

## **GENERALITES SUR LA REALISATION DE LA SANTE POUR TOUS**

### **1. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

*Les soins de santé primaires représentent une stratégie du développement sanitaire et social, adaptée à la réalité des pays pauvres.*

#### **1.1. Avantages (2)(3)**

*La stratégie vise à rendre les soins essentiels accessibles à toute la population, en particulier dans les zones rurales, comblant une lacune majeure du système de santé, contribuant au rééquilibrage centre/périphérie (figure n° 1).*

Les soins de santé primaires privilégient les mesures d'indication, de prévention et d'assainissement du milieu et sont une réponse réaliste aux problèmes épidémiologiques et économiques. Ils requièrent apparemment au moins, un minimum de ressources extérieures.

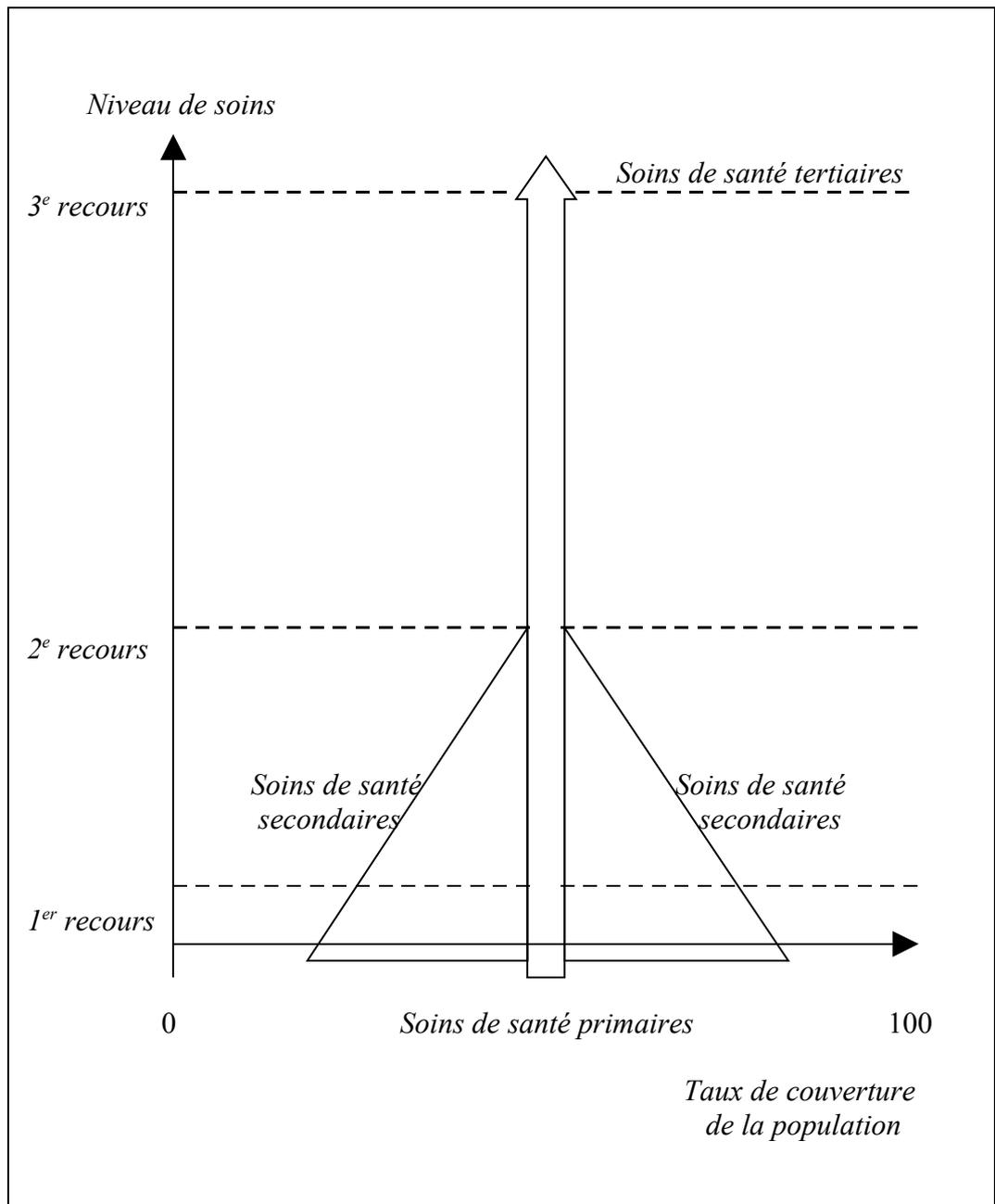
Ils mobilisent un important potentiel humain, trop souvent sous-estimé et sous-employé, tant au niveau des personnels de santé que de la population elle-même.

