

La réforme du système de Santé

4

L'enfant vu dans sa globalité

La gestion intégrée des maladies infantiles combat les taux élevés de mortalité chez les enfants

L'adoption de la gestion intégrée des maladies infantiles dans deux districts de la Tanzanie il y a cinq ans a contribué à une baisse accentuée des taux de mortalité chez les enfants. Au cours de la même période, les enfants ont été amenés au dispensaire beaucoup plus fréquemment et le rendement des agents de santé s'est amélioré. La communauté internationale en santé publique suit maintenant avec un vif intérêt les effets à plus long terme que cette intervention aura sur les taux de survie des enfants en Tanzanie et ailleurs.



CRDI : P. Bennett

L'IMCI a pour but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux enfants de moins de cinq ans.

Dans les campagnes de la Tanzanie, les travailleurs de la santé de nombreux districts disposent d'une nouvelle arme qui les aide à traiter les enfants malades. Outre leurs stéthoscopes et thermomètres, ces agents de santé de premier recours peuvent consulter des livrets graphiques illustrés en couleurs et spécialement compilés pour leur permettre de poser un diagnostic. Ces livrets présentent point par point et de façon complète de nouvelles procédures ou algorithmes pour la détermination des causes de maladie variées pouvant se manifester par de nombreux signes et symptômes et orienter vers les traitements appropriés. Ce moyen n'est qu'une des innovations associées à un programme de soins connu sous le nom de gestion intégrée des maladies infantiles, plus souvent désignée sous le sigle anglais IMCI (*Integrated Management of Childhood Illness*).

Les graphiques incitent le praticien à adopter une approche « syndromique » de la classification des problèmes de santé des jeunes patients — afin de prendre en compte l'enfant dans sa globalité plutôt que d'essayer de ne cerner qu'une seule cause. Cette approche est spécialement utile dans des pays comme la Tanzanie où l'enfant est exposé simultanément à plusieurs maladies. En identifiant et en traitant un ensemble de causes de maladie éventuelles, les cliniciens ont moins de probabilité de sous-estimer des conditions menaçantes ou sous-jacentes qui ne seront pas traitées.

L'utilisation d'algorithmes se révèle aussi très efficace dans des pays où les agents de santé communautaire bénéficient d'une

formation clinique limitée. Les livrets graphiques réduisent la marge d'erreur en guidant le praticien du symptôme vers les causes probables de maladie et les traitements les plus opportuns. Ils alertent les agents de santé communautaires lorsqu'ils ont besoin d'aiguiller un malade vers un centre de santé plus important et mieux équipé. Ils favorisent également la relation avec les aidants membres de la famille pour que l'enfant soit traité plus efficacement parmi les siens. Comme dans d'autres aspects de l'IMCI, cet outil clinique a pour but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux enfants de moins de cinq ans, qui appartiennent à un groupe d'âge dont les taux de morbidité et de mortalité excessivement élevés dans l'ensemble du monde en développement sont inacceptables.

Avancer dans la bonne direction

En Tanzanie, des signes encourageants amènent à penser que l'IMCI puisse accomplir ce que ses auteurs avaient espéré. Le système est maintenant en place depuis plusieurs années dans les districts ruraux de Rufiji et de Morogoro, où les équipes de gestion de la santé de district (EGSD) utilisent les outils de planification et de gestion élaborés par le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST) pour réaffecter les fonds de façon plus conforme à la charge locale de morbidité. Un modeste supplément budgétaire de moins de 1 \$US par tête leur a permis d'investir dans le renforcement des capacités à l'échelle du réseau. Les districts ont mis davantage l'accent sur deux ensembles d'interventions de santé : le traitement et la prévention du paludisme et l'IMCI.

Les autorités de la santé croient que l'adoption de l'IMCI a été un facteur déterminant de la baisse de 55 % du taux de mortalité infantile constaté dans le district de Rufiji entre 1998 et 2003 (les cinq années qui ont suivi le début de la réforme de la santé en Tanzanie) et de la baisse de 38 % de la mortalité infantile enregistrée dans le district de Morogoro entre 1998 et 2002. Au cours de la même période, la fréquentation des enfants dans les structures sanitaires de ces districts a augmenté de près de 50 %. La conviction que l'IMCI a joué un rôle clé dans ces améliorations est étayée par les constatations dont fait état un rapport récent intitulé « Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE) ». D'après ce rapport, « la combinaison de l'IMCI et du soutien financier du système de santé est associée aux améliorations remarquables de la qualité de la gestion de cas en Tanzanie ».

