

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Lors de la Conférence internationale de soins de santé primaires à Alma Ata (URSS) en septembre 1978, un rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF a invité les gouvernements à repenser leur politique en matière de santé ; il s'agissait de faire participer les communautés à l'établissement de leurs propres priorités en matière de santé et de créer ainsi une certaine autonomie au sein des populations, notamment dans le tiers monde, qui n'ont guère bénéficié de soins de santé.

Cette approche, désignée par l'expression « soins de santé primaires », implique une mobilisation de multiples secteurs et spécialités : santé, aide sociale, éducation, agriculture, travaux publics, transports et information, ce qui entraîne un réajustement de la répartition des ressources matérielles, financières et humaines dans les programmes de développement.

Le séminaire international sur les soins de santé primaires, qui s'est tenu à Frunze (URSS) en mai 1979, a examiné les implications pratiques de ce concept pour la Croix-Rouge. Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont été invitées à collaborer étroitement avec les services de santé de leurs pays afin de parvenir à une action commune et coordonnée ; ce qui devait entraîner le réexamen des programmes actuels pour les adapter aux situations locales.

Depuis lors, de nombreuses résolutions adoptées par les Conférences internationales de la Croix-Rouge et les instances statutaires de la Ligue ont confirmé l'engagement des Sociétés nationales dans ce secteur d'activité.

Dans le but de pouvoir offrir à l'ensemble de la population mondiale des soins de santé accessibles et abordables, des gouvernements et des organisations non gouvernementales s'intéressent de plus en plus aux soins de santé primaires. La Revue présente à ses lecteurs, avec l'aimable autorisation de International Nursing Review, une expérience réalisée au Kenya par l'hôpital méthodiste de Maua qui s'occupe de la santé des communautés de Maua Via Meru (Kenya). L'article, dû à la plume de Ms Mattie Tolley, ASN, MS, Infirmière conseil en santé communautaire, Maua Via Meru, nous a paru digne d'intérêt notamment pour les Sociétés nationales, en raison des méthodes utilisées pour développer la participation des communautés à leurs soins de santé primaires.

Une méthode innovatrice de prise de décision en matière de soins de santé primaires

Dans le but de pouvoir offrir à l'ensemble de la population mondiale des soins de santé accessibles et abordables, des gouvernements et des organisations non gouvernementales s'intéressent de plus en plus aux soins de santé primaires. L'hôpital méthodiste de Maua, qui s'occupe de la santé des collectivités de Maua Via Meru (Kenya), nous donne un exemple d'application de cette démarche.

Depuis que la Déclaration de Alma Ata (OMS, 1978) ¹ est devenue une référence de plus en plus acceptée en matière d'orientation des soins de santé, on accorde une plus large place aux soins de santé primaires. De nombreux pays en développement forment et emploient couramment des agents de santé communautaires ayant une formation paramédicale. Les recherches de Fournier (1975) ², Djukanovic (1975) ³ et Maru (1983) ⁴ ont démontré que les agents de santé non professionnels travaillant au niveau communautaire peuvent jouer un rôle d'éducation et de mobilisation et assurer des traitements mineurs. Mais il faut bien reconnaître les difficultés rencontrées dans la mise en place d'un programme de soins de santé primaires solidement enraciné dans la communauté. Il faut pour cela que la communauté, plutôt que de faire appel à un personnel médical professionnel, reconnaisse et soutienne les agents de santé communautaires (Skeet 1985) ⁵.

Depuis 1977, l'Hôpital méthodiste de Maua recherche une approche communautaire efficace dans le domaine des soins de santé primaires. ⁶ On a peu à peu élaboré une démarche qui paraît acceptable et qui, dans ses

¹ Organisation mondiale de la santé, Alma Ata, Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, 1978 - «Déclaration d'Alma Ata», *Chronique de l'OMS*, Genève, 1978.

² Fournier, G. & Djermaoye I., «Village health teams in Niger (Maradi Department)», In K. Newell (ed.), *Health by the people*, OMS, Genève, 1975, pp. 128-144.

³ Djukanovic, V. & Mach, E., *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1975.

⁴ Maru, R., «The community health volunteer scheme in India: an evaluation», *Social science of medicine*, 17(19), 1983, pp. 1477-1483.

⁵ Skeet, M., «Community health workers: promoters or inhibitors of primary health care?», *International Nursing Review*, 32(2), 1985, pp. 55-58.

⁶ United Nations Education Fund for Children, *Evaluation of Maua hospital community-based health care project*, report n° 20/82, 1982.

grandes lignes, est très similaire au nouveau processus de prise de décision collective décrite par Rogers en 1971. Utilisée comme grille d'analyse, elle permet de repérer aisément les points faibles des différents programmes communautaires et d'y remédier, au niveau de l'éducation ou de la motivation.

