

**Analyse de l'impact de la réforme SIBASI dans le
système de santé de El Salvador sur la base
d'indicateurs des Nations Unies**



Fabio Agrì

Pietro Gianella

Préface

El Salvador, Amérique centrale, 6,7 millions d'habitants, voici le pays en voie de développement dans lequel s'inscrit notre travail de médecine communautaire. Plus qu'une simple récolte de données, notre voyage est une véritable remise en question de toutes nos connaissances médico-sociales. Nous tenterons ainsi par ce texte, de retranscrire au mieux notre expérience vécue, en gardant toujours comme fil rouge la problématique du fonctionnement du système de santé salvadorien.

Notre texte se veut une mise en parallèle des informations théoriques trouvées sur le net et sur place avec une vision beaucoup plus pratique du système de santé, raconté par ses principaux acteurs, équipes médicales, responsables et patients. Notre but ultime étant de voir à quel point les théories de l'OMS et du ministère de la santé locale se superposent à la réalité salvadorienne.

Ce projet, aussi enrichissant que difficile à réaliser, contribue à alimenter notre esprit critique, essentiel à l'approche de toutes problématiques.

Fabio Agrì et Pietro Gianella

15 juillet 2005

Remerciements

Ce projet n'aurait pas pu être mené à bien sans le soutien et la précieuse contribution d'un grand nombre de personnes. Nous sommes particulièrement reconnaissant pour leur collaboration à:

- ❖ Prof. Alfred Fernandez, co-président de l'Université d'été des droits de l'homme
- ❖ Dr. Napoleon Puente, chirurgien de l'hôpital Zacamil.
- ❖ Dra. Claudia Figuaroa, chef de l'équipe technique de SIBASI CENTRO.
- ❖ Dra Lina Puente, responsable de l'instruction en médecine interne.
- ❖ Dr. Ricardo Lòpez Valdez, responsable au ministère de santé publique du département qualité des soins.
- ❖ Mme. Bickel, déléguée de la Croix Rouge Suisse à El Salvador.
- ❖ Dra. Magaña, responsable de la visite domiciliaire de l'hôpital Zacamil.
- ❖ Dr. N.Juan Hasbun, chirurgien à la retraite.

Nous exprimons aussi notre gratitude à:

- Dr. Carlos Gabriel Alvareda, chirurgien pédiatre de l'hôpital Benjamin Bloom.
 - Dr. Saavedra, médecin interne à l'hôpital Zacamil.
 - Dra. Flores, médecin interne à l'hôpital Zacamil.
 - Dr. Gamero, responsable du centre épidémiologique du SIBASI CENTRO.
 - Dra. Campos, responsable de l'unité de santé Barrios.
 - Dr. Roldan, directeur de l'hôpital Rosales.
 - Dra. Otero, responsable de l'unité de santé Zacamil.
 - Dr. Herbert Orellana, responsable du plan de vigilance pharmacologique du ministère.
 - Licenciada Castaneda, staff de l'équipe technique du SIBASI CENTRO.
 - Licenciada Alicia Beltràn Villeda, chargée de la promotion de la santé dans l'unité de santé Lourdes.
-
- L'Hospital Nacional Zacamil et tous ces collaborateurs.

Abréviations

MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

SIBASI Sistema Básicos de Salud Integral

ISSS Instituto del Seguro Social Salvadoreño

US Unidad de Salud

CS Casa de Salud

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
Introduction	1
CHAPITRE 1: LE SYSTEME DE SANTE SALVADORIEN	3
▪ Système national de santé	4
▪ Infrastructures du système national de santé	5
▪ Historique	6
▪ SIBASI	7
○ But	7
○ Stratégie	7
○ Organisation	11
CHAPITRE 2: LES UTILES DE TRAVAIL	12
▪ Introduction	13
▪ Objectifs et indicateurs	14
▪ Les questionnaires	15
○ Liste de questions posées au personnel sanitaire	15
○ Liste de questions posées aux patients	15
CHAPITRE 3: LES OBJECTIFS	16
▪ Objectif 1	17
○ Analyse des indicateurs	17
○ Explication des questionnaires	22
○ Analyse de quatre indicateurs avec les questionnaires	25
▪ Objectif 2	29
○ Analyse des indicateurs	29
▪ Objectif 3	31
○ Dengue et dengue hémorragique	31
○ Analyse du premier indicateur	34
Conclusion	36

Introduction

Par santé communautaire nous entendons la spécialité médicale qui s'intéresse à la santé, aux problèmes de santé et aux facteurs qui les déterminent dans une perspective de population. La surveillance de l'état de santé de la population, la protection de la santé publique, la prévention des maladies et des problèmes psychosociaux, la promotion de la santé, la recherche, la formation, la production de recommandations pour des politiques et des règlements en santé publique ainsi que des services cliniques directs auprès d'individus ou de groupes d'individus dans la collectivité, sont autant de préoccupations communautaires.

Tous ces points font désormais partie du fonctionnement du système de santé salvadorien. En effet, à partir des années septante, le gouvernement salvadorien se rendit compte de la nécessité de développer simultanément la santé et le domaine social.

Pour cette raison, dans le programme gouvernemental du ministère de la santé publique et de l'assistance social, il a été proposé de mettre en œuvre des actions permettant d'améliorer le niveau de santé et de vie de la population de El Salvador. Pour ce faire, les buts proposés sont une augmentation de l'efficacité, de l'efficience, de l'accessibilité, de l'équité, ainsi que de la sécurité, de l'adéquation des moyens engagés et du respect du patient.

Une évolution dans ce sens a été possible par la mise en place, en l'an 2000, des SIBASIS (*Sistemas Básicos de Salud Integral*). Ces systèmes basiques de santé intégrale comprennent un réseau d'établissements de la santé, qui s'appuient les uns sur les autres afin de renforcer la capacité de réponse face à une demande sanitaire de plus en plus grande.

La révolution fondamentale du SIBASI est une centralisation de l'information organisationnelle (répartition de l'argent, du personnel sanitaire et du matériel) et de l'information épidémiologique (type d'information plus 'médicale').

Notre travail vise à évaluer si ce système répond aux exigences de droit à la santé définies par les Nations Unies. Pour ce faire nous avons utilisé trois objectifs, parmi les sept prévus par le document: «Les stratégies de lutte contre la pauvreté sous l'angle des droits de l'homme» (HR/PUB/2002/5) en ce qui concerne le droit à la santé (pag. 27-28). Notre temps et nos moyens à disposition étant limités, nous ne travaillerons ces objectifs que dans la région de SIBASI CENTRO, incluant la capitale, San Salvador.

La centralisation de l'information organisationnelle sera évaluée par le premier objectif:

1. Chacun doit avoir accès à des soins de santé primaires appropriés et abordables.

Pour répondre aux indicateurs de cet objectif, nous nous basons autant sur des données statistiques que sur l'avis de la population. Ces deux outils de travail précieux nous permettent, tout au long de ce projet, de faire ressortir les points faibles et les points forts de cette nouvelle organisation du système de santé salvadorien.

La centralisation de l'information épidémiologique sera évaluée par les deux derniers objectifs, bien plus médicaux:

2. Éliminer la mortalité maternelle évitable.

3. Éliminer l'incidence des maladies transmissibles.

Pour répondre à ces objectifs, nous n'utiliserons que des données épidémiologiques récoltées dans l'institut épidémiologique de SIBASI CENTRO.

Il est à mentionné que le mécanisme des SIBASIS n'est pas le seul facteur à influencer l'état du système de santé salvadorien. Les limites de temps et de moyens ne nous permettent toutefois pas d'aborder pleinement le profil politico-économique du pays.

CHAPITRE 1:

LE SYSTEME DE SANTE SALVADORIEN

Système national de santé

Le système national de santé est composé par trois types d'assistance sanitaire, en fonction des possibilités économiques du patient. Il est à noter, que chacun possède ses propres établissements.

- a) L'assurance privée: facultatif, couvrant les nécessités sanitaires des gens à moyen (500\$/mois) et haut revenu mensuel. Ce secteur ne touche que environ 3% de la population salvadorienne.
- b) L'assurance sociale (ISSS): obligatoire pour qui travaille officiellement, couvrant les nécessités sanitaires du travailleur, de sa femme et de ses enfants âgés de moins de 12 ans. La cotisation est payée par l'employé (3% de son salaire) et par l'employeur (7.5% par employés). Ce type d'assurance touche environ 17% de la population salvadorienne.
- c) Le ministère de santé publique et d'assistance sociale (MSPAS): accessible pour tous, notamment pour les personne sans revenu, offre des services gratuits dans les *casas* et *unidades de salud*. Le MSPAS couvre environ 80% des salvadoriens.

Quatre points sont à considérer en lisant ces pourcentages :

1. Parmi la population considérée économiquement active, font partie les travailleurs du domaine informel, n'ayant ainsi pas d'accès possible au *seguro social*.
2. Parmi la population économiquement active, pas tous les travailleurs du domaine formel ont accès au *seguro social*, car l'employeur ou l'employé même ne paye pas la cotisation.
3. Parmi la population ayant un *seguro social*, certaines personnes, par raison de commodité (proximité des institutions, moins de temps d'attente) vont se faire soigner dans les structures du MSPAS.
4. Le MSPAS doit faire en sorte de couvrir la demande, env. 80% de la population salvadorienne, avec une dépense de 3,6% ¹du PIB national par an (PIB 2004: 19mia Frs).

¹ La dépense nationale totale du système de santé salvadorien correspond au 8% du PIB. La répartition est de 3,6% pour le publique (MSPAS) et 4,4% pour le domaine du privé (ISSS et assurance privée).

Infrastructures du système national de santé

Comme cité ci-dessus, chacune de ces assurances a ces propres institutions. Le privé ainsi que le domaine de l'assurance sociale ont leurs propres hôpitaux de niveau III et cabinets de consultations répartis dans la ville de San Salvador.

Le ministère de santé publique et d'assistance sociale (MSPAS) a une organisation toute particulière, il présente quatre niveaux de structures sanitaires. Dans un ordre de grandeur, ils sont les *casas de salud*, les *unidades de salud* (unités de santé), l'*hospital II* (hôpital de deuxième niveau) et l'*hospital III* (hôpital de troisième niveau).

Les *casas de salud* (maison de santé) sont de très petits établissements, il se composent d'une grande salle d'attente, d'un seul cabinet de consultation et d'une petite pharmacie. Elles ont l'avantage d'être nombreuses et proche des zones les plus défavorisées. Tout ce qui est proposé aux *casas de salud* est gratuit.

Les trois autres niveaux se présente ainsi:

- a) *Unidad de salud* (unité de santé): Ces petits établissements se distribuent dans la ville avec une densité variant selon la région SIBASI considérée. Ces unités offrent des services médicaux simples, gratuits, tels que consultations par des médecins généralistes (une dizaine par unité) et quelques fois spécialistes. Ces services spéciaux comprennent notamment le suivi des grossesses, des maladies chroniques, la petite chirurgie (sutures, ongles incarnés, soins de plaies, etc.) et les soins dentaires.

Les unités de santé présente également un programme d'instruction sanitaire pour la population. Ce dernier vise à sensibiliser les gens aux maladies sexuellement transmissibles, à la prévention de la dengue, à l'enseignement des moyens de contraception et à une hygiène de vie meilleure.

