioses en Bolivie. in Commiss. Europ. Commun. EUR 12143 EN, Science and Technology for Development, First Programme 1983-1986, Research Projects Final Reports, pp. 241-247.

Lopez M, Inga R, Cangalaya M, Echevarria J, Llanos-Cuentas A, Orrego C & Arevalo J (1993) Diagnosis of *Leishmania* using the polymerase chain reaction : a simplified procedure for field work. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene* **49**, 348-356.

OMS (1990) Lutte contre les leishmanioses, *Série de Rapports techniques* 793, 1-176.

Squires KE, Rosenkaimer F, Sherwood JA, Forni AL, Were J & Murray HW (1993) Immunochemotherapy for visceral leishmaniasis - A controlled pilot trial of antimony versus antimony plus interferon-gamma. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene* 48, 666-669.

Unger JP, Criel B & Mercenier P (1998) L'approche verticale : une méthodologie d'identification des priorités stratégiques du contrôle des maladies tropicales. In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds., *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 25-54. ITGPress, Antwerp.

Victoir K, Dujardin JC, De Doncker S, Barker DC, Arevalo J, Hamers R & Le Ray D (1995) Plasticity of gp63 gene organization in *Leishmania (Viannia) braziliensis* and *Leishmania (Viannia) peruviana*. *Parasitology* 111, 265-273.

Walton BC & Valverde L (1977) Racial differences in espundia. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 73, 23-29.

Remerciements

L'auteur est redevable à ses collègues boliviens, et en particulier aux Drs. Carlos La Fuente, Fanor Balderrama, Hernan Bermudez, Mario Recacocha et German Villarroel, de lui avoir appris la médecine tropicale, leur pays et ses besoins. La rédaction finale de ce document a bénéficié des commentaires des Drs. Bart Criel, Véronique Tellier et Xavier de Béthune.

Le projet bilatéral "Medicina tropical y Salud en el Departamento de Cochabamba" (1993-1997) est financé par l'Agence Générale de Coopération au Développement (Belgique). Les projets de recherche en leishmanioses (projets "LEISHBOL" et "LEISHBOLPE") mentionnés dans ce

document ont bénéficié du soutien financier du Programme EC-STD (contrats TSD-M-434/022, TS2-M-0315 et TS3-CT 920.129, de 1983 à 1996).

Le dialogue entre chercheurs verticalistes et horizontalistes en pratique : La recherche sur les Maladies Sexuellement Transmissibles à Mwanza

Anne Buvé¹

La recherche sur l'interaction entre les MST et l'infection par le VIH

En Afrique sub-saharienne l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) se caractérise par la prédominance de la transmission hétérosexuelle et par l'importance de l'épidémie. Dans plusieurs pays l'infection à VIH s'est propagée de façon explosive. Ainsi, dans plusieurs grandes villes de l'Afrique de l'Est la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes dépasse actuellement les 20% (US Bureau of the Census 1994). La transmission hétérosexuelle semble se produire plus efficacement en Afrique que dans les pays occidentaux. Plusieurs explications ont été proposées en rapport avec cette observation. Une première explication serait qu'il y a une interaction entre l'infection à VIH et les maladies sexuellement transmissibles (MST) « classiques », telles que les ulcérations génitales, la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia*. Ces MST, qui sont plus prévalentes dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés, favoriseraient la transmission sexuelle du VIH, aussi bien de l'homme à la femme qu'inversement (Laga *et al.* 1994). Il en suit que le contrôle des MST

¹ Département de Microbiologie, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

“classiques”, dont plusieurs sont vulnérables au traitement aux antibiotiques, pourrait être un élément clé dans le contrôle de l’infection à VIH.

Les premières études épidémiologiques qui ont démontré une association entre MST et infection à VIH étaient des études de type transversal ou cas-témoin. Ces études ne permettaient pas d’éliminer tous les effets des facteurs confondants, tels que le comportement sexuel. En plus il était difficile d’établir la relation temporelle entre MST et infection à VIH. Aussi les épidémiologistes les plus rigoureux estimaient que seules les études d’intervention contrôlée pouvaient contourner tous ces problèmes (Mertens *et al.* 1990). L’hypothèse de base était la suivante : si les MST classiques facilitent la transmission du VIH, il en suit qu’une réduction de leur prévalence et de leur transmission mène à une réduction de l’incidence de l’infection à VIH. Cette hypothèse est testée dans une étude d’intervention contrôlée comme suit. Dans une population définie la prévalence des MST est réduite par une intervention. L’impact de cette intervention sur l’incidence de l’infection par le VIH est mesuré en comparant cette incidence avec l’incidence dans une population de comparaison.

Le premier problème à résoudre était de développer une intervention qui pourrait réduire la prévalence des MST dans la population d’intervention, tout en respectant les principes éthiques, c.à.d. sans refuser aux personnes souffrantes d’une MST un traitement efficace. Deux projets de recherche qui abordaient cette problématique furent mis en place dans des pays voisins : un projet mené par une équipe de Columbia University (Etats-Unis) dans le district de Rakai en Ouganda et un deuxième projet sous la supervision de la London School of Hygiene and Tropical Medicine dans la région de Mwanza en Tanzanie.

Les études d’intervention de Rakai et de Mwanza

Les deux études avaient le même objectif : démontrer qu’il y a une interaction entre MST “classiques” et infection par le VIH par le biais d’une re-

cherche d'intervention contrôlée. Les incidences de l'infection par le VIH étaient comparées dans deux groupes de populations, d'une part des populations d'intervention, d'autre part des populations de comparaison. Les deux études différaient essentiellement par le type d'intervention qu'elles proposaient (Figure 1). Dans le district de Rakai l'intervention consistait en un traitement de masse de toute la population adulte, à des intervalles réguliers. Les résultats de cette étude ne sont pas encore disponibles. A Mwanza l'intervention consistait à améliorer les services curatifs pour les MST dans les centres de santé qui servaient les populations d'intervention. Le personnel soignant de ces centres de santé a reçu un recyclage en matière de diagnostic et de traitement des MST. Les centres étaient approvisionnés en antibiotiques efficaces pour le traitement des MST. Et finalement une supervision régulière était assurée. Les centres de santé qui servaient les populations de comparaison continuaient à fonctionner comme auparavant. Les deux groupes de populations ont été suivis pendant 24 mois.

Figure 1. Hypothèses des études de Rakai et de Mwanza.

ETUDE DE RAKAI		
Traitement de masse	→↘ prévalence des MST	→↘ incidence du VIH ?
ETUDE DE MWANZA		
Meilleure prise en charge dans les centres de santé	→↘ prévalence des MST	→↘ incidence du VIH ?

Les chercheurs de Rakai sont quasiment certains que leur intervention aboutira à une réduction de la prévalence des MST. Dans le passé, plusieurs études ont déjà démontré une réduction de plus ou moins longue durée de la prévalence des MST suite à un traitement de masse (Jaffe *et al.* 1979, Ol-

sen 1973, Lomholt & Berg 1966). Du point de vue recherche verticaliste les chercheurs de Mwanza avaient pris un risque. Leur intervention était une “boîte noire”. Quoique des modèles épidémiologiques suggèrent qu’une prise en charge précoce et efficace des MST mène à une réduction de la prévalence des MST et à une interruption de la transmission dans la population, ceci n’avait jamais été démontré de façon empirique. En plus il était beaucoup plus difficile de contrôler l’intervention de Mwanza que celle de Rakai, parce qu’il n’y avait pas de lien direct entre le recyclage du personnel, l’approvisionnement en médicaments et la supervision d’un côté, et la réduction de la prévalence des MST de l’autre. Dans l’étude de Rakai ce lien est beaucoup plus direct.

L’analyse de l’intervention de Mwanza

Du fait que l’intervention à Mwanza était une “boîte noire” l’interprétation des résultats de l’étude de Mwanza risquait de poser des problèmes. Un résultat négatif pourrait s’expliquer de deux façons (Figure 2) :

- l’intervention n’a pas abouti à une réduction de la prévalence des MST
- l’intervention a produit une réduction de la prévalence des MST mais il n’y pas d’interaction entre MST et infection par le VIH.

Figure 2. Hypothèses possibles en cas de résultat négatif de l’étude de Mwanza.

Meilleure prise en charge dans les centres de santé	✗ ↘	prévalence des MST	✗ ↘	incidence du VIH
Meilleure prise en charge dans les centres de santé	→ ↘	prévalence des MST	✗ ↘	incidence du VIH

Afin que l’intervention puisse aboutir à une réduction de la prévalence des MST quelques conditions devaient être remplies :

- la proportion de cas de MST dans la population, qui sont guéris par les services de santé doit augmenter
- la durée moyenne de l'infectiosité des cas de MST doit être réduite.

En d'autres mots : l'intervention devait assurer une couverture importante en termes de guérison précoce.

L'application du modèle de Maurice Piot à la prise en charge des MST

La prise en charge des MST comme stratégie de contrôle a de fortes ressemblances avec la prise en charge de la tuberculose. Aussi les équipes du département de santé publique et du département de microbiologie de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers ont élaboré un modèle pour l'évaluation de la prise en charge des MST, inspiré par le modèle développé par Maurice Piot pour l'évaluation de la prise en charge de la tuberculose (Buvé *et al.* 1993). L'application de ce modèle permettait d'estimer la proportion des cas de MST qui sont guéris par les services de santé, la première étape intermédiaire de la Figure 3.

La base du modèle est une description des différentes étapes qui doivent être franchies par les patients atteints d'une MST, avant d'être guéris par les services de santé. Ces étapes sont représentées à la Figure 4. Chaque étape représente un passage obligé pour atteindre la suivante. Il est donc inévitable qu'un certain nombre de cas soit perdu à chaque étape. La probabilité de passer d'une étape à la suivante peut être exprimée comme un pourcentage. Le pourcentage de malades guéris par les services de santé est fonction de ces probabilités et on peut calculer le taux de guérison en les multipliant toutes.

En étroite collaboration avec les équipes de recherche à Mwanza nous avons entamé un projet pour documenter les différentes étapes dans la prise en charge des MST dans les populations d'intervention et de comparaison.

Ce projet a commencé avant que les résultats de l'étude d'intervention n'aient été disponibles. Le projet avait pour objectif d'ouvrir la "boîte noire" de l'intervention de Mwanza. Au cas où les résultats auraient été négatifs, l'application du modèle de Piot pourrait confirmer ou exclure, comme explication possible, la faiblesse de la proportion des cas de MST qui ont été guéris par les services de santé améliorés. Dans le cas échéant l'application du modèle pourrait identifier ces éléments dans l'amélioration de la prise en charge qui ont probablement contribué à l'impact sur l'incidence de l'infection par le VIH.

Les résultats de l'étude de Mwanza ont été positifs. Au bout de deux ans l'incidence de l'infection à VIH dans les populations d'intervention était de 1,2%, alors qu'elle était de 1,9% dans les populations de comparaison. Après ajustement pour des facteurs de risque confondants, le risque relatif associé à l'intervention était de 0,58, autrement dit l'incidence de l'infection à VIH dans les populations d'intervention était presque la moitié de l'incidence dans les populations de contrôle (Grosskurth *et al.* 1995, Laga 1995). La réduction de la prévalence des MST était moins spectaculaire. Les MST étaient moins prévalentes dans les populations d'intervention que dans les populations de comparaison, mais les différences n'étaient pas significatives au sens statistique du mot. Deux explications pourraient être avancées pour ce constat : les méthodes de dépistage des MST étaient trop peu sensibles pour détecter une différence de prévalence, ou, une faible réduction de la prévalence des MST suffit pour produire une réduction significative de l'incidence de l'infection par le VIH.

Figure 3. Modèle hypothétique de base de l'étude de Mwanza.

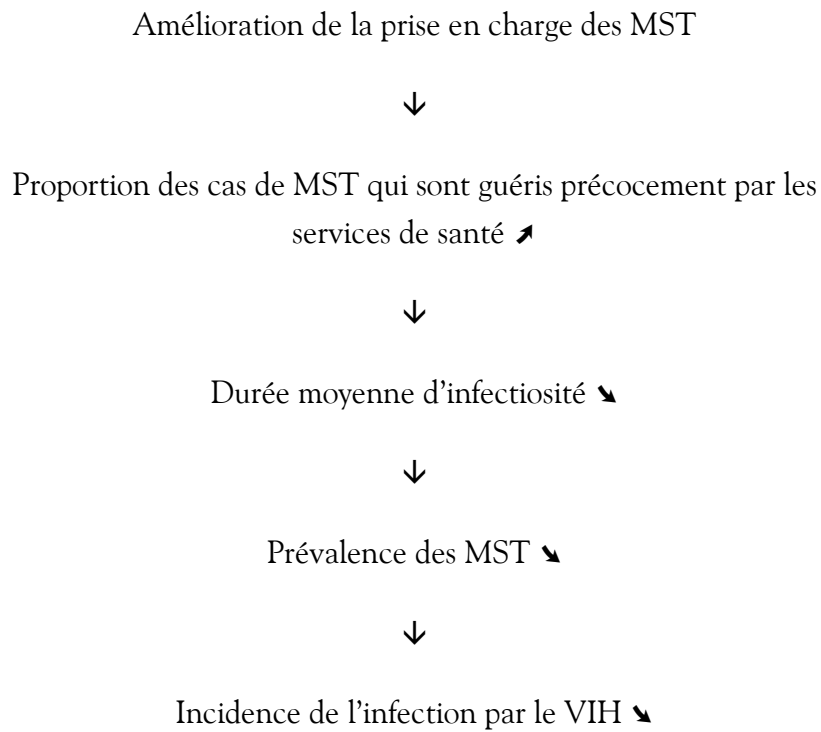
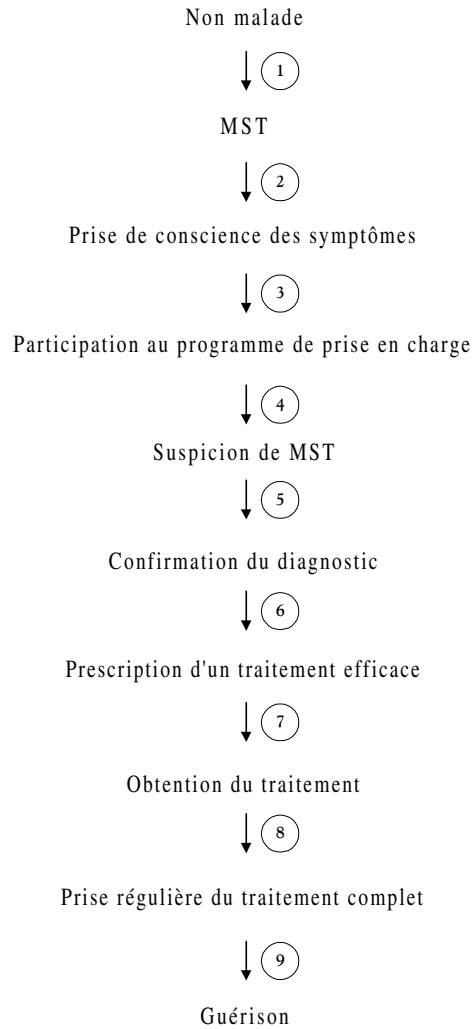


Figure 4. Etapes de l'analyse opérationnelle appliquée à la prise en charge des MST.



L'étude sur la prise en charge des MST à l'aide du modèle de Piot est encore en cours. Nous espérons identifier les éléments dans la prise en charge dont l'amélioration a probablement contribué à la réduction de la prévalence des MST. L'exemple de la disponibilité du traitement est assez clair. Une analyse des prescriptions dans les différents centres de santé a révélé qu'un des éléments clé dans l'amélioration de la prise en charge des MST est l'approvisionnement en antibiotiques efficaces. Dans les services de santé de contrôle moins de 30% des malades qui se présentaient avec une urétrite, recevaient une prescription d'un antibiotique efficace contre la gonorrhée ou l'infection à *Chlamydia*. Le problème ne se situe pas seulement au niveau du personnel soignant, qui n'est pas au courant des développements récents dans le domaine de l'antibiothérapie des MST, mais aussi au niveau du programme des médicaments essentiels. Les kits de médicaments essentiels fournis aux centres de santé contiennent comme seuls antibiotiques la pénicilline et la tétracycline. Or une étude de sensibilité aux antibiotiques effectuée en 1991 a démontré que les trois quarts des souches de *Neisseria gonorrhoeae* étaient résistantes à la pénicilline, et que 35% des souches étaient résistantes à la tétracycline.

Nous espérons également identifier les éléments qui pourraient empêcher une couverture importante de guérisons précoces. Nous savons déjà qu'un goulot d'étranglement important est l'utilisation des services de santé. Une étude qualitative sur les raisons de la faible utilisation a démontré le manque de privauté et la honte comme des problèmes majeurs. Plusieurs possibilités s'offrent pour contourner ces problèmes. On pourrait sensibiliser le personnel de santé, on pourrait recycler le secteur privé dans la prise en charge efficace, etc. Il importe donc d'élaborer les stratégies les plus efficaces pour assurer une prise en charge précoce et efficace qui atteignent le plus de cas de MST possible. Grâce au cadre de réflexion qu'il offre, nous estimons que le modèle de Piot sera un outil valable pour choisir les stratégies les plus appropriées.

Conclusions

L'objectif principal de l'étude de Mwanza était académique, c.à.d. qu'il s'agissait de prouver l'existence d'une interaction entre MST et infection à VIH. Par le choix de l'intervention cette recherche était la première à démontrer de façon contrôlée et quantifiée l'efficacité d'une stratégie de prévention de la transmission de l'infection à VIH. En plus la collaboration entre chercheurs verticalistes (les chercheurs responsables de l'étude d'intervention) et les chercheurs horizontalistes (les chercheurs qui avaient travaillé sur le modèle de Piot) permettra de présenter aux autorités sanitaires non seulement des recommandations de type "le contrôle des MST permet de réduire l'incidence de l'infection par le VIH", mais également des outils pour prendre des décisions sur les meilleures stratégies pour améliorer la prise en charge des MST. Ceci est en contraste avec l'étude de Rakai qui pourrait démontrer l'existence d'une interaction entre MST et infection par le VIH, mais qui dans le choix de son intervention n'offre pas a priori de stratégies pour appliquer les résultats à plus grande échelle.

Références

Buvé A, Laga M, Crabbé F, Vuylsteke B & Van Lerberghe W (1993) A model for the operational assessment of case detection and management of STD's. Présenté à la VIII^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique. Marrakech. No W.RT.015.

Grosskurth H, Mosha F, Todd J, *et al.* (1995) Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania : randomised controlled trial. *The Lancet* **346**, 530-536.

Jaffe HW, Rice DT, Voight R, Fowler J & St. John RK (1979) Selective mass treatment in a venereal disease control program. *American Journal of Public Health* **69**, 1181-1182.

Laga M, Diallo MO & Buvé A (1994) Inter-relationship of sexually transmitted diseases and HIV : where are we now ? *AIDS* **8**, supplement 1, S119-S124.

Laga M (1995) STD control for HIV prevention - it works! *The Lancet* **346**, 518-519.

Lomholt G & Berg O (1966) Gonorrhoea situation in South Greenland in the summer of 1964. *British Journal of Venereal Diseases* **42**, 1-7.

Mertens TE, Hayes RJ & Smith PG (1990) Epidemiological methods to study the interaction between HIV infection and other sexually transmitted diseases. *AIDS* **4**, 57-65.

Olsen GA (1973) Epidemiologic measures against gonorrhoea. Experience in Greenland. *British Journal of Venereal Diseases* **49**, 130-133.

US Bureau of the Census (1994) International Programs Center :
HIV/AIDS Surveillance Database. US Bureau of the Census, Washington,
DC.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 92

Deuxième partie
L'intégration de programmes verticaux
dans les services de santé polyvalents

Studies in HSO&P, 8, 1999, 94

Conditions, limites et potentiel de l'intégration

Bart Criel¹ et Vincent De Brouwere¹

Introduction

Le concept d'intégration donne lieu à des interprétations diverses. Par exemple, lors d'une conférence internationale sur la prévention du VIH et du SIDA², le concept d'intégration a été largement abordé dans le sens de l'intégration de services dans l'exécution d'un programme ; ou encore dans le sens d'une plus grande collaboration, voire même une *fusion*, entre deux programmes (par exemple programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et programme de planning familial). Il n'a été que bien peu question de l'intégration de certaines activités de programmes dans le paquet d'activités d'un service polyvalent... Il y a donc lieu d'éclaircir la problématique.

Ce document vise à contribuer au débat en discutant le concept d'intégration ainsi que les enjeux opérationnels que l'intégration implique. Pour ce faire, les auteurs se basent largement sur la réflexion et l'expérience en la matière que l'Unité de Santé Publique (URES) de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers a développées au cours de son histoire, ainsi que sur une revue de la littérature sur le concept d'intégration.

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

² Conférence USAID sur la prévention du VIH/SIDA, Washington, août 1995.

Le concept d'intégration que nous allons discuter dans ce chapitre concerne donc l'intégration d'activités de programmes dans des services de santé polyvalents. Après avoir clarifié la terminologie et le cadre conceptuel dans lequel nous comprenons l'intégration, nous discuterons le potentiel et les limites de l'intégration. Nous aborderons ensuite les problèmes rencontrés lorsque l'intégration de certaines activités issues de programmes verticaux est décidée et nous tenterons alors de formuler les conditions de l'intégration et les questions pratiques auxquelles il faut répondre si on veut que l'intégration ait une chance de réussir.

Considérations théoriques

Il est important d'expliciter les définitions d'un certain nombre de termes qui seront utilisés dans cette discussion sur l'intégration (Kegels 1992).

LES DOMAINES DU VERTICAL

Le programme vertical

Un programme vertical consiste en une ensemble cohérent d'activités destinées à assurer le contrôle d'un seul ou d'un groupe de problèmes de santé liés entre eux (Cairncross 1997). Le contenu d'un programme (l'ensemble des activités et des tâches destinées à lutter contre un problème donné) est le résultat d'une analyse technique basée sur une approche verticale (Unger *et al.* 1998). La création d'un programme est le résultat d'une décision politique reconnaissant de ce fait l'importance (épidémiologique, économique, sociale, culturelle ou politique) du problème de santé et justifiant ainsi la création d'une administration spécifique qui prendra en charge la gestion du programme.

Ainsi, un programme vertical peut être créé pour mieux gérer le contrôle d'une maladie particulière (par exemple, la lèpre ou la tuberculose), pour

gérer un ensemble de problèmes de santé liés entre eux (les diarrhées, les infections respiratoires aiguës), pour gérer des problèmes de santé touchant une population donnée (problèmes liés à la maternité), pour structurer des activités existantes (les vaccinations) ou des nouvelles activités (dans le cadre du SIDA par exemple), etc.

La structure verticale

Une structure verticale est une structure sanitaire dans laquelle travaille un personnel spécialisé (monovalent), particulièrement qualifié dans un domaine bien particulier¹ et qui a pour tâche de prendre en charge un seul problème de santé (ou un nombre limité de problèmes). Une structure verticale fonctionne le plus souvent (mais pas toujours) de manière périodique ; elle peut rester centralisée ou opérer de façon décentralisée (par exemple, avec des équipes mobiles). La création d'une structure verticale pour les activités de contrôle d'un problème de santé particulier devrait (au moins en principe) être le résultat d'une réflexion et d'une analyse technique.

STRUCTURES HORIZONTALES ET SERVICES/SOINS DE SANTE INTEGRES

La structure horizontale

La structure horizontale est définie comme une structure de santé dans laquelle un personnel polyvalent, en réponse à des besoins ressentis par la communauté desservie, prend en charge un large éventail de problèmes de santé. Une structure horizontale est décentralisée et fonctionne de manière permanente.

¹ Sans nécessairement que ce personnel ait une qualification formelle de spécialiste

Les soins intégrés

On parlera de soins intégrés lorsque les soins fournis dans les activités curatives, préventives et promotionnelles sont offerts par une seule et même unité opérationnelle (on peut encore distinguer l'intégration des soins dans le temps de l'intégration des soins dans l'espace¹).

Le système de santé intégré

C'est un système dans lequel tous les éléments qui le composent (services de santé de base, hôpital de référence, etc.) sont organisés et coordonnés de telle manière qu'ils constituent une seule entité avec un objectif commun. Par exemple, dans un système de santé de district intégré, les activités des centres de santé et celles de la consultation de référence de l'hôpital sont coordonnées dans l'intention d'améliorer la santé d'une population bien définie vivant dans les limites administratives du district.

L'intégration des activités sanitaires d'un programme de contrôle donné

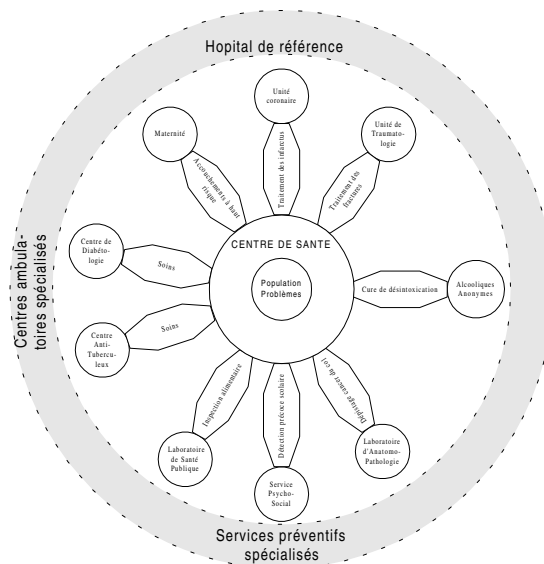
Elle correspond à la décision d'avoir des activités, décidées dans le cadre d'un programme, réalisées par le personnel travaillant dans les structures horizontales, avec en même temps un transfert des responsabilités. *L'intégration* implique donc à la fois une décentralisation de responsabilités administratives et opérationnelles (Mercenier & Prévot 1983 ; De Brouwere & Pangu 1989 ; Feenstra 1993). On peut ainsi parler d'intégration administrative (ou structurelle) et d'intégration opérationnelle (ou fonctionnelle) (Mills 1983).

¹ L'intégration dans le temps signifie que tous les services sont disponibles au même moment : à chaque contact avec le service, le patient peut avoir accès à n'importe quel type de soins; l'intégration dans l'espace signifie que tous les services sont fournis par la même équipe mais à différents moments dans le temps (par exemple, la consultation curative le matin et les consultations préventives l'après-midi).

LES RELATIONS ENTRE SERVICES DE SANTE DE BASE ET PROGRAMMES VERTICAUX

Dans un système de santé de district, les services de santé polyvalents sont organisés en un réseau de centres de santé en relation avec des hôpitaux de premier recours. De telles structures peuvent être appelées horizontales. Dans beaucoup de pays en développement ces centres de santé fonctionnent sous la responsabilité d'un infirmier ou d'un assistant médical à la tête d'une petite équipe. Dans quelques autres pays en développement, et dans la plupart des pays industrialisés, ce sont des médecins généralistes qui dirigent ces structures.

Figure 1. Structure opérationnelle des services de santé.



L'option de politique sanitaire à laquelle se réfèrent les auteurs, considère le centre de santé comme le premier point d'accès des patients à une formation sanitaire formelle et est situé au coeur même du système de santé (Figure 1). Le centre de santé a une responsabilité globale vis-à-vis du patient et l'assume grâce à l'offre d'un paquet minimum de soins continus, globaux et intégrés à travers des activités curatives, préventives et promotionnelles. Ce paquet minimum comprend les soins curatifs, le suivi des malades chroniques et la prise en charge de groupes à risque tels que les enfants en âge préscolaire et les femmes enceintes. C'est au niveau du centre de santé que toute information pertinente concernant le patient est archivée et synthétisée.

Les soins fournis par les centres de santé sont fondamentalement caractérisés par leur potentiel de développement des aspects humains et relationnels entre le service et la communauté qu'il dessert, beaucoup plus que par le niveau technique de ces soins. En d'autres termes, la qualité des soins n'est pas seulement définie en fonction des performances techniques mais aussi en termes de capacité de communication entre le personnel et les patients, d'accessibilité du service, du niveau de continuité des soins offerts, etc.

L'équilibre entre une offre de soins intégrés et le 'besoin' de structurer certains soins à travers des programmes verticaux, est dynamique. Il dépendra de l'émergence de nouveaux problèmes de santé, du niveau de ressources (en qualification des personnels de santé, en moyens) ou des préoccupations politiques au niveau national :

- structuration d'activités existantes

Un service de santé polyvalent peut décider à un moment donné de structurer l'ensemble des tâches qu'il offre vis-à-vis d'un problème de santé défini en un programme, afin d'améliorer son efficacité et/ou son efficience. Par exemple, il décidera de formuler un programme qui structurera ses tâ-

ches vis-à-vis du diabète, de l'hypertension artérielle ou des infections respiratoires aiguës.

- création de nouvelles activités issues de nouveaux programmes

De nouveaux programmes peuvent avoir été créés parce que de nouveaux problèmes sont apparus, soit à l'échelle nationale (le SIDA), soit à l'échelle locale. Les services de santé de base sont alors conscientisés vis-à-vis de ce nouveau problème et le personnel formé à l'ensemble des tâches qu'il devra intégrer dans ses activités pour lutter contre le nouveau problème.

- transfert des activités des structures verticales vers les services de santé de base

A un moment donné, on peut décider, pour de bonnes ou de mauvaises raisons, de démanteler une structure verticale et de transférer ses activités vers les services de santé de base. Ce fut le cas pour la tuberculose après le démantèlement, dans certains pays, des réseaux de dispensaires spécialisés. C'est ce qui est tenté régulièrement pour la prise en charge des lépreux : les activités gérées par les structures verticales sont transférées vers les services de santé de base.

