

# **C**entrale **S**anitaire **S**uisse **R**omande

p.a. Maison des Associations  
15, rue des Savoises  
CH - 1205 Genève  
/fax: ++ 41 22 329 59 37

## **Participation au programme de prévention des maladies chroniques en Palestine 1999 - 2002**

**Palestine – CSS Romande et  
Union of Palestinian Medical Relief Committees (UPMRC)**

FGC 99-39 / FGC 01-51

**Rapport d'activité final**

## **1.INTRODUCTION**

Ce rapport couvre la période du 1<sup>er</sup> octobre 1999 au 30 septembre 2002 et regroupe donc les projets FGC 99-39 et FGC 01-51 (renouvellement du 99-39).

Il comprend, en point 2, une évaluation réalisée par le Dr Abdullatif S. Husseini et Haleama Al-Sabbah en collaboration avec l'UPMRC et l'équipe responsable du projet, ainsi qu'une étude épidémiologique résumée au point 3.

Daniel Dekkers a effectué au début du mois de septembre 2003 un voyage sur le terrain afin d'observer la suite des activités et de récolter quelques informations complémentaires qui seront présentées au point 4. D'autres visites sur le terrain ont été effectuées durant les années précédentes également. Elles nous permettent notamment d'accompagner l'équipe sur les lieux d'activité, d'observer la qualité du travail effectué et de rencontrer les responsables du projet.

## **2.RAPPORT D'ÉVALUATION**

### ***2.1. Résumé***

Le problème des maladies chroniques en Palestine doit être considéré dans toute son ampleur. Le pays connaît actuellement une transition épidémiologique et démographique menant à un allongement de l'espérance de vie accompagné d'un accroissement de la prévalence des maladies chroniques.

Le projet "maladies chroniques" avait pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être des communautés disposant de peu de ressources économiques par le moyen d'une prévention et d'une détection précoce des maladies chroniques.

Mener un processus d'évaluation est important dans la mesure où ceci encourage les protagonistes à se remettre en question, à remettre en question leurs concepts et leurs actions, et à trouver eux-mêmes les solutions et les approches appropriées. Les détails seront fournis plus loin dans ce rapport.

Diverses méthodes ont été utilisées pour réaliser le processus d'évaluation de ce projet:

- des entretiens d'évaluation avec des patients après leur prise en charge,
- des discussions en groupe sur des thèmes déterminés,
- des entretiens formels et informels,

- des observations,
- une analyse statistique des données,
- des documents.

Ce projet ambitieux a réussi à atteindre la plupart de ses objectifs. Il a développé des bases solides et une expérience riche dans le domaine de la prévention des maladies chroniques en Palestine. Il a néanmoins besoin d'être poursuivi et affiné au moyen d'une meilleure formation des participants. Le projet devrait être évalué une nouvelle fois après trois ans.

## ***2.2. Introduction et arrière-plan***

### **2.2.1. Contexte**

La conception de ce projet résulte d'une prise de conscience de l'aggravation du problème des maladies chroniques. Ce sont simultanément l'expérience des professionnels de la santé à tous les niveaux de la distribution des soins de santé et la littérature médicale et épidémiologique actuelle qui mettent en évidence le poids croissant des maladies chroniques dans l'état de santé de la population.

La Palestine est similaire à la plupart des pays de la région de l'Est méditerranéen en ce qu'elle connaît une transition épidémiologique. Les maladies chroniques – pathologies cardiaques, cancers, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux et diabète – constituent les principales causes de décès dans ces pays. Globalement, elles représentèrent plus de 54% des causes de décès durant l'année 2001 (Ministère de la santé, 2002). Plus particulièrement, on note que:

- La prévalence estimée du diabète dans la population rurale adulte en Palestine est d'environ 10%, comparé à 12% dans une étude similaire en région urbaine (Husseini et al. 2000; Abdul-Rahim et al. 2000).
- L'incidence des pathologies cardiaques en Palestine est estimée à 1'200 cas pour 100'000 habitants (Rionda and Clements, 2000).
- Une étude a décelé une prévalence de l'obésité qui s'élevait à 36,8% et 18,1% respectivement pour les femmes et les hommes des régions rurales, comparé à des valeurs de 49,1 et 30,6% respectivement pour les femmes et les hommes des régions urbaines (Abdul-Rahim et al. 2002).
- En 1998, l'incidence des cancers en Cisjordanie était de 32 pour 100'000 (999 cas relevés) (Rionda and Clements, 2000; Salhab 1999).
- Le cancer du sein présente l'incidence la plus élevée: 126 des 483 cas relevés chez les femmes (Salhab 1999).

Une présentation détaillée de la transition épidémiologique, des principaux indicateurs de santé, de la prévalence des maladies chroniques et de leurs implications en termes de santé publique, concernant plus précisément les maladies cardiovasculaires et le diabète en Palestine et dans la région de l'Est méditerranéen, a été développée dans un document séparé (The Epidemiological Analysis).

Le rôle de la prévention au sein de telles populations est très important. Les mesures de prévention devraient être spécialement dirigées vers les maladies chroniques arrivant aux

premiers rangs des principales causes de décès. Dans la mesure où beaucoup de ces maladies sont liées les unes aux autres et présentent des facteurs de risque communs, tels que l'obésité et la dyslipidémie, la promotion d'un mode de vie plus sain, comprenant exercice physique et alimentation saine, aura un impact sur plusieurs maladies.

