

un_ **focus**



La réforme du système de Santé

par **Don de Savigny, Harun Kasale,
Conrad Mbuya, et Graham Reid**

L'ENJEU

LA RECHERCHE

LES LEÇONS

Centre de recherches pour le développement international
En collaboration avec le ministère de la Santé de la Tanzanie

La réforme du système de
Santé

un_focus



Les questions d'actualité les plus pressantes qui influent sur le développement durable, voilà à quoi s'attaque la collection *un_focus* du CRDI. Chaque fascicule distille les recherches du CRDI pour en tirer les enseignements les plus importants ainsi que les observations et les recommandations les plus pertinentes pour les décideurs et les analystes des politiques. Chacun constitue en outre un point de convergence vers un site web où le CRDI étudie ces questions plus en profondeur et présente toute l'information que souhaitent obtenir les lecteurs et internautes de divers horizons. La liste de tous les sites *un_focus* se trouve à **www.crdi.ca/un_focus**. On peut aussi parcourir et commander les titres de la collection à **www.crdi.ca/livres**.

Vous avez des commentaires ? Écrivez-nous à **pub@idrc.ca**.

La réforme du système de Santé

par **Don de Savigny, Harun Kasale,
Conrad Mbuya et Graham Reid**

CENTRE DE RECHERCHES POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL
Ottawa • Dakar • Le Caire • Montevideo • Nairobi • New Delhi • Singapour

En collaboration avec le ministère de la Santé de la Tanzanie

Publié par le Centre de recherches pour le développement international
BP 8500, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3H9
www.crdi.ca

© Centre de recherches pour le développement international 2004

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre : La réforme du système de santé

Publ. aussi en anglais sous le titre : Fixing health systems.

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 1-55250-156-6

1. Santé publique — Planification — Tanzanie.
 2. Politique sanitaire — Tanzanie.
 3. Santé rurale — Tanzanie.
 4. Santé publique — Planification — Pays en voie de développement.
- I. de Savigny, Don.
II. Centre de recherches pour le développement international (Canada)

RA395.C3H4214 2004

362.1'04257'09678

C2004-980289-5

Tous droits réservés. Toute reproduction, stockage dans un système d'extraction ou transmission en tout ou en partie de cette publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit — support électronique ou mécanique, photographie ou autre — est interdit sans l'autorisation expresse du Centre de recherches pour le développement international. Tous les noms de spécialité mentionnés dans la présente publication ne sont donnés qu'à titre d'information et le fait qu'ils soient mentionnés ne signifie pas que le Centre les approuve. Les frontières et les noms géographiques figurant sur les cartes reproduites dans la présente publication ne doivent pas laisser croire que le Centre de recherches pour le développement international les approuve ou les accepte de quelque manière que ce soit.

Les Éditions du CRDI s'appliquent à produire des publications qui respectent l'environnement. Le papier utilisé est recyclé et recyclable; l'encre et les enduits sont d'origine végétale.

La présente publication fait partie intégrante des sites thématiques du CRDI sur le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST) [voir **www.crdi.ca/piest**]. Les lecteurs ont accès à la version intégrale, laquelle renvoie à divers documents qui traitent de l'évolution du PIEST.

Table des matières

Préface — M.J. Mwaffisi ➔ **vii**

Avant-propos ➔ **xi**

Chapitre premier. L'idée générale ➔ **1**

En Afrique, les services de santé traversent une crise qui dure depuis des décennies. Le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST) veut confirmer l'hypothèse selon laquelle la réforme de la santé doit reposer non seulement sur l'accroissement du financement, mais aussi sur des investissements en santé plus stratégiques.

Une histoire d'espoir et de lutte . 5

De nouvelles initiatives audacieuses . 8

Le PIEST : une pièce du puzzle . 10

Une idée puissante au banc d'essai . 14

Une complexité ancrée dans trois questions fondamentales . 18

La nécessité d'une approche intégrée . 20

L'efficience mène à l'équité . 24

Chapitre 2. L'approche ➔ **27**

Deux grands districts de la Tanzanie — déjà engagés dans une réforme de la santé axée sur la gestion locale des ressources — tentent d'actualiser les dépenses en santé afin qu'elles correspondent davantage aux approches rentables de la charge de morbidité locale. L'information fournie par les systèmes de surveillance démographique permettent aux planificateurs de déterminer les priorités en matière de dépenses. Grâce à quelques outils de gestion fort simples, ils peuvent allouer les fonds aux interventions qui auront l'effet le plus déterminant sur les causes de mortalité dans les collectivités.

L'intégration de la recherche et du développement . 29

La création de consortiums . 31

Le début de la recherche . 33

Le système de surveillance démographique . 36

La prochaine étape . 47

Chapitre 3. Les résultats → 49

De nouveaux moyens de planification permettent aux équipes de gestion de la santé de district de réorienter leurs budgets pour mettre davantage l'accent sur les principales causes de mortalité, notamment le paludisme et une grappe de maladies infantiles. Pour s'attaquer à ces problèmes, toutefois, ces équipes doivent pouvoir appliquer les modestes fonds supplémentaires qui leur sont accordés au renforcement des capacités du système de santé. Il faut pour cela de meilleurs programmes de formation, une répartition plus équitable des ressources et notamment des médicaments, des pratiques cliniques plus adéquates et une clientèle plus satisfaite des services de santé qu'elle reçoit. Il en est résulté un net recul de la mortalité dans les deux districts.

- Le financement supplémentaire . 51
- Le renforcement des capacités de gestion et d'administration . 53
- La gestion intégrée en cascade . 55
- La remise en état des établissements de santé . 60
- L'utilisation des outils de planification budgétaire par les districts . 62
- Une nouvelle offensive contre la maladie . 70
- La gestion intégrée des maladies infantiles . 72
- Conclusion . 77

Chapitre 4. Le plan de diffusion → 79

La mortalité a considérablement diminué dans les deux districts. Mais il ne faut pas s'endormir sur nos lauriers. Les outils qui ont contribué à ce succès doivent être disséminés ailleurs en Tanzanie et dans le monde. Ce chapitre porte sur les moyens d'étendre la portée des innovations du PIEST.

Chapitre 5. Les leçons à retenir → 87

Investir dans les systèmes de santé est une façon efficace d'améliorer la santé de la population : tel est le principal enseignement qui se dégage du Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie. Ce chapitre expose les grandes leçons à retenir de l'expérience du PIEST.

- Associer recherche et développement . 88
- Les gens . 89
- L'infrastructure . 90
- La gouvernance . 90
- L'information . 91
- Conclusion . 93

Annexe 1. Remerciements → 95

Annexe 2. Glossaire → 105

Annexe 3. Sources et ressources → 115

L'Éditeur → 121

Préface



Les difficultés auxquelles l'Afrique doit faire face dans le domaine de la santé sont énormes et souvent décourageantes. Après des décennies de stagnation, voire d'aggravation, des indicateurs de santé et de pauvreté sur tout le continent, les Objectifs du Millénaire pour le développement — adoptés par les Nations Unies lors du Sommet du millénaire tenu en septembre 2000 — ont établi des repères en vue d'améliorer le secteur de la santé. S'ils se réalisent, ces objectifs feront grandement progresser le bien-être et le taux de survie de millions de personnes. On prévoit que, d'ici à 2015, le taux de mortalité infantile sera réduit de deux tiers et celui lié à la maternité, de trois quarts tandis qu'on pourra faire échec à des maladies infectieuses comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida — qui risquent d'être encore plus néfastes dans les années à venir qu'elles ne le sont aujourd'hui — et même les éradiquer.

Ces objectifs sont-ils réalistes ? Les dernières expériences menées dans les grands districts de Rufiji et de Morogoro, en Tanzanie, nous portent à l'optimisme. En quatre ans, ces deux districts (où la population globale s'élève à plus de 700 000 personnes) se sont beaucoup rapprochés des objectifs de l'ONU pour ce qui est de la santé de l'enfant, le taux de mortalité infantile ayant diminué de plus de 40 %. Ces gains ne sont pas attribuables à une seule intervention, mais à toute une gamme de mesures simples visant à améliorer l'efficacité du système de santé et à répartir les fonds selon les causes locales du taux de mortalité (quantifiées à l'aide de données recueillies par les systèmes de surveillance démographique).

L'assertion sous-jacente à cette réalisation — soit que l'on pourrait améliorer considérablement la santé en adoptant, au strict minimum, des interventions en santé qui tiennent compte directement et de manière rentable des données attestées relativement à la charge de morbidité locale — est un des principaux postulats avancés dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé* (Banque mondiale, 1993). À peu près à la même époque, la Tanzanie a entrepris une réforme de la santé axée sur la décentralisation de l'autorité en matière de planification sanitaire (qui permettrait aux districts de procéder à une allocation des fonds plus conforme aux besoins locaux). Aussi était-il logique que la Tanzanie accepte d'accueillir le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie qui voulait vérifier l'hypothèse principale du *Rapport sur le développement dans le monde 1993*.

Au début, personne n'aurait pu hasarder une opinion sur l'issue de cette initiative. Aujourd'hui, toutefois, nous pouvons affirmer franchement que nous sommes ébahis des résultats de cette décision. Grâce à divers outils de gestion interdépendants, créés par le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie ou PIEST (nom sous lequel il est désormais connu), les équipes de santé des districts ont pu améliorer largement l'efficacité des systèmes

de santé locaux et, par conséquent, réaliser de véritables progrès, comme en témoigne la spectaculaire réduction du taux de mortalité infantile dont nous avons fait état. Ces outils — qui se sont multipliés depuis l'idée première — sont toujours aussi indispensables à la planification sanitaire des districts. Les planificateurs des services de santé peuvent donc faire beaucoup plus que ce que leur permet la faible augmentation du financement dont ils disposent — prouvant ainsi qu'il est possible de commencer à améliorer sensiblement les services de santé tout en cherchant à obtenir des augmentations plus substantielles des budgets pourvu que l'on veille à une répartition plus rationnelle des ressources et au renforcement du **système**.

Le rendement amélioré du système de santé dans son ensemble pourrait bien être, au cours des prochaines années, la pierre angulaire de nouvelles initiatives dans le secteur de la santé, alors que des pays comme la Tanzanie adopteront de nouvelles thérapeutiques et de nouveaux traitements pour le VIH/sida, par exemple. Il va sans dire que, pour faire parvenir ces traitements aux personnes qui en ont besoin et pour qu'ils soient utilisés efficacement, il faut pouvoir compter sur une saine gestion, des travailleurs de la santé motivés et des réseaux de communication et de transport fonctionnels.

Au vu du remarquable succès atteint dans les districts de Rufiji et de Morogoro, la Tanzanie et ses partenaires du domaine de la santé se doivent de favoriser la généralisation et la diffusion des outils et des stratégies qui sont à l'origine même de ces améliorations et de régler le problème pressant et récurrent de « l'adoption à l'échelle nationale » de cette boîte à outils. Cette extension a d'ailleurs déjà commencé dans neuf autres districts, lesquels forment ensemble les deux grandes régions de Coast et de Morogoro. Cependant, il faut de toute urgence en faciliter l'application concrète et rentable dans tout le pays en améliorant les mécanismes d'initiation et de formation pratique.



Au moment de mettre sous presse le présent ouvrage, le ministère de la Santé annonçait son intention de fournir, dans le cadre de son partenariat avec le PIEST, un plan et un budget visant à consolider un réseau de centres de formation régionaux dans l'ensemble du pays. Dans l'immédiat, toutefois, il est essentiel de poursuivre sur notre lancée alors que nous passons des « pratiques exemplaires » à la mise à l'échelle nationale. Il importe au plus haut point que ces améliorations notables des systèmes de santé des districts puissent non seulement se répéter dans toutes les régions de ce grand pays qu'est la Tanzanie, mais aussi dans les pays voisins qui constituent l'Afrique subsaharienne et, de fait, dans le monde entier. Car, nous en sommes tous conscients, les maladies ne connaissent pas de frontières et les succès enregistrés dans un pays donné méritent d'être répandus.

J'espère sincèrement que cet ouvrage saura convaincre les lecteurs que la planification et l'établissement des priorités, fondés sur des données attestées et conjugués à l'utilisation d'outils simples qui permettent d'améliorer les services de santé, est une stratégie sensée. C'est une stratégie qui invite les collectivités à former des partenariats solides pour les années à venir et qui est porteuse d'espoir pour les autres pays en développement aux prises avec les mêmes défis.

M.J. Mwaffisi

*Secrétaire permanente, ministère de la Santé,
République unie de Tanzanie*

Août 2004

Avant-propos



Un « optimisme prudent », voilà l'expression qui décrit le mieux l'attitude résultant des dix ans d'expérience amassée depuis le début du Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST).

Cet espoir découle surtout du fait que le PIEST a donné d'heureux résultats dans un domaine où les perspectives avaient toujours été sombres. Ce projet, fruit d'une précieuse collaboration entre le ministère de la Santé de la Tanzanie et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada, avait pour principal objectif de vérifier une assertion avancée par la Banque mondiale dans son *Rapport sur le développement dans le monde* de 1993. Ce rapport laissait entendre qu'il est possible d'abaisser considérablement les taux de mortalité et de morbidité dans les pays en développement, même avec de modestes ressources, si les budgets des services de santé étaient alloués à

des interventions rentables, plus compatibles avec la « charge de morbidité » locale.

Plus de dix ans après, l'expérience du PIEST montre qu'il s'agit là d'une idée solide. Dans deux districts de la Tanzanie, les budgets ont été restructurés pour tenir compte de la charge de morbidité locale : les fonds ont été alloués à une liste plus sélective d'interventions en santé, proportionnelles aux répercussions des diverses maladies. Les améliorations survenues depuis dans les services de santé de ces districts ont eu des conséquences décisives et encourageantes. Elles confirment qu'un grand nombre des décès qui surviennent présentement dans les pays en développement sont évitables. Elles révèlent que nous possédons aujourd'hui les connaissances nécessaires pour offrir de meilleurs soins de santé (et, ainsi, sauver des vies) sans avoir à attendre l'injection de nouveaux fonds dans les budgets de santé ou le développement de nouveaux médicaments ou vaccins.

Durant les démarches qui nous menaient à ces conclusions, les chargés de projet ont élaboré des outils techniques et de gestion pouvant être adaptés à d'autres systèmes de santé et, éventuellement, utilisés dans d'autres pays en développement. Le PIEST propose des modèles de démarches adaptables à diverses situations — et que l'on ne peut écarter comme s'il s'agissait d'une anomalie exceptionnelle.

Entre-temps, la prudence évoquée par l'expression « optimisme prudent » découle de nombreux facteurs dont le moindre n'est pas la concrétisation de la « mise à l'échelle » des innovations du projet (à la demande du ministère de la Santé), qui reste un défi de taille. En outre, nous savons pertinemment que certaines des leçons que nous avons tirées du projet vont à l'encontre des conceptions généralement admises. Ainsi, notre collaboration directe avec des gestionnaires des services de santé des districts nous a convaincus de la nécessité d'adopter une approche « intégrée » de la réforme de la santé — c'est-à-dire de présenter les nouvelles interventions comme un train de mesures cohérentes qui



puissent être d'une utilité pratique, quotidienne, pour les professionnels de la santé dans les villages et les autorités sanitaires à des échelons plus élevés. Force est de constater, toutefois, que la tendance est plutôt contraire : c'est l'approche « verticale » visant à améliorer la santé en s'occupant isolément de chaque maladie, une à la fois, que l'on privilégie présentement dans bien des pays du monde. Selon nous, cette conception donne souvent lieu à une fragmentation de la prestation des services qui ajoute aux contraintes du précieux système de santé et, en particulier, aux difficultés auxquelles doivent faire face les travailleurs de la santé de première ligne. Cet affaiblissement de la prestation de services essentiels met en péril la capacité du système de santé de réduire la charge de morbidité.

La question de la réforme et de l'appui des systèmes de santé en Afrique ne se résume pas à quelque formulation théorique et abstraite : dans tous les cas, ce sont de vraies personnes dans des situations réelles qui sont en cause. Prenons, par exemple, les tableaux et diagrammes présentés dans cet ouvrage pour mettre en lumière la modification du taux de mortalité dans les deux districts de la Tanzanie touchés par le projet, Rufiji et Morogoro. Nous exhortons les lecteurs qui les consulteront de ne pas voir dans ces illustrations uniquement des chiffres ou des statistiques. Voyez-y plutôt ce qu'elles représentent vraiment : des êtres humains en chair et en os, des gens qui ont des familles et qui souffrent, des gens qui avaient devant eux une vie riche de possibilités, des gens qui auraient dû vivre.

Depuis des années, les spécialistes du développement encouragent les gens qui, jadis, auraient été réduits au silence à faire valoir leurs idées et leurs points de vue — ils veulent que se fassent entendre la voix des collectivités et celle de ceux qui ont été privés de leurs droits. Quand vous examinerez ces traits qui forment les graphiques, pensez qu'il s'agit de l'importante contribution faite par des gens qui sont morts trop tôt par manque de soins. Il faudrait tenir compte des expériences des morts autant que de

celles des vivants. Il est tragique que tant de personnes meurent de maladies que l'on aurait pu traiter ou prévenir si le système de santé avait eu les ressources et les capacités voulues. Espérons, néanmoins, trouver quelque consolation si les leçons que l'on peut tirer de leur sort – en expliquant pourquoi ils sont morts et en quoi le système de santé leur a fait défaut – permettent d'éviter à l'avenir de pareilles tragédies inutiles. Il nous faut déceler les tendances derrière ces décès pour que d'autres puissent vivre longtemps et en santé.

Le personnel du PIEST exprime sa gratitude aux résidants et aux prestataires de soins de santé des districts de Morogoro et de Rufiji qui ont tant contribué aux réalisations exposées dans ce livre. L'annexe 1 comprend la liste des remerciements adressés personnellement à tous les intervenants.

Don de Savigny

Directeur de recherche, Projet d'interventions essentielles en
santé en Tanzanie
Centre de recherches pour le développement international,
Canada

Harun Kasale

Coordonnateur, Projet d'interventions essentielles en santé en
Tanzanie
Ministère de la Santé, Tanzanie

Conrad Mbuya

Coordonnateur de recherche, Projet d'interventions essentielles en
santé en Tanzanie
Ministère de la Santé, Tanzanie

Graham Reid

Gestionnaire, Projet d'interventions essentielles en santé en
Tanzanie
Centre de recherches pour le développement international,
Canada

Août 2004

L'idée générale



Depuis plusieurs décennies déjà, la Tanzanie — comme la plupart des autres pays de l'Afrique subsaharienne — fait face à un double fardeau : la crise qui frappe le secteur de la santé publique et une grave pénurie de ressources pour venir à bout de cet enchevêtrement de problèmes croissants.

Les défis qui se posent à la majorité des pays d'Afrique en matière de santé ont fait couler beaucoup d'encre; la dissémination d'affections et de maladies mortelles comme le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, la malnutrition et l'anémie venant en tête de liste. L'exacerbation des conséquences de ces épidémies dévastatrices par la pauvreté est un autre fait qui a attiré presque autant l'attention. Les pauvres sont, en effet, pris dans un cercle vicieux : d'une part, ils sont plus vulnérables aux effets des maladies et n'ont pas les moyens de se procurer les traitements

appropriés et, d'autre part, le fait de tomber malade amoindrit leur capacité déjà réduite de générer des revenus.

Les deux aspects de ce cycle peuvent être considérés comme des facteurs déterminants dans le contexte tanzanien. Alors qu'elle luttait contre l'invasion de ces maladies infectieuses, les taux élevés de mortalité infantile et le nombre croissant de personnes atteintes d'incapacité, la Tanzanie (un des pays les plus pauvres du monde avec un revenu annuel par habitant de 280 \$US) n'a pu allouer, jusqu'à tout récemment, qu'environ 6 à 8 \$US par personne, par année, aux soins de santé (voir le tableau 1). Par comparaison, selon les données du Conference Board du Canada (2004), le Canada consacre annuellement 2 809 \$US, par personne, aux services de santé, tandis qu'aux États-Unis les dépenses annuelles en santé se chiffrent à 4 819 \$US par habitant.

L'expérience du Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST) donne à penser, toutefois, qu'une injection soudaine de fonds ne pourrait pas nécessairement, à elle seule, résoudre la crise de la santé en Afrique — quoiqu'il soit certain que le financement des systèmes de santé et des interventions en santé doit augmenter considérablement au fil du temps. Il n'y a guère de chance, non plus, que l'on trouve une panacée dans de nouveaux médicaments et vaccins, plus puissants — bien que ces innovations soient aussi une importante composante de la lutte pour améliorer la santé des populations des pays en développement. Le projet révèle plutôt l'existence d'un chaînon manquant, essentiel à la réduction des taux élevés de morbidité et de mortalité dans les pays en développement, soit une intervention dans l'ensemble du système de santé qui permettrait une répartition stratégique des ressources en fonction des besoins réels les plus courants. Qui plus est, les planificateurs et les professionnels de la santé pourraient ainsi offrir des services de première ligne plus efficaces. Autrement dit, il est fondamental d'assurer l'efficacité du système de santé (et la pertinence des stratégies de soins de

Tableau 1. Profil de certains indicateurs de santé en Tanzanie (v. 2002)

Indicateur	Statistiques ^a	Source
Population	34,4 millions	Recensement, gouvernement de la Tanzanie (2002) ^b
Ratio urbain/rural	34:66	Division de la population des Nations Unies
Revenu national brut	280 \$US par habitant	Banque mondiale ^c
Dépenses en santé	11,37 \$US par habitant	Ministère des Finances de la Tanzanie (2001)
Inflation	19 % par année	Banque mondiale ^c
Alphabétisation des adultes	84 % (hommes) 67 % (femmes)	UNESCO ^c
Natalité totale	5,2 enfants par femme	Division de la population des Nations Unies ^c
Mortalité infantile	104 par 1 000 naissances vivantes	UNICEF (2004)
Mortalité, enfants <5 ans	165 par 1 000 naissances vivantes	UNICEF(2004)
Mortalité maternelle	5,3 par 1 000 naissances vivantes	Ministère de la Santé de la Tanzanie (2002)
Espérance de vie à la naissance	44 ans	Division de la population des Nations Unies ^c
Insuffisance pondérale à la naissance	13 % <2 500 g	Bureau de la statistique de la Tanzanie et Macro International (1999)
Enfants <5 ans d'un poids insuffisant	29 % (cas modérés et sévères)	Bureau de la statistique de la Tanzanie et Macro International (1999)
Main-d'œuvre enfantine	32 % (5 – 15 ans)	Bureau de la statistique de la Tanzanie et Macro International (1999)
Scolarisation primaire	47 % du groupe d'âge requis	UNESCO ^c
Nombre de personnes pauvres	36 % vivant avec moins de 1 \$US par jour	Tanzanie (2003)
Ratio d'iniquité : quintiles des plus pauvres aux moins pauvres		
- Résultats pour la santé (mortalité)	1,7 (moyenne) x pire pour les plus pauvres	Gwatkin <i>et al.</i> (2000)
- Interventions en santé (accès)	1,6 (moyenne) x moindre pour les plus pauvres	Gwatkin <i>et al.</i> (2000)



Tableau 1 (suite)

Indicateur	Statistiques ^a	Source
Population par établissement de santé	7 431	Ministère de la Santé de la Tanzanie (2002)
Population malade ou blessée dans les 4 semaines précédentes	28,3 % de la population	Bureau de la statistique de la Tanzanie (2003)
Recours aux services de santé	69 % des épisodes (maladie ou blessure)	Bureau de la statistique de la Tanzanie (2003)
Accès aux établissements de santé	93 % dans un délai d'une heure	Ministère de la Santé de la Tanzanie (2002)
Accès à une source d'eau potable améliorée	68 % de la population	Bureau de la statistique de la Tanzanie et Macro International (1999)
Accès à la réhydratation orale	21 % des cas de diarrhée infantile	Bureau de la statistique de la Tanzanie et Macro International (1999)
Accès à l'immunisation (rougeole)	89 % avant ou à l'âge d'un an	UNICEF (2004)
Accès aux suppléments en vitamine A	93 % des enfants de 6 à 59 mois	UNICEF (2004)
Accès aux soins prénataux	49 % des grossesses	Bureau de la statistique de la Tanzanie et Macro International (1999)
Accès aux antipaludiques	53 % des enfants fiévreux	Bureau de la statistique de la Tanzanie et Macro International (1999)
Décès dus au paludisme	>100 000 par année	Ministère de la Santé de la Tanzanie (2002)
Prévalence du VIH/sida	7,6 % (15 – 49 ans)	ONUSIDA ^c
Réforme de la santé et de la fonction publique	À l'étude	Ministère de la Santé de la Tanzanie (2002)
Application de l'approche SWAp au financement	À l'étude	Ministère de la Santé de la Tanzanie (2002)
Financement de la santé décentralisé	À l'étude	Ministère de la Santé de la Tanzanie (2002)

a Toutes les données datent de 2002 ou représentent les estimations les plus récentes.

b Voir <http://www.tanzania.go.tz/census/>

c Cité dans UNICEF (2004).

santé) pour que les dépenses en santé se traduisent par des gains en santé.

Cette constatation comporte une incontournable incidence sur les politiques, à savoir que les institutions et les organismes soucieux d'améliorer la situation désastreuse de la santé en Afrique doivent adopter une approche plus systémique et, à tout le moins, accorder une certaine attention aux aspects apparemment banals du système de santé, comme les infrastructures, la formation, le renforcement des capacités, les ressources humaines et la planification sanitaire, par lesquels il faut inévitablement passer pour assurer éventuellement le bien-être des citoyens africains.

Les institutions et les organismes soucieux d'améliorer la situation désastreuse de la santé en Afrique doivent adopter une approche plus systémique.



Une histoire d'espoir et de lutte

L'histoire relatée dans les pages qui suivent enseigne des leçons qui, croyons-nous, peuvent être appliquées dans le monde en développement tout entier. En même temps, toutefois, ce récit prend pied dans le contexte géographique particulier de la Tanzanie, terre de contrastes frappants, faite des forêts montagneuses du Kilimanjaro, de plaines arides, de deltas côtiers et de plages inondées de soleil. Ces contrastes sautent aux yeux lorsqu'on compare les deux districts où les activités du PIEST se sont déroulées. Alors que Morogoro est un district montagneux et luxuriant, Rufiji se caractérise par une étendue plane, presque aride à l'intérieur et un delta sur les côtes.

Pour enchanteur qu'il soit, ce paysage a aussi servi de toile de fond à une histoire tragique et par trop familière. Comme leurs concitoyens d'autres pays d'Afrique, les Tanzaniens ont souffert d'une grave crise de santé qui a sévi pendant presque toute une génération. Alors que la survenue de nouvelles affections ou la

réapparition massive d'anciennes maladies infectieuses — en particulier le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose — ont brusquement transformé le paysage social de tout un continent, les systèmes de santé nationaux ont été non seulement incapables de relever le défi, mais ils se sont même trouvés parfois au bord de l'effondrement.

Dans le cas de la Tanzanie, il est amèrement ironique que cette crise du secteur de la santé se soit produite malgré des politiques adoptées depuis longtemps et qui accordent à la santé une place de choix parmi les priorités du programme national. Depuis son accession à l'indépendance en 1964 à titre de république unie (fruit de l'amalgamation de deux anciens protectorats britanniques, le Zanzibar et le Tanganyika), la Tanzanie, sous le premier gouvernement post-indépendance de Julius Nyerere, a voulu faire en sorte que ses citoyens aient accès à l'éducation, aux services de santé et à l'eau potable. Les plans élaborés en vue d'offrir ces services ont été axés sur un nouveau contrat social, sans précédent, selon lequel les citoyens qui s'installaient dans des villages modernes (lesquels étaient généralement constitués d'un groupe de petits hameaux) devenaient les bénéficiaires de programmes gouvernementaux. Chaque village avait accès à l'eau pompée, une école et une clinique; la plupart du temps, ces installations étaient construites par des bénévoles de la collectivité. Le gouvernement a tenu parole; il s'est chargé de l'entretien de ces constructions et a envoyé des enseignants aux écoles ainsi que des travailleurs de la santé, des médicaments et des fournitures aux nouveaux établissements de santé. Cette entente a donné lieu à la création d'un nouveau processus sanitaire : des centres de formation médicale ont été construits et un grand nombre de diplômés se sont installés dans les régions rurales afin de fournir les services de santé, décrétés par le gouvernement comme étant un droit public.

