

---

# *L'intégration de ressources humaines dans les services de Soins de Santé Primaires : l'exemple des Techniciens de l'Hygiène et de l'Assainissement au Zimbabwe*

---

Jean Macq<sup>1</sup> et Xavier de Béthune<sup>1</sup>

## *Introduction*

L'intégration n'est pas toujours un processus souhaitable. L'exemple des techniciens de l'hygiène et de l'assainissement du milieu (THA) au Zimbabwe illustre cette observation. Il montre qu'une intégration administrative et opérationnelle doivent aller de pair pour que les décisions politiques prennent tout leur poids et que là où seulement l'intégration partielle d'une activité est possible, il vaut souvent mieux s'abstenir de l'intégrer.

Dans de nombreux pays sous influence anglo-saxonne, il existe au sein des services de santé des cadres spécialistes des activités de promotion de la santé et d'hygiène de l'environnement. Leur place au sein des systèmes de santé est variable d'un pays à l'autre. Ce type de professionnel de santé trouve son origine dans les 'sanitarians', qui jouèrent un rôle central dans la 'première révolution de la santé publique' initiée par Chadwick au XIX<sup>ième</sup> siècle, en Angleterre (Kearns 1988).

---

<sup>1</sup> Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Au Zimbabwe, les techniciens d'hygiène et d'assainissement (THA) ont été intégrés administrativement au niveau des centres de santé (CS), mais continuent à travailler de manière séparée du reste du personnel de ces structures sanitaires. Cette situation hybride peut, selon nous, être considérée comme une situation intermédiaire à dépasser.

Nous essayerons donc de répondre à la question suivante : Pour un meilleur fonctionnement des services de santé et pour une relation plus harmonieuse entre les THA et le reste du personnel de santé, faut-il renforcer l'intégration des premiers dans les CS ou au contraire formaliser leur différence par rapport aux autres agents de santé ?

Après avoir expliqué le contexte historique des services de santé au Zimbabwe, nous résumerons la situation qui existait au début des années '90 dans la majorité des districts de ce pays. Ensuite, nous aborderons le contexte spécifique du district sanitaire de Murewa et, au travers d'exemples concrets et des questions qu'ils soulèvent, nous tâcherons d'argumenter la discussion sur l'intégration des THA au niveau de services de soins de santé primaires. Finalement, sur la base des éléments de cette discussion, nous proposerons des hypothèses de changement dans la relation entre les THA et ces services.

Le raisonnement proposé dans ce document s'inscrit beaucoup plus dans une approche phénoménologique que positiviste. En particulier, les auteurs ne cherchent pas à éluder la subjectivité de la description du processus expliqué ci-dessous mais au contraire à l'explicitier. En effet, un des auteurs (JM), en tant que membre de l'équipe cadre du district de Murewa, a été directement impliqué et a vécu ce processus. En conséquence, quel que soit l'effort de distanciation, la description qui suit comportera toujours une part d'interprétation personnelle de la réalité.

## *Les services de santé au Zimbabwe*

### HISTORIQUE

Immédiatement après son indépendance le Zimbabwe réorienta complètement le système de santé profondément inéquitable qui lui avait été légué par la Rhodésie. "Equity in Health" (Government of Zimbabwe 1984) le livre blanc du département de la santé, proposait deux objectifs prioritaires dans la réorganisation des services de santé : d'une part, la "démocratisation des services de santé" à travers le respect mutuel et le dialogue entre services de santé et communautés ; d'autre part, une plus grande équité dans l'état de santé des populations à travers un meilleur accès aux services de santé et la mise en oeuvre de stratégies de contrôle des problèmes de santé les plus importants (tuberculose, diarrhée, infections respiratoires, maladies liées à la grossesse, etc.). Le pivot du système devenait le centre de santé qui offrirait une gamme de soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réhabilitation. Comme cette gamme incluait les activités des anciens programmes verticaux, les services correspondant (SMI, contrôle de la tuberculose,...) devaient progressivement être démantelés.

Les années 1980 furent les années d'extension du système en zone rurale. A Murewa, un district rural typique, le nombre de CS périphériques doubla en quelques années. A travers tout le pays, les services existants (hôpitaux et CS) furent réhabilités, équipés et fournis en personnel. Ces efforts couplés à la gratuité des soins expliquent les résultats spectaculaires tant en termes d'accessibilité et d'utilisation des services que d'amélioration de l'équité.

