

# La réforme du système de Santé

3

## Une puissance de calcul

Des données attestées sur la santé de la population contribuent à produire un changement.

*La carence de données sur la population observée dans de nombreux pays en développement entrave la création de programmes bien étayés. Dans deux districts de la Tanzanie, un système de surveillance démographique (SSD) procure des informations vitales permettant aux planificateurs de la santé de déterminer l'efficacité globale du régime de santé et de suivre l'état de la population. Ils sont ainsi en mesure de planifier et de budgétiser la prestation des services de santé en fonction de critères plus stratégiques.*



CRDI : P. Bennett

La collecte d'information repose sur les efforts d'une petite armée d'enquêteurs.

La station démographique du district de Rufiji à Ikwiriri est logée dans un édifice plaisant qui n'a pourtant rien d'exceptionnel : une structure allongée et blanche sur laquelle s'ouvrent des portes peintes en bleu et coiffée d'un toit en tôle. À l'intérieur, une atmosphère feutrée et concentrée : les employés sont rivés à leurs écrans d'ordinateur, saisissant en continu des fragments d'information. Mis bout à bout, ces éléments composeront un portrait cohérent des caractéristiques démographiques et sanitaires des collectivités rurales de la région côtière de la Tanzanie longeant l'océan Indien.

La scintillation des écrans et le ronflement constant des machines à la station de données d'Ikwiriri ne racontent que la moitié de l'histoire. L'exploitation d'un système de surveillance démographique (SSD) comme celui-ci exige une puissance de calcul de haute technologie alliée à un travail musculaire digne d'un coureur de fond. Car l'autre fonction clé du SSD — la collecte d'information inventoriée et interprétée à l'aide des programmes informatiques — repose sur les efforts d'une petite armée d'enquêteurs à vélo qui parcourent une section de 1 813 km<sup>2</sup> du district en rendant visite à toutes les familles qui vivent dans les confins de cette zone « sentinelle ».

Le processus a commencé il y a plusieurs années, lorsque les enquêteurs ont procédé à un recensement initial en utilisant des formulaires précodés pour recueillir les données de référence sur la composition des ménages, le statut socio-économique et d'autres indicateurs de base. Depuis lors, ces cyclistes intrépides sont revenus régulièrement pour mettre à jour l'information sur l'état de santé des résidents et d'autres



CRDI : P. Bennett

**En Tanzanie, la surveillance démographique continue de constituer une composante cruciale des efforts déployés pour réformer le cadre de prestation des services de santé.**

circonstances en annotant toute variation et en enregistrant les événements marquants (grossesses et naissances, décès et changements de la situation de famille).

« À l'heure actuelle, notre base de données contient des données sur 85 000 personnes résidant dans quelque 20 000 ménages », dit Eleuther Mwageni, coordonnateur du SSD, faisant allusion au volume de travail que comporte la mise à jour continue des statistiques sanitaires du district. « Nous faisons nos enquêtes par tournées. Une tournée dure quatre mois, de telle sorte que nous rendons visite trois fois par année aux 20 000 ménages ».

Malgré la nature de ce processus exigeant en main-d'œuvre, le suivi sentinelle du SSD est de plus en plus considéré dans le monde en développement comme la meilleure méthode, et aussi la plus économique, de collecte des données longitudinales approfondies tellement utiles pour améliorer la santé, atténuer la pauvreté et achever d'autres objectifs sociaux essentiels. S'assurer que les régimes de soins de santé répondent aux besoins les plus urgents de la population exige, par exemple, une bonne compréhension des maladies qui contribuent (dans quelles proportions et selon quelles tendances) à la mortalité et à l'invalidité dans les ménages.

## Un milliard de personnes absentes du compte

Malheureusement, de nombreux pays dans le monde en développement ont un système inadéquat, sinon inexistant, d'enregistrement des données d'état civil. Par exemple, sur les 57 pays qui forment les régions d'Afrique et d'Asie du Sud-Est de l'Organisation mondiale de la santé, seulement huit disposent des données démographiques de base et seulement un d'entre eux, de statistiques nationales sur les décès. On estime que dans les pays les plus démunis de la planète, la naissance et le décès d'un milliard de personnes ne sont jamais enregistrés.