Bien que le gouvernement ait poursuivi sur sa lancée tout au long des années 1970 et au cours de la décennie suivante, vers le milieu des années 1980 le système s'est effondré. Certes, on

pourrait prétendre que le problème tenait en partie au fait que la gestion des services de santé, dont la planification était centralisée, était aussi inefficace qu'incapable de répondre aux besoins et d'entretenir les infrastructures (comme les dispensaires des villages).

Pourtant, l'érosion du système de santé tanzanien est indiscutablement attribuable à un autre facteur de taille : la crise de l'endettement international survenue dans les années 1980 a créé des perturbations semblables dans tous les pays en développement. Les économies tributaires de l'exportation des ressources naturelles ont été paralysées par un double fléau : la chute libre du prix des produits de base et la hausse des taux d'intérêt qui a causé, presque du jour au lendemain, une augmentation exponentielle de la dette des pays du Sud.

Au plus fort de la crise de l'endettement, la Tanzanie, comme d'autres pays en développement, a dû faire face aux onéreuses — sinon impossibles — demandes de remboursement tandis que les revenus d'exportation chutaient. Étant donné que près de la moitié des revenus de l'État servait à rembourser la dette — au détriment des dépenses sociales nationales — les répercussions néfastes sur le système de santé de la Tanzanie ont été considérables et prolongées. La source de financement pour la formation du personnel des centres de santé et l'entretien des installations s'est tarie. Les étagères de médicaments et de fournitures médicales se sont vidées dans plusieurs cliniques. L'inflation, la dévaluation de la monnaie locale et les incessantes mesures d'austérité ont entraîné l'érosion des salaires. Un grand nombre de travailleurs de la santé ont continué à s'acquitter de leurs tâches sans être payés. Il est même arrivé qu'à la suite du décès ou du départ du médecin local, un personnel non qualifié prenne la relève.

Les premières tentatives de redressement du système ont échoué. L'instauration de tickets modérateurs et d'autres mesures de recouvrement des coûts — destinés à injecter de nouveaux fonds dans le système — n'a servi qu'à écarter un plus grand nombre de



Tanzaniens du système de prestation des soins de santé. Les gens qui étaient insatisfaits de la qualité des services offerts se sont indignés d'être appelés à participer au paiement de ces services de piètre qualité. De même, l'appui de la communauté internationale a commencé à diminuer devant la morosité croissante des perspectives dans le secteur de la santé en Afrique s'ajoutant à la « fatigue » des bailleurs de fonds qui commençait à se manifester.

De nouvelles initiatives audacieuses

En Tanzanie, comme ailleurs en Afrique, l'espoir règne davantage aujourd'hui que durant les jours plus sombres du milieu des années 1980 et du début des années 1990. Un rapport incarne bien les nouvelles idées et l'optimisme renouvelé qui animent le débat sur les services de santé en Afrique; c'est celui publié en 2001 par la Commission Macroéconomie et santé, créée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'année précédente, afin d'examiner les relations entre la santé, le développement et l'équité sociale, et de recommander des mesures pour minimiser la pauvreté et maximiser le développement économique. En 2001 également, le monde a été témoin de l'injection de nouveaux fonds substantiels et de l'influence institutionnelle relativement au problème des maladies infectieuses avec l'annonce de la création du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cet important bailleur de fonds a été officiellement établi en janvier 2002 pour faire suite aux travaux entrepris par le G-8, les chefs d'État africains et le secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan. En outre, des organismes comme la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Rockefeller, la Fondation des Nations Unies et *Roll Back Malaria* (partenariat destiné à faire reculer le paludisme) ont accordé la plus haute priorité à la santé en Afrique à un moment où les responsables des programmes de développement international, eux aussi, redoublaient d'efforts sur le continent. Ce sont là d'heureuses initiatives, hautement souhaitables, qui reflètent une nouvelle

volonté politique d'aider l'Afrique à mener à bien la réforme de la santé et témoignent de la reconnaissance internationale de la nécessité d'engager les ressources voulues pour atteindre cet objectif.

En même temps, toutefois, les échos de l'ancienne époque des programmes d'ajustement structurel — conçus pour imposer un régime d'austérité fiscale dans les pays en développement pendant la crise de l'endettement — continuent d'exercer une influence restrictive sur les systèmes de santé nationaux. Ainsi, les gels du recrutement sous mandat extérieur posent encore des difficultés à de nombreux pays qui veulent embaucher le personnel dont ils ont besoin dans leurs établissements de santé. Dans bien des pays en développement, le salaire des travailleurs de la santé est désespérément bas, à tel point que des fonctionnaires occupant un poste-clé doivent envisager d'autres formes de travail ou se rendre à l'étranger pour gagner un salaire suffisant. L'époque de l'ajustement structurel a beau être révolue, les effets des dommages qui en résultent sont encore lourds de menace.

Il y a là un paradoxe saisissant et troublant : alors qu'on promet de nouveaux fonds substantiels qui devraient être affectés à de nouveaux traitements, des technologies de pointe ou des interventions en santé, selon toute éventualité, ces fonds seront concentrés dans des systèmes de santé nationaux affaiblis et fragiles, qui restent inefficaces, inadéquats et sous-financés. Le manque de capacités locales pourrait bien contrecarrer les grands projets conçus à l'échelon international. Songeons, par exemple, aux écueils que pourrait comporter l'introduction d'antirétroviraux en Afrique pour traiter le VIH/sida. Pour mettre ces médicaments à la disposition des dispensaires et des gens qui en ont besoin, il faudra des systèmes de santé qui, d'une part, disposent des capacités requises en matière d'information, de communication, de transport, de diagnostic et de ressources humaines pour distribuer les médicaments en quantité suffisante, aux bons endroits et au bon moment, aux personnes qui en ont réellement besoin et, d'autre part, sont en mesure de conseiller et d'assurer le suivi.



Le PIEST : une pièce du puzzle

Une des grandes préoccupations des chercheurs du PIEST a été d'apprendre comment un système de santé qui fonctionne efficacement — c'est-à-dire dont les ressources ont été logiquement affectées aux besoins les plus pressants de la population — peut contribuer à améliorer sensiblement la santé des membres de la collectivité. Fondamentalement, le projet avait pour objectif d'aider les autorités locales à régler l'affectation inefficace des ressources et les déficiences techniques les plus flagrantes qui caractérisaient la prestation de soins de santé dans deux districts ruraux de la Tanzanie et, parallèlement, de faire en sorte que les dépenses soient proportionnelles aux besoins réels. Entre autres moyens d'y parvenir, les chargés de projet ont opté pour une approche fondée sur les « données attestées » — favorisant l'utilisation de données réelles sur la charge de morbidité locale (mesurée par le taux de mortalité) et de données sur le rapport coût-efficacité comme principaux facteurs d'établissement des priorités des budgets de santé.

Cette idée — selon laquelle l'efficacité globale des services de santé publique peut avoir des effets marquants sur l'état de santé global de la population — n'est pas nouvelle. Avant que les effets de l'ajustement structurel ne se fassent sentir dans les années 1980, plusieurs rapports influents ont fait valoir la nécessité de cibler les soins primaires et de renforcer l'ensemble du système de santé pour atteindre les gens dans le besoin et améliorer les résultats pour la santé. Au nombre de ces documents, se trouvent la *Déclaration d'Alma-Ata* (OMS et UNICEF, 1978) et la *Révolution pour la survie de l'enfant*, initiative lancée par l'UNICEF en 1982 (voir UNICEF, 1996), qui, tous deux, soulignent que l'équité, la participation et une approche systémique multisectorielle sont des facteurs essentiels de l'amélioration de la santé.

Après la longue crise des années 1980, la Banque mondiale présentait les choses sous une tout autre perspective dans son *Rapport sur le développement dans le monde 1993* (RDM93), intitulé

Investir dans la santé. Dans ce qui semblait être un renversement de la politique antérieure de la Banque, prônant les compressions budgétaires et de fortes réductions de programmes publics, le RDM93 laissait entendre que l'augmentation des investissements en santé était essentielle au développement économique. La Banque mondiale préconisait aussi de fonder ces investissements sur des données attestées portant sur des interventions rentables au regard de la « charge de morbidité » locale existant dans un écosystème particulier. Ainsi, dans une région où le paludisme représente 40 % de la charge de morbidité, une allocation de 5 % du budget n'autoriserait ni traitement ni prévention. La nature humaine a tendance à consacrer 80 % de ses efforts à la résolution de 20 % du problème. Dans les systèmes de santé, cela entraîne de graves lacunes et des actions sans grande portée.

Suivant le principe général selon lequel les efforts doivent correspondre à l'importance du problème, le RDM93 proposait un ensemble minimal d'interventions essentielles en soins primaires. La Banque mondiale estimait qu'en adoptant cette approche « fondée sur les données attestées » (où la charge de morbidité et le rapport coût-efficacité deviennent les facteurs déterminants de la répartition des dépenses budgétaires plutôt que des considérations d'ordre administratif ou politique ou que de simples conjectures), de petites augmentations de fonds pourraient donner lieu à des améliorations importantes et concrètes, simplement en corrigeant les affectations inefficaces des ressources et les déficiences techniques. Les calculs dont le RDM93 fait état laissent entendre qu'une augmentation annuelle des dépenses publiques en santé jusqu'à 12 \$US, par habitant — somme modeste, mais tout de même plus élevée que le niveau de financement dont bénéficient la Tanzanie et d'autres pays voisins — entraînerait une diminution de 25 % de la charge de morbidité. Bref, le RDM93 faisait valoir que, bien que l'augmentation du financement du système de santé soit de la plus haute importance, le mode de répartition de ces fonds est tout aussi crucial si l'on veut que ces nouveaux



fonds permettent d'améliorer sensiblement les résultats pour la santé (Bobadilla *et al.*, 1994).

Bien que le raisonnement sous-tendant le RDM93 ait été favorablement reçu, le rapport a suscité peu de discussions sur les moyens de mettre en pratique ce postulat prometteur. Aucun « comment » n'y trouve réponse. Comment les autorités locales peuvent-elles avoir une idée exacte de la charge de morbidité du district ? Comment peut-on utiliser les nouvelles informations pour restructurer les systèmes de santé locaux — autrement dit, quels mécanismes faudrait-il élaborer pour permettre aux planificateurs décentralisés d'intégrer à leur travail, de manière pratique et facile à gérer, la régie de la charge de morbidité ? Essentielle-ment, le PIEST a été créé pour répondre à ces questions. Conçu en octobre 1993, le projet avait pour objectif d'élaborer des outils simples et conviviaux — et d'en faire l'essai — afin que les planificateurs des services de santé locaux puissent fonder leur planification sur des données réelles.

L'expérience a suivi son cours : les outils de planification ont évolué après plusieurs années de collaboration entre les autorités locales; et le PIEST a été mis en pratique dans deux districts ruraux de la Tanzanie dont la population s'élève à 741 000 personnes — un échantillon assez important pour ne pas faire fi des résultats obtenus dans ces districts sous prétexte qu'il s'agit d'une « expérience » qu'il serait difficile de reproduire dans la « vraie vie ». Depuis 1997, les équipes de gestion de la santé de district (EGSD) de Morogoro et de Rufiji ont utilisé une boîte à outils enrichie pour planifier et offrir des services de santé qui tiennent davantage compte des données locales. Un financement supplémentaire qui a permis d'approcher le budget des districts des dépenses annuelles en santé de 12 \$US, par habitant, prônés dans le RDM93 a aussi aidé les EGSD à réorganiser leurs systèmes de santé.

Les résultats de ces changements ont été spectaculaires : les deux districts ont constaté de nettes améliorations des résultats pour la santé après l'adoption de nouvelles méthodes de planification et

de modestes augmentations du budget de l'ordre de 1 \$US par habitant. À Rufiji et à Morogoro, par exemple, le taux de mortalité infantile a baissé de plus de 40 % au cours des cinq années suivant l'instauration de la planification fondée sur les données attestées (voir la figure 1). Pendant la même période, le taux de mortalité chez les adolescents et les adultes âgés de 15 à 60 ans a baissé de 18 %. Par comparaison, les chiffres pour les districts qui

À Rufiji et à Morogoro, par exemple, le taux de mortalité infantile a baissé de plus de 40 % au cours des cinq années suivant l'instauration de la planification fondée sur les données attestées.

Mortalité, enfants <5 ans
par 1 000 naissances vivantes

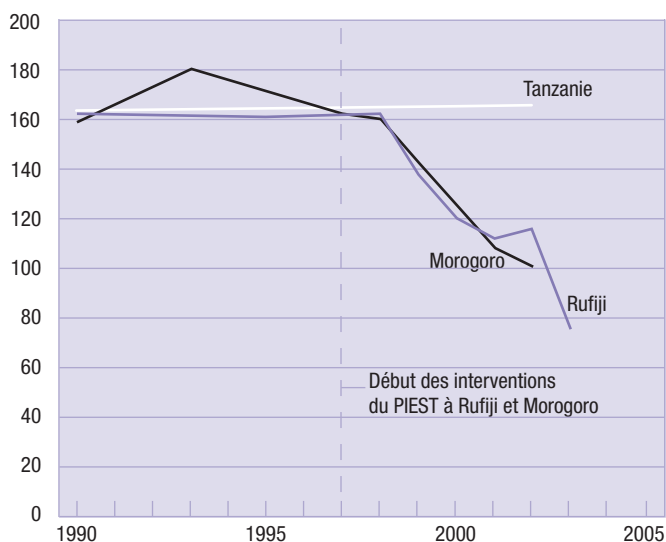


Figure 1. Reversement de la tendance de la mortalité infantile par suite des interventions au sein du système de santé de district en Tanzanie. (Sources : Système sentinelle de surveillance national, ministère de la Santé de la Tanzanie; Système de surveillance démographique sentinelle de la région côtière (PIEST, SSD, Rufiji, 1999-2003); Système de surveillance démographique sentinelle Centre-Est (PMMA, SSD, Morogoro, 1992-2003); Enquête démographique et sanitaire en Tanzanie, 1992, pour les bases de référence locales de 1990 à Morogoro et Rufiji; Enquête démographique et sanitaire en Tanzanie, 1996 pour la base de référence de 1995 à Rufiji; statistiques de l'UNICEF sur la tendance nationale de mortalité en Tanzanie chez les enfants âgés de moins de cinq ans (www.childinfo.org/cmr/revis/db2.htm).



n'ont pas eu recours aux outils de planification — de fait, pour presque toute l'Afrique — ont été, au mieux, stagnants dans le cas des enfants et se sont accrus pour ce qui est des adultes. Quant aux districts voisins, des correspondances ont été établies avec d'autres facteurs contextuels (comme les différences relatives à la pluviosité, la survenue des maladies et les risques pour la santé) dont on connaît les effets sur les taux de mortalité. La réduction des taux de mortalité ne serait pas attribuable à ces facteurs dans le cas qui nous occupe.

Les résultats obtenus dans les deux districts du projet viennent donc appuyer les prévisions du RDM93. La corrélation établie, relativement à la réorganisation du système de santé, entre les dépenses de santé, la charge de morbidité et le rapport coût-efficacité, prévoit une amélioration considérable de l'état de santé conjuguée à de modestes augmentations des dépenses. Qui plus est, nous n'avons aucune raison de croire que ce résultat devrait être considéré comme étant exclusif à la situation particulière des régions rurales de la Tanzanie. Les outils de planification utilisés par les planificateurs et les gestionnaires de la santé du district sont parfaitement polyvalents et les planificateurs des services de santé d'autres régions peuvent y faire appel, à condition d'y intégrer les données locales.

Une idée puissante au banc d'essai

Le processus qui a finalement donné naissance aux outils de planification de la santé du PIEST a commencé en octobre 1993, lorsque le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada a tenu une conférence internationale à Aylmer (Québec, Canada). Des représentants de la Banque mondiale, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres organismes multilatéraux et bilatéraux, d'organisations non gouvernementales, d'universités et de ministères de la Santé ont alors été priés de déterminer si on pouvait mettre au banc d'essai l'idée voulant que la planification des services de santé fondée sur des données attestées

permettrait des gains de rendement tels qu'ils puissent avoir des répercussions positives sur la santé locale. Leur réponse a été affirmative.

Par la suite, le CRDI et l'Agence canadienne de développement international (ACDI) ont financé le lancement de ce qu'on connaissait à l'époque sous l'appellation Projet d'interventions essentielles en santé ou PIES (l'absence du « T » indiquant que la Tanzanie n'avait pas encore été désignée pays hôte et que le ministère de la Santé de la Tanzanie n'était pas encore partenaire dans cette entreprise). Au cours des trois années suivantes, plusieurs réunions internationales ont été organisées afin de recueillir les commentaires du plus grand nombre possible de spécialistes et de perfectionner le protocole de la recherche. La première rencontre du comité consultatif du PIES, accueillie par l'OMS, a eu lieu à Genève en janvier 1994. Neuf autres rencontres ont suivi, dans diverses villes, pour finalement donner lieu à la rédaction d'une version préliminaire d'un document « d'envergne » en mars 1996 (voir PIEST, 1998), un appel d'offres et l'approbation définitive des propositions de recherche en décembre de la même année.

Les discussions et la définition des paramètres de recherche ont été beaucoup plus approfondies que ce qui se fait habituellement — dans la plupart des cas, les projets de développement ont des calendriers plus serrés et moins de latitude pour explorer des questions théoriques. Toutefois, les intervenants étaient généralement d'avis que puisque le programme visait à éprouver une idée et une approche sans doute novatrices et probablement controversées, il était nécessaire de prendre le temps de « bien faire les choses » en explorant dès le départ tous les retentissements et les écueils possibles, et en réfléchissant mûrement avant d'arrêter définitivement la conception du projet. L'élaboration et la conception du projet se sont faites en étroite collaboration avec des spécialistes nationaux et internationaux de haut niveau. Cependant, lorsque le travail sur le terrain a commencé en Tanzanie,



les autorités locales ont été presque les seules à leur imprimer une orientation et la plus grande partie du financement a été affectée à la modeste augmentation annuelle, par habitant, des budgets de santé destinés aux 741 000 résidents des deux districts. Ce chiffre de population souligne bien le défi de taille qui attendait ces petits groupes de gestionnaires. Pour dire les choses autrement, 741 000 personnes représentent une population beaucoup plus considérable que celle de 66 (près du tiers) des pays du monde (la population du Guyana, par exemple, se chiffre à 705 000). En outre, cette vaste population est dispersée sur un territoire comparable à celui de la Suisse, où le terrain est disparate et d'accès souvent difficile. Étant donné l'ampleur du défi auquel elles ont dû faire face, il ne fait pas de doute que les réalisations des équipes des districts sont riches de leçons pour bien des pays.

Pour comprendre comment ce processus a permis d'apporter des changements concrets dans la prestation des services de santé à Rufiji et à Morogoro, il faut retracer chacune des étapes du cycle de vie du projet. La première, comme nous l'avons vu plus haut, a consisté en une vaste consultation entre 1993 et 1996. En 1994, le ministère de la Santé de la Tanzanie a accepté une invitation à participer au projet, ce qui a d'ailleurs déterminé la Tanzanie comme site de la recherche, l'engagement du ministère comme partenaire et l'évolution du PIES en PIEST. Dès lors, les discussions ont porté sur les mesures à prendre pour que le programme de recherche tienne compte des circonstances particulières de la prestation des services de santé en Tanzanie.

La Tanzanie était intéressée à participer au programme en grande partie parce qu'elle avait entrepris une réforme de la santé ouverte à la planification décentralisée, fondée sur des données attestées, et qu'elle voulait savoir comment s'y prendre pour la mettre en œuvre. Le plan de réforme du ministère tanzanien de la Santé reposait notamment sur le transfert aux autorités locales de la gestion et de la prestation des soins de santé, ce pour quoi ont été créées les équipes de gestion de la santé de district (EGSD)

Une planification plus responsable grâce aux EGSD

Une des principales composantes de la réforme du secteur de la santé en Tanzanie a été l'établissement d'équipes de gestion de la santé de district (EGSD) dans chacun des 123 conseils de district du pays. Auparavant, les services de santé locaux étaient planifiés par des administrateurs de la capitale. Le ministère de la Santé estimait tout de même que le transfert de la planification et de la gestion aux équipes locales — dont les membres ont des compétences complémentaires et de multiples domaines d'expertise — permettrait d'adopter des politiques et des pratiques administratives mieux adaptées aux situations et aux besoins locaux. Ainsi, les budgets pourraient être répartis par les EGSD selon les taux de mortalité locaux plutôt que de suivre automatiquement les priorités nationales en matière de santé. Pour remplir ces nouvelles fonctions, toutefois, les EGSD allaient avoir besoin de formation, d'outils et de structures de soutien pour les aider à déterminer avec exactitude la prévalence de la morbidité locale, répartir les fonds judicieusement et respecter les normes nationales relativement aux pratiques, à l'établissement de rapports et à la reddition des comptes.

[voir l'encadré « Une planification plus responsable grâce aux EGSD »]. Le PIEST — qui accorde une grande importance au contrôle décentralisé sur les budgets de santé — allait offrir l'occasion d'éprouver la solidité de la stratégie envisagée par le ministère de la Santé de la Tanzanie.

Une fois l'étape de la conception complétée en décembre 1996, une seconde phase a commencé au cours de laquelle a été établi le système de surveillance démographique (SSD) afin de recueillir des données détaillées sur la mortalité de manière à pouvoir calculer la charge de morbidité dans les districts de Rufiji et de Morogoro. Même si, au départ, elle devait servir à déterminer les effets de la planification fondée sur des données attestées, cette information a rapidement été considérée comme faisant partie des matières premières que le PIEST utiliserait pour créer la « boîte à outils » destinée aux gestionnaires des services de santé.



Un autre aspect du travail consistait à remettre les outils, au fur et à mesure qu'ils étaient terminés, entre les mains des EGSD. Une fois la conception du projet achevée et après toutes les étapes de l'assemblage de la boîte à outils, le PIEST s'est rigoureusement abstenu de s'immiscer dans la façon dont les autorités sanitaires du district allaient utiliser ces outils ou dépenser l'argent mis à leur disposition. De plus, les fonds additionnels acheminés vers Rufiji et Morogoro ne représentaient qu'une augmentation annuelle d'environ 1 \$US par habitant dont les districts avaient besoin pour se rapprocher du seuil des dépenses prôné dans le RDM93. (Les EGSD étaient autorisées à affecter les fonds supplémentaires non seulement à des interventions stratégiques, mais aussi, en partie, à des initiatives susceptibles de rendre le système de santé plus fonctionnel — par exemple, le perfectionnement des compétences en gestion et administration, le renforcement des capacités en transport interne et communication, la réfection des installations ne répondant pas aux normes). Le seul autre avantage dont les EGSD jouissaient — outre les fonds supplémentaires — était l'accès accru à la boîte à outils en cours d'élaboration.

Une complexité ancrée dans trois questions fondamentales

Le PIEST est peu à peu devenu un programme polyvalent et complexe, unique en son genre, où les fonctions de la recherche et du développement sont intimement liées, qui met à contribution les compétences des chercheurs et des spécialistes tanzaniens, et porte sur une vaste gamme de problèmes de santé. Tout au long de l'évolution du programme, cependant, les chargés de projet sont souvent revenus aux questions et principes qui définissaient la portée des travaux et les orientaient vers les objectifs et les résultats escomptés.

Les premières années consacrées à la conception de la recherche et à de vastes consultations ont eu, entre autres conséquences

importantes, la formulation des trois questions interdépendantes conçues pour empêcher que le projet ne dévie de son objectif en cours de route :

- Comment et dans quelle mesure peut-on axer davantage les plans décentralisés des conseils de district sur les données attestées ?
- Comment et dans quelle mesure les plans fondés sur les données attestées doivent-ils être mis en œuvre par les systèmes de santé décentralisés ?
- Comment et dans quelle mesure les plans fondés sur les données attestées peuvent-ils influencer sur l'état de santé de la population, et quels sont les coûts à prévoir ?

Ce n'est pas sans raison que, les termes « comment et dans quelle mesure » étant volontairement répétés, ces questions comportent des énoncés plutôt conditionnels que définitifs. C'est que le projet part de l'hypothèse que les systèmes de santé ne peuvent en aucun cas être gérés **entièrement** en fonction des données attestées — des facteurs politiques, des jugements subjectifs, des occasions fortuites interviendront inévitablement. Quand même, l'intention était de veiller à ce que les données attestées — donnant en détail la juste mesure de la charge de morbidité locale — deviennent un facteur aussi puissant que possible dans l'affectation des ressources en santé. On voulait s'éloigner de la norme de l'élaboration des politiques de santé dans les pays en développement, où les dépenses sont souvent dictées par de nombreux facteurs secondaires qui n'ont pas grand-chose à voir avec la prévalence des maladies ou un plan logique pour maximiser la santé. Au premier rang de ces facteurs se trouve l'inertie bureaucratique — l'incitation à se contenter de répéter les attributions proportionnelles du budget de l'année précédente en ajoutant ou soustrayant des sommes selon la situation financière de l'année en cours. Le paradigme avancé par les organismes donateurs est un autre facteur de persuasion. Il n'est guère facile, par exemple,



pour des agents de santé de refuser un financement externe destiné à une maladie particulière, même si cette maladie n'est pas une source de préoccupation majeure dans la région et que de s'en occuper détournerait l'attention et les fonds dont pourraient profiter des besoins locaux plus urgents.

Outre ce grand principe selon lequel les données attestées devraient guider l'élaboration des politiques et l'affectation des ressources en santé, d'autres principes opérationnels ont été mis au jour pendant la première phase de consultation du projet : d'une part, que les autorités locales plutôt qu'un bureau central devrait avoir la haute main sur les ressources et, d'autre part, que les équipes de gestion des districts devraient être chargées de l'affectation de ces ressources. Ces principes se sont vus renforcés par la situation particulière de la Tanzanie et par les nouvelles tendances politiques dans le domaine du développement international. Ainsi, comme nous l'avons déjà mentionné, la Tanzanie s'est engagée à décentraliser les services dans le cadre de sa réforme de la santé. Les bailleurs de fonds ont, eux aussi, changé leur approche : beaucoup ont délaissé la pratique de préciser comment les fonds devaient être dépensés. La nouvelle pratique — adoptée par certains organismes nationaux de développement — de fournir des fonds que les gouvernements bénéficiaires sont libres d'allouer selon les besoins les plus pressants est connue sous l'abréviation SWAP (*sector-wide approach* — approche englobant tout le secteur). La pratique adoptée pour ce projet, soit de fournir aux EGSD un panier de fonds — que les équipes pouvaient ensuite distribuer conformément à la situation révélée par les données attestées — était précurseur de la stratégie SWAP pour ce qui est de la décentralisation du financement de la santé dans les districts.

La nécessité d'une approche intégrée

Le PIEST a été guidé aussi par un autre principe qui, même s'il n'a pas été clairement défini au moment de la conception officielle



du projet, s'est imposé avec le temps et l'accumulation des expériences sur le terrain. Lorsque le projet s'est installé en Tanzanie, il est apparu encore plus clairement que toute directive pour la réforme de la prestation de services de santé devait avant toute chose tenir compte des agents de santé communautaires. Dans un dispensaire ou un centre de santé de village, il y a un travailleur (parfois deux) chargé d'administrer des soins à des milliers de personnes et de s'occuper de tous les aspects du fonctionnement de l'établissement. Qu'il y en ait un seul ou deux, la responsabilité est énorme : le succès ou l'échec de programmes conçus ailleurs dépend de la mesure dans laquelle ces préposés aux soins de santé peuvent intégrer les plans importés à leur tâches quotidiennes. Aussi était-il évident que toute nouvelle initiative devait faire partie d'un ensemble complet de mesures qui soient sensées, du point de vue organisationnel, pour ces travailleurs déjà surchargés. Plus une solution est compliquée et exigeante, moins elle a de chance de réussir.

