UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Obstacles a une planification rationnelle des soins de santé au Burundi, pp. 39-48,

NYUNGUKA , Tharcisse

1986-03
Cahiers du CURDES

https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/555

NYUNGUKA Tharcisse, Obstacles a une planification rationnelle des soins de santé au Burundi, pp. 39-48, Cahiers du CURDES n° 4, Mars 1986.

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

OBSTACLES A UNE PLANIFICATION RATIONNELLE DES SOINS DE SANTE AU BURUNDI

Dr. NYUNGUKA Tharcisse

Les institutions de soins de santé revêtent des aspects très variés selon les localités, le niveau socio-économique de la population desservie et le cadre géographique (urbain ou rural).

Les soins de santé personnels ou soins médicaux comprennent les actes professionnels destinés à maintenir et à améliorer le niveau de santé des individus par des mesures préventives, curatives, et de réadaptation. Cette notion est d'une importance particulière pour notre pays, où il est indispensable d'intégrer les services préventifs et curatifs et où les problèmes de formation du personnel et de financement des services exigent la participation de toutes les catégories du personnel de santé.

Lorsqu'on poursuit une enquête sur la structure administrative des établissements de soins médicaux, on obtient des réponses qui varient considérablement ; non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi selon l'institution à laquelle on s'adresse. Il semble qu'il y ait, à première vue, de multiples façons d'administrer les hôpitaux et les centres de soins ambulatoires. Mais lorsqu'on s'enquiert du cadre législatif dans lequel devrait s'insérer l'administration, on observe des différences encore plus grandes. Certains pays ont promulgué un ensemble de textes réglémentaires périodiquement renouvelés, d'autres se contentent d'indications très générales, d'autres enfin se bornent à suivre les coutumes traditionnelles propres à chaque établissement.

Toute tentative de planification d'un système de soins de santé rencontre des obstacles qu'il faut s'efforcer de réduire. Les principaux sont, en général dans les pays en développement et particulièrement dans notre pays, les suivants :

1. Statut juridique des établissements et libéralisme de la profession médicale.

L'existence d'un secteur privé hétérogène pose des problèmes au législateur et au planificateur. On distingue habituellement les établissements privés non lucratifs ou bénévoles et les cabinets à but lucratif ou commerciaux. La plupart des établissements privés à but non lucratif sont gérés par des associations dites philantropiques, souvent de caractère confessionnel. Ils disposent parfois de ressources financières appréciables provenant des pays développés et possèdent un personnel national dévoué qui accepte des salaires très modestes, sinon pratiquement nuls. Dans notre pays, on peut envisager de nationaliser ces institutions et de remplacer leur personnel. Reste à trouver les fonds et les hommes nécessaires à leur fonctionnement.

Quant à l'exercice de la médecine, il est difficilement compatible avec le statut de médecin à plein temps pour les hôpitaux publics, aussi longtemps que le gouvernement ne peut pas assurer à ses médecins fonctionnaires des salaires comparables aux honoraires du secteur privé. Et il ne le pourra pas de sitôt, pour la simple raison qu'il n'en a pas les moyens. De plus, la concentration du corps médical dans les grandes villes tient en partie au fait que la majorité des personnes qui bénéficient directement du développement économique y résident.

2. Diversité et complexité des fonctions hospitalières

La grande diversité des fonctions remplies par les différentes catégories d'hôpitaux pose un problème difficile aux autorités sanitaires. Outre l'existence simultanée d'établissements et d'institutions privées agréées, la distribution des établissements dans un cadre régional est partout acceptée comme la seule solution rationnelle. Elle comporte une hiérarchie d'établissements, allant des postes sanitaires de campagne au grand hôpital régional, en passant par les hôpitaux ruraux et centres de santé avec lits et les hôpitaux intermédiaires ou provinciaux.

Si l'on met à part les postes sanitaires de campagne qui permettent d'appliquer un programme de prévention de base, de délivrer des soins ambulatoires élémentaires et d'héberger deux ou trois parturientes, le problème le plus difficile est posé par l'hôpital rural ou centre de santé avec lits. En théorie, cet établissement devrait permettre de délivrer des soins médicaux du niveau de ceux qui sont assurés par les médecins de famille dans les pays développés et comporter, en plus, des possibilités d'hospitalisation pour l'obstétrique, les cas médicaux sans grande gravité et les urgences. Mais dans notre pays, le niveau technique nécessaire est rarement atteint. Les médecins sont découragés par l'extrême difficulté d'assurer et d'entretenir un équipement technique minimum consistant en un laboratoire, une installation radiologique s'il y en a une et un bloc opératoire décent.