- b) Hospital II (hôpital de second niveau): Ces établissements de moyenne dimensions sont de véritables hôpitaux, offrant un service permanent de type ambulatoire, urgences et hospitalisation dans les services de gynécologie obstétrique, médecine interne, chirurgie et pédiatrie. Des visites à domicile pour assurer un suivi des patients à la limite de l'hospitalisation et ainsi décongestionner l'hôpital sont également planifiées par cette structure. L'hôpital de second niveau compte quelques 250 lits et une centaine de médecin.
- c) Hospital III (hôpital de troisième niveau): Cette institution aux dimensions bien plus grandes que le précédent compte quelques 600 lits et près de 200 médecins et comporte en plus des services d'un hôpital de second niveau, des services de spécialités bien plus équipés. Par exemple, une personne chez qui est suspecté une tumeur, celle-ci est envoyée dans un hôpital de niveau III pour des investigations plus approfondies, voir un traitement spécifique.

Comme dit ci-dessus, cette organisation en quatre niveaux fait déjà partie du system de santé nationale, dans lequel viennent désormais s'inscrire les SIBASI.

Historique

Jusqu'en 1996 El Salvador voyait son territoire divisé en 5 grandes régions «sanitaires», résumées dans la carte ci-dessous. Celles-ci étaient les régions occidentale, centrale, métropolitaine, para central et orientale. Chacune possédait déjà ses hôpitaux et unités de santé, mais sans réel réseau d'information à l'intérieur de la région et interrégional. Avec ce système, les grands centres hospitaliers étaient les seuls à bénéficier d'une bonne infrastructure médicale. Tout était au même endroit.



1. Occidentale 3. Metropolitana 5. Orientale
2. Centrale 4. Paracentrale

A partir de 1996, un effort de décentralisation par une départementalisation des 5 régions déjà existantes a eu lieu. Les 14 départements résultant permirent une meilleure gestion des ressources. Ce nouveau découpage du pays s'étant fait sans réel concept de base permettant de garder une vue d'ensemble de la circulation des ressources, cette période coïncide avec une mauvaise répartition de ces dernières. Tout était partout, mais en concentration trop faible.

En 2000, le gouvernement se rendit compte de la nécessité d'un réseau d'établissements reliés entre eux et soumis à un centre de contrôle gardant une vision générale du mouvement des ressources sanitaires, et de l'épidémiologie. C'est alors que se mis en place le système SIBASIS.

SIBASI

But

Le but principal de SIBASI est l'édification et le maintien d'une structure de centralisation et de traitement des informations, permettant la mise en place d'interventions calculées. Cette organisation vise ainsi à:

- garantir une meilleure redistribution du personnel sanitaire, afin de répondre aux fluctuations de la demande de soins dans les différents endroits de chaque région SIBASI.
- établir et garder une vigilance des cas cliniques de maladies potentiellement épidémiques, afin de diminuer le risque de survenue d'épidémies.
- détecter des problèmes de tout ordre, à tous les niveaux de distributions des soins diminuant la qualité des services sanitaires et y remédier.

Stratégie

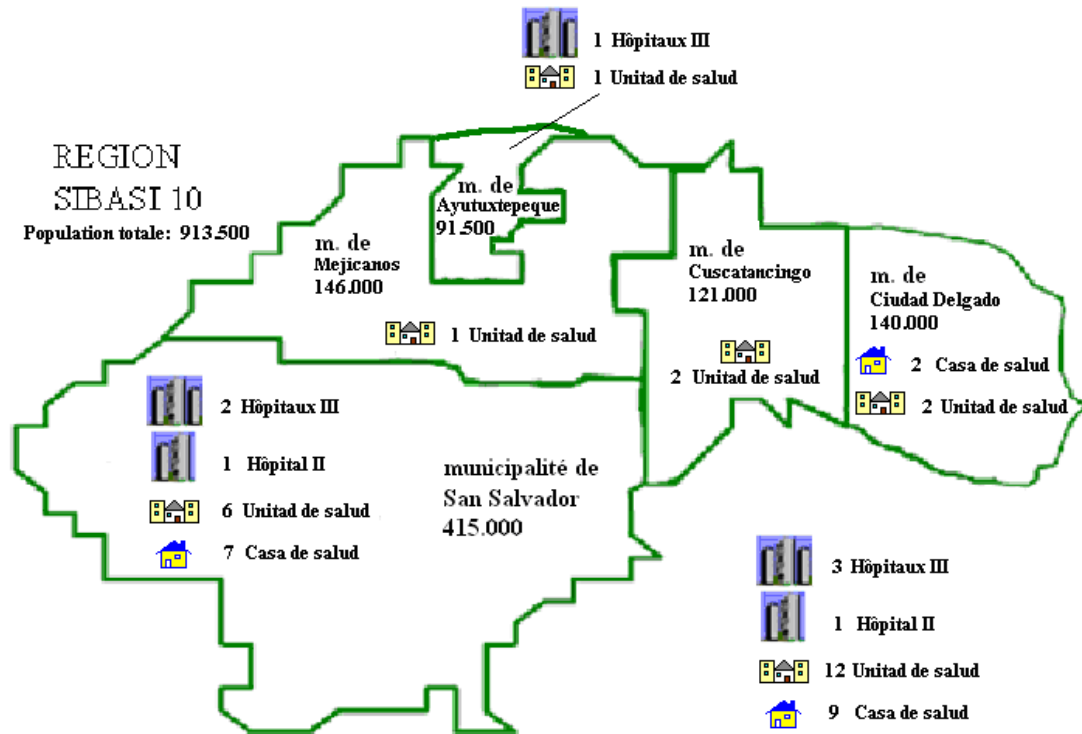
Le contrôle des données se fait grâce à une division du pays en plusieurs régions SIBASI. Il existe 14 départements (de couleurs différents sur la carte ci-dessous), chacun couvert par un ou plusieurs SIBASIS. Le département de San Salvador est divisé en 5 régions SIBASI (9, 10, 11, 12, 13). Notre étude se focalise sur le SIBASI 10.



SIBASI CENTRO compte environ 913'500 habitants. Les infrastructures présentes sont:

- 9 *casa de salud*

- 12 *unidad de salud*
- 1 hôpital de niveau II: ✓ Hospital Nacional Zacamil²
- 3 hôpitaux de niveau III: 1. Hospital Rosales
2. Hospital Nacional de Maternidad "Dr.Arguello"
✓ Hospital Benjamin Bloom



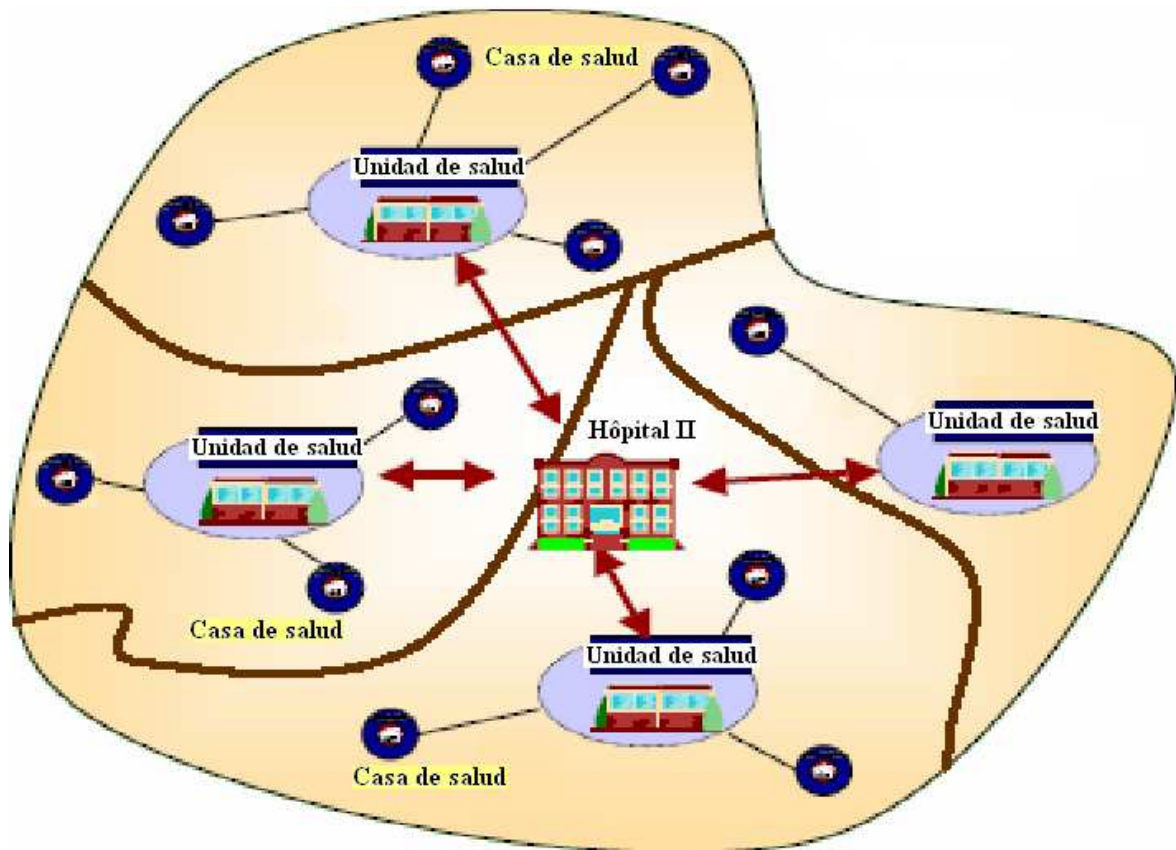
Les 12 *Unidades de salud* (US) affiliées à l'hôpital Zacamil (hôpital II de la région SIBASI CENTRO ou se situe l'équipe technique du SIBASI) sont:

- ✓ US Zacamil
- ✓ US Mejicanos
- ✓ US Barrios
- ✓ US Lourdes
- 5. US Ciudad Delgado
- 6. US San Miguelito
- 7. US Villa Mariona
- 8. US Concepcion
- 9. US Montserrat
- 10. US Cuscatancingo
- 11. US Habitat Confien
- 12. US San Antonio abad

Le système SIBASI permet désormais la mise en place d'un réseau reliant les différents établissements, *casa de salud*, *unidad de salud* et hôpital II entre eux et à un

² Les hôpitaux et les US visités sont notés par un ✓.

centre de traitement de l'information. Les données récoltées véhiculent selon le schéma suivant:



A partir de plusieurs *casas de salud*, les données récoltées parviennent à une *unidad de salud*, où a lieu une première lecture. De ces *unidades de salud*, il en sort un dossier organisé, destiné à l'hôpital de second niveau.

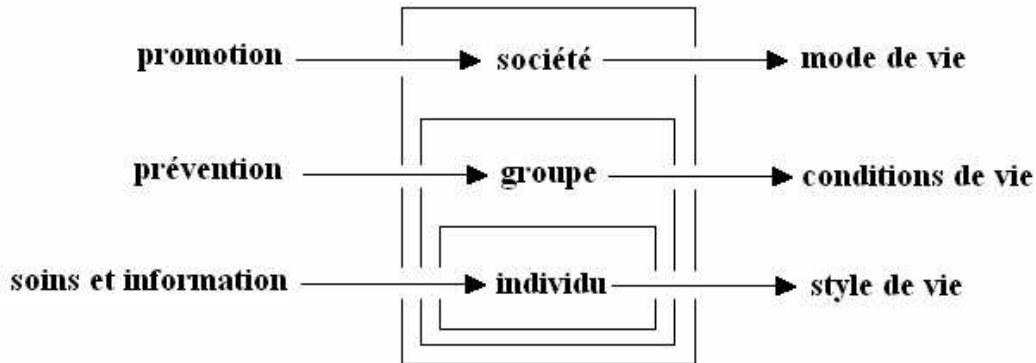
Un hôpital de second niveau détient le centre de traitement, lieu où sont établis des résultats, des conclusions et planifiées des actions en conséquence.

