WORKING PAPER NR 18 1988

Le rôle de l'hôpital dans le renforcement des soins de santé primaires

L'expérience de Kasongo

par

X. de Béthune, P. Mercenier, H. Van Balen

Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique
Institut de Médecine Tropicale, Anvers

Une première version de ce Working Paper a été publiée en 1985 sous le titre: "The role of the hospital in strengthening primary health care: the experience of Kasongo", ref. OMS: SHS/EC/85/WP/III.C.5.

INTRODUCTION

Ce document traite des relations entre l'hôpital et le reseau de soins de santé périphérique. Y sont envisagées les modalités d'organisation, de gestion, de financement, et d'affectation du personnel permettant à l'hôpital de remplir son double rôle de niveau de référence et de structure d'appui aux soins de santé primaires.

Si la fonction de l'hôpital au sein du système sanitaire est en effet de fournir des soins médicaux du niveau de référence aux malades externes ou hospitalisés, elle consiste également à apporter un appui au réseau des centres de santé sous forme de supervision, de formation et de fournitures diverses. Cet appui de l'hôpital au réseau de santé périphérique apparaît de plus en plus aujourd'hui comme une condition indispensable à la réussite des soins de santé primaires.

A Kasongo (Zaire), l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique) est chargée depuis 1971 de l'organisation sanitaire d'une zone de santé selon la stratégie des soins de santé primaires.

Le rôle de chaque structure au sein du système sanitaire de la zone a été clairement défini avant la mise en oeuvre du projet, le but global étant de fournir à toute la population un système intégré de soins de première et de deuxième lignes, tout en stimulant la participation communautaire à la prise en charge des problèmes de santé.

L'aspect de participation communautaire ne sera toutefois pas approfondi dans le présent document, qui s'attachera surtout à décrire le processus de planification et de mise en oeuvre du projet.

Cette planification a intéressé tous les échelons et toutes les activités du système de santé. Il s'agissait de rendre claires et rationnelles les relations entre les divers échelons de soins et entre les différentes activités sanitaires entreprises. L'objectif de cette rationalisation des structures et des activités était bien entendu d'aboutir au fonctionnement le plus harmonieux possible du système de santé de toute la zone.

Dès le départ, donc, l'hôpital de Kasongo a été considéré comme partie prenante de la stratégie de soins de santé primaires. Les lignes qui suivent sont ainsi le reflet d'une quinzaine d'années d'expérience.

1. STRUCTURATION DU SYSTEME DE SANTE

Dans ce qui suit, le terme de zone correspond au concept habituel de district dans la littérature; le terme d'aire désigne l'entité géographique couverte par un centre de santé.

La zone de Kasongo est une zone administrative d'environ 200.000 habitants, située dans l'est du Zaire. Parmi cette population, 30.000 personnes vivent dans la ville même de Kasongo, et le reste se répartit dans une dizaine de villages de 2.000 à 10.000 habitants, ou dans de plus petites communautés. L'agriculture est la principale source de revenus.

UN SYSTEME SANITAIRE A DEUX NIVEAUX

Le projet de santé publique de Kasongo (1) a l'entière responsabilité de la zone et cherche à atteindre une couverture satisfaisante de la population grâce à des soins globaux, intégrés et continus (2).

Pour ce faire, le service de santé a été conçu selon une structure uniforme à deux échelons. Le premier échelon consiste en un réseau décentralisé de CENTRES DE SANTE (CS) responsables des soins de première ligne (individuels et collectifs, curatifs et préventifs), ainsi que du maintien d'un contact étroit avec la communauté. Le second échelon est formé par l'HOPITAL de la ville: c'est le niveau de référence des malades pour les CS.

Chaque CS couvre une aire d'environ 10.000 habitants, et est dirigé par une équipe comprenant un INFIRMIER AUXILIAIRE, un aide médico-social, un employé et un travailleur non qualifié.

L'hôpital comporte un service de consultation externe et des services d'hospitalisation. Il s'agit d'un hôpital général typique de zone rurale. Il compte 180 lits répartis en cinq services (médecine interne, pédiatrie, maternité, chirurgie et soins intensifs) dirigés par des MEDECINS GENERALISTES, et deux services techniques (radiologie, laboratoire). La consultation de référence est dirigée par un médecin de l'hôpital, à tour de rôle.

UNE UNITE DE GESTION

La gestion des deux échelons du système incombe à une équipe de direction composée de l'ensemble des médecins, du responsable des soins infirmiers, et du gestionnaire de l'hôpital. Elle est responsable tant de l'approvisionnement matériel que du support méthodologique de l'ensemble du réseau sanitaire de la zone. Elle organise, supervise et coordonne donc toutes les activités aux deux échelons du système. Il y a ainsi UNITE DE GESTION de tout le système sanitaire.

Six activités de gestion sont assurées: finances et administration, personnel, pharmacie, fournitures générales, épidémiologie et statistiques, service technique et garage.

Travaillant pour l'ensemble de la zone, l'équipe de direction et les services administratifs sont tout naturellement situés dans les bâtiments de l'hôpital.

Le budget de fonctionnement du projet est estimé à 3 dollars par

personne et par an.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTE

Le CS s'engage à assumer la responsabilité des soins de santé de la population, en échange de la participation communautaire au fonctionnement du système de santé et au développement sanitaire. La fourniture de services est donc liée dès le départ à l'engagement de la communauté. Concrètement, la communauté villageoise crée un "comité de santé" qui, en un premier temps, s'engage à construire et à entretenir le CS, à aider le personnel de santé dans l'information de la population, et à mobiliser les ressources minimales nécessaires au lancement du fonctionnement du CS.

Par la suite, bien entendu, la participation s'élargit; dans l'échange continu avec la population (par le Comité de Santé, avec les groupes à risques, dans les familles), le personnel s'efforce de promouvoir un mode participatif de prise de décision.