Notre pays a consenti de grands efforts pour doter les régions rurales de petits hôpitaux, mais on constate une faible utilisation des lits, qui traduit un certain manque de confiance de la part de la population. Dès que les moyens de communication s'améliorent, les malades négligent l'échelon local et cherchent à se faire soigner dans les hôpitaux intermédiaires et provinciaux. Dans les régions à forte densité démographique et pourvues de moyens de communication réguliers, les autorités sanitaires se trouvent placées devant une alternative : faut-il chercher à élever le niveau technique des hôpitaux ruraux, ou faut-il renforcer les hôpitaux intermédiaires de régions ou de provinces en utilisant les hôpitaux ruraux comme centres de santé primaires en qualité d'antennes avancées des hôpitaux intermédiaires ? La solution dépend de plusieurs facteurs, qui peuvent faire l'objet de directives générales contenues dans la législation sur les établissements de soins médicaux et dans les instructions réglementaires promulguées par les services publics de santé.

3. Problèmes de construction et d'équipement

Ces problèmes sont souvent mal résolus en l'absence de textes réglementaires concernant les conditions techniques obligatoires et les

directives générales à respecter. Nombreux sont les exemples d'hôpitaux mal adaptés au climat, aux possibilités énergétiques locales, au personnel disponible, aux habitudes et désirs de la population, ainsi qu'aux ressources financières probables.

L'absence de normes ou standards de construction et d'équipement laisse le champ libre aux ambitieuses fantaisies de certains architectes et ingénieurs ou, pire encore, de firmes commerciales qui se désintéressent des conditions de fonctionnement.

4. Formation et recrutement du personnel

Dans tous les pays en développement, ce sont des obstacles majeurs. On se bornera ici à résumer les causes essentielles qui pourraient être atténuées par une législation et une administration appropriées.

La formation est trop souvent étroitement calquée sur celle qui est de règle dans les pays développés, dont la pathologie et les problèmes sociaux sont très différents. En ce qui concerne les étudiants en médecine, la formation fait une place trop importante aux spécialités et aux moyens de diagnostic biologique et radiologique les plus sophistiqués, dont les médecins ne pourront pas bénéficier facilement dans leur pratique quotidienne.

Le recrutement du personnel est compromis par les conditions médiocres et l'instabilité du statut de la fonction hospitalière et sanitaire dans les établissements publics, mais aussi par une rémunération insuffisante, qui à la longue pourrait favoriser l'exercice privé à temps partiel, ou même la démission et l'abandon de poste. De plus, il arrive que les allocations budgétaires arbitraires, en l'absence de textes réglementaires fixant les règles de la comptabilité et le calcul du budget, ne permettent pas de pourvoir les postes officiellement approuvés, qui restent vacants faute d'argent pour payer les salaires.

5. Faiblesse des données statistiques des établissements de soins médicaux

Il s'agit d'un obstacle à l'élaboration de programmes d'équipement et de construction. Il existe souvent un déséquilibre entre les statistiques hospitalières de morbidité et celles d'utilisation.

Pour des raisons tenant à la tradition, on a souvent donné la priorité aux statistiques détaillées de morbidité, qui sont de valeur douteuse quand la cause qui conduit à l'admission du malade est mentionnée à l'entrée et non à la sortie. Les insuffisances des moyens diagnostiques dans les hôpitaux moyens et locaux sont également responsables de diagnostics imprécis. On peut finalement mettre en doute l'intérêt de collationner des statistiques détaillées de morbidité pour la planification des établissements de soins de santé. Ce qu'il est important de savoir, c'est, par exemple, combien il y a eu de malades chirurgicaux pendant une période donnée, mais le nombre de ceux qui sont atteints de hernie ou d'ulcère gastrique n'a guère d'importance pour le calcul des lits et du personnel nécessaire. Ces renseignements sont, par contre, importants pour connaître l'évolution des causes principales de morbidité dans la population.

En ce qui concerne les statistiques d'utilisation, il n'y a pas de normes universellement adoptées. De plus, la valeur et l'interprétation des chiffres sont douteuses quand le nombre moyen de malades présents est très supérieur au nombre officiel des lits. Enfin, le recueil de toutes ces données impose un travail supplémentaire que le personnel, peu nombreux et surmené, ne peut pas accomplir de façon fiable et régulière. Des données statistiques précises sont cependant indispensables, mais il conviendrait que, dans notre pays, on les limite au minimum utile et qu'on ne s'efforce que très progressivement d'appliquer des programmes semblables à ceux des pays développés.