Bien que les SSD ne soient pas destinés à servir de registres nationaux des naissances et des décès, ils peuvent compenser

l'absence temporaire de registres d'état civil nationaux en créant des instantanés représentatifs de populations sentinelles susceptibles d'être généralisés pour faire connaître aux décideurs l'état sanitaire de la population et l'évolution de la fécondité, de la pauvreté et d'autres enjeux sociaux, économiques et environnementaux d'importance vitale. Puisque l'information provenant d'une « sentinelle » démographique peut être extrapolée à des régions plus vastes ayant une composition et des conditions similaires, les SSD procurent un moyen beaucoup moins onéreux de fournir aux décideurs les données validées dont ils ont besoin en attendant que les pays puissent établir un enregistrement complet des données d'état civil.

## La réforme des soins de santé

En Tanzanie, la surveillance démographique continue de constituer une composante cruciale des efforts déployés pour réformer le cadre de prestation des services de santé. Depuis un certain nombre d'années, des équipes de gestion de la santé de district (EGSD), dans les circonscriptions très peuplées de Rufiji et de Morogoro, collaborent avec le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST) en s'efforçant d'augmenter l'efficacité des systèmes de santé du district par une affectation de fonds mieux proportionnée aux interventions essentielles qui ciblent les principales causes de décès et d'invalidité constatées sur place.

Ce processus a suivi un cheminement en plusieurs étapes. La première a consisté dans la détermination de la « charge de morbidité » prévalant sur place — pour tenter de composer un portrait fidèle des maladies qui font le plus de ravages. Le défi est devenu, dès lors, d'ajuster le processus de budgétisation afin que les fonds puissent être octroyés dans une proportion plus équitable aux interventions destinées à endiguer les principales causes de mortalité. Inversement, en sachant dans quelle mesure les maladies spécifiques contribuaient au taux local de mortalité, il devenait possible d'alerter les planificateurs de la santé de district lorsqu'ils dépensaient des sommes proportionnellement trop importantes pour combattre des maladies ayant une incidence moindre sur la santé publique.

Un résultat de ce processus dans les deux districts de Rufiji et de Morogoro est que les équipes ont résolu de privilégier la gestion intégrée des maladies infantiles (connue sous le sigle anglais IMCI (*integrated management of childhood illness*)) et de pointer leurs efforts sur la lutte contre le paludisme. Appliquée conjointement à un apport supplémentaire de moins de 1 \$US par tête et à l'adoption de plusieurs mesures de renforcement de capacités destinées à augmenter l'efficacité d'ensemble des systèmes de santé locaux, cette restructuration des priorités budgétaires a conduit à des améliorations significatives de la situation sanitaire des deux districts. La baisse moyenne de la mortalité infantile dans les deux districts, par exemple, a dépassé 40 % sur une période de cinq ans.

## Un tableau complet

Comment les planificateurs de district ont-ils su que le paludisme et la grappe des maladies infantiles traitées par l'IMCI devaient devenir leurs priorités budgétaires absolues ? Une façon de déterminer la charge locale de morbidité est

l'examen des registres des décès dans les hôpitaux et les établissements de santé communautaires. Le problème, cependant, est que « nous avons constaté que près de 80 % de tous les décès [dans les districts ruraux] survenaient à domicile », de dire Don de Savigny, directeur de recherche du Piest.

À titre de comparaison, le SSD — le mécanisme choisi pour déterminer la charge locale de morbidité — parvient à des taux de précision élevés, car il inclut tous les habitants qui résident dans les limites d'une zone sentinelle. Une fois recensée, les seuls moyens par lesquels une personne peut être rayée du registre du SSD sont la migration ou le décès. Et tout résidant né dans cette circonscription ou qui migre d'un autre district fera désormais l'objet de ce recensement continu. De plus, le recours à un réseau de 150 « recenseurs clés » fera en sorte qu'aucun décès ne passera inaperçu. Ces recenseurs clés ont connaissance de tous les décès qui surviennent à l'intérieur de la zone d'étude du SSD et les signalent. L'information est communiquée à un superviseur, qui s'efforcera de rendre visite au ménage dans les deux semaines pour prendre acte du décès.

D'autres mécanismes maintiennent à un niveau élevé la validité des données. Tous les décès sont sujets à une « autopsie verbale » visant à déterminer la cause probable du décès. Un intervieweur spécialement formé visite le ménage entre deux et quatre semaines après le décès. Considérant le tact requis pour recueillir l'information auprès des familles en deuil, les autopsies verbales sont l'unique mission de ces intervieweurs qui appliquent un formulaire normalisé réclamant un entretien de plusieurs heures. L'avantage d'un tel entretien approfondi — très circonstancié et adapté au contexte — est qu'il minimise la probabilité d'un diagnostic erroné. Dans les cas où les symptômes seraient causés par des affections multiples, l'information contextuelle peut aider à cerner avec une plus grande précision la cause du décès. Après l'exécution de l'autopsie verbale, des médecins indépendants examinent les résultats afin de déterminer les causes directes et sous-jacentes de chaque décès.