On attend d'un tel "contrat participatif" qu'il aboutisse à renforcer l'intérêt pour la promotion de la santé et la conscience sociale de la population. L'effet à long terme qui en est escompté est de stimuler des initiatives et des innovations dans d'autres domaines sociaux ou économiques, et de favoriser, dans le domaine de la santé, des décisions d'ordre politique qui aillent dans le sens de l'équité dans la solidarité et de l'"autonomie dans la responsabilité", deux objectifs majeurs de toute activité de développement (3).

COHERENCE DU SYSTEME

La principale caractéristique du système est sa cohérence: aucune partie du système de santé n'est pleinement efficace sans le support des autres parties, leur but commun étant des soins de santé primaires pour tous. Ainsi, le réseau des CS ne serait ni fonctionnel ni acceptable sans le support de l'hôpital, qu'il soit méthodologique, matériel ou technique.

Tout le travail théorique effectué avant et depuis la mise en oeuvre du projet a été et est toujours mis au service de cette cohérence structurelle, qui explique deux traits fondamentaux du système sanitaire mis en place:

a) Pour assurer une utilisation rationnelle des ressources, chaque élément du système joue un rôle spécifique. Il est clair, par exemple, que l'hôpital est l'échelon spécifique de référence. La persistance d'activités de première ligne à l'hôpital est donc à considérer comme un "pis-aller opérationnel" et ces activités devraient être éliminées du système pour améliorer son efficacité et son efficience. De même, la spécificité du CS est la prise en charge du premier contact entre l'individu et le service de santé, ainsi que l'encouragement de la participation communautaire.

b) le système est aussi organisé de façon telle que chaque personne est dirigée vers l'élément particulier du réseau sanitaire qui est le plus adéquat pour prendre en charge son

problème. Il est évident que le CS résout le plus grand nombre de problèmes et que l'hôpital s'occupe des problèmes plus graves (on verra plus loin que la gravité du problème dépend plus de l'impossibilité pratique d'en décentraliser la solution que de la nature de la pathologie présentée). Tout ce que peut faire le CS, l'hôpital le lui laissera. Il n'y a donc pas de concurrence entre l'hôpital et le premier échelon de soins (on verra plus loin comment l'hôpital s'y prend pour respecter le rôle premier du centre de santé et dissuader les malades de le court-circuiter).

La prise en charge des problèmes de santé (qu'ils soient individuels ou collectifs; qu'il s'agisse d'une affaire à régler au premier échelon ou à référer à l'hôpital) se fait donc dans le double souci de spécificité et d'efficience. On en verra une illustration plus loin, lorsque sera abordée la question de la circulation des malades entre les deux échelons du système.

3. STRATEGIE DE MISE EN OEUVRE

Le développement du système de santé a suivi cinq lignes directrices.

3.1. La première est la création d'une équipe de direction unique, ayant en charge les deux niveaux du système et toutes les activités (logistique, gestion, recherche). Chaque médecin a une responsabilité précise dans l'administration de la zone de santé, et exerce à la fois son travail à l'hôpital et la supervision d'une partie des centres de santé. Ainsi, aucun des divers aspects de la gestion n'est considéré comme accessoire, et, surtout, tous les médecins sont impliqués dans la supervision des CS périphériques.

Les outils de la prise de décision sont l'expérience personnelle que chaque membre de l'équipe possède du système sanitaire, les dossiers individuels des patients, et les rapports provenant de chacun des éléments du système.

La rationalité et la cohérence de la prise de décision sont assurées par l'analyse préalable des problèmes par l'ensemble de l'équipe de direction: chacun des membres peut ainsi confronter la décision envisagée avec sa propre expérience, estimer l'interférence de cette décision avec son domaine de responsabilité actuel, etc.

La continuité que chacun assure dans le fonctionnement du projet est un avantage majeur, qui se vérifie notamment lorsqu'un des membres de l'équipe de direction, pour une raison quelconque, doit inopinément suspendre ses activités.

Ajoutons que le sentiment de solidarité et de coresponsabilité résulte d'un dialogue permanent entre tous à tous les niveuax: entre membres de l'équipe de direction, entre médecins et personnel auxiliaire, entre personnel sanitaire et personnel administratif.

Un exemple de ce que cette gestion intégrée du système permet d'obtenir est l'existence d'un service unique d'approvisionnement pour tout le système sanitaire de la zone, ce qui évite les conflits provenant de l'inévitable compétition entre des services parallèles.

3.2. La seconde ligne directrice est la recherche active de la promotion du personnel.

Au début du projet (1971), le personnel avait des compétences très limitées et une nouvelle formation était donc souhaitable.

Les outils de cette nouvelle formation ont été la délégation des tâches complexes, la supervision et l'encouragement continus, et enfin la création d'un esprit d'équipe.

Nous dirons ici quelques mots de la délégation des tâches. Déléguer les tâches requiert au préalable qu'on les traduit en des instructions précises suivant la méthode des arbres de décision. L'application de cette méthode, à Kasongo, a revêtu deux caractéristiques importantes. D'une part, ce qui a déterminé la délégation des tâches n'est pas leur simplicité mais la possibilité de les standardiser: une décision importante peut être déléguée si la prise de décision peut être formalisée en un ensemble d'instructions non ambigues. D'autre part, nous avons recherché la participation du personnel infirmier à la rédaction même des instructions: on s'assure ainsi de l'adéquation de ces instructions à l'expérience, aux connaissances et à la compréhesion des infirmiers chargés de l' appliquer dans les CS. La motivation des infirmiers sort d'ailleurs renforcée de cette participation à la définition de leurs tâches.

Soulignons donc qu'il ne s'agit pas d'imposer de haut en bas des arbres de décision tout faits, mais de les élaborer en tenant compte des capacités et des attitudes du personnel infirmier local.

