



## NOTE DE BRIEFING

# SOINS DE SANTE PRIMAIRE

Cette note apporte un éclairage global sur les soins de santé primaires en expliquant le contexte et les stratégies ayant fait la preuve de leur efficacité. Ceci ne correspond pas stricto-sensu à la liste des interventions figurant dans le papier de positionnement santé d'ACF. L'objectif ici, est de comprendre de manière plus globale dans quelle problématique ACF s'inscrit afin de proposer des interventions qui font sens.

### Objectifs pédagogiques

- ! Comprendre l'analyse du contexte : concepts, progrès réalisés et défis à venir
- ! Etre en mesure de contextualiser ce thème avec le mandat ACF
- ! Identifier les stratégies d'interventions ayant fait la preuve de leur efficacité
- ! Aider à la conception d'une proposition d'intervention en soins de santé primaires

---

## 1. Introduction

### a) Origines et perspectives historiques

> Ce principe est né du besoin de créer un lien entre la communauté et le système de soins pour améliorer l'état de santé dans les pays en voie de développement. Le moment clef pour le développement et la définition des soins de santé primaires a été la conférence internationale d'Alma-Ata en septembre 1978.

La déclaration d'Alma-Ata présente les soins de santé primaires (SSP) comme étant :

- ! *« les soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables,*
- ! *rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté grâce à leur pleine participation,*
- ! *à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit de responsabilité et d'autodétermination ».*

> Cette déclaration a élargi le modèle médical traditionnel très top-down et basé sur une haute technicité pour l'orienter vers un objectif visant la santé pour tous en l'an 2000 en incluant la prise en compte des déterminants de santé et en misant sur la capacité de la communauté.

> Après un énorme enthousiasme créé à la suite de cette conférence, un rapide déclin a été observé. Certains ont vu cela comme une attaque contre l'ordre médical établi, on a accusé ce concept de mettre uniquement l'accent sur les soins de premier niveau. Par ailleurs, les événements mondiaux : la crise pétrolière, la récession mondiale, etc. ont détourné les budgets de la santé et de ce concept. A mesure que les ressources diminuaient une transition s'est opérée vers des interventions sélectives comme le programme élargi de vaccination, le programme ORS, une approche par maladie (TB, VIH, paludisme). En effet, certains problèmes pouvaient être traités facilement avec des interventions simples mais cela ne répondait pas aux besoins exprimés par la population.

> Aujourd'hui nous assistons à **une véritable renaissance des soins de santé primaires**, à l'occasion des 30 ans en 2008, **les soins de santé primaires ont été mis en avant comme étant une stratégie fondamentale pour améliorer l'état de santé des populations** notamment pour atteindre les OMD ainsi que l'objectif vers plus d'équité. Il existe actuellement un consensus sur la nécessité de faire coexister les approches horizontales et verticales et, par cette voie, de garantir : l'équité, d'engager la communauté comme partenaire et de promouvoir son empowerment.

## b) Définition du concept de soins de santé primaires

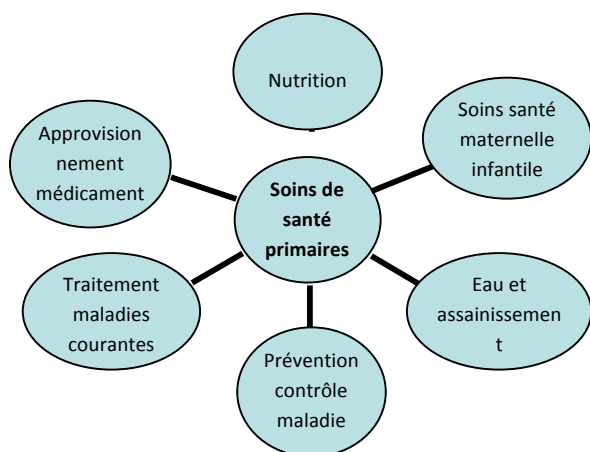
### i) Définition de la terminologie :

Plusieurs sens sont entendus dans le terme « Primaire » :

- Premier niveau : porte d'entrée dans le système de soins ;
- Essentiels : soins généralistes, globaux, continus, intégrés et accessibles à la population ;
- S'adressant aux "causes premières" c'est-à-dire les déterminants multifactoriels de la santé au-delà de soins médicaux (éducation, eau et assainissement, sécurité alimentaire).

Sens des termes « Santé » ou « Soins de Santé » :

- Les services de santé préventifs et curatifs ;
- L'orientation médicale par maladie (en tant que récepteur passif de soins) versus la création de conditions favorables pour promouvoir une bonne santé ;
- La santé comme un phénomène social qui possède des déterminants sociaux et économiques.
- Une référence aux déterminants culturels et comportementaux de la santé.



**Figure 1: Composantes des soins de santé primaires selon principes d'Alma-Ata**

fonctionnel : depuis le niveau communautaire en amont et vers le niveau secondaire en aval dans un système global de soins en donnant la priorité à ceux qui en ont le plus besoin.

### ii) Concepts et principes : plusieurs cadres de pensée

#### ▪ Le concept d'Alma-Ata

Selon les principes d'Alma-Ata, les soins de santé primaires comprennent les services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et de réhabilitation qui incluent les composantes présentées dans le graphique ci-contre. .

Ce concept requiert et promeut les principes transversaux suivants :

- la participation maximum de la communauté dans la planification, l'organisation, le fonctionnement et le contrôle des soins de santé primaires ;
- qu'ils soient intégrés dans un système de référence

En 2008, à l'occasion des 30 ans d'Alma Ata, l'OMS a publié son Rapport sur la « Santé dans le monde » consacré aux soins de santé primaires. Dans ce rapport la Commission des déterminants sociaux de la Santé explique que les écarts

en matière de résultats sanitaires ne sont pas une fatalité. Ils illustrent simplement l'échec des politiques suivies. Le rapport reprend l'objectif de santé pour tous d'Alma-Ata et recense 5 éléments pour y parvenir <sup>1</sup>:

- réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé (réformes pour la couverture universelle);
- intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques);
- organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services);
- suivre des modèles de collaboration et de dialogue politique (réformes dans la direction);
- et augmenter la participation des acteurs concernés

#### ▪ **Soins de santé primaires à base communautaire** (Community-Based Primary Health Care : CBPHC)

C'est une orientation assez récente des stratégies d'interventions pour les soins de santé primaires, cette approche fait tout à fait sens avec les principes d'Alma-Ata.

