

## EVALUATION DES ACTIVITÉS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DE L'HÔPITAL ALBERT SCHWEITZER À LAMBARÉNÉ (GABON)

M. DIALLO, B. NINTERETSE

- Travail de l'Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné (M.D., B.N., Docteurs en médecine), Gabon.
- Correspondance : M. DIALLO, BP 13901, Libreville, Gabon.
- Courriel : maddiallo2003@yahoo.fr

*Med Trop* 2007 ; 67 : 235-238

**RÉSUMÉ** • L'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné a mis en place, en 1999, un service de santé communautaire qui réalise des tournées de vaccinations et PMI (protection maternelle et infantile) et supervise 9 centres de santé villageois sur le département d'environ 64 000 habitants. Une évaluation effectuée en avril 2006 a montré que dans la majorité des centres, le recouvrement des coûts de consultation (15 euros) permettait le fonctionnement de base de ces centres et l'achat des médicaments nécessaires. Trois centres sur les 4 centres visités (9 existants) montrent de bons critères de qualité avec présence et tenue correcte des registres, affichage des informations pour les patients, références adaptées, bonnes relations avec les autorités du village. Pour le centre qui ne fonctionne pas, il apparaît que l'infirmier n'est ni payé, ni logé. Par ailleurs, l'analyse des données du service de pédiatrie de l'hôpital montre que les diagnostics de diarrhées, malnutrition et anémie ont diminué, par contre apparaissent des hospitalisations pour tuberculose et schistosomiase urinaire. Parallèlement, les centres de santé villageois s'inquiètent des problèmes liés à la prise en charge et la prévention du sida, du paludisme et de la schistosomiase urinaire. Grâce à une bonne supervision, ce service montre qu'il est possible d'améliorer l'état de santé au niveau primaire avec un recouvrement des coûts partiels mais efficace et que ces agents de base sont capables de prendre en charge globalement des patients compliqués, de faciliter le travail de l'hôpital de référence et de signaler l'apparition de nouveaux problèmes de santé.

**MOTS-CLÉS** • Soins de santé primaires – Recouvrement - Continuité des soins – Lambaréné – Gabon.

### EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE ACTIVITIES AT THE ALBERT SCHWEITZER HOSPITAL IN LAMBARÉNE, GABON

**ABSTRACT** • In 1999 the Albert Schweitzer Hospital in Lambrene, Gabon set up a community health care service that provides immunization campaigns and mother/child health care and manages 9 village health care centers in a district with a population of approximately 64000 inhabitants. An evaluation conducted in April 2006 showed that collection of a consultation charge (15 euros) could cover the basic costs of operating these centers and purchasing necessary medicines. Three of the four centers evaluated demonstrated good quality indicators including properly kept records, posting of information bulletins for patients, appropriate referrals, and good relations with village authorities. At the center that performed poorly, the nurse apparently received no pay or lodging. Analysis of data about pediatric activity showed that diagnosis of diarrhea, malnutrition and anemia has fallen while hospitalization for tuberculosis and urinary schistosomiasis is now being recorded. At the same time, village health centers are increasingly concerned with problems related to management and prevention of AIDS, malaria and urinary schistosomiasis. This service shows that with good supervision it is possible to improve the quality of primary health care with partial but adequate recovery of costs and that basic health care workers are able to provide overall management for complicated patients, facilitate the work of reference hospital, and report new health problems.

**KEY WORDS** • Primary health care – Recovery – Continuity of care - Lambaréné – Gabon.

Dès les années 70 l'hôpital Albert Schweitzer (HAS) de Lambaréné s'est soucié de prévention avec la mise en place du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et d'équipes de vaccinations.

En 1997, il est décidé de mettre en place une activité de médecine communautaire à partir de l'HAS. Le constat de l'époque (1) avait mis en évidence un niveau primaire non fonctionnel avec des blocages du fait de l'absence de gestion des médicaments, de l'absence de certains

matériels, d'une formation inadaptée du personnel, d'une grande mobilité du personnel et de l'absence de supervision. De plus, la coordination entre les différents niveaux avait été jugée insuffisante avec absence de procédures de référence et contre référence.