Une telle délégation des tâches représente un puissant instrument de promotion du personnel, et permet de mettre en valeur le statut des infirmiers face à la population. Mais elle signifie également que le rôle du médecin change. Pour toutes les tâches standardisées, son rôle devient un rôle de support et de conseil plutôt qu'un rôle de thérapeute de première ligne.

3.3. La troisième ligne directrice procède d'un souci d'efficience et consiste en la rationalisation des infrastructures existantes et de leurs fonctions respectives.

Les hospitalisations ont été limitées à celles qui étaient vraiment nécessaires et la durée moyenne de séjour a été réduite de manière significative. Les patients qui peuvent être traités au CS y sont renvoyés pour y achever leur traitement. Cela diminue l'épreuve que représente les hospitalisations inutiles et libère du temps autant pour les infirmiers que pour les médecins. Le temps ainsi libéré a été utilisé pour améliorer le service, mais surtout pour installer et faire fonctionner le réseau des CS.

Pour certaines installations existantes, la rationalisation a signifié leur suppression progressive: ainsi du sanatorium pour les tuberculeux, et du dispensaire de premiers soins à l'hôpital.

3.4. La quatrième ligne directrice est opérationnelle et concerne le développement de la couverture.

Une étude approfondie de la zone, avec un souci particulier pour l'implication de la population, a été réalisée avant la délimita-

tion des aires sanitaires et l'établissement des priorités chronologiques dans l'implantation des CS.

L'implantation d'un CS implique plusieurs préalables:

- la population de l'aire concernée a d'abord été recensée, famille par famille, par l'équipe responsable du CS. Ceci fournit l'occasion d'un très fructueux échange d'information et de confiance entre l'équipe de santé et la population;

- l'équipe du CS (voir supra p. 3) et le Comité de Santé sont fonctionnels;

- l'ensemble des activités normales du CS peut être lancé en une fois.

Le développement du réseau se fait ainsi aire par aire et non activité par activité. L'avantage de cette manière de faire est double: pour la population, qui peut apprécier d'emblée l'ensemble des services offerts (ce qui contribue à l'acceptabilité du CS); et pour l'équipe sanitaire locale, qui se sait responsable d'une population donnée, qu'elle a recensée, et qui ne reste pas dans une perpétuelle incertitude quant au programme des activités à venir.

3.5. La cinquième ligne directrice est méthodologique et a trait à la <u>détermination des activités médico-sanitaires à mettre en route</u>.

La connaissance de la situation locale que possédait le service au début du projet était plus que suffisante pour décider des activités à déployer au départ. Aucune étude épidémiologique préalable n'a donc été effectuée: de telles études, à ce stade, auraient coûté beaucoup de temps et d'argent pour une utilité marginale très réduite. Il était plus logique de prévoir un système de recueil de données qui permettrait d'ajuster les activités en cours de route.

Le démarrage des activités s'est donc basé sur les besoins ressentis de la population. Trois groupes d'activités ont dès lors été retenus dès le départ: le diagnostic et le traitement des affections générales, la surveillance continue des malades chroniques, la prise en charge des groupes à risque.

Le développement du projet a donc suivi ces cinq lignes directrices. Si chacune d'elles s'est développée à son propre rythme, il n'en reste pas moins vrai qu'une certaine hiérarchie s'établit entre elles, comme schématisé en annexe 1. On a suffisamment souligné l'importance du rôle de l'équipe directrice pour comprendre que son bon fonctionnement conditionne le reste de la planification. La promotion des ressources humaines vient en second lieu, condition d'une rationalisation des services existants. Celle-ci précède tout développement de l'infrastructure et des activités, et ceci pour deux raisons: il est difficile de créer quelque chose de nouveau et de rationnel sur base d'un système qui continuerait à fonctionner irrationnellement; et pour développer les infrastructures et les activités, il faut au préalable dégager les ressources nécessaires à partir du système existant. Enfin, le développement de la couverture passive de la zone par l'infrastructure précède naturellement celui des activités proprement dites.

Le projet, à l'heure actuelle, continue à s'inspirer de chacune de ces lignes. Il serait par exemple impossible de mettre en place et de faire fonctionner le réseau des centres de santé si la charge de travail augmentait à l'hôpital à cause d'une détérioration dans la qualité d'application des instructions, ou s'il n'y avait plus d'esprit d'équipe parmi les membres de l'équipe de direction.

4. FONCTIONS DU CENTRE DE SANTE, DE L'HOPITAL ET DE L'EQUIPE DE DIRECTION

4.1. Les <u>Centres de Santé</u> sont chargés de toutes les activités de première ligne. Celles-ci comprennent des services curatifs et préventifs de première ligne, depuis le premier contact avec le patient jusqu'à la responsabilité diagnostique et thérapeutique de problèmes chroniques tels que la tuberculose, la trypanosomiase et l'hypertension, et y compris le dépistage et le suivi des groupes à haut risque lors des consultations de soins maternels et infantils, la gestion des dossiers des patients, les contacts avec la communauté à travers les Comités de Santé, et les enquêtes dans l'aire de santé.

Deux dimensions des activités des CS méritent d'être soulignées:

a) C'est le CS (et non l'hôpital) qui est chargé de la continuité des soins et du maintien du contact avec les patients. Le CS dispose en effet de plus d'information sur les gens et leurs problèmes que l'hôpital. Assurer la continuité des soins de première ligne est possible grâce à la décentralisation des CS et à la délégation rationnelle des tâches. Les instructions sur lesquelles repose cette délégation des tâches comprennent bien sûr les critères de référence. Les motifs de la référence sont inscrits sur le "ticket personnel" (voir annexe 2) que toute personne malade ou à risque reçoit quand elle consulte. L'équipe de direction veille à ce que les critères de référence soient compris et acceptés tant par le personnel du premier échelon que par celui de l'échelon de référence.