Il est important de mentionner que cette véritable centralisation des informations est une révolution instaurée par le SIBASI. En effet, avant les années 2000, il était très difficile d'avoir une vision statistique globale des problèmes sanitaires du pays. Les informations étaient présentes, mais aucune structure ne permettait de les centraliser ni de les traiter. Une étude épidémiologique était tout simplement irréalisable. Par exemple, les cas de paludisme étaient traités, les *unidades de salud* connaissaient le nombre de cas dans leur région, et tout s'arrêtait là. Personne ne traçait sur une carte de El Salvador les endroits avec forte prévalence de la maladie, aucun graphique de santé national ne voyait le jour.

Il est évident que sans vision d'ensemble, une répartition des ressources médicales ne peut se faire de manière optimale. La coordination nationale et internationale d'interventions sanitaires était souvent vouée à l'échec. Par le manque de données comparatives entre les différentes institutions médicales, il était impossible d'avoir un monitorat de la qualité des soins distribués.

La stratégie des SIBASI intègre trois niveaux d'attention:

- a) **société**: améliorer le mode de vie, par la promotion
- b) **groupe**: améliorer les conditions de vie, par la prévention
- c) **individu**: améliorer le style de vie, par des soins médicaux et de l'information



Pour donner un ordre de grandeur, la promotion est nationale et fait intervenir les médias, la prévention se fait dans les *unidades de salud* offrant des cours de santé publique. Les soins et une information plus spécifique sont donnés par le personnel sanitaire au patient.

Tous ces points sont pris en charge et intégrés par le système des SIBASIS. En effet, sa toile d'information tissée sur le pays permet désormais de reconnaître rapidement un problème et d'organiser une intervention sur le terrain.

Le nouveau système de santé SIBASI investit beaucoup dans ces trois niveaux. Le travail de promotion de la santé a augmenté notablement auprès de la population. 24 promoteurs de la santé dans SIBASIS CENTRO, instruits dans ce domaines ont la responsabilité de donner une formation générale (sanitaire, hygiénique, nutritionnelle, etc.) aux groupes de villageois de leur SIBASI. Chaque SIBASI possède ses promoteurs de santé.

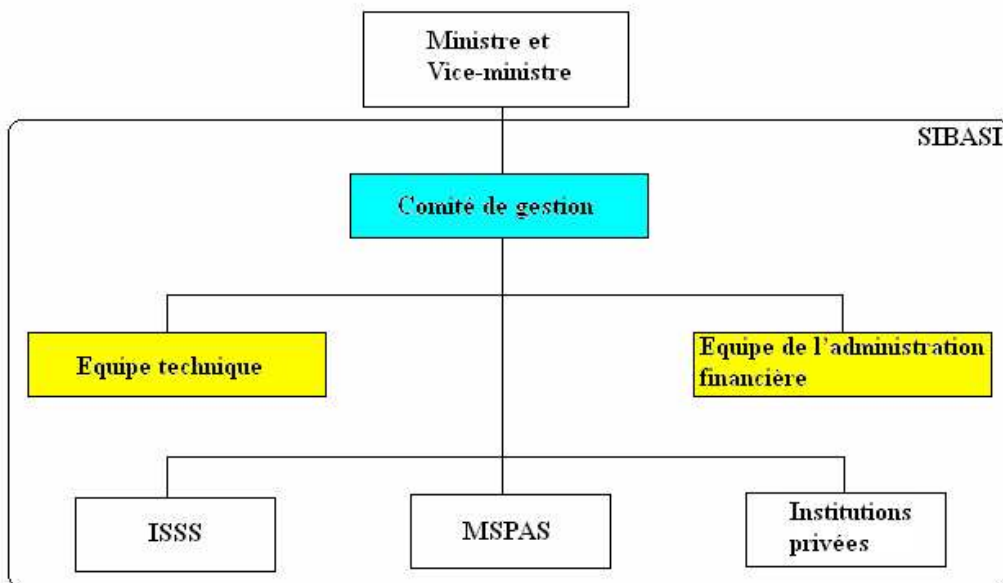
Le but dernier étant de prévenir plutôt que de guérir, les têtes pensantes des SIBASI désirent par là arriver à une diminution sensible des coûts de la santé.

Organisation

L'ISSS, le MSPAS et les institutions privées, sont chargées de récolter et de transmettre les données épidémiologiques à l'équipe technique. Le comité de gestion rapporte constamment le travail effectué par l'équipe technique au ministre et vice-ministre de la santé.

D'autre part l'équipe technique assure une activité de monitoring du ministère (MSPAS), du *Seguro social* (ISSS) et des institutions privées, dans le but de constamment contrôler la qualité des conditions de travail et des soins fournis.

Il est à noter, que seul le MSPAS reçoit des directives organisatrices et de gestion financière.



CHAPITRE 2:

LES UTILES DE TRAVAIL

Introduction

La liste ci-dessous présente un certain nombre d'objectifs que tout système sanitaire devrait atteindre selon les directives des Nations Unies. Ces objectifs sont évalués par des indicateurs, auxquels nous répondrons par des données statistiques récoltées à l'institut épidémiologique du SIBASI CENTRO et une étude sur le terrain.

Quatre indicateurs du premier objectif, se prêtant bien à une interview, seront ensuite repris et étudiés par des questions faites au personnel sanitaire et aux patients. Ces quatre indicateurs sont:

- **Pourcentage de la population pauvre non couvert par un mécanisme de prépaiement, par des interventions non discrétionnaires (par exemple, mécanismes d'exonération, subventions en espèces, bons) par rapport au montant de la consultation, ni par des assurances privées.**
- **Nombre d'unités de soins de santé primaires pour 1 000 habitants**
- **Nombre de médecins pour 1 000 habitants.**
- **Pourcentage de la population pauvre ayant accès à des médicaments essentiels d'un coût abordable.**

Ces deux approches nous permettent d'avoir un regard critique et plus précis du niveau atteint par le système de santé salvadorien sur l'échelle de l'OMS

Objectifs et indicateurs

1. Chacun doit avoir accès à des soins de santé primaires appropriés et abordables

Indicateurs:

- **Espérance de vie à la naissance.**
- **Part des dépenses publiques consacrées aux soins de santé primaires.**
- **Pourcentage de la population pauvre non couvert par un mécanisme de prépaiement, par des interventions non discrétionnaires (par exemple, mécanismes d'exonération, subventions en espèces, bons) par rapport au montant de la consultation, ni par des assurances privées.**
- **Nombre d'unités de soins de santé primaires pour 1'000 habitants**
- **Nombre de médecins pour 1'000 habitants.**
- **Pourcentage de la population pauvre ayant accès à des médicaments essentiels d'un coût abordable.**

2.Éliminer la mortalité maternelle évitable

Indicateurs:

- **Taux de mortalité maternelle.**
- **Pourcentage des accouchements effectués par du personnel de santé qualifié.**
- **Pourcentage des mères ayant accès à des centres de soins pré et postnataux.**

3.Éliminer l'incidence maladies transmissibles

Indicateurs:

- **Taux de prévalence et de mortalité des maladies transmissibles.**
- **Pourcentage de la population ayant accès à une eau potable propre et sûre.**
- **Pourcentage de la population ayant accès à des services d'assainissement appropriés.**

- **Pourcentage de la population vacciné contre les maladies transmissibles.**

Les questionnaires

Liste de questions posées au personnel sanitaire

1. Quelle est votre profession et votre relation avec le SIBASI?
2. Pensez-vous que le SIBASI a eu des répercussions importantes? Développer brièvement votre réponse.
3. De quelle manière le SIBASI a changé votre travail?
4. Quelles activités nouvelles ont été introduites avec le SIBASI?
5. Est-ce que les patients sont envoyés à l'hôpital avec de meilleures références personnelles?
6. Est-ce que sur votre place de travail, la fréquence des consultations médicales a changé avec le SIBASI? Expliquez brièvement.
7. Pensez-vous que désormais, avec le SIBASI, le système sanitaire est plus accessible pour tous?
 - non, seulement pour qui gagne $\geq 400\$$ /mois
 - non, seulement pour qui gagne $\geq 250\$$ / mois
 - non, seulement pour qui gagne $\geq 155\$$ / mois
 - non, seulement pour qui gagne $\geq 65\$$ / mois
 - oui, même par qui gagne moins de 65\$ / mois

Liste de questions posées aux patients

1. Avez-vous une assurance sociale (ISSS)?
2. Pensez-vous que le système sanitaire est accessible pour tous?
 - 2a. *Quel est votre revenu mensuel?*
 - $\geq 400\$$ / mois
 - $\geq 250\$$ / mois
 - $\geq 155\$$ / mois
 - $\geq 65\$$ / mois
 - moins de 65\$
 - 2b. *Avec ce revenu, pensez-vous avoir un accès facile au système sanitaire?*
3. Pour quelle raison consultez-vous aujourd'hui?
4. a. Pour quelle raison avez-vous consulté précédemment?
b. Ou avez-vous passé consultation (*casa de salud, unidad de salud, hôpital*)?
5. En général, où allez-vous lorsque vous avez un problème de santé bénin ?
 - Je ne fais rien pour des problèmes bénins
 - Directement à la pharmacie
 - Toujours à l'*unidad de salud* ou *casa de salud*
 - A l'hôpital
 - Autres possibilités

6. Avez-vous noté une diminution du temps d'attente dans les institutions sanitaires?
7. Sur une échelle de 1 à 10, quelle note donnez-vous au système de santé salvadorien?

CHAPITRE 3:

LES OBJECTIFS

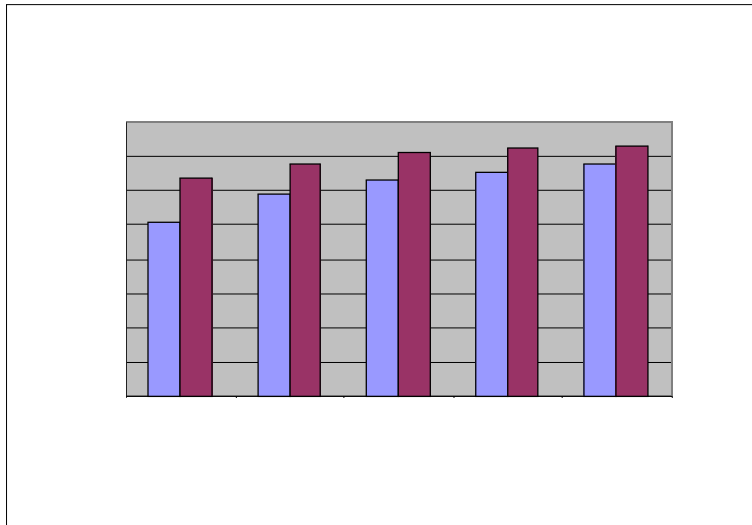
Objectif 1

Chacun doit avoir accès à des soins de santé primaires appropriés et abordables

Analyse des indicateurs

- **Espérance de vie à la naissance.**

En 2005, la donnée moyenne nationale, hommes et femmes confondus, d'espérance de vie à la naissance est de 70,6 ans.



