SYSTÈMES DE SANTÉ

AUTEURS

Kovin S Naidoo: Brien Holden Vision Institute, Division de la santé publique, Durban, Afrique du Sud; University of KwaZulu Natal (UKZN), Durban, Afrique du Sud

Brien Holden: Brien Holden Vision Institute, University of New South Wales (UNSW), Australie

RÉVISION PAR LES PAIRS

Ron Fyfe: ex-président du comité de santé publique de WCO; représentant Asie Pacifique du comité de santé publique de WCO et membre du conseil de Vision 2020 Nouvelle-Zélande

CE CHAPITRE COMPREND UNE RÉVISION DE:

- Le système de santé du district
- Définir le rôle des différents cadres

LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT

Le système de santé de district a été défini, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme la base fondamentale pour un système national de santé.
C'est un modèle qui est promu comme une solution pour créer un accès aux soins de santé au niveau de la région, en distribuant des services à différents niveaux du système de soins de santé et en facilitant l'acheminement des références appropriées. Alors que de nombreux pays ont adopté le système de santé de district comme modèle, la disposition des services de soins oculaires dans le cadre de ce système est souvent mal défini. Une plus grande lacune encore est associée à l'absence du rôle de l'optométrie au sein d'un tel modèle.
Le système de santé de district est indispensable aux soins de santé primaires.

CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT

- Un certain nombre de sous-divisions géographiques distinctes, généralement appelées districts de santé, chacune avec une population à desservir clairement définie

  > « Un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires est plus ou moins un segment indépendant du système de santé national. Il comprend avant tout une population bien définie, habitant dans un rayon administratif et géographique clairement défini, qu'il soit urbain ou rural. Il inclut toutes institutions et tous individus fournissant des soins de santé dans le district, qu'ils soient liés à la sécurité sociale gouvernementale, non gouvernementale, privée ou traditionnelle. Un système de santé de district consiste donc en une grande variété d'éléments interreliés qui contribuent à la santé dans les maisons, écoles, lieux de travail et communautés, à travers la santé et d'autres secteurs reliés. De plus, le système de santé de district comprend les soins personnels et tous les travailleurs de la santé ainsi que toutes les installations, de l'hôpital qui constitue le premier niveau de référence jusqu'aux laboratoires et aux services de soutien diagnostique et logistique. »
  >
  > (Organisation mondiale de la santé, 1988)

  Des normes bien établies sont utilisées pour délimiter les districts de santé, par exemple:
  - Doit inclure un hôpital
  - Population maximale à desservir de 500 000 à 1 000 000 d'habitants

LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT (SUITE)

- Une taille qui permet d'atteindre la clinique la plus éloignée du district en moins de 3 heures à partir du bureau central du district
- Chaque district de santé a une équipe directrice responsable de:
  - Distribuer
  - Planifier
  - Diriger
  - Mettre en place et surveiller
  - Assurer l'utilisation équitable et rentable des ressources et
  - Instaurer le système de référence approprié

Les programmes doivent être exhaustifs afin de s'assurer que les différents cadres des soins de la vue soient intégrés à une unité de service et à un système de référence sans accrocs à l'intérieur du système de santé de district. Comme les optométristes sont fréquemment employés en dehors du secteur public, la situation est particulièrement plus complexe, car les rôles des optométristes ne sont souvent pas clairement définis au sein du système de santé de district.

OFFRE DE SOINS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT

Le but du système de santé de district est de simplifier la prestation des services et d'éviter le double emploi non nécessaire. Les plus gros défis concernant les services oculaires sont les répartitions des responsabilités à l'intérieur du système de santé de district.

Obstacles nuisant à l'utilisation efficace des ressources humaines

- Conflits interprofessionnels : compétition entre optométrie et ophtalmologie et possiblement entre divers cadres du personnel de la santé oculaire, surtout considérant le développement du champ de pratique pour chacun
- Ressources limitées : manque de fonds pour l'embauche des ressources humaines appropriées
- Manque de professionnels bien formés : faible rendement des institutions d'éducation, manque d'institutions ainsi qu'émigration et changement de profession auront un impact sur la disponibilité de professionnels bien formés

Composantes du système de santé de district

Pour assurer le succès des programmes de soins oculaires et de prévention de cécité, l'intégration aux modèles de santé de district est essentielle. Il est donc nécessaire de planifier des programmes dans un contexte de système de santé de district.