Pour tenir compte de cette réalité, il nous a fallu envisager ce que nous appelons des solutions

« intégrées ». L'approche intégrée a pris diverses formes. Elle a influé sur les méthodes de traitement des patients en faisant valoir qu'il fallait s'occuper de l'état de santé global du patient et que les soins ne devaient pas être des gestes

L'approche intégrée faisait valoir qu'il fallait s'occuper de l'état de santé global du patient et que les soins ne devaient pas être des gestes isolés en fonction d'un diagnostic ou du traitement d'une maladie donnée.

isolés en fonction d'un diagnostic ou du traitement d'une maladie donnée. Elle a également influencé la réorientation des systèmes de santé en soulignant les innovations et les initiatives qui pouvaient être intégrées aux tâches courantes des travailleurs et des gestionnaires de la santé. L'approche intégrée a eu aussi une grande influence sur la manière dont le PIEST, en tant qu'organisation, a été structuré.

Dans le chapitre suivant, qui porte sur l'élaboration et la mise en place des outils, nous donnons de nombreux exemples des applications concrètes de cette approche fondée sur l'intégration. Ainsi, nous avons déterminé que les outils de diagnostic devaient rester simples. Les responsables du PIEST étaient bien conscients qu'il serait irréaliste que des gestionnaires et des travailleurs de la santé utilisent des outils qui présentent trop d'informations ou seraient inutilement complexes. Les outils orientent les priorités des districts vers des interventions en santé formant des « lots » ou des « ensembles » — qui permettent de s'occuper plus efficacement de problèmes de santé coexistants ou imbriqués — par opposition à des interventions « autonomes » qui s'occupent individuellement d'une maladie à la fois. Le raisonnement sous-tendant cette conception est qu'une série de traitements complémentaires et intégrés sont plus faciles à utiliser par les intervenants de première ligne et, donc, plus susceptibles de réussir.

Cette approche intégrée contraste avec ce qu'on appelle souvent le modèle « vertical ». Nous utilisons ce terme pour décrire ce que nous considérons comme des démarches hiérarchisées pour maîtriser des maladies particulières, une à la fois. Souvent, ces programmes comportent des directives venant de hautes instances, émises sans tenir suffisamment compte de la façon dont les agents de santé communautaires peuvent intégrer ces nouvelles activités et responsabilités ou comment de nouvelles initiatives pourront concorder avec la charge de morbidité locale, la structure en place ou les capacités du système de santé local. Nous estimons que les campagnes et les approches pourraient gagner du terrain si nous étions à une époque où de vastes sommes d'argent étaient versées dans des programmes internationaux de lutte contre les maladies. Des tels financements exercent d'énormes pressions sur les bénéficiaires qui doivent obtenir rapidement des résultats, créant ainsi un parti pris contre une approche de la santé à plus long terme et plus systémique.



À vrai dire, l'approche intégrée semble aller à l'encontre de plusieurs modèles établis qui exercent une forte influence sur l'élaboration des politiques de santé. Dans le milieu universitaire et les bureaucraties, rien n'incite vraiment à adopter une approche intégrée qui tienne compte des besoins des gestionnaires locaux et des intervenants de première ligne, considérés comme étant d'importance secondaire.

Cette partialité contre une approche intégrée a des répercussions évidentes sur le terrain. Par exemple, la façon habituelle de former les travailleurs de la santé consistait à leur donner, individuellement, quelques jours de formation sur une maladie en particulier à l'extérieur de la clinique. Les responsables du PIEST ont adopté la position contraire, estimant qu'il vaut mieux former systématiquement les travailleurs, en les incitant à considérer toute une série de signes et de symptômes comme des indicateurs de diverses affections. Cette approche prend tout son sens dans un milieu où les patients souffrent souvent de plusieurs malaises et où les symptômes courants indiquent la présence de plus d'une maladie.

Voici un autre exemple, interne cette fois, des résultats de la conception intégrée : le rapprochement des fonctions « recherche » et « développement ». La recherche, pour cerner la charge de morbidité dans les districts, évaluer le bien-fondé de la répartition des budgets de santé et déterminer l'interaction possible entre le public et le système de santé, a été amorcée en même temps que l'élaboration et la mise en place des outils. Ces deux aspects du projet ont été conçus pour être complémentaires et se renforcer mutuellement. Cette conception s'éloigne du modèle standard où la recherche et le développement demeurent deux entités distinctes dont le personnel est différent, les budgets séparés et qui communiquent peu entre elles. Normalement, après que l'équipe de recherche a proposé une orientation particulière pour l'élaboration des politiques, il faut obtenir des fonds supplémentaires pour édifier un projet pilote et transformer les nouvelles idées en

changements concrets. Étant donné que le PIEST était un projet « de recherche et de développement » convenablement financé et fonctionnant dans le cadre d'un système de santé bien vivant et efficace, il pouvait se permettre de jumeler ces deux fonctions habituellement dissociées, soit faire en sorte que les EGSD aient accès à la recherche pertinente et qu'elles soient ensuite en mesure d'agir d'année en année conformément aux résultats de la recherche, lors de cycles de planification subséquents. La recherche s'est mise en branle, les outils destinés aux gestionnaires des EGSD ont été élaborés, puis utilisés pour modifier la gestion du système de santé et la prestation des services de santé au sein de la collectivité — tout cela dans un même cycle de projet. En fait, le cycle s'est poursuivi après la mise en application des outils. La recherche en cours a permis de créer une sorte de « boucle de rétroaction » grâce à laquelle les chercheurs ont pu examiner si les outils et les changements systémiques étaient efficaces, modifier et perfectionner leurs produits, et envisager l'élaboration de nouveaux outils à une étape ultérieure si le besoin s'en faisait sentir.

L'efficience mène à l'équité

Une dernière considération philosophique avant de passer aux contributions proprement dites : il faut replacer les activités de ce projet dans le contexte des notions, parfois concurrentes, d'*efficience* et d'*équité*. L'insistance sur l'efficience — l'accent mis par le projet sur la maximisation du rapport coût-efficacité des dépenses en santé — ne doit pas être vue comme un exercice comptable dépourvu de sensibilité. Au contraire, la fin justifiait le moyen : cette démarche a été adoptée expressément pour rendre le système plus équitable.

Il y a deux façons d'aider les pauvres par le truchement des dépenses publiques : soit aborder la question sous l'angle de la *répartition* — par exemple, en créant des programmes destinés « aux plus pauvres d'entre les pauvres », soit mettre l'accent sur

la *production* — en ce cas, il s'agit de fournir de nouveaux outils au système de santé pour qu'il soit en mesure de produire un état de santé optimal dans tous les segments de la société.

Autrement dit, la réforme visait à étayer la nature « universelle » de cet avantage social. Cette approche était on ne peut plus logique dans une situation — comme celle existant à Rufiji et à Morogoro — où un système de santé inefficace donnait de piètres résultats et où la pauvreté est le lot de la majeure partie de la population. Aujourd'hui, tous les citoyens peuvent se rendre à la clinique locale et s'attendre raisonnablement à y faire soigner convenablement les problèmes de santé les plus courants. En réalité, toutefois, ce sont les pauvres qui profitent le plus de l'accroissement de l'efficacité de ces services de santé universels. En effet, par définition, dans un pays où la majorité des gens sont pauvres, un ensemble minimal d'interventions essentielles portant sur les maladies représentant les principales composantes de la charge de morbidité est avantageux pour les moins nantis. Comme ce sont eux qui souffrent le plus de ces maladies (telles que le paludisme), ce sont eux, également, qui ont le plus à gagner. La réciproque est aussi vraie : étant donné que les maladies qui frappent disproportionnellement les riches (le cancer, par exemple) ne paraissent pas aussi significatives dans les statistiques sur la charge de morbidité, ces maladies n'absorbent pas une large part des ressources prévues dans ces ensembles d'interventions. Aussi cette approche a-t-elle comme conséquence tangible la transmission des ressources en santé publique des riches, qui ont les moyens de s'adresser aux régimes privés, aux pauvres, qui ne peuvent compter que sur le système public.

Néanmoins, une petite minorité de ruraux pauvres ne bénéficient pas des retombées positives de la transformation des soins de santé à Rufiji et à Morogoro. Puisqu'il est désormais démontré que l'on peut traiter efficacement les questions de « production de la santé », les décideurs de la Tanzanie pourraient vouloir reprendre les problèmes en suspens et envisager de se centrer plus



résolument sur les questions d'équité — c'est-à-dire de payer une « prime d'équité » afin de pouvoir distribuer plus largement les soins de santé à ceux qui n'ont pas encore participé aux bienfaits de la réforme de la santé en cours. Nous entendons par « prime d'équité » la reconnaissance du fait que l'on ne réussira peut-être pas à offrir des services rentables aux sous-ensembles les plus marginaux ou éloignés. Toucher ces sous-ensembles difficiles à atteindre (supposons qu'ils représentent 10 % de la population) pourrait coûter autant qu'étendre les services de 30 % à 80 % de la population. Toutefois, ces coûts supplémentaires ne changent rien au fait qu'une plus grande équité dans la distribution des services de santé est un objectif social souhaitable qui vaut la dépense. Il sera encore plus efficace de poursuivre un tel objectif lorsqu'il aura été récupéré par un système qui a corrigé ses lacunes les plus flagrantes.

L'approche



Lorsque le PIEST a amorcé ses activités en Tanzanie, l'équipe de gestion s'est installée dans un vaste local situé dans les bureaux récemment rénovés de l'Institut national de recherches médicales de la Tanzanie à Dar-es-Salaam. Il se trouvait ainsi voisin du ministère de la Santé de la Tanzanie, des bureaux nationaux de l'Organisation mondiale de la santé pour la Tanzanie et de l'Association de santé publique de la Tanzanie — entourage tout à fait approprié pour un projet voulant influencer l'élaboration des politiques de santé à l'échelle nationale et internationale. Ce groupe de bureaux — centre nerveux du secteur de la santé en Tanzanie — est à quelques pas de la côte où viennent se jeter les eaux turquoise de l'océan Indien, au pied de la capitale.

La scène qui se déroule dans le bureau du PIEST, toutefois, est encore plus digne de mention que le paysage naturel. Contrairement aux normes établies en Tanzanie (et dans de nombreux

autres pays), le PIEST a opté pour un aménagement en « espace ouvert » au lieu de bureaux individuels. C'était là beaucoup plus le reflet d'une conception de la gestion que l'indication d'un goût particulier en décoration intérieure. Sans murs intérieurs ni portes (seules des cloisons à hauteur de poitrine séparent les bureaux), la disposition physique des lieux facilite la tâche des nombreux collaborateurs qui travaillent côte à côte, vers un but commun, par des moyens divers mais complémentaires. Bref, cet espace ouvert favorise la « cogestion ». La fluidité du concept des locaux fait en sorte que le personnel tanzanien et international, les agents financiers et administratifs, les planificateurs généraux et ceux qui sont chargés des détails, les chercheurs et les spécialistes du développement peuvent aisément échanger des idées, partager leur expertise et s'appuyer mutuellement. Inutile de fixer la date et l'heure des réunions — des conférences se tiennent spontanément lorsque les gestionnaires se tournent vers leurs collègues et soulèvent des questions. Cet échange constant d'information permet aux gestionnaires de se tenir au courant du projet en général et de ce qui se produit à l'extérieur de leur domaine de compétences immédiat. En outre, dans ces locaux à aires ouvertes, il est impossible que les objectifs personnels prennent le pas sur les buts communs; impossible que des « factions » se forment et se posent en rivales pour exercer leur influence ou leur prépondérance.

Le PIEST espérait également que son style de gestion — dont témoignaient les innovations architecturales des bureaux du projet — fut un exemple de ce qu'il était possible d'accomplir dans les districts et les collectivités. L'aménagement des lieux, propre au projet, indiquait à d'autres intervenants du système de santé que la formation d'équipes fonctionnelles et cohérentes pouvait donner de meilleurs résultats puisque chacun des problèmes était étudié selon divers points de vue et domaines de compétence. L'équipe de gestion a aussi tenté de montrer, par ses préférences organisationnelles, que l'on peut faire appel à un minimum de ressources pour obtenir des résultats rentables.

Ainsi, les gestionnaires qui utilisaient une même aire de travail partageaient aussi un véhicule. De plus, l'adoption d'un programme d'entretien de l'équipement de bureau — au lieu de tout simplement remplacer les ordinateurs, par exemple — faisait clairement valoir que la mise en place d'une structure de soutien adéquate pouvait accroître la durée de vie et l'efficacité d'investissements précieux.

Bref, loin d'être un projet de développement typique, le PIEST se voulait un projet de collaboration unique en son genre. Sous de nombreux rapports, son *modus operandi* consistait à conjuguer des compétences, des perspectives et des talents divers afin de consolider l'entreprise dans son ensemble et de conduire à de meilleurs résultats. Dans les pages qui suivent, nous examinerons deux moyens permettant d'amener divers participants à collaborer dans un cadre novateur.

L'intégration de la recherche et du développement

En intégrant les composantes recherche et développement en un tout cohérent et fonctionnel, le projet entendait accroître l'efficacité de ces deux aspects du projet. Le volet développement — dans le cadre duquel les fonds étaient affectés aux interventions dont on voulait favoriser la mise en œuvre pour augmenter l'efficacité des systèmes de santé du district — était affermi parce que les décisions le concernant se fondaient sur la recherche en cours, et notamment sur la rétroaction continue que les gestionnaires obtenaient sur l'efficacité des innovations et les améliorations possibles. Le volet recherche avait, quant à lui, une influence directe sur l'élaboration des politiques et jouissait, au sein des collectivités, d'une crédibilité inégalée parce que les chercheurs mettaient eux-mêmes l'épaule à la roue pour améliorer la santé dans les districts. Ils n'étaient pas perçus comme des gens exécutant un programme abstrait, mais comme des intervenants collaborant concrètement à l'amélioration de la santé.



L'orientation pratique du volet recherche du PIEST se concrétisait par sa « plausibilité ». Ce volet se fondait sur une conception différente du modèle classique de la recherche scientifique où l'on procède méthodiquement à des expériences visant à démontrer hors de tout doute l'existence d'un rapport de cause à effet. Le PIEST, qui fonctionnait dans le cadre d'un système de santé vivant et dynamique — où les changements avaient déjà commencé et où une multitude d'influences réelles mais incontrôlables pouvaient modifier les indicateurs de santé — n'aurait jamais pu attribuer une influence positive sur les résultats pour la santé uniquement aux réorientations politiques et aux interventions dont il se faisait le champion. Néanmoins, en comparant rétrospectivement les résultats pour la santé obtenus dans les districts

Un papillon ne peut voler avec une seule aile. De même, le développement ne peut être mis en œuvre sans la recherche.

— D^r Peter Kilima

visés par le projet et ceux des districts voisins (et en évaluant le rôle joué par d'autres facteurs comme les variations de pluviosité, les catastrophes naturelles localisées et l'inégalité des ressources dans la différence des résultats),

les chercheurs ont pu vérifier dans quelle mesure il était plausible qu'une politique donnée ait contribué à améliorer l'état de santé publique à Rufiji et à Morogoro.

Le D^r Peter Kilima, ancien directeur des Services de santé préventive au ministère de la Santé, aimait décrire l'intégration de la recherche et du développement par cette métaphore : « Un papillon ne peut voler avec une seule aile », disait-il. « De même, le développement ne peut être mis en œuvre sans la recherche. »

Comment, donc, « les deux ailes du papillon » peuvent-elles s'entraider ? D'abord, le volet recherche détermine les principaux problèmes de santé et les priorités du budget. Il pose également les assises de l'élaboration des nouveaux outils de gestion destinés à aider les EGSD à fonder davantage leur planification sur les données attestées. Ensuite, le volet développement applique les

connaissances requises pour la mise au point de nouveaux outils d'information et d'interventions stratégiques, et fournit aux équipes des districts le budget nécessaire pour mettre en œuvre ces innovations. Après quoi le volet recherche aide à cerner les lacunes que pourraient présenter les nouveaux outils et stratégies, contribuant ainsi à leur perfectionnement. Le volet développement adapte ses activités à ces nouvelles informations, et ainsi de suite. Le « papillon » peut donc — ses ailes, interdépendantes, se renforçant mutuellement — avancer plus rapidement et efficacement qu'il aurait pu le faire autrement.

Certains signes montrent que l'intégration de la recherche et du développement est une approche qui a amené des changements positifs dans les districts. Ainsi, à l'issue du projet, les EGSD elles-mêmes ont commandé des recherches. On peut en déduire que, loin de voir la recherche comme une menace ou comme une entreprise inutile les distrayant de leurs tâches quotidiennes, les équipes des districts reconnaissent désormais que la recherche peut leur fournir des connaissances applicables à leurs initiatives de développement et améliorer les résultats pour la santé.

Les équipes des districts reconnaissent désormais que la recherche peut leur fournir des connaissances applicables à leurs initiatives de développement et améliorer les résultats pour la santé.

La création de consortiums

Obtenir l'expertise des meilleurs chercheurs locaux — dont les compétences couvrent de nombreux domaines — est au cœur de l'approche adoptée dans le cadre de ce projet. Il a toujours été entendu, conformément à la philosophie du CRDI, que la direction de la recherche serait confiée aux Tanzaniens, qui connaissent à fond le pays et les réalités du travail sur place. Cette collaboration supposait, par ailleurs, que les chercheurs des institutions participantes formeraient des « consortiums ». La création de ces



consortiums a commencé après l'appel d'offres, alors que des chercheurs représentant tous les établissements d'enseignement de la Tanzanie ont été invités à une séance d'information dans un hôtel de Dar-es-Salaam. Les participants ont formé entre eux plusieurs consortiums, chacun recevant par la suite un modeste financement pour préparer des propositions portant sur divers problèmes de santé.

Au cours de l'évaluation par les pairs qui a suivi, le comité consultatif scientifique du PIEST a jugé les soumissions présentées selon la démarche tactique des candidats relativement aux questions posées — leur proposition contenait-elle des solutions novatrices et rentables aux problèmes de développement ? Le comité a ensuite choisi deux consortiums regroupant des chercheurs venant de divers instituts de l'Université de Dar-es-Salaam, du Collège des Sciences sanitaires de l'Université de Muhimbili et du Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara.

Outre l'avantage que le projet permette d'embaucher les meilleurs candidats, les consortiums avaient d'autres mérites encore pour le milieu de la recherche de la Tanzanie. La majorité des chercheurs tanzaniens avaient l'occasion, pour la première fois, de travailler avec des collègues d'autres établissements de recherche, dans le cadre d'un programme en bonne et due forme où les participants avaient la haute main sur un aspect particulier d'un vaste programme de recherche. En outre, ils pouvaient compter sur leurs collègues d'autres centres de recherche pour obtenir des données. Cette approche — regroupant des collaborateurs de divers ministères et différents établissements — aide aussi à l'établissement de rapports de confiance et de relations professionnelles, et permet d'examiner sous des angles divers un problème commun. Elle donne enfin aux chercheurs la possibilité de faire l'expérience d'une aide à la recherche habituellement attribuée aux « centres d'excellence », plus courante ces dernières années dans les grands programmes de recherche, à gros budget, des pays industrialisés.

Le début de la recherche

Les consortiums de recherche se sont mis à l'œuvre en s'aidant de trois questions fondamentales (comme nous l'avons vu au chapitre premier) pour veiller à ce que leurs activités soient axées sur une approche de la planification sanitaire qui tienne davantage compte des données attestées.

- Comment et dans quelle mesure peut-on axer davantage les plans décentralisés des conseils de district sur les données attestées ?
- Comment et dans quelle mesure les plans fondés sur les données attestées doivent-ils être mis en œuvre par les systèmes de santé décentralisés ?
- Comment et dans quelle mesure les plans fondés sur les données attestées peuvent-ils influencer sur l'état de santé de la population, et quels sont les coûts à prévoir ?

Dans le quotidien, toutefois, il leur a fallu s'enquérir plus précisément des méthodes de planification adoptées par les districts de la Tanzanie, des relations entre les collectivités et les systèmes de santé, du taux de mortalité existant dans les districts et des moyens à prendre pour réduire les taux de mortalité. Pour recueillir cette information, le travail a été divisé en trois domaines thématiques, dont chacun a été confié à un consortium de recherche :

- les systèmes de santé ou comment fonctionne le processus de planification sanitaire;
- les comportements en matière de santé ou comment la population fait appel aux services de santé;
- les effets pour la santé ou ce qu'il advient des gens en mauvaise santé.

Menée de front, la recherche dans les trois domaines décrits ci-après a permis de mieux comprendre comment les données



attestées sur la mortalité pouvaient améliorer la planification sanitaire dans les districts. Cette recherche s'est poursuivie tandis qu'on instaurait des mesures novatrices au sein des systèmes de santé, et même par la suite. Après l'élaboration des outils de développement et de planification, leur mise en place et utilisation par les EGSD et l'implantation d'autres innovations dans les systèmes de santé, les consortiums de recherche ont évalué dans quelle mesure ces innovations permettaient d'atteindre les objectifs fixés et déterminé comment on pouvait les modifier ou les améliorer. Les systèmes de santé des districts étant en transformation constante, il incombait aux chercheurs d'évaluer les effets de ces changements sur le volet développement et de se demander à chaque étape ce qu'il convenait de faire à la prochaine.

La recherche sur les processus de planification sanitaire

On a chargé un consortium de recherche sur les systèmes de santé de procéder à une étude quantitative et qualitative des services et des systèmes en vigueur dans les districts de Rufiji et de Morogoro, et de consigner les changements survenus au fil des ans dans des documents officiels. Cette recherche avait pour objectif de déterminer comment les EGSD pouvaient utiliser, dans la planification des services de santé et la répartition des ressources, les données locales sur la mortalité, la rentabilité et la capacité des systèmes de santé, et les préférences des collectivités. Le consortium a commencé par observer et décrire les domaines dont les fonctionnaires des districts étaient chargés et comment ils s'acquittaient de leur tâche. Par la suite, lorsque le PIEST a offert aux EGSD des outils pour les aider à fonder leur planification sur des données attestées, le consortium s'est tourné vers les effets tangibles de ces outils sur la planification. La disponibilité de ces outils a-t-elle porté les EGSD à modifier leurs priorités de financement ou sont-elles demeurées inchangées ? Les outils ont-ils permis de rectifier les biais dont était entachée auparavant la planification sanitaire ? Sont-ils faciles à utiliser ? Comment pourrait-on les modifier pour en accroître l'efficacité ? Quels

autres outils faudrait-il élaborer pour répondre aux besoins et aux préoccupations dont on ne n'a pas encore tenu compte ?

La recherche sur les comportements des ménages au regard des services de santé

Ce consortium — dont les membres venaient d'horizons aussi variés que l'anthropologie, la démographie, la sociologie, l'analyse des systèmes, l'économie et l'épidémiologie — a étudié toute une série de questions relatives à l'usage par les citoyens des services de santé du district. Ce domaine de recherche se fondait sur la théorie selon laquelle même les changements les plus radicaux dans le système de santé

n'amélioreront pas la santé de la population si celle-ci ne fréquente pas les établissements de santé.

Le consortium s'est penché sur plusieurs questions : combien de fois les gens consultent-ils les

Même les changements les plus radicaux dans le système de santé n'amélioreront pas la santé de la population si celle-ci ne fréquente pas les établissements de santé.

services de santé ? Qu'est-ce qui les pousse à se rendre dans un établissement de santé ou à s'en abstenir ? Préfèrent-ils des soins de santé traditionnels ou modernes ? Que pensent-ils de la qualité des soins prodigués à la clinique locale ? Au fur et à mesure que des innovations étaient mises au point et utilisées — comme la gestion intégrée en cascade (voir le chapitre 3) — les chercheurs ont tâché de déterminer si le degré d'utilisation et de satisfaction avait augmenté.

La recherche sur le moment et les motifs des visites aux établissements de santé a donné des résultats étonnants. Par exemple, on savait que, même si la majorité des gens préféraient recevoir des soins modernes pour la fièvre et le paludisme, ils associaient aussi généralement les derniers stades de la fièvre paludique (connue sous le nom de *ndegedege*), virtuellement mortelle et qui s'accompagne de convulsions, à des mauvais esprits et à des changements climatiques plutôt qu'à l'infection paludéenne. On croyait donc



que c'est au moment où le paludisme met la vie en péril que nombre de Tanzaniens faisaient appel à des guérisseurs traditionnels plutôt qu'à la médecine moderne. Or la recherche révèle que cette impression était nettement exagérée et que la majorité avait d'abord recours à des services de santé modernes. Il importe maintenant de s'assurer que les Tanzaniens reçoivent rapidement des soins de haut niveau bien plus que de s'efforcer vainement de changer les croyances sur la médecine traditionnelle.

La recherche sur les effets pour la santé

Ce volet de la recherche avait pour objet de quantifier les changements survenus dans la charge de morbidité, mesurée par le taux de mortalité, des deux districts à l'étude. L'utilisation du système de surveillance démographique (SSD) a été capitale pour mener à bien cette recherche puisqu'il a permis de recueillir des données essentielles et de suivre de près l'état de santé de vastes segments de la population de Rufiji et de Morogoro. Grâce aux données attestées par les SSD (décrits ci-après), les fonctionnaires des districts ont pu, en premier lieu, cerner les principaux facteurs de mortalité auxquels il faudrait accorder une part proportionnelle du budget de la santé. Au cours des dernières étapes de la recherche, les EGSD se sont servi du flot continu de données pour évaluer les répercussions de la réforme sanitaire sur l'état de santé de la population.

Le système de surveillance démographique

Les données attestées donnent vie à la réforme de la santé

Véritable « moteur à produire des données », les matières premières — les données brutes — nécessaires à l'élaboration des outils, le SSD est un système qui a fini par jouer un rôle de premier plan dans la planification sanitaire non seulement en Tanzanie, mais de plus en plus dans l'ensemble du monde en développement. Dans les pays où il n'existe aucun registre d'état civil, le SSD constitue un mécanisme auquel on peut se fier pour

obtenir des données sur la charge de morbidité, la mortalité, la population, la taille des ménages et divers autres domaines tout aussi importants. Un SSD est implanté dans une région d'observation où la collectivité tout entière

est suivie afin de déceler des changements dans l'état de santé de la population. Les répercussions des activités du SSD s'étendent bien au-delà toutefois, l'information recueillie dans ces régions sentinelles étant utilisée pour créer des profils représentatifs d'autres dis-

tricts. Idéalement, les sentinelles des zones urbaines devraient différer de celles des régions rurales, et elles ne devraient représenter d'autres districts que s'ils possèdent des caractéristiques écologiques, géographiques, démographiques, épidémiologiques et socio-économiques semblables.

Le SSD est un système qui a fini par jouer un rôle de premier plan dans la planification sanitaire non seulement en Tanzanie, mais de plus en plus dans l'ensemble du monde en développement.

