

Les possibilités de l' hôpital rural.  
Comment améliorer  
les résultats d' hospitalisation?

Bernard Storme\* et Pierre Mercenier\*\*

- \* Equipe du projet Kasongo, actuellement: Bureau de l'Hygiène, Bujumbura, Burundi
- \*\* Chef d'unité, Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique, I.M.T., Anvers.

## INTRODUCTION

Dans les pays en voie de développement, chaque secteur d'activité est confronté avec la nécessité de faire face à de grands besoins au moyen de ressources limitées. Le secteur des soins de santé n'échappe pas à la règle.

En général, la formation que reçoit le médecin ne le prépare pas à cette austère réalité. Le fonctionnement des services universitaires lui apprend à se fier plus à une batterie de tests de laboratoire qu'à la clinique, à utiliser les produits pharmaceutiques les plus récents et à se référer au spécialiste à la moindre difficulté.

Hors des quelques grands centres, une telle pratique est impossible. Les hôpitaux périphériques ont des services logistiques modestement équipés, doivent assurer les soins d'importantes populations, avec un budget pharmacie limité et on n'y trouve presque jamais de consultations spécialisées.

Cela veut-il dire que l'on ne peut y faire de la bonne médecine? Les médecins qui y travaillent ont souvent l'impression que s'ils pouvaient disposer de moyens plus sophistiqués, ils guériraient un plus grand nombre de malades. L'opinion publique est du même avis. Qu'en est-il en réalité?

Pour engager la discussion sur des bases concrètes, nous examinerons les résultats d'hospitalisation dans un hôpital périphérique et nous essayerons d'identifier les conditions requises pour améliorer ces résultats.

## CADRE DE L'ETUDE

L'hôpital de Kasongo est situé au Zaïre dans une zone agricole du Maniema.

Depuis 1970, l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers y développe un programme de recherche de médecine intégrée (1) sous convention avec le gouvernement zaïrois.

---

(1) L'Equipe du Projet Kasongo. Le Projet Kasongo: Une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale ( sous presse).

Dans la période où les données de cette étude-ci ont été recueillies, 4 médecins se trouvent sur place: 2 s'occupent des services, les 2 autres de la recherche.

Le personnel infirmier est composé d'aide-infirmiers diplômés depuis longtemps et le recrutement de personnel jeune et plus qualifié n'a pas encore été possible.

L'hôpital compte 280 lits. Il couvre un territoire de 17000 km<sup>2</sup> occupé par 180.000 habitants repartis entre un centre urbain de plus ou moins 30.000 habitants et des collectivités rurales dispersées.

Il comprend un service de chirurgie équipé pour les interventions abdominales courantes (césariennes, hernies étranglées...), un service de pédiatrie, de médecine générale, une maternité équipée d'une ventouse, un sanatorium et une léproserie intégrés actuellement dans les services de l'hôpital, et un service de traitement des trypanosés. Il y a un appareil de radiographie ancien, mais pas de scopie et un laboratoire suréquipé, compte tenu du niveau du personnel disponible qui ne fait que des examens courants. Les médicaments sont fournis par l'Etat comme ailleurs au Zaïre.

Les patients sont traités autant que possible en ambulatoire et les admissions limitées aux cas nécessitant des soins impossibles à donner hors de l'hôpital.

Cet hôpital peut être considéré dans sa structure comme assez typique pour un hôpital en zone rurale africaine.

#### METHODES

Tous les dossiers des malades sortant ont été codés au point de vue du résultat de l'hospitalisation. Les dossiers des patients non guéris ou décédés ont été présentés et discutés chaque semaine en comité par les 4 médecins travaillant sur place, dans le but de mettre en évidence les difficultés rencontrées et les conditions qui auraient été nécessaires pour améliorer le résultat de l'hospitalisation: équipement, médicaments, intervention d'un spécialiste, compréhension de certains problèmes par la population amenant sa collaboration etc....

