

Un portail vers le renforcement des capacités

Capacity.ORG

NUMÉRO 42 | JUIN 2011



Pour la santé ou pour les systèmes de santé ?

ARTICLE PRINCIPAL

L'approche diagonale

Les programmes ciblant des maladies spécifiques ont leur utilité, mais ils risquent aussi d'affaiblir le système de santé publique. Il est toutefois possible, explique Thomas Gass, de parer à ces risques.

INTERVIEW

Au-delà des mots

Wendy Johnson de Health Alliance International souligne la nécessité d'un code de conduite pour éviter de nuire aux systèmes de santé.

OPINION

Le chaînon oublié

Selon Abdul Ghaffar, il ne sera pas possible d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement si l'on ne veille pas au renforcement des systèmes de santé de district.

PRATIQUE

Un tueur silencieux au Cambodge

Maurits van Pelt et Chean Men décrivent ce que fait l'organisation MoPoTsoy pour venir en aide aux Cambodgiens diabétiques.

MONITEUR RC

Sur la route de Busan

James Hradsky examine les positions que prendront les délégués au Forum sur l'efficacité de l'aide à Busan (Corée du Sud) sur la question du renforcement des capacités.

POLITIQUE

Étude de cas – Zambie

Carolien Aantjes et Fikansa Chanda analysent les progrès accomplis dans l'application des principes de la Déclaration de Paris au système de santé de la Zambie.

Sur la route de Busan



James Hradsky
James.hradsky@oecd.org
Coordinateur principal du CAD/OCDE pour le renforcement des capacités

Depuis 2003, le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) a organisé trois forums pour évaluer l'efficacité de l'aide. Le quatrième, qui aura lieu du 29 novembre au 1er décembre, sera un événement politique à multiples parties prenantes qui rassemblera quelque 2 000 participants venus de plus de 150 pays.

Les organisateurs souhaitent faire de cette réunion un jalon dans l'évolution de la coopération internationale au développement et un aboutissement des efforts collectifs déployés par les donateurs, les pays partenaires et les autres parties prenantes pour traiter la question de la gestion du processus de l'aide. Mais quelle sera la place du renforcement des capacités dans les futurs débats sur l'efficacité de l'aide ?

Ce sera, à n'en point douter, l'un des thèmes qui seront débattus à Busan, l'une des questions traitées étant celle de savoir comment l'on peut forger un consensus Sud-Nord sur les approches du renforcement des capacités, question dont nul n'est assez naïf pour croire que l'on pourra y répondre facilement.

Une voix du Sud plus forte

Ces deux dernières années, un partenariat réunissant l'OCDE, le Learning Network on Capacity Development (LenCD) et un groupe de plaidoyer politique du Sud, la CD Alliance, s'est employé à mettre en évidence les domaines prioritaires. Son objectif est de modifier le programme du renforcement des capacités, caractérisé depuis 50 ans par un débat entre donateurs, pour donner au Sud une voix plus forte, voire un rôle directeur. Ce partenariat n'est pas le seul groupe désireux d'élargir le cercle de la participation du Sud. Le Nouveau Partenariat pour le

Le Quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide se tiendra à Busan (République de Corée) cette année. Comment la question du renforcement des capacités sera-t-elle traitée dans les décennies à venir ?

développement de l'Afrique (NEPAD), programme de l'Union africaine, est une intervention radicalement novatrice visant à de nouvelles priorités et approches de la transformation politique et socioéconomique de l'Afrique. La Fondation pour le renforcement des capacités en Afrique a conclu un mémorandum d'accord avec le NEPAD pour contribuer à l'application des principes du Cadre de résultats du renforcement des capacités. La Facilité de renforcement des capacités pour l'efficacité du développement pour la région Asie-Pacifique met en œuvre la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra dans cette région. Et le Groupe de travail sur la coopération Sud-Sud possède une antenne solide en Amérique latine.

Ces partenaires peuvent, ensemble, conférer à Busan une visibilité supérieure aux perspectives du Sud, accroître et améliorer l'appui en faveur du renforcement des capacités, et traduire l'apprentissage collectif en la matière en des actions locales. Une appropriation accrue des pays partenaires favorisera l'amélioration des appuis des donateurs. Les capacités sont le verso de l'appropriation; l'appropriation est une condition préalable du renforcement des capacités.

À l'horizon

Il est trop tôt encore pour savoir clairement ce que l'on peut escompter de Busan, mais déjà, les principes d'un bon renforcement des capacités ont contribué à orienter l'ordre du jour de l'efficacité de l'aide : appropriation et leadership accrues des pays partenaires en matière d'aide; intérêt accru des donateurs vis-à-vis de l'emploi des systèmes des pays et de l'appui de ces systèmes; attention accrue accordée au renforcement des capacités locales en tant que fondation d'une action de développement efficace et durable.

Il est quasi certain que le renforcement des capacités de l'après-Busan sera plus fortement axé sur le Sud qu'auparavant et qu'il offrira toute une gamme d'opportunités politiques et stratégiques. On discerne déjà à l'horizon :

- Le placement du leadership du Sud aux premières lignes du renforcement des capacités.

- Un accord sur une approche plus convergente du renforcement des capacités, une vision, une terminologie et une démarche communes auxquelles souscriront le Nord et le Sud.
- Un accord plus général sur l'application des principes du renforcement des capacités dans les processus d'activité de tous les grands organismes d'aide et sur l'encouragement d'un apprentissage mutuel et se renforçant mutuellement.
- L'apport de réformes de la coopération technique tenant compte du renforcement des capacités.
- Le choix des secteurs en tant que points d'entrée primaires d'approches conjointes en matière de capacités.
- La résolution de mieux lier la pensée du renforcement des capacités sur les situations fragiles avec les orientations du Dialogue international sur la construction de la paix et le renforcement de l'État du g7+.
- La réforme des systèmes d'activité des donateurs internationaux pour les aligner davantage sur les principes du renforcement des capacités.

Le processus de Busan permettra peut-être de faire appel aux voix du Sud émergentes pour rechercher un apprentissage et des actions plus cohérents et plus unis (Nord-Sud) dans certains de ces domaines. <



Pour un renforcement des systèmes de santé

Dans de nombreux pays en développement, les systèmes de santé connaissent des problèmes qui proviennent, en partie, d'une aide au développement bien intentionnée. Depuis 2000, l'aide allouée à la santé n'a fait qu'augmenter, la plupart étant acheminée par le biais de programmes dus à l'initiative des donateurs et visant des maladies spécifiques, tout particulièrement le VIH/sida. Une telle programmation verticale détourne des ressources que les pays consacraient à leurs autres priorités en matière de santé.

Le problème est à l'ordre du jour international depuis plusieurs années. L'International Health Partnership (IHP) a été formé en 2007 pour assurer l'application dans le secteur de la santé des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Les progrès sont malheureusement restés limités.

Dans cette livraison de *Capacity.org*, nous présentons certains cas où le financement vertical a eu des effets adverses. Carolien Aantjes et Fikansa Chanda décrivent la fragmentation du système de santé zambien et les difficultés croissantes de gestion dues à ce type de financement. En Zambie, des services entiers d'établissements de santé ont été « annexés » par des programmes étrangers visant une maladie spécifique. Maurits van Pelt et Men Chean nous font savoir qu'au Cambodge, la prévalence du diabète est étonnamment élevée, car les bailleurs de fonds étrangers s'intéressent fort peu à cette maladie non transmissible.

L'aide a un effet adverse important qui est de provoquer un exode des cerveaux au sein des pays bénéficiaires. Wendy Johnson de Health Alliance International parle du dilemme auquel font face de nombreuses ONG. Pressées par les donateurs d'obtenir des résultats dans leurs programmes axés sur des maladies spécifiques, elles sont en concurrence avec les autres ONG pour embaucher les meilleurs professionnels locaux de la santé et savent ainsi les capacités des organisations qu'elles sont censées renforcer. En vue de résoudre ce dilemme, un groupe d'ONG a rédigé un code de conduite selon lequel les signataires s'engagent à s'abstenir de pratiques nuisibles pour les pays en développement. Toutefois, un tel code ne sera opérant que lorsque les grands donateurs reconnaîtront qu'ils interviennent dans le cadre du système mondial de la santé et qu'ils sont les seuls à pouvoir obliger tous les intervenants à « ne pas nuire ».

Le présent numéro traite également de ce que l'on peut faire au niveau des districts et des soins de santé primaire pour renforcer les systèmes de santé et aligner les programmes verticaux. Ces programmes peuvent être

structurés en vue de contribuer au renforcement des capacités des établissements de soins primaires, d'une manière qui autorise la prise en compte d'une large gamme de problèmes de santé. Thomas Gass décrit l'application expérimentale faite par SolidarMed, organisme suisse de développement de la santé, d'une approche « diagonale » qui permet aux interventions axées sur des maladies spécifiques d'appuyer le reste du système de soins primaires.

Les administrations de la santé des districts ont un rôle clé à jouer dans la coordination des activités de tous les intervenants locaux, y compris des programmes verticaux. Dans son Opinion, notre invité Abdul Ghaffar expose sa thèse selon laquelle la plupart des autorités de la santé des districts sont mal équipées et bénéficient de peu d'appuis pour jouer ce rôle. Peter Lochoro, Rogers Ayiko et Giovanni Dall'Oglio décrivent l'action que mènent en partenariat l'organisation italienne Cuamm et l'UNICEF en Ouganda pour renforcer ces systèmes de santé et accroître les aptitudes au leadership au niveau des districts.

Une faiblesse réfractaire des systèmes de santé, notamment dans les régions isolées, réside dans l'absence de capacité à former du personnel et à le fidéliser. Une solution consiste à associer les patients aux systèmes de santé en tant que participants actifs. Thomas Gass décrit les travaux de patients à titre de conseillers pour le VIH/sida en Afrique subsaharienne. Maurits van Pelt et Men Chean présentent les réseaux gérés au Cambodge par des diabétiques pour aider d'autres patients à faire face à la maladie.

Il faut, pour assurer la montée en régime des solutions au niveau local, un changement de politique au niveau national et international. Les représentants des 91 pays qui se réuniront à Busan en novembre lors du Quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide devront s'attacher à rattraper le retard pris dans l'application des principes de la Déclaration de Paris à l'aide allouée à la santé.

Les grands donateurs qui ont adhéré à l'entente mondiale de l'IHP sont en position idéale pour éviter les effets pervers de programmes étroitement concentrés sur quelques maladies et pour veiller à l'adoption d'approches axées sur les résultats qui visent à renforcer les capacités des systèmes de santé à tous les niveaux. Le forum de Busan offrira une occasion à ne pas manquer de parer aux effets adverses de l'aide au développement.