- transfert d'activités intégrées vers les structures verticales

Inversement, certaines activités qui étaient gérées par les services de santé de base peuvent à un moment donné être transférées vers une structure verticale, jugée plus appropriée.

La discussion sur l'intégration peut donc être abordée selon deux perspectives complémentaires, qui sont en fait l'image en miroir l'une de l'autre. D'une part, à partir du point de vue où l'intégration est considérée comme *l'état normal des choses* et où la discussion porte sur les conditions et raisons possibles pour désintégrer, c'est-à-dire enlever une activité donnée du paquet d'activités d'un service de premier contact polyvalent et la confier à un

personnel spécialisé. La question est alors : quand faut-il désintégrer ? Dans quelles conditions est-ce que le travailleur de santé polyvalent, le médecin généraliste, n'est plus le personnel le mieux placé pour organiser une activité particulière ? D'autre part, à partir du point de vue où la discussion porte sur la question : quand faut-il intégrer une activité qui ne l'était pas auparavant ?

Conceptuellement, la première perspective est plus cohérente parce qu'elle place de façon très conséquente le service de santé polyvalent (pour lequel les différents problèmes de santé à gérer ne constituent chaque fois que des priorités relatives) au coeur du système de soins. Dans cette optique, un service polyvalent est *jusqu'à preuve du contraire* le mieux placé pour organiser une activité donnée. Désintégrer devient alors l'exception qu'il convient d'argumenter.

La deuxième perspective a cependant l'intérêt de mieux correspondre à la réalité telle qu'elle se présente souvent aujourd'hui ; et c'est essentiellement cette perspective qui sera adoptée dans ce chapitre. Cette réalité est celle d'une situation où, que l'on soit d'accord ou pas, de nombreuses activités de santé sont '*compartimentées*', c'est-à-dire ne sont pas intégrées. Cette réalité est peut-être, en partie, la conséquence d'une vision encore trop fragmentaire et sélective de la santé où la relativité de chaque problème de santé est méconnue. Notre discussion portera sur l'argumentation d'un transfert d'activités réalisées auparavant par des structures verticales vers les services de santé polyvalents.

Potentiel de l'intégration

Dans certaines circonstances et pour certaines activités d'un programme donné de contrôle d'un problème de santé, l'intégration de ce programme dans les services de santé polyvalents peut constituer une stratégie appropriée pour rendre les services offerts plus efficaces, plus efficaces et plus

équitable. Ceci n'est cependant pas toujours le cas ... L'intégration n'est donc pas un but en soi (Mills 1983).

L'intégration n'est justifiée que lorsqu'un bénéfice est attendu, c'est-à-dire qu'il est plus intéressant que ce soient les services de santé polyvalents qui prennent en charge les soins d'un problème de santé donné. Ce bénéfice devrait donc être explicité et argumenté. La justification de l'intégration devient dès lors une question cruciale. La réponse est d'ordre *technique* et non d'ordre *idéologique*.

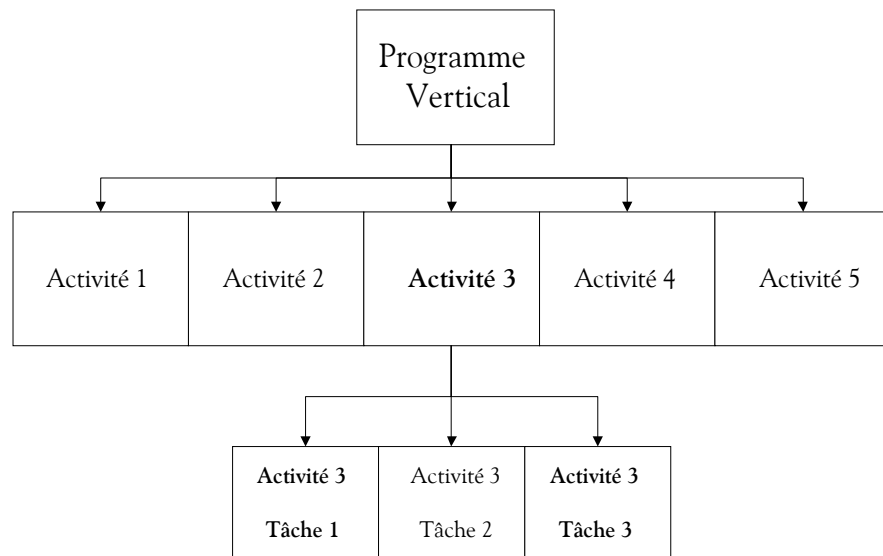
Le rationnel et la motivation pour intégrer nécessitent d'être positifs : on devrait intégrer pour améliorer. Par exemple, parce que la prise en charge des cas bénéficiera d'une approche globale et intégrée, ou encore en termes de dépistage précoce ou d'observance du traitement (Lehingue & Urtizbera 1986 ; Walley & McDonald 1991), ou parce que l'intégration améliorera l'accessibilité aux services (Dharmshaktu 1992 ; Courtright & Lewallen 1992) ou parce qu'elle diminuera une éventuelle stigmatisation liée au problème de santé, etc. ...

En réalité, cependant, il n'est pas rare ni de trouver que le rationnel sous-jacent à l'intégration n'est pas argumenté (Dechef 1994) et qu'on part du présupposé qu'intégrer c'est mieux, ni de constater parfois que ce rationnel est d'ordre *néгатif*... Prenons l'exemple de la situation (malheureusement fort habituelle) où l'intégration est décidée à cause d'un manque de ressources pour continuer à faire fonctionner une structure verticale (Tonglet *et al.* 1990 ; Warndorff & Warndorff 1990). Dans ce cas, l'intégration est une solution de pis-aller, décidée de façon unilatérale par les responsables du programme vertical, où les services de santé polyvalents sont manipulés plutôt qu'utilisés pour leurs potentialités...

Le problème n'est pas d'intégrer des programmes mais plutôt d'intégrer des activités ou même des tâches de ces programmes (Figure 2). Dans cette perspective, l'intégration n'est pas quelque chose de standard, prenant place

à vitesse et intensité constantes quel que soit le contexte (Bainson 1994). Dans certaines situations, il peut être plus intéressant d'intégrer une activité que dans d'autres... L'intégration n'est donc pas une question de tout ou rien. Et intégration ne signifie pas que le programme vertical disparaisse (Mercenier & Prévot 1983), ni que le personnel spécialisé n'a plus de rôle à jouer (Loretti 1989 ; Tonglet *et al.* 1990 ; Feenstra 1993), bien au contraire.

Figure 2. Intégration de programmes versus intégration d'activités ou de tâches.



Note. Un programme est constitué par un ensemble d'activités; une activité par une série de tâches. Dans le schéma, les activités et tâches en gras sont intégrées, les autres ne le sont pas.

Illustrons par un exemple le cas de l'activité 3. Dans le programme vertical de contrôle de la tuberculose, une des activités est le dépistage passif et le traitement des cas. On peut décider d'intégrer la détection des suspects dans les services de santé polyvalents (tâche 1), et aussi le traitement et le

suivi des patients diagnostiqués tuberculeux (tâche 3), mais de ne pas intégrer le diagnostic (tâche 2). Une des raisons de ne pas intégrer cette tâche pourrait être qu'il n'y a pas les ressources suffisantes : par exemple, pas de ressources pour avoir un microscope dans les services de santé polyvalents. Le diagnostic pourrait alors être fait par un service spécialisé ; une fois que celui-ci a été fait, le patient peut revenir au centre de santé pour y être pris en charge.

Certaines activités dans un programme ne devraient absolument pas être intégrées s'il n'y a pas d'arguments techniques solides pour le faire : par exemple, le contrôle de qualité, la surveillance épidémiologique, la recherche fondamentale, etc. Ces activités nécessitent l'implication d'un personnel spécialisé.

Problèmes rencontrés dans la démarche d'intégration

L'INTEGRATION EST UN PROCESSUS QUI RENCONTRE DE SERIEUSES RESISTANCES DE LA PART DES ACTEURS CONCERNES

Les différents acteurs concernés par l'intégration peuvent, à divers degrés, s'y opposer (Feenstra & Tedla 1988 ; Bainsou 1994). Cette résistance peut être d'ordre technique, d'ordre conceptuel et d'ordre humain (Mercenier & Prévot 1983).

La résistance de la part des spécialistes

Les spécialistes peuvent craindre la perte de qualité technique des soins fournis. Ils peuvent aussi craindre une perte de pouvoir et de contrôle sur la gestion du programme vertical et sur son contenu (Huntington & Aplogan 1994), voire même craindre une perte de leur emploi. En effet, l'intégration est plus qu'une simple décentralisation opérationnelle des activités dans

l'espace, d'une structure centralisée spécialisée vers une structure décentralisée et polyvalente. Elle implique un véritable transfert de responsabilités, des droits et des devoirs vers les 'horizontalistes', c'est-à-dire le personnel responsable de la gestion des structures de santé polyvalentes.

Cependant, une situation dans laquelle certaines activités ou tâches d'un programme vertical donné sont toujours réalisées par le niveau central d'un système n'est pas forcément en contradiction avec une politique d'intégration. Prenons à nouveau l'exemple du programme de contrôle de la tuberculose de la Figure 2 : il n'y a pas de contradiction entre le fait que le diagnostic de la tuberculose continue à être fait au niveau central et spécialisé, et la situation dans laquelle une structure sanitaire polyvalente et décentralisée assume la responsabilité globale de la prise en charge des patients. Dans cette situation, la structure sanitaire polyvalente utilise le service spécialisé comme un médecin généraliste utilise un laboratoire pour faire ses examens. Le centre de décision demeure là où la synthèse de la prise en charge du patient se fait.

La résistance de la part des bailleurs de fonds

Si la gestion des ressources doit passer sous la responsabilité des structures horizontales, alors le risque de connaître un problème de financement pour ces ressources est réel. En effet, très souvent, les ressources provenant de bailleurs de fonds internationaux sont liées de manière non flexible à des lignes budgétaires destinées à financer des éléments bien précis des programmes verticaux. Leur gestion par des services de santé polyvalents, pour lesquels ce problème de santé n'est qu'un problème parmi d'autres, implique que certaines de ces ressources seront probablement utilisées pour d'autres activités qui n'ont pas grand chose à voir avec le problème particulier pour lequel les ressources ont été offertes par ces organismes.

Les bailleurs de fonds ne sont pas enclins à soutenir ce genre de choses, entre autres parce que cela pourrait avoir un effet négatif sur la collecte de fonds. En effet, celle-ci se fait de plus en plus souvent par les médias pour

lesquels il est nécessaire d'avoir un message unique, simple, voire simpliste, et donc isolé de son contexte.

De plus, ces stratégies destinées à générer des fonds nécessitent que l'on offre aux donateurs des résultats tangibles à court terme, qui justifient l'usage de l'argent donné (en termes de couverture par exemple ou bien de vies humaines sauvées). Ceci n'est souvent pas un objectif réaliste, du moins à court terme, pour l'intégration d'activités d'un programme vertical.

La résistance de la part des horizontalistes

Du côté des services de santé polyvalents, il peut aussi y avoir des résistances pour des raisons sociales et culturelles. En effet, l'intégration peut être rejetée par le personnel d'un service de santé polyvalent parce que la désapprobation sociale ou la stigmatisation liée à un problème de santé particulier rendrait inacceptable pour la population le mélange des personnes atteintes de ce problème particulier avec les autres. Cette perception est bien entendu dynamique. Elle changera avec l'évolution des valeurs dans la société.

L'intégration peut aussi rencontrer des résistances de la part du staff à cause de la surcharge de travail¹ qu'entraîne l'intégration. L'intégration peut donc avoir un effet perturbateur sur le fonctionnement des services de santé polyvalents (Unger 1991).

La résistance de la part des patients

L'intégration de la prise en charge d'un problème de santé dans les services polyvalents peut aussi avoir des implications pour les patients en termes

¹ Une situation dans laquelle la fréquence d'un problème est (encore) élevée, impliquant une augmentation substantielle de la charge de travail pour le personnel polyvalent, pourrait être un facteur dissuasif pour initier un processus d'intégration des activités de prise en charge de ce problème.

de perte de privilèges. Par exemple, perte de la gratuité des soins pour leur problème spécifique¹ ou perte d'autres avantages (par exemple, dons de nourriture²) etc. Il est clair que pour ces patients ce genre de choses sera mal vu et qu'ils auront tendance à s'opposer à un processus d'intégration qui fera d'eux des malades 'normaux' au même titre que tous les autres malades.

Le patient peut également s'opposer à l'intégration si sa perception du service polyvalent est celle d'un pis-aller en comparaison avec un service spécialisé.

L'INTEGRATION IMPLIQUE UN PRIX A PAYER

L'intégration implique un prix à payer en termes d'efficacité technique, de ressources (guides et instructions, formation de base et formation continue, équipement et coûts récurrents) et en termes de changement d'organisation. Ce prix à payer est lié à l'importance *relative* du problème de santé, pour lequel l'intégration est décidée, parmi l'ensemble des problèmes que les gens connaissent, expriment et dirigent vers les services de santé polyvalents (Tableau 1). Par exemple, si un programme d'immunisation est intégré, une chute de la couverture peut en être la conséquence.

Un sacrifice qu'il faut accepter est une diminution de la qualité technique des soins fournis (au moins à court terme). Par définition, un agent de santé travaillant au niveau d'un service de santé polyvalent (par exemple, un médecin généraliste ou un infirmier de centre de santé) n'aura jamais la

¹ Au Congo Belge, il arrivait que des malades lépreux s'opposent à leur 'mise en guérison' parce qu'un ex-lépreux redevenait un individu comme tous les autres avec une perte de privilèges tels que soins de santé gratuits, exemption de taxes, logement gratuit, etc. (H. Van Balen, communication personnelle).

² C'est par exemple le cas en Ouganda pour les patients atteints de SIDA.

compétence technique d'un spécialiste dans un domaine particulier. D'ailleurs, si cela n'était pas ainsi, les spécialistes n'auraient pas de raison d'être...

L'intégration n'est donc pas toujours faisable, même quand elle est souhaitable. Les techniques, les instruments et les tâches qui sont intégrées devraient être conçus d'une telle façon qu'ils puissent être utilisables par le personnel polyvalent. Ceci nécessite la conception, la rédaction et la diffusion de guides et d'instructions standardisées utilisables par le personnel polyvalent, souvent peu qualifié.

Peut-être le coût de l'intégration le plus immédiatement visible, au moins à court terme, est le coût du programme de formation du personnel polyvalent (Ross 1982). Le coût d'un tel programme initial de formation spécifique peut bien entendu varier très fortement d'un problème à l'autre. Il ne faut pas non plus négliger les coûts de la formation continue de ce personnel polyvalent - principalement le coût de la supervision - surtout à court terme. En effet, ces coûts peuvent être très importants durant la première phase de l'intégration parce qu'elle nécessite une supervision plus intense.

L'intégration peut aussi augmenter les coûts récurrents du service de santé polyvalent (Brédo 1991). A nouveau, ceux-ci varieront beaucoup d'un problème à l'autre et il est dès lors difficile de quantifier ces coûts additionnels. Par exemple, il pourrait être nécessaire d'acheter des médicaments spécifiques ou un équipement supplémentaire au niveau des services polyvalents. Il se peut aussi que les frais liés à la logistique générale des services de santé polyvalents augmentent à cause de l'intégration ; ou bien qu'il soit nécessaire de recruter un personnel supplémentaire pour absorber la charge de travail additionnelle.

Une partie de ces dépenses peut être cependant récupérée si les structures verticales spécialisées sont supprimées ou allégées.

Tableau 2. Différences entre les approches des gestionnaires de programmes verticaux et de services horizontaux.

<i>Gestionnaires de Programmes Verticaux</i>	<i>Gestionnaires de Services Horizontaux</i>
Logique	
Une approche par problème de santé : une logique verticale	Une approche par service : une logique horizontale
Objectif	
Epidémiologique à relativement court terme : réduction de la fréquence d'un problème de santé particulier afin de contribuer à un meilleur état de santé mesurable	Social à plus long terme : réduction de la souffrance humaine et sociale créée par les problèmes de santé en général afin de contribuer à un développement individuel et collectif
Perception du problème	
Perçu comme une priorité absolue	Perçu comme une priorité relative
Approche :	
Linéaire de haut en bas	De bas en haut en réponse aux besoins ressentis des gens
Rôle des services de santé de base :	
Augmenter la couverture du programme	Apporter une réponse techniquement adéquate aux besoins ressentis des gens et établir un dialogue avec la population
Type de personnel souhaité :	
Un personnel qui est en mesure de réaliser les différentes activités du programme	Un personnel polyvalent
Perception de la participation communautaire :	
Que la communauté utilise les services et qu'elle facilite une extension de la couverture	Que la communauté participe aux processus de prise de décision basés sur des choix informés
Recherche de maximalisation	Recherche d'optimalisation

Conditions de l'intégration

LES SERVICES DE SANTE DE BASE DOIVENT ETRE FONCTIONNELS

Intégrer quand les services de santé polyvalents ne fonctionnent pas correctement n'a pas de sens : peut-on intégrer dans 'rien' ? Qu'en est-il de l'intégration lorsque la performance globale (aussi bien technique que relationnelle) des services de santé polyvalents est médiocre ? Il est clair que le succès d'une intégration, dans de telles conditions, est fortement compromise : une structure verticale peut alors être parfaitement justifiée (Roos & Van Brakel 1994).

Cependant, pour pouvoir répondre correctement à cette question, il faut tenir compte du contexte. Plusieurs aspects sont à considérer.

Combien de ressources sont-elles consommées par la structure verticale ? Le coût d'opportunité n'est-il pas (devenu) trop élevé ? Les ressources - ou une partie d'entre elles - allouées à la structure verticale (qui ne prend en charge qu'un seul problème), pourraient en réalité être utilisées pour augmenter le niveau de fonctionnement des services de santé polyvalents (qui eux doivent prendre en charge beaucoup de problèmes), si c'est bien un manque de ressources qui est la principale cause de leur dysfonctionnement. En d'autres termes, le niveau de fonctionnement des services de santé polyvalents est une *variable* et non pas une *constante*.

L'intégration peut constituer une opportunité pour investir dans le fonctionnement global des services de santé polyvalents¹. L'intégration peut être un moyen de rehausser le prestige du service et par là améliorer la sa-

¹ Par exemple, des ressources pour une supervision régulière et polyvalente peuvent devenir disponibles.

tisfaction et la motivation du personnel des services de santé polyvalents¹. Une hypothèse intéressante à tester serait de voir si un bénéfice marginal de l'intégration précisément est de déclencher le développement des services de santé polyvalents (même si ce bénéfice n'est pas l'objectif premier de l'intégration). Elle pourrait améliorer la capacité des services de santé polyvalents à répondre au large spectre des problèmes que la population présente (Loretti 1989).

Cela a-t-il un sens d'avoir une structure verticale monovalente s'occupant d'un seul problème dans un contexte où le fonctionnement des services de santé polyvalents est médiocre ? Cela ne peut trouver sa justification que dans la mesure où un tel problème de santé est si fréquent et si grave que son contrôle peut être ressenti par la population comme une réelle amélioration de bien-être : par exemple, des épidémies de problèmes très sérieux comme celui de la trypanosomiase humaine africaine (Kegels 1995).

LE MOMENT OU L'INTEGRATION EST DECIDEE DOIT ETRE APPROPRIE

Intégrer quand le problème est devenu rare : l'intégration trop tardive

Souvent, l'intégration est décidée parce que la fréquence du problème diminue². Un tel rationnel se réfère à ce que nous appelons une "motivation négative". Dans une situation de diminution régulière de la fréquence

¹ Par exemple, la décision d'équiper les centres de santé de microscopes dans le cadre du programme de contrôle de la tuberculose. Ce microscope pourra être utilisé à d'autres fins que le diagnostic de la tuberculose. Une amélioration de la capacité des services de santé polyvalents à répondre aux problèmes avec une capacité technique additionnelle peut améliorer la confiance et la crédibilité de ces services.

² La plus grande partie de la littérature sur l'intégration réfère au problème de la lèpre ; il est frappant de constater que pour la majorité des auteurs, le principal argument pour décider d'intégrer est précisément un argument d'ordre épidémiologique (c'est-à-dire une baisse de prévalence).

d'un problème de santé, le coût marginal d'un service spécialisé devient de plus en plus élevé : un niveau de rendement décroissant a été atteint.

Les responsables d'un programme vertical peuvent alors décider d'intégrer parce que ces coûts marginaux trop élevés pour le service spécialisé deviennent inacceptables pour les gestionnaires du programme (et pour les bailleurs de fonds)¹, *et pas parce que le personnel des services de santé polyvalents offriraient en réalité un "plus", une amélioration significative de la qualité de soins...*

En réalité, une situation de faible prévalence peut précisément constituer une raison pour *ne pas intégrer*. En effet :

- la charge de travail spécifique pour le personnel de santé polyvalent pourrait être à ce point faible qu'il ne voie pas suffisamment de malades atteints de ce problème spécifique pour maintenir sa compétence technique vis-à-vis du problème. Par exemple, comment s'attendre à ce qu'un personnel (non spécialisé) puisse correctement dépister un nouveau cas de lèpre si la lèpre est devenue un problème très rare dans la communauté ? A long terme, c'est la crédibilité du personnel polyvalent qui est remise en question et la communauté risque alors de perdre confiance dans ses capacités. Dans un tel contexte, l'intégration aurait alors des répercussions clairement négatives. Les gestionnaires du programme vertical verraient aussi leurs appréhensions quant au potentiel de l'intégration confirmées. Quel beau cas de "self-fulfilling prophesy"...

¹ On pourrait en fait justifier des coûts marginaux très élevés dans une situation où le problème de santé pourrait être éradiqué : c'est-à-dire une situation dans laquelle on peut espérer un impact permanent (ce fût le cas pour la variole) ; c'est moins justifié dans un contexte où ces très hauts coûts doivent être maintenus indéfiniment. On ne pourra par exemple jamais 'éradiquer' la demande et le besoin de services de planning familial...

- un problème rare peut aussi ne plus correspondre à un besoin ressenti de la communauté¹. En conséquence, il deviendra difficile d'obtenir sa participation dans le processus.

- le personnel des services de santé polyvalents ne sera pas très motivé pour suivre une formation concernant un problème rare².

Intégrer dans un tel contexte risque de constituer un handicap sérieux pour le personnel des services polyvalents au tout début du processus d'intégration. Le même raisonnement peut être fait lorsqu'il s'agit d'intégrer les activités de prise en charge d'un problème qui vient d'émerger et qui est (encore) relativement rare : il peut alors être trop tôt pour décider d'intégrer.

L'intégration dans une situation d'urgence : y a-t-il un bénéfice ?

Une situation qui a un caractère d'urgence nécessite une réponse rapide. Les services de santé polyvalents ne semblent pas être les plus appropriés pour gérer une telle situation.

La 'rapidité de réponse' sera déterminée par la charge de travail de routine à laquelle ces formations sanitaires doivent faire face et par la quantité de travail nécessaire au contrôle de l'urgence. Par exemple, il ne sera pas toujours possible ni acceptable de stopper les activités de routine dans ces formations sanitaires pour qu'elles assurent la prise en charge d'une urgence. De plus, les services de santé polyvalents souvent ne disposeront pas

¹ Cela dépend bien sûr du type de problème et des sous-groupes de population qui sont principalement affectés par ce problème. Le diabète sucré par exemple, est un problème de santé relativement rare dans beaucoup de pays en développement, mais il affecte les personnes âgées qui constituent un groupe très influent.

² Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport d'une consultation sur la mise en oeuvre de la lutte antilépreuse dans le cadre des soins de santé primaires. MOS/CDS/lep/86.3.

de moyens appropriés pour faire correctement ce travail. Et finalement, il faudrait évaluer - pour chaque situation de manière indépendante - quel bénéfice additionnel il y a à utiliser ce personnel polyvalent (plutôt qu'un personnel spécialisé) pour réaliser les activités de contrôle dans une situation d'urgence donnée¹.

L'INTEGRATION IMPLIQUE UN TRANSFERT DE POUVOIR DECISIONNEL VERS LES SERVICES DE SANTE POLYVALENTS

L'intégration peut impliquer la disparition de structures de soins de santé spécialisés en périphérie. Elle n'entraîne évidemment pas la suppression du programme et/ou du personnel spécialisé aux niveaux plus centralisés du système de santé. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, la création, l'existence d'un programme vertical est une décision politique qui exprime le fait qu'un problème donné nécessite une attention particulière (même si ce problème ne correspond pas à un besoin ressenti par la population²). Un programme vertical peut donc ne pas reposer sur des structures verticales spécialisées : faut-il ou non utiliser de telles structures, et à quel niveau du système de santé doivent-elles être opérationnelles, sont des questions dont les réponses sont principalement d'ordre technique et administratif.

L'intégration implique des modifications administratives et organisationnelles au niveau des services de santé polyvalents. En effet, l'intégration n'a de sens que si on a donné aux services de santé polyvalents les moyens

¹ Par exemple, quelle pourrait être la contribution spécifique et le bénéfice d'avoir un personnel polyvalent impliqué dans la prise en charge du choléra ? Quand il s'agit du choléra, il y a un besoin urgent de personnes qui maîtrisent quelques techniques essentielles comme la réhydratation et la mise en place de perfusions intraveineuses. Aucune autre compétence technique particulière n'est nécessaire. Une auxiliaire hospitalière peut donc très bien être la personne la plus compétente.

² Par exemple, la décision d'avoir un programme vertical de planning familial peut être inspirée par des motifs macroéconomiques ou démographiques.

de prendre en charge le problème de manière adéquate, en tenant compte du niveau de qualification et de la charge de travail du personnel des services de santé polyvalents. L'intégration nécessitera - selon des degrés divers - une formation complémentaire, des manuels d'instructions appropriés, une supervision plus intense, etc. Ceci implique que les gestionnaires des services de santé polyvalents aient un niveau suffisant d'autorité administrative et de pouvoir sur le déroulement des opérations : *il est très difficile de réussir une intégration opérationnelle s'il n'y a pas d'intégration administrative concomitante.*

Un exemple pratique qui illustre ce point concerne la supervision. La plupart des travaux et études sur l'intégration mettent en exergue l'importance de la supervision. Une question importante demeure cependant (Smith & Bryant 1988) : *qui doit gérer la supervision ?* Le spécialiste ou le gestionnaire des services de santé de base ? Quels sont leurs rôles respectifs ?

S'il y a une intégration opérationnelle mais pas administrative, une situation comme celle décrite dans la Figure 3 risque de survenir : c'est-à-dire différents spécialistes viennent visiter les formations sanitaires polyvalentes de façon à superviser les activités réalisées à ce niveau dans le cadre d'un programme spécifique vertical. Il pourrait donc bien y avoir *plusieurs* superviseurs spécialisés qui viennent superviser *différents* programmes, ce qui risque de mener à des chevauchements et à des contradictions qui deviennent une source de confusion auprès du personnel supervisé. Le principal souci des superviseurs spécialisés est de vérifier que leur programme est bien réalisé. La structure polyvalente est alors considérée comme l'instrument adéquat pour implanter les activités de chaque programme, en fonction de leurs objectifs propres. Elle est donc mise *au service* d'un ensemble de programmes spécifiques, au lieu d'être le service qui a pour fonction primordiale de répondre - en fonction du contexte - aux besoins prioritaires et ressentis de la population.

Une intégration administrative implique que les gestionnaires des services de santé polyvalents soient responsables de la supervision. Ils veilleront à la qualité des soins de santé en général et pas seulement à la qualité de la prise en charge d'un nombre limité de problèmes de santé. Une situation dans laquelle un superviseur polyvalent suit l'ensemble des activités réalisées par un centre de santé n'est pas en contradiction avec l'implication d'un superviseur plus spécialisé à un moment donné, à condition que le superviseur polyvalent soit la personne qui appréciera quand et pourquoi il serait approprié de faire appel à une expertise plus pointue et laquelle (Figure 4). Non seulement, il n'y a pas de contradiction à avoir un spécialiste associé dans la supervision, mais il serait stupide de ne pas l'utiliser lorsqu'on en a besoin.

Figure 3. Supervision dans un contexte d'intégration opérationnelle sans intégration administrative

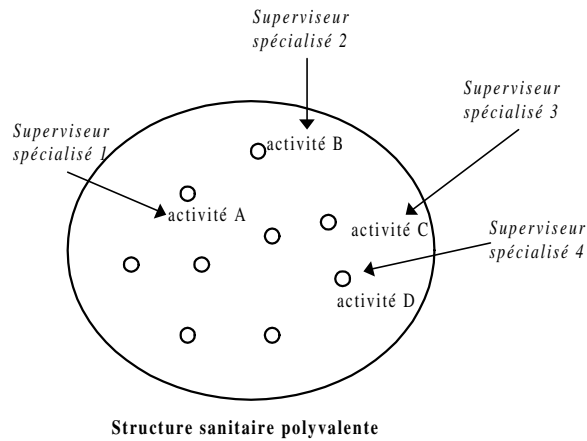
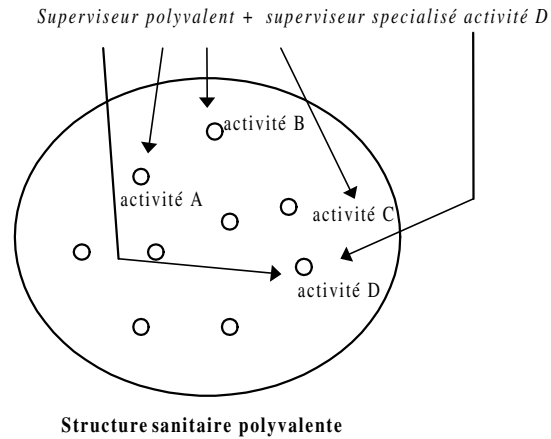


Figure 4. Supervision dans un contexte d'intégration opérationnelle et administrative



L'INTEGRATION SIGNIFIE UNE REMODELISATION DES OBJECTIFS

L'intégration implique une redéfinition des objectifs du programme. En effet, plutôt que de viser un impact épidémiologique à relativement court terme, l'objectif doit être d'offrir une réponse appropriée à la souffrance des patients. L'intégration des activités de contrôle dans les services de santé polyvalents peut de manière évidente faire partie d'une politique dont l'objectif est d'avoir un impact épidémiologique - par exemple en termes de réduction d'incidence du problème - mais cela ne doit pas, et ne peut pas, être l'objectif premier de l'intégration. Il ne serait d'ailleurs pas correct d'imposer seulement un objectif d'impact épidémiologique comme objectif à atteindre par l'intégration (Criel 1992).