Dix ans plus tard, comme presque tous les pays d'Afrique subsaharienne, le Zimbabwe souscrivait à un Programme d'Ajustement Structurel. Pour les services de santé, le contrôle des coûts et la pérennité du système devinrent rapidement des objectifs prioritaires (Ministry of Health 1992). Par voie de conséquence la décentralisation devenait une nécessité. Ceci ne se passa

pas sans heurts et sans difficultés. Le nouveau CS urbain de Murewa par exemple, mis en place à l'initiative des communautés et des gestionnaires locaux et fin prêt grâce à leur dynamique, devra attendre une année complète les autorisations administratives d'ouverture. D'autre part la participation communautaire dans cette phase de transition restait plus théorique que pratique. Elle s'exprimait en fait principalement à travers des actions de mobilisation sociale pour des activités sanitaires, qui étaient décidées au niveau central.

#### L'INTEGRATION DES TECHNICIENS D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT

Les services de santé hérités de l'époque coloniale étaient clairement divisés en services curatifs d'une part, et préventifs et promotionnels d'autre part. Les canaux de communication étaient avant tout hiérarchiques et internes à chaque département (Tableau 1).

La volonté politique des dirigeants du Zimbabwe juste après l'indépendance, était d'aller très vite dans la correction des inégalités. Pour rendre cela possible, il fallait utiliser les ressources disponibles même si elles n'étaient pas parfaitement adéquates. Ainsi, pour augmenter rapidement le nombre d'infirmiers pouvant travailler dans des centres de santé, on utilisa des anciens combattants auxquels on donna une formation rapide.

De plus, dans les dispensaires existant avant l'indépendance, la principale activité était la consultation curative. La transformation de ces dispensaires en centres de santé fut accompagnée de l'intégration rapide d'activités, soit jusque là offertes par des équipes mobiles spécialisées (contrôle de la tuberculose, soins maternels et infantiles,...), soit qui n'avaient pas encore été offertes, mais qui constituaient une priorité au niveau international à ce moment-là (construction de points d'eau et de latrines par exemple). La charge de travail augmenta donc fortement dans les centres de santé et il fut décidé d'y intégrer les THA parce qu'ils connaissaient bien le terrain, et parce qu'ils avaient de bonnes connaissances techniques.

Tableau 1. Caractéristiques des services à l'époque coloniale.

Niveau hiérarchique supérieur	Municipalité	Province Inspecteur sanitaire
Niveau de premier contact avec la population	Centre de Santé Infirmier(e)	Dans la « communauté » THA
Responsabilités	Soins curatifs	Soins préventifs et promotionnels
Echelle d'interaction	Individu	Communauté
Mode d'interaction	Dialogue	Contrôle
Lieu d'interaction	Dans le service	Hors du service

Ils devinrent ainsi responsables : des activités de contrôle alimentaire ; des activités de contrôle de l'environnement ; du contrôle de certaines épidémies ; du suivi actif (mais pas du traitement) des patients tuberculeux ; d'activités d'éducation sanitaire ; de projets de construction de puits et de latrines.

Dans les années '90 malgré cette volonté d'intégration, les services curatifs sont restés séparés des services préventifs non seulement dans le calcul des budgets, mais aussi dans l'esprit du personnel de santé. Les structures départementales continuèrent à fonctionner et affaiblirent donc le développement des équipes polyvalentes au niveau des centres de santé et des districts. Alors que médecins, infirmiers, ingénieurs sanitaires et THA étaient supposés travailler en équipe, soit au niveau du district, soit au niveau du CS, un audit du ministère de la santé (ARA-TECHOP 1993), rapportait au même moment que les médecins et infirmiers se plaignaient de ne pas savoir ce que faisaient les THA et remettaient l'efficacité de leur travail en cause.

Les THA, quant à eux, - outre le fait qu'ils étaient moins bien payés que les infirmiers - se plaignaient que la plupart des ressources étaient données à des services curatifs plutôt qu'aux activités préventives qui étaient de leur ressort.

