
QUESTIONS D'ACTUALITE

Document SHS n° 2

**LE ROLE DE
L'HOPITAL DANS
LE DISTRICT :**

**Dispenser ou soutenir
les soins de
santé primaires ?**

W. Van Lerberghe & Y. Lafort
Unité de Formation et de Recherche en Santé publique
Institut Médecine tropicale
Anvers, Belgique

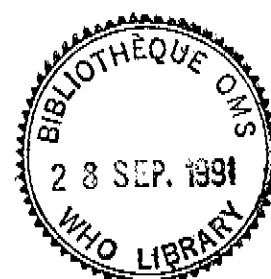


Division de Renforcement des Services de Santé
Organisation mondiale de la Santé

(i)

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
Résumé analytique	(ii)
1. Introduction	1
2. Hôpitaux de district : leur rôle doit être clair	2
3. Le renforcement des centres de santé améliore la qualité des soins	5
3.1 Soins curatifs	5
3.2 Soins préventifs	6
3.3 Contacts avec la communauté et promotion de la participation	6
3.4 La compétition de l'hôpital rend difficile un bon fonctionnement du centre de santé	7
3.5 La participation de l'hôpital aux soins de santé primaires nuit aux soins de recours	8
4. Le rôle de l'hôpital dans le système de santé de district	11
4.1 Soins curatifs	12
4.2 Soins préventifs et promotion de la santé	15
4.3 Organisation des soins préventifs et de la promotion de la santé	16
4.4 Evaluation de l'hôpital de district en tant qu'élément du système de district	17
5. Un système de santé intégré	21
5.1 Conditions de structure : un système de district à deux niveaux	21
5.2 Conditions d'organisation : l'orientation-recours	24
5.3 Conditions financières : le financement des hôpitaux de district et des centres de santé	24
6. Gestion du système de santé de district	30
6.1 Modèle Autoritarisme	31
6.2 Modèle Technocratie	32
6.3 Modèle Participation	33
Annexe 1 Choix de statistiques établies d'après un groupe d'hôpitaux de premier recours en Afrique subsaharienne	35
Annexe 2 Equipement de base et travail de laboratoire dans un hôpital de district	37



Résumé analytique

Un système de santé de district se compose d'une série de services de santé visant à promouvoir, restaurer et améliorer l'état sanitaire de la population. L'un de ses éléments principaux est l'hôpital local, dont le mode d'interaction avec les autres éléments du système fera beaucoup pour favoriser, ou au contraire entraver, le développement et le fonctionnement du système de santé.

Le présent document examine les fonctions et caractéristiques des hôpitaux de district et leurs relations avec les autres établissements de santé dans un certain nombre de pays en développement.

Pour atteindre une efficacité maximale, il est nécessaire de vérifier régulièrement l'organisation interne et le fonctionnement des hôpitaux, ainsi que leurs rapports avec les centres de santé. Les capacités et les activités des hôpitaux devront évoluer en même temps que les besoins des populations desservies, et il faudrait revoir leurs fonctions compte tenu de l'aptitude des centres de santé locaux à faire face aux problèmes sanitaires.

1. INTRODUCTION

Les hôpitaux doivent soutenir les soins de santé primaires. Cette affirmation ne trouve plus guère de contradicteurs aujourd'hui - ce qui fait un étrange contraste avec la résistance au changement manifestée par les hôpitaux et leur personnel lorsque l'on tente de mettre le principe en pratique.

Durant les années 60, on s'est rendu compte que les soins curatifs seuls étaient insuffisants face aux problèmes de santé des nations en développement, et l'on a recommandé de faire participer les hôpitaux à la fourniture de soins préventifs : "Au cours des toutes premières étapes de l'établissement des plans d'un service hospitalier, il faudra envisager de façon détaillée le mécanisme administratif qui sera nécessaire [...] pour faire véritablement de l'hôpital un centre de médecine préventive aussi bien qu'un centre de médecine curative"¹. "les bâtiments devant abriter aussi bien les services curatifs que les services préventifs."²

A l'époque toutefois l'on n'avait pas formulé d'idées sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé de district, ni cerné dans cette optique les rôles respectifs des hôpitaux et des centres de santé - pour arriver à une séparation bien claire des fonctions et des responsabilités et à une relation de soutien mutuel sans confusion ni chevauchements.

Aujourd'hui encore, nombreux sont ceux qui pensent que l'appui apporté par l'hôpital aux soins de santé primaires peut s'évaluer par la mesure dans laquelle cet hôpital accomplit des tâches de base de ce niveau des soins de santé, et que tout ce qui peut être fait dans un centre de santé peut l'être aussi bien, et même mieux, dans un hôpital.

Faire soutenir les soins de santé primaires par les hôpitaux ne signifie pas simplement ajouter aux activités de ceux-ci des "modules de soins de santé primaires", comme l'ont avancé certains.³

Au contraire, le soutien de l'hôpital aux soins de santé primaires doit se mesurer par le degré d'intégration de l'hôpital dans le système de soins de santé du district, c'est-à-dire par le degré auquel l'hôpital complète le réseau des centres de santé. Il ne s'agit pas d'accomplir à l'hôpital des tâches "de bas niveau", mais d'accepter un partenariat. Autrement dit, le meilleur soutien qu'un hôpital puisse apporter aux soins de santé primaire est de remplir son rôle de point d'orientation-recours pour le réseau de centres de santé. Cela ne signifie pas que l'hôpital

¹ R. Llewelyn-Davies et H.C.C. Macaulay. Organisation et administration des hôpitaux. OMS, Série de Monographies, N° 54, 1969.

² R.F. Bridgman. L'hôpital rural. Sa structure et son organisation. OMS, Série de Monographies, N° 21, 1954.

³ Avec ce corollaire implicite que "tous les centres de santé deviendront finalement de petits hôpitaux ; s'ils ne le sont pas encore, c'est seulement faute de moyens."

doit devenir un centre de santé : soutenir les soins de santé primaires ou les dispenser sont deux choses différentes.

2. HÔPITAUX DE DISTRICT : LEUR RÔLE DOIT ÊTRE CLAIR

Que fait un hôpital de district, et que devrait-il faire ? Aujourd'hui en Afrique, un hôpital de district rural type dispose, pour desservir quelque 160 000 habitants, d'environ 140 lits, de trois médecins et de dix unités de santé périphériques réparties dans le district. On y effectue autour de 1000 accouchements et on y admet 4000 patients par an. (Voir en annexe 1 un choix de statistiques établies à partir d'un groupe d'hôpitaux de premier recours en Afrique subsaharienne.) Ces données sont des médianes calculées à partir d'une enquête menée dans 89 hôpitaux de premier recours par Medicus Mundi Internationalis.⁴ Elles recourent les résultats d'une autre enquête fondée sur les rapports annuels de 40 hôpitaux confessionnels de cinq pays d'Afrique subsaharienne en 1979-1984, où les médianes étaient de 110 000 habitants, 138 lits, 4 médecins, 922 accouchements et 4997 hospitalisations.⁵ Ailleurs, le réseau est beaucoup plus dense : en Thaïlande, la norme est l'hôpital de 30 lits, avec quatre médecins, desservant une population bien moins nombreuse, allant de 9000 à 45 000 habitants (Province d'Ayutthaya, fin des années 80).

D'après un modèle de soins de santé de district intégrés, ces hôpitaux devraient assurer le type de soins et de soutien technique qui pour une raison quelconque ne peuvent ou ne doivent pas être décentralisés davantage. Cette raison peut être d'ordre économique, technique ou opérationnel, et sera déterminée - en partie tout au moins - par la tradition et la demande : on arrivera à des optima différents dans des situations différentes. Fondamentalement toutefois, l'hôpital doit venir épauler le centre de santé.

Dans cet épaulement, la principale activité est représentée par les soins aux malades hospitalisés, ce qui demande, pour être efficace, une certaine concentration de ressources et de techniques qui n'existe pas au niveau des soins de santé primaires. Il y a également les soins ambulatoires dispensés par des médecins : en Afrique, mais aussi dans d'autres pays non industrialisés tels que la Thaïlande, même les omnipraticiens sont à considérer comme une dentrée rare qu'il faut réserver pour l'orientation-recours (c'est-à-dire pour les cas qui ne peuvent être traités avec les ressources disponibles au niveau du premier contact). L'hôpital doit posséder les moyens techniques de résoudre les problèmes posés par les recours, et il faut qu'il soit organisé en conséquence.

⁴ W. Van Lerberghe, H. Van Balen et G. Kegels. District and first referral level hospitals in Sub-Saharan Africa : an empirical typology based on an MMI mail survey. MMI, Roneo, 66 p., 1989.

⁵ L. Hamel et P.W. Janssen. On the average : the rural hospital in Sub/Saharan Africa. Tropical Doctor, 18, 1988.

Théoriquement, on ne devrait pas pouvoir accéder directement à l'hôpital : le niveau du premier contact - du centre de santé - constitue la porte d'entrée dans le système, et c'est à lui qu'incombe globalement la responsabilité des soins dans la communauté.

La raison n'en est pas que l'on cherche à alléger le travail de l'hôpital, ni qu'il en coûte moins lorsque le premier contact a lieu au niveau périphérique ; c'est parce que, dans un système qui fonctionne correctement et à condition de disposer des ressources techniques voulues, le patient est souvent mieux pris en charge au niveau primaire.

Il est toutefois exceptionnel qu'il soit impossible d'accéder directement à l'hôpital. Les hôpitaux attirent généralement un grand nombre de personnes dont les problèmes auraient pu être résolus au niveau du service de base. Il y a à cela de multiples raisons, dont l'une des plus importantes est le puissant attrait de la technologie hospitalière. La fascination de la technologie et du symbolisme de l'hôpital ne s'exerce pas seulement sur les médecins, mais elle s'étend à de larges couches de la population - aussi bien d'ailleurs dans les faubourgs des villes européennes que dans les zones rurales des pays en développement. Une autre raison importante, toutefois, est que très souvent il n'y a pas vraiment d'autre solution : la qualité des soins au centre de santé est si nettement au-dessous de la norme que les gens sont prêts à accepter tous les inconvénients (déplacements, dépenses, attente) qu'impose une visite à l'hôpital simplement parce qu'ils ne peuvent faire autrement.

Les exemples ne manquent pas. Au Viet-Nam, dans le district de Binh Luc, les statistiques montrent que 37 % des personnes venues consulter à l'hôpital l'ont fait de leur propre chef ; il s'agissait dans 71 % des cas de consultations pour des maladies courantes qui auraient pu être traitées au niveau des postes de santé. Ces derniers, en revanche, étaient sous-utilisés, et adressaient 68 % de leurs patients à l'hôpital. Les raisons avancées pour justifier ce court-circuit étaient que les consultations à l'hôpital étaient données par un médecin, que les gens n'avaient pas confiance dans les postes de santé, et que de toutes façon il n'y avait pas de différence de prix.⁶

En Bolivie, dans le district rural de Samaipata, 22 % des consultations thérapeutiques demandées par des personnes venant de zones couvertes par des postes de santé et des postes médicaux ont été données dans les hôpitaux, court-circuitant le premier niveau.⁷ Au Tchad, une étude menée dans le service des urgences de l'Hôpital central de N'Djamena a révélé qu'en 1982-85, 71 % des consultations avaient eu pour objet des maladies courantes, et que seulement 3,4 % des patients avaient été référés à l'hôpital - ceci en dépit de l'existence de centres de santé dans la ville même. Les raisons invoquées pour ne pas passer par ces centres étaient : la longueur des files d'attente dans les centres, la

6 Nguyen Dinh Loan : The role of intercommunal polyclinic as intermediate level between health stations and district hospitals in Binh Luc district, Viet Nam. Thèse rédigée pour le cours international de développement sanitaire, Institut de Médecine tropicale, Anvers. 33 p., 1988.

7 Oscar La Fuente Zerain. Réorganisation des services de santé du district de Samaipata, Département de Santa Cruz (Bolivie) : analyse fonctionnelle et propositions pour une nouvelle planification. Document rédigé pour le cours international de développement sanitaire, Institut de Médecine tropicale, Anvers. 14 p., 1989.

gratuité des soins au service des urgences de l'hôpital, et le sentiment que l'hôpital était plus capable de fournir de bons services que les centres de santé.⁸

Les hôpitaux assurent également des services caractéristiques des établissements du niveau de premier contact : soins curatifs généraux en ambulatoire, suivi de malades chroniques, ou certains soins préventifs comme les vaccinations, la surveillance de la croissance, etc.

En Thaïlande, un hôpital de district aura six sections - dont une section de promotion de la santé et une section de l'assainissement et des maladies - avec des activités dans des domaines tels que la santé maternelle et infantile, la planification familiale, la nutrition, l'éducation sanitaire, l'assainissement, l'hygiène du milieu, etc. Deux enquêtes par correspondance menées en Afrique subsaharienne dans des hôpitaux de district et du premier niveau de recours ont montré qu'à peu près tous les hôpitaux s'occupaient activement des vaccinations, des soins prénatals, de la surveillance de la croissance, et de la salubrité du milieu.⁹ Dans ces deux enquêtes, l'échantillon se composait essentiellement d'hôpitaux privés avec un personnel s'intéressant plus que la moyenne aux soins de santé primaires, ce qui explique peut-être ces chiffres exceptionnellement élevés (plus de 90 % de l'échantillon). Au Guatemala, dans le district de Melchor de Mencos, les soins de santé primaires étaient dispensés par quatre postes de santé, plus un centre de santé situé dans l'hôpital même. Les statistiques relatives aux soins pré- et postnatals ont montré que les postes de santé ne couvraient que 44 % de leur population cible, alors que le centre de santé de l'hôpital dispensait ces soins à une clientèle plus de deux fois plus nombreuse (226 %) que la population qu'il est censé desservir.¹⁰

Cette participation de l'hôpital aux activités de soins de santé primaires (curatifs et préventifs) a un certain nombre de conséquences indésirables - et involontaires : la qualité des soins baisse, car il y a des tâches qu'un centre de santé est mieux placé qu'un hôpital pour accomplir ; il se crée un cercle vicieux dans lequel le travail des centres de santé est au-dessous de la moyenne parce que ces centres souffrent de la compétition avec l'hôpital sur le plan des ressources et du prestige ; et le travail accompli à l'hôpital est lui aussi inférieur à ce qu'il pourrait être du fait que l'hôpital est surchargé par les activités de soins de santé primaires.