Heinz Greijn
editor@capacity.org
Rédacteur en chef

MONITEUR RC 2

Sur la route de Busan
James Hradsky

ÉDITORIAL 3

Pour un renforcement des systèmes de santé
Heinz Greijn

ARTICLE PRINCIPAL 4

L'approche diagonale
Thomas Gass

POLITIQUE 8

Étude de cas – Zambie
Carolien Aantjes et Fikansa Chanda

INTERVIEW 10

Au-delà des mots
Entretien Heinz Greijn avec Wendy Johnson

PRATIQUE 12

À l'intérieur d'un système de santé de district
Peter Lochoro

PRATIQUE 14

Un tueur silencieux au Cambodge
Maurits van Pelt et Chean Rithy Men

OPINION 16

Le chaînon oublié
Abdul Ghaffar

Photo de couverture

Lineair / Mark Edwards
Dans les villages de la Côte d'Ivoire, du personnel infirmier effectue des prélèvements de sang pour dépister le parasite cause de la maladie du sommeil

L'approche diagonale



Thomas Gass
thomas.gass@gmx.ch
Anthropologue et expert en santé publique

La santé est une condition fondamentale du développement. La maladie chez les agriculteurs, les enseignants, les domestiques et les infirmières réduit l'accès de communautés entières à la nutrition, à l'éducation, à l'eau potable et aux soins de santé, accroît leur vulnérabilité à la maladie et, par suite, la morbidité au niveau de l'ensemble de la société. En lançant les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2000, les Nations Unies se sont engagées à rompre le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie, en faisant de la santé une priorité pour la coopération au développement.

Des améliorations considérables ont été obtenues, dans le traitement du VIH/sida, par exemple, grâce aux antirétroviraux (ARV). Avant que ceux-ci soient disponibles en Afrique rurale, près de deux millions de personnes mouraient chaque année. La maladie imposait un fardeau considérable aux familles qui n'avaient souvent plus les moyens de payer le traitement et la plupart des personnes décédaient chez elles. Les réseaux de soins primaires étaient débordés et les sidéens affluaient dans les hôpitaux.

Changement de tableau

Les choses ont changé. Les ARV ont eu un impact extraordinaire sur la société africaine, où les gens sont de plus en plus nombreux à s'informer, à parler du VIH, à mieux se protéger et à se présenter dans les services de dépistage et de conseils.

Cependant, les critiques notent que la lutte contre le VIH/sida absorbe une part excessive des ressources allouées à l'amélioration de la santé. Depuis 2000, 32 % de l'aide publique au développement octroyée dans le secteur de la santé ciblent cette maladie et certains pays d'Afrique subsaharienne, notamment le Kenya et l'Ouganda, y consacrent plus de la moitié de leur budget de santé.

Les programmes visant à combattre une maladie spécifique ont été des plus utiles, mais ils ont également affaibli les systèmes de santé publique. Cette conséquence n'est toutefois pas inéluctable et les programmes axés sur diverses maladies distinctes peuvent contribuer au renforcement des soins de santé primaires.

Par comparaison, les infections respiratoires aiguës, qui représentent 26 % du fardeau des maladies transmissibles dans le monde en développement, ne reçoivent que 2,5 % des financements directs. La critique la plus sévère, dans ce débat, provient sans doute de Roger England, qui note en 2008 dans le *British Medical Journal* que « l'industrie internationale du VIH/sida » s'approprie indûment des ressources précieuses et qui va même jusqu'à suggérer qu'il faudrait fermer ONUSIDA en raison du caractère nuisible de son mandat.

Si la plupart des critiques ne vont pas aussi loin, ils s'accordent généralement pour dire que les initiatives mondiales dans le secteur de la santé ont encouragé des programmes axés chacun sur une maladie spécifique, ce type de programmation étant dit « vertical ». Et le consensus est que ces programmes verticaux ont abouti à une fragmentation des soins de santé primaires. La dotation en personnel et en matériel, l'infrastructure et la gestion des données ont été planifiées, conçues et réparties compte tenu des budgets et des exigences de divers programmes axés sur des maladies spécifiques et non pas de la charge de morbidité locale et des besoins des prestataires de soins locaux.

De nombreux programmes verticaux axés sur les ARV ont acheté du matériel et des fournitures et établi des protocoles pour assurer un suivi régulier des patients traités à base d'analyses de laboratoire. Or selon l'une des plus grandes études portant sur le traitement par les ARV en Afrique subsaharienne, l'essai DART (Development of Anti-Retroviral Treatment), un tel suivi est inefficace dans les contextes à ressources limitées, du point de vue clinique ainsi qu'économique. L'étude a mis en évidence des cas où des ressources financières et humaines ont été employées pour effectuer des analyses non essentielles pour des patients séropositifs qui réagissaient très bien aux ARV, alors qu'il n'y avait pas de tests diagnostiques essentiels disponibles, ou d'un coût abordable, pour les patients souffrant d'autres maladies aiguës. L'essai DART a recommandé que, lorsque les laboratoires et les ressources en personnel sont limités, ils soient employés de

manière à assurer une prise en charge de haute qualité de tous les patients et pas seulement des séropositifs au VIH.

« Ne pas nuire »

La pénurie des ressources humaines est une autre réalité des systèmes de santé que les programmes verticaux d'ARV ont aggravée. Les structures de gestion et les systèmes de suivi et de rapports parallèles ont détourné du personnel médical et infirmier compétent du domaine des soins pour en faire des administrateurs de projets. Une étude publiée dans le *McKinsey Quarterly* a révélé qu'en Tanzanie, les médecins de district passent 100 jours par an à rédiger des rapports pour des organisations internationales. Et dans un commentaire paru dans *The Lancet*, Paulo Garrido, ancien ministre de la Santé du Mozambique, a noté que « dans de nombreux pays, les fonds ne sont pas nécessaires spécifiquement pour le sida, la tuberculose ou le paludisme, mais avant tout pour renforcer le système de santé national afin d'assurer une gestion efficace de toute une gamme de maladies et d'affections ».

En vue d'endiguer l'exode des cerveaux du secteur de la santé, 50 institutions internationales ont adhéré au Code de conduite des ONG et se sont engagées à « ne pas nuire » aux systèmes de santé publique, c'est-à-dire à limiter les effets adverses de leurs programmes de santé. (Sur cette question, voir l'interview de Wendy Johnson, pages 10 et 11.)

À titre d'exemple de la mise en application du principe de ne pas nuire dans les soins de santé primaire, j'aimerais vous faire part de l'expérience de SolidarMed, organisation suisse de développement pour la santé, dont la coopération avec les hôpitaux de district dans le domaine des soins de santé primaires remonte à bien avant l'avènement des ARV.

Le programme SMART

En 2005, SolidarMed a lancé un programme de traitement et de prévention du VIH/sida dit programme SMART dans dix hôpitaux de district en Tanzanie, au Mozambique, au Lesotho et au Zimbabwe. L'organisation a constaté l'importance primordiale du



renforcement des capacités des systèmes de santé locaux dans la lutte contre le VIH/sida.

Pour s'efforcer de minimiser les inconvénients des programmes de santé verticaux, SolidarMed a mis en œuvre trois stratégies :

- Elle a intégré le programme SMART dans ses programmes de soins de santé primaires et dans ses partenariats établis de longue date avec les hôpitaux.
- Elle a harmonisé le programme SMART et les programmes existants de lutte contre le VIH/sida et l'a aligné sur la politique de santé nationale. D'entrée de jeu, le programme SMART a été conçu en tant que complément des programmes nationaux de traitement par les ARV, en conformité avec la politique nationale relative au VIH/sida
- Elle a employé certaines ressources budgétaires du programme SMART pour renforcer les capacités, plusieurs de ces ressources ayant été réservées pour des interventions qui n'étaient pas expressément liées aux services de lutte contre le VIH/sida.

Le programme SMART a ainsi appliqué une approche « diagonale », où les interventions axées sur les ARV sont intégrées dans l'appui aux soins de santé primaire. Mais la mise en œuvre du programme a été porteuse d'enseignements pour SolidarMed et elle n'a pas eu que des effets positifs sur les systèmes de santé locaux.

Briques et mortier : SMART a fourni des fonds en vue d'une réfection substantielle des

services ambulatoires des hôpitaux et des établissements périphériques de ses dix sites d'intervention, dispensant des soins primaires à quelque deux millions de personnes. Toutefois, la réfection et l'expansion des services ambulatoires ont souvent été axées sur les besoins des patients séropositifs et sidéens, en excluant les patients souffrants d'autres maladies chroniques. Ces initiatives n'ont pas toujours prévu l'intégration des traitements du VIH/sida et de la tuberculose.

Laboratoires et pharmacies : Le traitement aux ARV exige des moyens diagnostiques améliorés et un suivi des patients à base d'analyses de laboratoire. La mise à niveau des laboratoires reste l'une des priorités de SMART et, sur certains sites, elle a été bénéfique pour tous domaines des soins primaires. Toutefois, ce sont encore les patients séropositifs qui bénéficient le plus des programmes de financement verticaux. Les hôpitaux disposent parfois de grandes quantités d'ARV et de réactifs CD4 mais sont à cours de paracétamol. En outre alors que les patients traités par ARV subissent des analyses de laboratoire gratuites, même lorsqu'ils se sentent parfaitement bien, les patients en état grave souffrant d'autres maladies n'ont pas les moyens de se payer les analyses nécessaires. En 2009, dans l'un des hôpitaux partenaires du programme SMART, nous avons constaté que plus de 80 % des analyses de laboratoire concernaient des patients séropositifs.

Ressources humaines : Le traitement aux ARV a amélioré considérablement la situation

non seulement pour les patients mais aussi pour les agents de santé. Avec le programme SMART, les seuls soins primaires que le personnel infirmier pouvait offrir aux sidéens étaient des analgésiques, des antibiotiques, l'orientation vers un hôpital ou l'inscription à un projet de soins à domicile. L'apport des ARV aux établissements de soins primaires a eu un impact positif sur la motivation des agents de santé ruraux, qui ont eu la satisfaction professionnelle de voir leurs patients se remettre d'infections opportunistes et retourner à leur existence quotidienne.

Le programme SMART a renforcé le mentorat clinique et l'encadrement des agents de santé périphériques par des consultants et des équipes d'intervention extérieure d'hôpitaux de district. Par ses investissements dans les locaux, le mobilier, le matériel et les moyens de transport et de communication, ce programme a eu un impact positif sur les conditions de travail, facteur clé pour le recrutement de personnel et sa rétention. Malheureusement, ses effets positifs souffrent des graves pénuries de personnel dans les régions isolées et l'augmentation constante du nombre de patients impose de lourdes charges au petit nombre d'agents de santé qui s'efforcent désespérément de dispenser des soins de santé primaire avec des ressources des plus limitées.