Comme les déterminants des comportements individuels de ces agents n'avaient pas fondamentalement changé suite à l'intégration administrative des activités, on aboutit à la situation schématisée au Tableau 2. On y voit que la juxtaposition des activités et des agents dans une même structure n'avait pas abouti à une réelle pratique intégrée.

### *Le cas de Murewa : un modèle alternatif de services de santé*

Le projet "District Health Services Management" (DHSM) fut créé au début des années 1990. L'objectif général de ce projet était d'identifier en pratique les conditions nécessaires pour une amélioration des performances des services de santé au niveau du district en se conformant à la politique des soins de santé primaires et en utilisant comme modèle le système de santé de district (Criel *et al.* 1996).

Tableau 2. Situation des services de santé à la fin des années '80.

Niveau hiérarchique supérieur	Equipe cadre du district	
	Infirmier(e) chef du district	Ingénieur sanitaire senior
Niveau de premier contact avec la population	Centre de santé	
	Infirmier(e)	THA
Responsabilités	Soins curatifs et préventifs fixes	Soins préventifs et promotionnels mobiles
Echelle d'interaction	Individu	Communauté
Mode d'interaction	Dialogue	Contrôle et persuasion
Lieu d'interaction	Dans le service	Hors du service

Le district de Murewa était un des deux districts impliqués dans ce projet. Il faisait partie de la province du Mashonaland East, couvrait une population d'environ 150.000 personnes, en majorité paysanne et était situé à 80 kilomètres d'Harare, le long de la route vers le Mozambique et le Malawi. Les services de santé étaient constitués de 15 centres de santé, d'un hôpital gouvernemental et d'un hôpital de mission, tous fonctionnels. Ils étaient gérés par une équipe-cadre qui était composée des médecins, de l'administrateur, de l'infirmier(e) chef de district et de l'ingénieur sanitaire senior, qui était responsable des THA.

Le projet proposa à Murewa un modèle d'organisation de services de santé différent, à partir d'un élargissement important des objectifs du système de santé. Les objectifs n'étaient plus seulement l'amélioration équitable de l'état de santé de la population mais aussi l'offre de services de santé de qualité dans les limites des ressources disponibles localement, ainsi que le renforcement de l'autonomie<sup>1</sup> des populations. Pour atteindre un compromis optimal entre renforcement de l'autonomie des communautés et efficacité des services, la communication entre les services de santé et la population était essentielle : les services de santé devaient être à même de transmettre les informations adaptées à une situation donnée et la population devait être à même d'exprimer sa demande en termes de services de santé.

Le centre de santé dans le cadre de ce dialogue aurait dû bénéficier de la présence en son sein du THA, qui était proche de la population et compétent dans toute la gamme des services prévus, du curatif au promotionnel, en passant par la prise en charge des épisodes à risque.

---

<sup>1</sup>Le concept d'autonomie est ici compris comme la capacité à prendre des décisions informées concernant la situation présente et future. Il ne s'agit donc pas de la capacité à tout pouvoir faire soi-même.

## *Les THA dans les centres de santé : solution ou problème ?*

Dans cette optique, les THA auraient donc dû, au moins en théorie, renforcer les centres de santé. L'équipe de Murewa choisit donc logiquement de les maintenir intégrés au sein de l'équipe des CS. Ce choix provoqua toutefois un certain nombre de problèmes inattendus, que nous allons illustrer ici par trois exemples.

### LA DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TUBERCULEUX

Un programme de contrôle de la tuberculose, relativement bien structuré mais très centralisé dans les hôpitaux, existait depuis de nombreuses années au Zimbabwe. Le rôle des THA dans ce programme était, à partir des instructions reçues de leurs supérieurs basés dans l'enceinte de l'hôpital, de réaliser une surveillance des contacts des patients ainsi que le suivi des patients non compliants au traitement.

A partir de 1992 l'équipe du district de Murewa décida de décentraliser progressivement le traitement de la tuberculose vers les centres de santé. Cette décision fut motivée par différentes raisons : d'une part une progressive surcharge de travail à l'hôpital liée à des personnes sous traitement antituberculeux mais valides, d'autre part la volonté de permettre une vie sociale normale pour ces personnes; enfin et surtout, la volonté de renforcer la crédibilité du centre de santé en lui donnant une responsabilité dans la prise en charge efficace de personnes considérées comme sérieusement malades par la communauté.