### **2.2.2. Description du projet**

Le projet "prévention des maladies chroniques" a été planifié sur 3 ans avec l'objectif de donner aux communautés à bas revenus les moyens d'atteindre un meilleur état de santé et de bien-être au travers d'une prévention et d'une détection précoce des maladies chroniques. Il est basé sur l'intégration de la promotion en santé et des activités de screening dans les services de santé primaire déjà existants.

Le projet a été financé par le National Lottery Charity Board (GB) et la Centrale Sanitaire Suisse (Romande) – Genève.

Le projet a été exécuté par une équipe de professionnels de la santé de l'UPMRC. L'équipe a recouru au concept de clinique mobile pour fournir un ensemble d'activités de screening et de promotion de la santé. L'équipe était composée d'un responsable, de deux médecins, de techniciens en laboratoire, de deux travailleuses de santé communautaires et d'un chauffeur.

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants:

- Pour l'évaluation des risques de maladies chroniques:  
tous les hommes et les femmes âgés de 35 à 70 ans, ainsi que toute personne chez laquelle a été diagnostiqué un diabète, une pathologie cardiaque ou de une hypertension artérielle, indépendamment de l'âge.
- Pour la détection précoce du cancer du sein:  
toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, ainsi que toute femme se plaignant des seins ou demandant un examen, indépendamment de son âge.

Les principales tâches de l'équipe étaient:

- Activités de screening:  
Ceci inclue un bilan de santé pour tous les participants, une mesure de la pression artérielle, un prélèvement sanguin pour investigations en laboratoire ainsi qu'un examen des seins pour les femmes du groupe d'âge approprié.
- Activités de promotion de la santé:  
Ces activités comprennent notamment des cours sur différents sujets de santé et spécialement sur les maladies chroniques et leur prévention. Elles incluent également le conseil individuel et la distribution de brochures de promotion de la santé.

- Orientation des patients:  
Les patients identifiés par la procédure de screening et correspondants aux critères sont référés aux services de santé appropriés.
  
- Récolte de données:  
Les données ont été récoltées de manière systématique auprès de tous les patients; des formulaires ont été élaborés spécifiquement dans cette perspective; les données réunies ont été insérées dans un programme basé sur Access, préparé spécialement pour le projet;

une base de données a été établie et les données issues des 45 premiers sites visités ont été analysées; des interviews, des questionnaires, des mesures anthropométriques, des examens physiques et des tests de laboratoire ont été utilisés pour réunir les données sur tous les sites.

### ***2.3. Description de la méthode d'évaluation***

Une méthodologie regroupant plusieurs approches a été utilisée pour évaluer le projet. Elle comprend:

- un sondage au sujet des impressions et de la satisfaction des patients par rapport aux services fournis,
- des interviews des représentants-clés de services de santé ainsi que des membres de l'équipe du projet,
- des observations,
- des discussions à thème avec des groupes de patients et des représentants des différentes communautés,
- ainsi qu'un passage en revue des documents relatifs au projet, une analyse des méthodes employées pour la récolte des données et une analyse épidémiologique des données réunies.

Les sections suivantes discutent en détail les méthodes d'évaluation.

#### **2.3.1.Sondage**

Un sondage par entretien au moyen d'un questionnaire ad hoc avec des patients sortant des cliniques mobiles a été réalisé dans deux villages: Ein-Kenya et Abu-Qash.

Au total, 55 patients ont été interviewés par un seul évaluateur. 22 des participants provenaient de Ein-Kenya et 33 de Abu-Qash. 6 jours de travail de terrain ont été nécessaires pour réaliser le sondage.

Le questionnaire incluait des questions sur des informations d'ordre démographique, sur la satisfaction des patients, sur leur état de santé, ainsi que des questions visant à évaluer le programme de clinique mobile et ses composantes, à savoir le screening et la promotion de la santé.

#### **2.3.2.Interviews**

Des entretiens formels ont été menés avec certains membres du projet de clinique mobile et avec des représentants des principaux services de santé et districts.

Les entretiens formels avec l'équipe du projet ont inclus le responsable du projet ainsi qu'un GD (généraliste) représentant le principal bailleur de fonds du projet.

Des entretiens informels et des discussions ont été menés avec tous les membres de l'équipe, y compris le GD, la doctoresse spécialiste de la santé des femmes, la technicienne de laboratoire et les travailleuses de santé communautaire.

Les entretiens formels avec les services de santé du district de Ramallah ont conservé le directeur du département du ministère de la santé pour Ramallah et El Bireh, le directeur du service de médecine préventive de l'UNRWA en Cisjordanie ainsi que le coordinateur des services de santé primaire de l'UHC.

### **2.3.3.Observations**

L'équipe d'évaluation a accompagné l'équipe de la clinique mobile au cours de ses visites dans différents sites afin d'acquérir une vision claire et d'avoir une expérience du déroulement du projet. Des informations ont été relevées, et des discussions informelles menées avec des patients. L'équipe d'évaluation a participé en tant qu'observateur à une séance d'auto-évaluation de l'équipe de la clinique mobile, présidée par le coordinateur du programme de "Healthlink Worldwide".

### **2.3.4.Groupes de discussions à thème**

Quatre séances de discussions à thème en groupe ont été organisées. Deux sites ruraux et deux sites urbains ont été choisis. Les groupes ont été soit exclusivement masculins, soit exclusivement féminins, soit mixtes. Les sites suivants ont été sélectionnés: le village de Deir-Izbee (hommes seulement), le village de Ein-Aceek (femmes seulement), l'industrie pharmaceutique de Dar-Alshifa (mixte), la banque Iskan (mixte).

