

---

# *La réhabilitation à base communautaire au Zimbabwe : De louables intentions, mais de piètres concepts*

---

Paul Bossyns<sup>1</sup> et Wim Van Damme<sup>2</sup>

## *Introduction*

Les chiffres les plus cités sont que 7 à 10% de la population des pays en voie de développement sont handicapés (Helander *et al.* 1989). De ceux-ci 30 à 50% (2 à 5% de la population totale) pourraient bénéficier d'une réhabilitation. Mais pas plus de 2 à 3% de ces personnes profitent en réalité de ce genre de services (Finkenflugel 1991).

Au cours de la dernière décennie, la réhabilitation à base communautaire (RBC) a été favorisée par plusieurs donateurs internationaux en Afrique. L'idée a graduellement fait tache d'huile parmi les agents de santé. Et c'est surtout dans les pays anglophones comme le Zimbabwe que la RBC est à présent généralement acceptée. Il est cependant étonnant qu'en même temps la littérature concernant la santé publique fait à peine mention du sujet et que des études d'évaluation en profondeur du coût-efficacité et de l'impact éventuel ne figurent nulle part.

---

<sup>1</sup> Projet 'Alafia'-GTZ, Niamey, Niger.

<sup>2</sup> Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Un des auteurs (PB) a eu le privilège de pouvoir travailler pendant quelques années comme médecin dans un district sanitaire au Zimbabwe où sa tâche consistait d'une part à encourager des activités de réhabilitation et d'autre part à organiser le fonctionnement du système de santé. Ce texte est inspiré par le travail réalisé dans les districts de Murewa et d'Uzumba-Maramba-Pfungwe (UMP).

## *La réhabilitation au Zimbabwe*

Au Zimbabwe les services de réhabilitation couvrent deux domaines. D'une part il y a la réhabilitation en milieu hospitalier, où les patients reçoivent de la physiothérapie et de la thérapie occupationnelle. La plupart des patients sont des cas de traumatisme en phase d'immobilisation, des cas d'accident vasculaire cérébral (AVC), des cas d'insuffisance respiratoire, etc. Une thérapie occupationnelle est donnée aux AVC, aux patients psychiatriques et aux retardés mentaux, ainsi qu'aux patients dépourvus et aux malades chroniques. Ce genre de services est relativement bien organisé dans des hôpitaux centraux ou provinciaux, mais laisse à désirer dans les hôpitaux de district. Dans un hôpital de 200 lits, tous occupés, ce programme peut aisément fournir du travail à plein temps à trois techniciens de réhabilitation. Le manque de ressources, surtout en matière de thérapie occupationnelle, constitue le problème principal.

D'autre part, le Zimbabwe s'est engagé dans un programme de RBC (Finkenflugel 1991). Ce programme est principalement opérationnel au niveau des districts où il emploie en général deux techniciens de réhabilitation (TR).

Les TR doivent diviser leur attention entre les soins hospitaliers et le programme de RBC. Le programme incite le district à choisir entre la réhabilitation à l'hôpital ou dans la communauté. Etant donné que la RBC a une connotation de soins de santé de base, la réhabilitation en milieu hospitalier est considérée comme moins prioritaire. Le système de perdiems qui

prévoit des avantages en plus du salaire normal pour des professionnels faisant du travail extra muros renforce cette tendance dans l'esprit des TR. Aucune sélection spéciale n'est faite parmi la variété considérable de handicaps et de patients. Cependant en pratique, le TR se limite souvent aux problèmes qu'il connaît le mieux, les patients souffrant de problèmes musculo-squelettiques, les enfants souffrant de paralysie cérébrale et les personnes âgées avec un AVC.

## *Problèmes observés dans les districts de Murewa et UMP*

### DES OBJECTIFS PEU REALISTES ET UNE COUVERTURE BASSE

Le programme RBC n'a jamais identifié les critères de sélection ou de restriction pour les visites à domicile. En principe chaque personne handicapée était un client potentiel et c'était la tâche du TR local d'identifier qui était nécessaire et pouvait bénéficier du programme.

D'un point de vue théorique, et en se basant sur les chiffres d'orientation les plus bas, à savoir 7% de handicapés dont 30% nécessitent de l'assistance, dans une région comptant 150.000 habitants, au moins 3.150 personnes devraient pouvoir bénéficier du programme RBC. Ceci signifierait 7,16 visites à domicile par jour de travail par TR, à condition qu'une visite par patient et par an suffise (ce qui est peu probable, les patients en réhabilitation souffrant souvent de problèmes chroniques).

Il est clair qu'un tel programme s'avère très coûteux et peu réaliste du point de vue opérationnel.

