

Le système de santé de district et les SSP

Monique Van Dormael

Institut de Médecine Tropicale - Anvers

Atelier « Qualité du Système de Soins »

Bamako 19-21 avril 2006

Introduction

- Qualité du système de soins et qualité des soins sont étroitement liés
- But = soins de qualité (efficaces, globaux, continus et intégrés), accessibles et acceptables
- La qualité du système de soins = essentielle
 - Pas comme but en soi
 - Mais comme moyen pour faciliter l'accès à des soins de qualité

Plan de la présentation

1. Les concepts de district et de SSP
2. Le système de soins au Mali face aux attentes des gens
3. Problèmes de mise en oeuvre du système de soins
4. Conditions structurelles de renforcement du système de soins

1. Les concepts de district et de SSP

- Années 1950 : campagnes de masse contre certaines maladies considérées comme besoins prioritaires
- Constat: stratégie peu soucieuse des attentes des gens et d'une efficacité limitée pour améliorer globalement la santé
- Stratégie alternative: Soins de santé primaires (SSP) et district comme base d'un système de soins de santé
 - proches, géographiquement et socialement, des individus et collectivités
 - attentifs à leurs besoins et leurs attentes
 - favorisant l'implication des individus / collectivités dans les décisions concernant leur santé
 - se coordonnant avec l'action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé

Contrôle de maladies et systèmes de soins de santé

	Contrôle de maladies	Systèmes de soins
Objet	La maladie	Le patient / la famille
Dimension	Collective	Individuelle
Base de planification	Besoins	Besoins x demande
Critères de prise de décision	Evidence	Evidence x attentes des patients / de la collectivité x contexte local
Critère d'évaluation	Indicateurs de couverture et d'impact épidémiologique	Résolution du problème du patient, permettant de mener une vie acceptable
Personnel	« Spécialisé »	Polyvalent

Source : B. Criel, G. Kegels, P. Van der Stuyft: A framework for analysing the relationship between disease control programmes and basic health care. Trop Med Int Health 2004; 9 (6): A1-A4 suppl.

Le district comme maillon fort du système

- District = unité de planification et gestion décentralisée
 - Suffisamment petit pour être proche de la population et suffisamment grand pour inclure des centres de santé et un hôpital de référence
 - Organisant des soins polyvalents, accessibles, répondant aux besoins et attentes de la population, et adaptés au contexte local
 - Réalisant les objectifs de la politique nationale à travers une opérationnalisation adaptée au contexte local
- Système de district et programmes de lutte contre les maladies ne sont pas nécessairement contradictoires
- Condition: les programmes sont conçus comme moyens à la disposition du district, et non le district comme outil de mise en œuvre des programmes

2. Le système de soins au Mali face aux attentes des gens

- Réalisations importantes au Mali:
 - Amélioration de l'accessibilité géographique
 - Equipes de district fonctionnelles, assurant un soutien effectif aux centres de santé (médicaments, formations, système d'évacuation...)
 - Organisation de la participation communautaire (ASACO / FELASCOM ; Mairies)
- Mais l'utilisation reste faible
- Le système répond-il aux attentes des gens ?

Les attentes

- = trouver près de chez soi une réponse à ses problèmes, et ce à un coût abordable
- Résultats préliminaires d'une étude en cours au Mali : les gens jugent les centres de santé sur base de l'expérience et selon les critères suivants:
 - La compétence clinique et la conscience professionnelle
 - Le rapport coût-efficacité
 - Des attitudes du personnel respectueuses et accueillantes

Compétence clinique et conscience professionnelle

- *« A X, il soigne n'importe quelle maladie qu'on amène chez lui. Les malades qu'il traite guérissent en général, alors que à Y on paye beaucoup sans guérir. »*
- *« Il cherche réellement à connaître de quoi la personne souffre avant de prescrire les médicaments. »*
- *« Le docteur de X fait normalement la consultation et prescrit toujours un traitement adéquat. A Y, c'est comme le marché, tu te présentes et on te vend. Tu dis que tu veux ça et ça et on te les vend... »*

Rapport coût - efficacité

- « *Le docteur de X est plus compétent et nous faisons aussi moins de dépenses pour le traitement d'une même maladie. A Y c'est cher et en plus le malade ne retrouve pas sa santé.* »
- « *Le médecin est compétent et le traitement coûte moins cher. Les médicaments qu'on y prescrit sont surtout des comprimés et il y a très peu d'injections. Malgré cela, on est guéri.* »
- « *Maintenant, nous avons compris que quand on tombe malade, si on va à Y en première position, on fait une dépense inutile et ensuite on est obligé d'aller à X. C'est pourquoi certains commencent directement par X* ».