Un total de 25 personnes a participé aux rencontres, avec une moyenne de six personnes à chaque fois. Les rencontres ont été dirigées par un modérateur possédant une expérience l'animation de groupes. Un guide spécifique élaboré par l'équipe d'évaluation a été utilisé lors des rencontres.

### **2.3.5.Analyse de documents**

Une analyse globale a été réalisée pour les principaux documents du projet. L'analyse a inclus la proposition initiale, les rapports annuels, les protocoles élaborés, les formulaires et les brochures de promotion de la santé. L'accent a été porté dans ce rapport sur les trois derniers types de documents.

### **2.3.6.Analyse statistique des données**

Une analyse statistique des données récoltées auprès des patients des 45 sites visités par l'équipe de la clinique mobile a été réalisée et soumise à l'UPMRC dans un rapport séparé. Une analyse statistique é été réalisée dans ce rapport à partir de sondages menés auprès des patients. Les données ont été traitées au moyen du logiciel SPSS version 8.0. Des statistiques descriptives incluant des moyennes et des fréquences simples ont été réalisées.

## **2.4. Résultats de l'évaluation**

### **2.4.1. Sites et patients**

Au moment où l'évaluation a été lancée, la clinique mobile avait visité 45 sites dans le district de Ramallah et El-Bireh, y compris 31 villages et campus. Au total, 5'599 patients ont été examinés entre le 6 mai 2000 et le 16 mai 2002.

D'autres sites ont été visités plus tard par la clinique mobile tandis que l'évaluation se poursuivait.

Dans le projet initial, il était prévu de visiter 27 sites et d'examiner 20'000 personnes. Ce nombre a été considérablement revu à la baisse ultérieurement.

### **2.4.2. Equipe**

L'équipe formée par l'UPMRC pour la clinique mobile est composée d'un responsable, de médecins, de travailleurs de santé communautaire, de techniciens en laboratoire et d'un chauffeur. Les membres de l'équipe sont qualifiés (scientifiquement) et généralement expérimentés.

Des cursus de formation ont été fournis aux différents membres de l'équipe en fonction de leurs besoins. Les responsables du projet ont été consultés, ainsi que des experts de différentes institutions académiques, de recherche, ou fournissant des services pour planifier et mettre en œuvre ce projet.

### **2.4.3. Activités de promotion de la santé**

Les activités de promotion de la santé ont compris 217 cours d'éducation en santé durant les deux premières années, cours auxquels plus de 8'000 personnes ont assisté. L'équipe a également donné des cours en éducation en santé dans les écoles de certains sites visités. S'ajoutent à cela les cours donnés aux patients de certains sites visités par les travailleurs de santé et des médecins de la clinique mobile.

Des questions sur le matériel de l'éducation en santé reçu et utilisé ont été posées dans le cadre d'un sondage réalisé auprès des patients de deux sites visités par la clinique mobile. 55 patients, dont les caractéristiques sont indiquées dans la table 1, ont été interviewés.

Table 1: caractéristiques des participants au sondage

Sexe (%)	Femmes	70,9
	Hommes	29,1
Moyenne d'âge (années)		50,8

Mariés (%)		85,5
Activité (%)	Femmes au foyer	67,3
	Paysans	12,7
Analphabétisme (%)		41

Environ 57% des participants sondés ont répondu avoir reçu du matériel d'éducation en santé quel qu'il soit à l'occasion de leur visite. Il est important de noter que certains types de matériel ont été distribués à des groupes spécifiques comme le matériel concernant le cancer du sein.

Le matériel d'éducation a été utilisé dans le conseil aux patients dans plus de 50% des cas. Tous les patients pensent que ce matériel était soit très utile (48,4%), soit utile (51,6%).

La table 2 indique les différents matériaux employés pour les activités d'éducation en santé ainsi que la distribution auprès des patients. Les papillons et les posters distribués ont été révisés.

**Table 2:** matériel éducatif utilise par l'équipe de la clinique mobile (%)

Cancer du sein	64,5
Diabète	45,2
Hypertension	48,4
Pathologies cardiovasculaires	29,0
tabagisme	32,3

Le matériel comprend des posters sur les maladies chroniques et l'auto-examen des seins ainsi que des brochures sur le lien entre problèmes de vue et diabète, sur l'hypertension artérielle et sur les dangers du tabagisme.

Le contenu et la forme de ces matériaux ont été généralement satisfaisants. Cependant, la composante prévention dans le matériel d'éducation en santé mériterait d'être développée dans la mesure où il s'agit là du cœur d'un projet visant à promouvoir un mode de vie plus sain et à prévenir les maladies chroniques.

L'équipe de la clinique mobile, en collaboration avec d'autre service de l'UPMRC, a réalisé des spots pour la radio et la télévision ainsi que des articles de journaux sur les maladies chroniques et leur prévention. Un programme télévisé d'une heure a été réalisé et diffusé sur la chaîne de télévision palestinienne au sujet des maladies chroniques.

#### **2.4.4. Protocoles, guidelines, formulaires et fichiers de données**

Plusieurs guidelines ont été développés par l'équipe de la clinique mobile. D'autres guidelines et protocoles ont été rassemblés à partir de sources locales et internationales. Les documents réunis comprennent des plans de travail pour les cliniques mobiles, des

guidelines pour le traitement et la prévention de l'hypertension artérielle, du cancer du sein, etc.