Suivant une étude au niveau provincial (Van der Hulst 1992) 25% des visites à domicile furent faites en vain, les personnes n'étant pas chez elles. Il apparaît aussi que dans 20% des cas, le patient attende en vain, la visite

n'ayant pas lieu (problèmes logistiques ou d'organisation). Ces observations diminuent considérablement le rendement des visites à domicile. En plus, selon les statistiques chaque TR d'un projet RBC visite en moyenne 0.5 à 1 personne par jour alors qu'une année-calendrier ne compte en fait que 172 jours de sorties. Au total nous obtenons donc moins de 300 visites à domicile par an, c.à.d. moins de 10% de couverture du besoin théorique. A titre de comparaison, le TR travaillant à l'hôpital de district de Murewa se charge de 8.3 patients en moyenne par jour ouvrable durant toute l'année.

Les problèmes sont en général structurels :

- Les communications en région rurale sont souvent difficiles. Concrètement, ceci signifie qu'un nombre des visites à domicile ne sert à rien, étant donné que le patient n'est pas chez lui. Les visites ne peuvent pas être planifiées au moment où le patient en a besoin, p.ex. au moment où il est confronté à un nouveau problème. Tout dépend en pratique du transport et du programme de travail du TR.
- Pour un programme de réhabilitation en milieu hospitalier, un minimum de deux TR est requis. Si les visites à domicile doivent se faire de façon régulière, l'engagement de deux TR par district est évidemment insuffisant.
- L'identification des problèmes est certes possible lors des visites à domicile, mais la solution (si elle existe) exige souvent des techniques disponibles seulement au niveau hospitalier. Si des solutions s'imposent, une visite par personne ne pourra pas suffire. L'efficacité coûterait donc très cher.
- Un dialogue continu entre le patient et le fournisseur de soins de santé est probablement impossible à organiser à partir d'un niveau centralisé. Ce besoin de dialogue, de suivi et de "proximité" a été à la base de la décision de créer des structures sanitaires périphériques, comme les centres de santé.

## ABSENCE D'UN SYSTEME DE SUPPORT MEDICAL

Un programme vertical tel que la RBC a une tendance "naturelle" à travailler en parallèle par rapport aux services de santé intégrés réguliers (Criel 1995). Le TR travaille de manière indépendante et prend bien souvent ses décisions sans l'avis d'un médecin. Cette tendance peut occasionner des délais importants pour le patient. Elle est renforcée par la notion erronée que les hôpitaux "ne font pas partie de la communauté" (voir plus loin) et sont donc opposés à la philosophie de base du programme RBC qui veut que la communauté résolve ses propres problèmes. Thorburn *et al.* (1993) ont souligné l'importance de canaux de référence et de support. Des exemples illustreront mieux qu'un long discours, quelques conséquences malheureuses possibles de l'approche RBC.

Exemple 1. Une jeune fille de 20 ans avec un raccourcissement important de la jambe droite (plus de 10 cm), avait reçu régulièrement la visite du TR pendant quelques années. Des contacts avaient déjà eu lieu avec un fabricant de chaises roulantes à la capitale, mais le manque d'argent avait retardé l'achat jusque là. Comme elle souffrait de douleurs chroniques croissantes à la hanche, un membre de sa famille l'avait emmené voir le médecin. La hanche montrait des déformations importantes secondaires à des problèmes au genou. La fille a été référée à un hôpital tertiaire pour une opération correctrice. Quelques mois plus tard elle pouvait marcher avec un genou raide, mais sans difficultés.

Exemple 2. Un garçon âgé de neuf ans s'était brûlé le cou. Les brûlures avaient été négligées et guérissaient avec une rétraction importante du cou inclinant la tête sur la gauche. Il était traité depuis plusieurs mois par le TR avec des bandages de support et des exercices, mais sans aucun résultat. Les résultats médiocres et le coût élevé ont fait que la mère a pris la décision d'aller voir un médecin. Le patient a ensuite été référé en chirurgie esthétique. Quelques mois plus tard, le handicap était réduit à un minimum très acceptable.

## PROBLEMES CONCERNANT LA SUPERVISION

Les TR doivent être considérés comme du personnel auxiliaire, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas exercer sans supervision adéquate<sup>1</sup>. Au Zimbabwe, la supervision des TR est organisée au niveau provincial où les physiothérapeutes et les spécialistes de la réhabilitation travaillent sans toutefois reconnaître les autorités de santé des districts. En pratique, ceci signifie que le TR a deux patrons. En plus, la supervision par la province exige du thérapeute provincial beaucoup de temps et des frais de transport supplémentaires. A cause des problèmes logistiques survenant dans un tel cadre, il arrive souvent que les visites à domicile ne sont pas supervisées. Une des solutions utilisées par le superviseur est d'ajouter une visite rendue à un patient vivant tout proche et qui peut être visité à plusieurs reprises. C'est pourquoi la plupart des rapports de contrôle ou d'évaluations de projet mentionnent le nombre de visites à domicile comme l'indicateur "d'un travail bien fait" plutôt que la qualité réelle du travail ou l'impact du programme.