Ce graphique nous montre une augmentation de l'espérance de vie à la naissance dans les dernières 25 années.

Cet indicateur est intéressant à titre informatif, mais son aspect trop général ne nous permet de tirer aucune conclusion sur le fonctionnement des SIBASIS.

- **Part des dépenses publiques consacrées aux soins de santé primaires.**

Aucune définition uniforme et universellement applicable n'existe pour les soins de santé primaires. Nous avons ainsi décidé de considérer ce type de soin comme se référant à tout un ensemble de services de soins de santé de premier contact, directement accessibles au public. Parmi ces services font par exemple parti les consultations à l'hôpital II, aux US et CS.

SIBASI est une réforme qui n'a pas affecté les dépenses publiques. En effet, ni plus d'argent est consacré à cette réforme, ni cette réforme en dépense plus. La seule modification qui a eu lieu avec la réforme SIBASI s'est faite au niveau de l'organisation du système de santé publique salvadorien.

Il est à noter, que ce manque de fonds consacrés aux SIBASIS fait que le personnel est resté inchangé, mais le travail a augmenté. La promotion de la santé (campagnes de préventions) a augmenté notablement avec la venue des SIBASIS, amplifiant le travail des promoteurs de santé, mais ces derniers n'ont pas augmentés.

- **Pourcentage de la population pauvre non couvert par un mécanisme de prépaiement, par des interventions non discrétionnaires (par exemple, mécanismes d'exonération, subventions en espèces, bons) par rapport au montant de la consultation, ni par des assurances privées.**

La définition de pauvre selon l'OMS est la suivante: «personne gagnant moins de la moitié du salaire moyen du pays». Le salaire moyen en El Salvador est de 130\$ mensuels. Sur la base de la définition de l'OMS nous établissons les pauvres en El Salvador comme toutes personnes gagnants moins de 65\$ mensuels.

Dans les structures du MSPAS (*Casa de salud, Unidad de salud, Hôpitaux II et III*) toutes consultations médicales sont théoriquement gratuites, pour cette raison le pourcentage de l'indicateur est 0%.

- **Nombre d'unités de soins de santé primaires pour 1'000 habitants.**

Par unités de soins de santé primaire, nous entendons toutes endroits directement accessibles pour recevoir une consultation. Dans notre cas, en font parties les casa de salud, unidad de salud et hôpitaux II et III.

Dans SIBASI CENTRO, ces institutions sont au nombre de 25 pour une population de 913'500, environ une unité pour 36'500 habitants.

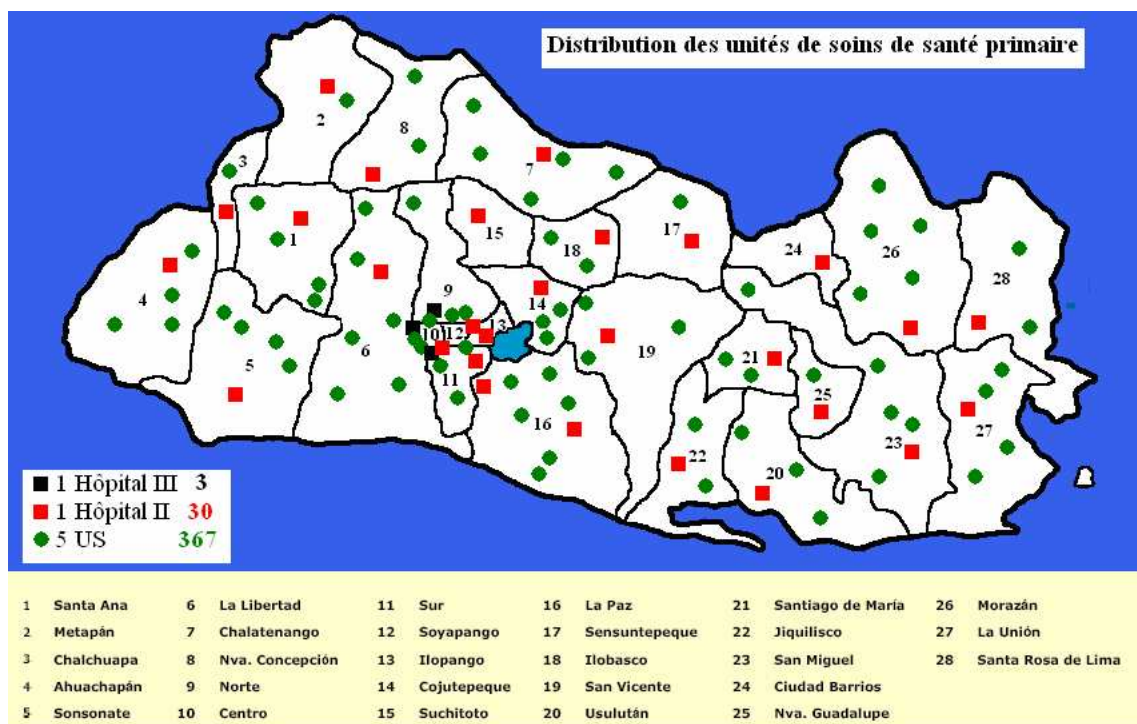
Le système des SIBASI n'a pas augmenté le nombre de ces centres sanitaires. Pour cette raison, cette nouvelle réforme n'a pas eu de répercussion sur cet indicateur. SIBASI détient par contre un rôle primordial dans la répartition optimale des ressources sanitaires au sein de ces établissements.

Pour comparer cette donnée du SIBASI CENTRO avec d'autres SIBASI, nous avons choisis 4 départements, de La Paz, San Vicente, Morazan et La Union.

SIBASI	Casa de salud	US	Hôpitaux II et III	Densité par habitant
CENTRO	9	12	4	1unité / 36'500hab.
La Paz	11	24	1	1unité / 8'357hab.
San Vicente	3	17	1	1unité / 8'276hab.
Morazan	11	25	1	1unité / 4'525hab.
La Union	7	19	1	1unité / 5'189hab.

Il est toutefois à noter, que pour tous les SIBASIS nous n'avons considéré que les structures du MSPAS, seule organisation offrant des consultations gratuites.

Les autres organisations telles que ISSS et le privé se concentrant à San Salvador (SIBASI CENTRO) cela fait diminuer de beaucoup la densité d'unité de soins de santé primaire par habitants.



- **Nombre de médecins pour 1'000 habitants.**

Aussi important que la densité médicale est la distribution des médecins sur le terrain. Pour cette raison, l'indicateur modifié est:

- ✓ **Nombre de médecins pour 1'000 habitants et leur répartition sur le terrain.**

SIBASI CENTRO compte quelques 595 médecins (70 dans les Unités de santé, 105 à l'hôpital Zacamil et 420 dans les trois hôpitaux de troisième niveau) et présente ainsi une densité médicale de 6,5 médecins pour 10'000 habitants³. La densité médicale du pays est de 2 médecins pour 10'000 habitants. Ce qui est à mentionner, est que San Salvador détient 1/3 de la population totale de El Salvador. SIBASI CENTRO contrôlant une partie de la capitale, il est ainsi l'un des SIBASIS au plus grande concentration de population mais aussi avec le plus haut nombre de médecins.

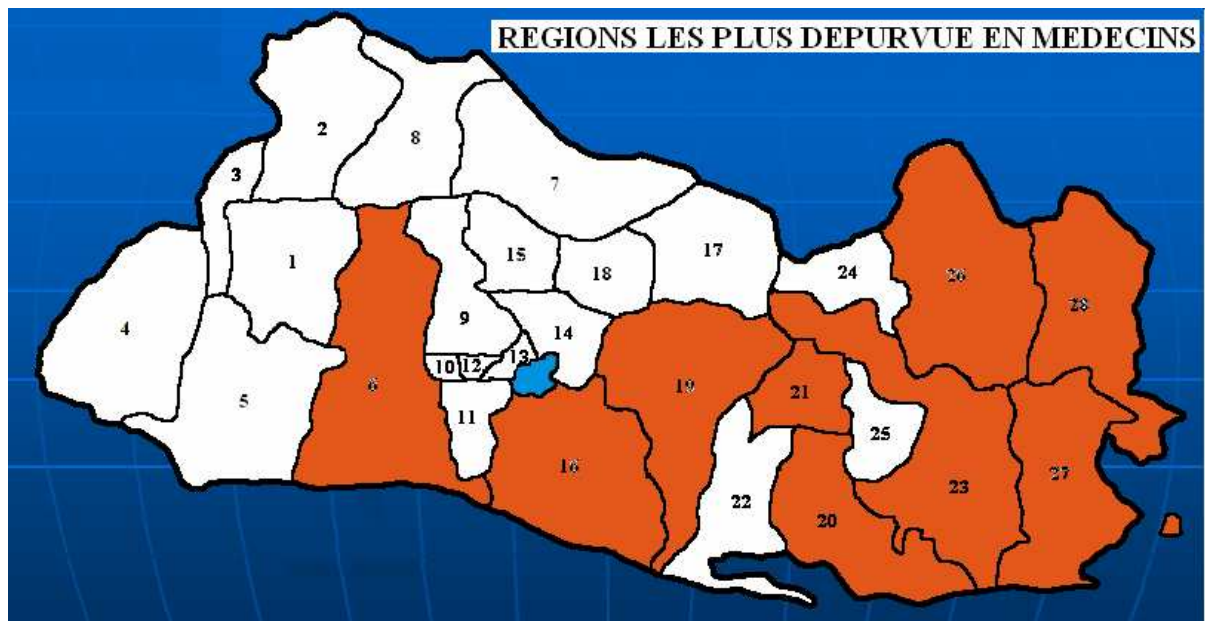
Le système des SIBASI n'a pas augmenté le nombre de médecins formés, mais devrait jouer un rôle primordial dans la distribution du personnel déjà existant.

Nous pouvons noter, que le nombre de médecins pour 10'000 habitants varie énormément entre SIBASI CENTRO et le pays entier. La redistribution des médecins dans le pays est pour cette raison insuffisante. Une injection de fonds pour offrir de salaires plus riches au personnels médicale qui choisit d'aller travailler en campagne serait nécessaire afin d'augmenter le nombre de médecins ruraux.

En fait une chose importante et préoccupante est de noter que les jeunes médecins préfèrent franchement les grandes villes aux cabinets ruraux. Ceci ne fait qu'augmenter le nombre de médecins urbains au dépens du nombre de médecins de campagne, par endroit déjà dramatiquement insuffisant. Parmi les endroits les plus nécessitants de

³ Il est à noter que les données utilisées (nombre de médecins et densité médicale) tiennent compte uniquement de chiffres du MSPAS. Si nous avons considéré privés et ISSS, nous aurions trouvé des valeurs beaucoup plus élevées pour SIBASI CENTRO et quasi inchangées pour la moyenne nationale. En effet les institutions privées et l'ISSS sont présents presque exclusivement dans la capitale.

médecins, nous comptons les départements de La Paz, La Libertad, San Vicente et Morazan et La Union, régions par la plus part dans le sud du pays.



En plus d'une meilleure distribution médicale, le système SIBASI se préoccupe également d'augmenter la qualité de coordination des patients. Désirant instaurer une meilleure circulation de l'information au sein du système de santé salvadorien, les SIBASIS ne se limitent pas une meilleure coordination du traitant, mais agit aussi du côté du traité, cela en le faisant circuler dans le SIBASI avec un meilleur dossier médical.