La collecte, la compilation et l'actualisation des données démographiques sont des tâches colossales. C'est le cas en particulier à la station SSD de Rufiji à Ikwiriri, où le gestionnaire de la station, Eleuther Mwageni, faisait remarquer récemment qu'il n'avait pu s'éloigner de l'ordinateur ne fut-ce qu'une journée depuis février 1999. La station bourdonne d'activités toute la semaine et souvent les week-ends. Centre nerveux de la recherche sur les effets pour la santé dans la localité, la station regroupe les administrateurs et les préposés au traitement des données qui entrent sur ordinateur le flot d'information sur la santé constamment mise à jour qui leur parvient du site d'observation. Le personnel de la station reçoit ces renseignements de recenseurs qui parcourent les villages à bicyclette et mettent à jour les événements survenus dans les collectivités et les caractéristiques des ménages. Ces recenseurs locaux sont chargés de deux aspects de la collecte de données, soit de recueillir les données de référence sur support préenregistré et de retourner, quatre mois plus tard, dans chacun des ménages afin de mettre à jour cette information. Les



« principaux répondants » — les chefs de village — informent au préalable les recenseurs lorsque des changements importants (des décès, par exemple) surviennent dans la collectivité (voir, ci-après, l'encadré « L'évolution du SSD »).

Les autopsies verbales

Lorsqu'un décès survient dans un ménage, des intervieweurs formés spécialement pour ce genre de situations sont envoyés pour procéder à des « autopsies verbales ». Ces travailleurs visitent les ménages de deux à quatre semaines après le décès. Les décès sont aussi enregistrés dans le système après des visites, faites toutes les deux semaines, auprès d'environ 150 principaux répondants. Étant donné l'empathie que requiert la collecte d'information auprès de familles endeuillées, les autopsies verbales sont les seules tâches confiées à ces spécialistes. Il faut plusieurs heures pour remplir les formulaires normalisés servant à consigner les autopsies verbales. Ces entrevues approfondies — qui permettent d'exposer en détail les circonstances du décès — ont l'avantage de

L'évolution du SSD

Depuis l'instauration du premier système de surveillance démographique (SSD) au Bangladesh dans les années 1960, le concept a évolué. Il fait désormais autorité sur la scène internationale, à tel point qu'il est utilisé pour recueillir des données sur de vastes populations d'une trentaine de régions en Afrique. En 1998, le réseau INDEPTH (organisme-cadre regroupant 40 sites en Afrique, en Asie du Sud-Est et en Océanie) a été créé lors d'une conférence, organisée à Dar-es-Salaam en 1998 par le PIEST et des tenants tanzaniens du SSD, afin de faciliter la normalisation, de faire valoir l'importance de la planification sanitaire fondée sur les données attestées et de favoriser le partage transfrontalier des données démographiques. De plus en plus, on estime que le SSD est essentiel non seulement à la collecte et à la compilation des données sur la santé des ménages, mais aussi à la surveillance des tendances liées aux stratégies de réduction de la pauvreté, à l'éducation, à la sécurité alimentaire et à l'environnement.

réduire au minimum les erreurs de diagnostic. Lorsque des symptômes, comme la fièvre, peuvent avoir pour origine divers états pathologiques, l'information contextuelle peut aider à circonscrire davantage la cause du décès. Néanmoins, le taux d'exactitude peut varier. L'analyse statistique confirme toutefois que, malgré les variations individuelles, dans l'ensemble, les autopsies verbales donne une juste idée du nombre de malades au sein de la population. Les causes de décès sont ensuite déterminées par un groupe de trois médecins indépendants.

L'évolution des outils

Il fallait aux EGSD des outils pratiques pour comprendre aisément l'information sur les causes de mortalité dans les districts — information recueillie par le SSD — et incorporer cette information dans le processus budgétaire relatif à la santé. Au départ, toutefois, on ne savait pas très bien de quels outils elles auraient besoin. Si bien que pendant quatre à cinq ans, on a élaboré de nouveaux outils, par intermittence, à mesure que la recherche indiquait des lacunes dans la planification des services de santé et que les EGSD cernaient des domaines manquant de moyens techniques.

Ce qu'on a su tout de suite, cependant, c'est que les exigences pratiques des gestionnaires étaient différentes des demandes des démographes et des épidémiologistes universitaires qui avaient le temps et la formation nécessaire pour compiler des piles de tableaux statistiques, et d'en interpréter les chiffres. Les planificateurs des districts — croulant déjà sous des masses d'articles, de statistiques et de responsabilités — avaient besoin d'outils qu'ils pouvaient intégrer dans leurs plans et qui simplifieraient leurs tâches courantes plutôt que d'ajouter à la complexité de leurs obligations.

Les outils ont donc été conçus pour donner aux planificateurs un rapide aperçu des répercussions des indicateurs de santé locaux sur les priorités en matière de budget et de planification.



L'information fournie par les outils est invariablement présentée sous forme de graphiques. Les diagrammes et les graphiques permettent aux gestionnaires de comparer les données facilement et rapidement, et sont compris beaucoup plus aisément que des tableaux de chiffres. La prémisse sur laquelle reposent ces outils est que le PIEST voulait donner aux fonctionnaires du district les

Les planificateurs des districts sont plus susceptibles d'utiliser un outil s'il peut les aider à résoudre les divers problèmes courants.

moyens de répondre aux besoins locaux. Comme le dit John Gille, directeur exécutif du district de Morogoro : « Les connaissances et les compétences que nous avons acquises au sein de cette équipe

nous ont fait progresser à un point tel que nous pouvons désormais déterminer nos problèmes, analyser nos priorités et élaborer des projets fondés sur des données réelles. » En outre, puisque les gestionnaires locaux ont participé à part entière à l'élaboration des outils — en signalant les lacunes du processus budgétaire et en contribuant au perfectionnement des outils, en en faisant l'essai et en apportant le fruit de leur expérience — le risque était moins grand qu'ils soient considérés comme des instruments « étrangers » imposés aux districts et qui, par conséquent, resteraient inemployés.

Pour vérifier si les outils pouvaient être parfaitement intégrés aux tâches coutumières des planificateurs, il fallait déterminer s'ils pouvaient remplir plus d'une fonction. Les planificateurs des districts sont plus susceptibles d'utiliser un outil s'il peut les aider à résoudre les divers problèmes courants. En revanche, des outils particuliers, distincts, auxquels on fait appel pour résoudre des problèmes à la pièce représentent pour des gestionnaires déjà très occupés une surcharge de travail et une nouvelle source de préoccupation. À cet égard, on peut plus justement comparer ces outils à un couteau suisse qu'à un marteau et une scie. Tant l'outil de représentation de la charge de morbidité que celui servant à la planification du budget (voir les sections 1 et 2 ci-après) peuvent remplir dix petites fonctions de routine outre la tâche principale

pour laquelle ils ont été conçus. De fait, ils continuent à évoluer avec le temps, l'expérience et l'usage.

1. Le profil de la charge de morbidité du district

L'objectif premier de cet outil consiste à réorganiser l'information sur la santé de la population fournie par le SSD de manière à ce que les fonctionnaires du district puissent la comprendre facilement. Chaque année, au début du cycle de planification, l'outil présente une rétroaction sur l'état de santé de la population et, par voie de conséquence, ses besoins en matière d'interventions en santé. Il en est résulté une révolution de la planification dans les deux districts. Aujourd'hui, les gestionnaires des districts ont les moyens d'établir des priorités dans le cadre de leur planification, directement en fonction de la charge de morbidité locale.

« Avant le PIEST, nous ne nous occupions pas de déterminer nos interventions, ni d'établir un ordre de priorité », souligne le Dr Harun Machibya, médecin du district de Morogoro. « Nous mettions plutôt en œuvre des plans élaborés par les autorités centrales. Même pour l'établissement du budget, on avait tendance à ajouter certains pourcentages aux activités planifiées et prévues au budget de l'année précédente. » Peter Nkulila, directeur clinicien de l'EGSD est du même avis : « Nous agissions aveuglément. » La méconnaissance du rapport entre les ressources allouées et les causes de mortalité locales a entraîné du gaspillage : par exemple, des villages situés dans les hautes terres où le paludisme ne sévit pas pourraient recevoir (par suite d'une planification centralisée) toute une cargaison de médicaments antipaludiques dont aurait besoin une région où la maladie est endémique.

L'outil servant à représenter la charge de morbidité a permis aux fonctionnaires locaux de corriger ce genre de problèmes en leur fournissant de l'information sous une forme logique et pratique. Bien qu'un SSD ait été installé et ait recueilli des données sur la charge de morbidité à Morogoro depuis 1992, cette information n'a été pleinement utilisée par les planificateurs des services de



santé du district qu'à compter de 1997 alors que les outils leur ont été présentés. Au lieu de produire des pages de chiffres et de tableaux compliqués, ce logiciel crée des représentations graphiques des principaux indicateurs, simples et faciles à lire sur les écrans d'ordinateurs. Ces représentations forment ce qu'on appelle communément « le profil de la charge de morbidité ». Ce profil est mis à jour à l'aide du même SSD sentinelle et il est transmis chaque année aux planificateurs au moment où ceux-ci amorcent la planification des services de santé du district.

Cet outil est éminemment pratique parce qu'il présente l'information sur la charge de morbidité sous forme de « parts traitables par les interventions ». Cela signifie qu'au lieu de décrire la charge de morbidité par catégories de maladies, le profil montre le pourcentage de la charge de morbidité traité par les diverses stratégies et interventions en santé. Ces interventions rentables forment un « ensemble » de choix mis à la disposition des EGSD. Il s'agit en réalité d'un « profil des interventions en santé du district » et il est surtout pertinent pour les planificateurs, car il permet de comprendre la charge de morbidité à la lumière des priorités établies pour les interventions en santé et l'utilisation proportionnelle des ressources à l'appui de ces interventions. L'outil présente également des représentations graphiques de données sur l'âge et la répartition saisonnière des décès dans les districts; le lieu de naissance ou du décès; et le comportement relatif à l'obtention de soins lors de problèmes de santé précédant le décès. Étant donné que la Tanzanie ne possède pas de registre d'état civil et que les recensements nationaux sont rares, les projections sur la structure de la population mises à jour par le logiciel, telles que l'âge, le sexe, le taux de fécondité courant et le taux de mortalité par âge, aident les planificateurs à prévoir le nombre de naissances, de décès, d'enfants de moins de cinq ans, de mineurs, de grossesses, etc., susceptibles de survenir dans le district au cours de la prochaine année de planification. Par ricochet, cela peut aider à l'affectation de ressources.



2. La planification du budget de santé du district

Aussi connu sous le nom d'« outil de représentation des dépenses en santé du district », ce logiciel analyse les budgets, selon les normes établies, afin de produire des graphiques qui montrent comment les divers plans de dépenses — ou les engagements de dépenses en cours — se combinent pour former un plan complet. Les planificateurs qui consultent ces graphiques peuvent voir comment les différentes possibilités se traduisent en pourcentages du budget global, d'où proviennent les fonds, et quelles interventions et activités sont financées.

Tous les ans, au début du cycle de planification, les districts reçoivent une mise à jour sur disquette. Les planificateurs entrent les données budgétaires — soit les fonds qu'ils veulent allouer à des postes particuliers — dans une matrice contenant les écritures habituelles et les sources de financement. L'ordinateur produit des graphiques illustrant la situation budgétaire globale qui résultera de la saisie de ces données. Un des principaux avantages de cet outil est de réduire la complexité et les détails superflus qui, souvent, empêchent les planificateurs de savoir exactement d'où viennent et où vont, proportionnellement, les fonds dont ils disposent. En règle générale, les budgets des districts contiennent des pages et des pages de détails, plus d'un millier d'activités et d'éléments budgétisés, des centaines de sommes partielles et des dizaines de rubriques principales. Non seulement est-il malaisé de discerner les tendances dans cette pléthore d'information, mais il est aussi difficile de trouver les erreurs et de faire des changements pour régler les problèmes sans en créer de nouveaux. Avec cet outil, les modifications se font et les graphiques, produits instantanément, montrent quelle influence ces changements auront sur les autres aspects du budget.

L'outil permet également de combler certaines lacunes décelées dans l'approche adoptée par l'État et par les donateurs quant au financement de la santé. Pendant la saisie, le logiciel confronte les données avec les attentes du ministère. Si, par exemple, des

questions importantes ont été laissées de côté ou si des plafonds ont été dépassés, ces faits sont portés à l'attention des planificateurs. À plus d'un égard, le logiciel fait en sorte que les budgets ne soient pas rejetés pour non-conformité — les erreurs apparaissent aussitôt que les graphiques sont générés. Les graphiques sont aussi au centre des discussions sur le contenu des plans des planificateurs. En outre, les EGSG peuvent, d'année en année, comparer et mettre en contraste leurs plans annuels réciproques.

3. La cartographie des services de santé du district

Cet outil fait appel à une base de données statistiques produite par le Système de gestion des informations sanitaires, conjuguée à un répertoire de cartes complet. Un logiciel d'exploitation libre mis au point par l'OMS, le *HealthMapper*, fait des recoupements entre ces cartes et la base de données. Tous les ordinateurs des planificateurs sanitaires des districts de Rufiji et de Morogoro en sont équipés depuis juin 2001.

L'outil élaboré dans le cadre du PIEST a pour principale fonction de permettre aux administrateurs de la santé d'accéder, en quelques touches seulement, à une représentation visuelle de la disponibilité de services de santé particuliers ou de la consultation des cliniques de tout le district pour diverses maladies. Les cartes, riches en détails, donnent une idée précise des villages, des routes, des rivières, des frontières administratives, des établissements de santé et des écoles. Ces cartes peuvent, à leur tour, être recouvertes d'une autre carte de superposition textuelle décrivant, par exemple, la couverture vaccinale dans une zone donnée, le degré de risque d'infection palustre, et ainsi de suite. L'homme étant essentiellement un être spatial et territorial, cette représentation cartographiée de la répartition des indicateurs de santé a une incidence plus directe et viscérale sur le lectorat que les tableaux truffés de chiffres et de listes.



4. L'expression communautaire

« La pierre angulaire de la réforme du secteur de la santé est la participation communautaire », de dire Faustin Fissoo, directeur exécutif du district de Rufiji. « Utilisant leurs propres ressources, les collectivités participent activement à la conception, à la planification et à la gestion de leurs projets de développement. »

Soulignant le scepticisme dont certains des villages faisaient montre, au début, quant à la possibilité que les collectivités puissent progresser sans la prépondérance des plus hautes instances gouvernementales, M. Fissoo rappelle que la participation communautaire a suscité un nouvel enthousiasme civique qui a eu de nombreuses retombées concrètes, allant de la remise en état de cliniques de village à la réalisation de divers objectifs mis de l'avant par les villageois eux-mêmes.

L'outil d'expression communautaire a été mis en place en signe de reconnaissance de l'importance accordée à la nécessité que les collectivités non seulement fassent valoir leurs besoins et leurs aspirations, mais aussi participent à la réalisation d'objectifs qui leur sont propres. Parfois, les attentes de ces collectivités sont directement liées à la santé. À d'autres moments, leurs principales préoccupations ne s'y rapportent que de loin (approvisionnement en eau, état des routes, scolarisation, etc.).

En adoptant une approche connue sous le nom de recherche participative, les animateurs ont offert aux collectivités la possibilité de réfléchir à leurs préférences en matière de développement, encouragé le dialogue sur les moyens de favoriser la participation locale à la planification, et cerné les particuliers et les groupes susceptibles de faire progresser la participation communautaire. Lorsque les collectivités prennent directement part à la détermination et à la résolution de leurs problèmes, elles ont plus de poids dans les programmes d'amélioration sociale.

Lorsque les collectivités prennent directement part à la détermination et à la résolution de leurs problèmes, elles ont plus de poids dans les programmes d'amélioration sociale.

Ainsi, à Kilimani, village du district de Rufiji, les aînés ont décidé de recueillir des fonds en imposant une taxe sur les produits locaux comme les noix de cajou, le riz, le poisson et le bois d'œuvre. Ces nouveaux fonds ont permis d'installer l'eau courante dans la collectivité. Les villageois en ont retiré plusieurs avantages : non seulement de nombreux résidents ont-ils désormais des douches dans leurs maisons, mais le nombre de femmes blessées par des crocodiles a diminué puisqu'elles n'ont plus à laver le linge à la rivière. À Bungu, par exemple, la collectivité a construit un dispensaire pour remplacer l'ancien, qui tombait en décrépitude, et a formé un groupe de femmes qui a entrepris des projets comme la confection de briques pour bâtir une nouvelle école.

Aucune disposition restrictive ne limite l'utilisation de l'outil d'expression communautaire au secteur de la santé. De fait, ces activités ont eu une incidence inattendue : une fois que les collectivités se sont mobilisées pour faire valoir leur point de vue sur la planification des soins de santé, les discussions se centrent souvent sur les questions plus vastes de la gouvernance ou d'autres préoccupations comme l'état des écoles et des routes. Lorsque les discussions communautaires sont directement axées sur des questions de santé, elles donnent parfois l'occasion à la collectivité d'exprimer des préoccupations (comme la prestation de soins dentaires ou thérapeutiques pour des problèmes de peau) qui tiennent davantage à la « qualité de vie » qu'à des questions de santé liées au taux de mortalité. Parfois aussi, cet outil stimule les discussions sur les mesures à prendre pour améliorer la prestation des services dans le cadre du système de santé et sur les moyens que les membres de la collectivité peuvent prendre à leur tour pour améliorer leur état de santé.

5. L'information sur les coûts et la rentabilité du district

C'est l'outil de la « dérobade ». Au début, l'une des stratégies les plus importantes de la boîte à outils conçue pour la planification devait servir à comprendre la rentabilité différentielle des interventions en santé. Il est apparu que deux ingrédients



indispensables de l'analyse coûts-efficacité — les coûts et la portée des interventions — faisaient défaut. La première étape consistait donc à doter les planificateurs d'un outil de repérage des coûts. Une base de données pratique, fondée sur le principe de la pyramide inversée et portant sur l'ensemble du district, a été élaborée pour consigner les coûts des interventions dans chaque établissement de santé. Le programme n'a révélé qu'un écart minime entre les établissements et d'une saison à l'autre, si bien qu'il ne s'est pas avéré utile de l'exécuter continûment. Il reste fonctionnel comme outil à utiliser périodiquement pour évaluer les coûts réels des interventions. Comme outil de recherche, il a aussi son utilité pour comprendre les lacunes techniques et les manques généraux. Les districts manquent encore d'outils pratiques pour mesurer la portée exacte des interventions essentielles en santé (à l'exception de l'immunisation et des soins prénataux où les dénominateurs sont connus). Sans ces percées, la planification décentralisée ne pourrait reposer sur des considérations comme la rentabilité différentielle et les planificateurs devraient s'en tenir à des informations générales sur la rentabilité globale d'autres établissements.

La prochaine étape

Les outils ont été très profitables aux districts qui ont entrepris une réforme de la planification sanitaire pour répondre aux besoins de santé des collectivités. L'introduction de ces outils a coïncidé avec deux autres événements qui ont grandement renforcé les capacités des districts de planifier la prestation des services de santé en fonction de la charge de morbidité locale : une majoration budgétaire qui a rapproché les dépenses en santé du seuil recommandé dans le RDM93 et une série « de stratégies et d'interventions de soutien » conçues pour améliorer l'efficacité de l'administration des soins de santé à Rufiji et à Morogoro. Le chapitre qui suit examine en détail comment les districts ont utilisé ces outils et les interventions en vue de remodeler et d'améliorer la prestation des services de santé.

This page intentionally left blank

Les résultats



Des femmes veillant tendrement sur les enfants qu'elles portent dans leurs bras sont assises côte à côte sur les bancs de bois à l'entrée de la clinique de Mvomero, petite collectivité rurale du district de Morogoro. À l'intérieur, un professionnel de la santé, Y.E. Kapito, examine doucement un nourrisson afin de déterminer pourquoi il a la fièvre et d'évaluer d'autres problèmes de santé. Kapito a recouvert les murs de la clinique des diagrammes colorés, contenant des notations algorithmiques et décrivant les maladies de l'enfance, leur nomenclature et les traitements appropriés, qui lui tiennent lieu de manuels de référence rapide.

Kapito voit un plus grand nombre de patients depuis quelque temps; il estime que sa clientèle a doublé en un an. Mais les décès d'enfants sont moins nombreux. « Ça doit bien faire six ou huit mois qu'on ne m'a pas rapporté le décès d'un enfant », affirme-t-il. Samuel Hassain, qui a amené à la clinique son petit-fils grippé,

ajoute : « Les choses se sont améliorées. Les gens ont confiance dans les services de santé. Ils sont bien soignés et les diagnostics sont justes. »

Mvomero est un des nombreux endroits de la Tanzanie où des statistiques encourageantes démontrent que la réduction des taux de mortalité (en particulier chez les enfants) est bien tangible et qu'elle a un visage humain. C'est ici, aux premières lignes — zone critique où théorie et pratique se confrontent — que se révèle l'utilité ou l'inefficacité des changements adoptés par les gestionnaires de la santé des districts.

La survie d'un plus grand nombre d'enfants qui fréquentent la clinique de Mvomero s'explique notamment par le fait que des professionnels de la santé comme Y.E. Kapito font désormais appel à la stratégie de gestion intégrée des maladies infantiles, mieux connue sous le sigle anglais IMCI (*integrated management of childhood illness*). Un des aspects de cette stratégie est justement le recours aux diagrammes colorés dont les murs de la clinique sont tapissés. Mais ces changements au sein de la collectivité ont été accompagnés — et, de fait, ont été rendus possibles — par des virages fondamentaux dans le fonctionnement des systèmes de santé de Morogoro et de Rufiji.

Essentiellement, l'amélioration de la qualité des soins de santé est attribuable à deux facteurs. Le premier tient à la manière dont les gestionnaires des districts ont choisi d'utiliser les outils de planification; c'est-à-dire quelles interventions en santé ils ont décidé de financer et de sérier en fonction de la charge de morbidité représentée par les outils. Les équipes de gestion de la santé de district (EGSD) ont utilisé ces outils pour restructurer les méthodes de planification, réviser l'affectation proportionnelle des fonds et favoriser l'adoption de solutions intégrées qui offrent de multiples avantages.

L'autre grand facteur qui a permis de faire avancer les choses dans la collectivité est ce qu'on a appelé « les interventions de

soutien ». Conçues pour rétablir, dans une certaine mesure, la capacité fonctionnelle que les systèmes de santé avaient perdue après des années de sous-financement et d'inertie, ces interventions étaient tributaires de l'utilisation des fonds supplémentaires que le PIEST avait accordés aux districts. L'utilisation des outils et l'investissement des districts dans les « interventions de soutien » peuvent être considérés comme des exemples de ce renforcement des capacités. Cependant, ces deux exemples diffèrent sur un plan fort important. La mise en place de ces outils est une forme **passive** de renforcement des capacités : ces outils n'ont pas entraîné les changements, ils ont plutôt aidé les districts à accroître leurs capacités de planification. Les interventions de soutien apportées par les districts, par contre, constituent une forme plus traditionnelle de renforcement qui repose sur un transfert direct de compétences par des moyens comme la formation ou le financement ciblé.



Le financement supplémentaire

Aucun des changements dans la façon dont les gestionnaires et les médecins mènent leurs activités quotidiennes n'auraient pu se produire sans un modeste financement supplémentaire accordé aux districts par divers intervenants. Ce nouvel apport de liquidités a catalysé l'amélioration de la prestation des soins de santé en donnant aux districts les moyens financiers de mettre leurs plans à exécution. Ces fonds ont permis aux districts d'améliorer l'efficacité et l'efficience au jour le jour des systèmes de santé et, au besoin, d'augmenter les dépenses pour des interventions axées sur les facteurs les plus importants de la charge de morbidité locale.

Le premier financement supplémentaire offert par le PIEST aux districts de Morogoro et de Rufiji, en 1997, était de 2 \$US par habitant. Contre toute attente, toutefois, les deux districts se sont vite rendu compte qu'ils ne pouvaient absorber et dépenser cette somme. Les 2 \$ ont été offerts pendant les trois premières années

Le panier SWAp, synonyme de stabilité du financement

Le panier de fonds SWAp* destiné aux conseils de santé des districts — composé de ressources provenant de divers organismes de développement international, actifs dans le domaine de la santé en Tanzanie — est administré par le ministère de la Santé et offert à tous les districts du pays. La mise en place progressive du panier SWAp entre 2001 et 2003 a soulevé l'épineuse question de la viabilité du financement supplémentaire dans les deux districts, concurremment à la suppression graduelle du PIEST. Sa création a aidé à faire en sorte que les avantages associés au financement supplémentaire accordé par le PIEST demeuraient tant et aussi longtemps que ce nouveau panier resterait en place.

* L'abréviation SWAp (*sector-wide approach* — approche englobant tout le secteur) désigne une nouvelle pratique, adoptée par certains organismes nationaux de développement, qui consiste à fournir des fonds que les gouvernements bénéficiaires sont libres d'allouer selon les besoins les plus pressants.

du projet. Toutefois, les districts n'étaient toujours pas en mesure d'éponger ces liquidités. En 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000, la consommation par habitant provenant de ce fonds s'établissait à 0,57 \$US, 0,89 \$US et 1,37 \$US, respectivement. Afin de répartir l'argent non dépensé sur un laps de temps plus raisonnable, le projet a alors été reconduit pour trois années supplémentaires et le montant offert a été réduit, avec l'entrée en vigueur du nouveau « panier » de 0,50 \$US par habitant prônée par l'approche SWAp (voir l'encadré « Le panier SWAp, synonyme de stabilité du financement »). Au cours des quatre premières années du projet, la consommation moyenne des fonds supplémentaires s'est chiffrée à 0,92 \$US par année, par habitant, dans les deux districts. Autrement dit, le coût annuel, par habitant, des progrès réalisés en matière de santé à Rufiji et à Morogoro est moindre que le prix d'une tasse de café en Amérique du Nord.

Ces fonds additionnels ont été utilisés par les planificateurs des districts pour soutenir les interventions essentielles en santé, la remise en état des établissements de santé, la formation et les activités de renforcement des capacités ainsi que pour aider au

transport, à l'achat des médicaments indispensables, d'équipement de communication, d'ordinateurs et de logiciels. Un plafond a été imposé au montant des fonds pouvant être affectés à la remise en état des établissements de santé. La seule autre restriction tenait au fait que les dépenses devaient correspondre aux données attestées sur la charge de morbidité et n'appuyer que les interventions notoirement rentables.

L'incapacité où se trouvaient les districts, au début, d'absorber le financement supplémentaire de 2 \$US a d'abord été déroutante pour les EGSD. Pourquoi ces nouveaux fonds restaient-ils en banque, inutilisés ? Il s'avérait que les systèmes de santé de Rufiji et de Morogoro ne disposaient pas des capacités de gestion et d'administration nécessaires pour tirer parti de cet argent. Absorber ces fonds supplémentaires aurait exigé la capacité de transformer les ressources financières en dépenses de programme. Il aurait fallu que le personnel possède les compétences voulues pour rédiger des contrats, organiser des réunions en bonne et due forme, émettre des chèques, acheter des fournitures, faire affaire avec des comptables, etc. — toutes ces petites choses qui sont d'une importance capitale pour le bon fonctionnement d'un système de santé.

Le renforcement des capacités de gestion et d'administration

Pour les EGSD, le mystère des fonds non dépensés était un indice du domaine où devrait être investie une partie de ce nouvel argent. Il est clairement apparu que, pour que le système puisse être en mesure d'accroître ses niveaux budgétaires et ses services à l'avenir, il fallait renforcer les capacités et offrir une formation essentielle. Aussi les EGSD ont-elles dressé la liste des compétences manquantes, puis fait appel à diverses « interventions de soutien » pour combler les lacunes décelées dans la gestion, l'administration et d'autres compétences locales.



Par exemple, elles ont fait l'acquisition d'un programme de formation par modules intitulé *Renforcer la gestion des systèmes de santé dans les districts et les provinces* (Cassels et Janovsky, 1995), élaboré par l'OMS afin de constituer les équipes et d'augmenter la confiance et les compétences du personnel de gestion sanitaire. Le panier de fonds a aussi donné aux districts les moyens d'obtenir des programmes de formation professionnelle à l'intention des planificateurs, fondés sur un manuel de stage intitulé *Ten Steps to a District Health Plan*. Diffusé par le ministère de la Santé de la Tanzanie, ce guide a été produit par l'Institut des soins de santé primaires d'Iringa, en 1997, en collaboration avec l'Institut de santé internationale de Nijmegen.