## LA CREDIBILITE DES CENTRES DE SANTE MISE EN CAUSE

Comme le travail communautaire organisé au niveau district ou province, ne reconnaît pas les centres de santé locaux, il met leur crédibilité en danger. En plus il risque de déresponsabiliser leur personnel. Ici aussi un exemple vaut mieux qu'un long discours.

L'infirmier d'un centre de santé avait appris par l'intermédiaire de voisins qu'une femme dans un village proche avait eu un AVC, mais que sa famille la gardait chez elle et qu'elle avait développé des escarres de décu-

---

<sup>1</sup> La "supervision" est définie ici comme une activité d'observation du TR durant l'exécution de ses tâches et une analyse des observations faites, avec le TR, suivie de suggestions pour une amélioration de la situation (aspect formatif). La supervision ne peut être faite que par une personne possédant des compétences supérieures et de l'autorité (aspect administratif).

bitus surinfectés. L'infirmier avait contacté directement le TR puisque les soins à domicile pour AVC faisaient partie des responsabilités de ce dernier. L'infirmier ignorait d'ailleurs ce qui pouvait être fait dans un cas pareil au cours d'une visite à domicile. Une semaine plus tard lors d'une visite de supervision au centre en question, le TR demanda la permission de pouvoir se joindre à l'équipe de supervision du district pour pouvoir réaliser la visite à domicile. C'est seulement à ce moment-là que le médecin du district se rendit compte de l'existence du problème. La visite eut lieu et la patiente fut transportée à l'hôpital avec des escarres dans un état avancé de macération.

Cet exemple illustre bien l'incompétence de l'infirmier (justifiée dans une certaine mesure) en matière de réhabilitation et peut-être aussi dans une certaine mesure un manque d'implication personnelle. Le personnel du centre de santé ne se sent effectivement pas responsable des problèmes de réhabilitation. En plus, le fait que des autorités de santé publique de rang supérieur aient dû résoudre le problème, renforce la piètre image que la population a du centre de santé. L'absence fréquente du TR à l'hôpital ne favorise pas non plus un système de référence adéquat, qui pourrait améliorer la crédibilité du centre de santé. L'exemple montre également qu'une approche centralisée peut impliquer des délais parfois importants pour les patients.

### *RBC : contradiction ou conséquences logiques ?*

Au Zimbabwe, les autorités sanitaires promeuvent le concept de district sanitaire et ont une politique de décentralisation conséquente. Mais comment, peut-on se demander, un nouveau programme vertical tel que la RBC a-t-il pu apparaître dans un tel contexte ?

## UN TROU DANS LA GLOBALITE DES SOINS DANS LES SERVICES DE SANTE EXISTANTS

Les services de santé du Zimbabwe sont loin d'offrir une gamme complète de soins pour le moment. Certains patients ne reçoivent pas toute l'attention qu'ils méritent. Ceci est particulièrement le cas des patients en réhabilitation (Cornielje 1992). La continuité des soins pose souvent des problèmes aux patients chroniques, y compris ceux qui nécessitent une réhabilitation. C'est peut-être paradoxal, mais c'est précisément cette carence d'attention, combinée à l'intérêt (sincère) de certains agents de santé, qui a permis qu'une attention spécifique soit aujourd'hui donnée à ce groupe de patients. Ce phénomène n'est pas exceptionnel : les programmes de lutte contre le SIDA et celui de soins psychiatriques se trouvent dans la même situation. Les autres "trous du marché" expliquent également pourquoi les responsabilités des TR ont tendance à se multiplier avec le temps qui passe : les TR ont aussi été formés pour donner des conseils en matière de SIDA et de problèmes psychiatriques et doivent en plus s'occuper de problèmes sociaux et d'indigence. En d'autres mots, ils doivent combler des lacunes là où les services de santé font défaut.

La rationalisation et plus récemment les problèmes de coût/efficacité sont devenus prioritaires dans l'organisation des services de santé. Cette approche a donné un poids plus grand à la guérison (cure), où on peut se baser sur des indicateurs quantitatifs, plutôt qu'aux soins (care) qu'il est plus difficile d'évaluer avec précision. La plupart des services de santé modernes des pays en voie de développement n'arrivent pas vraiment à offrir des soins qui balancent "cure" et "care". Le district sanitaire n'a d'autre part pas encore résolu pleinement la question de l'attention au malade dans l'organisation générale des services de santé.