Elle est définie comme la provision de services de santé en dehors des structures sanitaires effectuée par des travailleurs communautaires. Le CBPHC a pour objectif d'améliorer l'état de santé d'une population géographiquement définie à travers des activités au-delà des murs du centre de santé. Cette stratégie peut et doit être connectée et étroitement intégrée aux programmes et services de santé existants.

En fonction des contextes d'intervention et des politiques nationales cela inclut différentes activités :

- Communication avec les individus, la famille et la communauté pour améliorer les pratiques clés.
- Mobilisation sociale et implication de la communauté pour la planification, l'offre et l'utilisation des services de santé.
- Fourniture des soins de santé dans la communauté incluant les services préventifs ou services curatifs (traitement à base communautaire de la pneumonie par exemple).

Un rapport d'un panel d'experts liste les interventions prouvées efficaces pour réduire la mortalité infantile : *'How effective is community-based primary health care in improving the health of children?'*<sup>2</sup>

#### ▪ **Soins de santé primaires et santé publique**

Cette approche, également dans la lignée du concept d'Alma Ata, comprend trois orientations d'égales importances (John Wyon):

- une orientation vers la maladie : le contrôle des maladies prioritaires.
- une orientation vers les services : s'assurer que ceux qui en ont le plus besoin y ont accès.
- une orientation vers la communauté : travailler avec les communautés pour les aider à améliorer leur santé.

---

<sup>1</sup> OMS. Rapport sur la santé dans le monde : Soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. 2008. Disponible <http://www.who.int/whr/2008/fr/>

<sup>2</sup> Perry H, Freeman P, Gupta S, Rassekh B. How Effective Is Community-based Primary Health Care in Improving the Health of Children? Summary Findings and Report to the Expert Review Panel: American Public Health Association; 2009. Disponible [http://www.coregroup.org/storage/documents/finalcbphcreport\\_july2009.pdf](http://www.coregroup.org/storage/documents/finalcbphcreport_july2009.pdf)

- **Autres approches:** CBIO (Census-Based, Impact-Oriented)<sup>3</sup>, Care Group model<sup>4</sup>.

Les SSP sont un concept bien plus compliqué qu'il n'y paraît à première vue. **C'est une stratégie fondamentale pour améliorer la santé qui doit être adaptée au contexte et s'adresser aux barrières de l'accès aux soins.** *"There is no universal solution, but there is a universal process to find appropriate local solutions"* Carl Taylor.

### c) Contextualisation avec le mandat ACF

Afin d'atteindre l'objectif d'assurer une couverture universelle du traitement de la malnutrition aiguë sévère, ACF a revu son positionnement sur la place de la nutrition au sein du système de santé. En effet, depuis trois ans ACF développe une méthodologie de renforcement du système de santé (du diagnostic à la programmation) pour permettre l'intégration de la sous-nutrition comme une maladie prise en charge dans le paquet des soins de santé primaires. Cette orientation est tout à fait en ligne avec, d'une part, le mouvement mondial pour la mise à l'échelle du traitement de la malnutrition et ; d'autre part, avec le retour en force des soins de santé primaires et donc l'approche horizontale comme étant la stratégie fondamentale pour réduire le fardeau de la mortalité maternelle et infantile. Par ailleurs, les soins de santé primaires ne sont pas seulement un modèle médical curatif, mais un ensemble d'interventions visant la prise en compte : des déterminants de la santé (culturels, environnementaux, socio-économiques) et la capacité de la communauté à se prendre en charge comme acteur à part entière. En cela, les domaines d'interventions d'ACF font complètement sens pour s'engager sur la thématique des SSP grâce à l'expertise reconnue en sécurité alimentaire, eau hygiène et assainissement ainsi qu'en santé mentale et pratiques de soins. Le mandat d'ACF résume finalement assez bien l'approche intersectorielle ciblant les déterminants de santé développée dans le concept d'Alma Ata.

## 2. Analyse de la situation

### a) Analyse du contexte global

#### i) Problèmes clefs : causes et analyse des enjeux actuels

- 6,3 millions d'enfants sont décédés en 2013, l'écrasante majorité de ces décès sont liés à des causes facilement évitables ou traitables (OMS).
- Environ 300 000 décès maternels ont été comptabilisés en 2013 et le nombre diminue très lentement. Par ailleurs, 10 millions de mères souffrent de morbidités graves, souvent chroniques, liées à l'accouchement. C'est souvent le résultat direct d'un accès inadéquat à des soins de santé basiques. (OMS).
- Récemment plus d'attention est portée aux mortinaissances (fœtus à partir de la 28<sup>e</sup> semaine) qui s'élèvent à environ 2.6 millions chaque année, une large proportion de ces décès pourrait être évitée (Lancet)<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Shanklin D, Sillan D. The Census-Based, Impact-Oriented Methodology: A Resource Guide for Equitable and Effective Primary Health Care. Curamericas and the CORE Group, 2005. Disponible [http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion\\_of\\_Innovation/CBIO\\_Reference\\_Guide.pdf](http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion_of_Innovation/CBIO_Reference_Guide.pdf)

<sup>4</sup> Laughlin M. The Care Group Difference, 2004. Disponible [http://www.coregroup.org/storage/documents/Resources/Tools/Care\\_Group\\_Manual\\_Final\\_\\_Oct\\_2010.pdf](http://www.coregroup.org/storage/documents/Resources/Tools/Care_Group_Manual_Final__Oct_2010.pdf)