## Une boucle de rétroaction utile

À Morogoro (où un SSD est en opération depuis 1992) et à Rufiji (où un SSD a été établi en 1998), la disponibilité d'informations courantes sur les taux locaux de mortalité obéissait à un double but. Les données ne permettaient pas seulement aux planificateurs d'apprécier les principales composantes proportionnelles de la charge de morbidité et d'affecter les fonds à l'avenant, mais — au vu de leur mise à jour constante — elles rendaient encore possible aux équipes dans les zones sentinelles de recevoir un prompt retour d'information sur le succès de leurs efforts visant à contrer les maladies les plus meurtrières. Un tel mécanisme de rétroaction s'avère utile pour revoir les stratégies et ajuster les objectifs dans le temps.

Il était admis depuis les débuts que les équipes se heurteraient à des obstacles dans leurs efforts de saisir la portée du concept de charge de morbidité. Peut-être le plus grand écueil était de parvenir à démêler la masse d'informations quantitatives de nature démographique et épidémiologique générées par le SSD.

L'outil « profil de la charge de morbidité » élaboré par le Piest aide à la résolution de ce problème. Parmi la batterie d'outils de planification et de gestion simples qui ont été mis au point, une application informatique conviviale permet la conversion des statistiques du SSD dans des représentations graphiques d'une grande clarté. Les graphiques produits expriment l'information sur la charge de morbidité en « parts traitables par les interventions ». Ces graphiques sont regroupés en un récapitulatif annuel — le « profil de la charge de morbidité » — sous la forme d'un ensemble de graphiques accompagnés de légendes qui donnent aux planificateurs du district un aperçu rapide du vaste éventail des paramètres sanitaires de la population à l'échelle des ménages. Cela signifie que les planificateurs de la santé peuvent se faire rapidement une idée des principales causes de mortalité et des interventions dans lesquelles il conviendra d'investir (et dans quelles proportions) pour améliorer la santé de la population. Cet outil ouvert est rendu accessible présentement à d'autres sites SSD en Afrique.

## Une solution multipays

Le SSD est une ressource qui peut être utilisée assurément dans de nombreuses régions en développement. Le concept a été mis en pratique à l'origine au Bangladesh dans les années 1960. En 1998, les représentants de 17 centres SSD venant de 13 pays ont établi un organisme-cadre appelé Réseau INDEPTH. Le réseau a pour mandat de favoriser et d'encourager la formulation de politiques étayées par des données attestées obtenues à l'aide du SSD. INDEPTH dessert également ses membres (plus de 40 sites à ce jour) en élevant la qualité des normes techniques et en stimulant le développement méthodologique et l'échange d'informations.

Le SSD trouve application également dans d'autres champs de recherche. Le système est considéré de plus en plus essentiel au suivi des tendances associées aux stratégies de réduction de la pauvreté et dans les domaines de l'éducation, de la sécurité alimentaire et des effets de l'environnement, outre le recueil et la compilation des informations sur la condition sanitaire des ménages. Par exemple, le SSD est utilisé désormais pour aider à l'évaluation de l'équité relativement aux résultats pour la santé et à l'accès aux services et à d'autres mesures sociales, à mesure que sont entrepris sur le plan national des efforts pour lutter contre la pauvreté.

Un service inauguré récemment en Tanzanie utilise le SSD pour corréliser le revenu des ménages à l'accès aux soins de santé et aux résultats pour la santé. Les données sont recueillies dans les zones sentinelles couvertes par le SSD, à l'aide de calculs d'approximation des revenus et des dépenses afin de déterminer le statut socio-économique du ménage. Par le classement des ménages sur une échelle allant des « grands pauvres » aux « moins pauvres », il devient possible de déterminer s'il existe une quelconque relation entre les seuils de pauvreté, l'état de santé général et l'utilisation des services de santé. Cette recherche pourrait aider à localiser avec précision les moyens d'assurer une prestation de services de santé plus propices aux pauvres.

L'utilisation du SSD comme instrument de politique est aussi rentable. Puisque les enquêteurs rendent déjà visite trois fois l'an à tous les ménages de la zone sentinelle, l'ajout d'un groupe de questions ne comporte pas de grande dépense.

