



21223

Distr.
LIMITEE



E/CN.14/SWCD/49
15 octobre 1969

FRANCAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE
Conférence régionale sur une politique
harmonisée de développement rural
en Afrique

Moshi (Tanzanie), 13-24 octobre 1969

LES SERVICES DE SANTE : FACTEUR D'UN DEVELOPPEMENT RURAL
INTEGRE A L'ECHELON REGIONAL

par

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

1. INTRODUCTION

Au début de l'actuelle décennie, avec l'accession à l'indépendance d'un grand nombre de nations nouvelles, le caractère essentiellement rural de la plupart de ces pays est apparu de plus en plus comme un problème fondamental dans le développement général. Cette mutation historique a coïncidé avec la disparition virtuelle des ressources céréalières de l'Occident, ainsi qu'avec des déficits dans la production de certains autres pays, phénomènes dont la conjonction a attiré l'attention sur le secteur rural. L'insistance mise au début sur le développement purement agricole et l'amélioration du cheptel n'ayant pas donné les résultats prévus, on a alors tenté d'aborder le problème de façon plus large, en faisant entrer en jeu la population intéressée, ses valeurs, ses institutions, ses motivations, son mode de vie. Il devint bientôt évident que pour transformer tous ces facteurs essentiels dans la vie de la population, une approche sectorielle ne peut convenir; le résultat fut l'apparition, au niveau international comme au niveau national, du concept de développement rural intégré.

C'est ainsi que dans son Rapport du 1963^{1/} sur le Comité administratif pour la coordination, le Conseil économique et social des Nations Unies a parlé du "souci accru d'intégrer les dispositions assurant actuellement la coordination et la coopération entre les institutions spécialisées, pour s'attaquer de concert aux problèmes de l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les zones rurales". En 1967, le Programme des Nations Unies pour le développement a pris la tête d'une action concrète, en organisant sous son patronage un "Groupe de Travail interorganisations sur le développement communautaire et rural" d'où est sorti le Rapport Dey - "Mais, pour Qui" ^{2/}.

^{1/} UN/ECOSOC, Document E/3765, 1963, par. 85

^{2/} Rapport de S.K. Dey au PNUD, 1967.

A partir des résultats des recommandations formulées par le Groupe de Travail au cours de ses sessions ultérieures, la Division du développement social du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies a organisé sur ce thème deux études confiées à M. Laurence Hewes, dans le but de traduire cette philosophie en une stratégie et des directives d'action. Le second rapport, qui a été étudié par le Groupe de Travail sur le développement communautaire et rural lors de sa 16ème session, attirait l'attention sur le fait qu'il est utopique d'établir un plan de développement simultané à l'échelle du pays tout entier, et introduisait le concept de développement rural intégré à l'échelon régional.

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DU DEVELOPPEMENT RURAL INTEGRE A L'EACHELON REGIONAL

Les traits généraux de cette nouvelle approche vont bien évidemment être exposés en détail dans les autres documents présentés à la première Conférence régionale africaine sur une approche intégrée du développement rural, qu'organise la CEA. Pour plus de facilité toutefois, il serait peut-être bon de résumer sommairement ici certaines de ces caractéristiques, notamment à l'intention de ceux qui s'intéressent principalement à la santé publique.

2.1. Définition et objectifs

Lorsqu'il s'agit d'un concept nouveau, comme celui qui nous occupe, on peut s'attendre à ce qu'aucune définition n'arrive à satisfaire tout le monde, et à ce que toute définition qui sera adoptée fasse l'objet d'amendements périodiques. Néanmoins, on peut considérer comme suffisante, pour le moment, la définition suivante : "le développement intégré implique l'engagement total dans le processus d'amélioration de tous les individus, socialement, économiquement et politiquement" 1/

Il a comme objectif l'établissement d'un "ensemble de projets et de règles élaboré et coordonné de manière à faire passer, à un niveau nettement supérieur, en un petit nombre d'années, tout le système de vie d'une population rurale donnée et, ce faisant, à créer une société qui deviendra plus tard économiquement et socialement dynamique" 2/.