Ce type de renforcement des capacités a été crucial pour le fonctionnement des EGSD. Bien que le transfert des responsabilités des planificateurs de haut niveau aux équipes de gestion locales ait été considéré comme étant au cœur de la réforme de la santé en Tanzanie, rien ne garantissait que la gestion par équipe allait réussir. Une équipe ne devient pas efficace du jour au lendemain — il lui faut mûrir pour acquérir des outils et des compétences essentiels et se développer avec le temps. Il faut favoriser la confiance et la collaboration entre les membres, les diverses spécialités doivent être combinées de manière à se compléter mutuellement, et les équipes doivent apprendre à déléguer les responsabilités. Et tandis que la notion d'équipe s'élargissait pour englober le personnel des établissements et, de fait, des collectivités tout entières (qui ont pris part à la réforme en aidant à rénover des centres de santé), la liste des partenaires qui avaient besoin de formation et dont il fallait renforcer les capacités s'allongeait aussi.

Outre les cours de perfectionnement des gestionnaires et d'amélioration des équipes, les nouveaux fonds ont permis aux districts de se procurer d'autres mécanismes de renforcement des capacités et de formation en vue de répondre aux besoins décelés dans divers domaines, dont les suivants :



- la rédaction de rapports (trimestriels, techniques et financiers);
- la formation et les applications informatiques;
- les procédures financières et administratives (y compris gestion financière, contrôle des stocks, paiement et comptabilité);
- l'administration de bureau (dont les volets habituels que sont le classement, les communications, l'envoi et le dépouillement de courriels, l'acheminement des communications et l'organisation de réunions, y compris la rédaction des procès-verbaux, la détermination des points prioritaires et la délégation des tâches);
- l'entretien régulier des véhicules, radios, ordinateurs, appareils médicaux, biens immobilisés, panneaux solaires, etc. L'entretien n'était pas pratique courante en Tanzanie où, en règle générale, les biens d'équipement et les infrastructures se brisaient ou s'usaient avant le temps. Il était essentiel de veiller à ce que le matériel coûteux dure plus longtemps, grâce à un entretien régulier, pour accroître la rentabilité du système de santé.

La gestion intégrée en cascade

Une bonne partie des travaux ayant permis d'améliorer les tâches courantes des systèmes de santé des districts, toutefois, ont été regroupés pour former une stratégie appelée la gestion intégrée en cascade (GIC). Axée principalement

sur le renforcement des capacités pour la délégation vers le bas des responsabilités administratives aux travailleurs communautaires (afin qu'ils puissent s'engager davantage dans les démarches visant à

La GIC a été conçue pour assurer le bon fonctionnement du système en resserrant les liens entre les travailleurs communautaires et les superviseurs.

améliorer la prestation des services de santé), la GIC a été conçue pour assurer le bon fonctionnement du système en resserrant les liens entre les travailleurs communautaires et les superviseurs.

La qualité du système de santé en a été grandement améliorée parce que ces liens ont permis de réduire des problèmes dans de nombreux domaines comme la livraison de médicaments et de fournitures, la distribution des salaires du personnel, et la supervision des travailleurs de la santé qui doivent administrer des dépenses et diriger la clientèle vers les urgences. Tous ces aspects ont des répercussions importantes sur la prestation des services.

L'établissement de liens plus étroits entre les superviseurs et les travailleurs a exigé des innovations dans les transports et les communications, exigences que le terrain accidenté de Rufiji et de Morogoro rendait encore plus pressantes. À Morogoro, en raison du paysage montagneux, les déplacements sont difficiles entre le siège du district et les établissements de santé éloignés. Il en va de même dans le delta de Rufiji et les terrains bas de la plaine inondable de ce district qui sont infranchissables pendant la saison des pluies lorsque la crue des eaux peut les transformer en torrent sur des kilomètres. De mars à mai, les pluies emportent des sections de routes, rendant de nombreux établissements inaccessibles. Pour se déplacer d'un lieu à un autre, il faut y mettre le prix : trouver une autre route triple parfois la distance, entraînant une plus grande dépense de carburant et une perte de temps pour le personnel.

La solution ? Les districts ont utilisé les fonds supplémentaires pour équiper chaque centre de santé d'une radio à énergie solaire (un modèle robuste et facile à utiliser) et acheter une moto-cyclette, de sorte que les superviseurs puissent se déplacer rapidement et à peu de frais entre les établissements de santé. Rufiji a aussi investi une partie de ses fonds dans l'achat d'un bateau à grande vitesse pour qu'on puisse se rendre dans les villages situés dans son vaste delta puisque, outre les problèmes qu'amène la saison des pluies, les établissements de santé qui s'y trouvent ne sont habituellement accessibles qu'à marée haute.

Ces modestes investissements dans des moyens de transport et des technologies de communication appropriés ont amélioré les capacités des travailleurs d'accomplir leurs tâches quotidiennes. « Nous avons une motocyclette dans chaque établissement, ce qui nous permet de faire des tournées de supervision dans nos dispensaires satellites », explique J.R. Lifa, médecin responsable du centre de santé rural de Mgeta à Morogoro. « Nous avons aussi équipé tous les centres de santé de matériel radio, ce qui facilite les communications entre les zones et le bureau des EGSD. »

Amadeus Mwananziche, responsable du dispensaire de Mlali, soutient que le resserrement des communications a aussi amélioré diverses fonctions, de la distribution des médicaments à la recommandation de dossiers à d'autres services. « Nous pouvons désormais nous tenir mutuellement au courant en cas d'épidémie et il est beaucoup plus facile d'apprendre l'existence d'un problème où qu'il survienne dans mon secteur d'opération. »

Les nouvelles capacités en matière de transport et de communication ont également permis d'instaurer une meilleure structure institutionnelle : la gestion intégrée en cascade. Auparavant, un groupe de quatre ou cinq gestionnaires dans un bureau central supervisait directement de 50 à 100 établissements — une tâche pratiquement impossible si l'on s'attend à ce que les superviseurs visitent chaque dispensaire trois fois l'an. Aujourd'hui, la responsabilité de la supervision « cascade » du personnel du bureau central à ceux de bureaux secondaires situés dans les centres de santé. Ceux-ci, de leur côté, supervisent un niveau tertiaire de personnel dans les dispensaires qui se trouvent à une distance raisonnable. Comme le montre la figure 2, cette structure en cascade a aidé à répartir les avantages des nouveaux investissements entre les districts. Bien que les laboratoires et les réserves de médicaments, par exemple, aient été installés uniquement dans les plus grands centres de santé, grâce aux radios et à des moyens de transport efficaces, les clients des petits établissements de santé ont, eux aussi, pu profiter des retombées de ces investissements.



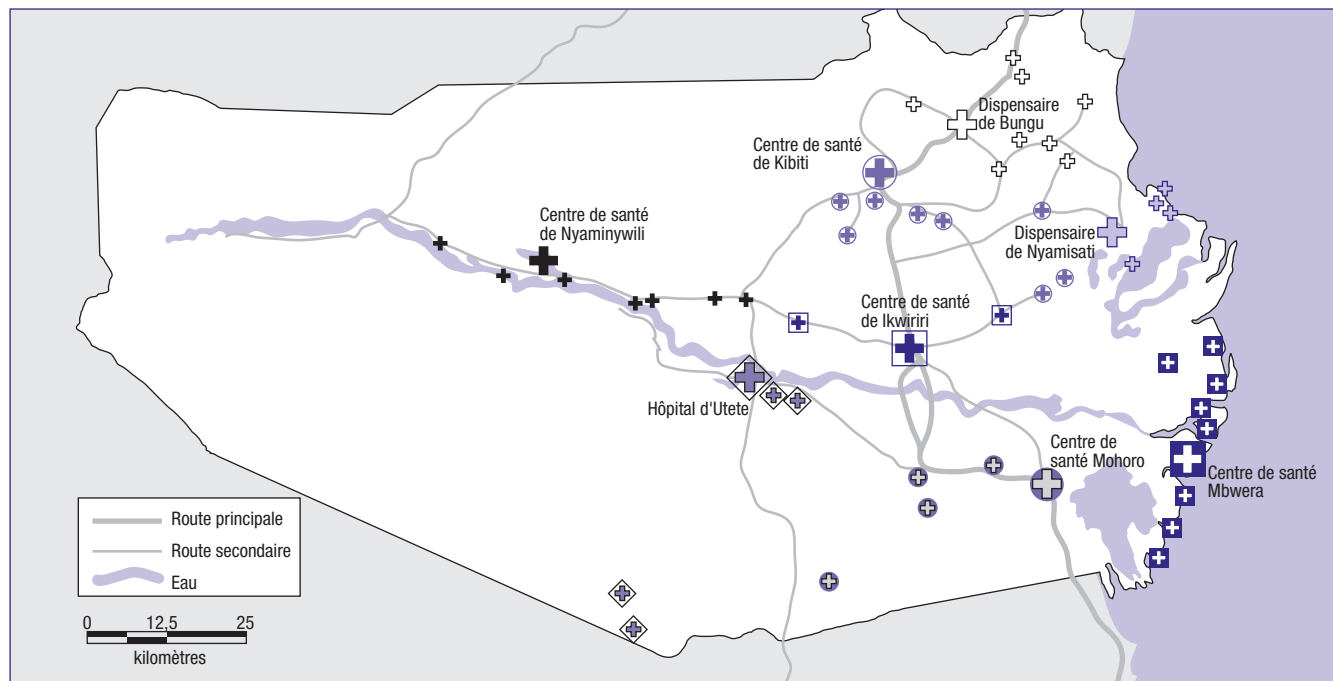


Figure 2. La gestion en cascade. La supervision est déléguée au personnel de certains établissements de santé. Cette carte illustre le système en cascade dans le district de Rufiji. Les établissements désignés par les mêmes couleurs et symboles ont été regroupés.

Le fait de donner aux superviseurs les moyens matériels de surveiller les établissements à une distance plus raisonnable a facilité la résolution de problèmes courants. « Maintenant, nous avons accès à une radio en bon état ainsi qu'au courrier électronique », précise le Dr Harun Machibya, médecin du district rural de Morogoro. « Pour une simple question que nous pouvons résoudre aujourd'hui en communiquant par radio, il aurait fallu auparavant envoyer un médecin par autocar jusqu'à Dar-es-Salaam. » À ce jour, la gestion en cascade a donné de nombreux résultats positifs, dont les suivants :

- la supervision effective des établissements périphériques, laissant ainsi du temps aux superviseurs pour observer directement les soins donnés aux patients;
- plus de cohérence dans le prélèvement des échantillons et l'établissement de rapports par les laboratoires de diagnostic;
- la distribution, en temps voulu, des médicaments, du matériel et des fournitures;
- la coordination des recommandations de patients à l'hôpital du district;
- un appui d'urgence en cas d'épidémie, par exemple lors de poussées de choléra;
- la collecte régulière d'information générale et de données précises sur la santé;
- la notification de l'arrivée des salaires du personnel (réduisant ainsi le temps de fermeture des établissements de santé afin d'éviter que les travailleurs ne s'absentent trop tôt pour aller chercher leur paye et n'aient à attendre avant de revenir).
- l'amélioration de l'entretien des établissements et du matériel ainsi que du réapprovisionnement des articles de papier, de la tenue des registres, etc.;



- l'amélioration des liens et des communications avec les collectivités;
- des ateliers sur le renforcement des capacités, des cours de formation technique et de perfectionnement, dirigés par des instances locales;
- l'affectation de personnel de remplacement lorsque des membres du personnel en place est malade ou à la suite d'un décès.

Les communications instantanées par radio ont aussi eu pour effet de remonter le moral des agents de santé communautaires : ils savent désormais qu'ils peuvent compter sur de l'aide immédiate au lieu de se demander si et quand les superviseurs des districts répondront à leurs demandes de renseignements ou à leurs requêtes.

La remise en état des établissements de santé

Lors d'une cérémonie spectaculaire au dispensaire d'Hanga à Rufiji, la présidente du village s'avance vers le podium, salue les députés de la région et retourne à son siège, tenant à la main un document certifiant que les membres de la collectivité sont désormais propriétaires de leur établissement de santé. Ces derniers deviennent ainsi partenaires de fait des plus hautes instances gouvernementales pour la prestation des soins de santé.

Toutes les collectivités de Rufiji et de Morogoro sont parties prenantes au même arrangement particulier. Le gouvernement a convenu de payer les salaires des travailleurs de la santé des collectivités ainsi que les médicaments et les fournitures. En échange, les collectivités planifient et participent à la rénovation de la clinique locale en fournissant les matériaux et la main-d'œuvre, et s'engagent à entretenir l'établissement et à en assurer la bonne marche. Pour le D^r Harun Machibyam, cette participation des citoyens — témoignant d'un certain recul par rapport au gouvernement central en faveur des collectivités locales — est une « véritable percée ». « Avant », dit-il, « les gens demandaient

l'aide du gouvernement même lorsqu'il s'agissait de réparer un verrou. »

Ce nouveau partenariat répondait à un appel criant de la part des districts. Au fil des ans, les collectivités et les fonctionnaires du ministère de la Santé avaient à maintes reprises exprimé le désir que les établissements de santé soient rénovés. Construits dans les années 1960 et 1970, les dispensaires du village avaient été négligés pendant plusieurs décennies et bon nombre d'entre eux étaient délabrés. Peu après le lancement du PIEST, une petite somme d'argent a été mise de côté pour étudier les possibilités de rénovation. Un architecte sous-traitant du ministère de la Santé a évalué l'état de chaque établissement et a déterminé l'ordre de priorité selon les besoins. Des photographies des dispensaires ont été prises et les nombreux défauts de chacun ont été catalogués; compte tenu qu'il existe plus de 90 établissements de santé dans le seul district de Morogoro, c'était là une tâche titanesque qui a exigé énormément de temps et d'énergie.

On n'a pas tardé à se rendre compte qu'il serait impossible de réunir les fonds nécessaires pour rénover tous ces établissements. Mais la tradition d'*entraide* que la Tanzanie a héritée de la période post-indépendance laissait entrevoir une solution : pourquoi les fonctionnaires ne demanderaient-ils pas aux collectivités de fournir la main-d'œuvre et quelques matériaux pour compenser les coûts des rénovations ? Une équipe tanzanienne connaissant bien les travaux communautaires a été embauchée pour animer un exercice de démonstration dans trois collectivités de chacun des deux districts. Des membres des collectivités ont pris part au dialogue et des plans de travail ont été élaborés. La remise en état des dispensaires a pris environ six mois. Grâce à la contribution de la collectivité en matériaux et en main-d'œuvre, les coûts des rénovations ont été de 31 % à 48 % inférieurs à ce qu'ils auraient été si on avait eu recours aux accords de sous-traitance habituels.

Depuis lors, l'expérience s'est répétée dans une quarantaine de collectivités. Certaines sont allées encore plus loin que le plan de



base en installant dans leur dispensaire de meilleures latrines, des prises d'eau et même des maternités. Dans certains cas, l'impulsion produite par la remise en état de l'établissement de santé a donné lieu à d'autres changements, les membres de la collectivité commençant de nouveaux projets d'amélioration de mosquées, d'écoles, de maisons de travailleurs de la santé et d'autres aménagements locaux.

Les célébrations qui accompagnent invariablement l'achèvement des rénovations des centres de santé ne sont pas uniquement l'occasion de ripailles, mais elles offrent aussi aux représentants du gouvernement la possibilité de reconnaître la contribution des citoyens. À Lusanga, par exemple, alors que les membres de la collectivité et les EGSD célébraient dans une atmosphère carnavalesque, un haut fonctionnaire a remis un cadeau aux villageois : un équipement médical et hospitalier d'une valeur de plus 2 millions de shillings tanzaniens (1 800 \$US en juillet 2004) comprenant des lits d'hôpital et de maternité, du matériel de suction et un tensiomètre artériel. La propriété de l'établissement a ensuite été transférée à la collectivité — geste qui voulait renverser l'image de ce qui s'était produit 30 ou 40 ans plus tôt lorsque les collectivités avaient transféré au gouvernement central la propriété des établissements de santé qu'elles avaient construits.

L'utilisation des outils de planification budgétaire par les districts

Outre les « interventions de soutien », d'autres réformes parallèles ont eu lieu, qui visaient à modifier l'attitude des agents de santé communautaires face à la maladie. Les gestionnaires de la santé des districts, nouvellement équipés des outils de planification, ont commencé à restructurer les services de santé afin d'axer les ressources sur les besoins les plus pressants. Armés de l'information la plus récente sur la charge de morbidité de leur district — et d'outils qui leur permettaient de suivre de près les dépenses pour s'assurer de leur conformité à cette charge de

Les révélations de la recherche

La recherche dans trois domaines distincts — les systèmes de santé, les comportements en matière de santé et les effets pour la santé — a livré des enseignements décisifs qui ont contribué à la réforme de la santé à Rufiji et à Morogoro. Une des constatations les plus frappantes des enquêtes sur les comportements au regard des services de santé, par exemple, indique que la majorité des décès (presque 80 %) surviennent à la maison plutôt que dans un établissement de santé. Ce chiffre fait ressortir les doutes exprimés plus haut quant à l'utilité des statistiques sur la consultation et les causes des décès — compilées par le gouvernement à partir des données recueillies auprès des seuls établissements de santé — comme outil de planification des budgets de santé. Assurément, cette forme de planification ne peut être fiable puisqu'elle n'est fondée que sur 20 % des décès. En revanche, étant donné que l'information fournie par le SSD rapporte la totalité des décès — ceux qui surviennent dans les établissements de santé, dans les ménages et ailleurs — on peut s'y fier pour obtenir un portrait exact et complet de la charge de morbidité existant dans la collectivité.

Autre révélation étonnante de la recherche sur les comportements en matière de santé : les gens qui ont fait appel à la médecine moderne avant de mourir sont beaucoup plus nombreux que ceux qui ne croient qu'en la médecine traditionnelle. Comme le montre la figure 3, dans le cas du paludisme, 78,7 % des patients ont eu recours à la médecine moderne; 8,7 % seulement, à la médecine traditionnelle; et 13,3 % ne se sont pas fait soigner. Ces chiffres prouvent que les taux de mortalité à Rufiji et à Morogoro ne sont pas surtout une conséquence de la préférence pour les guérisseurs traditionnels au détriment des prestataires de soins modernes (comme certains observateurs l'avaient laissé entendre), mais sont plus justement associés à des problèmes d'accès, de délais ou à l'apparente incapacité des établissements de santé modernes d'empêcher ces patients de mourir. La recherche formative sur le processus de planification des systèmes de santé confirme que la planification n'a pas été faite en fonction de la charge de morbidité, mais a plutôt tenu compte de nombreux facteurs, dont les programmes des bailleurs de fonds, l'inertie bureaucratique et de simples conjectures.



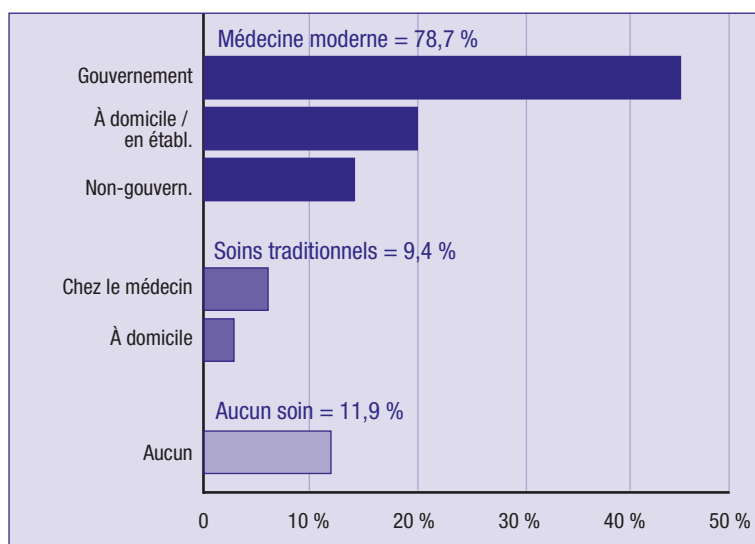


Figure 3. Modèle initial de recherche de soins. Soins de premier recours obtenus au cours du dernier stade de 320 cas de paludisme mortel chez des enfants de moins de 5 ans dans la région sentinelle SSD de Rufiji, 1999-2001. (Source : de Savigny et al., 2004).

morbidité — ces gestionnaires ont tenté de veiller à ce que les dépenses engagées pour des services de santé donnés produisent des résultats avantageux sous l'angle du nombre de vies épargnées et de maladies évitées. Les gestionnaires des districts avaient aussi de nouvelles idées sur les manières d'améliorer le système de santé car ils avaient accès aux résultats de la recherche menée par les consortiums de recherche (voir l'encadré « Les révélations de la recherche »).

Qu'ont donc appris les gestionnaires des districts des outils d'analyse du budget et de représentation de la charge de morbidité ? La figure 4 donne quelques indications de la correspondance entre la charge de morbidité locale et les récentes dépenses en santé. Ainsi, dans le district de Morogoro, les dépenses affectées au paludisme ont été sensiblement inférieures à ce qu'on escomptait pour une maladie constituant la principale cause de mortalité. Avec l'instauration des outils de planification et les

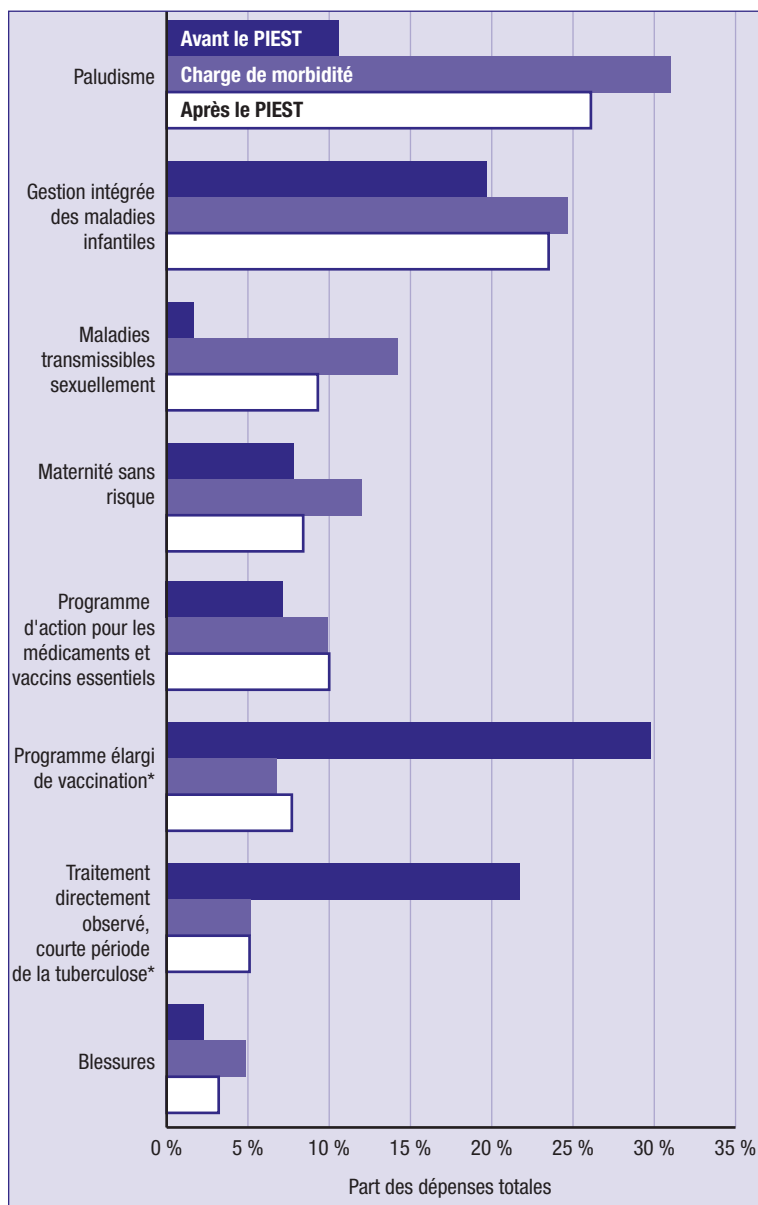


Figure 4. Dépenses en santé du district de Morogoro avant (1996-1997) et après (2002-2001) l'instauration de l'outil de planification du budget élaboré dans le cadre du PIEST.

* Les niveaux de financements absolus de l'immunisation et de la tuberculose sont restés les mêmes alors que ceux d'autres interventions ont augmenté.

fonds additionnels, les dépenses proportionnelles de Morogoro étaient plus conformes à la charge de morbidité. Ailleurs, dans les districts toujours dépourvus des outils de planification, l'écart restait flagrant.

Les données fournies par le système de surveillance démographique (SSD) ont attiré l'attention des planificateurs des services de santé sur deux domaines représentant un pourcentage considérable de la charge de morbidité : la maladie fébrile aiguë (dont le paludisme) et un ensemble de maladies frappant les enfants en bas âge (maladie fébrile aiguë, pneumonie, diarrhée, malnutrition, anémie, rougeole). Bien que quelques districts aient affecté un financement raisonnable pour le traitement de ces maladies, les données pour l'ensemble du pays indiquaient qu'en règle générale, le financement était insuffisant pour lutter contre les maladies les plus meurtrières. À l'échelle nationale, les maladies infantiles représentaient 37 % de la charge de morbidité; 17 % du financement leur ont été alloués (voir la figure 5). Un problème de taille subsistait toutefois : la part la plus considérable du financement (souvent plus de 50 %) était attribuée à une foule de problèmes secondaires dont la part cumulative de la charge de morbidité était inférieure à 15 % (voir la figure 6).

Pour répondre plus efficacement aux défis que pose la charge de morbidité réelle, les gestionnaires de district peuvent, notamment, porter une attention particulière à l'« ensemble minimal des interventions » qu'utiliseront les travailleurs de la santé. Autrement dit, ils pourraient s'assurer que tous les remèdes sont utiles dans le contexte local. Le tableau 2 expose en détail la composition de cet ensemble minimal d'interventions mis en œuvre à Rufiji et à Morogoro. Chaque intervention portait sur une part importante de la charge de morbidité, soit une maladie particulière ou des maladies collectives, soit une affection représentant au moins 2 % de la charge de morbidité ou qu'il est possible d'éradiquer.