Ils constituent, pour les communautés villageoises, une expérience formatrice et permettent une prise de conscience de la collectivité, catalysant ainsi le processus d'auto-développement.

Leur implantation devrait être favorisée par les options politiques et sociales, proclamées depuis les indépendances (auto-gestion, sens communautaire traditionnel) mais souvent oubliées.

#### **1.2. Inconvénients**

*La notion de soins de santé primaires risque d'occulter les autres niveaux d'intervention (soins de santé secondaires et tertiaires).*



**Figure n° 1 :** Les trois recours : la couverture totale de la population par les soins de santé primaires (1<sup>er</sup> recours) ne satisfait que partiellement la demande de soins. Les soins de santé secondaires (2<sup>e</sup> recours) assurent une couverture encore plus partielle de la population mais sont plus élaborés ; les soins de santé tertiaires (3<sup>e</sup> recours) ne concernent qu'une fraction limitée de la population mais sont d'une haute technicité. (2)

Il existe autant de soins de santé primaires que de profils sanitaires, chaque Etat a les siens, qui peuvent même varier d'une région à l'autre.

L'évaluation de leur coût réel est difficile à préciser ; ils seront sans doute plus onéreux qu'on ne l'affirme habituellement et réclament, bon gré mal gré, outre le financement de l'Etat et des organismes d'assistance, celui, actif, des populations.

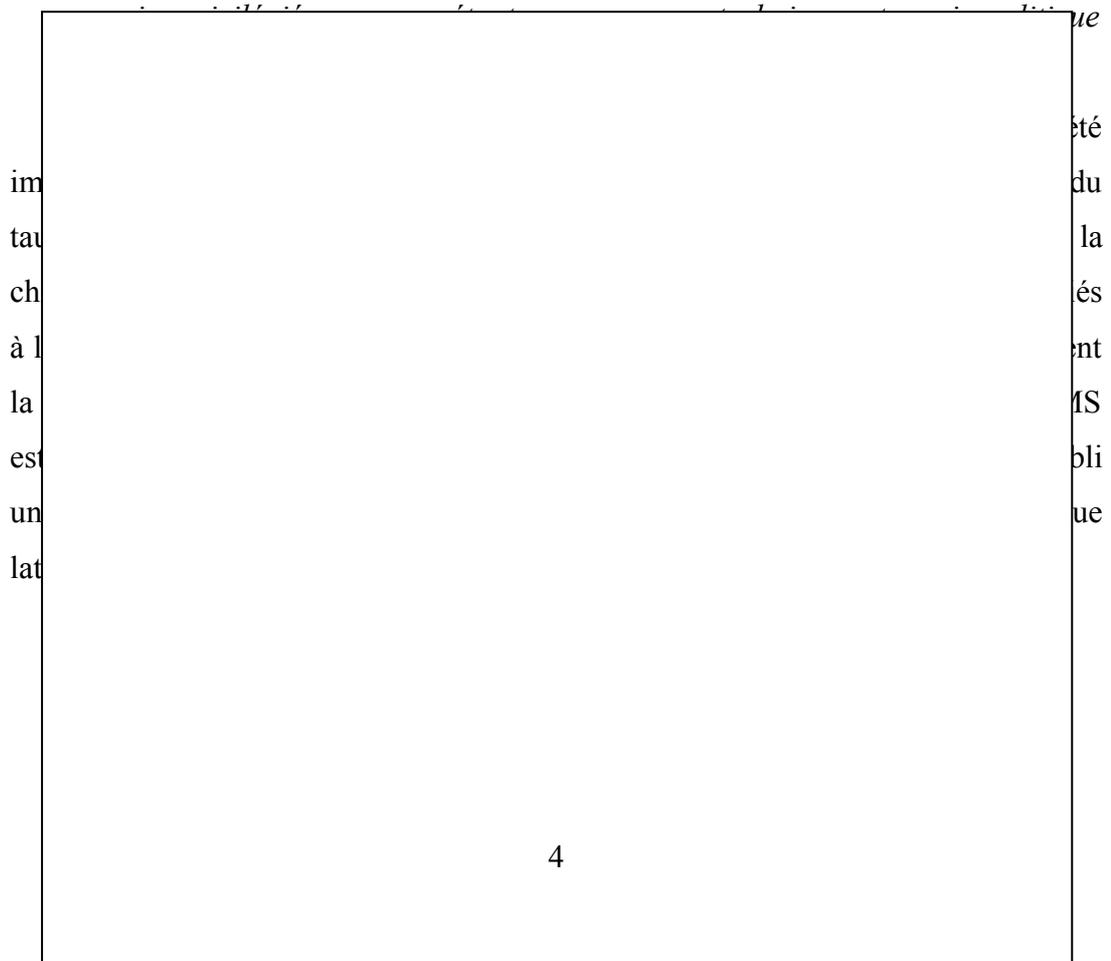
Même satisfaits, les soins de santé primaires ou SSP ne constituent pas une réponse suffisante à la demande de soins. Les soins de santé secondaires des centres régionaux ou tertiaires des centres nationaux, correspondent aux yeux des masses, au véritable recours médical.