Pour assurer le support administratif de la continuité des soins, les informations pertinentes concernant l'histoire de la santé des individus sont contenues sur des "fiches de synthèse" conservées au CS. D'autre part, des rapports sur le fonctionnement des activités du CS sont régulièrement effectués et permettent de suivre certains indicateurs relatifs à la qualité de la continuité des soins: régularité des malades chroniques et des personnes à risque, taux de couverture vaccinale.

b) les contacts avec la population sont activement recherchés: lors du recensement (périodiquement mis à jour), lors des visites à domicile, et lors de réunions avec les groupes à risque, avec d'autres groupes existant dans la communauté, et avec le Comité de Santé.

4.2. A l'<u>hôpital</u>, une consultation externe est ouverte pour les patients référés par les CS.

L'hôpital prend en charge tous les problèmes nécessitant des techniques ou des soins qui, pour des raisons évidentes, ne peuvent actuellement être décentralisés. Cette prise en charge

commence au moment où le CS réfère le patient et se poursuit jusqu'au moment où le CS peut à nouveau en prendre la responsabilité (voir dossier d'hospitalisation en annexe 3).

Les activités de l'hôpital comprennent des diagnostics spécialisés, des techniques thérapeutiques et de nursing, des hospitalisations, et la surveillance de groupes à haut risque lorsque c'est nécessaire (p.ex. les grossesses à très haut risque).

4.3. L'équipe de direction a déjà vu son rôle précisé dans les sections précédentes. Rappelons ici qu'elle est responsable de la gestion de toutes les données administratives et statistiques, de la tenue des comptes, de la fourniture et de la réparation du matériel et des véhicules.

Chapeautant tous les services et tous les échelons, elle donne les instructions, les complète, les amende, et en supervise l'application.

Elle veille au bon fonctionnement de l'évaluation et de la rétro-information entre les deux échelons du système.

5. RELATIONS OPERATIONNELLES ENTRE LE CENTRE DE SANTE ET L'HOPITAL

Différents "flux" existent entre les échelons du système sanitaire. Ces flux concernent les patients, l'information et le matériel.

5.1. LA CIRCULATION DES PATIENTS

Comme nous l'avons déjà dit, la circulation des patients d'un échelon à l'autre doit être organisée dans un souci de spécificité et d'efficience. Cela signifie que les patients doivent être soignés à l'échelon le plus apte à faire face à leurs problèmes individuels, et que la continuité doit être assurée pour ceux qui nécessitent un transfert d'un échelon à l'autre.

Concrètement, les patients référés du CS à l'hôpital doivent passer le plus harmonieusement possible à travers la structure complexe des bâtiments et des activités. Tout ce qui fait obstacle à la circulation des patients référés doit donc être supprimé. A cet égard, des mesures importantes de trois types ont été prises.

5.1.1. Pour protéger le rôle premier du centre de santé et pour éviter les délais, les patients référés par l'infirmier du CS sont pris en charge par un clerc à l'entrée de l'hôpital. Ce clerc ne peut pas remettre en question la décision du CS, ce qu'un infirmier pourrait certainement faire et ferait probablement. Mais le clerc peut diminuer le temps nécessaire pour atteindre le bon service.

De plus, les procédures déjà suivies au CS ne sont pas répétées à l'hôpital.

L'intérêt de cette manière de faire est évident quand on la compare à la séparation complète qui existe souvent entre le médecin généraliste et le médecin hospitalier dans la plupart des

pays développés, et qu'n sait les inconvénients pénibles que cette séparation entraîne pour les patients qui vont de l'un à l'autre.

5.1.2. Plus important encore aux yeux des patients est le système de paiement à l'épisode.

Le paiement à l'épisode (épisode de maladie, ou épisode de risque comme la grossesse) implique que les frais de référence et d'hospitalisation sont compris dans le prix initial payé par le patient lors de sa première visite au CS pour l'épisode de maladie actuel. Ce système de paiement supprime le plus important des obstacles qui limitent l'accès au niveau de référence pour ceux qui en ont réellement besoin: l'obstacle financier.

La contre-référence (de l'hôpital au CS) se fait de même sans paiement supplémentaire, et avec un accueil prioritaire au CS, comprenant des visites à domicile si nécessaire.

5.1.3. Enfin, il était essentiel d'éliminer l'image traditionnelle de l'hôpital comme structure de première ligne.

Certaines mesures dissuasives ont donc été prises pour éviter une utilisation excessive des services de référence comme services de premiers recours. En d'autres mots, les patients qui ne sont pas passés par le service de première ligne (CS) rencontrent des obstacles sur leur chemin s'ils veulent avoir accès directement au niveau de référence et au médecin. Des honoraires plus élevés, des listes d'attente, et un encouragement systématique à utiliser les installations du CS font partie de ces mesures dissuasives.

L'accès direct reste néanmoins possible, mais les soins fournis, dans les cas où aucune référence ne se justifie, sont de la même nature que ceux que l'infirmier fournit au CS avec un diagnostic rationalisé et des protocoles de traitement standardisés.

5.2. LA CIRCULATION DE L'INFORMATION

Pour faciliter la circulation des patients qui en ont besoin, il est indispensable de mettre en place un système d'information très efficient. Le système d'information de Kasongo est assez complet et est décrit par ailleurs (4). On n'en retiendra ici que les aspects suivants.

Toute personne qui consulte (pour un épisode de maladie ou un épisode de risque) reçoit un "ticket personnel", qu'elle conserve.

Lorsqu'un malade est référé d'un CS à l'hôpital, c'est sur ce "ticket personnel" que l'infirmier du CS inscrit les motifs de la référence.