Comme en tout autre domaine de l'effort humain, ces larges objectifs auront besoin d'être élaborés pour que soient précisés des fins et des buts spécifiques, qui varieront obligatoirement selon la situation locale.

2.2. Viabilité

Les conditions associées à la vie rurale dans les pays récemment développés - chômage ou sous-emploi, modicité des revenus, sous-alimentation ou mauvaise alimentation, frustration, migration vers les villes - sont

1/ Proposé par M. Laurence Hewes à la 16ème session du Groupe de Travail sur le développement rural et communautaire, Genève, 1-14 juillet 1969.

2/ M. Laurence Hewes, idem.

suffisamment connues et il n'est donc pas nécessaire d'insister là-dessus. Pour rompre ce cycle, il est indispensable que l'amélioration des conditions rurales s'accompagne d'un certain degré d'urbanisation dans ces zones, même sur une petite échelle, à la fois pour l'ouverture de marchés dans le voisinage, et pour mettre à la portée des gens certaines des facilités qui attirent les ruraux vers les grandes villes.

La planification du développement régional ne peut se faire isolément, mais doit être préparée dans le cadre de la planification du développement national. Pour qu'un développement rural intégré puisse réussir, il doit avoir l'appui du Gouvernement central et éveiller un sentiment de participation parmi la population.

2.3. Processus organisationnel

Il apparaît indispensable qu'il y ait un organisme central disposant de pouvoirs exécutifs étendus et possédant le personnel technique nécessaire pour assurer la liaison avec les ministères qui doivent établir leurs budgets et leurs programmes d'activités en tenant compte des exigences du plan de développement régional. L'organisme central étendra des rameaux au niveau de la région et du district.

2.4. Stratégie

La région choisie pour un développement intégré correspond généralement à une région administrative, et la méthode utilisée sera essentiellement l'investissement central dans des entreprises créatrices de revenus avec participation de la population de la région à ces activités, et partage des fruits.

Il sera nécessaire de créer des institutions ou de renforcer celles qui existent, d'introduire un certain niveau d'industrialisation, même simple en nature, et de susciter une conscience sociale à partir de laquelle va se développer un sens de la responsabilité communautaire envers ceux qui se trouvent désavantagés par l'âge, la maladie ou l'infirmité.

2.5. Mobilisation des ressources

Pour une grande entreprise de ce type, il faut mobiliser à la fois les ressources nationales et les ressources extérieures. Au niveau national, on insistera sur l'attribution des crédits nécessaires pour planifier les opérations, les mener à bien et maintenir les résultats acquis. Quant aux sources extérieures d'assistance, qu'il s'agisse de services consultatifs, de subventions ou de prêts, il faudra en assurer soigneusement la coordination aussi bien du point de vue des activités des différentes institutions que du point de vue des besoins du pays bénéficiaire.

3. L'OMS ET LE DEVELOPPEMENT RURAL INTEGRE

A l'origine, l'Organisation mondiale de la santé avait centré ses activités sur des campagnes de masse spécifiques fonctionnant avec un mécanisme spécialisé mis en place dans ce but particulier. L'expérience a vite montré que les résultats atteints grâce à l'effort initial massif ne pourraient être économiquement maintenus sans la participation active de l'organisation sanitaire générale. Suite logique de cette constatation, on se fixa pour règle d'encourager et d'aider les projets sanitaires, en zone rurale particulièrement, dans lesquels les activités se référant à des problèmes particuliers se trouvent intégrées dans les services de santé de base généraux.

Bien que pareils services de santé de base - à des degrés d'intégration variables - existent dans tous les pays d'Afrique, il est à peu près universellement reconnu que leur couverture géographique ne répond pas aux besoins quotidiens de la population, dans les zones rurales surtout. C'est pourquoi l'assistance apportée au cours de ces cinq dernières années a eu surtout pour but d'élargir et de renforcer les services de santé de base. Cependant, les résultats obtenus n'ont pas toujours répondu aux espérances, en raison avant tout de l'insuffisance des crédits face aux dépenses de cette expansion, mais en partie aussi à cause des demandes croissantes exercées sur les services existants par une population toujours plus nombreuse.

C'est pourquoi l'administrateur responsable des services de santé accueille favorablement le concept du développement rural intégré, espérant y trouver la base d'un meilleur développement des services de santé de base.