Mortalité maternelle et néonatale : L'introduction des ARV a eu des effets positifs ainsi que négatifs sur la santé maternelle. Les femmes enceintes ont aujourd'hui accès gratuitement à un

ARTICLE PRINCIPAL

dépistage du VIH et à des conseils et peuvent éviter de transmettre le virus à leur bébé. La qualité générale des soins de santé primaires pédiatriques s'est améliorée. Par ailleurs, étant donné que 20 % des décès maternels sont attribuables au VIH/sida, l'accès aux ARV a un effet direct sur la santé maternelle.

À Chiure, dans le nord-est du Mozambique, où une part importante du budget de SMART était allouée au renforcement des soins de santé primaires, SolidarMed a constaté que davantage de femmes choisissaient d'accoucher en milieu hospitalier. Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 28 % à 72 % au cours de la mise en œuvre du programme.

Toutefois, les résultats obtenus à Chiure ne l'ont pas été à tous les sites du programme SMART. Ce programme a toujours eu pour objectif de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et, à cette fin, il a encouragé le dépistage du VIH et les conseils dans le cadre des soins prénatals ainsi que l'administration d'ARV à la mère et à l'enfant à titre prophylactique. Mais à de nombreux sites, ces mesures verticales ont eu peu d'effet sur la santé générale de la mère et du nouveau-né. Nombreuses sont les femmes qui meurent encore en cours de grossesse et à l'accouchement, et diverses complications font toujours des victimes parmi les nouveau-nés. L'amélioration de la santé maternelle exige un ensemble complet de soins obstétricaux d'urgence, mais les programmes d'ARV ont peut-être privé les interventions de santé maternelle et reproductive de

	Naissances	Proportion
2006	2 588	28 %
2007	3 604	39 %
2008	4 946	54 %
2009	5 786	63 %
2010	6 684	72 %

Source : SolidarMed, d'après des données du ministère de la Santé du Mozambique.

Tableau 1 : Accouchements assistés par du personnel qualifié en 2006-2010 dans le district de Chiure (Mozambique)

Effets de SMART

- Environ 200 000 clients testés (notamment des femmes enceintes)
- 15 800 patients en traitement (8 % d'entre eux étant des enfants)
- 21 % des patients décentralisés dans des établissements de soins primaires
- 72 % des patients maintenus sous ARV
- 28 % d'abandons de traitement aux ARV et de décès

OMD en rapport avec la santé

Trois OMD ont trait à la santé et à la maladie : l'OMD 4 et l'OMD 5 visent à améliorer la santé maternelle et infantile, et l'OMD 6 concerne la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. D'autres OMD sont liés indirectement à la santé. L'OMD 1 cible notamment la lutte contre la malnutrition, cause sous-jacente d'un tiers des décès infantiles. La santé est également une composante essentielle de la durabilité environnementale (OMD 7). Dans de nombreux pays à faible revenu, l'alimentation en eau potable et l'assainissement laissent à désirer au point où les maladies diarrhéiques figurent parmi les grandes maladies infantiles.

À moins de cinq ans de la date butoir, il y a de bonnes et de mauvaises nouvelles :

Les bonnes nouvelles sont les suivantes :

- Grâce à la couverture vaccinale dans 81 % des pays du globe, le nombre de décès annuels d'enfants dus à la rougeole est passé de 733 000 en 2000 à 164 000 en 2008.
- Les ARV atteignent aujourd'hui plus de 5,2 millions de personnes vivant avec la VIH/sida, habitant l'Afrique subsaharienne pour la plupart. Dans le monde, 35 % des personnes qui en ont besoin reçoivent actuellement des ARV.
- Grâce aux efforts de lutte contre le paludisme, en Afrique subsaharienne, 71 % des enfants de moins de cinq ans ont une moustiquaire de lit. Et la couverture du traitement antipaludéen a considérablement augmenté.

Quant aux mauvaises nouvelles :

- Dans tous les domaines visés par les OMD, c'est dans celui de la santé de la mère et du nouveau-né qu'il y a eu le moins de progrès, notamment en Afrique subsaharienne, où surviennent 52 % de tous les décès maternels (2008). Au niveau mondial, 940 femmes meurent chaque jour durant la grossesse ou à l'accouchement. Plus de la moitié de ces décès sont dus à des hémorragies ou à de l'hypertension, causes évitables et gérables. En Afrique subsaharienne, on compte chaque année 880 000 bébés mort-nés et plus de 1,2 million meurent au cours du premier mois de leur vie.
- Contrairement aux progrès réalisés dans la lutte contre la rougeole, les autres maladies évitables et traitables tuent toujours plus de 24 000 enfants de moins de cinq ans par jour. En Afrique subsaharienne, un enfant sur sept meurt avant l'âge de cinq ans.
- La propagation du VIH se poursuit : rien qu'en 2009, 2,6 millions de gens (72 % en Afrique subsaharienne) ont été nouvellement infectés. Chaque fois que deux personnes commencent un traitement aux ARV, cinq autres sont nouvellement infectées, 40 % des néo-infections survenant dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans.

ressources, rares, en les détournant au profit de la lutte contre le VIH/sida.

Tuberculose : En Afrique subsaharienne, le VIH/sida a causé une flambée de tuberculose, qui est l'infection opportuniste la plus fréquente et la cause de décès la plus commune chez les sidéens. Bien que connaissant les étroites relations qui existent entre ces deux maladies, le programme SMART n'a pas saisi l'occasion d'appliquer une approche commune lors des premiers stades de sa mise en œuvre. Ce n'est que récemment que la gestion de la tuberculose a été intégrée dans la formation sur le VIH/sida. Actuellement, un patient traité aux ARV reçoit aussi un traitement antituberculeux, ce qui est bien en-dessous du taux de patients co-infectés. D'après ce que nous savons aujourd'hui grâce au programme SMART, l'instauration simultanée d'un traitement antituberculeux et d'un traitement anti-VIH peut avoir un effet positif sur la qualité des soins cliniques.

Travailleurs de santé communautaires : En raison de la pénurie chronique de médecins et de personnel infirmier, des membres des communautés sont intervenus dans la prévention et les soins au premier niveau de recours. Ces travailleurs de santé communautaires sont de plus en plus largement reconnus comme une composante intégrale du personnel de santé. Les systèmes de santé communautaires s'étaient avérés peu durables, dans le passé, du fait d'un manque d'appui, de supervision et de formation. Récemment, toutefois, en

coopération avec la Global Health Workforce Alliance, l'OMS a révisé le concept des travailleurs de santé communautaires et a émis des recommandations pour leur intégration dans le système de santé.

Des études récentes ont mis en évidence le potentiel considérable que possèdent les systèmes de santé communautaires. C'est ainsi qu'une analyse systématique a conclu qu'une combinaison d'activités de diffusion et de soins communautaires avait réduit la mortalité néonatale de 37 %. Un rapport paru dans *The Lancet* en 2007 a montré que des contacts réguliers (18 visites en cinq ans) entre les travailleurs de santé communautaires et les mères et leurs enfants durant leurs cinq premières années de vie constituaient l'intervention de prévention la plus efficace pour assurer la survie des moins de cinq ans. Les travailleurs de santé communautaires peuvent également accroître les perspectives de survie des enfants gravement malades par une prise en charge et l'administration de soins de base avant l'hospitalisation. Deux millions d'enfants meurent de pneumonie chaque année. Une étude publiée dans le *Bulletin de l'OMS* en 2008 a conclu que la gestion communautaire des cas de pneumonie constituait une stratégie réalisable et efficace en complément d'un traitement en milieu hospitalier.

Les travailleurs non spécialistes de la santé et les « patients experts » – patients traités aux ARV intervenant en tant que

conseillers bénévoles – jouent un rôle de premier plan dans la décentralisation du programme SMART. Au Zimbabwe, le programme collabore avec l'ONG Batanai, qui exécute des programmes de plaidoyer, de formation et de services à base communautaires pour les personnes vivant avec le VIH/sida. SMART et Batanai ont mis en place un réseau communautaire de soutien, basé dans les villages, formé d'agents qui sont eux-mêmes des patients traités aux ARV et qui donnent des conseils sur l'adhérence au traitement et facilitent l'apport d'appuis mutuels entre patients. Ces agents ont un rôle unique à jouer pour mettre en rapport les communautés et les établissements de premier recours. Au Lesotho, le programme SMART forme et rémunère des conseillers non spécialisés, sans éducation médicale, qui sont attachés à des dispensaires ruraux pour venir en aide aux séropositifs et aux sidéens. Soigneusement recrutés, formés et supervisés, ils constituent une composante importante du système de soins de santé primaires.

Évaluation de l'impact local

L'évaluation de l'impact qu'a eu le programme SMART sur les systèmes de soins de santé primaires présente certaines difficultés. Si beaucoup de ses effets sont volontaires, certains sont non intentionnels et imprévus. Nous devons également examiner la mesure dans laquelle les patients autres que les séropositifs au VIH et les sidéens ont bénéficié des investissements substantiels du programme dans les traitements du VIH/sida.

L'impact du programme SMART sur les systèmes de santé locaux n'a pas encore été évalué systématiquement. Les efforts de suivi et d'évaluation ont été principalement axés sur l'effet des projets de traitement par les ARV. SolidarMed envisage un système de santé comportant trois domaines interreliés :

- 1) les prestations de soins primaires par l'entremise d'hôpitaux de district et d'établissements de soins primaires;

- 2) le domaine des diverses activités de santé à base communautaire;
- 3) un dispositif de gestion de la santé placé sous la direction des autorités de santé au niveau des districts.

Le tableau ci-dessous propose un cadre d'examen des impacts possibles de programmes axés sur des maladies spécifiques, tels que SMART, sur le système de soins de santé primaires.

Revitalisation des soins de santé primaires

Environ 10 millions des 22,5 millions de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique subsaharienne sont à un stade avancé de la maladie et ont besoin d'ARV. Malgré une amplification constante des interventions, 65 % des patients ayant un besoin urgent d'ARV n'y ont pas accès. En outre, des gens encore plus nombreux, nouvellement infectés, devront être pris en charge dans un proche avenir. Cette foule de patients à traiter constitue un immense défi pour les systèmes de santé fragile des régions rurales de l'Afrique. L'expérience de SolidarMed montre que l'apport décentralisé d'ARV n'est opérant que s'il repose à la base sur un système de soins de santé primaires solide, dont la composante centrale est le personnel de santé, médecins, infirmiers et travailleurs de la santé communautaires.

Il existe aujourd'hui entre les gouvernements, la société civile et les initiatives de santé mondiale un consensus selon lequel les systèmes de santé doivent être axés non pas sur les maladies, mais sur les gens.