- **Pourcentage de la population pauvre ayant accès à des médicaments essentiels d'un coût abordable.**

Nous avons déjà donné une définition de la pauvreté lors de l'analyse du troisième indicateur.

L'OMS donne la définition suivante pour les médicaments essentiels : « Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires en matière de soins de santé. Leur efficacité et leur innocuité sont amplement avérées et ils sont d'un bon rapport qualité prix. Ils doivent être disponibles à tout moment, en quantité suffisante et fournis avec les informations indispensables pour le prescripteur et le patient. Leur qualité doit être garantie et leur prix doit être accessible pour les individus et la communauté.»

Cette définition aide les pays à établir leur propre liste de médicaments essentiels étant donné que le tableau des maladies, les moyens de traitement, les ressources humaines et financières varient selon les pays, tout comme les facteurs génétiques, démographiques et environnementaux. En d'autres termes, les médicaments considérés comme essentiels dans un pays ne le seront pas forcément dans d'autres.

Pour ces raisons, nous avons déterminé les médicaments essentiels à partir des motifs de consultation les plus fréquents ⁴ à El Salvador:

⁴ Données provenant du «Boletín sobre indicadores de salud» 2003

- I. Infections aigues des voies respiratoires supérieures
- II. Infections des voies urinaires
- III. Parasitisme intestinal
- IV. Diarrhées et gastroentérites d'origine infectieuse

Les médicaments les plus prescrits en fonction des pathologies ci-dessus sont:

- I. Chlorphenhydramine, Acetaminophène
- II. Amoxicilline
- III. Metronidasole
- IV. Triméthoprim

Tous ces médicaments se trouvent dans les petites pharmacies des *unidades de salud* et sont gratuits à ce niveau. Le stock est cependant limité et une fois terminé, les patients doivent acheter leur traitement dans les pharmacies des centres commerciaux ou au marché public. En dehors des *unidades de salud*, les prix des médicaments ne varient que peu d'une pharmacie à l'autre et sont de l'ordre de:

Chlorphenhydramine:	1 comprimé de 8mg	→ 0,37 US\$
Acetaminophène:	1 comprimé de 500mg	→ 0,08 US\$
Amoxicilline:	1 comprimé de 500mg	→ 0,50 US\$
Metronidasole:	1 comprimé de 500mg	→ 0,40 US\$
Triméthoprim:	1 comprimé de 500mg	→ 0,60 US\$

Il est à noter, que par les conditions de vente et des médicaments, les prix rencontrés aux marchés sont en générale réduits de moitié.

En conclusion, par la gratuité des médicaments essentiels dans les *unidades* et *casa de salud*, tout un chacun y a accès, cela tant que les stocks le permettent. Lors de notre étude sur le terrain, nous avons pu constater que la distribution de ces substances, assurée par le SIBASI régional (SIBASI CENTRO), permettait un traitement «essentiel» à tous les patients.

En effet, un des rôles importants de l'équipe technique des SIBASIS est d'assurer une distribution adéquate de ces médicaments et d'autres, en fonction de la demande dans chaque *unidad de salud*.

Un dernier point important à relever et concernant les autres médicaments, moins prescrits, est qu'il ne sont disponibles pour la plus part, qu'en dehors des *unidades de salud*.

Explication des questionnaires

Comme nous l'avons précédemment mentionné, les indicateurs du premier objectif ont fait l'objet d'une étude plus approfondie. Pour ce faire, nous avons réalisé un questionnaire, pensé de manière à ce qu'il nous rapporte comment est-ce que la population locale perçoit le système de santé.

Les statistiques ainsi que notre étude sur le terrain nous ont permis de nous informer un maximum sur les points forts et les points faibles des SIBASIS, vu par des professionnels de la santé.

Il est désormais temps de nous préoccuper de comment est vécue cette réforme par tout un chaque un, de manière plus personnelle. Cette vision très pratique et individuelle de la question des SIBASIS nous permettra d'apporter un regard critique sur les statistiques.

Ce questionnaire a également été réalisé afin d'avoir une vision plus générale du fonctionnement du nouveau système de santé, les problèmes et les améliorations perçues par la population ne coïncident pas toujours avec ceux révélés par les recherches statistiques.

Nous avons réalisé avec l'aide des questionnaires cinquante interviews aux personnel de santé et septante aux patients.

Liste de questions posées au personnel sanitaire

1. *Quelle est votre profession et votre relation avec le SIBASI?*

Parmi le personnel de la santé, nous ont répondu des médecins, des étudiants médecins, des infirmier(ère)s, des laborantin(e)s, des pharmacien(ne)s des personnes de l'équipe technique du SIBASI CENTRO et des employés du ministère de la santé.

2. *Pensez-vous que le SIBASI a eu des répercussions importantes? Développer brièvement votre réponse.*

3. *De quelle manière le SIBASI a changé votre travail?*

4. *Quelles activités nouvelles ont été introduites avec le SIBASI?*

Les questions 2, 3 et 4 sont des questions qui nous ont permis d'acquérir un certain nombre de notions générales sur les SIBASIS. Elles nous ont permis d'entrer discussion avec le personnel sanitaire afin de comprendre ce que sont les SIBASIS.

5. *Est-ce que les patients sont envoyés à l'hôpital avec de meilleures références personnelles?*

6. *Est-ce que sur votre place de travail, la fréquence des consultations médicales a changé avec le SIBASI? Expliquez brièvement.*

Les questions 5 et 6 ont été posées de manière à ce qu'elles nous donnent les informations nécessaires, nous permettant de répondre à l'indicateur:

«**Nombre de médecins pour 1'000 habitants et leur répartition sur le terrain**».

Pour ce qui concerne la question 5 il faut remarquer que pour atteindre tout patients le SIBASI ne se limite pas à améliorer la coordination de médecins mais aussi de patients.

Dans la question 6 nous supposons que la fréquence des consultations rende compte de la nouvelle distribution médicale.

7. *Pensez-vous que désormais, avec le SIBASI, le système sanitaire est plus accessible pour tous?*

- *non, seulement pour qui gagne ≥ 400 \$/mois*
- *non, seulement pour qui gagne ≥ 250 \$/mois*
- *non, seulement pour qui gagne ≥ 155 \$/mois*
- *non, seulement pour qui gagne ≥ 65 \$/mois*
- *oui, même par qui gagne moins de 65\$/mois*

Le choix de ces salaires nécessite une brève explication. En effet, ils n'ont pas été choisis au hasard, mais sur la base de données économiques salvadoriennes. Nous avons mentionné ci-dessus, que 130 \$/mois était le revenu moyen à El Salvador et 65 \$/mois était le seuil de pauvreté. 155 \$/mois est le salaire minimal, gagné par exemple par un gardien de terrain privé. 250 \$/mois est un salaire déjà consistant, gagné par exemple par un maçon qualifié. 400 \$/mois est le salaire d'un enseignant d'une école secondaire publique. A titre informatif, un médecin généraliste de l'hôpital nationale Zacamil, notre hôpital de référence, gagne environ la somme de 1000 \$/mois.

Cette dernière question a été pensée de manière à répondre à l'indicateur:

«Pourcentage de la population pauvre non couvert par un mécanisme de prépaiement, par des interventions non discrétionnaires (par exemple, mécanismes d'exonération, subventions en espèces, bons) par rapport au montant de la consultation, ni par des assurances privées».

Par accessibilité au système sanitaire, nous entendons aussi l'accessibilité aux médicaments essentiels. La discussion accès dans ce sens vise à traiter l'indicateur:

«Pourcentage de la population pauvre ayant accès à des médicaments essentiels d'un coût abordable».

Liste de questions posées aux patients

1. *Avez-vous une assurance sociale (ISSS) ?*

Cette première question est essentielle, car une réponse positive fait s'arrêter là le questionnaire. En effet, les personnes bénéficiant d'un seguro social mais se présentant quand même aux unidades de salud et casa de salud, où ces questionnaires ont été posés, ont accès à tous les soins disponibles. Elles n'ont aucune relation avec le MSPAS (ministerio de salud publica y asistencia social).

2. *Pensez-vous que le système sanitaire est accessible pour tous?*

2a. *Quel est votre revenu mensuel?*

- ≥ 400 \$/mois
- ≥ 250 \$/mois
- ≥ 155 \$/mois
- ≥ 65 \$/mois
- moins de 65\$

2b. *Avec ce revenu, pensez-vous avoir un accès facile au système sanitaire?*

Le choix de ces sommes a été expliqué plus haut. Cette question a été posée dans le précédent questionnaire au personnel sanitaire. Nous la posons maintenant directement aux

patients, afin de trouver ou pas une concordance dans les réponses reçues. Cette seconde question concerne les indicateurs:

«Pourcentage de la population pauvre non couvert par un mécanisme de prépaiement, par des interventions non discrétionnaires (par exemple, mécanismes d'exonération, subventions en espèces, bons) par rapport au montant de la consultation, ni par des assurances privées».

«Pourcentage de la population pauvre ayant accès à des médicaments essentiels d'un coût abordable».

3. *Pour quelle raison consultez-vous aujourd'hui?*
 a. *Pour quelle raison avez-vous consulté précédemment?*
 b. *Où avez-vous passé consultation (casa de salud, unidad de salud, hospital)?*
 4. *En général, où allez-vous lorsque vous avez un problème de santé bénin?*
- *Je ne fais rien pour des problèmes bénins*
 - *Directement à la pharmacie*
 - *Toujours à l'unidad de salud ou casa de salud*
 - *A l'hôpital*
 - *Autres possibilités*

Les questions 3 et 4 sont posées afin de nous rendre compte si les patients comprennent bien l'organisation du système sanitaire à quatre niveaux (casa de salud, unidad de salud, hospital II et hospital III).

Qui plus est, ces questions nous permettent d'aborder la problématique de la quantité des unités de soins et leur accessibilité par tous. Ces thèmes concernent l'indicateur:

«Nombre d'unités de soins de santé primaires pour 1'000 habitants»

5. *Avez-vous noté une diminution du temps d'attente dans les institutions sanitaires?*

Cette question nous l'avons pensée afin qu'elle nous renseigne sur la qualité de la distribution et de la redistribution du personnel sanitaires. Une augmentation du personnel aux endroits à forte demande faisant diminuer les temps d'attentes. Ce thème concerne l'indicateur:

✓ **«Nombre de médecins pour 1'000 habitants et leur répartition sur le terrain.»**

6. *Sur une échelle de 1 à 10, quelle note donnez-vous au système de santé salvadorien?*

Pour terminer, une question apparemment fermée, mais qui nous a permis lors de chaque entretiens, de lancer un petit débat final sur le système de santé, lorsque on demandait de justifier la réponse donnée.

Analyse de quatre indicateurs avec les questionnaires et interviews

- **Pourcentage de la population pauvre non couvert par un mécanisme de prépaiement, par des interventions non discrétionnaires (par exemple, mécanismes d'exonération, subventions en espèces, bons) par rapport au montant de la consultation, ni par des assurances privées.**

Après avoir analysé les questionnaires nous pouvons affirmer qu'effectivement toute personne appartenant à n'importe quelle catégorie économique peut consulter un médecin gratuitement. Cela est rendu possible car l'état couvre cette dépense.

La visite domiciliaire fait partie des consultations gratuites. Il est à mentionner que l'hôpital Zacamil est pionnier dans le pays pour ce qui concerne les visites domiciliaires. Un médecin de l'hôpital accompagné par un étudiant de septième année de médecine, offre gratuitement des visites chez des patients nécessitant uniquement un suivi médical, sans besoin d'hospitalisation. Ce projet aide à décongestionner l'hôpital.