Les SSP apparaissent déjà, dans les pays en développement, comme assortis d'un transfert de technologies ou de savoir-faire, inadaptés aux situations concrètes. Imposés, plus que demandés, parfois aux antipodes de leur définition, ils inspirent une légitime méfiance.

Mal compris ils peuvent déstabiliser, compte tenu de la pénurie de moyens, les systèmes de santé péniblement implantés dans les pays en voie de développement, sans pour autant atteindre leur objectif de couverture totale et effective de la population.

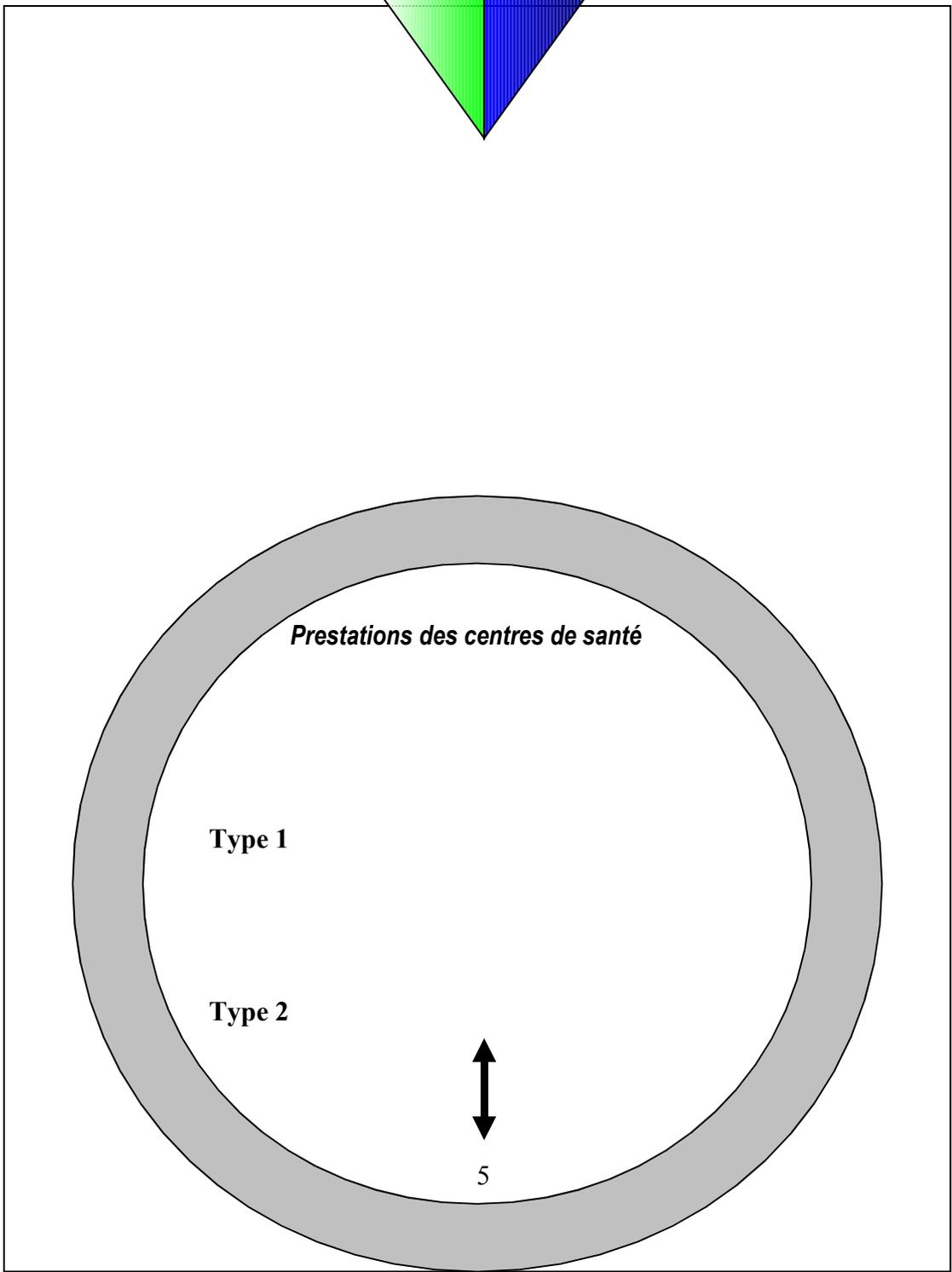
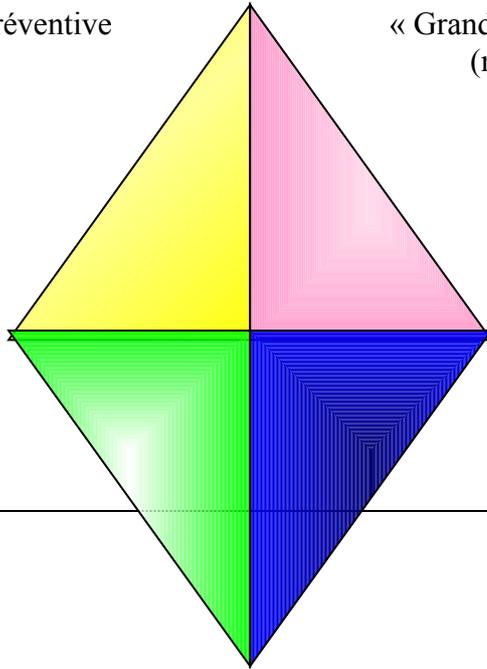
### 1.3. En pratique (4)(5)

*En pratique, il est cependant indéniable que leur adoption doit être à tout*



Médecine préventive

« Grandes endémies »  
(mobiles)