Les faiblesses reliées aux soins oculaires fournis dans la structure du système de santé de district sont:

- Centralisation des services dans les centres urbains;
- Petits hôpitaux et cliniques sous-financées;
- Manque de personnel qualifié;
- Manque de matériel médical et d'infrastructures

Cliniques de soins de santé primaires

Ces cliniques offrent une variété de soins de santé primaires et les soins oculaires y sont souvent négligés. Il est attendu du personnel travaillant à ce niveau de soins de détenir plusieurs habiletés, les soins visuels faisant partie de cette gamme de compétences. Le personnel en soins oculaires est souvent constitué d'infirmiers(ères) en soins de santé primaires ayant complété un cours dans les soins oculaires.

Le dépistage et le traitement de conditions oculaires aiguës et simples telles que la conjonctivite sont les rôles principaux du personnel à ce niveau. De plus, les travailleurs à ce niveau devraient être en mesure de participer à des activités éducatrices en développant des outils pour la promotion et l'éducation en santé oculaire et en communiquant ces informations à la communauté de la clinique.

Clinique de santé du district

La clinique de santé du district sert principalement à donner des services de santé primaires et dessert tout en étant le centre de référence d'un certain nombre de cliniques de soins de santé primaires. Ces cliniques emploient généralement des infirmiers(ères) de soins primaires et des médecins à temps plein ou partiel, compte tenu du nombre de patients à desservir et de l'isolement de la clinique. Dans certains pays, les infirmiers(ères) en ophtalmologie (IO), les cliniciens en ophtalmologie (CO) et/ou les assistants médicaux en ophtalmologie (AMO) sont retrouvés dans ces cliniques.

LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT (SUITE)

Hôpital de district

Le niveau secondaire de soins est prodigué dans ces hôpitaux. Ces hôpitaux desservent un nombre de districts de santé qui leur réfèrent des patients. Le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies oculaires, la réfraction et les services de basse vision sont souvent offerts à ce niveau. Les hôpitaux de district emploient souvent des ophtalmologistes, des optométristes ainsi que des IO, CO et AMO.

HÔPITAL RÉGIONAL

- Le niveau secondaire et tertiaire de soins oculaires est fourni à ces hôpitaux qui sont souvent un site de référence pour un groupe d'hôpitaux de district
- Le personnel des soins oculaires peut inclure des IO, CO, AMO, optométristes et ophtalmologistes

HÔPITAL PROVINCIAL

- Le niveau tertiaire et quaternaire de soins est fourni à cet endroit. Il dessert quelques hôpitaux régionaux qui réfèrent les cas qui ne peuvent pas être pris en charge au niveau régional
- Le personnel des soins oculaires peut inclure des ophtalmologistes, optométristes et IO

DÉFINIR LE RÔLE DES DIFFÉRENTS CADRES

Il est essentiel d'établir une définition claire des rôles des différents cadres à l'intérieur d'un même district. Le dédoublement de tâches devrait être évité et un système de référence bien défini devrait être développé. Dans un climat de ressources limitées et de personnel surchargé, la répétition est illogique et inefficace.

Plusieurs types de professionnels sont impliqués dans les équipes de soins oculaires. Les divers rôles des différents personnels d'un district de santé sont énumérés ci-dessous. Ces rôles peuvent varier d'un district à l'autre et ne sont souvent pas constants, c'est-à-dire que la tâche reliée à un emploi peut varier périodiquement en fonction des ressources et des défis au niveau du district.

TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ

Les rôles clés pour les travailleurs communautaires en santé sont souvent le dépistage, l'identification des cas, la promotion de la santé et l'éducation de la santé. Les tâches fondamentales en soins oculaires incluent l'identification des cas et/ou le dépistage de maladies oculaires ou de conditions réfractives. Même si l'infirmière en soins de santé primaires est bien qualifiée et idéale pour vérifier la santé oculaire et la vision ainsi que pour le dépistage et/ou l'identification des cas, les services en milieu communautaires sont difficiles à offrir pour ce cadre étant donné l'abondance des tâches et le nombre de patients à ce niveau. C'est pourquoi les travailleurs communautaires en santé sont une ressource idéale pour les services oculaires de niveau communautaire. Ils sont très utiles pour les activités de promotion de la santé. Ce type de services est particulièrement nécessaire dans les régions rurales, où de nombreuses approches alternatives sont utilisées en guise de traitement de maladies oculaires; par exemple, le traitement d'une conjonctivite avec de l'urine, entraînant des conjonctivites gonococciques chez les patients se présentant par la suite à une clinique (Naidoo K 2006, communication personnelle).