Historiquement, divers protocoles ont été utilisés en Palestine par différents services de santé tels que le ministère de la santé et l'UNRWA. Dans certains cas, aucun protocole ou guideline n'était disponible.

Les documents réunis par la clinique mobile devraient être revus par un comité d'experts issus de différents domaines afin d'amener à un développement et à une adoption de ces documents. Des protocoles détaillés n'ont pas encore été développés dans une mesure satisfaisante. Un comité national, coordonné par le ministère de la santé, a reçu pour mission d'unifier les

protocoles des services de santé pour les différentes institutions fournissant des soins dans le pays. L'expérience de la clinique mobile devrait être prise en compte dans la formulation et l'adaptation des protocoles nationaux.

Les formulaires employés par la clinique mobile devraient également être modifiés au regard des trois années d'expérience acquises par l'équipe. Quelques formulaires ont déjà été modifiés en fonction de certains besoins. Ceci s'applique également à la base de données informatique conçue pour le projet. Elle devrait être améliorée afin de permettre une meilleure analyse statistique, notamment en ajoutant une question au sujet du nombre de visites réalisées pour un nombre constant de personne examinées.

#### **2.4.5. Evaluation par les patients des services fournis par la clinique mobile**

Les résultats du sondage réalisé auprès des patients montrent clairement que c'est essentiellement le bilan de santé qui a motivé les venues à la clinique mobile (table 3). Ceci a été entre autre confirmé par les réponses à la question ouverte: "Quels sont selon vous les bénéfices de cette clinique mobile?". Le bénéfice le plus important cité par les participants était le fait d'épargner les efforts et l'argent qui auraient été nécessaires pour obtenir un tel service en ville de Ramallah. Suivait le fait de

pouvoir bénéficier d'un bilan de santé. Le conseil et la conscientisation, et enfin la détection précoce des maladies chroniques arrivaient respectivement aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> rangs. Les autres bénéfices sont évoqués moins fréquemment.

Les groupes de discussions à thème amènent à des remarques similaires. Le contrôle de santé arrive au premier rang des bénéfices d'une visite à la clinique mobile. Ceci reflète la conscience qu'ont les gens de l'importance des contrôles de santé et de réaliser diverses investigations telles que les tests de laboratoire et le contrôle de la pression sanguine. L'accessibilité et l'aspect économique ont également été désignés comme les principaux bénéfices de tels services.

Table 3: raisons de se rendre à la clinique mobile (%)

Bilan de santé	41,8
Contrôle de la pression sanguine et tests de laboratoire	9,1
Examen des seins	9,1
Bilan de santé et examen des seins	9,1
Contrôle de la pression sanguine	7,3
Examens de laboratoire	5,5
Autres	18,5

Sur le total des patients ayant participé au sondage, 38,2% souffraient au moins d'une maladie au moment du sondage. Les maladies les plus fréquemment présentées par les participants étaient l'hypertension artérielle et le diabète, avec une prévalence de 12,7% et 9,1% respectivement.



Les participants aux groupes de discussion à thème ont noté que les personnes malades et les personnes âgées représentaient une grande proportion des patients. Il serait important que les adultes plus jeunes soient aussi ciblés de manière spécifique par les activités de promotion de la santé ayant la prévention pour objectif.

Ceci justifie en outre une mobilisation communautaire plus importante afin d'augmenter le taux de participation, spécialement parmi les adultes plus jeunes. Les conseils de village ont été les principales sources d'informations à propos des cliniques mobiles et de leurs activités dans les endroits couverts par le sondage. Les groupes de discussion à thème ont donné des résultats similaires dans les villages. Dans les sites urbains (entreprises) qui ont donné lieu aux groupes de discussions à thème, les principales sources étaient constituées par les directeurs des entreprises contactés par l'équipe de la clinique mobile.

Plusieurs indicateurs ont été utilisés pour mesurer les services offerts aux patients. Les résultats du sondage (table 4) indiquent un niveau de service satisfaisant, y compris l'information donnée aux patients au sujet des résultats de la visite, le temps donné aux patients pour poser leurs questions et décrire leurs problèmes, ainsi que l'apport de services rapides à modérément rapides.

Table 4: indicateur des services aux patients (%)

Le médecin vous a informé des résultats de la visite	oui: 85,5
Le médecin vous a donné suffisamment de temps pour poser vos questions	oui: 94,5
Les services fournis étaient rapides ou relativement rapides	oui: 95
Le médecin vous a demandé des informations personnelles *	oui: 41,8
Le médecin vous a posé des questions sur vos antécédents médicaux	oui: 90,9
Le médecin vous a posé des questions sur vos antécédents familiaux	oui: 98,2
Le médecin vous a posé des questions sur vos antécédents chirurgicaux	oui: 61,8

*\*les informations personnelles étant généralement demandées et relevées sur le formulaire par les travailleurs de santé communautaires*

Au sujet de leur satisfaction quant aux soins fournis par la clinique mobile, 80% des participants répondent qu'ils sont satisfaits et 10% disent être satisfaits dans une certaine mesure, tandis que 2% seulement disent n'être pas satisfaits.

Tous les patients participants au sondage se sont vus poser les questions ouvertes suivantes:

- Comment les services fournis par la clinique mobile peuvent-ils être améliorés?
- Avez-vous d'autres remarques, suggestions ou opinions au sujet de la clinique mobile?
- Quels sont selon vous les meilleurs services fournis par cette clinique?