Plusieurs organisations internationales ont adapté leurs critères de financement pour favoriser les interventions spécifiques de certaines maladies qui renforcent aussi le système horizontal des soins de santé primaires. En 2008, l'OMS a réaffirmé la place fondamentale des soins de santé primaires dans le système de santé mondial et, révisant la Déclaration d'Alma-Ata, a proposé des réformes qui auraient pour effets :



Hollandse Hoogte / Deloche

- D'assurer l'accès universel aux services de santé avec des dispositifs de protection sociale;
- De fournir des services axés sur les gens;
- D'intégrer la santé communautaire dans les politiques de santé publique;
- D'encourager une gestion participative de la santé.

Il faudra, pour assurer l'accès aux ARV en tant que composante des soins de santé primaires, prendre en charge un nombre croissant de patients. Et pour éviter la pharmacorésistance aux ARV, il faudra également veiller à la qualité des soins et à l'adhérence des patients au programme de traitement. Mais si au lieu d'être des programmes verticaux les programmes de fourniture d'ARV sont conçus « en diagonale », le système des soins de santé primaires en bénéficiera aussi. <

L'auteur tient à remercier Jochen Ehmer de SolidarMed de ses précieuses contributions au présent article.

Tableau 2 : Impact du programme SMART sur les systèmes de santé

Impact de SMART sur le système de santé local		
	Impact positif	Impact négatif
Prestations de soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines (RH) renforcées • Infrastructure physique améliorée • Matériel fourni • Qualité des soins améliorée • Emploi des locaux amélioré • Centres de santé renforcés et supervisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de plan global d'appui aux RH • Formation hors-site occasionnant des absences • Des avantages pour le personnel et les patients de SMART • Matériel de laboratoire utilisé essentiellement pour le VIH/sida • Renforcement des capacités de gestion des données exclusif au VIH/sida
Santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de la santé communautaires mobilisés • Promotion de la santé préventive • Promotion des groupes d'auto-assistance communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentation des systèmes de santé communautaires due aux variations de la rémunération, d'où concurrence et performances peu efficaces
Gestion du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la chaîne d'approvisionnement • Encadrement et supervision revitalisés • Système d'information sur la santé amélioré • Leadership et gouvernance renforcés 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation morcelée des RH • Concurrence pour les primes de présence • Budgetisation, S&E et rapportage se font en parallèle • Travail de proximité et supervision se font en parallèle, minant l'approche collective • Répartition géographique inégale

Étude de cas - Zambie



Carolien Aantjes

c.aantjes@etcnl.nl

Consultante, Programmation et prise en compte du VIH/sida, ETC Crystal, Pays-Bas

Fikansa Chanda

fikansa@gmail.com

Directeur sous-régional pour la Zambie, le Malawi et la Namibie, Initiative régionale d'appui psycho-social (EPSSI), Zambie

Les fonds préaffectés et thématiques vont souvent à l'encontre du renforcement des systèmes de santé. Est-il possible d'y apporter des aménagements pour éviter leurs effets négatifs ?

Examen à mi-parcours

Le Plan stratégique de santé nationale de la Zambie pour 2006-2010 a fait l'objet d'un examen à mi-parcours en 2008. L'examen a été mené par une équipe pluridisciplinaire dont l'un des membres était la consultante principale d'ETC Crystal, Carolien Aantjes, co-auteur du présent article. Il a été constaté qu'il restait beaucoup à faire pour appliquer les principes de la Déclaration de Paris concernant l'appui des donateurs. Certains de ceux-ci apportent un appui budgétaire dans le cadre d'une approche sectorielle, d'autres fournissent des fonds affectés et certains procèdent selon ces deux approches. L'examen à mi-parcours a permis de constater que la plupart du budget de la santé provenait de fonds affectés.

La situation est compliquée, en outre, par les grands fonds des diverses Initiatives de santé mondiales (ISM), dont les ressources sont réservées à la lutte contre des maladies spécifiques.

L'octroi de fonds affectés a induit de graves distorsions dans les priorités de financement en Zambie. Les ISM surimposent aux organisations et systèmes gouvernementaux leurs processus distincts de planification, de financement, d'application, de comptabilité et de rapports, et aucun de ces processus n'est nécessairement lié au renforcement du plan stratégique national de santé. La rédaction des propositions de projets est, elle aussi, source de frustration. Seules trois des sept

propositions adressées par le ministère de la Santé de la Zambie au Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont été acceptées.

Certains organismes de financement direct ont découpé le pays en zones géographiques, balkanisant ainsi le secteur de la santé. Ils s'abstiennent de communiquer des informations au gouvernement ainsi qu'aux autres intervenants dans le secteur, ce qui accroît les redondances d'efforts. Par ailleurs, les ISM attirent des agents de santé formés, qui sont rares, et en privent les interventions dans les domaines de la santé génésique, de la santé infantile et de la nutrition.

La diversification des instruments des donateurs a également modifié les mécanismes d'appui financier pour les acteurs publics et privés du secteur de la santé en Zambie. Des bailleurs de fonds tels que l'USAID, le PEPFAR, la Banque mondiale et le Fonds mondial pour la santé et la lutte contre le sida ont fourni des appuis substantiels aux programmes verticaux, aux organisations non gouvernementales et au secteur privé. Le secteur privé à but non lucratif a pu, par suite, accroître son soutien en faveur du secteur de la santé mais, revers de la médaille, les frais du suivi et évaluation et des rapports ont accru la charge de travail au niveau des départements, des provinces et du pays, et la coordination en a souffert.

Les établissements de soins urbains, en particulier, ont été à ce point submergés par

En 2007, un effort international concerté a été lancé, aux fins de rationaliser l'apport de l'aide pour la santé et d'assurer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Plus de 20 gouvernements, partenaires bilatéraux et multilatéraux et organismes donateurs se sont rassemblés pour réformer la façon dont ils accordaient et géraient l'aide. Ayant appelé leur groupe le Partenariat international pour la santé (IHP), ils ont conclu une entente mondiale qui devait constituer une étape clé dans l'application pratique de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé. L'accent y était mis sur le renforcement des systèmes de santé des pays bénéficiaires, l'emploi de ces systèmes et leur harmonisation afin de réduire la fragmentation et les redondances de l'aide.

Ces efforts ont-ils été efficaces ? Le présent article examine le système de santé de la Zambie, tel qu'il était en 2008 et dans son état actuel, pour déterminer s'il existe maintenant des synergies entre les projets axés sur des maladies spécifiques et le renforcement général de l'ensemble du système.

Les apports des donateurs constituent une part importante du financement de la santé en Zambie. En 2007, la part de l'aide publique au développement dans le budget de la santé était de 32 %. Les dépenses gouvernementales allouées à la santé sont passées de 7,5 % en 2005 à un peu plus de 11,5 % en 2008, ce qui reste loin des 15 % auxquels les chefs d'État africains s'étaient engagés à Abuja en 2001.

Types de financement

On distingue deux grandes catégories de financements : les fonds affectés (ou réservés) et les paniers de financement communs (dits aussi appui budgétaire sectoriel). Les fonds affectés sont alloués à des interventions ou articles spécifiques, tels que les médicaments et les vaccins. Ils sont sujets à leurs exigences propres concernant l'emploi, les calendriers et le suivi. Ils shuntent souvent les politiques et les processus de coordination du pays récipiendaire car ils répondent rarement aux priorités sectorielles. Dans le système de santé, un excès de fonds affectés mène à une fragmentation et réduit les capacités du pays à diriger le processus de coopération au développement.

Dans le second type de financements, les organismes mettent en commun leurs apports en faveur d'un secteur particulier, en les versant à un compte en banque conjoint. Les ressources sont alors attribuées directement à certains ministères, sans passer par le ministère des Finances du pays bénéficiaire. Les paniers de financement communs vont souvent de pair avec les approches sectorielles (SWAp). La SWAp est un partenariat entre les autorités gouvernementales et les organismes de développement qui permet de lier les fonds de projets à un secteur spécifique et de les acheminer directement vers celui-ci. Le but visé est de fournir tout le financement, ou une grande partie de celui-ci, pour ce secteur, l'aide s'inscrivant dans le cadre unifié des politiques et des dépenses de l'État.

les programmes gérés et financés de l'extérieur que beaucoup d'administrateurs provinciaux et départementaux ne savaient plus ce qui se passait dans leur établissement. La coordination de la multitude d'initiatives de lutte contre le VIH/sida s'est avérée difficile pour le ministère de la Santé, en raison de ses capacités limitées et du fait que certains programmes ne prévoyaient aucune coordination ni intégration dans le service de santé en place.

L'examen à mi-parcours a aussi révélé que l'expansion des services, et des services gratuits en particulier, avait créé une demande considérable et déplacé la congestion depuis les hôpitaux vers les dispensaires de soins pour le sida. Le Réseau zambien des personnes vivant avec le VIH/sida a signalé que 70 % des patients connaissaient des temps d'attente de plus de trois heures et que 66 % ne se présentaient pas régulièrement pour subir les tests essentiels. Il a fallu établir des liens entre les divers services, mais le processus était généralement unidirectionnel. C'est ainsi que le dispensaire de soins prénatals orientait les patientes séropositives vers le dispensaire de soins antirétroviraux (ARV), que le dispensaire de soins antituberculeux en faisait autant pour ses patients, mais que les dispensaires d'ARV ne renvoyaient pas systématiquement leurs patients vers ces deux types d'établissements. L'examen a conclu qu'il restait beaucoup d'améliorations à apporter dans les domaines de l'intégration et de l'offre de services de santé globaux aux patients.

Progrès depuis 2008

Trois ans après, y a-t-il eu des changements en Zambie ? Le système de santé a-t-il été renforcé et les modalités du financement ont-elles donné lieu à une meilleure intégration et à une harmonisation de l'aide ? On trouvera ci-dessous deux exemples de programmation « diagonale » selon laquelle le financement vertical en faveur du VIH/sida a pu bénéficier à l'ensemble du système de santé dans le pays.

La Christian Health Association of Zambia (CHAZ) est un réseau national d'hôpitaux et de dispensaires géré par 16 églises, qui fournit environ 30 % des services de santé en Zambie. Le Fonds mondial et le PEPFAR octroient des fonds à la CHAZ dans le cadre du programme de lutte contre le sida exécuté par les Catholic Relief Services (CRS). Ces fonds sont alloués à la rénovation des laboratoires et des pharmacies et à l'achat de matériel essentiel. À l'évidence, l'amélioration des laboratoires, des pharmacies et du matériel a élargi l'accès aux ARV en Zambie et accru les capacités des établissements de santé en matière de dépistage et de traitement d'autres affections.