LES CONFUSIONS QUANT A LA NOTION DE "COMMUNITY-BASED" ("A BASE COMMUNAUTAIRE")

"Community-based" est devenu un terme à la mode dans l'organisation des services de santé. Mais il peut couvrir des significations très différentes (Miles 1993). Certaines de ces significations sont assez contradictoires quant aux implications pratiques qu'elles imposent au système de santé. Dans le programme RBC aussi des définitions différentes de "community-based" sont utilisées simultanément. Ceci provoque des confusions et des problèmes dans le dialogue constructif à créer entre les directeurs de programmes RBC et les organisateurs des services de santé (et plus particulièrement les médecins chefs de district).

*"Community-based" veut dire : "Partir des besoins ressentis (et non satisfaits) de la communauté"*

Ceci est une première définition possible de "community-based". Ceci implique qu'un dialogue a lieu entre les agents de santé et la population. En dialoguant il est plus facile pour les gens d'identifier et de comprendre leurs problèmes puisqu'ils sont explicités. L'agent de santé prend connaissance des problèmes spécifiques et reçoit "un mandat" de la population. En d'autres mots, une situation de "contrat" entre la population et le service de santé se fait jour. Un dialogue continu entre la population et les services de santé pourrait donc dans les faits être le point de départ d'une approche de solution participative des problèmes, y compris pour la réhabilitation.

Sur le terrain, ce dialogue a pris différentes formes. Certains agents sanitaires ont insisté sur le fait que le dialogue doit être continu et progressif. D'autres par contre ont essayé de "gagner du temps" en transformant le diagnostic communautaire en un questionnaire pour une enquête (fondamentalement épidémiologique) ou parlent de "méthodes d'évaluation rapides".

*“Community-based” veut dire : “Accessible pour la communauté”*

L’accessibilité peut être soit de nature physique soit de nature culturelle (acceptabilité). L’accessibilité est toujours relative (p.ex. Quelle est la distance que quelqu’un peut raisonnablement marcher ?) et doit être pesée par rapport à des contraintes financières et techniques (p.ex. Un centre de santé pour 30 familles ou un hôpital dans chaque village ne représentent pas des solutions réalistes pour les problèmes de santé).

Les deux définitions précédentes cadrent dans le concept de district sanitaire. Analyser de cette manière le terme “community-based” nous permet de comprendre par exemple qu’un hôpital de district qui offre des soins obstétricaux d’urgence (y compris les techniques les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle) peut être “community-based”. Dans ce cadre de référence il est aussi clair que ce sont les centres de santé qui sont les mieux placés pour engager un dialogue continu avec la population locale.

*“Community-based” veut dire : “Qui se trouve physiquement dans la communauté ou dans le village”*

A quelques exceptions près, avant Alma-Ata les soins de santé dans les pays en voie de développement étaient virtuellement des soins curatifs en milieu hospitalier. Rapprocher les services de la population (plus particulièrement dans le sens physique) et mettre plus l’accent sur les soins préventifs, étaient des mesures logiques. La période après Alma-Ata a donc été la période idéale pour la construction de centres de santé, l’introduction de programmes (d’immunisation) verticaux et la formation d’agents de santé villageois. Ces trois approches ont traduit la décentralisation nécessaire d’une manière différente. Des études actuelles de santé publique suggèrent qu’à l’exception de quelques situations particulières et exceptionnelles, le centre de santé qui fournit des soins préventifs, curatifs et promotionnels de base, est la solution la plus efficace et la plus efficiente, à condition qu’une supervision régulière et un système de référence fonctionnel soient assurés. Le concept de district sanitaire est basé sur ces recherches. Le programme RBC a opté pour un agent de santé central fournissant des soins dans la structure la plus

périphérique possible : au domicile du patient. Les problèmes logistiques et financiers d'un tel programme étaient prévisibles. En plus, l'approche remettait en question la crédibilité du système de santé dans son ensemble, vu les fausses promesses qui sont faites aux clients potentiels.