8 Médecins Sans Frontières/Artsen Zonder Grenzen. Rapport annuel, Tchad, 1986.

9 H. Folmer. Hospitals and PHC in tropical Africa. World Hospitals, 22, 3, 1966. W. Van Lerberghe, H. Van Balen et G. Kegels. District and first referral level hospitals in Sub-Saharan Africa : an empirical typology based on an MMI mail survey. MMI. Roneo., 66 p., 1989.

10 B. Maldonado Garcia. Causal factors and possible interventions to reduce health centre-hospital overutilization and health post underutilization. An operational case study in Melchor de Mencos, Guatemala. ICHD, Anvers, 1988.

3. LE RENFORCEMENT DES CENTRES DE SANTÉ AMÉLIORE LA QUALITÉ DES SOINS

Le principal argument qui s'oppose à ce que l'hôpital assume les fonctions d'un centre de santé est que le centre de santé est plus favorable que l'hôpital à ce type de contacts avec la population - à condition, évidemment, qu'il fonctionne correctement. Un centre de santé qui travaille comme il le doit peut remplir toute une série de tâches souvent mieux que l'hôpital, généralement à moindre coût, et le plus souvent avec moins de risque de surmédication et de troubles iatrogéniques.

Le centre de santé a sur l'hôpital des avantages spécifiques dans trois domaines : les soins curatifs primaires, les soins préventifs, les contacts avec la communauté. Dans chacun de ces domaines, le centre de santé a un potentiel de communication avec la collectivité et les malades pris individuellement supérieur à celui de l'hôpital.

3.1 Soins curatifs

Si la qualité des soins est dans une grande mesure fonction des compétences techniques, elle l'est aussi, et tout autant, des relations humaines. C'est apparent dans les cas où la tâche essentielle de l'agent de santé est de rassurer un patient anxieux. Mais c'est également vrai dans des cas qui, à première vue, semblent poser un problème technique. On en a un exemple typique avec le dépistage et le traitement de la tuberculose, pour lesquels il n'y a pas de différence de capacités diagnostiques et thérapeutiques entre l'hôpital et le centre de santé : il suffit d'examiner les crachats et de prescrire un traitement standard. Mais le centre de santé a ici deux grands avantages sur l'hôpital : il est géographiquement plus accessible, et il est en mesure d'assurer la continuité des soins.

Cette continuité présuppose une relation empathique entre le malade et l'agent de santé. A l'hôpital, les contacts sont souvent impersonnels. Le centre de santé, qui est un petit établissement, offre des conditions favorables à l'instauration d'une telle relation ; l'infirmier en effet, qui connaît (ou peut connaître) le patient et son environnement, est en mesure d'ajuster ses interventions en conséquence. Une dimension réduite n'est pas une garantie d'empathie et de communication, mais c'en est une condition.

On en trouve une illustration dans la figure 1, qui compare la continuité du traitement chez des tuberculeux suivis respectivement dans un hôpital et dans un centre de santé du Zaïre oriental.¹¹ La différence constatée dans les résultats ne peut être attribuée qu'en partie seulement à la plus grande facilité d'accès au centre, géographiquement parlant ; le facteur essentiel est l'aptitude du centre de santé à prévenir les abandons, et la facilité relative avec laquelle il peut reprendre contact avec le malade qui arrêterait son traitement.

¹¹ The Kasongo Project Team. The impact of primary and secondary care levels on tuberculosis control activities in Kasongo (Zaire). Bulletin of the International Union against Tuberculosis, 57, 2, 1982.

En outre, il revient souvent moins cher de se faire soigner au centre de santé qu'à l'hôpital. Non seulement le coût moyen du traitement est plus faible, surtout pour les maladies courantes, mais les malades ont moins de frais de transport et d'attente. La surmédication est plus fréquente dans les hôpitaux que dans les unités du premier niveau. Par exemple, une étude menée au Ghana sur le coût des médicaments par traitement dans 15 hôpitaux et deux centres de santé a montré que les ordonnances établies à l'hôpital revenaient trois fois plus cher que celles des centres de santé (tableau 1). Au nombre des raisons probables figure le fait que les infirmiers des centres de santé prescrivent des traitements moins compliqués que les médecins des hôpitaux, et que les stocks sont mieux gérés dans les centres de santé.¹² Il en est de même dans la province d'Ayutthaya, dans le centre de la Thaïlande. Le coût médian du traitement des infections respiratoires aiguës s'établit à 19 bahts dans un centre de santé, 27 bahts à l'hôpital de district et 40,5 bahts à l'hôpital provincial. Les différences sont encore plus marquées lorsqu'on prend en considération toutes les consultations externes, les médianes étant alors de 15, 29 et 49 bahts respectivement.

3.2 Soins préventifs

On retrouve les mêmes avantages du centre de santé en ce qui concerne des programmes préventifs comme la surveillance de la croissance et les soins aux enfants de moins de cinq ans. On peut tout aussi bien peser et mesurer les enfants à l'hôpital, mais on se rend de mieux en mieux compte maintenant que l'enregistrement du poids et de la taille n'est pas la principale utilité du contrôle régulier de la croissance. Celui-ci n'est, au mieux, qu'un médiocre instrument de dépistage de masse ; ses avantages sont plutôt d'ordre social : c'est une ouverture pour la participation, une occasion de dialogue avec les mères, une possibilité de sensibiliser davantage une population aux problèmes de l'enfance.¹³

Les avantages sociaux que l'on espère ainsi obtenir, et qui dépendent de la qualité de la relation humaine établie à l'occasion de la séance de contrôle de la croissance, dépassent de loin les bénéfices techniques de ce contrôle. Ici encore, le centre de santé est mieux placé que l'hôpital pour tirer le meilleur parti de ces séances.

3.3 Contacts avec la communauté et promotion de la participation

Si de toute évidence les deux niveaux ont un rôle à jouer à cet égard, ils ne sont pas interchangeable. Au niveau du district, il s'agit

¹² H.V. Hogerzell. Use of essential drugs in rural Ghana. International Journal of Health Services, 16, 3, p. 425-440, 1986.

¹³ W. Van Lerberghe, Growth, infection and mortality : is growth monitoring an efficient screening instrument ? In : Auxology 88. Proceedings of the 5th International Auxology Congress. Ed. J.M. Tanner, Smith-Gordon & Co, Londres, 1989,

essentiellement de collaboration intersectorielle pour le développement du district, ce qui implique un contact avec d'autres techniciens ou des représentants politiques, un problème d'efficacité et de démocratie représentative. Pareille tâche relève des instances sanitaires du district et non de l'hôpital (voir plus loin). Au niveau du centre de santé, le problème est celui de la participation de la communauté à ce qui affecte directement et immédiatement sa vie ; il faut donc un contact beaucoup plus étroit avec les individus, c'est un problème de démocratie directe. Au niveau de l'hôpital, les discussions sont trop techniques pour qu'il puisse y avoir un dialogue équilibré avec la population. Au niveau du centre de santé, si l'agent responsable est de facto en situation de force, il est plus facile de nouer avec les individus un dialogue équilibré parce qu'une plus grande part est faite aux relations humaines dans les soins de santé. La technicité des discussions au niveau de l'hôpital ferme la voie à la participation.

3.4 La compétition de l'hôpital rend difficile un bon fonctionnement du centre de santé

Le second argument qui s'oppose à ce que l'hôpital assume les fonctions d'un centre de santé est que, pour bien fonctionner, le centre de santé doit avoir la confiance de la population dont il est responsable. Son atout, c'est son potentiel d'établissement de relations avec la communauté, mais il ne pourra tenir ses promesses que s'il acquiert la confiance de la communauté - ce qui dépendra dans une grande mesure de l'aptitude du centre à répondre efficacement aux demandes qui lui seront adressées.

Au début, la demande porte généralement sur des éléments techniques spécifiques des soins curatifs et préventifs. S'il est en mesure d'y satisfaire, le centre de santé peut établir progressivement des relations de confiance avec la collectivité, ce qui lui permet ensuite de proposer d'autres services ne correspondant pas à une demande directe, mais néanmoins nécessaires. C'est pas exemple en traitant avec succès des cas de diarrhée que l'infirmier s'assure l'autorité morale qui lui permettra de persuader les mères de changer leur façon de soigner leur enfant.

Il faut beaucoup de confiance dans les capacités techniques d'un infirmier pour accepter qu'il vous soulage de votre anxiété au lieu de vous prescrire un traitement "magique" médical ou chirurgical, ou mieux encore de vous envoyer dans un "vrai" hôpital. Jusqu'à ce qu'elle ait acquis cette confiance dans les capacités du centre de santé, la population le court-circuitera pour s'adresser directement à l'hôpital. L'une des seules façons de contrer cette peu favorable position de départ est de donner au centre de santé les moyens d'accomplir un certain nombre d'interventions techniques d'une efficacité tangible, comme la vaccination antirougeoleuse ou le traitement de troubles communs (diarrhée, déshydratation, etc.) et de certaines maladies graves telles que la tuberculose.

Si l'hôpital offre les mêmes services, les conséquences peuvent être graves. Cette compétition représente un handicap que le centre de santé est obligé de combler avant de pouvoir obtenir la confiance de la population. La situation est encore pire lorsque l'hôpital assure ces

services à un niveau technique différent (supérieur). C'est le cas par exemple lorsqu'à l'hôpital les tuberculeux sont radiographiés périodiquement alors que les centres de santé se bornent à un suivi clinique et bactériologique, ou lorsque le patient qui se présente (de lui-même) en consultation externe à l'hôpital est examiné par un omnipraticien ou un assistant médical au lieu de voir un simple infirmier auxiliaire comme au centre de santé. De même, la pesée et la mesure du bébé dans l'environnement simple et les installations sommaires d'un petit centre de santé supportent mal la comparaison avec la consultation de puériculture à l'hôpital, où médicaments, vitamines, suppléments alimentaires et appareils compliqués sont à portée de la main. Qui pourrait blâmer les infirmiers ou les malades d'ignorer le centre de santé quand à l'hôpital tous les patients sont examinés par un médecin - souvent un expatrié - qui distribuera gratuitement des médicaments alors que l'infirmier du centre de santé devra faire payer le traitement ?¹⁴

En général, les personnes qui s'efforcent d'ajouter ce "petit plus" à l'activité hospitalière le font dans la meilleure intention : elles veulent faire bénéficier le plus grand nombre possible de patients des meilleurs soins possibles. Cependant, le message qu'elles transmettent implicitement à la population est le suivant : "Pour les soins de santé primaires, vous pouvez bien sûr vous rendre au centre de santé ; mais n'oubliez pas que chez nous aussi vous pouvez recevoir ces soins - seulement ils sont meilleurs." En pareille situation, le centre de santé n'a pas beaucoup d'atouts pour lui : peut-être un accès plus facile sur le plan géographique, et la perspective de relations plus personnalisées. Cela ne suffit pas pour lui conférer une identité de point focal.

3.5 La participation de l'hôpital aux soins de santé primaires nuit aux soins de recours

Enfin - et c'est l'argument auquel le personnel hospitalier est le plus sensible - l'activité qu'il faut déployer pour répondre à la demande de soins de santé primaires risque d'interférer avec les fonctions d'orientation-recours propres à l'hôpital.

La question se pose surtout pour les soins curatifs en consultation externe. Lorsque l'accès aux consultations hospitalières est libre, il est bien évidemment impossible aux médecins de voir tous les patients qui s'y présentent. En Afrique, un hôpital rural reçoit en moyenne 700 consultants externes, ce qui occupe les médecins à plein temps, ne leur laissant aucun loisir pour d'autres activités. Dans le district rural de Namphong (Thaïlande), la moitié des malades vus en consultation externe arrivent du sous-district où est situé l'hôpital et pour lequel celui-ci représente le niveau du premier contact. L'autre moitié est faite de patients venus de

¹⁴ Bocar Dem : Intégration de l'hôpital de Labé dans le système sanitaire du district. Document rédigé pour le cours international de développement sanitaire. Institut de Médecine tropicale d'Anvers, 17 p., 1989.

tous les autres sous-districts. Le résultat est que les services de consultation externe reçoivent 140 malades par jour, que doivent voir les deux médecins de l'hôpital.¹⁵

Pour résoudre ce problème de surcharge, la plupart des hôpitaux mettent en place un service de "filtrage" qui est censé barrer aux patients l'accès aux médecins, ou tout au moins aux spécialistes. Même ainsi, les consultations externes absorbent une large part du temps des médecins et du personnel paramédical : pour les médecins, c'est environ un quart de leur temps qu'ils consacrent à cette activité. Il n'y a pas bien sûr suffisamment de temps pour une consultation adéquate : dans les hôpitaux ruraux d'Afrique, chaque "filtreur" doit voir en moyenne 370 patients par semaine, auxquels s'ajoutent 100 consultations d'orientation-recours par semaine et par médecin.

Dans bien des cas, cette lourde charge provoque de la part du personnel médical un certain nombre de plaintes, qui constituent de bons points de départ pour discuter du rôle de l'hôpital.

Malgré toutes les bonnes intentions d'origine - ouvrir au plus grand nombre de patients possible l'accès aux meilleurs soins possibles -, les inconvénients du système sont habituellement éclatants : frustration des malades, qui ont été vus en hâte (quelques minutes au plus) après des frais de déplacement et des attentes considérables ; frustration des médecins, qui ont l'impression de gaspiller un temps précieux pour des problèmes mineurs alors qu'ils ont des choses plus importantes à faire. C'est le cercle vicieux classique : le médecin n'a pas le temps de soutenir le centre de santé parce qu'il est surchargé par un travail que devrait faire le centre ; et le centre de santé ne peut pas faire ce travail parce qu'il n'est pas soutenu par le médecin.¹⁶ Au bout du compte, le malade aura vu à l'hôpital un certain nombre de personnes qui se seront occupées de son problème immédiat, mais il n'aura été fait nulle part la synthèse des différentes mesures possibles pour améliorer sa santé.