Les institutions de santé publique ont également bénéficié d'appuis pour améliorer leurs installations. Family Health International (FHI), sur financement du PEPFAR, a rénové des laboratoires, des pharmacies et des salles de conseils



A Zambian health-care worker tests for malaria

d'accompagnement et acheté du matériel de laboratoire dans sept provinces. L'organisation aide également à renforcer les capacités de gestion des données des établissements de santé, à accroître l'intégration des services de lutte contre le VIH/sida dans les autres domaines cliniques, à intensifier la coordination entre les établissements de soins et les services de santé communautaires et à développer les compétences du personnel.

Toutefois, malgré les succès de la programmation diagonale, le tableau général ne présente pas d'améliorations spectaculaires en Zambie depuis l'examen à mi-parcours de 2008, tout particulièrement pour l'harmonisation de l'aide et l'alignement sur les priorités nationales, deux des grands principes de la Déclaration de Paris. Le financement est resté vertical, et les organismes et les bailleurs de fonds internationaux décident de l'allocation des apports et des domaines prioritaires par rapport au cadre stratégique national sur le VIH/sida. Il n'existe pas de planification conjointe entre le ministère et les organisations internationales telles que la FHI et les CRS, qui mettent en œuvre les programmes diagonaux décrits ci-dessus.

Nouvel état d'esprit

Sur une note positive, le débat international portant sur les mérites des programmes visant des maladies spécifiques par rapport au renforcement du système de santé semble avoir provoqué une réorientation de la pensée. Les partenaires sont plus conscients du fait que l'intégration des services de lutte contre le VIH/sida et le renforcement du système de santé constituent tous deux des priorités.

La décision d'investir dans le système de santé et d'institutionnalise les interventions dues à l'initiative du pays a été prise dans le cadre de partenariat 2011-2015 dont ont convenu les gouvernements de la Zambie et des États-Unis. Le partenariat conclu entre le gouvernement zambien, le Fonds mondial, le PEPFAR, la FHI et les CRS a eu pour effets d'établir divers postes permanents au sein du ministère de la Santé, notamment de conseillers psychosociaux et de commis aux données. Si la planification et la budgétisation restent verticales, l'intégration s'est considérablement accrue au niveau des établissements de soins. Le transfert des connaissances d'organisations non gouvernementales internationale au personnel du ministère de la santé et de la CHAZ est en bonne voie. Le matériel de laboratoire tel que les analyseurs d'hématologie sert non seulement au dépistage du VIH mais aussi à des recherches dans toute une gamme de maladies.

Comme les politiques des donateurs ont à présent pour objectif exprès de renforcer le système de santé, les responsables de l'application de ces politiques disposent d'une plus grande latitude pour faire usage des fonds alloués au-delà des limites d'une ou deux maladies. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour harmoniser les efforts, pour bâtir un système de santé plus robuste et pour assurer l'application des principes de l'efficacité de l'aide en Zambie. <

Pour en savoir plus

- Topp, M., et al. 2010 Strengthening Health Systems at Facility-Level: Feasibility of Integrating Antiretroviral Therapy into Primary Health Care Services in Lusaka, Zambia. In *PLoS ONE* (5):7:e11522. doi:10.1371/journal.pone.0011522.



Wendy Johnson

wjohns@u.washington.edu
Directrice, chargée des nouvelles initiatives, Health Alliance International, Seattle (Washington)

Le rôle des ONG dans le renforcement de la santé publique

Au-delà des mots

La promotion de « l'appropriation » dans les pays dépendant de l'aide extérieure est essentielle pour assurer l'efficacité de l'aide, mais les initiatives mondiales dans le secteur de la santé ont souvent encouragé une orientation diamétralement opposée. En 2008, un Code de conduite des ONG a été élaboré pour lutter contre cette tendance.

L'expansion spectaculaire de l'aide au développement dans le secteur de la santé depuis les années 1990 a permis de réaliser des progrès incontestables dans de nombreux domaines, notamment, et non des moindres, celui de la lutte contre le VIH/sida. Mais il est à craindre des programmes d'aide qu'ils minent les systèmes de santé nationaux dans le long terme.

Le Code de conduite des ONG pour le renforcement des systèmes de santé de 2008 a demandé aux ONG internationales actives dans le domaine de la santé dans les pays en développement d'examiner leurs pratiques. Les rédacteurs du Code s'inquiétaient de certaines pratiques de ces organisations, telles que le versement de salaires élevés dans les pays à bas revenu et le recrutement de personnel qualifié qui en prive les systèmes de santé nationaux, qui ont pour effet de réduire les capacités de l'administration nationale de la santé.

Le fardeau de la gestion des systèmes gouvernementaux de santé s'alourdit rapidement, en partie du fait de la multitude d'initiatives de santé menées par les ONG, dont chacune exige l'attention du ministère de la Santé. Les rédacteurs du Code ont compris que s'il n'était pas apporté de changements aux modalités d'intervention des ONG internationales dans le domaine de la santé, les réalisations de ces organisations s'accompagneraient d'une réduction nuisible des capacités des pays à fournir des services de santé.

Capacity.org s'est entretenu avec Wendy Johnson, Directrice, chargée des nouvelles initiatives de Health Alliance International (HAI), qui a été l'une des architectes du Code.

Wendy, qu'est-ce qui vous a incitée à participer à la rédaction du Code ?

Tous ceux qui ont travaillé dans les pays à faible revenu où il existe une forte concentration d'ONG ont constaté que celles-ci se font concurrence pour se procurer du personnel local hautement qualifié, en petit nombre dans ces pays. Je l'ai vu au Mozambique, où le ministère de la

Santé ne peut pas offrir à son personnel des salaires comparables à ceux des ONG. Il en résulte un exode des cerveaux chez les médecins, le personnel infirmier, les cliniciens, qui désertent les établissements officiels de front et les institutions locales en faveur des ONG.

Étant donné que ce personnel ne s'expatrie pas, le phénomène n'est pas reflété dans les données relatives à la migration des travailleurs de la santé. Et, pis encore, les professionnels qui passent aux NGO abandonnent généralement des fonctions cliniques ou dans le domaine de la santé publique pour se consacrer à l'administration de projets et ne reviennent presque jamais à la santé publique nationale.

Cet exode des cerveaux présente un grave problème lorsqu'il s'agit de renforcer les capacités locales, renforcement qui vise à assurer un fonctionnement efficace du ministère de la Santé, auquel il faut des professionnels qualifiés. Je sais que les ONG subissent de leur côté des pressions, de la part des donateurs, qui les incitent à obtenir des résultats rapides. Leur argument est qu'elles font concurrence à d'autres ONG, qui versent des salaires élevés et qu'elles doivent donc en faire autant. Et elles ne veulent pas d'expatriés pour faire le travail; elles veulent un personnel local.

Je compatis avec elles et je comprends bien que les divers principes peuvent aller à l'encontre des positions d'une ONG donnée. Mais la « course aux salaires » a un effet subversif sur l'ensemble du système.

Les 22 premières entités signataires du Code travaillaient toutes au renforcement des capacités et en partenariat avec des institutions locales. Elles s'efforçaient de résoudre ces problèmes et avaient formulé des solutions qui restaient peu connues à l'extérieur. Nous avons donc pensé qu'un Code de conduite, qui préciserait aussi les pratiques que les ONG devraient s'efforcer d'éviter, pourrait aider d'autres groupes à trouver un moyen de faire du travail non traditionnel dans le développement de la santé, qui contribuerait à renforcer les capacités dans le long terme.

Les entités qui ont participé à la rédaction du Code ne sont pas toutes signataires de celui-ci. Il y en a, en effet, qui ont estimé qu'elles ne pourraient pas se conformer à certaines dispositions, notamment dans le domaine des ressources humaines. Nous ne voulions pas non plus rédiger un code qui serait si général, si vague, si peu spécifique, que tout le monde pourrait y donner son adhésion en tout confort. Nous voulions en quelque sorte interpellier les ONG, les amener à réfléchir à la façon dont elles opèrent dans les pays en développement.

Quelles sont les sections du Code qui sont les plus controversées et devant lesquelles certaines ONG ont reculé ?

L'article 2 prévoit que « Les ONG adopteront des pratiques de rémunération des employés qui renforcent le secteur public » et exige des entités signataires qu'elles s'engagent à « essayer de créer des structures de rémunération tenant compte des différences de connaissances spécialisées et de formation, abstraction faite de la nationalité de l'employé ».

L'article 1er a également posé problème pour certains. Dans sa section 1, il stipule que « dans les domaines où le personnel formé est rare, les ONG s'efforceront dans toute la mesure du possible de s'abstenir d'embaucher du personnel de santé ou d'administration appartenant au secteur public, ce qui priverait les ministères et leurs activités cliniques de compétences et d'expertise ».

Les ONG font remarquer que si elles doivent se conformer au droit du travail du pays, du Mozambique par exemple, elles sont dans l'obligation d'accorder un traitement égal à tous les candidats à un emploi. La loi exige d'elles qu'elles annoncent tous les emplois à pourvoir sur le plan local d'abord, puis sur le plan international. Et donc si elles trouvent un Mozambicain possédant les qualités requises, elles sont tenues de l'embaucher.

Je crois qu'il y a des solutions possibles à ces dilemmes, sans circonvenir les lois des pays relatives au travail, mais je reconnais que ce

sont des problèmes valides. Nous ne pouvons pas, dans nos pratiques de recrutement, exercer de discrimination envers le personnel local. Mais les ONG peuvent s'efforcer d'appuyer les salaires et les programmes au sein de la structure du ministère.

Exercez-vous une supervision pour déterminer si les ONG signataires respectent le Code et surveillez-vous l'impact qu'a eu le Code ?

Le Code ne comporte pas de mécanisme d'application. Il y a des codes de conduite qui, bien que n'étant pas contraignants sur le plan juridique, sont si largement acceptés qu'un non respect serait embarrassant. Mais le présent Code n'est pas encore parvenu à ce niveau.

Un an après avoir lancé le Code, nous avons procédé à un sondage pour déterminer s'il était appliqué dans la pratique. Nous n'avons pas constaté de changements de pratique dus au Code de conduite, mais cela venait du fait que les ONG signataires étaient celles qui se conformaient déjà aux principes énoncés dans le Code.

Toutes les ONG signataires ne respectent pas à 100 % les dispositions du Code. Mais elles s'attachent à trouver des solutions novatrices en vue de parvenir d'aussi près que possible à un respect intégral. Ce qui a été d'une utilité précieuse lors des premiers stades, cela a été le partage d'information et d'idées dans le cadre du processus de rédaction. Le résultat est un produit de connaissance. Le Code constitue un instrument qui permet de publier certaines de ces pratiques, d'une façon qui n'aurait peut-être pas été possible en son absence. Donc bien que nous n'ayons pas de preuve tangible qu'il ait modifié les pratiques, je crois fermement que c'est une ressource utile pour les ONG qui souhaitent s'attacher à élaborer des politiques et des procédures analogues.