En raison de ces problèmes, l'HAS fonctionnait comme un dispensaire de niveau primaire et malgré le niveau relativement élevé des ressources sanitaires dans la province il n'y avait pas une bonne couverture des besoins.

### Méthodes

#### Le cadre

L'étude se situe dans la province du Moyen Ogooué avec ses deux départements et une population d'environ 64 000 habitants. Lambaréné est le chef lieu du département de Ogooué-lacs qui comporte aussi 150 villages répartis le long du fleuve et sur deux axes routiers, un vers le sud en direction de Fougamou, l'autre vers Libreville au

# Sur Place Sur Place Sur Place

nord-ouest. La population vivant le long du fleuve sans accès par la route ou la piste a fortement diminué au cours des 20 dernières années. Lambaréné possède deux hôpitaux : l'HAS et l'hôpital régional public.

Les objectifs du service de santé communautaire (SSC) proposés en 1997 étaient les suivants :

- Encourager la création d'un réseau de promoteurs de santé volontaires.
- Rendre opérationnel le premier niveau de soins avec :
  - mise en place d'une distribution de médicaments essentiels ;
  - formation des agents et mise à disposition des outils de procédures ;
  - recouvrement des coûts ;
  - mise en place d'un comité de gestion.
- Mettre en place une supervision avec standardisation des procédures ;
  - Etablir un système de référence et contre référence avec les hôpitaux ;
  - Développer la participation communautaire.

## Méthodes de l'évaluation

L'évaluation a consisté à visiter 4 centres de santé communautaire (CSC) choisis aléatoirement parmi les 9 en fonctionnement. Dans chaque centre a été effectué un examen des registres, des entretiens avec les infirmiers et autres personnels du centre ainsi qu'avec les responsables du comité de santé villageois.

Il a été ensuite effectué un recueil des informations concernant le nombre et les types de consultations, le nombre et les types d'ordonnances et références, l'origine des patients dans les CSC et à l'HAS et une analyse des diagnostics dans les CSC et à l'HAS.

Il est prévu dans un 2<sup>e</sup> temps une évaluation de l'impact (couverture vaccinale, rapports avec population, statut nutritionnel, etc.) et un audit du service de PMI de l'HAS.

## Résultats

### Activités des Centres de santé communautaire

Chaque centre a été construit par le ministère de la santé publique selon un plan standard avec un hall d'attente, une salle d'accueil, une ou deux salles de consultation, une salle de soins, un local pharmacie et une ou deux chambres d'observation (Fig. 1).

Les infirmiers titulaires sont payés par l'Etat ou l'Assemblée Départementale, les autres soignants sont payés par la communauté villageoise.



Figure 1 - Dispensaire urbain de Atsié à Lambaréné.

Chaque centre rural est visité une fois tous les quinze jours par le médecin responsable et chaque centre urbain toutes les semaines. Cette supervision comporte :

- des consultations curatives en binôme avec l'infirmier ;
- une formation d'accompagnement avec utilisation des schémas thérapeutiques standardisés et de la fiche technique des Médicaments essentiels (MEDESS) ;
- des séances d'éducation pour la santé ;
- une formation des comités pour la gestion, les pesées, l'hygiène ;
- une livraison des médicaments et matériels.

De plus des séances de PMI mobile et vaccinations sont mensuelles.

Le patient est reçu par un aide, payé par la communauté, qui l'inscrit sur un cahier «réception» et mesure le poids et la température. Dans ce cahier est notée la somme payée par le patient : 1 000 FCfa pour la majorité des patients, 500 FCfa pour les enfants ou 0 pour les indigents et pour les patients qui payent en différé. Les élèves qui viennent directement de la classe ne payent pas, leurs parents sont convoqués par l'instituteur ultérieurement pour s'acquitter des 500 FCfa.

Puis le patient se rend chez l'infirmier qui, après prise de tension pour les adultes, établit le diagnostic et l'ordonnance et remplit le registre «consultations» qui est le document de base pour les statistiques destinées aux autorités. Enfin, il se rend à la pharmacie où il reçoit ses médicaments. Paiement et médicaments sont inscrits chacun sur un registre spécifique.