En résumé

Dispenser des soins de santé primaires et les soutenir sont deux choses différentes. Lorsqu'un hôpital essaie d'être à la fois un centre de santé (c'est-à-dire l'unité de premier contact) et un hôpital (c'est-à-dire l'unité de premier recours), il se trouve pris dans une triple difficulté. Il ne dispense pas de bons soins de santé primaires, du seul fait qu'il n'est pas en mesure de consacrer toute l'attention et le temps voulus à la dimension humaine des soins aux individus. Il n'assure pas de bons soins d'orientation-recours, parce son maigre personnel médical est surchargé par le travail des soins de santé primaires. Enfin, par sa compétition avec les centres de santé - compétition que ceux-ci ne peuvent gagner, étant donné le prestige de l'hôpital et le contrôle qu'il exerce sur les ressources - il enlève à ces centres leur chance d'acquérir le crédit dont ils ont besoin pour fournir des soins de santé primaires de bonne qualité et réduire la charge pesant sur l'hôpital.

¹⁵ Pichet Leelapanmetha : Hospital development and PHC. A case study : Namphong Hospital's experience. Thèse rédigée pour le cours international de développement sanitaire. Institut tropical royal, Amsterdam, 1987.

¹⁶ Boubakar Sall. Introduction d'un système intégré de soins de santé à deux échelons dans la préfecture de Kissidougou. Document préparé pour le cours international de développement sanitaire. Institut de Médecine tropicale d'Anvers, 1989.

Fig. 1 Proportion de malades (intervalle de confiance 95 %) poursuivant leur traitement antituberculeux (54 patients traités à l'hôpital et 99 dans un centre de santé) à Kasongo (Zaire)

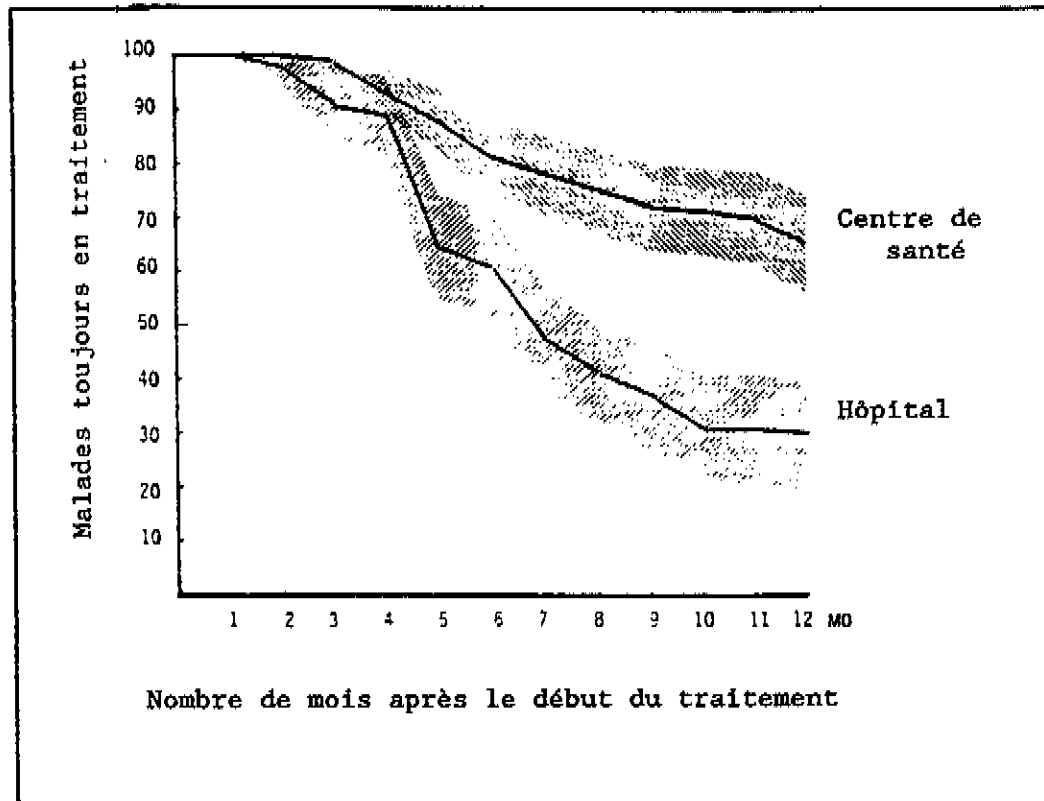


Tableau 1. Coût total pour 10 000 épisodes de traitement (94 médicaments) dans les hôpitaux et dans les centres de santé, par des médecins ghanéens et expatriés

	Nombre	US \$/10 000 ET
Centres de santé	2	720
Hôpital - médecin ghanéen	6	2 880
Hôpital - médecin expatrié	9	1 470

* Prix correspondant à l'indicateur IDA, février 1984.

Adapté d'Hogerzeil, 1986¹⁷

17 H.V. Hogerzeil. Use of essential drugs in rural Ghana. International Journal of Health Services, 16, 3, p. 425-440, 1986.

4. LE RÔLE DE L'HÔPITAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT

Que doit alors faire l'hôpital ? Il est clair qu'essayer de remplir les fonctions de centre de santé en même temps que d'hôpital, c'est courir à la défaite. (Par ailleurs, l'hospitalocentrisme traditionnel est tout aussi inacceptable.) Pour sortir de ce dilemme, il faut commencer par reconnaître la spécificité et la complémentarité des deux niveaux dans un système de soins de santé de district.

L'une des manières de s'y prendre est de considérer la répartition des tâches. Le tableau 2 résume les principes directeurs à appliquer pour déterminer les spécificités à chaque niveau du système.

Il y a en gros trois types de fonctions pour lesquelles il convient de discuter de la division du travail entre l'hôpital, le centre de santé et le service de santé de district : la prestation des soins curatifs, la fourniture aux individus de soins préventifs, et la promotion de la santé de groupes de population.

Tableau 2. Principes directeurs pour déterminer la répartition des tâches entre le niveau de premier contact et l'hôpital de premier recours

1. Ce qui n'est pas fait au centre de santé doit être fait à l'hôpital et vice versa : il ne doit pas y avoir de lacunes dans le système.
2. Il faut éviter autant que possible les chevauchements, afin de ne pas se trouver dans des situations de compétition qui nuiraient à l'efficacité des centres de santé comme à celle de l'hôpital.
3. Le centre de santé est le point où se fait la synthèse¹⁸, et qui est chargé d'assurer des soins complets, intégrés et continus. L'hôpital est l'endroit où sont menées des activités techniques qui, pour une raison quelconque, ne peuvent ou ne doivent pas être décentralisées davantage. Autrement dit, le rôle de l'hôpital est un rôle de soutien, tandis que l'unité au niveau du premier contact peut et doit assumer la responsabilité globale de la prise en charge des patients.
4. Tous les soins de santé allient des aspects techniques et des aspects relations humaines. De manière générale, le centre de santé est préférable à l'hôpital lorsque prédomine l'aspect relations humaines. L'hôpital, lui, est mieux placé quand une technique avancée ou compliquée est nécessaire, reléguant au second plan les relations humaines.

.....

¹⁸ P. Mercenier. The role of the health centre in the context of the district health system based on primary health care. WHO D-MER-K, 1986 (document non publié).

4.1 Soins curatifs

Prendre soin d'un malade, ce n'est pas simplement poser un diagnostic et prescrire un traitement. Le tableau 3 donne une liste des différents éléments et phases, avec l'indication du niveau auquel doit s'effectuer la démarche.

Dans ce système, le processus de prise en charge du patient est fondamentalement du domaine du centre de santé.

Il n'y a donc ainsi qu'un petit nombre de cas où intervient l'hôpital:

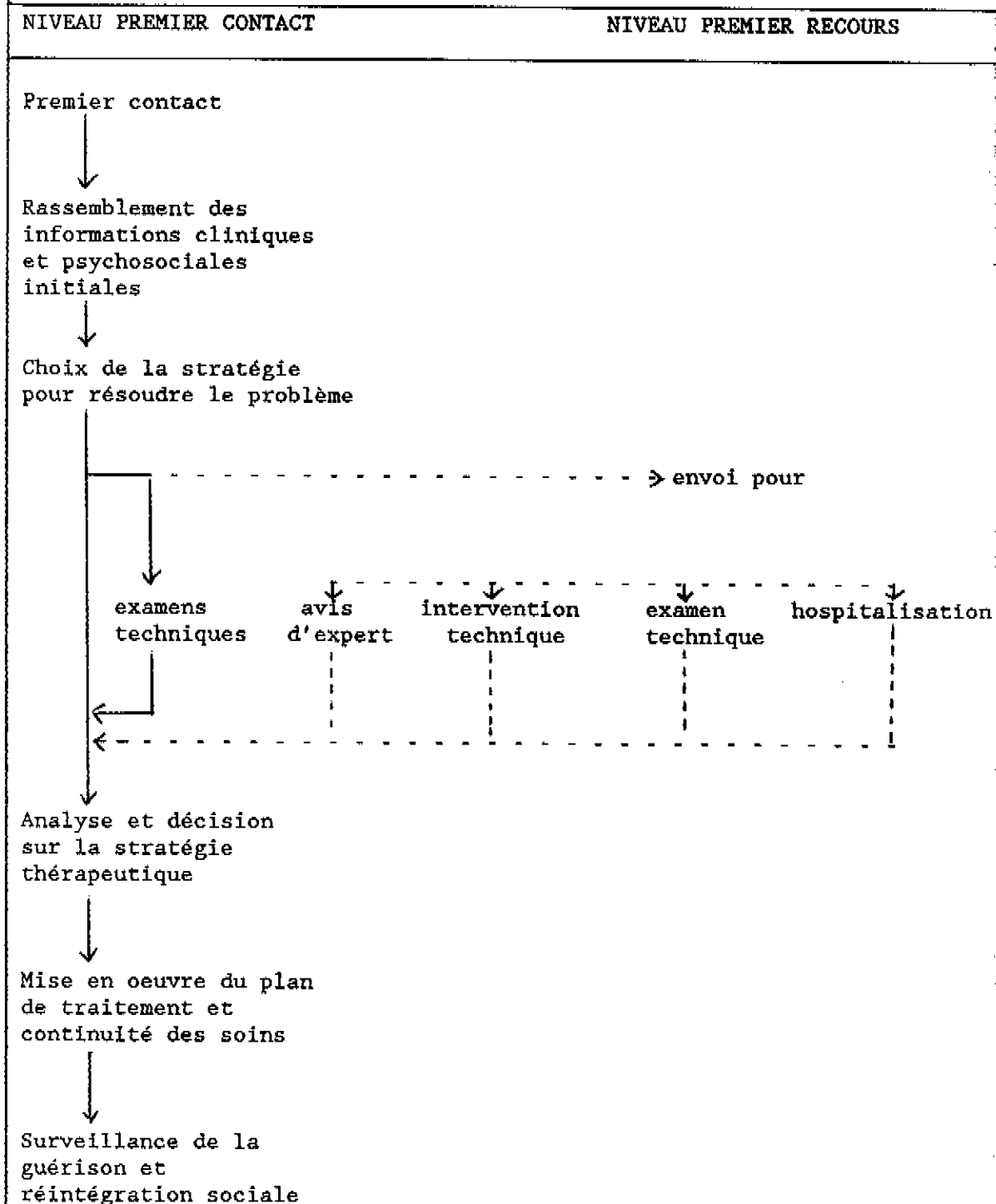
- lorsqu'il faut recourir à des examens de laboratoire ou autres techniques diagnostiques que l'on ne trouve pas au niveau du centre de santé (radiologie, épreuves de laboratoire compliquées,...) - envoi pour examen technique ;
- lorsque l'établissement du plan de traitement exige des compétences supérieures à celles du personnel du premier niveau de contact - envoi pour avis d'expert ;
- lorsque le plan de traitement exige des techniques que l'on ne trouve pas au niveau périphérique (la chirurgie en étant un exemple typique) - envoi pour intervention technique ;
- lorsque le malade ne peut être traité en ambulatoire et doit aller à l'hôpital - envoi pour hospitalisation.

Dans ce système, l'hôpital doit prendre en charge le patient jusqu'à ce que (et jusque là seulement) celui-ci puisse revenir au centre de santé. Adresser un malade à l'hôpital n'est pas synonyme d'un transfert permanent de responsabilité.

L'exemple classique est celui de la tuberculose. Face à un cas typique, le centre de santé peut mener seul les différentes démarches : établissement du diagnostic, détermination du schéma thérapeutique, application du traitement, suivi du patient. Certains cas pourront exiger un détour par l'hôpital. Mais un envoi en consultation à l'hôpital n'est pas un transfert : l'hôpital n'a pas à prendre en charge le malade, cela demeure la responsabilité du centre de santé. On peut encore citer l'exemple d'un patient souffrant de troubles gastriques et envoyé à l'hôpital pour exclure le diagnostic de cancer de l'estomac. Une fois qu'il aura été confirmé, au niveau de recours, qu'il s'agit d'une dyspepsie liée au stress, le patient devra être renvoyé au centre de santé. L'erreur à éviter est de faire du malade adressé en consultation un malade de l'hôpital et de ne pas le renvoyer à son centre de santé.

Il faut que l'orientation-recours marque une différence : l'hôpital doit donc avoir les moyens techniques d'être un service de recours. Un recours n'est utile que si l'on peut faire à ce niveau une chose impossible à la périphérie. Cette condition évidente est loin d'être toujours respectée, surtout lorsqu'il existe des échelons intermédiaires entre le niveau de premier contact et l'hôpital.

Tableau 3. Eléments et phases du circuit des soins curatifs, et niveau responsable



Trait plein : circuit normal. Trait pointillé : circuit lorsque le premier niveau ne peut prendre en main la situation

On trouve fréquemment ces échelons intermédiaires, par exemple en Bolivie, à Madagascar, au Mozambique, au Niger, et au Togo. Les unités y ont plus de ressources que celles du niveau primaire, mais ne peuvent assurer toute la gamme des prestations hospitalières. Au Maroc par exemple, l'unité de premier recours au niveau du district compte jusqu'à trois médecins et un certain nombre de lits de maternité et d'observation, mais n'a ni laboratoire, ni service radiologique ou chirurgical, et ne possède même pas de ventouse obstétricale ou de forceps. Ses seules vraies différences avec l'unité périphérique sont la présence de médecins, la taille du bâtiment et le nombre des agents. Au Bénin, si l'hôpital de district a un ou deux agents médicaux et souvent des lits d'hospitalisation, on n'y trouve habituellement pas de véritable service chirurgical et pratiquement jamais de laboratoire. Au Sénégal, on discute encore de l'introduction de la chirurgie au premier niveau de recours : un "centre de santé" de district, qui représente le niveau de recours pour les "postes de santé" possède un médecin, un appareil radiologique, un cabinet dentaire, etc., mais pas de moyens chirurgicaux. Dans d'autres pays, comme le Mozambique, les unités périphériques intermédiaires peuvent avoir des lits et un laboratoire, mais pas de personnel médical ni de service de chirurgie.