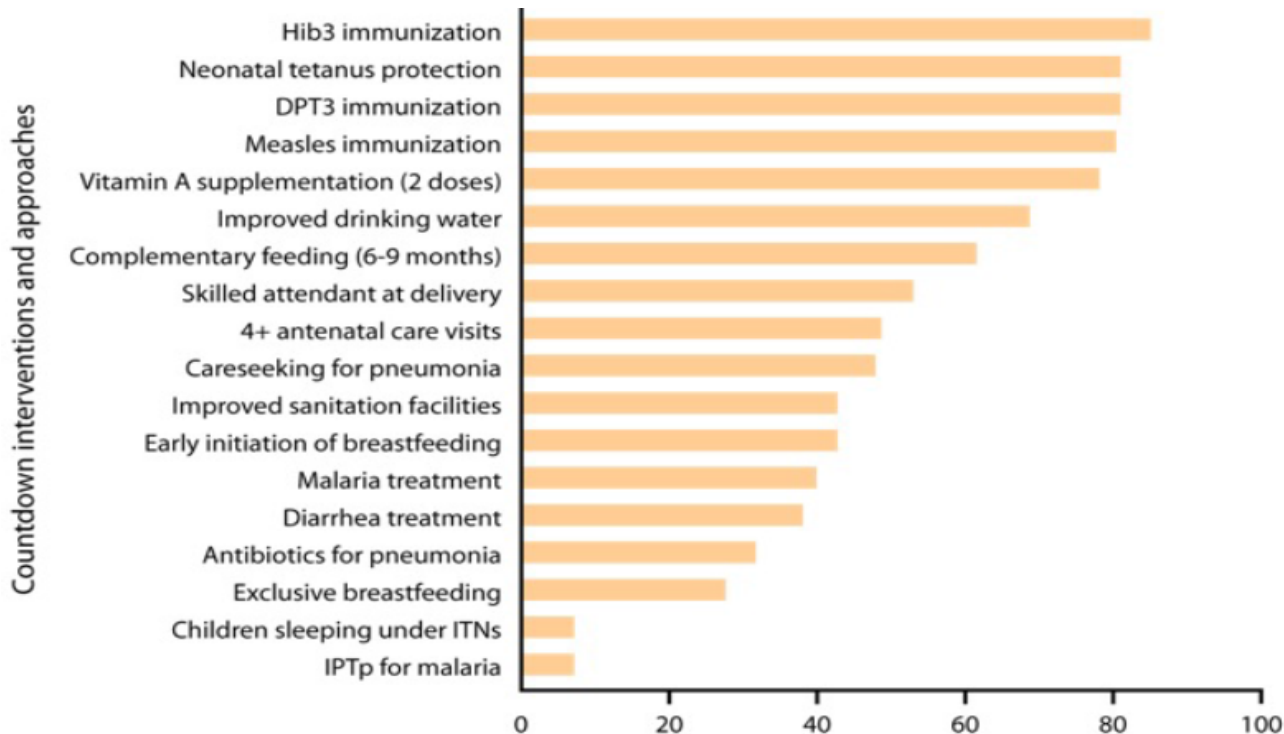
<sup>5</sup> Zoë Mullan, Richard Horton. Bringing stillbirths out of the shadows. Lancet series; April 2011. Disponible <http://www.thelancet.com/series/stillbirth>

- Des millions de personnes n'ont pas accès aux tests et traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme.
- L'émergence de maladies chroniques et des coûts catastrophiques afférents favorisent la paupérisation des familles.

Répondre à ces problèmes listés est l'essence même des soins de santé primaires, une grande majorité de ces décès pourraient être évités grâce à l'accès à des interventions de santé simples et efficaces. Malheureusement, les établissements de santé sont souvent trop loin ou bien trop coûteux pour les familles très pauvres. Et, par ailleurs, ils offrent trop souvent des soins qui ne sont pas perçus comme accueillants par les populations. Henry Perry (responsable du département santé internationale à l'université J.Hopkins) expose l'idée que « *les personnes ayant les plus grands besoins de soins de santé sont souvent celles qui ont un accès le plus faible aux services sanitaires* ». Ceci est confirmé dans le rapport OMS «la Santé dans le Monde» de 2008 qui met en évidence un accès inéquitable aux soins de santé primaires<sup>6</sup>. **Par conséquent, cela demeure un vrai challenge pour les programmes de santé d'atteindre ceux qui en ont le plus besoin.**

Le rapport «*Countdown to 2015*» suit l'avancée des progrès dans les 75 pays où ont lieu 99% des décès maternels et infantiles dans le monde. Le graphique ci-dessous montre le niveau de couverture des interventions jugées efficaces pour réduire la mortalité des mères et des enfants. Les interventions ayant le meilleur taux concernent la vaccination et la supplémentation en vitamine A qui peuvent être réalisées ponctuellement dans le cadre de campagne ; contrairement à d'autres plus difficiles à fournir car elles nécessitent un service continu. Certaines interventions très importantes pour la survie de la mère et l'enfant ont des taux de couverture très faibles : le traitement préventif du paludisme chez la femme enceinte, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'allaitement maternel exclusif, le traitement par antibiotique d'une pneumonie. Il reste donc un énorme chemin à parcourir pour rendre ces interventions accessibles aux populations ciblées.

**Figure 2: Median National Coverage Levels for Selected Countdown Indicators and Approaches across the 68 Priority Countries, Most Recent Estimate (UNICEF 2009)**



<sup>6</sup> WHO. Rapport sur la santé dans le monde : Soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. 2008

Les soins communautaires, l'autonomisation et la participation sociale active dans l'amélioration des services de santé constitueraient la partie la plus négligée d'Alma-Ata<sup>7</sup>.

Les services de soins de santé primaires qui doivent être renforcés sont principalement le management du système de santé à l'échelle du district avec l'utilisation locale des données pour la prise de décision et l'utilisation efficiente des agents de santé communautaires et des autres personnels de santé.

Toutefois, des exceptions notables existent, certains pays des programmes ont réussi à relever le défi d'une amélioration de la santé pour tous : the Jamkhed Comprehensive Rural Health Project (India), Hospital Albert Schweitzer (Haïti), BRAC (Bangladesh), Search (India), Navrongo (Ghana). Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques communes qui ont été identifiées pour ces différents projets réussis<sup>8</sup>

**Tableau 1: Caractéristiques communes de ces programmes intégrés pour améliorer la santé de l'enfant<sup>9</sup>**

<b>Set de services fournis</b>	- Fournir un paquet global de services de soins de santé primaires préventifs et curatifs (santé de l'enfant, santé reproductive et planning familial) - Présence d'un système de référence fort de la communauté vers les niveaux supérieurs des soins : centres de santé, puis hôpital avec des possibilités d'interventions chirurgicales
<b>Management du programme de santé</b>	- Présence d'un système efficace de gestion et supervision conduit par du personnel motivé et compétent (incluant la présence des médicaments essentiels) - Mise en place d'un système d'enregistrement des patients traités
<b>Nature du partenariat et implication de communauté</b>	-Présence d'un partenariat fort entre les autorités et le programme avec un niveau de confiance important - Formation et support important aux agents de santé communautaires : ils sont intégrés comme une composante du programme et un support financier est assuré pour eux
<b>Rôles des CHW</b>	- Les agents de santé communautaires réalisent des contacts réguliers au domicile des ménages - Les services essentiels pour améliorer la santé infantile sont fournis à la maison.