Les fiches de stock de la pharmacie sont mises à jour quotidiennement ; en fait, il y a deux locaux pharmacie : un pour la

dispensation quotidienne «la buvette» et un pour le stockage sécurisé à plus long terme.

### Le recouvrement des coûts

Le montant d'une consultation est de 1 000 FCfa, certains villageois ont été considérés par la communauté comme indigents et ne payent rien ; il y en a une dizaine dans chaque village. Les patients référés ou évacués ne payent pas le prix de la consultation.

Sur les 1 000 FCfa, 500 restent dans la caisse du centre gérée collectivement pour les achats locaux nécessaires et les indemnités du personnel décidées par le comité. Les 500 autres francs sont versés sur un compte bancaire et servent à l'approvisionnement en médicaments.

Un compte bancaire a été ouvert pour l'ensemble des centres et les recettes y sont versées tous les mois. Le versement des recettes est fait par le trésorier du comité (ou autre membre si le trésorier est indisponible) ; il est supervisé par le médecin du SSC (conformité entre le reçu mensuel et le nombre de malades reçus) et par le comptable de l'HAS. Les règlements des factures de médicaments sont effectués par virement visé par le médecin du SSC, le directeur de l'HAS et le directeur régional de la santé, après accord du comité de santé.

Ces sommes payées par les malades ont permis depuis 4 ans de financer la totalité des achats de médicaments réalisés par le SSC de l'hôpital qui a une totale indépendance au sein de l'HAS sur ce point et aussi d'assurer la dotation initiale des nouveaux dispensaires. Un stock de départ avait été offert par l'UNICEF.

### Visite des centres

# Sur Place Sur Place Sur Place

Tableau I - Principaux diagnostics en % par rapport au total des nouveaux consultants dans le service de pédiatrie de HAS.

	1996	1999	2004
Paludisme	14,8	59,7	26,6
IRAS*/ORL	9,3	1,4	17,5
IRAB*	7,1	12,6	20,9
Diarrhées	6,7	4,9	6,8
Dermatoses	5,7	1,5	9,3
Malnutrition	4,9	1,9	
Ascaris	4,8		
Anémie	4,5		
Infections cutan.	4,1		
Drépanocytose	4,1	6,0	4,9
Néo natalogie		8,4	4,9
Tuberculose		0,2	2,0
Bilharziose urin.			1,6
Urologie		0,8	2,0
Total (top dix)	66	98,8	96,5

\* infections respiratoires aiguës supérieures et basses

Les quatre centres de santé communautaire visités sont trois centres ruraux et un centre urbain.

Parmi les centres ruraux, deux fonctionnent très bien avec une forte activité de consultations et soins ; l'un fonctionne avec un infirmier payé par l'Etat (Benguié 2) (Fig. 2) l'autre avec un infirmier privé payé par le village (Kéry). En 2005, le centre de Kéry a réalisé 639 consultations à 1000 FCfa, 91 à 500 et 74 gratuites. Le 3<sup>e</sup> centre rural fonctionne mal il réalise moins d'une consultation par jour, l'infirmier (du secteur public) n'a pas été payé depuis deux ans, n'est pas logé et n'est pas intégré dans la communauté.

Pour le centre urbain le personnel est plus nombreux (1 infirmier diplômé et 2 infirmiers assistants), le centre a moins d'activités et réfère plus souvent ses patients compte tenu de la proximité des structures hospitalières de la ville.

Le nombre moyen de consultants par mois est de 29 à Benguié, de 76 à Kéry et de 38 dans le centre urbain. A Benguié le nombre de patients habitant à moins de 10 km représente les 2/3 tiers des consultants, à Kéry le nombre de patients habitant à moins de 10 km est égal à celui de ceux qui habitent à plus de 10 km, mais certains consultants viennent de 40 à 50 km. Dans le centre urbain, les consultants viennent de moins loin, 95 % environ résident à moins de 5 Km.

