

## La territorialisation de la politique de santé : pour une efficacité plus accrue

### *The territorialization of health policy: for increased efficiency*

E. Emile (1)\*, S.S.E.N. Rabesalama (2)

(1) Département Economie, Sciences économiques et sociales de La santé. Université de Toamasina, Madagascar

(2) Service de La Chirurgie, CHU Toamasina, Madagascar

#### Résumé

Les problèmes de santé de la population présentent une image commune dans un pays. Mais cette image commune, présentée en moyenne nationale, revêt des disparités au niveau de chaque délimitation territoriale. Par rapport à cette moyenne, les taux d'incidence d'une maladie, d'une région à une autre peuvent passer de dix à cinquante fois plus grave. Synthétiser les actions au niveau d'une politique nationale s'avère alors risqué en termes d'efficacité. Aussi, s'avère-t-il nécessaire que les objectifs de santé dans la politique nationale de santé tiennent compte respectivement des déterminants de santé dans les différents territoires du pays afin d'assurer que les réponses apportées soient les plus pertinentes possibles en terme de stratégies. Cela constitue un des moyens pour accroître l'efficacité des politiques de santé.

**Mots-clés:** politique de santé, territorialisation, incidence, objectifs de santé, efficacité

#### Abstract

Population health problems have a common image in a country. But this common image, seen as a national average, has always presented disparities in each territorial delimitation. Compared to the national average, the incidence rates of disease can spend, ten or twenty or fifty times worse from one area to another. Synthesize actions at a national policy proves so risky in terms of efficiency. So, it is necessary that health goals in national health policy reflect the inclusion of health determinants in different countries of the territories to ensure that the answers are as relevant as possible in terms of strategies. This is one way to increase the efficiency of health policies.

**Key words:** health policy, territorialization, incidence rate, health goals, efficiency

## Introduction

La politique de santé est un document politique qui « repère les principaux problèmes de santé et les objectifs d'amélioration à atteindre ». Elle détermine les stratégies et les modes d'organisation qui permettront d'atteindre les objectifs de santé [1]. Elle définit des priorités et des paramètres d'action en fonction des besoins de santé, des ressources disponibles,... [2]. Elle définit également, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies et/ou déterminants), des objec-

tifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population. Les objectifs quantifiés adoptés par la représentation nationale ont une valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et des moyens disponibles [3].

A travers ces définitions et ces précisions, il est constaté que la politique de santé a pour rôle de répondre de manière objective aux principaux problèmes de santé et d'en apporter des réponses les plus objectives et pertinentes possibles. Comme elle s'applique bien souvent au niveau national, revêtant souvent la forme

d'un document politique et technique, la politique de santé fixe les objectifs en terme national. Or, les réalités présentent que la nation est géographiquement compartimentée en petite fragmentation avec des spécificités sociologiques, géographiques et naturelles très différentes. En effet, chacune de ses fragmentations présentent ses particularités diverses pour quelques domaines que ce soit. Et la santé n'est pas en reste avec toutes les conditions environnementales qui y influencent. L'on est amené à se poser la question : la politique nationale de santé, dans sa forme habituelle répond-elle de manière objective à ces différentes fragmentations du pays. Comment la politique nationale de santé qui est basculée en programme opérationnel va-t-elle tenir compte des différenciations existantes partout dans le pays ? Cette diatribe amène à parler, intuitivement les différents partages naturels ou administratifs en territoire d'un pays. Car vu les différentes conditions environnementales, géographiques ou sociologiques, un problème de santé ou une maladie ne frappe pas de la même manière au Nord, au Sud, à l'Est au centre ou à l'Ouest. Devant cette réalité, il n'est pas rare qu'au moment où la prévalence d'une maladie donnée est de 10% dans une région ou zone donnée, ce taux pourrait atteindre jusqu'à 20 voire 30% dans une autre. Forcément, la différenciation de territoire administratif ou géographique entre en jeu en termes de problème de santé mais aussi en termes d'objectif de santé. D'où l'importance de la territorialisation qui est fortement liée à l'étude des politiques publiques [4]. La territorialisation vient du mot territoire qui signifie une délimitation géographique ou administrative en vertu des caractéristiques particulières naturelles ou évolutives. Dans de nombreux cas, la territorialisation née de l'évolution de langage en matière de politiques publiques mettent en valeur de plus en plus les différents compartiments du territoire avec leurs caractéristiques. Désormais, les principes de territorialité guident l'action publique [5].