Etendre de manière générale les services de santé fournis et plus spécifiquement l'apport de tels services aux enfants était l'une des deux suggestions les plus fréquentes de la part des patients ayant répondu à la première question. La même importance a été donnée à l'apport de médicaments gratuits. Des visites fréquentes de la clinique mobile ont été également suggérées, spécialement dans les circonstances actuelles qui rendent difficile l'accès aux

cliniques. L'établissement d'une clinique fixe dans le village arrive au même rang que l'augmentation de la fréquence des visites, pour des raisons similaires. Parmi les principales

améliorations suggérées par les participants des discussions en groupe, figure le besoin de visites plus fréquentes par la clinique mobile afin de fournir un suivi convenable. De manière similaire, ils ont demandé la distribution de médicaments par l'équipe de la clinique mobile ainsi que l'extension des soins de santé afin d'inclure les enfants.

En répondant à la question: " Avez-vous d'autres remarques, suggestions ou opinions au sujet de la clinique mobile?", les participants ont répétés les principaux points notés dans leurs réponses précédentes. Ceci inclut l'établissement d'une clinique dans le village, l'expression d'une satisfaction quant aux services fournis, les visites plus fréquentes dans le village et l'apport de médicaments pour les patients. Le bilan de santé est décrit comme le meilleur service fourni par la clinique mobile, suivi par le contrôle de la pression sanguine et les examens de laboratoire, spécialement le contrôle du diabète et du taux de cholestérol. L'examen des seins est considéré comme le troisième service le plus important.

Les participants des groupes de discussion à thème ont donné des réponses similaires en ce qui concerne les tests en laboratoire, mais ont également souligné l'importance de la conscientisation à l'égard des maladies chroniques en général et de la détection précoce en particulier.

#### **2.4.6. Interviews de représentants des services de santé**

Les interviews réalisées auprès des représentants des principaux services de santé, y compris le ministère de la santé, l'UNRWA et l'UHC ont constitué un service d'informations de qualité. Toutes les personnes interviewées tiennent des positions élevées au sein de leurs institutions, et dirigent des cliniques dans certains des sites visités par la clinique mobile. Ils étaient tous informés du projet de clinique mobile. Deux sur trois ont affirmé qu'une collaboration avec leur institution avait eu lieu dans le cadre de ce projet. Le degré de coopération est considéré de moyen à bon. L'UNRWA et l'UHC ont des programmes similaires avec des composantes de prévention dans certains sites, mais soit ceux-ci se trouvaient dans d'autres districts, soit aucune contradiction avec ce projet n'apparaissait.

Toutes les personnes interrogées ont cité le screening comme l'aspect le plus intéressant du programme.

Le principal problème mentionné est le faible degré de coordination entre les différents services. Certains représentants ont suggéré d'introduire la médication et d'accroître la coopération et la coordination entre les différents services de santé afin de renforcer le programme et d'éviter les répétitions. Tous ont affirmé leur soutien à la poursuite de ce programme et ont souligné son importance. De manière générale, le programme a été décrit entre bon et très bon.

Parmi les suggestions importantes figurent l'accent sur le suivi des patients et la répétition des visites des sites selon un programme établi à l'avance, l'idée étant d'offrir des services de bonne qualité et pas seulement d'accumuler des chiffres. Relier les patients avec les centres de santé primaire et les cliniques de la région est d'une importance cruciale et renforcerait le

suivi. Cependant ceci nécessite un haut degré de coopération entre les différents services. L'unification des protocoles constitue une autre suggestion importante.

#### **2.4.7. Auto-évaluation de l'équipe de la clinique mobile**

Des interviews formelles et informelles ainsi que des observations de l'équipe de la clinique mobile durant son travail sur le terrain ont été utilisées. En plus des méthodes citées, l'observation d'une séance d'évaluation réalisée par l'équipe de la clinique mobile et le coordinateur de Healthlink Worldwide pour la région du Moyen-Orient a aidé les évaluateurs à explorer en profondeur et de manière critique les principaux aspects de ce projet.

Un des principaux succès du projet de la clinique mobile, aux yeux des membres de l'équipe, a été l'établissement d'une équipe spécialisée et la réalisation d'un modèle pour la prévention des maladies chroniques en recourant au screening et aux stratégies de promotion de la santé. Selon eux, le projet a également contribué à déterminer l'ampleur du problème, par exemple la prévalence de l'hypertension artérielle et du diabète.

Parmi les problèmes et les difficultés auxquels l'équipe de la clinique mobile a dû faire face figure le manque d'espaces appropriés pour effectuer son travail dans certains villages.

L'incapacité à évaluer les changements dans les comportements touchant à la santé suite à l'une ou l'autre des activités introduites est un souci important pour l'équipe.

Certains membres de l'équipe avaient des difficultés à accepter les taux de participation calculés dans l'analyse statistique. Le faible taux de participation des hommes ainsi que la planification surréaliste en termes de temps et de nombre de patients comme indiqué dans la proposition initiale constituent d'autres problèmes. La différence entre le taux de participation des hommes et celui des femmes a également été discutée par les patients dans les groupes de discussion à thème. L'attitude générale des hommes à l'égard de la santé a été déplorée outre les conditions de travail, autre cause majeure du faible taux de participation masculine. D'autres études dans des régions rurales et urbaines du district de Ramallah ont révélé un taux de participation plus faible parmi les hommes (Husseini et al. 2000; Abdul-Rahim et al. 2001).