Appliquée aux soins de santé primaires communautaires, la méthode de Rogers comprend cinq phases facilement assimilables par des infirmières de niveau moyen. Ces phases ont pu être expliquées, dans un langage plus simple, aux chefs et aux agents de santé de certaines communautés rurales kényanes, qui les ont bien comprises.

La première phase est celle de la sensibilisation. Il ne s'agit pas d'expliquer à la communauté quels sont ses besoins en matière de santé ni de lui apporter des solutions, mais de la sensibiliser à ses besoins et à ses problèmes dans ce domaine, en posant des questions aux membres de la communauté puis en leur présentant les données ainsi recueillies de manière claire et concrète. Parallèlement, des scènes de la vie quotidienne de la communauté peuvent être présentées à différents groupes sous forme de pièces de théâtre, de chansons, de contes, de jeux et de dessins. Le professionnel de la santé jouant le rôle d'animateur ne devra en aucun cas définir le problème ou suggérer une solution. Il attendra que les membres de la communauté identifient leurs propres problèmes et priorités. Cette phase prend fin lorsque les chefs de la communauté ou les groupes reconnaissent la nécessité d'introduire des changements pour améliorer leur situation sanitaire.

La seconde phase du processus, que Rogers appelle phase d'instigation, consiste à faire entrer dans la conscience sociale de l'ensemble de la communauté la nécessité et la raison de changement. La communauté ou des animateurs désignés par elle mettent alors sur pied un plan d'action portant sur un besoin précis en matière de soins de santé primaires. Pour assurer le succès de cette étape, il est indispensable que la communauté soit bien organisée et soutienne les animateurs qu'elle a choisis. Le rôle du professionnel de la santé porte, d'une part sur l'éducation sanitaire et d'autre part sur l'animation et l'organisation des activités de groupe. La planification et la prise de décision doivent être laissées aux membres de la communauté. Les animateurs issus de la communauté sont le plus souvent des personnes imaginatives et créatives, et rarement des responsables élus ou désignés. Il s'agit généralement d'enseignants, de prêtres, de commerçants, d'animatrices de groupes de femmes et d'autres personnes alphabétisées et désireuses de se rendre utiles. Dans le projet de Maua, avant de s'adresser à des groupes représentant l'ensemble de la communauté, ces animateurs ont expliqué leurs préoccupations à des organisations de base telles qu'églises, groupes culturels et groupements d'auto-assistance.

Beaucoup de grandes idées ont avorté à cause d'un veto administratif. Toute innovation doit donc recevoir l'aval des autorités de la communauté. C'est ce que Rogers appelle la phase de légitimation. Parce qu'ils font partie intégrante du système, les animateurs obtiendront cette approbation plus facilement que le professionnel de la santé. Ils savent en effet exactement qui, parmi les responsables gouvernementaux, les administrateurs officiels et les familles les plus puissantes, peut faire échouer ou réussir le projet. La connaissance détaillée des réseaux d'influences leur permettra aussi, le cas échéant, de venir à bout des obstructions. Dans la communauté-pilote de Maua, on a pu neutraliser l'opposition d'un responsable de l'administration centrale en le nommant « parrain » de comité, ce qui améliora son statut et son crédit politique. Il ne jouait aucun rôle dans la prise de décision et l'action de ce comité, mais il ne pouvait pas le critiquer puisque c'était « son » comité.

La phase suivante demande une participation aussi large que possible de la communauté. Il s'agit en effet de décider des actions à entreprendre. Le professionnel de la santé peut aider les animateurs à explorer les différents moyens d'associer la communauté à la prise de décision. Il peut apporter une assistance technique en se chargeant des tâches administratives. Le choix de la méthode sera laissé aux animateurs car il importe que les décisions soient prises en accord avec le cadre culturel. Dans les pays en développement où le taux d'analphabétisme est élevé, la communication est essentiellement orale et se fait par exemple à l'occasion des réunions publiques. Dans le cadre du projet de Maua, nous avons essayé plusieurs méthodes pour obtenir le consensus de la communauté ou l'amener à prendre des décisions. Les églises et les groupes de femmes ont été mis à contribution pour recueillir et diffuser des informations. Les grandes décisions ont été prises en « baraza » (assemblée générale convoquée par l'adjoint du chef de district). Des comités de santé choisis par la baraza exécutent les décisions et suivent le projet, notamment en supervisant le travail des agents de santé communautaires. Le Conseil de la santé d'Igembe a assuré la coordination et la coopération entre les différentes communautés et avec les professionnels de la santé dans des domaines tels que la collecte de fonds, la formation et la transmission de requêtes au gouvernement. Ce conseil regroupe des représentants de chacune des communautés participant à un programme de soins de santé primaires dans le district, quelle que soit l'origine de l'assistance professionnelle au projet. Il semble actuellement que le Conseil de la santé deviendra un élément reconnu de la structure officielle chargé de l'application du programme de soins de santé primaires, vraiment associé aux efforts de la communauté et des professionnels de la santé. Le personnel du département de santé communautaire de Maua a appris aux comités de la santé à résoudre

eux-mêmes leurs problèmes et a une fonction consultative auprès du Conseil de la santé d'Igembe.