La territorialisation passe par la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de développement qui permet d'adapter les politiques sectorielles aux contraintes locales. Elle a un impact sur les processus décisionnels et sur l'organisation des services. Dans ce sens, la territorialisation est une approche des politiques publiques qui met l'accent sur les spécificités de chaque territoire, par opposition à une approche verticale divisant l'action publique en secteurs d'activités cloisonnés [6]. Ceci dans le sens où la santé publique met en relation la médecine, géographie, la sociologie, l'anthropologie et l'économie.

Ce travail a pour objectif de démontrer que la prise en compte de la dimension territoriale pourrait amener une efficacité plus accrue en matière de santé eu égard aux différents vecteurs et manifestations de la maladie.

## Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude générale du cas de Madagascar avec son système de santé et sa politique nationale de santé de 2005, la dernière politique que Madagascar a adoptée avant la crise de 2009. La structure du système fait sortir quelques niveaux hiérarchiques dont [7] :

- le niveau central du Ministère de la Santé en charge de la coordination générale du secteur santé avec la conception et la conduite de la politique nationale de santé
- le niveau intermédiaire ou régional des Directions Régionales de la Santé, qui coordonne l'exécution de la Politique Nationale de la Santé et sa mise en œuvre au niveau de la Région, Les Centres Hospitaliers Universitaires, dans les ex-chefs-lieux des provinces y jouent le rôle de référence venant des districts
- le niveau périphérique des Services de Santé de Districts, la pièce maîtresse de la politique de décentralisation avec comme point central les Centres Hospitalier de District (CHD) 1 et 2 et particulièrement les Centres de Santé de Base (CSB) jouant le rôle crucial car ils assurent les soins de santé primaire
- le niveau communautaire qui participe à la promotion de la santé à la base du système.

Pour cette étude, il s'agit de focaliser les observations et les analyses sur les problèmes de santé et les consultations vues dans les CSB, le premier contact de la population en matière de service de santé, un des principaux objectifs de la politique de santé

Les politiques de santé à Madagascar, à l'instar de celle adoptée en 2005 ne suivent pas une périodicité fixe (triennale, quinquennale, ou décennale). Comme matériel, celle de 2005 sera utilisée. Elle a défini, sur la base d'une analyse de la situation du pays en 2004-2005, la vision et les objectifs généraux ainsi que les axes stratégiques pour les années à venir [8-9].

En voici quelques formulations, entre autre, des objectifs de 2005 à 2010 :

- réduire de 25% la morbidité attribuée au paludisme
- réduire de 25% la prévalence des cas de paludisme

- grave chez les moins de 5 ans
- réduire de 25% le taux de prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) dans la province à plus haute prévalence.

Face au système de santé et aux politiques de santé adoptées, cette étude va comparer les données des 22 régions de Madagascar sur les proportions des consultations vues au niveau de CSB en 2004 (les cinq premières maladies), l'année qui précède la conception de la dernière politique de santé malgache. Il s'agit d'une étude de statistique descriptive comparant les réalités nationales (la moyenne nationale sur laquelle s'est basée la politique nationale) et les réalités régionales

avec ses dispersions. De là, il sera vu dans quelle mesure notre politique nationale de santé répond de manière objective aux problèmes de santé dans le pays dans la totalité de son territoire.

## Résultats

Pour une politique de santé qui se veut être un outil qui va répondre de manière objective aux problèmes de santé du pays dans tout son territoire, les données sont plus que dispersés.