La situation actuelle – agitation continuelle, bouclages – a été une autre source de soucis pour les membres de l'équipe, dans la mesure où ils ont été empêchés d'atteindre les villages prévus en certaines occasions. Malgré cela, l'équipe a retenté ultérieurement d'effectuer la visite de ces villages et a réussi à couvrir plus de sites que prévu initialement.

L'équipe a également reconnu avoir besoin d'une meilleure formation en prévention des maladies chroniques et en communication et d'une standardisation des méthodes utilisées et des différentes pratiques au sein de la clinique mobile.

## **2.5. Conclusions et recommandations**

### **2.5.1.Recommandations générales**

- Le nombre de sites visités et de patients participant a été très satisfaisant dans les circonstances actuelles d'agitation politique et de bouclage.
- L'équipe de la clinique mobile était qualifiée et adaptée pour les tâches attendues, compte tenu de la rareté des personnes formées dans telles spécialités en Palestine.
- Une formation plus poussée des membres de l'équipe est recommandée, spécialement pour la standardisation du processus de remplissage des formulaires, l'entrée des données, ainsi qu'en ce qui concerne les outils de communication et la prévention des maladies chroniques.
- Les membres de l'équipe avaient généralement une idée claire des principaux objectifs, concepts et activités de ce projet et étaient en mesure d'envisager les principaux problèmes auxquels ce projet serait confronté. Ils ont exprimé leurs besoins majeurs, tels que le besoin de formation.
- Dans le temps du déroulement du projet, les membres de l'équipe ont accumulé une expérience en prévention des maladies chroniques. Cette expérience doit être mise à profit, et renforcée par un complément de formation.
- L'équipe a également démontré sa capacité et sa disponibilité à développer ces pratiques. L'opportunité devrait lui être donnée de renforcer des composantes du projet de clinique mobile telles que la planification et l'organisation de diverses activités.
- Tous les changements, modifications, analyses et activités de l'équipe de la clinique mobile devraient être documentés.
- Afin d'atteindre un taux de participation plus élevé, une meilleure préparation et une meilleure mobilisation communautaires sont nécessaires. Une planification précoce comprenant les deux composantes suivantes devrait être clarifiée et documentée afin de réaliser cet objectif: 1) les critères d'inclusions pour les différents sites (villages, camps, etc.) et 2) la manière de mener concrètement une visite de chaque site. Ceci devrait être permis par une implication accrue des communautés locales et par une meilleure coordination et coopération avec les services locaux de santé (ministère de la santé, UNRWA, ONG et secteur privé). Identifier et visiter les personnes clés dans les sites visités et recourir à l'approche du porte à porte a prouvé son efficacité pour augmenter les taux de participation.
- Cibler les adultes d'une tranche d'âge inférieure est vital, spécialement dans un projet de prévention.

- Une importance plus grande devrait être donnée à la composante prévention dans le matériel d'éducation en santé produit.
- Une analyse minutieuse des protocoles, guidelines, formulaires, matériaux d'éducation en santé et fichiers de données devrait être menée par un comité d'experts issus de l'UPMRC, de l'équipe de la clinique mobile et d'experts extérieurs.
- Les patients étaient généralement satisfaits des services fournis. Cependant les données ont montré que certains domaines importants nécessitent des améliorations: un suivi des cas détectés et pris en charge par la clinique mobile est d'une importance cruciale. Ceci pourrait être en partie réalisé par l'établissement d'un système d'orientation et de suivi des patients bien défini.
- Des visites régulières par l'équipe de la clinique mobile, par exemple tous les trois mois, permettraient d'avancer vers de nombreux objectifs, notamment le suivi des patients et l'augmentation du taux de participation en offrant une opportunité à ceux qui n'étaient pas en mesure de se rendre à la clinique mobile lors des visites précédentes.
- Une organisation et une coopération accrues avec les services de santé sont recommandées. Une consultation avec des experts locaux et internationaux en vue d'un partage d'expériences est encouragée.
- Le rôle de Healthlink Worldwide devrait comprendre un meilleur accès aux membres de l'équipe de la clinique mobile à des informations à jour au sujet des programmes de prévention des maladies chroniques et des approches et méthodes dans ce domaine. Le partage d'expériences avec d'autres programmes internationaux est également recommandé. Il est spécifiquement fortement recommandé que Healthlink Worldwide fournisse à l'équipe de la clinique mobile une formation appropriée en développement de matériel d'éducation en santé et identifie les références nécessaires à une formation plus appropriée en prévention des maladies chroniques.
- L'apprentissage et l'expérience réalisés au travers de ce projet devraient être utilisés à la fois sur un plan national, en les partageant avec d'autres services de santé, y compris par une participation à la formulation de protocoles nationaux et, sur un plan interne, en les intégrant également dans les activités de clinique de l'UPMRC.

En conclusion, le projet a atteint la plupart de ses objectifs et a contribué à l'amélioration de la santé dans les communautés marginalisées. Parallèlement il est fortement souhaitable que ce projet soit poursuivi et développé selon les recommandations précédentes.