6. Coordination insuffisante du système des soins médicaux avec les autres institutions

Le système des soins de santé, qui risque de se désorganiser en l'absence d'une législation appropriée, souffre souvent d'un manque de coordination avec les autres institutions sociales :

6.1. L'éducation nationale.

L'éducation nationale prend la formation des médecins dans la plupart des pays en développement, et parfois celle des infirmières, des auxiliaires et des techniciens sanitaires. De plus il est fréquent que les établissements où la formation pratique est assurée, c'est-à-dire les hôpitaux d'enseignement, soient placés sous la tutelle du ministère de l'éducation nationale et non pas sous celle du ministère de la santé. Un système de soins de santé dont les échelons les plus élevés, c'est-à-dire les hôpitaux régionaux et périphériques, lui restent étrangers, est littéralement décapité et ne peut pas fonctionner de façon harmonieuse. Les indispensables échanges de personnel, de services et de malades entre la base et le sommet du système hospitalier se font mal. Il se crée deux catégories de médecins hospitaliers, ceux des hôpitaux d'enseignement qui ont des titres universitaires, et les autres, dont le prestige et la satisfaction professionnelle sont moins reconnus.

6.2. La sécurité sociale

Comme notre pays est à ses débuts en matière de mutuelles d'assurance-maladie, il faut qu'il se dote à temps de structures législatives et administratives assurant la coordination des secteurs sanitaires et sociaux (INSS et MUTUELLE) pour éviter les graves erreurs qu'ont commises de nombreux pays. Lesquelles sont-elles ?

Même sous ses formes élémentaires de mutuelles d'assurance-maladie, la sécurité sociale montre une tendance naturelle à constituer son propre système de soins, c'est-à-dire à recruter et à employer des médecins de caisse et à construire et à gérer des hôpitaux réservés aux assurés.

En l'absence d'une législation coordonnatrice, il se constitue progressivement un double système, celui des assurances-maladie, qui se développe là où se trouvent un nombre suffisant d'affiliés (salariés des villes industrielles et commerçantes) et le système public, qui a la charge des non-salariés (essentiellement les artisans et les paysans).

De plus les caisses d'assurance-maladie n'ont par définition que peu d'intérêt pour la médecine préventive. Leurs hôpitaux, souvent excellents d'ailleurs, assurent des fonctions traditionnellement curatives et ne répondent pas à la nécessité d'intégrer le traitement et la prévention des maladies.

Il faut ajouter que le développement économique entraîne une proportion plus élevée de salariés, une élévation des salaires, donc des ressources financières parfois importantes, puisque le budget de l'assurance sociale provient d'une cotisation prélevée sur les salaires. Enfin, la branche des pensions de retraite et de vieillesse est bénéficiaire pendant les premières décennies de fonctionnement, du fait que l'âge moyen des salariés est relativement bas et que l'espérance de vie est relativement courte dans les pays en développement. Ces conditions donnent la possibilité aux caisses d'édifier rapidement leur propre système de soins médicaux et d'offrir des conditions de travail et de rémunération plus satisfaisantes que le secteur public. A cause de cette situation que ne freine aucune législation, le secteur des caisses d'assurance sociale croît rapidement, alors que le secteur public s'étiole et dépérit. Ce phénomène s'observe dans les pays qui ont atteint un certain degré de développement économique et qui ne se sont pas dotés à temps de structures législatives et administratives assurant la coordination des secteurs sanitaires et sociaux.

6.3. La médecine du travail prend une importance croissante avec le développement industriel et agricole. Elle revêt plusieurs aspects différents: examen médical à l'embauche, contrôle systématique et périodique de la santé des travailleurs, diagnostic et traitement des accidents du travail et des maladies professionnelles, etc.

Dans notre pays comme dans tous les pays en développement, il peut s'y ajouter les soins médicaux de toute nature pour les travailleurs et leur familles. En raison des difficultés financières et de personnel que ces pays connaissent, il est recommandé d'éviter la constitution d'un secteur indépendant de médecine du travail et d'utiliser, pour les soins médicaux généraux, l'ensemble du système sanitaire. Cette intégration est particulièrement souhaitable pour garantir que les services de médecine dutravail contribuent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs et ne se bornent pas à rechercher leur meilleur rendement au seul bénéfice de l'entreprise. Les services médicaux d'entreprise sont parfois accusés par les ouvriers de ne bénéficier qu'à la direction de l'usine, ce qui entraîne évidemment des conflits sociaux. De tels risques sont évités par l'utilisation des services publics de soins de santé.