L'unité qui doit assurer le premier niveau de recours ne doit pas être un simple centre médicalisé, mais bien un hôpital, et un hôpital ayant les trois types de ressources suivants :

- un personnel possédant des compétences diagnostiques et/ou thérapeutiques autres que celles du niveau primaire, et disposant du temps voulu pour les utiliser en faveur des patients qui lui sont envoyés. Ce personnel devra comprendre des médecins et des techniciens spécialisés. On ne retrouve pas toujours cette différence dans le personnel affecté à ces deux niveaux. Prenons par exemple les services de santé de la ville de Porto-Novo, au Bénin. Dans les centres de santé urbains travaillent des infirmiers et des omnipraticiens. Or à l'hôpital, les consultations externes (de recours) sont assurées par des omnipraticiens du même niveau d'expérience et de formation. Dans ces conditions, il est évidemment frustrant pour les médecins des centres de santé d'envoyer leurs malades en consultation auprès des médecins hospitaliers, bien que ces derniers acquièrent progressivement des compétences "de spécialiste" du seul fait que leurs activités s'exercent dans un domaine restreint.
- la possibilité d'hospitaliser les patients. Cela implique des lits "d'hôpital" (où l'on ne se borne pas à déposer le patient, mais où on le soigne), des infirmiers ayant un profil autre que ceux du niveau périphérique, ainsi que la possibilité d'assurer des soins intensifs et des soins aux prématurés.
- les ressources techniques qui permettront d'utiliser totalement les compétences du personnel hospitalier. Cet équipement ne se rencontre généralement pas au niveau du centre de santé.

On trouvera dans l'annexe 2 une liste de l'équipement de base nécessaire à un hôpital rural (tableau 1), et des estimations sur le volume de travail possible du laboratoire d'un hôpital de district (tableau 2). Ces tableaux ont été établis sur la base de l'expérience acquise en Afrique et de ce qui se passe actuellement dans les "meilleurs" hôpitaux ruraux d'Afrique subsaharienne.

Il n'est pas possible cependant de définir en termes absolus la division optimale des ressources techniques entre le premier et le second niveau. Cela dépendra dans une grande mesure de la possibilité de décentraliser les techniques. Les critères techniques, opérationnels, économiques et psychologiques appliqués dans un contexte déterminé ne peuvent être purement et simplement transférés dans un autre. Là où par exemple les ressources sont très minces, c'est l'hôpital qui devra faire les examens de crachats, à la demande des centres ; mais lorsqu'il est possible d'équiper de microscopes les centres de santé, la tâche essentielle du microscopiste de l'hôpital sera de contrôler la qualité des examens réalisés au niveau du premier contact.

4.2 Soins préventifs et promotion de la santé

Ici, la première démarche est d'identifier la clientèle des programmes préventifs (dépistage, vaccination). Il faudra évidemment pour cela profiter de toutes les occasions possibles ; il incombe au centre de santé de s'en assurer, et de prendre si besoin est des mesures actives, qui pourront comporter des recensements, des visites à domicile ou toute autre démarche nécessaire pour améliorer le recrutement et la motivation des individus.

L'hôpital, lui, a seulement deux choses à faire. La première est de profiter de toutes les occasions pour mener à bien le programme établi. Un moyen intéressant d'évaluer la performance de l'hôpital à cet égard consiste à appliquer les techniques du protocole des "vaccinations manquées" : lorsqu'on s'aperçoit qu'une mère ou qu'un enfant venus consulter à l'hôpital n'ont pas subi les vaccinations voulues, on les vaccine - il ne faut pas laisser passer l'occasion offerte par ce contact. La deuxième chose que doit faire l'hôpital est de jouer le rôle de centre de recours, par exemple pour les femmes reconnues "à risque" à la consultation prénatale, ou pour pratiquer des examens de laboratoire qui ne peuvent être faits au niveau du premier contact.

En résumé, les différentes tâches peuvent être réparties comme indiqué dans le tableau 4.

Tableau 4. Répartition des tâches dans les soins aux individus

Identification des clients potentiels	Centre de santé
Examens de dépistage	Centre de santé ou hôpital de district
Vaccinations	Centre de santé ou hôpital de district
Synthèse des informations fournies par le dépistage et décision sur la nécessité de continuer à suivre le patient	Centre de santé
Etablissement et tenue d'un dossier regroupant les informations pertinentes pour chaque client	Centre de santé

4.3 Organisation des soins préventifs et de la promotion de la santé

Une erreur fréquente est de penser que c'est à l'hôpital d'organiser les campagnes de vaccination, les consultations prénatales, etc.

La surveillance de l'environnement physique et social doit être assurée par le centre de santé ou les autorités sanitaires de district. Il appartient au centre de santé de discuter avec la population des priorités et des stratégies possibles, et de choisir la stratégie optimale pour certains groupes particuliers de population. C'est encore au centre de santé ou à l'autorité sanitaire de district qu'il incombe de fournir les moyens techniques nécessaires pour la stratégie choisie et d'organiser la mise en oeuvre de cette stratégie. L'hôpital n'intervient ici que dans la mesure où il représente lui-même l'autorité sanitaire de district.

Comment le rôle de l'hôpital peut évoluer, passant de l'organisation au soutien, est illustré par des études de cas portant sur des programmes de soins de santé primaires d'orientation communautaire menés dans deux districts du Kenya ; le rôle de l'hôpital de district comme unité d'orientation-recours et de soutien professionnel pour l'encadrement et la formation y est cité parmi les principales raisons du succès du programme.¹⁹

19 C.N. De Boer & M. McNeil. Hospital outreach community-based health care : the case of Chogoria, Kenya. *Social Science & Medicine*: 28, 10, 1989. M.L. Jacobson, M.H. Labbok, R.L. Parker, D.L. Stevens & S.A. Carter. A case-study of the Tenwek hospital community health programme in Kenya. *Social Science & Medicine*: 28, 10, 1989.

4.4 Evaluation de l'hôpital de district en tant qu'élément des soins de santé primaires

L'évaluation d'un hôpital se limite souvent à un exposé de ses résultats par rapport aux ressources utilisées, et, dans le meilleur des cas, à la population desservie. Il est rare que l'on cherche à considérer un système de santé de district dans son ensemble. Il est plus difficile d'appréhender et d'évaluer un système qu'un programme, une intervention axée sur une maladie, ou une unité sanitaire en tant que telle.

Il est toutefois évident que l'on ne peut considérer un hôpital isolément. Au contraire même, il est parfois possible de poser des questions relatives à un hôpital de telle manière qu'elles forment des hypothèses sur le fonctionnement de l'ensemble du district.

Ces questions ont habituellement trait à la répartition des tâches entre les deux niveaux. Elles sont le plus souvent centrées sur les succès ou les échecs du système. On trouvera ci-dessous trois exemples de la façon dont on peut utiliser des données classiques sur les soins de santé de district pour faire la lumière sur ce qui se passe dans le district. Les trois exemples sont tirés du district de Kasongo, au Zaïre oriental, un district rural comptant 200 000 habitants et possédant un hôpital de 200 lits où travaillent cinq omnipraticiens.

Evaluation de l'efficacité sur la base des données de contrôle des hospitalisations

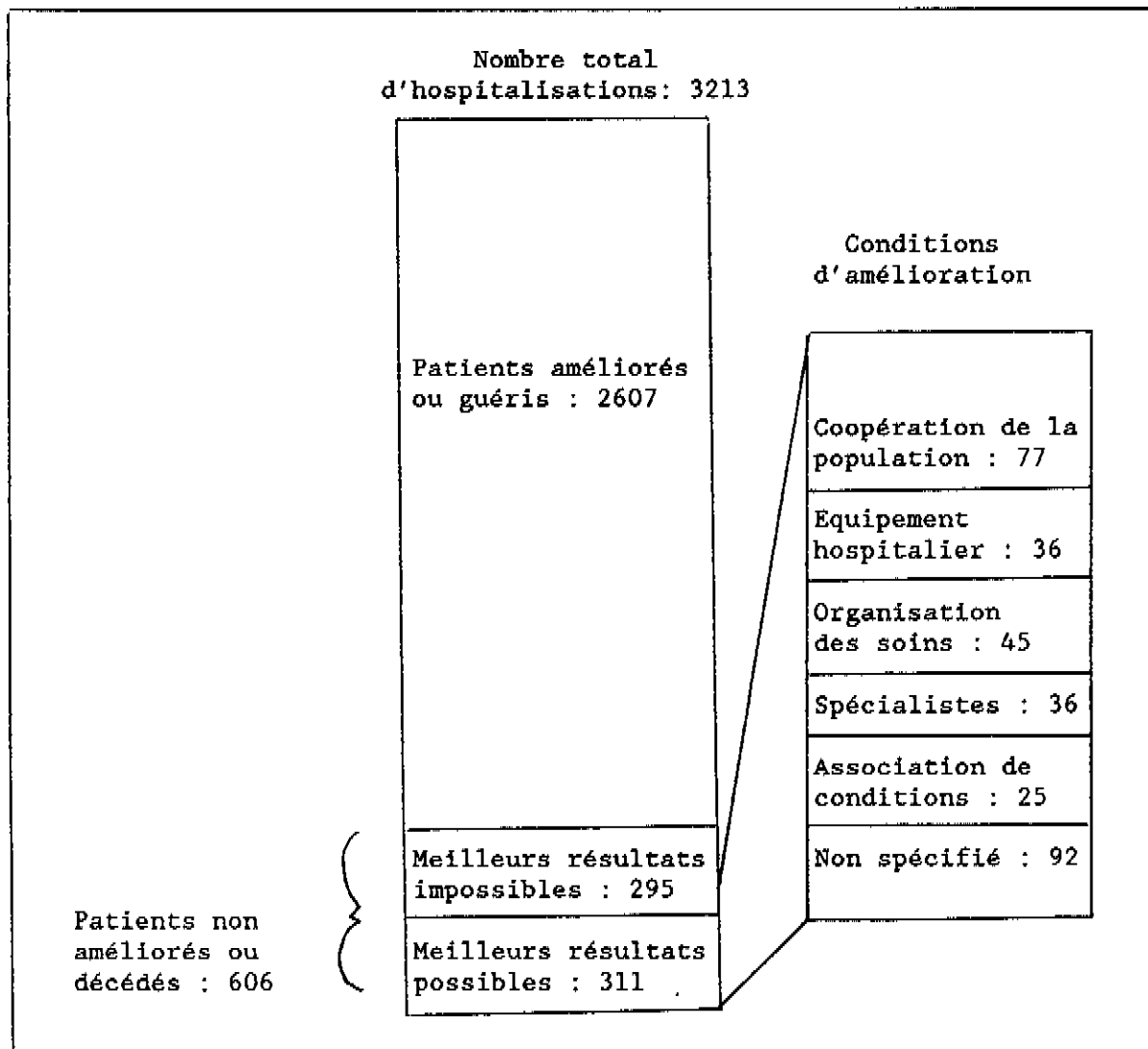
Lorsque l'on intègre la dimension du district au contrôle des hospitalisations, les résultats peuvent être surprenants, et indiquer qu'il serait préférable de renforcer le niveau du premier contact plutôt que l'équipement technique de l'hôpital.²⁰ On a évalué systématiquement pendant toute une année le résultat des hospitalisations, en indiquant aussi les principaux facteurs qui, semble-t-il, auraient pu l'améliorer. Dans 10 % des cas environ, les médecins de l'hôpital ont jugé que l'on aurait pu obtenir un meilleur résultat. Les conditions estimées nécessaires pour cela sont indiquées dans la figure 2.

Le manque de coopération de la population - cette coopération étant le facteur le plus important et qui offre les meilleures possibilités pour l'amélioration des résultats - s'est surtout manifesté sous la forme de la famille qui n'a pas donné du sang à un anémique, ou administré de liquide à un enfant souffrant de diarrhée. Certains problèmes n'ont pu être correctement pris en charge parce que l'hôpital manquait du matériel ou des fournitures nécessaires, les pénuries les plus graves concernant les approvisionnements en oxygène, en cortisone et en produits de contraste pour les radiographies. Les soins infirmiers aux malades hospitalisés laissaient fort à désirer, la surveillance des patients était insuffisante, l'état de certains d'entre eux s'étant dégradé sans que l'infirmier s'en rende compte et prenne les mesures nécessaires.

.....

²⁰ C. Darras, W. Van Lerberghe, P. Mercenier. The Kasongo Project, Lessons from an experiment in the organization of a primary health care system. Annales de la Société belge de Médecine tropicale, 60, Suppl., 1-54, 1981.

Fig. 2 Résultats de l'hospitalisation
et conditions nécessaires pour obtenir de meilleurs résultats
Hôpital du district de Kasongo (Zaire)



Ces trois raisons se retrouvent dans la moitié environ des cas qui auraient pu être améliorés. On a constaté que l'on pouvait commencer à s'attaquer à ces défauts avec un investissement minimal :

- en établissant un dialogue avec la population locale dans les centres de santé, concernant par exemple la réhydratation des enfants souffrant de diarrhée ;
- en constituant des stocks des produits dont on avait manqué ; et
- en réorganisant le système des gardes des malades.