## ii) Contraintes et opportunités

### ▪ Opportunités

L'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 de la déclaration d'Alma-Ata n'a pas été atteint. Dans ce contexte que peut-on tirer comme leçon d'un programme qui a connu beaucoup de challenges et difficultés dans sa mise en œuvre et en quoi est-elle toujours pertinente ?

-> Rétrospectivement, un des problèmes avec l'approche des soins de santé primaires résidait dans la rareté de stratégies proposées pour sa mise en œuvre et son monitoring, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Il existe désormais des preuves de nombreuses d'interventions efficaces et efficientes qu'il n'existait il y a 30 ans de cela.

<sup>7</sup> Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. Lancet 2008; 372: 917–27.

<sup>8</sup> Johns Hopkins Bloomberg school of public health. Primary Health Care and Health for All. Coursera.

<sup>9</sup>The Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tools. Disponible : Johns Hopkins Bloomberg school of public health. Primary Health Care and Health for All. Coursera.

-> Les soins de santé primaires ne sont plus si mal compris, les idéaux adoptés à Alma-Ata avaient perdu de leur puissance initiale dans les débats entre des approches globales ou sélectives. Cette tension est maintenant résolue dans de nombreux pays avec l'intégration des approches verticales (programmes pour des maladies spécifiques) dans une approche plus horizontale (renforcer les services pour tous les problèmes de santé) développant ainsi des services intégrés de manière progressive ou par étapes (approche diagonale).

-> L'épidémie de VIH a montré la pertinence des idées d'équité et d'accès universel, l'accès aux traitements ARV devenait synonyme de sauver des vies pour des millions de gens.

#### ▪ **Contraintes**

Les soins de santé primaires continuent d'être insuffisamment soutenus et financés et le modèle de financement dominant reste encore l'approche sélective par maladie.

### b) Analyse de la situation sanitaire

Il est d'abord nécessaire d'identifier le contexte dans lequel on se situe : urgence ou stabilité. Dans le cadre d'une crise, il est important de comparer la situation actuelle versus pré-crise (ce qui a changé). Par ailleurs, il est nécessaire de désagréger les données par sexe, âge et si possible groupes vulnérables.

Dans le cadre d'une nouvelle zone d'intervention une première analyse sera menée comprenant plusieurs niveaux de collecte d'informations :

- **Les principaux problèmes sanitaires** sur un plan épidémiologique :
  - Principales causes de mortalité, morbidité, prévalence de la sous-nutrition et les tendances saisonnières. Identifier les causes de cette charge de morbidité (déterminants de la santé : culturels, climatiques, etc.), les risques potentiels d'épidémies.
  - Existence d'un système de surveillance et d'alerte précoce pour les épidémies, système de surveillance nutritionnelle.
- **Les besoins en santé exprimés par la population** : identifier quels sont les problèmes perçus comme étant prioritaires pour la population : selon eux quels sont les principales maladies, les plus sérieuses, qui engendrent le plus de coût, souffrance, etc. ?
- **Les réponses apportées : services existants et analyse des acteurs**
  - Les ressources sanitaires disponibles : cartographie des centres de santé et des centres nutritionnels, nombre et niveau de formation des agents sanitaires, le type de services de santé disponibles (SONU, etc.), les médicaments disponibles et système d'approvisionnement en place. Important de récupérer des informations sur la liste des médicaments essentiels définie par le ministère de la santé, les politiques de santé en place (financement des soins, feuille de route nationale sur la santé maternelle et infantile, les protocoles nationaux, etc.)
  - Le niveau de fonctionnement du système de santé : accès aux services santé, taux de fréquentation curatif, de la CPN (est-ce qu'il y a eu des changements en terme de nombre de consultations), fonctionnement du programme de vaccination (chaîne de froid, couverture vaccinale), existence d'un système de référence et son niveau de fonctionnement, programme communautaire (type d'activités, niveau de fonctionnement), gestion et management du district (plan d'action disponible, supervision du MSP).
  - Les acteurs en place : volonté et capacité des autorités sanitaires, présence d'autres acteurs privés (quelles activités, depuis quand, existence d'une cartographie des ONG).

Ensuite l'étape **d'analyse et priorisation** est indispensable :

- Analyse des gaps : identification des problèmes de santé prioritaires, des risques et des principaux besoins dans les services de santé (fixe ou dans la communauté) en se basant sur les données épidémiologiques et les besoins exprimés par la population afin de favoriser son adhérence. -> *Intéressant de faire une comparaison des indicateurs avec les standards internationaux, mais aussi avec la moyenne nationale et/ou la situation avant la crise.*
- Analyse des causes directes et sous-jacentes des problèmes de santé (déterminants sociaux de la santé) et des gaps en termes d'accès et d'utilisation des services de soins.

Lorsque les équipes sont sur place des évaluations plus détaillées du système de santé sont à conduire notamment à travers la **méthodologie RSS développée par ACF**.

Elle permet d'obtenir une photographie du niveau de fonctionnement du système de soins et des structures communautaires à l'échelle du district en identifiant les forces et faiblesses (diagnostic) afin de déterminer des actions prioritaires (phase de programmation).

En fonction du contexte dans lequel on se situe les méthodologies varient, voici quelques guides de référence pour aller plus loin.

- Primary Care Assessment Tools : John Hopkins University 10
- Primary Care Evaluation Tool (PCET) : OMS Europe<sup>11</sup>
- Inter-Agency Standing Committee Global Health Cluster (2009). Health Cluster Guide <sup>12</sup> (urgence)
- IASC Global Nutrition Cluster's Harmonized Training Package. Health assessment link with nutrition<sup>13</sup>

### c) Analyse de la réponse : les stratégies d'intervention possibles

Un prérequis indispensable est de formaliser un partenariat avec les autorités sanitaires, l'échelon du **district sanitaire est à privilégier car c'est l'unité opérationnelle du système de soins pour les soins de santé primaires**.