Le corollaire est que l'absence d'impact sur la fréquence du problème après l'intégration ne signifie pas (nécessairement) que la politique d'intégration aurait échoué !

Le cadre et les critères d'évaluation de l'intégration doivent donc être adaptés. Les attentes d'une politique d'intégration doivent être clarifiées depuis le tout début et être clairement formulées. On ne peut pas s'attendre à ce que les services de santé polyvalents atteignent des résultats qu'il leur est impossible d'atteindre ; d'autre part, il est fondamental que la spécificité de la contribution des services de santé polyvalents pour contrôler un problème de santé donné, soit aussi reconnue et valorisée.

Conclusion

L'intégration ne peut réussir sans un dialogue entre personnel spécialisé et personnel des services de santé de base.

Un dialogue entre personnel spécialisé et polyvalent est nécessaire dès le tout début de manière à favoriser la meilleure compréhension mutuelle possible des deux différentes logiques : d'une part, la logique du système des services de santé polyvalents est de répondre de manière appropriée et dans une perspective dynamique aux besoins de la population¹ sans qu'il y ait de cible spécifique imposée de l'extérieur² ; d'autre part la logique du système des services spécialisés est d'atteindre des objectifs quantifiés et relativement bien définis pour le contrôle d'un problème de santé particulier³.

Même si les deux logiques diffèrent, il est indéniable qu'il y a suffisamment de chevauchements entre les deux systèmes en termes d'objectifs : l'un et l'autre souhaitent améliorer les soins aux patients. Un terrain com-

¹ Là où le problème de santé visé n'a qu'une priorité relative.

² L'atteinte de ces cibles peut en effet interférer avec les priorités définies localement, ou même être opposées à ces dernières.

³ Une fois que le programme vertical est créé, il existe seulement pour prendre en charge un problème donné. La notion de priorité n'est donc en fait pas pertinente dans la perception du gestionnaire du programme.

mun suffisant existe pour initier le dialogue. Le point de départ devrait être ce qui est commun entre les deux systèmes et non ce qui les distingue. Les deux systèmes doivent bénéficier de l'intégration.

Comme cela a déjà été mis en évidence plus haut, il est important d'organiser une discussion entre services spécialisés et polyvalents sur une base technique et non sur une base idéologique ou sur base d'arguments institutionnels. Dans ces cas, le risque est réel que chaque partenaire s'accroche à ses propres positions : il en résultera un service de mauvaise qualité dont le patient sera la première victime.

Avant d'envisager l'intégration des activités d'un programme dans les services de santé de base, il sera essentiel que tout gestionnaire des services de santé se pose les trois questions pratiques suivantes : est-il utile d'intégrer ? Est-il opportun d'intégrer ? Est-il possible d'intégrer ?

Références

Bainson KA (1994) Integrating leprosy control into primary health care : the experience in Ghana. *Leprosy Review* **65**, 376-384.

Brédo F (1991) L'intégration de la lèpre : l'utopie d'hier réalisable demain. Thèse de Maîtrise en Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Cairncross S, Periès H & Cutts F (1997) Vertical health programs. *The Lancet* **349**, supplement III, 20-22.

Courtright P & Lewallen S (1992) Considerations in the integration of eye care into leprosy care services *Leprosy Review* **63**, 73-77.

Criel B (1992) L'intégration de la tuberculose dans les soins de santé primaires : où en sommes-nous ? [Editorial]. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* **72**, 1-3.

De Brouwere V & Pangu KA (1989) Réflexions sur la flexibilité d'un service de santé intégré dans la lutte contre la trypanosomiase à *Trypanosoma brucei gambiense*. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* **69**, supplément 1, 221-229.

Dechef G (1994) Appui à l'intégration des soins de santé mentale dans les structures sanitaires du Rwanda. Dossier d'instruction de l'intervention. Administration Générale de la Coopération au Développement, Brussels.

Dharmshaktu NS (1992) A project model for attempting integration of leprosy services with general health care services after the prevalence of the disease is reduced in the endemic districts on multidrug therapy for over five years. *Indian Journal of Leprosy* **64**, 349-357.

Feenstra P (1993) Leprosy control through general health services and/or combined programmes. *Leprosy Review* **64**, 89-96.

Feenstra P, Tedla T (1988) A broader scope for leprosy control. *World Health Forum* **9**, 53-58.

Huntington D & Aplogan A (1994) The integration of family planning and childhood immunization services in Togo. *Studies in Family Planning* **25**, 176-183.

Kegels G (1992) 'Horizontal' et 'Vertical', soins et systèmes intégrés, programmes et services. Peut-on lever la confusion ? In *Vers une épidémiologie totale*. Compte-rendu des débats du Colloque Homme-Santé-Tropiques tenu à Poitiers du 14 au 17 juin 1990 et des assises et ateliers Homme-Santé-Tropiques, Poitiers 15-16 avril 1992, 15-16 octobre 1992 et 1er octobre 1993, Brest 26 mai 1993. Ed. Jacquemin JL. Association 'Homme-Santé-Tropiques', Poitiers, pp.85-89.

Kegels, G (1995) Development of a methodology for a feasible and efficient approach to health problems by basic health services in rural Africa. An application to sleeping sickness (*Trypanosoma brucei gambiense*). PhD Thesis, Universitaire Instelling Antwerpen, Antwerp.

Lehingue Y & Urtizberea JA (1986) Tuberculosis control in Malawi. Time distribution of cessation of treatment et proposals for reorientation of the program. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique et Filiales* **79**, 259-265.

Loretti A (1989) Leprosy control : the rationale of integration. *Leprosy Review* **60**, 306-316.

Mercenier P & Prévot M (1983) Guidelines for a research protocol on integration of a tuberculosis programme et primary health care. World Health Organisation, Geneva. WHO/TB/83.142.

Mills A (1983) Vertical versus horizontal health programmes in Africa : idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science & Medicine* **17**, 1971-1981.

Roos BR & Van Brakel WH (1994) Integration of vertical projects into the basic health services : an example from the leprosy control project. *International Nepalese Medical Association* **32**, 273-86.

Ross WF (1982) Leprosy and primary health care. *Leprosy Review* **53**, 201-204.

Smith DL & Bryant JH (1988) Building the infrastructure for primary health care : an overview of vertical and integrated approaches. *Social Science & Medicine* **26**, 909-917.

Tonglet R, Eeckhout E, Deverchin J, Bola N, Kivits M & Pattyn S (1990) Evaluation du programme de lutte contre la lèpre dans les Uélés (1975-1989). *Acta Leprologica* **7**, 145-152.

Tonglet R, Pattyn SR, Nsansi BN, Eeckhout E & Deverchin J (1990) The reduction of the leprosy endemicity in northeastern Zaire 1975/1989. *European Journal of Epidemiology* **6**, 404-406.

Unger JP (1991) Can intensive campaigns dynamize front line health services ?The evaluation of an immunization campaign in Thiès, Senegal. *Social Science & Medicine* **32**, 249-259.

Unger JP, Criel B & Mercenier P (1998). L'approche verticale : Une méthodologie d'identification des priorités stratégiques du contrôle des maladies tropicales. In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds., *Studies in Health Services Organisation & Policy* **8**, 25-54. ITGPress, Antwerp.

Walley JD & McDonald M (1991) Integration of mother and child health services in Ethiopia. *Tropical Doctor* **21**, 32-35.

Warndorff DK & Warndorff JA (1990) Leprosy control in Zimbabwe : from a vertical to a horizontal programme. *Leprosy Review* **61**, 183-187.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 124

Le processus d'intégration des programmes au sein d'un Paquet Minimum d'Activités pour les Centres de Santé : l'expérience du Mali

Abdelwahed El Abassi¹

Introduction

Après avoir tiré les leçons des expériences passées, le Mali a défini une nouvelle politique sectorielle de santé visant à revitaliser le système de santé, assurer sa viabilité, étendre sa couverture et à responsabiliser la population pour sa gestion.

Inspirée des principes de l'Initiative de Bamako et des concepts du système de santé de district, la nouvelle politique prône la décentralisation de la gestion et l'intégration opérationnelle des programmes qui ensemble constituent un Paquet Minimum d'Activités (PMA). La disponibilité de ce PMA devrait être assurée dans tous les centres de santé existants qui seront revitalisés et dans de nouveaux centres de santé communautaires (CSCOM) à créer. Dans un pays et à une époque (fin des années 1980) où fleurissaient les programmes à gestion verticale d'une part et les projets de soins de santé primaires reposant sur les agents de santé villageois d'autre part, la nouvelle politique se donnait une ambition réformatrice audacieuse. Sa mise en oeuvre s'est avérée beaucoup plus complexe et difficile que ne le fut son élaboration pourtant largement concertée. La décentralisation de la gestion des programmes et l'intégration dans le PMA des activités qui en

¹ Section Santé, Unicef, Bamako, Mali.

relèvent s'est avérée une mission ardue et non sans danger pour la conduite de la réforme du secteur sanitaire. Nous allons centrer le présent travail sur les difficultés rencontrées dans la conduite de ce processus en mettant l'accent sur des problématiques plutôt générales que spécifiques en relation avec les positions des acteurs et les enjeux.

Quelques caractéristiques du secteur avant la mise en oeuvre de la nouvelle politique

STRUCTURES DE SOINS DEFICIENTES

Pays sahélien de 9 millions d'habitants avec une densité faible de la population, le Mali offrait une accessibilité aux services de santé très faible, 31% de la population vivant à moins de 15 km d'un centre de santé. La qualité du service y était mauvaise et l'offre de soins se réduisait à peu de chose en dehors de certaines activités encadrées par des programmes verticaux (PEV essentiellement). La fréquentation des consultations curatives assurées par les centres de santé ne dépassait que rarement 0,10 nouveaux cas par habitant et par an.

Le centre de santé est dirigé par un infirmier fonctionnaire de l'Etat assisté par une matrone et ou un aide soignant recrutés localement et payés par le comité local de développement. Chaque arrondissement (30.000 habitants) compte un centre de santé.

Les dispensaires et maternités rurales, sans personnel qualifié ni équipement adéquat se comptent par centaines dans les 14.000 villages du Mali. Ils sont plus les témoins d'une demande ou d'une ambition non satisfaite qu'un niveau efficace ou formel du système de santé.

Un cercle compte 150 à 200.000 habitants. Le centre de santé de cercle représente le niveau de référence, il est dirigé par un médecin chef assisté parfois par un autre médecin.

En dehors des salaires des fonctionnaires, il n'y a quasiment pas de ressources financières du budget de l'Etat qui contribuent au fonctionnement du système.

PROGRAMMES NATIONAUX PRESTIGIEUX

Les programmes nationaux subventionnés voire totalement financés par l'extérieur sont souvent la seule opportunité permettant l'acheminement des ressources matérielles et financières pour la périphérie. Ces programmes nombreux comptent chacun un coordinateur au niveau central. Leur dynamisme est tributaire de la disponibilité effective des appuis des partenaires extérieurs.

Chaque programme a sa gestion spécifique et ses supports. Ce cloisonnement est de règle et la coordination technique du Ministère de la Santé est plus théorique que réelle.

Parmi les programmes, ceux qui avaient le plus de prestige et d'influence sont ceux qui avaient le plus de moyens et assuraient la plus grande couverture du pays : le Programme Elargi de Vaccination (PEV) tient incontestablement la vedette, suivi des programmes de santé maternelle et infantile. C'est grâce à eux notamment que les centres de santé ont disposé d'un minimum d'équipement médical et que les cercles ont pu acquérir ou renouveler leurs moyens logistiques. Malgré les moyens importants dont a disposé le PEV et la dynamisation qu'il a induit dans les structures de santé, la couverture vaccinale est restée faible au Mali.

De façon générale la plupart des programmes dont la réalisation repose sur le système de soins en place subissent inévitablement les conséquences

de l'inefficacité globale du système et de sa mauvaise interaction avec la population.

Dans le passé ce constat a amené des projets à consacrer dans le cadre de certains programmes des appuis pour le développement global du système de santé. Ces expériences sont restées localisées mais elles furent riches d'enseignements pour la définition de la nouvelle politique sectorielle.

LES EXCROISSANCES DES PROGRAMMES FIRENT BON MENAGE AVEC UNE ADMINISTRATION HIERARCHISEE ET CENTRALISATRICE

Au Mali tous les programmes sanitaires relèvent de la direction nationale de la santé. Formellement l'intégration administrative est présente. Dans les faits, les divisions qui composent la direction nationale ont une très large autonomie opérationnelle et dans une même division chaque coordinateur de programme bénéficie du même avantage. Cette autonomie opérationnelle des programmes a été poussée à son extrême par le PEV qui a été érigé en service rattaché en dehors des structures de la direction nationale de la santé publique (Centre National d'Immunisation). La Division Santé Familiale et la Division Epidémiologie (qui inclut les grandes endémies) sont de véritables directions opérationnelles qui ont développé directement leurs programmes dans les régions.

Le directeur national et son adjoint n'avaient aucune maîtrise sur les ressources des programmes et n'avaient ni le temps ni les cadres pour assurer la coordination et l'harmonisation efficaces des interventions.

Les expériences de programmation sanitaire régionales ont été une tentative pour assurer une meilleure coordination des interactions et des appuis des programmes nationaux et des partenaires durant les années '80. Elles ont permis de développer des capacités de budgétisation et de programmation mais n'ont nullement entamé la toute-puissance des programmes et encore moins réduit leur cloisonnement.

Difficultés pour passer de la théorie aux réalités du terrain

L'ABSENCE DE MODELE OPERATIONNEL

Il n'existait au Mali, après la définition de la nouvelle politique sectorielle, aucun système de soins intégrés et décentralisés de cercle qui puisse servir de modèle et d'expérience réelle sur la base de laquelle la mise en oeuvre pourrait progresser. Le décalage entre la volonté réformatrice exprimée et la réalité à tous les niveaux était très important.

Faire aboutir des expériences selon les principes de la nouvelle politique et adapter les outils et méthodes pour réaliser les transformations nécessaires, sont donc devenus les priorités des priorités.

DES OUTILS ET DES METHODES POUR LE CHANGEMENT

L'élaboration des plans de développement sanitaires de cercle avec carte d'extension de couverture négociée avec tous les partenaires devait constituer aussi le cadre d'opérationnalisation des interventions des programmes nationaux. Cet exercice a failli involuer vers une classique programmation reconduisant les lignes de financement existantes, celles des programmes nationaux. On évacuait ainsi le potentiel de cet outil qui favorise la décentralisation effective ainsi que la maîtrise par les cadres et les partenaires locaux du processus de leur développement sanitaire. Ces difficultés provenaient autant du caractère innovant de l'exercice qui bousculait des traditions bien établies que de l'absence de toute clarification explicite au niveau central sur les modalités de décentralisation et d'intégration effective des appuis des programmes nationaux dans la mise en oeuvre du plan de développement sanitaire du cercle. La transparence qu'implique cet outil dans la programmation et la gestion des appuis est incompatible avec le cloisonnement qui prévalait et dérangeait certainement ceux qui tiraient un certain avantage de cette situation. L'exercice a gardé sa pertinence du fait

que des ressources étaient mobilisables tant au niveau des populations qu'au niveau central pour la mise en oeuvre des plans. Aucun programme national n'a pu ou voulu s'impliquer dans le processus à cette étape.

Un Paquet Minimum d'Activités a été défini. Il comprend les soins curatifs courants (y compris la disponibilité de médicaments essentiels), les activités préventives (PEV, consultation prénatale, planning familial), le suivi des maladies chroniques (Lèpre, Tuberculose) et des activités promotionnelles (suivi nutritionnel des enfants, supplémentation de vitamine A...). L'infirmier visite périodiquement tous les villages selon un calendrier préétabli pour assurer certaines activités préventives et renforcer la continuité du suivi de populations à risque.

Toutes les activités du PMA devaient être disponibles dans les centres de santé et assurées par un personnel polyvalent ; leur intégration devait faciliter une prise en charge globale des problèmes de santé. La population assure l'autofinancement des coûts de fonctionnement et assume la responsabilité de la gestion financière du PMA. Elle est impliquée dans la micro-planification des activités et la définition des priorités. Une association de santé communautaire inter-villageoise ou de quartier (ASACO) assure la responsabilité de la gestion du centre, elle est le partenaire de l'équipe de santé de cercle pour l'aire de responsabilité du CSCOM.

Cette définition et organisation du PMA devait réduire la dépendance des CSCOM, nouveau mode d'organisation du premier échelon, vis-à-vis des financements liés à des projets, et renforcer ainsi leur autonomie. L'Etat dans le cadre d'une relation de partenariat devait assurer la disponibilité des médicaments essentiels, la fourniture de vaccins et médications spécifiques, amortir les équipements, assurer l'appui et l'encadrement technique nécessaires et garantir l'accès à un service de référence.

Les difficultés à cette étape de définition provenaient de l'absence de contribution significative des chargés des programmes nationaux tant pour le contenu du PMA que pour les modalités de sa gestion.

Une grande controverse provenait de l'emphase mise par certains acteurs pour conditionner la réalisation des activités préventives peu rentables, à des financements contractuels avec chacun des programmes nationaux. Le Tableau 1 tente de comparer les conséquences d'une relation de partenariat Etat/Centre de santé communautaire selon les modalités d'une convention globale pour le PMA ou selon celles de contrats spécifiques à chaque programme.

Une approche unitaire de programmation et de budgétisation est mise au point. Elle permet d'assurer la transformation des centres de santé existants (revitalisation avec responsabilisation de la population dans la gestion) et la création de CSCOM. L'intérêt de cette approche est, qu'au delà des classiques coûts unitaires (infrastructure, équipements, dotations initiales de médicaments), l'ensemble des activités et des intrants permettant la transformation d'une situation (revitalisation, création de CSCOM) est solidairement pris en compte et rendu disponible au niveau opérationnel. Il ne serait pas possible d'envisager par exemple des formations en santé maternelle et infantile ou PEV isolées, ni des approches communautaires sans que l'appui matériel, technique et financier pour les autres séquences ne soient dans le pipeline. Cela pourrait paraître simple et évident, mais en réalité c'est totalement contraire au mode d'intervention des programmes gérés par le niveau central.

Tableau 1. Comparaison des conséquences du type de relation de partenariat (convention globale ou contrats spécifiques).

		Convention globale	Contrats spécifiques
S O I N S	Couverture, accès aux soins	Equilibrée pour PMA Progrès durables	Résultats spécifiques peuvent être plus rapides, mais : Déséquilibre PMA non durables plafonnant à un palier structurel
	Contenu du PMA	PMA complet Intégration systématique	Risque de PMA incomplet Intégration conditionnée par spécification explicite du contrat Les activités sans contrat se font moins bien ou pas du tout
	Qualité des soins	Favorise approche globale et responsabilisation globale	Favorise performance d'un programme, mais limité par manque d'intégration notamment
D E V E L O P P E M E N T	Rendre compte	A la population en fonction de ses besoins	Aux programmes et à leurs techniciens
	Rôle de la population	Partenaire	Cible du programme
	Pérennité	L'enjeu est clair : La survie du CSCOM	Menacée, liée à la bonne exécution des contrats et à leur renouvellement Doubles financements toujours possibles par opacité et cloisonnement de la gestion
	Motivation du personnel	Par responsabilisation pour le CSCOM et sa population dans son ensemble Sens de propriété du CSCOM comme outil de travail Primes possibles par l'ASACO pour performance et qualité globales du CSCOM	Par ce que le contrat spécifique peut lui apporter Peut introduire des effets pervers avec de faux résultats

Après avoir défini les normes et procédures techniques, renforcé les capacités chez les cadres régionaux et de cercle pour leur application, mobilisé les ressources nécessaires, les responsables centraux devaient responsabiliser le niveau opérationnel pour la mise en oeuvre avec l'appui technique régional sans interférer ou complexifier le circuit de mise à disposition des res-

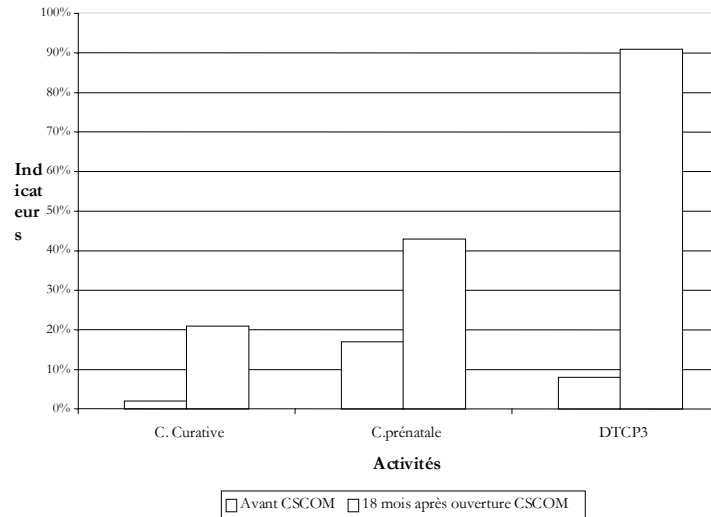
sources. Pour des chargés de programmes nationaux qui géraient chacun tous les intrants y afférent, le changement demandé est de taille. C'est renoncer à terme, partiellement ou totalement, à la gestion directe des ressources matérielles et financières qui de fait est à l'origine de leur prestige et de leur puissance dans le système (décentralisation). C'est aussi prendre en compte pour les activités du programme, ce que peut impliquer leur intégration dans le cadre du PMA.

Cette approche bien comprise par les équipes de cercles n'a été entérinée par le niveau central qu'après la finalisation des premiers plans de développement sanitaires de cercle et le lancement des premiers CSCOM tests. Ceci n'a pu se faire que grâce à l'appui conséquent de ceux qui avaient une responsabilité globale et non liée spécifiquement à un programme.

LES PREMIERES EXPERIENCES TESTS DE CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Ces expériences étaient décisives pour traduire dans la réalité ce qui était une construction théorique basée sur les principes et orientations de la nouvelle politique. Une condition majeure qui a rendu possible la réalisation des premiers CSCOM tests, était la levée par la direction nationale de la santé des contraintes liées à l'ancien mode d'organisation des services et de gestion des programmes. Ainsi les CSCOM et la revitalisation avec gestion communautaire du PMA ont pu être lancés avec une nouvelle organisation des activités, des supports qui favorisent l'intégration (fiche intégrée de l'enfant) et un système local d'information sanitaire qui favorise l'auto-évaluation, la prise de décision locale et les discussions avec l'association de santé communautaire. Les performances réalisées par les nouveaux centres ont été au-delà des attentes de leurs promoteurs tant sur le plan de la couverture réalisée, l'amélioration de la qualité des soins que celle de la viabilité financière. Sans l'appui direct des programmes nationaux ils réalisent les meilleures performances (PEV, SMI) du pays avec une autonomie totale pour les coûts locaux. La Figure 1 montre, à titre d'exemple, les performances du CSCOM de Monzombala dans le cercle de Koulikoro.

Figure 1. Indicateurs de performance du CSCOM de Monzombala.



Difficultés dans la phase de conduite du changement

UNE DUALITE NOUVEAU/ANCIEN INEVITABLE

L'extension à tout le pays du nouveau modèle d'organisation sera longue. Deux années après le début de la mise en oeuvre de la nouvelle politique le nombre de CSCOM et de centres de santé revitalisés était encore marginal, moins d'une vingtaine au total sur près de 350 centres de santé fonctionnels. Si le bien-fondé du nouveau modèle n'était plus explicitement con-

testé, les programmes nationaux mettaient en avant la lenteur de progression de la mise en oeuvre pour justifier le statu quo.

Pour des raisons sociales et politiques il n'était pas possible de procéder à l'arrêt du flux d'appuis des programmes aux régions sans qu'une alternative effective puisse être initiée. Les capacités d'appui et les négociations nécessaires ne permettaient d'autre part pas d'accélérer sans risque la mise en oeuvre. Aussi un dualisme s'est installé entre les anciens et nouveaux modes d'organisation et de gestion du premier échelon.

La bonne coordination et l'harmonisation des interventions des programmes avec la dynamique de mise en oeuvre demandaient dans la phase préparatoire beaucoup de temps tant pour l'appui régional que pour les équipes de cercles. Les insuffisances à ce niveau ont entretenu la confusion auprès de nombreux cadres tant sur la nature du changement en cours que sur la volonté réelle du niveau central de le réaliser.

QUE FAIRE FACE AUX PROPOSITIONS DE NOUVEAUX PROGRAMMES ?

Le Mali ne s'est pas mis en quarantaine pour la mise en oeuvre de sa nouvelle politique et les propositions d'appui pour de nouveaux programmes ou la relance d'anciens n'ont pas manqué de la part d'agences internationales ou de coopérations bilatérales.

Paradoxalement et en particulier pour les programmes dont l'exécution effective pourrait se réaliser sans implication intempestive du personnel soignant comme c'est le cas pour la dracunculose, une opérationnalisation verticale était beaucoup moins déstabilisatrice qu'une opérationnalisation intégrée dans le cadre d'un système en pleine mutation offrant des CSCOM encore fragiles ou d'anciennes structures inefficaces et inefficentes. Si finalement une opérationnalisation davantage verticale a été de fait retenue, les

pressions pour intégrer le programme de lutte contre la dracunculose sont venues autant de la pyramide sanitaire qui tient à faire exécuter par ses structures le nouveau programme, que d'agences internationales souhaitant légitimer davantage leur engagement pour l'éradication du ver de Guinée en y associant des activités de santé maternelle et infantile.

Tant que la couverture réalisée par le nouveau mode d'organisation du premier échelon n'avait pas atteint une extension et un niveau qui la rendaient attractive et crédible pour les promoteurs de programmes, il fallait bien composer avec les initiatives plus spécifiques.

Durant cette étape des dangers réels menaçaient, d'autant plus que des financements importants étaient à l'appui de certains nouveaux programmes proposés. Les duplications, conflits de priorités et surtout le risque de décourager les initiatives de la base et le renforcement de l'autonomie de gestion et de fonctionnement du premier échelon ont caractérisé le travail dans les zones d'opération concernées.

LE SEUIL DE CREDIBILITE A CONTRE COURANT

A la fin de la 3^{ème} année de mise en oeuvre effective une masse critique de réalisations de CSCOM et de revitalisations existe dorénavant. Plus de cent centres de santé offrent le PMA et sont gérés par les communautés. Les responsables de programmes nationaux sont plus enclins à négocier leurs appuis et les partenaires extérieurs davantage intéressés pour prendre en compte la nouvelle situation dans leurs programmations futures. Les conflits de priorités existent encore mais sont dorénavant négociés dans une position beaucoup plus favorable pour une dynamique de décentralisation et d'intégration. Les cadres régionaux et de cercles ne se laissent plus facilement marcher sur les pieds. Ils ont maintenant eux-mêmes une motivation réelle pour préserver leurs réalisations et les développer. Au début du processus il leur était très difficile de ne pas donner priorité aux programmations centrales des programmes verticaux, notamment en raison des compléments de salaire que ces programmes apportaient de fait.

A l'étape actuelle le danger sera plutôt de voir certains programmes chercher à surcharger les CSCOM et certains partenaires à délibérément intégrer même ce qui n'est pas intégrable par un réseau de premier échelon. Malgré son niveau relativement performant ce réseau reste encore fragile et n'est pas suffisamment consolidé par le niveau de référence du cercle. Ce dernier souffre encore d'insuffisances quantitatives et qualitatives de personnel et de la vétusté du plateau technique. Si probablement un seuil d'irréversibilité est atteint, le dualisme va toutefois perdurer jusqu'à la marginalisation de structures fonctionnant selon l'ancien mode d'organisation probablement au début de 1997. Cette avancée dans les réalisations n'aurait pas été possible sans la présence d'une politique nationale de santé définie et pour la mise en oeuvre de laquelle les principaux partenaires extérieurs du Mali se sont engagé à apporter leur soutien. Ce fut le contrepois nécessaire pour éviter l'impasse.

L'intégration est loin d'être seulement une question technique ou d'école

Définir une politique nationale est une chose, la mettre en oeuvre en est une autre. Il est indiscutable que la nouvelle politique a créé un cadre pour rendre cohérentes et convergentes les interventions dans le secteur sanitaire, et assurer une maîtrise nationale de son développement, avec une volonté réelle de responsabiliser la population dans le processus.