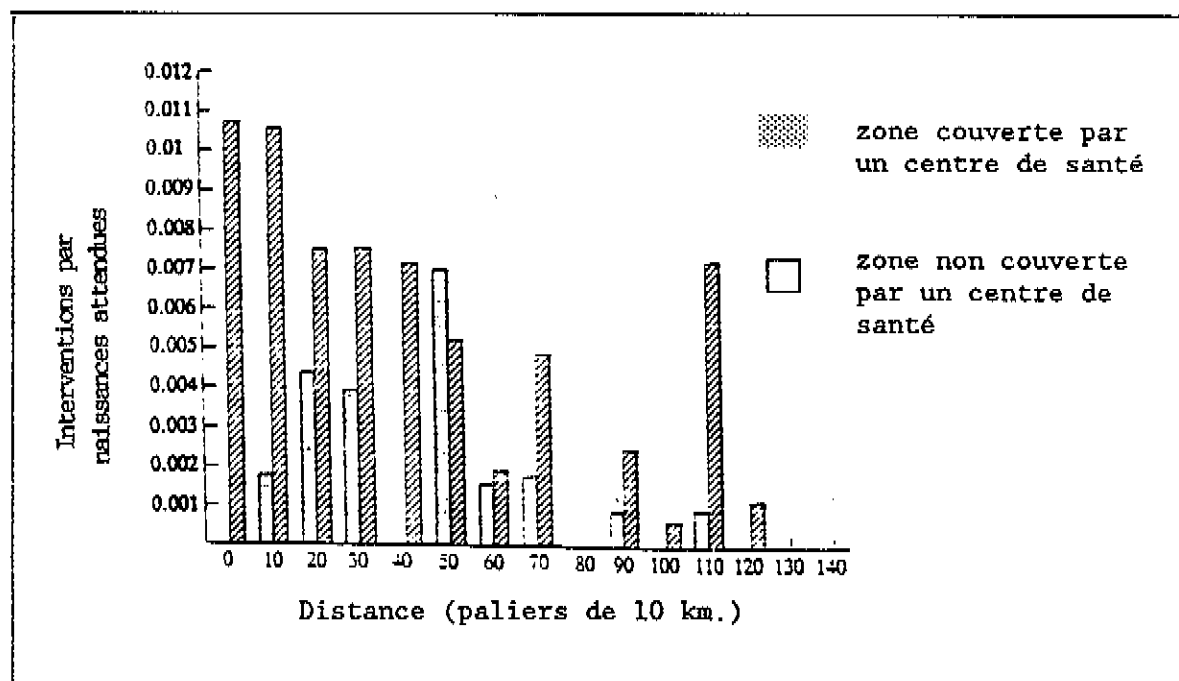
Il est apparu clairement par ailleurs que pour fournir des soins spécialisés il aurait fallu investir dans un personnel spécialisé en des domaines aussi variés que l'anesthésie et la réanimation, l'urologie, l'oto-rhino-laryngologie, la chirurgie thoracique et la cardiologie ; et le rendement de cet investissement aurait été relativement faible (12 % des cas susceptibles d'amélioration).

La couverture par le centre de santé améliore la fréquentation de l'hôpital

Le second exemple montre comment l'existence d'un réseau de centres de santé permet d'amener à l'hôpital les patients qui en ont besoin ; l'étude a été réalisée en associant des données hospitalières et des données sur la couverture assurée par les centres de santé.

On a appliqué dans cette étude une analyse spatiale des données d'utilisation ordinaires, moyen peu coûteux d'apporter une contribution sensible à l'évaluation globale du système de prestation de soins de santé. Des données relatives aux interventions chirurgicales majeures pour complications du travail ont été analysées. Si, pour les populations rurales, les taux d'intervention diminuent nettement en fonction inverse de la distance, cette diminution est moins marquée dans les zones couvertes par le réseau des centres de santé (figure 3), ce qui prouve que celui-ci contribue à une bonne utilisation de l'hôpital. En appliquant un coefficient de localisation pour évaluer la variation des taux d'intervention selon les zones, on a montré que les différences entre les zones tendent à s'effacer avec le temps, au fur et à mesure que s'améliore la couverture des centres de santé.²¹

Fig. 3. Nombre d'interventions par naissances attendues, ventilées par zones couvertes ou non par des centres de santé, selon l'éloignement de la maternité. Hôpital de district de Kasongo (Zaire)



²¹ W. Van Lerberghe, K.A Pangu et N. Van Den Broek : Obstetrical interventions and health centre coverage : a spatial analysis of routine data for evaluation. Health Policy and Planning, 3, 4, 1988.

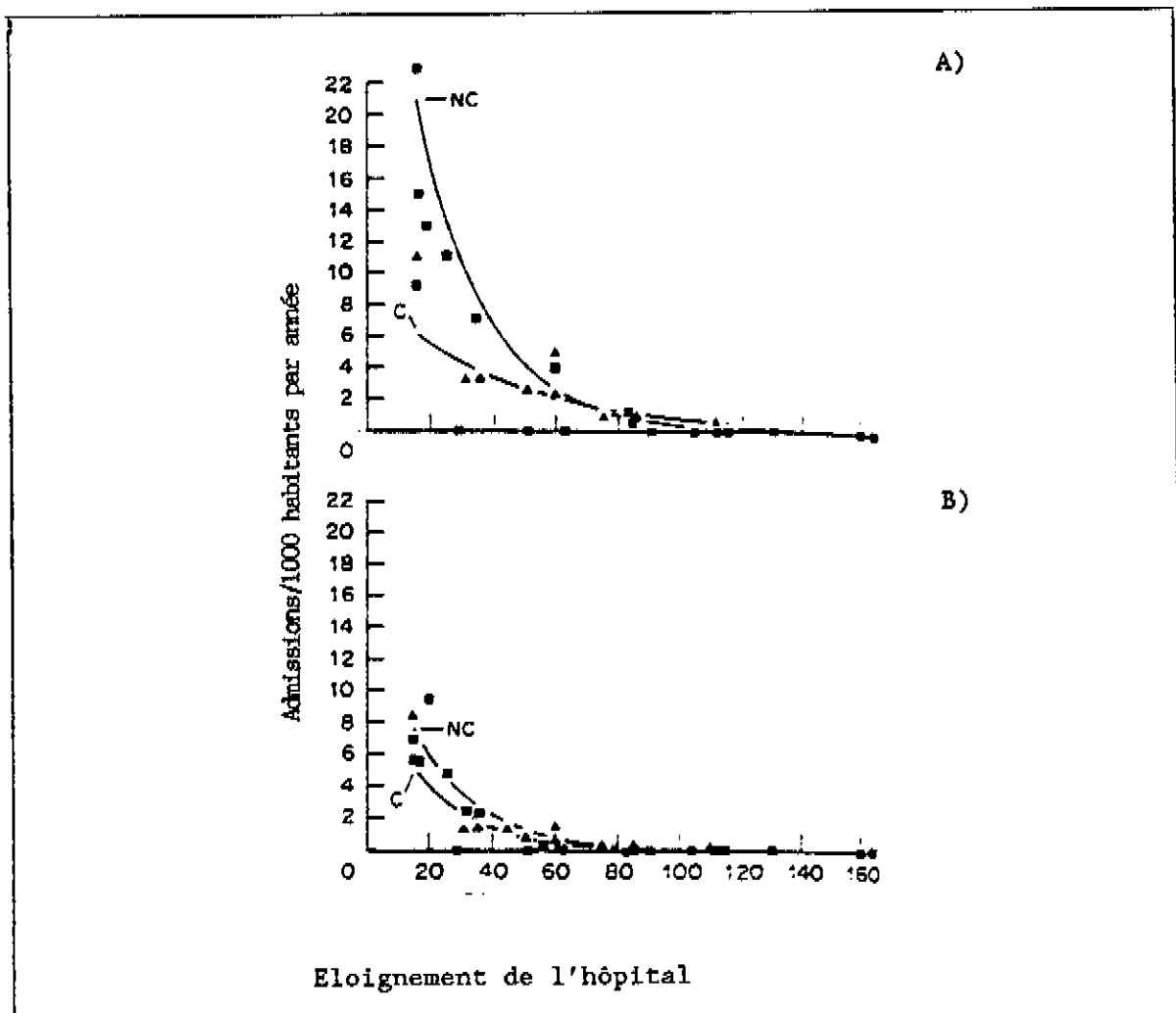
La couverture assurée par les centres de santé réduit les besoins d'hospitalisation

Le troisième exemple montre comment les tableaux d'utilisation des hôpitaux peuvent faire ressortir l'utilité du réseau des centres de santé.

On a analysé dans cette étude des données de routine provenant de la même zone du Zaïre pour évaluer l'influence de la couverture des centres de santé sur le tableau des hospitalisations. Les tableaux d'admission s'accordent avec l'hypothèse que les centres de santé aident à éviter des hospitalisations.

Les taux d'admission de patients venant de zones rurales étaient 2,1 fois plus élevés pour les secteurs non couverts par les centres de santé que pour les secteurs couverts (intervalle de confiance 95 %, 1,7 - 2,2). Dans le cas des hospitalisations non justifiées (figure 4 B)), l'effet de la distance jouait pour les deux types de secteurs, mais de façon régulièrement plus faible pour les secteurs couverts. Concernant les hospitalisations justifiées (figure 4 A)), les taux étaient nettement plus faibles dans les secteurs couverts que dans les secteurs non couverts lorsque l'hôpital était à une distance raisonnable (40 à 50 km.).

Fig.4 Taux d'hospitalisation selon l'éloignement de l'hôpital, pour des secteurs couverts et non couverts par des centres de santé. A) hospitalisations justifiées ; B) hospitalisations non justifiées



C : secteurs couverts par des centres de santé

NC : secteurs non couverts

A des distances supérieures, l'hôpital recevait encore quelques personnes venant des secteurs couverts par des centres de santé, mais la population des secteurs non couverts ne l'utilisait pas du tout.

La diminution des taux d'hospitalisation intéressait des maladies pour lesquelles on trouve dans les centres de santé des solutions techniques standard d'une efficacité avérée ; près de 60 % de cette réduction concernaient des maladies infectieuses et parasitaires, des accidents et des infections des voies respiratoires. Les taux d'hospitalisation pour les maladies habituellement visées par des programmes sélectifs de soins de santé primaires étaient réduits de 86 % dans les secteurs couverts par rapport aux secteurs non couverts. La réduction des taux d'hospitalisation pour ces maladies représentait 29 % de la réduction totale en rapport avec la couverture.²²

Les études prototypes susceptibles de contribuer à l'évaluation des hôpitaux en tant qu'éléments des systèmes de soins de santé de district sont axées sur les tableaux d'orientation-recours - examen de l'envoi, justifié et non justifié, de malades ; retards dans l'orientation-recours, par la faute du patient ou par celle du système ; raisons et conditions de l'évitement des systèmes de recours. Si on les relie aux études sur les possibilités de décentraliser les techniques de soins de santé, ces études prototypes vont très vraisemblablement pouvoir fournir à bon compte des informations débouchant sur une meilleure articulation des rôles aux deux niveaux et sur une meilleure planification/décentralisation des soins de santé.

5. UN SYSTEME DE SANTÉ INTÉGRÉ

Il est possible de s'orienter vers un système de santé intégrant le réseau des centres de santé et l'hôpital de district. La reconnaissance du rôle de recours et de soutien pour l'encadrement et la formation est souvent l'un des facteurs essentiels dans l'évolution du rôle de l'organisation vers l'appui. Pour que ce soit possible toutefois, il faut satisfaire à un certain nombre de conditions.

5.1. Conditions de structure : un système de santé à deux niveaux

Il est une condition sine qua non évidente, mais qui doit néanmoins être exprimée explicitement. Il faut qu'il existe un système de soins de santé de district avec une zone bien déterminée, dont la responsabilité incombe au réseau des centres de santé et à l'hôpital. L'idéal serait d'avoir des délimitations administratives claires correspondant à une fonction logique, ou des délimitations "informelles" reposant sur une appréciation raisonnable de la zone d'influence géographique. L'important est qu'il existe une quelconque forme fonctionnelle de district.

On trouve dans un district rural du Rwanda un exemple d'hôpitaux n'ayant pas de zone de responsabilité bien définie ; ce district compte en effet quatre hôpitaux (l'un relevant du service public et les autres de missions différentes), dont chacun possède un réseau périphérique de centres de santé qu'il supervise, appuie logistiquement, etc. (figure 5). Ces réseaux toutefois, ayant pour base des critères idéologiques plutôt

22 W. Van Lerberghe et K. Pangu. Comprehensive can be effective : the influence of coverage with a health centre network on the hospitalization patterns in the rural area of Kasongo, Zaïre. Social Science & Medicine, 26, 9, 1988.

que géographiques, ne correspondent pas aux tableaux d'orientation-recours (figure 6).²³

Il est illusoire de penser qu'un hôpital pourra soutenir les soins de santé primaires s'il n'est pas articulé avec un réseau d'unités de soins de santé primaires. Il deviendra un centre de santé avec possibilité d'hospitalisation, ce qui généralement veut dire qu'il est ou bien trop petit pour être un bon hôpital, ou bien trop grand pour être un bon centre de santé, et que de toute façon, si louables que puissent être ses intentions, il fait une concurrence injuste aux unités périphériques.

La deuxième condition, moins stricte, est d'éviter les structures intermédiaires : une unité d'orientation-recours doit posséder les moyens nécessaires, en personnel et en matériel, faute de quoi elle ne sera qu'un facteur de retard lorsqu'il est nécessaire d'adresser un malade à l'échelon supérieur. C'est par exemple perdre du temps que d'envoyer du dispensaire au centre de santé une parturiente souffrant de complications du travail si le centre de santé n'est pas en mesure de pratiquer la césarienne nécessaire.

Des systèmes à deux niveaux peuvent bien fonctionner, et il peut paraître plus facile de travailler avec eux.²⁴ Parfois cependant, il est possible de résoudre le problème de la sur-utilisation des hôpitaux et de la sous-utilisation des unités périphériques en créant des structures intermédiaires, comme les "polycliniques intercommunales" du Viet Nam, qui, avec un médecin, une salle d'hospitalisation et un laboratoire, mais pas d'installations de chirurgie, ont la charge d'un sous-district. Ce genre de structure intermédiaire - souvent désignée sous le nom de "centre de santé" - est répandu dans les anciennes colonies françaises d'Afrique. Une telle structure est parfois indispensable ; on en a un exemple dans le district de Yeï, au Soudan. L'hôpital servait d'unité de premier recours, mais seulement pour les environs immédiats (moins de 5 km.), pas pour les unités périphériques. La situation est demeurée identique même après la mise en place d'un projet de soins de santé primaires comportant formation du personnel et supervision de ces unités. La principale raison était d'ordre géographique : longues distances, mauvaise infrastructure routière, pas de moyens de transport. La solution adoptée par le comité de planification sanitaire du district a été de créer des structures périphériques intermédiaires.²⁵ Ce niveau supplémentaire ne se justifie cependant que comme une réponse locale à des problèmes clairement déterminés.