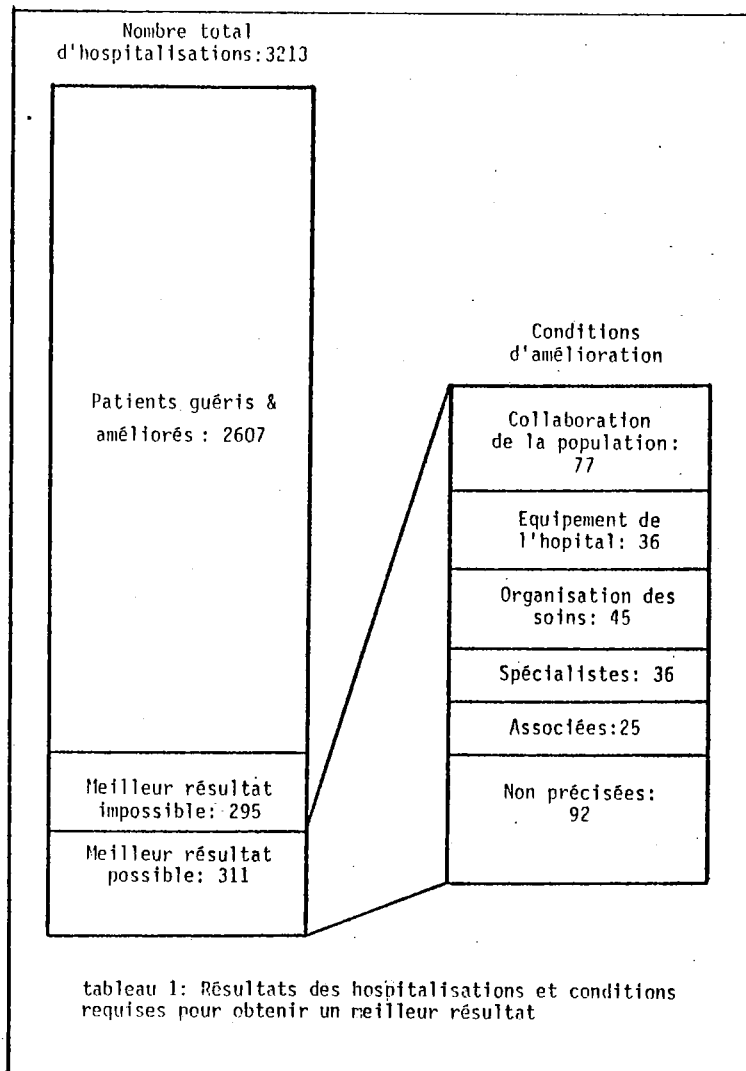
Les malades ont été classés dans les catégories suivantes:

1. Un meilleur résultat n'est pas possible. L'état du malade ou la nature de son mal ne permettrait aucun espoir de guérison ou d'amélioration, même dans les conditions techniques qui existent dans un hôpital général d'un pays développé (ex.: cancer, cirrhose, cardiopathie congénitale).
2. Un meilleur résultat aurait été possible mais un équipement utilisable par un des membres en place manque.
3. Un meilleur résultat aurait été possible si un spécialiste était intervenu (ex.: chirurgien formé aux interventions sur le système génito-urinaire pour réparation des fistules vésico-vaginales).
4. Un meilleur résultat aurait été possible si l'hôpital était mieux organisé: un défaut d'organisation du nursing, du service de garde, de la relation entre les services... a empêché que le patient bénéficie de toutes les possibilités de l'hôpital.
5. Un meilleur résultat aurait été possible si avec une collaboration plus grande des gens, l'équipe en place avec ses moyens, aurait pu faire quelque chose (ex.: la famille refuse de donner du sang ou refuse le traitement proposé).
6. Plusieurs de ces facteurs sont en cause.
7. Il est impossible de dire si on aurait pu faire mieux ni comment (ex.: décès à l'admission, décès inopiné au cours d'une évolution favorable, problème de santé de cause indéterminée).

#### RESULTATS

Les dossiers des 3213 hospitalisations qui ont eu lieu pendant l'année 1972 ont été analysées. Parmi ces malades 606 (18.9 %) ne sont pas guéris ou sont décédés. Pour 295 parmi ceux là (48.7 %) un meilleur résultat semblait impossible à obtenir. Pour les autres 311 (51.3 %) un meilleur résultat semblait possible. Les conditions requises pour de meilleurs résultats sont reprises dans

le tableau 1.



Il faut noter que les desiderata pour l'équipement mentionnaient la cortisone, des produits de contraste pour la radiographie des voies urinaires et divers produits de laboratoire. Les cas où la présence d'un spécialiste aurait été nécessaire se répartissent entre les disciplines suivantes: anesthésie réanimation, médecine interne (cardiologie), ORL, urologie, chirurgie thoracique, ophtalmologie, nursing.

DISCUSSION

Le but d'un tel recueil de données n'était pas de faire l'évaluation des problèmes de santé de la population mais de découvrir les lacunes d'un service qui fonctionne dans des conditions définies, et de voir comment elles pourraient être comblées.

C'est dans cette optique que nous ne nous sommes intéressés qu'aux 311 cas non améliorés qui n'étaient pas incurables.