*“Community-based” veut dire : “PAS en milieu hospitalier”*

A cause du biais historique en défaveur des hôpitaux, les soins curatifs en milieu hospitalier ont été écartés. Il y a donc eu trop d'insistance sur les soins préventifs en dehors de l'hôpital. C'est le mérite du concept de district sanitaire d'essayer de marier les deux niveaux de soins dans un seul système. Les soins curatifs sont aujourd'hui remis à leur place relative (celle des besoins primaires ressentis par la communauté), et les hôpitaux de district reçoivent leur place dans le système de santé (celle d'une structure bien définie avec des fonctions complémentaires par rapport aux centres de santé). Malgré cette évolution, les soins hospitaliers sont souvent remis en question par certains militants des soins de santé primaires. Le programme RBC essaie par exemple d'opérer indépendamment, bien qu'à partir de l'hôpital. Les TR qui sont basés à l'hôpital sont encouragés à sortir autant que possible et les soins à domicile sont considérés comme supérieurs aux soins hospitaliers (Reijer 1992). Les activités extra muros des TR court-circuitent systématiquement les centres de santé et aucune tentative n'est faite pour déléguer certaines tâches à la périphérie. Ceci est logique dans un système où on considère que le TR représente justement cette “périphérie”.

*“Community-based” veut dire : “Pour le peuple, par le peuple”*

Dans la période post-coloniale des concepts tels que “communauté”, “auto-suffisance” ou “les ressources non exploitées de la population” ont conduit à travers la pensée populiste (de Sardan 1995) à la conviction que les gens pourraient se prendre en charge eux-mêmes à condition qu'ils aient accès au pouvoir, à la connaissance et à la technique (Finkenflugel 1993). Des agents de santé de village, sous un éventail de formes très variées, sont nés de cette approche. Des développements récents dans l'organisation des services de santé ont cependant montré que des initiatives communautaires

sans supervision étroite et sans système de soutien technique - le centre de santé et plus particulièrement l'hôpital de district - n'ont pas d'impact important sur la situation sanitaire de ces communautés.

## *Des solutions ?*

Les personnes handicapées se trouvent souvent en marge de la société, pour la simple raison que leur handicap ne leur permet pas de fonctionner de la même manière que les non handicapés. Certaines croyances aggravent parfois ce problème. Et les services de santé n'apportent le plus souvent pas de solution non plus. Pour toutes ces raisons, nous sommes convaincus que les handicapés ont besoin de soins et de soutiens particuliers. Nous nous demandons toutefois si les programmes RBC sont une réponse réaliste à ce problème.

D'UN POINT DE VUE THEORIQUE : QUELLE EST LA PLACE D'UN "SOUS-SPECIALISTE" TEL QUE LE TR AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT ?

Les TR sont des "petits spécialistes" dans leur domaine. La plupart du temps ils ne peuvent que fournir des solutions partielles aux patients à cause du fait qu'ils ne sont soit pas compétents soit pas autorisés à fournir des soins supplémentaires. P.ex. les patients avec un AVC ont souvent besoin de contrôles de leur tension artérielle et/ou de la prescription et la fourniture d'anti-hypertenseurs.

Pour de nombreuses raisons opérationnelles, certaines tâches sont déléguées par le niveau hôpital de district au centre de santé. Comme le "niveau" centre de santé doit fournir tout le paquet des activités de soins de santé primaires, le personnel doit y être polyvalent, ce qui veut dire qu'il doit maîtriser une série de techniques. La supervision est donc la pierre angulaire du succès, étant donné que c'est seulement par la supervision que la qualité des techniques peut être maintenue et corrigée si nécessaire ou que

de nouvelles techniques peuvent être introduites. Polyvalence ne veut toutefois pas dire “toute-puissance”. Un second niveau de soins, l’hôpital de district, avec des qualifications techniques supérieures constitue donc un complément indispensable au sein du système.

Les TR, tout comme les psychologues et les assistants sociaux, se concentrent sur un groupe de patients particuliers ou sur un aspect spécifique des patients. Ils sont spécialisés dans un domaine particulier. Ce sont des techniciens spécifiques. De tels cadres devraient être considérés comme des soutiens disponibles pour le personnel polyvalent techniquement plus limité dans le domaine de la réhabilitation. Ils reçoivent donc des patients qui leur sont référés par l’échelon inférieur du service qui n’a pas de réponse adaptée au problème. C’est pour cela que les TR devraient être considérés essentiellement comme du personnel du niveau district, travaillant en collaboration étroite avec les médecins. Ils seraient en relation avec le niveau périphérique à travers le système de référence et à travers la formation du personnel de ce niveau à des techniques de réhabilitation.