Ce n'est que lorsque la communauté est véritablement convaincue et engagée que l'on peut passer à la phase finale du processus, celle de l'action. Il est indispensable que la mise en œuvre soit faite par des membres de la communauté. Il faut sélectionner et former des agents de santé communautaires. Le professionnel de la santé peut aider la communauté à définir le profil de ses futurs agents de santé, mais c'est la communauté qui doit faire la sélection. Le professionnel de la santé jouera ensuite le rôle d'instructeur. Dans le projet de Maua, c'est généralement le comité de la santé qui fait la première sélection à partir d'une liste de volontaires. Les candidatures sont souvent suscitées par le biais des églises, des groupes de femmes et de jeunes et du parti politique officiel. La sélection finale se fait dans une baraza. Le professionnel de la santé collabore alors avec la communauté, ou un groupe de représentants désignés par celle-ci, pour établir les priorités du programme de formation. Il forme alors une équipe pour préparer la formation technique qui permettra aux agents de santé communautaires de faire face à ces priorités. A Maua, la formation est assurée par des infirmières engagées par la communauté, avec l'aide d'élèves-infirmières. Pour les matières qui dépassent leurs compétences, elles font appel à des spécialistes externes.

Il peut s'agir d'agronomes, d'éducateurs sanitaires, d'agents de santé communautaires expérimentés, d'assistants en développement communautaire, responsables de projets hydriques et d'élus locaux. Après la phase de préparation initiale, un membre de l'équipe de formation devient consultant auprès du comité local de la santé et assure la supervision technique des agents de santé communautaires.

Celui qui tient les cordons de la bourse détient aussi le pouvoir. C'est pourquoi la communauté devra se préoccuper activement, avant de commencer la formation, des aspects financiers et de la logistique (logement, nourriture, matériel d'enseignement). A Maua, les cours de formation se font dans des locaux communautaires fournis par le Comité de santé, qui se charge aussi de nourrir et de loger les instructeurs et de procurer déjeuner et collation aux élèves. Ceux-ci rentrent chez eux le soir. Le groupe d'instructeurs apporte le matériel pédagogique de base nécessaire, mais la communauté doit payer l'équipement et les fournitures qui restent sur place. Le financement du transport du groupe d'instructeurs est négocié, de même que celui des éventuelles visites complémentaires de supervision de la formation permanente des agents de santé communautaires.

L'évaluation de la mise en pratique de cette méthode montre que, sur une période de cinq ans, la communauté-pilote qui, au départ, ne possédait aucun service de santé, a mis en place un service de santé maternelle et

infantile régulièrement utilisé (visites mensuelles) et implanté dans un rayon de 5 à 7 kilomètres de la majeure partie de la population.

Vingt-huit agents de santé communautaires ont visité 5 à 8 familles par semaine, afin de leur donner une éducation sanitaire, de les encourager à utiliser les services sanitaires et de procéder au dépistage systématique des maladies transmissibles. C'est ainsi que le taux de malnutrition est tombé de 8% à 4%, et le taux de quasi-malnutrition de 41% à 24%. Les vaccinations ont augmenté de façon spectaculaire: le nombre d'enfants de moins de 5 ans vaccinés a augmenté de 37% pour la rougeole et de 57% pour le BCG. Cinquante-trois pour cent des enfants ont reçu une primo-vaccination. L'hygiène a également été améliorée. En 1977, 91% des familles n'avaient pas de latrines alors qu'en 1982, 55% en avaient, dont 37% étaient propres et utilisées (UNICEF, 1982). Quatorze communautés participent actuellement au projet de Maua. Bien que toutes n'aient pas progressé aussi vite que la communauté-pilote, des tendances similaires ont été observées.

L'utilisation de cette méthode de prise de décision collective n'a pas rendu plus aisée la participation de la communauté, mais a permis de déceler les éventuels points faibles et a facilité la planification des mesures appropriées. Le projet de Maua nous a appris que si nous voulons que la communauté fasse sien le projet et le soutienne, nous devons absolument préparer le terrain avant de passer à l'action. Les résultats sont peut-être plus lents et moins spectaculaires que prévu, mais après huit ans, nous croyons pouvoir affirmer qu'ils sont durables, car la communauté est attachée au projet et le maîtrise. L'utilisation de la méthode de Rogers a permis de mettre au point un modèle de soins de santé primaires qui peut s'adapter aux particularités culturelles, sociales et économiques de toute communauté.