Des "fiches opérationnelles", standardisées et adaptées au type de problème en cours (maladie aigue, maladie chronique, épisode de risque) permettent de transmettre toute l'information nécessaire et suffisante entre les deux échelons du système sanitaire. L'information contenue dans ces fiches est brève, afin de ne pas surcharger les services administratifs, mais elle est suffisante pour garantir la qualité du service pour le patient.

L'information pertinente pour la continuité entre les épisodes de maladie et de risque est transcrite sur la "fiche de synthèse" de la personne concernée: cette fiche de synthèse est conservée au CS dont relève cette personne.

5.3. ACHEMINEMENT DES FOURNITURES ET DETECTION DES PROBLEMES

L'approvisionnement en matériel et la détection des problèmes existants mettent particulièrement en évidence le rôle primordial de l'équipe de direction. C'est d'elle que dépend l'harmonie des contacts entre les services de première ligne et les services de référence.

Comme nous l'avons déjà souligné, tous les médecins de l'équipe de direction supervisent régulièrement les CS. La supervision joue un rôle essentiel pour maintenir ou améliorer la qualité du service. Elle permet aussi d'augmenter les contacts entre les différents échelons du système en transmettant les instructions et en récoltant les données qui sont utilisées comme rétro-informations. Elle augmente également la solidarité entre les agents du service de santé en créant un sentiment d'unité entre tous les travailleurs. Auquel contribue aussi le colportage, par le chauffeur du véhicule de supervision, des potins et des cancans de l'hôpital aux centres de santé ... et retour.

Travaillant aux deux échelons, les membres de l'équipe de direction sont dans la position idéale pour mettre en place des activités et des instructions pertinentes et pour assurer un système d'approvisionnement efficace et efficient pour les deux niveaux.

6. EXEMPLES ET RESULTATS

Nous allons maintenant donner quelques illustrations concrètes du fonctionnement du système de santé de Kasongo.

6.1. LE RAISONNEMENT PAR PROBLEMES

Un exemple de rationalisation est l'introduction d'un nouveau dossier à l'hôpital. Le modèle sur lequel il se base a été décrit par Weed (5).

L'accent est mis sur l'identification du ou des problèmes du patient plus que sur l'établissement d'un diagnostic - une tâche bien plus difficile pour des infirmiers et des médecins travaillant avec les contraintes des pays moins développés.

Une présentation claire de l'information dans le dossier hospitalier aide à la prise de décision rationnelle. Les infirmiers peuvent de cette manière être entraînés à prendre des responsabilités dans la gestion de chaque cas individuel, sans perte de qualité. C'est ainsi que des tâches aussi complexes que le diagnostic et le traitement de la méningite ou du tétanos, et certains actes chirurgicaux, ont pu être entièrement confiés aux infirmiers de l'hôpital.

6.2. LA PERTINENCE DE L'HOSPITALISATION

L'hôpital procède à une évaluation continue de l'"erreur de type 2" (pourcentage de faux positifs) dans la décision d'hospitaliser prise par les CS.

	Critère de référence Jugement rétrospectif du médecin sur la pertinence de la référence		
	JUSTIFIEE	NON JUSTIFIEE	
Action à évaluer			
Référence par le CS MALADES REFERES	793	207	1000
MALADES NON REFERES	?	?	?

Le médecin présent au moment où le patient quitte l'hôpital juge rétrospectivement de la nécessité de l'hospitalisation. En 1984, par exemple, 20,7% des patients auraient pu être traités au CS avec des résultats similaires. On considère donc qu'ils n'ont retiré aucun bénéfice de l'hospitalisation.

Connaître exactement la sensibilité et la spécificité de la référence par les CS demanderait de connaître en outre la proportion de vrais et de faux négatifs, ce qui exigerait de trop gros moyens pour une pratique de routine dans une zone rurale de pays en développement. Ces données ne peuvent être qu'approchées par l'emploi d'indicateurs tels que, par exemple, la proportion de cas référés tardivement (évaluation des faux négatifs).

Une étude non publiée effectuée en 1977 montre que la durée moyenne de séjour à l'hôpital de Kasongo est passée de 19 jours par patient en 1972 (début du projet) à 12,5 jours par patient. Les données actuelles (1984) sont voisines: 12,7 jours par patient, pour un nombre d'hospitalisations qui n'a pas significativement changé.

Aucune valeur normative n'est évidemment attribuée à de tels chiffres. Leur en attribuer une, risquerait d'altérer l'attitude du personnel (médical ou auxiliaire) et de diminuer la qualité du service: c'est la rationalité de l'action et de la prise de décision qu'il convient en effet d'améliorer et non un chiffre ou un indicateur. Une surveillance continue de ce type de données aide néanmoins l'équipe de direction à mettre en place des activités de supervision utiles pour maintenir la qualité du service.

6.3. L'AMELIORATION DU SERVICE SANS RECOURS A DES MEDECINS SPECIALISTES

Une étude de 1972 (6) a examiné comment on pouvait améliorer le résultat des hospitalisations de cette année-là. Elle montra que sur 3.213 admissions, 2.607 patients (81%) étaient sortis guéris de leur séjour à l'hôpital. Parmi les 606 autres, la moitié (49%) n'aurait pas pu bénéficier d'une amélioration quels que soient les moyens utilisés (il s'agissait, par exemple, de patients cancéreux ou atteints d'une cirrhose du foie), mais l'autre moitié (51%) aurait pu voir son état s'améliorer. Trois possibilités principales d'amélioration ont alors été prises en considération, pour lesquelles des réformes ont été entreprises et des ressources libérées, à savoir une meilleure organisation interne de l'hôpital, la réorganistion du service de garde, et

l'augmentation des réserves de certains produits-clés.