En termes de résultats sur le suivi des patients, cette décentralisation put être considérée comme un succès. Par exemple, au premier trimestre de 1994, 74% des patients complétèrent avec succès leur traitement.



Par contre, cette décentralisation eut des conséquences plus néfastes pour les THA. Elle provoqua une modification des canaux de communication des instructions (Figure 1) : ce n'étaient plus les supérieurs hiérarchiques des THA qui leur disaient quelles visites domiciliaires à faire, mais les infirmier(e)s des centres de santé. Les supérieurs hiérarchiques des THA se sentirent court-circuités et un certain nombre de THA (principalement masculins), ne purent accepter de recevoir des instructions d'infirmier(e)s (principalement féminines) dans un contexte où une lutte de pouvoir entre les deux "corps" existait.

Le processus de décentralisation du traitement de la tuberculose, impliquait donc une plus grande intégration des THA au sein de l'équipe du CS et un changement de la relation avec leurs supérieurs hiérarchiques. Mais il provoqua beaucoup de résistances, pas seulement à cause du contexte spécifique de la relation THA-infirmier, mais aussi, et nous pensons surtout, parce qu'il impliquait un changement dans la distribution de pouvoir entre les individus travaillant au sein du système de santé.

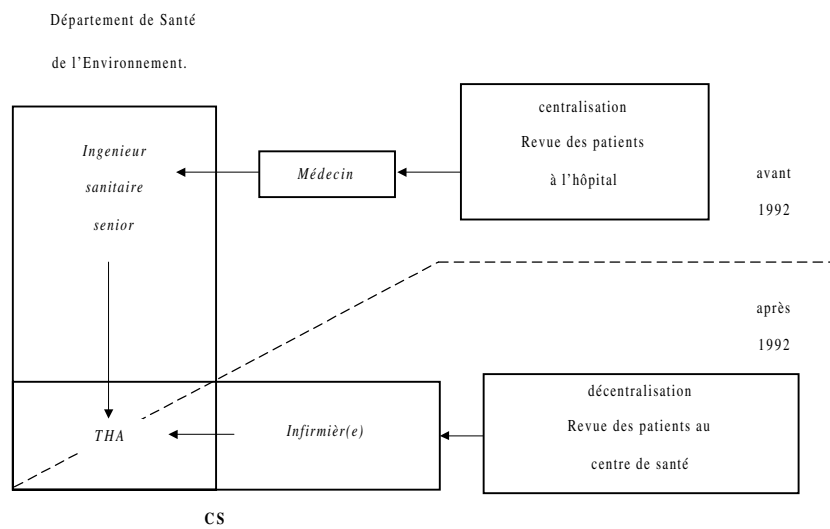
#### LA RE-DEFINITION DES AIRES DE RESPONSABILITE DES CENTRES DE SANTE

En 1992, il fut décidé de déterminer de manière explicite les populations qui dépendraient de chaque centre de santé. Ces populations furent définies à partir des aires d'attraction curatives. L'objectif était d'augmenter le sentiment de responsabilité des centres de santé vis à vis de leurs populations, et vice versa.

Une des principales conséquence de cette approche fut que les nouvelles aires de responsabilité ne correspondaient plus exactement aux divisions administratives (Criel *et al.* 1996). Or les activités d'assainissement et de contrôle de l'hygiène de l'environnement dont les THA étaient responsables, nécessitaient un contact étroit avec les autorités politiques, soit pour motiver les gens dans la construction de latrines et de puits, soit pour obtenir un soutien local, en particulier quand il s'agissait de sanctionner certains

comportements. Ces activités, dans l'ancien système, représentaient le principal point d'interaction entre services de santé et population. La communication entre ces deux pôles dépendait donc étroitement de la relation entre responsables politiques, représentant la population d'une aire délimitée administrativement, et les THA.

Figure 1. Canaux de communications en fonction de la centralisation-décentralisation du traitement de la tuberculose.