Les SSP ne constituent pas un programme type de prestations sanitaires, mais plutôt une série d'interventions spécifiques et adaptées au contexte d'intervention qui permet de répondre aux besoins sanitaires de la zone -> Il est nécessaire de lier l'approche bottom-up avec l'implication de la communauté et le support top-down avec le cadre des politiques nationales et les responsabilités des autorités sanitaires.

#### ⇒ Assurer une offre de soins accessible pour la population : équité et barrière géographique

Dans de nombreux pays en développement l'utilisation des services de santé est faible. Par ailleurs, la charge de morbidité et mortalité est bien plus haute parmi les populations pauvres.

Les expérimentations menées à ce jour démontrent que l'utilisation des services de santé par les populations pauvres notamment, est considérablement améliorée quand il existe une exemption des frais au point de services (centre de santé, hôpital), à condition que les ressources financières pour les structures soient

<sup>10</sup> [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html)

<sup>11</sup> OMS.Primary Care Evaluation Tool (PCET). Disponible : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2010/primary-care-evaluation-tool-pcet>

<sup>12</sup> Inter-Agency Standing Committee Global Health Cluster (2009). Health Cluster Guide. Disponible [http://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/en/](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/en/)

<sup>13</sup> IASC Global Nutrition Cluster's Harmonized Training Package (HTP). Health assessment and the link with nutrition [http://www.unscn.org/en/gnc\\_htp/howto-htp.php#howtousehtp](http://www.unscn.org/en/gnc_htp/howto-htp.php#howtousehtp)



remplacées<sup>14</sup>. Les services fournis devraient spécifiquement cibler et atteindre les zones rurales et urbaines défavorisées avec une attention particulière aux femmes, aux enfants, et autres groupes défavorisés et vulnérables.

Par ailleurs, l'approche PCIME telle que conçue à l'origine (ciblant seulement les soins fournis aux centres de santé) a permis d'améliorer significativement la qualité et a réduit les coûts mais elle n'a pas eu l'impact escompté sur la mortalité car cette stratégie se limitait aux structures de santé. En effet, les faibles taux d'utilisation constituent une barrière importante, c'est pour cela qu'une composante communautaire la PCIME.C, a été développée. Les agents de santé communautaires peuvent atteindre et fournir une réponse aux populations qui ont un accès limité aux services de soins soit directement dans la fourniture de certains services soit en favorisant la demande de soins. Ceci doit être envisagé, dans la mesure du possible, selon le cadre national défini par les autorités sanitaires.

### ⇒ **Mise en œuvre d'un programme de soins de santé primaires intégré au sein du système de santé**

Il est nécessaire que le projet mené soit relié et cohérent avec la structuration du système de santé en place et se fasse en lien étroit avec les autorités sanitaires. Une sélection d'interventions clés pour la mise en œuvre des soins de santé primaires est cruciale notamment l'approche du continuum de soins maternels, néonataux et infantiles, incluant la nutrition, à l'échelle du district sanitaire. Le continuum doit également être pensé en terme de lien entre les niveaux du système de soins à travers un système de référence entre la communauté <> centre de santé <> niveau hospitalier. Il est également important de réfléchir l'intégration avec d'autres secteurs comme l'eau et la santé, la sécurité alimentaire et la santé afin d'agir sur les déterminants.

Par ailleurs même si parfois les interventions sont « verticales » ou « spécifiques » pour une maladie, l'intervention doit être intégrée et mise en œuvre dans un cadre coordonné d'objectif plus global.

### ⇒ **Renforcer la qualité des soins**

La qualité des soins repose sur l'utilisation de lignes directrices : protocoles de bonne qualité et adaptés aux niveaux de soins dans lequel on se situe. Des paquets de soins essentiels et de prévention ont été développés dans la plupart des pays, avec l'appui de l'OMS, pour les principaux problèmes de santé des enfants ainsi que pour les adultes. Cela se traduit d'une part par la mise en place :

- protocoles nationaux, feuilles de route sur la santé maternelle, néonatale et infantile, etc. ;
- outils d'aide à la décision diagnostique comme la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et des ordinogrammes pour la santé de l'adolescent et l'adulte. Ils sont destinés à des professionnels de santé infirmiers et non médecin pour leur permettre d'assurer le transfert de compétences.

Par ailleurs, l'utilisation des listes de médicaments essentiels, le respect de molécules adaptées aux protocoles en vigueur et au niveau du système de soins dans lequel on se trouve sont des éléments clés dans la mise en œuvre des soins de santé primaires. Il est donc indispensable que les programmes mis en place s'inscrivent dans ces feuilles de route et que les activités reposent sur l'utilisation de ces outils d'aide à la décision.

La question des ressources humaines est également centrale, le personnel doit être compétent, disponible et motivé. Dans de nombreux écrits la réalisation de supervisions efficaces et formatives est décrite comme la clé pour améliorer la qualité des services délivrés.

### ⇒ **Permettre aux autorités sanitaires d'assurer leurs missions**

La plupart des systèmes de santé dans les pays en développement sont basés sur l'approche « district » en mettant l'accent sur les principes des soins de santé primaires<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, et al. Supporting the delivery of cost effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries. Lancet 2008; 372: 928–39.

Le district est l'unité opérationnelle du système de santé pour la mise en œuvre des SSP. Il dessert une population bien définie vivant dans une zone administrative et géographique précise qu'elle soit urbaine ou rurale. Il est composé : d'un réseau de centres de santé, d'un hôpital de référence et d'une direction départementale (l'équipe cadre de district).

Ce découpage et cette décentralisation n'a pas toujours permis une amélioration des soins de santé primaires particulièrement dans les zones rurales et périphériques. Ce constat est lié principalement à un manque de financement et de capacités managériales. Il est donc crucial de renforcer les districts en termes de compétences d'analyse et monitoring, de planification et gestion, ainsi qu'en ressources financières et matérielles pour leur permettre d'assurer leurs missions notamment de supervisions des structures de santé et des activités communautaires.