Mais on se trouve placé là devant un dilemme, celui de savoir ce qu'il faut faire passer en premier. C'est un fait bien connu qu'une bonne condition physique est indispensable à un effort humain soutenu et prolongé, mais l'expérience a montré aussi que dans les pays nouvellement développés, tout programme de santé ayant un effet de masse favorable sur un ou plusieurs des gros problèmes sanitaires a pour conséquence immédiate un brusque relèvement de la courbe démographique. C'est parce que cet accroissement annuel de la population dépasse souvent le taux d'augmentation du produit national brut que le développement économique des zones rurales de ces pays s'est montré aussi lent. On ne peut toutefois trouver là une justification pour abandonner toutes les mesures préventives, puisqu'il est reconnu que "la santé et le bien-être des populations rurales sont indispensables au développement économique et social du pays" ^{1/}.

Si donc l'on veut faire rendre à la santé publique sa contribution maximale au développement rural intégré, l'organisation de ses services devra être planifiée en relation directe avec les bénéfices matériels escomptés, et les progrès réalisés grâce aux autres activités du programme général. Il va certainement être nécessaire, de façon beaucoup plus pressante que ce n'était le cas jusqu'ici, d'intégrer dans les services des éléments de planification démographique, en particulier par l'intermédiaire des services de protection maternelle et infantile.

^{1/} Organisation mondiale de la santé, document EM/RH/14, 1968, p.16.

Puisque ni leurs ressources financières, ni leurs ressources humaines ne peuvent permettre aux pays africains d'envisager la mise en place de services ayant ce but particulier, il serait bon de revoir brièvement quelle est actuellement l'attitude de l'Organisation mondiale de la santé au sujet du développement des services de santé de base, et notamment dans le cadre de la Région africaine.

4. SERVICES DE SANTE DE BASE

4.1. Définitions

La variété des acceptions données à certains termes fréquemment utilisés en ce domaine a conduit à proposer un certain nombre de définitions 1/ :

Poste sanitaire - lieu de rassemblement précis dans une zone rurale, comportant ou non un bâtiment spécial, où une équipe sanitaire se rend à des jours déterminés pour assurer à la population des services sanitaires élémentaires.

Organisme sanitaire secondaire - unité périphérique la plus simple, dotée d'un personnel permanent et remplissant des fonctions sanitaires élémentaires essentielles.

Centre sanitaire - service plus développé qu'un organisme secondaire, remplissant les mêmes fonctions que ce dernier, assurant en outre des fonctions plus complexes que les organismes secondaires satellites ainsi que leur supervision.

Organisation sanitaire de base (OSB) - réseau de centres sanitaires et organismes sanitaires coordonnés, dotés d'un personnel compétent, supervisés par des professionnels, capables d'assurer efficacement, à un nombre progressivement croissant de bénéficiaires, un ensemble de services de santé essentiels pour satisfaire, dans les limites des ressources disponibles, à un moment donné, les besoins de la population en matière de protection et de promotion de la santé. Ce réseau est géré par les autorités sanitaires locales et/ou intermédiaires et centrales, dans le cadre de l'organisation sanitaire nationale, conformément à la structure administrative générale du pays, et appuyé par un système efficace de tri des malades pour les adresser aux services plus spécialisés.

Service de santé de base - ensemble des services, comportant le réseau des postes sanitaires, organismes secondaires et centres sanitaires.

Formation sanitaire de base - expression commode pour désigner l'ensemble constitué par un centre sanitaire, ses organismes sanitaires satellites et les postes sanitaires qui en dépendent. La notion de formation sanitaire de base peut être élargie, de telle sorte que les formations sanitaires de district, de département ou de région puissent correspondre à la "formation sanitaire rurale".

1/ Organisation mondiale de la santé, document AFR/RC 18/8, 1968.