Un aspect intéressant de cette étude est à mettre en évidence: seules 36 personnes (11% des cas améliorables) auraient réellement bénéficié de la présence d'un spécialiste à l'hôpital. Mais leurs problèmes étaient si divers, relevant de disciplines allant de la chirurgie thoracique à l'urologie ou l'oto-rhino-laryngologie, qu'il aurait fallu toute une équipe de spécialistes pour les résoudre. Les résultats de cette étude, joints au désir de garder une équipe de direction cohérente travaillant à tous les échelons du système, ont contribué à ne pas engager de spécialistes à Kasongo.

6.4. COUVERTURE PAR LE CENTRE DE SANTE ET CARACTERISTIQUES DE L'HOSPITALISATION

Une analyse du registre des enfants quittant le service de pédiatrie de Kasongo en 1979 a été réalisée (7). Deux résultats sont intéressants pour notre propos. Par rapport aux enfants venant d'une aire non couverte par un CS (couverture géographique), les enfants habitant dans une aire où fonctionne un CS:
- ont une durée moyenne de séjour à l'hôpital plus courte
- ont un taux de guérison à la sortie supérieur.

Cette différence peut raisonnablement être attribuée au CS, qui réfère les patients à temps; elle confirme la bonne qualité des relations entre le CS et le niveau de référence.

Une autre étude montre des résultats également intéressants (8). D'une part, le nombre d'hospitalisations par habitant est environ deux fois plus élevé pour les aires sans CS que pour les aires qui en possèdent un. Ceci est vrai aussi bien des hospitalisations justifiées que des hospitalisations non justifiées. Ces constatations confirment le fait - objectif recherché - que le CS prend bien en charge un certain nombre de problèmes qui, autrement, nécessiteraient une hospitalisation, et que les infirmiers du CS ont assez de prestige pour décourager effectivement les gens de se rendre à l'hôpital quand ils n'en ont pas besoin.

D'autre part, le nombre d'hospitalisations par habitant pour les villages situés très loin de l'hôpital est remarquablement faible, que ces villages soient ou non couverts par un CS. Mais le fait notable est que le taux d'hospitalisations justifiées est significativement plus élevé pour les populations éloignées desservies par un CS que pour les populations éloignées non desservies par un CS. Il semble donc que l'effet du CS, dans le cas de ces populations éloignées, soit de convaincre d'aller à l'hôpital les gens qui en ont réellement besoin (et donc d'augmenter la proportion d'hospitalisations justifiées).

6.5. PRIORITE AUX CENTRES DE SANTE DANS LA GESTION DE LA PHARMACIE

Le dernier exemple concerne le fonctionnement de l'un des services les plus importants: la pharmacie. A Kasongo, la pharmacie est commune aux centres de santé et à l'hôpital. On a en effet estimé que deux pharmacies séparées (l'une pour l'hôpital, l'autre pour le CS) seraient inévitablement sources de conflits en période de pénurie.

La pharmacie est gérée par un seul infirmier, supervisé par un

membre de l'équipe de direction. Les décisions importantes de commande et de distribution des produits sont prises par l'équipe de direction, sur base des informations sur les stocks et les besoins fournies par la pharmacie, mais aussi sur base de l'expérience du travail dans tous les services de la zone de santé.

Dans ces décisions, la priorité, en cas de solutions incompatibles entre elles, est systématiquement donnée aux CS. Pour les décisions relevant de la gestion quotidienne, l'infirmier responsable de la pharmacie travaille selon le même principe. Cela suppose de choisir un responsable de la pharmacie capable de résister aux pressions des infirmiers de l'hôpital et de garder la priorité aux CS. L'expérience de Kasongo montre que quelqu'un qui a travaillé auparavant dans un CS peut s'acquitter plus facilement de ce travail.

CONCLUSIONS

L'expérience du projet de Kasongo montre très clairement l'importance de l'hôpital comme support d'un système de soins de santé primaires.

L'hôpital est partie intégrante du système de soins de santé primaires: non pas parce qu'il se rendrait indispensable par la dispensation de soins "meilleurs", mais parce qu'il joue un double rôle spécifique par rapport aux centres de santé: niveau de référence, il est le prolongement de ceux-ci; centre de coordination, il les appuie dans toutes leurs activités.

De sa qualité dépend l'acceptabilité de tout le système, car si le centre de santé prend en charge la plupart des problèmes des patients, l'hôpital prend en charge les plus graves, ceux qui représentent le plus grand poids de souffrance. En tant qu'organe de coordination, il est le siège de l'équipe de direction et le centre de gestion du système sanitaire de toute la zone.

Dans le projet de Kasongo, l'hôpital a pu remplir ses fonctions grâce à des conditions précises:

- la reconnaissance du rôle majeur de l'équipe de direction;
- la valorisation du personnel responsable des centres de santé, par la délégation des tâches;
- la rationalisation des activités;
- la décentralisation des centres de santé en un réseau à même de couvrir l'ensemble de la population de la zone;
- l'importance des besoins ressentis par la population dans le choix des priorités;
- la coordination entre toutes les structures et les activités sanitaires grâce à un système d'information complet et à un système de participation financière des malades basé sur le paiement à l'épisode.

*

Quoique l'on entende beaucoup parler du rapport coût-efficacité de systèmes de santé qui n'incluent pas de niveau de référence, nous avons la ferme conviction qu'aucune structure de santé fiable ne peut être établie sans le support d'un hôpital.

Comme le soulignait le Docteur H. Mahler: "Un système de santé basé sur des soins de santé primaires ne peut pas, je le répète, ne peut pas être réalisé, ne peut pas fonctionner et simplement ne peut pas exister sans un réseau d'hôpitaux fonctionnant de la manière que j'ai essayé de décrire. Mais les hôpitaux doivent changer leurs manières de faire." (9).

REFERENCES

(1) Le Projet Kasongo. Une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. Equipe du Projet Kasongo. Sous la direction de l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique (URESP) de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Ann. Soc. Belge Méd. Trop., 60, Suppl., 1981.

(2) Pour une Politique de Santé.
G.E.R.M. (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine), La Revue Nouvelle, 1971.