En milieu rural, paludisme, infections respiratoires aiguës (IRA) et dermatoses constituent plus de la moitié des diagnostics mais dans le centre le plus actif les plaies représentent 12 % des diagnostics. Un ou deux patients chroniques sont suivis à domicile chaque jour dans les centres dynamiques. Dans le centre urbain les motifs de consultation sont très voisins sauf la mention de deux syndromes (fièvre et

céphalées) non recensés dans les autres centres.

Le nombre moyen d'ordonnances par mois varie de 28 à 101 et le nombre de prescriptions par ordonnance de 2,6 à 3,8.

Dans tous les centres les registres réglementaires (stock, médicaments, réception, consultation et éducation pour la santé) étaient présents et correctement remplis. Tous les documents référentiels de procédures étaient toujours présents (fiche de référence, de statistiques, schéma thérapeutique, listes des médicaments essentiels). Les heures de visite et les prix des actes étaient affichés dans tous les centres, dans la salle d'accueil, à côté des affiches du ministère de la santé publique sur les vaccinations, l'hygiène ou la lutte contre le paludisme.

Au total, outre l'importance du nombre de consultants des sociétés agricoles parapubliques (MKK et Agrogabon) qui représentent environ un quart des activités, il apparaît que de nombreux consultants viennent de loin pour bénéficier de soins. Tous les centres manifestent une inquiétude grandissante par rapport à leur manque de moyens concernant la prophylaxie du paludisme, la recrudescence de la bilharziose urinaire et la montée du sida.

## Impact sur le fonctionnement de l'hôpital (Tableau I)

L'origine des enfants hospitalisés en 2005 à l'HAS de Lambaréné n'a pas varié depuis 1999 ; 58 % viennent d'un rayon de 20 km autour de la ville et 30 % au delà, dont 15 % viennent de Libreville ou d'autres chefs lieux de province.

Les variations en pourcentage des causes d'hospitalisation pédiatrique concernent surtout le paludisme. Théoriquement il s'agit de paludisme confirmé mais le résultat de 99 est peut être dû à la prise en compte de paludisme non confirmé.

Les autres variations notables concernent la disparition au niveau de l'hôpital de la malnutrition, de l'anémie et de l'ascaridiase, toutes ces affections étant prises en charge au niveau primaire.

Ce résultat positif peut être mis en relation avec les activités du SSC pour l'année 2005 soit : 5 033 consultations enfants et adultes ont été réalisées dans les CSC ; 10 292 pesées d'enfants ; 13 770 vaccinations ; 742 consultations enfants malades en PMI mobile ; 330 séances d'éducation pour la santé.

Par contre, de nouvelles maladies comme la tuberculose ou la bilharziose urinaire apparaissent.



Figure 2 - Environs du dispensaire rural de Kéry, Centre de Benguié.

# Sur Place Sur Place Sur Place

## Discussion

Ce service a fait la preuve de son efficacité :

- en impliquant les communautés villageoises dans la plupart des centres ;
- en améliorant la prise en charge au niveau primaire d'un certain nombre d'affections (malnutrition, paludisme, drépanocytose) ;
- en montrant l'importance de certaines maladies et les insuffisances de leur prise en charge (bilharziose) ou de leur prévention (paludisme) ;
- en montrant qu'il est possible d'assurer un autofinancement d'une partie des frais de fonctionnement et de la totalité de l'approvisionnement en médicaments ;
- en favorisant un certain nombre d'activités préventives (vaccinations, suivi des enfants) (Fig. 3).

Par contre, il n'a pas été possible de mettre en place le réseau de promoteurs de la santé qui était initialement prévu.

Il est possible d'envisager, avec quelques moyens supplémentaires, une extension des activités vers la DOT (traitement directement supervisé) tous les jours ou tous les deux jours pour le sida, la tuberculose, l'hypertension ou le diabète comme cela a été initié par certains infirmiers. Il serait utile pour cela de les doter d'un moyen de locomotion léger comme une motocyclette. Une stratégie de suivi de ces patients doit être discutée et mise en place. Il faudra surtout veiller à ne pas surcharger le travail de ces soignants et discuter de la nécessité d'un financement supplémentaire, pour ne pas imposer des charges excessives au système de recouvrement des coûts au risque de le mettre en faillite (2).