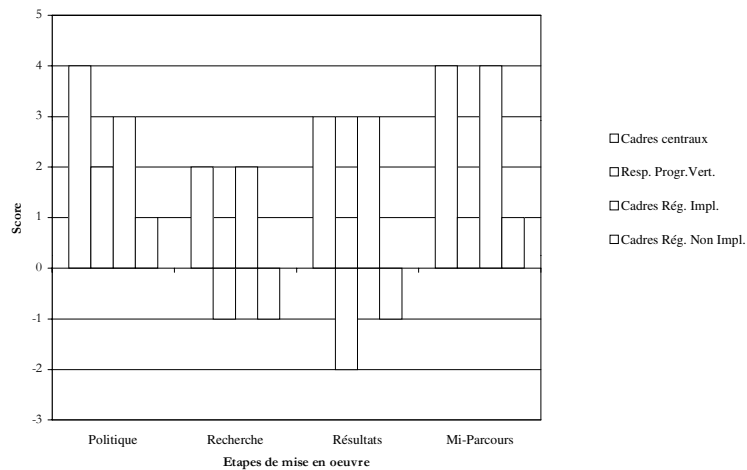
Les changements qu'implique cette politique sont importants à tous les niveaux, et bousculent bien des intérêts et des traditions gestionnaires établies. Il fallait compter avec la motivation de certains acteurs et l'inertie ou la résistance d'autres.

Les réalisations crédibles sur le terrain, et les capacités des cadres à défendre et promouvoir leur nouvelles expériences, ont frayé le chemin au changement par la mobilisation d'acteurs indécis et le ralliement

d'opposants rassurés ou édifiés par le bien-fondé du changement et par l'absence de conséquences préjudiciables pour eux. La Figure 2 montre l'évolution de la position des acteurs nationaux aux différentes étapes de définition de la politique, jusqu'à la revue à mi-parcours du PSPHR. L'attribution d'un score allant de -3 à +4, illustre les positions respectives, la neutralité équivalent au score +1 (et non 0), pour que cette position puisse être matérialisée sur le graphique.

A l'étape des recherches les responsables des programmes verticaux et les cadres régionaux non impliqués dans la mise en oeuvre des expériences tests étaient dans une position d'opposition exprimée, et à l'étape des premiers résultats l'opposition est devenue davantage militante. L'étape de la revue à mi-parcours de la mise en oeuvre de la nouvelle politique correspond à celle du passage à échelle du nouveau système de santé après qu'une évaluation externe ait mis en exergue les acquis et le potentiel de développement que constituaient les réalisations à cette étape.

Figure 2. La position des acteurs de la mise en oeuvre



Il n'était nullement question d'intégrer des programmes dans des structures déficientes, mais les programmes dont les activités sont partie intégrante du Paquet Minimum d'Activités ne peuvent réaliser leur objectif sans ancrage solide dans un réseau de centres de santé viables. C'est à la réalisation de cette dernière condition que la politique sectorielle de santé du Mali s'est attelée. La décentralisation de la gestion et l'intégration des activités des programmes dans le nouveau système se négocient progressivement. Cette négociation s'est avérée une véritable épreuve de force où les aspects techniques et d'efficacité étaient rarement au premier plan, même si parfois le souci légitime de voir se diluer l'action d'un programme quand il est intégré, a été exprimée. Les enjeux et les influences de cette épreuve ne se jouent pas seulement sur le terrain malien mais se prolongent bien au-delà auprès des partenaires extérieurs et des agences de coopération internationales. Ceux-ci offrent rarement la flexibilité permettant d'adapter leurs objectifs et parfois même leurs stratégies au contexte du pays et à la dynamique locale.

La nutrition à l'heure de l'intégration : approche théorique illustrée

Véronique Tellier¹ et Patrick Kolsteren¹

Introduction

Les “programmes nutritionnels” se sont souvent développés de manière verticale pour des raisons qui sont à la fois historiques et liées à la nature même du problème.

Actuellement, en santé publique, on parle beaucoup d’“intégration”, un peu comme d’un passage obligé. Les propos qui suivent ont pour objet d’illustrer ce concept dans le domaine de la Nutrition en essayant notamment de répondre aux questions suivantes: que signifie l’intégration, qu’est-ce qui doit ou peut être intégré, à quelles conditions et dans quel but, et quelles sont les limites de l’intégration?

La discussion se place d’emblée au niveau de l’intégration d’activités ou de perspectives nutritionnelles au sein des services de santé de base. Elle n’aborde pas les distributions alimentaires ou les structures spécifiques mises en place dans les cas d’urgence.

Les thèmes de la réhabilitation nutritionnelle, du suivi de la croissance ou des carences spécifiques serviront à illustrer la discussion, à travers des exemples en Bolivie, au Zaïre et au Sénégal.

¹ Unité de Nutrition, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

D'où on vient et où on va: les raisons d'une tradition verticale

Que ce soit la malnutrition, le retard de croissance, les carences spécifiques, ou le déclin de l'allaitement maternel, les problèmes nutritionnels ont tous en commun d'avoir des facettes et des déterminants multiples. Le secteur santé est généralement amené à rencontrer leurs symptômes (les enfants malnourris, les goitres etc.), mais se trouve souvent démunie face à leurs causes profondes. La Nutrition se trouve ainsi naturellement à la croisée de différents domaines d'activités, et il peut sembler plus facile ou plus efficace de faire un "projet" ou un "programme" plutôt que de stimuler l'interaction des différents grands secteurs d'activités. Les donateurs surtout trouvent les programmes généralement plus acceptables, notamment parce qu'on peut leur fixer des objectifs clairs, définis dans le temps, avec un budget déterminé, ou qu'on peut, selon leurs critères, assez facilement évaluer les progrès réalisés (Grant 1985).

L'histoire des programmes nutritionnels nous montre que la plupart d'entre eux existaient avant les stratégies plus récentes des soins de santé primaires ou d'organisation des services de santé en districts à deux échelons. Le contrôle de la croissance, par exemple, avait été conçu par Morley de manière globale, avec la carte de santé comme outil de synthèse et de communication, bien avant qu'on ne parle de soins globaux, continus et intégrés (Morley 1973).

L'existence autonome de ce genre d'activité s'est parfois doublée d'une évolution autonome, qui ne tenait plus compte des objectifs initiaux. L'erreur a été de les reprendre ou de les promouvoir de manière isolée, sans les replacer dans le contexte ou le système où ils sont censés s'insérer. Au nom d'une "couverture totale" on en est ainsi arrivé à réduire le contenu de ce que proposait Morley à la seule pesée, ou à une "pesée-vaccination", dont la littérature de ces dernières années a prouvé à suffisance le peu d'utilité (Gerein 1988; Briend & Baria 1989; Tonglet 1994).

De par son lien avec la pauvreté, la malnutrition a aussi souvent été prise en charge de manière exclusive par des organisations non gouvernementales ou confessionnelles, avec un succès proportionnel au génie personnel de ses représentants, à qui il restait généralement peu de temps pour documenter les expériences. Un immense savoir et savoir-faire se sont ainsi perdus.

Ainsi, de son côté, le personnel de santé connaît souvent assez peu les problèmes nutritionnels - la malnutrition par exemple - et ce qu'il peut faire pour prendre les enfants malnourris efficacement en charge. Sa perception d'une responsabilité spécifique est souvent noyée dans le sentiment d'impuissance face aux causes profondes, sentiment renforcé par le manque d'outils appropriés de détection, de prise en charge, de suivi, ou d'évaluation des activités. Le résultat en est, qu'entre les bons conseils plus ou moins standardisés que l'on prodigue à la mère d'un enfant dont "la courbe décroche" et l'hospitalisation des enfants gravement malnourris, il y a souvent un grand fossé de vide et d'inaction.

Cette discussion sur l'intégration d'activités nutritionnelles dans les services de santé de base a pour objectif d'offrir une base de discussion à ce personnel de santé ou à leurs partenaires, pour leur permettre de mieux cerner leurs responsabilités, et les possibilités pratiques d'offrir des activités nutritionnelles, sans oublier qu'il existe aussi une foule d'autres activités de santé, qui n'ont rien de nutritionnel en soi, mais qui contribuent de manière importante au maintien et à la promotion du développement et de la croissance du jeune enfant. Ce sont par exemple, le traitement précoce des infections et l'identification des facteurs de risques auxquels est soumis l'enfant, que ceux-ci soient d'ordre "médical" (p.ex. : petit poids de naissance, multiplication des épisodes infectieux) ou d'ordre social et familial, la surveillance de la grossesse, etc.

Caractéristiques des activités à composante nutritionnelle sous la responsabilité du secteur santé

COMPOSANTES A VISEE NUTRITIONNELLE OU ACTIVITES NUTRITIONNELLES STRICTO SENSU ?

Il n'est pas souhaitable de se limiter à des activités nutritionnelles spécifiques, pour diverses raisons (Beghin *et al.* 1994a): les problèmes nutritionnels, médicaux et même sociaux sont souvent étroitement liés ; les activités nutritionnelles isolées, ou verticalisées, sont souvent moins efficaces et plus coûteuses. Exemples: centres de récupération nutritionnelle, distributions systématiques de micronutriments ou d'aliments, surveillance de la croissance, etc ; elles sont aussi moins bien acceptées par les familles, et favorisent peu leur participation et la gestion de leurs propres responsabilités, notamment pour attaquer les racines du problème. L'approche doit donc être globale.

PERSONNEL SPECIALISE OU NON ?

A condition d'avoir été bien planifiées, les activités nutritionnelles ne nécessitent généralement pas, pour le travail de routine, de personnel supplémentaire ou spécialisé. Les tâches peuvent être déléguées sans problème. Le surcroît de travail que peut représenter l'introduction de certains actes dans des activités de base (p.ex.: mesurer la taille de certains enfants, visite à domicile à une famille en difficulté) sera généralement compensé par une utilisation mieux discernée de certains outils (p.ex.: diminuer la fréquence des visites systématiques pour les enfants qui vont bien). La supervision, et la formation continue du personnel en général, rentrent dans le programme normal de supervision et de formation du district (Tellier 1994; Touré Sene 1994).

APPROCHE COORDONNEE AVEC D'AUTRES SECTEURS

Il est souvent nécessaire d'avoir une approche coordonnée avec les autres secteurs (social, agronomie, éducation etc.), dans les activités de surveillance nutritionnelle, de communication sociale, etc. Le secteur santé peut alors avoir un rôle d'initiative, de coordination ou simplement de participant. En aucun cas cela ne voudra dire qu'il doit étendre ses responsabilités à celles qui relèvent d'autres secteurs: l'infirmier ne sera donc normalement pas responsable de la promotion de jardins potagers. Comme le secteur santé voit quotidiennement les conséquences de la malnutrition sans pour autant pouvoir appréhender ses causes profondes, il a le devoir d'interpeller d'autres secteurs. (Beghin *et al.* 1994a).

Comment décider de ce qui doit être intégré ?

DES CRITERES D'INTEGRATION IDENTIQUES

Les critères d'intégration ne sont pas fondamentalement différents pour la nutrition que pour les autres domaines. La question fondamentale (Touré Sene 1994) est sans doute de savoir si les changements proposés permettent d'obtenir des bénéfices tels que: l'amélioration de la qualité des soins: détection précoce du problème, réduction de la perte de temps pour les patients ; la rapidité et la pérennité des résultats ; la diminution des coûts directs et indirects ; une charge de travail acceptable à tous les échelons et des économies d'échelle en termes d'organisation.

UN CHOIX BASE SUR UNE DISCUSSION ITERATIVE DE TROIS ELEMENTS

L'analyse du problème dans son contexte

Cette analyse devra inclure la prévalence du problème, sa forme, identifier le groupe à risque ou affecté, la perception du problème par la population et

par le personnel ainsi que les stratégies des familles. Elle doit ainsi permettre de déterminer le degré de priorité du problème et des solutions possibles.

Par exemple, en ce qui concerne la petite enfance qui est généralement reconnue comme une “période à risque”, l’analyse du problème” cherchera à identifier ces risques potentiels, et en fonction de cela, identifiera les activités pertinentes pour leur contrôle ainsi que le meilleur moment pour les réaliser. On déterminera donc des moments clés qui permettent la meilleure prise en charge ou le contrôle d’un nombre optimal de risques vulnérables (inclure par exemple la détection de pieds-bots, du strabisme, etc. à tel ou tel moment de la vie et du suivi de routine). Dans un quartier suburbain bolivien, on a par exemple mis en évidence un nombre relativement élevé de cas d’épilepsie liés aux conditions obstétricales difficiles et à la prévalence de la cysticerose. On pourrait envisager d’inclure ce problème dans les risques à détecter et à prendre en charge systématiquement (Tellier 1996a).

Dans cette optique, il est donc peu utile de proposer une activité standardisée et valable partout pour ce qu’on appelait la “consultation des nourrissons sains”. Il est par contre souhaitable de proposer une stratégie pour mettre au point une approche adaptée à chaque contexte. Ces changements proposés répondent donc à des objectifs de pertinence, d’efficacité, de diminution de la charge de travail et de motivation des parents et du personnel dont la tâche devient plus créative.

L’analyse des ressources et de l’organisation du système.

Le district est-il opérationnel? La référence est-elle possible? Quelles sont les activités existantes liées au problème? Quelles sont les questions posées auxquelles le système dans son état actuel pourrait apporter une réponse? Quelles sont celles auxquelles il pourrait répondre moyennant des modifications acceptables et réalisables sans handicaper le cours des autres activités? Y a-t-il possibilité de récupérer l’énergie supplémentaire que cela demande en rationalisant d’autres tâches?

Dans notre exemple, la rationalisation la plus évidente serait de réduire le nombre de contacts systématiques avec les enfants qui vont bien, à la fois pour pouvoir leur consacrer plus de temps lors de ces contacts, mais aussi pour avoir le temps de récupérer activement des enfants qui iraient moins bien et qui ne se seraient pas présentés, et passer un temps utile avec eux.

Il va de soi aussi qu'une approche plus globale de ce type nécessite de la part de l'intervenant une capacité de discernement et de synthèse accrue, qu'il ne doit pas gaspiller à innover dans des tâches qui peuvent être standardisées.

L'analyse de l'intervention elle-même grâce à un document technique de référence.

De même qu'un modèle de référence est indispensable pour l'analyse du système dans lequel on espère intégrer une activité ou la rendre plus utile, on peut utiliser des fiches modèles d'interventions, qui reprennent moins la théorie du problème auquel l'intervention s'attaque, que les conditions d'opérationnalisation de celle-ci.

Quand une intervention de ce type se justifie-t-elle? Qu'est-ce qu'on peut en attendre, dans l'immédiat ou à long terme? Quelles sont les difficultés que l'on peut rencontrer dans sa mise en oeuvre, son coût, les conditions d'une participation véritable etc.. C'est en quelque sorte une synthèse des connaissances, des expériences et des débats qui existent à propos d'une intervention¹.

¹ L'Unité de Nutrition de l'Institut de Médecine Tropicale a réalisé quelques fiches de ce type sur des thèmes divers: la réhabilitation nutritionnelle à domicile, l'iodisation du sel, les latrines en milieu rural, la traction animale, la prévention de l'hypovitaminose A et a publié un guide pour la confection de ces fiches techniques (Beghin *et al.* 1994b).

Dans sa forme opérationnelle l'intervention sera adaptée d'une part en fonction des possibilités locales, en fonction du problème, de son expression etc.. D'autre part le système devra sans doute être légèrement modifié pour pouvoir répondre à des objectifs supplémentaires pertinents.

DES PRINCIPES DE BASE QUI RESTENT LES MEMES QUE POUR L'INTEGRATION DE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE

Chaque échelon fait ce pour quoi il est le plus approprié

Au Zaïre, par exemple, on a montré que la malnutrition du jeune enfant peut se soigner de manière ambulatoire avec des avantages de coût et de pérennité des résultats, grâce à une action réalisée avec la famille visant à remédier aux causes de la malnutrition ou du moins à les contrôler. Cette prise en charge est placée sous la responsabilité du centre de santé de premier échelon. L'hospitalisation est réservée au traitement des complications, aux éventuelles mises au point diagnostiques, ou encore à tempérer un problème social empêchant une prise en charge ambulatoire de qualité (Tellier *et al.* 1996b).

Il n'y a pas de superposition des tâches entre les différents échelons du système de soins

A Thiès, au Sénégal, un centre de récupération nutritionnelle voisinait avec un hôpital général de référence: le premier qui disposait de ressources extérieures, a développé un service d'hospitalisation pédiatrique réservé aux malnourris qui faisait lourdement concurrence au second, créant ainsi frustrations et gaspillage des ressources.

Il n'y a pas de situation dont la couverture n'est pas prévue

En général, on sait ce qu'il faut dire aux mères des enfants qui vont bien, et on peut plus ou moins traiter à l'hôpital les complications des enfants gravement malnourris. Malheureusement, pour toutes les situations entre les deux extrêmes, le personnel de santé est assez démuné : il ne sait pas ce qu'il

peut faire pour les enfants qui commencent à ne plus aller très bien et se donne souvent l'illusion de faire quelque chose en prodiguant des vagues conseils standardisés. De même, les critères de référence à l'hôpital sont généralement assez flous, et ceux de sortie de l'hôpital encore plus. Il y a donc toute une série d'enfants en mauvaise santé qui ne sont pas pris en charge et d'autres qui encombrant les hôpitaux sans que leur séjour soit vraiment utile. Une des premières pistes à suivre dans ce domaine est de renforcer la dimension "écoute" des mères et de l'entourage en général pour mieux comprendre ce qui se passe, le comment et le pourquoi, et donc mieux adapter les réponses.

Les familles sont respectées et appuyées dans les stratégies qu'elles développent pour lutter contre la malnutrition

Le service de santé ne s'y substitue pas (Tellier *et al.* 1996c).

Et en pratique . . .

Généralement on se trouve face à trois types de situations qui impliquent des stratégies d'intégration et de gestion différentes.

IL EXISTE DES ACTIVITES NUTRITIONNELLES NON INTEGREES

Cette situation est liée généralement à la présence d'une ONG, qui réalise éventuellement elle-même les activités. Les questions que l'on doit se poser sont alors :

- Y a-t-il un problème qui justifie cette activité (la question de la pertinence de l'activité) ?
- Y a-t-il des avantages à intégrer cette activité, maintenant, avec les moyens dont on dispose ?

- Comment peut-on le faire ? Le point crucial étant sans doute de vaincre les résistances d'acteurs qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble, qu'il s'agisse du personnel de l'ONG, des services de santé ou de la population.

La réponse n'est en général pas de type "tout ou rien" mais, une démarche progressive, dont les éléments seraient par exemple les suivants :

Le dialogue

A Thiès, par exemple (Touré Sene 1993), l'enjeu était d'intégrer des activités nutritionnelles dans le département pédiatrique de l'hôpital. Cela ne voulait pas dire rajouter dix lits de nutrition ou les échanger avec des lits de pneumologie, mais cela signifiait prendre en charge les problèmes nutritionnels des enfants hospitalisés toutes causes confondues. Parmi ceux-ci en effet, un bon tiers était gravement malnourri sans que ce problème ait été reconnu. Les moyens de l'intégration ont été l'identification systématique de l'état nutritionnel des enfants à leur entrée à l'hôpital grâce à l'introduction du paramètre poids/taille, l'introduction de médicaments essentiels pour libérer une partie du budget des parents pour qu'ils puissent acheter des aliments de qualité pour leurs enfants. On a ainsi introduit la notion d'"aliments essentiels disponibles à l'hôpital à un prix abordable" à côté des médicaments. Une cuisine accessible aux familles a été réalisée avec l'aide du Rotary-Club. Une partie du personnel du centre de réhabilitation nutritionnelle (payé par l'ONG) a été affectée au service de pédiatrie, pour renforcer l'équipe soignante. Il s'agissait de deux personnes habituées à traiter les malnourris, et dont le rôle a été de dispenser leur savoir aux infirmiers et infirmières de l'hôpital tout en s'intégrant progressivement aux autres tâches du service (Touré Sene 1994).

L'introduction d'outils qui facilitent la réalisation du programme.

A Capinota, un village de la campagne de Cochabamba en Bolivie, l'introduction de la "courbe de poids-cible", un outil de suivi anthropométrique de la récupération nutritionnelle (Beghin & Van Lerberghe 1989), a permis d'établir la crédibilité de l'équipe universitaire de référence et a facilité le dialogue entre l'ONG qui prend en charge les malnourris et le service officiel de santé, dans la perspective de rationaliser progressivement leurs activités respectives.

Avant d'introduire un outil déjà utilisé autre part, dans un autre contexte, il faut bien sûr vérifier sa pertinence par rapport au problème et aux objectifs du service. On a par exemple été surpris de constater dans une zone urbaine de Bolivie, qu'un outil traditionnel de détection de la malnutrition aiguë, basé sur le paramètre poids/taille s'est montré contre-productif dans la mesure où la malnutrition aiguë y était assez rare (Tellier 1995).

Le rapprochement des lieux, l'introduction d'une supervision et d'une formation continue conjointe, introduction d'outils communs etc.

Ces activités deviendront possible lorsqu'un dialogue de qualité entre les différents acteurs impliqués (services, ONG, population) est établi et que la confiance est réciproque.

Le respect de l'emploi

Un aspect important est bien sûr le respect de l'emploi : une intégration d'activité qui aurait comme objectif ou comme effet premier de diminuer le nombre d'emplois aurait toutes les chances d'être rejetée par les principaux acteurs.

IL N'Y A PAS OU PEU D'ACTIVITES NUTRITIONNELLES MAIS LE BESOIN EN A
ETE IDENTIFIE ET UNE STRUCTURE EXISTE

L'hôpital régional de référence de Cochabamba, par exemple, possède en son sein un service de réhabilitation nutritionnelle assez performant, mais dont une des grandes limites est l'absence de suivi des enfants après leur retour à la maison. Aucun système de contre-référence n'existe; il y a peu de centres de santé périphériques fonctionnels, avec qui pourrait s'initier un tel système. Un centre de santé urbain sort cependant du lot (Tellier 1995). Ce centre a été choisi, avec l'accord enthousiaste de son personnel, pour mettre au point le système de référence et contre-référence.

Les questions principales qui se posent ici sont les suivantes : la nutrition peut-elle être une porte d'entrée pour améliorer le fonctionnement général des services de base ? Et, corollaire, quel niveau d'or-ganisation de ces services de santé de base faut-il avoir atteint avant d'introduire de nouveaux éléments ou activités ?

LE GOUVERNEMENT A DES PROGRAMMES QU'IL VEUT INTEGRER

Qu'il s'agisse de vaccinations, de lutte contre les maladies diarrhéiques ou respiratoires, de lutte contre les carences spécifiques telles que les carences en iode ou en vitamine A, la situation se présente généralement de la même manière: il s'agit de programmes appuyés par l'extérieur, qui apportent des devises au niveau central, et on veut paradoxalement les intégrer le plus possible, avant tout pour faire des économies, que l'on justifie par l'amélioration de la qualité des soins. Les décisions restent centrales; c'est la charge de travail qu'on décentralise.

D'autre part, certaines parties de ces programmes doivent rester centralisées si on ne veut pas mettre leur efficience en péril. Un des bons exemples à ce propos est sans doute l'iodisation du sel qui requiert une bonne technicité et des contrôles de qualité rigoureux.

L'intégration de certaines activités de ce type n'est possible que si les instructions du niveau central ne sont pas trop rigides et permettent une certaine adaptation en fonction de l'acuité des problèmes et des ressources particulières de la zone.

Par exemple, si on prend le programme de lutte contre l'hypovitaminose A en Bolivie, la distribution de capsules devrait pouvoir être appliquée de manière différente dans les zones où la carence est endémique et grave et là où elle ne l'est pas. Dans ce dernier cas, par exemple, on pourrait les réserver aux enfants qui font des infections répétées, aux cas de rougeole etc.. Tout ceci n'est bien sûr possible que si les indicateurs de succès du programmes ne consistent pas uniquement dans le nombre de capsules distribuées.

D'autres aspects importants restent à discuter. Par exemple, le système d'information, souvent compliqué, qui est associé à ces programmes, est rarement utile, et rarement utilisé, pour la prise de décisions. Autre exemple: Comment arriver à décentraliser une partie des ressources de l'aide internationale liée à ces programmes que l'on cherche à intégrer, pour qu'elles puissent contribuer au financement des activités des services de santé de base ?

Conclusions

L'intégration de composantes nutritionnelles se base sur un nouveau type de perspective - celle de l'appui à un système - plutôt que sur le développement de projets autonomes qui essaieraient de prendre tous les aspects d'un problème en charge.

Le secteur santé a un rôle spécifique à jouer dans la prise en charge des symptômes et dans le contrôle des risques rencontrés par les groupes potentiellement affectés. Il a un devoir d'interpellation des autres secteurs qui rencontrent généralement les mêmes problèmes mais n'ont pas encore pu

orienter leurs éventuels partenaires vers une approche d'«appui à un système».

L'intégration d'activités spécifiques peut être considérée comme un point d'entrée pour améliorer le système. C'est particulièrement vrai pour les activités de nutrition qui sont généralement hautement acceptables.

Il restera toujours une frustration du personnel de santé dont le devoir est de soigner les symptômes et les conséquences des problèmes nutritionnels mais à qui échappent une grande partie des causes.

L'intégration des composantes nutritionnelles ne peut se faire sans une approche par problème. Il est nécessaire d'envisager l'ensemble des aspects et cela peut vouloir dire envisager des solutions qui sortent des responsabilités strictes du secteur santé.

L'intégration n'est pas un tout ou rien. Certains aspects d'un programme peuvent être intégrés, d'autres pas. Toute décision d'intégrer l'une ou l'autre activité dans les services de santé se base sur l'analyse cohérente de quatre éléments : le **problème** (type de problème, prévalence, gravité), les **solutions possibles** (requièrent-elles une technologie particulière ou non, le traitement est-il toxique, etc.), le **contexte** (rural, urbain, etc.) et le **système** (type et degré de structuration).

Références

Beghin I, Kolsteren P & Tellier V (1994a) Prendre en charge la malnutrition dans les pays en développement: Quelles stratégies pour demain ? Dans *Colloque international "Action Sud" de l'Association des Licenciés en Sciences Sanitaires de l'Université de Liège*. Sadzot C & Nguz K, Eds. Huy.

Beghin I, Ramos L, Tellier V & Kolsteren P (1994b) La fiche technique d'une intervention nutritionnelle, outil destiné au planificateur et à l'évaluateur. Communication aux Vèmes journées du GERM. Balaruc (France).

Beghin I & Van Lerberghe W (1989) Communication sur le poids cible. IVèmes journées du GERM. Spa (Belgique).

Briend A & Baria (1989) Critical assessment of the use of growth monitoring for identifying high risk children in primary health care programmes. *British Medical Journal* **298**, 1607-1611.

Gerein N (1988) Is growth monitoring worthwhile ? *Health Policy & Planning* **3**, 181-194.

Grant JP (1985) The state of the world's children, UNICEF, New York.

Morley DC (1973) Paediatric priorities in the developing world. Butterworths, London.

Tellier V (1994) Projet "Médecine Tropicale et Santé Publique". Rapport de Mission, Cochabamba, mars 94. Document interne, mimeo 36pp, Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Tellier V (1995) Projet "Médecine Tropicale et Santé Publique". Rapport de Mission, Cochabamba, novembre 95. Document interne, mimeo 30 pp. Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Tellier V (1996a) Projet "Médecine Tropicale et Santé Publique". Rapport de Mission, Cochabamba, juillet 96. Document interne, mimeo 36pp, Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Tellier V, Luboya N & De Graeve G (1996b) La prise en charge ambulatoire des enfants modérément à gravement malnourris dans la Zone de Santé de Kapolowe au Shaba (Zaire). *Cahiers Santé* 6, 213-219.

Tellier V, Luboya N, De Graeve G & Beghin I (1996c) Le rôle des familles dans la réhabilitation nutritionnelle ambulatoire. Symposium "L'Enfance dans le Tiers Monde". Actes publiés sous la direction de JJ Symoens. Académie Royale des Sciences d'Outre-mer, Brussels, pp. 125-137.

Tonglet R (1994) Surveillance de la croissance et prévention de la morbidité du jeune enfant en milieu rural africain: éléments d'évaluation épidémiologique. PhD Thesis. Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium.

Touré Sene N (1993) Lignes directives pour l'intégration d'activités nutritionnelles dans un district sanitaire. Communication aux journées régionales de Formation et Nutrition réalisées à Thiès (Sénégal) en mai 1993. In Tellier V, *rapport de Mission au Sénégal*. Mai 1993. Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Touré Sene N (1994) Prendre en charge la malnutrition dans les pays en développement: Quelles stratégies pour demain? Dans *Colloque International "Action Sud" de l'Association des Licenciés en Sciences Sanitaires de l'Université de Liège*. Sadzot C & Nguz K, Eds. Huy.

La réhabilitation à base communautaire au Zimbabwe : De louables intentions, mais de piètres concepts

Paul Bossyns¹ et Wim Van Damme²

Introduction

Les chiffres les plus cités sont que 7 à 10% de la population des pays en voie de développement sont handicapés (Helander *et al.* 1989). De ceux-ci 30 à 50% (2 à 5% de la population totale) pourraient bénéficier d'une réhabilitation. Mais pas plus de 2 à 3% de ces personnes profitent en réalité de ce genre de services (Finkenflugel 1991).

Au cours de la dernière décennie, la réhabilitation à base communautaire (RBC) a été favorisée par plusieurs donateurs internationaux en Afrique. L'idée a graduellement fait tache d'huile parmi les agents de santé. Et c'est surtout dans les pays anglophones comme le Zimbabwe que la RBC est à présent généralement acceptée. Il est cependant étonnant qu'en même temps la littérature concernant la santé publique fait à peine mention du sujet et que des études d'évaluation en profondeur du coût-efficacité et de l'impact éventuel ne figurent nulle part.

¹ Projet 'Alafia'-GTZ, Niamey, Niger.

² Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Un des auteurs (PB) a eu le privilège de pouvoir travailler pendant quelques années comme médecin dans un district sanitaire au Zimbabwe où sa tâche consistait d'une part à encourager des activités de réhabilitation et d'autre part à organiser le fonctionnement du système de santé. Ce texte est inspiré par le travail réalisé dans les districts de Murewa et d'Uzumba-Maramba-Pfungwe (UMP).

La réhabilitation au Zimbabwe

Au Zimbabwe les services de réhabilitation couvrent deux domaines. D'une part il y a la réhabilitation en milieu hospitalier, où les patients reçoivent de la physiothérapie et de la thérapie occupationnelle. La plupart des patients sont des cas de traumatisme en phase d'immobilisation, des cas d'accident vasculaire cérébral (AVC), des cas d'insuffisance respiratoire, etc. Une thérapie occupationnelle est donnée aux AVC, aux patients psychiatriques et aux retardés mentaux, ainsi qu'aux patients dépourvus et aux malades chroniques. Ce genre de services est relativement bien organisé dans des hôpitaux centraux ou provinciaux, mais laisse à désirer dans les hôpitaux de district. Dans un hôpital de 200 lits, tous occupés, ce programme peut aisément fournir du travail à plein temps à trois techniciens de réhabilitation. Le manque de ressources, surtout en matière de thérapie occupationnelle, constitue le problème principal.

D'autre part, le Zimbabwe s'est engagé dans un programme de RBC (Finkenflugel 1991). Ce programme est principalement opérationnel au niveau des districts où il emploie en général deux techniciens de réhabilitation (TR).

Les TR doivent diviser leur attention entre les soins hospitaliers et le programme de RBC. Le programme incite le district à choisir entre la réhabilitation à l'hôpital ou dans la communauté. Etant donné que la RBC a une connotation de soins de santé de base, la réhabilitation en milieu hospitalier est considérée comme moins prioritaire. Le système de perdiems qui

prévoit des avantages en plus du salaire normal pour des professionnels faisant du travail extra muros renforce cette tendance dans l'esprit des TR. Aucune sélection spéciale n'est faite parmi la variété considérable de handicaps et de patients. Cependant en pratique, le TR se limite souvent aux problèmes qu'il connaît le mieux, les patients souffrant de problèmes musculo-squelettiques, les enfants souffrant de paralysie cérébrale et les personnes âgées avec un AVC.

Problèmes observés dans les districts de Murewa et UMP

DES OBJECTIFS PEU REALISTES ET UNE COUVERTURE BASSE

Le programme RBC n'a jamais identifié les critères de sélection ou de restriction pour les visites à domicile. En principe chaque personne handicapée était un client potentiel et c'était la tâche du TR local d'identifier qui était nécessaire et pouvait bénéficier du programme.

D'un point de vue théorique, et en se basant sur les chiffres d'orientation les plus bas, à savoir 7% de handicapés dont 30% nécessitent de l'assistance, dans une région comptant 150.000 habitants, au moins 3.150 personnes devraient pouvoir bénéficier du programme RBC. Ceci signifierait 7,16 visites à domicile par jour de travail par TR, à condition qu'une visite par patient et par an suffise (ce qui est peu probable, les patients en réhabilitation souffrant souvent de problèmes chroniques).

Il est clair qu'un tel programme s'avère très coûteux et peu réaliste du point de vue opérationnel.

Suivant une étude au niveau provincial (Van der Hulst 1992) 25% des visites à domicile furent faites en vain, les personnes n'étant pas chez elles. Il apparaît aussi que dans 20% des cas, le patient attende en vain, la visite

n'ayant pas lieu (problèmes logistiques ou d'organisation). Ces observations diminuent considérablement le rendement des visites à domicile. En plus, selon les statistiques chaque TR d'un projet RBC visite en moyenne 0.5 à 1 personne par jour alors qu'une année-calendrier ne compte en fait que 172 jours de sorties. Au total nous obtenons donc moins de 300 visites à domicile par an, c.à.d. moins de 10% de couverture du besoin théorique. A titre de comparaison, le TR travaillant à l'hôpital de district de Murewa se charge de 8.3 patients en moyenne par jour ouvrable durant toute l'année.

Les problèmes sont en général structurels :

- Les communications en région rurale sont souvent difficiles. Concrètement, ceci signifie qu'un nombre des visites à domicile ne sert à rien, étant donné que le patient n'est pas chez lui. Les visites ne peuvent pas être planifiées au moment où le patient en a besoin, p.ex. au moment où il est confronté à un nouveau problème. Tout dépend en pratique du transport et du programme de travail du TR.
- Pour un programme de réhabilitation en milieu hospitalier, un minimum de deux TR est requis. Si les visites à domicile doivent se faire de façon régulière, l'engagement de deux TR par district est évidemment insuffisant.
- L'identification des problèmes est certes possible lors des visites à domicile, mais la solution (si elle existe) exige souvent des techniques disponibles seulement au niveau hospitalier. Si des solutions s'imposent, une visite par personne ne pourra pas suffire. L'efficacité coûterait donc très cher.
- Un dialogue continu entre le patient et le fournisseur de soins de santé est probablement impossible à organiser à partir d'un niveau centralisé. Ce besoin de dialogue, de suivi et de "proximité" a été à la base de la décision de créer des structures sanitaires périphériques, comme les centres de santé.

ABSENCE D'UN SYSTEME DE SUPPORT MEDICAL

Un programme vertical tel que la RBC a une tendance "naturelle" à travailler en parallèle par rapport aux services de santé intégrés réguliers (Criel 1995). Le TR travaille de manière indépendante et prend bien souvent ses décisions sans l'avis d'un médecin. Cette tendance peut occasionner des délais importants pour le patient. Elle est renforcée par la notion erronée que les hôpitaux "ne font pas partie de la communauté" (voir plus loin) et sont donc opposés à la philosophie de base du programme RBC qui veut que la communauté résolve ses propres problèmes. Thorburn *et al.* (1993) ont souligné l'importance de canaux de référence et de support. Des exemples illustreront mieux qu'un long discours, quelques conséquences malheureuses possibles de l'approche RBC.

Exemple 1. Une jeune fille de 20 ans avec un raccourcissement important de la jambe droite (plus de 10 cm), avait reçu régulièrement la visite du TR pendant quelques années. Des contacts avaient déjà eu lieu avec un fabricant de chaises roulantes à la capitale, mais le manque d'argent avait retardé l'achat jusque là. Comme elle souffrait de douleurs chroniques croissantes à la hanche, un membre de sa famille l'avait emmené voir le médecin. La hanche montrait des déformations importantes secondaires à des problèmes au genou. La fille a été référée à un hôpital tertiaire pour une opération correctrice. Quelques mois plus tard elle pouvait marcher avec un genou raide, mais sans difficultés.

Exemple 2. Un garçon âgé de neuf ans s'était brûlé le cou. Les brûlures avaient été négligées et guérissaient avec une rétraction importante du cou inclinant la tête sur la gauche. Il était traité depuis plusieurs mois par le TR avec des bandages de support et des exercices, mais sans aucun résultat. Les résultats médiocres et le coût élevé ont fait que la mère a pris la décision d'aller voir un médecin. Le patient a ensuite été référé en chirurgie esthétique. Quelques mois plus tard, le handicap était réduit à un minimum très acceptable.

PROBLEMES CONCERNANT LA SUPERVISION

Les TR doivent être considérés comme du personnel auxiliaire, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas exercer sans supervision adéquate¹. Au Zimbabwe, la supervision des TR est organisée au niveau provincial où les physiothérapeutes et les spécialistes de la réhabilitation travaillent sans toutefois reconnaître les autorités de santé des districts. En pratique, ceci signifie que le TR a deux patrons. En plus, la supervision par la province exige du thérapeute provincial beaucoup de temps et des frais de transport supplémentaires. A cause des problèmes logistiques survenant dans un tel cadre, il arrive souvent que les visites à domicile ne sont pas supervisées. Une des solutions utilisées par le superviseur est d'ajouter une visite rendue à un patient vivant tout proche et qui peut être visité à plusieurs reprises. C'est pourquoi la plupart des rapports de contrôle ou d'évaluations de projet mentionnent le nombre de visites à domicile comme l'indicateur "d'un travail bien fait" plutôt que la qualité réelle du travail ou l'impact du programme.

LA CREDIBILITE DES CENTRES DE SANTE MISE EN CAUSE

Comme le travail communautaire organisé au niveau district ou province, ne reconnaît pas les centres de santé locaux, il met leur crédibilité en danger. En plus il risque de déresponsabiliser leur personnel. Ici aussi un exemple vaut mieux qu'un long discours.

L'infirmier d'un centre de santé avait appris par l'intermédiaire de voisins qu'une femme dans un village proche avait eu un AVC, mais que sa famille la gardait chez elle et qu'elle avait développé des escarres de décu-

¹ La "supervision" est définie ici comme une activité d'observation du TR durant l'exécution de ses tâches et une analyse des observations faites, avec le TR, suivie de suggestions pour une amélioration de la situation (aspect formatif). La supervision ne peut être faite que par une personne possédant des compétences supérieures et de l'autorité (aspect administratif).

bitus surinfectés. L'infirmier avait contacté directement le TR puisque les soins à domicile pour AVC faisaient partie des responsabilités de ce dernier. L'infirmier ignorait d'ailleurs ce qui pouvait être fait dans un cas pareil au cours d'une visite à domicile. Une semaine plus tard lors d'une visite de supervision au centre en question, le TR demanda la permission de pouvoir se joindre à l'équipe de supervision du district pour pouvoir réaliser la visite à domicile. C'est seulement à ce moment-là que le médecin du district se rendit compte de l'existence du problème. La visite eut lieu et la patiente fut transportée à l'hôpital avec des escarres dans un état avancé de macération.

Cet exemple illustre bien l'incompétence de l'infirmier (justifiée dans une certaine mesure) en matière de réhabilitation et peut-être aussi dans une certaine mesure un manque d'implication personnelle. Le personnel du centre de santé ne se sent effectivement pas responsable des problèmes de réhabilitation. En plus, le fait que des autorités de santé publique de rang supérieur aient dû résoudre le problème, renforce la piètre image que la population a du centre de santé. L'absence fréquente du TR à l'hôpital ne favorise pas non plus un système de référence adéquat, qui pourrait améliorer la crédibilité du centre de santé. L'exemple montre également qu'une approche centralisée peut impliquer des délais parfois importants pour les patients.

RBC : contradiction ou conséquences logiques ?

Au Zimbabwe, les autorités sanitaires promeuvent le concept de district sanitaire et ont une politique de décentralisation conséquente. Mais comment, peut-on se demander, un nouveau programme vertical tel que la RBC a-t-il pu apparaître dans un tel contexte ?

UN TROU DANS LA GLOBALITE DES SOINS DANS LES SERVICES DE SANTE EXISTANTS

Les services de santé du Zimbabwe sont loin d'offrir une gamme complète de soins pour le moment. Certains patients ne reçoivent pas toute l'attention qu'ils méritent. Ceci est particulièrement le cas des patients en réhabilitation (Cornielje 1992). La continuité des soins pose souvent des problèmes aux patients chroniques, y compris ceux qui nécessitent une réhabilitation. C'est peut-être paradoxal, mais c'est précisément cette carence d'attention, combinée à l'intérêt (sincère) de certains agents de santé, qui a permis qu'une attention spécifique soit aujourd'hui donnée à ce groupe de patients. Ce phénomène n'est pas exceptionnel : les programmes de lutte contre le SIDA et celui de soins psychiatriques se trouvent dans la même situation. Les autres "trous du marché" expliquent également pourquoi les responsabilités des TR ont tendance à se multiplier avec le temps qui passe : les TR ont aussi été formés pour donner des conseils en matière de SIDA et de problèmes psychiatriques et doivent en plus s'occuper de problèmes sociaux et d'indigence. En d'autres mots, ils doivent combler des lacunes là où les services de santé font défaut.

La rationalisation et plus récemment les problèmes de coût/efficacité sont devenus prioritaires dans l'organisation des services de santé. Cette approche a donné un poids plus grand à la guérison (cure), où on peut se baser sur des indicateurs quantitatifs, plutôt qu'aux soins (care) qu'il est plus difficile d'évaluer avec précision. La plupart des services de santé modernes des pays en voie de développement n'arrivent pas vraiment à offrir des soins qui balancent "cure" et "care". Le district sanitaire n'a d'autre part pas encore résolu pleinement la question de l'attention au malade dans l'organisation générale des services de santé.

LES CONFUSIONS QUANT A LA NOTION DE "COMMUNITY-BASED" ("A BASE COMMUNAUTAIRE")

"Community-based" est devenu un terme à la mode dans l'organisation des services de santé. Mais il peut couvrir des significations très différentes (Miles 1993). Certaines de ces significations sont assez contradictoires quant aux implications pratiques qu'elles imposent au système de santé. Dans le programme RBC aussi des définitions différentes de "community-based" sont utilisées simultanément. Ceci provoque des confusions et des problèmes dans le dialogue constructif à créer entre les directeurs de programmes RBC et les organisateurs des services de santé (et plus particulièrement les médecins chefs de district).

"Community-based" veut dire : "Partir des besoins ressentis (et non satisfaits) de la communauté"

Ceci est une première définition possible de "community-based". Ceci implique qu'un dialogue a lieu entre les agents de santé et la population. En dialoguant il est plus facile pour les gens d'identifier et de comprendre leurs problèmes puisqu'ils sont explicités. L'agent de santé prend connaissance des problèmes spécifiques et reçoit "un mandat" de la population. En d'autres mots, une situation de "contrat" entre la population et le service de santé se fait jour. Un dialogue continu entre la population et les services de santé pourrait donc dans les faits être le point de départ d'une approche de solution participative des problèmes, y compris pour la réhabilitation.

Sur le terrain, ce dialogue a pris différentes formes. Certains agents sanitaires ont insisté sur le fait que le dialogue doit être continu et progressif. D'autres par contre ont essayé de "gagner du temps" en transformant le diagnostic communautaire en un questionnaire pour une enquête (fondamentalement épidémiologique) ou parlent de "méthodes d'évaluation rapides".

“Community-based” veut dire : “Accessible pour la communauté”

L’accessibilité peut être soit de nature physique soit de nature culturelle (acceptabilité). L’accessibilité est toujours relative (p.ex. Quelle est la distance que quelqu’un peut raisonnablement marcher ?) et doit être pesée par rapport à des contraintes financières et techniques (p.ex. Un centre de santé pour 30 familles ou un hôpital dans chaque village ne représentent pas des solutions réalistes pour les problèmes de santé).

Les deux définitions précédentes cadrent dans le concept de district sanitaire. Analyser de cette manière le terme “community-based” nous permet de comprendre par exemple qu’un hôpital de district qui offre des soins obstétricaux d’urgence (y compris les techniques les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle) peut être “community-based”. Dans ce cadre de référence il est aussi clair que ce sont les centres de santé qui sont les mieux placés pour engager un dialogue continu avec la population locale.

“Community-based” veut dire : “Qui se trouve physiquement dans la communauté ou dans le village”

A quelques exceptions près, avant Alma-Ata les soins de santé dans les pays en voie de développement étaient virtuellement des soins curatifs en milieu hospitalier. Rapprocher les services de la population (plus particulièrement dans le sens physique) et mettre plus l’accent sur les soins préventifs, étaient des mesures logiques. La période après Alma-Ata a donc été la période idéale pour la construction de centres de santé, l’introduction de programmes (d’immunisation) verticaux et la formation d’agents de santé villageois. Ces trois approches ont traduit la décentralisation nécessaire d’une manière différente. Des études actuelles de santé publique suggèrent qu’à l’exception de quelques situations particulières et exceptionnelles, le centre de santé qui fournit des soins préventifs, curatifs et promotionnels de base, est la solution la plus efficace et la plus efficiente, à condition qu’une supervision régulière et un système de référence fonctionnel soient assurés. Le concept de district sanitaire est basé sur ces recherches. Le programme RBC a opté pour un agent de santé central fournissant des soins dans la structure la plus

périphérique possible : au domicile du patient. Les problèmes logistiques et financiers d'un tel programme étaient prévisibles. En plus, l'approche remettait en question la crédibilité du système de santé dans son ensemble, vu les fausses promesses qui sont faites aux clients potentiels.

“Community-based” veut dire : “PAS en milieu hospitalier”

A cause du biais historique en défaveur des hôpitaux, les soins curatifs en milieu hospitalier ont été écartés. Il y a donc eu trop d'insistance sur les soins préventifs en dehors de l'hôpital. C'est le mérite du concept de district sanitaire d'essayer de marier les deux niveaux de soins dans un seul système. Les soins curatifs sont aujourd'hui remis à leur place relative (celle des besoins primaires ressentis par la communauté), et les hôpitaux de district reçoivent leur place dans le système de santé (celle d'une structure bien définie avec des fonctions complémentaires par rapport aux centres de santé). Malgré cette évolution, les soins hospitaliers sont souvent remis en question par certains militants des soins de santé primaires. Le programme RBC essaie par exemple d'opérer indépendamment, bien qu'à partir de l'hôpital. Les TR qui sont basés à l'hôpital sont encouragés à sortir autant que possible et les soins à domicile sont considérés comme supérieurs aux soins hospitaliers (Reijer 1992). Les activités extra muros des TR court-circuitent systématiquement les centres de santé et aucune tentative n'est faite pour déléguer certaines tâches à la périphérie. Ceci est logique dans un système où on considère que le TR représente justement cette “périphérie”.

“Community-based” veut dire : “Pour le peuple, par le peuple”

Dans la période post-coloniale des concepts tels que “communauté”, “auto-suffisance” ou “les ressources non exploitées de la population” ont conduit à travers la pensée populiste (de Sardan 1995) à la conviction que les gens pourraient se prendre en charge eux-mêmes à condition qu'ils aient accès au pouvoir, à la connaissance et à la technique (Finkenflugel 1993). Des agents de santé de village, sous un éventail de formes très variées, sont nés de cette approche. Des développements récents dans l'organisation des services de santé ont cependant montré que des initiatives communautaires

sans supervision étroite et sans système de soutien technique - le centre de santé et plus particulièrement l'hôpital de district - n'ont pas d'impact important sur la situation sanitaire de ces communautés.

Des solutions ?

Les personnes handicapées se trouvent souvent en marge de la société, pour la simple raison que leur handicap ne leur permet pas de fonctionner de la même manière que les non handicapés. Certaines croyances aggravent parfois ce problème. Et les services de santé n'apportent le plus souvent pas de solution non plus. Pour toutes ces raisons, nous sommes convaincus que les handicapés ont besoin de soins et de soutiens particuliers. Nous nous demandons toutefois si les programmes RBC sont une réponse réaliste à ce problème.

D'UN POINT DE VUE THEORIQUE : QUELLE EST LA PLACE D'UN "SOUS-SPECIALISTE" TEL QUE LE TR AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT ?

Les TR sont des "petits spécialistes" dans leur domaine. La plupart du temps ils ne peuvent que fournir des solutions partielles aux patients à cause du fait qu'ils ne sont soit pas compétents soit pas autorisés à fournir des soins supplémentaires. P.ex. les patients avec un AVC ont souvent besoin de contrôles de leur tension artérielle et/ou de la prescription et la fourniture d'anti-hypertenseurs.

Pour de nombreuses raisons opérationnelles, certaines tâches sont déléguées par le niveau hôpital de district au centre de santé. Comme le "niveau" centre de santé doit fournir tout le paquet des activités de soins de santé primaires, le personnel doit y être polyvalent, ce qui veut dire qu'il doit maîtriser une série de techniques. La supervision est donc la pierre angulaire du succès, étant donné que c'est seulement par la supervision que la qualité des techniques peut être maintenue et corrigée si nécessaire ou que

de nouvelles techniques peuvent être introduites. Polyvalence ne veut toutefois pas dire “toute-puissance”. Un second niveau de soins, l’hôpital de district, avec des qualifications techniques supérieures constitue donc un complément indispensable au sein du système.

Les TR, tout comme les psychologues et les assistants sociaux, se concentrent sur un groupe de patients particuliers ou sur un aspect spécifique des patients. Ils sont spécialisés dans un domaine particulier. Ce sont des techniciens spécifiques. De tels cadres devraient être considérés comme des soutiens disponibles pour le personnel polyvalent techniquement plus limité dans le domaine de la réhabilitation. Ils reçoivent donc des patients qui leur sont référés par l’échelon inférieur du service qui n’a pas de réponse adaptée au problème. C’est pour cela que les TR devraient être considérés essentiellement comme du personnel du niveau district, travaillant en collaboration étroite avec les médecins. Ils seraient en relation avec le niveau périphérique à travers le système de référence et à travers la formation du personnel de ce niveau à des techniques de réhabilitation.

REVALORISATION DE LA REHABILITATION EN MILIEU HOSPITALIER

Il n’est pas suffisant de dire que des patients hospitalisés méritent l’attention des TR. La réhabilitation en milieu hospitalier a beaucoup plus de potentiel que ce qui est habituellement reconnu. Les patients hospitalisés sont souvent des patients souffrant d’un problème aigu (p.ex. des fractures ou un AVC récents). Ces patients sont vus à un stade précoce. Leurs problèmes sont davantage vulnérables à la réhabilitation que les problèmes chroniques et souvent négligés qu’on trouve dans la communauté (Whitelaw *et al.* 1994). L’efficacité du TR est donc souvent meilleure en milieu hospitalier que dans la communauté. Un bon exemple en est le traitement de la poliomyélite (Mabogunje 1986). Plus d’efficacité à moindre coût, comme ceux des frais de transport et des visites de supervision, améliorent aussi le coût-efficacité de la réhabilitation en milieu hospitalier.

Le fait que de nombreux handicaps et problèmes de réhabilitation peuvent être prévenus par une intervention efficace précoce, est le corollaire de ce qui précède. Certaines de ces interventions correspondent à des tâches de soins généraux, comme la prévention d'escarres ou la stérilité des injections. D'autres requièrent des techniques spécifiques de réhabilitation : mobilisation précoce au lit de patients en traction (fractures du tibia et du fémur), la prévention d'un coude raide ou du syndrome de l'épaule raide, la correction d'un pied bot, la prévention de contractures suite à des brûlures ou des traumatismes, la prévention de doigts raidés suite à des blessures d'écrasement etc. Ces problèmes se voyaient fréquemment à l'hôpital de district de Murewa. Organiser des soins pour ces patients uniquement au niveau de la communauté est impossible.

A titre expérimental le TR du district de Murewa a été chargé dans le cadre de la consultation prénatale, d'apprendre aux femmes primipares les techniques correctes de poussée. Ces techniques se sont avérées très utiles pour empêcher des réactions de panique durant l'accouchement, réactions qui menaient souvent à l'utilisation de ventouses. Cette expérience en milieu hospitalier a servi comme base pour l'introduction de tâches spécifiques au niveau des centres de santé : le TR enseigne aux infirmiers des centres de santé la manière de faire voir aux femmes avant et durant l'accouchement l'importance de pousser comme il faut et de reconnaître les efforts incorrects. Cet exemple montre comment l'équipe de district peut faire appel à un "sous-spécialiste" en le chargeant de la tâche d'introduire des techniques nouvelles au niveau du centre de santé.

L'avantage le plus important d'un TR basé à l'hôpital est toutefois le fait que les centres de santé ne sont plus court-circuités et sont eux-mêmes chargés de combler le "trou du marché". Simultanément, la référence et la contre-référence des patients deviennent possibles, renforçant de cette manière la complémentarité des différentes structures de santé.

Différents domaines sont négligés par les services de santé - et ce n'est pas une coïncidence qu'ils correspondent tous à des activités de "soins"

(care) - et ont été identifiés correctement par le programme RBC. Comment le service de santé de district, et plus particulièrement l'hôpital, devrait répondre à ces observations reste un point de recherche fort important.

RENFORCER LA REHABILITATION DANS LES CENTRES DE SANTE

Les services de santé de premier échelon devraient être renforcés par l'offre de services de réhabilitation pour la communauté. Dans la région de Murewa différentes initiatives avaient été prises pour améliorer les capacités des centres de santé.

En développant les "arbres de décision" pour les soins curatifs au niveau du centre de santé, une attention toute particulière a été donnée à la **prévention** des handicaps. La prévention de contractures dues aux brûlures, par une référence précoce, et la prévention d'articulations raides post-traumatiques (les doigts, les coudes et les épaules), par une mobilisation précoce et des exercices adaptés, ont été ajoutées aux techniques et attitudes du personnel sanitaire de base. Auparavant des brûlures extensives, bien que très superficielles, étaient souvent référées à l'hôpital alors que des brûlures plus petites mais plus profondes aux points de flexion étaient traitées de manière conservatoire au centre de santé, résultant en des contractures qui auraient pu être prévenues.

Des critères pour des visites à domicile de clients possibles des services de réhabilitation ont été mis au point. Le contenu des visites a été défini en fonction des pathologies. Les infirmiers des centres de santé ont reçu ces critères sous forme d'instructions écrites pour les patients tuberculeux et épileptiques en abandon de traitement et pour chaque nouveau cas d'AVC dans leurs aires de responsabilité. Pour les cas d'AVC souffrant d'une paralysie grave et permanente, il avait été convenu que le TR les reconduirait chez eux en fin d'hospitalisation (plus ou moins 20 patients par an pour une population de 120.000 habitants). L'infirmier du centre de santé local devait participer à la visite à domicile et le programme de suivi devait être

convenu avec le patient (et sa famille!), l'infirmier et le TR. En même temps les circonstances familiales et les problèmes pouvaient être évalués. Plus tard, tout nouveau problème qu'aurait le patient devait être communiqué de préférence à l'infirmier du centre de santé. C'est à travers ce dialogue que la nécessité pour des visites ultérieures ou d'autres interventions (p.ex. une nouvelle référence) pouvait être identifiée. Le fait que le patient soit confié par le TR à l'infirmier a contribué à l'établissement d'une relation nouvelle et constructive entre ce dernier et le patient.

Les visites à domiciles devaient être effectuées par l'infirmier du centre de santé mais pas en routine. Afin d'éviter la surmédicalisation et une dépendance accrue du patient, l'initiative d'un appel devait rester auprès du patient et de sa famille. La responsabilité de l'agent de santé est d'encourager activement le dialogue et d'inviter les gens à prendre contact avec lui dès qu'ils en ressentent le besoin. Ce dialogue permettra parfois d'identifier qu'une visite à domicile pourrait être le meilleur choix pour assister le patient. Une telle approche assure une plus grande efficacité des visites à domicile contrairement aux visites de routine qui dépendent de la disponibilité du transport et ne représentent pas souvent la réponse à un besoin réel.

Tous les patients n'ont pas besoin de visites à domicile. Selon Thorburn *et al.* (1993) les soins à domicile sont recommandés seulement lorsque le système de soutien familial est profondément perturbé. Les centres de santé sont accessibles pour la majorité des patients au Zimbabwe, ce qui signifie que la couverture des problèmes de réhabilitation peut être augmentée par une approche passive¹. Il est clair que les visites à domicile organisées à partir des centres de santé sont plus rentables que celles organisées au niveau du district.

¹ "Passif" signifie que c'est au patient de prendre l'initiative et que l'agent sanitaire attend "passivement" au centre de santé. Ceci n'est pas à confondre avec une attitude passive de l'agent sanitaire.

UNE ATTENTION "PARTICULIERE" POUR LES PERSONNES MARGINALISEES

Les districts sanitaires qui fonctionnent bien, atteindront la majorité de leur population en ce qui concerne les besoins en soins de santé de base. C'est souvent en analysant des problèmes spécifiques, tels que les soins pour les personnes handicapées, que les gestionnaires de la santé réalisent que des groupes marginaux ne bénéficient pas des soins de santé qui sont disponibles. Si on n'y prête pas une attention particulière, les services de santé ne sont accessibles qu'à "l'individu moyen" de la communauté. Ils repoussent souvent plus qu'ils n'attirent les parias tels que les personnes handicapées physiques, sociales ou mentales. Une attention toute spéciale devrait donc être donnée à ces groupes spécifiques de la société. Cette attention particulière ne sous-entend toutefois pas nécessairement la création d'un programme (vertical) spécial. Elle devrait mener à des actions intégrées dans le fonctionnement normal des services de santé de base là où c'est possible, afin de respecter les allocations budgétaires et de renforcer autant que possible le fonctionnement des centres de santé intégrés.

La prise de conscience des agents de santé à tous les niveaux est probablement l'arme la plus efficace pour combattre l'exclusion des groupes marginaux, en combinaison bien sûr avec des services de bonne qualité. Si l'agent de santé est conscient du problème, il comprendra mieux pourquoi certains groupes dans la communauté abandonnent leurs programmes de soins, arrivent en retard ou ne se présentent même pas au centre de santé. Les frustrations ressenties par l'agent de santé peuvent alors être remplacées par une relation attentionnée et plus profonde entre lui et le patient afin d'intégrer les soins de ce dernier dans le système de soins.

Il est clair que les problèmes de la réhabilitation ont été négligés dans le passé. De nombreuses questions restent posées sur la manière de donner une assistance adéquate aux personnes ayant des problèmes de réhabilitation graves. Les questions deviennent encore plus complexes si on veut donner les soins au sein des communautés rurales ou des quartiers pauvres des villes en restant dans les contraintes du budget. Des programmes spé-

ciaux, limités dans l'espace et dans le temps, mais avec une tâche expérimentale et scientifique, pourraient être utiles dans ce contexte. De telles initiatives pourraient également représenter une opportunité pour les responsables de la santé de commencer à prendre en charge les problèmes de réhabilitation.