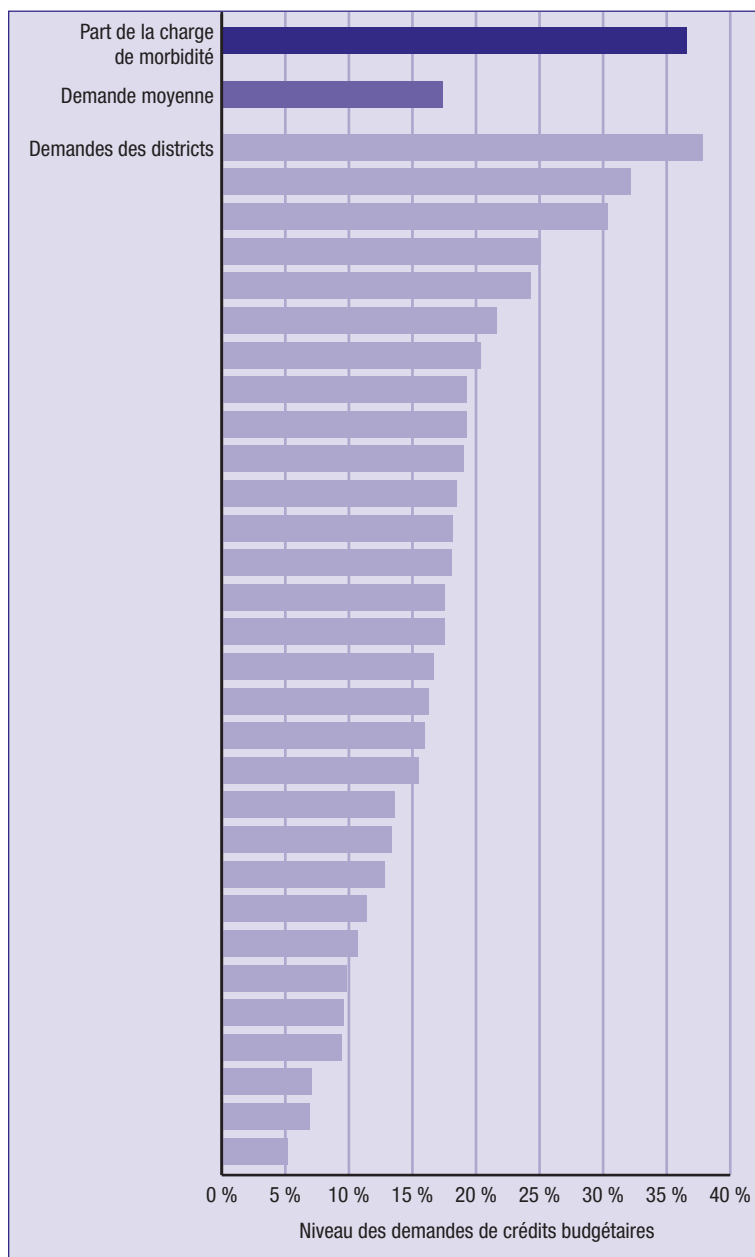


Figure 5. La planification dans les districts, sans outils : demandes de crédits budgétaires pour l'IMCI dans les régimes de santé de 30 districts, 2002.



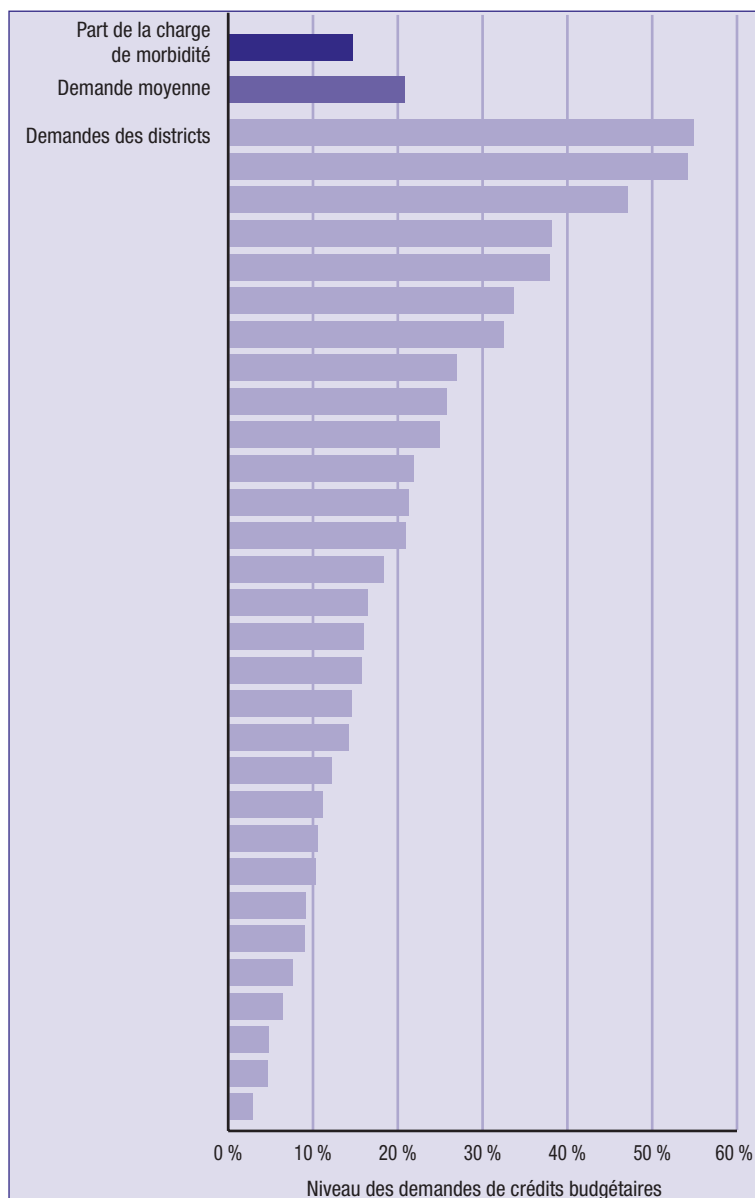


Figure 6. La planification dans les districts, sans outils : demandes de crédits budgétaires cumulatives pour toutes les autres interventions, chacune traitant moins de 1 % de la charge de morbidité dont 30 districts ont tenu compte dans les régimes de santé de 2002.

**Tableau 2. Interventions essentielles en santé en Tanzanie –
Programme national**

La santé périnatale et de l'enfant

- **Maternité sans risque : santé maternelle**
Traitement présomptif intermittent du paludisme (durant la grossesse); soins pré-nataux; soins obstétriques; gynécologie; MTS; soins du VIH/sida; suppléments de micronutriments pour les mères.
- **Maternité sans risque : santé périnatale**
Dépistage de MTS; appui des accoucheuses traditionnelles; pratiques d'accouchement sans risques; soins des nouveau-nés; suppléments de micronutriments pour les bébés ayant un poids insuffisant à la naissance; registre des naissances dans les villages.
- **Immunisation**
BCG (tuberculose); diphtérie; coqueluche; tétanos néonatal; rougeole; poliomyélite; hépatite B.
- **Gestion intégrée des maladies infantiles**
Paludisme; pneumonie; diarrhée; rougeole; malnutrition; anémie.
- **Planification familiale**
- **Déficiences nutritionnelles**
Information, éducation et communication sur la nutrition; groupes de soutien sur l'allaitement naturel; dépistage et suivi de la santé et de la croissance des enfants d'âge scolaire; suppléments de micronutriments (fer, vitamine A); suivi des programmes d'iodation du sel; administration de vermifuges; programme d'alimentation scolaire.

La lutte contre les maladies transmissibles

- **Paludisme**
IMCI (recherche de soins et prise en charge précoces; moustiquaires imprégnées d'insecticide; traitement présomptif intermittent durant la grossesse; soins à domicile; programme de santé scolaire sur la prévention du paludisme; préparation aux épidémies; lutte antipaludique durable (réduction à la source); information, éducation et communication.
- **Tuberculose et lèpre**
Traitement de la tuberculose directement observé (courte période); polychimiothérapie antilépreuse; soins à domicile.
- **VIH/sida et MTS**
Prévention des MTS; information, éducation et communication; promotion du port du condom; dépistage sanguin; soins aux malades; counseling et soutien social; soins palliatifs.
- **Préparation aux épidémies**
Choléra, rougeole, méningite, peste et paludisme.



La lutte contre les maladies non transmissibles

- **Maladies cardiovasculaires**
Information, éducation et communication sur le tabagisme, l'alcool, le régime alimentaire et l'exercice.
- **Diabète**
Information, éducation et communication à titre préventif et promotionnel; vérification de routine de la tension artérielle.
- **Néoplasmes**
Dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin.
- **Soins des blessures et des accidents**
- **Troubles mentaux**
- **Anémies et déficiences nutritionnelles**
Traitement des maladies courantes
- **Helminthe, soins de la peau, troubles oculaires, hygiène buccale**
Promotion de la santé communautaire et prévention des maladies
- **Programme de santé scolaire**
- **Eau, assainissement et hygiène**
- **Information, éducation et communication**
Sept interventions

Source : Ministère de la Santé de la Tanzanie, 2000, *National package of essential health interventions in Tanzania*, gouvernement de la Tanzanie, Dar-es-Salaam, Tanzanie, p. 1–123.

Note : Plus de 50 interventions techniques sont prévues dans le programme national des interventions essentielles, mais leur priorité diffère selon les situations. MTS : maladie transmissible sexuellement; BCG : bacille de Calmette et Guérin; IMCI : gestion intégrée des maladies infantiles.

Une nouvelle offensive contre la maladie

Les gestionnaires des districts ont également veillé à mettre en place des programmes bien pensés pour combattre les maladies qui représentent de très larges parts de la charge de morbidité. Puisque les affections les plus lourdes pour la charge de morbidité étaient le paludisme et les maladies touchant les jeunes enfants, les gestionnaires de la santé ont mis au premier plan la lutte antipaludique et la gestion intégrée des maladies infantiles.

Le paludisme est une maladie qui a déjà été déterminée, à l'échelle nationale, comme une énorme menace à la santé publique. Après avoir pris connaissance de la preuve troublante que la pharmacothérapie habituelle pour le traitement du paludisme ne donnait pas les résultats escomptés, le ministère de la Santé a adopté une autre politique sur les antipaludiques qui repose sur l'utilisation d'un tout nouveau médicament. Le ministère a aussi participé aux campagnes pour l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, considérées comme une protection essentielle pour les femmes enceintes et les enfants contre les effets pernicieux de l'infection palustre. Le PIEST et les outils élaborés dans le cadre de ce projet ont alimenté l'offensive contre le paludisme tant dans les districts qu'à l'échelon national. À l'échelle locale, les outils ont montré aux gestionnaires que les ressources affectées à la lutte antipaludique étaient insuffisantes et les ont convaincus de corriger le tir. Dans l'ensemble du pays, on a fait appel à l'avis du personnel du projet pour élaborer de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide dans toute la Tanzanie (voir l'encadré « La moustiquaire imprégnée : une solution incontournable »).

Il importe de signaler qu'il y a un important recoupement entre les deux principaux facteurs déterminants de la charge de morbidité : les affections traitables par la gestion intégrée des maladies infantiles et les maladies fébriles aiguës. Celles-ci (le paludisme y compris) représentent plus de 60 % des affections traitables par la gestion intégrée des maladies infantiles en Tanzanie. Le paludisme est plus débilitant pour les enfants que pour les adultes et il est à l'origine de nombreux décès d'enfants dont la cause n'a pas été déterminée comme étant le paludisme. Voilà pourquoi les districts ont mis l'accent sur la lutte antipaludique chez les très jeunes enfants (voir l'encadré « Le paludisme menace les jeunes »).



La moustiquaire imprégnée : une solution incontournable

Bien que l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la prévention de la mortalité n'ait été démontrée qu'en 1996, les données attestées qui penchent en leur faveur sont impressionnantes. Le Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara, en Tanzanie, a déterminé que les moustiquaires imprégnées pouvaient prévenir jusqu'à 30 000 morts et plus de 5 millions d'épisodes cliniques par an en Tanzanie. La recherche résumée dans *Un mur contre la malaria*, copublication du CRDI et de l'OMS, révèle que les moustiquaires traitées à l'insecticide pourraient réduire d'au moins 17 % la mortalité infantile en Afrique (Lengeler *et al.*, 1996). Ces moustiquaires sont aussi l'un des moyens les plus économiques de prévenir les maladies et les décès. Il semble en outre que leurs effets se fassent sentir sur la collectivité tout entière et ne touchent pas seulement les individus : des données récentes indiquent que, dans une région à forte concentration de moustiquaires imprégnées, tous les résidents ont été protégés, même ceux qui ne possédaient pas de moustiquaires traitées à l'insecticide. Les moustiquaires imprégnées ont été l'une des interventions essentielles en santé choisies dans ces districts où les systèmes de santé sont désormais fondés sur des données attestées.

La gestion intégrée des maladies infantiles

La première adaptation et le premier essai préliminaire de la gestion intégrée des maladies infantiles ont eu lieu à Arusha, en Tanzanie, en février 1995. Depuis lors, l'OMS et l'UNICEF ont produit des documents génériques de cette approche et cette méthode de gestion a été instaurée dans de nombreux pays en développement.

Cette stratégie, connue sous son sigle anglais IMCI (*integrated management of childhood illness*), aborde le syndrome dans son ensemble, c'est-à-dire qu'elle considère l'enfant dans sa globalité pour déterminer et traiter toute une gamme de maladies courantes dont il pourrait être atteint plutôt que de s'occuper uniquement d'une maladie à la fois. Le fait que les enfants malades puissent présenter des symptômes pouvant être causés

Le paludisme menace les jeunes

Si de nombreux adultes n'ont pas intuitivement reconnu que le paludisme peut être mortel chez les enfants, c'est qu'ils ont de la maladie une expérience fort différente. Les adultes qui ont survécu au paludisme plus tôt dans leur vie ont peu de chance d'en mourir par la suite. Même s'ils peuvent souffrir régulièrement d'épisodes de paludisme, ils ont développé une immunité au moins partielle à cette maladie et peuvent être soignés plus facilement. Pour les enfants, toutefois, le paludisme est débilitant à plusieurs égards. Après les quelques premiers mois de vie, un bébé perd la protection immunitaire qu'il a passivement acquise dans le sein de sa mère et il peut être sujet à des poussées de fièvre aiguë, de l'anémie, des convulsions et d'autres complications de l'infection palustre susceptibles de mettre sa vie en danger. Son état se met alors à empirer; sous l'effet d'un stress constant, l'enfant perd l'appétit, cesse de grandir, son système immunitaire s'affaiblit et il devient encore plus vulnérable aux autres maladies. Lorsqu'il est épuisé d'avoir lutté contre les parasites du paludisme, la prochaine maladie — qu'il s'agisse de diarrhée ou d'un autre épisode de paludisme — risque de lui être fatale.

Le paludisme est en outre directement responsable du décès de nombreux enfants camouflé en d'autres maladies. Étant donné que les parasites du paludisme se multiplient dans les globules rouges — causant éventuellement leur désintégration avant de quitter l'organisme ou de s'installer dans d'autres globules rouges — les enfants impaludés souffrent d'anémie aiguë. Il est difficile pour les mères et les travailleurs de la santé de déceler l'anémie chez les jeunes enfants africains. Une goutte de sang prélevé chez un enfant souffrant d'anémie grave due au paludisme paraît rose pâle et non pas rouge sur un papier buvard. L'anémie attribuable au paludisme peut déboucher sur une série d'autres conséquences tragiques. Lorsque la numération globulaire est faible, le transport de l'oxygène dans le sang se fait mal. Le cœur de l'enfant est donc soumis à une énorme tension. Souvent, il en résulte une insuffisance cardiaque — ce que les parents et de nombreux professionnels de la santé peuvent difficilement associer au paludisme.

par diverses maladies — ou qu'ils soient atteints de plusieurs maladies en même temps, ou qu'ils souffrent d'une affection déguisée en une autre — est un argument de poids en faveur de la gestion intégrée des maladies infantiles.



Lorsque les gestionnaires de district à Rufiji et à Morogoro ont admis les taux de mortalité infantile et cherché à les réduire,

Le fait que les enfants malades puissent présenter des symptômes pouvant être causés par diverses maladies est un argument de poids en faveur de la gestion intégrée des maladies infantiles.

l'adoption de l'IMCI devint un choix évident. La mise en œuvre du programme, toutefois, a exigé beaucoup d'efforts : perfectionnement professionnel des travailleurs de la santé de première ligne; réorganisation de l'utilisation de l'espace des cliniques; promotion

d'une recherche plus active de services de santé au sein de la population et incitation des parents à l'acquisition de compétences plus poussées dans le soin des enfants malades — toutes ces tâches devant être accomplies simultanément.

Voyons de plus près les changements fondamentaux qu'a nécessités la gestion intégrée des maladies infantiles. Avant l'IMCI, lorsqu'un parent amenait un enfant à une clinique, la consultation se faisait suivant un mode semblable à celui d'une « chaîne d'usine ». Le travailleur de la santé supposait, par exemple, que l'enfant souffrait de diarrhée et dispensait un traitement classique. La consultation ne consistait qu'en une brève évaluation et une consommation rapide de médicament. Lorsque les gestionnaires des districts ont voulu changer cette façon de procéder, ils ont commencé par mettre sur pied des cours de perfectionnement professionnel. Des groupes de travailleurs ont été retirés des cliniques; on leur a donné des cours de formation particuliers et de nouvelles directives pour le traitement des malades. Lorsqu'ils sont retournés dans les dispensaires, leur travail a dû être « validé » pour s'assurer qu'ils avaient bien assimilé les nouvelles méthodes.

La nouvelle façon dont les travailleurs devaient désormais traiter les patients commençait dès l'arrivée des enfants à la clinique. L'évaluation des enfants a pour but de déterminer la gravité de leur état. Les patients qui semblent être dans un état critique sont



placés en tête de file. Pour alléger la charge de travail, un assistant en soins de santé s'occupe des tâches simples comme la prise de température et la pesée des patients qui sont dans la file d'attente. Aujourd'hui, on ne s'attend plus à ce qu'un professionnel de la santé qui examine un enfant perçoive l'origine de son malaise. Il consulte plutôt un ensemble d'algorithmes : si certains signes et symptômes sont présents, les données algorithmiques orientent le travailleur de la santé vers les causes possibles de ces symptômes et indiquent le traitement et la prescription appropriés. Voilà en quoi consiste l'approche axée sur le syndrome : le travailleur de la santé est prêt à accepter que l'enfant qu'il examine souffre peut-être de diverses affections concomitantes plutôt que d'une maladie en particulier.

Les professionnels de la santé sont d'avis que l'adoption de cette approche a eu des avantages indéniables. « Je suis très impressionné des résultats chez les enfants de moins de cinq ans », déclare Tarsis Bwakila, clinicien au Centre de santé d'Ikwiriri. « La prise en charge des maladies et les services de santé se sont améliorés. À preuve, le nombre de patients qui fréquentent la clinique ne cesse de croître. »

Une autre caractéristique intéressante de l'IMCI, c'est qu'un des parents, habituellement la mère, participe à toutes les étapes du processus. Après que le professionnel de la santé a expliqué les principales causes de l'état de l'enfant au parent, la première dose du traitement est administrée par le parent à la clinique, sous les yeux du praticien. Ce dernier peut ainsi s'assurer que le parent sait comment utiliser le médicament. (Des instructions schématisées sont remises au parent à son départ de la clinique, qui lui serviront d'aide-mémoire sur la façon et le moment d'administrer le traitement.) On rappelle également au parent l'importance de nourrir l'enfant convenablement et régulièrement (et de lui faire boire plus de liquides), les symptômes critiques et quoi faire si l'état de l'enfant ne s'améliore pas. Pour être bien certain que le parent a parfaitement compris, on lui demande de récapituler les

symptômes critiques et les gestes à poser lorsque ces signes apparaissent ou si l'enfant ne se sent pas mieux. Ces mesures avaient pour but d'accroître la sensibilisation et d'améliorer les pratiques sanitaires à la maison.

Le choix des médicaments est un autre élément à l'appui de la classification en fonction du syndrome. Au lieu de prescrire le médicament A, qui traite efficacement la maladie X, ou le médicament B, très efficace dans le cas de la maladie Y, le travailleur de la santé a appris qu'il valait mieux prescrire le médicament C, qui est raisonnablement efficace pour le traitement des maladies X et Y. Autrement dit, l'objectif est d'opter pour les médicaments qui ont la plus grande portée. Il a été prouvé que la méthode de gestion intégrée des maladies infantiles est parfaitement adaptable aux situations où des médecins suffisamment formés font défaut. Le personnel ne possédant qu'une formation partielle peut être fort efficace s'il a recours au système IMCI. De fait, parce que les consultations sont guidées par des algorithmes, les travailleurs de la santé dont les compétences sont limitées ont tendance à suivre plus rigoureusement le programme IMCI que les professionnels mieux qualifiés et à moins se fier à leur « intuition ».

Ce mode de gestion a donné des résultats remarquables. L'adoption de la gestion intégrée des maladies infantiles a donné lieu à

L'adoption de la gestion intégrée des maladies infantiles a donné lieu à une augmentation considérable de la qualité des services de santé des enfants et a réduit les taux de mortalité infantile dans les districts de Rufiji et de Morogoro.

une augmentation considérable de la qualité des services de santé des enfants et a réduit les taux de mortalité infantile dans les districts de Rufiji et de Morogoro. À Morogoro, la mortalité infantile entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 a diminué de plus de 40 %, soit de 35 enfants sur 1 000

à 20 enfants sur 1 000 décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Cette réduction est, en grande partie, directement attribuable à la gestion intégrée des maladies infantiles.



En outre, on a des raisons de croire que même les diminutions correspondantes des taux de mortalité chez les adultes dans ces districts pourraient être associées à une amélioration des compétences découlant de l'instauration de l'IMCI. En partie du moins, cela résulte de la correction des comportements en ce qui a trait à l'obtention des services de santé et à la fréquentation des établissements de santé — les adultes, constatant de meilleurs résultats chez leurs enfants, sont plus portés à vouloir se faire soigner. De plus, les adultes pourraient également avoir reçu de meilleurs traitements. Comme les cliniciens qui soignent les enfants traitent aussi les adultes, il est logique de s'attendre à ce que les travailleurs de la santé appliquent, au moins dans une certaine mesure, les compétences organisationnelles et cliniques qu'ils ont acquises dans le cadre de l'IMCI au traitement de parents plus âgés.

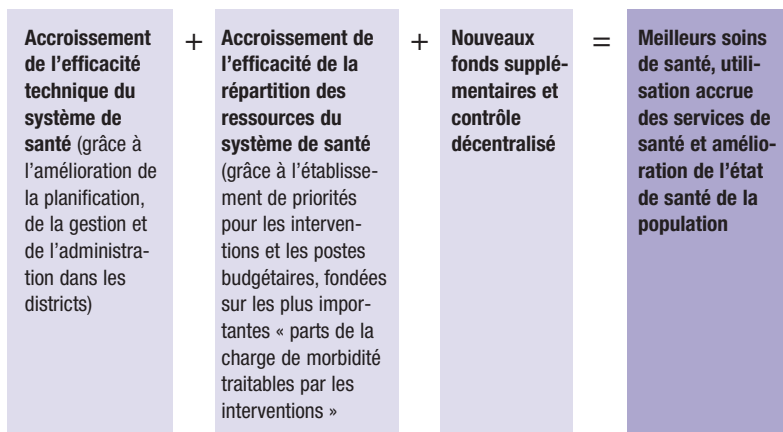
Amadeus Mwananziche, auxiliaire médical responsable du dispensaire de Mlali, souscrit à cette hypothèse. « La formation que nous avons reçue en IMCI et dans d'autres domaines nous a grandement aidés pour la prise en charge d'autres maladies », affirme-t-il. « L'OMS envisage d'élaborer, au nombre de ses futures interventions en santé, une version “ adulte ” de la gestion intégrée des maladies au vu du succès de la “ version enfant ”. »

L'instauration et l'expérience de l'IMCI, si positives dans les deux districts, mettent aussi en évidence l'impérieuse nécessité du perfectionnement et du recyclage professionnel. Ce n'est, d'ailleurs, qu'une des nombreuses leçons qui se dégagent du PIEST et que nous explorerons dans le prochain chapitre.

Conclusion

La multitude d'initiatives de programme lancées dans la foulée du PIEST sont de vaste portée, mais ne sont pas dispersées. Elles forment un tout cohérent qui, croyons-nous, ont aidé à réduire grandement les taux de mortalité chez les enfants et chez les adultes au sein d'une population d'environ 741 000 personnes

(beaucoup plus considérable que celle de 66 des pays du monde). Bref, les relations entre ces éléments de programme en apparence disparates peuvent se résumer comme suit :



Le plan de diffusion



L'un des paradoxes qui ressort d'un projet de démonstration qui a porté fruit — même d'un projet d'une aussi grande envergure que celle du PIEST — c'est que lorsque le programme tire à sa fin, le travail ne fait que commencer. Si les innovations mises à l'essai dans le cadre du projet ont des répercussions bénéfiques, il faut en assurer un suivi serré, diffuser les résultats et favoriser de nouvelles démarches fructueuses.

Il n'est ni simple ni facile d'atteindre ces objectifs. Il faut, pourtant, en toute justice, que des innovations comme les outils qui ont manifestement contribué à améliorer le profil de la mortalité et de la charge de morbidité à Rufiji et à Morogoro soient mis à la disposition d'autres districts de la Tanzanie et d'autres pays. Voilà

Il faut, en toute justice, que des innovations comme les outils du PIEST soient mis à la disposition d'autres districts de la Tanzanie et d'autres pays.

pourquoi le CRDI a préparé une « stratégie de sortie », conçue pour que les outils de gestion, les interventions de soutien, les pratiques novatrices et les nouvelles idées qui ont pris naissance au cours de la vie du PIEST, continuent de se développer et d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé de district longtemps après la fin du projet.

Les travaux menés à bien dans le cadre du PIEST se sont déroulés en deux étapes. La première a porté sur l'élaboration, la vérification, le perfectionnement et l'essai des produits et stratégies pendant la durée de vie du projet. La seconde phase a consisté dans la promotion de ces produits et stratégies au sein du ministère de la Santé et auprès du très grand nombre de districts qui n'avaient pas encore eu la possibilité d'en faire l'utilisation.

Soulignons que — puisque les outils et stratégies existent désormais — cette seconde phase, celle de la mise en œuvre, est beaucoup moins coûteuse que l'étape de la recherche et du développement qui l'a précédée. Cette seconde étape ne requiert ni nouvelle recherche ou développement de nouveaux produits; ce serait réinventer la roue. La plupart du temps, l'adaptation des outils pour qu'ils puissent être utilisés dans d'autres districts (et, à vrai dire, dans d'autres pays) dépend de l'insertion de données locales. Il est moins difficile aujourd'hui de produire ce genre de données qu'il y a plusieurs années, puisque les systèmes de surveillance démographiques sont de plus en plus utilisés dans le monde en développement. La formation est un impératif absolu de la phase de mise en œuvre : les équipes de planification des services de santé et les agents de santé communautaires d'autres districts doivent savoir en quoi les outils peuvent leur être utiles et comment s'en servir. La diffusion de ces nouvelles connaissances à divers échelons du système de santé exige la création d'une nouvelle classe de formateurs — des agents de changement qui peuvent communiquer de nouvelles méthodes et idées à des travailleurs essentiels dans les collectivités et les bureaux de district.

Le PIEST prend fin, mais la seconde phase des travaux va bon train. Le ministère s'est approprié les outils et les innovations et, grâce au financement international qu'il reçoit — principalement de la Fondation des Nations Unies — il ouvre la voie à leur utilisation dans toute la Tanzanie.

Voici certaines de ces mesures de mise en œuvre :

- Une opération de renforcement et de coordination a transformé les Centres de formation de zone (CFZ) du ministère de la Santé en un réseau capable d'offrir des programmes de qualité aux travailleurs de la santé. Ces centres proposeront aux travailleurs de la santé en poste des programmes d'éducation permanente pour améliorer leurs compétences et aux nouveaux travailleurs des cours de formation. La formation portera sur des interventions essentielles comme l'IMCI et sur de nouvelles interventions, dont l'instauration se fera prochainement, axées sur le VIH/sida. En outre, les CFZ seront des plus utiles pour la mise en œuvre des outils. Par exemple, ce sont eux qui s'occuperont de la formation pour les outils d'expression communautaire et de planification du budget de santé des districts. D'un autre côté, le fait que les CFZ fassent valoir la pertinence des outils dans l'ensemble du pays démontrera que ce sont des protocoles viables, qui peuvent exister en dehors du PIEST puisque leur promotion dans les autres districts sera faite exclusivement par le personnel local.