Il est nécessaire de discuter avec la société privée SIAT qui a repris les activités des sociétés para publiques Agrogabon et MKK pour qu'elle participe d'une manière ou d'une autre à la prise en charge médicale de ses employés.

Il serait utile d'augmenter et diversifier le nombre des séances d'éducation pour la santé. Pour cela, le responsable actuel a besoin d'un appui des autres médecins et soignants de l'HAS et d'une documentation et d'outils plus nombreux. Il faut que tous les médecins et soignants se rendent compte que le bon fonctionnement du SSC est utile à la santé des populations et à l'amélioration de leur travail quotidien. Il est sûrement possible de réaliser des séances de supervision par d'autres soignants. Les centres urbains ont besoin de moins de supervision car ils sont plus proches des structures hospitalières et les infirmiers peuvent être en contact facilement avec le personnel de ces hôpitaux.

La coordination avec les autorités nationales devrait se faire de manière plus



Figure 3 - Séance de PMI dans le Service de santé communautaire de Lambaréné.

systématique. Il est bénéfique pour tous qu'un centre comme celui de N'Gomo devienne dispensaire avec maternité mais cela doit se faire dans la coordination. Il est moins normal qu'un centre comme celui de Nombakélé ou Saint Martin reste plusieurs mois fermé alors que des deux côtés la volonté de réouvrir existe.

Il est urgent d'améliorer les conditions matérielles des centres en particulier en y mettant l'eau, l'électricité et des latrines. Une discussion devrait être tenue avec les autorités sanitaires et les bailleurs de fonds sur ce point ; il est anormal que ces centres ne disposent pas de ces nécessités élémentaires pour des soins de qualité.

A partir des constats des personnels de santé interrogés, il devient urgent de développer des programmes spécifiques de lutte contre le paludisme et la bilharziose, intégrés aux activités actuelles. Un enquête de prévalence et sensibilisation à la bilharziose sera réalisée prochainement et un programme de distribution et réimprégnation de moustiquaires devrait être mis en place. Un programme pourrait aussi être développé pour améliorer la prise en charge des drépanocytaires avec un développement des actions primaires de soins et la standardisation des procédures de référence.

De même un programme spécifique de prévention et lutte contre le sida devrait être mis en œuvre au niveau des sociétés forestières et agricoles de la zone car il est clair qu'il n'existe pas de vraie stratégie pour ces populations vulnérables au VIH. Et surtout, la disponibilité des moyens de prévention est dramatiquement insuffisante, en particulier dans les villages situés sur les grands axes routiers.

Au niveau de l'hôpital les variations en pourcentage concernant le paludisme ne peuvent pas être expliquées par la seule mise en place des activités de soins primaires. La baisse constatée en 2004 et qui se poursuit en 2005 peut être expliquée par le développement du laboratoire de recherches sur cette maladie qui prend en charge environ 3 000 malades par an et par la mise en œuvre, même insuffisante, du programme national de lutte contre le paludisme.

L'augmentation des cas de tuberculose devrait faire l'objet d'une étude spécifique.

Il faut aussi noter le resserrement du « top dix », les 10 premières causes représentent maintenant plus de 95 % des patients alors que ce taux était de 66 % en 1996, l'amélioration du système de références en est sans doute la raison, associée à une meilleure prise en charge des maladies courantes au niveau primaire n

**Remerciements** • à l'association GISPE de Marseille pour son aide à la rédaction de cet article <www.gispe.org> et à Damien Mougin et Patrick Rothkegel pour leur aide.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- 1 - Rapport du Dr Robertfroid disponible à l'hôpital Schweitzer de Lambaréné
- 2 - SY MD, SAGNA CB, MADET I, ROUFFY D - Recouvrement des coûts du système de soins primaires de santé dans une communauté rurale de Casamance. *Med Trop* 2006 ; 66 : 585-8.