Cette "attention particulière" ne résoudra pas tous les problèmes que rencontrent les handicapés dans la société, mais ils devraient faciliter l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. D'autres organisations de nature politique ou sociale pourraient assurer la défense des droits des groupes marginaux. L'identification et la mise en évidence des problèmes est une fonction importante de ce travail, qui pourrait, au moins en partie, être assumée par les services de santé.

CHANGER L'ORIENTATION DE LA FORMATION INITIALE DES MEDECINS

Les médecins ont tendance à considérer leur tâche comme "terminée" aussitôt que le patient a quitté le cabinet de consultation. Le suivi de patients chroniques et les problèmes de réhabilitation sont souvent considérés par les médecins comme des tâches de moindre importance. Par conséquent, ils ne sont pas à même d'adopter une politique saine à ce sujet et ont tendance à négliger le service de réhabilitation lorsqu'ils supervisent le personnel sanitaire de la région. Cette attitude représente une invitation supplémentaire aux physiothérapeutes provinciaux pour intervenir dans la supervision des TR en court-circuitant le médecin chef de district qui est pourtant responsable de tout le personnel au niveau local, y compris le TR. La préférence habituelle des médecins (et des autres catégories de personnel médical) pour les problèmes purement biomédicaux ne pourra probablement être changée que par une modification fondamentale de leur formation initiale.

Conclusions

Dans le passé, les problèmes de réhabilitation ont été négligés par les services de santé. Partiellement en réaction contre cette “discrimination” des programmes verticaux de RBC ont été mis en place. Deux critiques majeures de cette approche peuvent toutefois être formulées.

Les programmes RBC verticaux sont coûteux et peu efficaces. L'efficacité, en dehors de quelques projets pilotes fortement subventionnés, est très basse. Les soins continus nécessaires ne sont pas compatibles avec les restrictions organisationnelles du terrain (transport coûteux, communications difficiles, nombre élevé de patients et de visites nécessaires par patient). La supervision doit aussi faire face à des contraintes opérationnelles et financières considérables. Les indicateurs de performance utilisés actuellement reflètent trop souvent des aspects limités de succès ou d'échecs et constituent donc parfois une source de confusion pour l'évaluation.

Les programmes RBC ont aussi un coût d'opportunité important en retardant ou en empêchant le développement de systèmes de santé de district intégrés et ceci pas seulement en captant des ressources financières limitées. Le programme crée également une confusion entre les responsables de la supervision, peut causer du retard pour certains patients, diminue la crédibilité des centres de santé et retarde le développement d'une approche cohérente vis-à-vis des problèmes de réhabilitation au niveau des centres de santé, dans lesquels le personnel ne se sent pas responsabilisé.

En l'absence d'arguments absolus pour un programme spécifique, cet article plaide en faveur d'une approche intégrée des problèmes de réhabilitation. Des programmes verticaux spécifiques qui portent “une attention particulière” à ces problèmes, pourraient coexister - dans une mesure limitée et sur une base “expérimentale” - comme stimulants pour attirer l'attention des services de santé de district sur les patients présentant des problèmes de réhabilitation.

Références

Cornielje H (1992) The Community-based Rehabilitation Course at the Alexandra Health Centre. Initial findings from a recent evaluation. *Fisio Forum, South Africa*, 10-11.

Criel B (1995) Integration of vertical programme activities in polyvalent health services. The case of Family Planning Services in Zimbabwe. Public Health Research Unit, Institute of Tropical Medicine, Antwerp [Unpublished].

de Sardan JO (1995) *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Chapitre 5. Karthala, Paris.

Finkenflugel H (1991a) Identifying people in need of rehabilitation in rural Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine* 37, 105-109.

Finkenflugel H (1991b) Help for the disabled - in hospital and at home. *World Health Forum* 12, 325-330.

Finkenflugel H (1993) *The Handicapped Community*. Primary Health Care Publications, University Press, Amsterdam.

Helander E et al. (1989) Training in the community for people with disabilities. WHO, Geneva.

Mabogunje E (1986) Paralytic poliomyelitis and physiotherapy. *Tropical Doctor* 16, 34-37.

Miles M (1993) Different ways of community-based rehabilitation. *Tropical and Geographical Medicine* 45, 238-241.

Reijer P (1992) Care for disabled. Is there an alternative for institution-based care or community-based rehabilitation ? MPH Thesis, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

Thornburn MJ *et al.* (1993) Recent development in low-cost screening and assessment of childhood disabilities in Jamaica. Part 2: Assessment. *West Indian Medical Journal* **42**, 46.

Van der Hulst G (1992) Outreach work in rehabilitation in Zimbabwe. Research Report, Department of Medical Sociology: University of Amsterdam, Amsterdam.

Whitelaw DA, Meyer CJ, Bawa S & Jennings K (1994) Post-discharge follow-up of stroke patients at Groote Schuur Hospital—a prospective study. *South African Medical Journal* **84**, 11-13.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 180

Troisième partie
Recherche sur les systèmes de santé
intégrés

Studies in HSO&P, 8, 1999, 182

Des points de rencontre entre recherche et gestion

Harrie Van Balen¹

Introduction

Une bonne gestion augmente la probabilité que les résultats souhaités se réalisent. Plus le processus gestionnaire est rationalisé et suit un protocole préétabli, plus l'approche peut être appelée scientifique.

Pour maintenir, voire renforcer la confiance du personnel opérationnel dans sa propre capacité de bien gérer son service, il est important que la réalisation des phases successives du cycle de la gestion soit, autant que possible, intégré dans les activités de ce personnel. Pour éviter une surcharge de travail il y a lieu de limiter les actes de gestion à l'essentiel.

A partir d'un certain niveau de complexité l'approche scientifique, devenue trop exigeant en temps et en compétence, peut se développer en une action de recherche spécifique et pertinente, demandant des ressources supplémentaires (Van Lerberghe 1990 ; Mercenier 1992).

Si la recherche concerne les tâches et les responsabilités du personnel, il s'agit de "recherche-action", une méthodologie qui doit faire appel au personnel opérationnel. Cette mobilisation n'est justifiée que si la recherche est pertinente et si le jeu en vaut la chandelle.

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Cet article consacre quelques considérations à ces aspects dans le cadre de la gestion des établissements de soins dans un district de santé intégré.

La recherche pour améliorer la prise de décision

Gérer un système, signifie gérer un ensemble incomplètement connu dont les éléments sont en interaction d'une manière incomplètement connue : d'une part les changements introduits intentionnellement n'ont pas uniquement les effets voulus; d'autre part des changements sont introduits par des facteurs que nous n'avons pas sous contrôle.

A n'importe quel niveau du système les décisions de gestion impliquant le futur sont donc prises avec un certain degré d'incertitude. La recherche sur la gestion n'a pas comme but principal de quantifier les résultats et les efforts mais bien d'améliorer la prise de décision par les personnes qui gèrent le système aux différents niveaux (Frenk 1995). Une approche scientifique ou une recherche spécifique pour clarifier un problème peut éclairer les décisions de départ ou de réajustement et ainsi réduire le degré d'incertitude; n'empêche qu'il est essentiel de disposer d'un modèle conceptuel de référence pour pouvoir mettre le cap dans la direction de la destination voulue.

Illustrons le rôle d'approche scientifique dans la gestion par une métaphore : si l'on veut rendre quelqu'un compétent dans un jeu de cartes, il n'est pas très utile de calculer la corrélation entre la qualité des cartes reçues et le nombre de plis gagnés ou perdus, mais bien d'accompagner cette personne quand elle joue et l'aider à corriger ses erreurs, à combler les manques de jugement pour qu'elle puisse obtenir les meilleurs résultats avec les cartes dont on dispose.

De même il est primordial que le chercheur prenne conscience des compétences et des outils dont le gestionnaire dispose pour jouer son rôle. A partir de ces acquis du gestionnaire, le chercheur peut alors l'aider à déve-

lopper une gestion plus scientifique, c'est-à-dire à mieux comprendre les bases et les effets de ses décisions, à interpréter les événements et à développer des procédures qui permettent de résoudre les problèmes dans un contexte donné.

Le style participatif de la gestion d'un système intégré de soins de santé

Focalisons la discussion sur la gestion, au niveau d'un district, d'un système de soins de santé basé sur les concepts des Soins de Santé Primaire (SSP). Même si nous ne discutons pas la coordination avec d'autres secteurs qui influencent la santé, il y a lieu de rester conscient que le système de soins s'inscrit dans et est influencé par un système de santé plus vaste. Une politique de santé inspirée par le concept des SSP s'intègre au 'développement global'. Dès lors, elle ajoute à l'efficacité et l'efficience des soins sur le plan santé une exigence plus globale : leur contribution à l'autonomie et l'autodétermination des gens. Cela implique un style participatif de gestion. Le style serait différent si le système des soins est géré comme un sous-système de l'industrie médicale ou d'un système de création d'emplois (Van Balen 1994 ; Equipe du Projet Kasongo 1981).

La participation à la gestion, pour être sensée, doit résulter d'un dialogue entre le personnel de santé et la population qu'il sert. Pour qu'un dialogue continu puisse être établi avec des personnes, familles et organisations, la population à laquelle elles appartiennent doit être suffisamment restreinte. Inévitablement cela se traduit par une décentralisation des services de santé de premier échelon : la porte d'entrée du système et le lieu préférentiel pour orchestrer la continuité, l'intégration et la globalité des soins. Les tâches non réalisables à ce niveau pour des raisons techniques ou économiques sont centralisés dans des établissements de transfert. Les composantes du système qui offrent des soins (les soins à domicile, dans la communauté, au premier échelon et à l'échelon de transfert), ont des fonctions complémentaires.

Pour réaliser cette complémentarité il faut un organe de décision ou de concertation qui gère, au niveau du district, la prise en charge des problèmes par l'échelon le plus adéquat et qui veille à la complémentarité des services de santé aux soins que la population est capable de réaliser elle-même.

La réalisation d'un district intégré capable de donner des soins de santé adéquats présuppose quelques conditions minima : la possibilité de mobiliser les ressources adéquates, tant humaines que matérielles pour établir et faire fonctionner un réseau de centres de santé (services de premier échelon), un hôpital capable de réaliser les techniques courantes chirurgicales, obstétricales, médicales, de laboratoire et d'imagerie (Van Balen 1994).

Sans possibilité ou désir de changement la recherche sur la gestion est inutile

La situation de départ du système quelque soit le point où il se situe actuellement par rapport au modèle de référence, est le résultat d'un passé, de contraintes ou obstacles, identifiés ou non, des rapports de pouvoir et de décisions et de comportements d'acteurs dans et à l'extérieur du système.

Les conditions pour introduire un changement ne sont pas toujours réunies. Il se peut que le pouvoir de ceux qui ont intérêt au maintien de la situation bloquent activement toute tentative de changement. Il se peut qu'une personne officiellement chargée de gérer un service n'a pas l'autorisation de mobiliser des ressources au delà de ce qui lui a été accordé sur base de décisions (ou contraintes) centrales et qu'il doit réaliser ou faire réaliser des activités suivant des instructions décidées au niveau central. Il est normal que dans une situation où toute créativité est mal vue, la personne "en charge" préfère ignorer ou dissimuler les problèmes plutôt que de les aborder rationnellement. Le seul élément qu'on évalue est que les soins ordonnés sont réalisés pour autant que les ressources accordées nous le permettent. Dans de pareilles situations une recherche pour éclairer les dé-

cisions qui renforcent l'intégration du système n'a pas de sens. Il y a d'autres situations, où la gestion du système n'est pas formalisée, par exemple celle du médecin généraliste "moyen". Il a la compétence et la motivation et dispose des ressources pour la prise en charge de patients ou personnes à risque en mettant en oeuvre tout l'arsenal du progrès médical dont il dispose. Les dernières années, surtout en Europe, le généraliste intègre même davantage l'autonomie du soigné dans les décisions. Il reste toutefois rare qu'il envisage de participer à la gestion d'un système de district intégré (Van Dormael 1995). Les audits médicaux ou d'autres formes d'évaluation de la qualité des soins et de l'interférence entre premier et deuxième échelon peuvent susciter un désir d'amélioration du fonctionnement du système.

Enfin, la recherche sur la gestion ne peut pas être un événement isolé : elle s'inscrit dans un processus continu.

Les bases des décisions empiriques dans la gestion du système intégré

Les décisions empiriques sont prises parce qu'un décideur estime qu'elles permettent de résoudre un problème, de réaliser un but. Elles sont inévitablement inspirées d'une connaissance implicite ou explicite de la situation "locale", des techniques impliquées, des lois qui gèrent les rapports humains et du changement qu'on veut réaliser. Plus on explicite les bases, plus facile sera-t-il d'aborder scientifiquement le processus gestionnaire.

Quant à l'analyse de la situation locale, avant d'établir des services de base, il suffit d'avoir des données raisonnablement fiables sur le nombre d'habitants, leur appartenance à des ensembles sociaux ou culturels, leur structure d'âge et leur répartition géographique; sur les caractéristiques géographiques du district; sur les ressources humaines et matérielles disponibles pour faire fonctionner un système intègre; sur les problèmes de santé les

plus courants; sur les caractéristiques politiques, sociales et culturelles ; sur le fonctionnement d'autres structures ou secteurs en rapport avec le santé (WHO 1993). Des documents existants, le dialogue avec des personnes-clefs du milieu, des discussions avec des "focus-groups" et éventuellement des visites permettent au gestionnaires de "se mettre à jour". La connaissance de la situation locale, le diagnostic communautaire, se développera progressivement quand le système fonctionne, à condition qu'on ait veillé à l'instauration des mécanismes et canaux de communication.

Finalement, les décisions reflètent consciemment ou non, le souci de donner au système de soins existant une certaine orientation. Si le gestionnaire a opté pour l'orientation "système intégré", autant vérifier si les décisions concernant les modes de fonctionnement et les activités à réaliser favorisent cette orientation.

Les mêmes "données de base" vont avoir une influence sur la façon dont les activités ou modes de travail décidés vont être traduits en instructions plus ou moins explicites et détaillées. Ce n'est qu'en cours d'action qu'il sera possible d'apprécier la faisabilité (évaluation opérationnelle) et le degré de réalisation ce qu'on a voulu réaliser (évaluation analytique).

Les rapports entre tous ces éléments sont représentés à la Figure 1.

La vérification des prévisions

Le premier pas vers une approche scientifique dans la gestion des services est de préciser quel effet l'on attend des décisions prises empiriquement. Cela permettra de vérifier dans quelle mesure les prévisions (qu'il s'agisse de l'utilisation adéquate du service ou de la qualité de la communication, ou de la couverture des besoins, ou de l'efficacité et de l'efficacité des soins) se réalisent.

Nous avons déjà mentionné que le système de soins, comme tout autre système évolue continuellement, partiellement à cause des actions mises en oeuvre, de l'application des décisions et partiellement à cause d'éléments qu'on n'a pas sous contrôle. Il est donc nécessaire de créer un système d'information qui permet aux personnes responsables de la gestion d'une composante ou de l'ensemble du système, de se rendre compte de l'évolution de la situation. Ensuite faut-il que les gestionnaires jugent et réagissent correctement tenant compte du rôle que la composante qu'ils gèrent, joue dans le système intégré. L'approche scientifique des actes de gestion courants contribuera plus au savoir-faire des responsables dans la gestion dynamique du système des soins, que l'analyse de corrélations entre "input" et "output".

Pour l'équipe de direction d'un district intégré, il ne suffit pas qu'elle ait la compétence d'approcher scientifiquement la gestion. Il faut qu'elle apporte aux équipes opérationnelles (centres de santé, hôpitaux) un appui technique et méthodologique adéquat pour qu'à tous les niveaux, les responsables se rendent compte qu'ils sont capables de constater dans quelle mesure les effets attendus se réalisent. Au niveau du district, la volonté de réaliser ou d'améliorer un système intégré, trop souvent ne va pas de pair avec la compétence requise pour sortir de la routine. C'est alors aux responsables régionaux ou nationaux, éventuellement avec l'appui de chercheurs familiarisés avec la gestion d'un système de santé, de réaliser ce support technique.

Tableau 1. Caractéristiques des types de recherche (Mercenier & Van Dorraael).

	Recherche traditionnelle	Recherche traditionnelle	Recherche opérationnelle	Recherche action
Objectif direct	Connaissance	Décision optimale	Décision optimale	Décision optimale
Résultats	Universels	Situationnels	Situationnels	Situationnels
Sous-produits		Modèle mathématique universel	Modèle mathématique universel	Modèle comportemental universel
Type de problèmes	Techniques et/ou sociaux	Dimension technique universelle	Dimension technique universelle	Dimensions sociale et comportementale prépondérantes
Approche	Généralement focalisée	Systemique	Systemique	Systemique
Hypothèses	Généralement statiques	Dynamiques	Dynamiques	Dynamiques
Position des acteurs	Externes au processus	Externes au processus	Externes au processus	Certains participent au processus
Position des chercheurs	Neutres	Neutres	Neutres	Engagés
Zone de recherche		Zone représentative	Zone représentative	Zone favorable
Durée	Variable	Variable	Variable	Long terme

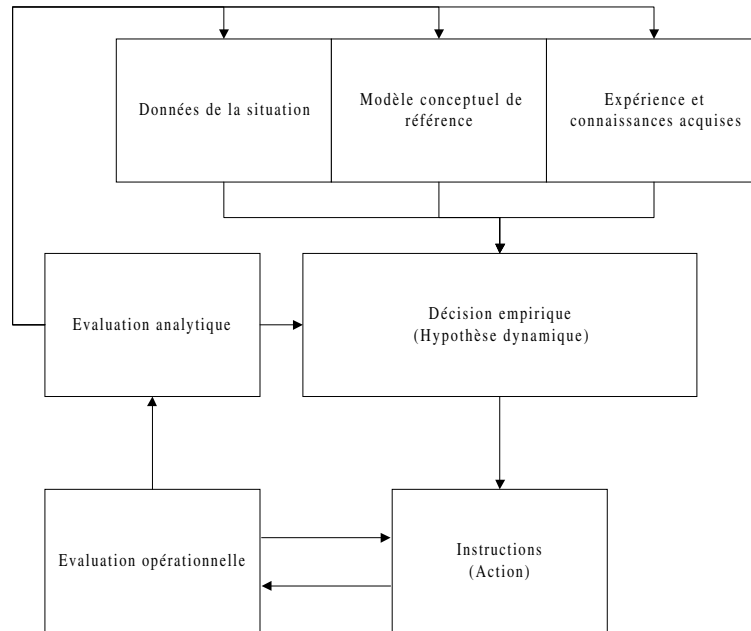
Une démarche prioritaire est d'aider le gestionnaire à mettre au point ou adapter un système de recueil de données valides et fiables qui permet d'évaluer les résultats en termes de solution de problèmes, réalisation de couverture, interactions avec la communauté et d'estimer l'allocation des ressources aux différentes activités et fonctions du premier niveau d'approche scientifique. Mettre au point le système d'information nécessite souvent la mise au point préalable des bases de certaines décisions empiriques. Si le gestionnaire le réalise en équipe avec une autorité compétente ou avec un chercheur, il arrive que cette mise au point permet d'ores et déjà d'améliorer les décisions. Quoiqu'il en soit, il y a lieu d'identifier les données à recueillir en vue de vérifier si les prévisions se réalisent.

Si l'évaluation montre que les attentes ne sont pas réalisées, il reste une étape avant d'éventuellement modifier la décision ou l'instruction : essayer de savoir pour quelle raison les prévisions ne sont pas réalisées.

La vérification d'hypothèses explicatives

L'observation de l'action et le dialogue avec les acteurs est nécessaire pour comprendre pourquoi les attentes ne sont pas réalisées et pour estimer si les obstacles identifiés sont surmontables à l'intérieur du système. Si l'on suppose qu'un problème est dû à un manque de produits, à l'inadéquation de l'équipement, au manque d'un véhicule etc., il est relativement facile de vérifier cette hypothèse par des mesures correctrices. S'il s'agit surtout d'obstacles de type comportemental (volume ou type de travail, aspirations des soignants ou des soignés, attitude des acteurs, rapports de force etc.) il est évident que, pour comprendre le problème, l'observation des différents acteurs et/ou le dialogue avec eux est nécessaire. La mesure correctrice, le changement à introduire pour vérifier l'hypothèse explicative, doit être formulé en collaboration avec les acteurs concernés.

Figure 1. Approche scientifique du processus gestionnaire (Mercenier 1992).



La recherche-action

Quand les obstacles identifiés sont bien formulés, une solution peut être proposée, tout en sachant que les réactions des sujets concernés ne sont que partiellement prévisibles.

Une approche scientifique signifie donc que le changement à introduire soit formulé sous forme d'hypothèses qui explicitent que si nous introduisons tel(s) changement(s), nous parviendrons à réaliser telle chose.

Ce n'est qu'en passant à l'action, en introduisant le changement, que nous pourrions vérifier si nous obtenons l'effet recherché. Cette méthode s'appelle la recherche-action, la recherche sur la possibilité de réaliser un changement voulu, dans un contexte donné (Susman & Evered 1978) (Tableau 1).

En fait, une supervision réalisée pour trouver avec le supervisé la solution d'un problème et pour l'accompagner à la mise en pratique de cette solution, est une approche de recherche-action. Cela compte pour toutes les démarches où les "chercheurs opérationnels" (dans notre cas des soignants qui abordent scientifiquement un problème) font appel à une personne d'une compétence technique plus grande pour tester une alternative des actions actuelles (cfr. groupes "Balint").

L'adaptation éventuelle des décisions et instructions ne résulte pas uniquement de l'évaluation opérationnelle et analytique (Figure 1). En effet, puisque la situation de départ évolue constamment, tant par les activités du système de soins que par des facteurs externes, l'analyse de la situation locale doit se faire continuellement. Quand des éléments qui étaient à la base des décisions empiriques, ont changé, il est clair que la décision même doit également être réexaminée. Les connaissances acquises, autre base des décisions empiriques, évoluent aussi continuellement. Finalement, l'application de la recherche-action dans des situations différentes peut raffiner le modèle conceptuel de référence, la troisième base des décisions empiriques.

Les limites de la recherche intégrée dans le service

Le premier niveau de l'approche scientifique (la vérification des résultats ou des processus attendus) peut augmenter l'efficacité du processus gestionnaire, à condition que le recueil de données se limite aux données fiables dont on a vraiment besoin pour la prise en charge d'un individu ou d'un service. Plus le recueil et le traitement des données s'étendent au delà du

besoin minimum, plus l'effort requis risque de compromettre le processus gestionnaire normal. Or, il faut réserver du temps pour formuler et vérifier dans le service (éventuellement avec un appui extérieur) les hypothèses explicatives. En effet, l'observation et le dialogue nécessaires pour la vérification des hypothèses explicatives consomment inévitablement du temps du personnel opérationnel. Ici aussi l'efficacité s'impose. L'appui de l'autorité hiérarchique ou de chercheurs extérieurs familiarisés avec le système de soins, est nécessaire pour mettre au point les méthodes d'analyse. Cela permet de gagner du temps et diminue le risque que les analyses supplantent le travail normal.

Si jamais l'effort requis n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service, la réalisation de la recherche par les membres de l'équipe demande un élargissement de cette équipe. Pour ne pas compromettre la cohérence de l'équipe et surtout pour pouvoir analyser les variables "comportementales", il est important que la personne ajoutée à l'équipe répartisse son temps entre recherche et travail opérationnel et que plusieurs membres du personnel opérationnel puissent réserver en revanche une partie de leur temps à la recherche.

La place de la recherche-action formelle

Parfois il n'est pas réaliste de vouloir trouver la réponse à un problème identifié par une recherche intégrée dans le service. Dans ce cas, une recherche formelle est à envisager. Cela implique faire appel à des chercheurs externes pour la définition du problème et l'élaboration du protocole de recherche. Pour les recherches sur les variables comportementales, la méthodologie à utiliser est la recherche-action, qui fera inévitablement appel au personnel opérationnel. Une recherche de ce type ne peut être entamée que si les conditions suivantes sont garanties:

- la recherche ne peut pas se substituer aux responsabilités de gestion scientifique de l'équipe opérationnelle.

- la recherche doit tenir compte des contraintes du système dans le contexte étudié.
- le temps recherche à fournir par le personnel opérationnel doit être compensé par une augmentation proportionnelle du personnel de cette équipe.

Finalement, une recherche formelle coûte cher. A cause de ce coût et à cause de toutes les précautions à prendre, elle doit donc être pertinente et répondre au moins aux conditions suivantes :

- soit le problème est ressenti comme un blocage important dans un des éléments du système;
- soit le problème est identifié dans plusieurs situations analogues;
- soit la recherche concerne une solution qui a fait preuve à un endroit mais doit être testée dans quelques autres contextes avant d'être généralisée.

Dans ce dernier cas, la recherche fait probablement partie d'une recherche formelle qui dépasse la gestion du système dans la situation actuelle. Il s'agit éventuellement d'une extension d'une recherche plus vaste située dans un district de recherche qui " *vise une meilleure compréhension du système par la clarification du modèle conceptuel et l'acquisition de nouvelles expériences qui peuvent être mises à la disposition des districts*" (Nitayarumphong & Mercenier 1992).

Références

Equipe du Projet Kasongo (1981) Le Projet Kasongo; une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 60 supplément, 1-54.

Frenk J (1995) The Power of Ideas and the Ideas of Power : Challenges to ENHR from Health Systems Reform. *Research into action*, 2, July-Sept. Council on Health Research for Development & UNDP, Geneva.

Mercenier P (1992) Consultation pour définir les priorités et un plan de recherche sur le système de santé au Mali. Rapport de mission. Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Nitayarumphong S & Mercenier P (1992) Ayutthaya Research Project :Thailand experiences on health systems research. In *Life sciences and technologies for developing countries : methodology and relevance of health systems research*. Research Reports. Contract holders meeting. Commission of the European Communities, Directorate General XII, Science, Research and Development. 8-10 April 1992. International Children's Centre, Paris.

Susman GI & Evered RD (1978) An assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly* 23, 582-603.

Van Balen H (1994) The Kasongo Project : a case study in community participation. *Tropical Doctor* 24, 13-16

Van Dormael M (1995) Médecine générale et modernité. PhD Thesis. Université Libre de Bruxelles, Brussels.

Van Lerberghe W (1990) The relevance of research projects. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 70, 47-53.

World Health Organization (1993) Rapid Evaluation Method Guidelines for MCH, FP and other Health Services. WHO/MCH-FPP/MEP/93.1

*De l'utilité d'un modèle de référence
pour guider la recherche en systèmes de
santé :
illustration à partir du modèle de
référence du système de santé intégré*

Monique Van Dormael¹

Introduction

La recherche sur les systèmes de santé vise à en améliorer le fonctionnement. Le chercheur est amené à observer et récolter des informations à propos d'un système donné, à l'analyser, à en identifier des dysfonctionnements. Au-delà de ce regard descriptif et analytique, une large part de l'intérêt de ce type de recherche réside dans sa dimension stratégique et sa capacité de réduire l'incertitude lorsqu'il s'agit de faire des choix pour orienter le système de santé. Or tant dans l'observation et l'analyse que dans la formulation d'une stratégie et la vérification de ses effets, la recherche implique nécessairement la mise en oeuvre de modèles théoriques de référence. D'une part le recours à un modèle va permettre de sélectionner les données à recueillir et d'ordonner et rendre intelligibles les observations de terrain : de la pertinence du modèle de référence dépend largement la qualité de l'analyse. D'autre part la formulation d'une stratégie repose sur l'anticipation des conséquences probables de l'action ; elle prend en compte les particularités locales du système, mais aussi un modèle de référence, c'est-à-dire un ensemble cohérent d'hypothèses jugées suffisamment plausi-

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

bles et qui ont, dans la mesure du possible, déjà été testées dans d'autres contextes.

Un des modèles de référence utilisés en recherche en systèmes de santé est celui du système de santé intégré. A travers son explicitation, ce texte vise à illustrer en quoi et à quelles conditions le recours à un modèle de référence peut s'avérer fructueux. Trois idées principales seront développées successivement :

L'observation sans a priori est un leurre. Nous avons toujours un modèle de référence en tête, tant dans l'analyse que dans l'action, et la condition pour garder le contrôle de ce modèle est de l'explicitier.

Le modèle du système de santé intégré est un ensemble d'hypothèses agencées entre elles, pouvant être utilisé comme instrument de lecture d'un système de santé donné, ainsi que comme outil de choix stratégiques. Ces hypothèses peuvent toutefois ne pas se vérifier dans certaines conditions particulières, ce qui permet alors de préciser et nuancer le modèle en question.

Le modèle ne fournit pas de recettes, mais des hypothèses prévisionnelles sur les conséquences probables de l'action, sous les conditions particulières du système. La même variante opérationnelle du modèle peut être adaptée à une situation et contre-productive ailleurs.

L'IMPOSSIBLE EXPULSION DES MODELES DE REFERENCE

Une conception largement répandue de la recherche voudrait que le chercheur se débarrasse de tout préjugé, exclue ses opinions personnelles, fasse abstraction de sa subjectivité. A cette condition, et à cette condition seulement, il accéderait à la connaissance objective qui fonde la science. Or

cette position d'«inductivisme naïf» est trompeuse (Chalmers 1987). Certes le développement des sciences modernes a pris son essor à partir du moment où l'on a fondé la recherche dans l'observation et l'expérience et non plus dans des spéculations. Mais les faits ne se livrent pas pour autant tels quels aux organes sensoriels. Ce que voit ou entend un observateur dépend en partie de son expérience passée, de sa culture, de ce qu'il espère voir ou entendre, de ses présupposés, de ses connaissances.