INFIRMIER(ÈRE) EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (ISSP)

L'infirmier(ère) en soins de santé primaires (ISSP) travaille à la clinique de soins de santé primaires. L'ISSP s'occupe principalement du dépistage et de la gestion thérapeutique de base d'une grande variété de maladies. Les soins de santé oculaire sont un aspect des nombreuses tâches dont elles sont responsables. En ce qui concerne la santé oculaire, ils dépistent les pathologies oculaires et les pertes visuelles puis réfèrent à la clinique la plus près. Ils peuvent cependant souvent prescrire des lunettes pour corriger la presbytie après avoir exclu la présence d'une pathologie qui pourrait y être liée. Étant donné le manque de connaissances de la population sur la santé oculaire, leurs tâches peuvent aussi inclure la coopération avec les structures de la communauté locale pour promouvoir des activités pour la santé oculaire et la prise en charge de services cliniques. Les ISSP devraient s'adresser à des groupes de la communauté et aux écoles concernant les approches de promotion et de prévention aux soins oculaires. Un exemple de l'importance de l'éducation communautaire est le nombre inquiétant de patients diabétiques et hypertensifs qui ne sont pas informés sur l'impact de ces maladies systémiques sur les yeux, souvent en raison de l'horaire chargé des cliniciens qui diagnostiquent ces patients. Cette ignorance peut mener les patients diabétiques et hypertensifs à ne chercher des soins que lorsqu'ils notent une perte visuelle. De tels patients bénéficieront énormément d'efforts de prévention et de promotion.

DÉFINIR LE RÔLE DES DIFFÉRENTS CADRES (SUITE)

INFIRMIERS(ERES) EN OPHTALMOLOGIE (IO) / ASSISTANTS MÉDICAUX EN OPHTALMOLOGIE (AMO) / CLINICIENS EN OPHTALMOLOGIE (CO)

Les IOs / AMOs / COs sont surtout employés par l'hôpital de district, mais peuvent aussi être affectés à la clinique de santé du district. Dans plusieurs districts de santé, les infirmières en ophtalmologie sont à la base du système des soins oculaires puisque les ophtalmologistes et les optométristes n'y sont pas présents. Les infirmières en ophtalmologie gèrent toutes les pathologies oculaires et effectuent les réfractions lorsqu'elles ont reçu la formation additionnelle appropriée.

OPTOMÉTRISTES

Les optométristes au niveau de l'hôpital de district sont une ressource de grande valeur pour fournir des services réfractifs et gérer les maladies oculaires. Cependant, le nombre limité de postes et le manque de disponibilité des optométristes pour le secteur public nuisent à l'embauche de ceux-ci. Étant donné l'échelle de rémunération actuelle des optométristes et le manque de postes dans plusieurs pays, un nombre insuffisant d'optométristes sont engagés à l'hôpital de district. Dans ces circonstances, le rôle de l'optométriste au niveau de l'hôpital du district devrait donc être celui d'un clinicien externe, offrant son soutien aux infirmières en ophtalmologie par l'éducation, le mentorat et la gestion de cas complexes.

Le lieu de travail d'un optométriste dans de telles circonstances sera au niveau de l'hôpital régional, s'occupant des références des hôpitaux de différents districts. À ce niveau, l'optométriste devrait fournir des services de réfraction et de basse vision, ainsi que le diagnostic de pathologies oculaires et leur cogestion/gestion.

OPHTALMOLOGISTES

Les ophtalmologistes fournissent des traitements et les suivis des maladies oculaires, ainsi que des soins chirurgicaux. La pénurie d'ophtalmologistes ainsi que l'attrait du secteur privé rendent difficile d'embaucher des ophtalmologistes aux hôpitaux de district. Ils sont donc généralement retrouvés dans les hôpitaux régionaux ou dans de grands hôpitaux de district.