23 E. Koob, Communication personnelle, 1989.

24 K.A. Pangu. La santé pour tous en l'an 2000 ? C'est possible. Thèse de DrPH, Université libre de Bruxelles. Ronéo, 1988.

25 MSF France. Rapports annuels (différentes années). Hôpital d'Yeï (Soudan).

Fig. 5 Réseau des services de santé du district de Kibuye (Rwanda) en 1986. Encadrement et soutien logistique (en pointillé : par l'administration sanitaire de district ; tirets : par l'hôpital de district ; en trait plein : par l'hôpital missionnaire)

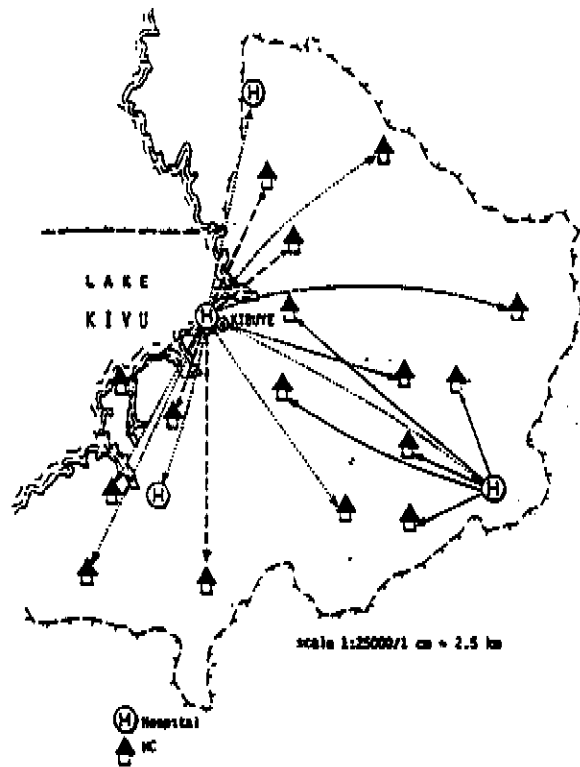
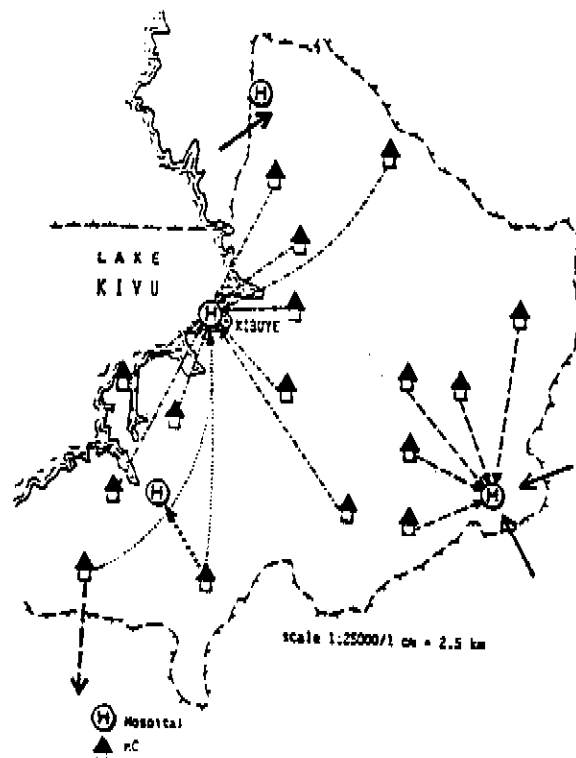


Fig. 6 Tableau des orientations-recours dans la même zone



5.2 Conditions d'organisation : l'orientation-recours

Les activités des hôpitaux doivent être organisées de manière à renforcer les centres de santé au lieu d'en entraver le développement par une course aux premiers contacts. Il faut mettre en oeuvre un plan adéquat d'orientation-recours, pas seulement pour des raisons bureaucratiques ou en vue de diminuer le travail de l'hôpital, mais pour renforcer le niveau du premier contact. Dans l'idéal, l'hôpital ne verrait plus alors que les patients qui lui sont adressés, il n'y aurait plus d'accès direct aux consultations externes, qui d'ailleurs seraient détachées de l'hôpital.

C'est ce qui a été fait au Mozambique vers la fin des années 70. L'opération - bien préparée et discutée au préalable - s'est déroulée très harmonieusement et n'a pas suscité d'autre problème qu'une surcharge temporaire au service des urgences.

Dans d'autres cas, il est difficile ou politiquement impossible de supprimer l'accès direct à l'hôpital. A Garsila - un district rural du Soudan - on avait construit un hôpital qui devait recevoir uniquement des malades envoyés en consultation, les soins de santé primaires étant assurés par le centre de santé déjà existant. Mais le service des consultations externes de l'hôpital a vite été débordé par des gens qui s'arrangeaient pour y venir directement, ou qui faisaient pression sur l'assistant médical du centre de santé pour être adressés à l'hôpital (30 % des personnes venues au centre de santé étaient en fin de compte renvoyées sur l'hôpital).²⁶

Dans la pratique, cela signifie qu'il faudra mettre en place des barrières interdisant l'accès direct à l'hôpital, cet accès étant réservé aux malades dûment envoyés par l'échelon inférieur. On peut le faire de différentes façons, mais il est important de prendre des mesures garantissant qu'un patient adressé par l'infirmier d'un centre de santé sera vu directement par le médecin, évitant l'obstacle d'une consultation préalable avec l'infirmier de l'hôpital, avec ce que cela peut entraîner d'attente et de frais supplémentaires, le risque de ne pas arriver jusqu'au médecin, les retards, etc.

En certains endroits, la méthode de choix est une discrimination financière. Dans un hôpital du Zaïre par exemple, on paiera de 25 à 50 Z une consultation avec l'infirmier, et 200 Z une consultation avec le médecin de l'hôpital (mais seulement 80 Z si c'est au titre de l'orientation-recours). En Guinée, la consultation à l'hôpital de Conakry coûte 500 FG au malade envoyé par l'échelon de soins inférieur, et 1000 FG autrement.

Outre ces barrières, on peut prendre des mesures positives pour renforcer les plans d'orientation-recours. Cela va dépendre pour une grande part de l'attitude des agents de santé aux deux niveaux, ainsi que du fameux "retour d'information" après l'envoi du malade. Mais là encore des mesures très simples peuvent considérablement améliorer les relations entre les deux niveaux et le fonctionnement du système.

Dans le district rural de Murewa (Zimbabwe), vers la fin des années 80, un des médecins du district avait pris l'initiative de discuter, lors de la réunion mensuelle des infirmiers cliniques, certaines des lettres envoyées avec des malades - ces lettres restant anonymes pour éviter de faire perdre la face aux agents qui auraient mal aiguillé les patients. On a constaté immédiatement un double effet : d'une part, une nette amélioration de la qualité de l'orientation ainsi que de l'information accompagnant le patient, et d'autre part, chose plus importante, une amélioration du moral du personnel au niveau du premier contact, lorsque les agents ont eu conscience qu'on les écoutait. Cela, à son tour, a permis d'entreprendre la rationalisation du niveau de premier contact avec la pleine collaboration du personnel.

Rationaliser l'utilisation de l'hôpital implique une rationalisation du réseau de soins de santé primaires, en commençant dans l'agglomération même où se trouve l'hôpital. Il est très difficile, et pourtant essentiel, de créer un réseau adéquat d'orientation-recours en zone urbaine : la pression sociale, à laquelle il est difficile de résister, y pousse en effet vers un accès direct à l'hôpital et aux spécialistes. La réaction habituelle est d'instituer en zone rurale un système d'orientation-recours et d'autoriser en ville l'accès direct à l'hôpital. Cela ne permet pas de résoudre le problème de la surcharge des consultations hospitalières externes, puisque la plupart des patients, de toute façon, viennent de la ville. Mais pour le réseau rural, c'est le signe évident qu'on le considère comme une solution de second choix : l'accès direct demeure "la norme en ville".

5.3 Conditions financières : le financement des hôpitaux de district et des centres de santé

L'activité de l'hôpital coûte cher. Si la médiane des dépenses de fonctionnement des hôpitaux s'établit à US\$ 0,99 par habitant, chaque lit d'hôpital coûte US\$ 986 par an dans un Etat africain type (chiffre obtenu en divisant les dépenses de fonctionnement par le nombre de lits). La notion de recouvrement des coûts s'est trouvée progressivement acceptée dans l'Afrique des années 80, mais il y a différentes façons d'organiser ce recouvrement ("participation financière").

L'une d'elles est de faire rechercher par chacune des unités du système un autofinancement ou un financement extérieur, sous une forme ou sous une autre. L'autofinancement représente souvent aujourd'hui une importante partie des ressources des hôpitaux. L'étude des dépenses de 50 hôpitaux privés dans 12 pays d'Afrique montre que dans 12 de ces hôpitaux, plus de 70 % des ressources viennent des sommes versées par les patients.²⁷

27 F. Van Lemmen et V. Van Amelsvoort. How do African voluntary agency hospitals spend their money ? Tropical Doctor, 18, 43-44, 1988.

L'hôpital de Goundi, au Tchad,²⁸ tire 80 % de ses ressources du financement extérieur, et 20 % de l'autofinancement (paiements pour consultations, médicaments, épreuves diagnostiques et chirurgie). Les ressources de l'hôpital de district d'Ashanti-Akim, au Ghana,²⁹ proviennent pour 42 % de l'autofinancement, pour 47 % de fonds publics et pour 11 % de fonds privés.

Dans la pratique, le système de l'autofinancement oppose souvent des barrières financières inacceptables à l'accès au niveau d'orientation recours. On en a eu l'illustration en 1986 en République populaire du Bénin,³⁰ où la moindre hospitalisation - qu'il fallait payer d'avance - coûtait l'équivalent de plusieurs mois du salaire minimum garanti. Il n'était pas possible par exemple de subir dans cet hôpital une intervention chirurgicale sans avoir réglé d'avance le prix de l'anesthésie.

Au Burundi, les consultations (payées 30 Fbu au dispensaire) coûtent à l'hôpital 100 Fbu si l'on est vu par un médecin, ou 200 Fbu s'il s'agit d'un spécialiste. Pour l'hospitalisation, il est demandé entre 30 et 100 Fbu par jour.³¹ Au Ghana, une étude a montré que les sommes demandées aux patients étaient trop élevées pour les revenus les plus faibles, notamment au second niveau de soins.³²

Souvent, l'argument invoqué à l'appui de cette stratégie - lorsqu'elle n'est pas simplement une réaction à un système en faillite - est qu'il faut assurer la gratuité au premier niveau. On pense que faire payer les soins à l'hôpital et pas dans le centre de santé favorisera le recours à celui-ci. Mais, paradoxalement, on obtient ce résultat que le premier niveau ne fonctionne pas parce qu'il n'a pas les moyens nécessaires, et que le niveau de recours ne fonctionne pas non plus, parce que les barrières financières sont trop élevées. C'était le cas au Bénin (figure 7), où le problème n'a pas été résolu, au contraire.

28 C. Sani. Financement de l'hôpital : exemple de l'hôpital de Goundi, au Tchad. Document préparé pour le cours international de développement sanitaire. Institut de Médecine tropicale d'Anvers. 22 p., 1989.

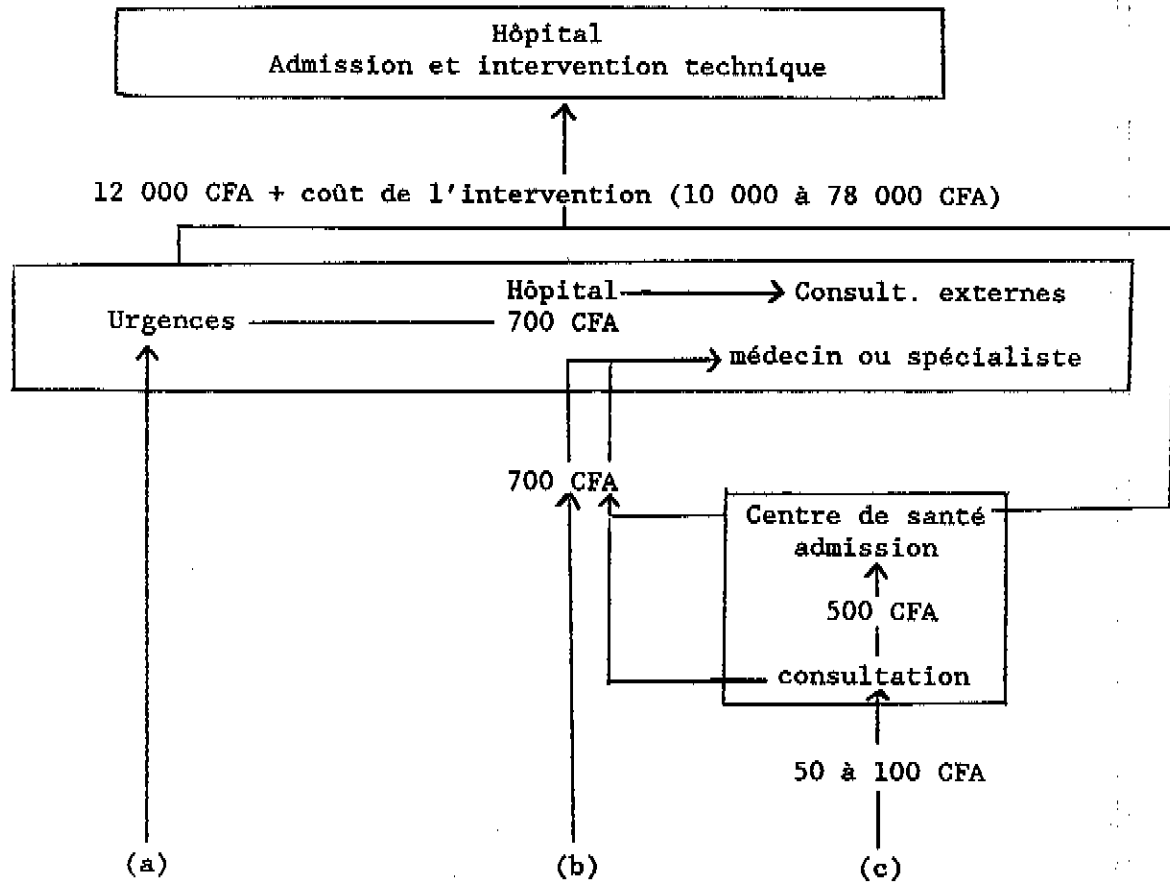
29 J. Waddington et K.A. Enyimayew. A price to pay : the impact of user charges in Ashanti-Akim district in Ghana. International Journal of Health Planning and Management, 4(1), 17-47, 1989.