**Tableau 1.** Les principales maladies qui frappent la population par région (Incidence en % pour l'année 2005) [10].

Régions	IRA (%)	Paludisme (%)	Diarrhée (%)	Infections cutanées (%)	HTA (%)
Analamanga	6,7	42,6	10,3	0,9	6,7
Vakinankaratra	9,3	47,7	16,3	0,1	1,3
Itasy	19,9	33,0	15,9	0,1	2,2
Bongolava	1,6	59,7	10,1	0,2	5,4
MatsiatraAmbony	6,4	30,5	17,4	2,6	4,2
Aomron'i Mania	9,7	37,0	11,3	1,4	1,6
Vatovavy –Fitovinany	5,6	33,5	8,5	6,9	0,2
Ihorombe	13,7	39,3	9,7	6,3	0,9
Atsimo Atsinanana	4,0	61,2	9,5	–	2,9
Atsinanana	4,7	65,2	9,6	–	1,3
Analanjirofo	7,8	42,1	11,1	6,9	1,1
AlaotraMngoro	17,7	38,8	10,4	1,4	3,4
Boeny	5,5	51,9	9,0	0,8	2,7
Sofia	4,5	47,6	17,8	1,7	0,9
Betsiboka	7,0	46,0	12,8	3,8	7,5
Melaky	3,2	64,0	11,7	2,1	2,5
Atsimo Andrefana	3,5	38,6	11,6	12,8	2,7
Androy	9,1	42,4	9,3	2,8	2,2
Anosy	6,1	26,0	16,1	2,3	2,1
Menabe	3,6	53,4	16,7	0,8	3,9
Diana	4,2	45,1	8,8	0,6	1,8
Sava	15,0	33,7	14,2	0,2	5,3
<b>Ensemble (moyenne)</b>	<b>7,5</b>	<b>43,9</b>	<b>12,4</b>	<b>2,5</b>	<b>2,7</b>

IRA : Infections Respiratoires aiguës ; HTA : Hypertension artérielle.

Source : INSTAT/DSM/EPM/2005

Ce tableau montre qu'entre les régions, des différences notoires existent si on se repère sur la moyenne nationale. Il y a de nombreux cas où des régions connaissent des problèmes de santé dépassant très largement la moyenne nationale : cas des infections respiratoires aiguës (IRA) pour la région d'Itasy, du paludisme pour la région d'Atsinanana, des infections cutanées pour la région Atsimo-Andrefana et de l'HTA pour la région d'Analamanga.

Pour les IRA : si la moyenne nationale des consultations externes dans les CSB est de 7,5%, la moyenne régionale de l'Itasy est un peu moins de 20% (plus de fois la moyenne nationale) et celle de la région de l'Alaotra Mangoro est de 17,7%. Alors que dans les régions de Melaky, Atsimo andrefana et Menabe, la proportion d'IRA est respectivement de 3,2%, de 3,5% et de 3,6%.

Ainsi, les taux dans les différentes régions vont alors de la moitié de la moyenne nationale à plus que son double.

Pour le paludisme, dont la moyenne nationale est de 43,9%, le maximum se trouve dans la Région Atsinanana avec un taux de 65,2% (plus de 20 points de la moyenne nationale), suivi la région d'Atsimo Atsinanana (61,2%) et de la région de Bongolava (59,7%). La région d'Anosy connaît le moins de paludisme avec 26% (un peu moins de 40 points de la moyenne nationale) suivi de la région d'Itasy (33%).

Pour les infections cutanées, avec une moyenne nationale de 2,5%, le record est détenu par la région d'Atsimo Andrefana avec un taux de 12,8% (5 fois la moyenne nationale). Vakinankaratra et Itasy connaissent le moins d'infections cutanées avec 0,1% de chaque.