L'histoire du développement de la médecine moderne illustre en abondance l'importance des représentations sociales et des cadres théoriques pour la sélection des observations (Léonard 1981). Ainsi l'origine de la découverte de l'agent pathogène de bon nombre de maladies infectieuses à partir de la fin du XIX^{ème} siècle a été possible parce que les conceptions pluricausales de la maladie ont, à ce moment, fait place à la notion d'étiologie spécifique, réorientant la tâche des chercheurs vers l'identification du microbe et de la chaîne de transmission, et réorientant l'usage du microscope. Ainsi encore, le retour à une pensée plus multicausale de la maladie dans les années 1930 ne s'explique pas seulement par le constat d'échec relatif de l'étiologie monocausale (Ryle 1942), mais s'inscrit aussi dans les courants de pensée sociale concernant les conditions d'existence des classes laborieuses, qui se traduisent en médecine par l'émergence d'une nouvelle discipline, la médecine sociale.

L'épistémologie contemporaine remet en cause le présupposé que les faits parlent d'eux-mêmes et qu'il est possible de dissocier complètement l'observateur de ses observations, le chercheur de son objet d'étude. Les faits sont perçus et interprétés par l'observateur à la lumière d'un cadre de pensée - que ce soit une théorie plus ou moins systématisée ou une idéologie implicite et diffuse. Nier nos présupposés mène à nous laisser guider à notre insu par une grille d'analyse qui échappe au champ de notre conscience et par conséquent à tout contrôle.

Au niveau des décisions stratégiques également des modèles sont à l'oeuvre. Même si les choix ne résultent pas de la formulation systématique

d'hypothèses sur les effets attendus des différentes actions possibles, ils supposent néanmoins une représentation de ce que serait le "bon fonctionnement" du système et sous-entendent que les décisions prises permettent de s'en rapprocher. Or, non explicités, les critères qui guident la démarche risquent d'être issus de modes ou d'idéologies bien plus que de l'évidence. Par exemple, lorsqu'on considère que les services de premier échelon sont superflus en milieu urbain vu la présence de l'hôpital, l'on se réfère implicitement à une image du premier échelon comme extension des fonctions de l'hôpital.

Plutôt que de nous laisser guider par des modèles reposant sur des représentations et valeurs implicites, la rigueur de notre démarche de recherche gagne dans l'explicitation de ces modèles, afin de pouvoir les mettre à l'épreuve de la réalité et au besoin les modifier ou les remplacer par d'autres plus pertinents.

Le terme de modèle recouvre des notions diverses. Dans le sens courant - qui n'est pas le sens retenu ici - le mot désigne généralement une figure à copier ou à reproduire, au sens où l'on parle de "prendre modèle" sur quelque chose ou quelqu'un. Dans le langage scientifique par contre, le modèle est une représentation simplifiée d'une réalité complexe, située à un niveau d'abstraction tel qu'il n'est pas possible de le "copier" dans la réalité : son actualisation prend nécessairement place dans un contexte particulier qui lui confère des caractéristiques propres qui sont étrangères au modèle. Mais l'intérêt du modèle réside dans sa capacité d'expliquer cette réalité et/ou d'en prédire l'évolution, parce qu'il est constitué d'un ensemble d'hypothèses formant une structure qui permet d'établir des relations causales entre les divers éléments qui constituent la réalité.

LE SYSTEME DE SANTE INTEGRE COMME MODELE DE REFERENCE

Le modèle du système de santé intégré repose sur une série d'options de base explicites concernant le rôle des services de santé dans la société et les critères sur base desquels évaluer ces services. Il comporte également des

énoncés sur le fonctionnement attendu du système de santé en fonction de la manière dont il est organisé, et en tenant compte des conditions locales de ce système et du contexte dans lequel il s'inscrit. Ces énoncés résultent d'une analyse de la pratique de terrain en gestion de systèmes de santé, analyse qui permet de générer une série d'hypothèses relatives à l'organisation des services de santé et de les tester dans des contextes diversifiés. Les confrontations répétées du modèle à la réalité permettent progressivement de confirmer ou d'infirmer les capacités prédictives du modèle et de nuancer les hypothèses qui le constituent.

Les options de base

Les options à la base du modèle de système de santé intégré peuvent être synthétisées de la manière suivante (GERM 1971) :

- les individus et les communautés prennent constamment des décisions concernant leurs conditions d'existence ; les services de santé doivent reconnaître cette participation de fait, favoriser le dialogue et fournir les informations techniques adéquates pour renforcer, dans le domaine de la santé, la maîtrise par les individus et les communautés de leur propre devenir ;
- au yeux de la population, la santé est un bien parmi d'autres, et le service de santé ne peut exiger un niveau de ressources incompatible avec le contexte socio-économique général ; les activités de santé ont un coût d'opportunité, ce qui doit inciter à l'efficacité dans l'utilisation des ressources ;
- quelle que soit son appartenance sociale, tout individu ou groupe doit pouvoir accéder aux services de santé ;
- les mesures proposées par le service de santé doivent être efficaces et basées autant que possible sur des connaissances objectivées par une approche scientifique ;

- l'action du service de santé doit tendre à l'autonomie des individus et des communautés et éviter de les placer ou de les maintenir dans un état de dépendance à son égard.

Ces options sont en tension les unes avec les autres, elles peuvent entrer en contradiction et il est souvent difficile, voire impossible, de toutes les réaliser pleinement simultanément. Ce qui signifie qu'il faut à tout moment repenser l'équilibre instable de leurs rapports mutuels.

Par exemple selon le principe d'équité il n'est pas acceptable de développer des services pilotes qui ne bénéficient qu'à une petite partie de la population. Mais d'autre part l'expérimentation scientifique de procédures et de stratégies implique de disposer de services fonctionnels qui reçoivent une attention particulière. La mise en tension de ces deux options peut alors consister à effectivement mettre en place des services pilotes, mais en veillant à ce que les moyens qui leur sont fournis restent compatibles avec les ressources disponibles et qu'ils soient reproductibles à plus large échelle, une fois des stratégies cohérentes expérimentées.

Une autre tension essentielle se situe entre la rationalisation par l'approche scientifique et la participation communautaire, deux principes fondamentaux des soins de santé primaires énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata et dont l'articulation n'est pas aisée (Mercenier 1979 ; Van Lerberghe 1993). On rencontre d'ailleurs souvent des interprétations des soins de santé primaires qui privilégient un des principes aux dépens de l'autre. C'est le cas des interprétations qui privilégient la rationalisation aux dépens de la participation, et qui se traduisent par exemple dans certaines campagnes de masse ou dans les soins de santé primaires sélectifs. C'est le cas aussi des interprétations qui, à l'inverse, misent unilatéralement sur les potentialités d'autodétermination, voire d'autosuffisance, des communautés. L'interprétation donnée à la politique de soins de santé primaires dans le cadre du modèle du système de santé intégré reconnaît la tension entre rationalisation et participation, et par conséquent l'équilibre instable et toujours à rétablir de toute entreprise de soins de santé primaires. Elle sup-

pose que les services de santé soient organisés en tenant compte des savoirs des experts mais aussi des demandes, représentations et actions entreprises par les populations hors des services de santé.

Le système de santé intégré fondé sur les soins de santé primaires

Ces options de base ou choix politiques ne disent cependant encore rien sur la manière concrète d'organiser un système de services de santé pour qu'il permette de les réaliser au mieux. Un système de soins de santé est composé de divers éléments : la population et ses ressources propres, des formations sanitaires - hôpital et centres de santé, services préventifs et curatifs -, différentes catégories de personnel, des savoir-faire, des moyens techniques et logistiques ... Ces différents éléments ont des relations les uns avec les autres, qui peuvent ou non se traduire dans des formes de coordination.

Le concept de système de santé intégré désigne un système délibérément organisé comme un ensemble, et dans lequel les éléments sont conçus en complémentarité les uns avec les autres et entretiennent les interrelations nécessaires pour offrir, en tant qu'ensemble, des soins de santé optimaux à une population donnée. Le modèle du système de santé intégré (Equipe du projet Kasongo 1995 ; Unger & Criel 1995) peut se résumer brièvement en une série d'énoncés généraux :

D'abord, toutes les situations sont couvertes et trouvent une réponse dans le système, il n'y a pas de "trous" dans les fonctions assurées par le système.

Ensuite, chaque élément du système remplit des fonctions spécifiques et les différents éléments ne se chevauchent pas. Cette complémentarité se retrouve tout particulièrement dans la définition des fonctions respectives du premier échelon (comme niveau de synthèse) (Mercenier 1988) et de l'hôpital (comme appui pour des problèmes techniquement complexes) (Van Lerberghe & Lafort 1990). Dans un système de santé intégré, on utilise

pour chaque problème l'échelon le plus apte à la résolution du problème en question.

Finalement, les passages d'un échelon à l'autre sont facilités. Les obstacles à l'accès au second échelon sont réduits pour les patients référés, de même que les obstacles au retour vers le premier échelon. Le passage d'un patient d'un échelon à un autre s'accompagne d'un transfert des informations pertinentes. Et, plus généralement, les éléments du système sont gérés de manière à en assurer la cohérence comme entité fonctionnelle.

Ces énoncés généraux sont à prendre, non comme des normes - un "modèle à copier" - mais comme une formulation simplifiée d'hypothèses que l'on peut ramener à l'énoncé suivant : si un système de santé est organisé sur un mode intégré, on peut en attendre une amélioration dans la prise en charge de la santé de la population. Or il est des circonstances où cette hypothèse ne se vérifie pas.

L'absence de "trous" dans les fonctions assurées par le système vise à prévenir les manques d'efficacité et d'efficience. Lors d'accouchements dystociques, par exemple, si le système ne dispose pas de ventouses, une série de femmes vont subir une césarienne évitable (manque d'efficience). Si l'hôpital n'est pas accessible ou pas équipé pour les césariennes, elles vont mourir (manque d'efficacité). Mais il y a bien sûr des limites à cette absence de "trous" : toujours pour des raisons d'efficacité et d'efficience, il sera inadéquat de concentrer des techniques rares ou de pointe au niveau des hôpitaux de second échelon. La décision de les couvrir ou non à un échelon tertiaire doit alors prendre en compte des questions de coûts d'opportunité (quelles autres activités - de santé ou autres - ne seront pas réalisées si on affecte les ressources à ces activités tertiaires ?) ainsi que des questions d'équité (tous ceux qui en ont besoin auront-ils accès à ces services ?).

L'absence de chevauchements et la complémentarité entre premier et second échelon vise également une meilleure efficacité et une meilleure efficience à travers la différenciation des fonctions de l'hôpital et du premier

échelon. La première hypothèse est que les activités à moindre complexité technique sont réalisées plus efficacement au premier échelon, parce que celui-ci est plus proche des populations et davantage susceptible d'entretenir avec elles une relation continue. La seconde hypothèse est que l'apport spécifique de l'hôpital au système de soins réside dans la concentration en équipement technique et en compétences spécialisées, et qu'offrir des soins de premier échelon à l'hôpital constituerait une utilisation peu efficace de ces ressources. Mais ces hypothèses peuvent, dans certaines circonstances, ne pas se réaliser ou se réaliser partiellement seulement. Pour que le premier échelon soit l'échelon le plus adéquat pour les problèmes à faible complexité technique, cela suppose qu'il dispose de moyens techniques de base (dont les médicaments), et que son personnel entretienne effectivement des rapports de proximité sociale avec la population. En termes d'action, renforcer la complémentarité entre échelons signifie souvent prioritairement l'amélioration de l'efficacité et de l'acceptabilité du premier échelon afin que, spontanément, les patients y aient recours en première instance.

Toujours à propos de la répartition des fonctions entre premier et second échelon, une hypothèse essentielle est que la continuité des soins est mieux réalisée par le premier échelon, plus proche des patients. Mais cette hypothèse peut être infirmée lorsque, par exemple, il y a une forte rotation du personnel de premier échelon, ou encore lorsque les aspects techniques du problème conduisent le patient à rencontrer plus souvent le second échelon que le premier échelon et que ce dernier est amené à instaurer un suivi global et continu - de manière temporaire par exemple pour le suivi d'une grossesse à haut risque, ou à plus long terme par exemple pour le suivi d'un patient souffrant d'insuffisance rénale grave.

Le modèle de système de santé intégré n'est donc pas un dogme, mais un ensemble d'hypothèses partiellement testées, et qui peuvent être nuancées lorsque, dans des conditions particulières, une de ces hypothèses ne se vérifie pas.

LES RAPPORTS DU MODELE A LA REALITE

Le système de santé de district (WHO 1987) est basé sur le modèle du système de santé intégré, avec ses composantes de réseau de services de premier échelon, d'hôpital de district et d'équipe-cadre de district chargée d'assurer la gestion et la dynamisation de l'ensemble. Mais bon nombre de confusions proviennent du fait que le terme "district" désigne aussi bien des systèmes de soins concrets, s'inspirant plus ou moins du modèle conceptuel, que le modèle lui-même en tant qu'ensemble d'hypothèses abstraites et décontextualisées.

Comme modèle, le système de santé intégré ne fournit pas de réponse immédiate à la question de savoir comment devrait être organisé concrètement un système de santé particulier pour fonctionner de manière optimale. Il peut guider la recherche en fournissant des hypothèses générales, mais il ne dispense pas de la recherche d'opérationnalisation, qui doit prendre en compte les caractéristiques spécifiques de chaque situation particulière.

Dans sa formulation abstraite, le modèle du système de santé intégré basé sur les soins de santé primaires peut aider à l'interprétation et à la formulation de stratégies de changement dans des contextes très diversifiés - qu'il s'agisse de systèmes de santé ruraux ou urbains, de sociétés industrialisées ou en développement. C'est la diversification des contextes de recherche et une approche comparative entre contextes différents qui permet de poursuivre l'effort de confirmation des hypothèses qui le constituent, et en même temps, lorsque ces hypothèses ne se confirment pas, de les nuancer.

Quelques exemples peuvent illustrer la gamme étendue des variantes opérationnelles du même modèle théorique :

Le principe d'un système de santé dans lequel des centres de santé remplissent des fonctions de premier échelon ne préjuge pas du niveau de qualification du personnel de ces centres. Dans certains contextes les consultations curatives seront assurées par des médecins, dans d'autres par des

infirmiers. L'essentiel réside dans la capacité du personnel à répondre adéquatement aux besoins, notamment curatifs ; les modalités de mise en oeuvre peuvent varier et par exemple reposer sur une formation théorique poussée (comme c'est le cas des médecins) ou encore sur l'élaboration d'instructions applicables par du personnel auxiliaire.

Le modèle ne préjuge pas non plus des gestionnaires des services. Les options politiques à la base du système de santé intégré lui donnent une vocation de service au public, mais le pouvoir organisateur des services peut relever du secteur public ou du secteur non-gouvernemental. Plusieurs éléments sont à prendre en considération. D'une part la gestion du système par les pouvoirs publics permet en principe, du fait de sa relative centralisation, davantage de maîtrise que lorsque les éléments en sont des institutions et prestataires de soins privés. D'autre part le service organisé par le service gouvernemental suppose que l'Etat soit capable de le gérer - exigence qui n'est pas toujours rencontrée. Certains pays (occidentaux notamment) n'ont pas de tradition de service curatif gouvernemental sur lequel on peut appuyer la réorganisation du système de santé ; l'amélioration du système vers une plus grande intégration y passe par la régulation des prestataires privés.

La mission de l'équipe-cadre de district consiste à veiller à la cohérence, à dynamiser et à coordonner les services pour une population donnée. Le plus souvent cette fonction sera facilitée si l'équipe-cadre a autorité sur les services. Toutefois le modèle ne préjuge pas de l'autorité administrative de cette équipe sur les services du district. Dans des pays où le Ministère de la Santé exerce, via les autorités de district, une autorité administrative sur les services de santé, c'est assez logiquement ces autorités de district qui vont remplir cette fonction. La réorganisation de l'équipe cadre de district vers une meilleure adéquation aux problèmes locaux mène en principe à une réduction des lourdeurs bureaucratiques. Dans des pays où les services de santé émanent historiquement de la libre entreprise, l'imposition soudaine d'une autorité administrative serait par contre perçue comme un accroissement de bureaucratie et peu acceptable. Dans ces conditions la mise en

place d'une équipe cadre de district devra probablement impliquer les prestataires locaux et assurer la cohérence fonctionnelle de l'ensemble du système, en inventant éventuellement des mécanismes incitatifs, mais sans pouvoir jouer sur la contrainte administrative.

La participation de la population peut prendre des formes très diversifiées. Elle consiste fondamentalement en un dialogue entre service de santé et population, qui peut notamment avoir lieu dans le cadre de comités de santé. Le comité de santé n'est toutefois ni une condition nécessaire, ni une condition suffisante à la participation. Il en est une des variantes opérationnelles possibles parmi d'autres (dialogue direct avec la communauté lorsque celle-ci est petite et homogène ; dialogue avec les organisations sociales existantes...). Si le comité de santé a l'avantage incontestable de donner une dimension institutionnelle au dialogue avec la population, il peut dans certaines circonstances devenir contre-productif ou encore servir d'alibi au personnel de santé pour ne pas établir de dialogue avec des patients individuels ou avec des groupes de la communauté peu ou mal représentés.

Conclusion

Comme toute recherche, la recherche en systèmes de santé a besoin de modèles de référence, d'une part pour lire la réalité, d'autre part pour en piloter les transformations. Le recours à un modèle vise à rendre intelligible le fonctionnement de systèmes de santé dans des contextes hautement diversifiés et d'anticiper, sur base de l'évidence empirique d'expériences menées dans d'autres contextes, les effets des stratégies menées pour l'améliorer. Le modèle du système de santé intégré, tant par sa pertinence sociale que par sa cohérence interne, s'avère être actuellement un outil de recherche précieux.

Il ne s'agit toutefois pas d'un modèle normatif, mais plutôt d'un guide pour la recherche de solutions. Il reste en effet inachevé, dans la mesure où toutes les conditions n'y sont pas prévues et toutes nuances n'y sont pas

définies. Il convient de garder à l'esprit que les énoncés abstraits qui le constituent sont des hypothèses - des hypothèses confirmées dans un certain nombre de contextes, mais dont on peut attendre aussi qu'elles soient infirmées sous certaines conditions particulières. L'essentiel n'est donc pas tant d'énoncer, par exemple, que l'hôpital ne doit pas remplir des fonctions de premier échelon, mais d'explicitier pourquoi et sous quelles conditions on fait l'hypothèse que la réalisation de fonctions de premier échelon à l'hôpital entraînera des dysfonctionnements. C'est au prix de cet effort permanent d'explicitation que l'on évitera que le modèle ne dérive de sa fonction d'outil de recherche et devienne dogme.

Autant le travail de recherche empirique à propos de systèmes de santé peut bénéficier d'un modèle tel que celui du système de santé intégré, autant le modèle a donc besoin, pour s'affiner et évoluer, d'être confronté aux réalités du terrain.

Références

Chalmers AF (1987) *Qu'est-ce-que la science ?* La Découverte, Paris.

Equipe du Projet Kasongo (1981) Le Projet Kasongo; une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 60 supplément, 1-54

Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (GERM) (1971) Pour une politique de la santé. *La Revue Nouvelle / Vie Ouvrière*, Brussels.

Léonard J (1981) La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle. Aubier Montaigne, Paris.

Mercenier P (1979) Soins de santé et développement, *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 59, supplément, 5-11.

Mercenier P (1988) *Le rôle du centre de santé dans le contexte d'un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires* Cours International pour la Promotion de la Santé, Institut de Médecine Tropicale, Antwerp, pp. 36.

Ryle JA (1942) Aetiology : a plea for wider concepts and new study. *The Lancet* **ii**, 6202-6203.

Unger JP & Criel B (1995) Principles of health infrastructure planning in less developed countries, *International Journal of Health Planning and Management* **10**, 113-128.

Van Lerberghe W (1993) Les politiques de santé africaines : continuités et ruptures. *Bulletin des Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer* **39**, 205-230

Van Lerberghe W & Lafort Y (1990) The role of the hospital in the district : delivering or supporting primary health care ? In *Current Concerns, SHS Paper 2*. WHO, Geneva.

WHO (1987) Report of the Interregional Meeting on Strengthening Health Systems based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987. WHO, Geneva.

Le choix entre les méthodologies de recherche qualitative et quantitative dans la recherche sur les systèmes de santé : un faux débat

Vincent De Brouwere¹ et Pierre Mercenier¹

Introduction

Une recherche particulière peut être définie par le recoupement de trois "typologies" : une typologie liée au champ ou domaine de recherche (e.a. médecine clinique, physique, parasitologie, systèmes de santé), une typologie liée à l'objectif (e.a. complément au corpus des connaissances, création de techniques ou de technologies, prise de décision), et une typologie liée aux méthodes employées (e.a. essai clinique "randomisé", recherche opérationnelle, recherche-action).

Le domaine de recherche qui nous intéresse dans ce chapitre concerne les systèmes de santé, et plus spécifiquement le système de santé de district.

Les objectifs jugés les plus utiles dans ce domaine ont trait à la prise de décision dans la gestion-planification du système de santé, et à la résolution des problèmes pratiques (WHO 1988; OMS 1990; Mercenier 1992a). Ces objectifs sont formulés en termes d'hypothèses à tester. Ces hypothèses sont appelées "prévisionnelles" ou "dynamiques" (Van Balen 1998).

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Le choix de la méthode est plus difficile. D'une part, parce que le domaine de la recherche sur le système de santé de district est relativement récent, l'expérience est encore modeste. D'autre part, parce que l'on se rend bien compte que pour mener une recherche sur un système complexe, ouvert, donc en changement, il est peut-être nécessaire d'utiliser plusieurs méthodes à la fois. Deux types de méthodologie peuvent servir de référence : la recherche opérationnelle et la recherche-action (Mercenier 1995).

La recherche opérationnelle, par sa modélisation mathématique, est quantitative. Elle ne conviendra donc qu'aux problèmes dont les données peuvent être l'objet d'une quantification prévisionnelle suffisante (Mercenier 1992b). Elle sera utilisée, par exemple, dans le domaine de la recherche verticale spécifique à la prise en charge d'un problème de santé (modèle conçu pour un programme de lutte contre la tuberculose (Piot 1967)), ou de la gestion hospitalière (optimalisation de l'utilisation des blocs opératoires, optimalisation du nombre d'unités de temps médecin et infirmière à la consultation de référence). Cette méthodologie ne tient pas compte des facteurs humains. Pour tenir compte de ces facteurs, un autre type de méthodologie est plus approprié : la recherche-action.

La recherche-action, qui implique l'engagement personnel des chercheurs dans le processus, est une méthodologie développée en sciences sociales pour tester des comportements hypothétiques, ou un modèle comportemental, lorsqu'on veut introduire des changements (Susman & Evered 1978). Dans le domaine de la recherche sur le système de santé de district, elle est de plus en plus utilisée dans une démarche plus globale de résolution de problème (Barnett & Abbat 1994; Collins & Barker 1995). Cette méthodologie est appropriée lorsque les changements à introduire dans le système nécessitent des modifications du comportement des acteurs concernés. Elle est difficilement quantifiable.

Décider du choix des méthodologies qualitatives ou quantitatives, et de leur équilibre, dépendra bien entendu du type de problème que l'on sou-

haite résoudre mais aussi du contexte dans lequel se déroule la recherche. Le propos de ce chapitre est de montrer que la difficulté réside moins dans le choix d'un type de méthodologie que dans la façon dont la recherche est initiée et mise en place avec l'aide de professionnels de la recherche.

Les étapes et les difficultés

FORMULER DES HYPOTHESES DE CHANGEMENT

Le point de départ d'une recherche sur le système de santé est souvent l'observation (qualitative) d'un dysfonctionnement du système par rapport à un modèle de référence qu'il convient d'explicitier (Van Dormael 1998).

La première étape consistera à documenter le dysfonctionnement. Il s'agit d'une étape descriptive dont l'objectif sera de formuler un "diagnostic" du dysfonctionnement suffisamment clair pour définir des hypothèses de changement, ou hypothèses "dynamiques", à tester dans la deuxième phase. Le protocole de recherche pour la première étape pourra faire appel à un mélange de méthodologies qualitatives (interviews d'utilisateurs, de professionnels de santé, analyse de représentations de la maladie, de la santé, des perceptions du système, du problème, par les acteurs) et de méthodologies quantitatives (analyse de l'utilisation des services, mesure de taux de détection, de taux de continuité, de flux de patients dans le système). Les thèmes, les services, les problématiques spécifiques à explorer dépendront bien entendu de la question de recherche. La difficulté qui se pose à ce niveau sera de maintenir la cohérence entre les différentes parties et surtout suffisamment de "ponts de communication" pour ne pas rater une opportunité de compléter nos connaissances du dysfonctionnement sous investigation.

Par exemple, dans une recherche sur l'utilisation des services de santé par les enfants au Maroc (INAS 1992), les chiffres montraient, pour un dispensaire, des taux d'utilisation très bas (0,05 nouveaux épisodes par an par

habitant), des taux de référence élevés (41%), et un faible pourcentage de patients référés compliants (30%). La partie "quantitative" de la recherche suffirait donc pour montrer une image d'un service de qualité médiocre. Cependant, pour pouvoir changer la qualité de ce service, plusieurs explications auraient pu être explorées. S'agissait-il d'un sous-enregistrement des cas ? La personnalité de l'infirmier était-elle en cause (faible compétence, faible acceptation par la population pour diverses raisons) ? Était-ce dû à la concurrence de médecins privés installés près du dispensaire ou d'alternatives de soins plus acceptables culturellement (guérisseur, infirmier privé) ? Quelles étaient les conséquences pour la population en cas de problème de santé grave ? Ces questions qui auraient pu être soumises à investigation ne l'ont pas été parce que l'enquête socio-anthropologique, dont le protocole s'intéressait essentiellement aux représentations de la santé par la population, avait été menée indépendamment de la partie d'analyse quantitative sur les flux des patients dans le système. L'intégration des deux approches dans le protocole général avait pourtant été planifiée mais cela n'a pas suffi pour éviter leur isolement.

TESTER LES HYPOTHESES

La deuxième phase de la recherche débute quand le diagnostic du dysfonctionnement a été fait et que des changements destinés à corriger les dysfonctionnements ont été décidés. Dans le cadre d'une recherche, ces diagnostics et ces décisions de changement(s) sont considérés comme des hypothèses à tester. L'objectif de la deuxième phase sera donc de les tester, c'est-à-dire de mesurer les effets des changements introduits.

La 'preuve' que les changements ont bien été dans le sens qui était désiré (par exemple, une amélioration de l'utilisation 'justifiée' du service de santé) peut être apportée par la comparaison des résultats quantifiés (ici, les taux d'utilisation pour des problèmes de santé jugés pertinents) de la pé-

riode avant les changements introduits avec ceux de la période qui a suivi ces changements.

Lorsque ces changements ne peuvent être mesurés directement, on peut avoir recours à des ‘indicateurs’, qui sont d’ailleurs définis comme “ des variables qui aident à mesurer les changements ” (WHO 1981b). Les caractéristiques de ces indicateurs (validité, spécificité, sensibilité) leur ont valu une certaine respectabilité scientifique (WHO 1981a). Et c’est peut-être là un danger. Les indicateurs ont l’avantage de donner une grandeur mesurable à un phénomène qui n’était pas forcément quantifiable au départ. Un indicateur ne mesure pas complètement la réalité complexe qu’il est censé représenter et les chiffres donnés par les indicateurs doivent être interprétés (subjectivement). Oublier cela c’est se donner l’illusion que parce que l’indicateur est chiffré (et donc ‘objectif’), ce qu’il représente l’est aussi.

On peut aussi avoir recours à une combinaison de méthodologies qualitatives (documentation rigoureuse du processus, analyse de l’évolution de la perception des acteurs en vue éventuellement de mieux définir les obstacles ou les facteurs favorisant les changements) et de méthodologies quantitatives (objectivation chiffrée de l’impact des changements).

La difficulté ici concerne surtout la documentation du processus. Cette phase exige en effet l’implication des acteurs concernés dans la recherche et aussi une compétence particulière dans le domaine des méthodologies qualitatives. Ce type de compétence ne se trouve pas habituellement au sein des équipes de district. Il faut alors faire appel à des ressources externes. Ces chercheurs externes apportent leur compétence spécifique; ils apportent aussi une distance vis-à-vis du processus en cours, ce qui est nécessaire. Mais la constitution d’une équipe mixte de chercheurs professionnels externes et d’acteurs, chercheurs internes au système, n’est pas exempte de dangers. D’une part, la participation de chercheurs professionnels n’est pas neutre. Ceux-ci ont leur propre “agenda” et leur propre définition des besoins en connaissances sur le système peut alourdir inutilement le protocole ou même le détourner de son objectif premier. Faire appel à plusieurs cher-

cheurs, une équipe dite multidisciplinaire, peut même aggraver le problème. Les professionnels ont tendance à établir des protocoles autonomes, qui peuvent être réalisés de façon indépendante. Or, dans ce type de recherche, la qualité des protocoles est surtout d'être complémentaires les uns aux autres, ce qui exige une vision globale de la recherche poursuivie. Ainsi, dans l'exemple mentionné plus haut (INAS 1992), beaucoup d'opportunités d'amélioration de la compréhension du cheminement des enfants ont été manquées parce que la partie socio-anthropologique de la recherche a été menée de manière indépendante. Cette difficulté est aggravée lorsque l'équipe de chercheurs locaux n'a pas laissé suffisamment mûrir la réflexion sur la problématique. Le risque est alors d'importer les soucis méthodologiques des chercheurs professionnels et leurs préjugés pour répondre à leurs propres besoins. Enfin, dans ce contexte, une recherche formelle, surtout si elle est initiée par une équipe de chercheurs externes, risque de déresponsabiliser l'équipe des acteurs locaux. Ne possédant pas les connaissances méthodologiques, ces derniers vont en quelque sorte se laisser envahir par les intérêts des chercheurs professionnels et si la négociation avec ceux-ci n'est pas organisée, ils risquent alors de 'subir passivement' une recherche dont ils se sentiront dépossédés. Le choix du professionnel va alors influencer de manière prépondérante l'approche. S'ils font appel à un sociologue, celui-ci va influencer l'approche vers les méthodologies qualitatives, qu'elles soient ou non adaptées à la problématique. Et inversement avec un épidémiologiste.