30 W. Van Lerberghe, J.M. Caudron et M. Zumofen. Etude de l'hôpital de Porto Novo. Rapport d'une mission MMB pour la CEE. 1986.

31 G. Fromont, M. Juma, J. Ndagije, G. Schmets et K. Van Loon. Evaluation du secteur de médecine hospitalière au Burundi. 1989.

32 C.A. Anyinam. The social costs of the International Monetary Funds adjustment programs for poverty. The case of the health care development in Ghana. International Journal of Health Services, 19, 3, 1989.

Fig. 7 Barrières financières à l'accès à l'hôpital de Porto Novo (Bénin) 1986



Note : Le centre de santé, structure intermédiaire type, possède un certain nombre de lits, mais n'a pas de services de laboratoire, de radiologie ou de chirurgie.

On peut aussi envisager un autofinancement au premier niveau, les crédits centraux (d'origine publique ou privée) étant utilisés pour subvenir aux dépenses de fonctionnement. Cette solution, qui n'est pas très goûtée des agences donatrices, présente un certain nombre d'avantages.

D'abord, il est plus facile de faire contribuer les individus au financement d'un service peu "technique" et situé dans leur voisinage immédiat. Pour tout un chacun, le centre de santé de son propre village est plus concret que le lointain hôpital de la ville. Dans le cadre d'un test de simulation du paiement par l'utilisateur mené dans des établissements sanitaires du Kenya, on a demandé aux patients à quel service ils s'adresseraient de préférence. Les réponses ont montré que si les gens étaient sûrs que leur argent serait utilisé pour les unités périphériques, c'est dans celles-ci qu'ils se rendraient. Dans le cas contraire, ils préféreraient les hôpitaux.³³

Deuxièmement, la contribution financière peut alors représenter plus qu'un simple recouvrement des coûts : au niveau local, on peut la combiner avec une participation de la population à la gestion de ces crédits. Il y a là une possibilité réelle de délégation du pouvoir décisionnel à la population au niveau du centre de santé, possibilité qui n'existe pas au niveau de l'hôpital parce que dans ce cas la composante technique dans la prise de décision est telle qu'elle confère une autorité de fait absolue au personnel de santé.

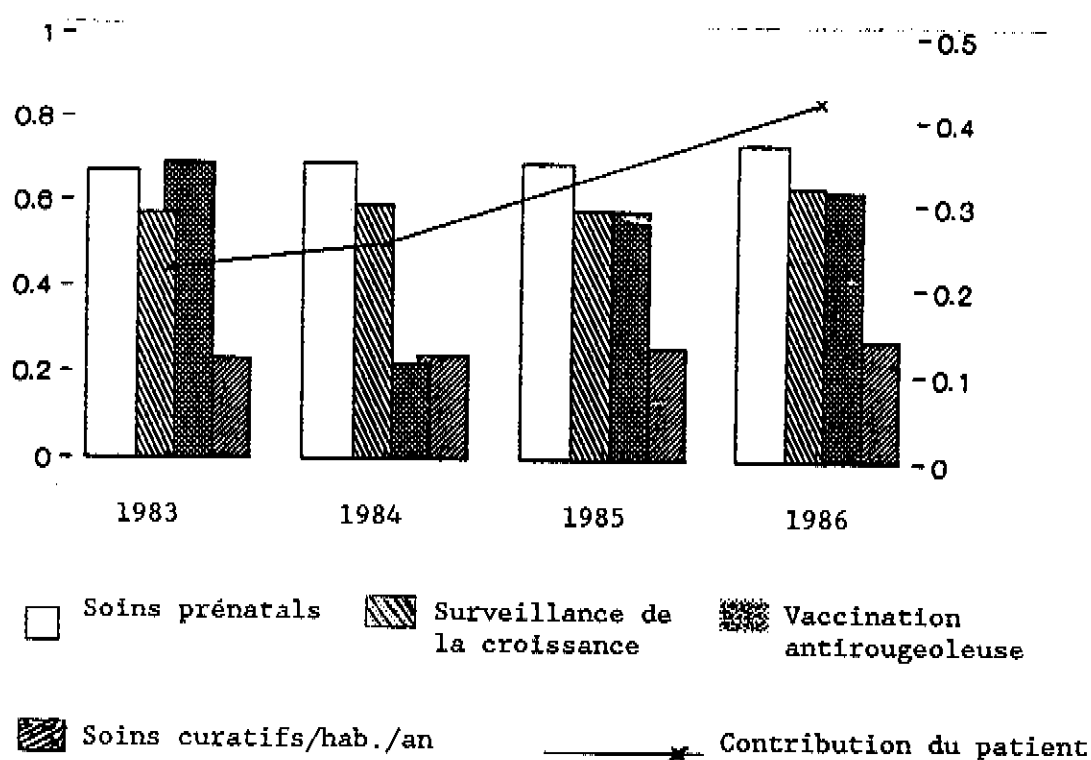
En 1986, dans le district de Kasongo (Zaire), 28 % des dépenses totales intéressaient les unités périphériques (ce qui représentait US\$ 0,83 par habitant et par an, encadrement non compris), 48,5 % l'hôpital et 23 % les activités du personnel gestionnaire du district. Pour compenser la diminution des crédits accordés par le gouvernement, les contributions de la population ont été progressivement portées (par habitant et par an) de US\$ 0,25 en 1983 à US\$ 0,42 en 1986. Cela couvrait toutes les dépenses au niveau périphérique, sauf celles qui correspondaient à l'encadrement et au traitement de base de l'infirmier. Comme on peut le voir dans la figure 8, cela n'a pas entraîné de diminution dans l'utilisation du centre de santé ou dans les taux de couverture.³⁴

33 G.M. Mwabu et W.M. Mwanzi. Health care financing in Kenya : a simulation of welfare effects of users fees. *Social Science & Medicine*, 7, 1989.

34 W. Van Lergerghe et V. De Brouwere. Assessing appropriateness of child care : reasonable and unreasonable indicators at district level. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 83, 1, 1989.

Fig. 8 Couverture en ce qui concerne les soins prénatals, la surveillance de la croissance et la vaccination antirougeoleuse, et taux d'utilisation des services curatifs (nouveaux épisodes de maladie par habitant et par an) dans le contexte d'une augmentation des contributions des patients au niveau de leur premier contact avec les services de santé locaux. La chute enregistrée en 1984 pour la vaccination contre la rougeole est due à une pénurie de vaccin.

Taux de couverture et d'utilisation US \$ par habitant et par an



6. GESTION DU SYSTEME DE SANTÉ DE DISTRICT

Dans l'organisation d'un système de santé de district, la relation entre l'autorité sanitaire de district et l'hôpital est un élément fondamental. Cette autorité a notamment pour tâches de formuler le plan de santé du district, renforcer la structure du district, créer et développer l'équipe de district, assurer l'intégration des différents programmes et niveaux et surveiller en permanence la façon dont fonctionne le district.

L'un des principaux obstacles au changement est l'absence d'un modèle conceptuel pour ceux qui ont à opérer ce changement. Pour amener les hôpitaux à soutenir les soins de santé primaires, tous les responsables doivent avoir une idée claire de ce que devrait faire un hôpital.

D'abord et avant tout il faut à l'équipe gestionnaire de district un modèle conceptuel clair d'un système de soins de santé de district. Cela seul permettra d'éviter la mise en place de structures qui, malgré toutes les bonnes intentions, auraient des effets fâcheux. Pour la même raison, l'équipe doit rester en contact permanent avec la réalité du premier niveau, en s'intégrant du personnel des centres de santé ou par le biais d'activités d'encadrement.

La gestion au niveau du district demande également une base légale et administrative : sans cette autorité, une "autorité sanitaire de district" serait un non-sens. Les responsables administratifs du district doivent avoir le pouvoir d'administrer : il leur faut un instrument juridique les y habilitant, pour faciliter la décentralisation, et il faut aussi que les responsabilités soient clairement définies. Il est nécessaire également d'établir des relations de travail avec les organisations non gouvernementales, faute de quoi le district ne fonctionnera pas comme un district. Sur les 89 hôpitaux objets de l'enquête MMI, 36 n'étaient pas les seuls hôpitaux dans leur district - ce qui a pas mal d'implications pour la définition du domaine de responsabilité. La situation est encore plus compliquée lorsqu'un hôpital sert à la fois de premier recours pour une partie du district et de second recours pour un autre hôpital, sans avoir pour autant d'autorité dans le district. Dans ce cas - celui de 12 des 36 hôpitaux recensés par l'enquête MMI - il y a divorce entre l'autorité technique et l'autorité administrative.

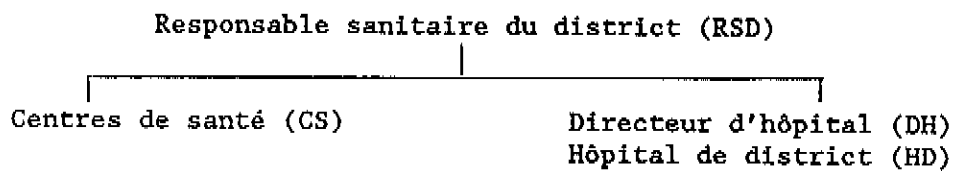
En fait, qu'est-ce que l'autorité sanitaire de district ? Dans la hiérarchie administrative, elle représente l'unité fonctionnelle-opérationnelle de décentralisation. Elle est souvent implantée dans l'hôpital de district, et les médecins de cet hôpital y jouent habituellement un rôle fondamental. Il est utile, pour des raisons pratiques, de distinguer trois modèles d'organisation : le modèle Autoritarisme, le modèle Technocratie, le modèle Participation ; ils n'offrent pas les mêmes garanties en ce qui concerne la gestion du district en tant que système intégré avec équilibre entre l'hôpital et le réseau des centres de santé.

6.1 Modèle Autoritarisme

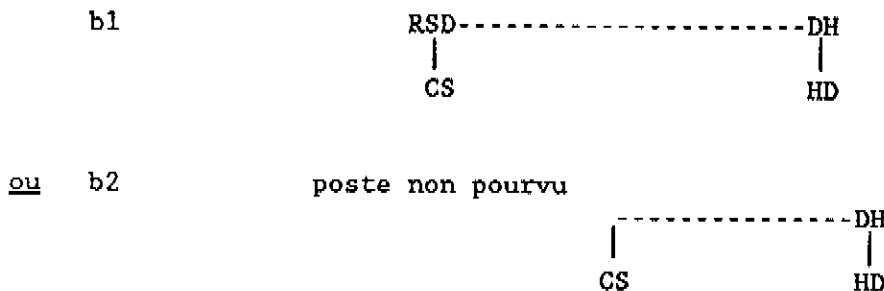
Dans ce modèle, l'administration est le fait d'une seule personne ou d'un petit groupe de personnes qui "gèrent et supervisent" le réseau sanitaire. Celui-ci a très souvent la structure formelle reproduite à la figure 9.

Fig. 9 Structure formelle et fonctionnelle de l'autorité gestionnaire dans le modèle Autoritarisme

a. structure formelle



b. structures fonctionnelles



Théoriquement, cette structure offre de bonnes possibilités pour la gestion du district en tant que système intégré, mais en fait il en va souvent tout autrement. La structure formelle correspond généralement à l'une des situations fonctionnelles "réelles" suivantes.

Il peut y avoir coupure totale dans la ligne Responsable sanitaire du district/Directeur de l'hôpital. Le premier pourra avoir théoriquement autorité sur le second, mais en pratique ce ne sera pas le cas et les deux niveaux vont fonctionner séparément. La structure fonctionnelle est devenue celle qui est indiquée à la figure 9b1.

On a un modèle de cette situation poussée à l'extrême en Thaïlande, où le responsable sanitaire de district, qui n'est pas médecin, relève du Ministère de l'Intérieur et a autorité sur l'ensemble du district et toutes les unités sanitaires de celui-ci à l'exception de l'hôpital et du sous-district qui l'environne. Ceux-ci sont de la compétence du Directeur de l'hôpital, un médecin qui relève du Ministère de la Santé. En pareil cas, l'appui du réseau de centres de santé ne pourra fonctionner que si "les deux chefs - directeur de l'hôpital communautaire et responsable

sanitaire du district - établissent et entretiennent des relations", dans un contexte où aucune ligne administrative d'autorité ne peut garantir l'existence de cette coordination et de cette coopération. On trouve des situations similaires dans des pays comme le Bénin, la Malaisie, la Tanzanie et le Vanuatu.

D'un autre côté, il se peut que le poste de responsable sanitaire de district existe théoriquement, mais que seul soit pourvu en fait le poste de directeur de l'hôpital. C'est le cas par exemple au Ghana. Selon son organigramme, le Ghana devrait avoir 67 responsables sanitaires de district. Il n'existe pas de description de ce poste. "La plupart des districts n'ont un responsable médical que sur le papier. Ces fonctions sont généralement exercées par le chef de l'hôpital de district, qui peut être un spécialiste ou un omnipraticien, mais qui possède rarement une formation en santé publique."³⁵ On retrouve ce genre de situation dans d'autres pays, en Bolivie par exemple, ou au Burkina Faso. Les conséquences sont évidentes : l'hôpital sera peut-être géré correctement, mais le réseau périphérique sera abandonné à son sort. Au Ghana, cela a entraîné vers les années 85 une désagrégation de la logistique du programme élargi de vaccination.