#### REVALORISATION DE LA REHABILITATION EN MILIEU HOSPITALIER

Il n’est pas suffisant de dire que des patients hospitalisés méritent l’attention des TR. La réhabilitation en milieu hospitalier a beaucoup plus de potentiel que ce qui est habituellement reconnu. Les patients hospitalisés sont souvent des patients souffrant d’un problème aigu (p.ex. des fractures ou un AVC récents). Ces patients sont vus à un stade précoce. Leurs problèmes sont davantage vulnérables à la réhabilitation que les problèmes chroniques et souvent négligés qu’on trouve dans la communauté (Whitelaw *et al.* 1994). L’efficacité du TR est donc souvent meilleure en milieu hospitalier que dans la communauté. Un bon exemple en est le traitement de la poliomyélite (Mabogunje 1986). Plus d’efficacité à moindre coût, comme ceux des frais de transport et des visites de supervision, améliorent aussi le coût-efficacité de la réhabilitation en milieu hospitalier.

Le fait que de nombreux handicaps et problèmes de réhabilitation peuvent être prévenus par une intervention efficace précoce, est le corollaire de ce qui précède. Certaines de ces interventions correspondent à des tâches de soins généraux, comme la prévention d'escarres ou la stérilité des injections. D'autres requièrent des techniques spécifiques de réhabilitation : mobilisation précoce au lit de patients en traction (fractures du tibia et du fémur), la prévention d'un coude raide ou du syndrome de l'épaule raide, la correction d'un pied bot, la prévention de contractures suite à des brûlures ou des traumatismes, la prévention de doigts raidés suite à des blessures d'écrasement etc. Ces problèmes se voyaient fréquemment à l'hôpital de district de Murewa. Organiser des soins pour ces patients uniquement au niveau de la communauté est impossible.

A titre expérimental le TR du district de Murewa a été chargé dans le cadre de la consultation prénatale, d'apprendre aux femmes primipares les techniques correctes de poussée. Ces techniques se sont avérées très utiles pour empêcher des réactions de panique durant l'accouchement, réactions qui menaient souvent à l'utilisation de ventouses. Cette expérience en milieu hospitalier a servi comme base pour l'introduction de tâches spécifiques au niveau des centres de santé : le TR enseigne aux infirmiers des centres de santé la manière de faire voir aux femmes avant et durant l'accouchement l'importance de pousser comme il faut et de reconnaître les efforts incorrects. Cet exemple montre comment l'équipe de district peut faire appel à un "sous-spécialiste" en le chargeant de la tâche d'introduire des techniques nouvelles au niveau du centre de santé.

L'avantage le plus important d'un TR basé à l'hôpital est toutefois le fait que les centres de santé ne sont plus court-circuités et sont eux-mêmes chargés de combler le "trou du marché". Simultanément, la référence et la contre-référence des patients deviennent possibles, renforçant de cette manière la complémentarité des différentes structures de santé.

Différents domaines sont négligés par les services de santé - et ce n'est pas une coïncidence qu'ils correspondent tous à des activités de "soins"

(care) - et ont été identifiés correctement par le programme RBC. Comment le service de santé de district, et plus particulièrement l'hôpital, devrait répondre à ces observations reste un point de recherche fort important.

#### RENFORCER LA REHABILITATION DANS LES CENTRES DE SANTE

Les services de santé de premier échelon devraient être renforcés par l'offre de services de réhabilitation pour la communauté. Dans la région de Murewa différentes initiatives avaient été prises pour améliorer les capacités des centres de santé.

En développant les "arbres de décision" pour les soins curatifs au niveau du centre de santé, une attention toute particulière a été donnée à la **prévention** des handicaps. La prévention de contractures dues aux brûlures, par une référence précoce, et la prévention d'articulations raides post-traumatiques (les doigts, les coudes et les épaules), par une mobilisation précoce et des exercices adaptés, ont été ajoutées aux techniques et attitudes du personnel sanitaire de base. Auparavant des brûlures extensives, bien que très superficielles, étaient souvent référées à l'hôpital alors que des brûlures plus petites mais plus profondes aux points de flexion étaient traitées de manière conservatoire au centre de santé, résultant en des contractures qui auraient pu être prévenues.

Des critères pour des visites à domicile de clients possibles des services de réhabilitation ont été mis au point. Le contenu des visites a été défini en fonction des pathologies. Les infirmiers des centres de santé ont reçu ces critères sous forme d'instructions écrites pour les patients tuberculeux et épileptiques en abandon de traitement et pour chaque nouveau cas d'AVC dans leurs aires de responsabilité. Pour les cas d'AVC souffrant d'une paralysie grave et permanente, il avait été convenu que le TR les reconduirait chez eux en fin d'hospitalisation (plus ou moins 20 patients par an pour une population de 120.000 habitants). L'infirmier du centre de santé local devait participer à la visite à domicile et le programme de suivi devait être

convenu avec le patient (et sa famille!), l'infirmier et le TR. En même temps les circonstances familiales et les problèmes pouvaient être évalués. Plus tard, tout nouveau problème qu'aurait le patient devait être communiqué de préférence à l'infirmier du centre de santé. C'est à travers ce dialogue que la nécessité pour des visites ultérieures ou d'autres interventions (p.ex. une nouvelle référence) pouvait être identifiée. Le fait que le patient soit confié par le TR à l'infirmier a contribué à l'établissement d'une relation nouvelle et constructive entre ce dernier et le patient.