4.2. Considérations générales

Ces définitions, fort utiles lorsqu'il s'agit de procéder à des comparaisons, ne sauraient laisser supposer une quelconque uniformité dans les faits. Alors que dans un pays le centre sanitaire peut comporter un imposant ensemble de moyens et de personnel, y compris des soins comme ceux dispensés dans un hôpital ou une polyclinique, il peut s'agir ailleurs d'un établissement moins important, assurant les "services de santé de base" essentiels à la population. Aussi la notion de l'organisation sanitaire de base et des services qu'elle assurera connaît toute une gamme de variations, d'où des niveaux différents de développement.

4.2.1. Niveaux de développement

Les niveaux d'organisation des services de santé sont très variables. Ici un service s'occupe de "l'homme depuis sa conception jusqu'à sa mort". Là, on voit une équipe composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une sage-femme, aidée à temps partiel par des spécialistes, se consacrer à une collectivité de 4 000 personnes; ailleurs, dans le cadre d'une expérience élargie de service médical familial, une équipe comprenant un médecin, six infirmières et une assistante sociale s'occupe de 2 000 personnes; parfois, un seul auxiliaire médical, à la périphérie, sert 2 000 personnes à partir de son poste. Très intéressante aussi est cette nouvelle expérience de l'Organisation du corps de santé, en Iran, où le jeune médecin qui vient d'obtenir son diplôme se voit confier le soin d'environ 10 000 personnes à desservir avec l'aide de deux ou trois jeunes frais émoulus des écoles secondaires ^{1/}. Pour permettre les comparaisons, il faut préciser que dans les pays de la Région africaine, un organisme secondaire, ayant pour tout personnel un employé de dispensaire, dessert une population de 10 000 habitants ou plus.

Quel que soit leur niveau d'organisation, ces services doivent à partir de débuts parfois modestes se développer progressivement au cours des années. Ainsi, dans la Région africaine, il existe maintenant des zones où un organisme secondaire dessert environ 6 000 personnes. Ces progrès dépendent de plusieurs facteurs.

4.2.2. Facteurs déterminants

Le premier et le principal facteur est sans conteste le niveau de développement socio-économique du pays - ou de la région - avec tout ce que cela implique du point de vue ressources financières, enseignement et autres moyens de formation, personnel médical et paramédical, aide extérieure, etc.. L'ampleur des problèmes sanitaires, de ceux que posent les maladies transmissibles notamment, constitue également un élément important. A cet égard, tout ce qui sera fait pour développer l'organisation sanitaire de base dans une région devra tenir compte des nécessités de la lutte contre les grandes endémies et de la situation démographique, deux facteurs qui jouent un rôle très important dans le progrès économique. Car l'un des principaux éléments

^{1/} Organisation mondiale de la santé, EM/RH/14, 1968, p.6.

qui vont déterminer le choix du type d'organisation sanitaire de base à mettre en place, c'est l'étendue de la couverture à assurer.

4.2.3. Couverture

Il n'est pas de pays de la Région africaine qui ne possède déjà, sous une forme ou sous une autre, une organisation sanitaire de base au service de sa population. Mais un trait commun de toutes ces organisations est l'insuffisance de la couverture qu'elles assurent, du fait de l'éloignement les uns des autres des centres sanitaires et des organismes secondaires. On a malheureusement trop tendance à préférer une approche verticale, par la création d'un petit nombre d'établissements très perfectionnés. Il en résulte que seule une fraction réduite de la population peut effectivement profiter des services de santé de base disponibles.

4.3. Fonctions

Il est maintenant reconnu de façon générale que pour répondre aux besoins actuels de la population, en majorité rurale, des pays de la Région, il faut un système associant un service statique polyvalent de soins à une activité mobile de courte portée, assurée à intervalles réguliers par un agent sanitaire capable de fournir des services simples en plusieurs domaines, éducation sanitaire comprise.

Les services de base essentiels à la population dans son ensemble comprennent les soins médicaux, le dépistage et la prévention des maladies, la protection maternelle et infantile, l'assainissement, l'éducation sanitaire et la collecte des données de statistiques démographiques et sanitaires. Dans le contexte d'un développement rural régional intégré, les besoins particuliers des mères et des enfants devront être étudiés de façon toute spéciale, mais il est bon néanmoins de jeter un coup d'oeil sur le champ général d'action de ces services, et de les analyser en leurs éléments "fonctions spéciales" et "fonctions générales".