Malheureusement, pour une question économique, le programme de visite domiciliaire de l'hôpital Zacamil compte seulement une trentaine de patients.

Pour ce qui concerne des attentions autres que la simple consultation, le patient doit assumer les frais du matériel lors d'une opération et les coûts de l'hospitalisation. Tout patient se disant incapables de payer doit se rendre d'abord chez un assistant sociale, qui a le rôle de confirmer la réelle indigence de la personne. Le Ministère de santé publique demande à tout patient qui n'arrivent pas à payer la totalité des frais, de faire l'effort de payer au moins une partie. Beaucoup de patient sont satisfaits de la possibilité de passer consulte gratuitement mais il nous racontent que les problèmes surgissent lorsque le médecin prescrit des médicaments coûteux, demande l'hospitalisation ou recommande une opération chirurgicale.

Les personnes ne pouvant pas payer les médicaments qui ne font pas partie de traitements dits essentiels sont nombreuses, plus de la moitié. Il en va de même pour les opérations trop coûteuses.

Le système de santé ne pouvant pas se permettre de payer pour ces gens, la plupart d'entre eux restent impuissants dans leur condition de malade.

- **Nombre d'unités de soins de santé primaires pour 1'000 habitants**

La définition d'unité de soins de santé étant donnée plus haut, nous nous concentrerons ici sur l'analyse des questions posées au patients et personnel sanitaire.

Deux points importants ressortent constamment dans les réponses que nous avons reçues.

Le premier est la compréhension du système de santé salvadorien bâti sur 4 niveaux (*casa de salud*, *unidad de salud*, hôpital II et III). Il en ressort finalement, que 80% des patients connaissent cette organisation et se rendent justement aux *unidades de salud* ou *casa de salud* avant d'aller à l'hôpital. Bien entendu, les urgences ne sont pas concernées par ce discours. Le reste des patients se rend directement à l'hôpital, augmentant la congestion des structures hospitalières. La première raison que nous donnent les patients se dirigeant directement à l'hôpital est la distance. En effet, nous avons noté qu'une grande partie des 20% ne passant pas par les unités de santé ou *casa de salud*, habitent proche de l'hôpital. La seconde est une préoccupation de qualité. Les patients nous réfèrent qu'ils se sentent plus professionnellement accueilli à l'hôpital et que souvent dans les US se sont des étudiants de 8^{ème} année de médecine (année de travail social non rémunéré) qui se chargent de la consultation.

Le second concerne les différents déplacements à effectuer pour se rendre aux unités de soins.

D'une part les patients nous racontent que la *casa de salud* ou unités de santé ne sont pas toujours facilement accessible rapidement. Les personnes ne possédant pas de moyen de transport personnel sont dépendantes des fluctuations d'horaires des bus.

Plus important, est l'absence d'un système ambulancier efficace. Seul les patients de l'ISSS et du privé bénéficient de ce service. Seul l'hôpital Zacamil possède deux véhicules non équipé et destinés au transport des malades du MSPAS.

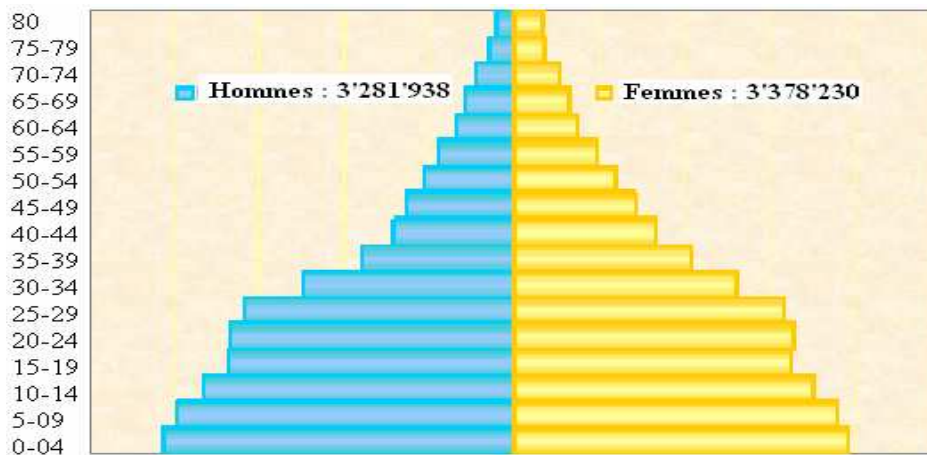
Pour pallier à ce déficit, le MSPAS demande une aide logistique à la croix rouge du pays.

✓ **Nombre de médecins pour 1'000 habitants et leur répartition sur le terrain.**

Deux aspects seront traités ici. D'une part, la quantité de médecins et leur redistribution sur le terrain vu par les patients et le personnel sanitaire. D'autre part, le SIBASI désirant instaurer une meilleure circulation de l'information, il ne s'occupe pas uniquement des soignants, mais aussi des soignés. En effet, les patients se déplacent désormais dans leur SIBASI avec un dossier médical de plus grande qualité.

Ce qu'il en ressort de nos questionnaires, et cela à l'unanimité entre personnel sanitaire et patient, est une carence de médecin notée à tous les niveaux de soin, des *casa de salud* aux hôpitaux III.

Une redistribution efficace est mise en place par les SIBASIS, mais ces derniers doivent se débrouiller avec un nombre de médecins inchangé, rendant les choses toujours plus difficiles, vu la quantité de jeune salvadoriens laissant prévoir une augmentation importante de la population.



Cette carence fait que les *casas de salud* ne sont ouvertes que certains jours de la semaine. En effet, une équipe médicale est responsable de minimum deux *casas de salud*. Cela oblige les patients qui requièrent des soins, à se déplacer à l'*unidades de salud* la plus proche, ouvertes toute la semaine de 07h00 à 19h00 et pour certaines, 24h/24h. Il en résulte inévitablement, que l'un des problèmes majeurs rencontrés sur le terrain et revenant lors de chaque interviews est la longue et interminable file d'attente à passer avant d'être admis en consultation. Certaines personnes nous ont référé le chiffre exorbitant de quelques 8h d'attente, la moyenne se situant autour des 2-3h de patience.

L'autre aspect de la question se situe du côté du patient. En effet, par rapport à avant la réforme SIBASI, les soignés possèdent désormais des fiches du patient bien plus détaillées et sont ainsi transférés d'un médecin à un autre, d'une *casa de salud* à un hôpital II ou autre, avec de meilleures références. Cela n'est pas à négliger, ces nouvelles fiches permettent désormais un suivi de plus haute qualité.

- **Pourcentage de la population pauvre ayant accès à des médicaments essentiels d'un coût abordable.**

D'après les interviews faites aux patients et au personnel pharmacien, nous avons pu constater que les cinq médicaments que nous avons définis comme «essentiels» (Chlorphenhydramine, Acetaminophène, Amoxicilline, Metronidazole et Trimetropime) sont disponibles gratuitement aux unidades de salud. Ces médicaments sont également présents dans la valise du médecin s'occupant des visites domiciliaires et sont distribués gratuitement.

Dans le cas où un médicament vient à manquer, le réseau SIBASI reliant les différentes unités de santé et l'hôpital Zacamil, assure une redistribution, cela dans les limites du possible. Nous avons remarqué que les *casas de salud* sont les plus vite touchées en cas de carence d'un médicament.

Quelques considérations sont encore à faire concernant le prix des médicaments essentiels. Parmi les patients questionnés, 75% d'entre eux gagnent moins ou une somme égale à 65\$/mois. 20% ont un salaire de 155\$/mois et seulement 5% d'entre eux arrive à une somme de 400\$/mois.

Il est ainsi évident, qu'un simple traitement d'infection virale des voies respiratoires supérieures devient vite économiquement pesant pour la plus part des patients. Cette infection requiert une semaine d'antihistaminique, 3 comprimés de 8mg par jour et de l'acétaminophène à respectivement 4 comprimés par jour pendant 3 jours. La somme totale avoisine les 10\$, ce qui représente environ 6,5% du salaire minimale et un peu plus du 15% du salaire d'une personne gagnant 65\$/mois.

Pour cette raison, nombreuses sont les personnes qui préfèrent trouver leur traitement au marché, à un prix parfois réduit de moitié.

Rappel:

Chlorphenhydramine:	1 comprimé de 8mg	→ 0,37 US\$
Acetaminophène:	1 comprimé de 500mg	→ 0,08 US\$
Amoxicilline:	1 comprimé de 500mg	→ 0,50 US\$
Metronidasole:	1 comprimé de 500mg	→ 0,40 US\$
Trimetropime:	1 comprimé de 500mg	→ 0,60 US\$

Nous devons mentionner toutefois l'efficacité de la surveillance et de la redistribution des stocks de médicaments réalisés par l'équipe technique du SIBASI. En effet, les cas qui nous ont été reportés par les patients, où une ou plusieurs substances venaient à manquer dans les *casas* et US, sont peu nombreux dans SIBASI CENTRO.

Objectif 2

Éliminer la mortalité maternelle évitable⁵

Analyse des indicateurs

- **Taux de mortalité maternelle.**

Nous pouvons noter dans le tableau ci-dessous, la mortalité maternelle lors des accouchements a diminué de moitié avec la mise en place des SIBASIS (à partir de 2000).

Les médecins interviewés sont à l'unanimité d'accord pour attribuer cette amélioration notable à une meilleure répartition des ressources médicales, permettant un suivi plus détaillé des futures mères. A cela, vient s'ajouter une meilleure coordination des patientes et un dossier médicale de plus haute qualité.

La centralisation de l'information épidémiologique, instaurée par le système SIBASI, permet désormais de détecter rapidement des déficiences dans un service d'accouchements.

Données statistiques	1999	2004
Mortalité maternelle à l'accouchement	12%	6%

- **Pourcentage des accouchements effectués par du personnel de santé qualifié.**

Le département de San Salvador voit son taux d'accouchements dans les installations hospitalières s'élever à 90%.