(3) Can there be a selective health care?
D. Banerji. Centre of Social Medicine and Community Health. School of Social Sciences. Jawaharlal Nehru University. New Dehli, India - 119 967, January 1984.

(4) Issues concerning hospitals at the first referral level.
WHO/SHS/EC/85.3.

(5) Medical records, medical education and patient care.
L.L. Weed Year Book. Medical Publishers. Chicago 1971.

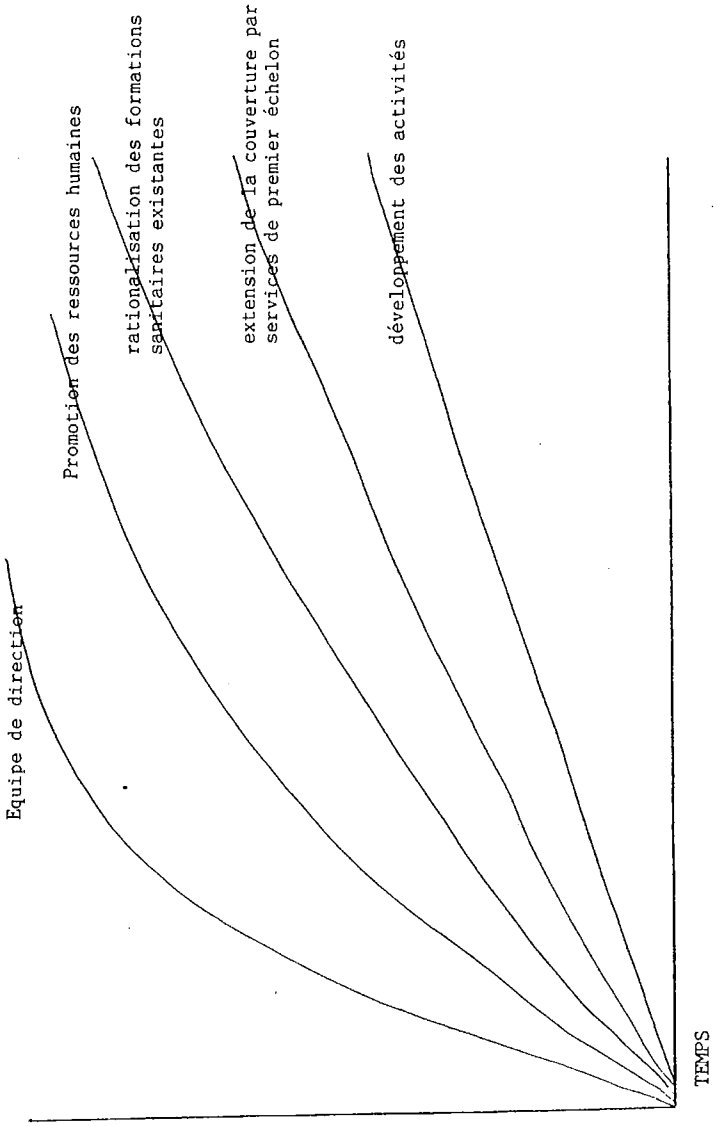
(6) Les possibilités de l'hôpital rural. Comment améliorer les résultats d'hospitalisation?
B. Storme et P. Mercenier.
Working Paper Institut de Médecine Tropicale, no. 1, 1981.

(7) Enregistrement de routine pour l'évaluation du rôle de deuxième échelon d'un service hospitalier. Possibilités et limites.
J.G. Cywiak. Mémoire de Licence en Sciences Hospitalières, Université Libre de Bruxelles (ULB), 1982.

(8) The impact of a primary health care network on the hospitalization pattern in the rural area of Kasongo (Zaire).

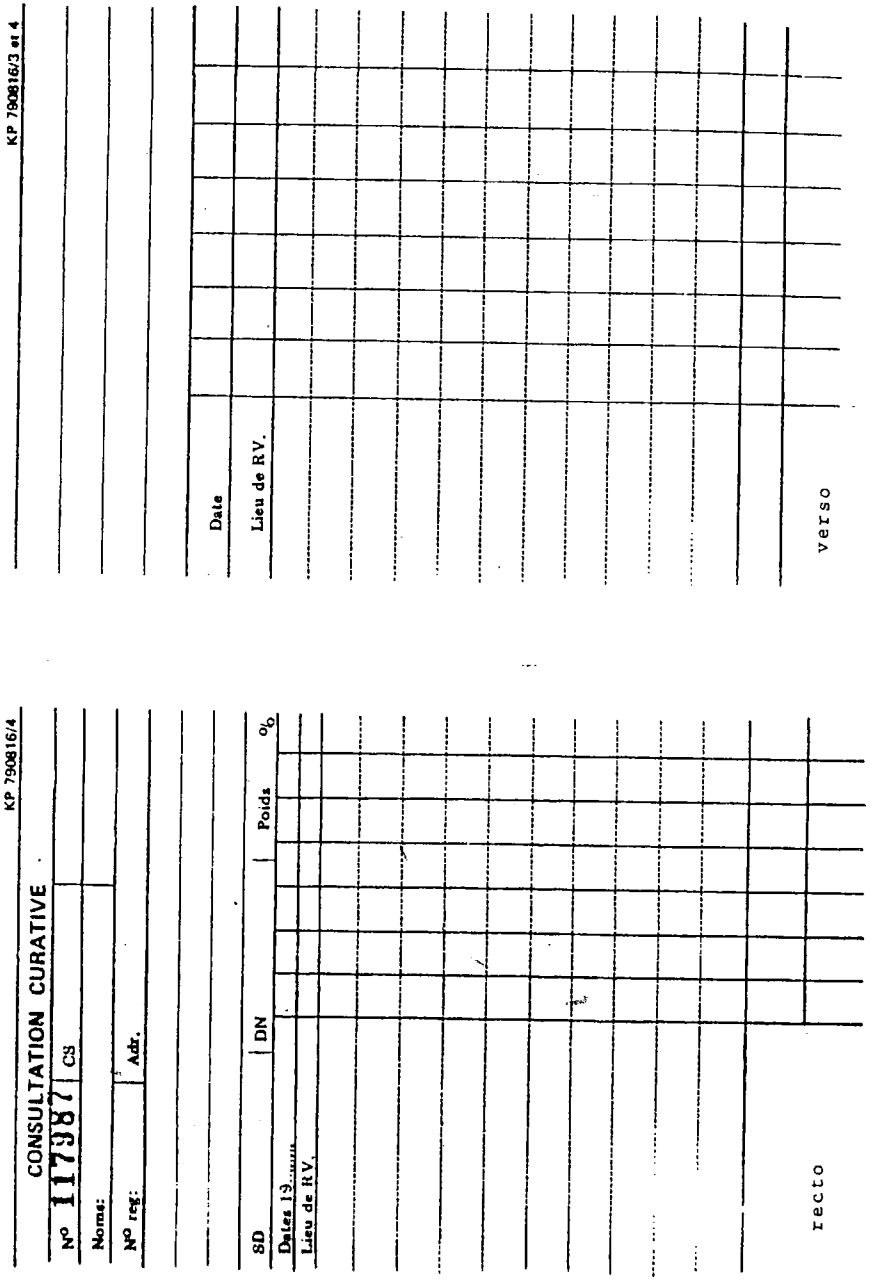
(9) Dr. H. Mahler. Keynote to the inaugural session. In: The role of hospitals in primary health care. Report of a conference sponsored by the Aga Kahn Foundation and the World Health Organization. 22-26 November 1981, Karachi, Pakistan.