Les visites à domiciles devaient être effectuées par l'infirmier du centre de santé mais pas en routine. Afin d'éviter la surmédicalisation et une dépendance accrue du patient, l'initiative d'un appel devait rester auprès du patient et de sa famille. La responsabilité de l'agent de santé est d'encourager activement le dialogue et d'inviter les gens à prendre contact avec lui dès qu'ils en ressentent le besoin. Ce dialogue permettra parfois d'identifier qu'une visite à domicile pourrait être le meilleur choix pour assister le patient. Une telle approche assure une plus grande efficacité des visites à domicile contrairement aux visites de routine qui dépendent de la disponibilité du transport et ne représentent pas souvent la réponse à un besoin réel.

Tous les patients n'ont pas besoin de visites à domicile. Selon Thorburn *et al.* (1993) les soins à domicile sont recommandés seulement lorsque le système de soutien familial est profondément perturbé. Les centres de santé sont accessibles pour la majorité des patients au Zimbabwe, ce qui signifie que la couverture des problèmes de réhabilitation peut être augmentée par une approche passive<sup>1</sup>. Il est clair que les visites à domicile organisées à partir des centres de santé sont plus rentables que celles organisées au niveau du district.

---

<sup>1</sup> "Passif" signifie que c'est au patient de prendre l'initiative et que l'agent sanitaire attend "passivement" au centre de santé. Ceci n'est pas à confondre avec une attitude passive de l'agent sanitaire.

## UNE ATTENTION "PARTICULIERE" POUR LES PERSONNES MARGINALISEES

Les districts sanitaires qui fonctionnent bien, atteindront la majorité de leur population en ce qui concerne les besoins en soins de santé de base. C'est souvent en analysant des problèmes spécifiques, tels que les soins pour les personnes handicapées, que les gestionnaires de la santé réalisent que des groupes marginaux ne bénéficient pas des soins de santé qui sont disponibles. Si on n'y prête pas une attention particulière, les services de santé ne sont accessibles qu'à "l'individu moyen" de la communauté. Ils repoussent souvent plus qu'ils n'attirent les parias tels que les personnes handicapées physiques, sociales ou mentales. Une attention toute spéciale devrait donc être donnée à ces groupes spécifiques de la société. Cette attention particulière ne sous-entend toutefois pas nécessairement la création d'un programme (vertical) spécial. Elle devrait mener à des actions intégrées dans le fonctionnement normal des services de santé de base là où c'est possible, afin de respecter les allocations budgétaires et de renforcer autant que possible le fonctionnement des centres de santé intégrés.

La prise de conscience des agents de santé à tous les niveaux est probablement l'arme la plus efficace pour combattre l'exclusion des groupes marginaux, en combinaison bien sûr avec des services de bonne qualité. Si l'agent de santé est conscient du problème, il comprendra mieux pourquoi certains groupes dans la communauté abandonnent leurs programmes de soins, arrivent en retard ou ne se présentent même pas au centre de santé. Les frustrations ressenties par l'agent de santé peuvent alors être remplacées par une relation attentionnée et plus profonde entre lui et le patient afin d'intégrer les soins de ce dernier dans le système de soins.

Il est clair que les problèmes de la réhabilitation ont été négligés dans le passé. De nombreuses questions restent posées sur la manière de donner une assistance adéquate aux personnes ayant des problèmes de réhabilitation graves. Les questions deviennent encore plus complexes si on veut donner les soins au sein des communautés rurales ou des quartiers pauvres des villes en restant dans les contraintes du budget. Des programmes spé-

ciaux, limités dans l'espace et dans le temps, mais avec une tâche expérimentale et scientifique, pourraient être utiles dans ce contexte. De telles initiatives pourraient également représenter une opportunité pour les responsables de la santé de commencer à prendre en charge les problèmes de réhabilitation.

Cette "attention particulière" ne résoudra pas tous les problèmes que rencontrent les handicapés dans la société, mais ils devraient faciliter l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. D'autres organisations de nature politique ou sociale pourraient assurer la défense des droits des groupes marginaux. L'identification et la mise en évidence des problèmes est une fonction importante de ce travail, qui pourrait, au moins en partie, être assumée par les services de santé.

