
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 P) 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'explicitier 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

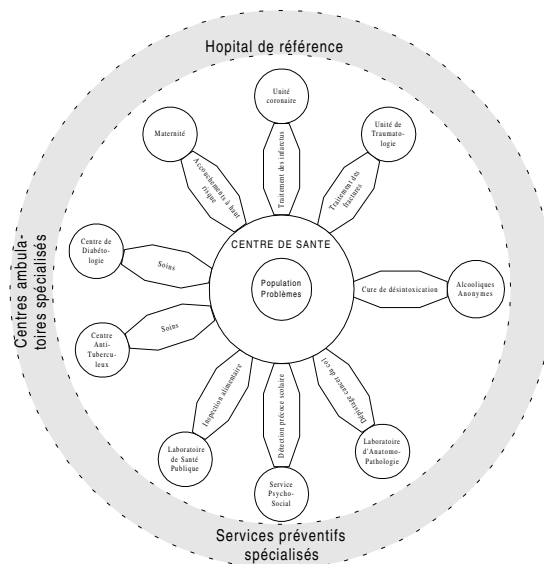
Elle correspond à la décision d'avoir des activités, décidées dans le cadre d'un programme, réalisées par le personnel travaillant dans les structures horizontales, avec en même temps un transfert des responsabilités. *L'intégration* implique donc à la fois une décentralisation de responsabilités administratives 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*.

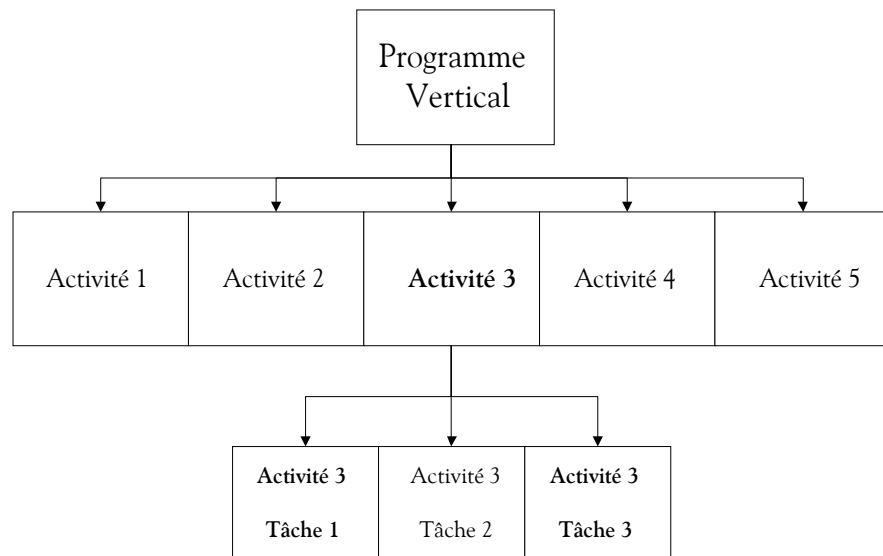
Le rationnel et la motivation pour intégrer nécessitent d'être positifs : on devrait intégrer pour améliorer. Par exemple, parce que la prise en charge des cas bénéficiera d'une approche globale et intégrée, ou encore en termes de dépistage précoce ou d'observance du traitement (Lehingue & Urtizbera 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'optimisation

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

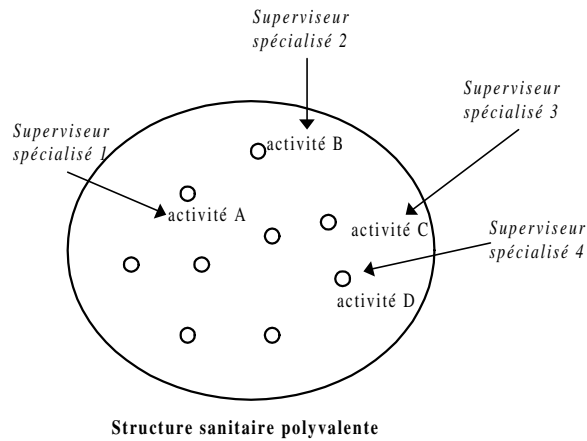
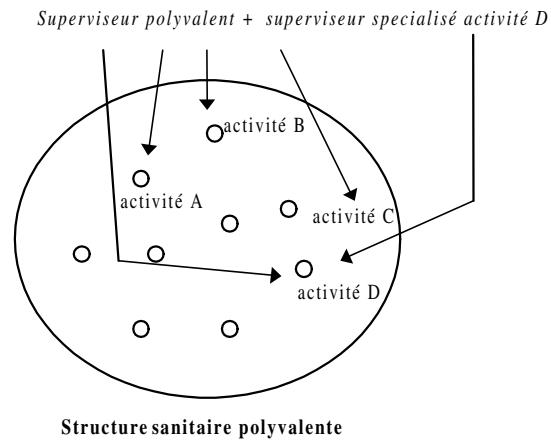


Figure 4. Supervision dans un contexte d'intégration opérationnelle et administrative



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.