- La Fondation des Nations Unies (avec le soutien administratif de l'OMS) a financé la mise en œuvre de la boîte à outils dans les 11 autres districts de la Tanzanie. Qui plus est, en août 2004, les équipes de gestion de la santé de district (EGSD) de presque la moitié des régions du pays avaient été formées à l'utilisation des outils de représentation de la charge de morbidité et de planification du budget de santé. Nous espérons que tous

La Fondation des Nations Unies a financé la mise en œuvre de la boîte à outils dans les 11 autres districts de la Tanzanie.



les districts seront munis de ces indispensables outils de planification dès le début du cycle de planification de 2005. D'autres pays que la Tanzanie ont manifesté leur intérêt pour les outils du PIEST. DANIDA (Agence danoise pour le développement international) fait présentement un essai exhaustif de l'outil de planification budgétaire; l'OMS compte faire l'essai du même outil au Ghana; et la Fondation Rockefeller s'intéresse à son adaptation en Ouganda. L'Afrique du Sud aussi se penche sur l'idée générale du PIEST. Enfin, le réseau INDEPTH a offert de la formation sur l'utilisation de l'outil de représentation de la charge de morbidité sur les sites des systèmes de surveillance démographique ailleurs en Afrique et en Asie.

- ➔ La gestion en cascade et le manuel sur la remise en état des établissements de santé effectuée par les collectivités ont été adoptés par le ministère de la Santé de la Tanzanie. La gestion en cascade a été instaurée dans d'autres districts et le ministère s'est dit prêt à faire de même avec l'outil pour la remise en état des établissements de santé. De plus en plus, on reconnaît les avantages incalculables de ces programmes dans tous les coins de la Tanzanie. Ainsi, on se félicite de l'efficacité du système en cascade pour le transfert des responsabilités aux échelons inférieurs du système de santé. Cette démarche a été bénéfique pour le moral du personnel qui a eu, ainsi, de nouveaux défis à relever et a apporté aux travailleurs communautaires bien des satisfactions professionnelles. En outre, on considère que l'effet de cascade qu'a eu l'accès accru des collectivités locales aux diagnostics des laboratoires est accentué par le fait que le pays se prépare à trouver de nouveaux moyens de faire face au VIH/sida. Entre-temps, la collectivité a entrepris la remise en état des établissements de santé, en grande partie en raison de la viabilité et de la rentabilité du projet, mais aussi parce qu'elle ne pouvait se fier à une expertise spécialisée.

D'autres idées et stratégies incluses dans les plans créés par les EGSD de Rufiji et de Morogoro — découlant de leur utilisation des outils de planification et de leurs réactions — ont attiré

l'attention de planificateurs de divers niveaux. Elles seront sans doute mises davantage à contribution et promettent d'améliorer encore les indicateurs de santé. Par exemple :

- La gestion intégrée des maladies infantiles (IMCI) — une stratégie que l'on doit à l'OMS — s'est imposée auprès des planificateurs de district en quête d'interventions en santé rentables après que les outils eurent démontré qu'une énorme part de la charge de morbidité locale était attribuable à un petit groupe de maladies infantiles, interdépendantes. Après son adoption et sa mise en application grâce au financement supplémentaire dont les districts ont bénéficié, les avantages subsidiaires de l'IMCI sont devenus évidents. D'une part, en incitant les travailleurs de la santé à considérer le patient dans sa globalité et non simplement comme l'hôte d'une maladie donnée, l'IMCI a souvent accru la qualité des soins et la sensibilité des soignants en centrant l'attention sur le patient plutôt que sur la maladie. D'autre part, il est vite apparu que le diagnostic et le traitement de diverses maladies (parfois concomitantes) était plus rentable qu'on l'avait d'abord imaginé. On envisage aujourd'hui d'étendre des régimes de traitement « intégrés » à d'autres maladies. Ainsi, l'OMS a pris l'initiative de l'élaboration du programme de gestion intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (IMAI) — la version dite « adulte » de l'IMCI. L'IMAI est en bonne voie de réalisation. On constate également un intérêt renouvelé pour la révision et la mise à jour de programmes intégrés de santé maternelle semblables.
- En Tanzanie, la présence du PIEST comme plaque tournante permettant à la recherche de s'infiltrer dans le système de santé — c'est-à-dire le rôle que le projet a joué pour que la recherche puisse influencer sur la planification et la pratique de la santé — a fait naître des idées sur la nécessité d'un nouveau

L'IMCI a souvent accru la qualité des soins et la sensibilité des soignants en centrant l'attention sur le patient plutôt que sur la maladie.



mécanisme pour synthétiser et présenter aux décideurs les recherches les plus récentes et les plus éloquentes. Le CRDI a fourni le financement initial pour déterminer quelle forme devrait prendre une politique nationale de santé à vocation d'« observatoire ». Cet observatoire de recherche en santé a été provisoirement nommé l'Institut Duluti, à l'issue d'une mémorable rencontre de chercheurs du domaine de la santé et de décideurs près du lac Duluti, à Arusha, en Tanzanie.

En Tanzanie, le système de surveillance démographique (SSD) prend de l'ampleur. Le SSD de Rufiji est présentement exploité par le Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara qui s'occupe également de sites SSD de deux autres districts. Le réseau INDEPTH a promis d'accroître la surveillance démographique intégrée entre les pays.

Enfin, il importe de souligner que le PIEST n'a jamais prôné une approche statique des besoins en soins de santé — au contraire, il a préconisé la souplesse et la réceptivité à l'évolution de la conjoncture. Devant la promesse d'une amélioration générale du système de santé en Tanzanie — amélioration dont le PIEST est en partie responsable — il est à prévoir que les autorités sanitaires réévalueront leurs objectifs et leurs approches selon les circonstances. Déjà, elles attachent moins d'importance à la rentabilité pour en accorder davantage à l'équité. Comme, vraisemblablement, une plus grande partie de la population aura désormais accès à des services de santé efficaces, il incombe aux autorités de se pencher sur la question de l'équité en examinant comment joindre les segments de la société qui n'ont pas profité de ces progrès. Une des mesures prises en ce sens est le panier de fonds accordé par le gouvernement dans le cadre de sa nouvelle approche. Il a été décidé que les districts en difficulté recevraient une « prime d'équité » — une allocation, par habitant, légèrement supérieure à la moyenne nationale.

Pour comprendre la notion de rentabilité par opposition à la question de l'équité, on peut comparer le système de santé à une

automobile. Il y a quelques années, ça n'allait pas très bien : le moteur ne tournait que sur deux cylindres et les pneus étaient à plat. Les cas de Rufiji et de Morogoro ont démontré qu'en optant d'abord pour la rentabilité, on pouvait remettre la voiture sur la route : des investissements bien ciblés pouvaient donner de bons résultats, profitables à la majorité de la population. Il n'y a aucune raison de s'arrêter en si bon chemin. D'autres questions de santé — l'équité, par exemple — méritent notre attention. La question à laquelle la société dans son ensemble doit réfléchir est la suivante : maintenant que la voiture est en état de marche, où devrions-nous aller ? C'est là une question de politique sociale — beaucoup plus qu'une question technique — qu'il faudra se poser sans cesse.



This page intentionally left blank

Les leçons à retenir



La façon dont les systèmes de santé sont conçus, gérés et financés influent sur la vie des gens et sur leurs moyens de subsistance. La différence entre un système de santé efficace et un système défaillant se mesure aux décès, aux incapacités, à l'appauvrissement, à l'humiliation et au désespoir qui en résultent.

— Gro Harlem Brundtland (OMS, 2000)

La diminution des taux de mortalité et de la charge de morbidité à Rufiji et à Morogoro confirme la plausibilité de l'hypothèse sur laquelle repose le PIEST. Il est possible de réduire considérablement la charge de morbidité en affectant des investissements modestes au renforcement des systèmes de santé. Offerts sous la forme de paniers de fonds supplémentaires, fournis à l'ensemble du secteur, décentralisé, ces investissements s'accompagnent d'une boîte à outils pratiques pour la gestion, la planification et l'établissement

des priorités fondés sur des données attestées. En d'autres mots, **l'investissement dans les systèmes de santé est rentable.**

Qu'avons-nous appris encore ? Pendant de nombreuses années de recherche intensive et de travaux sur le terrain, l'équipe du PIEST a observé diverses situations qui nous semblent instructives pour l'évolution du système de santé. Nous exposons dans ce chapitre quelques-unes des leçons cruciales qui découlent de cette expérience. Toutes ont trait au renforcement des systèmes de santé et ont été regroupées sous des catégories thématiques : les principes généraux, les gens, l'information, l'infrastructure et la gouvernance. Ce sont là des éléments essentiels pour assurer la prestation efficace des soins de santé. Investir dans ces piliers fondamentaux des services de santé maximisera tout avantage supplémentaire résultant de l'utilisation de nouveaux médicaments, traitements et interventions.

Associer recherche et développement

Il faudra consacrer d'importantes sommes « neuves » au renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement pour accroître la portée des interventions essentielles en santé présentement en vigueur. Les services de santé de base — largement distribués mais étroitement intégrés — sont les fondements même des progrès en santé.

Les initiatives visant à améliorer la santé devraient, si possible, tirer parti des synergies créées par l'association de la recherche et du développement dans un système intégré dont les composantes sont conçues pour se renforcer mutuellement. Le financement simultané des activités de recherche et de développement — et l'incitation des chercheurs et des spécialistes du développement à se tenir au courant et à s'intéresser de près aux domaines de compétences de leurs collègues — est source de nombreux avantages. Au premier chef, la rapidité avec laquelle il est possible de réagir aux résultats de la recherche puisqu'il n'est pas nécessaire

de présenter une nouvelle demande de financement avant que l'étape du développement puisse commencer. En outre, au cours de la recherche, les chercheurs peuvent faire des suggestions et des commentaires qui permettent de vérifier l'efficacité des plans de développement et de les améliorer à mesure qu'avancent les travaux. Enfin, le fait d'être associés à un programme de développement concret confère aux chercheurs une plus grande crédibilité au sein des collectivités.

Le fait d'être associés à un programme de développement concret confère aux chercheurs une plus grande crédibilité au sein des collectivités.



Les gens

Des investissements sont requis pour augmenter et améliorer les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre de services de santé. La gestion intégrée des maladies infantiles — au cœur de la réforme de la santé dans les districts — illustre en quoi la formation et le perfectionnement professionnel sont des facteurs déterminants du succès. De plus, les prévisions de croissance démographique, l'attrition de la main-d'œuvre et les modifications de la structure de la morbidité indiquent que les ressources humaines sont un secteur où il faudra des investissements considérables et constants pour que l'Afrique soit en mesure de faire face aux défis qui l'attendent. Ainsi, des modèles publiés par Kurowski et ses collègues (1993) prédisent que dans un pays comme la Tanzanie, même si la capacité de formation y était accrue de beaucoup, la population active disponible pour le secteur de la santé diminuerait de jusqu'à 25 % d'ici à 2015.

Produites à un moment où la majorité des problèmes de santé sont, de plus en plus, évitables; où l'on s'attend à ce que les menaces pour la santé et les pressions exercées sur les services de santé s'accroissent elles aussi; et où on mobilise une somme considérable de nouvelles ressources en santé, ces statistiques sur la population active mettent en lumière la nécessité d'une

augmentation massive des ressources humaines dans le secteur de la santé. Les nouvelles dépenses devraient inclure le financement de la formation de base, le perfectionnement professionnel, l'éducation permanente ainsi que l'élaboration de programmes visant à fournir de nouvelles directives aux travailleurs de la santé et à les former à de nouvelles interventions.

L'infrastructure

Il faut investir de fortes sommes dans « la brique et le mortier » du système de santé — ces biens d'infrastructure essentiels que sont les cliniques communautaires, les véhicules pour transporter les prestataires de soins et les fournitures là où on en a besoin, et

Il faut investir de fortes sommes dans « la brique et le mortier » du système de santé.

les technologies de l'information et de la communication. L'ampleur des investissements requis variera d'un pays à l'autre. Si la Tanzanie possède déjà un bon réseau d'éta-

blissements de santé (quoique à des degrés divers de délabrement), de tels établissements n'existent peut-être pas encore dans d'autres pays.

La gouvernance

Au lieu d'être établies en fonction de programmes planifiés par de lointaines autorités, d'une maladie ou d'une intervention particulière, les priorités en matière de financement et de mise en œuvre doivent, de plus en plus, être fondées sur des plans élaborés localement en tenant compte des données réelles qui visent à consolider le système, maximiser la santé et réduire les iniquités. Les ministères de la Santé, les administrations locales et les gestionnaires des systèmes de santé doivent assurer le respect des règlements et des normes relatifs à la qualité des soins et des services de santé.



Les projets liés à la santé doivent prévoir une « stratégie de sortie » de sorte que le rachat et la propriété locale, la durabilité et la dynamique d'un projet puissent devenir des facteurs susceptibles d'en étendre l'influence après le départ des gestionnaires. Il est important de financer les rouages du système — comme la formation de formateurs professionnels locaux — afin que les avantages d'un projet prometteur se fassent sentir à l'échelle nationale et internationale.

Il faut reconnaître, en outre, les bienfaits des « observatoires » de la santé. C'est là qu'on peut regrouper et façonner les résultats de la recherche de manière à les présenter aux décideurs dans un langage qui leur est compréhensible afin qu'ils soient mieux armés pour faire leur travail. On ne peut exiger des chercheurs qu'ils possèdent les compétences voulues pour diffuser les résultats de leur recherche auprès des politiciens et des représentants des gouvernements. Cette tâche incombe à d'autres spécialistes qui agissent à titre d'intermédiaires entre le milieu de la recherche et les architectes du système de santé.

L'information

Pour optimiser l'utilisation de ressources financières limitées, les dépenses en santé doivent respecter et favoriser les priorités fondées sur les données locales attestées plutôt qu'être fonction des desseins des bailleurs de fonds et des programmes « verticaux ». Comme on le constate à mesure que la décentralisation s'installe, il n'est plus opportun que les districts des pays en développement soient contraints d'élaborer leurs programmes et leurs budgets conformément aux priorités des organismes bilatéraux et multilatéraux. En outre, il est avantageux d'éviter les situations concurrentielles qui peuvent survenir entre les donateurs internationaux. Par exemple, la

Les dépenses en santé doivent respecter et favoriser les priorités fondées sur les données locales attestées plutôt qu'être fonction des desseins des bailleurs de fonds et des programmes « verticaux ».

nouvelle approche englobant tout le secteur (*sector-wide approach* – SWAp), qui met en commun les contributions des bailleurs de fonds internationaux pour créer un « panier » de fonds, illustre comment esquiver la concurrence et favoriser la coopération.

Qui plus est, la disponibilité de données provenant de systèmes d'information sentinelles fondés sur des échantillons stratifiés représentatifs dissuade de poursuivre la mise en œuvre de programmes verticaux, parfois concurrentiels, lancés par des organisations distinctes. Les bailleurs de fonds favorisent les initiatives verticales parce qu'il leur est ainsi plus facile de surveiller l'incidence de leurs dépenses de programme. Toutefois, les données du système de surveillance démographique (SSD) peuvent constituer une mesure de reddition des comptes en démontrant si, cumulativement, les contributions internationales ont eu un effet sur les taux de mortalité.

Dans les pays qui n'ont pas encore les moyens d'instaurer ou de gérer un registre d'événements démographiques (les naissances, décès et causes des décès, notamment) – ce qui est le cas de la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne – il devrait y avoir, comme solution de rechange minimale et rentable, au moins deux systèmes sentinelles (un rural et un urbain) ou de surveillance démographique. Ces systèmes serviraient d'observatoires de la population, de la santé et de la pauvreté. Il faudrait un plus grand nombre de systèmes sentinelles de ce genre dans les pays où les risques pour la santé sont les plus divers. Les SSD devraient aussi être mis à contribution en vue de l'utilisation intégrée de diverses sources d'information (tels que l'état de santé, les indicateurs de pauvreté et les indicateurs d'équité), qui toutes proviennent des programmes de surveillance par sentinelle. Les SSD peuvent communiquer aux planificateurs locaux une part considérable des données attestées.



Pour que les interventions en santé jouent efficacement leur rôle et réussissent à améliorer la santé, elles doivent être conçues de manière à soutenir les décisions et les actions du personnel sanitaire. Il serait bon, aussi, qu'elles fassent partie d'un système intégré de surveillance de la pauvreté. Par ailleurs, les travailleurs de la santé doivent avoir accès aux données démographiques et à l'information pratiques sur les modes de gestion des établissements de santé. Ces besoins en font ressortir d'autres, tout aussi urgents, soit la nécessité d'élaborer de nouveaux outils pour aider les planificateurs des districts à comprendre l'accès aux services de santé, le plan de diffusion et les faiblesses du système. Ils mettent également en évidence l'importance de contribuer au développement du système de santé une fois que les problèmes techniques et de répartition des ressources ont été réglés. L'information doit être présentée aux gestionnaires et aux équipes de gestion sous une forme facile à comprendre. Les gestionnaires locaux n'ont pas le temps et ne peuvent se payer le luxe de compulser des montagnes de données pour déterminer quelle information leur est utile. Une présentation graphique claire et intelligible de ces données permettra aux gestionnaires de prendre des décisions plus judicieuses, fondées sur des données attestées.

Conclusion

Comme les comptes rendus exposés dans ce livre l'ont montré, le PIEST a principalement aidé les gestionnaires d'un système de santé décentralisé à corriger des lacunes techniques et de répartition des ressources en leur permettant d'avoir accès à de nouvelles compétences en gestion et à des données locales attestées, présentées sous un jour nouveau. C'est là une œuvre qu'il faudra poursuivre toutefois.

À moyen terme, le défi consistera à consolider les structures locales capables d'assimiler les leçons chèrement apprises des gestionnaires de la santé des districts de Rufiji et de Morogoro, et de « passer à d'autres » les produits et les approches qui ont

mené à de massives réductions de la mortalité dans ces districts. On fait face dès aujourd'hui à ce défi dans le cadre du projet de consultation mis sur pied pour permettre aux centres de formation de zone de la Tanzanie de former et de motiver le personnel chargé de faire connaître l'approche et les outils du PIEST au reste du pays. La mise en œuvre d'une entreprise d'une telle envergure à l'échelle nationale est difficile et demande du temps. Il ne faut pas se décourager devant l'ampleur de la tâche. Il ne faut pas, non plus, faire fi des leçons tirées de l'expérience vécue en Tanzanie — c'est-à-dire que l'amélioration systémique de la prestation des soins de santé peut réduire sensiblement les taux de mortalité — ni surtout les oublier.

Remerciements

Un projet de cette envergure et qui s'est échelonné sur autant d'années bénéficie de la contribution d'un nombre incalculable de personnes. Nous voudrions, toutefois, attirer d'abord l'attention sur certains des principaux défenseurs et collaborateurs du PIEST. Suivra une liste plus complète de ceux et celles qui nous ont prêté main forte.

Les membres du Comité consultatif international, présidé par M. Joe Cook, nous ont apporté leur soutien et ont contribué aux premières étapes de l'élaboration du PIES. Nous souhaitons, en particulier, souligner la contribution exceptionnelle du regretté José Luis Bobadilla de la Banque mondiale. Les membres du Comité consultatif scientifique, sous la présidence de M. Demissie Habte, nous ont aussi apporté un concours inestimable. Nous avons une dette de reconnaissance envers M. Joel Finlay et M^{me} Irene Mathias, autrefois directeurs exécutifs du PIES, de

même qu'envers M^{mes} Eva Rathgeber, Connie Freeman et Christina Zarowsky, qui ont assuré la liaison avec le CRDI. Nous exprimons également notre gratitude au personnel du PIES et, tout spécialement, à M^{mes} Karen Madden et Kaye Meikle.

Au ministère de la Santé de la Tanzanie, le PIEST a eu droit à l'appui indéfectible de l'honorable Anna M. Abdullah, ministre en titre; de l'ancien ministre de la Santé, M. Aaron Chiduos; de M^{me} M.J. Mwaffisi, secrétaire permanente; du D^r G.L. Upunda, médecin chef, de M. E.N. Manumbu et des D^{rs} G. Mliga et Ali A. Mzige, tous trois directeurs au ministère de la Santé. Notre gratitude s'adresse aussi au D^r Peter Kilima, ancien directeur des Services de prévention ainsi qu'aux D^{rs} Harun Machibya et Saidi Mkikima médecins de district, de même qu'à leurs équipes de gestion de la santé. Le directeur exécutif du district de Rufiji, M. F.Q.M. Fissoo, et le directeur exécutif du district de Morogoro, John Gille, ont été des partenaires indispensables. Les autres régions de la Tanzanie n'auraient pu profiter des bienfaits du PIEST sans les compétences incontestées du personnel des centres de formation de zone du ministère de la Santé et, en particulier, des D^{rs} S.R. Fundikira, S. Ndeki, C. Jincen et B.Y. Ndawi.

Le financement du projet a été assuré par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada, l'Agence canadienne de développement international (ACDI), la Banque mondiale et le ministère de la Santé de la Tanzanie. Ce dernier a entrepris le transfert des outils du PIEST aux instances régionales grâce aux fonds accordés par la Fondation des Nations Unies et administrés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le PIEST n'aurait jamais été possible sans la vision et les efforts de M^{me} Maureen Law, alors qu'elle occupait le poste de directrice des Sciences de la santé au CRDI. Nos remerciements vont aussi au personnel administratif et financier du PIEST et à son directeur, M. Godfrey Munna. Qu'il nous soit également permis d'exprimer notre gratitude au personnel du Haut Commissariat du Canada en Tanzanie, du bureau de l'ACDI à Dar-es-Salaam et à celui de

l'OMS en Tanzanie, et tout spécialement aux anciens représentants de l'OMS dans ce pays, les D^{rs} Dirk Warning et Wedson Mwambazi de même qu'au représentant actuel, le D^r Edward Maganu.

Les succès qu'a connus le PIEST sont attribuables à l'expertise d'un grand nombre de personnes. Soulignons, entre autres, l'incalculable contribution de M.V. Meshack et son équipe du Collège universitaire des études architecturales et agraires, au manuel sur la remise en état des établissements de santé. Nous devons à M. Jacques Wilmo de CT/BA Ltd. un logiciel pour le suivi des coûts fort bien conçu. Leslie Mgalula, de l'OMS, a fourni le soutien technique du programme de gestion intégrée des maladies infantiles et l'Institut des soins de santé primaires d'Iringa s'est chargé de l'adaptation du manuel de l'OMS pour le renforcement des capacités de gestion en santé des districts et des provinces. Nous remercions en outre le D^r Andrew Kitua, directeur général de l'Institut national de la recherche médicale et son prédécesseur, le professeur Wen Kilama, qui nous ont permis d'entreprendre cette recherche.

Le Comité directeur national du PIEST était formé de représentants du gouvernement de la Tanzanie, du CRDI, de l'OMS, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'ACDI. Nos partenaires techniques tanzaniens comprenaient notamment le Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara, dirigé par M. Hassan Mshinda; le Collège universitaire des sciences de la santé de Muhimbili; l'Institut de santé publique, représenté par le regretté George Lwihula; et l'Institut des études sur le développement de l'Université de Dar-es-Salaam qui avait délégué M. Peter Kamuzora. M. William Lobulu a rédigé, en collaboration avec M. Sydney Kwiya, d'excellents articles pour les communications du PIEST. La Division des communications du CRDI a facilité la création et la production de cet ouvrage et du site web sur le PIEST (www.crdi.ca/piest).

Enfin, nous ne saurions trop remercier les résidants et les travailleurs de la santé de Rufiji et de Morogoro qui, en aidant à reconstruire les systèmes de santé de leurs districts, peuvent désormais profiter de la réforme permanente des soins de santé.

Il nous est impossible de remercier tous ceux et celles qui ont contribué aux réalisations du PIEST, mais nous ne saurions passer sous silence le concours des personnes et des équipes suivantes.

La conception du projet

La conception générale du projet a d'abord été l'œuvre du premier Comité directeur, formé de :

José Luis Bobadilla, de la Banque mondiale; Joe Cook, de la Fondation Edna McConnell Clark; Don de Savigny, du CRDI; Joel Finlay, du CRDI; Tore Godal, de l'OMS; Demissie Habte, du Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh; Dean Jamison, de la Banque mondiale; Michel Jancloes, de l'OMS; Steve Jarrett, de l'UNICEF; Maureen Law, du CRDI; Ernest Loevinsohn, de l'ACDI; Tom Nchinda, de l'OMS; Ebrahim Samba, de l'OMS; Rogatian Shirima, du ministère de la Santé de la Tanzanie; et de Jim Tulloch, de l'OMS.

Tandis que le PIEST prenait pied en Tanzanie, le Comité directeur évoluait pour devenir un Comité consultatif international, dont les membres étaient les suivants : Agnes Aidoo, de l'UNICEF; Joe Cook, de la Fondation Edna McConnell Clark; Joel Finlay, du CRDI; Charles Griffen, de la Banque mondiale; Maureen Law, du CRDI; Irene Mathias, du CRDI; Don McMaster, de l'ACDI; Raymond Mrope, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Eva Rathgeber, du CRDI; Ebrahim Samba, de l'OMS; Jim Tulloch, de l'OMS; et Dirk Warning, de l'OMS.

Après que les travaux sur le terrain eurent commenté en Tanzanie, le Comité consultatif international s'est à son tour transformé en un Comité directeur national, composé des

membres suivants : Adeline Kimambo, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Emmanuel Malangalila, de la Banque mondiale, bureau de la Tanzanie; R. Mariki, du Comité de planification de la Tanzanie; Ben Moses, du Cabinet du Premier ministre de la Tanzanie; Raymond Mrope, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Victoria Mushi, du bureau de l'ACDI en Tanzanie; S. Sijaona, du Cabinet du Premier ministre de la Tanzanie; Gabriel Upunda, du ministère de la Santé de la Tanzanie; et Dirk Warning, du bureau de l'OMS en Tanzanie.

Le protocole de recherche

Bien que la recherche et le développement soient inextricablement liés, nous nous sommes efforcés d'élaborer un protocole de recherche dont la plausibilité soit démontrable aux décideurs et aux planificateurs. Le protocole de recherche du PIEST est le fruit d'une série de consultations tenues à Ottawa en juillet 1994, à Genève en octobre 1994, à Washington en février 1995 et à Morogoro en juillet 1995 auxquelles ont assisté à divers titres Neil Andersson, de CIET International; Elizabeth Badley, de l'Université de Toronto; Essy Banniasad, de l'Université Dalhousie; Enis Baris, du CRDI; Fred Binka, du ministère de la Santé du Ghana; Robert Black, de l'Université John Hopkins; José Luis Bobadilla, de la Banque mondiale; Mariam Claeson, de l'OMS; Peter Cowley, de la Banque mondiale; Don de Savigny, du CRDI; Timothy Evans, de l'Université Harvard; Joel Finlay, du CRDI; Pierre Fournier, de l'Université de Montréal; Larry Gelmon, du CRDI; Lucy Gilson, de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres; Tore Godal, de l'OMS; Demissie Habte du Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh; Margaret Hillson, de l'Association canadienne de santé publique; Dean Jamison, de la Banque mondiale; Harun Kasale, du PIEST; Peter Kilima, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Henry Kitange, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Maureen Law, du CRDI; Nicolaus Lorenz, de l'Institut tropical

suisse; Wilbald Lorri, du Centre pour l'alimentation et la nutrition de la Tanzanie; Karen Madden, du CRDI; Conrad Mbuya, du PIEST; Anne Mills, de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres; Bertha Mo, du CRDI; Lawrence Munyetti, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Christopher Murray, de l'Université Harvard; Marguerite Pappaioanou, des Centres de prévention et de lutte contre les maladies (États-Unis); Dev Ray, de l'OMS; Peter Riwa, du ministère de la Santé de la Tanzanie; David Ross, de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres; Joas Rugemalila, de l'Institut national de recherche médicale de la Tanzanie; Steve Sapiro, de l'OMS; Sally Stansfield, de l'Université McGill; George Stroh, des Centres de prévention et de lutte contre les maladies (États-Unis); Marcel Tanner, de l'Institut tropical suisse; Peter Tugwell, de l'Université d'Ottawa; Gerome van Ginneken, du Service démographique et des études interdisciplinaires des Pays-Bas; Gabriel Upunda, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Cesar Victora, de l'Université fédérale de Pelotas; Russell Wilkins, de Santé Canada; et Dennis Willms, de l'Université McMaster.