⇒ **Faciliter l'implication et la participation communautaire: *faire avec eux et non pas pour eux.***

La participation active de la communauté est essentielle pour des interventions communautaires efficaces en santé maternelle, néonatale et infantile et pour les maladies liées à l'environnement. Cette participation ne consiste pas seulement à mobiliser les gens pour accepter une intervention de santé. L'expérience a montré la nécessité d'un passage de l'éducation de la santé (fourniture d'informations) à la promotion de la santé (transformation des attitudes et comportements) pour permettre aux personnes d'avoir un rôle plus actif dans leur santé<sup>16</sup>.

### 3. Planification d'une intervention

#### a) Objectifs à atteindre

Objectif général (*en lien avec l'impact sur la santé*) : Contribuer à réduire la mortalité et morbidité ...

Objectif spécifique (*en lien avec la couverture des services*) : Améliorer l'accès et la qualité des soins de santé primaires notamment pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de ...

#### b) Types d'actions possibles

⇒ **Axe 1 : Améliorer l'accès aux soins de santé primaires**

- Impliquer la communauté :
  - dans l'analyse des problèmes de santé prioritaires afin de comprendre les déterminants socio-culturels de l'accès aux soins et d'identifier les demandes des populations pour trouver un langage commun et mener des actions qui répondent à leurs besoins.
  - dans la gestion du centre de santé à travers les comités sanitaires afin de favoriser l'appropriation de la structure par la population.
- Assurer le paquet minimum d'activité adapté à votre terrain d'intervention, le tableau 2 présente les différentes activités jugées efficaces dans les soins de santé primaires.

---

<sup>15</sup> Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care (1987: Harare, Zimbabwe) - Declaration on strengthening district health systems based on primary health care, Harare, Zimbabwe, 7 August 1987 - WHO

<sup>16</sup> Laverack G. Health promotion and practice: power and empowerment. London: Sage Publications, 2008.

- Evaluer l'accessibilité géographique de la population vers sa structure de santé de référence, en général les normes pour définir un accès acceptable se situent dans rayon de 5 km ou à moins de 2 heures de marche. Ceci étant, l'adéquation de l'offre de santé doit être adaptée en fonction du contexte d'intervention.
- En fonction des barrières géographiques identifiées qui entravent la couverture, définir et mettre en place avec les autorités sanitaires :
  - o Des stratégies avancées (c'est-à-dire cliniques mobiles) réalisées par les personnels de santé en collaboration avec des relais communautaires et ou le secteur privé.
  - o Des visites à domicile réalisées par les agents de santé communautaire chez les ménages avec un enfant de moins 5 ans ou une femme enceinte pour mener des activités en santé maternelle, néonatale et infantile dans le domaine préventif et éventuellement curatif.
  - o Mise en place de système de référence entre la communauté et les structures de santé.
- Assurer des soins financièrement accessibles et plus particulièrement pour les populations vulnérables (enfants < 5ans, femmes enceintes), soit par l'exemption de paiement des soins (=gratuité des soins) ou par des incitations financières via des activités de cash transfert. Ceci doit se réfléchir dans le cadre de la réglementation nationale, de plus, le manque à gagner des ressources financières issues du paiement des consultations devra être compensé. En parallèle à ces interventions locales, si le modèle de financement est une politique de recouvrement des coûts au centre de santé, cela peut donner lieu à un plaidoyer au niveau central pour la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins 5 ans voire même une campagne, en partenariat avec d'autres acteurs ONGs, les bailleurs de fonds etc. Parfois, dans le principe celle-ci existe mais les modalités d'accompagnement ne permettent pas une application effective. Dans ce cas un plaidoyer pour une amélioration du financement de la santé comme le respect de la part du budget national consacré à la santé de 15% (déclaration d'Abuja, signée par les pays africains) peut être envisagé.
- Fournir les médicaments essentiels adaptés au profil épidémiologique local et au protocole national. Des activités de plaidoyer peuvent être pertinents pour l'ajout de certains médicaments et produits les ATPE aux listes nationales de médicaments et commodités essentielles.

**Tableau 2: présentation des activités des soins de santé primaires possibles (le paquet minimum d'activités peut varier selon les pays)**

Domaines d'interventions des SSP	Activités au niveau communautaire et domicile	Activités au niveau des services de santé
<b>Prévention et contrôle des endémies locales</b>	-Sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement - Distribution de moustiquaires - Promotion de l'utilisation du préservatif -Détection et notification de cas de maladies épidémiques lors de visites à domicile	- Appui aux vaccinations et à la chaîne de froid - Superviser les séances de promotion de la santé réalisées dans la communauté - Supporter le système d'information sanitaire et utiliser les informations pour orienter le programme
<b>Accès à l'eau et l'assainissement</b>	- Forage de puits - Création de latrines	- Contrôle de la mise en application des mesures d'hygiène et d'une gestion des déchets adéquate - Forage de puits, construction de latrines
<b>Protection maternelle et infantile</b>	-Conseils sur la planification familiale - Visites à domicile pendant la période néonatale : surveillance poids, conseils sur l'allaitement, identification d'infections néonatales, bonnes pratiques de soin - Sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles	- Renforcer la qualité et l'organisation des consultations prénatales et postnatales -Appui aux stratégies avancées pour la vaccination -Renforcer la qualité et l'organisation des consultations préventives de l'enfant - Améliorer la prise en charge de l'accouchement et surveillance post-partum (curatif)

<b>Promotion de la nutrition</b>	-Promotion communautaire ou à domicile de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et jeune enfant -Conseils par les pairs sur l'allaitement maternel exclusif et complémentaire	- Supplémentation en micronutriments - Conseils de l'agent de santé pour l'allaitement et alimentation complémentaire adéquate lors des consultations préventives (CPN, CPE)
<b>Diagnostic et traitement des maladies courantes</b>	- Détection précoce (et potentiellement traitement) à domicile des principales maladies -Promotion sur l'utilisation des services de santé pour agir sur la demande de soins. -Suivi sur l'observance des recommandations de traitement	-Formation et supervision des centres de santé sur la qualité du traitement des principales pathologies incluant la prise en charge de la MAS. -Renforcement des systèmes de référence vers les structures hospitalières -Réalisation d'activités en stratégies avancées (cliniques mobiles) pour des zones reculées.
<b>Médicaments essentiels (ME)</b>	- Dotation d'intrants (MII, petits matériels anthropologiques, médicaments) pour les relais communautaires.	- Approvisionnement en ME - Aide à la rationalisation de l'approvisionnement et la gestion des stocks de ME
<b>Implication populationnelle dans les activités sanitaires</b>	- Développer un partenariat fort entre le programme et la communauté -Former et superviser les agents communautaires et apporter un soutien financier ou une autre forme motivation - Réalisation de visites à domicile régulières pour les services essentiels en santé infantile - Mise en place de groupes de femmes sur la base des care group model <sup>17</sup>	-Rencontre entre les représentants de la communauté et les agents du centre de santé.