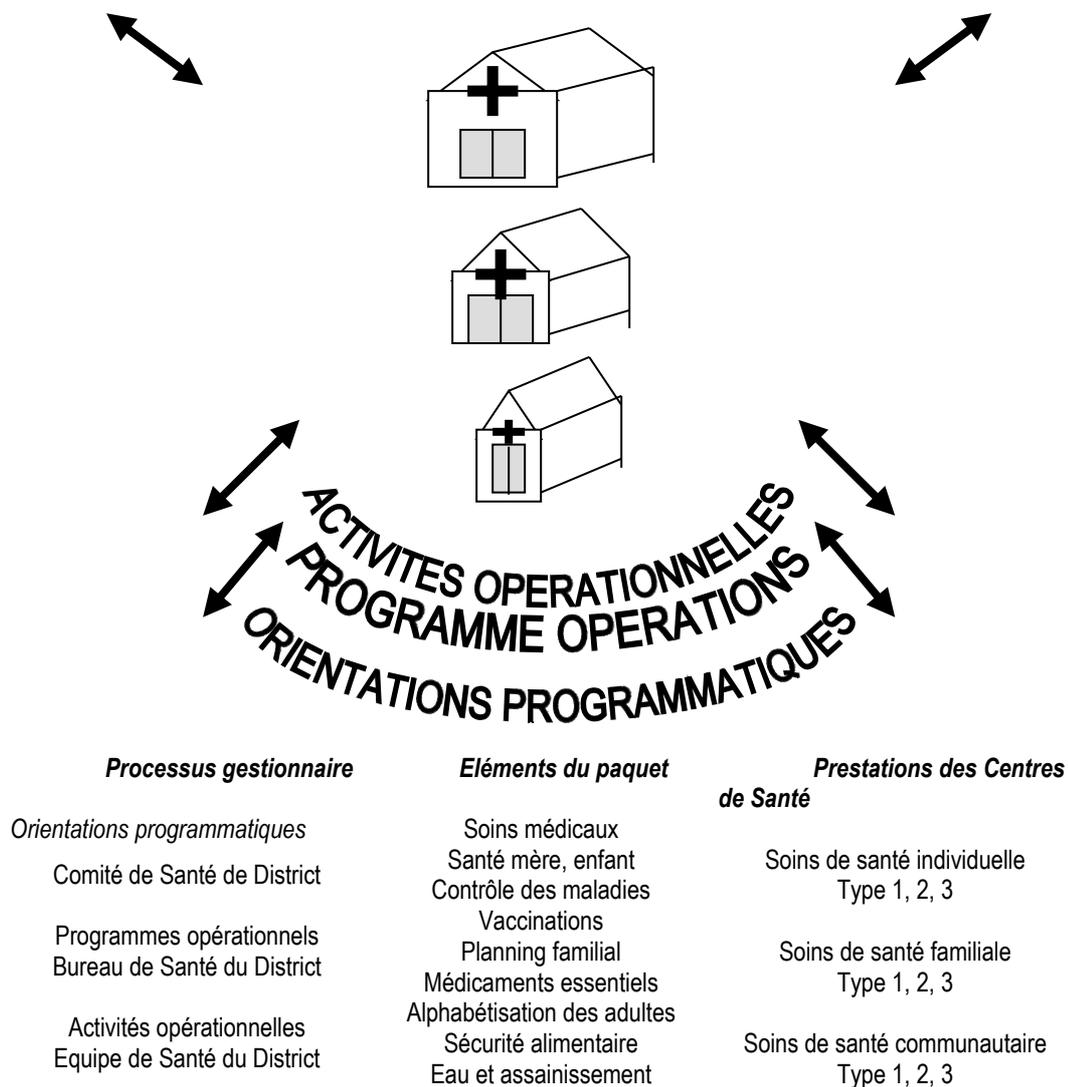
*Prestations des centres de santé*

**Type 1**

**Type 2**



5



**Figure n° 3 :** Intégration du paquet minimum d'activités dans les prestations des centres de santé. (6)

*Les services du centre de santé sont offerts par un personnel de santé compétent qui donnera non seulement satisfaction aux patients mais aussi stimulera la participation communautaire. Le schéma des éléments du paquet de SSP comporte 9 composantes :*

*i) Les soins médicaux*

Ils concernent :

- la prise en charge rapide et appropriée des malades,
- l'amélioration de la prise en charge des cas d'urgence.

*ii) La santé maternelle et infantile (9)*

Elle touche :

- l'amélioration du taux de survie périnatale,
- l'amélioration de l'identification et de la prise en charge des risques,
- la réduction de l'anémie au cours de la grossesse,
- l'auto-référence précoce dans les situations mettant la vie en danger,
- l'augmentation du taux des accouchements assistés,
- la réduction des cas de prise en charge incorrecte du travail chez la femme enceinte.

*iii) La prévention et contrôle de la maladie*

Ceci se rapporte :

- aux rapports épidémiologiques périodiques sur les maladies transmissibles,
- aux rapports d'investigation en cas d'épidémies,
- à l'analyse des tendances de la prévalence des maladies cibles.

*iv) Vaccination de base (10)*

*Ceci concerne :*

- la chaîne du froid opérationnelle,
- la disponibilité des vaccins,
- les rapports réguliers sur les activités de vaccination,
- le contrôle des épidémies de poliomyélite et de rougeole.