Les champs d'application et les principaux protocoles relatifs à la composante A (les systèmes de santé) et à la composante B (les comportements en matière de santé) ont été préparés par un groupe spécial convoqué à Bâle en mai 1996 par un sous-comité du Comité consultatif scientifique. Ce groupe était formé de Doug Angus, de l'Université d'Ottawa; Fred Binka, du ministère de la Santé du Ghana; Don de Savigny, du CRDI; David Evans, de l'OMS; Lucy Gilson, de l'Université de Witswatersrand; Andrew Kitua, du Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara; George Lwihula, du Centre médical de Muhimbili; Conrad Mbuya, du PIEST; Graham Reid, du CRDI; Marcel Tanner, de l'Institut tropical suisse; Mitchell Weiss, de l'Institut tropical suisse; et Dennis Willms, de l'Université McMaster.

L'approche de la composante C (la surveillance démographique) a été adoptée à la suite d'un atelier sur les méthodes SSD tenu à

Dar-es-Salaam en février 1996. Y ont assisté : Joanna Armstrong-Schellenberg, du Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara; Sandra Baldwin, du Bureau de l'aide au développement du Royaume-Uni (aujourd'hui le ministère pour le Développement international du Royaume-Uni); Fred Binka, du ministère de la Santé du Ghana; Don de Savigny, du CRDI; Andrew Hall, de l'Université Oxford; Harun Kasale, du PIEST; Peter Kilima, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Japhet Killewo, du Collège universitaire des sciences de la santé de Muhimbili; John Kimario, du Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara; Henry Kitange, du Projet sur la morbidité et la mortalité chez les adultes (PMMA), du ministère de la Santé de la Tanzanie; Zohra Lukmanji, du Centre pour l'alimentation et la nutrition de la Tanzanie; Harun Machibya, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Cheick Mbacke, de la Fondation Rockefeller; Conrad Mbuya, du PIEST; Bruce McLeod, de l'Université du Maryland; Leslie Mgalula, de l'OMS/PIEST; Candida Moshiro, du Centre médical de Muhimbili; Sadiki Mshana, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Robert Mswia, du PMMA, ministère de la Santé de la Tanzanie; Lawrence Munyetti, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Rose Nathan, du Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara; Chris Nevill, de la Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique; Sylvester Ngalaba, du Bureau de la statistique de la Tanzanie; Pierre Ngom, du ministère de la Santé, Navrongo, Ghana; Jim Phillips, du Conseil de la population; David Ross, de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres; Daudi Simba, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Michael Strong, Bureau national de la population, Éthiopie; Nigel Unwin, de l'Université de Newcastle; David Whiting, du PMMA, ministère de la Santé de la Tanzanie; et Susan Zimicki, de l'Institut de développement international de l'Université Harvard.

L'orientation générale des travaux de recherche effectués dans le cadre du PIEST nous a été proposée, depuis avril 1996, par un Comité consultatif scientifique formé de : José Luis Bobadilla, de la Banque mondiale; Peter Cowley, de l'Agence internationale

pour le développement (États-Unis); Don de Savigny, du CRDI; David Evans, de l'OMS; Sandy Gove, de l'OMS; Demissie Habte, de la Banque mondiale (président); Sylvia Kaaya, du Collège des sciences de la santé de Muhimbili; Andrew Kitua, de l'Institut national de recherche médicale; Wilbald Lorri, du Centre pour l'alimentation et la nutrition de la Tanzanie; Conrad Mbuya, du PIEST; Winnie Mpanju-Shumbusho, de la Commonwealth Regional Health Community; Fatma Mrisho, du Fonds des Nations Unies pour la population; Gernard Msamanga, du Collège des sciences de la santé de Muhimbili; Lawrence Munyetti, du ministère de la Santé de la Tanzanie; Raphael Owor, de l'Université de Makerere; Eva Rathgeber, du CRDI; David Ross de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres; Daniel Sala-Diakanda, de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique; Marcel Tanner, de l'Institut tropical suisse; Cesar Victora, de l'Université fédérale de Pelotas; et Dennis Willms, de l'Université McMaster.

Les chercheurs du PIEST

La recherche sur les systèmes de santé : Peter Kamuzora, Institut des études sur le développement, Université de Dar-es-Salaam; Phares Mujinja, Institut de santé publique, Collège universitaire des sciences de la santé de Muhimbili; Cyprian Makwaya, Institut de santé publique, Collège universitaire des sciences de la santé de Muhimbili; Innocent Semali, Institut de santé publique, Collège universitaire des sciences de la santé de Muhimbili.

La recherche sur les comportements en matière de santé : George Lwihula, Institut de santé publique, Collège universitaire des sciences de la santé de Muhimbili; Charles Mayombana, Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara; Ahmed Makemba, Centre de recherche-développement en santé d'Ifakara; Felician Tungaraza, département de sociologie, Université de Dar-es-Salaam; Joyce Nyoni, département de sociologie, Université de Dar-es-Salaam.

La recherche sur les effets pour la santé : Eleuther Mwageni, gestionnaire de la station, SSD de Rufiji, Ikwiriri; Zaharani Juma, chef des données, SSD de Rufiji, Ikwiriri; Mohamed Irema, gestionnaire des travaux sur le terrain, SSD de Rufiji, Ikwiriri; les équipes du PIEST et du PMMA.

Enfin, un mot de remerciement au personnel de soutien et au personnel administratif qui s'est joint au PIEST depuis 1996 : Godfrey Munna, Robert Kilala, Steria Cosmas, Elimamba Tenga, Frida Zimamoto, le regretté Victor Lihendeko, Herieth Julius, Rose Lusinde, Faustina Daniel, Mohammed Njechele, Jamal Mkunguru, Bakari Ali, la regrettée Alice Mmari et Gladys Githaiga.

This page intentionally left blank

Glossaire

ACDI : Agence canadienne de développement international.

Années de vie perdues : Mesure du temps perdu à la suite des décès prématurés survenus dans la population.

Autopsie verbale : Méthode visant à déterminer la cause probable du décès d'une personne sur la foi des réponses données par un proche parent ou un aidant naturel.

AVCI : année de vie corrigée de l'incapacité. L'AVCI élargit le concept des années de vie perdues à cause de décès prématurés pour englober les années de vie « en santé » perdues en raison d'un mauvais état de santé. Les AVCI applicables à une maladie ou à un facteur de risque sont calculées ainsi : la somme annuelle des années de vie perdues par suite de mortalité précoce au sein de la population et des « années sans invalidité » des cas nouveaux d'une affection donnée.

BCG : Bacille de Calmette et Guérin. Vaccin antituberculeux administré par injection; mis au point par Calmette et Guérin.

Cartographie des services de santé du district : Version simplifiée du système d'information géographique (SIG) fonctionnant par pointage-cliquage, conçue par l'OMS. Cet outil, appelé *HealthMapper*, facilite la saisie des données du Système de gestion des informations sanitaires dans la base de données des districts et leurs représentations graphiques sur les cartes locales.

CFZ : Centres de formation de zone (aussi appelé Centres d'éducation permanente de zone). Institutions établies et gérées par le ministère de la Santé de la Tanzanie, dans diverses régions du pays, pour offrir des cours d'éducation permanente de divers niveaux aux gestionnaires et au personnel de la santé.

Conférence d'Alma-Ata : Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue du 6 au 12 septembre 1978 à Alma-Ata, en URSS, par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF. Des délégués de 134 pays ont assisté à cette conférence internationale, la première de ce genre à être organisée. La Déclaration présentée à cette occasion avait pour objectif d'assurer la santé pour tous, dès le ^{xxi}^e siècle, en fournissant les soins de santé de base aux populations urbaines et rurales des pays en développement.

CRDI : Centre de recherches pour le développement international, Canada.

DANIDA : Agence danoise pour le développement international.

Déclaration d'Alma-Ata : manifeste rédigé à l'issue de la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, tenue en septembre 1978, stipulant notamment : « La conférence réaffirme avec force que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité [...] L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la

communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. »

DOTS : *Directly Observed Treatment, short course*. Traitement de la tuberculose directement observé, courte période.

EGSD : Équipe de gestion de la santé de district. Composante essentielle de la réforme de la santé en Tanzanie, établie dans chacun des 123 districts du pays. Formées de membres provenant de divers horizons et dont les compétences se complètent, les EGSD s'occupent de la planification, de la gestion et du suivi des services de santé. (Désormais nommées, en Tanzanie, Équipes de gestion de la santé du conseil de district.)

Expression communautaire : Outil propre au PIEST. Approche connue également sous le nom de recherche participative et qui aide à l'intégration des demandes de la collectivité dans le processus de planification des districts.

Fonds des villageois : Fonds créé par les villageois pour financer des activités liées à la santé et auquel ils contribuent en y versant une taxe perçue sur la vente de produits locaux.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : Fonds créé en janvier 2002 afin d'augmenter considérablement les ressources consacrées à la lutte contre les trois maladies les plus meurtrières de la planète et d'affecter ces ressources aux domaines où les besoins sont les plus pressants. Formé dans la foulée des travaux menés par le G-8, les chefs des États africains et le secrétaire des Nations Unies Kofi Annan, ce partenariat regroupe des représentants de gouvernements, de la société civile, du secteur privé et des collectivités intéressées.

G-8 : Le Groupe des huit pays les plus industrialisés : l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni et la Russie. Chaque année, les dirigeants du G-8 et les

représentants de l'Union européenne se rencontrent pour discuter des grandes questions économiques et de politiques étrangères.

GIC : Gestion intégrée en cascade. Structure de communication et de supervision hiérarchique qui permet la délégation de responsabilités de l'EGSD aux paliers inférieurs du système de santé de district.

HealthMapper : Voir Cartographie des services de santé du district.

IMAI : *Integrated Management of Adolescent and Adult Illness*. Gestion intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte : Stratégie de soins de santé axée sur les principaux facteurs déterminants de la mortalité et de l'incapacité chez les adolescents et les adultes dans le monde, y compris la prévention des maladies touchant ces groupes en particulier. Les maladies visées par les soins de base sont les suivantes : pneumonie, paludisme, maladies transmissibles sexuellement, problèmes de santé féminine, problèmes de santé mentale, dépistage et traitement prioritaire des conditions chroniques, évitables et traitables par des mesures rentables, telles que l'épilepsie, la tuberculose et le VIH.

IMCI : *Integrated Management of Childhood Illnesses*. Gestion intégrée des maladies infantiles : Stratégie de santé élaborée par l'OMS et l'UNICEF en vue d'éliminer les cinq principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans — le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, la rougeole et la malnutrition.

MSR : maternité sans risque.

MTS : maladies transmissibles sexuellement.

Objectifs du Millénaire pour le développement : Huit objectifs adoptés en septembre 2000 par les Nations Unies et en vertu desquels les pays signataires s'engagent à intensifier leurs efforts et à unir leurs forces pour lutter contre la pauvreté, l'illétrisme, la faim, le manque d'instruction, les disparités entre les sexes, la

mortalité infantile et maternelle, les maladies ainsi que la dégradation de l'environnement. 2015 est l'année cible fixée pour la réalisation de ces objectifs.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONG : Organisation non gouvernementale.

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

PAMVE : Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels.

Parts de la charge de morbidité traitables par les

interventions : Méthode qui consiste à exprimer les données sur la charge de morbidité en pourcentages cumulatifs de la charge de morbidité traitée par les interventions, rentables, auxquelles on peut avoir recours (p. ex. la gestion intégrée des maladies infantiles [IMCI] permet la prise en charge concomitante des maladies formant la charge de morbidité des enfants de moins de cinq ans — paludisme, pneumonie, diarrhée, malnutrition et rougeole).

Partenariat Roll Back Malaria (RBM) : Initiative mondiale — regroupant plus de 90 partenaires — ayant pour objectif de réduire de moitié les décès dus au paludisme d'ici 2010. L'initiative RBM a été lancée en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement et la Banque mondiale afin de favoriser, à l'échelle internationale, l'adoption d'une approche concertée de lutte contre le paludisme.

PEV : Programme élargi de vaccination.

PIES : Projet d'interventions essentielles en santé, précurseur du PIEST.

PIEST : Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie.

Planification du budget de santé du district, aussi appelé « outil de représentation des dépenses en santé du district » : Application Microsoft Excel personnalisée, conçue pour permettre aux EGSD d'étudier leurs budgets et leurs dépenses à l'aide de résumés analytiques d'une page et de plusieurs représentations graphiques des principaux aspects de leur plan annuel.

Plausibilité : Méthode rigoureuse d'évaluation-bilan des interventions en santé exécutées dans le cadre quotidien des systèmes de santé établis qui évalue le recours à l'intervention, sa portée ou son incidence en vue de démontrer la plausibilité de l'hypothèse sur laquelle elle repose aux décideurs et aux responsables de l'élaboration des politiques. Cette approche peut faire appel à des groupes de référence historiques, internes ou externes; elle accorde une grande importance aux facteurs contextuels. Cette notion de plausibilité répond à la question suivante : l'intervention a-t-elle eu un effet autre et au-delà de ceux qu'auraient pu entraîner des facteurs extérieurs ?

PMMA : Projet sur la morbidité et la mortalité chez les adultes. Collaboration entre le ministère de la Santé de la Tanzanie et l'université Newcastle Upon Tyne, financée par le ministère du Développement international du Royaume-Uni.

Profil de la charge de morbidité : Document annuel utilisé pour la planification et l'établissement de priorités. Une application informatique conviviale permet la conversion des statistiques sur la santé de la population fournies par un système de surveillance démographique (SSD) sentinelle sous forme de représentations graphiques d'une grande clarté. Les résultats ne portent pas sur les maladies proprement dites, mais sont exprimés en parts de la charge de morbidité traitables par les interventions.

Programmes d'ajustement structurel : Créés vers la fin des années 1970, les programmes d'ajustement structurel avaient pour objectif de modifier la structure de l'économie des pays en développement afin de corriger les problèmes sous-jacents qui

avaient mené au recul économique de ces pays. Instaurés par la Banque mondiale, les programmes d'ajustement structurel visaient à renforcer la capacité des pays en développement d'amortir leur dette internationale et, en règle générale, d'accroître la privatisation des activités gouvernementales ainsi que l'appui de la production agricole destinée à l'exportation.

Rapport coût-efficacité : Ce qu'il en coûte pour éviter la perte d'une année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI).

RDM93 : *Rapport sur le développement dans le monde 1993 – Investir dans la santé*. Une publication de la Banque mondiale.

Réseau INDEPTH : Réseau international pour l'évaluation continue des populations et de leur santé dans les pays en développement. Cet organisme cadre s'intéresse, en particulier, à 40 sites en Afrique, en Asie du Sud-Est et en Océanie. Ses études portent sur l'analyse des données et le renforcement des capacités; l'appui technique sur le terrain; les évaluations comparatives des taux de mortalité et d'équité en regard de leurs applications pratiques et politiques.

Révolution pour la survie de l'enfant : Initiative lancée par James Grant, directeur général de l'UNICEF, dans l'édition de décembre 1982 de *La situation des enfants dans le monde*. Le développement de l'enfant y sera intégré par la suite. Dans cette initiative, l'UNICEF propose de vaincre les infections courantes de la petite enfance en utilisant des techniques simples comme la surveillance de la croissance, la thérapie de réhydratation orale, l'allaitement maternel et la vaccination contre les six maladies infantiles les plus meurtrières : la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole.

Santé de la population : La santé, le bien-être et le fonctionnement optimal d'une population clairement définie. « Les résultats pour la santé d'un groupe d'individus, y compris la répartition de ces résultats au sein du groupe. » (Kindig DA,

Stoddart G, What is population health? *Am J Public Health* 2003;93:380-383)

Système de gestion des informations sanitaires : Système de collecte de renseignements de nature courante auprès des hôpitaux et des établissements de santé communautaires.

Système d'information sur les coûts du district : Base de données personnalisée, gérée par les districts et utilisée pour stocker l'information fournie par le Système de gestion des informations sanitaires, notamment les données sur le sexe, l'âge, l'état de santé des patients hospitalisés et des patients en soins ambulatoires, les patients réitérants, les diagnostics, ainsi que sur les médicaments, les interventions chirurgicales et les analyses de laboratoire prescrites. Le principal objectif de ce système est de déterminer l'efficacité technique des interventions essentielles en santé publique et clinique.

SSD : Système de surveillance démographique. Méthode de surveillance continue d'une population géographiquement définie visant à fournir des données actualisées sur les naissances, décès, causes de décès et migrations de la population à l'étude.

SWAp : *Sector-Wide Approach*. Approche (englobant tout le secteur) selon laquelle le financement accordé par l'ensemble du secteur — gouvernement et bailleurs de fonds — est géré en partenariat en vue d'accroître la collaboration entre ces deux ordres de donateurs, de consolider la gestion locale des ressources, et de mener à bien les réformes politiques et systémiques nécessaires pour influencer davantage sur le secteur de la santé.

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

VIH/sida : virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise.

Sources et ressources

Ce livre porte sur le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST), fruit de la collaboration entre le CRDI et le ministère de la Santé de la Tanzanie. Les nouveaux outils et stratégies élaborés dans le cadre de ce projet ont contribué à la réforme du secteur de la santé en Tanzanie et maximisé les retombées de l'investissement dans les soins de santé. Cet ouvrage ne prétend pas répertorier tous les documents sur le sujet, mais nous présentons ici un survol des ressources qui inciteront à une étude plus approfondie.

Ce livre sert également de référence au site web du CRDI sur l'expérience du PIEST : **www.crdi.ca/piest**. Le texte intégral est disponible en ligne et oriente le lecteur vers d'autres ressources

qui explorent les réalisations du PIEST et celles de ses partenaires et collaborateurs, les outils et stratégies qui en résultent et les grands défis de santé auxquels l'Afrique subsaharienne doit faire face. Ces ressources additionnelles comprennent des vidéos, des études de cas et une grande variété de documents. D'autres publications sont en cours de révision par des pairs. Elles seront affichées sur le site web du CRDI dès qu'elles seront disponibles.

Sources de références

Bobadilla, J.L., Cowley, P., Musgrove, P. et H.Saxenian, 1994, « Design, content and financing of an essential national package of health services », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève (Suisse), vol. 72, p. 653–662. [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1994/Vol72-No4/bulletin_1994_72\(4\)_653-662.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1994/Vol72-No4/bulletin_1994_72(4)_653-662.pdf)

Cassels, A. et K. Janovsky, 1995, *Renforcer la gestion des systèmes de santé dans les districts et les provinces*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, p. 1–73.

Commission macroéconomie et santé, 2001, *Commission macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé. <http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>

Le Conference Board du Canada, 2004, *Understanding health care cost drivers and escalators*, Ottawa (Ontario, Canada), Le Conference Board du Canada.

de Savigny, D., Mayombana, C., Mwageni, E., Masanja, H., Minhaj, A., Mkilindi, Y., Mbuya, C., Kasale, H. et G. Reid, 2004, « Care-seeking patterns for fatal malaria in Tanzania », *Malaria Journal*, vol. 3, n° 27. <http://www.malariajournal.com/content/3/1/27>

L'Institut des soins de santé primaires d'Iringa, 1997, *Ten steps to a district health plan: a workbook for district health management teams (revised edition)*, Iringa (Tanzanie), Institut des soins de santé primaires d'Iringa, Nijmegen (Pays-Bas), Université de Nijmegen, Nijmegen Institute for International Health.

Kindig, D.A.; Stoddart, G. 2003. What is population health? *American Journal of Public Health*, 93, 380–383.

Kurowski, C., Wyss, K., Abdulla, S., Yémadji, N. et A. Mills, 2003, *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries – case studies from Tanzania and Chad*, Londres (R.-U.), London School of Hygiene and Tropical Medicine. Document de travail 01/04.

Lengeler, C., Cattani, J. et D. de Savigny, 1996, *Un mur contre la malaria : Du nouveau dans la prévention des décès dus au paludisme*, Ottawa (Ontario, Canada), CRDI. Voir **www.crdi.ca/livres**

PIEST (Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie), 1998, *TEHIP research: Scope and Approaches*, Ottawa (Ontario, Canada), PIEST, CRDI. Voir **www.crdi.ca/piest**

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1996, *La situation des enfants dans le monde*, New York (É.-U.) UNICEF. Voir **www.unicef.org/sowc96/1980s.htm**

Banque Mondiale, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde : Investir dans la santé*, Washington (É.-U.), Banque Mondiale.

Organisation mondiale de la santé, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève (Suisse), OMS, p. 1–206. Voir **www.who.int/whr2001/2001/archives/200/en/index.html**

Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1978, *Déclaration d'Alma-Ata*. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 6-12 septembre 1978, Alma-Ata (URSS), Genève (Suisse), OMS/UNICEF. Voir www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

Sites web d'intérêt

Les organisations et les initiatives suivantes font de la recherche sur la santé et la mise sur pied de systèmes de santé en Afrique :

Organisation mondiale de la santé : www.who.int/fr/

Santé, nutrition et population (Groupe de la Banque mondiale) : www1.worldbank.org/hnp*

Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé : www.alliance-hpsr.org/jahia/Jahia*

La base factuelle pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé l'Alliance est une source importante d'information sur la santé en Afrique : white.collexis.net/collexis_basedelarecherche/www/

Commission macroéconomie et santé (OMS) : www.who.int/macrohealth*

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : www.theglobalfund.org/fr/

Roll Back Malaria (OMS) : www.rbm.who.int*

Fondation Bill et Melinda Gates : www.gatesfoundation.org*

Fondation Rockefeller : www.rockfound.org*

The Wellcome Trust : www.wellcome.ac.uk*

* en anglais seulement

Fondation des Nations Unies : **www.unfoundation.org***

Conseil sur la recherche en santé pour le développement :
www.cohred.ch

Forum mondial pour la recherche en santé :
www.globalforumhealth.org*

Gouvernance, équité et santé (CRDI) : **www.idrc.ca/geh**

Enquêtes démographiques et sanitaires : **www.measuredhs.com***

Réseau INDEPTH (Réseau international pour l'évaluation continue des populations et de leur santé dans les pays en développement.) :
www.indepth-network.org*

Réseau international d'épidémiologie clinique : **www.inclen.org***

Pour en savoir plus

Pour de plus amples informations sur les publications qui concernent un bon nombre de sujets abordés dans cet ouvrage et y accéder, servez-vous du moteur de recherche suivant :
www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed.*

Pour plus de renseignements sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, de l'ONU, consultez le site suivant :
www.un.org/french/millenniumgoals/. Des informations sur ces objectifs en Tanzanie sont disponibles (en anglais seulement) :
www.undg.org/documents/2745-International_Millennium.pdf.*

Les documents préliminaires suivants, par la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé et publiés en même temps que le *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, eu une grande influence, surtout en Afrique :

* en anglais seulement

Banque mondiale, 1994, « Pour une meilleure santé en Afrique — Les leçons de l'expérience », *Série : Développement à l'œuvre*, Washington (É.-U.), Banque mondiale.

Feachem, R. et D.T. Jamison, 1991, *Disease and mortality in sub-Saharan Africa*, Oxford (R.-U.), Oxford University Press.

Jamison, D.T., *et al.* (dir.), 1993, *Disease control priorities in developing countries*, Oxford (R.-U.), Oxford Medical Publications.

Murray, C.J.L. et A.D. Lopez, 1994, *Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé.

Pour plus d'informations sur les débuts du PIEST :

Finlay, J., Law, M., Gelmon, L. et D. de Savigny, 1995, « A new Canadian health care initiative in Tanzania », *Canadian Medical Association Journal*, n° 153, p. 1081-1085. Voir un résumé de cet article à **www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/153/8/1081**.

CRDI, Banque mondiale et Organisation mondiale de la santé, 1993, *Future partenariat pour accélérer l'amélioration de la santé — Rapport de la conférence, 18-20 octobre 2003*, Ottawa, Canada, Ottawa (Ontario, Canada) CRDI. **web.idrc.ca/uploads/user.S/10935489111FuturPartenariat.pdf**

Quelques statistiques récentes sur la Tanzanie :

Le site web du gouvernement de la Tanzanie contient des liens qui renvoient aux bases de données statistiques tels que le recensement de 2002 et l'enquête sur le budget des ménages : **www.tanzania.go.tz***

The Muhimbili Health Exchange Forum : **www.muhef.or.tz***

* en anglais seulement

Projet sur la morbidité et la mortalité chez les adultes :
www.ncl.ac.uk/ampp*

Tanzania Development Gateway :
www.developmentgateway.org/node/285491/*

Une très grande quantité d'informations sur les applications internationales du système de surveillance démographique sont disponibles à : **www.indepth-network.net**.*

Pour un complément d'informations :

Réseau INDEPTH, 2002, *Population et santé dans les pays en développement : volume 1, Population, santé et survie dans les sites du réseau INDEPTH*, Ottawa (Ontario, Canada), CRDI.
web.idrc.ca/fr/ev-9435-201-1-DO_TOPIC.html

Pepall, J., 2002, « Des statistiques essentielles », *Le CRDI Explore*, Ottawa (Ontario, Canada) **web.idrc.ca/fr/ev-26044-201-1-DO_TOPIC.html**.

Mwageni, E., Masanja, H., Juma, Z., Momburi, D., Mkilindi, Y., Mbuya, C., Kasale, H., Reid, G. et D. de Savigny, 2004, *Socio-economic status and health inequalities in rural Tanzania: evidence from the Rufiji Demographic Surveillance System*, Réseau INDEPTH, Accra (Ghana). Sous presse.

Vous pouvez trouver de plus amples informations sur la gestion intégrée des maladies infantiles (IMCI) sur les sites suivants :
www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm/ et
www.who.int/imci-mce.*

Un complément d'information sur les méthodes d'interventions contre le paludisme est disponible à : **www.rbm.who.int**.

Ou trouve dans plusieurs numéros du bulletin *Nouvelles du PIEST* des articles sur les outils de planification et de gestion élaborés

* en anglais seulement

dans le cadre du projet à l'intention des équipes de la santé de district. Voir **web.idrc.ca/en/ev-8331-201-1-DO_TOPIC.html**.*

Pour en savoir plus sur ces outils et l'établissement des priorités :

de Savigny, D., Kasale, H., Mbuya, C., Lusinde, R., Munna, G., Masanja, H., Mgalula, L. et G. Reid, 2003, « Choix de priorités et allocations de ressources au niveau régional. Une étude de cas », *Medicus Mundi Suisse, Réseau Santé pour tous*, Bulletin, 91, p. 25-30.

de Savigny, D. et P. Wijeyaratne, (dir.), 1995, *GIS for health and the environment*, Ottawa (Ontario, Canada), CRDI. Voir **web.idrc.ca/fr/ev-9357-201-1-DO_TOPIC.html**.

Pour un aperçu des diverses facettes du PIEST, voir :

« For 80 cents more », *The Economist*, 15 août 2002. Un journaliste raconte les répercussions du PIEST en Tanzanie. Voir **www.economist.com/World/Africa/displaystory.cfm?story_id-1280587***

* en anglais seulement

L'Éditeur

Le Centre de recherches pour le développement international est une société d'État créée par le Parlement du Canada, en 1970, pour aider les chercheurs et les collectivités du monde en développement à trouver des solutions viables à leurs problèmes sociaux, économiques et environnementaux. Le Centre appuie en particulier le renforcement des capacités de recherche indigènes susceptibles d'étayer les politiques et les technologies dont les pays en développement ont besoin pour édifier des sociétés plus saines, plus équitables et plus prospères.

Les Éditions du CRDI publient les résultats de travaux de recherche et d'études sur des questions mondiales et régionales intéressant le développement durable et équitable. Les Éditions du CRDI enrichissent les connaissances sur l'environnement et favorisent ainsi une plus grande compréhension et une plus grande équité dans le monde. Le catalogue des Éditions du CRDI contient la liste de tous les titres disponibles (voir **www.crdi.ca/livres**).