6.4. La médecine préventive revêt une importance considérable dans notre pays du fait que la majorité de la population souffre d'un environnement potentiellement insalubre et de malnutrition. Les maladies parasitaires sont extrêmement fréquentes, les maladies contagieuses constituent un risque répandu et les problèmes de nutrition et d'habitat sont considérables. Ce second champ est indissolublement lié aux soins médicaux que doivent recevoir les individus atteints et l'action correspondante est pratiquée par le personnel sanitaire dans le cadre des institutions de soins de santé.

Il convient cependant d'éviter de scinder le programme de prévention globale car il reste la responsabilité directe des autorités sanitaires publiques qui peuvent établir des conventions avec les autorités locales ou les organismes bénévoles comme la Croix-Rouge et les institutions philanthropiques. Si l'on considère qu'en pratique, la prévention primaire s'exerce surtout sur le terrain et au sein des collectivités, il est facile de loger ses fichiers, ses cartes et son personnel administratif dans quelques pièces de l'hôpital ou du centre de santé local.

6.5. L'action sociale en faveur des personnes qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins par leur travail ou celui de leur famille est longtemps restée à la charge des autorités locales. Enfants abandonnés et orphelins, handicapés physiques et mentaux, malades chroniques, vieillards et individus dépourvus de cadre familial ont traditionnellement trouvé une place modeste dans les villages peuplés d'agriculteurs et d'éleveurs sédentaires.

C'est encore le cas dans de nombreuses régions des pays en voie de développement. Mais le développement économique plus ou moins bien organisé a introduit une rupture brutale dans les traditions en l'absence d'un système d'aide sociale. Il suffit d'évoquer les migrations d'adolescents et d'adultes vers les villes en explosion démographique, l'ouverture de grands chantiers industriels, le départ de travailleurs vers les pays développés, l'introduction de machines dans l'agriculture et l'exploitation des forêts et des mines, pour comprendre que les collectivités rurales, privées d'une partie de leurs travailleurs, ne peuvent plus entretenir l'existence d'individus inactifs. Certes, il n'est pas possible pour notre pays de garantir dès maintenant un niveau de vie acceptable pour la foule des handicapés, mais il faut considérer que deux facteurs posent au gouvernement des problèmes qui ne peuvent être plus longtemps ignorés ou éludés.

Le premier est l'augmentation du nombre des handicapés, du fait même du développement économique. L'introduction de machines nouvelles et l'utilisation de produits insecticides et fongicides toxiques entraînent des accidents de travail et des maladies professionnelles nombreuses et graves à cause de l'inexpérience des ouvriers et de l'insuffisance des précautions prises par les employeurs. En principe, ces cas devraient être pris en charge par les services sociaux du travail, mais ceux-ci ne possèdent ni les ressources ni les structures législatives et administratives qui leur permettraient de résoudre ces problèmes.

Le second facteur consiste en la mobilité accrue des populations du fait du développement des transports. Les grandes villes et leurs

banlieues voient affluer des cas sociaux qui n'ont plus leur place dans les villages, dont les structures traditionnelles sont menacées.

Il n'est pas rare que chaque travailleur qui trouve un emploi soit accompagné de plusieurs cas sociaux improductifs à sa charge.

Il est donc inévitable que les autorités se trouvent confrontées au problème de l'aide sociale. En l'absence d'institutions adéquates, la solution de facilité est l'admission temporaire à l'hôpital. Il est donc nécessaire que les hôpitaux puissent évacuer les cas sociaux, souvent admis d'urgence, vers des institutions d'aide sociale.

Il est à noter que, si les vieillards et les malades chroniques posent actuellement un problème particulièrement grave aux pays développés, la situation ne pourra pas être négligée par les pays en développement au cours des années qui nous séparent de la fin du siècle. Ici encore, la coordination entre le système des soins de santé et l'aide sociale est nécessaire.

La solution de tous ces problèmes ne peut pas être trouvée dans l'improvisation et la bonne volonté d'institutions indépendantes et incoordonnées. Une législation sociale qui couvre l'ensemble des secteurs évoqués ci-dessus doit constituer le cadre d'un programme d'action rationnel et efficace.

Centre Universitaire de Recherche pour le Développement Economique et Social

Référence bibliographique des Cahiers du CURDES

Pour citer cet article / How to citate this article

NYUNGUKA Tharcisse, Obstacles é une planification rationnelle des soins de santé au Burundi, pp. 39-48, Cahiers du CURDES n° 4, Mars 1986.

Contact CURDES : curdes.fsea@yahoo.fr