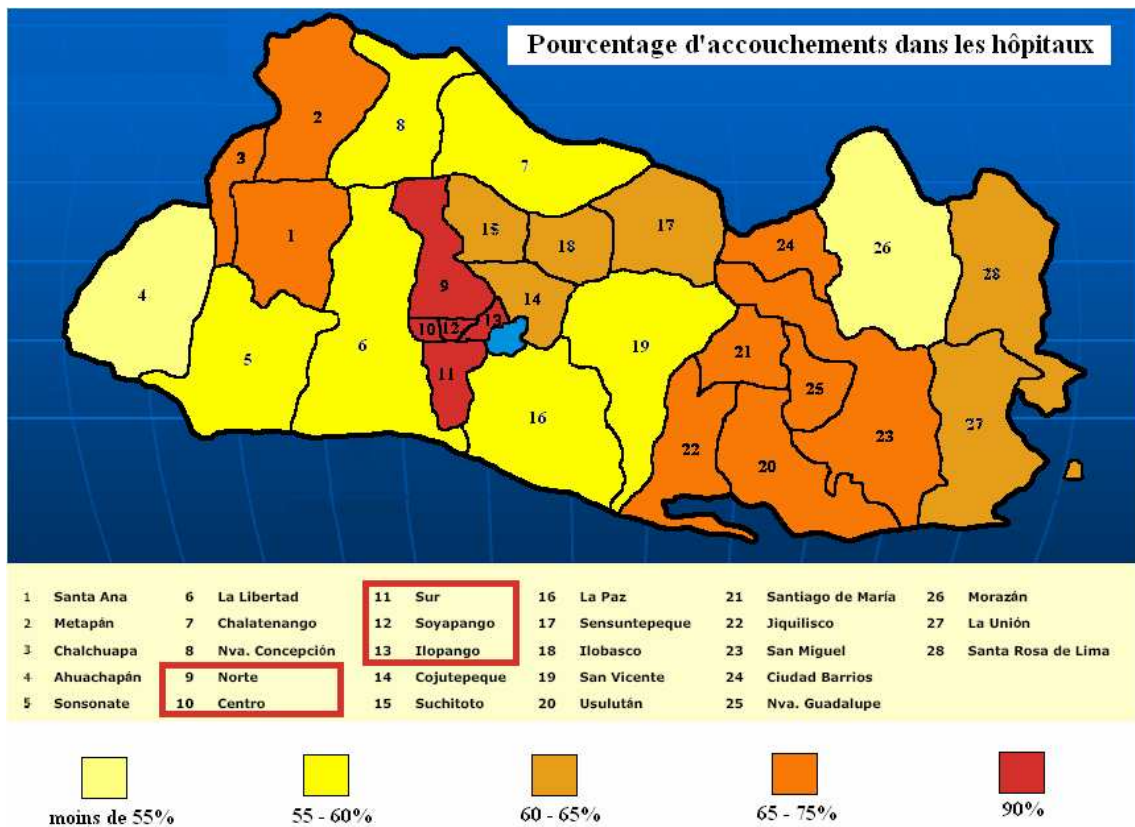
Comme nous pouvons noter dans le tableau des données statistiques ci-dessous, ce pourcentage est de 68% pour 2004 et pour tout le pays. San Salvador est ainsi bien au dessus de la moyenne, car il détient les 3 hôpitaux de niveau III du pays et.

Cette augmentation du nombre d'accouchements dans le domaine hospitalier, nous réfèrent les médecins, est due à une meilleure instruction des futures mères. Le programme de promotion de la santé, renforcé par les SIBASIS, permet une plus grande sensibilisation des femmes enceintes, souvent très jeunes.

A cela vient s'ajouter une organisation logistique améliorée. Les SIBASIS ont en effet mis en place une plus forte collaboration avec la croix rouge salvadorienne, concernant le transport des patientes.

Données statistiques	1999	2004
Pourcentage des accouchements ayants lieu dans un hôpital	58,3%	68%

⁵ La source de données statistiques de l'objectif 2 est: «FESAL 93-98»



- **Pourcentage des mères ayant accès à des centres de soins pré et postnataux.**

Dernièrement a été introduite l'obligation aux femmes enceintes, de se soumettre à des contrôles pré et postnataux. Ce nouveau programme d'attention est toutefois payant.

Les valeurs données ci-dessous sont prometteuses. Cela dit, le prix des contrôles reste encore un obstacle, qui pour un nombre non négligeable de patientes est difficilement surmontable.

Données statistiques	1999	2004
Pourcentage des femmes suivant un programme de contrôle prénatal.	76%	86%
Pourcentage des femmes recevant un contrôle postnatal.	44,7%	64,7%
Pourcentage des familles recevant une aide de planification familiale.	38,3%	48%

Parmi les attentions postnatales, les SIBASIS ont renforcés leur programme de soutien et de planification pour les nouvelles familles. Ce service fait partie du champ de travail de promoteurs de santé.

Objectif 3

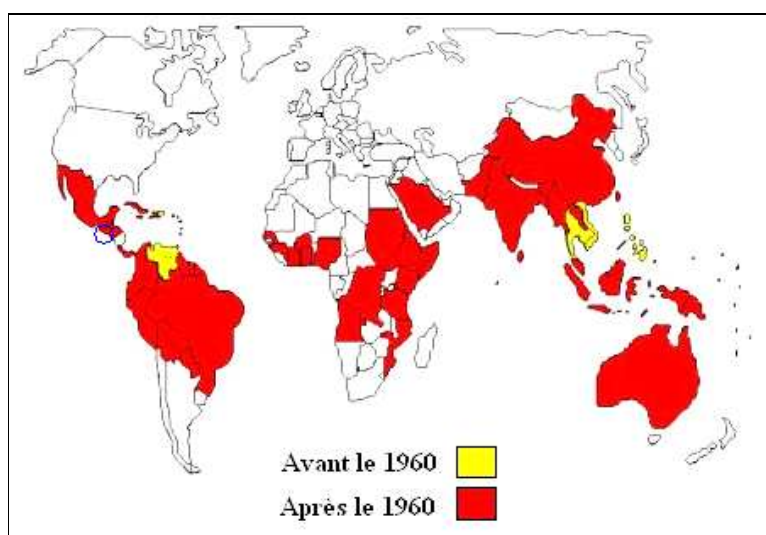
Éliminer l'incidence des maladies transmissibles

Pour cet objectif, nous avons choisi comme maladie transmissible la dengue et dengue hémorragique, affections très bien connues et très populaires à El Salvador. La dengue étant une maladie très étudiée à El Salvador, mais très peu connue dans nos régions, nous avons pensé qu'il était juste de donner quelques explications.

Dengue et dengue hémorragique

La dengue, maladie infectieuse transmise par des moustiques, est devenue ces dernières années un important sujet de préoccupation pour la santé publique internationale. Elle sévit dans les régions tropicales et subtropicales de la planète avec une prédilection pour les zones urbaines et périurbaines.

La forme hémorragique, complication potentiellement mortelle, a été reconnue pour la première fois dans les années 50.



Le virus de la dengue existe sous quatre formes distinctes, mais étroitement apparentées. La guérison entraîne une immunité à vie contre le sérotype qui a provoqué l'infection mais ne confère qu'une immunité passagère et partielle contre les trois autres. On est fondé à penser que l'infection par un second virus, accroît le risque de maladie plus grave avec complication hémorragique.

Prévalence

Au niveau mondial, la prévalence de la dengue progresse de façon spectaculaire depuis quelques décennies. Environ 2,5 milliards de personnes, soit deux cinquièmes de la population mondiale, sont désormais exposés au risque. Selon les estimations actuelles de l'OMS, il pourrait y avoir chaque année dans le monde 50 millions de cas de dengue.



On attribue la propagation de la dengue à l'extension de l'aire de distribution géographique des quatre types de virus et de leurs moustiques vecteurs, dont le plus important est *Aedes aegypti*. La croissance rapide des populations urbaines amène au contact du moustique vecteur un nombre toujours plus grand de personnes, notamment dans des zones favorables à la prolifération des moustiques, par exemple là où les ménages conservent leur eau et où l'évacuation des déchets est insuffisante.

Transmission

Les virus de la dengue sont transmis à l'homme par la piqûre des femelles de moustiques infectées du genre *Aedes*. Le moustique acquiert en général le virus en se nourrissant du sang d'une personne infectée. Après une incubation de 8 à 10 jours, le moustique infectieux pourra transmettre toute sa vie le virus aux sujets sensibles lorsqu'il procède à des piqûres exploratoires ou prend ses repas de sang. La femelle infectieuse peut également transmettre le virus à la génération suivante par voie transovarienne, mais l'on n'a pas encore bien déterminé l'importance de cette voie dans le maintien de la transmission.

C'est principalement chez l'homme que prolifère le virus. Chez un sujet infecté, le virus circule dans le sang pendant deux à sept jours et les épisodes fébriles coïncident approximativement avec cette période, pendant laquelle un moustique peut se contaminer s'il se nourrit sur ce sujet.

Caractéristiques

La dengue est une maladie grave de type grippal qui touche les nourrissons, les enfants en bas âge et les adultes, mais dont l'issue est rarement fatale.

Elle présente un tableau clinique qui varie selon l'âge du patient. Chez les nourrissons et les enfants en bas âge, elle peut prendre la forme d'un syndrome fébrile indifférencié avec éruption. Chez l'enfant plus âgé et l'adulte, on peut observer soit un syndrome fébrile bénin, soit une maladie incapacitante classique d'installation brusque avec forte fièvre, éruption, céphalées intenses et douleurs rétro orbitaires, musculaires et articulaires.

La dengue hémorragique est une complication potentiellement mortelle qui se caractérise par une forte fièvre, des phénomènes hémorragiques souvent accompagnés d'une hépatomégalie et, dans les cas graves, d'un collapsus cardio-vasculaire. La fièvre peut se maintenir deux à sept jours, atteindre 40 à 41 °C et s'accompagner éventuellement de convulsions et de phénomènes hémorragiques.

Traitement et vaccination

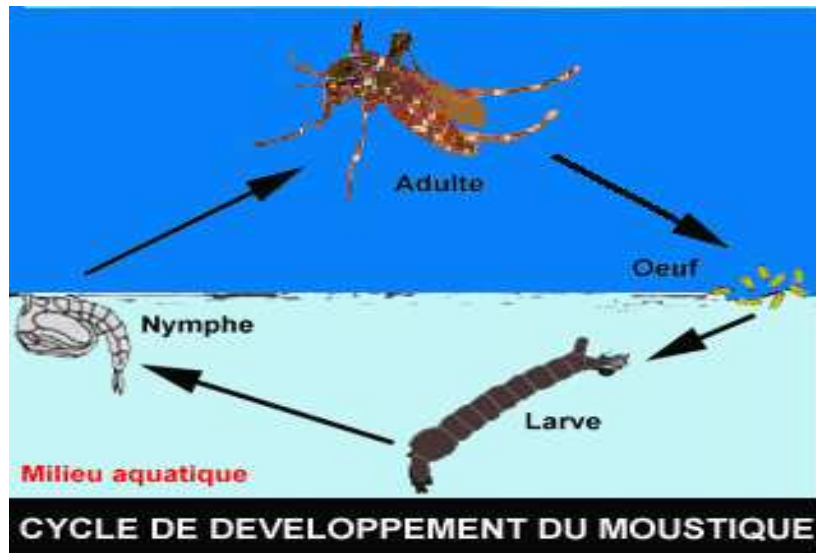
Il n'existe pas de traitement spécifique. La prise en charge du cas de dengue hémorragique repose essentiellement sur le maintien de la volémie.

La mise au point d'un vaccin contre la dengue et ses formes hémorragiques est malaisée en raison de l'existence de quatre types différents de virus et du fait que la protection contre un ou deux de ces virus peut en réalité accroître le risque d'une infection plus grave.

Lutte contre la dengue

A l'heure actuelle, la seule méthode pour prévenir ou combattre la dengue et ses formes hémorragiques consiste à détruire le moustique vecteur.

En Asie et dans les Amériques, *Aedes aegypti* se reproduit principalement dans des conteneurs produits par l'homme tels que les récipients en terre, les fûts métalliques, les citernes en ciment utilisées pour la conservation de l'eau domestique, ainsi que les récipients en plastique abandonnés, les vieux pneus et d'autres objets accumulant l'eau de pluie.



La lutte antivictorienne repose sur la gestion du milieu et sur les méthodes chimiques. L'évacuation correcte des déchets solides et l'amélioration des conditions de conservation de l'eau, comme de recouvrir les récipients de façon à empêcher les moustiques femelles de pondre, font partie des méthodes recommandées dans le cadre de programmes à assise communautaire.