Conclusion

Entrer dans un débat opposant méthodologies qualitatives et quantitatives n'a que peu de sens, bien que la littérature nous y engage de temps à autre (Shadish 1995; Jones 1995). Il n'y a pas de débat parce qu'il n'y a pas de concurrence possible dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé : les méthodologies qualitatives et quantitatives sont complémentaires.

Toute recherche part d'une observation qualitative (une pomme qui tombe, un dysfonctionnement dans l'organisation d'un système) et elle devient de plus en plus rigoureuse quand il devient possible de quantifier le phénomène observé ou ses conséquences. Quantifier permet en effet d'objectiver et de comparer. Cependant, il y a des phénomènes qui ne se quantifient pas (les sentiments, les comportements,...), mais ils existent et refuser de les explorer, ou même seulement d'en tenir compte, reviendrait à nier une partie de la réalité... ce qui ne serait pas très scientifique.

Le développement des méthodologies qualitatives a permis d'explorer la partie du réel que nous ne pouvions pas explorer par d'autres méthodes (Pope & Mays 1995). Il n'est donc pas nécessaire de prouver que le qualitatif est aussi ou plus valide que le quantitatif, quels que soient les nouveaux critères choisis (Hamberg 1994; Mays & Pope 1995). Le résultat de toute recherche - et la recherche sur les systèmes de santé ne fait pas exception - est d'autant meilleur que le processus (matériel et méthode) aura été mieux précisé et que les résultats auront été mieux objectivés et quantifiés.

L'équilibre entre méthodologies qualitatives et quantitatives dépend principalement de leur pertinence par rapport à la problématique étudiée. Dans la recherche sur les systèmes de santé, le cadre de référence le plus important est le cycle de gestion-planification du système. La recherche opérationnelle, quantitative, reste tout à fait pertinente dans la mesure où elle contribue à formuler des hypothèses dynamiques qui seront testées par l'action qui en quelque sorte les validera. Mais le domaine dans lequel nous avons le plus à apprendre, lorsque nous devons initier des changements dans le système, concerne le comportement et la motivation des acteurs. C'est peut-être pour cette raison que la recherche-action semble l'outil le plus adapté aux questions de recherche actuelles sur les systèmes de santé.

Références

Barnett L & Abbat F (1994) *District action research and education*. Mac-Millan Press, London.

Collins C & Barker C (1995) Health management and action research : bringing them together for the district medical officer. *Tropical Doctor* **25**, 75-79.

Hamberg K, Johansson E, Lindgren G & Westman G (1994) Scientific rigour in qualitative research - examples from a study of women's health in family practice. *Family Practice* **11**, 176-181.

INAS (1992) Etude internationale sur la place et le rôle de l'hôpital et des structures périphériques dans la santé de l'enfant. Rapport de synthèse. Ministère de la Santé du Maroc, Rabat.

Jones R (1995) Why do qualitative research ? [Editorial] *British Medical Journal* **311**, 2.

Mays N & Pope C (1995) Rigour and qualitative research. *British Medical Journal* **311**, 109-112.

Mercenier P (1992a) A concept of health system research. In *Life sciences and technologies for developing countries : methodology and relevance of health systems research*. Research Reports. p.15-21. Contract holders meeting. Commission of the European Communities, Directorate General XII, Science, Research and Development. 8-10 April 1992. International Children's Centre, Paris.

Mercenier P (1992b) Consultation pour définir les priorités et un plan de recherche sur le système de santé. Rapport de mission. Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 218

Mercenier P (1998) La tradition - et le pouvoir des statuts - jouent-ils en faveur du blocage ou de la créativité ? In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds, *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 19-24. ITGPress, Antwerp.

OMS (1990) Le rôle de la recherche en santé dans la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Recherche sur les systèmes de santé. A43/Discussions techniques/3. OMS, Geneva.

Piot M (1967) A simulation model of case finding and treatment in tuberculosis control programmes. WHO/TB/Techn. Information/67.53.

Pope C & Mays N (1995) Reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal* 311, 42-45.

Shadish WR (1995) The Quantitative-Qualitative Debates : 'DeKuhnyfying' the Conceptual Context. [Guest editor's introduction]. *Evaluation and Program Planning* 18, 47-49.

Susman GI & Evered RD (1978) An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly* 23, 582-603.

Van Balen H (1998) Des points de rencontre entre recherche et gestion. In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds, *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 179-194. ITGPress, Antwerp.

Van Dormael M (1998) De l'utilité d'un modèle de référence pour guider la recherche en systèmes de santé : Illustration à partir du modèle de référence du système de santé intégré. In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds, *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 195-208. ITGPress, Antwerp.

WHO (1981a) Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000. *Health for all Series 4*. WHO, Geneva.

WHO (1981b) Health programme evaluation. Guiding principles for its application in the managerial process for national health development. *Health for all Series 6*. WHO, Geneva.

WHO (1988) Workshop on Health System Research as a management tool. Kuala Lumpur, Malaysia, 8-12 December 1987. (WP) MRO/ICP/HSR/001-E. Regional Office for the Western Pacific of the WHO, Manilla.

L'intégration de ressources humaines dans les services de Soins de Santé Primaires : l'exemple des Techniciens de l'Hygiène et de l'Assainissement au Zimbabwe

Jean Macq¹ et Xavier de Béthune¹

Introduction

L'intégration n'est pas toujours un processus souhaitable. L'exemple des techniciens de l'hygiène et de l'assainissement du milieu (THA) au Zimbabwe illustre cette observation. Il montre qu'une intégration administrative et opérationnelle doivent aller de pair pour que les décisions politiques prennent tout leur poids et que là où seulement l'intégration partielle d'une activité est possible, il vaut souvent mieux s'abstenir de l'intégrer.

Dans de nombreux pays sous influence anglo-saxonne, il existe au sein des services de santé des cadres spécialistes des activités de promotion de la santé et d'hygiène de l'environnement. Leur place au sein des systèmes de santé est variable d'un pays à l'autre. Ce type de professionnel de santé trouve son origine dans les 'sanitarians', qui jouèrent un rôle central dans la 'première révolution de la santé publique' initiée par Chadwick au XIX^{ième} siècle, en Angleterre (Kearns 1988).

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Au Zimbabwe, les techniciens d'hygiène et d'assainissement (THA) ont été intégrés administrativement au niveau des centres de santé (CS), mais continuent à travailler de manière séparée du reste du personnel de ces structures sanitaires. Cette situation hybride peut, selon nous, être considérée comme une situation intermédiaire à dépasser.

Nous essayerons donc de répondre à la question suivante : Pour un meilleur fonctionnement des services de santé et pour une relation plus harmonieuse entre les THA et le reste du personnel de santé, faut-il renforcer l'intégration des premiers dans les CS ou au contraire formaliser leur différence par rapport aux autres agents de santé ?

Après avoir expliqué le contexte historique des services de santé au Zimbabwe, nous résumerons la situation qui existait au début des années '90 dans la majorité des districts de ce pays. Ensuite, nous aborderons le contexte spécifique du district sanitaire de Murewa et, au travers d'exemples concrets et des questions qu'ils soulèvent, nous tâcherons d'argumenter la discussion sur l'intégration des THA au niveau de services de soins de santé primaires. Finalement, sur la base des éléments de cette discussion, nous proposerons des hypothèses de changement dans la relation entre les THA et ces services.

Le raisonnement proposé dans ce document s'inscrit beaucoup plus dans une approche phénoménologique que positiviste. En particulier, les auteurs ne cherchent pas à éluder la subjectivité de la description du processus expliqué ci-dessous mais au contraire à l'explicitier. En effet, un des auteurs (JM), en tant que membre de l'équipe cadre du district de Murewa, a été directement impliqué et a vécu ce processus. En conséquence, quel que soit l'effort de distanciation, la description qui suit comportera toujours une part d'interprétation personnelle de la réalité.

Les services de santé au Zimbabwe

HISTORIQUE

Immédiatement après son indépendance le Zimbabwe réorienta complètement le système de santé profondément inéquitable qui lui avait été légué par la Rhodésie. "Equity in Health" (Government of Zimbabwe 1984) le livre blanc du département de la santé, proposait deux objectifs prioritaires dans la réorganisation des services de santé : d'une part, la "démocratisation des services de santé" à travers le respect mutuel et le dialogue entre services de santé et communautés ; d'autre part, une plus grande équité dans l'état de santé des populations à travers un meilleur accès aux services de santé et la mise en oeuvre de stratégies de contrôle des problèmes de santé les plus importants (tuberculose, diarrhée, infections respiratoires, maladies liées à la grossesse, etc.). Le pivot du système devenait le centre de santé qui offrirait une gamme de soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réhabilitation. Comme cette gamme incluait les activités des anciens programmes verticaux, les services correspondant (SMI, contrôle de la tuberculose,...) devaient progressivement être démantelés.

Les années 1980 furent les années d'extension du système en zone rurale. A Murewa, un district rural typique, le nombre de CS périphériques doubla en quelques années. A travers tout le pays, les services existants (hôpitaux et CS) furent réhabilités, équipés et fournis en personnel. Ces efforts couplés à la gratuité des soins expliquent les résultats spectaculaires tant en termes d'accessibilité et d'utilisation des services que d'amélioration de l'équité.

Dix ans plus tard, comme presque tous les pays d'Afrique subsaharienne, le Zimbabwe souscrivait à un Programme d'Ajustement Structurel. Pour les services de santé, le contrôle des coûts et la pérennité du système devinrent rapidement des objectifs prioritaires (Ministry of Health 1992). Par voie de conséquence la décentralisation devenait une nécessité. Ceci ne se passa

pas sans heurts et sans difficultés. Le nouveau CS urbain de Murewa par exemple, mis en place à l'initiative des communautés et des gestionnaires locaux et fin prêt grâce à leur dynamique, devra attendre une année complète les autorisations administratives d'ouverture. D'autre part la participation communautaire dans cette phase de transition restait plus théorique que pratique. Elle s'exprimait en fait principalement à travers des actions de mobilisation sociale pour des activités sanitaires, qui étaient décidées au niveau central.

L'INTEGRATION DES TECHNICIENS D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT

Les services de santé hérités de l'époque coloniale étaient clairement divisés en services curatifs d'une part, et préventifs et promotionnels d'autre part. Les canaux de communication étaient avant tout hiérarchiques et internes à chaque département (Tableau 1).

La volonté politique des dirigeants du Zimbabwe juste après l'indépendance, était d'aller très vite dans la correction des inégalités. Pour rendre cela possible, il fallait utiliser les ressources disponibles même si elles n'étaient pas parfaitement adéquates. Ainsi, pour augmenter rapidement le nombre d'infirmiers pouvant travailler dans des centres de santé, on utilisa des anciens combattants auxquels on donna une formation rapide.

De plus, dans les dispensaires existant avant l'indépendance, la principale activité était la consultation curative. La transformation de ces dispensaires en centres de santé fut accompagnée de l'intégration rapide d'activités, soit jusque là offertes par des équipes mobiles spécialisées (contrôle de la tuberculose, soins maternels et infantiles,...), soit qui n'avaient pas encore été offertes, mais qui constituaient une priorité au niveau international à ce moment-là (construction de points d'eau et de latrines par exemple). La charge de travail augmenta donc fortement dans les centres de santé et il fut décidé d'y intégrer les THA parce qu'ils connaissaient bien le terrain, et parce qu'ils avaient de bonnes connaissances techniques.

Tableau 1. Caractéristiques des services à l'époque coloniale.

Niveau hiérarchique supérieur	Municipalité	Province Inspecteur sanitaire
Niveau de premier contact avec la population	Centre de Santé Infirmièr(e)	Dans la « communauté » THA
Responsabilités	Soins curatifs	Soins préventifs et promotionnels
Echelle d'interaction	Individu	Communauté
Mode d'interaction	Dialogue	Contrôle
Lieu d'interaction	Dans le service	Hors du service

Ils devinrent ainsi responsables : des activités de contrôle alimentaire ; des activités de contrôle de l'environnement ; du contrôle de certaines épidémies ; du suivi actif (mais pas du traitement) des patients tuberculeux ; d'activités d'éducation sanitaire ; de projets de construction de puits et de latrines.

Dans les années '90 malgré cette volonté d'intégration, les services curatifs sont restés séparés des services préventifs non seulement dans le calcul des budgets, mais aussi dans l'esprit du personnel de santé. Les structures départementales continuèrent à fonctionner et affaiblirent donc le développement des équipes polyvalentes au niveau des centres de santé et des districts. Alors que médecins, infirmiers, ingénieurs sanitaires et THA étaient supposés travailler en équipe, soit au niveau du district, soit au niveau du CS, un audit du ministère de la santé (ARA-TECHOP 1993), rapportait au même moment que les médecins et infirmiers se plaignaient de ne pas savoir ce que faisaient les THA et remettaient l'efficacité de leur travail en cause.

Les THA, quant à eux, - outre le fait qu'ils étaient moins bien payés que les infirmiers - se plaignaient que la plupart des ressources étaient données à des services curatifs plutôt qu'aux activités préventives qui étaient de leur ressort.

Comme les déterminants des comportements individuels de ces agents n'avaient pas fondamentalement changé suite à l'intégration administrative des activités, on aboutit à la situation schématisée au Tableau 2. On y voit que la juxtaposition des activités et des agents dans une même structure n'avait pas abouti à une réelle pratique intégrée.

Le cas de Murewa : un modèle alternatif de services de santé

Le projet "District Health Services Management" (DHSM) fut créé au début des années 1990. L'objectif général de ce projet était d'identifier en pratique les conditions nécessaires pour une amélioration des performances des services de santé au niveau du district en se conformant à la politique des soins de santé primaires et en utilisant comme modèle le système de santé de district (Criel *et al.* 1996).

Tableau 2. Situation des services de santé à la fin des années '80.

Niveau hiérarchique supérieur	Equipe cadre du district	
	Infirmier(e) chef du district	Ingénieur sanitaire senior
Niveau de premier contact avec la population	Infirmier(e)	THA
Responsabilités	Soins curatifs et préventifs fixes	Soins préventifs et promotionnels mobiles
Echelle d'interaction	Individu	Communauté
Mode d'interaction	Dialogue	Contrôle et persuasion
Lieu d'interaction	Dans le service	Hors du service

Le district de Murewa était un des deux districts impliqués dans ce projet. Il faisait partie de la province du Mashonaland East, couvrait une population d'environ 150.000 personnes, en majorité paysanne et était situé à 80 kilomètres d'Harare, le long de la route vers le Mozambique et le Malawi. Les services de santé étaient constitués de 15 centres de santé, d'un hôpital gouvernemental et d'un hôpital de mission, tous fonctionnels. Ils étaient gérés par une équipe-cadre qui était composée des médecins, de l'administrateur, de l'infirmier(e) chef de district et de l'ingénieur sanitaire senior, qui était responsable des THA.

Le projet proposa à Murewa un modèle d'organisation de services de santé différent, à partir d'un élargissement important des objectifs du système de santé. Les objectifs n'étaient plus seulement l'amélioration équitable de l'état de santé de la population mais aussi l'offre de services de santé de qualité dans les limites des ressources disponibles localement, ainsi que le renforcement de l'autonomie¹ des populations. Pour atteindre un compromis optimal entre renforcement de l'autonomie des communautés et efficacité des services, la communication entre les services de santé et la population était essentielle : les services de santé devaient être à même de transmettre les informations adaptées à une situation donnée et la population devait être à même d'exprimer sa demande en termes de services de santé.

Le centre de santé dans le cadre de ce dialogue aurait dû bénéficier de la présence en son sein du THA, qui était proche de la population et compétent dans toute la gamme des services prévus, du curatif au promotionnel, en passant par la prise en charge des épisodes à risque.

¹Le concept d'autonomie est ici compris comme la capacité à prendre des décisions informées concernant la situation présente et future. Il ne s'agit donc pas de la capacité à tout pouvoir faire soi-même.

Les THA dans les centres de santé : solution ou problème ?

Dans cette optique, les THA auraient donc dû, au moins en théorie, renforcer les centres de santé. L'équipe de Murewa choisit donc logiquement de les maintenir intégrés au sein de l'équipe des CS. Ce choix provoqua toutefois un certain nombre de problèmes inattendus, que nous allons illustrer ici par trois exemples.

LA DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TUBERCULEUX

Un programme de contrôle de la tuberculose, relativement bien structuré mais très centralisé dans les hôpitaux, existait depuis de nombreuses années au Zimbabwe. Le rôle des THA dans ce programme était, à partir des instructions reçues de leurs supérieurs basés dans l'enceinte de l'hôpital, de réaliser une surveillance des contacts des patients ainsi que le suivi des patients non compliants au traitement.

A partir de 1992 l'équipe du district de Murewa décida de décentraliser progressivement le traitement de la tuberculose vers les centres de santé. Cette décision fut motivée par différentes raisons : d'une part une progressive surcharge de travail à l'hôpital liée à des personnes sous traitement antituberculeux mais valides, d'autre part la volonté de permettre une vie sociale normale pour ces personnes; enfin et surtout, la volonté de renforcer la crédibilité du centre de santé en lui donnant une responsabilité dans la prise en charge efficace de personnes considérées comme sérieusement malades par la communauté.

En termes de résultats sur le suivi des patients, cette décentralisation put être considérée comme un succès. Par exemple, au premier trimestre de 1994, 74% des patients complétèrent avec succès leur traitement.

Par contre, cette décentralisation eut des conséquences plus néfastes pour les THA. Elle provoqua une modification des canaux de communication des instructions (Figure 1) : ce n'étaient plus les supérieurs hiérarchiques des THA qui leur disaient quelles visites domiciliaires à faire, mais les infirmier(e)s des centres de santé. Les supérieurs hiérarchiques des THA se sentirent court-circuités et un certain nombre de THA (principalement masculins), ne purent accepter de recevoir des instructions d'infirmier(e)s (principalement féminines) dans un contexte où une lutte de pouvoir entre les deux "corps" existait.

Le processus de décentralisation du traitement de la tuberculose, impliquait donc une plus grande intégration des THA au sein de l'équipe du CS et un changement de la relation avec leurs supérieurs hiérarchiques. Mais il provoqua beaucoup de résistances, pas seulement à cause du contexte spécifique de la relation THA-infirmier, mais aussi, et nous pensons surtout, parce qu'il impliquait un changement dans la distribution de pouvoir entre les individus travaillant au sein du système de santé.

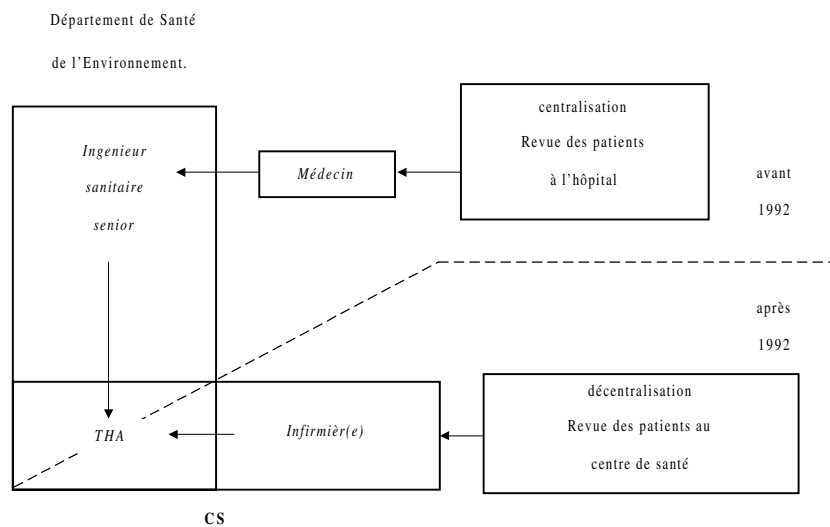
LA RE-DEFINITION DES AIRES DE RESPONSABILITE DES CENTRES DE SANTE

En 1992, il fut décidé de déterminer de manière explicite les populations qui dépendraient de chaque centre de santé. Ces populations furent définies à partir des aires d'attraction curatives. L'objectif était d'augmenter le sentiment de responsabilité des centres de santé vis à vis de leurs populations, et vice versa.

Une des principales conséquence de cette approche fut que les nouvelles aires de responsabilité ne correspondaient plus exactement aux divisions administratives (Criel *et al.* 1996). Or les activités d'assainissement et de contrôle de l'hygiène de l'environnement dont les THA étaient responsables, nécessitaient un contact étroit avec les autorités politiques, soit pour motiver les gens dans la construction de latrines et de puits, soit pour obtenir un soutien local, en particulier quand il s'agissait de sanctionner certains

comportements. Ces activités, dans l'ancien système, représentaient le principal point d'interaction entre services de santé et population. La communication entre ces deux pôles dépendait donc étroitement de la relation entre responsables politiques, représentant la population d'une aire délimitée administrativement, et les THA.

Figure 1. Canaux de communications en fonction de la centralisation-décentralisation du traitement de la tuberculose.



Avec les nouvelles aires de responsabilité, le point commun définissant une population n'était plus la représentation politique mais l'utilisation des services offerts par les infirmiers (Figure 2). De ce fait, le dialogue entre population et services de santé se concrétisait plus dans la relation entre utilisateurs et infirmiers que dans la relation entre politiciens et THA. Nous pensons que ceux-ci se sentirent directement marginalisés dans le nouveau système avec pour conséquence qu'ils n'acceptèrent jamais totalement les

aires sanitaires non administratives. Ils continuèrent, de toute façon, leurs activités d'inspection et de construction de puits et de latrines dans les anciennes aires, et sans tenir compte des changements.

LES ACTIVITES DE CONTROLE DE L'HYGIENE INTEGREES AU CS

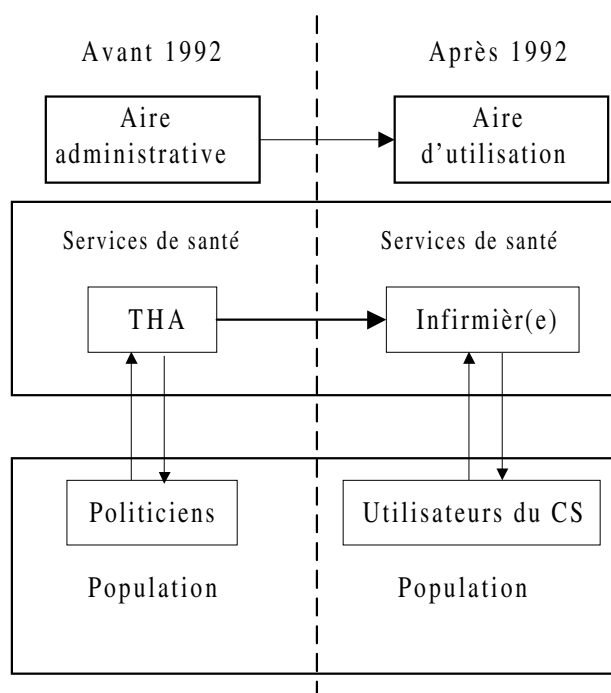
Une des activités les plus importantes, en termes de temps des THA, était l'inspection sanitaire des lieux de distribution de nourriture et de boisson. Cette activité, pour être efficace et équitable devait avoir une base légale et reposait principalement sur une menace de coercition. En maintenant cette activité au sein des responsabilités des centres de santé, on cautionnait automatiquement l'utilisation d'une attitude autoritaire par ces CS, même dans des contextes où une approche participative aurait pu être plus pertinente, bien que probablement moins rapide.

Les THA avaient, depuis l'indépendance du Zimbabwe, joué un rôle central dans la communication avec la population par l'intermédiaire des représentants politiques. Ils avaient été au centre de tout processus de "participation communautaire" et, après leur intégration dans les CS, ils étaient le plus souvent devenus secrétaires des comités de santé. En conséquence, ils influencèrent très fortement le contenu de cette "participation" en fonction de leurs priorités propres : éduquer la population et la motiver à participer aux projets qui lui sont proposés. Ainsi, à Murewa, la majorité des réunions des comités de santé étaient consacrées soit à l'organisation d'événements de sensibilisation sanitaire (journée mondiale de la santé, par exemple), soit à la mise en place de programmes de construction de puits et de latrines financés par des agences internationales de développement. D'autres aspects tels que des discussions sur la qualité perçue des services ou l'accessibilité aux soins, n'étaient peu ou pas discutés dans ces réunions.

Pour permettre à ces sujets d'être abordés, nous nous sommes posé la question de savoir s'il ne serait pas nécessaire de scinder la communication entre THA et population de la communication entre services de santé et population. En d'autres mots, n'était-il pas nécessaire de séparer les THA du

CS pour faciliter un dialogue spécifique entre les centres de santé et leurs populations ?

Figure 2. Relation entre services de santé et population en fonction du critère de choix pour l'aire de responsabilité



De nouvelles hypothèses de changement construites sur base de l'analyse de la situation présente et du modèle explicité

Nous pensons que les problèmes de communication entre les THA et les autres agents de santé pourraient être résolus si les relations entre eux correspondaient au modèle de services de santé choisi. Sur base de l'expérience de Murewa, mais aussi des résultats du processus d'intégration des THA à l'indépendance du Zimbabwe, nous avons résumé quelques avantages et inconvénients potentiels liés à l'intégration des THA dans leurs fonctions actuelles au niveau des centres de santé (Tableau 3).

Tableau 3. Synthèse des arguments en faveur ou en défaveur de l'intégration des THA au niveau des CS.

Avantages	Aide pour les activités en dehors du CS (principalement suivi des patients tuberculeux)
Inconvénients	Limitation du dialogue entre CS et population (logique de contrôle vs logique participative). Cette limitation est principalement liée aux activités de contrôle de l'hygiène et de l'environnement
Difficultés	Résistances à s'intégrer dans un système où l'infirmier joue un rôle plus central que le THA

En fonction de ces avantages, inconvénients et difficultés nous pouvons suggérer une série d'hypothèses de changements, que nous avons schématisées à la Figure 3.

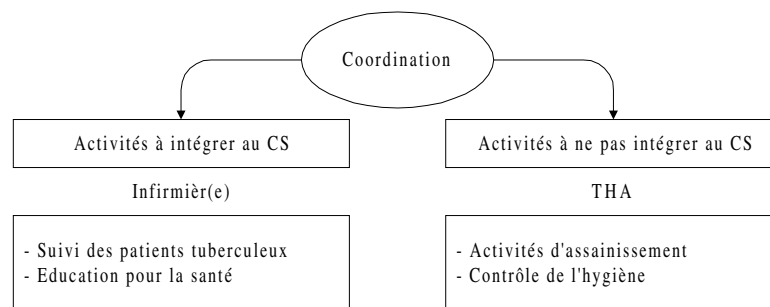
- Séparer des CS les activités exigeant une logique autoritaire (activités de contrôle de l'hygiène et de l'environnement), tout en gardant les autres activités offertes actuellement par les THA (éducation sanitaire,

suivi des patients tuberculeux) intégrées au sein des CS, pourrait améliorer le dialogue entre la population et les centres de santé. Ceci serait d'autant plus vrai qu'il existe au niveau des CS une équipe polyvalente composée d'agents offrant en même temps des services curatifs et préventifs, et donc capables de reprendre à leur charge les activités à intégrer.

- Continuer à offrir les activités de contrôle de l'hygiène, d'assainissement et de protection de l'environnement de manière distincte des centres de santé pourrait contribuer à améliorer la santé de la population. Ces activités seraient le mieux offertes par les THA, qui ne seraient donc plus intégrés aux CS.
- Organiser une coordination étroite entre THA et structures de soins de santé primaires pourrait contribuer à résoudre plus efficacement certains autres problèmes de santé (épidémies,...).

Ces hypothèses devraient être validées en dehors du raisonnement déductif de cet article, par les acteurs du terrain. Notre réflexion ne peut donc constituer que le point de départ d'un processus dans lequel une négociation entre les différents acteurs jouerait un rôle central.

Figure 3. Schématisation des principales hypothèses de changement.



Conclusion

L'analyse des événements critiques liés à l'intégration administrative des THA aux Centres de Santé nous mène à la formulation d'hypothèses qui remettent en cause cette intégration. La nature fondamentalement différente des décisions à prendre par les deux types d'agents (infirmiers et THA) alors qu'ils travaillent au sein des mêmes Centres de Santé, représente à notre avis le facteur déterminant de la décision à prendre. Il nous semble donc, à la lumière des exemples que nous avons utilisés, contre-productif de continuer à promouvoir l'intégration de ressources qui sont virtuellement antagonistes, tant pour des raisons historiques que philosophiques.

Références

ARA-TECHOP (1993) Improving government efficiency & effectiveness. Management audit of the Ministry of Health of Zimbabwe. Ministry of Health, Harare, pp. 49.

Criel B, Macq J, Bossyns P & Hongoro C (1996) A coverage plan for health centres in Murewa district in Zimbabwe : an example of action research. *Tropical Medicine and International Health* 1, 699-709.

Kearns G (1988) Private property and public health reform in England 1830-70. *Social Science & Medicine* 26, 187-199.

Government of Zimbabwe (1984) *Planning for Equity in Health*. Ministry of Health, Harare, pp. 70.

Ministry of Health (1992) *Corporate Plan*. Planning and Management Department, Harare, pp. 42.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 236