## => Axe 2 : Améliorer la qualité des soins fournis (centre de santé et/ou dans la communauté)

- Former les personnels de santé et agents communautaires selon les besoins identifiés, les thèmes prioritaires sont : diagnostic et traitement, organisation des activités préventives, gestion de la pharmacie, gestion de l'information sanitaire, management d'un centre de santé.
- Assurer des supervisions qui permettent, d'une part, d'effectuer le suivi du respect des protocoles dans la mise en place des activités et ; d'autre part, de renforcer les capacités des travailleurs de santé pour délivrer des soins de qualité. Ces supervisions concernent les agents dans les centres de santé aussi bien que les agents communautaires.
- Utiliser les guidelines et les outils d'aide à la décision diagnostique. Se référer aux protocoles nationaux du pays et travailler en étroite collaboration avec les autorités sanitaires. Pour le traitement des pathologies curatives cela concerne:
  - o L'ordinogramme des soins qui utilise l'approche syndromique pour classer les problèmes de santé chez l'adulte. Cet outil guide le professionnel dans la pose d'un diagnostic cohérent au regard des signes cliniques et rationalise les prescriptions médicales.
  - o Le module PCIME est utilisé pour les enfants de moins de 5 ans. C'est une méthode qui est actuellement en place dans 75 pays et qui a contribué significativement à la diminution de la mortalité infantile lorsque les 3 stratégies sont réunies<sup>18</sup> (cf. encadré ci-dessous).
- Fournir le matériel nécessaire : équipements, matériel médical, papeterie.

<sup>17</sup> Laughlin M. The Care Group Difference, 2004. Disponible

[http://www.coregroup.org/storage/documents/Resources/Tools/Care\\_Group\\_Manual\\_Final\\_\\_Oct\\_2010.pdf](http://www.coregroup.org/storage/documents/Resources/Tools/Care_Group_Manual_Final__Oct_2010.pdf)

<sup>18</sup> Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Donnons sa chance à chaque nouveau-né d'Afrique : données pratiques, soutien programmatique et de politiques. Cape Town, 2006

- Assurer les mesures d'hygiène nécessaires et une gestion adéquate des déchets (installations sanitaires, incinérateur, etc.).
- Envisager des incitations pour favoriser la motivation des agents de santé par exemple une prime si le salaire est faible ou quasi-inexistant. Il est intéressant que celle-ci puisse être liée à la performance du centre de santé et des agents. Toutefois ce système est à considérer avec beaucoup de vigilance et en concertation avec les autres partenaires car il entraîne certains effets pervers.
- Sur la base du diagnostic RSS, plaider pour une amélioration de la qualité ou de la quantité des ressources humaines (voir la fiche plaidoyer sur les ressources humaines)

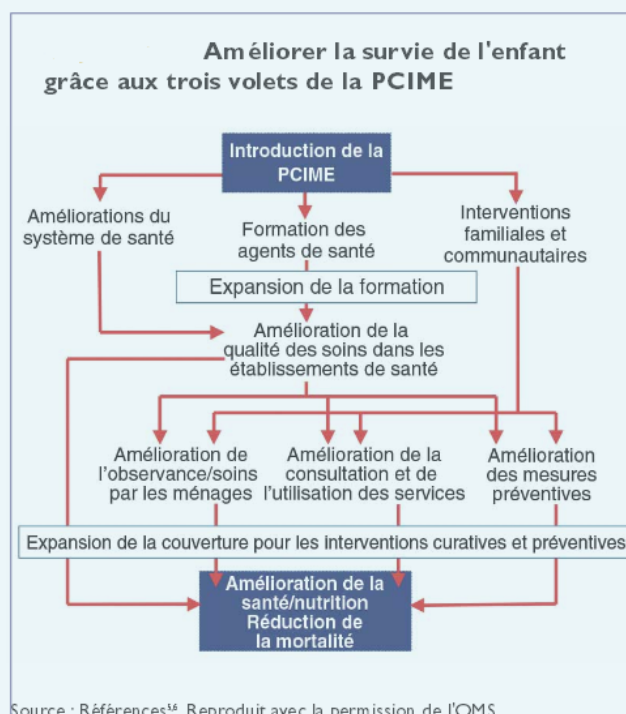
### Focus sur la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

La PCIME tient une place centrale dans la survie et le développement de l'enfant, ses trois grandes composantes sont :

1. Prise en charge intégrée des enfants malades dans les centres de santé
2. Renforcement des systèmes de santé, notamment l'approvisionnement en médicaments et le soutien logistique
3. PCIME communautaire ou promotion de comportements clés familiaux et communautaires

Les trois composantes de la stratégie PCIME sont surtout efficaces lorsqu'elles sont exécutées simultanément.

Le Graphique ci-contre illustre l'effet des trois composantes de la PCIME sur la survie de l'enfant<sup>19</sup>.



### ⇒ Axe 3 : Renforcer les capacités des autorités sanitaires dans le management du district de santé

- Aider l'équipe cadre du district dans la réalisation d'un diagnostic sur le système de santé pour comprendre les barrières et définir les orientations prioritaires à mener à cette échelle
- Aider à la planification d'un plan d'action et définir la stratégie d'intervention en ligne avec ce plan.
- Aider le district à assurer la déclinaison des politiques nationales en matière de santé communautaire, maternelle et néonatale et assurer les références entre les différents niveaux du système de soins.
- Assurer une distribution équitable et adéquate des professionnels de santé : possibilité d'appuyer financièrement la contractualisation d'agents supplémentaires.
- Renforcer le système de collecte d'informations sanitaires et l'utilisation des données pour orienter les actions.
- Comblent certaines ressources matérielles et financières du district pour qu'il puisse assurer ces fonctions de management notamment dans le cadre de supervisions. Au niveau central des activités de plaidoyer peuvent être menées conjointement pour l'amélioration des financements attribués à la santé : le budget national pour la santé atteint 15% (déclaration d'Abuja, signée par les pays africains) ; allocation de

<sup>19</sup> Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Donnons sa chance à chaque nouveau-né d'Afrique : données pratiques, soutien programmatique et de politiques. Cape Town, 2006.

ressources spécifiques pour le salaire des personnels de santé ; pour plus d'information, cf. la fiche plaidoyer budget.