Avec les nouvelles aires de responsabilité, le point commun définissant une population n'était plus la représentation politique mais l'utilisation des services offerts par les infirmiers (Figure 2). De ce fait, le dialogue entre population et services de santé se concrétisait plus dans la relation entre utilisateurs et infirmiers que dans la relation entre politiciens et THA. Nous pensons que ceux-ci se sentirent directement marginalisés dans le nouveau système avec pour conséquence qu'ils n'acceptèrent jamais totalement les

aires sanitaires non administratives. Ils continuèrent, de toute façon, leurs activités d'inspection et de construction de puits et de latrines dans les anciennes aires, et sans tenir compte des changements.

#### LES ACTIVITES DE CONTROLE DE L'HYGIENE INTEGREES AU CS

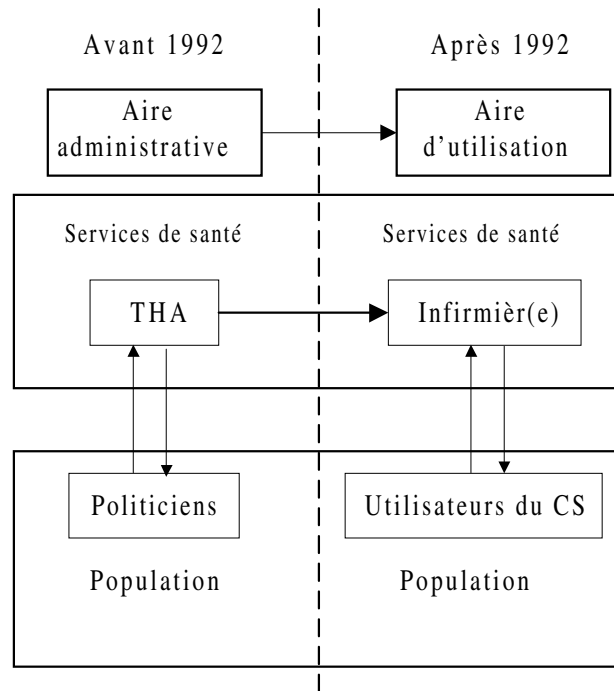
Une des activités les plus importantes, en termes de temps des THA, était l'inspection sanitaire des lieux de distribution de nourriture et de boisson. Cette activité, pour être efficace et équitable devait avoir une base légale et reposait principalement sur une menace de coercition. En maintenant cette activité au sein des responsabilités des centres de santé, on cautionnait automatiquement l'utilisation d'une attitude autoritaire par ces CS, même dans des contextes où une approche participative aurait pu être plus pertinente, bien que probablement moins rapide.

Les THA avaient, depuis l'indépendance du Zimbabwe, joué un rôle central dans la communication avec la population par l'intermédiaire des représentants politiques. Ils avaient été au centre de tout processus de "participation communautaire" et, après leur intégration dans les CS, ils étaient le plus souvent devenus secrétaires des comités de santé. En conséquence, ils influencèrent très fortement le contenu de cette "participation" en fonction de leurs priorités propres : éduquer la population et la motiver à participer aux projets qui lui sont proposés. Ainsi, à Murewa, la majorité des réunions des comités de santé étaient consacrées soit à l'organisation d'événements de sensibilisation sanitaire (journée mondiale de la santé, par exemple), soit à la mise en place de programmes de construction de puits et de latrines financés par des agences internationales de développement. D'autres aspects tels que des discussions sur la qualité perçue des services ou l'accessibilité aux soins, n'étaient peu ou pas discutés dans ces réunions.

Pour permettre à ces sujets d'être abordés, nous nous sommes posé la question de savoir s'il ne serait pas nécessaire de scinder la communication entre THA et population de la communication entre services de santé et population. En d'autres mots, n'était-il pas nécessaire de séparer les THA du

CS pour faciliter un dialogue spécifique entre les centres de santé et leurs populations ?

Figure 2. Relation entre services de santé et population en fonction du critère de choix pour l'aire de responsabilité



## *De nouvelles hypothèses de changement construites sur base de l'analyse de la situation présente et du modèle explicité*

Nous pensons que les problèmes de communication entre les THA et les autres agents de santé pourraient être résolus si les relations entre eux correspondaient au modèle de services de santé choisi. Sur base de l'expérience de Murewa, mais aussi des résultats du processus d'intégration des THA à l'indépendance du Zimbabwe, nous avons résumé quelques avantages et inconvénients potentiels liés à l'intégration des THA dans leurs fonctions actuelles au niveau des centres de santé (Tableau 3).