*v) Planning familial (11)(12)*

Il englobe :

- la prise de conscience sur les méthodes de planning familial,
- l'accroissement de la participation des hommes,
- la diminution du nombre de grossesses non désirées,
- la réduction de l'incidence des grossesses à risque élevé,
- l'amélioration de la couverture,
- l'augmentation de l'espacement des naissances.

*vi) Médicaments essentiels (13)(14)*

*Ceci concerne :*

- l'extension de la couverture en médicaments essentiels,
- la gestion efficace des médicaments,
- l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques.

*vii) La sécurité alimentaire des ménages*

*Elle prévoit :*

- la détection rapide des crises alimentaires,
- l'identification des enfants à risque,
- la formulation et la mise en œuvre de programmes de sécurité alimentaire,
- la réduction de la malnutrition au sein des groupes à risque,
- la mobilisation communautaire pour gérer les crises alimentaires aiguës.

*viii) Approvisionnement en eau et assainissement*

*Il s'agit essentiellement :*

- de la propreté et de l'hygiène dans les villages et les centres de santé,
- de l'amélioration de la qualité de l'eau,
- de l'augmentation du nombre de systèmes d'approvisionnement en eau gérés par la communauté.

*ix) L'alphabétisation sanitaire des adultes*

*Ceci vise :*

- l'augmentation du nombre d'adultes, hommes et femmes, pouvant lire et suivre des directives simples de santé,
- la participation accrue des ménages aux initiatives de santé communautaire.

## **2.2. Surveillance de la gestion sanitaire (15)(16)(17)**

*La surveillance de la gestion sanitaire est basée sur un cycle de gestion institué composé de trois éléments :*

- les plans opérationnels,
- la supervision,
- la surveillance de l'information.

### **2.2.1. Les plans opérationnels de santé**

*Le plan opérationnel de santé est élaboré par l'équipe sanitaire du district de santé en collaboration avec le personnel du centre de santé. Il est élaboré par composante pour inclure les buts, les objectifs, les ressources, le calendrier et un plan d'évaluation. Il prône un partenariat de complémentarité plutôt qu'une duplication ou une compétition entre les partenaires du développement sanitaire.*

### **2.2.2. Les activités de supervision**

*Les plans de supervision comportent des objectifs précis. Les rapports de supervision sont consignés sur des formulaires appropriés et incluent les réalisations et les domaines d'amélioration des performances des supervisés. Ces rapports pourront être utilisés pour la formation continue.*

### **2.2.3. La surveillance de l'information**

*Le district de santé possède un système d'information fonctionnel, conçu pour répondre aux besoins du district et des centres de santé. Le système comporte généralement un nombre limité de formulaires à remplir, qui sont essentiels pour l'évaluation des activités.*

## **2.3. Surveillance des progrès réalisés**

*La stratégie de la santé pour tous de l'OMS a identifié des indicateurs pour la surveillance des progrès. Ces indicateurs prennent en compte les éléments fondamentaux de la déclaration d'Alma-Ata et constituent des paramètres pour suivre la mise en œuvre du paquet minimum d'activités :*

- *survie de l'enfant,*

- *maternité sans risque,*
- *main d'œuvre en bonne santé,*
- *couverture en immunisation de base,*
- *couverture en planning familial,*
- *couverture en médicaments essentiels,*
- *alphabétisation sanitaire des adultes,*
- *sécurité alimentaire des ménages,*
- *approvisionnement en eau et assainissement.*

### 2.3.1. Les indicateurs de surveillance et d'évaluation des progrès (18)(19)(20)

*Les indicateurs peuvent être obtenus de la façon suivante :*

i) Indicateur n° 1 : Survie de l'enfant

- *Définition*

*C'est le pourcentage d'enfants vivants à la fin de leur première année.*

- *Formule : mortalité infantile.*

$\frac{\text{Nombre d'enfants décédés à la fin de leur première année}}{\text{Nombre total de naissances vivantes pendant les 12 mois précédents}} \times 100$
--

- *Commentaire*

*Quoique la définition classique d'un enfant se réfère à 5 ans et moins, cet indicateur vise la première année critique de vie.*

ii) Indicateur n° 2 : Maternité sans risque

- *Définition*

*C'est le pourcentage de femmes enceintes vivantes et bien portantes au cours des 12 mois.*