Appliqué à un éventail de questions touchant à la santé, la réduction de la pauvreté, la sécurité alimentaire et les enjeux environnementaux, le SSD devient un outil de plus en plus économique pour produire les données attestées incitant à l'action dans de larges pans de politiques publiques.

## Un besoin d'expansion

Compte tenu du rôle vital que le SSD a joué dans les réformes sanitaires à Rufiji et à Morogoro, le PIEST recommande l'utilisation plus étendue de ce mécanisme de recueil de données. *La réforme du système de santé*, publié récemment par le CRDI, fait valoir que les pays qui ne possèdent aucun enregistrement fonctionnel des données d'état civil nécessitent au moins deux SSD — le premier en milieu urbain et le second dans les campagnes. Plusieurs systèmes de surveillance sont préconisés pour les pays dans lesquels la configuration des risques pour la santé est plus diversifiée. Il convient également que les gouvernements reconnaissent dans le SSD une importante ressource susceptible de produire plusieurs séries d'informations longitudinales approfondies — sur l'évolution démographique et l'état de santé, les indicateurs de la pauvreté, les indicateurs de l'équité, etc.

Les auteurs de *La réforme du système de santé* soulignent également que la présence d'un SSD peut contribuer à d'autres réformes importantes en matière de politiques publiques. Par exemple, l'adoption de l'approche englobant tout le secteur (SWAp) où les fonds consentis par les donateurs internationaux sont mis en commun en vue d'une affectation par les autorités locales conforme à leur planification globale est considérée comme un moyen efficace pour permettre au financement du développement international de mieux répondre aux besoins locaux. Dans le passé, toutefois, plusieurs donateurs étaient réticents à appuyer cette approche en raison de l'obligation de rendre compte car ils doivent démontrer que leur contribution a produit des résultats bien déterminés. La présence d'un SSD peut contribuer à donner rapidement une telle preuve puisque les statistiques rendant compte des taux de mortalité fournissent un tableau clair de l'efficacité des mesures stratégiques adoptées.

*La présente étude de cas a été rédigée par Stephen Dale, pour le compte de la Division des communications du CRDI.*

[www.crdi.ca/piest](http://www.crdi.ca/piest)

### Renseignements :

**Dr E. Mwageni**

Development Studies Institute  
Sokoine University of Agriculture  
PO Box 3024  
Morogoro  
Tanzania

Tél. : +255-23-2604645  
Télec. : +255-23-2604645  
Courriel : [mwageni@suanet.ac.tz](mailto:mwageni@suanet.ac.tz) /  
[mwageni@hotmail.com](mailto:mwageni@hotmail.com)

### La réforme du système de santé

De plus amples renseignements sur le renforcement des capacités des équipes de gestion de la santé des districts de Morogoro et de Rufiji sont donnés dans *La réforme du système de santé*, publié sous la direction de Don de Savigny, Harun Kasale, Conrad Mbuya et Graham Reid. L'ouvrage décrit le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie — ses origines, ses répercussions, les principales leçons, observations et propositions pour les décideurs et les analystes des politiques. Le texte intégral est accessible sous forme de dossier thématique Web, qui conduit le lecteur à travers un enchaînement virtuel de ressources retraçant le cheminement du PIEST : [www.crdi.ca/piest](http://www.crdi.ca/piest).

*La réforme du système de santé* est un ouvrage de la collection *un\_focus*, consacrée aux questions d'actualité les plus pressantes qui influent sur le développement durable.



Publié en collaboration avec le ministère de la santé de la Tanzanie.



**Gouvernance, équité et santé**  
**Centre de recherches pour le développement international**  
BP 8500, Ottawa (Ontario), Canada  
K1G 3H9

Tél. : +1 (613) 236-6163  
Télec. : +1 (613) 567-7748  
Courriel : [health@idrc.ca](mailto:health@idrc.ca)  
Web : [www.crdi.ca](http://www.crdi.ca)

Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) est une société d'État créée par le Parlement du Canada en 1970 pour aider les scientifiques et les collectivités des pays en développement à trouver des solutions à leurs problèmes économiques, sociaux et environnementaux. L'appui du CRDI sert à consolider la capacité de recherche indigène afin d'appuyer les politiques et les technologies susceptibles de contribuer à l'édification, dans les pays du Sud, de sociétés plus saines, plus équitables et plus prospères.