Dans un cas comme dans l'autre, on arrive au même résultat pratique : dans l'organisation du système de soins de santé au niveau du district, la figure dominante est le directeur de l'hôpital, le plus souvent un chirurgien. Il peut déléguer le soin de superviser les unités périphériques à un médecin "spécialisé", mais qui n'a pas l'autorité requise pour intégrer les deux niveaux en un seul système. Il est à prévoir que cela entraînera une mauvaise qualité des soins au niveau primaire, faute de supervision, un défaut de coordination du programme et le manque de systèmes d'information adéquats.

6.2 Modèle Technocratie

Dans ce modèle, la gestion du district est confiée à un comité représentant le personnel clé du district : les médecins, éventuellement le responsable infirmier du district ou "l'infirmier-major", et l'administrateur de l'hôpital. C'est cette équipe de gestion qui va organiser le district, y compris en ce qui concerne la supervision du réseau des centres de santé périphériques.

Le gros avantage de cette gestion collective est que - à condition d'avoir été sensibilisés à ces problèmes - les médecins vont permettre l'identification des "incidents critiques". Se trouvant à l'extrémité de la chaîne d'orientation-recours, ils sont en mesure de reconnaître les retards imputables au malade, les recours inutiles, etc. Comme ils sont également directement responsables du niveau de premier recours et de sa supervision, ils peuvent traduire leurs constatations en mesures de rationalisation au niveau du premier contact.

Prenons par exemple ce qui s'est produit à l'hôpital de Kasongo, au Zaïre, en 1987. L'un des médecins y fait entrer un enfant atteint de méningite. A l'enquête, il s'avère que l'enfant a été vu par le centre de santé, mais que celui-ci ne l'a pas adressé à l'hôpital. La première réaction pousse à blâmer l'infirmier du centre. Cependant, une analyse

 35 J. Owusu Acheaw. The district medical office : a step towards a meaningful health care. ICHD, Amsterdam, 1987. 45 p.

plus approfondie de l'incident par l'équipe de gestion du district, dont fait partie le médecin, révèle que les instructions données aux infirmiers des centres pour l'envoi des malades à l'hôpital ne couvrent pas ce genre de cas. Le résultat de la discussion a été une modification des instructions en cause, et cette modification ne serait très probablement pas intervenue s'il n'y avait eu une équipe de gestion de district pour prendre en charge ce type de problème.

Le point faible de cette gestion collective est qu'elle ne pourra fonctionner que si les médecins composant l'équipe gestionnaire souhaitent le développement du système de soins du district.

Ce n'est pas toujours le cas : cela demande en effet, face à la délégation des tâches, une attitude qui n'est pas naturelle au médecin. Voyez plutôt ce que disait à ce sujet en 1985 un médecin marocain, au cours d'une discussion sur l'attribution aux infirmiers du district du droit de prescrire des antibiotiques : "Si l'infirmier diagnostique une blennorrhagie, je pense qu'on devrait lui permettre de prescrire un traitement à la pénicilline. Cependant, je ne suis pas d'accord pour qu'il administre lui-même cet antibiotique : il pourrait y avoir un choc, et l'infirmier ne saurait pas comment réagir." Cela indique bien dans quel guépier peuvent se trouver l'infirmier d'un dispensaire - et son patient - à 45 km. d'ornières du médecin le plus proche.

Si l'hospitalocentrisme est l'attitude qui prévaut dans le groupe, le district sera administré en fonction de l'hôpital. Il est fondamental à cet égard que l'équipe ait une idée de ce que doivent être le système de district et les relations entre les deux niveaux. Mais ce n'est pas suffisant : il faut aussi que l'équipe ait une expérience directe du niveau de premier contact. Une formation en cours d'emploi à ce niveau ne saurait remplacer l'expérience pratique quotidienne : le contact doit être permanent. Pour y parvenir, une bonne solution est d'appeler les médecins hospitaliers à participer à l'encadrement ; les centres de santé le souhaitent désespérément, et cette supervision est pour le médecin hospitalier une façon élégante d'apprendre ce qui se passe dans le monde sans perdre la face.

6.3 Modèle Participation

Dans ce modèle, qui offre de meilleures chances de protéger contre l'hospitalocentrisme les intérêts du niveau de premier contact, l'équipe gestionnaire de district travaille en association étroite avec une assemblée des responsables des centres de santé. C'est le système appliqué dans certains districts au Zimbabwe et au Mozambique, ou en Ethiopie dans les équipes "awraja", créées quand on s'est rendu compte que l'une des principales raisons du mauvais fonctionnement des structures de santé périphériques était que la prise de décision ne se faisait pas au niveau du district. Les équipes se composent d'un coordonnateur du programme, du directeur de l'hôpital, des chefs des centres de santé et des dirigeants des principales organisations non gouvernementales.³⁶ Dans certains cas, comme celui du projet SIMAVI en Tanzanie, ces équipes peuvent comprendre des représentants d'autres secteurs, un animateur agricole par exemple. Cela fait un point d'entrée pour la collaboration intersectorielle.

.....
 36 G.S. Okubagzhi. La réussite de l'Ethiopie. Santé du Monde, mai 1989.

A condition de ne pas être de simples formalités, ces réunions peuvent faire utilement contrepois à des médecins trop préoccupés de leurs propres problèmes. Elles sont également un moyen de maintenir la cohérence du système lorsque les ressources humaines se font plus abondantes, et que l'on trouve du personnel médical au niveau du premier contact.

Pour la réorientation d'un hôpital vers un rôle de soutien aux soins de santé primaires, le point de départ est souvent le sentiment de frustration éprouvé par les médecins eux-mêmes devant l'utilisation irrationnelle de leurs services hospitaliers. Une recherche attentive sur les systèmes de santé, à partir de données déjà disponibles mais en se référant explicitement à un modèle de district, peut alors être un élément crucial, donnant à l'équipe de district assez de force intellectuelle pour résister à la tentation d'apporter une réponse irrationnelle à une demande irrationnelle, et pour choisir d'articuler judicieusement l'hôpital avec le niveau du premier contact.

La dotation en personnel et en matériel de nombreux hôpitaux de district va sans nul doute s'améliorer au cours des dix années qui viennent, ce qui leur donnera encore plus de poids qu'à l'heure actuelle dans l'organisation des soins de santé primaires. Il est essentiel que cela ne se produise pas aux dépens des services de santé de première ligne, mais qu'au contraire cela se fasse de manière à renforcer le réseau périphérique. Pour cela, les instruments gestionnaires - et avant tout un modèle conceptuel précisant de façon claire et adéquate le rôle de l'hôpital dans le district - vont avoir tout autant d'importance que les moyens supplémentaires déployés.

CHOIX DE STATISTIQUES
ÉTABLIES D'APRES UN GROUPE D'HÔPITAUX DE PREMIER RECOURS
EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

		Moyenne	DS	LQ	UQ	Médiane
Le District						
Population totale	81	229136	224136	70000	300000	160000
" urbaine	61	48052	61108	8434	80000	20000
Population totale/urbaine	59	0.244	0.241	0.073	0.364	0.159
N. unités santé périph.	77	13.13	11.5	5	19	10
N. centres matern.	77	1.35	3.12	0	2	0
L'Hôpital						
N. lits	88	161.5	97.4	92	200	141
- méd. gén.	80	38.8	18.2	25	50	34
- chir.	80	30.7	23	17	40	25
- pédiatrie	80	34.2	21.7	20	44	33
- obstétr.	80	28.9	27.3	11	36	24
- autres	81	19	23	0	25	12
N. lits/1000 hab.	80	1.3	1.5	0.5	1.4	0.9
Personnel						
N. médecins	87	4.23	4.51	2	5	3
- omniprat.	86	2.67	2.45	2	3	2
- spécial.	37	3.7	3.6	1	6	3
- infirm. (sages-f. exclues)	84	43.1	41.3	16	56	29
- infirm. min. 4 ans form.	86	11.2	23.2	2	13	5
- infirm. 2-3 ans form.	85	17.8	22.6	3	23	11
- infirm. aux. (<2 ans)	85	17.9	29.7	0	19	6
- sages-femmes lic.	82	9.1	12.1	0	13	4
- accoucheuses trad.	76	1.6	6.5	0	0	0
- infirm. + sages-f.	70	52.1	48.3	18	70	36
Popul./médecin	75	77210	86991	26000	91667	41250
Popul./omniprat.	80	99762	109614	35333	109333	63010
Popul./spécial. (si >1)	34	140704	252354	34381	107000	65833
N. lits/médecin	78	53.27	33.8	27.64	69.33	46
N. lits/pers. paraméd.	78	5.44	7.8	2.2	6.11	3.69
N. infirm./médecin	85	13.6	12.8	6	14.8	9.7
N. pers. paraméd./méd.	80	16.1	14.7	7.1	18.4	11.2
N. pers. admin./médecin	80	1901	1292	953	2466	1693
Production						
N. accouch./an	83	1110	806	478	1500	951
N. autres admiss./an	82	4537	2936	2385	6001	3955
N. admiss./hab./an	76	0.039	0.031	0.029	0.053	0.029
N. accouch./hab./an	75	0.0073	0.0051	0.0037	0.0104	0.0058
N. autres adm./hab./an	75	0.032	0.028	0.015	0.046	0.023
N. cons. dépist./semaine	56	1048	1114	365	1286	700
N. cons. dépist./hab./an	51	0.355	0.355	0.107	0.435	0.225
N. cons. recours/semaine	53	344	500	70	367	200
N. cons. rec./hab./an	50	0.157	0.267	0.026	0.183	0.062
N. rec./cons. dépist.	40	0.394	0.459	0.1	0.553	0.198
Admiss./cons. recours.	50	0.63	0.687	0.154	0.769	0.346

		Moyenne	DS	LQ	UQ	Médiane
Admiss./cons. dépist.	52	0.162	0.216	0.053	0.165	0.089
% temps méd. pour cons. ext.	59	0.23	0.18	0.063	0.333	0.25
% temps infirm. cons. ext	61	0.14	0.1	0.058	0.2	0.125
litres sang transf./an	76	511	662	125	519	300
Admiss./méd./an (n. compris accouch.)	81	1506	1085	650	2000	1280
Accouch./sage-f./an	56	226	285	60	255	138
Accouch./lit mat./an	71	44.8	29.1	25.6	53.8	40
Autres adm./lit/an	82	36.1	19.5	25.4	44.8	31.5

EQUIPEMENT DE BASE ET TRAVAIL DE LABORATOIRE
DANS UN HÔPITAL DE DISTRICT

L'équipement indiqué dans le tableau 1 paraît réaliste et raisonnable pour un hôpital de 140 lits devant desservir jusqu'à 150 000 habitants³⁷

Tableau 1. Equipement de base pour un hôpital rural

1. Equipement chirurgical nécessaire pour les interventions suivantes:³⁸
 - Traumatologie, y compris traction et éventuellement ostéosynthèse
 - Laparotomies : splénectomie, hystérectomie, annexectomie, ligature des trompes, interventions pour traumatisme abdominal, grossesse extra-utérine, appendicectomie, cure de hernie, résection intestinale, ...
 - Chirurgie obstétricale : césarienne, craniotomie, embryotomie, symphysiotomie, curetage, extraction à la ventouse, ...
 - Ponction vésicale, dilatation urétrale, traitement des hydrocèles
 - Aspiration de pneumothorax, drainage de pyothorax
 2. Equipement pour anesthésie (générale et rachidienne)
 3. Equipement pour examen radiologique (extrémités, crâne, thorax, estomac, intestin ; pyélographie)
 4. Equipement pour gastroscopie, échographie, ECG
 5. Equipement de transfusion sanguine (y compris le matériel nécessaire pour le groupage des sangs)
 6. Equipement de chirurgie dentaire
 7. Matériel de stérilisation
 8. Oxygène
 9. Equipement de laboratoire pour le contrôle de la qualité des épreuves effectuées au niveau périphérique (contrôle des BAA et des frottis sanguins), et pour les examens suivants au moins :
 - Microscopie - examens directs : LCR, urines, fèces, frottis vaginaux, colorations Gram et AFB, gouttes épaisses, recherche de drépanocytes, numération des réticulocytes, leucocytes et érythrocytes.
 - Mesure de l'hématocrite, de l'hémoglobine, de la glycémie, de l'albuminurie
 - Cultures bactériologiques et épreuves de sensibilité
 - Certains tests sérologiques
- (voir tableau 2)

37 W. Van Lergerghe, H. Van Balen et G. Kegels. District and first referral level hospitals in Sub-Saharan Africa : an empirical typology based on an MMI mail survey. MMI. Ronéo, 66 p. 1989.

38 Si les ressources le permettent, et si le volume de travail est assez important pour justifier ces interventions au niveau du district : réparation de fistules vésico-vaginales, prostatectomie, chirurgie oculaire.

Tableau 2. Le tableau ci-dessous donne une idée du travail de laboratoire qui peut être nécessaire dans un hôpital de district. Il a été établi à partir de l'étude de 3,5 millions d'épisodes de traitement dans 21 hôpitaux privés du Ghana en 1981 et 1982, et donne le nombre moyen d'examen de laboratoire pour 30 000 consultations externes, à l'exclusion des visites prénatales et des consultations de puériculture (enfants de moins de 5 ans en bonne santé), mais y compris la proportion moyenne de patients hospitalisés. (Adapté de H.V. Hogerzeil et M. Hofs³⁹).

	Réalisés	Prévus
Sang	4 300	10 000
Hémoglobine		
Drépanocytes	1 400	1 500
VS	830	1 000
Numération leucocytaire	1 300	250
Formule leucocytaire	270	500
Goutte épaisse (paludisme)	930	1 650
Etablissement du groupe sanguin	630	1 000
Vérification des groupes	450	600
Glucose	190	250
Bile	190	250
Urée	69	100
Urine	2 100	3 000
Albumine		
Glucose	1 400	1 500
Sédiment	1 500	2 000
Bile	210	250
Urobilinogène	110	150
Fèces	2 500	3 000
Parasites		
Sang	100	100
Liquide cébrospinal	57	
Albumine		100
Glucose		100
Bactéries		100
Numération leucocytaire		100
Formule leucocytaire		100
Crachats	240	400
Pus, exsudat	300	400

39 H.V. Hogerzeil et M. Hofs. Essential reagents for rural medical laboratories in Ghana. Tropical Doctor, 16, 1986.