- *Formule : mortalité maternelle*

$\frac{\text{Nombre de femmes décédées à la grossesse et à l'accouchement au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total de naissances vivantes au cours des 12 derniers mois}} \times 100$
---

- 
- *Commentaire*
  - *Un décès maternel est le décès d'une femme enceinte ou d'une parturiente dans les 42 jours qui suivent l'accouchement, quels que soient l'âge, la durée et le site de la grossesse, à la suite de causes liées à la grossesse ou aggravées par elle ou par sa prise en charge, à l'exclusion des causes accidentelles.*

iii) Indicateur n° 3 : Année de vie productive

- *Définition*

*Pourcentage d'années de vie adulte (15 à 65 ans) préservés au cours des 12 derniers mois.*

- *Formule : mortalité chez les adultes*

$\frac{\text{Nombre d'adultes (15-65 ans) décédés au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre d'adultes (15-65 ans) vivants au cours des 12 derniers mois}} \times 100$
--

- *Commentaires*
- *65 ans ont été définis par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) comme étant la limite supérieure d'âge de production.*
- *Cet indicateur est utile pour démontrer l'effet économique sur la famille et sur la communauté des décès précoces dans le groupe d'âge de production. Il est surtout utile lorsque beaucoup d'adultes sont affectés et meurent de problèmes de santé tels que le SIDA.*
- *Cet indicateur fut introduit dans le jeu des indicateurs de santé pour la première fois en 1993. Par conséquent, pour faciliter son calcul par les enquêteurs, une table pour le recueil et pour le résumé des données a été incluse dans le formulaire d'exploitation des informations.*

iv) Indicateur n° 4 : Taux de couverture vaccinale

- *Définition*

*C'est le pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois complètement vaccinés avant leur premier anniversaire.*

- *Formule*

$$\frac{\text{Nombre d'enfants âgés de 12 à 23 mois enquêtés complètement vaccinés avant leur premier anniversaire}}{\text{Nombre total d'enfants âgés de 12 à 23 mois examinés}} \times 100$$

- *Commentaire*

*La vaccination complète signifie qu'un enfant a eu le BCG, 3 doses de DTcoq, 3 doses de Polio et le vaccin anti-rougeoleux, conformément aux prescriptions du calendrier de vaccination.*

v) Indicateur n° 5 : couverture en planning familial

- *Définition*

*C'est le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui au moment de l'enquête, utilisaient une des méthodes modernes du planning familial.*

- *Formule*

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une des méthodes modernes de planning familial au moment de l'enquête}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans enquêtées}} \times 100$$

- *Commentaires*

- *Seules les femmes non enceintes sont éligibles.*
- *Les méthodes modernes de planning familial sont les contraceptifs tels que les pilules, les injections, les implants, la chirurgie, les dispositifs intra-utérins et les méthodes barrières, exemple : condom, diaphragme et spermicides.*

vi) Indicateur n° 6 : couverture en médicaments essentiels

- *Définition*

*C'est le pourcentage de ménage qui ont en permanence des médicaments essentiels disponibles sur place ou à moins d'une heure de marche.*

- *Formule*

$$\frac{\text{Nombre de ménages qui ont un accès permanent aux médicaments essentiels sur place ou à moins d'une heure de marche}}{\text{Nombre total de ménages enquêtés}} \times 100$$

- *Commentaire*

- *Recueillir l'information auprès du chef de ménage. Une heure correspond à la durée de marche dans un sens. La source de médicament peut être publique ou privée.*

vii) Indicateur n° 7 : Taux d'alphabétisation de l'adulte

a) *Taux d'alphabétisation masculine*

- *Définition*

*Pourcentage d'hommes capables de lire et/ou écrire dans une quelconque n'importe quelle langue.*

- *Formule*

$$\frac{\text{Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus qui sont capables de lire et/ou écrire dans n'importe quelle langue}}{\text{Nombre total d'hommes enquêtés âgés de 15 ans et plus}} \times 100$$

b) *Taux d'alphabétisation féminine*

- *Définition*

*Pourcentage de femmes capables de lire et/ou écrire dans une quelconque langue.*

- *Formule*

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 15 ans et plus qui sont capables de lire et/ou écrire dans une quelconque langue}}{\text{Nombre total de femmes enquêtées âgées de 15 ans et plus}} \times 100$$