ANNEXE 1



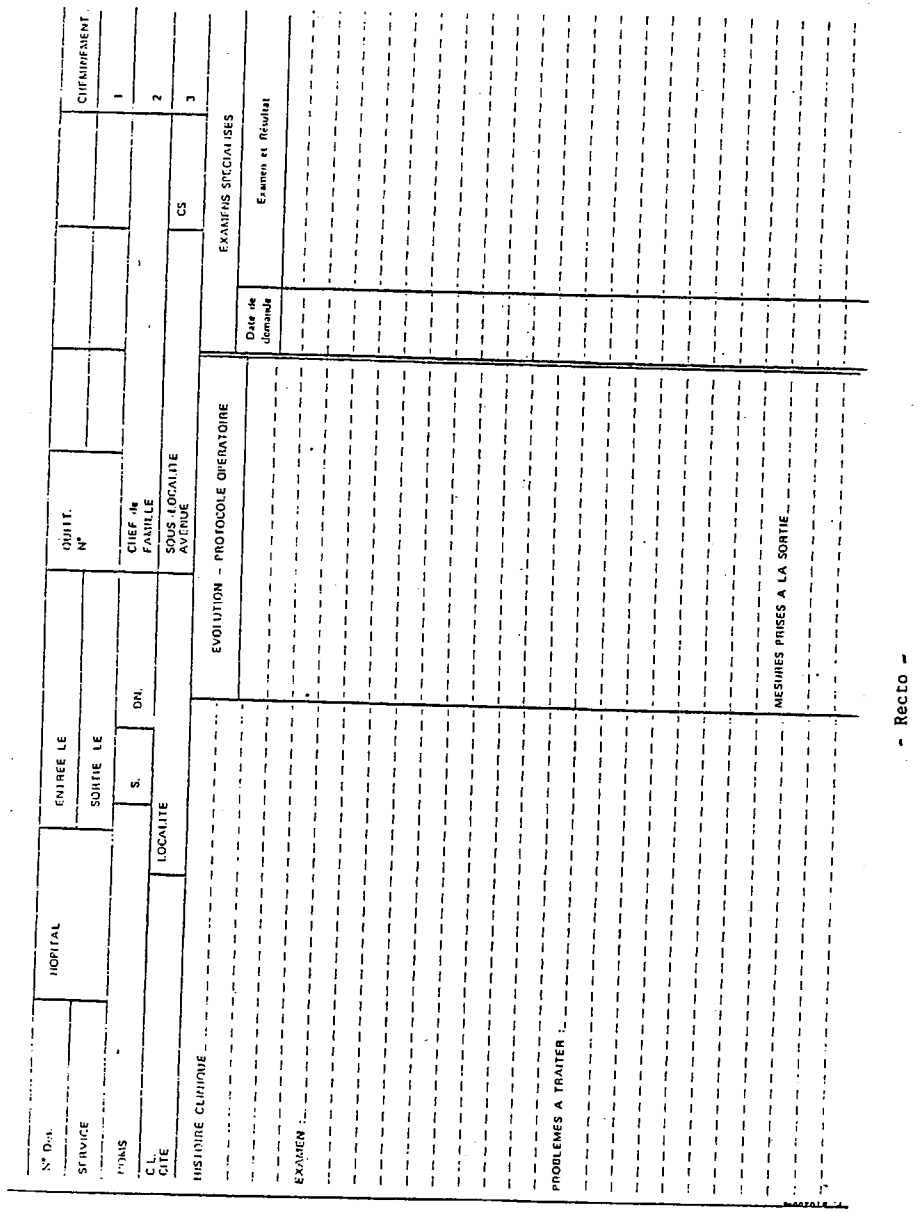
ANNEXE 2

LE TICKET PERSONNEL POUR UNE CONSULTATION CURATIVE



ANNEXE 3

LE DOSSIER D'HOSPITALISATION DE KASONGO



DATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
POIDS																		
TEMPERATURE 40°																		
39°																		
38°																		
37°																		
36°																		
A SUIVRE :																		
Trait.																		