Qui peut adhérer au Code et quel est le processus d'adhésion ?

Le Code était destiné à l'origine aux ONG internationales du domaine de la santé. Mais les donateurs et les ONG locales peuvent également en devenir signataires. Initialement, les ONG locales étaient perçues comme étant les victimes de l'exode interne des cerveaux, qui les affectait de la même façon que le secteur public. Aujourd'hui, beaucoup de ces ONG locales sont devenues des sous-traitants des grandes ONG internationales, ce qui fait que les limites s'estompent.

Il y a une page sur notre site web où les ONG locales peuvent demander à devenir signataires.

Qu'en est-il des donateurs tels que la Fondation Bill et Melinda Gates ? Un tel donateur pourrait-il adhérer au Code ?

L'adhésion au Code d'une institution internationale telle que l'OMS ou d'un gros donateur comme la Fondation Bill et



Bill et Melinda Gates en visite dans un hôpital du Mozambique.

Melinda Gates aurait un impact extraordinaire. Ces grandes organisations pourraient, par exemple, exiger de tous leurs bénéficiaires qu'ils y souscrivent aussi. Et cela ferait du Code non plus un produit de connaissance mais un instrument réel de mesure de la performance des ONG.

Ce serait extraordinairement utile, même si elles adaptaient le Code à leurs propres fins. Nous avons eu des échanges intéressants au début du processus avec l'USAID et l'International Health Partnership, mais malheureusement nous ne sommes pas arrivés au point où elles auraient inclus le Code dans leur cadre de politique.

Le problème principal vient de ce que tout le monde parle de l'appropriation des pays, mais que les donateurs ne sont pas disposés à un réel changement de pratiques. J'ai travaillé dans un système local de santé publique, ici aux États-Unis, jusqu'en 2004, avant d'entrer dans le secteur de la santé mondiale, et au cours de cette époque, j'ai vu le problème s'aggraver. On parle beaucoup de renforcer les systèmes de santé. On parle beaucoup de renforcer les capacités locales, mais ce que je constate, c'est que ce sont les grandes ONG internationales, qui n'arrêtent pas de grandir, qui sont les véritables bénéficiaires des flux de ressources financières allouées à la santé mondiale.

En revanche, je parlais à un ami qui s'occupait d'un de ses amis malade en

Éthiopie le mois dernier. L'Éthiopie reçoit environ 400 millions de dollars d'aide pour la santé alloués par les États-Unis, mais il n'y a pas d'appareil de radiographie à l'hôpital national qui traite la tuberculose.

Dans les pays où j'ai travaillé, je ne constate pas d'augmentation des capacités du secteur public. Peut-être un peu dans les institutions locales, mais d'après ce que je vois, le secteur public est encore plutôt anémique. Si le but est de renforcer les capacités locales, je ne vois pas, personnellement, qu'il y ait des résultats mesurables quelconques.

Ce qu'il faut, pour ceux d'entre nous qui souhaitent réellement renforcer les systèmes de santé, c'est de commencer à songer aux façons de mesurer les résultats. C'est très beau de parler de « l'appropriation des pays » et du « contrôle local », mais le Code de conduite offre la possibilité de déterminer ce qu'il est en véritablement dans la pratique. Nous devons nous atteler plus sérieusement à la tâche du passage, dans le travail de développement, de la charité à la solidarité et le renforcement des capacités locales doit être notre principal objectif. <

Interview réalisée par Heinz Greijn

Liens

- www.ngocodeofconduct.org



Peter Lochoro

p.lochoro@cuamm.org

Représentant de pays, Doctors with Africa Cuamm, Ouganda

Rogers Ayiko

r.ayiko@cuamm.org

Responsable du suivi et évaluation, Doctors with Africa Cuamm, Ouganda

Giovanni Dall'O'glio

g.dallaglio@cuamm.org

Coordinateur régional du programme du Karamoja, Doctors with Africa Cuamm, Ouganda

Renforcement des systèmes de santé de district du Karamoja (Ouganda)

À l'intérieur d'un système de santé de district

Dans la sous-région du Karamoja, dans le nord de l'Ouganda, nombreux sont les enfants qui meurent avant l'âge de 5 ans. Dans le cadre d'un programme visant à améliorer la santé infantile, l'organisation Doctors with Africa Cuamm a fait équipe avec l'UNICEF pour renforcer le système de santé des districts de la sous-région.

Le Karamoja est la sous-région la plus pauvre, la plus reculée et la moins développée de l'Ouganda. Sa population de plus de 1,2 million d'habitants n'a ni services de santé de base ni accès à l'eau potable. Les taux de morbidité et de mortalité sont particulièrement élevés. Sur 1 000 naissances vivantes, on y enregistre 174 décès d'enfants de moins de 5 ans, ce taux de mortalité étant de 27 % supérieur à la moyenne nationale. Quant à la mortalité maternelle, elle s'établit à 72,4 % au dessus de la moyenne pour le pays.

Le système de santé du Karamoja compte 101 établissements de divers types et dimensions : un hôpital de référence régional, quatre hôpitaux généraux, quatre centres de santé IV (CS IV), 35 CS III et 57 CS II. Sur ces 101 établissements, 22 appartiennent au secteur privé à but non lucratif et 79 au secteur public. Les établissements de santé à but lucratif sont pratiquement inconnus dans la région.

Plusieurs programmes verticaux sont en cours d'application au Karamoja, notamment :

- Le programme de prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME)
- Des programmes de lutte contre le VIH/sida administrés par divers partenaires
- Des programmes de santé génésique
- Des programmes de nutrition administrés par divers partenaires
- Des programmes de relations communautaires élargis
- Des programmes de lutte contre les maladies négligées, en particulier le kala-azar ou leishmaniose viscérale et la filariose lymphatique ou éléphantiasis

Ces programmes sont dits verticaux car ils ont leurs propres plans de travail, structures de gestion, systèmes de financement et systèmes d'information, bien que la plupart d'entre eux fassent appel aux personnels des

districts pour mener leurs activités. Les programmes verticaux tendent à causer une fragmentation de la planification et de la mobilisation des ressources et des chevauchements, voire un doublement, du financement pour certaines activités. Ils sont source d'un gaspillage de ressources et les formalités administratives supplémentaires qu'ils exigent empiètent sur les responsabilités générales du personnel de santé.

Toutes les activités de santé au Karamoja, qu'elles relèvent d'établissements publics, d'établissements privés ou de programmes verticaux, sont coordonnées par les sept Bureaux de santé de district de la région. Chacun de ces bureaux est dirigé par un officier de santé de district, qui est chargé de la planification et de la gestion de la santé dans son district.

L'Équipe de gestion de la santé de district, organisme plus vaste réunissant de multiples parties prenantes, est composée de membres de l'équipe de santé de district et des chefs des sous-districts de santé, des chefs des unités de santé et des partenaires au développement. Les officiers de santé de district ont un rôle clé à jouer pour veiller à ce que le système fournisse des prestations cohérentes et efficaces.

L'établissement de relations synergiques entre toutes ces entités exige un leadership résolu et une solide gouvernance au niveau du district. Cela, chose regrettable, fait souvent défaut au Karamoja. La gouvernance et la supervision sont faibles. La région souffre d'une pénurie de personnel ayant reçu une formation avancée. Les capacités de gestion logistique et des chaînes d'approvisionnement sont limitées, de même que l'expérience en matière de gestion des systèmes d'information, de l'infrastructure et de l'équipement de santé. La planification et l'exécution des programmes laissent à

désirer et les ressources sont gaspillées. Il est impératif de renforcer les capacités au niveau des districts si l'on veut remédier aux taux élevés de morbidité et de mortalité.

À l'évidence, des ressources financières supplémentaires sont nécessaires pour s'attaquer à ces problèmes du système de santé de manière efficace, mais c'est peut-être trop espérer pour l'avenir immédiat. Toutefois, même avec les seules ressources actuellement disponibles, on pourra accroître les performances en améliorant la gestion et des progrès sont possibles dans de nombreux domaines. Les capacités des districts doivent être renforcées et c'est là le principal but que vise l'intervention de Cuamm au Karamoja. Avec des contributions du gouvernement ougandais ainsi que d'autres partenaires, l'organisation continue d'apporter des améliorations dans tous les districts de la sous-région.

Cuamm

Doctors with Africa Cuamm est une organisation italienne active en Afrique dans le domaine de la santé depuis les années 1950. Elle s'emploie principalement à améliorer l'état de santé des segments les plus pauvres de la population, ce qu'elle fait en renforçant les systèmes de santé de district pour faciliter l'accès aux soins de santé primaires, en améliorant la qualité des soins et en renforçant la capacité des communautés et des systèmes locaux à reconnaître les problèmes de santé qui se manifestent et à les résoudre.

L'Ouganda est l'un de sept pays d'Afrique où Cuamm est présente depuis plusieurs décennies. L'organisation est également active au Soudan, en Éthiopie, en Tanzanie, au Mozambique, en Angola et au Kenya.



Mères et enfants dans un hôpital bénéficiant de l'appui de l'UNICEF.

Renforcement des bureaux de santé de district

Dans le cadre de son partenariat avec l'UNICEF, Cuamm appuie les systèmes de santé dans les sept districts du Karamoja. Depuis décembre 2006, l'organisation met en œuvre un projet en quatre phases intitulé « Réponse à l'urgence chronique au Karamoja », qui a pour objet de fournir une assistance technique à tous les bureaux de district. La nécessité d'une telle aide a été signalée par une équipe du ministère de la Santé, de l'UNICEF et de Cuamm, qui a effectué une évaluation de la gestion de la santé au niveau des districts en août 2006 et qui a constaté un certain nombre d'insuffisances de capacités.

L'une des grandes recommandations issues de l'évaluation était d'employer des conseillers techniques pour appuyer et renforcer les capacités des équipes de santé de district. Cuamm a donc affecté dans chaque district un conseiller technique, agent de santé publique expérimenté, généralement un médecin, qui a été inclus en tant que membre dans l'équipe de santé. Ces conseillers aident les officiers d'attribution des tâches à assurer l'acquisition de compétences essentielles. Ils organisent la supervision et participent à des activités de mentorat au sein des équipes de santé de district. Ils assistent également à des réunions de comités de planification technique avec les chefs des services de district, où ils peuvent interagir avec les dirigeants civils et politiques du district ainsi qu'avec des membres de la société civile. C'est principalement dans le cadre de ces forums qu'ils plaident en faveur d'améliorations continues des prestations de services.