*Tableau 3. Synthèse des arguments en faveur ou en défaveur de l'intégration des THA au niveau des CS.*

Avantages	Aide pour les activités en dehors du CS (principalement suivi des patients tuberculeux)
Inconvénients	Limitation du dialogue entre CS et population (logique de contrôle vs logique participative). Cette limitation est principalement liée aux activités de contrôle de l'hygiène et de l'environnement
Difficultés	Résistances à s'intégrer dans un système où l'infirmier joue un rôle plus central que le THA

En fonction de ces avantages, inconvénients et difficultés nous pouvons suggérer une série d'hypothèses de changements, que nous avons schématisées à la Figure 3.

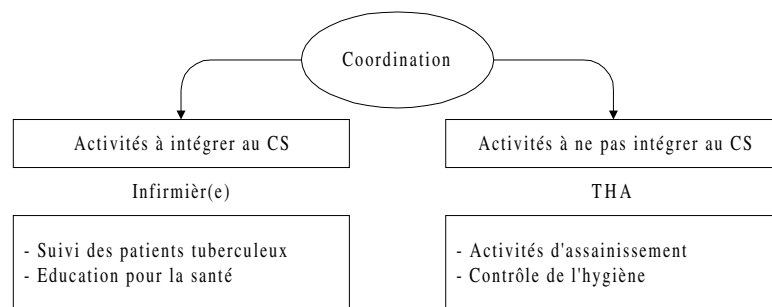
- Séparer des CS les activités exigeant une logique autoritaire (activités de contrôle de l'hygiène et de l'environnement), tout en gardant les autres activités offertes actuellement par les THA (éducation sanitaire,

suivi des patients tuberculeux) intégrées au sein des CS, pourrait améliorer le dialogue entre la population et les centres de santé. Ceci serait d'autant plus vrai qu'il existe au niveau des CS une équipe polyvalente composée d'agents offrant en même temps des services curatifs et préventifs, et donc capables de reprendre à leur charge les activités à intégrer.

- Continuer à offrir les activités de contrôle de l'hygiène, d'assainissement et de protection de l'environnement de manière distincte des centres de santé pourrait contribuer à améliorer la santé de la population. Ces activités seraient le mieux offertes par les THA, qui ne seraient donc plus intégrés aux CS.
- Organiser une coordination étroite entre THA et structures de soins de santé primaires pourrait contribuer à résoudre plus efficacement certains autres problèmes de santé (épidémies,...).

Ces hypothèses devraient être validées en dehors du raisonnement déductif de cet article, par les acteurs du terrain. Notre réflexion ne peut donc constituer que le point de départ d'un processus dans lequel une négociation entre les différents acteurs jouerait un rôle central.

Figure 3. Schématisation des principales hypothèses de changement.



## Conclusion

L'analyse des événements critiques liés à l'intégration administrative des THA aux Centres de Santé nous mène à la formulation d'hypothèses qui remettent en cause cette intégration. La nature fondamentalement différente des décisions à prendre par les deux types d'agents (infirmiers et THA) alors qu'ils travaillent au sein des mêmes Centres de Santé, représente à notre avis le facteur déterminant de la décision à prendre. Il nous semble donc, à la lumière des exemples que nous avons utilisés, contre-productif de continuer à promouvoir l'intégration de ressources qui sont virtuellement antagonistes, tant pour des raisons historiques que philosophiques.

## Références

ARA-TECHOP (1993) Improving government efficiency & effectiveness. Management audit of the Ministry of Health of Zimbabwe. Ministry of Health, Harare, pp. 49.

Criel B, Macq J, Bossyns P & Hongoro C (1996) A coverage plan for health centres in Murewa district in Zimbabwe : an example of action research. *Tropical Medicine and International Health* 1, 699-709.

Kearns G (1988) Private property and public health reform in England 1830-70. *Social Science & Medicine* 26, 187-199.

Government of Zimbabwe (1984) *Planning for Equity in Health*. Ministry of Health, Harare, pp. 70.

Ministry of Health (1992) *Corporate Plan*. Planning and Management Department, Harare, pp. 42.