## 4. Suivi et Evaluation

### a) Suivi du projet : choix et analyse des indicateurs

Un suivi efficace de la mise en œuvre des soins de santé primaires nécessite d'évaluer le contexte sanitaire, la couverture des interventions (accès et utilisation des services), le fonctionnement du système et de l'action communautaire<sup>20</sup>.

> Pour évaluer le contexte sanitaire : récolter les données de morbidité enregistrées dans les centres de santé et dans le système de surveillance communautaire (attention au double comptage).

> Pour mesurer la couverture des services et des interventions : disposer du découpage sanitaire et de la population couverture par chaque aire de santé (zone d'attractivité d'un centre de santé). Utiliser les normes fixées par le ministère de la santé définissant la répartition démographique (% de femmes enceintes, d'enfants de moins de 1 an, moins de 5 ans, etc.), cela rendra possible les comparaisons avec les données officielles.

Indicateurs	Ce que l'on cherche à savoir	Exemples d'indicateurs
Contexte sanitaire	<i>Existe-t-il une évolution de la morbidité (liée à la saison, contexte de crise) ?</i>	Nombre et proportion de cas par maladie enregistrés dans les centres de santé Incidence de pathologies comme paludisme, pneumonie, diarrhée (nb de cas rapportés sur une population pour une période donnée) Suivi des maladies à potentielles épidémiques
Offre de soins	<i>La population a-t-elle accès à une offre de soins (géographique, financier) ?</i>	% de la population dans un rayon de 5 km ou moins de 2 heures Taux de respect de la gratuité des soins pour les publics cibles. Nombre (ou proportion) de structures offrant une prise en charge nutritionnelle
	<i>Les médicaments sont-ils disponibles ?</i>	Nb moyen de jour de rupture de stock des médicaments traceurs.
Accès, Utilisation	<i>Les personnes utilisent les soins curatifs</i>	Taux de fréquentation pour les consultations curatives (nombre de nouveau cas / personne / an) Proportion d'accouchements réalisés par un personnel qualifié <i>Important de mesurer selon des critères d'équité : désagréger les données par sexe, distance au CS, population les plus pauvres.</i>
	<i>Les femmes enceintes et enfants utilisent les soins préventifs</i>	Taux de fréquentation consultation prénatale (au moins une consultation) Taux de fréquentation consultation postnatale Taux de fréquentation consultation préventive des enfants. Couverture vaccinale BCG, rougeole, pentavalent, de la supplémentation en vitamine A, vaccination antitétanique

<sup>20</sup> John Walley, Joy E Lawn, Anne Tinker, Andres de Francisco, Mickey Chopra, Igor Rudan, Zulfi qar A Bhutta, Robert E Black, and the Lancet Alma-Ata Working Group. Primary health care: making Alma-Ata a reality. Lancet 2008; 372: 1001-07

	<i>Couverture adéquate, reflète le suivi correct des services offerts</i>	Proportion d'enfants complètement vaccinés Proportion de femmes ayant bénéficié des 4 consultations prénatales
Qualité	<i>Est-ce que les soins de santé curatifs sont de qualité ?</i>	Nombre ou % de personnels formés à la PCIME % de diagnostics et prescriptions en ligne avec les protocoles nationaux ou les ordinogrammes de soins. Taux d'utilisation de la PCIME % de cas ayant reçu un traitement antipaludique confirmé par TDR % de prescriptions contenant ≤1 antibiotique.
	<i>Est-ce que les soins maternels et infantiles sont de qualité ?</i>	Proportion de femmes enceintes en CPN ayant reçu une supplémentation en fer et acide folique ou ayant reçu le traitement préventif contre le paludisme Proportion d'utilisation des partogrammes lors de l'accouchement
Implication de la communauté	<i>Est-ce que la communauté est impliquée dans les activités du CS ?</i>	% de centre de santé possédant un comité de santé ou comité de développement Fréquence des visites ou réunions entre le responsable du centre de santé et le représentant de la communauté. % des visites à domiciles réalisées / définies au départ
Performance du système de santé		Proportion des centres de santé qui transmettent le rapport du système d'information sanitaire à temps (mensuel pour activités du PMA et hebdomadaire pour le suivi des maladies à potentielle épidémique) % de supervisions réalisées / aux supervisions planifiées % de réalisation du plan d'action du district sanitaire

## b) Analyse des résultats attendus

L'objectif est de mesurer l'efficacité des interventions concernant l'objectif général et plus souvent l'objectif spécifique.

Pour l'objectif général, l'évaluation ciblera l'impact sur la mortalité dans la zone d'intervention. Toutefois, cet indicateur est très peu mesuré et il est difficile d'attribuer une diminution ou stagnation à un projet spécifique. En effet, de nombreux autres facteurs entrent en ligne de compte, pour ce faire, il serait au minimum nécessaire de mesurer la mortalité dans une zone témoin.

Par contre, il est possible d'utiliser des proxys indicateurs pour des interventions jugées efficaces sur la mortalité qui permettront d'avoir une analyse des effets du projet.

### Ces indicateurs concernent :

- **la couverture des soins** : taux de fréquentation curatif, de la CPN, proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié, taux de vaccination, % enfants ayant présenté un épisode de diarrhée traité avec du SRO, % enfants ayant présenté une pneumonie traité par un ATB (amoxicilline), % enfants avec un TDR positif ayant reçu des ACT.
- **changement de comportement** : pourcentage de mise au sein précoce, d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire, etc.
- **aspect social-communautaire** : évaluer le degré d'engagement de la communauté en faveur de la santé, le degré de satisfaction et le développement des ressources humaines au niveau communautaire.

- **déterminants de la santé** : amélioration des installations sanitaires dans la communauté, de l'accès à l'eau, de la diversification alimentaire, etc.