De manière à créer un impact sur le taux de chirurgies de cataracte dans le monde en développement, il est nécessaire d'augmenter le rôle des infirmières en ophtalmologie et des optométristes dans la gestion des maladies et la cogestion des patients en post-opératoire.

DIRECTEUR DE LA SANTÉ DU DISTRICT

Le directeur du district est une composante intégrante de l'équipe des ressources humaines du district. Un directeur sensible à la cause permet d'énormes développements en terme de soins oculaires, puisque l'allocation de ressources dans le secteur public est habituellement contrôlée centralement. La décentralisation des tâches vers les directeurs du district en partant du niveau du gouvernement provincial crée une opportunité plus grande de succès de planification au niveau du district.

L'APPROCHE ÉQUIPE

Le système de santé publique est souvent sous-utilisé en raison d'un manque de travail en équipe dans la prestation des soins de santé. Les différents cadres travaillent indépendamment (en silo) et leurs tâches se dédoublent fréquemment. Les approches territoriales par les professionnels sont assez communes avec la mentalité «mon rôle» qui prédominent, plutôt qu'une mentalité du « nous » (Croasdale A 2006, communication personnelle). De façon à efficacement susciter la coopération, la formation du travail en équipe sous la forme d'ateliers cliniques et de planification est importante. De plus, il y a aussi un manque d'intégration entre le personnel des soins oculaires et les autres départements. Cela représente un obstacle à la gestion efficace des patients; par exemple, les patients diabétiques devraient être co-gérés par le médecin et les cadres de soins oculaires.

DÉFINIR LE RÔLE DES DIFFÉRENTS CADRES (SUITE)

INTERVENTIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Le *LV Prasad Eye Institute* (LVPEI) en Inde a développé un modèle novateur pour la prestation des soins oculaires dans le monde en développement (Figure 2-1) qui a été mis en place avec succès (Rao, 2005).

Dans ce modèle pyramidal, les dépistages de base sont effectués par les Gardiens de la Vision au niveau du village, à un ratio de 1:5 000. Les Techniciens de la Vision dans les Centres de la Vision (*Vision Centers*) au niveau communautaire fournissent les soins oculaires primaires (1: 50 000), tandis que les soins tertiaires avancés ont lieu au niveau du centre d'excellence (1:50 millions). Les tâches sont donc divisées parmi la main-d'œuvre disponible pour que les individus capables d'effectuer des tâches les plus complexes, qui sont les moins nombreux, aient le temps de les effectuer.

Les communautés locales devraient toujours être impliquées dans l'établissement des services de soins oculaires et éduquées sur les soins oculaires. L'OMS recommande que l'objectif minimal à atteindre en ressources humaines pour les soins oculaires soit 1:50 000 de population.