En comparant les pratiques cliniques dans les districts de Rufiji et de Morogoro qui mettent en œuvre l'IMCI et celles de deux autres districts tanzaniens qui n'ont pas adopté cette approche, les chercheurs ont constaté, par exemple, que plus du double des enfants nécessitant des antibiotiques et (ou) des antipaludiques buccaux se voyaient prescrire ces médicaments dans les districts IMCI. Ces derniers se comportaient nettement mieux que les districts de référence en ce qui touche la vérification effectuée par les praticiens du statut d'immunisation, des pratiques d'alimentation et de la présence de toux, diarrhée et fièvre. Les constatations qui se sont dégagées en Tanzanie viennent corroborer la conclusion plus générale de l'évaluation multi-pays (MCE) établissant que « la formation à l'IMCI dispensée aux agents sanitaires qui prennent soin d'enfants dans les structures de santé de premier niveau peut conduire à une amélioration rapide et soutenue de leur performance ».

L'amélioration continue d'une telle performance — et les effets produits à plus long terme sur les taux de survie des enfants en Tanzanie et ailleurs — sont des questions que la communauté internationale en santé publique suit maintenant avec un vif intérêt.

La lutte contre les cinq maladies meurtrières de l'enfance

Bien que le taux de survie infantile se soit amélioré globalement au cours des 30 dernières années, il stagne en Afrique subsaharienne depuis le début des années 1990. Certains pays signalent même une augmentation des taux de mortalité infantile due pour partie à la montée du VIH/sida. Chaque année, plus de 10 millions d'enfants des pays à faible et moyen revenu décèdent avant leur cinquième année. Sept décès sur 10 sont causés par cinq conditions traitables et évitables : diarrhée, pneumonie, rougeole, paludisme et malnutrition — qui, combinées, concourent souvent à détruire la santé de l'enfant. (Il a été estimé que la malnutrition est un facteur de décès d'enfants dans plus de 50 % des cas.)

Le but de l'IMCI est d'élever le modèle de soins (aussi bien de la part du personnel de la santé que des membres de la famille) afin que plus d'enfants survivent et puisse mener une vie en santé. La Tanzanie a été parmi les premiers pays qui ont adopté l'IMCI en 1996, à la suite d'un prétest de cet ensemble de traitement effectué à Arusha (Tanzanie), en 1995. La question de la survie de l'enfant est d'une telle urgence que 80 pays ont lancé des programmes IMCI depuis.

L'évaluation multi-pays (MCE) — une initiative conjointe de l'OMS, de divers ministères fédéraux de la Santé et d'autres instances, avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates — surveille jusqu'à quel degré d'efficacité la théorie de l'IMCI se concrétise dans les faits. Elle effectue des évaluations continues des programmes IMCI dans des pays aussi divers que le Bangladesh, le Brésil, le Pérou, la Tanzanie et l'Ouganda. MCE publie un rapport chaque année, en ajoutant à la somme de connaissances des régions où la pratique IMCI a été couronnée de succès ou dans lesquelles elle a été insuffisante.

Le défi de l'élargissement

En Tanzanie, le lien présumé entre la mise en œuvre du programme IMCI et la forte baisse de la mortalité à Rufiji et à Morogoro s'avère encourageant. Plus de 70 des 123 districts de la Tanzanie ont adopté un programme IMCI et le ministère de la Santé en fait activement la promotion. Cet élargissement ne se serait pas matérialisé, cependant, sans un enseignement corollaire retiré de l'expérience des districts de Rufiji et de Morogoro, à savoir que l'IMCI peut être un programme économique qui répond à l'impératif d'abordabilité des gouvernements des pays en développement à court d'argent.

« Au moment où nous adaptons pour la première fois le programme IMCI au contexte tanzanien », rappelle le D^r Harun Kasale, coordonnateur du PIEST, « on pensait qu'il serait très coûteux. Même après que Rufiji et Morogoro eurent mis le programme en œuvre — en acquittant la facture à raison des augmentations minimales consenties par

tête grâce à la contribution annuelle versée par le PIEST en faveur des activités de planification de la santé — d'autres districts qui aspiraient à l'inscrire dans leurs plans craignaient toujours qu'il ne fût trop au-dessus de leurs moyens et refusèrent de s'y engager ».