4.3.1. Les fonctions spéciales seront :

- premiers secours, traitement symptomatique, traitement normalisé des maladies courantes, envoi rapide aux centres plus importants ou aux hôpitaux des malades qui ne peuvent être soignés localement;

- détection, traitement et prévention des maladies, en particulier des maladies transmissibles, par le dépistage, la déclaration et l'application de mesures de prévention simples, mais adéquates;

- services curatifs et préventifs simples pour les futures mères et les enfants, y compris les services obstétricaux, les soins aux enfants des écoles et les conseils sur l'espacement des naissances;

- amélioration de l'assainissement, avec mise en place et utilisation rationnelle d'installations sanitaires collectives et individuelles.

4.3.2. Les fonctions générales comprendront :

- éducation sanitaire, pour persuader la population de la nécessité d'une bonne hygiène individuelle et collective, et pour promouvoir une participation active de la communauté à la solution des problèmes locaux;
- participation active aux campagnes systématiques d'immunisation et de traitement;
- exécution des programmes de nutrition à l'échelon périphérique;
- collecte des données statistiques concernant la natalité, la mortalité et la morbidité.

Le plan et l'exécution de toutes ces activités se font dans le cadre d'un programme intégré intéressant la population tout entière.

4.4. Choix de fonctions

On ne peut négliger le fait que pour choisir, parmi les fonctions énumérées ci-dessus, lesquelles seront confiées au départ aux différents échelons de l'organisation sanitaire de base, il faut tenir compte de la phase de développement atteinte. Ainsi, dans les premières phases d'activité de l'organisation, il est possible que les postes sanitaires n'existent pas; à leur entrée en activité, ils se borneront peut-être à assurer une consultation mensuelle d'hygiène maternelle et infantile, tenue par une équipe venue du centre sanitaire de la zone, tandis que dans les organismes secondaires de telles consultations pourraient être organisées une fois par quinzaine à l'intention de différents groupes de clients. Une fois bien établis, les postes sanitaires pourront élargir leur activité, et organiser des séances d'immunisation par groupe ainsi que des consultations pour les cas d'affections simples. De même, les visites médicales scolaires pourront n'avoir lieu, pour commencer, que dans les écoles les plus proches du centre sanitaire, puis être ensuite étendues pour toucher, à intervalles d'un an d'abord, puis de six mois, les écoles situées près des organismes secondaires. La règle fondamentale est d'entamer l'action là où les circonstances le permettent, puis d'augmenter progressivement la couverture, tant en termes de services que d'établissements en fonction.

4.5. Personnel

L'effectif et la qualification du personnel employé dans les organismes secondaires et les centres sanitaires dépendront aussi des conditions locales. Mais il se manifeste de plus en plus que le moment approche rapidement où il faudra procéder à une révision critique de la structure du personnel et des catégories de personnel auxiliaire prévues pour servir dans l'actuel contexte africain; où il faudra s'interroger sur la valeur et la rationalité de l'assistant de dispensaire ou de l'infirmier ayant eu deux ou trois années de formation qui voit sa clientèle du matin (4,6 malades par jour dans un certain pays) et puis "ferme boutique"; de l'inspecteur sanitaire, qui, carnet en main, fait ses rondes quotidiennes dans des villages où il n'existe pas

de service d'assainissement qui puisse mener à bien, après son passage, les nettoyages indiqués par lui; ou encore du grand nombre de "matrones" de village abandonnées à leurs propres moyens, sans même le secours d'une formation élémentaire sur la valeur de la propreté pour les accouchements, et la façon d'assurer cette propreté, mais qui gardent néanmoins la confiance de leurs amies et de leurs voisines. Ce ne sont pas là des exemples d'utilisation maximale de faibles ressources humaines disponibles dans les conditions actuelles. La première chose à faire, en étudiant cette situation peu satisfaisante dans son ensemble, et en traçant le plan des services sanitaires dans le cadre d'un programme de développement rural intégré, à l'échelon régional, est de définir soigneusement les besoins sanitaires de la population, les objectifs pour la satisfaction de ces besoins, les fonctions imparties à chaque catégorie de personnel, puis ensuite d'élaborer des programmes appropriés de formation professionnelle. Peut-être est-ce seulement alors que l'on pourra établir une nomenclature normalisée de postes, applicable dans l'ensemble de la Région.