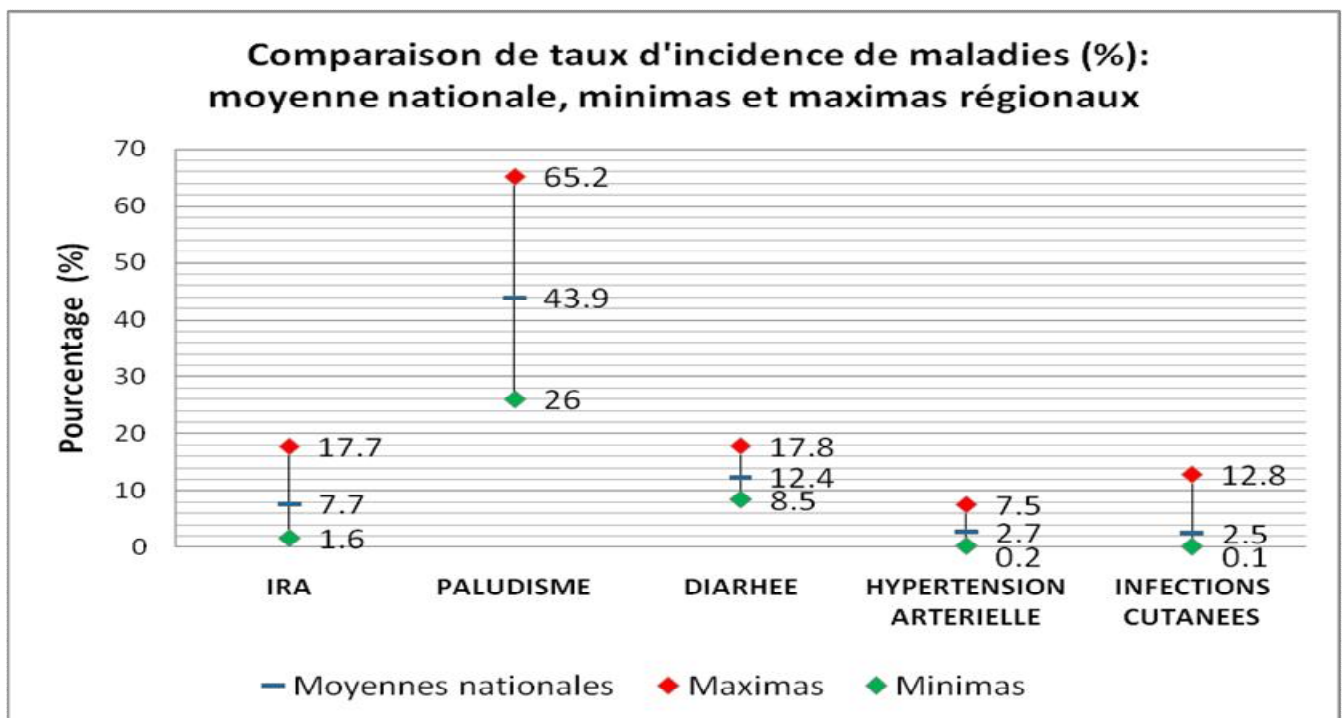
Pour les hypertensions artérielles, la moyenne nationale est de 2,7% alors que la région de Betsiboka connaît un taux de 7,5% et Analamanga suit avec un taux de 6,7% (trois fois la moyenne nationale). Vatovavy Fitovinany connaît le moins de HTA avec 0,2% suivi de l'Ihorombe et de Sofia, toutes deux à 0,9%.

Dans cet angle de vue, il est observé qu'une grande dispersion de taux d'incidence existe dans tout le territoire malgache.

Le graphe nous montre de grandes différences entre les moyennes nationales de taux d'incidences et ainsi que les taux maximaux et minimaux dans les différentes régions. Ainsi :

- pour l'IRA, la différence entre le minimum et le maximum s'étale jusqu'à dix fois plus (1,6% et 17,7%)
- pour le paludisme, l'écart s'établit à plus de 2,5 fois plus (26% et 65,2%)
- la diarrhée à 2 fois plus (8,5% et 17,8%)
- le rapport entre le maximum et le minimum pour l'hypertension artérielle est de plus de 37 fois
- pour les infections cutanées, le rapport s'établit à plus de 120 fois.

Figure 1. Les écarts de taux d'incidence dans toutes les régions : moyenne nationale, minimas et maximas



## Discussion

Une réalité est indéniable : les moyennes nationales ne peuvent pas constituer une indication fiable sur les réalités sanitaires dans les différents territoires existants à Madagascar. Aussi, se cantonner à proposer et à fixer des objectifs nationaux dans les politiques nationales et adopter directement de programmes sans les basculer tout d'abord en objectifs régionaux limitent beaucoup l'efficacité et l'efficience de nos politiques [12]. D'où l'utilité et la nécessité de la territorialisation de la politique de santé.

