DE LA TUBERCULOSE A « L'APPROCHE CLINIQUE GLOBALE » DES MALADIES RESPIRATOIRES

FROM TUBERCULOSIS TO THE "GLOBAL CLINICAL APPROACH" TO RESPIRATORY DISEASES

[1]HaceneCherkaski Hamid, [1]BenaliRachid
[1]Service de Pneumo-phtisiologie,Faculté de Médecine et CHU Annaba(Algérie)

Résumé
La transition épidémiologique, initiée dans les années 1990, a fait que la tuberculose n'occupe plus le premier plan de la demande de soins pour pathologie respiratoire. Aussi, l'adoption d'une stratégie englobant la gamme entière des maladies respiratoires s'impose. « L'approche clinique globale » pourrait être le tuteur de cette stratégie. Pour mener des actions concrètes, il faut impérativement :
Définir les priorités, partant du principe que la tuberculose doit rester une préoccupation majeure,
Etablir des critères d'identification, cliniques et paracliniques,
Rechercher des données probantes, valides et fiables.
Ainsi, « l'approche clinique globale » place le médecin généraliste au centre du système de santé et se focalise sur les besoins du patient.
Mots clés
Stratégie, maladies respiratoires, approche Clinique globale, médecin généraliste

Summary

With the epidemiological transition, initiated in the 1990s, tuberculosis no longer occupies the first front of care requires of respiratory illness. The adoption of strategy encompassing the entire spectrum of respiratory disease essential. The"global clinical approach" could be the tutor of such strategy. To carry out concrete actions it's imperative to:
Define priorities, based of the principle that tuberculosis must remain a major concern,
Establish clinical and paraclinical criteria of identification,
Search for valid and reliable data.
Thus, the "global clinical approach" places general practitioner at the center of health system and focuses on the patient needs.
Key words
Strategy, respiratory diseases, global clinical approach, general practitioner

Introduction

En Algérie, la transition épidémiologique, énoncée au début des années 1990, révèle que le problème de santé que pose la tuberculose n'occupe plus le premier plan de la demande de soins pour la pathologie respiratoire. Or, cette affection devrait rester et demeurer encore notre préoccupationpremière.

Cette évolution épidémiologique, qui a connu un recul considérable de la tuberculose, a fait que la poursuite des efforts exige l'adoption d'une autre stratégie englobant la gamme entière des autres pathologies respiratoires. Il est donc tout à fait logique de passer d'une situation « d'urgence épidémiologique » à une situation «d'épidémio-vigilence » (1). « L'approche clinique globale » des maladies respiratoires peut être le tuteur de cette stratégie.

Lecture des concepts

Approche intégrée : l'intégration est l'incorporation, le rajout, d'une activité pour améliorer l'efficacité d'une unité de soins.

Approche combinée : ce concept traduit deux actions différentes pour une même finalité, lorsqu'il s'agit d'un continuum.

Santé respiratoire : l'approche est plus large que l'acte de soins. Elle implique une interdisciplinarité, voire une transdisciplinarité difficilement réalisable sur le terrain.

Le concept de « santé » est sujet à discussion. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définie la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social ». Cette définition, aussi générale soit-elle, est porteuse d'une restriction car elle fait fi du facteur temps. Or, la condition d'un individu et sa maladie évoluent avec le temps. L'approche d'un individu doit s'insérer dans des repères de temps, d'espace, de vécu et de projections.

La définition émise par Frankish et al en 1996, nous semble plus adéquate aux données récentes sur la santé : « la capacité des gens de s'adapter ou de réagir aux difficultés comme aux changements ou de les contrôler » (2).Le concept de « capacité » fait référence à une ressource que l'on pourra fructifier par un investissement. Les termes « changements » et « contrôler » représentent une notion de mouvement et une implication du soignant et du soigné pour lui donner un sens positif.

Tout cela est théorique, mais sur le plan pratique quel est notre problème ? Comment améliorer la qualité des soins en pathologie respiratoire tout en maitrisant les coûts ? Confrontés aux réalités des patients et celle du terrain, des pneumo-phtisiologues algériens ont expérimentés ces concepts.