Les principaux rôles des conseillers techniques sont les suivants :

1. Aider les districts à renforcer leurs capacités en matière de planification, d'exécution, de suivi et de fourniture de rapports;

2. Contribuer à la mise en place d'un système de gestion de l'information de santé permettant des améliorations visibles en matière de collecte, fiabilité, stockage, extraction, analyse, diffusion et emploi de l'information;
3. Promouvoir les forums des districts du Karamoja en tant que lieux d'apprentissage et de partage de solutions entre les districts;
4. Renforcer les capacités de supervision, de formation et d'encadrement du personnel de santé;
5. Favoriser la responsabilisation en matière d'emploi des ressources et d'obtention de résultats;
6. Appuyer la coopération avec les autres responsables techniques des services des districts dans les domaines de l'éducation, de l'adduction d'eau et de l'assainissement et de la planification.

Les conseillers de Cuamm s'emploient à prévenir la fragmentation et les redondances d'efforts, à promouvoir une planification globale et à partager l'information. Ils veillent à ce que les programmes verticaux n'aient pas d'effets négatifs sur les autres composantes de l'ensemble intégré national de soins de santé minimum, régime de soins médicaux primaires de l'Ouganda.

Les conseillers dispensent également une formation en cours d'emploi au personnel chargé de l'information de santé, procèdent à des évaluations périodiques de la qualité des données et facilitent la promotion des technologies nouvelles. Ces informations sont partagées lors des réunions d'examen trimestrielles auxquelles assistent de nombreuses parties prenantes, dont des ONG et des partenaires des Nations Unies actifs au Karamoja. Ces examens revêtent une importance cruciale pour encourager l'apprentissage par les pairs entre les districts et pour repérer les obstacles,

nouveaux ou persistants, s'opposant à l'accès aux services.

Résultats

La participation active des conseillers de Cuamm aux travaux des divers organismes consultatifs a favorisé l'exploitation de synergies entre les parties prenantes, ce qui a produit de nettes améliorations.

L'emploi des ressources de soins de santé primaires décaissées par le gouvernement central est passé de 56 % en 2005 (pré-intervention) à 100 % en 2010. Il y a également eu des améliorations en matière de surveillance épidémique : alors qu'en 2005, 49 % seulement des rapports étaient soumis en temps voulu au ministère de la Santé, ce taux était passé à 82 % en 2010. Il en est résulté des progrès mesurables sur le terrain.

La couverture vaccinale pour la diphtérie, la rougeole et le tétanos (3e dose du vaccin combiné DTP) a commencé à s'accroître à raison d'environ 3 % par an dans la région, alors que l'on note au niveau national une tendance à la baisse dans les mêmes proportions à peu près. Le taux d'utilisation des services ambulatoires progresse également et le taux des femmes qui choisissent d'accoucher en milieu hospitalier augmente légèrement plus vite que la moyenne nationale.

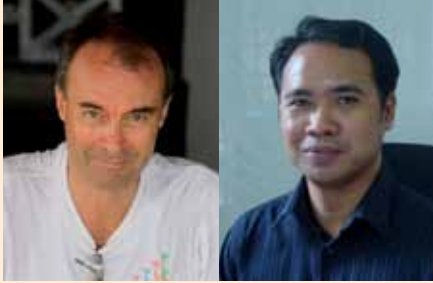
Sous l'effet d'un processus de planification plus participatif, des approches novatrices voient le jour. Dans le district de Kotido, par exemple, des jeunes femmes et des filles ont été vaccinées contre le tétanos à l'occasion d'un office religieux du dimanche. Ceci a porté la couverture de la 2e à la 5e dose dans le sous-district concerné à 78,4 %, soit bien plus que la moyenne régionale pour le Karamoja qui est de 36,4 % et même plus que la cible nationale fixée à 70 %.

Conclusion des auteurs

La programmation verticale a toujours constitué une forme de parade d'urgence. Bien que nous nous félicitions souvent des avantages rapides et propres procurés par les instruments que nous avons perfectionnés progressivement, nous mesurons rarement les coûts d'opportunité des programmes verticaux. Il faudra longtemps pour convaincre tous les bailleurs de fonds, et nous continuerons sans doute d'avoir besoin de tels programmes dans certaines circonstances, mais le message que nous émettons ici est que la programmation verticale doit impérativement s'orienter vers la diagonale pour donner de meilleurs résultats.

Face au manque et au désespoir, il est éminemment valable de démontrer que l'on peut redonner confiance, renforcer les capacités et produire des résultats. C'est ce qu'a fait l'intervention de Cuamm; cela, et l'obtention d'effets synergiques entre la programmation horizontale et la programmation verticale. <

Un tueur silencieux au Cambodge



Maurits van Pelt
mopotsyo@gmail.com
Directeur de MoPoTsyo, Phnom Penh (Cambodge)

Chean Men
cheanmen@gmail.com
Membre du conseil d'administration de MoPoTsyo et chercheur au Center for Advanced Studies, Phnom Penh (Cambodge)

Au Cambodge, le diabète est une maladie dévastatrice. Les soins cliniques coûtent cher et sont à portée de la bourse des seuls les habitants urbains aisés, alors que les pauvres ne sont pas traités et meurent. L'organisation cambodgienne MoPoTsyo a une solution novatrice qui a déjà sauvé de nombreuses vies.

C'est au début des années 1990 qu'a commencé la reconstruction du système de santé publique du Cambodge, après plusieurs décennies de guerre. Des experts de la santé et des organismes donateurs internationaux ont conçu un système dans lequel la plupart des ressources étaient allouées à la lutte contre les maladies transmissibles, les autres, dont beaucoup sont des affections chroniques, étaient essentiellement ignorées.

Une étude effectuée en 2010 a révélé que 2,3 % des Cambodgiens ruraux de 25 à 60 ans souffraient du diabète et que 10 % avaient de l'hypertension. Si la prévalence de ces affections n'est pas particulièrement élevée par rapport aux autres pays, il est préoccupant de constater qu'un nombre relativement élevé de Cambodgiens maigres en souffrent. Les experts attribuent ce fait à une prédisposition génétique alliée à des facteurs environnementaux. Le système de santé publique cambodgien de l'après-guerre n'est pas adapté à cette situation et des réformes urgentes s'imposent pour tenir compte de la modernisation et des changements rapides du style de vie de la société.

Le diabète est l'un des tueurs silencieux du Cambodge : la grande majorité des patients ne sont pas diagnostiqués. La durée moyenne de la maladie signalée dans un groupe de plus de 500 patients inscrits à l'Hôpital national Kossamak n'était que de quatre ans et ne dépassait 10 ans que chez 10 % des patients. Ceci indique que la plupart des gens touchés par la maladie décèdent peu de temps après l'avoir contractée.

Outre qu'il tue des adultes par ailleurs en bonne santé, le diabète a également pour effet d'épuiser les ressources financières des ménages. Les parents se voient contraints d'interrompre la scolarité de leurs enfants pour que ceux-ci puissent se mettre au travail et ajouter aux revenus familiaux. Les gens vendent leur bétail et même leurs terres pour payer les frais de traitement, laissant derrière eux des dettes qui ne seront jamais remboursées.

Et il y a peu de protection contre ce fardeau financier. Les patients les plus pauvres sont dépossédés de tous leurs avoirs et la perte des terres est un problème de plus en plus grave : en milieu rural, la moitié des pauvres ayant perdu leurs terres attribuent ce fait aux frais de santé. Le traitement du diabète consiste en des soins médicamenteux et en un suivi par du personnel de santé. Mais au Cambodge, seuls les habitants urbains aisés peuvent s'acheter régulièrement les médicaments : l'insuline, dans le secteur privé, coûte 16 dollars EU pour 10 ml, seringues non comprises.

La solution de MoPoTsyo

L'organisation non gouvernementale cambodgienne MoPoTsyo a trouvé une solution de substitution aux traitements cliniques coûteux, consistant à associer des diabétiques « expérimentés » au diagnostic précoce, au traitement et à l'éducation des nouveaux patients. Ce programme expérimental a été mis en œuvre en 2005 dans deux quartiers défavorisés de la capitale, Phnom Penh; il a été progressivement étendu pour englober cinq quartiers défavorisés et, en juin 2007, le premier projet rural a été lancé dans la province de Takeo, à une centaine de kilomètres au sud de Phnom Penh.

L'élément central du programme est formé par des pairs éducateurs communautaires, eux-mêmes porteurs du diabète mais qui gèrent bien leurs symptômes. Après un cours de formation de six semaines sanctionné par un examen, ils forment des réseaux de pairs éducateurs et leur domicile devient un lieu de réunion hebdomadaire pour les diabétiques vivant dans la communauté.

Les pairs éducateurs effectuent des visites à domicile pour sensibiliser les gens à la maladie. Pour assurer un diagnostic précoce, ils distribuent des bandelettes réactives au glucose urinaire et font des prélèvements sanguins. Toute personne repérée par ce dépistage peut s'inscrire à un centre d'information des patients. L'inscription est gratuite et il y a actuellement 63 pairs éducateurs et 2906 diabétiques inscrits.

Autofinancement

L'argent nécessaire pour administrer le programme provient de la fourniture de services aux patients inscrits. MoPoTsyo intervient en tant qu'importateur et distributeur en gros de médicaments standard, qui sont vendus aux pharmacies des communautés où les pairs éducateurs exercent leurs activités. Ces pharmacies vendent les médicaments délivrés sur ordonnance aux membres inscrits des réseaux et aux pairs éducateurs au plus bas prix possible.

Le système de rémunération des pairs éducateurs est, lui aussi, novateur. Les pairs éducateurs dont les patients obtiennent les meilleurs résultats, en termes de connaissances et de compréhension, tension artérielle, taux de glycémie et poids corporel, reçoivent les plus fortes primes. Deux fois par an, des pairs éducateurs d'une autre province évaluent le travail de leurs collègues en examinant les résultats d'échantillons randomisés de patients.

Les pairs éducateurs s'efforcent de protéger les diabétiques vulnérables en les empêchant de recourir à des prestataires de soins peu fiables. Les patients n'appartenant pas au système continuent de payer des sommes excessives pour des traitements de piètre qualité. Mais les patients informés membres du réseau ne font pas qu'économiser de l'argent, bien que leurs frais mensuels moyens ne soient que de 4 dollars au lieu de 12; ils sont aussi en meilleure santé, plus confiants en eux-mêmes et mieux équipés pour parler de leurs préoccupations et améliorer leur situation.

Les pairs éducateurs dispensent des cours qui aident les patients à s'informer sur leur

maladie, mais pour beaucoup de ceux-ci, le contact personnel établi avec un pair éducateur auquel ils font confiance est tout aussi important, en particulier lors des premiers stades.