L'épandage d'insecticides adaptés sur les gîtes larvaires, notamment ceux qui sont utiles pour les habitants d'une maison, par exemple les récipients pour conserver l'eau, empêche la reproduction des moustiques pendant plusieurs semaines mais doit être renouvelé régulièrement.

Les efforts de lutte doivent s'accompagner d'une surveillance active des populations naturelles de moustiques pour déterminer l'impact du programme.

Analyse des indicateurs

Notre travail visant à étudier les changements apportés par le système des SIBASIS, nous n'analyserons ici que le premier indicateur, car des quatre il est le plus pertinent.

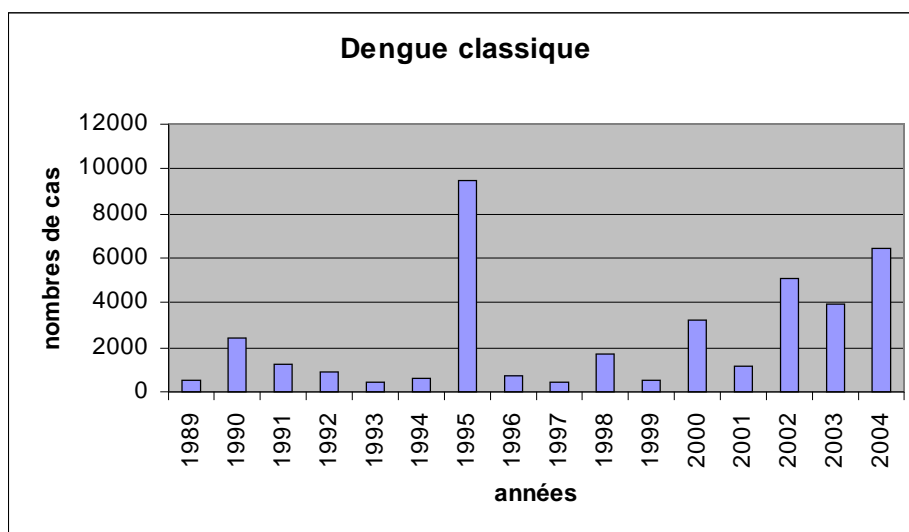
▪ Taux de prévalence et de mortalité des maladies transmissibles.

Dengue classique

Les données qui nous ont permis de réaliser les graphiques ci-dessous ne concernent pas seulement SIBASI CENTRO, mais la nation de El Salvador toute entière. Ce choix découle du fait que les informations du seul SIBASI CENTRO sont lacunaires avant la réforme SIBASI. Cela ne nous permettait pas d'apporter un regard comparatif entre avant et après les changements apportés au système de santé salvadorien.

Le premier graphique «Dengue classique» ne montre pas une diminution du nombres de cas, mais au contraire une augmentation. Cette croissance des cas de dengue, suivant l'installation des SIBASIS, n'est pas une croissance effective. En effet, l'organisation du système de santé actuel permet de détecter une plus grande quantité qu'avant la réforme. En quelques mots, les cas de dengue sont inchangés, mais ils sont désormais mieux répertoriés comme tel.

De ce discours en ressort que les SIBASIS ne diminuent pas le nombre de cas de dengue, bien que des campagnes de désinfection soient continuellement organisées.



Bien que les SIBASIS n'aient pas su diminuer l'incidence de la dengue dans la population salvadorienne, ils ont toutefois apporté une réelle amélioration sur la mortalité due à cette maladie.

Nous remarquons facilement dans le graphique ci-dessous, que cette mortalité avant l'instauration des SIBASIS plafonnait à presque 1 mort pour 100 cas de dengue.

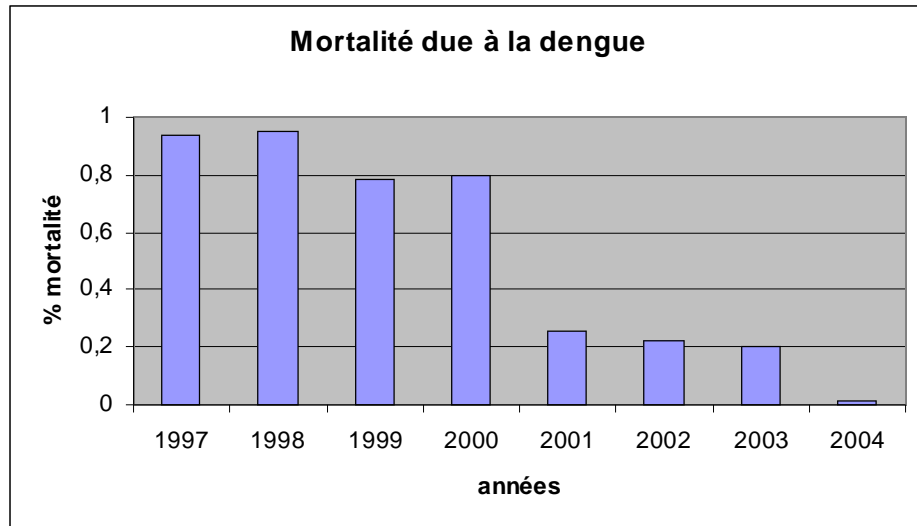
A partir de 2000 (mise en place des SIBASIS) la mortalité due à cette maladie n'a fait que diminuer, pour arriver à 1 mort pour 6667 cas de dengue (0,015%).

En discutant avec la Dra. Claudia Figueroa, responsable de l'équipe technique du SIBASI CENTRO, il en ressort que cette diminution est due à deux changements majeurs survenus avec le nouveau système de santé.

Le premier étant la centralisation de l'information. Cette circulation intelligente des données concernant les nouveaux cas de dengue permet une intervention dirigée sur le

terrain. Des cas de dengue, qui auparavant ne pouvaient pas être diagnostiqués, parce que le patient ne se présentait pas aux US ou CS, sont désormais pris en charge par des équipes médicales envoyées dans les endroits à dengue. De cette manière, même les formes les plus agressives de dengue peuvent être dépistées et soignées avant qu'elles ne deviennent fatales pour les patients.

Le second changement ayant permis une diminution de la mortalité liée à la dengue est une intensification du travail des promoteurs de santé. Ces derniers vont de villages en villages et donnent une explication de la maladie à leurs habitants. Ils donnent les symptômes généraux de la dengue classique et hémorragique et commentent l'importance de consulter dès que l'un de ces signes apparaît.



Conclusion

Notre travail de recherche a pour la plus part du temps été ciblé sur la région de SIBASI CENTRO. A cela il faut ajouter, que comme c'est le cas pour de nombreux pays en voie de développement, toutes les régions du pays ne connaissent pas le même développement économique. Les villes privilégiées telles que la capitale ou certaines villes portuaires présentent une économie bien plus forte que d'autres régions moins favorablement pourvues en ressources économiques.

Cette existence de régions à plusieurs vitesses ne nous permet pas de généraliser le discours tenu pour SIBASI CENTRO à tous le pays. En effet, ce SIBASI contrôle une grande partie de la capitale, ville financièrement très forte. Il va de sois, que la qualité des soins qui y sont proposés sont de bien meilleure qualité qu'ailleurs, rappelons que les trois seuls hôpitaux de troisième niveau du pays se concentrent dans SIBASI CENTRO.

La situation économique des médecins pratiquants dans la capitale étant bien meilleure que dans les autres régions de El Salvador, ces derniers tendent fortement à s'y concentrer. Cela inévitablement fait augmenter la densité médicale et par là permet une accessibilité facile du système sanitaire par la population. Nous avons par exemple mentionné que SIBASI CENTRO est le seul à offrir des soins à domicile.

Le privé ne se retrouvant que dans les villes à fort revenu mensuel, les services de ce système ne se développent pratiquement que dans la capitale salvadorienne. Cela est facilement compréhensible, considérant que le privé ne cherche pas à couvrir un maximum de personnes et à faire du bénévolat, mais au contraire son but est de faire de réels bénéfices. Cela n'est possible qu'en servant une clientèle à haut revenu, se concentrant dans les villes à fort développement du secteur tertiaire.

L'ISSS suit plus ou moins la même répartition que le domaine du privé. Il se concentre dans la capitale et autres grandes villes à forte prévalence du travail formel. Il est ainsi évident, que dans les petites villes ou les régions rurales, où prévalent le travail dans les champs et de petits métiers non déclarés tels que vendeurs ambulants, la quantité de personnes assurées par l'ISSS est très faible. Dans ces endroits la médecine traditionnelle est encore fortement présente.

Dans les villages les plus éloignés de la civilisation urbaine, les personnes vont encore à l'heure actuelle demander des soins médicaux chez des personnes telles que le maître de classe du village ou autres non professionnels de la santé. Les raisons poussant à ce genre de comportement sont deux. Le manque d'information et d'instruction sanitaire dans ces endroits et la difficulté d'atteindre un hôpital, une US ou même une CS.

Le privé et l'ISSS ne concernent toutefois pas la plus grande majorité de la population, mais bien que le 20% des salvadoriens.

Le MSPAS en revanche doit savoir couvrir la demande sanitaire des 80% restants. Avec la mise en place des SIBASIS, le travail du MSPAS a connu une véritable amélioration de son organisation. Cela a permis une meilleure gestion des ressources économiques qui lui sont dédiées. Une avance notable dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention a permis une réduction des coûts liés aux soins.

Un effet pervers de l'introduction des SIBASIS est que par cause du perfectionnement de l'organisation du système de santé, le gouvernement a décidé de diminuer la part des dépenses publiques dédiées à la santé.

Pour cette raison l'impact de la réforme SIBASI n'a pas été aussi important que ce qui était prévu.

Nous avons eu le privilège de connaître le fonctionnement d'un SIBASI privilégié car s'occupant de la capitale. Il nous a paru un système efficace, les patients ont tous accès à des soins de santé primaires, dispose gratuitement des médicaments essentiels et pour certains, bénéficient même d'une visite médicale domiciliaire.

Cela n'est toutefois pas la réalité de toutes les régions salvadoriennes. Les plus pauvres ont vu les SIBASIS s'installer et apporter des changements organisationnels, mais de bien moindre importance qu'à SIBASI CENTRO. Les soins sont dans certains cas restés payants et les médicaments essentiels viennent facilement à manquer.

Le système des SIBASI est une réforme selon nous essentielle et théoriquement très efficace. Nous avons pu remarquer cela avec SIBASI CENTRO, où les ressources financières ne limitent pas son bon fonctionnement. Il s'avère être une excellente réorganisation du système de santé, mais cela que pour les régions bénéficiant d'un support économique adéquat. Ce support économique ne dépendant pas d'un organisme du MSPAS mais de la réalité financière de El Salvador, une redistribution équitable des fonds par régions n'est possible que par une intervention politique.

Le droit à la santé a fait de grands pas en avant dans le pays de El Salvador dans les dernières cinq ans, mais il faut que plus de ressources soient employées à soutiens du projet SIBASI afin de vraiment arriver à atteindre tous les salvadoriens qu'ils habitent à la campagne ou en ville.

Bibliographie

- Les stratégies de lutte contre la pauvreté sous l'angle de droit de l'homme
(HR/PUB/2002/5)
Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
- Manual administrativo Sistema Basico de Salud Integral – SIBASI-, 2001
Ministerio de salud publica y asistencia social
- Mapeo de AIEPI clinico por el SIBASI, 2001
Ministerio de salud publica y asistencia social, gerencia de atención integral
- www.who.int
- www.mspas.gob.sv