Evolution des idées

Pour être plus explicite, analysons les différents champs d'action et les priorités inhérentes.
Dans les années 1960, la tuberculose est déclarée « fléau social majeur » (risque annuel d'infection à 3%) et tous les efforts ont été consentis pour la maitriser. Un programme de

lutte, établi sur des bases scientifiques, fut élaboré et mit en application. Des évaluations et des supervisions périodiques ont permis sa concrétisation sur le terrain.
Ainsi, dans les années 1970, il est noté un recul de la tuberculose (risque annuel d'infection à 1%) et qui s'est poursuivi jusqu'aux années 1990 (risque annuel d'infection à 0.4%).Cette évolution épidémiologique favorable est le fait de l'application du programme et des changements socio-économiques opérés dans le pays.

Une fois l'arbre qui cachait la forêt abattu, d'autres pathologies plus couteuses en termes de souffrance humaine et de dépenses de santé ont émergé et occupé les consultations. Très vite des pneumo-phtisiologues ont anticipé cette nouvelle donnée épidémiologique et ont expérimenté une autre approche. Nous ne pouvons pas passer sous silence les travaux publiés de nos Maitres Zirout A, Oussedik N, Chaulet P, Larbaoui D et Aït-Khaled N. Ces experts ont utilisé les structures et la méthodologie de la tuberculose en les adaptant aux spécificités des pathologies émergentes pour améliorer la santé respiratoire de la population en maitrisant les coûts.

La démarche des pneumo-phtisiologues algériens est appuyée par un article paru dans le bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose qui stipulait que « la tuberculose est un modèle pour étudier les autres maladies » (3).

Dans les années 1990, l'enquête nationale de santé a ramené, entre autres, les faits suivants :

- Nous sommes en phase de transition épidémiologique, c'est-à-dire qu'à la pathologie infectieuse vient se surajouter la pathologie des pays industrialisés (diabète, maladies cardio-vasculaires, asthme, BPCO…) ;
- La pathologie respiratoire est la plus fréquente en termes de demande de soins.

Aux données épidémiologiques, sont venues se greffer des données socio-économiques inhérentes aux mutations de la société algérienne (migration des populations, baisse des revenus…). La raréfaction des ressources a entrainé dans un premier temps une rationalisation des moyens. Ainsi, l'économie de santé est devenue un élément incontournable du système de santé.

Nécessite de données probantes

L'approche pragmatique et opérationnelle, initiée depuis longtemps, permet une adaptation à la nouvelle situation. La seule réserve que nous pouvons émettre est l'existence de données probantes. La lecture de l'enquête de santé de 1990 et sa traduction en objectif opérationnel constitue un référent pour des actions concrètes (4).

	Secteur sanitaire 100.000 hab.	Polyclinique 20.000 hab.	Centre de santé 5.000 hab.
Asthme	800	160	40
Asthme sévère	80	16	04
I.R.A (incidence annuelle)	20.375	4.075	1.018
Toutes formes de pneumonie	611	122	30
Bronchite chronique	500	100	25
BPCO	125	25	06
Tuberculose (toutes formes)	46	09	02
Tuberculose pulmonaire M+	23	04	01

Définition des priorités :

La tuberculose reste et demeure notre première préoccupation. Il y a 18.825 cas de tuberculose toutes formes confondues qui ont été notifiés en 2021, soit une incidence de 42.2 cas/100.000 habitants, et parmi eux 5.434 cas de tuberculose pulmonaire (5). D'autre part, l'enquête nationale de santé rapporte l'ampleur de la demande de soins pour pathologie respiratoire. Il est donc urgent d'instaurer d'autres schémas fonctionnels pour prendre en charge de façon efficiente ces patients.

L'instauration des critères d'identification

Par une approche clinicienne et le recueil de données démographiques comme l'âge, le sexe, la durée d'évolution des symptômes, une orientation diagnostique s'esquisse et conditionne la demande des examens complémentaires.