Les intervenants à qui l'expérience de Rufiji et de Morogoro était familière continuaient de plaider devant les équipes de gestion plus timides qu'il était possible de contenir la dépense et d'avoir toujours un programme efficace. Le D^r Kasale fait remarquer, par exemple, que les districts ont pu tirer une valeur accrue de leurs placements en amenant des formateurs à former des membres des dispensaires censés former à leur tour d'autres agents de santé. Cette approche est conforme au système de « gestion en cascade » qui vise à améliorer le fonctionnement des services de santé et à les rendre plus synergiques en augmentant la capacité de surveillance et le flux d'informations entre les structures de santé et les administrateurs de la santé du district.

Selon le D^r Conrad Mbuya, coordonnateur de recherche au PIEST, une étude OMS/MCE sur les coûts du programme IMCI en Tanzanie démystifie l'opinion selon laquelle l'IMCI est inabordable. L'étude a conclu que le prix payé pour améliorer la qualité des soins des enfants de moins de cinq ans par l'application du programme IMCI n'était pas plus onéreuse que les soins conventionnels, de qualité inférieure, assurés dans les districts qui n'avaient pas adopté le programme. Cela s'explique vraisemblablement par le fait qu'à la faveur de l'IMCI, un plus grand nombre d'enfants sont traités efficacement lorsqu'ils reçoivent des soins primaires moins dispendieux — et ne nécessitent donc pas des soins hospitaliers plus coûteux — et que la pharmacothérapie obéit par ailleurs à des critères plus rationnels.

Le D^r Kasale souligne que les coûts supplémentaires initiaux (attribuables pour la plupart à la formation) associés au lancement d'un programme IMCI sont suffisamment modiques pour être acquittés à même les crédits de l'approche englobant tout le secteur (SWAp) aujourd'hui versés à tous les districts sanitaires de Tanzanie. En vertu de la SWAp, les contributions au secteur de la santé des donateurs internationaux sont combinées avec le financement gouvernemental en un seul fonds, réparti par la suite et versé aux districts sous forme d'un montant forfaitaire (de grandeur comparable au supplément du PIEST, inférieur à 1 \$US, dont ont bénéficié Rufiji et Morogoro). Les districts peuvent affecter ces sommes selon les priorités locales.

Un nouveau style de soins

À quoi peuvent s'attendre les districts qui décident d'investir dans l'IMCI ?

- amélioration des compétences du personnel de santé en gestion de cas;
- amélioration des systèmes de santé dans leur ensemble;
- amélioration de l'hygiène de vie dans la famille et les collectivités.

S'efforcer d'atteindre ces objectifs comporte un réel changement de la façon dont le système de santé prend en charge les enfants malades. L'IMCI exige qu'aussi bien les travailleurs sanitaires que les parents assument de nouveaux rôles et acquièrent de nouvelles compétences.



CRDI : P. Bennett

La formation à l'IMCI des agents sanitaires de première ligne peut conduire à une amélioration rapide et soutenue de leur performance et de la santé de leur clientèle infantile.

Le caractère nouveau de la démarche IMCI est apparent dès que l'enfant est amené au centre de santé. Plutôt que d'être obligé de suivre la file d'attente indépendamment de la gravité de son état — comme c'était auparavant le cas — un travailleur de la santé évalue la condition de l'enfant dès son arrivée. Les personnes venues en consultation qui présentent des signes de danger sont amenées au devant de la file pour une assistance immédiate.

La relation que le professionnel de la santé établit avec le malade pendant l'examen courant diffère du tout au tout. Finie l'ancienne méthode d'examen « à la chaîne » où le praticien appréciait la situation au jugé et prescrivait un médicament commun à l'avenant. Encouragé à passer plus de temps avec l'enfant, il recherche aujourd'hui attentivement les symptômes de la maladie et — guidé par ses livrets — envisagera tout l'éventail des atteintes possibles qui peuvent concourir à rendre l'enfant malade.

Ce regard « syndromique » s'accompagne d'un changement dans le type de médicaments accessibles au centre de santé. Plutôt que de prescrire le médicament A — qui combat efficacement la condition X — ou le médicament B — efficace contre la maladie Y, le praticien sait désormais qu'il conviendra de prescrire le médicament C qui a fait ses preuves contre X et Y.