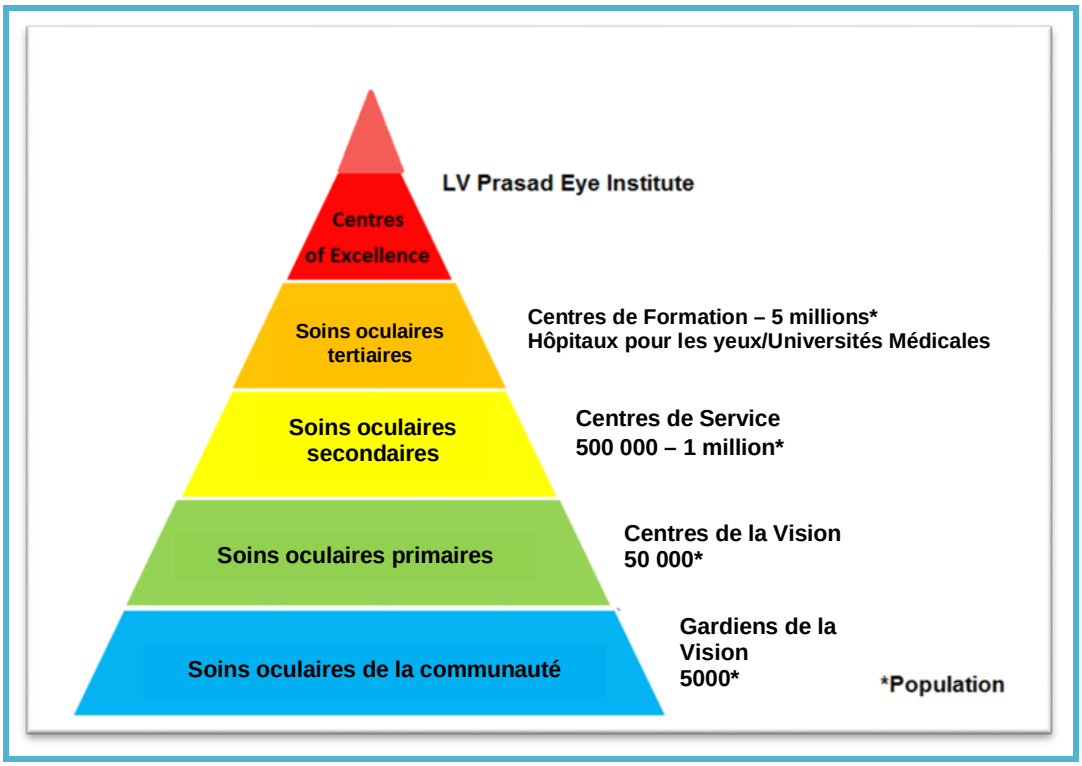

Figure 2-1: *Le modèle du LVPEI pour la Prestation des Services de Soins Oculaires*

Source: *Rao, 2005: Un modèle d'infrastructure pour l'implémentation de VISION 2020: « Le droit à la vue »*

LECTURES RECOMMANDÉES

- International Centre for Eye Health, 2007. **Prevention of childhood blindness: teaching set**. London School of Hygiene and Tropical Medicine.http://www.cehjournal.org/files/tsno4/tsno04.pdf Consulté le 15 août 2012
- Rao GN, 2000. **Human Resource Development**. Journal of Community Eye Health, 13(35): 42-43.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_13_35_042.pdf Consulté le 14 août 2012
- Holden BA and Resnikoff S, 2002. **The Role of Optometry in Vision 2020**. Journal of Community Eye Health, 13(35): 33-36. Source: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1705887&blobtype=pdfConsulté le 14 août 2012
- Rao GN, 2005. **An infrastructure model for the implementation of VISION 2020: The Right to Sight**. Journal of Community Eye Health, 18(54): S61-62.Source: http://www.cehjournal.org/indian/download/ceh_18_54_s.pdf Consulté le 14 août 2012
- Gilbert C,1998.**The Importance of Primary Eye Care**.Journal of Community Eye Health, 11(26): 17-18.Source: http://www.cehjournal.org/0953-6833/11/jceh_11_26_017.html Consulté le 14 août 2012
- Odusote K, 2005.**People deliver eye care: managing human resources**.Journal of Community Eye Health, 18(56): 117-119.Source:http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1705692 Consulté le 14 août 2012
- Kaliyaperurnal K and Sieving M, 2003.**Guidelines for Development of Messages for Prevention of Blindness.CommunityOphthalmology, 3(3): 14-16**.Source: http://laico.org/v2020resource/files/guidelines_message.pdf Consulté le 14 août 2012
- Gilbert C, 2006.**Eye health promotion and the prevention of blindness in developing countries: critical issues**.British Journal of Ophthalmology, 90: 279-284.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/90/3/279 Consulté le 14 août 2012

RÉFÉRENCES

- Communication personnelle: **Croasdale A. Difficulties integrating eye care personnel**.: Département de la Santé, Pretoria, 2006
- Communication personnelle: Naidoo K. **Traditional Medicine -eye care practises**. Red Cross Air Mercy Services-Flying Doctors Programme, Durban, Mai 2006
- Rao GN, 2005.**An infrastructure model for the implementation of VISION 2020: The Right to Sight**.Journal of Community Eye Health, 18(54): S61-62.Source: http://www.cehjournal.org/indian/download/ceh_18_54_s.pdf Consulté le 14 août 2012
- Organisation mondiale de la santé , 1988.**The challenge of implementation: district health systems for primary health care**.Part A pp 7-11.Organisation mondiale de la santé.Geneva.http://www.ais.up.ac.za/med/pcm870/challenge.PDF Consulté le 15 août 2012