### **2.5.2.Recommandations spécifiques concernant la récolte et le traitement des données**

Les données doivent être récoltées en gardant à l'esprit leur utilité en termes d'étude et d'analyse épidémiologiques. Pour cela:

- La qualité des méthodes de récolte de données doit être assurée et testée. Ceci devrait inclure la validation des questions employées et /ou le recours à des enregistrements déjà validés et adaptés à l'environnement local.
- Il faut apporter une formation appropriée et des guidelines continuellement mis à jours pour un remplissage de formulaire faisant état de toute modification dans la récolte des données. Ceci permettra la constance des questions posées aux patients, la constance des termes employés en langue arabe, la constance des données complètes.
- Le calibrage employé par les mesures anthropométriques devrait être réalisé.
- Des contrôles internes et externes de qualité devraient être réalisés pour les tests biochimiques en laboratoire.
- Le programme d'accès d'entrée des données devrait être modifié par:
  - l'ajout de contrôles logiques (par ex. l'âge le poids...),
  - une modification de la présentation de sorte à la rendre plus compatible avec l'analyse statistique et le transfert vers d'autres types de fichiers tels que SPSS pour une meilleure analyse statistique,
  - l'ajout du nombre de visites pour tous les cas, ce qui nous permettra de contrôler le suivi et d'éviter les duplications dans les fichiers de données.
- Les résultats des références devraient être suivis, spécialement pour le cancer du sein.

### **3.ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

L'étude épidémiologique, réalisée par le Dr Abdullatif Hussein sur la base des données récoltées par l'équipe du projet de prévention des maladies chroniques, se fonde sur deux questions:

1. La prévalence des maladies chroniques relevée parmi la population touchée par le projet est-elle semblable à celle avancée par d'autres études en Palestine et dans d'autres pays de la région?
2. Quels sont les principaux facteurs de risque au sein de la population palestinienne, facteurs qui pourraient être ciblés par les mesures de prévention?

Les données prises en compte pour cette étude se rapportent à 5'599 personnes examinées entre le 6 mai 2000 et le 16 mai 2002. Par rapport aux catégories de population ciblées et selon le nombre d'habitants dans les communautés ou les entreprises visitées, le taux de participation peut être évalué à 32% chez les femmes et 17% chez les hommes (26% en moyenne).

Les données ont été relevées auprès des patients – et les formulaires ad hoc créés – en premier lieu dans le but de déterminer l'état de santé du patient en vue d'un conseil personnalisé et éventuellement d'une prise en charge spécialisée, et dans un deuxième temps seulement pour l'étude épidémiologique.

Ceci explique les lacunes relevées par l'évaluateur en ce qui concerne les données réunies:

- si les données vérifiables telles que le poids, la pression sanguine, etc. ont pu être prises en compte, d'autres informations moins vérifiables et/ou relevées à partir de questions moins valides comme le taux d'activité physique, la qualité du régime nutritionnel ou le statut socioéconomique doivent être considérées avec prudence dans le cadre d'une telle étude;
- des données sont manquantes pour certaines personnes;
- les méthodes de récolte de données n'ont pas été préparées avec toute la rigueur qui pourrait être nécessaire pour une étude épidémiologique;
- les formulaires employés ont été adaptés et modifiés au cours de l'avancée des travaux;
- les examens biochimiques et les mesures corporelles n'ont pas bénéficié de tests continus de qualité;
- la validité des résultats de l'étude est limitée par le biais qui apparaît au niveau de la sélection des personnes examinées: d'une part le pourcentage de participation est nettement plus élevé pour les femmes que pour les hommes, d'autre part les personnes qui se présentent aux cliniques mobiles sont en grande partie celles qui sont effectivement à risque (diagnostic déjà établi) ou qui pensent souffrir d'un problème se rapportant aux maladies chroniques.

Les principales informations sont les suivantes:

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Total</i>
<i>Caractéristiques</i>			
Age moyen (années)	50	46	47
Poids moyen (kg)	78	74	75
Taille moyenne (cm)	170	157	160
Indice de masse corporelle	28	30	29
Tabagisme (%)	35	1	10
Régime nutritionnel à haute teneur en graisses (%)	93	97	96
Activité physique réduite (%)	64	67	66
Personnes souffrant de stress (%)	89	75	78
<i>Diabète (%)</i>			
Type 2 – cas déjà diagnostiqués	12	13	13
Type 2 – cas pas encore diagnostiqués	7	5	6
Impaired fasting glucose	8	9	9
<i>Troubles cardiovasculaires (%)</i>			
Hypertension artérielle	30	26	27
Maladie coronarienne	14	8	10
Accident cardiaque	3	2	2
<i>Nombre de patients référés en</i>			
Mammographie			655
Ophtalmologie			51
Radiologie (ultrasonographie)			21

*Note: les informations concernant les suspicions de cancer du sein ne peuvent être synthétisées dans ce tableau.*

L'évaluateur a croisé les données se rapportant aux maladies chroniques avec les données personnelles (poids, tabagisme, etc.) afin d'isoler les principaux facteurs de risque. Il a également procédé à une comparaison avec les statistiques disponibles pour d'autres pays ou d'autres régions du monde.

Compte tenu des limitations évoquées, les conclusions de l'analyse sont les suivantes:

- les données récoltées indiquent une prévalence élevée pour le diabète et les maladies cardiovasculaires;
- les résultats sont semblables d'une part à ceux relevés pour les autres pays de la région et d'autre part à ceux des autres études disponibles pour la Palestine;
- les résultats les plus alarmants se rapportent à la combinaison des facteurs de risques cardiovasculaires; les mesures de prévention doivent donc cibler en premier lieu le comportement nutritionnel et l'activité physique afin d'influer sur les facteurs modifiables que sont l'obésité, la dyslipidémie et l'hypertension;

- les données soulignent la nécessité de mesures de prévention pour lutter contre l'ensemble des maladies chroniques;
- les méthodes utilisées dans le cadre du projet devraient être modifiées afin d'obtenir une meilleure qualité des données (selon une perspective épidémiologique) et afin de maximiser le suivi des patients référés aux autres services de santé.