En faisant le rapprochement entre la santé et le territoire, la logique est présente facilement.

Un état de santé ou bien la prévalence, l'incidence d'une affection sont la résultante, à un moment donné, en un lieu donné, d'un système à multiples composantes interagissantes : des facteurs endogènes, physiques, biologiques, génétiques, et exogènes, environnement politique, économique, social, culturel, caractères du territoire de vie... Les disparités observées sont le produit des combinaisons différenciées de ces facteurs.

Dans tout cela, la territorialisation de la politique de santé Aussi, dans le cas de Madagascar, le fait d'avoir des taux d'incidence très différents et très disparates par rapport à la moyenne, est-il le fruit de la manifestation et des combinaisons des facteurs liés aux territoires régionaux. Rien que pour le paludisme, les conditions géographiques séparent les faciès orientaux ou occidentaux avec les Hauts Plateaux [13]. Pour dire que ces conditions sont très diversifiées et ont des effets très diverses sur le développement de la maladie. Vient alors la nécessité de les séparer pour pouvoir apporter des réponses aussi pertinentes que possibles en vue d'une efficacité plus élevée Dans cette logique, si on se réfère aux définitions d'objectifs de la politique nationale sur le fait de diminuer un taux de prévalence quelconque, la territorialisation de la politique de la santé permettra de mieux définir les stratégies adéquates. Car diminuer de x % pour le cas général (la moyenne nationale) ne signifie pas la même chose en terme de stratégie, de mise en œuvre et des ressources.

Le cas des 5 maladies du tableau 1 en illustre la vérité. Pour l'IRA, diminuer de 20% le taux d'incidence pour un taux de 1,6% et un autre de 17,7% suscitent des actions très différentes avec des résultats différents

De même avec le paludisme où les taux extrêmes sont respectivement de 26 et de 65,2% : la diminution de 20% ramènera le taux à 20% pour le premier et à 53% pour le second. Ce qui met en cause à tort ou à raison

l'efficacité de la politique. L'on en déduira que sans une distinction de ces deux régions en termes de stratégie politique considérant tous les déterminants de santé spécifique à chaque territoire, donc à chaque région, les résultats seront toujours figés.

Cela va de soi pour toutes les maladies restantes : des taux de d'incidence de 0,2 à 7,5 ne signifient pas la même chose : les objectifs de santé doivent y être différents avec toutes les stratégies que cela exigent

Car si les taux d'incidence sont très différents (même par rapport à la moyenne) c'est qu'il y a des variétés des faciès sociologiques, climatologiques et géodémographiques à Madagascar et qui tracent sur le paysage sanitaire dans chacune des délimitations territoriales « classiques ». Dans ce sens, la définition de politiques à l'échelle locale permet de proposer des réponses calées sur les réalités sociales et territoriales [14].

Alors, la territorialisation est utile à plusieurs sens : souci de pertinence, d'efficacité, d'efficience. Le tout, garanti par une approche de proximité tenant compte des réalités locales.

Dans quelque pays que ce soit, les données économiques et sociales ne sont pas identiques dans tous les territoires. Si importante soit-elle, la moyenne, un outil de décision indispensable ne peut pas tout dire sur les réalités territoriales et locales. La considération des paramètres au niveau territorial est nécessaire. C'est ainsi que l'instance régionale du Nord Pas de Calais en France s'est aperçue lors des études que cette région accuse une espérance de vie inférieure de 3 ans par rapport à la moyenne française en 1997 [15]. Logiquement, ce retard devrait avoir ses causes et ces dernières ont une forte chance d'être différentes de celles des autres régions et du pays tout entier. Et, les solutions seront, dans la logique, très différentes.

Ce qui justifie l'obligation de la différenciation d'actions et de stratégies entre les différentes régions.

Il s'avère alors claire que pour la territorialisation, il s'agit de prendre en compte la dimension territoriale (supports de vie, pratiques des usagers, besoins) pour assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité. Le schéma qui en sortira vise à corriger les inégalités intra- et interrégionales en matière d'offre de soins et à promouvoir la continuité et la qualité des prises en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions propres à chaque région [16].