Une autre caractéristique importante de l'approche IMCI est que le parent est associé de près aux soins dispensés à l'enfant. Après que le praticien aura expliqué la condition de l'enfant au parent, celui-ci doit répéter et confirmer ce qu'on attend de lui. De la même manière, la première dose de médicament est administrée par le parent au dispensaire sous la surveillance de l'agent de santé pour s'assurer qu'il connaît bien la posologie. (Des instructions illustrées sont également envoyées à domicile à titre de rappel sur l'usage et l'administration des médicaments.) On apprend aux parents à déceler les signes de danger et à savoir comment se comporter lorsque la condition de l'enfant ne s'améliore pas. Ces interventions témoignent de la volonté de sensibiliser les aidants et d'améliorer l'hygiène de vie au foyer.

Découvrir les aspects à améliorer

Bien que l'évaluation multi-pays (MCE) amène à constater plusieurs résultats encourageants découlant de cette nouvelle méthode intégrée de traitement, ses analyses pays par pays signalent également des domaines susceptibles d'amélioration. Par exemple, dans de nombreux pays IMCI à l'étude, la composante communautaire planifiée — et les campagnes d'information du public destinées à améliorer l'hygiène de vie au sein des familles — n'a été amorcée que tout récemment dans un petit nombre de districts.

En outre, les insuffisances générales de certains systèmes de santé ont limité les incidences de l'IMCI dans de tels pays. Parmi les problèmes systémiques spécifiques relevés par la MCE, on dénombre :

- l'incapacité des superviseurs de se rendre dans les centres de santé pour inspecter et améliorer les pratiques de prise en charge;
- un manque de capacités permettant aux agents de santé communautaires d'aiguiller les malades vers des établissements mieux équipés;
- un faible degré de fréquentation des dispensaires par les citoyens en raison d'une perception diffuse d'inefficacité de soins et de coûts connexes.

Ces problèmes suggèrent que l'IMCI est assurément plus efficace dès lors qu'elle est entreprise conjointement avec un effort de renforcement de l'organisation sanitaire du district, comme celui qui a été promu et attesté par le PIEST dans les districts tanzaniens de Rufiji et de Morogoro. Un tel effort met lourdement l'accent sur le développement de capacités fonctionnelles à l'intérieur du système de santé. La gestion intégrée « en cascade », par exemple, vise à améliorer les transports et les communications afin de rapprocher davantage les superviseurs du personnel des centres de santé, à augmenter l'accès aux essais des laboratoires de diagnostic et à accélérer la livraison de médicaments et d'approvisionnements.

Enfin, l'élargissement des initiatives IMCI a été difficile. Bien que des résultats positifs aient été documentés à l'intérieur des régions pilotes, les programmes n'ont pas été suffisamment diffusés pour avoir un effet mesurable sur les taux de mortalité infantile à l'échelle du pays. Celui-ci est un des obstacles de taille qu'il conviendra de surmonter.

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

www.crdi.ca/piest

Renseignements :

Dr C. Mbuya

MOY/UNF/TEHIP
PO Box 78487
Dar es Salaam
Tanzania

Tél. : +255-22-2130627
Télec. : +255-22-2112068
Courriel : mbuya@tehip.or.tz

La réforme du système de santé

De plus amples renseignements sur le renforcement des capacités des équipes de gestion de la santé dans les districts de Morogoro et Rufiji sont donnés dans *La réforme du système de santé*, publié sous la direction de Don de Savigny, Harun Kasale, Conrad Mbuya et Graham Reid. L'ouvrage décrit le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie — ses origines, ses répercussions, les principales leçons, observations et propositions pour les décideurs et les analystes des politiques. Le texte intégral est accessible sous forme de dossier thématique Web, qui conduit le lecteur à travers un enchaînement virtuel de ressources retraçant le cheminement du PIEST : www.crdi.ca/piest. D'autres informations sur l'initiative connue sous le nom de Gestion intégrée des maladies infantiles et l'évaluation multi-pays de l'IMCI sont accessibles sur le site www.who.int/imci-mce/

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



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



Gouvernance, équité et santé

Centre de recherches pour le développement international

BP 8500, Ottawa (Ontario), Canada
K1G 3H9

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

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