Les attitudes du personnel

- *« A X, le médecin est bien, très compétent, travailleur et il ne fait pas de discrimination entre les gens. Il n'accorde pas des avantages à certains par rapport à d'autres. »*
- *« Si on lui amène un malade, il l'accueille très bien, le consulte normalement. Tout cela rassure le malade et son entourage. Il ne s'énerve jamais avec les malades et est toujours souriant. »*
- *« Même la nuit il soigne les malades, alors que si on va à Y, il faut aller chercher les agents et si on les retrouve, certains refusent de venir quelquefois. »*

Les bases de la confiance

- Confiance = croyance, basée sur l'expérience, que le service est compétent et a de bonnes intentions à l'égard du patient
- Le manque de confiance explique en partie les recours tardifs
- Au Mali,
 - Lorsqu'il y a confiance, c'est généralement une confiance personnelle
 - Il y a un déficit de confiance institutionnelle, càd de confiance dans le système de soins

Le nœud du problème

- Le système de soins malien a été conçu dans une perspective de SSP, centrée sur l'humain et sur l'adaptation aux circonstances locales
- Or en pratique on accorde peu d'attention aux aspirations des acteurs du système: les usagers et les prestataires
- Le district = le maillon fort du système ?
 - L'investissement dans le potentiel humain (la communauté / le personnel) est insuffisant
 - L'approche contrôle des maladies, centralisée et standardisée, reste dominante

3. Problèmes de mise en œuvre du système de santé de district

1. SSP « sélectifs » ou polyvalence ?
2. Problèmes de qualité des soins
3. Problèmes d'accessibilité économique
4. Problèmes de participation communautaire
5. Faiblesse relative des districts

3.1. SSP « sélectifs » ou polyvalence ?

- Importance du « PMA » : minimum de base, à élargir selon les circonstances et le potentiel local
- Or PMA parfois interprété comme « maximum »: mise en oeuvre restrictive des SSP
- Ressources et compétences disponibles pour les maladies relevant de programmes, pas ou peu pour d'autres problèmes
- Accent justifié sur le préventif et promotionnel, mais souvent aux dépens du curatif
- La faiblesse des compétences cliniques limite la polyvalence

3.2. Problèmes de qualité des soins

- Faibles qualifications d'une partie du personnel qui fait des consultations curatives (« aides soignants », « stagiaires », ...)
- Traitements inefficaces qui prolongent les itinéraires thérapeutiques et diminuent la confiance
- Traitements dangereux et iatrogènes (injections...)
- Continuité des soins: système d'information focalisé sur les indicateurs et non sur le suivi des patients individuels
- Manque d'intégration: activités réalisées en parallèle plutôt que concertées autour des individus et familles
- Système de référence et contre référence globalement peu efficace / peu acceptable (progrès, par ex pour les évacuations pour accouchements)

3.3. Problèmes d'accessibilité économique

- Même lorsque le traitement est rationnel et efficace, les coûts (directs et indirects) des soins sont élevés par rapport aux ressources des ménages
- Les coûts sont inutilement augmentés
 - par des traitements inefficaces qui prolongent les itinéraires thérapeutiques
 - par des pratiques illicites, bénéficiant d'une large impunité
- Le financement des CSCoM par les communautés augmente les inégalités entre régions riches et pauvres ; les mécanismes de correction de ces inégalités par la solidarité nationale restent insuffisants

3.4. Problèmes de participation communautaire

- Manque de dialogue : là où l'utilisation est faible, les communautés sont blâmées ; il y a rarement d'exploration des raisons de cette faible utilisation
- Déficit démocratique de certaines ASACO, ne permettant pas la prise en compte des préoccupations des individus et de la collectivité
- Certains CSCom sont détournés des principes de participation communautaire vers la commercialisation des soins: rentabilité financière comme but en soi plutôt que comme moyen d'améliorer la santé