Avec toutes ces constatations et de tout ce qui précède, la considération des réalités territoriales est de mise. Car, face aux écarts des indicateurs de santé et



dans toutes les logiques (mathématique, économique et sociale), parler d'un objectif de réduire de x % d'un quelconque problème de santé ne signifie pas la même chose pour toutes les régions en termes de stratégie, de plan d'action et de ressources.

Avec un taux plus de 5 fois la moyenne nationale, les objectifs et les stratégies d'une région doivent suivre et respecter la logique de la différence.

C'est là que réside la justification de la territorialisation qui est en fait la déclinaison de la politique nationale en termes d'objectif, de stratégies de programme et de ressources. La territorialisation de la politique, une phase stratégique est donc une obligation dans la recherche de pertinence, cohérence, garante de l'efficacité et de l'efficience en visant une meilleure allocation de ressource.

La politique de santé malgache doit alors tenir compte de l'utilité du renforcement de la territorialisation de la politique de santé.

Sur le plan pratique, cette logique veut, qu'avant de définir les programmations d'activités sanitaires dans les différentes régions, il faut que chacune de ces régions établissent sa propre politique de santé. Ceci va leur permettre de pouvoir définir ses propres objectifs, ses propres stratégies et résultats eu égard aux caractéristiques de son territoire pour être sûr de répondre pleinement aux vrais problèmes de santé de son territoire avec tous les déterminants possibles [17].

## Conclusion

Les objectifs de santé dans la politique de santé sont encore définis à la dimension nationale alors que les problèmes de santé qui y sont liés présentent des particularités aussi diverses dans les différents territoires. Un taux moyen fixé au niveau national ne donne aucune information sur les conditions de déterminants de santé ainsi que les divers facteurs qui ont fait que le taux d'incidence est bas ou élevé. Seul le basculement vers la politique de santé territorialisée pourra permettre de mieux de répondre de manière objective au problème de santé de la population, mission principale de

la politique de santé. Il est temps par conséquent que la politique de santé qui sera définie dans le futur tienne compte de ces dispersions au niveau régional. Ce qui garantira plus d'efficacité et en termes de ressource, plus d'efficience.

## Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de renforcement du système de santé. Organisation Mondiale de la Santé, 1998: Genève.
2. Rush E. Glossaire européen en Santé publique. Commission européenne, 2006: Tours.
3. République Française. Loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique, 2004.
4. Chiasson G. Nterizembo V. Territorialisation, Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique, [en ligne] 2012.
5. Faure A. Territoires/Territorialisation. In Boussaguet L, Jacquot S, Ravinet P. Ed. Dictionnaire des politiques publiques. Paris: Presses de Sciences Po, 2005: 430-6.
6. Debarbieux B. Territoire-Territorialité-Territorialisation : aujourd'hui encore, et bien moins que demain... In Vanier M. Territoires, Territorialité, Territorialisation. Controverses et perspectives. Rennes: PUR, 2009: 75-89.
7. République de Madagascar. Ministère de la santé : Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS 2007-2011) 2007.
8. République de Madagascar. Ministère de la santé : Politique nationale de la santé, 1998.
9. République de Madagascar. Ministère de la santé : Politique nationale de la santé, 2005.
10. Institut National des Statistiques (INSTAT). Enquête auprès des Ménages, 2005
11. Emile E. La performance des politiques de santé malgaches de 1996 à 2006, Th. Doctorat, 2010.
12. Trosa S. Evaluation des politiques publiques, Les notes de benchmarking international Institut de l'Entreprise, Paris, 2003.
13. République de Madagascar, Ministère de la santé : Plan stratégique de lutte contre le paludisme (2007-2012)
14. Gindrey L, Muys C. Programme Régionale de Santé : Précarité et Sante, Nord Pas de Calais, 1997.
15. Amat-Roze JM. « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat ». Hérodote 2011; 143: 13-32.
16. Or Z. Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : Une analyse temporelle transversale - Revue économique OCDE - N° 30, 2000/13.
17. Faure A. Politiques publiques et gouvernements urbains : le temps venu de la démocratie différentielle. Télescope 2007; 13(3): 11-8.
18. Davide O. Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques. Santé de l'homme 2006; 383: 18-20.