Ce concept nouveau dans la dotation de l'organisation sanitaire de base en personnel exige, entre autres choses, que l'on jette un regard neuf sur la structure du service par rapport aux techniciens de la santé des grades les plus bas. A l'heure actuelle, dans la plupart des pays, ces grades les plus bas pour les fonctionnaires de la santé sont ceux d'infirmier(ère) communautaire (demandant deux années de formation) ou d'assistant de dispensaire (trois années de formation). Mais si l'on doit créer de nouvelles catégories, pour lesquelles la formation théorique nécessaire sera notablement réduite, il faudra prendre certaines dispositions pour assurer l'avancement du personnel au sein du service - au besoin après cours de perfectionnement - pour maintenir éveillé l'intérêt de ce personnel. Il ne semble pas devoir se trouver là de grosses difficultés, car il est certain que pendant longtemps encore, les services de santé dans les pays africains, devront être assurés dans leur majeure partie par les auxiliaires, guidés et supervisés par le personnel des niveaux intermédiaire et professionnel.

Evidemment, avec de grands nombres en jeu, on ne peut formuler de normes d'application générale, puisque tout dépend, d'une manière directe, de la nature des services offerts. Entre autres facteurs qui influenceront la décision à cet égard, il y a le degré auquel il est possible de différencier nettement les populations "rurale" et "urbaine ou péri-urbaine". A l'autre extrême, on trouvera des zones où une population peu nombreuse est si largement dispersée qu'il faudra, au lieu d'installations statiques, mettre en place des équipes mobiles.

5. PARTICIPATION DE LA COLLECTIVITE AUX SERVICES DE SANTE

Le cadre général que nous venons de voir, s'il convient aux programmes habituels établis à l'échelle des pays, peut également s'appliquer à une zone choisie en vue d'un développement rural intégré à l'échelon régional. Dès le début, par l'intermédiaire du stimulus des activités de développement collectives, des occasions se présenteront de faire participer activement la population à la réalisation de l'organisation sanitaire de base qui a été décidée, par exemple, par la construction des bâtiments nécessaires selon le plan prévu, ou des aménagements à apporter à ces bâtiments; par un service bénévole à temps partiel dans les centres de santé, pour aider le responsable, tenir dossiers ou fiches, etc..

Comme actuellement la plupart des centres sanitaires ou des organismes satellites ne reçoivent leurs clients que le matin, on peut facilement utiliser, au début, ce bâtiment comme un centre d'activités de développement communautaire dans lesquelles on ferait entrer des programmes liés directement à la santé pour le bénéfice, non seulement des mères et des enfants, mais aussi des pères et des jeunes. En fait, il serait peut-être avantageux de créer un "complexe de formation" groupant en un seul lieu tous les centres donnant une formation quelconque : santé, extension agricole, développement communautaire, alphabétisation des adultes; les gens s'y réuniraient pour recevoir des informations, en donner ou participer à leur diffusion.

C'est grâce à ces méthodes d'éducation que l'on verra surgir une population consciente de ses besoins et de ses droits, qui assumera elle-même petit à petit la charge de formuler ses demandes spécifiques, en matière de santé comme dans les autres domaines. L'expérience a prouvé que d'une manière générale, les services de santé qui réussissent le mieux sont ceux qui sont mis à la disposition d'une population qui les a réclamés.

Références

1. Vingt-huitième rapport du Comité administratif pour la coordination (1963). Document E/3765 du Conseil économique et social des Nations Unies.
2. Mais, pour Qui (1967) M. S.K. Dey, rapport au Programme des Nations Unies pour le développement.
3. Etude sur un développement rural intégré dans les pays en voie de développement (1969). M. Laurence Hewes, projet de rapport préliminaire, document de travail No. 2/ACC/WGRCD/XVI.
4. Le Développement des services de santé de base dans la Région africaine (1968) Organisation mondiale de la santé, document AFR/RC 18/8.
5. Séminaire sur les services de santé dans les zones rurales (1968) Organisation mondiale de la santé, document EM/RH/14.