#### CHANGER L'ORIENTATION DE LA FORMATION INITIALE DES MEDECINS

Les médecins ont tendance à considérer leur tâche comme "terminée" aussitôt que le patient a quitté le cabinet de consultation. Le suivi de patients chroniques et les problèmes de réhabilitation sont souvent considérés par les médecins comme des tâches de moindre importance. Par conséquent, ils ne sont pas à même d'adopter une politique saine à ce sujet et ont tendance à négliger le service de réhabilitation lorsqu'ils supervisent le personnel sanitaire de la région. Cette attitude représente une invitation supplémentaire aux physiothérapeutes provinciaux pour intervenir dans la supervision des TR en court-circuitant le médecin chef de district qui est pourtant responsable de tout le personnel au niveau local, y compris le TR. La préférence habituelle des médecins (et des autres catégories de personnel médical) pour les problèmes purement biomédicaux ne pourra probablement être changée que par une modification fondamentale de leur formation initiale.

## *Conclusions*

Dans le passé, les problèmes de réhabilitation ont été négligés par les services de santé. Partiellement en réaction contre cette “discrimination” des programmes verticaux de RBC ont été mis en place. Deux critiques majeures de cette approche peuvent toutefois être formulées.

Les programmes RBC verticaux sont coûteux et peu efficaces. L'efficacité, en dehors de quelques projets pilotes fortement subventionnés, est très basse. Les soins continus nécessaires ne sont pas compatibles avec les restrictions organisationnelles du terrain (transport coûteux, communications difficiles, nombre élevé de patients et de visites nécessaires par patient). La supervision doit aussi faire face à des contraintes opérationnelles et financières considérables. Les indicateurs de performance utilisés actuellement reflètent trop souvent des aspects limités de succès ou d'échecs et constituent donc parfois une source de confusion pour l'évaluation.

Les programmes RBC ont aussi un coût d'opportunité important en retardant ou en empêchant le développement de systèmes de santé de district intégrés et ceci pas seulement en captant des ressources financières limitées. Le programme crée également une confusion entre les responsables de la supervision, peut causer du retard pour certains patients, diminue la crédibilité des centres de santé et retarde le développement d'une approche cohérente vis-à-vis des problèmes de réhabilitation au niveau des centres de santé, dans lesquels le personnel ne se sent pas responsabilisé.

En l'absence d'arguments absolus pour un programme spécifique, cet article plaide en faveur d'une approche intégrée des problèmes de réhabilitation. Des programmes verticaux spécifiques qui portent “une attention particulière” à ces problèmes, pourraient coexister - dans une mesure limitée et sur une base “expérimentale” - comme stimulants pour attirer l'attention des services de santé de district sur les patients présentant des problèmes de réhabilitation.

## Références

Cornielje H (1992) The Community-based Rehabilitation Course at the Alexandra Health Centre. Initial findings from a recent evaluation. *Fisio Forum, South Africa*, 10-11.

Criel B (1995) Integration of vertical programme activities in polyvalent health services. The case of Family Planning Services in Zimbabwe. Public Health Research Unit, Institute of Tropical Medicine, Antwerp [Unpublished].

de Sardan JO (1995) Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social. Chapitre 5. Karthala, Paris.

Finkenflugel H (1991a) Identifying people in need of rehabilitation in rural Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine* 37, 105-109.

Finkenflugel H (1991b) Help for the disabled - in hospital and at home. *World Health Forum* 12, 325-330.

Finkenflugel H (1993) *The Handicapped Community*. Primary Health Care Publications, University Press, Amsterdam.

Helander E et al. (1989) Training in the community for people with disabilities. WHO, Geneva.

Mabogunje E (1986) Paralytic poliomyelitis and physiotherapy. *Tropical Doctor* 16, 34-37.

Miles M (1993) Different ways of community-based rehabilitation. *Tropical and Geographical Medicine* 45, 238-241.

Reijer P (1992) Care for disabled. Is there an alternative for institution-based care or community-based rehabilitation ? MPH Thesis, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

Thornburn MJ *et al.* (1993) Recent development in low-cost screening and assessment of childhood disabilities in Jamaica. Part 2: Assessment. *West Indian Medical Journal* **42**, 46.

Van der Hulst G (1992) Outreach work in rehabilitation in Zimbabwe. Research Report, Department of Medical Sociology: University of Amsterdam, Amsterdam.

Whitelaw DA, Meyer CJ, Bawa S & Jennings K (1994) Post-discharge follow-up of stroke patients at Groote Schuur Hospital—a prospective study. *South African Medical Journal* **84**, 11-13.