Régime alimentaire et style de vie

Le programme de cours dispensé par les pairs éducateurs s'articule en six sessions :

- Éléments fondamentaux de la biologie humaine
- Effets du diabète sur l'organisme
- Comment contrôler le taux de glycémie
- Différents types de médicaments et leur rôle
- Nutrition et alimentation saine pour les Cambodgiens diabétiques
- Comment s'auto-analyser, fixer des cibles et consigner les progrès

Ce programme souligne l'importance du changement de style de vie. La plupart des Cambodgiens diabétiques ne se rendent pas compte que le riz blanc, tout particulièrement sa variété cambodgienne, a un taux de glucose très élevé, lequel glucose est très rapidement libéré dans le sang. Les Cambodgiens moyens tirent plus de 80 % de leur ration énergétique quotidienne du riz blanc.

Chaque patient inscrit se voit remettre une affiche qui indique l'indice glycémique des aliments de consommation courante, sous forme de pyramide, ceux à indice élevé étant présentés en rouge au sommet de la pyramide et ceux à indice peu élevé en vert à la base de la pyramide. Ce tableau aide les patients hyperglycémiques (diabète de type 2) à réduire leur taux de glycémie en les encourageant à remplacer le riz blanc par d'autres sources d'énergie plus saines.

Autres résultats prometteurs

Dans la province rurale de Takeo, plus de 70 % des diabétiques dépistés par un pair éducateur ne se savaient pas malades. Un diagnostic précoce est d'une importance clé pour prévenir les complications, d'autant plus que le dépistage est suivi d'un accès à des soins d'un coût abordable.

Des évaluations indépendantes examinant divers échantillons randomisés de patients inscrits font apparaître une tendance relativement constante d'amélioration de leur état de santé. Malgré leur faible niveau d'alphabétisation, les membres du réseau de pairs éducateurs comprennent mieux leur maladie et les changements qu'ils ont à apporter à leur style de vie. On note une amélioration significative des taux de glycémie et de la tension artérielle après l'inscription des patients au programme et la grande majorité de ceux-ci signalent qu'ils sont plus actifs physiquement et consomment moins de riz blanc qu'auparavant. Les études indiquent qu'il y a aussi moins d'hospitalisations après l'inscription au programme. De plus, les dépenses de santé sont trois fois moins élevées.



Hollandse Hoogte / John Vink

Un agent de santé de MopoTsyo donne de l'insuline à un pêcheur cambodgien diabétique.

Perspectives d'avenir

L'approche du réseau des pairs éducateurs remet en cause l'idée que les diabétiques ne peuvent être atteints de manière efficace que par des services de santé professionnels et que toute stratégie de prévention secondaire exige des investissements dans les soins de santé en milieu hospitalier et le renforcement des capacités des prestataires de soins professionnels. Les résultats obtenus par le programme militent fortement en faveur d'une amplification de l'initiative. Il faut toutefois prendre en considération un certain nombre de facteurs de risques importants :

- *Intégration dans le système général de santé* – Les autorités locales de la santé doivent intervenir afin de renforcer encore le programme. Si un tel programme évolue indépendamment des autres composantes du système de santé, les patients risquent de ne pas pouvoir bénéficier de soins qui leur seraient accessibles s'ils étaient restés dans le système public.
- *Statut des pairs éducateurs dans le système* – Au niveau des soins primaires, la fonction de pair éducateur peut donner lieu à des confusions en termes de :
 - hiérarchie, attributions et responsabilité
 - lignes de communication
 - complémentarité entre le réseau et le système de soins primaires en place
 - financement (montant et mode de rémunération)
- *Qualité des soins* – Beaucoup des pairs éducateurs communautaires sont peu instruits, n'ont pas suivi de cours généraux de soins de santé et leur formation ne porte que sur des problèmes de santé très spécifiques. Ceci limite la portée de leur intervention devant les cas chroniques dont ils assurent le suivi. La prise en charge des complications graves,

à longue échéance, pose ici problème. Or les membres du réseau vivent de plus en plus longtemps et le nombre des complications se multiplie. Il faut donc prévoir une augmentation de la demande de soins de santé professionnels fondamentaux et un renforcement des capacités à traiter les cas chroniques complexes. Ce type de responsabilité ne saurait être confié à des travailleurs de la santé peu spécialisés.

Il sera peut-être possible de résoudre ces difficultés de manière optimale en assurant une supervision, en organisant les formations et en élaborant des politiques et des procédures judicieuses pour gérer le système. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer le potentiel de cette approche novatrice, mais il apparaît déjà clairement que les réseaux de pairs éducateurs constituent un investissement payant en tant que composantes de la réponse du système de santé aux besoins d'un million de Cambodgiens touchés par le diabète et l'hypertension. <

Pour en savoir plus

- Robin Biddulph (2000) *Where has all the land gone? In Making the Poor More Visible: Landlessness and Development Research Report*, volume 4. Oxfam Great Britain, Cambodia Land Study Report.
- Chean Men (2011) *The Peer Educator Network: An Intervention to Reduce Health Care Costs and Improve Health Outcomes of Patients with Diabetes and Hypertension*. A Baseline Study of the Thmar Pouk Partnership Project. ICCO and KiA.
- Chean Men (2007) *I Wish I Had AIDS: Qualitative Study on Access to Health Care services for HIV/AIDS and Diabetic Patients in Cambodia*. European Commission.

Lien

- www.mopotsyo.org

Le chaînon oublié



Abdul Ghaffar
ghaffara@who.int
Directeur exécutif de l'Alliance pour la recherche en matière de politiques et de systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la santé, Genève

Les années 1978 et 2000 ont été des années charnières pour la santé mondiale. La conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978 et la session de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2000 où a été adoptée la Déclaration du Millénaire ressortent comme les deux réunions internationales qui ont jeté un coup de phare sur la santé mondiale et l'ont inscrite à l'ordre du jour du développement.

À Alma-Ata, les responsables de la santé venus du monde entier ont résolu de concevoir et d'élaborer des systèmes de santé nationaux reposant sur les trois piliers de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de la participation communautaire. Plus de vingt ans après, cependant, peu de systèmes de santé nationaux sont effectivement fondés sur l'équité et font appel à une coopération communautaire et, chose triste à constater, la plupart des pays n'atteindront pas les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé d'ici la date butoir de 2015.

Erreur fatale

Le Rapport sur le développement dans le monde de 1993 et le Rapport sur la santé dans le monde publié sept ans plus tard se sont avérés avoir un effet négatif sur l'établissement des systèmes de santé envisagés lors des réunions de 1978 et 2000. Ils préconisaient tous deux une cartographie et une mesure de macro-indicateurs, fondés pour la plupart sur des projections, mais commettaient l'erreur fatale d'ignorer le rôle des systèmes de santé de district dans le fonctionnement du système de santé national.

Du fait de leur focalisation peu judicieuse, ces deux rapports ont involontairement miné le potentiel des systèmes de santé de district, qui sont d'une importance crucial pour le système de santé national, tout particulièrement dans les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure (PRITI). Les problèmes issus de la négligence des systèmes de santé de district ont été aggravés lorsque les grands bailleurs de fonds ont commencé à distribuer des millions de dollars en faveur de leurs propres priorités en matière de santé. Ces apports ont, certes, fourni des ressources aux pays pauvres, mais ils ont gravement miné, et dans certains cas détruit, le système de santé national.

Les politiques et plans centralisés élaborés avec l'aide des donateurs internationaux ont leur importance, mais les décideurs n'ont pas tenu compte des agents qui gèrent les services de santé au niveau des districts et en dessous. Ils n'ont pas compris que ce n'est pas le meilleur matériel et les plans les plus soigneux qui gagnent les guerres, mais que la victoire dépend de la motivation et du moral des troupes. Les dirigeants nationaux et mondiaux, chose regrettable, n'ont pas reconnu le rôle, la pertinence et la contribution des systèmes de santé de district pour la réalisation des OMD.

Condition préalable

Il existe dans les PRITI des preuves suffisantes qui montrent que l'intégration et la collaboration au niveau des soins de santé primaires ont notablement facilité l'accès aux services de santé ainsi que la couverture et la qualité des soins. L'amélioration de la performance des systèmes de santé de district, et de leurs dirigeants, est une condition préalable de l'amélioration des systèmes de santé nationaux.

C'est précisément au niveau des districts que tous les programmes verticaux se réunissent naturellement; c'est là que les besoins des communautés doivent être évalués avant de passer à l'action. C'est, du point de vue administratif, le niveau logique où il faut gérer, superviser et appuyer les soins de santé primaires, depuis les services préventifs jusqu'aux services curatifs.

Les autorités nationales de la santé et le gouvernement doivent reconnaître l'importance et le potentiel des systèmes de santé de district pour la réalisation des OMD. Ils doivent investir dans un personnel de santé capable et compétent et fournir les ressources financières requises pour établir et entretenir l'infrastructure de la santé. Sans ces mesures fondamentales, le cercle vicieux actuel perdurera et des millions de dollars des contribuables continueront d'être injectés dans le système de santé fragile des pays en développement, sans donner les résultats escomptés. <

Capacity.org, numéro 42, juin 2011

Capacity.org est publié en anglais et en français, accompagné d'un webzine (www.capacity.org) et d'une lettre d'information envoyée par courriel. Chaque numéro porte sur un thème particulier touchant au renforcement des capacités dans la coopération internationale. Vous y trouverez des articles, des interviews, une rubrique « Opinion » et des liens commentés vers d'autres ressources web, des publications et un calendrier de manifestations.

Rédacteur en chef : Heinz Greijn
heinzgreijn@learning4development.org
Rédacteur web : Wangu Mwangi
Comité de rédaction : Niloy Banerjee, Volker Hauck, Jan Ubels et Hettie Walters
Assistants de rédaction : Niels Keijzer et Tony Land

Auteurs ayant contribué au présent numéro : Carolien Aantjes, Rogers Ayiko, Fikansa Chanda, Giovanni Dall'Oglio, Thomas Gass, Abdul Ghaffar, James Hradsky, Wendy Johnson, Peter Lochoro, Chean Men et Maurits van Pelt.

Les opinions exprimées dans Capacity.org sont celles des rédacteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'ECDDPM, de la SNV ou du PNUD.

Production : Contactivity bv, Stationsweg 28, 2312 AV Leiden, Pays-Bas
Contrôle rédactionnel : Adrienne Cullen
Traduction : Michel Coclet
Mise en page : Anita Toebosch

Éditeurs : Centre européen de gestion des politiques de développement (ECDDPM), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), SNV (Organisation néerlandaise de développement).
Capacity.org a été créé par l'ECDDPM en 1999.

ISSN 1571-7496

Les lecteurs sont autorisés à reproduire les articles publiés dans Capacity.org à condition d'en mentionner clairement la source.

Capacity.org est une publication gratuite qui s'adresse aux praticiens et aux décideurs de la coopération internationale au développement. Pour vous y abonner, consultez www.capacity.org. Le numéro 43 paraîtra en septembre 2011.