La recherche de données probantes

Pour obtenir des données valides et fiables, le recueil des données et la tenue des supports d'information sont impératifs (renseigner lisiblement toutes les colonnes des registresou, mieux encore, passer à la numérisation).

Sur le plan opérationnel

L'approche symptomatique est la démarche du raisonnement clinique dans « l'approche clinique globale » des maladies respiratoires.

Sur un plan fonctionnel, la hiérarchisation des soins avec la définition des prérogatives de chaque niveau réhabilitera la médecine omnipraticienne. L'omnipraticien ne peut et ne doit être qu'un communicateur, un dispensateur de soins et un gestionnaire (6). Il doit être enraciné dans son environnement social, avec une capacité d'écoute et des connaissances valides pour répondre aux différents besoins des patients qui le sollicitent constamment. L'aspect gestionnaire se traduit dans ses prescriptions médicales (médicaments et/ou examens paracliniques pour assoir un diagnostic). La gestion des autres outils de travail, tels que les registres, les rapports périodiques, est un autre volet de la gestion.

Le médecin spécialiste est à la disposition du médecin généraliste tant en situation aiguë qu'en situation chronique. Il constitue un recours, une rupture de l'isolement dans lequel il est confiné. Le spécialiste aura pour rôle d'établir des stratégies diagnostiques et thérapeutiques sur la base d'enquêtes. Les données rapportées devront être confrontées aux données nationales et internationales. Il pourra participer à l'élaboration de guides de pratiques cliniques faisables, utiles, adaptées à la médecine praticienne et aux réalités socio-économiques du pays.

« L'approche clinique globale » des maladies respiratoires interpelle d'autres compétences comme acteur ou comme évaluateur externe : bactériologistes, épidémiologistes, sociologues…. Ils nous permettront de dégager le profil socio-économique des patients etl'élaboration de programmes éducatifs pertinents. Ces compétences devront travailler en toute complémentarité animée d'un mode de pensée d'action préalablement défini.

Le nouveau environnement de la santé, centré sur le patient, exige de nouvelles compétences pour le médecin généraliste afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

- La focalisation des problèmes de santé doit se faire selon les besoins de ceux que nous soignons.
- Les comportements interdisciplinaires sont essentiels (confrères, membres de l'équipe…).
- Comportement et compétence sont deux qualités essentielles pour l'amélioration de la qualité des soins.
- Les mesures de la qualité doivent se faire par comparaison à une référence standard acceptée. Une telle référence n'existe pas pour la prise en charge de beaucoup de de situations cliniques fréquentes en pratique omnipraticienne.

Il y a nécessité d'élaborer des recommandations basées sur des principes de pratique et des soins élémentaires tout à fait acceptables.

La finalité de « l'approche clinique globale » des maladies respiratoires est de:

- Réduire l'isolement des médecins généralistes,
- Promouvoir la qualité des soins en matière de pathologies respiratoires,
- Hiérarchiser les prescriptions,
- Introduire des audits cliniques,
- Fournir une aide pédagogique, technique, méthodologique, par une éducation appropriée

Il s'agit là d'une approche qui met au centre du système de santé le médecin généraliste, basée sur des données valides et fiables, focalisée sur les besoins du patient dans sa réalité socio-économique et où l'intégration ne constitue qu'un palier. Une démarche qui utilise les avancées scientifiques en les adaptant aux spécificités locales.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteures déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

1. Chaulet P. l'intégration des activités de lutte antituberculeuse dans le système des soins primaires. Bulletin UILCTMR 1989 ;64(2).
2. Frankish CJ et al. Health impact assessement as a tool for population health promotion and policy. WHO Reg PublEurSer 2001;92:405-37.
3. Oussedik N et al. Intégration des maladies respiratoires au DAT. Bulletin UICT 1976.
4. Institut National de Santé Publique. Transition épidémiologique et système de santé. Enquête nationale de santé. Projet TAHINA 2007.
5. Direction de la Prévention. Rapport de la tuberculose. 2021
6. Zidouni N et al. Les conditions nécessaires à l'application d'un programme antituberculeux. 1er Congrès National de Santé Publique. Communication orale. Annaba, Juin 1999.