Au point de vue méthodologie, le relevé des données présentées prête flanc à plusieurs critiques, à savoir que la classification n'a pas été définie avec rigueur (d'où une relative imprécision) et que la reproductibilité du jugement de l'équipe n'a pas été évaluée. Toutefois, le fait que la classification de chacun des dossiers soit le consensus résultant d'une discussion ouverte, nous paraît avoir été suffisant pour éviter les erreurs de jugement trop fréquentes. En outre, un pareil relevé n'est pas destiné à être traité statistiquement mais à débrouiller une situation.

L'importance de l'investissement nécessaire pour réaliser les mesures envisagées nous permet de distinguer 2 groupes:

- Un premier groupe où l'investissement à faire est faible et qui réunit les cas pour lesquels l'amélioration du résultat demanderait un effort d'organisation de l'hôpital, l'établissement de contacts avec la population et quelques fournitures. Ces mesures intéressent 158 des 311 cas améliorables, soit 50.7 %.
- Un second groupe où l'investissement à faire est important et qui est constitué par les cas pour lesquels une amélioration du résultat dépendrait de la présence de spécialistes: 36 des 311 cas améliorables, soit 11.6 %.

La différence de rendement de ces 2 groupes d'input est impressionnante. Il est remarquable de constater que l'amélioration de la majorité des cas qui nous intéressent dépend de petits investissements, aisément reproductibles, tels qu'une meilleure organisation du service de garde, l'organisation d'une banque de sang vivante avec la collaboration des élèves infirmiers et quelques fournitures supplémentaires.

L'énorme investissement nécessaire pour disposer de spécialistes n'aurait pu produire d'effets que pour 11,6 % des cas améliorables et ces 11,6 % doivent se partager entre 8 disciplines différentes. Cela réduit à peu de choses le bénéfice santé que chacune pourrait apporter. Certes, la présence de spécialistes aurait augmenté le recrutement des patients pour leurs consultations respectives et conséquemment le nombre des cas pour lesquels on aurait jugé leur présence nécessaire. Admettons même que cette augmentation aurait été suffisante pour amener le bénéfice attendu du second groupe au niveau du premier: le rapport coût efficacité reste encore favorable au premier groupe.

Il est donc bien évident que l'intervention des spécialistes à ce niveau de la distribution des soins ne serait pas efficiente actuellement. De plus, un tel sous-emploi ne pourrait qu'être préjudiciable au maintien de leurs qualités professionnelles.

#### CONCLUSION

L'hôpital tel qu'il fonctionne s'est révélé capable de résoudre la majeure partie des problèmes qui lui sont posés. La structure de la pathologie rencontrée, composée surtout de maladies infectieuses parasitaires et nutritionnelles permettait de s'attendre à pareil résultat. Ces maladies en effet, ne répondent pas nécessairement moins bien à des techniques simples qu'à des techniques élaborées. L'amélioration des résultats d'hospitalisation y dépend davantage de facteurs de communication et d'organisation interne que de l'utilisation de techniques complexes coûteuses. Ceci montre quel rôle important le médecin généraliste doit avoir actuellement dans l'organisation de l'hôpital périphérique pour que celui-ci puisse remplir plus efficacement sa mission.

Aussi, au stade actuel du devenir des pays en voie de développement où

chaque secteur de l'économie réclame d'urgence un rendement maximum des ressources humaines et financières, on pourrait se demander si la place qu'il faut accorder à la formation de médecins spécialistes est aussi importante qu'on le croit généralement, lorsqu'on en considère le faible impact que l'on peut en attendre sur l'amélioration des services hospitaliers périphériques.

RESUME

Les résultats d'hospitalisation dans un hôpital périphérique ont été examinés de façon à mettre en évidence les éléments à introduire pour les améliorer. Des changements qui impliquent de grands investissements ( tels que l'introduction des spécialistes) ne semblent pouvoir avoir qu'un impact limité. D'autres mesures par contre, qui ne réclament que peu d'investissements ( tels que de meilleurs contacts avec la population, l'amélioration des fournitures et de l'organisation de l'hôpital) semblent avoir un impact potentiel nettement plus grand.

ABSTRACT

Hospitalisation results in a rural hospital in Kasongo, Zaire, have been examined in order to identify the conditions under which they could be improved. Changes requiring large investments (introduction of specialists) appear to have only a limited impact, while measures requiring much less investments (such as improvement of the organisation of the hospital, better contacts with the population and improvement of supplies) appear to have a much larger potential impact.