3.5. Faiblesse relative des districts plutôt que maillons forts

- L'essentiel de l'allocation des ressources est décidé au niveau central
- District ~ courroies de transmission des programmes ?
- Manque de formation des équipes de district; une fois formés, les cadres quittent leur district
- Faiblesse du travail en équipe dans les districts : insuffisance d'un sentiment partagé de responsabilité pour la santé de la population du district
- Culture organisationnelle MSP fortement hiérarchisée : les équipes de district sont « en bas », d'autant plus qu'elles ne sont pas supérieurs hiérarchiques du personnel des CSCom
- Travail de district peu valorisant en soi; ~ condition d'accès à des niveaux supérieurs

4. Conditions structurelles pour un renforcement du système de soins

1. Des districts forts
2. Du personnel compétent, disponible, motivé
3. Un financement public des services
4. Un changement de culture organisationnelle

4.1. Des districts forts

- Renforcer les districts
 - Dans leurs capacités / compétences
 - Dans leur rôle d'unité de planification et de gestion
 - Dans les ressources financières et le personnel mis à leur disposition
 - Dans leurs marges d'interprétation des directives nationales
 - Dans leur travail en équipe (composition d'équipe : pas nécessairement calquée sur les programmes)
 - Dans leur reconnaissance professionnelle et sociale (rétribution, pouvoir, reconnaissance sociale et professionnelle...)
- Limiter / bloquer les recrutements au niveau central

4.2. Du personnel compétent, disponible, motivé

- Compétence :
 - Chefs de poste avec compétences cliniques (infirmiers / assistants médicaux avec formation clinique; médecins communautaires) et formés à la gestion, l'organisation et le leadership d'un centre
 - Limiter et encadrer les traitements par du personnel non qualifié
 - Formation continue: à partir des besoins de terrain plutôt que des besoins des programmes
- Disponibilité et répartition :
 - Améliorer les conditions de vie / de travail en milieu rural
 - Redistribution: affectation du personnel qualifié
 - Prévenir l'instabilité: préparation au travail rural, prévention des conflits, soutien moral et professionnel

4.2. Du personnel compétent, disponible, motivé (suite)

- Motivation :
 - Priorité à des revenus décents, encourageant les services polyvalents de qualité
 - Plans de carrière et promotions liées au mérite
 - Moyens de travail adéquats (équipement, médicaments....)
 - Valorisation des responsabilités professionnelles
 - Supervisions par des superviseurs polyvalents et formés, adaptées aux problèmes des services
 - Mettre fin à l'impunité des pratiques illicites, qui démotive le personnel consciencieux

4.3. Un financement public des services

- Diminuer les contributions à charge des ménages pour améliorer l'accessibilité économique
- Financer les systèmes de soins de santé à partir de fonds publics (nationaux / internationaux)
- Subsidier les services / les mutualités
- Ligne budgétaire unique pour les districts:
 - Intégration des ressources des différents programmes
 - Limitation de compléments pour programmes spécifiques
- Assurer la transparence de l'utilisation des ressources

4.4. Changement de culture organisationnelle

- MSP: bureaucratie pyramidale, structure hiérarchique, mécanismes de prise de décision centralisés, directives du centre vers la périphérie, contrôle hiérarchique:
 - Contraire à l'esprit de SSP adaptés aux contextes
 - Peu efficace pour faire régner la discipline : impunité
- Respect de la hiérarchie ~ valeur en soi plutôt que moyen pour rendre de meilleurs services ?
- Effets pervers du respect de la hiérarchie comme valeur absolue :
 - Les injonctions d'en haut, même inadaptées, ne sont pas discutables
 - Les comptes à rendre aux supérieurs l'emportent sur les comptes à rendre à la population et aux patients

4.4. Changement de culture organisationnelle (suite)

- Challenge: culture organisationnelle dominée par la valeur de « service au public »
- Stimuler le professionnalisme du personnel : compétence + éthique professionnelle + autonomie relative (≠ arbitraire)
- Sanctionner les actions allant à l'encontre du service au public
- Contraintes à la transformation de la bureaucratie du MSP:
 - les résistances internes à des changements
 - la bureaucratie de l'environnement (dont les organismes internationaux)

Conclusions

- Cette présentation est basée sur un regard extérieur, certainement imparfait, qui pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses
- Le système de soins malien a à son acquis des réalisations importantes
- Mais il y a encore des améliorations à apporter pour qu'il réponde aux attentes des individus et des populations
- L'organisation de ces journées de débat est un jalon important et prometteur pour réfléchir à des stratégies