*(Des informations plus détaillées peuvent être consultées dans la version intégrale de l'étude, en anglais).*

## **4.REMARQUES COMPLÉMENTAIRES**

La méthode employée dans le cadre de l'évaluation ne permettant pas d'aborder tous les objectifs du projet, nous apportons ici quelques informations complémentaires.

### ***4.1. Suivi des patients***

Dans la mesure où l'équipe visite – autant que possible – les villages à plusieurs reprises, des patients sont rencontrés et examinés à deux ou trois reprises. D'autres sont référés à leur médecin ou à un centre de santé et l'équipe peut alors rester en contact avec le personnel médical qui s'est chargé des patients afin d'assurer le suivi. Il reste que certains médecins référents des patients ne sont eux-mêmes pas tous formés d'une manière satisfaisante dans le domaine des maladies chroniques. Quant au suivi lui-même, il présente encore des lacunes et ne permet pas d'assurer une prise en charge à long terme de tous les patients.

L'équipe se consacre donc, dans la suite du projet, à améliorer le suivi, notamment en permettant à certains médecins d'accéder à une formation complémentaire dans le domaine des maladies chroniques.

### ***4.2. Impact des mesures de prévention***

La prévention constitue une méthode essentielle dans le cadre de la lutte contre les maladies chroniques. Il reste que ses résultats sont difficilement mesurables à court terme, en particulier sur des patients pour lequel le suivi n'est pas toujours assuré.

En outre, le contexte local peut représenter une entrave aux changements de comportements attendus dans le cadre de la prévention: les faibles ressources financières limitent les possibilités de diversifier l'alimentation, tandis que le stress occasionné par les violences peut décourager les tentatives de limiter la consommation de tabac.

Ceci ne signifie cependant pas que l'impact d'une telle prévention soit nul: outre la marge de manœuvre qui reste toujours aux personnes sensibilisées pour modifier leurs comportements, ne serait-ce que légèrement, le travail de l'équipe cible les attitudes, et doit permettre la

diffusion d'une conscience des problèmes relatifs aux maladies chroniques et des moyens de freiner les troubles de santé occasionnés. Ainsi, ils s'agit par exemple de lutter contre l'idée selon laquelle une diminution de la consommation de sel "donne droit" à une augmentation de celle de sucre. Par ailleurs, l'équipe a déjà pu observer des modifications de comportement chez certains patients.

#### ***4.3. Développement d'un modèle national de lutte contre les maladies chroniques***

L'UPMRC participe activement aux travaux réalisés à l'échelle nationale pour une unification des protocoles utilisés dans le travail avec les patients souffrant de maladies chroniques. Dans ce cadre, notre partenaire tente d'infléchir la tendance actuelle à adopter une approche verticale – spécialisation dans les maladies chroniques sans liens avec les autres domaines – pour stimuler une prise en charge communautaire, horizontale des problèmes, plus adaptée au contexte palestinien. Cette approche permet en effet de mettre à profit les ressources locales et de porter l'accent sur la santé primaire. L'UPMRC l'applique de manière directe et concrète en s'efforçant d'intégrer la prévention des maladies chroniques dans ses 24 centres de santé répartis sur le territoire palestinien.

Les contacts réguliers en ce sens seront poursuivis dans la suite du projet et devraient déboucher sur des résultats concrets en termes de standardisation des pratiques entre les différents services de santé. Un premier pas a déjà été réalisé par l'intégration de l'approche et des techniques développées dans le cadre de ce projet dans les cliniques de Sinjil (gérée en collaboration avec le gouvernement et la municipalité), Turmusaya (en collaboration avec le gouvernement), Abud (collaboration avec Caritas et le gouvernement) et Deir Ghassaneh.

## **5.CONCLUSION**

Certains aspects du projet doivent encore être développés et améliorés: les efforts devront ainsi porter sur le suivi des patients et sur la qualité des procédés utilisés pour la récolte des données médicales.

Le projet a néanmoins permis d'affermir les bases d'une prise en charge systématique des maladies chroniques. Nous considérons que la poursuite du projet se justifie pleinement malgré un contexte difficile: il est en effet essentiel de produire un réel développement pour une prise en charge précoce et adaptée des maladies chroniques. Ce projet constitue un moyen efficace d'y parvenir au vu des premiers résultats atteints.

Genève, le 3 octobre 2003.

Ludovic ROSSEL  
Responsable commission Palestine

### LISTE DES ANNEXES:

#### Annexes au rapport d'évaluation:

- Carte du district de Ramallah
- Questionnaire pour les interviews du sondage auprès des patients
- Questionnaire pour les interviews de l'équipe de la clinique mobile
- Questionnaire pour les interviews des représentants des services de santé
- Guide pour les groupes de discussion à thème
- Formulaire employé par l'équipe de la clinique mobile

#### Annexes au rapport d'activité:

- Liste des villages visités et nombre de personnes examinées.
- Taux de participation par villages.
- Caractéristiques principales de la population examinée.
- Principales maladies chroniques détectées.
- Protocole de l'UPMRC pour l'évaluation des risques dans le cadre d'un examen médical.
- Protocole de l'UPMRC pour les examens relatifs à la détection du cancer du sein.
- Analyse épidémiologique réalisée sur la base des données récoltées.